
**ESTRATÉGIA E ESTRUTURA:
UMA OPERADORA DE PLANO DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE
DE PEQUENO PORTE**

Djair Picchiai

FACCAMP Núcleo de Pós-Graduação em administração
Doutor pela FUNDAÇÃO GETÚLIO VARGAS / EAESP
E-mail: dpicchiai@fgvsp.br

Resumo: O objetivo é analisar a aplicação do conceito de estratégia no contexto de uma operadora de plano de assistência à saúde, na modalidade de autogestão. Essa operadora de planos de assistência à saúde, *Metrus Saúde*, pertence a um segmento econômico que abriga organizações sem fins lucrativos, e que tem como mercado um grupo fechado de beneficiários que, normalmente, nascem da gestão de um plano no âmbito da área de recursos humanos de uma empresa. É um estudo normativo diretivo, explicativo a partir de um contexto concreto de estudo de caso e com suporte conceitual de categorias teóricas pesquisadas no atual estado da arte da bibliografia em gestão. A estratégia da operadora é fortemente influenciada pela regulamentação estatal. Sua estrutura oferece as características de uma burocracia profissional.

Palavras-chave: Estratégia; Estrutura; Planejamento Estratégico; Processos.

Abstract: The objective of this work is analyze application of strategies concepts on a context of a medical company of medical care, on modality of self-management. This medical company of medical care, *Metrus Saúde*, pertains to an economic segment which has non-profitable organizations and has a market of closed group of associates. These medical companies have a management of a plan on human resources of a common business. This is a directive normative study and explains from a concrete context of a case and a conceptual support of researched theorist categories on present state of art of business bibliography. The strategy of that medical company is highly influenced by governmental regulation. Its structure obeys to characteristics of a professional bureaucracy.

Keywords: Strategy, Sctructure, Strategic Planning; Process.

INTRODUÇÃO:

As relações entre os conceitos de estratégia e de estrutura vêm sendo estudadas há algum tempo. Como historicamente estes conceitos recebem novas contribuições e enfoques, e as relações também se modificam na prática com o tempo, temos uma evolução teórica e prática. Em termos teóricos podemos dizer que os conceitos são categorias que evoluem, tentando explicar o contexto histórico e a realidade organizacional estudada. A prática fica na dependência das variáveis de contexto, como a tecnologia, a localização, a história, a cultura, a clientela, etc e das experiências obtidas e acumuladas pelas organizações ao longo do tempo.

O alinhamento (direção do eixo; medindo; nivelando), a coerência (formando um todo lógico) e a consistência (firmeza; solidez) entre estratégia e estrutura formam um conjunto de conceitos importantes e relevantes no fortalecimento organizacional e eficácia gerencial das instituições, o que requer estudos contínuos. A busca da aplicação destes princípios de alinhamento, coerência e consistência requer um esforço de decisões e ações muito grande por parte das organizações e de seus gestores.

A formulação e a execução da estratégia, o desenho da estrutura organizacional, a alocação de recursos e o desenvolvimento das competências gerenciais obedecem a uma lógica que se inicia no olhar para fora da organização, como apreendido no conceito de estratégia competitiva de Porter (1980), ao mesmo tempo em que internamente, a organização vai capacitando e desenvolvendo seus recursos, como colocado pela teoria da visão baseada nos recursos da firma, *Resource Based View of the Firm* (RBV) de Barney (1991) e Penrose (1959) e também pelo conceito de competências essenciais de Prahalad (1995).

Os princípios de alinhamento, coerência e consistência entre estratégia e estrutura aumentam a competitividade das organizações, pois fortalecem a operacionalização de seus recursos internos. A melhor funcionalidade interna e o aumento da competitividade de uma operadora de planos de assistência à saúde passam pela análise desses elementos, e suas inter-relações que fundamentam uma boa gestão. A descrição e análise da estratégia, da estrutura organizacional e de seus resultados, nos fornecem informações relevantes para a compreensão da operadora de planos de assistência à saúde, de seus acertos, dificuldades e problemas de gestão.

A preocupação final é com a melhoria da eficiência (economia de meios e racionalização de processos), da eficácia (detenção de resultados e atingimento de objetivos) e da efetividade (maior interação com o ambiente, permanência e o impacto de atuação na sociedade) na utilização dos recursos, ou seja, como os recursos são utilizados, os resultados obtidos e os possíveis impactos no ambiente. Os limites são impostos pelas relações profissionais historicamente estabelecidas, pelo padrão de qualidade dos serviços desejados, pelos princípios éticos e humanitários nas relações de trabalho. A análise organizacional não foi apenas econômico-financeira, de verificar suas receitas e despesas e a busca de maior superávit financeiro, também ganham relevância as variáveis organizacionais (estratégia, estrutura), profissionais (competências) e humanitárias (benefícios ao trabalhador). A análise buscou ser holística (visão conjunta do todo e das partes) e integradora (relação e interação entre as partes). É uma análise preponderantemente organizacional.

Muitas vezes o caminho estabelecido pela estratégia não tem o retorno desejado por problemas de estrutura. A estratégia é que deve determinar a estrutura para podermos ter um foco melhor na execução da estratégia (CHANDLER, 1962; MINTZBERG, 1995). Os papéis a serem desempenhados pelas pessoas na estrutura não são claros, o trabalho em equipe se torna uma ilusão e a sinergia se perde (QUINN,

2003). A formulação da estratégia muitas vezes não é explicitada, o que acarreta em problemas de execução. A execução é cada vez mais relevante, não basta apenas a boa formulação da estratégia. Sua operacionalização, controle e avaliação também são importantes (KAPLAN, 2004).

As estratégias são formuladas antes de serem implementadas, o planejamento é o processo central da formulação, e as estruturas organizacionais precisam ser projetadas para implementar essas estratégias (MINTZBERG, 1995).

Os modelos organizacionais adotados para execução da estratégia determinam os papéis gerenciais e estes, por sua vez, as competências gerenciais necessárias ao desempenho dos papéis. (QUINN, 2003). Os modelos organizacionais são padrões de comportamento observados dos colaboradores. São compostos por variáveis comportamentais e estruturais e da relação entre elas. As competências gerenciais são determinadas a partir dos modelos adotados e dos papéis gerenciais esperados.

Não se trata apenas de um estudo normativo-diretivo, mas explicativo a partir de contextos concretos, utilizando categorias teóricas. É um estudo de campo que utiliza as categorias conceituais retiradas da literatura. O objetivo é verificar a aplicação dos conceitos no contexto de uma operadora de planos de assistência à saúde, modalidade autogestão.

1. Objetivos

Nosso objetivo foi estudar a dinâmica de uma pequena empresa, na faixa de 20 funcionários, mas que movimentam grande quantidade de recursos financeiros. Utilizamos uma operadora de plano de assistência à saúde, modalidade autogestão, a Metrus, estudando os conceitos de estratégia e estruturas. Buscamos a compreensão dos relacionamentos desses conceitos, na prática de empresas de pequeno porte, segundo a classificação quanto ao número de funcionários (SEBRAE, 2008); pequeno, médio e grande porte, segundo o número de beneficiários (ANS, 2007) e média e grande empresa segundo o volume de recursos (BNDES, 2008). Consideramos a operadora como empresa de pequeno e médio porte. (Tabelas I, II e III), levando-se em conta os três critérios.

Estudamos também o desenho da estrutura organizacional e caracterização do quadro gerencial; o estabelecimento dos fatores determinantes da estratégia utilizada e a estrutura adotada; e verificamos as competências organizacionais declaradas, à luz da estratégia e estrutura adotadas.

Trata-se de um estudo de caso de uma operadora de plano de assistência à saúde, modalidade autogestão.

Foram feitas descrições e análises sobre suas estratégias, e estrutura, procurando encontrar elementos explicativos da suas dinâmicas de atuação.

Definiu-se nosso entendimento sobre esses conceitos, usando a literatura sobre o assunto. Foi realizada também uma breve avaliação da literatura, que nos ajudou a entender melhor a dinâmica de atuação da operadora.

Verificou-se no estudo da operadora como isto acontece na sua atuação, ou seja, como são utilizados estes conceitos, ou não, e as possíveis relações entre eles, na prática.

A literatura aponta para o alinhamento entre estrutura, estratégia e competências (FLEURY 2004,2006). Também descreve sobre a necessidade de coerência e consistência das ações e decisões das organizações. (KAPLAN, 2004).

As variáveis cultura organizacional e história da instituição influenciam a aplicação dos nossos conceitos estudados. São variáveis contextuais que condicionam o modelo de gestão. A cultura e história organizacional, como também a personalidade dos líderes, o modelo de gestão historicamente construído, e o comportamento dos profissionais são variáveis complexas e difíceis de se modificar e se alinhar no sentido comportamental e cultural, mas com possibilidades para tanto, colocando-se como fatores dificultadores.

Nossa suposição foi de que a operadora, por uma série de fatores (desde a estratégia não explicitada e clara, passando por modelos burocráticos de estrutura, até gerentes com competências não avaliadas) encontram dificuldades, em termos de barreiras técnicas e legais; estruturais; culturais e comportamentais; quando da tentativa de alinhamento, consistência e coerência entre a estratégia e estrutura como vantagem competitiva.

É certo que avançamos muito quando da formulação e implantação de estratégias, desenho de estruturas mais enxutas, focadas, e flexíveis, quanto à seleção de gerentes mais qualificados. É certo também de que os discursos dos gestores e dos acadêmicos estão à frente da prática, ou seja, a teoria avança mais rápido do que a prática. Ainda não se valoriza, na prática, as competências, as inteligências necessárias à boa gestão. Os interesses políticos e corporativos falam mais alto.

2 .FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA:

2.1 Estratégia

Podemos entender estratégia, como formulação da missão e dos objetivos da organização, bem como o plano de ação para alcançá-los, considerando as forças e fraquezas internas, e os impactos das forças do ambiente e da competição. Podemos afirmar que a estratégia caracteriza-se como um plano de vôo, com painéis de operações e controle. Temos também a constituição do mapa estratégico e de seus indicadores, instrumento de gestão estratégica de medição e controle.

Os valores e as crenças dos fundadores, líderes, gestores e membros da comunidade de interesses são determinantes no estabelecimento da visão, missão e objetivos da operadora. Estes direcionam a empresa, dão consistência às suas decisões. A estratégia se materializa através de um processo de tomada de decisão. As decisões são de natureza qualitativa. As decisões e ações devem estar coerentes com a estratégia formulada.

A formulação da estratégia é, essencialmente, um processo de reflexão, sistematizado e formalizado, ou implícito. A implementação é a estratégia em ação, a intenção convertendo-se em resultado, enfim, a capacidade de executar a estratégia. A formulação deve ser integrada com a implantação da estratégia e deve haver consistência e coerência entre ambas e a estrutura. Esta coerência encontra limitações de natureza política corporativa e de valores pessoais. A política governamental para o setor (grau de intervenção), a corporação médica (recursos humanos estratégicos) e a população-alvo são os elementos relevantes na definição da estratégia.

O conceito de arquitetura estratégica caracteriza-se por: definir claramente a estratégia de negócio; construir um *core business* como um componente estratégico; criar um mapa estratégico, identificando indicadores tangíveis e intangíveis; identificar os produtos no mapa estratégico; alinhar a estrutura com os “produtos”; desenhar sistemas de mensuração (*scorecard*); implementar o gerenciamento por indicadores; revisar continuamente as mensurações, comparando-as ao mapa estratégico. O conceito

de arquitetura estratégica, com seus componentes de uma forma geral, foi encontrado de forma fragmentada e dispersa nas atividades e discursos dos gerentes. O mapa estratégico não foi encontrado nem em documentos, nem no discurso dos dirigentes entrevistados.

Encontramos na literatura algumas definições sobre estratégia que justificam nossos princípios, a saber:

- como um padrão consistente de escolhas; um padrão de decisões na empresa que determina e revela seus objetivos e propósitos;
- como um posicionamento de ataque e defesa em relação aos concorrentes em busca de vantagens competitivas no mercado;
- padrão global de decisões e ações que posicionam a organização no seu ambiente e têm o objetivo de fazê-la atingir seus objetivos a longo prazo;
- padrão integrativo de decisões e ações, orientado por objetivos, que equaciona os recursos e capacitações organizacionais com as oportunidades e ameaças em seu ambiente externo;
- a empresa procura distinguir-se de maneira positiva da concorrência (OHMAE, 1982);
- caminho para chegar aos resultados previstos (KOTLER, 1993);
- padrão que integra as principais metas, políticas e ações de uma organização em um todo coerente (QUINN, 2001);
- padrão de decisões de uma empresa, que determina e revela seus objetivos, propósitos e metas (ANDREWS, 2001).

São conceitos que, em nível da teoria, reforçam a importância dos princípios de alinhamento, consistência e coerência.

Mintzberg et al (2000) define dez escolas de pensamento em administração estratégica, ampliando os conceitos citados acima, a saber: **design**: estratégia como um processo de concepção (Selznik); **planejamento**: estratégia como um processo formal e sistemático (Ansoff); **posicionamento**: estratégia como um processo analítico (Porter); **empreendedora**: estratégia como um processo visionário (Schumpeter); **cognitiva**: estratégia como um processo mental (Simon); **aprendizado**: estratégia como um processo emergente (Prahalad); **poder**: estratégia como um processo de negociação (Allison); **cultural**: estratégia como um processo coletivo (Norman); **ambiental**: estratégia como um processo reativo (Freedman) e **configuração**: estratégia como um processo de transformação (Chandler)

Identificamos, na operadora estudada, segundo a classificação de Mintzberg, um pouco de cada uma dessas escolas, mas as mais preponderantes são as escolas de poder, dado o constante processo de negociação em que as atividades da operadora estão envolvidas; ambiental, dada a sua contínua adaptação e reação ao meio ambiente em que atua; e a de configuração, dado o processo de transformação em que se encontra a operadora.

Acreditamos também que as escolas de planejamento e de aprendizado podem oferecer às operadoras importantes contribuições para a sua maior eficiência, eficácia e efetividade de atuação. A primeira contribuição seria através da sistematização das informações e dos dados; a segunda seria com o desenvolvimento de competências organizacionais das operadoras.

A falta do mapa estratégico (tradução da estratégia) e do *balanced scorecard* (mensuração e foco) são indicadores das maiores dificuldades e necessidades da operadora pesquisada, quando da elaboração e execução de suas estratégias.

Utilizando a metodologia de Kaplan, teremos que desenvolver as relações de causa e efeito na operadora e suas respectivas métricas. A operadora possui recursos

internos (desde sua credibilidade, até recursos materiais) para tanto, mas é necessário desenvolver competências específicas ao se trabalhar com implantação e métricas de controle e avaliação das estratégias.

A habilidade de adotar um modelo de negócio e estratégias à medida que as circunstâncias mudam, de continuamente se ajustar a tendências capazes de abalar a força geradora de lucros de um negócio, de mudar antes que a necessidade de mudança se torne imperativa (resiliência) foi encontrada na operadora, como uma característica positiva.

2.2. Planejamento Estratégico

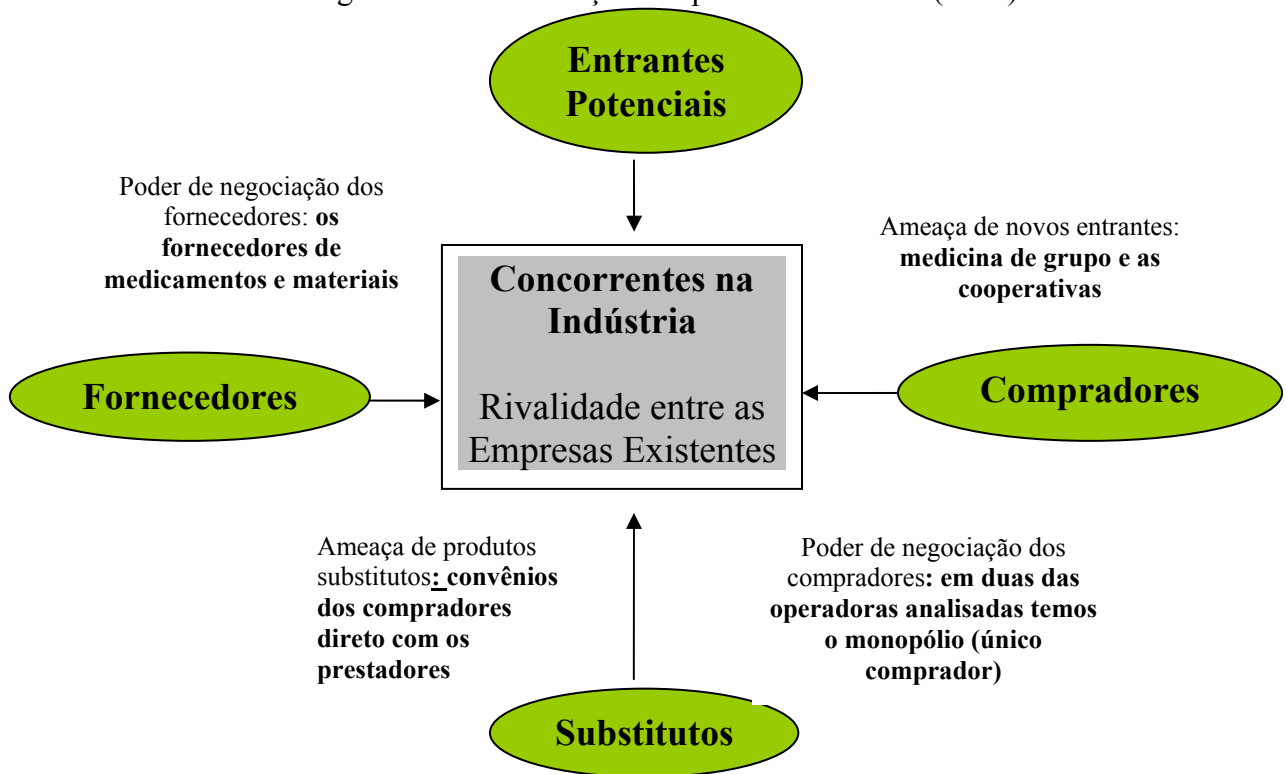
As organizações com clareza estratégica demonstram foco, definem processos de alocação de recursos, que usam de maneira eficaz e possuem visão. A unidade estratégica envolve funcionários e clientes nos fins (objetivo) e nos meios (processos) do trabalho realizado pela organização. É importante a coerência entre os três níveis (estratégico, tático e operacional) e o sentido de unidade na organização. Esta coerência foi encontrada no discurso dos gestores, sendo um fator muito importante para o seu fortalecimento gerencial.

A análise SWOT (*strenghts, weaknesses, opportunities and threats*) é a avaliação global da estratégia e de seus componentes conforme discriminados a seguir. *Forças* (strenghts): variáveis internas e controláveis que propiciam uma condição favorável para a operadora em relação ao seu ambiente. *Fraquezas* (weaknesses): variáveis internas e controláveis que produzem uma situação desfavorável para a operadora em relação ao seu ambiente. *Oportunidades* (opportunities): variáveis externas e não controláveis que podem criar condições favoráveis para a operadora, desde que a mesma tenha condições e/ou interesse de usufruí-las. *Ameaças* (threats): variáveis externas e não controláveis. Os gestores têm clareza com relação às suas ameaças e oportunidades. Reconhecem também suas forças e fraquezas, como apontadas no discurso das entrevistas. As fusões, as privatizações, o crescimento da concorrência, a regulação e os fornecedores são forças externas consideradas importantes e vistas mais como ameaças, do que como oportunidades. A qualificação profissional, a transparência de atuação e a qualidade dos serviços oferecidos são vistos como forças da operadora. Já o excesso de burocracia é visto como uma fraqueza.

Uma das premissas a serem consideradas na estratégia é a de que uma empresa só pode controlar seu próprio destino se aprender a controlar o destino de seu setor. São as forças externas atuando. Neste sentido a transformação organizacional é um desafio secundário. O principal desafio é ser o autor da transformação do setor, segundo Prahalad (1995). A influência de novos conhecimentos e tecnologia na estrutura inter-organizacional requer novas formas para a coordenação da complexidade advinda de uma aliança. Novamente as forças externas atuando. O relacionamento cooperativo entre organizações e beneficiários visa o compartilhamento de riscos, de custos, de habilidades e de conhecimentos no processo de desenvolvimento de vantagens competitivas. Este é o atual momento da cadeia produtiva das operadoras, prestadoras e beneficiários.

O modelo de cinco forças de Porter, para análise das forças competitivas, pode ser representado pela Figura I. Este modelo é importante para a descrição e análise das forças e dos *players* (atores-jogadores) que compõem a concorrência. Este é o atual momento da cadeia produtiva das operadoras, prestadores e beneficiários.

Figura I: As cinco forças competitivas de Porter (1980)



Fonte: Estratégia competitiva (Porter, 2006)

Os fornecedores de insumos (material e medicamentos); a ameaça competitiva das medicinas de grupo, das seguradoras e das cooperativas; e a negociação com os prestadores de serviços são apontadas como as principais forças competitivas que compõem o mercado de atuação da autogestão.

No livro “Estratégia em Ação”, Kaplan e Norton (2004) mostram como as empresas adeptas bem-sucedidas seguiam cinco princípios gerenciais para tornar-se “organização orientada para a estratégia”, a saber: traduzir a estratégia em termos operacionais; alinhar a organização à estratégia; transformar a estratégia em tarefas de todos; converter a estratégia em processo contínuo e mobilizar a mudança por meio da liderança executiva. O significado da organização orientada para a estratégia é entendido como:

Resultados notáveis = Descrição da estratégia + Mensuração da estratégia + Gestão da estratégia. Encontramos certa dificuldade da operadora em descrever e mensurar a sua estratégia, utilizando o conceito de mapa estratégico.

A filosofia desses três componentes citados acima é simples: não se pode gerenciar (terceiro componente) o que não pode se medir (segundo componente). Não se pode medir o que não se pode descrever (primeiro componente).

Isto demonstra a necessidade do mapa estratégico para o processo de governança corporativa.

Um dos requisitos chaves da governança corporativa é a transparência da estratégia da organização bem como o do seu acompanhamento. O conselho de administração (ou deliberativos) da operadora Metrus tem sido, neste sentido, requisitado para a explicitação da estratégia para a sua aprovação e acompanhamento.

A estratégia de uma organização descreve como ela pretende criar valor para os acionistas, clientes e beneficiários. Se os ativos intangíveis (conhecimento, marca) da organização representam mais de 75% de seu valor, a formulação e a execução da estratégia devem tratar explicitamente da mobilização e do alinhamento dos ativos intangíveis. No caso da operadora, refere-se à contratação de serviços em saúde, com qualidade (atenção à saúde, bem estar dos beneficiários) e à gestão efetiva dos recursos (eficiência, eficácia e impacto na utilização dos recursos).

Os sistemas de mensuração chamam a atenção de todos. No entanto, para que exerçam o maior impacto possível, os sistemas de mensuração devem concentrar-se na estratégia da organização - como ela espera criar valor sustentável no futuro. Assim, ao projetar os *balanced scorecards*, a organização deve medir os poucos parâmetros críticos que representam sua estratégia para a criação de valor a longo prazo. Encontramos indicadores e parâmetros, mas não sistematizados e organizados segundo o conceito de mapa estratégico.

A sabedoria convencional dos líderes ajuda na construção de um modelo holístico. Dispunha-se de doutrinas estratégicas sobre valor para acionistas, gestão de clientes, gestão de processos, qualidade, competências-chave, inovação, recursos humanos, tecnologia da informação, arquitetura organizacional e aprendizado, mas a criação de valor é indireta. Os ativos intangíveis, como conhecimento e tecnologia, raramente exercem impacto direto sobre os resultados financeiros, como aumento da receita, redução de custos e maiores lucros. As melhorias nos ativos intangíveis afetam os resultados financeiros por meio de cadeias, como as técnicas de gerenciamento da qualidade total, técnicas de seis sigma, etc, que podem melhorar diretamente a qualidade dos processos. Espera-se, então, que tais melhorias resultem no aumento da satisfação dos beneficiários, na medida em que atendam melhor as suas necessidades, inclusive as não sentidas.

Os ativos atuam em conjunto. Os ativos intangíveis sozinhos raramente criam valor. Eles não têm valor se isolados do contexto da organização e da estratégia. O valor dos ativos intangíveis emerge de sua combinação eficaz com outros ativos, tanto tangíveis quanto intangíveis. Aqui, nesta combinação de ativos, estão as competências organizacionais da operadora.

Estratégia não é um processo gerencial isolado; é uma das etapas de um processo contínuo lógico que movimenta toda a operadora, desde a declaração de missão de alto nível, até o trabalho executado pelos empregados da linha de frente e de suporte. (KAPLAN, 2004)

3. ESTRUTURA

A estrutura de uma organização é a soma total das maneiras pelas quais o trabalho é dividido em tarefas distintas e como é feita a coordenação entre essas partes. A estrutura organizacional deve estar atrelada à estratégia da organização. Esta estrutura está condicionada pela estratégia a ser adotada (CHANDLER, 1962) e deve ser alterada de acordo com as necessidades do mercado. Por sua vez, a estrutura também influencia a implantação de estratégia ao longo do tempo. O paradigma de funcionamento da estrutura organizacional apresenta uma estrutura hierárquica funcional especializada com órgãos colegiados.

O projeto organizacional da operadora deve combinar planejamento a longo prazo, enriquecimento do trabalho dos funcionários e desenvolvimento da estrutura, entre outros. Os elementos de uma estrutura devem ser selecionados para alcançar uma congruência interna ou harmonia, bem como uma congruência básica com a situação da

organização (suas dimensões e idade, o ambiente no qual opera, o sistema técnico que utiliza e assim por diante). A esses fatores situacionais devem ser acoplados os parâmetros para delinear, formando as configurações. (MINTZBERG, 1995). Verificamos, na maior parte das entrevistas, que a estrutura estaria ajustada às necessidades atuais da operadora no entender dos gestores. Foram apontadas também necessidades de desenvolvimento nas áreas de informação e informática, gestão de riscos e gestão de programas de pacientes crônicos. Apenas um gestor mencionou a necessidade da criação de um setor de controladoria e outro da área comercial, como novos componentes da estrutura organizacional.

Há cinco mecanismos de coordenação e os mesmos abrangem as maneiras fundamentais pelas quais as organizações coordenam suas tarefas. Segundo Mintzberg, eles são: *ajustamento mútuo*: o controle do trabalho permanece nas mãos dos operadores, com base no processo simples da comunicação informal. Normalmente é utilizado em organizações mais simples. O sucesso do empreendimento depende da habilidade dos especialistas de se adaptar, cada um com o outro, no decurso de suas “rotas”; *supervisão direta*: ocorre quando a organização começa a se desenvolver e crescer. A responsabilidade pelo trabalho dos outros e pelo monitoramento de suas ações é delegada a uma pessoa, que passa a coordenar todo o esforço através de uma coordenação direta das outras pessoas. Este é o caso da Metrus; *padronização dos processos de trabalho*: existem três formas básicas de se conseguir padronização nas organizações: as habilidades (e conhecimentos) de quem executa o trabalho, os processos de trabalho em si mesmos e as saídas destes processos de trabalho. O que caracteriza a padronização é o fato das execuções serem específicas ou programadas; *padronização dos resultados*: neste caso os resultados são especificados. Uma vez que o operador saiba como realizar a tarefa, cabe à coordenação cuidar para que determinados resultados sejam atingidos; *padronização das habilidades (e conhecimentos) dos trabalhadores*: é utilizada quando nem o processo de trabalho, nem seus resultados podem ser padronizados. Neste caso, as habilidades e conhecimentos são padronizados a fim de ter um treinamento específico para a execução de determinado trabalho. Isto é o que mais aparece no diagnóstico realizado. Mas, de forma geral, a operadora utiliza um *mix* dos modelos de coordenação.

Conforme o trabalho organizacional torna-se mais complexo, os meios que facilitam a coordenação parecem mudar do ajustamento mútuo para a supervisão direta e desta para a padronização, inicialmente dos processos de trabalho, depois para os resultados ou habilidades, finalmente revertendo para o ajustamento mútuo, novamente. (MINTZBERG, 1995). As operadoras não dependem de um único mecanismo de coordenação, podendo adotar um misto de todas as cinco formas de coordenação. São organizações que geram muita informação e dependem de conhecimentos especializados. O importante é realizar o *follow-up*.

As organizações são estruturadas a fim de apreender e dirigir sistemas de fluxos e determinar os inter-relacionamentos das diferentes partes. As cinco partes que compõe, segundo Mintzberg (1995) são: *núcleo operacional*: composto pelos operadores, ou seja, as pessoas que executam o trabalho básico de fabricar produtos ou prestar serviços. Nas organizações mais simples os operadores são grandemente auto-suficientes, coordenando-se por meio do ajustamento mútuo; *cúpula estratégica*: refere-se a uma forma de supervisão direta, utilizada à medida que a organização cresce e a divisão de trabalho requer uma supervisão em tempo integral; *linha intermediária*: criada a partir da necessidade de se ter mais cargos de chefia dentro da organização, conforme esta se expande é uma hierarquia de autoridade entre o Núcleo Operacional e a Cúpula Estratégica; *tecnoestrutura*: formada por analistas, ou seja, pessoas situadas

fora da linha de autoridade da organização, com o propósito de coordenar o trabalho, visando o crescimento da organização; *assessoria de apoio*: refere-se à parte da organização cujas unidades prestam assessoria de natureza diferente às demais unidades, não efetuando a padronização. Existe uma certa dificuldade de entendimento desta categorização, já que, historicamente, parte dos profissionais gestores são de formação médica e/ou outras profissões afins que não possuem administração em seus currículos, ou mesmo não tem especialização em gestão.

A organização pode operar sob diversas formas: *fluxo da autoridade formal*: refere-se ao fluxo do poder formal hierarquia abaixo. Apesar deste modelo de organograma já estar sendo considerado inadequado, o mesmo representa um retrato da divisão de trabalho e exibe as posições existentes na organização o agrupamento das mesmas em unidades e a forma como a autoridade formal opera sobre elas; *fluxos regulamentados*: é um modelo que dá mais ênfase à padronização, do que à supervisão direta; *fluxo das comunicações informais*: enfatiza o ajustamento mútuo na coordenação; *sistema de processo decisório ad hoc*: representa uma decisão estratégica desde seu início até seu fim; *sistema de constelação*: neste tipo de operação, os membros pertencentes à organização se agrupam por afinidades, não estando relacionada à hierarquia dentro da mesma.

O comportamento de um indivíduo dentro da organização pode ser formalizado de três formas diferentes: pela posição, pelo fluxo de trabalho ou por regras.

Agrupar posições é o meio fundamental de coordenar o trabalho da organização e pode ter efeitos importantes: estabelecer um sistema de supervisão comum entre posições e unidades; caracterizar posições em unidade e subunidades que compartilhem recursos em comum; criar medidas comuns para medir o desempenho do conjunto; encorajar o ajustamento mútuo.

Para se agrupar posições em unidades, são necessárias seis bases: conhecimento e habilidades; processo de trabalho e por função; tempo (turnos); resultado; clientes; local. São necessários também, quatro critérios: - interdependência do fluxo de trabalho; interdependências de processo; interdependência de escala e interdependências sociais. A operadora tem um quadro de pessoal considerado de pequena dimensão, o que facilita estas interdependências.

A finalidade de um plano, ou sistema de planejamento, é especificar um resultado desejado – um padrão – enquanto que a finalidade de um controle, ou sistema de controle, é avaliar se tal padrão foi atingido, ou não.

A fim de interligar as posições, a superestrutura da organização e os sistemas, foram criados os instrumentos de interligação. Estes instrumentos devem atingir a coordenação de que a organização precisa, já que qualquer forma de padronização, por si só, não permite tal coordenação. O comitê de gestão encontrado na metrus é um bom exemplo.

Os instrumentos de interligação representam esquemas desenvolvidos a fim de estabelecer contatos (interligações) entre os indivíduos e podem ser incorporados à estrutura formal. Eles são: *posições de interligação*: podem ser estabelecidas formalmente. A posição não tem autoridade formal, mas por estar no cruzamento dos canais de comunicação, tende a ter considerável poder; *forças-tarefa e comissões permanentes*: a força-tarefa é uma comissão formada apenas para realizar uma tarefa específica, sendo dissolvida após essa. A comissão permanente é um grupo interdepartamental mais estável, que se reúne regularmente para discutir assuntos de interesse comum; *gerente integrador*: este instrumento é criado quando há a necessidade de uma coordenação por ajustamento mútuo maior do que as outras formas de coordenação podem atender; *estrutura matricial*: base utilizada para agrupar todas as

interdependências (MINTZBERG, 1995). Apesar de a operadora estudada apresentar pequena dimensão com relação ao número de profissionais, ela trabalha com muita informação e conhecimentos especializados, necessitando destes instrumentos de interligação.

Estudos indicam que os resultados das relações entre estrutura e desempenho dependem da inter-relação entre os parâmetros utilizados para tal. Por estes estudos, pode-se concluir que a estruturação eficaz requer um rigoroso ajuste entre os fatores situacionais (ambientais) e os parâmetros a serem delineados; a estruturação eficaz exige uma adequação interna entre os parâmetros.

As formas de estrutura organizacional, descritas por Mintzberg são, a saber: *estrutura simples*: é caracterizada pela pouca elaboração. Possui pequena ou nenhuma tecnoestrutura, ou assessoria de apoio, diferenciação mínima entre as unidades e pequena hierarquia administrativa. Há pouco planejamento, treinamento e instrumentos de interligação; *burocracia mecanizada*: nela há padronização de responsabilidades, de qualificações e de canais de comunicação. Há normas de trabalho e hierarquia de autoridade devidamente definidas; *burocracia profissional*: nela o trabalho operacional é estável. É o caso desta operadora. Há mecanismos de coordenação que permitem, ao mesmo tempo, a padronização e a descentralização, e a padronização de habilidades. É um tipo de configuração democrática e autônoma; *forma divisionalizada*: é um conjunto de entidades (divisões) quase autônomas, unidas por meio de uma central administrativa – o escritório central. Esta estrutura é amplamente utilizada no setor privado. Representa um tipo de configuração sobreposta a outras, onde cada divisão apresenta sua própria estrutura; *adhocracia*: é capaz de fundir indivíduos de diferentes especialidades, em equipes de projetos *ad hoc*. É uma estrutura orgânica, com pouca formalização de comportamento e com o trabalho baseado no treinamento formal. Tem uma tendência a agrupar os especialistas em unidades funcionais, com finalidade de administração interna e possui apoio nos instrumentos de interligação para encorajar o ajustamento mútuo. É uma forma de estrutura fluída, confusa, e que pode causar ambigüidade.

Identificamos, neste trabalho, a preponderância das características da burocracia profissional presentes na estrutura, com conhecimento das regras, do saber técnico e da adhocracia, por causa dos projetos especiais constantemente propostos.

A contratação de serviços especializados, através da terceirização ou de trabalhos de consultorias, também altamente especializadas, foi encontrada na operadora estudada. Estes serviços terceirizados muitas vezes são estratégicos para o funcionamento das operadoras.

Não encontramos, na operadora, setores de análise de riscos presentes em suas estruturas, como forma do desenvolvimento e fortalecimento da estrutura, com relação à estratégia adotada.

4. METODOLOGIA

Trata-se de um estudo de caso da operadora Metrus de planos de assistência à saúde, modalidade autogestão. Os dados e informações foram obtidos através de:

- a) levantamento da estrutura da operadora através da análise documentos (estatutos, regimentos internos, organograma e legislação pertinente);
- b) levantamento dos processos críticos de funcionamento da operadora, através de entrevistas com os gestores;
- c) aplicação de um questionário sobre competências, a ser preenchido pelos gestores;

- d) descrever a estratégia adotada a partir da análise das entrevistas realizadas com os gestores;
- e) levantar as informações disponíveis na literatura sobre o tema.

A metodologia se constitui nas análises de documentos, leis, estatutos e regimentos internos e estruturas organizacionais da instituição. Realizaram-se também, entrevistas com os principais gestores da operadora através da aplicação de um roteiro com 40 perguntas. Foram feitas várias visitas, com conversas informais e observação direta do dia a dia da operadora, constituindo-se um estudo de campo.

A natureza de análise dos dados obtidos em campo é qualitativa e exploratória.

Através dos conceitos obtidos na literatura, resumidos e sintetizados, realizaremos a análise dos dados e das informações obtidas.

O roteiro da entrevista e o questionário respondido pelos gestores sobre competências estão anexos.

Nossa questão central é “Como gerenciar estrategicamente as operadoras através de sua estrutura adotada e suas competências gerenciais?”, “Qual é a estratégia a ser seguida?”, “Qual a estrutura adotada?”, “Quais são os processos críticos?” (Sistemas de informações gerenciais, banco de dados, indicadores epidemiológicos, análise de risco e controle de qualidade). “Quais as competências gerenciais praticadas?”. Como a estratégia pode “agregar valor” aos serviços da operadora? Valor financeiro; retorno econômico; cumprimento de missão/visão; satisfação de necessidades dos beneficiários; responsabilidade social, etc.

5. CARACTERIZAÇÃO DA OPERADORA:

As operadoras classificam-se por modalidade (ANS, 2007) (Tabelas I e II), como segue:

Autogestão: entidades sem fins lucrativos, que operam serviços de assistência à saúde, destinados, exclusivamente, a empregados ativos, aposentados, pensionistas, e ex-empregados de uma ou mais empresas, ou ainda, a participantes e dependentes de associações de pessoas físicas ou jurídicas, fundações, sindicatos, entidades de classes profissionais ou assemelhadas e seus dependentes.

Cooperativa médica: sociedades sem fins lucrativos, constituídas conforme o disposto na Lei no 5.764, de 16 de dezembro de 1971. Nessa modalidade, os médicos são simultaneamente sócios e prestadores de serviços.

Filantropia: entidades sem fins lucrativos que operam planos privados de assistência à saúde. São certificadas junto ao Conselho Nacional de Assistência Social - CNAS como entidades filantrópicas e declaradas de utilidade pública junto ao Ministério da Justiça ou junto aos órgãos dos governos estaduais e municipais.

Administradora: empresas que administram planos de assistência à saúde, financiadas por outra operadora. As administradoras de planos financiados por uma operadora não assumem o risco decorrente da operação desses planos, não possuem rede própria, credenciada ou referenciada de serviços médico-hospitalares ou odontológicos e não possuem beneficiários.

Seguradora especializada em saúde: nessa modalidade há a intermediação financeira de uma entidade seguradora, que cobre ou reembolsa gastos com assistência médica ao prestador ou ao segurado, de acordo com condições contratuais.

Medicina de grupo: de uma forma geral, a maioria destas empresas não oferece assistência em serviços próprios, contratando serviços médicos de terceiros ou credenciando médicos, hospitais e serviços auxiliares de diagnóstico e da terapêutica. Refere-se às demais empresas ou entidades que operam planos privados de assistência à saúde.

A Tabela I mostra a distribuição dos beneficiários, por modalidade, nos últimos oito anos. Temos o crescimento maior das modalidades cooperativa médica e medicina de grupo e um pequeno crescimento da autogestão.

Tabela I – Beneficiários de planos de assistência médica, por modalidade da operadora (Brasil – 2000-2007)

Competência	Total	Autogestão	Cooperativa médica	Filantropia	Medicina de grupo	Seguradora especializada em saúde
Dez/00	30.692.434	5.256.051	7.804.737	1.107.768	11.919.732	4.603.257
Dez/01	31.153.545	5.199.533	8.178.619	1.101.008	12.081.539	4.586.932
Dez/02	31.177.872	5.213.804	8.288.882	1.072.125	12.254.594	4.342.669
Dez/03	31.697.310	5.231.326	8.967.260	1.019.807	12.067.923	4.406.000
Dez/04	33.369.310	5.389.163	9.771.458	1.087.825	12.853.236	4.262.677
Dez/05	35.186.026	5.354.287	10.874.312	1.146.564	13.701.565	4.109.298
Dez/06	37.244.668	5.465.102	12.017.553	1.228.307	14.441.119	4.092.587
Set/07	38.342.198	5.490.489	12.734.087	1.311.384	14.559.410	4.246.825

Fonte: Sistema de Informações de Beneficiários – ANS/MS – 09/2007 e Cadastro de Operadoras – ANS/MS – 09/2007

A Tabela II mostra os custos médios das operadoras, por beneficiário coberto. Demonstra a competitividade dos custos do modelo de autogestão e das cooperativas, perante as demais.

Tabela II – Tipo das operadoras – por custos médios/ beneficiários

Tipo de Operadora	% Empresas	Custo Bruto	Custo Líquido
Administradora de Planos	17%	R\$ 155,13	R\$ 130,11
Autogestão	10%	R\$ 98,87	R\$ 74,35
Cooperativa Médica	21%	R\$ 91,37	R\$ 76,14
Medicina de Grupo	19%	R\$ 117,79	R\$ 113,21
Seguradora	58%	R\$ 211,00	R\$ 185,02
Total	-	R\$ 134,43	R\$ 115,77

Fonte: UNIDAS, 2007

A operadora Metrus é uma entidade fechada de previdência complementar, regidas pelas leis complementares 108 e 109/2001, que também administra planos de assistência à saúde na modalidade autogestão.

Tabela III – Distribuição das operadoras por faixa de beneficiários

Faixa de beneficiários	N. de Autogestoras	%	Classificação
Inativas	53	17,09%	-
De 1 a 1.000	48	15,48%	-

De 1.001 a 10.000	131	42,25%	-
De 10.001 a 50.000	59	19,03%	Metrus
De 50.001 a 100.000	7	2,25%	-
Acima de 100.000	12	3,87%	-

Fonte: UNIDAS. 2007

As operadoras de planos de assistência à saúde, modalidade autogestão, são aquelas destinadas a um grupo fechado de beneficiários e não visam o lucro, seja porque nascem da gestão de um plano no âmbito da área de recursos humanos de uma empresa, seja porque são operadas por uma pessoa jurídica sem finalidade lucrativa.

Os participantes dos planos de assistência à saúde, administrados pelas empresas de autogestão necessariamente possuem representação de órgãos deliberativos dessas operadoras, sendo co-responsáveis pela própria gestão da operadora. Isto, no nosso entender, fornece maior transparência às atividades das operadoras, permitindo em melhor alinhamento entre a estratégia e sua estrutura. Esta é uma característica positiva das operadoras, modalidade autogestão.

Tabela IV – Porte das Operadoras – Modalidade Autogestão – Por números de beneficiários

<i>Porte</i>	<i>Número de beneficiários</i>	<i>Classificação</i>
Pequeno	até 19.999 beneficiários	-
Médio	entre 20.000 e 99.999 beneficiários	Metrus
Grande	100.000 ou mais beneficiários	-

Fonte: ANS – Cadastro de Operadoras 2007

Verificamos na Tabela IV o porte das operadoras, segundo o número de beneficiários.

Tabela V – Porte das operadoras – por número de funcionários

<i>Porte</i>	<i>Número de funcionários</i>	<i>Classificação</i>
Micro	até 9	-
Pequena	de 10 a 49	Metrus
Média	50-199	-
Grande	>= 200	-

Fonte: SEBRAE 2008

Verificamos na Tabela V o número de funcionários com os quais a autogestão opera.

Tabela VI – Porte das operadoras – por receita operacional bruta anual

<i>Porte</i>	<i>Receita Operacional Bruta Anual</i>	<i>Classificação</i>
Microempresa	Inferior ou igual a R\$ 1.200mil	-

Pequenas empresas	Superior a R\$ 1.200mil e inferior ou igual a R\$ 10.500mil	-
Médias empresas	Superior a R\$ 10.500mil e inferior ou igual a R\$ 60 milhões	-
Grandes empresas	Superior a R\$ 60 milhões	Metrus

Fonte: BNDES, 2008

Verificamos na Tabela VI que, pelo critério de movimentação de recursos, a operadora é classificada como grande empresa.

5.1 – Metrus

Segundo os gestores da Metrus, o setor de assistência médico-hospitalar está em crise, devido aos seus altos custos, que ocorrem de forma crescente.

A leitura do mercado pelos gestores é de que a assistência à saúde virou um produto de consumo. Tem-se um abuso na utilização dos serviços por parte dos beneficiários. Isto, aliado à falta de controle sobre as prestadoras de serviços, que só continuam sendo prestadoras de serviços enquanto ganham, tornam seus custos ainda maiores.

Não temos subordinação hierárquica na prestação de serviços (terceirização). Esta é uma característica intrínseca do processo de terceirização. Prestar serviços em troca de um contrato temporário, com remuneração corrigida, vale enquanto tiver interesses de ambas as partes. Não é uma parceria em que os dois parceiros correm o risco do negócio e os dois procuram ganhar com a relação, criando uma relação de confiança e estabilidade.

O mercado é visto como restrito, com poucas patrocinadoras, duas no caso da Metrus. Assim mesmo alguns gestores acreditam que o crescimento seja viável, em termos de novos patrocinadores.

Os médicos neste mercado são vistos como os principais prejudicados, pois seus honorários são decrescentes, se comparados às demais despesas da operadora, como as despesas com os materiais e com os medicamentos.

A operadora não está focada no lucro. O beneficiário é visto como um rei. Os serviços são de fácil acesso para os beneficiários. O foco é no benefício e na qualidade da assistência. Portanto não necessariamente a operadora tem um baixo custo. Há falta de escala de serviços para redução de custos. A verticalização, a compra de hospitais pelas operadoras é colocada como uma forma de redução de custos.

A estratégia para o futuro é o multipatrocínio, para ganhar escala. Foi sugerida, inclusive, uma Fundação em nível federal, para poder ter escala, e com isso ter redução de custos. Verificamos, nas entrevistas e informações obtidas, a dificuldade de conseguir este multipatrocínio.

A inovação constatada na estrutura da Metrus são os comitês, o de gestão e o de investimento. São para resolver os conflitos e as questões que envolvam uma visão mais ampla. Temos também a participação dos beneficiários nos conselhos, o que dá mais transparência à gestão da operadora.

A estrutura é enxuta, mas tem demandas com relação à criação dos núcleos de informática e regulação. Também foi constatada a falta de pessoal de enfermagem para auditoria. No entanto, para os gestores, a estrutura organizacional presente na operadora

é considerada suficiente. O comitê de gestão faz parte da estrutura e está parametrizado e regulamentado e exerce um papel importante na gestão da Metrus Saúde.

No momento a Metrus passa por um processo de separação entre as áreas de administração e de informática, o que é plenamente concebível dada a complexidade e importância das duas áreas. A informática, a parte terceirizada, não tem sistemas personalizados, para a Metrus. Isto é apontado como um problema.

A Metrus possui contrato com uma empresa terceirizada de informática que fornece os aplicativos referentes ao banco de dados à mesma, apesar dela ter uma área de TI própria. É considerada uma área estratégica. Os gestores acreditam que deveria haver um núcleo de informática na estrutura e estão tomando decisões neste sentido.

Temos a prática, na operadora, de muitos serviços especializados terceirizados, como a auditoria, a informática e o controle atuarial.

A operadora não tem controle sobre as prestadoras de serviços de assistência à saúde como um todo, e também não está focada no lucro. Apresenta, como vantagens, o foco no benefício e na qualidade, além da proximidade com o beneficiário. As principais desvantagens são os abusos na entrega dos serviços e a necessidade de compreensão por parte dos beneficiários.

Os gestores acreditam que o modelo da autogestão está estagnado no mercado, está espremido pela medicina de grupo e pelas cooperativas e está sentindo a verticalização das ações e das decisões destas, no mercado.

Segundo os gestores, as relações entre os conselhos e a diretoria são de proximidade, não havendo conflitos entre eles.

O processo de formulação e execução da estratégia é regido pelo orçamento. Estão previstas metas por área e metas institucionais para o ano de 2008, o que demonstra uma certa métrica na formulação e na criação da estratégia. A avaliação e o controle de resultados da Metrus é realizada pelas áreas. As mesmas possuem um conjunto de metas a serem seguidas e os funcionários têm participação nos resultados, pelo atingimento das metas.

A avaliação de satisfação dos clientes é realizada por pesquisas internas e externas feitas periodicamente e apontam para um bom nível de satisfação dos mesmos.

Segundo os gestores, a Metrus não tem os chamados “conflitos de agência”, além de possuir um comitê para casos emergenciais, que possam gerar conflitos.

Para os gestores, os marcos regulatórios mais importantes para a operadora são: a ANS, a lei 8666/93, as RN 13/2007, 14/2007 e 159/2007.

A operadora não possui conselhos externos independentes, nem parcerias com outras instituições. Possui, sim, uma auditoria externa contábil e financeira. A operadora não tem associados. Tem o Metrô e o Metrus como patrocinadores. O investimento feito por estes patrocinadores, em 2008, será destinado ao programa de prevenção e ao programa de pacientes crônicos.

Os entrevistados apontam, como competências gerenciais necessárias importantes, o conhecimento da legislação, o saber trabalhar em equipe, a flexibilidade, o conhecimento sobre prevenção, o foco na assistência, os conhecimentos técnicos, o saber fazer e o acompanhamento econômico/financeiro. Os mesmos apontam, como competências organizacionais necessárias e importantes, a credibilidade, a qualidade, a transparência e a inovação, o atendimento do cliente, a visão do mercado e o foco na clientela. Como competências individuais, os mesmos apontam a boa vontade, a iniciativa, o saber ouvir, a comunicação, o conhecimento geral da saúde, a pró-atividade e a receptividade sobre os assuntos.

Os entrevistados acreditam que a comunicação entre a diretoria e o conselho é boa. As decisões são norteadas pelo regimento. As decisões técnicas são tomadas pela

gerência, enquanto que as decisões administrativas são tomadas pela gerência e pelo comitê de gestão. Estas decisões podem ser alteradas pelo diretor. Cabe aos diretores ou gerentes os papéis de regulação dos planos, enquadramento dos mesmos, controle, proposição de alternativas e soluções, administração da parte médica e das contas médicas. As reuniões são semanais (as de rotina) e mensais (para análise de contas). A Metrus é gerida de forma democrática e transparente, segundo seus gestores.

Para os entrevistados, o corpo gerencial apresenta as seguintes competências: a organização, o planejamento e o cumprimento dos prazos.

Alguns gerentes apontam que o corpo gerencial deveria ter responsabilidade civil e criminal e responder com o patrimônio. As responsabilidades da direção, ou do núcleo de autogestão são a responsabilidade de relacionamento e a responsabilidade solidária. O mesmo tem autoridade técnica e de pagamento da folha.

Baseando-se na análise da matriz SWOT, as *forças* são a credibilidade, a transparência, a qualidade e a rede credenciada; as *fraquezas* são a morosidade, a comunicação, a centralização e o controle financeiro; as *ameaças* são os custos crescentes, a quantidade de patrocinadores e a limitação das prestadoras; e a *oportunidade* é o multipatrocínio.

Através da análise da matriz BCG adaptada, o problema (produto deficitário) é o plano para aposentados, enquanto que os pontos positivos são o plano de ativos (mercado estabilizado, mas com bom retorno financeiro) e o plano odontológico (mercado em crescimento).

Baseando-se nas forças competitivas de Porter, o poder de negociação dos fornecedores, ou seja, os materiais e os medicamentos são a principal pressão, em termos de custos, sofrida pela operadora. O poder de negociação dos clientes e o aparecimento de produtos substitutos também influenciam o poder decisório. Há também o aparecimento de novos concorrentes, como a Unimed e a medicina de grupo, que têm planos mais baratos.

6. DESCRIÇÃO E ANÁLISE DAS INFORMAÇÕES

Quadro I - Resultado – Operadora – Modalidade em Autogestão Metrus

1. Como você descreve o mercado de assistência médico-hospitalar hoje, para as operadoras? E no futuro?

- * Crise financeira, devido aos custos crescentes da assistência médico-hospitalar;
- * O atendimento de urgência é colocado como sendo da rede pública;
- * A autogestão não está focada no lucro;
- * O mercado é fechado;
- * Preocupação com a ANS – “regras cada vez mais complicadas para as operadoras”;
- * Médicos (maiores prejudicados) - estão contidos em sua remuneração. Visão/ maneira sofrível de concorrência;
- * Modelo de hoje reproduz o produto de consumo: crise à vista;
- * Mercado fechado;
- * É viável seu crescimento;
- * As operadoras não têm controle das prestadoras de serviços.

2. Quais as vantagens da operadora em formato de autogestão? E as desvantagens?

- * Vantagens: Foco no benefício e na qualidade. Proximidade com o paciente;
- * Serviço não é restrito/não dificulta o acesso/gerente não é treinado para dizer não;
- * Só falta “carregar o paciente no colo”;
- * É limitado;
- * Desvantagem: abuso dos serviços. Necessidade de compreensão por parte do usuário. Atende parcela pequena da população.

3. Como estão evoluindo as operadoras na modalidade autogestão (em que direção)?

- * Programas de prevenção;
- * Sentimento de ter uma certa verticalização – hospital próprio, não pode ficar somente como financiador;
- * Espremida pela “medicina do grupo” – a grande ameaça;
- * Segmento vai aumentar;
- * Mercado estagnado / Criam-se mercados através das aquisições;
- * Plano a longo prazo – poder de controlar custos. O hospital para de dar sustentabilidade e integração vertical.

4. Como são as relações e a divisão de poder entre o conselho de administração/deliberativo e a direção da operadora? Como é a fiscalização das ações corporativas da operadora?

- * Conselho Deliberativo (Indicado e eleito) bem ativo. Os três diretores são do Metrô;
- * Área de Planejamento e Conformidade. Secretaria de Previdência Complementar – exige a Governança Corporativa;
- * A empresa é ávida por “customização”. Fica fácil a fiscalização e a prestação de contas”
- * Auditoria externa (contábil e financeira). TCE (tribunal de Contas do estado) – Conselho fiscal. INSS – Conselho Deliberativo e ANS;
- * O maior fiscal é o participante;
- * As relações entre Conselho e Diretoria são próximas. O Comitê de gestão tem empregados e reúne-se mensalmente;
- * Área de conformidade – análise de riscos;
- * ANS e o Conselho fiscal; empresa ávida por customização. Fica fácil a fiscalização e a prestação de contas;
- * Comitê de Gestão tem a função de “pegar” o sentimento do participante. Está parametrizado e regulamentado.

5. Como funciona a área de informática? Banco de dados? Senhas e informações gerenciais? Grau de terceirização.

- * Desenvolvimento de softwares;
- * Comprou o direito de utilizar softwares.

6. As estruturas consultivas e de execução da operadora são ideais no seu entender?

- * A estrutura hierárquica é mais que suficiente. Há dificuldade na área de informática;
- * Comitê de Gestão. Órgão de aconselhamento composto por funcionários dos sindicatos, por aposentados e patrocinadores;
- * Comitê de Investimento;
- * Separação das áreas administrativas, RHs, atendimento e controladoria da área de tecnologia da informação;
- * Necessita de um núcleo de informática e um núcleo de regulação;
- * A área de saúde tem 25 funcionários em um total de 100;
- * Regulação de procedimentos;
- * Qualificação do Trabalho. Secretaria da previdência Complementar.

7. Como é realizado o processo de formulação e execução da estratégia da operadora?

- * O orçamento dá o tom / ele é engessado;
- * Há metas por área e metas institucionais;
- * Planejamento estratégico informativo(subsídio);
- * Foi a medicina de grupo que determinou – influência sobre a ANS. TISS é uma loucura.

8. Como funciona o sistema de controle e avaliação de resultados da operadora? (Corporativo ou gerencial)?

- * RHs não tem. Os resultados funcionam em torno de áreas funcionais. Os funcionários têm participação nos resultados. As áreas possuem um conjunto de metas a serem atingidas;
- * Pesquisa para controlar a imagem;
- * Pelas pesquisas. A da ANS, apesar de bem avaliada, é muito vaga. Pesquisa de satisfação muito boa e feita por eles;
- * Não tem *Balanced Scorecard*. Tem relatórios. Custos ABC; Não tem resultado, nem métrica. Não tem necessidade.

9. Como é a relação da direção da operadora com a área de informações? E com o banco de dados?

- * Empresa terceirizada de informática fornece os aplicativos. Tem também TI próprio. Os aplicativos são sobre o banco de dados;
- * A conectividade é terceirizada.

10. Temos, na operadora, os chamados “conflitos de agência”?

- * Não tem “conflitos de agência”;
- * Criação do Comitê do Metrô Saúde para casos que fogem da rotina

11. Quais são os marcos regulatórios importantes no seu entender?

- * ANS;
 - * Lei 8666/93;
 - * RN 13/2007; RN 14/2007 e RN 159/2007.
- 12. A operadora tem conselhos externos independentes?**
 Não. Há somente auditoria externa – contábil/financeira
- 13. Quais são os serviços terceirizados? E as parcerias?**
- * Auditoria externa e sistemas de informação;
 - * Não há parcerias;
 - * Auditoria médica/ informática (conectividade);
 - * Unimed/ auditor/ controle atuarial.
- 14. Quais as competências gerenciais que você assinala importantes numa operadora?**
- * Conhecimento da Legislação;
 - * Saber trabalhar em equipe;
 - * Ter flexibilidade;
 - * Conhecimento sobre prevenção;
 - * Foco assistencial / respeito com o participante e com o prestador;
 - * Conhecimentos técnicos/ protocolos clínicos/ acompanhamento econômico financeiro.
- 15. Quais as competências organizacionais de uma operadora?**
- * Credibilidade, qualidade, transparência e inovação;
 - * Atendimento do cliente;
 - * Visão do mercado;
 - * Clientela específica - “o cliente é participante”;
 - * Seu principal ativo são as pessoas.
- 16. Quais as competências individuais dos profissionais de uma operadora?**
- * Boa vontade, iniciativa, saber ouvir e comunicação;
 - * Conhecimento do geral da saúde;
 - * Pró-atividade;
 - * Receptividade sobre os outros.
- 17. Qual a estrutura legal da autogestão?**
- * Regimento interno;
 - * Grupo fechado de empresas/ reservas fiscais têm vantagens.
- 18. Quem são os associados?**
- * Não tem;
 - * Metrô e Metrus.
- 19. Quem são os patrocinadores?**
- * Metrô e Metrus.
- 20. Qual o investimento que os patrocinadores e/ou assistidos irão fazer? Como serão distribuídos?**
- * Programa de Prevenção;
 - * Arquitetura da TI – atendimento ao participante;
 - * Prevenção em saúde / doenças crônicas.
- 21. Qual é a estrutura organizacional da autogestão? Anexar um organograma com os respectivos cargos, conselhos e funções de cada um deles.**
- * Organograma e o estatuto estão anexos. Têm no corpo do trabalho.
- 22. Quais os critérios de escolha dos membros do conselho deliberativo?**
- * Indicação e eleição: “Os conselheiros tem um curso preparatório”. “Como são eleitos, muitas vezes não estão preparados.”
- 23. Qual o grau de comunicação (e interdependência) entre a diretoria e o conselho?**
- * Comunicação é problema entre os gerentes (as gerências);
 - * Fácil.
- 24. Como as decisões são tomadas na operadora?**
- * Decisões técnicas - a gerência / decisões administrativas – a gerência e o Comitê de Gestão – essas decisões podem ser alteradas pelo diretor;
 - * Mais poder para os gerentes;
 - * O regulamento norteia as principais decisões.
- 25. Quais são os conselhos?**
- * Fiscal e Deliberativo.
- 26. Quais os papéis desempenhados pelos diretores ou gerentes?**
- * Regulação dos planos / enquadramento. 2 - Controle. 3 - Propor alternativas e soluções;
 - * Próximo, absenteísmo e pontualidade;
 - * Parte administrativa e contas médicas.

27. Qual a periodicidade de reuniões e critérios para convocação de reuniões extraordinárias?

Reuniões mensais (contas) e semanais (rotina).

28. Como são os mandatos dos membros dos conselhos?

* Regimento interno.

29. Como a autogestão é gerida? (no dia a dia da empresa)

* Democrática e transparente. Pró-ativa e empreendedora;

* Ver o lado social.

30. Quais as competências que o corpo gerencial tem e quais deveria ter?

* Organização, planejamento e cumprimento dos prazos;

* Civil criminal e responde com o patrimônio.

31. Quais são as responsabilidades da direção ou do núcleo de autogestão?

* ANS e CRM: presta conta;

* Responsabilidade de relacionamento;

* A diretoria gera regras gerais. O comitê julga;

* Responsabilidade solidária.

32. Qual a autoridade da direção ou do núcleo de autogestão?

* Autoridade técnica do plano (gerente em saúde);

* Pagamento da folha/ margem.

33. Como o desempenho do diretor ou do corpo gerencial é avaliado?

* Através das metas;

* Pela forma de agir no dia a dia;

* Tem metas. Não tem avaliação;

* Não tem avaliação;

* No grupo, através da avaliação de metas anuais;

* Técnico – administrativo – participativo.

34. Como você gostaria que sua gestão fosse lembrada daqui a 5 anos?

* Aprendizagem e compartilhamento de conhecimento;

* Contribuir para melhorar;

* Saudades/ contribuição ética;

* Arquitetura de informação/ plano de carreira;

* Como um dos colaboradores.

35. Como você enxerga a estrutura da operadora? Está desatualizada? É suficiente?

* Falta enfermeira e um núcleo de regulação;

* Duas áreas: projetos de atuação preventiva e controle de doenças crônicas;

* Tecnologia da informação.

36. Quais os benefícios conseguidos e os objetivos atingidos em sua gestão?

* Estruturar a área; conseguir delegar e integrar a equipe;

* Aumento do grupo funcional; Alterações das regras de aumento dos benefícios;

* Preocupação com a ética; rigor técnico; governança participativa.

37. Quais as dificuldades encontradas na realização de suas atividades?

* Falta de comunicação;

* Falta de estrutura;

* A infraestrutura de pessoal é carente;

* Falta de pessoal/ menos execução e mais concepção;

* Dificuldade externa – convivência de parceria com as prestadoras de serviço.

38. Matriz SWOT – Forças/ Fraquezas, Ameaças/Oportunidades.

* Fraqueza: morosidade, comunicação interna e externa; poder; centralização, controle financeiro e prestadoras (hospitais); falta de sinergia;

* Força: credibilidade; transparência; qualidade dos serviços e da rede credenciada;

* Oportunidade: multi financiamento, multi patrocínio; novos patrocinadores;

* Ameaça: não ter assistência à saúde; medicina de grupo; custos crescentes; quantidade de patrocinadores;

39. Matriz BCG.

* Vaca leiteira: MSI (ativos – 22.000 vidas; 7.500 funcionários); Plano odontológico;

* Não tem vaca leiteira;

* Abacaxi: MSE (agregados e aposentados – 2.000 vidas); Aposentados;

* Estrela : MSB (básico – 2.000 vidas); MSO (odontológico): vedete, (1.500 vidas);

40. As cinco forças de Porter.

* Mercado Massificado: Medicina de grupo, Cooperativas e Seguradoras;

- * Poder de negociação dos credenciados;
- * Material e medicamento são a principal pressão;
- * O poder de negociação dos clientes, o poder de negociação dos fornecedores e o aparecimento de produtos substitutos influenciam o processo decisório;
- * Novas concorrências: UNIMED mais barata; poder de negociação com os fornecedores: encomenda.

7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O que aprendemos é que só olhar para o concorrente e tentar fazer melhor não é uma boa estratégia. O olhar para fora deve ser amplo e profundo, descartando as idéias preconcebidas e procurando o novo. A operadora deve estar atenta para a inovação (criatividade, motivação, recursos e competências). A inovação é um processo permanente que deve estar presente em todas as áreas da operadora, ou seja, na sua estrutura, na sua estratégia, nos seus profissionais e nas suas competências. A inovação tem que fazer parte do DNA das operadoras. As operadoras modalidade autogestão ainda têm na medicina de grupo/seguradora um referencial para seu modelo de gestão. Isto tem sua lógica e pertinência. O tamanho destas as torna líderes do mercado, e desta forma ditadoras das regras de funcionamento do mesmo. Temos por exemplo, a sinalização de compra de hospitais, por parte das operadoras autogestão, como estratégia. Não só comprar os serviços de assistência, mas também realizá-los. Esta verticalização é colocada como estratégica pelas operadoras como alternativa do controle de custos. A pergunta é: “Será que as operadoras têm escala de serviços para tanto? Não é uma tendência das medicinas de grupo de maior porte?” “Será que esta estratégia é válida para a autogestão de menor porte?”.

A inovação é um processo permanente que deve estar presente em todas as áreas da operadora. Tem que fazer parte das atividades operacionais. O papel dos gestores é criar um ambiente propício para a inovação. Os gestores têm clareza disto, mas as ações neste sentido praticadas pela operadora não reforçam esta intenção, pelo menos em nível de execução. O papel de controle e suas respectivas competências (QUINN, 2003) é uma atividade inerente às operadoras e aos seus gestores, inibindo, de certa forma, o papel da inovação em gestão.

As operadoras de planos - modalidade autogestão são fundações, são instituições que pela sua natureza e origens, tem um componente político-profissional muito forte. Foram fundadas para atender “os benefícios” de um universo de profissionais de uma ou mais empresas. A cultura organizacional dessas operadoras traz no seu interior, a cultura das estatais, do nosso modelo de desenvolvimento das décadas 60, 70 e 80. Este foi um período de muitas benesses para os funcionários e empresas estatais, em termos de salários, benefícios e investimentos. Temos o exemplo da criação da SEST (Secretaria Especial de Controle das Estatais), na década de 80, pelo governo federal, com o objetivo de controlar as estatais, os fundos de pensão a elas ligados e também os salários e benefícios dos funcionários.

As operadoras, no seu estilo gerencial, têm o perfil dos seus gestores, papéis e competências como negociadores de conflitos, controladores, atendimento às necessidades dos beneficiários e articuladores institucionais. Ficam evidenciados, principalmente, os modelos de relações humanas e de sistemas abertos, e suas competências nos seus respectivos papéis no conceito adotado por QUINN (2003).

A lei dos planos de saúde de 1998 e a criação da ANS em 2000, que definiram papéis do público e privado na relação de prestação de serviços, são apontadas como os grandes marcos regulatórios do setor, no entender dos gestores da operadora estudada.

A estratégia é fortemente influenciada pela regulamentação estatal (ANS, MF e ANVISA). A legislação é complexa e às vezes é conflitante, o que dificulta a definição de estratégia.

A amplitude e a complexidade das atividades das operadoras interferem na fiscalização operacional dos planos de autogestão, por parte da ANS. Não podemos engessar esta relação com excessos de regulamentação e torná-la muitas vezes burocráticas, sem a geração de valor para a sociedade. A fiscalização interfere no desenho organizacional das operadoras, suas estruturas organizacionais ficam mais onerosas, para dar respostas a esta fiscalização.

A análise do risco e sua gestão são elementos colocados como fundamentais no estabelecimento da estratégia pelos gestores. Isto demanda uma melhor estrutura organizacional por parte das operadoras. Ou seja, uma estrutura melhor especializada e instrumentalizada.

A estrutura da operadora tem características de uma burocracia profissional especializada, com forte necessidade de controle interno. O controle (monitoramento) é um dos papéis gerenciais do modelo de processos internos. Por outro lado, a operadora tem mais abertura e transparência nas suas atividades com a presença dos órgãos colegiados participando de decisões estratégicas. Estes órgãos coligados têm a presença de representantes dos beneficiários.

O mercado é visto como restritivo, os custos de assistência são crescentes, e as empresas compradoras de planos têm um aumento nos seus custos de manutenção dos planos. Isto foi claramente apontado nas entrevistas com os gestores e na avaliação dos trabalhos e indicadores sobre o tema.

As operadoras dos planos de autogestão encontram na terceirização dos quadros de funcionários das patrocinadoras e no processo de privatização das estatais, ameaças a sua continuidade, isto é claramente identificado pelos gestores da Metrus.

O entendimento da gestão corporativa e seus controles ocorrem de uma forma a obediência a princípios legais e metas e objetivos institucionais. Encontramos indicadores estratégicos institucionalizados, e alguns estudos na explicação do momento atual das operadoras. Não encontramos os mapas estratégicos na operadora analisada.

A escolha estratégica da operadora deve ser feita a partir do mapeamento de seus recursos, das suas competências organizacionais e gerenciais e do meio ambiente. O relacionamento intensivo, melhorando a qualidade e a quantidade de informações, com os *stakeholders*, as empresas, os empregados, os fornecedores, os prestadores e o Estado é fundamental. Os documentos analisados e as entrevistas com os gestores apontam nessa direção e demonstram consistência e coerência de suas ações, dentro da estratégia estabelecida de uma forma geral. Mas apontam, também, para a necessidade da construção de uma arquitetura estratégica e um mapa estratégico para gestão.

O conceito de competências é entendido como conhecimento e qualificação dos funcionários. Não é feita a relação do conceito de competências com performance e resultados. Os papéis gerenciais, de uma forma geral, são entendidos, e definidos, mas com relação as suas competências gerenciais respectivas, encontramos um pouco de dificuldade conceitual e de percepção por parte dos gestores.

Encontramos certa dificuldade na identificação pelos gestores, das competências organizacionais da operadora. Sabemos que as competências organizacionais são formadas a partir das competências individuais e gerenciais juntamente com a utilização dos recursos organizacionais. A aprendizagem é intrínseca a esse processo de relação entre as competências e os recursos internos. Nesta relação criam-se novas competências individuais em círculo virtuoso, é um processo dinâmico, processo este que caracteriza as organizações que aprendem a aprender.

As ações preventivas de saúde são valorizadas pelas áreas de gestão de pessoas das empresas e estimuladas pela ANS. Fazem parte dos programas da operadora, como forma de redução de custos e considerado estratégico. Mas conhecer detalhadamente os usuários de uma carteira e adotar medidas de prevenção customizadas (solução). Está prática ainda está sendo estudada e começando a ser implantada e é estratégica.

Conhecer detalhadamente os usuários de uma carteira e adotar medidas de prevenção customizadas (solução) são colocadas como medidas estratégicas e exige um reforço na estrutura organizacional. A prática ainda está em seu início, considerando o total da população a ser coberta. A estrutura organizacional para esta estratégia ainda está sendo constituída e as competências necessárias das pessoas, desenvolvidas. A questão é saber até quanto os ganhos com as atividades de prevenção trarão resultados efetivos, melhorias na qualidade de vida dos beneficiários e superarão os seus custos de implantação. O intangível da antecipação aos custos potenciais tem que se levar em conta.

A questão que se coloca é a de que a autogestão, ou melhor, a prestação de serviços de assistência à saúde não é o *core business* da empresa que pretenda criar uma empresa para tanto e, portanto, procura simplesmente contratar o serviço através da terceirização. No entanto o benefício que a autogestão oferece aos funcionários é o de melhor qualidade de serviços, aumentando a qualidade do benefício oferecido, contribui para a satisfação do funcionário. O discurso e a prática da área de RH ficam prejudicados, pois as empresas contratadoras dos planos sempre cedem, optando por planos com custos menores.

Os planos de saúde corporativos estão em expansão, tanto para pequenas quanto para grandes empresas. Crescimento maior das seguradoras dentre as operadoras (2003) e da autogestão (2007) (ANS 2007). Mas a autogestão está tendencialmente estabilizada nos últimos anos, mostrando uma estagnação do mercado.

Os dados finais de 2007 divulgados pela ANS - Agência Nacional de Saúde Suplementar, indicam que o segmento de planos odontológicos deve chegar perto da média anual de crescimento de 18,5% no seu número de associados, obtida entre 2001 e 2006. O número impressiona se comparado ao segmento médico-hospitalar, que tem crescido a taxas de 3,6% ao ano em média no mesmo período. O crescimento é positivo, mas muitas críticas são realizadas pelos beneficiários, com relação à qualidade do serviço. A estratégia é a reformulação desses planos, visto que as mensalidades pagas não cobrem seus custos.

A incorporação de novos materiais, tratamentos e medicamentos, o aumento de expectativa de vida e o alto índice de utilizações dos participantes são apontados como os responsáveis pelo aumento dos custos da assistência prestada pelas operadoras. Estas são as forças de mercado e as forças sociais atuando, mercado/sociedade, onde as operadoras terão que utilizar técnicas inovadoras de gestão para poder enfrentar seus impasses com maior efetividade. O desenvolvimento das competências organizacionais, das competências gerenciais e de estruturas flexíveis, focadas, sinérgicas, aliadas à clara definição de estratégias e às suas métricas de desempenho, é um bom caminho a ser trilhado como resposta a essas forças, dificuldades e impasses.

BIBLIOGRAFIA

[AGÊNCIA NACIONAL DA SAÚDE. Câmara de Saúde Suplementar. Acesso em 21.04.2008. disponível em www.ans.gov.br](http://www.ans.gov.br)

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR. Programa de Qualificação da Saúde Suplementar: -- Rio de Janeiro: ANS, 2007.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR. Caderno de Informação da Saúde Suplementar – beneficiários, operadoras e planos: -- Rio de Janeiro: ANS, 2007.

BARNEY, J.B. *Firm resources and sustained competitive advantage*. Journal of Management. V.17, nº 1, p 99-120, 1991.

BOYATZIS, R. E. ; McCLELLAND, D. C. Leadership motive pattern and long-term success in management. Journal of Applied Psychology, Washington, v. 67, iss. 6, p. 737-44, Dec1982.

BRANDÃO, H. P.; GUIMARÃES, T. A. *Gestão de Competências e Gestão de desempenho humano: tecnologias distintas ou instrumentos de um mesmo constructo?* Revista de Administração de Empresas. São Paulo, V. 41, nº 1, p 8-15, jan/mar 2001

CHANDLER, A. *Strategy and Structure*. The History of the American Industrial Enterprise Cambridge, Mass. MIT Press.1962.

DUTRA, Joel S et al. *Competências. Conceitos e instrumentos para a gestão de pessoas na empresa moderna*. São Paulo: Editora Atlas, 2004.

DUTRA, Joel S et al. *Gestão por competências. Um modelo avançado para o gerenciamento de pessoas*. São Paulo: Editora Gente, 2001.

FERNANDES, Bruno H.R. et al. *Construindo o diálogo entre competência, recursos humanos e desempenho Organizacional*. RAE. Vol.46. Número 4, out/dez 2006.

FERREIRA, Aurélio B.H. *Novo Dicionário da Língua Portuguesa* 1ª ed.:1975.

FLEURY, M.T.L et al. *As pessoas na organização*. São Paulo: Editora Gente 2002.

FLEURY, Afonso.FLEURY, Maria T. L. *Alinhamento de competências e estratégia*. RAE. Vol 44, nº 1. São Paulo. 2006.

HEWITT ASSOCIATES. Consultoria, Terceirização, Planos de Compensação e Soluções Integradas de Recursos Humanos. [Acesso em 11.04.2008. disponível em: www.hewittassociates.com](http://www.hewittassociates.com)

HOUAISS, Antonio. *Dicionário Universitário Webster*. São Paulo: Editora Record, 1998.

KAPLAN, Robert. S. NORTON, David P. *Organização orientada para a estratégia*. Rio de Janeiro: 2ª ed. Editora Campus. 2001.

KAPLAN, Robert. S. NORTON, David P. *Mapas estratégicos. Convertendo ativos intangíveis em resultados tangíveis*. Rio de Janeiro: Editora Campus. 2004.

KAPLAN, Robert.S. NORTON, David P. *A estratégia em ação: Balanced Scorecard*. Rio de Janeiro: Editora Campus. 22ª edição. 2006

KING,A.W; FOWLER, S.W; ZEITHAML, C.P. *Competências organizacionais e vantagem: o desafio da gerência intermediária*. RAE- Revista de administração de empresas, v.42, n° 1, pg 36-49. São Paulo. Jan/março 2002.

McCLELLAND. D. C. *Testing for competence assesment methods history and state of the art*. Boston Hay: Mcber Research Press, 1973.

MERCER. Consultoria, Terceirização e Investimentos para Fundos de Pensão. [Acesso em 21.04.2008. disponível em: www.mercer.com.br](http://www.mercer.com.br)

METRUS. Relatório Anual de Atividades. São Paulo.2006

MINTZBERG, Henry; AHLSTRAND,B; LAMPEL,J. *Safári de Estratégias: um roteiro pela selva do planejamento estratégico*. Porto Alegre. Bookman, 2000.

MINTZBERG, Henry. *Criando Organizações Eficazes – Estruturas em cinco configurações*. São Paulo. Editora Atlas, 1995.

MOTTA, Paulo R. *Gestão contemporânea: a ciência e a arte de ser dirigente*. Rio de Janeiro. Campus.1990

PICCHIAI, D. Planejamento Estratégico. São Paulo: EAESP – FGV. 2006.

PENROSE, E. *The Theory of Growth of the Firm*. London: Basil Blackwell.1959

[PORTAL DO MARKETING. Trabalhos sobre marketing, liderança, motivação, psicologia e vendas. Acesso em 01.04.2008. disponível em www.portaldomarketing.com.br](http://www.portaldomarketing.com.br)

PORTER. Michael. *Estratégia competitiva. Técnicas para Análise de industrias e da concorrência*. Rio de Janeiro. Editora Campus. 1980.

PORTER. Michael E. TEISBERG.Elizabeth O. *Repensando a Saúde. Estratégias para melhorar a qualidade e Reduzir os Custos*. São Paulo. Bookman. 2006.

PRAHALAD, C.K; HAMEL G. *Competindo pelo futuro*. Rio de Janeiro. Campus.1995.

QUINN, Robert E. et all. *Competências gerenciais. Princípios e aplicações*. Rio de Janeiro. Editora Campus. 2003.

REBOUÇAS, Djalma. *Estruturas organizacionais: conceitos, metodologias e práticas*. São Paulo. Atlas. 4ª ed. 1984

[SABESP PREVIDÊNCIA. Acesso em 21.04.2008. disponível em www.sabesprev.com.br](http://www.sabesprev.com.br)

SEBRAE, 2008 disponível no site www.sebrae.com.br

SPENSER, L. M.: SPENSER, S. M. Competence at work:models for superior performance. New York: John Wiley & Sons,1993.

TOWERS PERRIN. Serviços de Capital Humano. Planejamento global em compensações. [Acesso em 25.04.2008. disponível em: www.towersperrin.com](#)

UNIDAS. União Nacional das Instituições de Autogestão em Saúde. Promoção da Saúde. Meta e compromisso da Autogestão. São Paulo. 2007. [Acesso em 19.04.2008. disponível em: www.unidas.org.br](#)

YIN, R. Estudo de caso: planejamento e métodos. Porto Alegre: Bookman, 2001.

www.sabesprev.com.br

www.portaldomarketing.com.br

www.ans.gov.br

www.unidas.org.br

www.towersperrin.com

www.mercer.com.br

www.hewittassociates.com