



UNIFACS

UNIVERSIDADE SALVADOR

LAUREATE INTERNATIONAL UNIVERSITIES*

**UNIVERSIDADE SALVADOR – UNIFACS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ADMINISTRAÇÃO – PPGA
MESTRADO EM ADMINISTRAÇÃO**

OSVALDO VIANA FILHO

**OS IMPACTOS DAS MACROMUDANÇAS DA SAÚDE SUPLEMENTAR: UM
ESTUDO DE CASO DA CAMED**

Salvador
2013

OSVALDO VIANA FILHO

**OS IMPACTOS DAS MACROMUDANÇAS DA SAÚDE SUPLEMENTAR: UM
ESTUDO DE CASO DA CAMED**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação
em Administração da Universidade Salvador – UNIFACS,
como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre.

Orientador: Prof. Dr. Jader Cristino de Souza Silva.

Salvador
2013

Ficha Catalográfica elaborada pelo Sistema de Bibliotecas da
Salvador – UNIFACS

Universidade

Viana Filho, Osvaldo

Os impactos das macromudanças da saúde suplementar: um estudo de caso da CAMED. / Osvaldo Viana Filho. – Salvador: UNIFACS, 2013.

147 f. : il.

Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado em Administração, Universidade Salvador – UNIFACS, como requisito parcial para a obtenção do grau de Mestre.

Orientador: Prof. Dr. Jader Cristino de Souza Silva.

1. Mudança organizacional 2. Estudo de caso - CAMED. 2. Saúde complementar - Regulação. I. Silva, Jader Cristino de Souza, orient. II. Título.

CDD: 658.406

OSVALDO VIANA FILHO

OS IMPACTOS DAS MACROMUDANÇAS DA SAÚDE SUPLEMENTAR: UM ESTUDO
DE CASO DA CAMED

Dissertação aprovada como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre ao Programa de Pós-graduação em Administração, Universidade Salvador – UNIFACS, pela seguinte banca examinadora:

Jader Cristino de Souza-Silva – Orientador _____
Doutor em Educação pela Universidade Federal da Bahia - UFBA / Michigan State University
Universidade Salvador – UNIFACS

Roberto Brasileiro Paixão _____
Doutor em Administração pela Universidade Federal da Bahia - UFBA
Universidade Federal da Bahia - UFBA

Victor Marcelo Oliveira Mendes _____
Doutor em Planejamento Urbano e Regional pela Universidade Federal do Rio de Janeiro -
UFRJ
Universidade Católica do Salvador - UCSAL

Salvador, 30 de setembro de 2013.

Agradeço a Deus, que orienta e está presente em todos os momentos da minha vida, por tudo que realizei e conquistei, e a quem peço enxergar sempre o caminho da humildade, perdão, saúde, amor e que somente coisas boas aconteçam a Pedro, Soraia e a mim, bem como a todas as pessoas deste mundo.

AGRADECIMENTOS

Aos meus pais Osvaldo Viana e Leolina Fernandes, em memória, que estão sempre presentes em mim e que a Deus peço, humildemente, a sabedoria e discernimento para poder repassar os mesmos valores e ensinamentos que recebi, ao meu filho Pedro e para todos a quem amo.

A Soraia, meu amor, companheira, amiga, sinônimo de felicidade e um exemplo de vida.

A Pedro, o filho, amor da minha vida, que inspira, alegra e me enche de razões para acreditar em tudo que é bom no mundo.

A Antonio, meu irmão, fonte de força e inspiração.

Aos meus irmãos Carlos, Leovaldo, Vilma, Tania, Lúcia Perpétua e Antônio, bem como e suas respectivas famílias, a quem agradeço por todas as suas contribuições em minha vida.

A toda os meus familiares, os Viana e os Fernandes, aos quais agradeço por tudo.

A toda a família da minha esposa Soraia, que me acolheram com extremo amor e carinho.

A Arnor, Expedito, Paulo e Reinaldo, meus amigos e irmãos, sempre presentes em mim.

Agradeço em podermos dizer um ao outro: tudo o que você precisar, a qualquer hora e em qualquer lugar!

Ao Professor Jader Souza, orientador e amigo, um presente que recebi desse Mestrado. Seus ensinamentos estarão comigo sempre.

A Sra. Cecília, por sua contribuição e apoio na reta final do Mestrado.

A todos os professores que passaram por minha vida e me ajudaram a crescer, aprender e ser quem sou.

A todos os meus amigos da Ribeira, do Central Park, do Metal, do Bahêa, do Ecoville, que me encham de alegria e satisfação.

A todos com quem tive o prazer e a satisfação em conviver durante a minha trajetória profissional, meus amigos do Banco Econômico, da UNIDAS e da Camed.

A família Schur (Renê, Joelma e Lyon), sempre próximos, apesar de estarem tão longe.

Aos meus alunos e equipes de trabalho, administrativo e vendedores, com os quais me realizo ao transmitir conhecimento e que, humildemente, agradeço por tudo que ensinam e dão em troca.

E sempre, a Deus, pela honra de ter conhecido e convivido com todos vocês e cujas lágrimas repletas de amor e felicidade selam, nesse momento, a presente lista de agradecimentos.

Paz, saúde e prosperidade!

“A liberdade com responsabilidade não estimula o individualismo exacerbado. Ao contrário, ela reforça a coesão e a unidade da organização, pois só Seres Humanos livres e responsáveis podem cooperar verdadeiramente.” (Norberto Odebrecht)

RESUMO

A saúde suplementar no Brasil, conforme dados da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), até dezembro de 2012, contemplava 47,9 milhões de pessoas e movimentou recursos da ordem de R\$ 95 bilhões de reais (ANS, 2013a). Assim, a pesquisa centrou-se na regulação desse importante setor da economia, bem como nas mudanças organizacionais geradas a partir desse processo. Com base no exposto, esta dissertação tem como objetivo analisar a saúde suplementar no Brasil antes e após a regulação, e compreender como as macromudanças da saúde suplementar impactaram na dinâmica organizacional da unidade de análise empírica desta pesquisa que é a Caixa de Assistência dos Funcionários do BNB (Camed). Trata-se de estudo de caso único, que utilizou como estratégia metodológica o Discurso do Sujeito Coletivo (DSC), via realização de entrevistas semiestruturadas, o que permitiu, por meios qualiquantitativos, conjuntamente com a análise dos demais achados, a compreensão do fenômeno estudado, ante os desafios da sua singularidade e contemporaneidade. Como resultado, constatou-se que a Camed enfrentou um profundo processo de mudança organizacional, tanto voluntário quanto reativo, que impactou na sua dinâmica, resultando em mudanças na sua estratégia corporativa, estrutura e tecnologia, somadas a uma maior profissionalização das pessoas. Estas mudanças fizeram com que a Camed se tornasse, além de uma operadora de autogestão em saúde, uma medicina de grupo, sendo constatado, por esta pesquisa, que o processo de implementação das mudanças tornou-se possível graças a seu cunho participativo e reeducativo.

Palavras-chave: Saúde suplementar. Mudança organizacional.

ABSTRACT

The health care market in Brazil, according to data from the National Health Agency (ANS), until December 2012 watched 47,9 million people and handled funds of R\$ 95 billion (ANS – 2013). So, this research focused on the controlling of this important sector of the economy as well as in organizational change created from this process. Based on the information before, this dissertation aims to analyze the health care market in Brazil before and after the controlling, and to understand how the supplemental Health macro-changes filled up the dynamics of organizational units of analysis of this empirical research calls the Assistance Fund of the Employees of BNB (Camed). This a single instance study, which used as a methodological strategy the Collective Subject Discourse (CSD), by semi-structured interviews, which allowed us, by means quantitative-quality, together with the studying of other findings the understanding of the phenomenon, give the challenges of their singularity and contemporary. As a result, CAMED faced a big process of structural changes both voluntary as responsive, which influenced on its dynamic, resulting in changes in its cooperative strategy, structure and technology, sum with more professionals. Those changes provided CAMED to become not only a health self-management operator in medical group, but also an expert in Collaborative health care management grateful to its participatory nature and re-education.

Keywords: Supplemental health. Organizational change.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1- Critérios de operação no mercado da saúde suplementar antes e após a regulação .	39
Figura 2 - Intencionalidade da mudança na Camed	136
Figura 3 - Objeto da mudança na Camed	136
Figura 4 - Implementação da mudança na Camed	137

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 - Beneficiários de planos de saúde por cobertura assistencial (2000-2010).....	47
Gráfico 2 – Autogestão segundo presença de patrocinadoras no Brasil.....	55
Gráfico 3 – Distribuição percentual das empresas de autogestão por regiões.....	56
Gráfico 4 – Autogestões segundo formas de custeio dos programas	58
Gráfico 5 - Intencionalidade da mudança.....	89
Gráfico 6 - Objeto da mudança.....	95
Gráfico 7 - Implementação da mudança.....	103

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Definições teóricas de mudança organizacional.....	62
Quadro 2 – Tipos de mudança organizacional	64
Quadro 3 – Linhas de análise da mudança organizacional.....	65
Quadro 4 – Formas de classificação e dimensões da mudança organizacional.....	67
Quadro 5 – Cronograma de realização, transcrição e análise das entrevistas	84
Quadro 6 – Caracterização dos entrevistados.....	85
Quadro 7 – Quadro analítico da mudança organizacional.....	86
Quadro 8 – IC - 1	90
Quadro 9 – IC – 2	91
Quadro 10 – IC – 3	92
Quadro 11 – IC – 4	96
Quadro 12 – IC – 5	96
Quadro 13 – IC – 6	97
Quadro 14 – IC – 7	97
Quadro 15 – IC – 8	99
Quadro 16 – IC – 9	100
Quadro 17 – IC – 10	101
Quadro 18 – IC – 11	104
Quadro 19 - Intencionalidade da mudança na Camed.....	107
Quadro 20 - Objeto da mudança na Camed.....	110
Quadro 21 - Implementação da mudança na Camed.....	112

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Operadoras em atividade por porte e modalidade (Brasil – dezembro/2010)	54
Tabela 2 - Intencionalidade da Mudança.....	114
Tabela 3 - Objeto da Mudança	119
Tabela 4 - Implementação da Mudança.....	124

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABRAMGE	Associação Brasileira de Medicina de Grupo
ABRASPE	Associação Brasileira de Serviços Assistenciais de Saúde Próprios de Empresa
AMB	Associação Médica Brasileira
AMS	Assistência Multidisciplinar em Saúde
ANPAD	Associação Nacional de Pós-Graduação e Pesquisa em Administração
ANS	Agência Nacional de Saúde Suplementar
ANVISA	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
BNB	Banco do Nordeste do Brasil
CAMED	Caixa de Assistência dos Funcionários do BNB
CAP	Caixa de Aposentadoria e Pensão
CASSI	Caixa de Assistência dos Funcionários do Banco do Brasil
CBHPM	Classificação Brasileira Hierarquizada de Procedimentos Médicos
CIEFAS	Comitê de Integração de Entidades Fechadas de Assistência à Saúde
CNAS	Conselho Nacional de Assistência Social
CONSU	Conselho de Saúde Suplementar
COPISS	Comitê de Padronização das Informações em Saúde Suplementar
FBH	Federação Brasileira de Hospitais
FENASEG	Federação Nacional das Empresas de Seguro Privado e Capitalização
IAPAS	Instituto de Administração Financeira da Previdência e Assistência Social
IAPS	Institutos de Aposentadorias e Pensões
INAMPS	Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social
INPS	Instituto Nacional da Previdência Social
OPS	Operadoras de Planos de Saúde
RN	Resolução Normativa
RDC	Resolução de Diretoria Colegiada
SADT	Serviços Auxiliares ao Diagnóstico e Tratamento
SUS	Sistema Único de Saúde
TISS	Troca de Informação na Saúde Suplementar
TUNEP	Tabela Única de Equivalência de Procedimentos
TUSS	Terminologia Unificada da Saúde Suplementar
UNIDAS	União Nacional das Instituições de Autogestão em Saúde

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	17
1.1 CONTEXTUALIZAÇÃO E PROBLEMA DE PESQUISA	17
1.2 OBJETIVOS.....	22
1.2.1 Objetivo Geral	22
1.2.2 Objetivos Específicos.....	22
1.3 ESTRUTURA DA DISSERTAÇÃO	22
1.4 JUSTIFICATIVA	23
2 A SAÚDE SUPLEMENTAR NO BRASIL	25
2.1 O SURGIMENTO DA ASSISTÊNCIA À SAÚDE NAS ORGANIZAÇÕES	25
2.2 A SAÚDE SUPLEMENTAR ANTES DA REGULAÇÃO	27
2.2.1 A Ausência de Regras Para Entrada e Saída de Operadoras de Planos de Saúde..	29
2.2.2 O Baixo Nível de Informação do Consumidor e a Inexistência de Padrões Mínimos de Cobertura Assistencial	30
2.2.3 A Desigualdade de Forças Entre Consumidores e Operadoras de Planos de Saúde e a Mercantilização do Setor	33
2.3 A REGULAÇÃO NO MERCADO DA SAÚDE SUPLEMENTAR.....	36
2.3.1 As Dimensões da Regulação na Saúde Suplementar: A Regulação Econômica e a Regulação Assistencial	41
2.3.2 A Regulação na Saúde Suplementar: O Papel da Agência Nacional de Saúde Suplementar	44
2.3.3 A Caracterização das Modalidades de Operadoras de Planos de Saúde Após o Marco Regulatório da Saúde Suplementar	47
2.3.4 A Autogestão em Saúde.....	52
3 MACROMUDANÇAS AMBIENTAIS COMO FATORES INDUTORES DE MUDANÇAS ORGANIZACIONAIS.....	60
3.1 MUDANÇA ORGANIZACIONAL: DEFINIÇÕES TEÓRICAS	61
3.2 AMPLITUDE, TIPOLOGIA, CLASSIFICAÇÃO E DIMENSÕES DA MUDANÇA ORGANIZACIONAL	63
3.2.1 Amplitude da Mudança Organizacional	63

3.2.2 Tipologia da Mudança Organizacional	64
3.2.3 Formas de Classificação e Dimensões da Mudança Organizacional	66
3.2.3.1 Dimensão Intencionalidade: Por Que Muda a Organização?	67
3.2.3.2 Dimensão Objeto da Mudança: O Que Muda na Organização?	70
3.2.3.2.1 Mudanças Estruturais e Tecnológicas	71
3.2.3.2.2 Mudanças Estratégicas	72
3.2.3.2.3 Pessoas	74
3.2.3.3 Dimensão Formas de Implementação: Como Muda a Organização?	76
4 ASPECTOS METODOLÓGICOS	79
4.1 ABORDAGEM METODOLÓGICA DA PESQUISA: PESQUISA QUALIQUANTITATIVA.....	79
4.2 AMPLITUDE DA PESQUISA: ESTUDO DE CASO ÚNICO.....	80
4.3 ESTRATÉGIA DE PESQUISA: DISCURSO DO SUJEITO COLETIVO (DSC)	81
4.4 DEMAIS PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS	82
4.4.1 Unidade de Análise Empírica	82
4.4.2 Preliminares da Pesquisa Empírica	83
4.4.2.1 As Entrevistas Semiestruturadas	84
4.4.3 Quadro Analítico da Mudança Organizacional.....	86
5 ANÁLISE DOS RESULTADOS	88
5.1 APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS.....	88
5.1.1 Resultados Quantitativos	88
5.1.2 Resultados Qualitativos.....	88
5.2 DIMENSÃO DE ANÁLISE.....	89
5.2.1 Dimensão de Análise I - Intencionalidade da Mudança: Por Que mudou a Organização?	89
5.2.2 Dimensão de Análise II – Objeto da Mudança: O Que Mudou na Organização? ..	94
5.2.3 Dimensão de Análise III – Implementação das Mudanças: Como Mudou a Organização?	103

5.3 ANÁLISE DOS RESULTADOS	105
5.3.1 Análise das Dimensões da Mudança Organizacional na Camed	106
5.3.1.1 Dimensão Intencionalidade da Mudança: Por Que Mudou a Camed?.....	106
5.3.1.2 Dimensão Objeto da Mudança: Que Mudou na Camed?.....	108
5.3.1.3 Dimensão Implementação da Mudança: Como Mudou a Camed?	110
5.4 ANÁLISE DOS RESULTADOS	112
5.4.1 Apresentação dos Resultados	113
5.4.1.1 Resultados Quantitativos	113
5.4.1.2 Resultados Qualitativos.....	113
5.5 Dimensão De Análise	114
5.5.1 Dimensão de Análise I - Intencionalidade da Mudança: Por Que mudou a Organização?	114
5.5.2 Dimensão de Análise II – Objeto da Mudança: O Que Mudou na Organização?	118
5.5.3 Dimensão de Análise III – Implementação das Mudanças: Como Mudou a Organização?	124
5.6 ANÁLISE DOS RESULTADOS	126
5.6.1 Análise das Dimensões da Mudança Organizacional na Camed	127
5.6.1.1 Dimensão Intencionalidade da Mudança: Por Que Mudou a Camed?.....	127
5.6.1.2 Dimensão Objeto da Mudança: Que Mudou na Camed?.....	129
5.6.1.3 Dimensão Implementação da Mudança: Como Mudou a Camed?	132
6 CONCLUSÃO E SUGESTÕES PARA PESQUISAS FUTURAS.....	134
REFERÊNCIAS	138
APÊNDICE A - Carta de Solicitação de Pesquisa Empírica.....	146
APÊNDICE B - Formulário de Consentimento da Pesquisa.....	147

1 INTRODUÇÃO

1.1 CONTEXTUALIZAÇÃO E PROBLEMA DE PESQUISA

A saúde suplementar no Brasil ultrapassou o marco de dez anos de regulação, uma vez que a lei 9.656/98 (BRASIL, 1998) promoveu significativos ajustes ao implantar as bases da relação entre o público e o privado. O início do processo se deu com a Constituição Federal, que proporcionou liberdade à iniciativa privada para explorar a assistência à saúde, assim como as instituições privadas poderiam participar de forma complementar ao Sistema Único de Saúde, o SUS (BRASIL, 1988).

Como forma de compreender as características da saúde suplementar anteriores à regulação do setor, é importante destacar que, até a promulgação da lei 9.656/98, existia no Brasil uma forte demanda social gerada em virtude de problemas quanto à prestação de serviços oriundos da assistência privada e da falta de estruturação desse setor. Tais insatisfações eram provenientes da ausência de regras para a entrada de operadoras de planos de saúde no mercado, do baixo nível de informação do consumidor, da inexistência de padrões mínimos de cobertura assistencial, da desigualdade de forças entre consumidores e operadoras de planos de saúde e das reclamações sobre a mercantilização da saúde, que, dentre outros, serviram como fatores indutores de todo o processo regulatório.

A partir desse cenário, pode-se compreender que as demandas pela regulação da saúde suplementar no Brasil emergiram de um clamor social decorrente da insegurança jurídica e, de modo mais amplo, da falta de controle sobre o setor de saúde privado. Nesse aspecto, situações como quebra de contratos pelos planos de saúde, alterações na rede credenciada contratada sem aviso prévio e, bem assim, negativas de atendimento eram problemas comuns e, em muitos casos, somente resolvidos com a intervenção do poder judiciário. De modo complementar, conforme ilustra a Federação Brasileira de Hospitais (FBH) em seu sítio na *internet*, entende por saúde suplementar “ todo atendimento privado de saúde, realizado ou não por meio de um convênio com um plano de saúde.”(FBH, 2013).

Cabe ressaltar que inexistiam critérios de informação que permitissem aos consumidores diferenciar, em termos qualitativos, as operadoras de planos de saúde e os produtos ofertados. Dentro dessa tônica, as intervenções do judiciário, constantemente

evocado para intervir nas questões relacionadas à saúde suplementar, tornaram-se constantes e contribuíram para colocar a regulação da saúde suplementar como tema prioritário na agenda do Ministério da Saúde e do Governo Federal.

Diante deste cenário, Bahia (2001a, p. 325) abordou a ampla repercussão do assunto, “O tema adquiriu maior visibilidade com a divulgação na imprensa de problemas de restrição de cobertura e com a intervenção do judiciário, das entidades de defesa do consumidor e dos médicos em casos de negação de atendimentos de clientes de planos e seguros.”

Cristalizava-se, assim, a disposição do governo em intervir na saúde suplementar por meio de uma política regulatória liderada pelo Ministério da Saúde. Desta forma, na sétima Reunião Extraordinária da Comissão de Assuntos Sociais, o então Ministro da Saúde José Serra fez a seguinte declaração:

As leis de mercado não operam no caso da medicina supletiva. Se não operam na área pública o que dizer da medicina supletiva? Certas premissas de funcionamento de uma economia de mercado não se cumprem na medicina supletiva, como por exemplo, a premissa da informação. O mercado pressupõe informação dos dois lados, tanto aquele que oferece serviços quanto daquele que os compra e mais, não existe possibilidade de mudar de fornecedor no meio do caminho, e nem possibilidade de mudar de uma avaliação dos serviços. Se uma pessoa vai comprar uma lata de ervilhas em um supermercado, e a ervilha é ruim, é cara ou tem pouca conservação, a pessoa muda de supermercado imediatamente. No caso da medicina, isso não existe. Não há informação, não há esta mobilidade e não há, também, condições de avaliar. Portanto, não se pode deixar esta questão para o mercado. (NUNES, 2002, p. 57).

Com base no exposto, observa-se que as bases para a regulação do setor eram objeto de ampla discussão, que culminou com o início do marco regulatório da saúde suplementar no Brasil, no ano de 1998, a partir da Lei 9.656/98.

Pode-se considerar, então, que o início do processo regulatório foi marcado por tensões e disputas, em especial pelas queixas de todos os atores envolvidos, como as operadoras de planos de saúde, o Ministério da Saúde, os órgãos de defesa do consumidor e a população em geral. Destaca-se que, em termos práticos, a consolidação do marco se deu a partir do ano de 2000, com a criação da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), órgão regulador que centralizou todo o processo da regulação do setor, consolidando a posição hegemônica do Ministério da Saúde. A ANS tem como atribuições a regulação, a normatização, o controle e a fiscalização das atividades das operadoras de planos de saúde, englobando: a) a estrutura e operação do setor; b) a gestão econômica e assistencial, via acompanhamento do controle de qualidade na prestação dos serviços; c) a formação de um banco de informações econômico-financeiras das operadoras, do controle dos preços, bem

como a liquidação das operadoras em situação irregular (CIEFAS, 2000; RIBEIRO, 2001; SANTOS, F., 2006; UNIDAS, 2005).

Vale ressaltar que a regulação do setor promoveu alterações na relação entre operadoras de planos de saúde e seu mercado, mormente por desencadear mudanças em pontos importantes da relação existente com os clientes, pois enfatizaram a correção e ajuste de questões consideradas críticas, como: a) proibição de vedação do ingresso no plano de saúde em razão de idade ou doença preexistente; b) limitação dos prazos de carências; c) assistência ao recém-nascido nos primeiros 30 dias de vida; d) exigência de um plano de referência como padrão mínimo de cobertura; e) fim da rescisão unilateral dos contratos de planos individuais; f) controle dos reajustes e definição de regras para cancelamentos por inadimplemento; g) criação de um rol de procedimentos¹; h) padronização das faixas etárias que determinam valores de aquisição em função da idade; i) critérios para ressarcimento pelo uso do Sistema Único de Saúde (SUS) quando da utilização deste por usuário de um plano de saúde.

É imperativo citar outra contribuição importante do marco regulatório: a classificação das operadoras de plano de saúde quanto à modalidade e sua contribuição para o aprofundamento das discussões sobre estas organizações que, apesar de atuarem num mesmo setor, possuem características distintas.

Sem embargo, a relevância desse mercado setorial é destacada por Gouveia (2004, p.46): “[...] a ANS estendeu o leque de classificação das operadoras por força das especificidades de cada organização tanto no que diz respeito à forma de escrituração contábil e de apuração de resultados como em função do tipo de atenção prestada.”

As operadoras de planos de saúde são classificadas quanto à modalidade em: a) administradora de planos; b) administradora de benefícios; c) cooperativa médica; d) cooperativa odontológica; e) filantropia; f) medicina de grupo; g) odontologia de grupo; h) seguradora especializada em saúde; i) autogestão.

As administradoras de planos e de benefícios atuam, respectivamente, na gestão e intermediação de contratos coletivos, não possuem rede credenciada e nem assumem o risco da operação; as cooperativas médicas e odontológicas atuam conforme a lei 5.764/71, e ambas

¹ Cobertura mínima obrigatória de procedimentos e eventos em saúde que deve ser garantida por operadora de plano privado de assistência à saúde de acordo com a segmentação contratada (ANS, 2013b).

comercializam seus respectivos planos; a medicina e a odontologia de grupo representam o grupo das empresas com fins lucrativos e que comercializam e operam planos de saúde e odontológicos; a filantropia é uma modalidade que comercializa e opera planos de saúde, porém sem fins lucrativos e com título de entidade filantrópica obtida junto ao Conselho Nacional de Assistência Social (CNAS); a seguradora especializada em saúde possui fins lucrativos, bem como possui a característica da obrigatoriedade do reembolso de despesas médico-hospitalares; e, por fim, a autogestão em saúde (etimologia que provém da junção das palavras auto, do grego *auto*: mesmo, próprio; e gestão, do latim *gestio*: ação de dirigir, administração) se caracteriza como a gestão de uma coletividade por ela mesma, trata-se de modalidade que se diferencia das demais por fazer a gestão de plano de saúde dos empregados ou associados e seus dependentes, porém sem comercializá-los ou possuir finalidade lucrativa (ANS, 2011).

Conforme ilustrado, a regulação na saúde suplementar gerou macromudanças criando um ambiente em transformação, e este demandou a necessidade de rápida adequação das estratégias para todas as modalidades de operadoras de planos de saúde, como forma de se adaptarem às mudanças impostas.

Segundo Ocké-Reis *et al* (2006), a questão do aumento dos custos para as operadoras de planos de saúde, gerados a partir da necessidade de adequação às exigências legais resultantes da regulação, afetou tanto os novos entrantes, quanto as operadoras instaladas no país, uma vez que a exigência de garantias financeiras, oferta de plano referência, redução dos períodos de carência, dentre outros, alteraram diretamente o modo de operação praticado por essas organizações antes da regulação.

Cabe assinalar, neste cenário de mudanças, que as operadoras na modalidade de autogestão em saúde passaram a cumprir as mesmas exigências impostas às demais operadoras que obtém receitas e oxigenam suas carteiras de beneficiários com a comercialização de planos. Conforme as características da autogestão, suas receitas são oriundas de fontes específicas formadas pela contribuição dos empregados e da empresa à qual a operadora de autogestão está vinculada, denominada geralmente de patrocinadora.

Diante deste quadro, evidenciou-se que operadoras de autogestão em saúde enfrentaram dificuldades na adaptação à regulação também quanto aos aspectos econômico-financeiros, pois a formação de garantias financeiras e o controle dos reajustes dos planos exerciam forte pressão sobre o fluxo de caixa dessas organizações. Cria-se, então, um

ambiente que compeliu as organizações de autogestão à busca de alternativas para adequação às mudanças, como forma de manter a sustentabilidade.

Por conseguinte, partindo de um cenário de macromudanças na saúde suplementar geradas após a promulgação da lei 9.656/98, torna-se necessário aprofundar os estudos e a investigação sobre esse importante setor da economia, uma vez que a produção acadêmica nesse campo não é tão extensa, e menor ainda se torna quando se centra na análise das operadoras de planos de saúde e, com maior acurácia, na modalidade da autogestão e sua necessidade de adaptação às mudanças ambientais induzidas pelo processo da regulação na saúde suplementar.

Na busca de contribuir com a ampliação do conhecimento sobre o tema, esta pesquisa procura responder à questão:

Como as macromudanças da saúde suplementar impactaram na dinâmica organizacional da Camed, originalmente, uma operadora de autogestão em saúde?

A Caixa de Assistência dos Funcionários do BNB (Camed) é a unidade de análise empírica desta pesquisa. Trata-se de uma operadora de planos de saúde na modalidade de autogestão, criada inicialmente para cuidar da saúde dos funcionários e dependentes do Banco do Nordeste do Brasil S.A. (BNB), seu patrocinador, uma empresa de economia mista com mais de 90% do seu capital sob o controle do Governo Federal (CAMED, 2011). Foi fundada em 1979, sendo reconhecida como uma entidade de assistência social, sem fins lucrativos, e sua sede está instalada na cidade de Fortaleza, mas sua área de atuação abrange todos os Estados da Região Nordeste e também Rio de Janeiro, São Paulo, Minas Gerais, Espírito Santo e Brasília.

Neste contexto, o patrocinador é o grande promotor da autogestão por meio da criação dos serviços próprios de saúde, atuando na definição das regras de contribuição e participando efetivamente por intermédio da sua contribuição pecuniária. Todavia, na maioria das autogestões, a manutenção do plano é realizada pela contribuição do patrocinador e dos beneficiários (coparticipação), seja por meio de um percentual fixo do salário, podendo variar de acordo com a faixa etária, seja por intermédio da participação sobre os gastos com o plano (CHAVIER, 2003; SANTOS, 2006).

1.2 OBJETIVOS

1.2.1 Objetivo Geral

Esta dissertação tem como objetivo geral identificar como as macromudanças da saúde suplementar impactaram a dinâmica organizacional da Camed, originalmente uma operadora de autogestão em saúde.

1.2.2 Objetivos Específicos

Os objetivos específicos deste estudo são: a) descrever o mercado de saúde suplementar no Brasil antes e após a regulação; b) estudar as macromudanças ambientais e seus impactos sobre a Camed; c) caracterizar a mudança quanto a sua amplitude, tipologia, formas de classificação e dimensões; d) analisar as dimensões da mudança organizacional, identificando por que mudou, o que mudou e como mudou a Camed.

1.3 ESTRUTURA DA DISSERTAÇÃO

A partir da premissa básica, que considera o foco no atendimento aos objetivos determinados para esta pesquisa, a mesma está dividida em seis seções. Na primeira seção, onde está inserida esta introdução, a pesquisa apresenta um panorama sobre a saúde suplementar no Brasil, tema este efervescente, uma vez que o processo de regulação deste importante setor é recente, pois foi formalmente iniciado com a promulgação da Lei 9.656/98. Ademais, apresentam-se, nesta seção, os demais aspectos contextuais: a questão da pesquisa, a unidade de análise empírica, os objetivos e a justificativa para sua realização.

A segunda seção centra-se na linha temporal que marca a saúde suplementar no Brasil e a trajetória das operadoras de planos de saúde, considerando sua origem legal, social e econômica. Ademais, esta seção aprofunda o tema saúde suplementar, traçando o panorama existente no Brasil antes da regulação, bem como as motivações que culminaram na execução do processo regulatório. Nesse contexto, abordam-se questões relativas à ausência de regras para a entrada e saída de operadoras no setor, o baixo nível de informação do consumidor, a inexistência de padrões mínimos de cobertura assistencial, a desigualdade de forças entre operadoras de planos de saúde e consumidores, além do processo de mercantilização desse importante setor da economia.

Conclui-se esta seção com uma importante etapa do referencial teórico da pesquisa, que avança sobre o tema saúde suplementar enfocando o período pós-regulação. Nesse prisma, a dissertação aprofunda o conhecimento sobre a regulação econômica e a assistencial, que são as dimensões que alicerçam o marco regulatório e, posteriormente, aborda o surgimento e o papel do órgão regulador do setor, a ANS. Esta seção versa também sobre a caracterização das operadoras de planos de saúde, consolidada após o marco inicial da regulação, além de abordar separadamente o segmento da autogestão, berço da unidade de análise empírica da pesquisa.

A terceira seção aborda a segunda linha do referencial teórico da pesquisa que versa sobre a mudança organizacional, notadamente com enfoque nas macromudanças ambientais como fatores indutores da mudança organizacional. Sob este aspecto, a pesquisa revisita conceitos importantes sobre o tema, sempre atual, que é a mudança organizacional e avança esclarecendo sobre sua amplitude, tipologia, classificação e dimensões, primando na solidificação deste importante sustentáculo da pesquisa.

Conclusas as considerações sobre o referencial teórico da pesquisa, que, conforme exposto, trata de temas igualmente relevantes que são a regulação da saúde suplementar no Brasil e as mudanças organizacionais, a pesquisa segue discorrendo sobre seus aspectos metodológicos. Assim, a quarta seção aborda a metodologia, que é quali-quantitativa, e trata da estratégia adotada nesta pesquisa, que centra no estudo de caso único e na utilização do Discurso do Sujeito Coletivo (DSC) como instrumental da pesquisa de campo. A seguir, aprofunda as questões procedimentais como a unidade de análise empírica, e os procedimentos preliminares à pesquisa, que versam sobre a utilização de entrevistas semi-estruturadas utilizadas na coleta dos dados e culminam na construção do quadro analítico da pesquisa.

Na seção de número cinco, centra-se este trabalho nos resultados da pesquisa, onde são tratados os resultados quantitativos e os qualitativos.

Na seção de número seis, esta dissertação apresenta a conclusão do trabalho e as respectivas sugestões para pesquisas futuras.

1.4 JUSTIFICATIVA

A presente pesquisa tem como motivação contribuir para a ampliação do conhecimento sobre a regulação da saúde suplementar no Brasil, suas macromudanças e o

processo de mudança organizacional ocorrido numa determinada organização do setor, partindo de um estudo de caso simples sobre uma organização oriunda do segmento da autogestão em saúde, que é a Camed. Sob este enfoque, considerando os impactos produzidos pela regulação na saúde suplementar e sua nova dinâmica nas relações entre os consumidores de planos privados de assistência à saúde e as operadoras de planos de saúde, tornou-se imperativa a necessidade de ampliação dos estudos desse setor que, conforme dados do seu órgão regulador, a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), até dezembro de 2012, era responsável por atender a 47,9 milhões de brasileiros (ANS, 2013a).

Neste sentido, esta pesquisa justifica-se pela busca da ampliação do conhecimento sobre um tema ainda recente que é o processo de regulação da saúde suplementar no Brasil, bem assim no aprofundamento sobre um fenômeno singular, e também recente, que foi a mudança organizacional que culminou na transformação de uma operadora de autogestão em saúde, numa operadora também de medicina de grupo.

2 A SAÚDE SUPLEMENTAR NO BRASIL

2.1 O SURGIMENTO DA ASSISTÊNCIA À SAÚDE NAS ORGANIZAÇÕES

Com o objetivo de discorrer sobre a trajetória das operadoras de planos de saúde no Brasil e, de modo específico, da autogestão em saúde, é importante percorrer o traçado dessa indústria ao longo da história, considerando sua origem legal, social e econômica. Nesse contexto, a partir da organização dos trabalhadores, a preocupação com melhores condições de saúde começava a fazer parte da pauta do movimento operário surgido durante o século XX.

Assim, conforme CIEFAS (2000); GAMA (2003); UNIDAS (2005), foi promulgada, em 1923, a Lei Eloy Chaves que surgiu como um marco inicial do sistema previdenciário e de assistência médica no Brasil, pois teve como objeto a criação para os empregados da estrada de ferro, da Caixa de Aposentadoria e Pensão (CAP). Posteriormente, a partir da década de 1930, com a intervenção sistemática do Estado preocupado em conter seus gastos com previdência e assistência médica, bem como buscando atender a todas as classes de trabalhadores, foram criados, em 1933, os Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAPS). Assim, o Estado passa a contribuir e gerenciar todos os recursos, sendo essa gestão parte da política contencionista do governo Getúlio Vargas que, além de restringir as pensões, promoveu grande redução nos investimentos na área de saúde. O financiamento desse modelo era tripartite: empregador, empregado e Estado, enquanto a administração era partilhada entre empregados e empregadores.

Os IAPS não atuaram no sentido de ampliar a oferta de serviços via aumento da rede pública de prestadores de serviços médicos. Então, sob a justificativa de possuir um baixo orçamento para as necessidades da época, passaram a privilegiar a rede privada, por meio da compra de serviços em unidades particulares, conforme observa o Comitê de Integração de Entidades Fechadas de Assistência à Saúde (CIEFAS):

Fica claro que neste período procura-se redefinir o papel das instituições previdenciárias desvinculando as atribuições de assistência médica e de previdência com o objetivo de reduzir os gastos. O compromisso com a prestação dos serviços médicos e hospitalares deixa de ser uma obrigatoriedade dos IAPs e passa a ser responsabilidade específica do Estado. (CIEFAS, 2000, p. 12).

Vale ressaltar que, neste cenário contencionista, a insatisfação dos trabalhadores em relação aos serviços prestados era crescente. Deste modo, como resistência à uniformização dos benefícios dos IAPs, foram criadas, por algumas empresas e seus trabalhadores, caixas de assistência de âmbito restrito. Essas organizações eram voltadas a organizar esquemas assistenciais complementares aos da Previdência Social, originando, então, as primeiras autogestões no Brasil. Como exemplo, tem-se, em 1944, a fundação da Caixa de Assistência dos Funcionários do Banco do Brasil (CASSI) (BAHIA, 2001a; GAMA, 2003).

Como forma de melhorar a oferta de serviços públicos na saúde, o Estado reestrutura o sistema de atendimento, criando uma estrutura dedicada à saúde. Assim, surge, em 1974, o Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS) totalmente voltado para a assistência médica e, posteriormente, em 1979, o Instituto de Administração Financeira da Previdência e Assistência Social (IAPAS), para administrar as finanças do sistema previdenciário. Tais reformas, apesar de importantes, por separarem a prestação de serviço na saúde da previdência social, não surtiram efeito esperado que era conter o processo de deterioração no atendimento à saúde promovido pelo Estado (UNIDAS, 2005).

De maneira geral, ocorreu, nos anos 80, via classe média, que demandou mais intensivamente serviços intermediados pelas empresas de assistência médica suplementar, um aumento do número de planos de saúde, movimento que se intensificou posteriormente, durante o Plano Real na década de 1990 (BAHIA, 2001a).

Como observado, as iniciativas públicas no sentido do provimento das necessidades da população, inicialmente dos trabalhadores, permitiram ao longo dos anos a formação de um sistema de atendimento híbrido, onde o Estado utilizava hospitais e centros de atendimento à saúde de propriedade pública, mas também e, de forma crescente, passou a utilizar a rede privada de clínicas e hospitais na forma de rede credenciada. Assim, surgiram de modo crescente nas organizações, por um lado, uma demanda por serviços melhores do que os ofertados pelo Estado, passando essas a contratar seus serviços no mercado, originando o surgimento das operadoras de planos de saúde; ou, por outro lado, organizando-se para montar uma estrutura de atendimento gerida dentro da própria organização, sendo esse movimento a gênese das operadoras de autogestão em saúde.

Dessa forma, a partir do aumento gradual da participação das operadoras de planos de saúde, que surgiram de modo desordenado e sem nenhum tipo de controle direto do Estado, apareceram também as insatisfações sobre este tipo de serviço, lançando luz sobre uma

questão crítica no Brasil: a má qualidade no acesso e na prestação de serviços em saúde nos setores público e privado. Neste sentido, é importante aprofundar a discussão sobre alguns pontos importantes do cenário que antecedeu à regulação pública da saúde suplementar, e que foram, inicialmente, o alvo desse processo.

2.2 A SAÚDE SUPLEMENTAR ANTES DA REGULAÇÃO

A percepção de que o mercado de saúde suplementar é especial e repleto de imperfeições é quase consensual. Também era consensual a noção de que estava próximo do fim o modelo praticado à época, onde a atuação das operadoras de plano de saúde no Brasil transcorria, praticamente, sem controle governamental.

Ora, como o crescimento do setor de planos de saúde privados também foi fomentado pela má qualidade da prestação desse serviço pelo Estado, este se viu compelido por intermédio dos clamores sociais, a promover a regulação desse setor privado com vistas à correção das imperfeições existentes, muitas delas geradas no bojo do surgimento da saúde suplementar no Brasil.

Conforme sinaliza Bahia (2001b), o mercado de planos de saúde no Brasil ganhou notoriedade na década de 1980, onde, além do mercado de planos empresariais, ofertados de acordo com a política de benefícios nas empresas públicas e privadas, despontou também o mercado de planos vendidos às pessoas físicas, grupo formado, dentre outros, por profissionais liberais e trabalhadores autônomos.

É importante frisar, baseado nos dados levantados pela ANS, que, apesar de tratar-se de um setor robusto, atendendo aproximadamente um quarto da população do país e transacionar com recursos da ordem de R\$ 95 bilhões de reais, inexistia, por parte dos organismos governamentais de controle, um efetivo acompanhamento desse importante setor da economia, permitindo às organizações que nele atuavam, a criação das suas próprias regras (ANS, 2013a). Em termos práticos, a regulação começou a se moldar em 1997, culminando com a regulação em junho de 1998, e com a implementação após a criação da ANS em abril de 2000 (MONTONE, 2001).

Diante dessa situação, Santos, F.(2006) considera que a regulação era necessária, pois inseriu mecanismos de controle financeiro e de performance econômica de mercado, como:

registro das operadoras e dos produtos comercializados, comprovação de solvência e composição de reservas técnicas, controle dos preços dos planos individuais, dentre outros. Assim, evidencia-se um posicionamento comum sobre as principais deficiências desse mercado e da forma e velocidade das mudanças.

Também como parte desse cenário, existia no Brasil uma conjuminância de operadoras nas mais variadas modalidades e tipos de produtos. Deste modo, Bahia (2001a) destaca que, de 1977 a 1997/98, as empresas de medicina de grupo mais que triplicaram, e as cooperativas médicas mais que quintuplicaram em quantidade, e que, de 1994/95 a 1997/98, o número de seguradoras foi duplicado.

Tomando por base o crescimento do número de organizações atuando na saúde suplementar, se, por um lado esses dados evidenciam um mercado em franca expansão; por outro, constatou-se nesse período um recrudescimento das mazelas do setor, acentuando problemas já relatados, decorrentes da ausência de condições mínimas para operar no mercado.

Para Ribeiro (2001), a intervenção do Governo Federal na regulação do setor foi fruto da pressão política gerada pela assimetria na relação dos agentes econômicos entre si e com os consumidores, notadamente quando se levava em consideração que, no âmbito dos planos individuais, o consumidor não tinha como exercer qualquer pressão sobre melhoria de preços ou serviços, e os empregadores, apesar de possuírem, de um modo geral, o suporte da sua estrutura empresarial, não detinham domínio nem experiência em negociar com operadoras.

Conforme exposto, a regulação do setor de saúde suplementar no Brasil teria, em seu estágio inicial, de promover uma série de ajustes num mercado outrora desregulado. Dessa forma, algumas prioridades foram elencadas, das quais podem ser destacados dois grandes grupos de iniciativas, como: a criação de barreiras para a entrada e saída das organizações deste setor e a melhoria do nível de informação sobre o setor, associada à definição de um padrão mínimo de cobertura assistencial. Desse modo, tais ações, dentre outras, buscaram reduzir a desigualdade de forças existentes entre as operadoras de planos de saúde e os consumidores desse tipo de serviço.

2.2.1 A Ausência de Regras Para Entrada e Saída de Operadoras de Planos de Saúde

Antes do marco regulatório, um dos principais problemas da saúde suplementar no Brasil era a falta de regras para novos entrantes no mercado, uma vez que, diferente do que ocorria no ramo de seguros, inexistiam no setor da saúde suplementar critérios mínimos para a formação de garantias financeiras que dessem sustentação à operação.

Diante disso, observava-se no país uma situação complexa, pois muitos consumidores pagavam suas mensalidades sem receber em troca a assistência médica devida. Em muitos casos, os seus planos de saúde tinham o atendimento suspenso na rede de assistência médico-hospitalar por motivos que iam da inadimplência das operadoras, das glosas nas contas médicas e, até mesmo, pelo encerramento das atividades das operadoras de planos de saúde.

Dentro desse contexto, Santos, F. (2006) esclarece que a preocupação em regular a entrada e saída de operadoras do setor era tarefa importante para a ANS, inserida na dimensão da estrutura e operação do setor. Dessa forma, a ANS emitiu resoluções que definiam critérios para: registro de operadoras, formato da alienação de carteiras, transferências societárias e liquidação extrajudicial.

Araujo (2004) detalha que regras de capital mínimo ou provisão para operação, provisão de risco, índice de giro de operações e margem de solvência foram atos restritivos que passaram a funcionar como barreiras de entrada, editadas pela ANS, na Resolução de Diretoria Colegiada (RDC) nº 77, de 17 de julho de 2001. As regras de capital mínimo e provisão de risco para operações aplicadas às operadoras de planos de saúde, com ou sem fins lucrativos, têm como objetivo servir de lastro financeiro para a atuação no mercado, sendo estas compatíveis com os riscos assumidos e atualizadas com o decorrer do tempo.

Nessa mesma linha, a provisão de risco foi estabelecida com intuito de evitar a inadimplência das operadoras junto à rede prestadora de serviços médico-hospitalares e salvaguardar a operação de falhas na precificação, caso ocorresse o estabelecimento de políticas de preços inexecutáveis. De modo complementar, o índice de giro de operação avalia a capacidade de pagamento das obrigações de curto prazo da operadora, considerando bens e direitos e a estrutura de custos.

Da mesma forma, a ANS também buscou definir critérios para a saída das operadoras do mercado. Para deixar de atuar, a operadora de planos de saúde deveria regularizar a

migração da sua carteira de beneficiários para outra operadora, caso existam, e seu representante legal deveria apresentar declaração de que todos os planos ofertados pela organização tiveram seus registros cancelados e que não existiam beneficiários ativos na mesma.

De acordo com Nitão (2004), o conjunto das garantias assistenciais somado ao das garantias financeiras, tinha como objetivo corrigir os problemas que se apresentavam antes da regulação do setor, que passaria a incorporar tanto barreiras de entrada quanto de saída. Deste modo, se por um lado houve uma proteção às organizações do setor por meio da implantação de mecanismos de barreira de entrada que outrora não existiam; por outro lado, a incorporação de uma série de mecanismos de controle financeiro similares às existentes no setor segurador em geral, além de uma série de obrigações ligadas às coberturas assistenciais mínimas a serem fornecidas aos beneficiários, tornou a indústria da saúde suplementar um setor de retorno financeiro alto, com menor número de concorrentes e forte tendência à fusões e aquisições, mas também de alto risco.

Cabe destacar que a alusão ao alto risco da operação de uma empresa no atual cenário regulado na saúde suplementar não se refere somente ao risco da operação no que tange ao processo de gestão de riscos e sinistros, a exemplo do que ocorre no mercado segurador de um modo geral. No mercado da saúde suplementar no Brasil, o que agrava ainda mais o risco da operação são as incertezas de um processo regulatório ainda em formação, com alterações frequentes nas regras de atuação e competição, que incidem sobre os serviços prestados por parte das operadoras que atuam no setor.

Assim, de modo análogo ao que ocorre com as instituições financeiras, visando à proteção do mercado da saúde suplementar, no seu art. 23, a Lei 9.656/98 define que as operadoras de assistência à saúde não podem requerer concordata e não estão sujeitas às regras de falência ou insolvência cível, mas ao regime de liquidação extrajudicial, e somente a ANS pode requerer ao liquidante o decreto falimentar (ARAUJO, 2004).

2.2.2 O Baixo Nível de Informação do Consumidor e a Inexistência de Padrões Mínimos de Cobertura Assistencial

Dentre os aspectos que influenciaram decisivamente a regulação do setor, a necessidade de geração de informação para o consumidor foi um ponto chave do marco

regulatório no Brasil. Neste sentido, a informação compreende a necessidade de caracterização das modalidades de operadoras de planos de saúde em atividade, o detalhamento dos serviços por elas ofertados e a composição dos mesmos, permitindo, assim, critérios mínimos de escolha por parte dos consumidores.

É importante ressaltar que, antes do marco regulatório da saúde suplementar era muito comum ao consumidor de planos de saúde, realizar sua opção de compra considerando somente questões primárias, como os preços, por exemplo, sem levar em conta que o detalhamento dos serviços e sua composição influenciam diretamente nestes, pois envolvem questões como delimitação da área de abrangência do plano, padrões mínimos de cobertura assistencial², seus limites e restrições.

Assim, limitações de dias de internação, uso da inadimplência a partir do primeiro dia para negar atendimentos, alegações de doença preexistente ou crônica para a negação de coberturas e aumentos abusivos nos preços das mensalidades eram algumas das reclamações mais frequentes (CIEFAS, 2000; UNIDAS, 2005).

Nesse contexto, o baixo nível de informação e total ausência de padronização levavam consumidores a comprar serviços com limites absurdos, como, por exemplo, a questão dos limites nas diárias numa unidade de tratamento intensivo (UTI). Esta situação evidenciava a questão da total falta de parâmetros, ou assimetria de informação existente. Pois, como poderia um consumidor, no momento da compra, presumir o tempo necessário de tratamento suficiente para o restabelecimento da sua saúde?

Sobre a assimetria de informação, autores como Ocké-Reis *et al* (2006), consideram que além das questões ligadas à aquisição do produto plano de saúde, mas, também na sua utilização, os usuários do sistema não possuem o conhecimento necessário para identificar e resolver seus problemas de saúde. Por isso, eles procuram os prestadores de serviços médico-hospitalares para diagnosticar e recomendar ações terapêuticas.

Vale ressaltar que, antes da regulação, existia no Brasil, além da assimetria de informação para o consumidor, uma assimetria entre as operadoras que ofertavam planos de saúde, com total diversidade de critérios de acesso, formação de tabelas de preços, oferta de

² Acesso aos procedimentos clínicos e cirúrgicos e atendimentos de urgência e emergência.

rede credenciada para atendimento, política de reembolso para despesas médicas, dentre outros. Desta forma, à exceção das operadoras de autogestão, a assimetria existente entre os agentes econômicos e os consumidores, tornou o mercado desregulado, com competição imperfeita e custos administrativos crescentes, notadamente repassados aos consumidores, impulsionando o processo regulatório conduzido pelo Estado (DIAS, 2004; RIBEIRO, 2001).

Autores, como Nunes (2002, p.57), compartilham a mesma posição sobre as imperfeições do setor e o direcionamento para um processo regulatório, afirmando que: “A informação imperfeita, fortemente assimétrica [...] custos crescentes, poucos ofertantes, fragilidade do consumidor são algumas imperfeições quase sempre presentes neste mercado.”

Como forma de melhor explicitar as particularidades da saúde suplementar, Araujo (2004) esclarece aspectos importantes da conexão entre a informação assimétrica, a elevação do custo para as operadoras, o processo de seleção de risco e a ameaça destes ao bom funcionamento do setor, resultando na obrigação do Estado em intervir.

A ausência de informação completa a respeito das variáveis relevantes para as tomadas de decisão dos agentes econômicos constitui outro conhecido grupo de falhas de mercado, mais conhecido como informação assimétrica. Sem o conhecimento perfeito de todos os aspectos quantitativos e qualitativos que influem no mercado, não há como garantir uma decisão racional por parte de produtores e consumidores nas suas escolhas. O fenômeno da seleção adversa, no mercado de planos de saúde, é uma das implicações mais conhecidas da informação assimétrica, uma vez que as pessoas que adquirem plano de saúde tendem a ocultar informações sobre seu real estado de saúde, implicando custos mais elevados para as operadoras do que aqueles inicialmente planejados. Como decorrência, as operadoras de planos de saúde realizam a seleção de risco, mediante a adoção de mecanismos para restringir o acesso de clientes que apresentam maior risco potencial. A atuação do Estado, em um mercado que apresenta falhas desse tipo, deve consistir na adoção de mecanismos que garantam o acesso dos agentes econômicos à informação adequada, tornando o mercado mais eficiente. (ARAUJO, 2004, p.38).

Também no âmbito da prestação de serviços na saúde, a informação assimétrica interfere nos custos, cada vez mais crescentes, ao dificultar uma melhor avaliação entre os tratamentos e demais recursos disponíveis. Nesse sentido, Porter e Teisberg (2007) consideram que, de um modo geral, a informação é importante para existir competição em qualquer setor e, de modo mais específico, a precariedade, ainda existente, em informações na saúde faz com que os médicos não tenham como comparar suas práticas com as melhores disponíveis, e ao paciente ficava impossível qualquer tipo racional de escolha sem que tivessem informações apropriadas.

Do mesmo modo, considerando que ocorria, na saúde suplementar brasileira, a inexistência de padrões mínimos de cobertura assistencial, essa situação contribuía, conforme exposto, para o contexto da informação assimétrica existente, gerando, pois, um ambiente de

insegurança, que resultava em inúmeras intervenções do poder judiciário. Além do mais, promovia um acirramento da relação, já conflituosa, das operadoras de planos de saúde com a classe médica, notadamente com queixas ligadas ao livre exercício da sua prática via micro gerenciamento da rede prestadora de serviço.

Diante desse fato, havia um agravamento da insatisfação da classe médica e, respectivamente, dos seus representantes: “As entidades médicas questionam a não cobertura de todas as patologias, a intervenção das operadoras na autonomia médica na solicitação dos procedimentos, a remuneração dos profissionais, dentre outros.” (SANTOS, F., 2006, p.112).

Segundo Duarte (2001), um dos frutos dos tensionamentos das relações na saúde suplementar, que cresceu vigorosamente na década de 1980, foi o surgimento da cooperativa Unimed, que ocorreu em Santos como uma reação à ameaça de controle do trabalho do médico pelo modelo mercantilista das operadoras de planos de saúde, notadamente pelas operadoras de medicina de grupo.

Novamente, Santos, F. (2006) traz à tona questões relevantes ao processo de regulação da saúde suplementar, ao ponderar que existia uma lacuna na saúde suplementar em função da falta de definição das coberturas assistenciais e na grande diferenciação entre as operadoras e entre planos dentro das operadoras. Como visto, estas distorções geravam práticas abusivas e limites inexecutáveis para os beneficiários dos planos.

Assim, a partir do período que antecedeu a regulação, emergiram questionamentos relevantes para a definição das prioridades do setor, como a definição de um produto de referência e a criação do rol de procedimentos da ANS, ambos com o objetivo de corrigir distorções no período anterior à regulação e ligados à falta de padronização de produtos, limites e coberturas mínimas.

2.2.3 A Desigualdade de Forças Entre Consumidores e Operadoras de Planos de Saúde e a Mercantilização do Setor

No Brasil, a percepção sobre as oportunidades de exploração econômica da assistência à saúde começou na década de 1930, fortalecendo-se ao final dos anos de 1950, em função do processo de transferência para o setor privado de atividades ligadas à prestação de serviços na saúde em clínicas e hospitais. Desta forma, inicia-se a visão de tornar a saúde e, respectivamente, sua prestação de serviços numa mercadoria, pois a abertura de uma clínica,

laboratório ou hospital passara a ser vista como um negócio. A mercantilização na saúde no Brasil foi favorecida pelo processo de industrialização, e as instituições hospitalares privadas e médicos, como prestadores de serviços e, posteriormente, as operadoras de planos de saúde como intermediadores da relação entre prestadores e consumidores, no intuito de disponibilizar esses serviços a uma nascente classe média (VILARINHO, 2003).

Para Menicucci (2010), a mercantilização do setor de saúde no Brasil foi alavancada pela integração entre empresas médicas e o Estado. Nesse contexto, em detrimento de políticas que expandissem a rede pública, o Estado passou a utilizar, cada vez mais, os serviços privados, atendo-se aos interesses das classes dominantes via atendimento aos interesses do capital.

Nesse mesmo contexto, acelerou-se o processo de privatização na prestação de serviços médicos nas décadas de 1960 e 1970, via consolidação do regime de credenciamento de organizações privadas pelo Estado, para a prestação de serviços médicos. Assim, destacam-se, neste período, três aspectos básicos ligados à mercantilização da saúde no Brasil: 1) estímulo à abertura de clínicas e hospitais, pois estes passaram a fazer parte da prestação de serviços por meio do regime de credenciamento; 2) não universalização do acesso à saúde na época, pois se tratava de direito dos trabalhadores; 3) implantação de convênios com empresas para a prestação de serviços médicos aos seus funcionários.

Corroboram com esta visão, Santos e Merhy (2006), ao salientar que, apesar da liberdade constitucional dada ao Estado brasileiro no sentido de operar o atendimento aos usuários por meio de uma rede própria de atendimento ou de uma rede, complementarmente, privada, vem ocorrendo no Brasil, uma preferência histórica pela adoção, cada vez maior, do regime complementar privado, o que determinou um perfil de relação mercantil na prestação de serviços em saúde no país.

Dados da União Nacional das Instituições de Autogestão em Saúde (UNIDAS) revelam que o INAMPS passou a adotar a prática de convênios com empresas, visando o atendimento médico dos trabalhadores e de suas famílias. Assim, em 1964, foi assinado com a Volkswagen o primeiro desses convênios (UNIDAS, 2005).

Complementando esta cronologia, os estudos de Bahia (2001a) citam que, na década de 1970, o mercado ofertava quatro formatos de assistência: as empresas com planos próprios; a rede de serviços próprios e credenciados pelo Instituto Nacional da Previdência Social (INPS); os serviços oferecidos pelas empresas de planos de saúde nas redes próprias e credenciadas; bem como os credenciados para atendimento aos trabalhadores rurais.

Assim, no final da década de 1970, a assistência à saúde nas empresas surgia como forma complementar à saúde pública e, no início dos anos 80, os planos de saúde se firmaram como uma opção, consolidando a assistência privada à saúde (UNIDAS, 2005).

Na década de 1980, em função da acelerada deterioração da prestação de serviços de saúde pelo setor público, aumentou a demanda tanto de operários, profissionais liberais e trabalhadores em geral por uma melhor oferta de serviços de saúde, o que contribuiu para o crescimento do setor privado de assistência à saúde. Diante deste quadro, a partir de 1990, apesar da implantação por parte de governo do Sistema Único de Saúde (SUS), as operadoras de planos de saúde se firmaram como grandes intermediadores da assistência à saúde (OCKÉ-REIS *et al.*, 2006).

Conforme Santos, F. (2006), foi nos anos 80, a partir das ideias do neoliberalismo, que o governo direcionou a classe média para as operadoras de planos de saúde ao reduzir os investimentos públicos na saúde, afetando negativamente a qualidade da prestação de serviço por parte do Estado, gerando estímulo à ampliação da rede privada de assistência médica e intermediação desta prestação de serviço pelas operadoras de planos de saúde.

Corroborando com essa linha de pensamento, Gouveia (2004) expõe que, na década de 80, ocorreu uma deterioração da prestação de serviços públicos ligados à saúde, fruto de uma política de remuneração escorchantemente praticada pelo INAMPS à rede privada. Desta forma, os prestadores de serviços passaram a se descredenciar do INAMPS e direcionaram sua prestação de serviço aos planos de saúde, que praticavam tabelas de remuneração mais elevadas, contribuindo ainda mais para que a crescente classe média brasileira buscasse a assistência médica via sistema de saúde complementar.

Torna-se transparente, então, que a aceleração do mercado de planos privados de assistência à saúde na década de 80 foi motivada notadamente pela expansão da renda. Estudos de Andreazzi (2002) apontam que, nesse período, da população que demandava por serviços de saúde, 20% buscavam a assistência privada e, ao segmentar a população por faixa salarial dos brasileiros que auferiam rendimentos acima de vinte salários mínimos, esse percentual se elevava para 44%.

É importante destacar que, sob a ótica da mercantilização deste setor, a atenção à saúde é descrita como uma mercadoria igual a qualquer outra, regida pelas regras de produção, financiamento e distribuição capitalista. Neste cenário, avolumam-se as empresas prestadoras desse tipo de serviço, e o Estado perde o controle do processo (BRAGA; SILVA, 2001).

Sem embargo, para compreender a desigualdade de forças entre operadoras de planos de saúde e os consumidores, é importante perceber que, de um modo geral, a comercialização dos planos de saúde se dava de duas formas: nos planos empresariais e nos planos individuais. Nos planos individuais, a desigualdade de forças era iminente, pois o consumidor, sem o amparo legal da regulação nem do código de defesa do consumidor, contava apenas com o poder judiciário para ajudá-lo. No caso dos planos empresariais, a chamada hipossuficiência³ do consumidor era reduzida, pois as negociações com planos de saúde e as empresas contratantes ocorriam, apesar da falta de legislação específica, de empresa para empresa.

Como forma de se contrapor às operadoras de planos de saúde e também não depender dos serviços ofertados pelo setor público, algumas empresas passaram a buscar alternativas para a prestação da assistência médica aos seus funcionários. Neste contexto, as empresas de autogestão em saúde surgiram como outra forma de oferta de serviços privados de planos de saúde, tornando-se uma opção para as empresas em geral.

Assim, a partir de 1999, especialmente no âmbito da regulação da relação entre clientes e operadoras de planos de saúde, é notório que muitos avanços foram feitos, principalmente no tocante a uma melhor geração de informação, da fiscalização e na definição de parâmetros mínimos de produtos, reduzindo, assim, a assimetria existente, que, certamente, favorece o processo de escolha do consumidor deste tipo de serviço.

Diante desse cenário, além dos avanços supracitados, a regulação da saúde suplementar no Brasil assumiu um papel extremamente relevante, uma vez que foi necessário ampliar o leque de reformas e avançar no processo de controle das organizações que atuavam no setor. Neste sentido, torna-se relevante caracterizar o período iniciado após o marco regulatório em função de questões basilares a esta pesquisa, que são: a compreensão do papel da regulação na saúde suplementar e a criação da Agência Nacional de Saúde (ANS) como vetor desse processo, a caracterização das operadoras de planos de saúde que atuam no país e, conseqüentemente, o aprofundamento da pesquisa sobre a autogestão em saúde no Brasil.

2.3 A REGULAÇÃO NO MERCADO DA SAÚDE SUPLEMENTAR

Passados mais de quatorze anos do início de marco regulatório, iniciado por via da lei 9.656/98, pode-se dizer que o mercado da saúde suplementar no Brasil continua se adequando ao processo de mudanças imposto a partir da regulação. Todavia, importantes transformações

³ Condição desigual de forças entre o consumidor individual e uma organização capitalista.

foram implantadas e existiram avanços importantes, obtidos notadamente após a criação da ANS. Em suma, é relevante conhecer como surgiu a regulação da saúde suplementar no Brasil, o papel da agência reguladora do setor e seus principais objetivos.

Nesse contexto, a regulação em saúde no Brasil compreende toda a supervisão e controle do setor privado, onde, por intermédio do poder de polícia, criam-se regras e normas de funcionamento e operação para as organizações do setor (ARAÚJO, 2004). Deste modo, a regulação focou quatro aspectos prioritários: 1) a definição do *locus* regulatório com a soberania do Ministério da Saúde; 2) a política de ampliação de coberturas dos planos privados; 3) as regras para a competição na saúde suplementar; 4) a mudança nas relações entre o público e o privado, com a implantação do ressarcimento ao Sistema Único de Saúde (SUS)⁴ (GAMA, 2003).

É importante destacar que a regulação da atividade privada pelo Estado é um tema recente no Brasil, e ainda mais atual é o tema da regulação no âmbito da saúde suplementar e das agências reguladoras responsáveis por este processo. Pó (2010) destaca que a ANS e a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) foram criadas entre 1999 e 2000 como forma de fortalecimento institucional do Ministério da Saúde, sendo que a ANS opera num cenário totalmente novo para o Estado com a finalidade de regular um setor altamente complexo e que cresceu sem nenhum tipo de controle.

Ora, partindo da falta de controle e, conseqüentemente, da imperfeição no mercado de assistência suplementar à saúde no Brasil, restou ao Estado, dentro do seu papel constitucional de agir no mercado e de regular a economia com vistas ao provimento de condições de competição, focar no mercado específico da saúde suplementar para trazer-lhe o equilíbrio. Fato este que a permitiria atuar de forma complementar ao SUS (ARAÚJO, 2004).

Por sua vez, a regulação é, na prática, a capacidade de intervir de modo indutório, normatizador, regulador ou restritivo no processo de prestação de serviços privados do modo mais abrangente possível e que se caracteriza como uma resposta às demandas sociais contra práticas nocivas do livre mercado, por intervenção entre a demanda e a prestação direta dos serviços nos seus diversos aspectos (PÓ, 2010; SANTOS, F., 2006).

Para Gouveia (2004), o foco da regulação está centrado numa visão ampliada do setor e respectivos atores, não em resolver conflitos pontuais. Assim, a regulação se processa sobre

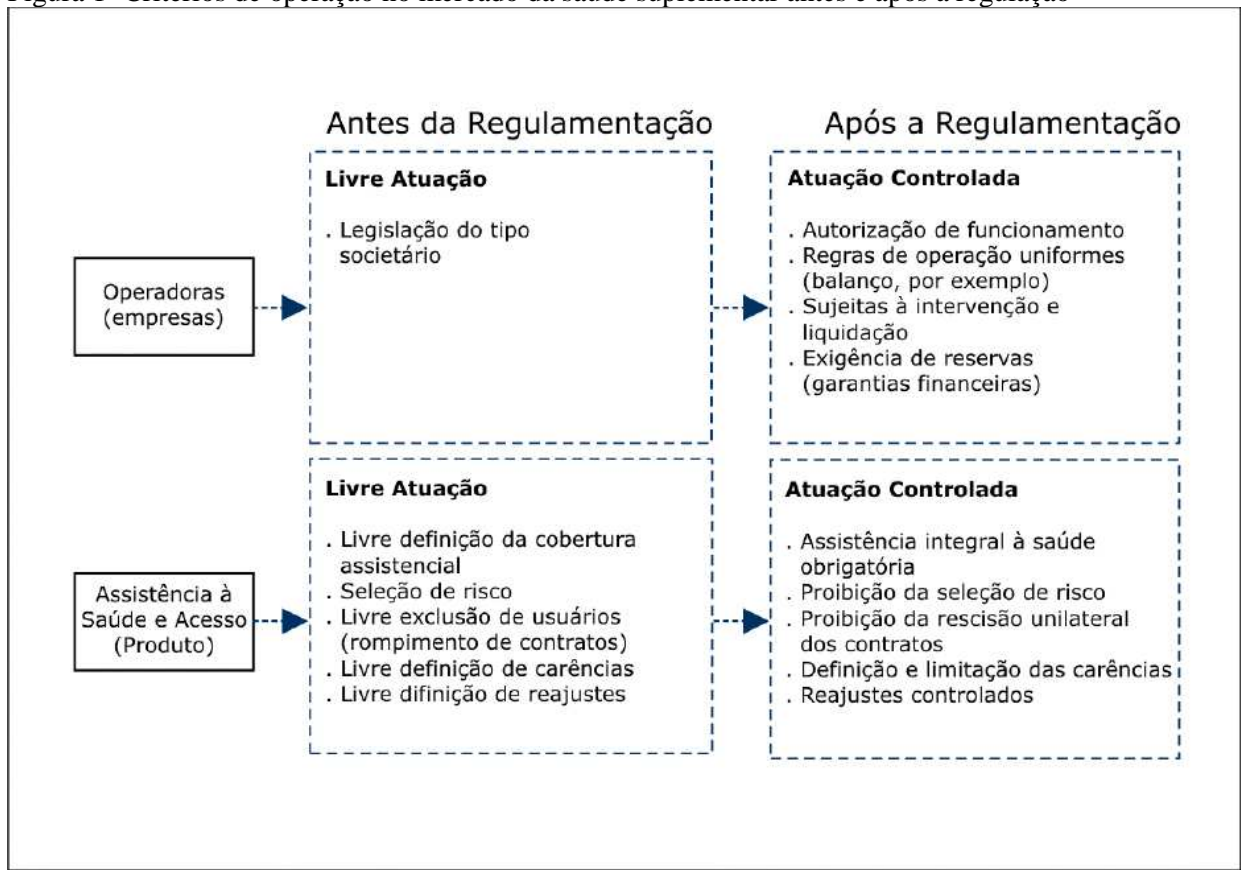
⁴ Prevê que, quando da utilização dos serviços do SUS por um beneficiário de plano de saúde privado, fica a operadora obrigada a promover o ressarcimento por meio da Tabela Única de Equivalência de Procedimentos (TUNEP).

o setor regulado como um todo, na busca da eficiência do mercado, com ênfase no bem-estar do consumidor.

É importante assinalar que o tema regulação, e notadamente sua execução via agências reguladoras, ainda é recente no país. Portanto, destaca-se que claros avanços foram feitos no campo da regulação dos aspectos econômico-financeiros, tendo como primeiros sinais o saneamento e a profissionalização do mercado. Assim, no Brasil, o setor passou a se adequar ao processo regulatório, saindo de um regime de livre atuação para um regulado, que primou por combater as distorções do sistema ligadas a: contratos imprecisos, limitações de atendimentos, exclusões de doenças, expulsão dos idosos pelos reajustes decorrentes da mudança de faixa etária, prática da seleção de risco, empresas sem qualquer garantia financeira, relação público e privado totalmente predatória, dentre outros (GOUVEIA, 2004; SANTOS, F., 2006).

Neste aspecto, Montone (2003) faz uma correlação objetiva envolvendo os principais aspectos que caracterizaram o antes e o depois do marco regulatório da saúde suplementar no Brasil. Conforme ilustra a Figura 1, se antes da regulação, para uma organização atuar como operadora de planos de saúde bastava o mero cumprimento da legislação comum às demais empresas comerciais; depois desta, seu ingresso somente seria possível se atendidos critérios específicos implantados após regulação, como autorização de funcionamento, cumprimento das garantias financeiras, regras de cobertura mínima dos produtos ofertados e demais exigências legais que passaram a compor as barreiras de entrada e de saída do mercado da saúde suplementar.

Figura 1- Critérios de operação no mercado da saúde suplementar antes e após a regulamentação



Fonte: Montone (2003).

Por outro lado, Pó (2010) adverte que o processo regulatório, além das funções amplamente discutidas e relacionadas à correção das falhas de mercado, deve ter acompanhamento firme por parte do Estado e, especificamente, da ANS sobre os mecanismos de controle do ingresso de novos clientes adotados no setor privado. Assim, além das questões inerentes ao próprio setor suplementar, existe a necessidade de evitar que ocorra a transferência de custos para o Estado, por meio da prática da seleção de risco, pois esta pode desviar beneficiários excluídos do sistema privado para o SUS.

Corroborando Pereira, V. (2010), citando que, de modo amplo, existe um ajustamento do mercado, que requer constante monitoramento das operadoras que nele atuam. Deste modo, por se tratar de um processo lento e gradativo, ajustes na regulamentação e na atuação dos diversos atores atuantes no mercado da saúde suplementar no Brasil ainda continuarão a ocorrer ao longo dos anos.

Em face do exposto, torna-se evidente que, partindo de um cenário de livre atuação para um cenário de atuação regulada pelo Estado, a saúde suplementar no Brasil e, conseqüentemente, o período pós-regulação foram marcados, inicialmente, pelo foco na estruturação da regulamentação que compreendeu a implantação da Lei 9.656/98 e a criação da

ANS. A partir da criação da ANS, o foco primário centrou-se nas operadoras de planos de saúde e seus produtos ofertados à população em geral e, posteriormente, na tentativa da ampliação da regulação para o mercado como um todo, envolvendo as relações com o SUS e os prestadores de serviços médico-hospitalares.

Sem embargo, partindo-se da premissa de uma visão ampliada do papel da regulação, podem-se compreender alguns projetos empreendidos pela ANS ao longo desses primeiros doze anos e que ampliaram significativamente o escopo da regulação que foram: a criação de padrão eletrônico, denominado de troca de informação na saúde suplementar (TISS), que representou a padronização de formulários utilizados nos prestadores de serviço em todo o país, que teve como pano de fundo a pretensão da ANS de ampliar a regulação para os hospitais, consultórios médicos, clínicas e laboratórios e, posteriormente, da Terminologia Unificada da Saúde Suplementar (TUSS), que obriga as operadoras de planos de saúde e os prestadores de serviço a adotar uma terminologia padrão nas suas tabelas de remuneração (ANS, 2013b).

Dessa forma, com a definição do padrão TISS, o processo regulatório passou a focar também questões ligadas à ausência da utilização da tecnologia da informação por inúmeros prestadores de serviço e, principalmente, padronizar a troca de informação entre as operadoras de planos de saúde e os prestadores de serviço. Em termos práticos, esta ação visa, além da utilização de um padrão de comunicação, o controle das informações administrativas e de atenção à saúde, entre operadoras de planos privados de assistência à saúde, prestadores de serviços de saúde, beneficiários de planos de saúde e a ANS (ANS, 2013b).

O padrão TISS foi organizado em quatro componentes: conteúdo e estrutura, que estabelecem quais as informações a ser trocadas eletronicamente; representação de conceitos em saúde, com padrão para terminologias e códigos utilizados; criação de um padrão de segurança e privacidade das informações com definição de requisitos de proteção administrativos, técnicos e físicos e comunicação propriamente dita que estabelece os procedimentos para as transações eletrônicas (ANS, 2013b).

Por outro lado, a TUSS busca padronizar a terminologia existente primando por um padrão nacional que permitisse uma terminologia clínica comum ao setor de saúde. Assim, a TUSS surgiu na esteira da TISS com o objetivo de unificar a terminologia para codificação e descrição dos procedimentos e eventos ligados à saúde (ANS, 2013b).

Segundo a Associação Médica Brasileira (AMB, 2011), a TUSS complementou a TISS, pois a troca de informações feitas a partir desta passou a contar com uma codificação única, esta

codificação foi retirada da CBHPM⁵ que é o formato de cobrança de procedimentos médicos defendidos pela classe médica. A TUSS, desta forma, é resultado do trabalho conjunto feito pela equipe técnica da AMB e da ANS, via Comitê de Padronização das Informações em Saúde Suplementar (COPISS) (AMB, 2011).

Com vistas a ampliar o debate para questões ainda não solucionadas pelo processo regulatório e, conseqüentemente, pela ANS, autores, como Bahia (2001b), abordam pendências importantes ligadas às deficiências do processo do ressarcimento ao SUS e à obrigatoriedade na adaptação dos contratos firmados antes da Lei 9.656/98, quanto às inclusões das coberturas previstas pela legislação. Apesar destas lacunas, a autora ratifica que a regulação contribuiu e tem o mérito de: “desvelar um elenco de abusos das operadoras contra os clientes e remeter devidamente à esfera pública as atribuições de regulação e controle da assistência intermediada pelas empresas de assistência médica suplementar” (BAHIA, 2001b, p. 337).

Vale assinalar que inúmeras eram as prioridades da regulação da saúde suplementar no Brasil, entretanto existiu um processo evolutivo da regulação caracterizado pela priorização na sua implantação pela ANS e que caracterizaram dois pontos chave do processo que foram a regulação econômica e a regulação assistencial.

2.3.1 As Dimensões da Regulação na Saúde Suplementar: A Regulação Econômica e a Regulação Assistencial

A implantação da lei 9.656/98 é o objetivo central da regulação da saúde suplementar no Brasil. Para atingir este objetivo, foram definidas prioridades com foco na determinação de uma agenda que permitisse que o setor regulado iniciasse, de modo mais rápido possível, a correção de pontos definidos como prioritários para o sucesso da regulação. Neste sentido, duas dimensões da regulação foram definidas: a regulação econômica e a regulação assistencial.

A regulação econômica compreendeu aspectos extremamente relevantes para o bom funcionamento do setor regulado, pois abordava as condições de competitividade e de cumprimento dos contratos, processo que compreendeu a observação de critérios para entrada e saída do setor, bem como a exigência de garantias e constituição de reservas. Outro aspecto relevante deste processo é a definição e segmentação das diversas modalidades de operadoras

⁵ Classificação Brasileira Hierarquizada de Procedimentos Médicos.

que atuam no mercado, bem como a política de reajustes dos preços dos planos individuais que permitiram tornar mais seguras e transparentes as atividades das operadoras de planos de saúde (ARAÚJO, 2004; SANTOS, F., 2006).

Por outro lado, a regulação assistencial é centrada na prestação do serviço, com ênfase na redução da assimetria de informação. Tais ações priorizaram a criação de um plano de referência que padroniza coberturas mínimas e a exigência de um rol de procedimentos mínimo para todos os tipos de produtos que viessem a ser oferecidos pelas operadoras de planos de saúde. Desta forma, a ação regulatória buscou evitar que diferenças no nível de produtos gerassem dúvidas aos consumidores, tornando mais claros aspectos, como: a rede credenciada ofertada; como se dão os reajustes dos contratos; avaliação do que é coberto ou não pelos planos de saúde e regras de acesso aos planos e prazos para cumprimento de carências⁶ (ARAÚJO, 2004; GOUVEIA, 2004; SANTOS, F., 2006).

A partir dos dois aspectos supracitados, torna-se evidente que a regulação do setor seguiu prioridades ligadas à qualidade e abrangência da assistência ofertada quanto a condições de competitividade do setor, necessitando ambas sejam detalhadas com maior profundidade. Neste sentido, Montone (2003) ratifica que esse sistema foi fundamental para a consolidação do marco regulatório e caracteriza seis dimensões como fundamentais para este fim: 1) cobertura assistencial e condição de acesso; 2) condição para operar no setor como Plano de Saúde; 3) regulação dos preços; 4) fiscalização e efetividade da regulação; 5) criação de um sistema de informação na saúde suplementar; 6) ressarcimento ao SUS.

Para Montone (2003) a cobertura assistencial foi um dos principais pontos da regulação, uma vez que disciplinou critérios específicos do mercado de planos de saúde no Brasil. Tais aspectos eram centrados em evitar distorções, como:

- a) Seleção de clientes pelas operadoras de planos de saúde, a chamada seleção de risco;
- b) A criação de um limite legal para as doenças pré-existentes, que são as doenças das quais o cliente é portador ao entrar no plano de saúde. Neste caso, criou-se um critério chamado de cobertura parcial temporária, onde o prazo de 24 meses foi estabelecido como limite para que as operadoras não liberassem atendimentos relativos às doenças pré-existentes;
- c) Fim do rompimento unilateral dos contratos de planos individuais ou familiares, onde ficou estabelecido que somente o consumidor pode rescindir o contrato;
- d) Criação do rol de procedimentos médicos e odontológicos;

⁶ Período que o beneficiário deve aguardar para utilizar os serviços em caráter eletivo.

- e) Obrigatoriedade para as operadoras de planos de saúde informar e solicitar o registro prévio dos produtos a serem comercializados.

Também Montone (2003) citou que as condições de ingresso e saída do setor com a exigência de publicação dos balanços e a criação de um plano de contas padrão para possibilitar a comparação das operadoras de planos de saúde foram condições fundamentais para o processo de regulação econômica. Nesse contexto, destacaram-se ações, como:

- a) Exigência de registro das operadoras de planos de saúde, que passaram a ter de cumprir exigências financeiras ligadas à constituição de reservas técnicas, provisão de risco;
- b) Regras para transferências de carteira, que poderiam ocorrer de forma voluntária ou coercitiva. A forma voluntária, ocorre quando uma determinada operadora de planos de saúde resolve deixar de operar no mercado, e a ANS coordena e acompanha o processo de venda, com a absorção da carteira de clientes, para outra operadora; por outro lado, incide a forma coercitiva quando, por determinação da ANS, em função da incapacidade de uma determinada operadora assumir a prestação de serviços, é exigida a transferência da sua carteira de clientes. Destaca-se que, neste processo, pode ocorrer também a transferência de controle acionário e, em ambos os casos, normalmente, são frutos de um processo de intervenção da Agência (direção fiscal, técnica ou liquidação extrajudicial).

A regulação de preços também assumiu papel no processo de prover o sistema de condições equilibradas de competição, bem como foi um ponto crucial para evitar qualquer tipo de discriminação por idade, a ANS aplicou uma regra onde dividiu primeiramente em sete e depois em dez faixas etárias o sistema de preços das operadoras de planos de saúde. A partir desta divisão, foi possível criar regras onde existisse uma correlação entre a primeira e a última faixa, diminuindo o poder das operadoras de planos de saúde em criar regras de preços visando atrair somente o público mais jovem, considerado de menor risco. Uma questão importante foi a exigência de nota técnica atuarial que justificasse a política de preços das operadoras de planos de saúde, bem como a adoção de critérios para reajustes tanto dos planos individuais quanto empresariais (MONTONE, 2003).

Sobre a fiscalização e sua efetividade, é importante destacar que, inicialmente, a ANS criou dois programas de fiscalização. Um direto que apura as denúncias oriundas de beneficiários das operadoras, por canais como o Disque ANS e o indireto que é realizado por auditorias programadas e chama-se Programa Olho Vivo. A efetividade do processo fiscalizatório ainda é pouco avaliada, contudo a Agência publica regularmente suas ações e

resultados da fiscalização, inclusive listando as multas aplicadas às operadoras de Planos de saúde no diário oficial da União (MONTONE, 2003).

Outro aspecto importante da regulação foi a geração de informação sobre o setor de saúde suplementar, uma vez que a informação existente era insuficiente e gerada pelas próprias operadoras de planos de saúde. Para Dias (2004), a ANS buscou elevar seu conhecimento sobre o mercado, desenvolvendo uma metodologia de captação de dados. Esta metodologia, aliada à exigência de padronização dos dados enviados, permitiu à ANS a criação de um banco de dados do setor sobre situação econômico-financeira das operadoras de planos de saúde, sua carteira de clientes, evolução e dados atuariais dos produtos disponibilizados.

Por fim, o ressarcimento ao SUS, que, conforme já abordado, representa a cobrança às operadoras de planos de saúde dos valores relativos à utilização dos serviços do SUS pelos seus clientes (MONTONE, 2003). Destaca-se que ainda existem questionamentos jurídicos sobre essa questão, notadamente envolvendo a constitucionalidade da cobrança, uma vez que existe a alegação de que, como contribui para o SUS por meio dos impostos, cabe ao beneficiário escolher se prefere utilizar os serviços públicos ou privados.

A partir dessa perspectiva, diante da relevância do papel exercido pela ANS dentro do contexto da regulação da saúde suplementar no Brasil, é importante aprofundar o conhecimento sobre essa agência reguladora, que foi o principal instrumento do Estado para a implantação da Lei 9.656/98 e, conseqüentemente, tornou-se a mola propulsora da regulação do setor privado de assistência à saúde.

2.3.2 A Regulação na Saúde Suplementar: O Papel da Agência Nacional de Saúde Suplementar

Como forma de melhor compreender o processo regulatório e o surgimento das agências reguladoras no Brasil, cabe explicitar que tais modelos foram implantados visando uma maior e melhor participação do Estado na economia, originando-se a partir do Plano Diretor da Reforma do Estado iniciado na década de 1990.

Isto posto, a partir do Plano Diretor, o Estado brasileiro seguiu um claro direcionamento no sentido de restringir sua atuação como ente econômico produtor de bens e serviços, para focar na promoção do desenvolvimento e na regulação da iniciativa privada. Deste modo, eclodiram, durante o governo de Fernando Henrique Cardoso, as agências

reguladoras, criadas com objetivo de exercerem atividades exclusivas do Estado, considerando princípios de modernização e autonomia na gestão (DIAS, 2004; PÓ, 2010).

A Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) foi criada por meio da MP 1.928, de 25/11/1999, convertida na Lei 9.961/00, e tem por objetivo regular o mercado de saúde suplementar nos termos da Lei nº 9.656/98 e propor medidas e diretrizes ao Conselho de Saúde Suplementar (CONSU) (BRASIL, 2000). É uma autarquia vinculada ao Ministério da Saúde que tem a prerrogativa de órgão de regulação, normatização, controle e fiscalização das atividades dos planos, seguros e convênios de saúde. Tem como características a autonomia administrativa e técnica, financeira, patrimonial e de gestão de recursos humanos, bem como seus diretores possuem mandatos fixos, reduzindo sua susceptibilidade à alterações de cunho político (CIEFAS, 2000; UNIDAS, 2005).

Nesse âmbito, a ANS tem como foco a defesa dos interesses dos consumidores de planos de saúde, sendo responsável também pela elaboração do rol de procedimentos e coberturas, pelas normas para ressarcimento ao Sistema Único de Saúde (SUS), segmentação dos planos, critérios de controle de qualidade e fiscalização dos planos de saúde, recolhimento de informações de natureza econômico-financeira das operadoras, liquidação das empresas cassadas, dentre outras tarefas. Sua atuação prima por desenvolver mecanismos que contemplem a elaboração de políticas públicas de saúde e o melhor atendimento ao beneficiário (CIEFAS, 2000; DIAS, 2004; MONTONE, 2001; UNIDAS, 2005).

Vale explicitar que o Brasil passava por um processo de implantação das agências reguladoras e estas tinham importante papel dentro de suas áreas de influência, considerando a necessidade de o Estado se fazer atuante, de forma mais ágil e conceitualmente modelado para reduzir a ingerência política das suas decisões. Assim, o então Diretor-Presidente da ANS Januário Montone (MONTONE, 2001), em palestra proferida ao Conselho Nacional de Saúde, evidenciou tais aspectos, citando que:

Entre as principais características das agências reguladoras, destacam-se três fatores:

1. Poder regulador definido em lei, materializado na sua capacidade de regular, controlar, fiscalizar e punir.
2. A autonomia administrativa, materializada no mandato de seus dirigentes e na flexibilidade dos instrumentos de gestão (estrutura organizacional, recursos humanos, sistema de compras e outros).
3. A autonomia financeira, materializada na arrecadação direta de taxas específicas (no caso da ANS, a Taxa de Saúde Suplementar).

No que diz respeito exclusivamente à ANS, foram incorporadas novas atribuições, como a de monitorar a evolução de preços de planos de assistência à saúde, seus

prestadores de serviços e insumos, autorizar os processos de cisão, fusão, incorporação, alteração ou transferência do controle acionário e a articulação com os órgãos de defesa do consumidor. (MONTONE, 2001, p. 23).

Conforme observado, torna-se transparente que a ANS iniciou suas atividades com atribuições robustas, geradas em virtude da premente necessidade de corrigir as distorções da saúde suplementar, bem como tornar este importante setor da economia mais transparente e seguro. Dentre as prioridades definidas, destacam-se a regulação econômica e a assistencial, que, de modo objetivo, procuravam garantir que as organizações do setor obedecessem a critérios tanto para garantir sua permanência no mercado, como para o cumprimento das suas obrigações junto aos beneficiários.

Diante dessa realidade, a ANS buscou, no início da sua operação, gerar informação sobre o setor, por meio da compreensão e do ordenamento e características das variadas modalidades de operadoras atuantes no país (seguradoras especializadas em saúde, autogestões, cooperativas médicas, medicinas de grupo, filantropias, cooperativas odontológicas, dentre outras), bem como sobre os diversos produtos (planos de saúde) ofertados no mercado (DIAS, 2004).

Por sua vez, a ANS coibiu que as operadoras promovessem a seleção de risco, por intermédio de mecanismos que dificultam o acesso de idosos ou clientes com patologias crônicas. Além disso, o mecanismo da seleção de risco surgiu como uma espécie de defesa das operadoras contra a seleção adversa, onde o cliente busca o plano de saúde somente ao perceber maior necessidade de utilização.

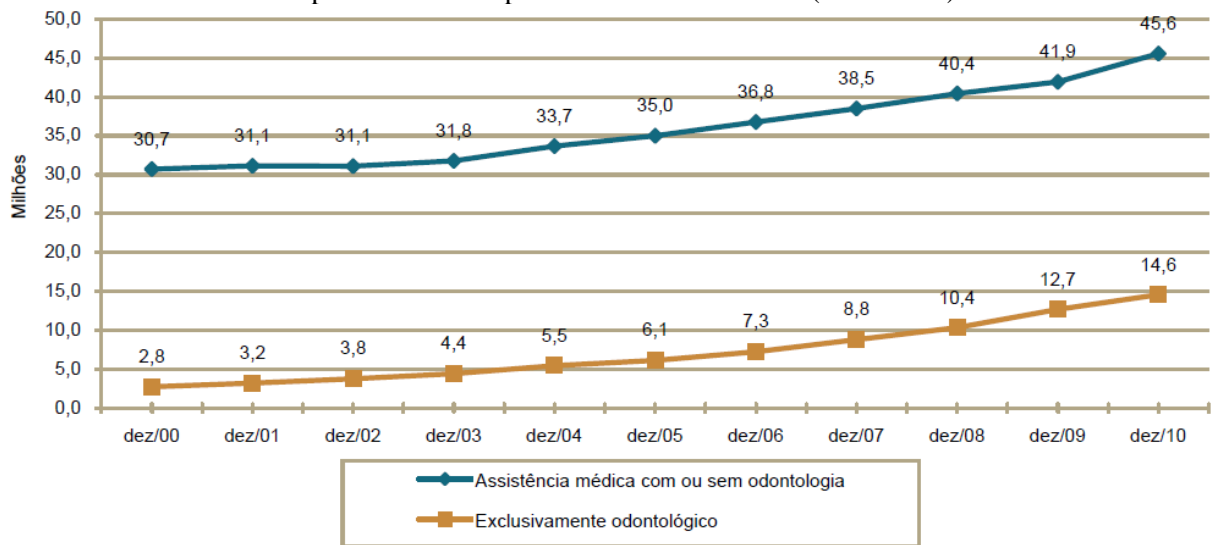
Com base no exposto, fica evidente que coube à ANS, a tarefa de regulação do setor privado com a finalidade de fazer valer o cumprimento da Lei 9.656/98, bem como tentar equacionar os problemas decorrentes da coexistência de um sistema público e um privado, o que ocorre de modo paradoxal, pois a prestação de serviço público na área de saúde se propõe a ser universal; todavia, como a prestação de serviços é considerada, em sua maioria, de má qualidade, o público estimula o privado. Essa desordem conceitual não dificultou a criação da ANS. Pelo contrário, a impulsionou, já que havia lacunas a ser preenchidas regulando: a assistência à saúde dos consumidores de serviços privados; a assistência dos associados aos planos e seguros saúde e as operadoras de planos e seguradoras (BAHIA, 2001a).

Por outro lado, Vilarinho (2003) ratifica a questão da dualidade da ação do Estado na regulação e destaca que a ANS, enquanto agência reguladora, caracteriza-se como um ator com valores que lhe são próprios e típicos de Estado, em conformidade aos ideais de justiça social, visando criar mecanismos de acesso das classes mais vulneráveis aos serviços privados

de assistência à saúde, consequentemente ampliando o acesso da população a este tipo de serviço.

Dentro desta linha, dados da ANS (2011) apontam que o acesso da população à saúde suplementar vem sendo ampliado pelas operadoras de planos de saúde, fazendo com que a regulação da saúde suplementar no Brasil seja responsável por um setor que, até dezembro de 2010, congregou 45,6 milhões de beneficiários (Gráfico 1).

Gráfico 1 - Beneficiários de planos de saúde por cobertura assistencial (2000-2010)



Fonte: ANS (2011).

Podemos, assim, observar que, na arena política da regulação da saúde suplementar e, notadamente, nas discussões sobre o espectro da intervenção do Estado na iniciativa privada, as agências reguladoras desempenharam um papel importante ao suscitar, como instrumentos dessa intervenção, um debate sobre o tamanho dos tentáculos do Estado na economia e a sua utilização política (BAHIA, 2001b).

Conforme citado anteriormente, um dos principais aspectos ligados à regulação foi a caracterização das modalidades de operadoras de planos de saúde que atuavam no mercado da saúde suplementar. Deste modo, em face do objetivo desta pesquisa, é relevante ampliar os conhecimentos sobre esta caracterização e do surgimento dessas organizações ao longo do tempo, com ênfase na modalidade de autogestão em saúde.

2.3.3 A Caracterização das Modalidades de Operadoras de Planos de Saúde Após o Marco Regulatório da Saúde Suplementar

Enquanto ente regulador desse mercado, a ANS (2011) conceitua uma operadora de plano de saúde como sendo uma pessoa jurídica constituída sob a modalidade empresarial,

associação, fundação, cooperativa, ou entidade de autogestão, obrigatoriamente registrada e que opera ou comercializa planos privados de assistência à saúde. As operadoras são classificadas como: em atividade com beneficiários cadastrados ou em atividade sem beneficiários cadastrados. Isto ocorre porque podem existir operadoras com autorização de funcionamento na ANS, todavia sem beneficiários cadastrados.

A partir da regulação, houve a caracterização das modalidades das operadoras de planos de saúde em atuação no Brasil. Esta segmentação trouxe em seu bojo, discussões no âmbito da necessidade ou não de tratamento desigual aos desiguais. Esta discussão foi “puxada” pelas autogestões que não aceitavam seguir a regulação na íntegra por se perceberem diferentes das demais operadoras de planos de saúde.

Como demonstrado, as operadoras de planos de saúde foram classificadas em modalidades, conforme a RDC nº 39, publicada pela ANS em 30 de outubro de 2000, que define as regras de atuação das operadoras de planos de saúde. Assim, em publicação de março de 2011, a ANS (2011) classifica as operadoras de planos de saúde e odontologia de acordo com suas peculiaridades em:

- Administradora de planos: organizações que administram planos de assistência à saúde cuja prestação do serviço é realizada por outra operadora, ou seja, este tipo de operadora atua intermediando a prestação de serviço de uma operadora de plano de saúde junto a um determinado cliente. Assim, não possuem beneficiários ou rede de atendimento própria, credenciada ou referenciada, ficando, deste modo, isenta do risco decorrente da operação. Exemplos de organizações: Mediservice e Mastermed;
- Administradora de benefícios: operadora que atua com planos coletivos empresariais e, por adesão, propõe a contratação de plano coletivo na condição de estipulante ou que presta serviços para organizações, associações, sindicatos, dentre outros, na contratação de planos coletivos. O que diferencia esta forma de atuação de uma Administradora de Planos é que, neste modo de operação, a administradora de Benefícios atua diretamente na comercialização de planos de saúde aos empregados das empresas ou aos associados/sindicalizados no caso de associações e sindicatos. Exemplos de organizações: Qualicorp e Grupo Géia;
- Autogestão: entidade que administra a assistência à saúde dos seus empregados. Seu produto se destina, exclusivamente, a oferecer cobertura aos empregados ativos de uma ou mais empresas, associados integrantes de determinada categoria profissional,

- aposentados, pensionistas ou ex-empregados, bem como a seus respectivos grupos familiares definidos. Exemplos de organizações: Camed e Cassi;
- Cooperativas médicas ou odontológicas: Organização sem fins lucrativos nos termos da Lei n.º 5.764, de 16 de dezembro de 1971, formada por médicos ou odontólogos respectivamente, e que comercializa ou opera planos de assistência à saúde. Exemplos de organizações: Unimed e Uniodonto;
 - Filantropia: organização sem fins lucrativos que opera planos privados de saúde e que tenha obtido certificado de entidade filantrópica junto ao Conselho Nacional de Assistência Social (CNAS). Exemplos de organizações: Santas Casas de Misericórdia que possuem Planos de Saúde;
 - Medicina ou Odontologia de grupo: operadora que se constitui em sociedade que comercializa ou opera planos privados de saúde ou odontológicos respectivamente e que não está enquadrada em nenhuma outra modalidade. Exemplos de organizações: Amil e Camed Vida;
 - Seguradora especializada em saúde: organização que atua especificamente com seguro-saúde e possui fins lucrativos. Comercializa seguro de saúde e oferece, obrigatoriamente, reembolso das despesas médico-hospitalares ou odontológicas, ou que comercializa ou opera seguro que preveja a garantia de assistência à saúde, estando sujeita ao disposto na Lei nº 10.185, de 12 de fevereiro de 2001. Exemplos de organizações: Bradesco Saúde e Sul América Saúde.
 - Cumpre assinalar que, após o início da regulação do setor de saúde suplementar, uma alteração significativa foi identificada como resultado no curto prazo do processo regulatório: a alteração no formato dos produtos disponíveis ao consumidor, ao qual algumas operadoras deixaram de comercializar planos individuais.

Observa-se, assim, que ocorreu uma desaceleração na comercialização dos planos individuais, que foram, justamente, um dos alvos iniciais da regulação. Em face do exposto, a ANS se deparou com uma situação paradoxal gerada pelo processo regulatório, pois, uma parte das operadoras de planos de saúde, notadamente as seguradoras, abandonou a comercialização de planos individuais. Dessa forma, justamente o tipo de plano eleito como prioridade devido à questão da hipossuficiência do consumidor⁷, sofreu um esvaziamento, em

⁷ O termo hipossuficiente refere-se ao beneficiário que contrata individualmente seu plano de saúde, caracterizando uma posição de desvantagem ao existir uma relação entre o consumidor individual e a empresa (operadora de plano de saúde).

função da redução na oferta, gerando uma convergência para a comercialização dos planos coletivos (empresariais ou por adesão).

Segundo Ferraz (2008), um fator que faz com que muitas operadoras preferencialmente operem com planos coletivos é que são contratados para grupos de trabalhadores e estes, normalmente em plena condição laboral, tendem teoricamente a ter uma condição de saúde mais saudável e com menor risco para a operadora; além de não terem sofrido o mesmo volume de ações regulatório dos planos individuais, aliado a isto, por existir uma adesão em grupo, onde em muitos casos todos os empregados entram no plano de uma só vez, tem-se reduzido riscos atuariais⁸ mensuráveis como os provenientes da seleção adversa.

Nesse contexto, dados da ANS (2011) apontam que, em 2010, o cenário do setor é de predomínio dos chamados planos novos, que é a denominação dada aos planos de assistência médica contratados após o marco regulatório do setor que foi a lei 9.656/98, com 73,5% dos beneficiários vinculados aos planos de saúde privados ligados a planos coletivos, que são divididos em coletivos empresariais e coletivos por adesão (ligados a entidades de classe, associações e sindicatos e regulamentados em novembro de 2009); os coletivos empresariais representam os planos contratados por empresas que mantêm vínculo empregatício e representam 57,9% dos planos coletivos.

Por outro lado, o segundo aspecto de destaque ocorrido após a regulação foi a saída de mercado de um expressivo número de operadoras. Assim, a partir do marco regulatório ocorreram na saúde suplementar uma série de fusões e aquisições por umas organizações, bem como o encerramento de atividades por outras. Este fenômeno se concentrou notadamente nas operadoras de pequeno (abaixo de 10.000 clientes) e médio porte (abaixo de 100.000 clientes), pois estas se apresentaram mais sensíveis às exigências legais de manutenção no mercado.

Dados do setor, apresentados pela própria ANS (2011), apontam que, de 1999 a dezembro de 2010, o número de operadoras de serviços médico-hospitalares apresentou redução de 39,9%, saindo de 1.968 para 1.183 operadoras cadastradas como ativas na ANS.

Pereira (2010) avaliou o processo de saneamento do mercado, nos primeiros sete anos do período pós-regulação (1999 a 2006). Assim, analisou o universo de 3.132 operadoras que

atuavam no Brasil no início da regulação; dessas, 1.236 operadoras deixaram o mercado e 1.896 continuavam ativas no momento da realização desta pesquisa. A autora fez as seguintes considerações:

- A maioria dos registros cancelados neste período refere-se às operadoras de planos de saúde de pequeno porte ou que nem chegaram a informar sua quantidade de beneficiários;
- Quanto à modalidade e região de atuação, na sua maioria eram operadoras de medicina de grupo, seguidas das odontologias de grupo e das operadoras de autogestão, cuja área de atuação era predominantemente a região sudeste;
- Em relação ao motivo do cancelamento dos registros, observa-se que 75,6% foram cancelamentos voluntários, seguidos dos cancelamentos impetrados via decretação de regime de liquidação extrajudicial.

Pereira (2010) observou também dois aspectos relevantes no que diz respeito à modalidade das operadoras em atuação no Brasil. O primeiro refere-se aos novos registros de operadoras no período em que predominaram as organizações na modalidade odontologia de grupo o que denotava uma desaceleração do interesse das organizações em atuar no segmento médico-hospitalar. O segundo, por outro lado, centra-se no âmbito do cancelamento de registro de operadoras por modalidade, onde se encontra um dado preocupante em relação às autogestões. Ao comparar o ano de 2007 com o de 2000, observou a autora, que esta modalidade teve o número de organizações em atividade reduzido em 56%, enquanto o mercado - como um todo - foi reduzido em 30%.

No que concerne à autogestão, a informação supra é preocupante e compõe o escopo desta pesquisa, uma vez que se busca, neste estudo, compreender as ações da Camed, uma operadora na modalidade de autogestão em saúde e seu processo de mudança visando adaptar-se ao novo cenário que despontava no setor. Neste contexto, cabe-nos aprofundar o conhecimento sobre a modalidade autogestão em saúde e suas particularidades.

⁸ O termo atuarialmente mensurável refere-se ao uso do cálculo atuarial, que é a utilização da matemática e estatística para determinação de risco.

2.3.4 A Autogestão em Saúde

A autogestão em saúde tem enfrentado situações que geraram grandes dificuldades no que diz respeito à manutenção de suas atividades, tais como: os vários planos econômicos, as privatizações, os movimentos da classe médica e a regulação da saúde suplementar; além destes fatores a estagnação das receitas, gerada em função da diferença a menor entre o crescimento dos salários e da inflação dos gastos em saúde; o congelamento de salários e restrição da patrocinadora em aportar recursos não previstos; e o aumento de custos decorrentes da elevação da perspectiva de vida da população, vem impactando a dinâmica de diversas organizações desse setor (UNIDAS, 2005).

Como essa modalidade de saúde suplementar tem os seus recursos financeiros caracterizados por uma estreita ligação com o salário de seus beneficiários, é possível que um dos grandes fatores para estagnação de suas receitas seja os baixos índices de reajustes salariais, acentuado no período de implementação do plano real. No caso do funcionalismo público e das organizações estatais, algumas categorias profissionais ficaram mais de cinco anos sem quaisquer reajustes. Considerando que a maioria das empresas de autogestão tem o preço dos seus planos vinculados a um percentual dos salários dos usuários, esta questão ganha notável relevância.

É importante destacar que, em muitos casos, a empresa patrocinadora prestava uma espécie de “socorro monetário” para cobrir déficits da sua autogestão. O aporte financeiro era algo comum, todavia esse canal de recursos passou a encontrar restrições por parte das patrocinadoras, notadamente pelo controle orçamentário a que são submetidas e por cobrarem das suas autogestões maiores e melhores controles com ênfase na sua sustentabilidade e permanência no mercado.

Matos (2002, p.15) afirma que, “se por um lado tomou força a estagnação de receitas, por outro tornou-se crescente o aumento das despesas.” Isso ocorreu, dentre outras coisas, devido à inflação do setor da saúde, bem como da acentuada variação cambial dos anos 90, cujo impacto nos custos se deu na absorção de novas tecnologias em termos de materiais e equipamentos médicos (em sua maioria, dependentes de importação).

Corroborando com a avaliação do impacto das novas tecnologias sobre os custos da saúde, Gouveia (2004) evidencia que estas, notadamente ligadas aos Serviços Auxiliares ao Diagnóstico e Tratamento (SADT) como, por exemplo: os exames de tomografia

computadorizada e ressonância magnética, que, de modo crescente, são demandados pela área médica e que contribuem, dentro de um conjunto de novas tecnologias disponíveis, na elevação dos custos deste setor.

Como forma de compreender a diferença entre os indicadores inflacionários mais utilizados e a inflação no âmbito da saúde suplementar, a chamada inflação do setor da saúde possui características específicas ligadas às questões assistenciais (elevação constante das solicitações de SADT, novas tecnologias com baixo nível de nacionalização; elevação dos custos dos insumos e medicamentos, etc.) que acarretam numa difícil avaliação do setor por meio de indicadores econômicos convencionais, uma vez que estes não capturam de forma ampla os itens de consumo inerentes à assistência à saúde (FERRAZ, 2008).

Conforme corrobora Brito (2004, p.70), “Segundo dados da Fipe [...] a inflação da área de saúde, de março de 1996 a fevereiro de 1997, alcançou 19,3%. No mesmo período, a inflação do Brasil foi de 8,9 ao ano.”

Nesse contexto, a diferença entre os indicadores inflacionários mais utilizados e a chamada inflação do setor da saúde tem largo impacto sobre as operadoras de autogestão e o consequente desafio de se manterem sustentáveis. Este impacto refere-se ao fato de as receitas das autogestões estarem, em grande parte, vinculadas aos salários dos trabalhadores, sendo os salários reajustados por intermédio de negociações que se baseiam em indicadores econômicos que não estão ligados diretamente à saúde.

Vale ressaltar que, diferente das demais modalidades de operadoras que comercializam planos de saúde e podem reajustar os preços dos seus produtos para compensar possíveis perdas inflacionárias, as autogestões precisam, para obter aumento das receitas, demandar e justificar elevações nas contribuições recebidas.

A regulação do setor, com o advento da Lei 9.656/98, acentuou os gastos das operadoras que passaram a ter de cumprir uma série de exigências tais, como: limitações dos prazos de carência, cobertura de saúde mental, proibição da empresa de vedar a participação do usuário, em razão de sua idade, doença preexistente ou deficiência (permitindo o aumento das mensalidades em alguns casos).

É importante destacar que, apesar de buscar regular o setor privado com ênfase nos planos que eram comercializados, essa regulação atingiu também as autogestões, gerando um

cenário de profunda insatisfação, tanto destas quanto das suas patrocinadoras. Segundo pesquisa da União Nacional das Instituições de Autogestão em Saúde (UNIDAS), entidade que congrega as operadoras de autogestão, realizada em cooperação técnica com a Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz junto a esta modalidade, 40% dos entrevistados era contra a aplicação da lei 9.656/98 para a autogestão em função da falta de adaptação desta lei às suas particularidades (UNIDAS, 2005).

Observa-se também que o estudo das macromudanças na saúde suplementar e seus impactos nas operadoras de autogestão são temas relevantes, notadamente ao observar a representatividade desta modalidade no mercado da saúde suplementar. Assim, pois, como pode ser visto na Tabela 1, considerando o segmento médico-hospitalar, a autogestão se apresenta em terceiro lugar entre as operadoras em atividade até dezembro de 2010.

Tabela 1 – Operadoras em atividade por porte e modalidade (Brasil – dezembro/2010)

Modalidade da operadora	Total	Sem beneficiários	Pequeno porte (Até 20.000)	Médio porte (20.000 a 100.000)	Grande porte (Acima de 100.000)
Total	1.618	198	1.012	305	103
Administradora de benefícios	51	51	-	-	-
Autogestão	240	34	165	31	10
Cooperativa médica	335	3	181	115	36
Cooperativa odontológica	127	3	102	19	3
Filantropia	93	2	67	22	2
Medicina de grupo	451	49	277	93	32
Odontologia de grupo	308	56	218	22	12
Seguradora especializada em saúde	13	-	2	3	8

Fonte: ANS (2011).

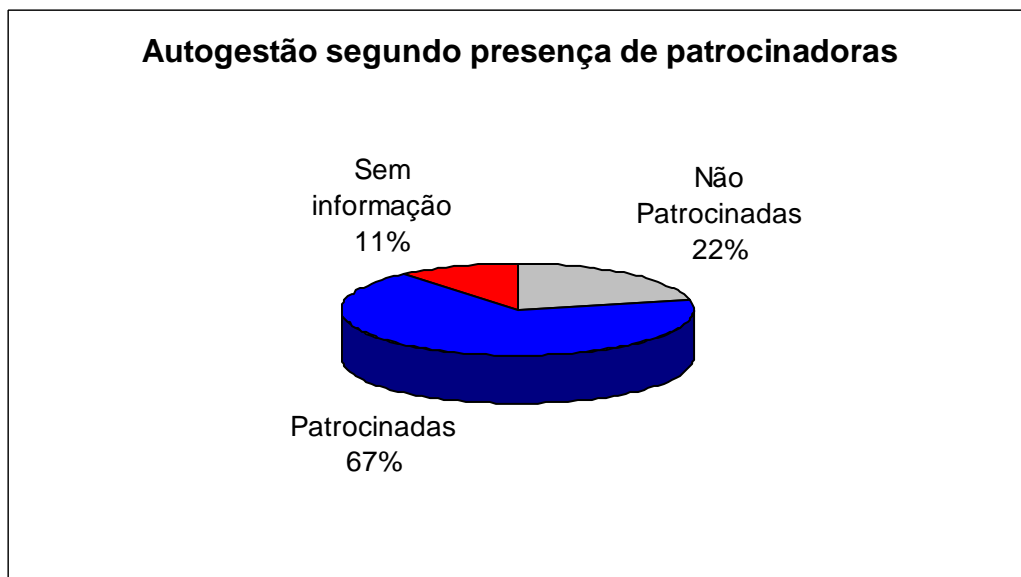
Desse modo, apesar de existir desde os anos 20, foi no final da década de 70 que a autogestão em saúde se notabilizou, sobretudo em função das demandas pelos empregados por maiores e melhores benefícios e pela regulamentação dos sistemas fechados e abertos de previdência complementar, que permitia destinar recursos de fundos para a assistência médica.

Define-se, como autogestão, a modalidade de plano de saúde onde a própria organização administra, sem finalidade lucrativa, a assistência à saúde voltada ao atendimento dos trabalhadores de uma determinada empresa. Nesse sentido, a autogestão se caracteriza pela operação de plano de saúde em sistema fechado, com população delimitada, podendo ou

não incluir seus dependentes e agregados até o terceiro grau de parentesco consanguíneo ou afim (GAMA, 2003; GOUVEIA, 2004; NITÃO, 2004).

As empresas de autogestão podem ser de dois tipos: patrocinadas e não patrocinadas. As patrocinadas são aquelas em que existe contribuição, normalmente pecuniária, da empresa patrocinadora (empresa mãe) e representam, conforme o gráfico 2, 67% do conjunto das autogestões. Por outro lado, as autogestões não patrocinadas são aquelas em que o beneficiário assume a totalidade das despesas com assistência médica.

Gráfico 2 – Autogestão segundo presença de patrocinadoras no Brasil



Fonte: UNIDAS (2003).

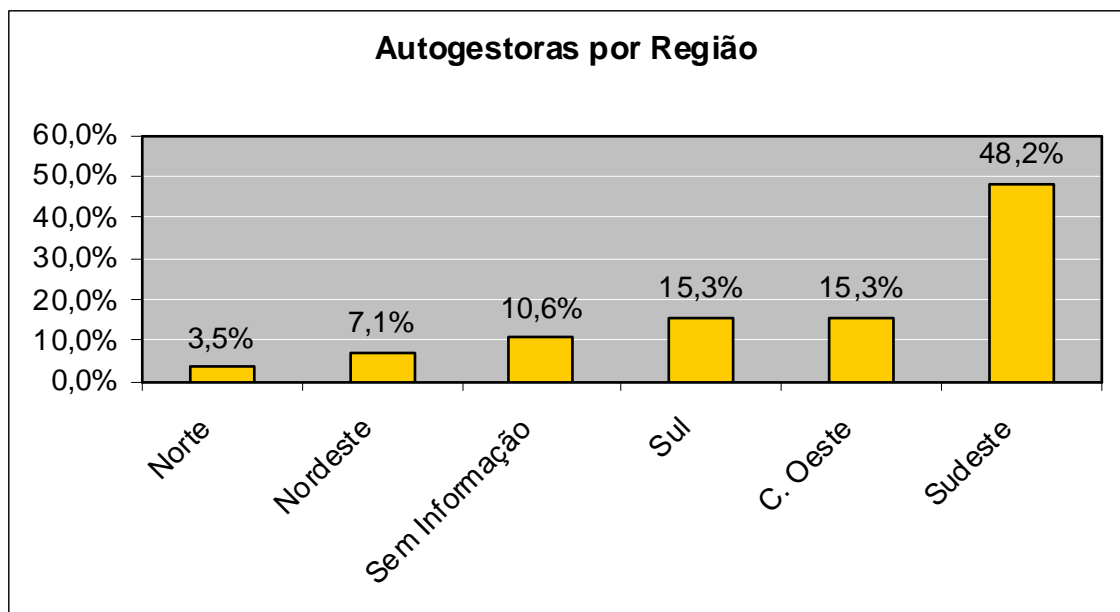
Para melhor compreender o processo de definição da forma de atuação das operadoras de autogestão, vale ressaltar que, como a gestão de uma empresa, normalmente, é exercida por uma organização patrocinadora, seja este um departamento, normalmente ligado ao setor de desenvolvimento humano ou por empresa criada para este fim, cada organização buscou formas de melhor operacionalizar este benefício.

Nessa linha de análise, Gama (2003) apresenta, de forma esclarecedora, as duas metodologias mais usuais para operar uma autogestão, uma vez que podem ser geridas como um departamento da organização, ou como uma organização paralela. Quando se refere a um departamento, este, normalmente, está ligado ao setor de recursos humanos, sendo gerido no conjunto da política de benefícios da empresa. Como exemplo deste formato, existe o plano de saúde da Petrobrás, a Assistência Multidisciplinar em Saúde (AMS). Este benefício é negociado entre empresa e o sindicato da categoria. Por outro lado, quando se refere a uma

organização paralela, esta atua como uma operadora de mercado, utilizando serviços credenciados ou mistos, como, por exemplo, a Caixa de Assistência dos Funcionários do Banco do Brasil (CASSI).

No âmbito da sua distribuição pelo território nacional, a autogestão está presente em praticamente todo o território brasileiro, sendo que a maioria das empresas está concentrada na região Sudeste, que, não por acaso, foi o berço do crescimento deste setor. Isso pode ser constatado a partir do Gráfico 3.

Gráfico 3 – Distribuição percentual das empresas de autogestão por regiões



Fonte: UNIDAS (2003, p. 9).

Isto posto, pode-se afirmar que o crescimento e expansão da autogestão consolidaram um formato focado no benefício social, administrado por empresa e/ou trabalhador com vistas a ser uma alternativa não comercial ao modelo vigente, com foco na promoção à saúde e na qualidade de vida do trabalhador. Desta forma, os planos de autogestão foram os pioneiros na implantação de mecanismos redutores do custeio assistencial, seja por meio da gestão cuidadosa dos custos com gerenciamento de pacientes crônicos, avaliação do perfil epidemiológico e programas para a terceira idade e gestantes (GAMA, 2003).

Tomando como ponto de partida os princípios norteadores da autogestão em saúde, vários aspectos se apresentam como motivação para a implantação de tal modelo dentro das empresas, dentre os quais se pode destacar: dar mais segurança ao empregado; assegurar a competitividade da empresa no mercado; atrair e manter mão de obra qualificada e produtiva;

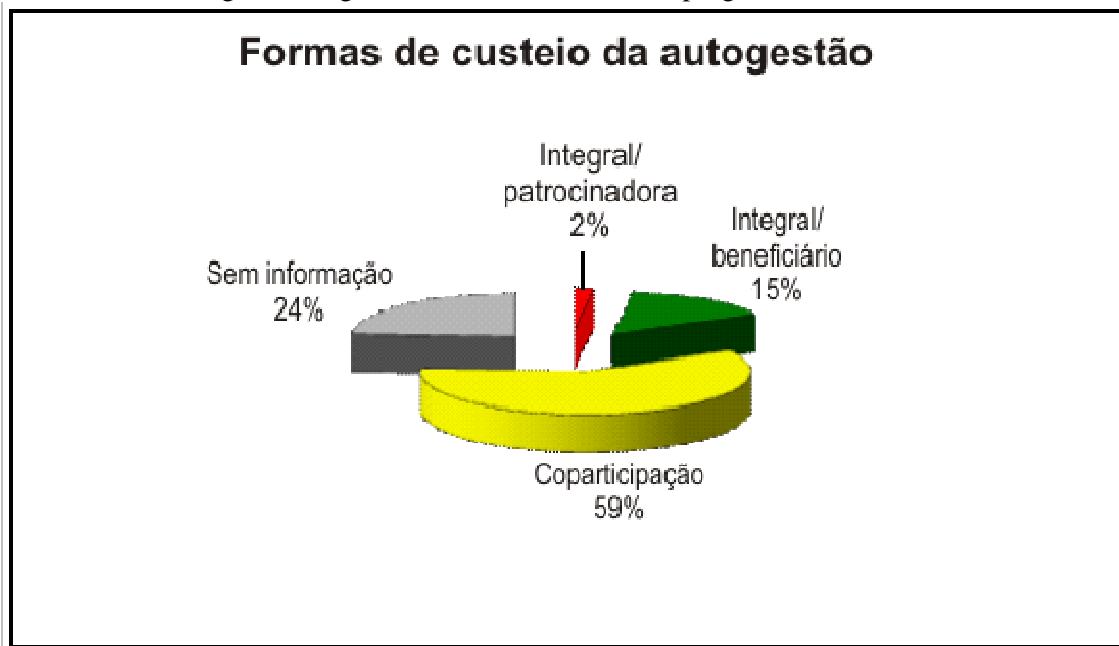
atender reivindicação sindical; demonstrar responsabilidade social da empresa; compensar as deficiências do sistema público de saúde e fornecer salário indireto (CIEFAS, 2000).

Entre os anos de 2001 e 2002, a UNIDAS (2003) realizou uma extensa pesquisa entre suas filiadas e conseguiu mapear algumas características das empresas de autogestão:

- O Brasil possui 300 empresas que administram seus próprios planos e que juntas reúnem 11,7 milhões de usuários;
- Mais de 50% das autogestões começaram a operar entre 1980 e 1994;
- Uma em cada três autogestões possuem forma organizacional no interior das próprias patrocinadoras, ou seja, a operadora é um departamento da organização;
- 48,3% das empresas de autogestão utilizam o sistema de coparticipação (o funcionário paga um percentual dos gastos do seu grupo familiar), 15,1% pelo sistema pré-pagamento (o beneficiário, como nos planos de mercado, paga um determinado valor que garantirá sua assistência mediante contrato entre as partes) e 36,6% por um sistema misto de coparticipação e pré-pagamento.
- Mais de 50% das autogestões brasileiras têm despesas mensais inferiores a um milhão de reais;
- O maior número de usuários numa empresa foi de 2,3 milhões, e o menor é composto por 219 pessoas;
- O modelo de rede de atendimento mais utilizado é o de credenciamento, sendo o credenciamento com livre escolha o mais usual (neste modelo, além de utilizar-se dos serviços credenciados prestados por particulares, o beneficiário pode escolher qualquer outro serviço e receber o reembolso do pagamento, conforme tabelas que variam entre os planos).

Essa mesma pesquisa apontou a forma de custeio dos programas de autogestão de acordo com a participação da patrocinadora, da patrocinada e do próprio usuário. Os resultados podem ser observados no Gráfico 4, que segue.

Gráfico 4 – Autogestões segundo formas de custeio dos programas



Fonte: UNIDAS (2003).

Como forma de melhor compreender o processo de evolução das organizações de autogestão em saúde, é importante conhecer a origem da sua forma de organização e como elas se adequaram visando subsidiar o setor de informação por meio do compartilhamento de boas práticas e ferramentas de gestão. Assim, surgiram: a Associação Brasileira de Serviços Assistenciais de Saúde Próprios de Empresa (ABRASPE), criada na década de 80, com 54 empresas associadas, notadamente no Estado de São Paulo e o Comitê de Integração de Entidades Fechadas de Assistência à Saúde (CIEFAS), fundado em 1992 e com 140 organizações públicas e privadas afiliadas. Sua sede fica em São Paulo e possui superintendências estaduais em todo o Brasil (CIEFAS, 2000; UNIDAS, 2005).

Em 2002, as duas entidades fundiram-se formando a União Nacional das Instituições de Autogestão em Saúde (UNIDAS). Esta entidade atua no sentido de prover as mais diversas soluções em gestão da saúde, atuando tanto no âmbito negocial, como na realização de fóruns e simpósios de aprimoramento, e, bem assim, ações que vão da orientação jurídica até as atividades ligadas à prevenção (UNIDAS, 2005).

Diante do apresentado, é possível presumir que a autogestão em saúde surgiu como uma alternativa às empresas que buscavam prestar aos seus funcionários serviços de assistência e promoção da saúde. Todavia, dentro do contexto da regulação na saúde suplementar e das macromudanças geradas em virtude do processo regulatório, é demandado

a esta modalidade um instrumental que prime por novas alternativas, comportando um mix de ações que atuem na redução dos seus custos ou que se reflitam na ampliação das suas receitas.

Nesse sentido, as operadoras de autogestão necessitam adaptar-se ao novo cenário de um ambiente regulado e esta adaptação irá requerer mudanças, em busca de uma configuração que responda satisfatoriamente aos novos desafios impostos pelo setor, que ainda necessita de uma série de ajustes em virtude das distorções do sistema, tanto no que se refere a assistência à saúde quanto à efetividade dos mecanismos de controle. Desse modo, a próxima seção é dedicada à mudança organizacional, uma vez que esse referencial é um alicerce relevante para a compreensão da pesquisa em curso.

Diante do exposto, o aprofundamento sobre o tema mudança organizacional, considerando conceitos, fatores indutores da mudança, sua classificação e consequências para as organizações, são preponderantes para alicerçar esta pesquisa, bem como compreender as transformações das organizações que compõem o complexo sistema da saúde suplementar no Brasil.

3 MACROMUDANÇAS AMBIENTAIS COMO FATORES INDUTORES DE MUDANÇAS ORGANIZACIONAIS

As macromudanças geradas no mercado da saúde suplementar no Brasil, a partir do advento da lei 9.656/98, promoveram, ao longo desses quatorze anos, alterações em todas as modalidades de operadoras de planos de saúde que atuam no país. Tais mudanças referem-se, desde os ajustes, à regulação financeira quanto à regulação assistencial, ambas capitaneadas pela ANS.

Nesse contexto, as operadoras de autogestão em saúde, em muitos casos, sob a regência das suas patrocinadoras, buscaram se adaptar a este novo cenário. Assim, com ênfase nas mudanças organizacionais promovidas pela Camed como forma desta adaptação, busca-se ampliar os conhecimentos acerca do impacto das mudanças no ambiente organizacional. Para tal, é relevante discorrer sobre a base conceitual do tema mudança organizacional, bem como seus elementos indutores.

De forma mais específica, é importante compreender, a partir de elementos que compõem o amplo referencial teórico sobre mudanças organizacionais, como as mudanças ambientais promovem alterações estratégicas nas organizações. Assim, entendemos a trajetória de uma organização estudando a mudança organizacional (FARIA; FISCHER, 2001), uma vez que esta é um forte estímulo para a revisão das estratégias, procedimentos e rotinas, decorrentes da necessidade de adaptação ambiental (MACHADO-DA-SILVA; FERNANDES, 1998).

Corroboram com esta visão Pinto e Couto-de-Souza (2009) ao considerar que é sabido que o tema mudança organizacional não é recente, inclusive com convergências entre textos antigos e mais recentes. Contudo, a novidade é a velocidade e a intensidade das mudanças, onde as alterações ambientais são um forte elemento impulsionador.

É inegável que a mudança organizacional é um tema cada vez mais discutido, o que torna imperativo aprofundar os estudos sobre os elementos que compõem o sistema que envolve o processo de mudança. Este considera as transformações ambientais, as estratégias, estrutura, tecnologia e as pessoas. Além disto, esta seção tem, sobretudo, o objetivo de apresentar algumas definições conceituais sobre mudanças, discorrendo também quanto à sua amplitude, tipologia e às formas de classificação.

Nessa linha de análise, eleva-se a importância do conhecimento sobre mudança organizacional. “Estudar a mudança organizacional permite entender a vida de uma organização que se caracteriza pelo movimento e pela mudança constante, portanto, um

estudo deste tipo tem maior probabilidade de captar a realidade das organizações.” (FARIA; FISCHER, 2001, p.61).

3.1 MUDANÇA ORGANIZACIONAL: DEFINIÇÕES TEÓRICAS

O tema mudança organizacional e sua tentativa de conceituação pelos mais diversos autores marcam a riqueza de um campo que se mantém atrativo e atual ao longo dos anos. Diante de uma visão sistêmica do processo de mudança organizacional, este estudo procura destacar alguns conceitos que corroboram e se apresentam, mais facilmente, aderentes a esta visão, por conectar conceitualmente as mudanças organizacionais a questões como estratégia e pessoas.

Nesse contexto, Pereira, M. (2000, p.85) propõe-se a conectar os processos de mudança e o papel das pessoas, ao afirmar que: “[...] o processo de mudança é como se fosse um processo de aprendizagem, em que a organização está ininterruptamente reavaliando seus processos para detectar os pontos de acertos e os pontos em que foram cometidos desvios.”

A partir de uma visão focada no planejamento e na estratégia, bem como a sua correlação com a mudança organizacional, Xavier e Dornelas (2004, p.03) consideram que: “A mudança é um programa intensivo de ações que deve ser precedido de um planejamento defendendo a transformação proposta e demonstrando sua necessidade e vantagens. Preparar a organização para o que virá é justamente construir o contexto da mudança.”

Compreendendo a importância da estratégia no processo de mudança, todavia enfatizando a participação das pessoas e suas diversas interações e relações neste processo Silva e Vergara (2003) afirmam que:

A mudança organizacional, mesmo quando intencional, não pode assim ser entendida somente sob a ótica de estratégias, processos ou tecnologias, ainda que, em alguns casos, até mesmo a tradição funcionalista que tem dominado os textos sobre gestão de mudanças reconheça a dimensão social como uma variável determinante das possibilidades de sucesso das organizações. É preciso que se veja a mudança organizacional também como uma mudança de relações: do indivíduo com a organização, dele com seus pares, da organização com a sociedade, do indivíduo com a sociedade e dele consigo mesmo. (SILVA; VERGARA, 2003, p. 11).

É relevante destacar, a contribuição de Lima e Bressan (2003) na busca de uma definição mais ampla para o tema mudança organizacional. As autoras apresentam um quadro com importantes conceitos sobre mudança organizacional, propostos por vários autores, que consideram em maior ou menor grau os diversos fatores que compõem a congruência sistêmica entre seus componentes, onde estratégia, pessoas e adaptação ambiental, dentre outros, são descritos nos conceitos, conforme o quadro a seguir:

Quadro 1 – Definições teóricas de mudança organizacional

DEFINIÇÃO	AUTORES
Toda alteração, planejada ou não, ocorrida na organização, decorrente de fatores internos e/ou externos à mesma, que traz algum impacto em partes ou no conjunto da organização.	Bruno-Faria (2003)
Qualquer modificação, planejada ou não, nos componentes organizacionais formais e informais mais relevantes (pessoas, estrutura, produtos, processos e cultura); modificação que seja significativa, atinja a maioria dos membros da organização e tenha por objetivo a melhoria do desempenho organizacional em resposta às demandas internas e externas.	Bressan (2001)
Qualquer transformação de natureza estrutural, estratégica, cultural, tecnológica, humana ou de qualquer outro componente, capaz de gerar impacto em partes ou no conjunto da organização.	Wood Jr, Curado e Campos (2000)
Conjunto de teorias, valores, estratégias e técnicas cientificamente embasadas, objetivando mudança planejada do ambiente de trabalho com o objetivo de elevar o desenvolvimento individual e o desempenho organizacional.	Porras e Roberson (1992)
Atividades intencionais proativas e direcionadas para obtenção das metas organizacionais.	Robbins (1999)
Sequência de eventos que se desdobram durante a existência da entidade organizacional e que relatam um tipo específico de mudança.	Van de Ven e Poole (1995)
Resposta da organização às transformações que vigoram no ambiente, com o intuito de manter a congruência entre os componentes organizacionais (trabalhos, pessoas, arranjos/estrutura e cultura).	Nadler et al (1994)
Acontecimento temporal estritamente relacionado a uma lógica, ou ponto de vista individual, que possibilita às pessoas pensarem e falarem sobre a mudança que percebem.	Ford e Ford (1994)
Abstração de segunda ordem, ou seja, trata-se do registro de impressões sobre a relação entre variáveis dinâmicas.	Woodman (1989)
Alteração significativa, articulada, planejada e operacionalizada por pessoal interno ou externo à organização que tenha o apoio e a supervisão da administração superior e atinja, de forma integrada, componentes de cunho comportamental, tecnológico e estratégico.	Araújo (1982)

Fonte: Adaptação de Lima e Bressan (2003).

Ainda abordando a perspectiva de Lima e Bressan (2003) sobre a conceituação de mudança organizacional, e após a avaliação dos diversos conceitos apresentados, as autoras propõem, de modo mais abrangente, o seguinte conceito de mudança organizacional:

Mudança organizacional é qualquer alteração planejada ou não, nos componentes organizacionais- pessoas, trabalho, estrutura formal, cultura- ou nas relações entre a organização e seu ambiente, que possam ter consequências relevantes, de natureza positiva ou negativa, para a eficiência e/ou sustentabilidade organizacional. (LIMA; BRESSAN, 2003, p. 25).

Diante dos conceitos apresentados, pode-se perceber que o campo das mudanças organizacionais é muito vasto. Dessa forma, abordagens ligadas à amplitude, tipologia, classificação e dimensões das mudanças organizacionais permitem, com maior acuracidade, a compreensão das suas conexões, fatores indutores e conteúdos.

3.2 AMPLITUDE, TIPOLOGIA, CLASSIFICAÇÃO E DIMENSÕES DA MUDANÇA ORGANIZACIONAL

3.2.1 Amplitude da Mudança Organizacional

A proposta de conhecer a mudança organizacional quanto à sua amplitude é apresentada num enfoque ligado às transformações que ocorrem numa organização. Assim, quanto a sua amplitude, a mudança organizacional pode ser uma micromudança ou uma macromudança.

A micromudança é a mudança pontual, avalia processos de forma isolada e está voltada para dentro da organização, enquanto a macromudança refere-se a um sentido mais amplo, direcionado às transformações que afetam a organização como um todo, que podem, inclusive, culminar numa total reprogramação estratégica ou mudança nas instalações físicas (MINTZBERG; AHLSTRAND; LAMPEL, 2000).

Para Wood Jr, Curado e Campos (1994), o aumento da velocidade das macromudanças foi determinante para que os estudos sobre mudanças organizacionais se sobressaíssem, ganhando destaque como um dos mais relevantes dentro dos estudos organizacionais.

O conhecimento sobre as diferentes amplitudes da mudança organizacional permite estender a análise, percorrendo o caminho que conduz ao estudo das mudanças quanto à sua tipologia. Sem embargo, os tipos de mudança têm efeito complementar à visão micro e macro das mudanças organizacionais, uma vez que as avaliam, separando-as em dois grupos: o das mudanças que ocorrem de forma contínua ou descontínua.

3.2.2 Tipologia da Mudança Organizacional

A avaliação das mudanças organizacionais quanto a sua tipologia refere-se, basicamente, à forma com que o processo de mudança se apresenta na organização ao longo do tempo. Deste modo, os estudos organizacionais avaliam o processo de mudança de duas formas: quando da sua implementação de modo permanente e contínuo ou na sua forma descontínua e radical.

O estudo das mudanças organizacionais quanto à tipologia recebeu importante contribuição das autoras Lima e Bressan (2003), conforme demonstrado, a seguir, no Quadro 2, uma vez que agruparam as abordagens de outros importantes autores sobre o tema, centrando-as em duas linhas de análise: 1) Escopo da mudança; 2) Grau de profundidade das mudanças.

Quadro 2 – Tipos de mudança organizacional

AUTORES	TIPOS DE MUDANÇA
Weick e Quinn (1999)	Contínua - Processo constante de mudança, com efeito cumulativo que pode propiciar transformações relevantes.
	Episódica - Pouca frequência e descontinuidade.
Nadler <i>et al</i> (1994)	Incremental - Continuidade do padrão existente.
	Descontínua - Alteração nos padrões da organização e ocorrência geralmente em situações de desequilíbrio.
Greenwood e Hinings (1996)	Convergente - Ocorrência dentro da programação existente, promovendo ajustes incrementais.
	Radical - Transformação da organização, promovendo rompimento dos modelos existentes.

Fonte: Adaptação de Lima e Bressan (2003).

Assim, as terminologias: mudança contínua, incremental e convergente representam as mudanças que ocorrem nas partes da organização e tendem a consolidar um processo de mudança já iniciado. Seu escopo, voltado às partes da organização, como o organograma, características das lideranças e os métodos de produção, representa um conjunto de ações que surge em função das mudanças ocorridas no ambiente ou num cenário de antecipação a

mudanças, previsto numa avaliação prospectiva. Enquanto as terminologias: mudança descontínua, radical e episódica, representam as mudanças na organização como um todo, notadamente na estratégia.

Com base no exposto, pode-se observar que as mudanças organizacionais quanto à tipologia diferem-se também quanto ao grau de profundidade. As mudanças menos profundas, normalmente atreladas ao incremento, são as denominadas contínuas, incrementais e convergentes; enquanto as mudanças mais profundas (descontínuas, episódicas e radicais) estão relacionadas com a alteração do modo de operação existente, tendo como escopo a transformação radical da organização.

Nesse sentido, as mudanças do tipo contínuas, incrementais ou convergentes, estão ligadas a um processo já iniciado de mudança organizacional e, por meio de ajustes constantes, buscam gerar de forma incremental a transformação organizacional.

Por outro lado, as mudanças com maior grau de profundidade se caracterizam por uma busca da ruptura com o modelo existente. Por esta razão, este tipo de transformação é episódica e descontínua, tendo um caráter radical e transformacional, uma vez que ocorre em períodos maiores, e tem como finalidade a ruptura, visando à criação de novos padrões organizacionais.

Quadro 3 – Linhas de análise da mudança organizacional

LINHAS DE ANÁLISE	TIPOS DE MUDANÇA	
Grau de Profundidade	1. Maior	Mudança descontínua, radical e episódica.
	2. Menor	Mudança contínua, incremental e convergente.
Escopo da Mudança	1. Todo	Mudança descontínua, radical e episódica.
	2. Partes	Mudança contínua, incremental e convergente.

Fonte: Adaptação de Lima e Bressan (2003).

Corroboram com esta visão, Neiva e Domingos (2011) ao enfatizar que:

Visando o ajustamento a alterações tecnológicas, alterações de regulamentação ou oscilações de mercado, as organizações implantam programas de mudança organizacional que geram mudanças que podem ocorrer paulatinamente, apenas em alguns aspectos da organização, caracterizando mudança do tipo transacional ou contínua. A reconfiguração da organização, a ruptura dos padrões existentes, da cultura existente, a criação de novas estratégias e de uma nova missão, envolvem ações radicais, caracterizando mudanças do tipo transformacional ou descontínua. (NEIVA; DOMINGOS, 2011, p.1).

Cristaliza-se, então, a percepção de que a mudança organizacional transforma uma organização, e esta transformação pode ser incremental e contínua ou radical e esporádica. O

conceito abordado por Wood Jr, Curado e Campos (1994) corrobora com esta reflexão, ao citar que a mudança organizacional é representada pelas diversas transformações que ocorrem numa organização, sejam estas nas partes ou no todo.

A partir do conhecimento sobre a amplitude e a tipologia das mudanças, a próxima etapa conduz à necessidade da compreensão de como estas se operam nas organizações, e como ocorre a integração sistêmica envolvendo estrutura, estratégia, tecnologia e pessoas.

Nesse sentido, autores como Santos, M. (2004); Wood Jr., (2000) e Wood Jr, Curado e Campos (1994) clarificam o pensamento sobre a visão sistêmica no contexto das mudanças ao considerar, nas formas de classificação da mudança e suas dimensões, aspectos ligados à relação da organização com o ambiente, natureza e formas de implantação. Além disto, nas suas três dimensões - intencionalidade, objeto e implementação - propõem-se a descrever: por que muda, o que muda e como muda a organização.

3.2.3 Formas de Classificação e Dimensões da Mudança Organizacional

As formas de classificação e as dimensões da mudança organizacional adotadas por Santos, M. (2004); Wood Jr., (2000) e Wood Jr, Curado e Campos (1994) permitem uma visão sistêmica do processo de mudança por integrar seus diversos elementos, segmentando-os em três aspectos:

- Intencionalidade, que ilustra a relação da organização com o ambiente;
- Objeto da mudança, que aborda a natureza da mudança;
- Forma de implementação da mudança.

A classificação da mudança quanto à sua relação com o ambiente, está inserida na dimensão intencionalidade da mudança e se propõe a identificar as razões que desencadeiam o processo de mudança organizacional, respondendo a questão: Por que a organização muda? Para responder a esta questão, serão estudados dois segmentos da mudança, a mudança reativa e a mudança voluntária.

A classificação da mudança quanto a sua natureza está inserida na dimensão objeto da mudança e compõe o estudo do sistema que integra o processo de mudança organizacional por meio das interações entre quatro segmentos: estratégia, estrutura, tecnologia e pessoas, e pretende elucidar a questão: O que muda na organização?

Por fim, quando o objeto do estudo é a forma com que a organização busca a implementação da mudança, sendo composta por dois segmentos de análise, a implementação

reeducativa e a coercitiva, e se propõem responder a seguinte questão: Como muda a organização?

A partir do apresentado, o Quadro 4 contém as classificações e as dimensões da mudança organizacional, bem como inclui os segmentos e características que se propõem a responder as três questões anteriormente abordadas.

Quadro 4 – Formas de classificação e dimensões da mudança organizacional

CLASSIFICAÇÃO	DIMENSÃO	SEGMENTOS	CARACTERÍSTICAS
Relação com o ambiente	Intencionalidade (por que muda?)	Reativas	Resposta relacionada a alterações no ambiente.
		Voluntárias	Programada, visa antecipar mudanças ambientais.
Natureza	Objeto (o que muda?)	Estratégicas	São amplas e afetam a relação da organização com o ambiente, sua missão e visão.
		Estruturais	Mudanças relacionadas às partes da organização (organograma, relações de subordinação, etc.).
		Tecnológicas	Transformações nos sistemas de informação, produção e nível de automação.
		Pessoas	Mudanças envolvendo as pessoas, seus valores e os mecanismos para alicerçar as mudanças.
Formas de implementação	Implementação (como muda?)	Reeducativa	É contínua, baseada na aprendizagem e participação das pessoas.
		Coercitiva	Tem origem no topo da organização e está desconectada do envolvimento das pessoas.

Fonte: Adaptação de Santos, M. (2004) Wood Jr. (2000) Wood Jr., Curado e Campos (1994).

3.2.3.1 Dimensão Intencionalidade: Por Que Muda a Organização?

O maior desafio, numa era onde a velocidade das mudanças exige uma constante reinvenção das organizações em busca de adaptação, é a sua capacidade de inovar e de se reinventar por meio de novos conhecimentos. Dessa forma, a organização gera, de modo

subjacente ao conhecimento sobre por que a organização muda, a necessidade de identificar os fatores indutores da mudança e a forma como esta mudança se processa, podendo ser reativa ou voluntária.

Segundo Santos, M. (2004), enquanto na perspectiva reativa, a organização busca transformar-se para se adequar às mudanças que ocorreram no ambiente e afetaram sua sobrevivência, na perspectiva voluntária a organização pretende, por meio de prospecção de cenários, planejamento estratégico, dentre outros, antecipar-se às mudanças como forma de elevar suas chances de operar uma transformação bem sucedida.

Diante desta perspectiva, seja numa abordagem reativa ou voluntária, as organizações vivenciam constantemente estados de alerta, monitoramento ambiental, planejamento e consequentes mudanças, como forma de se contrapor às ameaças geradas pelas mudanças ambientais (CASTRO; POLO; PORTO, 2008).

Sem embargo, cabe às organizações a identificação do que realmente as afeta como pressão ambiental e, *post facto*, identificar quais respostas estratégicas são necessárias (MACHADO-DA-SILVA; GRAEFF, 2008). Neste sentido, caracterizam-se como proativas as organizações que conseguem fazer este tipo de leitura do ambiente e se antecedem aos seus concorrentes, implantando mudanças e, conseqüentemente, novas estratégias mais adequadas às novas exigências do ambiente (CASTRO; BASQUES, 2006).

Num olhar ainda mais atual, Pinto e Couto-de-Souza (2009) apresentam como indutores da mudança, as rupturas tecnológicas, que ocorrem constantemente, e a própria competição num ambiente global, que trazem a reboque uma demanda nova e diversificada em relação à organização.

De um modo mais amplo, percebe-se que, apesar da diversidade do campo, a adequação ambiental tem sido reconhecida, cada vez mais, como um dos grandes indutores da mudança organizacional, advindo do constante processo de adaptação a que são submetidas as organizações. Assim, como forma de atualizar suas configurações, as organizações promovem, por meio da compreensão das nuances do ambiente, a mudança organizacional, onde seus planos e estratégias sofrem mudanças na tentativa de reagir, com rapidez, às novas exigências presentes no ambiente externo (GREIFFO *et al.*, 2006; JATAHY; VIEIRA, 2004; MORGAN, 2007).

Nesta mesma perspectiva, Hernandez e Caldas (2001, p.32) caracterizam de modo objetivo alguns elementos motivadores da mudança organizacional, ao citar que: “Organizações mudam para fazer face à crescente competitividade, cumprir novas leis ou regulamentações, introduzir novas tecnologias ou atender a variações nas preferências de

consumidores ou de parceiros.” Compreende-se, então, que o ambiente é elemento basilar no contexto da mudança organizacional. Para Pereira, M. (2000), as organizações são dependentes do ambiente, uma vez que não possuem controle sobre as condições necessárias à sua sobrevivência, isto as impulsiona a uma constante adequação ambiental.

Segundo Kotler (2011), três forças afastam as organizações das condições consideradas normais e promovem mudanças intensas e constantes:

- As alterações nos ciclos de negócios;
- As turbulências ambientais;
- As inovações de ruptura.

As alterações nos ciclos de negócios são as alterações da economia em geral, uma vez que, com o processo da globalização econômica, crises num determinado país ou continente, podem afetar as economias num escala global; as turbulências geradas por mudanças rápidas no ambiente geram, nas organizações, necessidade de monitoramento constante e as inovações de ruptura têm forte influência sobre as organizações, uma vez que criam novos conceitos e rompem drasticamente com padrões, promovendo mudanças drásticas de comportamento de compra e utilidade dos produtos.

Por outro lado, Tureta; Rosa e Ávila (2006) buscam, a partir da visão da ecologia organizacional, ampliar o escopo interacional das diversas variáveis impulsionadoras da mudança, considerando as relações: com o ambiente; entre as próprias populações que compõem as organizações e entre as próprias organizações.

Nesse contexto, a partir da noção de ecologia, as organizações também mudam em função de outros elementos, como: a) as interações que ocorrem dentro e fora das organizações; b) as conexões que permeiam as relações das pessoas que compõem as organizações internamente; c) as relações destas pessoas com os demais integrantes de outras organizações; d) as relações de todos os indivíduos com o meio em geral.

Assim, esta visão, ampliada pela ecologia organizacional, permite que se busque compreender os fatores que geram motivação e disposição para mudança, sejam estas reativas ou voluntárias, bem como perceber que, no ambiente, existem, além de competição, a possibilidade de diversos tipos de cooperação: entre as pessoas numa mesma organização, as pessoas das variadas organizações e entre as próprias organizações.

Em função dos aspectos apresentados, compreende-se a razão, de forma crescente, da preocupação com as relações ambientais, ampliadas pela visão da ecologia organizacional, onde - por meio do intercâmbio permanente com o ambiente, dentro de sistemas abertos,

como as próprias organizações que neles coexistem - se busca promover as adequações necessárias à mudança organizacional (TURETA; ROSA; ÁVILA, 2006).

A partir dessa linha de análise, o constructo que aborda a intencionalidade da mudança (por que muda a organização), seja esta reativa ou voluntária, nos conduz a ampliar a pesquisa e passar para a segunda questão: o que muda na organização?

Ademais, se por um lado, a intencionalidade das mudanças trata sobre os fatores indutores da mudança; por outro lado, é relevante conhecer o objeto da mudança, representado por um sistema composto por estrutura, tecnologia, estratégia e pessoas.

3.2.3.2 Dimensão Objeto da Mudança: O Que Muda na Organização?

Diante do cenário de transformações ambientais em que se deparam as organizações, é importante compreender como se processam, na organização, as demandas ligadas à implantação de novas estratégias com vistas à mudança organizacional. Assim, a pesquisa sobre o que muda numa organização tem por objetivo gerar conhecimento sobre as questões estruturais, tecnológicas e de pessoas e sobre as estratégias adotadas para promover o processo de mudança organizacional.

É importante destacar a posição de Shirley (1976, p. 39) sobre a interconexão existente entre algumas variáveis que influenciam todo o processo da mudança organizacional: “Mudanças na estrutura e comportamentos organizacionais podem ser buscadas por elas mesmas, mas mudanças em estratégia e tecnologia também precisam de mudanças na estrutura e comportamento para que tenham êxito”.

Nesse aspecto, Oliva (2002) considera que, ao avaliar o que muda, a organização deve mensurar a competitividade dos seus conteúdos, e estes são, notadamente, centrados na competência gerencial, capacitação técnica e modelos de gestão, e devem ser consistentes, para responder às demandas que cercam a organização, sejam internas ou externas.

Em suma, Santos, M. (2004); Wood Jr., (2000) e Wood Jr, Curado e Campos (1994) apontam que o objeto da mudança remete ao conhecimento sobre as transformações que se operam numa organização envolvida em um processo de mudança (o que muda). Nesse contexto, na dimensão objeto e sua classificação quanto a natureza, as mudanças podem ser: a) Estruturais e tecnológicas; b) Estratégicas; c) Pessoas.

As mudanças estruturais e tecnológicas estão ligadas às partes de uma organização; assim, centram-se nas relações de subordinação, na estrutura em geral, na operação, nos

métodos de produção, fábricas, equipamentos e no nível de automação (SANTOS, M., 2004; WOOD JR., 2000; WOOD JR, CURADO; CAMPOS, 1994).

As mudanças estratégicas são mais amplas e afetam o todo da organização e sua relação com o ambiente, definindo questões ligadas à forma de atuação, dos objetivos estratégicos, norteados por sua missão e visão (SANTOS, M., 2004; WOOD JR., 2000; WOOD JR, CURADO; CAMPOS, 1994).

As mudanças relacionadas às pessoas envolvem a preocupação em alicerçar um ambiente voltado à promoção da inovação e das mudanças, à aprendizagem organizacional, às formas de reconhecimento e às políticas de seleção e formação de profissionais. Também ligadas às pessoas, as mudanças culturais representam os valores da organização e refletem-se nas formas de liderança, crenças, valores e atitudes (SANTOS, M., 2004; WOOD JR., 2000; WOOD JR, CURADO; CAMPOS, 1994).

3.2.3.2.1 Mudanças Estruturais e Tecnológicas

As mudanças estruturais e tecnológicas formam um conjunto de grande relevância na composição da dimensão objeto da mudança, uma vez que representam as partes da organização e sua preocupação com a eficiência operacional como resposta às constantes mudanças ambientais. Assim, as organizações buscam por meio de mudanças que promovam alterações nas suas estruturas, sistemas de informação e relações com o mercado, a melhor forma de adaptação e procuram identificar a estrutura que melhor se adequa a uma determinada estratégia.

Um aspecto central para a compreensão da relevância da adaptação ambiental aos estudos organizacionais está focado na compreensão desta dinâmica, em função da influência, nas estratégias, dos fatores que são contingentes às organizações. Para Donaldson (1999), a teoria da contingência lança luz ao tema da adaptação ambiental ao enfatizar que o ambiente determina a forma da estrutura, cabendo às organizações identificar, de modo eficaz, que estrutura melhor se adapta aos requisitos ambientais.

Nesse sentido, de modo direto, a mudança estrutural é fruto de uma adaptação ambiental. Assim, as organizações buscam a adequação, ajustando suas estruturas a suas contingências ambientais, e isto leva à associação observada entre contingência e estrutura.

É imperativo compreender que não existe um modo adaptativo padrão; assim, não existe uma estrutura organizacional que sirva como parâmetro absoluto para outra, uma vez que o melhor resultado a ser obtido em cada estrutura depende dos fatores contingenciais aos

quais é submetida, como: estratégia, velocidade das mudanças no ambiente, tecnologia e tamanho; bem como, a forma com que a organização promove a adequação (DONALDSON, 1999).

Por conseguinte, ao avaliar o objeto da mudança e a interconexão entre os elementos que o compõem, quando se trata de questões ligadas à estrutura, pode-se listar como aspectos relevantes: o modo como a organização tratará a distribuição de funções e as relações verticais e horizontais; as relações de subordinação e respectivamente a amplitude de controle; as ações de comunicação organizacional ligando a execução das atividades às estratégias e às políticas de acompanhamento e incentivo (SHIRLEY, 1976).

De forma complementar, diante da velocidade decorrente das transformações inerentes ao mercado globalizado, a inovação tecnológica exerce importante influência no processo de adaptação ambiental e, por conseguinte, da criação de um ambiente propício à mudança organizacional. Nessa mesma linha de análise, para autores como Xavier e Dornelas (2004, p.05): “Os investimentos em tecnologia da informação têm aumentado significativamente, em especial porque se percebe seu papel estratégico na empresa, à medida que a capacita e propõe mudanças na reformulação dos processos internos e dos relacionamentos externos.”

Em síntese, tanto a estrutura quanto a tecnologia corroboram de modo relevante para a mudança e a inovação. Assim sendo, diante do consenso de que para inovar é preciso mudar, as organizações necessitam promover a inovação em seus produtos e processos e, para tal, são fatores determinantes: a capacidade de absorção de novos conhecimentos e a sua tecnologia (BARBIEUX, 2011).

3.2.3.2.2 Mudanças Estratégicas

As mudanças estratégicas são, dentre os tópicos que compõem a dimensão objeto da mudança, um dos mais relevantes, uma vez que respondem pelo todo da organização e a sua relação com o ambiente. Além disto, diante da profundidade das mudanças, quando relacionadas a uma mudança na estratégia (reprogramação), podem promover alterações na visão e até mesmo na missão de uma organização.

Nessa linha de raciocínio, uma reprogramação estratégica deve considerar, fortemente, as macromudanças e seus principais fatores de incertezas (oscilações nos preços das matérias-primas, inconstância dos mercados financeiros, variação cambial como instrumento de competitividade entre as nações, desregulamentação, concorrência global e revolução tecnológica), que são, para Porter (1989), desencadeadores da percepção de necessidade da

adoção de estratégias adaptativas, visto que fatores econômicos e mudanças nas relações internacionais afetam diretamente as organizações dentro de um mercado global (SILVA, A., 2008).

Cabe ressaltar que, dentro das estratégias das organizações, devem estar contidas ações visando à gestão das mudanças. Para este fim, deve existir, na organização, a cultura de abertura, onde se priorizem a comunicação e a participação das pessoas (FERNANDES; ZANELLI, 2006), sendo que, a boa comunicação organizacional deve estar inserida num processo de planejamento onde o conjunto de ações, considerando os níveis estratégico, tático e operacional, permita sensibilizar e influenciar as pessoas, como parte de ações planejadas, com intuito de aumentar as possibilidades de sucesso de um processo de mudança organizacional (SILVA, S. *et al*, 2009).

Nesse sentido, a partir da dimensão objeto da mudança, emerge a questão do reposicionamento (reprogramação) estratégico como uma mudança notadamente radical, uma vez que pode afetar toda a organização e suas relações com o mercado que a cerca.

É importante destacar que inerentes à elaboração e ao sucesso na viabilização de novas estratégias, dentro dos prazos planejados, estão a velocidade e a assertividade na sua implantação. Tais fatores são fundamentais, sendo este último um desafio, notadamente em função da dificuldade de uma exata predição do futuro, ocasionada em função da instabilidade gerada pela crescente velocidade das mudanças ambientais (PEREIRA, M., 2000).

No que tange à assertividade na implantação de mudanças estratégicas, um aspecto importante reside na profundidade destas mudanças, uma vez que se deve evitar a organização ser detentora de uma “casca” de modernidade, sem conseguir criar mecanismos que possibilitem uma real transformação organizacional. Nesse sentido, a modernidade não se realiza com processos segmentados, parciais e inconsistentes, pois cabe à organização uma verdadeira reorientação estratégica, que consiste na modificação da estrutura, processos, cultura e práticas de gestão (MACHADO-DA-SILVA; FERNANDES, 1998; FISCHER, 1992).

Em suma, os novos contextos de competitividade e concorrência global, contribuíram para a valorização do pensamento sobre como implantar com sucesso as estratégias que podem transformar as organizações (SAMPAIO; TAVARES, 2001). Assim, para o sucesso na implantação de qualquer inovação organizacional, que, conseqüentemente, gere mudanças, não bastam bons desenhos técnicos ou planejamento, é necessária a interação e a vontade das pessoas que compõem a organização (VAITSMAN, 2001).

De acordo com este ponto de vista, os implementadoras da mudança devem, em primeira instância, ser cuidadosamente escolhidos e capacitados. Em segunda instância, mas praticamente ao mesmo tempo, devem estar imbuídos de autoridade e responsabilidade necessárias ao cumprimento dos objetivos propostos, uma vez que as transformações organizacionais alteram a rotina e retiram da chamada “zona de conforto” muitos membros da organização, o que pode gerar resistência ao processo (SHIRLEY, 1976).

Em face do exposto, esse conjunto de informações traz à tona para as organizações, a relevância na formação de pessoas, que sejam capazes de conduzir os processos de mudanças com vistas a um novo paradigma, a adequação sem fim, tornando-o uma rotina na organização, subjacente ao entendimento em que deve existir uma abordagem sistêmica do processo, que considere a estratégia organizacional, a aprendizagem, cultura e todas estas inter-conectividades com as pessoas presentes no universo organizacional.

3.2.3.2.3 Pessoas

1) Diante dos desafios inerentes à implementação da mudança organizacional, um dos temas de maior relevância, ligados à gestão organizacional, é o processo de envolvimento das pessoas no processo de mudança, bem como sua qualificação para este processo.

Outrossim, a relevância da participação das pessoas implica na identificação dos indivíduos que conduzirão este processo, contribuindo para a promoção da mudança e da formação de uma nova cultura e um ambiente que envolva a todos ou que minimize as resistências. Conforme a abordagem de Neiva (2003), a participação das pessoas como implementadores da mudança é crucial para a aderência de todos ao processo de mudança.

Por conseguinte, diante deste novo foco: as pessoas como promotores da mudança, as organizações elevam o interesse em se tornarem detentores de uma tecnologia de gestão, que permita envolver as pessoas nos processos de mudança, como uma resposta rápida e consistente à constante transformação ambiental que ocorria no cenário global, que era impulsionada pelas novas tecnologias e competição mundial.

Corroborando com esta visão, Pilati (2003), ao considerar que a mudança organizacional é multinível, sendo que, no âmbito institucional, o fator impulsionador é o ambiente. Contudo, a organização precisa das pessoas que conduzam e sejam responsáveis pelas mudanças, sendo que, neste nível interno, aparece a figura do implementador da mudança, que pode ser de um gestor a um funcionário responsável por implantar uma nova tecnologia ou processo.

A partir deste raciocínio, compreende-se que, face às alterações inerentes à mudança, podem ocorrer nas organizações processos de aceitação ou resistência, cabendo aos implementadores da mudança, contribuir para a efetividade na comunicação das novas estratégias fazendo crer a todos a relevância da mudança para a organização (FEUERSCHUTTER, 1997), e a comunicação permite às pessoas um maior engajamento em relação às mudanças, ao conhecer o novo perfil desejado, bem como as novas diretrizes e metas, e que também ocorra a reconstrução, tanto da identidade individual, quanto da coletividade organizacional (FERNANDES; ZANELLI, 2006).

De forma complementar, entende-se que é inerente ao processo de mudança organizacional e a preparação das pessoas que integram as organizações, a necessidade de construir um novo instrumental para lidar com os novos contextos de competição. Sob este enfoque, Fischer (1992) entende que o desafio de como empreender a busca pela modernidade passa pelo desenvolvimento das pessoas que compõem uma organização. A autora considera que são estas pessoas que internalizam os valores da mudança e a realizam por meio das suas ações.

Com o objetivo central de ampliar a compreensão sobre os processos de mudança e a ação das pessoas nas organizações, Bastos e Santos (2007) descrevem que, para lidar com a imprevisibilidade dos novos cenários, as pessoas dentro das redes sociais informais que existem nas organizações interpretam e criam novas soluções para os novos problemas apresentados no ambiente.

Dessa forma, a mudança se torna o resultado das várias interações destes indivíduos dentro do contexto organizacional, onde, a partir da necessidade de mudar e tendo como pilar desta transformação a geração de conhecimento, amplia-se a responsabilidade das pessoas e seus respectivos papéis dentro da arena da competitividade e sobrevivência organizacional (CARDOSO; FREIRE, 2003). A partir deste ponto, compreende-se a construção do conhecimento pela interação social e a construção da identidade como agente de mudança (BRAGA; GIORDANI, 2010).

Em resumo, o investimento em trabalhar as habilidades, conhecimentos e atitudes individuais permite às organizações que priorizam fortemente a ampliação das competências gerenciais, a elevação da sua competitividade e promoção das mudanças (CASTRO; POLO; PORTO, 2008).

Desse modo, a gestão de pessoas na organização traz a reboque o desafio de conciliar competências individuais às estratégias organizacionais (RODRIGUES; CHILD; LUZ, 2004), alinhando estratégia e estrutura, que surgem como frutos de investimentos na ampliação da

visão sistêmica (BIDO *et al*, 2010), resultado da gestão da mudança, que foca a criação e direcionamento de novos conhecimentos e respectivamente atitudes, no sucesso do fluxo de aplicação das estratégias promotoras da mudança organizacional (PANTOJA; NEIVA, 2010).

Nesse sentido, Oliva (2002) destaca a importância da área de recursos humanos, que deve sempre ser alçada a patamares estratégicos nas organizações, atuando na formação das lideranças que atuam diretamente na implantação das mudanças, bem como em todo o corpo organizacional, favorecendo questões como aceitação, entusiasmo e disposição para o novo.

Partindo desta relação, avalia Bitencourt (2004) que o desenvolvimento de competências nas pessoas, que perpassa pela aquisição e disseminação do conhecimento, é crucial para a execução das estratégias organizacionais e a mudança.

Desse modo, a dimensão objeto da mudança, via aprofundamento dos contornos que envolvem a mudança e das transformações que envolvem tanto o todo, quanto as suas partes, permite-nos avançar sobre as formas de implementação da mudança organizacional e a identificação da forma como muda a organização.

3.2.3.3 Dimensão Formas de Implementação: Como Muda a Organização?

A forma de implementação de um processo de mudança organizacional assume, dentro do constructo do tema mudança organizacional, um caráter de expressiva relevância em função da aplicação do que foi apresentado ao longo desta seção.

Diante disto, a implementação da mudança pode ocorrer de duas formas: reeducativa ou coercitiva. Na forma coercitiva, a organização busca a mudança por meio de ações impositivas e, normalmente, permeadas por decisões de cima para baixo, enquanto na forma reeducativa, o processo de mudança se processa de forma participativa e visa a integração das pessoas que compõem a organização às novas estratégias, dentro de um modelo voltado à transparência, capacitação e convencimento (SANTOS, M., 2004).

Isto posto, as organizações que atuam de forma reeducativa, buscam, por meio do envolvimento das pessoas, a criação de um ambiente voltado a facilitar a aceitação das mudanças organizacionais, além de promover a criação de uma cultura que privilegie a mudança e a inovação.

Por outro lado, as organizações que atuam dentro de uma visão coercitiva buscam, por meio de mecanismos impositivos e gestão *top down*, impor o processo de mudança por meio de deliberações da alta administração, sem levar em conta, normalmente, o processo de discussão, aceitação e a preparação das pessoas como agentes de mudança (PROTIL, 2003).

Sem embargo, Oliva (2002) observa que a mudança coercitiva, caracterizada por mecanismos impositivos, tende a comprometer a efetividade da mudança, em função da geração de incertezas quanto à sua relevância e legitimidade.

Outro ponto a ser considerado diz respeito à forma como a mudança será introduzida na organização, isto é, a mudança para obter melhores resultados necessita do envolvimento e da participação dos empregados, em sentido *bottomup*, ou seja, da base para o topo da pirâmide. Em geral, a alta administração chama para si a responsabilidade pelas grandes mudanças, isto é, o topo da pirâmide delibera e informa a base sobre o que será mudado e como, atuando no sentido *top-down*, confiando na competência gerencial e nos mecanismos de premiação/punição disponíveis. Quando encontram resistências, planejam superá-las, falando das vantagens e minimizando as perdas. É importante destacar que a cúpula, para ser eficaz em suas decisões, depende de informações de boa qualidade, vindas da base, e que esta forma de **vender a mudança** tende a bloquear as comunicações internas e leva à perda da legitimidade do processo. (OLIVA, 2002, p.146).

Nesse sentido, Protil (2003) aborda o fenômeno da dissociação “*decoupling*” entre teoria e prática nas organizações, ao observar que existem organizações que se apresentam como modernas por meio de um discurso de abertura à aprendizagem, modernas práticas de gestão e informatização; contudo, em termos práticos, continuam com mecanismos de gestão e controle baseados em pressupostos antigos de rigidez e vigilância. Desta forma, tentam implantar seus processos de mudança de modo impositivo e, normalmente, se deparam com processos de resistência às mudanças, reação natural do indivíduo que tenta preservar, ao mesmo tempo, sua cultura e identidade organizacional.

Em outra direção, a partir do entendimento da relevância da participação das pessoas e, conseqüentemente, das relações pessoais no processo de mudança, autores, como Silva e Vergara (2003), consideram a dificuldade de comunicar com clareza os objetivos estratégicos um dos maiores empecilhos da gestão estratégica e, conseqüentemente, da adoção das mudanças estratégicas pelas pessoas que compõem as organizações. Além disto, reforçam os autores, que a estratégia, processos e tecnologias, dentre outros fatores, não são suficientes para promover a mudança, pois deve existir, em relação aos fatores anteriormente citados, simultânea e prioritariamente, a valorização das relações pessoais, sejam estas com a sociedade, entre elas próprias e com a organização.

2) Em suma, a dimensão implementação das mudanças, tem como elemento basilar, o processo de envolvimento das pessoas. Isto ocorre, em função da necessidade da formação de uma postura reeducativa, com objetivo de que a mudança seja fruto do convencimento, envolvimento e de um esforço para a geração do conhecimento nas pessoas, culminando num conjunto de atributos que alicerçam uma nova cultura, voltada para a mudança e a sua implementação.

Por fim, resume-se que os estudos apresentados, representam um recorte do conhecimento gerado sobre o vasto campo que compõe o tema mudança organizacional, e tem como objetivo formar um amálgama sobre as diversas abordagens deste constructo, que contempla a tipologia, amplitude, formas de classificação e dimensões da mudança organizacional. Nesse sentido, corroboram para a compreensão do multifacetado fenômeno da mudança organizacional, e nos permite conhecer o processo de transformação em que se envolvem as organizações e, especificamente nesta pesquisa, as operadoras de planos de saúde no Brasil, em especial a Camed, em função das profundas alterações do seu ambiente de negócios, devido ao processo de regulamentação do setor da saúde suplementar.

4 ASPECTOS METODOLÓGICOS

4.1 ABORDAGEM METODOLÓGICA DA PESQUISA: PESQUISA QUALIQUANTITATIVA

A presente pesquisa é de cunho quali quantitativo, notadamente diante dos desafios apresentados pelo fenômeno estudado e sua contemporaneidade; pois, conforme já detalhado, a necessidade de aprofundamento e exploração emerge em face da sua singularidade no contexto organizacional das operadoras de planos de saúde que atuam no Brasil.

É importante destacar que a pesquisa qualitativa visa, preliminarmente, percorrer caminhos distintos dos seguidos pela maioria dos procedimentos estatísticos. Neste sentido, a pesquisa centra na compreensão dos fenômenos complexos, de cunho social e a sua descrição, gerando então um tipo de conhecimento, mais profundo e subjetivo, diferente do obtido pelos métodos quantitativos mais comuns (GOLAFSHANI, 2003 *apud* OLLAIK; ZILLER, 2011; PLOTHOW, 2006). “Em vez de prever, busca compreender. Em vez de generalizar, busca a possibilidade de extrapolação para situações com contextos similares.” (GOLAFSHANI, 2003, *apud* OLLAIK; ZILLER, 2011).

Segundo Ottoboni (2009), uma série de autores abordam as discussões envolvendo a escolha dos paradigmas qualitativos ou quantitativos na pesquisa em Administração, contudo a junção de ambos surge como um novo paradigma que contempla métodos mistos de pesquisa.

A partir dos desafios impostos pelo processo metodológico na abordagem desta pesquisa, identificou-se a estratégia do Discurso do Sujeito Coletivo (DSC) uma possibilidade de abordar quali quantitativamente o fenômeno. Para Lefevre e Lefevre (2005), na tecnologia do DSC, o qualitativo e o quantitativo se fundem, uma vez que, nesta tecnologia, é preciso coletivizar os resultados pela quantidade. Dessa forma, ao capturar o caráter coletivo do pensamento social, o pesquisador necessita identificar quantitativamente quantos indivíduos concorreram para a construção de um determinado DSC.

Conforme ressalta Souza-Silva (2007), para ser mais efetiva, a pesquisa pode incorporar um conjunto de repertórios além das entrevistas semiestruturadas. Assim, cabe ao pesquisador ampliar seu horizonte com outros artefatos e ações como a observação de campo, pesquisa de documentos internos e externos à organização e esclarecimentos posteriores às entrevistas. Em face do exposto, este trabalho utilizou este conjunto de repertórios, além dos

procedimentos metodológicos formados pela estratégia da pesquisa, escolha da unidade de análise empírica e preliminares da pesquisa.

4.2 AMPLITUDE DA PESQUISA: ESTUDO DE CASO ÚNICO

Nesta pesquisa, a escolha metodológica recaiu sobre o estudo de caso único, pois este se justifica em função da Camed ser uma operadora de autogestão que, diante das macromudanças do seu ambiente de negócios, promoveu a abertura para o mercado, transformando-se também numa operadora de medicina de grupo (comercializa planos), sendo o único caso do tipo, considerando seu porte e diversidade de Estados onde atua.

Desta forma, como ressalta Yin (2001), o estudo de caso se aplica como estratégia uma vez que o foco da pesquisa se encontra em fenômeno contemporâneo e específico. Também salienta Merriam (1988, *apud* CRUZ *et al*, 2010) que a estratégia do estudo de caso, em função da delimitação do fenômeno, possibilita ao pesquisador mais profundidade e acuracidade na análise e descrição.

Vale destacar que as pesquisas baseadas em estudos de caso, por priorizarem uma maior compreensão dos fenômenos, a partir de uma abordagem qualitativa, surgiram como uma alternativa às limitações impostas pelas pesquisas convencionais, tornando-se, por meio da referência empírica, do exemplo ou mesmo da experiência vicária, base de geração e difusão do conhecimento científico para diversas áreas (JOSEMIN, 2011; ZANNI, MORAES; MARIOTTO, 2011).

É importante destacar que o estudo de caso único, a partir da exploração em profundidade, permite ao pesquisador uma maior compreensão do fenômeno estudado. Contudo, cabe ao pesquisador o cuidado e a atenção para permitir que os dados falem por eles mesmos, sem direcioná-los. A pesquisa e o trabalho no campo permitem o avanço da ciência, gerado a partir das percepções e interpretações de quem os produzem (SERVA; PINHEIRO, 2009).

Sem embargo, Zanni, Moraes e Mariotto (2011) atestam que o estudo de caso único, apesar das críticas em relação à representatividade e possibilidades de generalização, apresenta-se como uma alternativa de pesquisa científica com amplas possibilidades. Para os autores, a densidade da descrição inerente ao estudo de caso único permite sua generalização de várias formas, como: a) por meio do leitor, a partir do seu próprio contexto e experiências (generalização heurística, inferencial ou naturalística); b) pelo processo indutivo, gerando ou transformando teorias, a partir das articulações entre o contexto e os diversos construtos; c)

nas organizações, por intermédio dos *insights* e geração de significados emanados, via alinhamento cognitivo, das interpretações compartilhadas.

Em resumo, a estratégia do estudo de caso único, em função das suas características, tem maior acuracidade na observação, permitindo ao pesquisador, a partir de uma situação real, a confirmação, contestação ou extensão da teoria, em consonância com os objetivos do estudo (YIN, 2001).

4.3 ESTRATÉGIA DE PESQUISA: DISCURSO DO SUJEITO COLETIVO (DSC)

A partir da definição metodológica do estudo de caso único, que, com base no exposto, permite o aprofundamento requerido numa pesquisa social empírica, foi identificada a tecnologia do Discurso do Sujeito Coletivo (DSC) como forma de obtenção, com maior fidelidade, das opiniões do grupo de gestores da organização escolhida, a Camed.

O emprego metodológico do DSC mostra-se, há mais de dez anos, como uma proposta que atende às demandas geradas por um estudo qualiquantitativo, uma vez que melhor atendeu ao desafio da obtenção de respostas, da forma mais natural possível, que permitissem preservar ao máximo as características individuais dos discursos dos gestores da organização. Para Lefevre e Lefevre (2005), o DSC permite que depoimentos individuais com semelhanças nas suas ideias centrais possam ser somados, por possuírem conteúdos discursivos também semelhantes, fazendo com que o pensamento coletivo seja uma entidade empírica autônoma, expressa na primeira pessoa e composta por *n* sujeitos, configurando-se então como um “sujeito coletivo de discurso”.

“O pensamento coletivo, tal como o concebe o DSC, é um ente coletivo muito especial, porque consiste numa produção empírica, [...]discurso que, como um quebra-cabeça, não é produzido por uma soma de iguais, mas por um agregado de (“peças”) complementares” (LEFEVRE; LEFEVRE, 2005, p. 49).

A partir do exposto, compreende-se que a metodologia DSC possibilita ao pesquisador o resgate da “fala” do depoente. Assim, Lefevre e Lefevre (2005) consideram que, para se produzir um DSC, são necessários quatro operadores: 1)Expressões-chave; 2)Ideias centrais; 3)Ancoragens; 4)DSCs propriamente ditos.

Nesse sentido, as expressões-chave são os trechos do depoimento que melhor retratam seu conteúdo, as ideias centrais são o agrupamento dos sentidos dos depoimentos e dos conjuntos de depoimentos, as ancoragens são marcas explícitas de ideologias, valores e

crenças pertinentes a alguns discursos (trata-se de operador opcional, não adotado nesta pesquisa) e, por fim, os próprios DCSs são a reunião das expressões-chave contidas nos depoimentos agrupados por ideias centrais similares.

De modo complementar, evidencia-se que podem ocorrer numa mesma resposta dois ou mais discursos oriundos de um mesmo sujeito, em virtude de poder ser encontradas expressões-chave de mais de uma ideia principal. De qualquer modo, tais expressões-chave semelhantes são a base do discurso síntese, e este é o DSC, que permite compreender a representação social de um tema ou objeto investigado, a partir da soma dos discursos coletados, como resultado da associação de ideias e valores ligados a um determinado fenômeno (CRESTANA, 2003; FALCÃO, SANTOS; LUIZ, 2008).

É importante destacar que o DSC busca responder a expressão qualitativa e quantitativa do pensamento ou opinião coletiva. Nesse contexto, o DSC apresenta-se como uma soma qualitativa a ser quantificada, pois tem como elemento a soma de expressões-chave semelhantes, contudo emitidas por diversos indivíduos que são agrupados para compor um discurso, uma qualidade. Assim, tal soma qualitativa permite, a partir da soma dos elementos quantitativamente representativos que as compõem, reproduzir o pensamento coletivo como discurso (LEFEVRE; LEFEVRE, 2005; 2006).

Por fim, descrevem-se, a seguir, os demais procedimentos metodológicos, incluindo a escolha da unidade de análise empírica, e fatores preliminares ao estudo empírico, como o fluxo das entrevistas semiestruturadas, a caracterização dos entrevistados e o quadro analítico da mudança organizacional.

4.4 DEMAIS PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

4.4.1 Unidade de Análise Empírica

A efetividade do estudo em profundidade de um determinado fenômeno, numa pesquisa qualitativa, está diretamente ligada à escolha correta da unidade de análise empírica. Nesse sentido, como esta pesquisa se propõe a identificar como as macromudanças da saúde suplementar impactaram na dinâmica organizacional da Camed. Assim, essa operadora, via estudo de caso único, é a unidade de análise empírica desta pesquisa.

Conforme exposto, a organização pesquisada (a Camed) representa um caso singular e, ao mesmo tempo, contemporâneo no país, por tratar-se de uma operadora de plano de saúde

da modalidade autogestão, com atuação em toda a Região Nordeste do Brasil e também no Rio de Janeiro, São Paulo, Distrito Federal, Minas Gerais e Espírito Santo, que passou a comercializar planos de saúde em alguns desses estados, tornando-se também uma operadora na modalidade medicina de grupo.

De modo sintético, como registrado na seção introdutória desta pesquisa, a Camed, como uma operadora, inicialmente, de autogestão em saúde, tinha como principal fonte de receita, contribuições oriundas de um percentual do salário dos seus associados, contudo o novo cenário econômico promovido pelo Plano Real e o marco regulatório do setor, materializado pela Lei 9.656/98, geraram macromudanças impactantes na dinâmica da organização estudada, bem como de toda a saúde suplementar. A partir deste cenário, a Camed, com autorização do seu patrocinador, o Banco do Nordeste do Brasil (BNB), promoveu sua abertura para o mercado de planos de saúde.

Conforme ressalta em seu histórico, a Camed foi fundada em 1979, inicialmente, com objetivo de prestar atendimento médico-hospitalar aos funcionários do BNB e seus dependentes. Posteriormente, em 1999, o Grupo Camed passou a operar no segmento de medicina de grupo por meio da organização Camed Vida e atualmente o Grupo é composto por quatro organizações: a Camed Saúde (autogestão); a Camed Vida (medicina de grupo); a Camed Corretora de Seguros e a Creche Paulo VI (CAMED, 2013). Sem embargo, destaca-se que a Camed Vida é classificada na ANS como operadora de grande porte, contando com 112.028 clientes, sendo que somadas, as operações de autogestão e de medicina de grupo possuem mais de 151 mil clientes (ANS, 2013b).

Diante desse contexto, com o objetivo de compreender o impacto das macromudanças na saúde suplementar e nas organizações do setor, a pergunta orientadora do problema desta pesquisa - **Como as macromudanças da saúde suplementar impactaram na dinâmica organizacional da Camed, originalmente, uma operadora de autogestão em saúde?** - propõe-se a nortear os caminhos desta investigação.

4.4.2 Preliminares da Pesquisa Empírica

Com o propósito de aprofundar o objeto pesquisado, após definição da nossa unidade de análise empírica, utilizou-se como ferramentas de coleta do material empírico, a busca de dados via documentos internos e externos à organização, a observação e interação e as entrevistas semiestruturadas. É importante destacar que, para obtenção desses dados, em especial as entrevistas, foi solicitada a autorização da organização pesquisada, mediante a

carta de solicitação de pesquisa (APÊNDICE A), bem como formalizou-se com os entrevistados um termo de consentimento de pesquisa (APÊNDICE B).

4.4.2.1 As Entrevistas Semiestruturadas

Nessa linha de atuação, a estratégia de coleta de dados foi baseada na realização de entrevistas semiestruturadas, com perguntas gravadas e integralmente transcritas, realizadas com o corpo de gestores da organização, composto por diretores, superintendentes e uma parcela dos gerentes, tendo como alicerce a estratégia do DSC. Segundo Santos, M. (2004), a escolha do questionário semiestruturado permite o aprofundamento do tema da pesquisa, reduzindo, ao mesmo tempo, o viés do entrevistador por não pré-determinar suas respostas.

Nesse sentido, a coleta e tratamento do material empírico deu-se no período de novembro de 2012 a julho de 2013, sendo que a realização das entrevistas ocorreu de dezembro de 2012 a março de 2013, sua transcrição ocorreu de fevereiro a maio de 2013 e, por fim, a análise ocorreu de maio a julho de 2013 (Quadro 5). Assim, foram entrevistados, no próprio ambiente de trabalho quatorze gestores da organização. Conforme ilustra Lefevre e Lefevre (2000), a amostra pode estar situada entre dez a vinte entrevistas, notadamente, quando a pesquisa não tem como objetivo direto generalizar seus resultados. Desse modo, todas as questões ligadas à pesquisa foram repetidas igualmente a quatorze gestores da organização que, por questões de agenda e disponibilidade dos entrevistados e entrevistador, representaram 58% dos gestores da matriz e que são diretamente ligados à operação de medicina de grupo, sendo que todas as superintendências da organização pesquisada foram representadas na amostra. De modo complementar, a amostra foi composta por 43% dos entrevistados pertencentes ao gênero masculino e 57% ao gênero feminino, destes 64% tem menos de 6 anos e 35% tem mais de 13 anos na organização.

Quadro 5 – Cronograma de realização, transcrição e análise das entrevistas

ENTREVISTAS	DEZ 2012	JAN 2013	FEV 2013	MAR 2013	ABR 2013	MAIO 2013	JUN 2013	JUL 2013
REALIZAÇÃO	X	X	X	X				
TRANSCRIÇÃO			X	X	X	X		
ANÁLISE						X	X	X

Fonte: Desenvolvido pelo autor.

A amostra foi composta dos seguintes entrevistados: a) Superintendente administrativo; b) Superintendente de controle; c) Gerente da assessoria estratégica; d)

Superintendente financeiro; e) Superintendente de relacionamento com clientes e prestadores; f) Gerente de desenvolvimento organizacional; g) Gerente de desenvolvimento humano; h) Superintendente jurídico e de regulação; i) Gerente do projeto sinistralidade; j) Gerente de produtos e controladoria; l) Superintendente de tecnologia da informação; m) Diretora administrativa e financeira; n) Diretor de promoção à saúde; o) Gerente de *marketing*.

Quadro 6 – Caracterização dos entrevistados

INGRESSO NA CAMED	GÊNERO	CARGO
06.1993	F	Superintendente administrativo
07.1983	M	Superintendente de controle
11.1983	F	Gerente de assessoria estratégica
02.1985	M	Superintendente financeiro
09.1999	F	Superintendente de relacionamento com clientes e prestadores
03.2007	F	Gerente de desenvolvimento organizacional
05.2008	F	Gerente de desenvolvimento humano
08.2008	F	Superintendente jurídico e de regulação
10.2008	M	Gerente do projeto sinistralidade
10.2008	M	Gerente de produtos e controladoria
04.2009	M	Superintendente de tecnologia da informação
03.2010	F	Diretora administrativa e financeira
03.2010	M	Diretor de promoção à saúde
08.2010	F	Gerente de <i>marketing</i>

Fonte: Desenvolvido pelo autor.

4.4.3 Quadro Analítico da Mudança Organizacional

A partir das questões semiestruturadas, elaborou-se um quadro analítico do processo de mudança organizacional.

Quadro 7 – Quadro analítico da mudança organizacional

DIMENSÃO	CATEGORIA	QUESTÕES DE INVESTIGAÇÃO CORRELACIONADAS
Intencionalidade (Por que muda?)	<ul style="list-style-type: none"> • Reativas • Voluntárias 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Qual sua opinião sobre o processo de regulação da saúde suplementar no Brasil? 2. Quais os impactos para as operadoras de planos de saúde? 3. Na sua percepção, existiram mudanças na saúde suplementar nos últimos anos? Se sim, quais foram as principais mudanças? 4. Por que estas mudanças ocorreram?
Objeto (Que muda?)	<ul style="list-style-type: none"> • Estratégicas • Estruturais • Tecnológicas • De pessoas 	<ol style="list-style-type: none"> 5. Você acredita que as macromudanças da saúde suplementar influenciaram a mudança interna na Camed? 6. A seu ver, qual foi a principal mudança na estratégia da organização? 7. O que estas mudanças internas trouxeram de benefícios? E de malefícios? 8. Que áreas da organização foram mais afetadas pelas mudanças?
Implementação (Como muda?)	<ul style="list-style-type: none"> • Reeducativa • Coercitiva 	<ol style="list-style-type: none"> 9. Se pudéssemos voltar no tempo e você tivesse autonomia para conduzir as mudanças internas, faria algo diferente? Se sim, a diferença seria nas mudanças propriamente ditas, na forma de implementação das mudanças ou em ambos os casos? Comente sua resposta.

Fonte: Desenvolvido pelo autor.

Vale ressaltar que as etapas que compõem a coleta do material empírico são vitais para o desenvolvimento da pesquisa, bem como para melhor compreender as conexões entre as expressões dos depoentes transcritas na primeira pessoa e toda a pesquisa teórica, permitindo, conforme exposto no quadro analítico da mudança organizacional (Quadro 7), melhor compreender as relações constantes nas dimensões e diversas categorias da mudança organizacional e as percepções dos depoentes sobre o processo de mudança gerado pelas macromudanças ocorridas na saúde suplementar.

Assim, a coleta de dados via entrevistas semiestruturadas e gravadas, sua transcrição, a análise e interpretação dos dados de acordo com a estratégia metodológica do DSC possibilitaram a ampliação do conhecimento gerado sobre o tema desta dissertação, concorrendo na busca da resolução do problema de pesquisa, conforme exposto, a seguir, na apresentação e análise dos resultados.

5 ANÁLISE DOS RESULTADOS

Conforme apresentada, a metodologia do Discurso do Sujeito Coletivo (DSC) foi utilizada para expressar, qualiquantitativamente, o pensamento dos gestores da Camed sobre os impactos das macromudanças da saúde suplementar, em especial os advindos do processo regulatório implantado após a promulgação da Lei 9.656/98.

Nesse sentido, serão expostos, a seguir, tanto a análise dos discursos quanto os discursos propriamente ditos, estes, transcritos na íntegra a partir das suas expressões-chave, agrupadas de acordo com as idéias centrais apresentadas por cada depoente, coletados por intermédio das respostas às questões contidas no quadro analítico da mudança organizacional (Quadro 7).

5.1 APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS

5.1.1 Resultados Quantitativos

Os resultados quantitativos representam um aspecto importante da utilização da metodologia DSC, em virtude de explicitarem a característica da pesquisa social, que permite quantificar os pensamentos e opiniões coletivos dos integrantes da organização estudada, que é a Camed. Por seu turno, Almeida (2011) esclarece que os resultados numéricos, relativos aos DSCs resultantes dos agrupamentos das idéias centrais em cada dimensão da sua análise, são expressados por número e percentual, sendo o primeiro a frequência absoluta (N) e o segundo a frequência relativa (%) dos depoentes e seus respectivos discursos.

5.1.2 Resultados Qualitativos

A apresentação dos resultados qualitativos realizada a seguir utilizou os agrupamentos das ideias centrais e dos DSCs após minuciosa análise das respostas dos depoentes, de acordo com as entrevistas semiestruturadas que foram gravadas e transcritas, obedecendo os parâmetros descritos na metodologia da pesquisa. A partir deste ponto, a pesquisa, com base no material empírico coletado e, de acordo com o quadro analítico, avalia a mudança organizacional por meio das suas classificações, características e dimensões.

Conforme apresentado por Santos, M. (2004) e Wood Jr., Curado e Campos (1994), a classificação da mudança preconiza a avaliação da sua relação com o ambiente, sua natureza e

formas de implementação, enquanto suas dimensões quanto à intencionalidade, objeto e implementação auxiliam a responder às questões: por que muda, o que muda e como muda uma organização. Com base no exposto, a análise obedecerá as seguintes dimensões:

1. Intencionalidade: Por que mudou a organização?
2. Objeto: O que mudou na organização?
3. Implementação das mudanças: Como mudou a organização?

5.2 DIMENSÃO DE ANÁLISE

5.2.1 Dimensão de Análise I - Intencionalidade da Mudança: Por Que mudou a Organização?

Considerando a primeira dimensão de análise desta pesquisa, que avalia a intencionalidade da mudança, foram encontradas três ideias centrais relacionadas:

IC-1 A regulação foi necessária e promoveu macromudanças na saúde suplementar;

IC-2 As macromudanças da saúde suplementar, oriundas da regulação, promoveram mudanças na Camed;

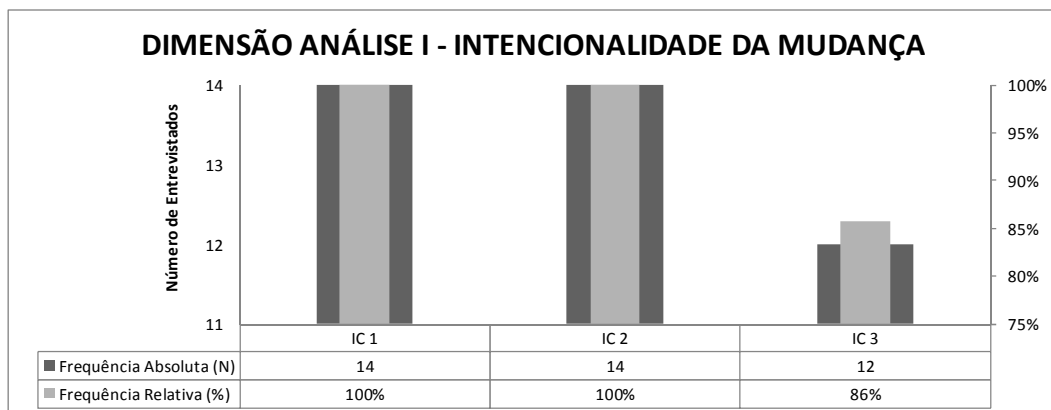
IC-3 A necessidade de novas receitas demandou mudanças na Camed.

Gráfico 5 - Intencionalidade da mudança

Total Depoentes 14

Dimensão de análise I - Intencionalidade da mudança: por que muda a organização?

Categoria	Ideia Central	Frequência Absoluta (N)	Frequência Relativa (%)
IC 1	A regulação foi necessária e promoveu macromudanças na saúde suplementar.	14	100%
IC 2	As macromudanças da saúde suplementar, oriundas da regulação, promoveram mudanças na Camed.	14	100%
IC 3	A necessidade de novas receitas demandou mudanças na Camed.	12	86%



Fonte: Desenvolvido pelo autor.

Quadro 8 – IC - 1

DIMENSÃO	IDÉIA CENTRAL
Intencionalidade IC - 1	A regulação foi necessária e promoveu macromudanças na saúde suplementar
DISCURSO DO SUJEITO COLETIVO	
<p>A regulação é necessária, interessante e foi positiva para todas as partes envolvidas. Trouxe muitos benefícios para os usuários dos planos de saúde e, em grande parte, veio para moralizar a questão do direito do consumidor. Ela veio de forma recente e rápida, buscando atender uma lacuna que existe há bastante tempo. Suas resoluções têm provocado nas operadoras uma mudança organizacional muito grande. Eu acho que é um processo importante, trouxe profissionalização para as operadoras de planos de saúde, mas que não estavam prontas para essa regulação. Os planos de saúde têm que investir muito para cumprir estas exigências. As exigências têm um lado positivo porque retiraram do mercado a concorrência predatória, mas têm um lado negativo que impõe um ônus muito alto para as operadoras. Das muitas mudanças, a principal foi para dar mais transparência para o consumidor. Isso fez surgir a saúde suplementar tão regulada como hoje, que foi a necessidade de deixar claro para o consumidor o que ele está comprando.</p>	

Fonte: Discurso dos entrevistados.

A partir do discurso do sujeito coletivo apresentado na IC 01, pode-se observar que, apesar dos impactos internos, os gestores da Camed entendem que o modelo da saúde suplementar praticado no Brasil, antes da regulação, onde questões apontadas nesta pesquisa como falta de segurança jurídica, controle dos reajustes nos planos individuais e padrões mínimos de cobertura, precisavam ser revistos. Este pensamento foi corroborado por autores como Araujo (2004), Gouveia (2004) e Santos, F. (2006), ao citarem que o problema da assimetria de informação existente entre compradores e fornecedores de serviço não permitia ao consumidor a devida clareza para a decisão de compra.

De modo complementar, ressalta-se que o processo de implantação da regulação e a sua rapidez promoveram macromudanças que alteraram todo o ambiente de negócios das operadoras de planos de saúde e cristalizou-se um novo cenário, de mudanças compulsórias, para as operadoras de planos de saúde e, conseqüentemente, para a Camed. Por conseguinte, destaca-se que, apesar de não responder diretamente sobre o processo de mudança na Camed, emerge deste DSC a necessidade das organizações do setor se adaptarem ao novo ambiente regulado, o que é ressaltado no quadro analítico desta pesquisa ao abordar que a mudança

pode ocorrer de modo voluntário ou, como se apresenta neste DSC, reativo. Vale frisar que, no modo reativo, a organização busca adaptar-se às mudanças como forma de garantir sua sobrevivência, o que é corroborado por autores como Machado-da-Silva e Fernandes (1998) ao afirmarem que a necessidade adaptativa é um forte estímulo para a revisão das estratégias organizacionais.

Quadro 9 – IC – 2

DIMENSÃO	IDÉIA CENTRAL
Intencionalidade IC - 2	As macromudanças da saúde suplementar, oriundas da regulação, promoveram mudanças na Camed
DISCURSO DO SUJEITO COLETIVO	
<p>As operadoras tiveram que reorganizar seus processos, [...] enfim, a regulação impactou de forma expressiva, modificando todo o <i>modus operandi</i>. A regulação pegou a gente de surpresa e tivemos que nos acostumar demais com as novidades, com o que ela vai trazendo de obrigação para a gente cumprir, e vamos aos poucos descobrindo estes processos e temos que nos adaptar, buscando formas de atender a legislação. A operadora tem que se adaptar em curto espaço de tempo, sem saber se tem condição para isso, não é colocada a possibilidade de planejamento, seja de processo, financeiro, da rede credenciada, do nosso quadro de funcionários para atender uma demanda, seja na quantidade e capacidade das pessoas, mas as mudanças internas para absorver estas coisas são necessárias. Os impactos estão no dia a dia, as autorizações, as negativas, o aumento dos processos judiciais, é algo muito dinâmico. O impacto é muito grande porque tudo que você deixa de cumprir é multado, penalizado pecuniária e administrativamente. A regulação traz um disciplinamento de prestação de contas e exigências que precisam ser perseguidas e fazem com que a sustentabilidade não seja mais um desejo e sim uma obrigação.</p>	

Fonte: Discurso dos entrevistados.

As macromudanças da saúde suplementar oriundas do processo regulatório são evidenciadas no DSC constante no Quadro 9, onde os gestores da Camed ratificam o modelo de mudança reativa como novo paradigma da organização. A análise desse DSC permite conhecer a forma compulsória com que as operadoras de planos de saúde foram impulsionadas às mudanças, onde buscaram adaptar-se ao novo ambiente regulado, em função das punições impostas pelo agente regulador, a ANS. De modo análogo, para autores como Ocké-Reis *et al* (2006), as operadoras foram afetadas pelo aumento dos custos, gerados a partir da necessidade de adequação às exigências legais resultantes da regulação, que

alteraram diretamente o modo de operação praticado por estas organizações antes da regulação. Em suma, a IC-2 mostra-se conectada ao quadro analítico desta pesquisa, que aborda a dimensão intencionalidade da mudança e procura responder porque a organização muda, o que, conforme exposto, permite enquadrar a unidade de análise empírica desta pesquisa, a Camed, na perspectiva da mudança reativa.

Quadro 10 – IC – 3

DIMENSÃO	IDÉIA CENTRAL
Intencionalidade IC - 3	A necessidade de novas receitas demandou mudanças na Camed
DISCURSO DO SUJEITO COLETIVO	
No passado, a Camed não conseguia crescer, houve um achatamento das receitas por conta dos salários dos funcionários dos bancos (congelamento), como trabalhamos com um percentual em cima da folha de pagamento, isto foi um reflexo imediato nas receitas do plano; outro ponto foi com relação à ciranda financeira que existia, em relação às aplicações, pois a Camed perdeu esses rendimentos. Vivemos um período com poucos concursos e na autogestão não temos um fluxo suficiente de ingressos, com o aumento da tecnologia e do envelhecimento da população, enfrentamos um novo modelo de saúde suplementar. A nossa carteira estava ficando estagnada, envelhecida. A saída foi recorrer ao mercado. Essa oxigenação foi um fator essencial para angariar novas receitas. O patrocinador não encaminhava recursos para a Camed, houve uma limitação de recursos por parte dos órgãos reguladores do Banco. A autogestão é uma população fechada, com poucas adesões. Como poderíamos conseguir receitas, que não fossem as que viessem do Patrocinador? Tivemos que mudar!	

Fonte: Discurso dos entrevistados.

De modo contrário ao apresentado na IC-2, onde os gestores da Camed abordaram a forma reativa de mudança promovida pela operadora visando adaptar-se à regulação do setor; na IC-3 86% (12) dos gestores da Camed abordaram nos seus discursos outros aspectos, de caráter predominantemente econômico, que também desencadearam mudanças, sendo, desta vez, de forma voluntária; pois, conforme descrito nesta pesquisa, a Camed promoveu sua abertura para o mercado como forma de ampliar suas receitas, ao vislumbrar que o novo cenário macroeconômico e social do país, delineava-se como ameaçador.

Por conseguinte, destacou-se que estas mudanças foram influenciadas por problemas enfrentados pela Camed com a perda de receitas, em função da estabilização econômica, ocorrida após o Plano Real e pela redução de contratações, via concurso público, da sua patrocinadora, o Banco do Nordeste. De modo complementar, outro aspecto importante foi a identificação da necessidade de elevação nas receitas para atender seus beneficiários, em função de questões ligadas à própria característica da autogestão da Camed, a saber: a) o envelhecimento da carteira, influenciado pela permissão de ingresso no plano de parentes como avós e tios, bem como pela baixa oxigenação em função de pequena fluxo de ingresso

de novos funcionários; e b) o aumento da expectativa de vida da população. É importante destacar, a clareza dos discursos dos gestores da Camed e seu nível de conhecimento quanto a questões que, em sua maioria, ocorreram antes do ano de 1998, quando se iniciou a regulação na saúde suplementar, fato este facilmente percebido ao constatar-se, com base nos registros metodológicos e quantitativos desta pesquisa, que 64% dos gestores entrevistados têm menos de 6 anos na organização.

Sem embargo, a Camed promoveu de forma voluntária e com vistas à sua sustentabilidade, mudanças que gerassem novas fontes de receitas, demandadas à Camed neste novo ambiente e que poderia afetar a sua sustentabilidade. Este posicionamento converge com o pensamento de autores como Greiffo *et al.*, (2006), Jatahy e Vieira, (2004) e Morgan, (2007), uma vez que estes autores citam que as organizações promovem mudanças nos seus planos e estratégias, ou seja, atualizam suas configurações, na tentativa de reagir com rapidez às novas exigências presentes no ambiente externo

Concluindo a dimensão de análise I, que nos Quadros 8 a 10 tratam da intencionalidade da mudança, percebeu-se: que as ideias centrais apresentadas, IC-2 e IC-3, se propõem a responder por que muda a organização, dentro da dimensão intencionalidade da mudança. É importante ressaltar que os DSCs apresentados permitem compreender a riqueza da unidade de análise empírica desta pesquisa ao contemplar processos de mudança voluntária e, posteriormente, reativa, na sua linha de tempo, conforme demonstrado a seguir: a) na IC-3, a Camed promoveu mudanças voluntárias e identificou que a estabilização econômica promovida pelo Plano Real afetou as fontes de receitas das operadoras no mercado financeiro e que o congelamento dos salários e a redução das contratações, via concursos públicos, somados ao processo natural de envelhecimento da sua carteira de clientes da autogestão, colocariam em risco a sua sustentabilidade; b) por outro lado, a regulação da saúde suplementar, que se iniciou com a Lei 9.656/98, expressa de modo geral na IC-1 e, de modo específico, na IC-2 que induziu o processo reativo de mudança na Camed que, sob extrema regulação financeira e assistencial, promoveu mudanças como forma de se adequar às novas exigências ambientais.

Sob tal perspectiva, compreende-se que, na Camed, a adequação ambiental, seja por intermédio de mudanças voluntárias ou reativas, teve como objetivo fim garantir a sustentabilidade organizacional, o que demandou uma reprogramação estratégica voluntária de busca por novas fontes de receitas, com a abertura para o mercado, trazendo a reboque uma

série de outras mudanças, e que, posteriormente, foram fortemente impactadas. Desta vez, por meio de mudanças reativas, como forma de a Camed se adaptar à regulação. Isto posto, tais mudanças serão melhor observadas a seguir, ao avaliar-se o objeto da mudança, estudando o que muda numa organização.5.2.2

5.2.2 Dimensão de Análise II – Objeto da Mudança: O Que Mudou na Organização?

A dimensão de análise do objeto da mudança avalia o que mudou na organização. Sob tal perspectiva, procurou-se estudar o desenvolvimento do processo de mudança, avaliando seus aspectos internos ,a partir das mudanças estratégicas, estruturais e tecnológicas e seus impactos nas pessoas que compõem a organização. Nessa linha de análise, esta foi a dimensão com o maior número de ideias centrais e respectivamente de DSCs (sete) relacionados ao objeto da mudança. Entretanto, em função da representatividade superior a 50%, buscou-se analisar as ideias centrais de número 7 a 10 (IC-7 a IC-10):

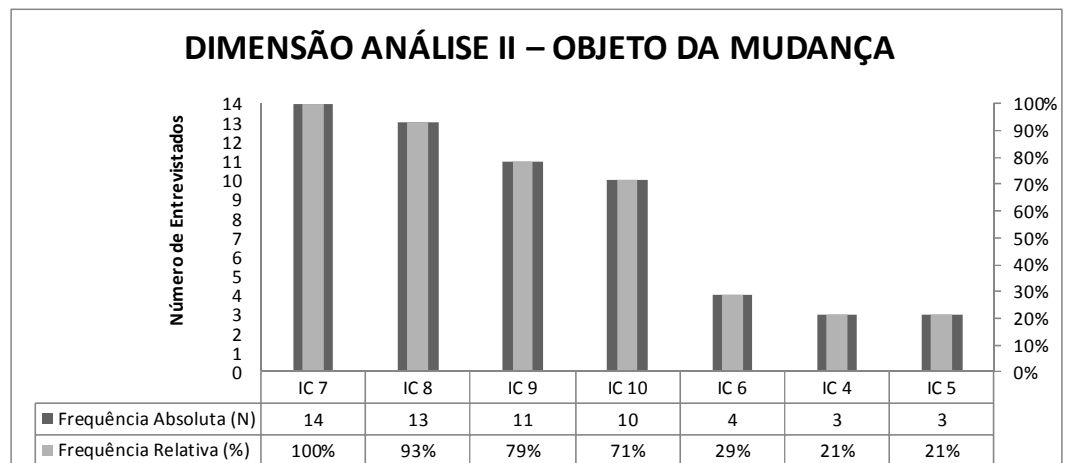
- a) IC-4 O modelo assistencialista da autogestão não era indicado para a operação como medicina de grupo;
- b) IC-5 A administração da Camed não possuía pessoas com vivência na medicina de grupo e a organização enfrentou conflitos culturais em relação às demandas da operação de mercado;
- c) IC-6 A Camed não estava suficientemente estruturada para a operação de medicina de grupo;
- d) IC-7 A operação de medicina de grupo e a regulação promoveram mudanças estruturais na Camed;
- e) IC-8 A Camed promoveu mudanças tecnológicas para atender às exigências da ANS e da operação de medicina de grupo;
- f) IC-9 As demandas geradas em função das mudanças promovidas na Camed contribuíram para uma maior profissionalização das pessoas;
- g) IC-10 A principal mudança estratégica na Camed foi a abertura para o mercado.

Gráfico 6 - Objeto da mudança

Total Depoentes 14

Dimensão de análise II – Objeto da mudança: que muda na organização?

Categoria	Ideia Central	Frequência Absoluta (N)	Frequência Relativa (%)
IC 7	A operação de medicina de grupo e a regulação promoveram mudanças estruturais na Camed.	14	100%
IC 8	A Camed promoveu mudanças tecnológicas para atender às exigências da ANS e da operação de medicina de grupo.	13	93%
IC 9	As demandas geradas em função das mudanças promovidas na Camed contribuíram para uma maior profissionalização das pessoas.	11	79%
IC 10	A principal mudança estratégica na Camed foi a abertura para o mercado.	10	71%
IC 6	A Camed não estava suficientemente estruturada para a operação de medicina de grupo.	4	29%
IC 4	O modelo assistencialista da autogestão não era indicado para a operação como medicina de grupo.	3	21%
IC 5	A administração da Camed não possuía pessoas com vivência na medicina de grupo e a organização enfrentou conflitos culturais em relação às demandas da operação de mercado.	3	21%



Fonte: Desenvolvido pelo autor.

Quadro 11 – IC – 4

DIMENSÃO	IDÉIA CENTRAL
Objeto IC - 4	O modelo assistencialista da autogestão não era indicado para a operação como medicina de grupo
DISCURSO DO SUJEITO COLETIVO	
<p>A Camed estava acostumada em gerir sistema de atendimento ao seu público de origem, os funcionários do BNB e estes, estavam acostumados a ter tudo em termos de assistência médica e odontológica. Então, a Camed teve que ir para o mercado onde a verdade não é essa, não pode ter o mesmo tratamento dado a autogestão aos clientes do mercado. Nos lançamos no mercado e não fizemos algumas mudanças internas, nosso sentimento é assistencialista em função da autogestão e ao tomar esta decisão de ir para o mercado, trazendo premissas e políticas da autogestão colhemos um fruto negativo que é a elevação do custeio assistencial e maus resultados financeiros.</p>	

Fonte: Discurso dos entrevistados.

Quadro 12 – IC – 5

DIMENSÃO	IDÉIA CENTRAL
Objeto IC - 5	A administração da Camed não possuía pessoas com vivência na medicina de grupo e a organização enfrentou conflitos culturais em relação às demandas da operação de mercado
DISCURSO DO SUJEITO COLETIVO	
<p>A questão da gestão não está bem definida aqui dentro, a própria administração é toda visão de autogestão, ela representa o corpo da autogestão, o conselho deliberativo que também é consultivo, também é todo formado por membros de autogestão. Então, eu tenho duas operadoras com segmentações, produtos e resultados financeiros diferentes e se toda ela é de pessoas com pensamento da autogestão, quem vai olhar para medicina de grupo? É preciso ter alguém mais externo, com experiência de medicina de grupo, já que a Camed Vida visa dar retorno para a Camed Saúde, que compreenda a dinâmica da medicina de grupo, para que ela e torne mais rápida, ágil, ousada e competitiva. Ai vem o benefício e o malefício, pois percebo espaço para trazer retorno, mas vem o pensamento convencional da autogestão: será que a gente precisa correr atrás de tudo isto? E ai vem o conflito, pois a Camed tem a cultura forte de preservar colaboradores com muitos anos de empresa, não estou falando que são desqualificados, mas existem pessoas no mercado mais preparadas para a complexidade da saúde suplementar.</p>	

Fonte: Discurso dos entrevistados.

Quadro 13 – IC – 6

DIMENSÃO	IDÉIA CENTRAL
Objeto IC - 6	A Camed não estava suficientemente estruturada para a operação de medicina de grupo
DISCURSO DO SUJEITO COLETIVO	
<p>Nós não estávamos preparados para bancar essa operação da maneira necessária, não tínhamos estruturas de sistemas, de rotinas, não tínhamos e nem temos tecnologia adequada para rodar mercado e autogestão, o sistema seria suficiente para a autogestão mas não para o mercado. Assim, tivemos que colocar mais gente e aí veio a necessidade de se fazer economia por economia, há uma necessidade de se investir e a Camed não está investindo em estrutura, sistema e pessoal. De modo específico um aspecto importantíssimo, foi a questão tecnológica, a Camed precisaria ter um sistema extremamente preparado e robusto para ter entrado nesta operação, acredito que muito coisa não foi vista, em termos de infraestrutura de rede, de tecnologia da informação, de pessoas capacitadas para aquela visão de mercado. Eu não teria me aventurado, no segmento de mercado, porque é um setor extremamente difícil, as margens hoje são pequenas, e eu tenho que garantir as reservas financeiras perante a agência, então questiono até que ponto vamos ser beneficiados com essa metodologia de ter criado a Camed Vida e seus repasses para a Camed Saúde.</p>	

Fonte: Discurso dos entrevistados.

Quadro 14 – IC – 7

DIMENSÃO	IDÉIA CENTRAL
Objeto IC - 7	A operação de medicina de grupo e a regulação promoveram mudanças estruturais na Camed
DISCURSO DO SUJEITO COLETIVO	
<p>A partir da regulação tivemos que dizer para um ente que regulava a gente: quem é o beneficiário novo, quem vai sair, isto é um exemplo que a gente teve que se adaptar; criar áreas, implantar processos, criar estrutura, contratar pessoas, tecnologia, implantar tudo para atender à norma. Houve mudança estrutural bem mais forte. Passamos a ter unidades com foco no mercado. Em termos de estrutura, tivemos um novo suporte jurídico, produtos e cadastro. A abertura para o mercado promoveu mudanças com aumento da área de negócios e criação da área de vendas. A gente passa um pouco de angústia e stress, quando tem que tomar algumas medidas. A gente teve que demitir, fundir gerências, superintendências, e se cria um clima chato, mas as pessoas que acompanham o trabalho, sabem que é para melhoria</p>	

da empresa, é otimização. Ao entrar no mundo da medicina de grupo, percebemos a diferença entre o que é autogestão e medicina de grupo, vem a questão que era preciso se preparar, [...] tem a mudança estrutural, de pessoas, de processos, e a competitividade. É outra empresa. Processos que a gente tem hoje, jamais imaginávamos que precisaríamos ter. A Camed, antes deste processo regulatório mais forte, focava basicamente em área de atendimento ao cliente, na operação em si e nas áreas administrativas. Com a regulação, fez-se necessária a estruturação de uma área exclusiva para tratar destas questões, e, se pudesse, acompanhar em tempo real os normativos e disciplinamentos da agência reguladora. Até então não se tinha esta estrutura, ela foi criada com o advento da regulação. Além disto, tivemos um fortalecimento de estrutura nas áreas jurídica, produtos e na operação em si, que acabam tendo que crescer.

Fonte: Discurso dos entrevistados.

Considerando os depoimentos do DSC constante na IC-7, percebeu-se que o processo de adequação estrutural da Camed foi visto como extremamente complexo e transformador por 100% (14) dos seus gestores, especialmente quanto à nova estrutura, que demandou a criação de novas áreas e processos, como: *marketing* e vendas, produtos, normas e regulação, entre outros, bem como a ampliação e fortalecimento de áreas ligadas ao atendimento aos clientes, prestadores de serviço e suporte jurídico, além das questões voltadas à distribuição das atividades entre as operações da autogestão e as da medicina de grupo. Por seu turno, ao avaliar o que muda numa organização em busca da adequação ao novo ambiente, destacou-se que a mudança estrutural na Camed foi impactante, uma vez que a organização desenvolveu uma estrutura voltada para atender ao público da autogestão e que também atendessem às novas exigências da operação de mercado. Corroboram com este pensamento os apontamentos de Fischer (1992) e de Machado-da-Silva e Fernandes (1998), que reportam sobre a necessidade de as organizações promoverem processos de modernização de modo sistêmico e o mais amplo possível, tratando, sobremaneira, de questões ligadas a estrutura, processos, cultura e práticas de gestão, visando adequação ao ambiente de negócios.

Quadro 15 – IC – 8

DIMENSÃO	IDÉIA CENTRAL
Objeto IC - 8	A Camed promoveu mudanças tecnológicas para atender às exigências da ANS e da operação de medicina de grupo
DISCURSO DO SUJEITO COLETIVO	
Um aspecto importantíssimo foi a questão tecnológica. A Camed promoveu mudanças tecnológicas, pois tinha um sistema obsoleto e simples e passou a trabalhar com uma ferramenta mais robusta e teve que fazer várias customizações para trabalhar com autogestão e a medicina de grupo. A tecnologia mudou. Teve que adaptar nossos processos para o novo formato eletrônico demandado por todas as obrigações da ANS. Houve muito investimento em tecnologia, entrou-se com a biometria, a conectividade para tirar os carbonos dos papéis, e até para se adaptar à regulamentação e normas da ANS. Ademais, promoveram-se mudanças implantando o acesso via internet, com informações sobre a rede credenciada, o sistema de cadastro e a comunicação com o cliente por meio do chat on-line. Contudo, a mudança não ocorreu no volume suficiente e ainda não estamos hoje cem por cento assistidos em tecnologia. Avançamos, mas temos muito ainda a aperfeiçoar. A Camed promoveu mudanças tecnológicas, pois ao longo desses anos, quintuplicaram-se o número de guias e teve-se que buscar soluções tecnológicas para viabilizar isso sem quintuplicar o número de funcionários para processar estas guias. A automatização de processo foi importante para se ter ganho de escala e também a aderência à regulação; a ANS exige muitas coisas e, sem tecnologia, não teríamos a condição de atender todas as demandas que ela traz e no tempo que exige. Se não tivéssemos sistemas não atenderíamos. Muita coisa precisou mudar em termos de tecnologia.	

Fonte: Discurso dos entrevistados.

As questões tecnológicas, seus avanços, necessidade de investimento em equipamentos e pessoas qualificadas são desafios para as organizações. Ampliaram esta análise, autores como Xavier e Dornelas (2004), ao evidenciarem que a tecnologia tem papel crucial na reformulação dos processos internos nas organizações, o que dá a este ponto um papel estratégico na avaliação do objeto das mudanças. O DSC constante no Quadro 15 retrata as mudanças promovidas pela Camed em termos de tecnologia, basicamente, em virtude das demandas advindas do órgão regulador, a ANS, e das necessidades da operação como medicina de grupo.

Como se pode constatar no DSC em epígrafe, apesar das demandas por mais investimentos em tecnologia da informação, 93% (13) dos gestores da Camed apontam uma série de mudanças tecnológicas conquistadas, principalmente quanto ao aprimoramento dos

seus sistemas informatizados, na automação de processos e atendimento às demandas da ANS, bem como pelo desenvolvimento de programas voltados à operação de mercado, visando fazer face ao crescimento do número de clientes decorrentes do somatório da operação de autogestão com a de medicina de grupo.

Quadro 16 – IC – 9

DIMENSÃO	IDÉIA CENTRAL
Objeto IC - 9	As demandas geradas em função das mudanças promovidas na Camed contribuíram para uma maior profissionalização das pessoas
DISCURSO DO SUJEITO COLETIVO	
Um processo de mudanças sempre traz coisas boas, como, por exemplo, a busca por profissionalização, o aprendizado, a troca de experiências com o mercado. Tivemos a nítida necessidade de nos aperfeiçoarmos para poder lidar com a operação de mercado. Sem dúvida, foi um aspecto bastante positivo, essas mudanças, essa sinergia com o mercado. No âmbito das pessoas foram dois movimentos. Tanto a Camed promoveu capacitação interna de alguns profissionais com potencial para assumir os novos desafios, incluindo mudanças para as novas áreas que foram formadas, quanto trouxe pessoas de mercado. Assim, a profissionalização dos quadros foi uma busca urgente da empresa. E isso não é estático, pois continua até hoje. O setor é limitado no ponto de vista de formação de profissionais e, normalmente, as pessoas especializadas neste assunto estão dentro das operadoras. No caso da Camed, nós formamos estas pessoas, são pessoas da casa que tiveram que buscar esta profissionalização aqui mesmo, por meio de capacitações fornecidas pela ANS, que não são muitas, então é um processo de capacitação solitário e dependente do que esse mercado oferece, é um trabalho bem doméstico, ainda. Hoje, o funcionário da Camed é muito mais maduro, do ponto de vista profissional, do que antes, pois ele entende mais de concorrência, das exigências dos clientes e necessidade de negociações; antes, era muito fechado e não se tinha a necessidade de buscar alternativas. Havia certa acomodação, e com a saída para o mercado nós crescemos profissionalmente, crescemos bastante.	

Fonte: Discurso dos entrevistados.

O DSC apresentado no Quadro 16 tem como ideia central a realização da profissionalização das pessoas em função das mudanças sofridas na Camed. Conforme já ressaltado por esta pesquisa, tais mudanças ligadas à estratégia de abertura para o mercado e também por necessidade de atender aos requisitos da regulação, contribuíram para o aprimoramento profissional dos funcionários da Camed, uma vez que os mesmos se

depararam com um paradigma organizacional, influenciado pelo novo mercado concorrencial e pelas demandas da regulação.

Por conseguinte, a mudança das pessoas, como mostra o DSC, está em consonância com Fischer (1992) que, ao reportar a busca pela modernidade como um caminho que, necessariamente, passa pelo desenvolvimento e capacitação, e se torna conectado ao reconhecimento da maioria dos depoentes sobre a evolução na profissionalização das pessoas, que buscaram um novo instrumental, com práticas de gestão mais modernas e em sintonia com o mercado, para lidar com os novos desafios da Camed.

De forma complementar, destaca-se também neste DSC, como apontado por Oliva (2002) e também por Machado-da-Silva e Graeff (2008), a visão do que muda numa organização como a Camed, ao observar-se a relevância na identificação que realmente a afeta a competitividade e sobrevivência, em específico, na formação e qualificação dos seus quadros.

Quadro 17 – IC – 10

DIMENSÃO	IDÉIA CENTRAL
Objeto IC - 10	A principal mudança estratégica da Camed foi a abertura para o mercado
DISCURSO DO SUJEITO COLETIVO	
A principal mudança foi a abertura para vender planos empresariais e individuais para pessoas que não são vinculadas diretamente ao Banco do Nordeste. Esta foi a grande mudança de estratégia, isto é, adquirir mecanismos que a autogestão não proporcionasse, para podermos almejar a sustentabilidade, bem como uma vitalidade maior no segmento. As mudanças macroeconômicas do sistema de saúde têm exigido, não só da Camed como de outras operadoras constantemente reavaliar suas estratégias. Foi um grande marco para a Camed no sentido de começar a fortalecer sua marca, para depois, realmente, se enraizar no mercado da saúde suplementar. A ida para o mercado foi uma busca de captação de receitas, com a motivação de levar para o mercado o que já fazemos bem na autogestão. Além desta motivação primeira, começam a surgir as outras, como maior poder de barganha com a rede credenciada, por se ter uma carteira mais volumosa. [...] mas outras motivações foram acontecendo no meio do caminho e que fazem a nossa operadora de autogestão muito melhor do que antes, no ponto de vista deste conhecimento e a profissionalização que conseguimos com a operação de medicina de grupo.	

Considerando o DSC presente na IC-10, pôde-se observar que a estratégia de abertura para o mercado, com a comercialização de planos de saúde, foi apontada por 71% (10) dos gestores como a principal mudança ocorrida na Camed. Desse modo, a reprogramação estratégica que transformou uma operadora de autogestão numa operadora também de medicina de grupo impactou toda a organização e promoveu severas mudanças, no sentido de conciliar a antiga operação com as novas demandas emanadas da operação de mercado, sendo esta última fortemente impactada pelas macromudanças advindas da regulação do setor.

Convém ressaltar, ainda, que o DSC, em epígrafe, explicita as dificuldades dessa iniciativa, preliminarmente em função das novas exigências estruturais e comportamentais, demandadas para suportar a nova estratégia adotada pela organização. Nessa mesma linha de pensamento, autores como Donaldson (1999), além de Castro e Basques (2006), citam que as organizações buscam novas alternativas, configurações e estratégias em relação aos seus concorrentes, como formas de adaptação mais eficazes aos requisitos ambientais.

Concluindo a dimensão de análise II que trata do objeto da mudança, os DSCs apresentados nas quatro ideias centrais que a compõem permitiram observar que o conjunto dos depoimentos concorre para o entendimento sobre o que mudou na Camed, bem como estão em consonância com o referencial teórico desta pesquisa, ao apresentar a visão dos gestores sobre quatro aspectos basilares da mudança organizacional que são a estratégia, a estrutura, a tecnologia e as pessoas que integram organizações envolvidas em processos de mudança.

Desta forma, o entendimento dos gestores da Camed apresentou-se conectado ao pensamento de diversos autores que versam sobre a importância da ligação entre estratégia, estrutura e envolvimento das pessoas no processo de mudança e na necessidade de a Camed buscar desenvolver nos seus executivos uma maior visão sobre o mercado que pretendia atuar. Para estar envolvida diretamente na implementação da nova estratégia organizacional e na profissionalização das pessoas, utilizaram-se diversos instrumentos que aparecem na IC-9, onde este DSC aborda a capacitação interna via encaminhamento aos cursos fornecidos pela ANS, bem como o conhecimento gerado pelo contato com profissionais oriundos do mercado por novas contratações. De modo sintético, a organização buscou contribuir para a qualificação e identificação das potencialidades individuais, com foco na implantação de estratégias promotoras da mudança organizacional. Aspectos estes, constantes dos posicionamentos de autores referenciados nesta pesquisa, como Oliva (2002); Bittencourt (2004); Rodrigues, Child e Luz (2004); Castro, Polo e Porto (2008); Bido *et al.*, (2010) e, por fim, Pantoja e Neiva (2010).

5.2.3 Dimensão de Análise III – Implementação das Mudanças: Como Mudou a Organização?

Na dimensão de análise que trata da implementação das mudanças, pretendeu-se conhecer como mudou a organização. Nesse sentido, tal etapa da pesquisa centrou-se no processo de mudança organizacional e na busca da identificação sobre como a organização promoveu a mudança, tendo como parâmetro os conceitos apresentados na pesquisa, com o objetivo de avaliar se a busca pela mudança pretendida foi promovida com maior ênfase nas questões participativas e reeducativas ou pelo modo coercitivo. Nessa linha de análise, encontrou-se a seguinte ideia central:

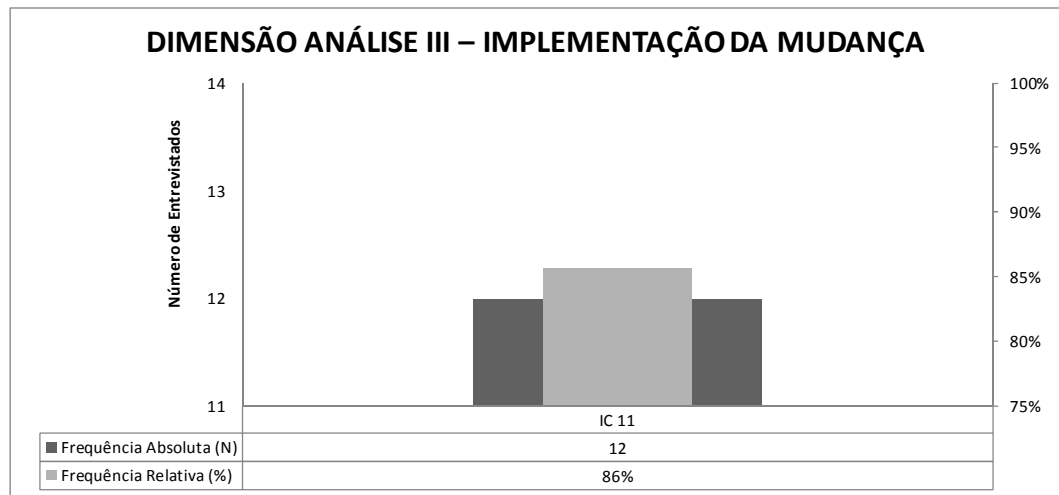
IC- 11 A Camed promoveu a implementação das mudanças de forma participativa.

Gráfico 7 - Implementação da mudança

Total Depoentes 14

Dimensão de análise III – Implementação das mudanças: como muda a organização?

Categoria	Ideia Central	Frequência Absoluta (N)	Frequência Relativa (%)
IC 11	A Camed promoveu a implementação das mudanças de forma participativa.	12	86%



Fonte: Desenvolvido pelo autor.

Quadro 18 – IC – 11

DIMENSÃO	IDÉIA CENTRAL
Implementação IC - 11	A Camed promoveu a implementação das mudanças de forma participativa
DISCURSO DO SUJEITO COLETIVO	
<p>Na implementação das mudanças, a Direção abriu o jogo falando a verdade para os funcionários se conscientizarem sobre o que estava acontecendo e o que precisava ser feito, trazendo os funcionários para, juntos, ajudarem a resolver os problemas estruturais que a Camed tinha. A gente conseguiu trazer ideias de todo o grupo de funcionários e muitas foram brilhantes; com essas ideias, teve-se a condição de desenvolver mudanças, então urgentes, que fizeram a Camed melhorar consideravelmente. Tivemos um processo de mudança cultural, pois a equipe é grande. Não é qualquer empresa com setecentos funcionários que consegue da noite para o dia mudar. A gente quis fazer da melhor forma possível e acho que se conseguiu fazer as mudanças em paz, com satisfação de todos. Inicialmente, a implementação foi mais impositiva, pois a determinação de saída para o mercado originou-se da alta administração, mas depois foi bastante participativa na construção dos novos modelos sobre o ambiente que a organização iria atuar. Ou seja, houve uma sensibilização, uma disseminação, preocupação em mostrar o novo modelo de gestão e forma de trabalhar. A mudança foi muito participativa, eu acredito que poderia ter sido mais impositiva para que a mudança acontecesse de modo mais forte. À época, formou-se um grupo de trabalho, que foi organizado, e algumas pessoas participaram da discussão e depois isto desceu para toda a organização, a princípio um menor número de pessoas, o que depois foi se ampliando. Ao longo do processo, sempre houve envolvimento do corpo funcional para administrar isto, nós aprendemos muito nesse período; afinal, nós saímos de um setor de autogestão, que não tem visão de mercado e concorrência.</p>	

Fonte: Discurso dos entrevistados.

O DSC construído no Quadro 18 nos remete a uma das mais importantes etapas da mudança organizacional, a implementação das mudanças, identificando como muda a organização. Isto posto, existe nos depoimentos, a percepção dos gestores da Camed, de que a implementação da mudança foi realizada do forma participativa, contudo ressalta-se que a estratégia inicial da mudança foi originada na alta administração. Sem embargo, a IC-11 sintetiza, de forma objetiva, o que é apresentado no DSC, que contou com a representatividade de 86% (12) dos gestores da Camed. Assim, ressaltam esses gestores que a clareza quanto ao processo e a forma como a mudança foi discutida, envolvendo os funcionários por meio de grupos de trabalho e abertura para apresentação de sugestões,

permitiu agregar ao processo de mudança a evolução em termos de aprendizado profissional, o que denota, em síntese, que a mudança na Camed foi implementada de forma participativa e dentro da lógica reeducativa, mesmo considerando que, no início, ocorreu de forma impositiva originando-se da alta administração.

Isto posto, no contexto da dimensão de análise III, que aborda a implementação da mudança, o DSC construído apresenta-se em consonância com o referencial teórico da pesquisa, uma vez que este aborda a participação das pessoas na execução das estratégias como um ponto chave no contexto da mudança organizacional, bem como a questão reeducativa e participativa que atua promovendo a interação e a vontade de mudar nas pessoas como fatores imprescindíveis ao sucesso da implementação de mudanças (VAITSMAN, 2001; OLIVA, 2002; SANTOS, M. 2004).

5.3 ANÁLISE DOS RESULTADOS

Com base no exposto, os DSCs apresentados permitiram compreender melhor os processos de mudanças na Camed em suas três dimensões, possibilitando responder ao problema da pesquisa, bem como avançar na avaliação dos resultados englobando o quadro analítico da dissertação.

Vale destacar que a análise a seguir atinge o objetivo geral do estudo ao identificar como as macromudanças da saúde suplementar impactaram na dinâmica organizacional da Camed. De modo objetivo, a avaliação dos DSCs, construídos com base nos depoimentos dos gestores da Camed, permitiu compreender a dinâmica das mudanças sobre esta organização, ao detectar as macromudanças ambientais que a afetaram, dentro de todo o contexto histórico desses quinze anos de regulação na saúde suplementar no Brasil.

Assim, como ressaltado por Wood Jr, Curado e Campos (1994) e Santos, M. (2004) a averiguação da intencionalidade da mudança permite a compreensão das razões que desencadeiam o processo de mudança numa organização, enquanto seu objeto percorre o sistema que engloba estrutura, tecnologia, estratégias e as pessoas; para, por fim, tratar-se da implementação da mudança e seus principais aspectos.

5.3.1 Análise das Dimensões da Mudança Organizacional na Camed

5.3.1.1 Dimensão Intencionalidade da Mudança: Por Que Mudou a Camed?

Na análise dos DSCs proferidos pelos gestores da Camed permitiu-se percorrer os caminhos que a Camed trilhou a partir de dois fortes elementos indutores do seu processo de mudança: 1) As mudanças macroeconômicas atravessadas pelo Brasil, onde, em função dos aspectos ligados ao novo período de estabilidade econômica pós Plano Real, a Camed enfrentou alterações ligadas à perda das receitas financeiras advindas do processo inflacionário, estagnação dos salários e redução de novas contratações no seu patrocinador, o BNB; 2) As macromudanças da saúde suplementar advindas do processo regulatório do setor, o qual teve início com a promulgação da Lei 9.656/98.

Com base no descrito acima, pôde-se compreender as razões que levaram a Camed a adotar um processo de mudança, como uma reconfiguração estratégica voltada para a abertura ao mercado concorrencial, atuando também como operadora de medicina de grupo. Nesse sentido, a análise do conjunto dos DSCs decorrentes da dimensão intencionalidade da mudança permitiu a compreensão das razões que levaram a Camed à mudança. Em síntese, por que a Camed mudou, está demonstrado a seguir:

- IC-1 A regulação foi necessária e promoveu macromudanças na saúde suplementar;
- IC-2 As macromudanças da saúde suplementar, oriundas da regulação, promoveram mudanças na Camed;
- IC-3 A necessidade de novas receitas demandou mudanças na Camed.

Na percepção de 100% dos depoentes que formaram a IC-1, a regulação foi necessária e importante, pois corrigiu várias questões ligadas aos direitos dos consumidores e impulsionou as operadoras de planos de saúde para um processo de mudanças, decorrentes das transformações promovidas pela ANS no seu ambiente de negócios. Tais aspectos estão presentes nas ponderações de autores como Ribeiro (2001) e Santos, F. (2006) que abordam que a regulação foi impulsionada pela necessidade de corrigir problemas ligados à assimetria de informação, bem como para prover mais segurança aos consumidores, por meio da implantação de controles financeiros e garantias para as operadoras de planos de saúde.

Por conseguinte, nos DSCs apresentados a partir das observações constantes na IC-2 e na IC-3, a Camed mostra-se integralmente presente nos conceitos listados na seção de número

cinco desta pesquisa. Pois, enquanto na perspectiva da IC-2, o processo de mudança na Camed foi reativo; por outro lado, na IC-3, foi voluntário.

Nesse sentido, a mudança voluntária se processou quando a Camed iniciou o processo de mudança antes mesmo da regulação, buscando novas fontes de receitas, como forma de se antecipar a cenários futuros previstos como desfavoráveis decorrentes das questões macroeconômicas e sociais que a circundavam, o que culminou na abertura para o mercado. Contudo, como posteriormente ocorreu a regulação da saúde suplementar, a Camed foi obrigada a promover uma série de mudanças, desta vez, de forma reativa, em decorrência das exigências da ANS. Deste modo, em sua perspectiva reativa, as mudanças refletem as transformações ocorridas nas organizações visando a adequação; motivadas pela necessidade de manter a sustentabilidade e permanência no mercado, fruto do tríade monitoramento ambiental, planejamento e mudanças, que enfrentam as organizações quanto ao seu objeto (SANTOS, M. 2004; CASTRO; POLO; PORTO, 2008).

Quadro 19 - Intencionalidade da mudança na Camed

DIMENSÃO	CATEGORIA	RESULTADOS DA PESQUISA
Intencionalidade (Por que muda?)	<ul style="list-style-type: none"> • Reativas • Voluntárias 	<ul style="list-style-type: none"> • A mudança reativa ocorreu em função da necessidade de adequação decorrente da regulação; • A Mudança voluntária ocorreu como uma identificação da necessidade de novas fontes de receitas em função das ameaças decorrentes do cenário macroeconômico que se apresentava no período posterior ao Plano Real.

Fonte: Desenvolvido pelo autor.

Por fim, permitiu-se que esta investigação científica, a partir das reflexões dos gestores da Camed, a compreensão de que a Camed mudou para adequar-se ao ambiente com objetivo de garantir a sua sustentabilidade, sendo esta mudança reativa numa determinada situação e voluntária em outra, conforme ressaltado no Quadro 19. Desse modo, a partir das análises apresentadas, pôde-se concluir por que a organização mudou, bem como avançar para a dimensão relativa ao seu objeto, visando esclarecer o que mudou na Camed.

5.3.1.2 Dimensão Objeto da Mudança: Que Mudou na Camed?

Ao avaliar a dimensão objeto da mudança, os DSCs constantes nos Quadros 14 a 17 apresentam as posições dos gestores da Camed sobre o sistema que envolve os principais aspectos do que muda numa organização, que são compostos pela estratégia, estrutura, tecnologia e as pessoas. Com base no que foi demonstrado, emerge a questão da adequação ambiental, a partir de uma nova visão da estratégia, desencadeada por mudanças advindas do ambiente. Nessa linha de análise, diversos autores como Porter (1989); Fischer (1992); Machado-da-Silva e Fernandes (1998), Vaitsman (2001) expuseram suas considerações em relação à mudança estratégica e sua interconexão com as mudanças na estrutura e, em especial, nas práticas de gestão, englobando, a necessidade de integração das pessoas ao processo de mudança.

A partir desta perspectiva, observou-se, na sequência, que o DSC constante no Quadro número 17 aponta justamente para a mudança de cunho estratégico promovida pela Camed, com a abertura para o mercado. Desse modo, este DSC apresenta os depoimentos dos gestores da Camed sobre a operação como medicina de grupo, como desencadeadora de vários pontos positivos para a Camed, como o fortalecimento da sua marca, expandindo-a além dos limites da autogestão, o aumento do poder de negociação com seus fornecedores e prestadores de serviço, além da forte influência, em conjunto com o processo regulatório, nas mudanças estruturais, tecnológicas e, sobretudo, na profissionalização dos integrantes da organização.

A seu turno, o Quadro 14 aborda as mudanças estruturais necessárias para fazer face às novas demandas decorrentes da abertura para o mercado e da regulação na saúde suplementar. Nesse sentido, apontam para a criação de novas áreas como negócios e *marketing*, produtos, bem como o fortalecimentos de outras como jurídico, normas e regulação, atendimento a clientes, tecnologia, dentre outras. Sobre a tecnologia e seu processo de mudanças, os gestores apresentam no Quadro 15 a ideia de que, apesar de ainda não o suficiente, a Camed promoveu importantes mudanças tecnológicas, notadamente ligadas à modernização do seu sistema de gestão e criação de sistemas de suporte para a novas demandas oriundas da medicina de grupo, bem como para o atendimento das exigências da ANS.

Por fim, o Quadro 16 aponta na sua ideia central a questão para as demandas geradas em função das mudanças promovidas na Camed, que contribuíram para uma maior profissionalização das pessoas. Este DSC trata de um tema extremamente relevante para o

processo de mudanças, que são as pessoas que compõem uma organização e seu nível de profissionalização, sendo que nesse aspecto, 79% (11) dos gestores ressaltaram que ocorreu uma influência positiva dos processos de mudança na profissionalização das pessoas.

A partir dos apontamentos anteriores, verificou-se que a profissionalização dos quadros na Camed deu-se por dois aspectos: No primeiro, houve uma busca espontânea por qualificação em função da necessidade de atender às novas demandas de mercado e a regulação; e, no segundo, a Camed contribuiu proativamente para este aprimoramento profissional, por meio do envio de pessoas aos treinamentos e feiras realizados pela ANS, pelo trabalho interno de capacitação via treinamentos internos e subsídios para cursos de pós-graduação e mestrado e pela oxigenação dos quadros com a contratação de profissionais oriundos do mercado, que contribuíram com sua experiência e conhecimento no aprimoramento das pessoas. Assim, a preocupação em aprimorar o instrumental das pessoas para os novos desafios originados no processo de mudança, é também defendida por Fischer (1992) e Bitencourt (2004), que apontam o desenvolvimento das competências nas pessoas que compõem uma organização como fator preponderante para a modernização, execução das estratégias e, conseqüentemente, para a mudança.

Em suma, as observações feitas sobre as mudanças estruturais e envolvimento das pessoas no processo de mudanças têm seu posicionamento corroborado por autores que em seus trabalhos abordam as reformas estruturais e as competências individuais, como questões voltadas à aplicação das estratégias promotoras das mudanças (RODRIGUES; CHILD; LUZ, 2004; BIDO *et al*, 2010; PANTOJA; NEIVA, 2010).

Tem-se, assim, a conclusão dos elementos contidos na parte do quadro analítico que abarca a dimensão de análise II - objeto da mudança, que se propõe a estudar o que muda na organização e, neste estudo de caso, o que mudou na Camed. Nesse ponto, esta pesquisa responde, aderente ao referencial teórico, a esta questão ao apresentar seus resultados e constatar que a Camed mudou: a) em relação à sua estrutura, o que foi corroborado por 100% dos depoimentos; b) em relação à tecnologia para atender às exigências da ANS e da operação de medicina de grupo, posicionamento este que confirmado por 93% dos depoentes; c) contribuiu para a mudança na profissionalização das pessoas que a integram na visão de 79% por gestores; d) e, por fim, 71% dos depoentes concordam que a Camed promoveu sua principal mudança estratégica na abertura para o mercado.

Quadro 20 - Objeto da mudança na Camed

DIMENSÃO	CATEGORIA	RESULTADOS DA PESQUISA
Objeto (Que muda?)	<ul style="list-style-type: none"> • Estratégicas • Estruturais • Tecnológicas • De pessoas 	<ul style="list-style-type: none"> • A mudança estratégica de maior impacto foi a criação de uma organização para atuar como operadora de medicina de grupo; • As mudanças estruturais foram o reflexo dos processos de mudança reativa e voluntária que acarretaram alterações nos processos organizacionais e a criação de novas áreas como negócios e <i>Marketing</i>, bem como, ampliação de outras, incluindo jurídico, tecnologia, cadastro, normas e regulação; • As mudanças tecnológicas ocorreram na Camed, contudo ainda existe uma forte demanda interna por investimentos; • Ocorreu na Camed um claro processo de profissionalização das pessoas, sendo o mesmo influenciado tanto por um processo reeducativo, quanto pelo aprendizado decorrente da interação com os novos contratados.

Fonte: Desenvolvido pelo autor.

Assim, pode-se avançar para a última dimensão do quadro que aborda a implementação da mudança organizacional, tendo como suporte o conhecimento que foi gerado nas dimensões intencionalidade e objeto da mudança.

5.3.1.3 Dimensão Implementação da Mudança: Como Mudou a Camed?

A dimensão implementação da mudança envolve o transcurso das ações que visam a adoção das novas estratégias empresariais objetivando a adaptação ao ambiente e, conseqüentemente, à execução das mudanças pretendidas. Como observado no referencial teórico, esta implementação pode ser coercitiva ou reeducativa, sendo que quanto mais participativo/educativo e menos coercitivo for o processo, maior a possibilidade de aceitação das pessoas à mudança.

Isto posto, o DSC contante no Quadro 18 apresentou como ideia central que a Camed promoveu a implementação das mudanças de forma participativa. Nessa perspectiva, a pesquisa torna transparente que 86% dos gestores da Camed validaram a forma de implementação das mudanças, ao considerarem no seu discurso que, apesar da estratégia inicial de abertura para o mercado ter sido definida pela alta administração da organização, o que, inicialmente, pode-se compreender como uma ação coercitiva, seu processo de implementação foi participativo, sendo explicitado no respectivo DSC a preocupação em disseminar a informação sobre a mudança, mostrando, como foi dito, o novo modelo de gestão e operação e tendo como premissa a comunicação direta e objetiva com as pessoas, como pode ser observado no Quadro 21. Vale ressaltar que autores como Silva e Vergara (2003) expressam preocupação com a informação em momentos de mudança, ao citar que a falta de uma comunicação clara sobre os objetivos estratégicos é um dos maiores empecilhos à gestão.

De modo complementar, destaca-se outro aspecto relevante apontado pelos depoentes, que foi a preocupação da organização com o envolvimento das pessoas no processo de mudanças, fato este ressaltado positivamente no DSC, ao declarar que, num enfoque participativo, foram criados grupos de trabalho, a princípio com número restrito de pessoas, mas aumentando em número e atuando com o objetivo de permear toda a organização.

Nessa mesma linha de raciocínio, esse DSC resalta também que a visão participativa, somada à abertura para ideias e sugestões advindas de todos os integrantes da Camed, foi um fato relevante e sua contribuição efetiva, deveras decisiva para a implementação das mudanças. Nesse mesmo contexto, Santos, M. (2004) aponta que, quando reeducativa, a mudança visa a integração das pessoas à estratégia, de forma participativa, privilegiando um modelo voltado à transparência, capacitação e convencimento.

Quadro 21 - Implementação da mudança na Camed

DIMENSÃO	CATEGORIA	RESULTADOS DA PESQUISA
Implementação (Como muda?)	<ul style="list-style-type: none"> • Reeducativa • Coercitiva 	<ul style="list-style-type: none"> • Os achados desta pesquisa permitem afirmar que as macromudanças da saúde suplementar promoveram mudanças na dinâmica da Camed. Contudo, a implementação da mudança ocorreu de forma participativa e reeducativa, uma vez que a organização estudada preocupou-se em fazer com que a nova estratégia permeasse toda a organização.

Fonte: Desenvolvido pelo autor.

Em suma, avança-se para a conclusão da pesquisa, compreendendo que o objetivo da investigação científica se realizou, ao permitir a observação de um fenômeno único em suas características, a partir deste estudo de caso que visa esclarecer como as macromudanças da saúde suplementar impactaram na dinâmica organizacional da Camed, originalmente uma operadora de autogestão em saúde.

5.4 ANÁLISE DOS RESULTADOS

Conforme apresentada, a metodologia do Discurso do Sujeito Coletivo (DSC) foi utilizada para expressar, qualiquantitativamente, o pensamento dos gestores da Camed sobre os impactos das macromudanças da saúde suplementar, em especial os advindos do processo regulatório implantado após a promulgação da Lei 9.656/98.

Nesse sentido, serão expostos, a seguir, tanto a análise dos discursos quanto os discursos propriamente ditos, estes, transcritos na íntegra a partir das suas expressões-chave, agrupadas de acordo com as idéias centrais apresentadas por cada depoente, coletados por intermédio das respostas às questões contidas no quadro analítico da mudança organizacional (Quadro 7).

5.4.1 Apresentação dos Resultados

5.4.1.1 Resultados Quantitativos

Os resultados quantitativos representam um aspecto importante da utilização da metodologia DSC, em virtude de explicitarem a característica da pesquisa social, que permite quantificar os pensamentos e opiniões coletivos dos integrantes da organização estudada, que é a Camed. Por seu turno, Almeida (2011) esclarece que os resultados numéricos, relativos aos DSCs resultantes dos agrupamentos das idéias centrais em cada dimensão da sua análise, são expressados por número e percentual, sendo o primeiro a frequência absoluta (N) e o segundo a frequência relativa (%) dos depoentes e seus respectivos discursos.

5.4.1.2 Resultados Qualitativos

A apresentação dos resultados qualitativos realizada a seguir utilizou os agrupamentos das ideias centrais e dos DSCs após minuciosa análise das respostas dos depoentes, de acordo com as entrevistas semiestruturadas que foram gravadas e transcritas, obedecendo os parâmetros descritos na metodologia da pesquisa. A partir deste ponto, a pesquisa, com base no material empírico coletado e, de acordo com o quadro analítico, avalia a mudança organizacional por meio das suas classificações, características e dimensões.

Conforme apresentado por Santos, M. (2004) e Wood Jr., Curado e Campos (1994), a classificação da mudança preconiza a avaliação da sua relação com o ambiente, sua natureza e formas de implementação, enquanto suas dimensões quanto à intencionalidade, objeto e implementação auxiliam a responder às questões: por que muda, o que muda e como muda uma organização. Com base no exposto, a análise obedecerá as seguintes dimensões:

- a) Intencionalidade: Por que mudou a organização?
- b) Objeto: O que mudou na organização?
- c) Implementação das mudanças: Como mudou a organização?

5.5 DIMENSÃO DE ANÁLISE

5.5.1 Dimensão de Análise I - Intencionalidade da Mudança: Por Que mudou a Organização?

Considerando a primeira dimensão de análise desta pesquisa, que avalia a intencionalidade da mudança, foram encontradas três ideias centrais relacionadas:

IC-1 A regulação foi necessária e promoveu macromudanças na saúde suplementar;

IC-2 As macromudanças da saúde suplementar, oriundas da regulação, promoveram mudanças na Camed;

IC-3 A necessidade de novas receitas demandou mudanças na Camed.

Tabela 2 - Intencionalidade da mudança

Total Depoentes 14

Dimensão de análise I - Intencionalidade da mudança: por que muda a organização?

Categoria	Ideia Central	Frequência Absoluta (N)	Frequência Relativa (%)	Frequência Acumulada (%)
IC 1	A regulação foi necessária e promoveu macromudanças na saúde suplementar.	14	35%	35%
IC 2	As macromudanças da saúde suplementar, oriundas da regulação, promoveram mudanças na Camed.	14	35%	70%
IC 3	A necessidade de novas receitas demandou mudanças na Camed.	12	30%	100%
Total		40	100%	

Fonte: Desenvolvido pelo autor.

A partir do discurso do sujeito coletivo apresentado no Quadro 8 e IC 01, pode-se observar que, apesar dos impactos internos, os gestores da Camed entendem que o modelo da saúde suplementar praticado no Brasil, antes da regulação, onde questões apontadas nesta pesquisa como falta de segurança jurídica, controle dos reajustes nos planos individuais e padrões mínimos de cobertura, precisavam ser revistos. Este pensamento foi corroborado por autores como Araujo (2004); Gouveia (2004) e Santos, F. (2006), ao citarem que o problema da assimetria de informação existente entre compradores e fornecedores de serviço não permitia ao consumidor a devida clareza para a decisão de compra.

De modo complementar, ressalta-se que o processo de implantação da regulação e a sua rapidez promoveram macromudanças que alteraram todo o ambiente de negócios das operadoras de planos de saúde e cristalizou-se um novo cenário, de mudanças compulsórias, para as operadoras de planos de saúde e, conseqüentemente, para a Camed. Por conseguinte, destaca-se que, apesar de não responder diretamente sobre o processo de mudança na Camed,

emerge deste DSC a necessidade das organizações do setor se adaptarem ao novo ambiente regulado, o que é ressaltado no quadro analítico desta pesquisa ao abordar que a mudança pode ocorrer de modo voluntário ou, como se apresenta neste DSC, reativo. Vale frisar que, no modo reativo, a organização busca adaptar-se às mudanças como forma de garantir sua sobrevivência, o que é corroborado por autores como Machado-da-Silva e Fernandes (1998) ao afirmarem que a necessidade adaptativa é um forte estímulo para a revisão das estratégias organizacionais.

Quadro 8 – DSC-IC-1: A regulação foi necessária e promoveu macromudanças na saúde suplementar

A regulação é necessária, interessante e foi positiva para todas as partes envolvidas. Trouxe muitos benefícios para os usuários dos planos de saúde e, em grande parte, veio para moralizar a questão do direito do consumidor. Ela veio de forma recente e rápida, buscando atender uma lacuna que existe há bastante tempo. Suas resoluções têm provocado nas operadoras uma mudança organizacional muito grande. Eu acho que é um processo importante, trouxe profissionalização para as operadoras de planos de saúde, mas que não estavam prontas para essa regulação. Os planos de saúde têm que investir muito para cumprir estas exigências. As exigências têm um lado positivo porque retiraram do mercado a concorrência predatória, mas têm um lado negativo que impõe um ônus muito alto para as operadoras. Das muitas mudanças, a principal foi para dar mais transparência para o consumidor. Isso fez surgir a saúde suplementar tão regulada como hoje, que foi a necessidade de deixar claro para o consumidor o que ele está comprando.

Fonte: Discurso dos entrevistados.

As macromudanças da saúde suplementar oriundas do processo regulatório são evidenciadas no DSC constante no Quadro 9, onde os gestores da Camed ratificam o modelo de mudança reativa como novo paradigma da organização. A análise desse DSC permite conhecer a forma compulsória com que as operadoras de planos de saúde foram impulsionadas às mudanças, onde buscaram adaptar-se ao novo ambiente regulado, em função das punições impostas pelo agente regulador, a ANS. De modo análogo, para autores como Ocké-Reis *et al* (2006), as operadoras foram afetadas pelo aumento dos custos, gerados a partir da necessidade de adequação às exigências legais resultantes da regulação, que alteraram diretamente o modo de operação praticado por estas organizações antes da regulação. Em suma, a IC-2 mostra-se conectada ao quadro analítico desta pesquisa, que aborda a dimensão intencionalidade da mudança e procura responder porque a organização muda, o que, conforme exposto, permite enquadrar a unidade de análise empírica desta pesquisa, a Camed, na perspectiva da mudança reativa.

Quadro 9 – DSC - IC – 2: As macromudanças da saúde suplementar, oriundas da regulação, promoveram mudanças na Camed

As operadoras tiveram que reorganizar seus processos, [...] enfim, a regulação impactou de forma expressiva, modificando todo o *modus operandi*. A regulação pegou a gente de surpresa e tivemos que nos acostumar demais com as novidades, com o que ela vai trazendo de obrigação para a gente cumprir, e vamos aos poucos descobrindo estes processos e temos que nos adaptar, buscando formas de atender a legislação. A operadora tem que se adaptar em curto espaço de tempo, sem saber se tem condição para isso, não é colocada a possibilidade de planejamento, seja de processo, financeiro, da rede credenciada, do nosso quadro de funcionários para atender uma demanda, seja na quantidade e capacidade das pessoas, mas as mudanças internas para absorver estas coisas são necessárias. Os impactos estão no dia a dia, as autorizações, as negativas, o aumento dos processos judiciais, é algo muito dinâmico. O impacto é muito grande porque tudo que você deixa de cumprir é multado, penalizado pecuniária e administrativamente. A regulação traz um disciplinamento de prestação de contas e exigências que precisam ser perseguidas e fazem com que a sustentabilidade não seja mais um desejo e sim uma obrigação.

Fonte: Discurso dos entrevistados.

De modo contrário ao apresentado na IC-2, onde os gestores da Camed abordaram a forma reativa de mudança promovida pela operadora visando adaptar-se à regulação do setor; na IC-3 apresentada no Quadro 10, 86% (12) dos gestores da Camed abordaram nos seus discursos outros aspectos, de caráter predominantemente econômico, que também desencadearam mudanças, sendo, desta vez, de forma voluntária; pois, conforme descrito nesta pesquisa, a Camed promoveu sua abertura para o mercado como forma de ampliar suas receitas, ao vislumbrar que o novo cenário macroeconômico e social do país, delineava-se como ameaçador.

Por conseguinte, destacou-se que estas mudanças foram influenciadas por problemas enfrentados pela Camed com a perda de receitas, em função da estabilização econômica, ocorrida após o Plano Real e pela redução de contratações, via concurso público, da sua patrocinadora, o Banco do Nordeste. De modo complementar, outro aspecto importante foi a identificação da necessidade de elevação nas receitas para atender seus beneficiários, em função de questões ligadas à própria característica da autogestão da Camed, a saber: a) o envelhecimento da carteira, influenciado pela permissão de ingresso no plano de parentes como avós e tios, bem como pela baixa oxigenação em função de pequena fluxo de ingresso de novos funcionários; e b) o aumento da expectativa de vida da população. É importante destacar, a clareza dos discursos dos gestores da Camed e seu nível de conhecimento quanto a questões que, em sua maioria, ocorreram antes do ano de 1998, quando se iniciou a regulação na saúde suplementar, fato este facilmente percebido ao constatar-se, com base nos registros

metodológicos e quantitativos desta pesquisa, que 64% dos gestores entrevistados têm menos de 6 anos na organização.

Sem embargo, a Camed promoveu de forma voluntária e com vistas à sua sustentabilidade, mudanças que gerassem novas fontes de receitas, demandadas à Camed neste novo ambiente e que poderia afetar a sua sustentabilidade. Este posicionamento converge com o pensamento de autores como Greiffo *et al.*, (2006); Jatahy e Vieira, (2004) e Morgan, (2007), uma vez que estes autores citam que as organizações promovem mudanças nos seus planos e estratégias, ou seja, atualizam suas configurações, na tentativa de reagir com rapidez às novas exigências presentes no ambiente externo.

Quadro 10 – DSC - IC – 3: A necessidade de novas receitas demandou mudanças na Camed

No passado, a Camed não conseguia crescer, houve um achatamento das receitas por conta dos salários dos funcionários dos bancos (congelamento), como trabalhamos com um percentual em cima da folha de pagamento, isto foi um reflexo imediato nas receitas do plano; outro ponto foi com relação à ciranda financeira que existia, em relação às aplicações, pois a Camed perdeu esses rendimentos. Vivemos um período com poucos concursos e na autogestão não temos um fluxo suficiente de ingressos, com o aumento da tecnologia e do envelhecimento da população, enfrentamos um novo modelo de saúde suplementar. A nossa carteira estava ficando estagnada, envelhecida. A saída foi recorrer ao mercado. Essa oxigenação foi um fator essencial para angariar novas receitas. O patrocinador não encaminhava recursos para a Camed, houve uma limitação de recursos por parte dos órgãos reguladores do Banco. A autogestão é uma população fechada, com poucas adesões. Como poderíamos conseguir receitas, que não fossem as que viessem do Patrocinador? Tivemos que mudar!

Fonte: Discurso dos entrevistados.

Concluindo a dimensão de análise I, que nos Quadros 8 a 10 tratam da intencionalidade da mudança, percebeu-se: que as ideias centrais apresentadas, IC-2 e IC-3, se propõem a responder por que muda a organização, dentro da dimensão intencionalidade da mudança. É importante ressaltar que os DSCs apresentados permitem compreender a riqueza da unidade de análise empírica desta pesquisa ao contemplar processos de mudança voluntária e, posteriormente, reativa, na sua linha de tempo, conforme demonstrado a seguir: a) na IC-3, a Camed promoveu mudanças voluntárias e identificou que a estabilização econômica promovida pelo Plano Real afetou as fontes de receitas das operadoras no mercado financeiro e que o congelamento dos salários e a redução das contratações, via concursos públicos, somados ao processo natural de envelhecimento da sua carteira de clientes da autogestão, colocariam em risco a sua sustentabilidade; b) por outro lado, a regulação da saúde suplementar, que se iniciou com a Lei 9.656/98, expressa de modo geral na IC-1 e, de modo específico, na IC-2 que induziu o processo reativo de mudança na Camed que, sob extrema

regulação financeira e assistencial, promoveu mudanças como forma de se adequar às novas exigências ambientais.

Sob tal perspectiva, compreende-se que, na Camed, a adequação ambiental, seja por intermédio de mudanças voluntárias ou reativas, teve como objetivo fim garantir a sustentabilidade organizacional, o que demandou uma reprogramação estratégica voluntária de busca por novas fontes de receitas, com a abertura para o mercado, trazendo a reboque uma série de outras mudanças, e que, posteriormente, foram fortemente impactadas. Desta vez, por meio de mudanças reativas, como forma de a Camed se adaptar à regulação. Isto posto, tais mudanças serão melhor observadas a seguir, ao avaliar-se o objeto da mudança, estudando o que muda numa organização.

5.5.2 Dimensão de Análise II – Objeto da Mudança: O Que Mudou na Organização?

A dimensão de análise do objeto da mudança avalia o que mudou na organização. Sob tal perspectiva, procurou-se estudar o desenvolvimento do processo de mudança, avaliando seus aspectos internos, a partir das mudanças estratégicas, estruturais e tecnológicas e seus impactos nas pessoas que compõem a organização. Nessa linha de análise, esta foi a dimensão com o maior número de ideias centrais e respectivamente de DSCs (cinco) relacionados ao objeto da mudança. Entretanto, em função da representatividade superior a 50%, buscou-se analisar as ideias centrais de número 5 a 8 (IC-5 a IC-8):

a) IC-4 A Camed não tinha nos quadros pessoas com vivência na medicina de grupo e a organização enfrentou, no processo de mudança, conflitos culturais em relação às demandas da nova operação de mercado;

b) IC-5 A inclusão da operação de medicina de grupo e a regulação promoveram mudanças estruturais na Camed;

c) IC-6 A Camed promoveu mudanças tecnológicas para atender às exigências da ANS e da operação de medicina de grupo;

d) IC-7 As demandas geradas em função das mudanças promovidas na Camed contribuíram para uma maior profissionalização das pessoas;

e) IC-8 A principal mudança estratégica na Camed foi a abertura para o mercado.

Tabela 3 - Objeto da mudança

Dimensão de análise II – Objeto da mudança: que muda na organização?

Categoria	Ideia Central	Frequência Absoluta (N)	Frequência Relativa (%)	Frequência Acumulada (%)
IC 5	A inclusão da operação de medicina de grupo e a regulação promoveram mudanças estruturais na Camed.	14	27%	27%
IC 6	A Camed promoveu mudanças tecnológicas para atender às exigências da ANS e da operação de medicina de grupo.	13	25%	53%
IC 7	As demandas geradas em função das mudanças promovidas na Camed contribuíram para uma maior profissionalização das pessoas.	11	22%	75%
IC 8	A principal mudança estratégica na Camed foi a abertura para o mercado.	10	20%	94%
IC 4	A Camed não tinha nos quadros pessoas com vivência na medicina de grupo e a organização enfrentou, no processo de mudança, conflitos culturais em relação às demandas da nova operação de mercado.	3	6%	100%
Total		51	100%	

Fonte: Desenvolvido pelo autor.

Os depoimentos que constam no quadro 11, apesar de possuírem uma frequência absoluta menor que os demais, remetem a uma situação de contraponto entre a demanda por uma gestão especializada em medicina de grupo, mais focada em atender à nova empresa, e a gestão existente totalmente oriunda do segmento de autogestão em saúde. Desta forma, os entrevistados pontuam na IC-4 que o processo de mudança na Camed enfrentou conflitos culturais em função da experiência demandada em gestão de medicina de grupo, decorrente da nova operação de mercado, e a existente na organização.

Quadro 11 – DSC - IC – 4: A Camed não tinha nos quadros pessoas com vivência na medicina de grupo e a organização enfrentou, no processo de mudança, conflitos culturais em relação às demandas da nova operação de mercado

A questão da gestão não está bem definida aqui dentro, a própria administração é toda visão de autogestão, ela representa o corpo da autogestão, o conselho deliberativo que também é consultivo, também é todo formado por membros de autogestão. Então, eu tenho duas operadoras com segmentações, produtos e resultados financeiros diferentes e se toda ela é de pessoas com pensamento da autogestão, quem vai olhar para medicina de grupo? É preciso ter alguém mais externo, com experiência de medicina de grupo, já que a Camed Vida visa dar retorno para a Camed Saúde, que compreenda a dinâmica da medicina de grupo, para que ela e torne mais rápida, ágil, ousada e competitiva neste processo de mudança. Ai vem o benefício e o malefício, pois percebo espaço para trazer retorno, mas vem o pensamento convencional da autogestão: será que a gente precisa correr atrás de tudo isto? E ai vem o conflito, pois a Camed tem a cultura forte de preservar colaboradores com muitos anos de empresa, não estou falando que são desqualificados, mas existem pessoas no mercado mais preparadas para a complexidade da saúde suplementar.

Fonte: Discurso dos entrevistados.

Considerando os depoimentos do DSC constante na IC- 5 (Quadro 12), percebeu-se que o processo de adequação estrutural da Camed foi visto como extremamente complexo e

transformador por 100% (14) dos seus gestores, especialmente quanto à nova estrutura, que demandou a criação de novas áreas e processos, como: *marketing* e vendas, produtos, normas e regulação, entre outros, bem como a ampliação e fortalecimento de áreas ligadas ao atendimento aos clientes, prestadores de serviço e suporte jurídico, além das questões voltadas à distribuição das atividades entre as operações da autogestão e as da medicina de grupo. Por seu turno, ao avaliar o que muda numa organização em busca da adequação ao novo ambiente, destacou-se que a mudança estrutural na Camed foi impactante, uma vez que a organização desenvolveu uma estrutura voltada para atender ao público da autogestão e que também atendessem às novas exigências da operação de mercado. Corroboram com este pensamento os apontamentos de Fischer (1992) e de Machado-da-Silva e Fernandes (1998), que reportam sobre a necessidade de as organizações promoverem processos de modernização de modo sistêmico e o mais amplo possível, tratando, sobremaneira, de questões ligadas a estrutura, processos, cultura e práticas de gestão, visando adequação ao ambiente de negócios.

Quadro 12 – DSC - IC – 5: A inclusão da operação de medicina de grupo e a regulação promoveram mudanças estruturais na Camed

A partir da regulação tivemos que dizer para um ente que regulava a gente: quem é o beneficiário novo, quem vai sair, isto é um exemplo que a gente teve que se adaptar; criar áreas, implantar processos, criar estrutura, contratar pessoas, tecnologia, implantar tudo para atender à norma. Houve mudança estrutural bem mais forte. Passamos a ter unidades com foco no mercado. Em termos de estrutura, tivemos um novo suporte jurídico, produtos e cadastro. A abertura para o mercado promoveu mudanças com aumento da área de negócios e criação da área de vendas. A gente passa um pouco de angústia e stress, quando tem que tomar algumas medidas. A gente teve que demitir, fundir gerências, superintendências, e se cria um clima chato, mas as pessoas que acompanham o trabalho, sabem que é para melhoria da empresa, é otimização. Ao entrar no mundo da medicina de grupo, percebemos a diferença entre o que é autogestão e medicina de grupo, vem a questão que era preciso se preparar, [...] tem a mudança estrutural, de pessoas, de processos, e a competitividade. É outra empresa. Processos que a gente tem hoje, jamais imaginávamos que precisaríamos ter. A Camed, antes deste processo regulatório mais forte, focava basicamente em área de atendimento ao cliente, na operação em si e nas áreas administrativas. Com a regulação, fez-se necessária a estruturação de uma área exclusiva para tratar destas questões, e, se pudesse, acompanhar em tempo real os normativos e disciplinamentos da agência reguladora. Até então não se tinha esta estrutura, ela foi criada com o advento da regulação. Além disto, tivemos um fortalecimento de estrutura nas áreas jurídica, produtos e na operação em si, que acabam tendo que crescer.

Fonte: Discurso dos entrevistados.

As questões tecnológicas, seus avanços, necessidade de investimento em equipamentos e pessoas qualificadas são desafios para as organizações. Ampliaram esta análise, autores como Xavier e Dornelas (2004), ao evidenciarem que a tecnologia tem papel crucial na reformulação dos processos internos nas organizações, o que dá a este ponto um

papel estratégico na avaliação do objeto das mudanças. O DSC constante no Quadro 13 retrata as mudanças promovidas pela Camed em termos de tecnologia, basicamente, em virtude das demandas advindas do órgão regulador, a ANS, e das necessidades da operação como medicina de grupo.

Como se pode constatar no DSC em epígrafe, apesar das demandas por mais investimentos em tecnologia da informação, 93% (13) dos gestores da Camed apontam uma série de mudanças tecnológicas conquistadas, principalmente quanto ao aprimoramento dos seus sistemas informatizados, na automação de processos e atendimento às demandas da ANS, bem como pelo desenvolvimento de programas voltados à operação de mercado, visando fazer face ao crescimento do número de clientes decorrentes do somatório da operação de autogestão com a de medicina de grupo.

Quadro 13 – DSC - IC –6: A Camed promoveu mudanças tecnológicas para atender às exigências da ANS e da operação de medicina de grupo

Um aspecto importantíssimo foi a questão tecnológica. A Camed promoveu mudanças tecnológicas, pois tinha um sistema obsoleto e simples e passou a trabalhar com uma ferramenta mais robusta e teve que fazer várias customizações para trabalhar com autogestão e a medicina de grupo. A tecnologia mudou. Teve que adaptar nossos processos para o novo formato eletrônico demandado por todas as obrigações da ANS. Houve muito investimento em tecnologia, entrou-se com a biometria, a conectividade para tirar os carbonos dos papéis, e até para se adaptar à regulamentação e normas da ANS. Ademais, promoveram-se mudanças implantando o acesso via internet, com informações sobre a rede credenciada, o sistema de cadastro e a comunicação com o cliente por meio do chat on-line. Contudo, a mudança não ocorreu no volume suficiente e ainda não estamos hoje cem por cento assistidos em tecnologia. Avançamos, mas temos muito ainda a aperfeiçoar. A Camed promoveu mudanças tecnológicas, pois ao longo desses anos, quintuplicaram-se o número de guias e teve-se que buscar soluções tecnológicas para viabilizar isso sem quintuplicar o número de funcionários para processar estas guias. A automatização de processo foi importante para se ter ganho de escala e também a aderência à regulação; a ANS exige muitas coisas e, sem tecnologia, não teríamos a condição de atender todas as demandas que ela traz e no tempo que exige. Se não tivéssemos sistemas não atenderíamos. Muita coisa precisou mudar em termos de tecnologia.

Fonte: Discurso dos entrevistados.

O DSC apresentado no Quadro 14 tem como ideia central a realização da profissionalização das pessoas em função das mudanças sofridas na Camed. Conforme já ressaltado por esta pesquisa, tais mudanças ligadas à estratégia de abertura para o mercado e também por necessidade de atender aos requisitos da regulação, contribuíram para o aprimoramento profissional dos funcionários da Camed, uma vez que os mesmos se depararam com um paradigma organizacional, influenciado pelo novo mercado concorrencial e pelas demandas da regulação.

Por conseguinte, a mudança das pessoas, como mostra o DSC, está em consonância com Fischer (1992) que, ao reportar a busca pela modernidade como um caminho que,

necessariamente, passa pelo desenvolvimento e capacitação, e se torna conectado ao reconhecimento da maioria dos depoentes sobre a evolução na profissionalização das pessoas, que buscaram um novo instrumental, com práticas de gestão mais modernas e em sintonia com o mercado, para lidar com os novos desafios da Camed.

De forma complementar, destaca-se também neste DSC, como apontado por Oliva (2002) e também por Machado-da-Silva e Graeff (2008), a visão do que muda numa organização como a Camed, ao observar-se a relevância na identificação que realmente afeta a competitividade e sobrevivência, em específico, na formação e qualificação dos seus quadros.

Quadro 14 – DSC - IC – 7: As demandas geradas em função das mudanças promovidas na Camed contribuíram para uma maior profissionalização das pessoas

Um processo de mudanças sempre traz coisas boas, como, por exemplo, a busca por profissionalização, o aprendizado, a troca de experiências com o mercado. Tivemos a nítida necessidade de nos aperfeiçoarmos para poder lidar com a operação de mercado. Sem dúvida, foi um aspecto bastante positivo, essas mudanças, essa sinergia com o mercado. No âmbito das pessoas foram dois movimentos. Tanto a Camed promoveu capacitação interna de alguns profissionais com potencial para assumir os novos desafios, incluindo mudanças para as novas áreas que foram formadas, quanto trouxe pessoas de mercado. Assim, a profissionalização dos quadros foi uma busca urgente da empresa. E isso não é estático, pois continua até hoje. O setor é limitado no ponto de vista de formação de profissionais e, normalmente, as pessoas especializadas neste assunto estão dentro das operadoras. No caso da Camed, nós formamos estas pessoas, são pessoas da casa que tiveram que buscar esta profissionalização aqui mesmo, por meio de capacitações fornecidas pela ANS, que não são muitas, então é um processo de capacitação solitário e dependente do que esse mercado oferece, é um trabalho bem doméstico, ainda. Hoje, o funcionário da Camed é muito mais maduro, do ponto de vista profissional, do que antes, pois ele entende mais de concorrência, das exigências dos clientes e necessidade de negociações; antes, era muito fechado e não se tinha a necessidade de buscar alternativas. Havia certa acomodação, e com a saída para o mercado nós crescemos profissionalmente, crescemos bastante.

Fonte: Discurso dos entrevistados.

Considerando o DSC presente na IC-8 (Quadro 15), pôde-se observar que a estratégia de abertura para o mercado, com a comercialização de planos de saúde, foi apontada por 71% (10) dos gestores como a principal mudança ocorrida na Camed. Desse modo, a reprogramação estratégica que transformou uma operadora de autogestão numa operadora também de medicina de grupo impactou toda a organização e promoveu severas mudanças, no sentido de conciliar a antiga operação com as novas demandas emanadas da operação de mercado, sendo esta última fortemente impactada pelas macromudanças advindas da regulação do setor.

Convém ressaltar, ainda, que o DSC, em epígrafe, explicita as dificuldades dessa iniciativa, preliminarmente em função das novas exigências estruturais e comportamentais,

demandadas para suportar a nova estratégia adotada pela organização. Nessa mesma linha de pensamento, autores como Donaldson (1999), além de Castro e Basques (2006), citam que as organizações buscam novas alternativas, configurações e estratégias em relação aos seus concorrentes, como formas de adaptação mais eficazes aos requisitos ambientais.

Quadro 15 – DSC - IC – 8: A principal mudança estratégica da Camed foi a abertura para o mercado

A principal mudança foi a abertura para vender planos empresariais e individuais para pessoas que não são vinculadas diretamente ao Banco do Nordeste. Esta foi a grande mudança de estratégia, isto é, adquirir mecanismos que a autogestão não proporcionasse, para podermos almejar a sustentabilidade, bem como uma vitalidade maior no segmento. As mudanças macroeconômicas do sistema de saúde têm exigido, não só da Camed como de outras operadoras constantemente reavaliar suas estratégias. Foi um grande marco para a Camed no sentido de começar a fortalecer sua marca, para depois, realmente, se enraizar no mercado da saúde suplementar. A ida para o mercado foi uma busca de captação de receitas, com a motivação de levar para o mercado o que já fazemos bem na autogestão. Além desta motivação primeira, começam a surgir as outras, como maior poder de barganha com a rede credenciada, por se ter uma carteira mais volumosa. [...] mas outras motivações foram acontecendo no meio do caminho e que fazem a nossa operadora de autogestão muito melhor do que antes, no ponto de vista deste conhecimento e a profissionalização que conseguimos com a operação de medicina de grupo.

Fonte: Discurso dos entrevistados.

Concluindo a dimensão de análise II que trata do objeto da mudança, os DSCs apresentados nas quatro ideias centrais que a compõem permitiram observar que o conjunto dos depoimentos concorre para o entendimento sobre o que mudou na Camed, bem como estão em consonância com o referencial teórico desta pesquisa, ao apresentar a visão dos gestores sobre quatro aspectos basilares da mudança organizacional que são a estratégia, a estrutura, a tecnologia e as pessoas que integram organizações envolvidas em processos de mudança.

Desta forma, o entendimento dos gestores da Camed apresentou-se conectado ao pensamento de diversos autores que versam sobre a importância da ligação entre estratégia, estrutura e envolvimento das pessoas no processo de mudança e na necessidade de a Camed buscar desenvolver nos seus executivos uma maior visão sobre o mercado que pretendia atuar. Para estar envolvida diretamente na implementação da nova estratégia organizacional e na profissionalização das pessoas, utilizaram-se diversos instrumentos que aparecem na IC-9, onde este DSC aborda a capacitação interna via encaminhamento aos cursos fornecidos pela ANS, bem como o conhecimento gerado pelo contato com profissionais oriundos do mercado por novas contratações. De modo sintético, a organização buscou contribuir para a qualificação e identificação das potencialidades individuais, com foco na implantação de estratégias promotoras da mudança organizacional. Aspectos estes, constantes dos

posicionamentos de autores referenciados nesta pesquisa, como Oliva (2002); Bittencourt (2004); Rodrigues, Child e Luz (2004); Castro, Polo e Porto (2008); Bido *et al*, (2010) e, por fim, Pantoja e Neiva (2010).

5.5.3 Dimensão de Análise III – Implementação das Mudanças: Como Mudou a Organização?

Na dimensão de análise que trata da implementação das mudanças, pretendeu-se conhecer como mudou a organização. Nesse sentido, tal etapa da pesquisa centrou-se no processo de mudança organizacional e na busca da identificação sobre como a organização promoveu a mudança, tendo como parâmetro os conceitos apresentados na pesquisa, com o objetivo de avaliar se a busca pela mudança pretendida foi promovida com maior ênfase nas questões participativas e reeducativas ou pelo modo coercitivo. Nessa linha de análise, foram formados três DSCs ligados à implementação da mudança organizacional. Contudo, em função da representatividade superior a 50%, buscou-se analisar a ideia central de número 11 (IC-11):

- a) IC- 9 A Mudança, no âmbito interno, foi colaborativa.
- b) IC- 10 A Camed promoveu as mudanças de forma impositiva.
- c) IC- 11 A Camed promoveu a implementação das mudanças de forma participativa.

Tabela 4 - Implementação da mudança.

Total Depoentes 14

Dimensão de análise III – Implementação das mudanças: como muda a organização?

Categoria	Ideia Central	Frequência Absoluta (N)	Frequência Relativa (%)	Frequência Acumulada (%)
IC 11	A Camed promoveu a implementação das mudanças de forma participativa.	9	69%	69%
IC 10	A Camed promoveu as mudanças de forma impositiva.	3	23%	92%
IC 9	A mudança na Camed, no âmbito interno, foi colaborativa.	1	8%	100%
		13	100%	

Fonte: Desenvolvido pelo autor.

O DSC referente à IC- 9 construído no quadro 16 mostra uma peculiaridade da implementação do processo de mudança da Camed no seu momento inicial. Nos depoimentos dos gestores da Camed constata-se que, para alguns, a implementação do processo de mudança no seu início se deu de cima para baixo. Em outras palavras, a decisão da implementação aconteceu, na alta administração, e desceu no sentido *top down* mesmo que, logo em seguida, os gestores tenham procurado envolver os funcionários numa perspectiva mais participativa.

Quadro 16 – DSC - IC – 9: A Mudança, no âmbito interno, foi colaborativa

Do ponto de vista interno, a mudança foi muito colaborativa, com as pessoas compreendendo este novo momento e sendo chamadas a contribuir, então as duas operações fluíram naturalmente.

Fonte: Discurso dos entrevistados.

O DSC referente à IC-10 construído no quadro 17 corrobora o DSC da IC-11. Para tais entrevistados, a implementação do processo de mudança aconteceu de forma colaborativa, tendo as duas áreas da empresa (medicina de grupo e autogestão), operando de forma cooperativa com o propósito de juntas resolverem os problemas estruturais que a Camed passou a enfrentar com sua abertura para o mercado e com o advento do marco regulatório. Isso fortalece o argumento de uma implementação da mudança de forma mais reeducativa/participativa do que coercitiva/impositiva.

Quadro 17 – DSC - IC – 10: A Camed promoveu as mudanças de forma impositiva

Na minha visão foi de cima para baixo, eu vejo que há uma imposição maior que uma participação. Impositiva e até mesma um pouco confusa em termo de definições de papéis. No âmbito interno foi pouco participativo, poucas pessoas participaram em conjunto.

Fonte: Discurso dos entrevistados.

O DSC construído no Quadro 18 nos remete a uma das mais importantes etapas da mudança organizacional, a implementação das mudanças, identificando como muda a organização. Isto posto, existe nos depoimentos, a percepção dos gestores da Camed, de que a implementação da mudança foi realizada do forma participativa, contudo ressalta-se que a estratégia inicial da mudança foi originada na alta administração. Assim, como esta dimensão e respectivamente a questão de investigação a ela relacionada, centra-se na implementação da mudança e não na sua concepção, foi formado apenas um DSC com as respectivas expressões-chave que retratam este conteúdo.

Sem embargo, a IC- 11 sintetiza, de forma objetiva, o que é apresentado no DSC, que contou com a representatividade de 64% (9) dos gestores da Camed. Assim, ressaltam esses gestores que a clareza quanto ao processo e a forma como a mudança foi discutida, envolvendo os funcionários por meio de grupos de trabalho e abertura para apresentação de sugestões, permitiu agregar ao processo de mudança a evolução em termos de aprendizado profissional, o que denota, em síntese, que a mudança na Camed foi implementada de forma participativa e dentro da lógica reeducativa, mesmo considerando que, no início, ocorreu de forma impositiva originando-se da alta administração.

Quadro 18 – DSC - IC – 11: A Camed promoveu a implementação das mudanças de forma participativa

Na implementação das mudanças, a Direção abriu o jogo falando a verdade para os funcionários se conscientizarem sobre o que estava acontecendo e o que precisava ser feito, trazendo os funcionários para, juntos, ajudarem a resolver os problemas estruturais que a Camed tinha. A gente conseguiu trazer ideias de todo o grupo de funcionários e muitas foram brilhantes; com essas ideias, teve-se a condição de desenvolver mudanças, então urgentes, que fizeram a Camed melhorar consideravelmente. Tivemos um processo de mudança cultural, pois a equipe é grande. Não é qualquer empresa com setecentos funcionários que consegue da noite para o dia mudar. A gente quis fazer da melhor forma possível e acho que se conseguiu fazer as mudanças em paz, com satisfação de todos. Inicialmente, a implementação foi mais impositiva, pois a determinação de saída para o mercado originou-se da alta administração, mas depois foi bastante participativa na construção dos novos modelos sobre o ambiente que a organização iria atuar. Ou seja, houve uma sensibilização, uma disseminação, preocupação em mostrar o novo modelo de gestão e forma de trabalhar. A mudança foi muito participativa, eu acredito que poderia ter sido mais impositiva para que a mudança acontecesse de modo mais forte. À época, formou-se um grupo de trabalho, que foi organizado, e algumas pessoas participaram da discussão e depois isto desceu para toda a organização, a princípio um menor número de pessoas, o que depois foi se ampliando. Ao longo do processo, sempre houve envolvimento do corpo funcional para administrar isto, nós aprendemos muito nesse período; afinal, nós saímos de um setor de autogestão, que não tem visão de mercado e concorrência.

Fonte: Discurso dos entrevistados.

Isto posto, no contexto da dimensão de análise III, que aborda a implementação da mudança, o DSC construído na IC – 11 apresenta-se em consonância com o referencial teórico da pesquisa, uma vez que este aborda a participação das pessoas na execução das estratégias como um ponto chave no contexto da mudança organizacional, bem como a questão reeducativa e participativa que atua promovendo a interação e a vontade de mudar nas pessoas como fatores imprescindíveis ao sucesso da implementação de mudanças (VAITSMAN, 2001; OLIVA, 2002; SANTOS, M. 2004).

5.6 ANÁLISE DOS RESULTADOS

Com base no exposto, os DSCs apresentados permitiram compreender melhor os processos de mudanças na Camed em suas três dimensões, possibilitando responder ao problema da pesquisa, bem como avançar na avaliação dos resultados englobando o quadro analítico da dissertação.

Vale destacar que a análise a seguir atinge o objetivo geral do estudo ao identificar como as macromudanças da saúde suplementar impactaram na dinâmica organizacional da Camed. De modo objetivo, a avaliação dos DSCs, construídos com base nos depoimentos dos gestores da Camed, permitiu compreender a dinâmica das mudanças sobre esta organização,

ao detectar as macromudanças ambientais que a afetaram, dentro de todo o contexto histórico desses quinze anos de regulação na saúde suplementar no Brasil.

Assim, como ressaltado por Wood Jr, Curado e Campos (1994) e Santos, M. (2004) a averiguação da intencionalidade da mudança permite a compreensão das razões que desencadeiam o processo de mudança numa organização, enquanto seu objeto percorre o sistema que engloba estrutura, tecnologia, estratégias e as pessoas; para, por fim, tratar-se da implementação da mudança e seus principais aspectos.

5.6.1 Análise das Dimensões da Mudança Organizacional na Camed

5.6.1.1 Dimensão Intencionalidade da Mudança: Por Que Mudou a Camed?

Na análise dos DSCs proferidos pelos gestores da Camed permitiu-se percorrer os caminhos que a Camed trilhou a partir de dois fortes elementos indutores do seu processo de mudança: 1) As mudanças macroeconômicas atravessadas pelo Brasil, onde, em função dos aspectos ligados ao novo período de estabilidade econômica pós Plano Real, a Camed enfrentou alterações ligadas à perda das receitas financeiras advindas do processo inflacionário, estagnação dos salários e redução de novas contratações no seu patrocinador, o BNB; 2) As macromudanças da saúde suplementar advindas do processo regulatório do setor, o qual teve início com a promulgação da Lei 9.656/98.

Com base no descrito acima, pôde-se compreender as razões que levaram a Camed a adotar um processo de mudança, como uma reconfiguração estratégica voltada para a abertura ao mercado concorrencial, atuando também como operadora de medicina de grupo. Nesse sentido, a análise do conjunto dos DSCs decorrentes da dimensão intencionalidade da mudança permitiu a compreensão das razões que levaram a Camed à mudança. Em síntese, por que a Camed mudou, está demonstrado a seguir:

- IC-1 A regulação foi necessária e promoveu macromudanças na saúde suplementar;
- IC-2 As macromudanças da saúde suplementar, oriundas da regulação, promoveram mudanças na Camed;
- IC-3 A necessidade de novas receitas demandou mudanças na Camed.

Na percepção de 100% dos depoentes que formaram a IC-1, a regulação foi necessária e importante, pois corrigiu várias questões ligadas aos direitos dos consumidores e impulsionou as operadoras de planos de saúde para um processo de mudanças, decorrentes das transformações promovidas pela ANS no seu ambiente de negócios. Tais aspectos estão presentes nas ponderações de autores como Ribeiro (2001) e Santos, F. (2006) que abordam que a regulação foi impulsionada pela necessidade de corrigir problemas ligados à assimetria de informação, bem como para prover mais segurança aos consumidores, por meio da implantação de controles financeiros e garantias para as operadoras de planos de saúde.

Por conseguinte, nos DSCs apresentados a partir das observações constantes na IC-2 e na IC-3, a Camed mostra-se integralmente presente nos conceitos listados na seção de número cinco desta pesquisa. Pois, enquanto na perspectiva da IC-2, o processo de mudança na Camed foi reativo; por outro lado, na IC-3, foi voluntário.

Nesse sentido, a mudança voluntária se processou quando a Camed iniciou o processo de mudança antes mesmo da regulação, buscando novas fontes de receitas, como forma de se antecipar a cenários futuros previstos como desfavoráveis decorrentes das questões macroeconômicas e sociais que a circundavam, o que culminou na abertura para o mercado. Contudo, como posteriormente ocorreu a regulação da saúde suplementar, a Camed foi obrigada a promover uma série de mudanças, desta vez, de forma reativa, em decorrência das exigências da ANS. Deste modo, em sua perspectiva reativa, as mudanças refletem as transformações ocorridas nas organizações visando a adequação; motivadas pela necessidade de manter a sustentabilidade e permanência no mercado, fruto do tríade monitoramento ambiental, planejamento e mudanças, que enfrentam as organizações quanto ao seu objeto (SANTOS, M. 2004; CASTRO; POLO; PORTO, 2008).

Quadro 19 - Intencionalidade da mudança na Camed

DIMENSÃO	CATEGORIA	RESULTADOS DA PESQUISA
Intencionalidade (Por que muda?)	<ul style="list-style-type: none"> • Reativas • Voluntárias 	<ul style="list-style-type: none"> • A mudança reativa ocorreu em função da necessidade de adequação decorrente da regulação; • A Mudança voluntária ocorreu como uma identificação da necessidade de novas fontes de receitas em função das ameaças decorrentes do cenário macroeconômico que se apresentava no período posterior ao Plano Real.

Fonte: Desenvolvido pelo autor.

Por fim, permitiu-se que esta investigação científica, a partir das reflexões dos gestores da Camed, a compreensão de que a Camed mudou para adequar-se ao ambiente com objetivo de garantir a sua sustentabilidade, sendo esta mudança reativa numa determinada situação e voluntária em outra, conforme ressaltado no Quadro 19. Desse modo, a partir das análises apresentadas, pôde-se concluir por que a organização mudou, bem como avançar para a dimensão relativa ao seu objeto, visando esclarecer o que mudou na Camed.

5.6.1.2 Dimensão Objeto da Mudança: Que Mudou na Camed?

Ao avaliar a dimensão objeto da mudança, os DSCs constantes nos quadros 12 a 15 apresentam as posições dos gestores da Camed sobre o sistema que envolve os principais aspectos do que muda numa organização, que são compostos pela estratégia, estrutura, tecnologia e as pessoas. Com base no que foi demonstrado, emerge a questão da adequação ambiental, a partir de uma nova visão da estratégia, desencadeada por mudanças advindas do ambiente. Nessa linha de análise, diversos autores como Porter (1989); Fischer (1992); Machado-da-Silva e Fernandes (1998); Vaitsman (2001) expuseram suas considerações em relação à mudança estratégica e sua interconexão com as mudanças na estrutura e, em especial, nas práticas de gestão, englobando, a necessidade de integração das pessoas ao processo de mudança.

A partir desta perspectiva, observou-se, na sequência, que o DSC constante no Quadro 15 aponta justamente para a mudança de cunho estratégico promovida pela Camed, com a abertura para o mercado. Desse modo, este DSC apresenta os depoimentos dos gestores da Camed sobre a operação como medicina de grupo, como desencadeadora de vários pontos positivos para a Camed, como o fortalecimento da sua marca, expandindo-a além dos limites da autogestão, o aumento do poder de negociação com seus fornecedores e prestadores de serviço, além da forte influência, em conjunto com o processo regulatório, nas mudanças estruturais, tecnológicas e, sobretudo, na profissionalização dos integrantes da organização.

A seu turno, o Quadro 12 aborda as mudanças estruturais necessárias para fazer face às novas demandas decorrentes da abertura para o mercado e da regulação na saúde suplementar. Nesse sentido, apontam para a criação de novas áreas como negócios e *marketing*, produtos, bem como o fortalecimentos de outras como jurídico, normas e regulação, atendimento a clientes, tecnologia, dentre outras. Sobre a tecnologia e seu processo de mudanças, os gestores apresentam no Quadro 13 a ideia de que, apesar de ainda não o

suficiente, a Camed promoveu importantes mudanças tecnológicas, notadamente ligadas à modernização do seu sistema de gestão e criação de sistemas de suporte para as novas demandas oriundas da medicina de grupo, bem como para o atendimento das exigências da ANS.

Por fim, o Quadro 14 aponta na sua ideia central a questão para as demandas geradas em função das mudanças promovidas na Camed, que contribuíram para uma maior profissionalização das pessoas. Este DSC trata de um tema extremamente relevante para o processo de mudanças, que são as pessoas que compõem uma organização e seu nível de profissionalização, sendo que nesse aspecto, 79% (11) dos gestores ressaltaram que ocorreu uma influência positiva dos processos de mudança na profissionalização das pessoas.

A partir dos apontamentos anteriores, verificou-se que a profissionalização dos quadros na Camed deu-se por dois aspectos: No primeiro, houve uma busca espontânea por qualificação em função da necessidade de atender às novas demandas de mercado e a regulação; e, no segundo, a Camed contribuiu proativamente para este aprimoramento profissional, por meio do envio de pessoas aos treinamentos e feiras realizados pela ANS, pelo trabalho interno de capacitação via treinamentos internos e subsídios para cursos de pós-graduação e mestrado e pela oxigenação dos quadros com a contratação de profissionais oriundos do mercado, que contribuíram com sua experiência e conhecimento no aprimoramento das pessoas. Assim, a preocupação em aprimorar o instrumental das pessoas para os novos desafios originados no processo de mudança, é também defendida por Fischer (1992) e Bitencourt (2004), que apontam o desenvolvimento das competências nas pessoas que compõem uma organização como fator preponderante para a modernização, execução das estratégias e, conseqüentemente, para a mudança.

Em suma, as observações feitas sobre as mudanças estruturais e envolvimento das pessoas no processo de mudanças têm seu posicionamento corroborado por autores que em seus trabalhos abordam as reformas estruturais e as competências individuais, como questões voltadas à aplicação das estratégias promotoras das mudanças (RODRIGUES; CHILD; LUZ, 2004; BIDO *et al*, 2010; PANTOJA; NEIVA, 2010).

Tem-se, assim, a conclusão dos elementos contidos na parte do quadro analítico que abarca a dimensão de análise II - objeto da mudança (Quadro 20), que se propõe a estudar o que muda na organização e, neste estudo de caso, o que mudou na Camed. Nesse ponto, esta

pesquisa responde, aderente ao referencial teórico, a esta questão ao apresentar seus resultados e constatar que a Camed mudou: a) em relação à sua estrutura, o que foi corroborado por 100% dos depoimentos; b) em relação à tecnologia para atender às exigências da ANS e da operação de medicina de grupo, posicionamento este que confirmado por 93% dos depoentes; c) contribuiu para a mudança na profissionalização das pessoas que a integram na visão de 79% por gestores; d) e, por fim, 71% dos depoentes concordam que a Camed promoveu sua principal mudança estratégica na abertura para o mercado.

Quadro 20 - Objeto da mudança na Camed

DIMENSÃO	CATEGORIA	RESULTADOS DA PESQUISA
Objeto (Que muda?)	<ul style="list-style-type: none"> • Estratégicas • Estruturais • Tecnológicas • De pessoas 	<ul style="list-style-type: none"> • A mudança estratégica de maior impacto foi a criação de uma organização para atuar como operadora de medicina de grupo; • As mudanças estruturais foram o reflexo dos processos de mudança reativa e voluntária que acarretaram alterações nos processos organizacionais e a criação de novas áreas como negócios e <i>Marketing</i>, bem como, ampliação de outras, incluindo jurídico, tecnologia, cadastro, normas e regulação; • As mudanças tecnológicas ocorreram na Camed, contudo ainda existe uma forte demanda interna por investimentos; • Ocorreu na Camed um claro processo de profissionalização das pessoas, sendo o mesmo influenciado tanto por um processo reeducativo, quanto pelo aprendizado decorrente da interação com os novos contratados.

Fonte: Desenvolvido pelo autor.

Assim, pode-se avançar para a última dimensão do quadro que aborda a implementação da mudança organizacional, tendo como suporte o conhecimento que foi gerado nas dimensões intencionalidade e objeto da mudança.

5.6.1.3 Dimensão Implementação da Mudança: Como Mudou a Camed?

A dimensão implementação da mudança envolve o transcurso das ações que visam a adoção das novas estratégias empresariais objetivando a adaptação ao ambiente e, conseqüentemente, à execução das mudanças pretendidas. Como observado no referencial teórico, esta implementação pode ser coercitiva ou reeducativa, sendo que quanto mais participativo/educativo e menos coercitivo for o processo, maior a possibilidade de aceitação das pessoas à mudança.

Isto posto, o DSC contante no Quadro 18 apresentou como ideia central que a Camed promoveu a implementação das mudanças de forma participativa. Nessa perspectiva, a pesquisa torna transparente que 64% (9) dos gestores da Camed validaram a forma de implementação das mudanças, ao considerarem no seu discurso que, apesar da estratégia inicial de abertura para o mercado ter sido definida pela alta administração da organização, o que, inicialmente, pode-se compreender como uma ação coercitiva, seu processo de implementação foi participativo, sendo explicitado no respectivo DSC a preocupação em disseminar a informação sobre a mudança, mostrando, como foi dito, o novo modelo de gestão e operação e tendo como premissa a comunicação direta e objetiva com as pessoas, como pode ser observado no Quadro 21. Vale ressaltar que autores como Silva e Vergara (2003) expressam preocupação com a informação em momentos de mudança, ao citar que a falta de uma comunicação clara sobre os objetivos estratégicos é um dos maiores empecilhos à gestão.

De modo complementar, destaca-se outro aspecto relevante apontado pelos depoentes, que foi a preocupação da organização com o envolvimento das pessoas no processo de mudanças, fato este ressaltado positivamente no DSC, ao declarar que, num enfoque participativo, foram criados grupos de trabalho, a princípio com número restrito de pessoas, mas aumentando em número e atuando com o objetivo de permear toda a organização.

Nessa mesma linha de raciocínio, esse DSC ressalta também que a visão participativa, somada à abertura para ideias e sugestões advindas de todos os integrantes da Camed, foi um fato relevante e sua contribuição efetiva, deveras decisiva para a implementação das mudanças. Nesse mesmo contexto, Santos, M. (2004) aponta que, quando reeducativa, a mudança visa a integração das pessoas à estratégia, de forma participativa, privilegiando um modelo voltado à transparência, capacitação e convencimento.

Quadro 21 - Implementação da mudança na Camed

DIMENSÃO	CATEGORIA	RESULTADOS DA PESQUISA
Implementação (Como muda?)	<ul style="list-style-type: none"> • Reeducativa • Coercitiva 	<ul style="list-style-type: none"> • Os achados desta pesquisa permitem afirmar que as macromudanças da saúde suplementar promoveram mudanças na dinâmica da Camed. Contudo, a implementação da mudança ocorreu de forma participativa e reeducativa, uma vez que a organização estudada preocupou-se em fazer com que a nova estratégia permeasse toda a organização.

Fonte: Desenvolvido pelo autor.

Em suma, avança-se para a conclusão da pesquisa, compreendendo que o objetivo da investigação científica se realizou, ao permitir a observação de um fenômeno único em suas características, a partir deste estudo de caso que visa esclarecer como as macromudanças da saúde suplementar impactaram na dinâmica organizacional da Camed, originalmente uma operadora de autogestão em saúde.

6 CONCLUSÃO E SUGESTÕES PARA PESQUISAS FUTURAS

A partir do que foi apresentado neste estudo, esta seção abordará a conclusão, limites e sugestões para pesquisas futuras, uma vez que este trabalho se propôs a contribuir com a ciência, por meio do estudo de caso simples, de um fenômeno singular no país - a transformação de uma operadora de planos de saúde, atuante na modalidade de autogestão, para um modelo misto, atuando também como medicina de grupo. Nesse sentido, considerando-se todas as dimensões de análise da mudança organizacional que foram apresentadas, bem como o arcabouço teórico construído neste trabalho sobre a saúde suplementar e seus períodos pré e pós-regulação, permitiu-se o encaminhamento para a conclusão desta pesquisa, respondendo a pergunta de partida:

Como as Macromudanças da Saúde Suplementar Impactaram na Dinâmica Organizacional da Camed, Originalmente, uma Operadora de Autogestão em Saúde?

A sumarização exposta na seção cinco, que apresentou os resultados da pesquisa, avançando sobre as dimensões de análise e seus resultados, atingiu o objetivo geral deste estudo ao esclarecer que a dinâmica organizacional da Camed foi impactada por dois aspectos que promoveram macromudanças no setor. Foram eles: a estabilização da economia com o advento do Plano Real e a regulação da saúde suplementar no Brasil.

Tais impactos na dinâmica da Camed promoveram a sua maior mudança estratégica, que foi a transformação de uma operadora de autogestão em saúde numa operadora também da modalidade medicina de grupo, atuando ambas sob uma mesma estrutura, tecnologia e suporte de pessoal, tornando-se essa organização, um caso singular no país, que justifica o advento deste estudo.

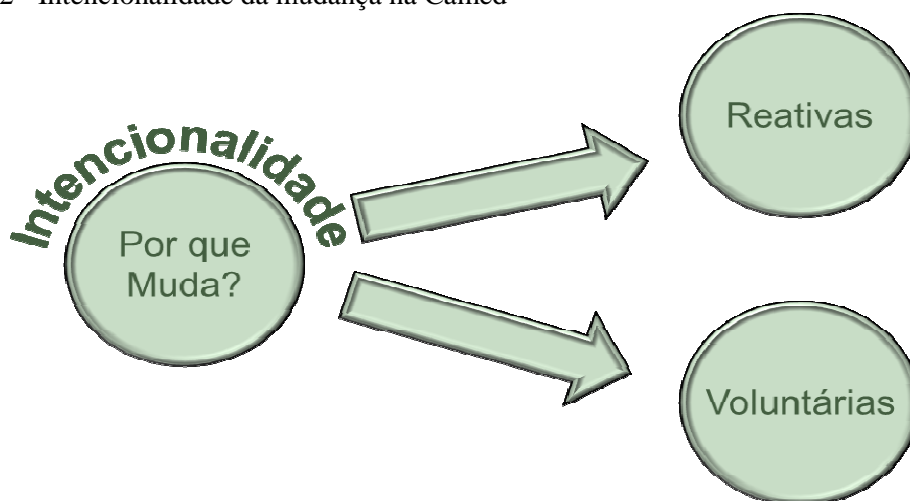
Desta forma, o presente trabalho enfrentou o desafio de articular dois temas extremamente importantes que são; por um lado, a regulação da saúde suplementar no Brasil, que, em 2013, completa 15 anos de existência; e, por outro lado, o tema mudança organizacional e suas dimensões de análise, adotando como estratégia de pesquisa, o estudo de caso simples, de uma organização que atua há 35 anos no setor. Por conseguinte, os objetivos específicos ligados a investigar o setor da saúde suplementar, os fatores que impulsionaram a sua regulação e os impactos desta regulação serviram de alicerce para o atingimento do objetivo geral desta dissertação.

Vale ressaltar que, durante o transcurso desta pesquisa, temas importantes para o setor da saúde suplementar foram tratados, atingindo os objetivos específicos da mesma, que visam: a descrição do mercado de saúde suplementar no Brasil antes e após a regulação, com ênfase nos aspectos que geravam insatisfação aos usuários do sistema e resultados das medidas corretivas pós-regulação adotadas pelo governo. Além disso, de modo complementar, descreveram-se as modalidades de operadoras de planos de saúde que compõem o mercado da saúde suplementar, com ênfase na caracterização da autogestão em saúde dentro do contexto das modalidades de operadoras que o compõem, bem como na análise do cenário de mudanças criado a partir do marco regulatório do setor. Por fim, buscou-se identificar como os processos de mudanças afetam as organizações e pesquisar sobre o impacto da mudança na Camed.

Sem embargo, apesar de não tão vasta a produção científica sobre a saúde suplementar na Brasil, o atingimento dos objetivos específicos voltados a conhecer melhor o setor e suas transformações permitiu a criação do amálgama que uniu esta base conceitual ao estudo da mudança organizacional. Deste modo, a abordagem da mudança organizacional buscou estudar este fenômeno sob três dimensões: 1) intencionalidade; 2) objeto; e 3) forma de implementação da mudança organizacional. Juntas, estas três dimensões responderam questões ligadas a identificar por que, o que e como muda uma organização, elucidando, por fim, a pergunta orientadora desta pesquisa.

Com base nesses elementos, conclui-se que, na dimensão intencionalidade da mudança, o processo ocorreu na Camed de forma ambígua, sendo reativa no âmbito do atendimento às exigências geradas no processo regulatório e; por outro lado, sendo voluntária, principalmente em função da decisão estratégica de abertura para o mercado, motivada pela leitura do cenário macroeconômico existente à época, conforme ilustra a Figura 2.

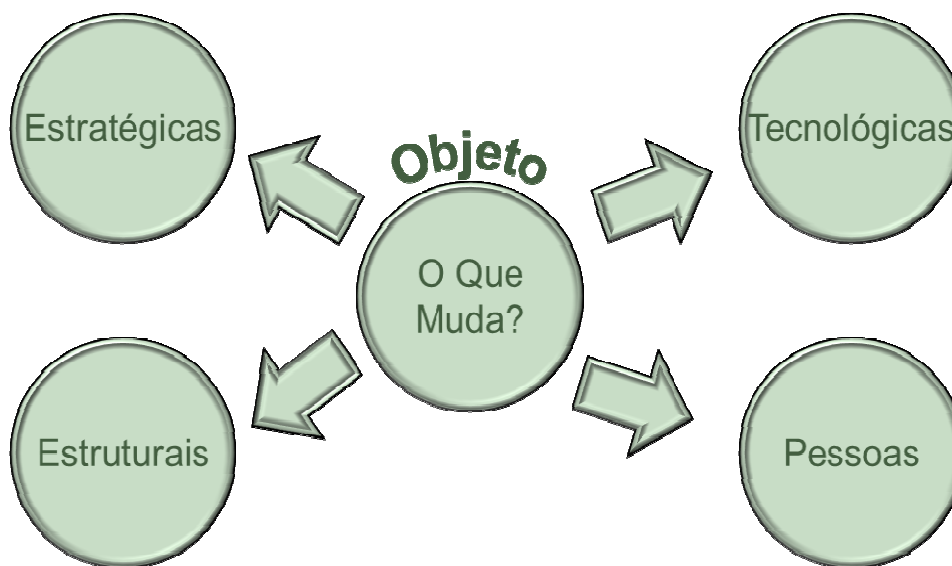
Figura 2 - Intencionalidade da mudança na Camed



Fonte: Desenvolvido pelo autor.

Na dimensão objeto, constatou-se que a Camed promoveu as mudanças estratégicas, estruturais, tecnológicas e com as pessoas, previstas na base teórica desta dissertação e ilustrado na Figura 3.

Figura 3 - Objeto da mudança na Camed

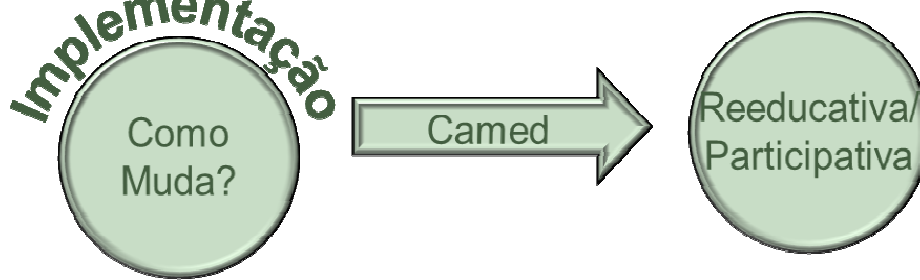


Fonte: Desenvolvido pelo autor.

Por fim, destaca-se que a unidade de análise empírica desta pesquisa mostrou-se plenamente aderente aos conceitos de implementação da mudança no formato participativo/reeducativo desta dimensão. Entretanto, é importante ressaltar que um achado desta pesquisa nos remete a observar que, apesar do caráter participativo e reeducativo, em

sua fase inicial o processo da mudança ocorreu de forma impositiva por ter emanado da alta administração da organização estudada, o que não altera o caráter participativo/reeducativo identificado na implementação da mudança e ilustrado pela Figura 4.

Figura 4 - Implementação da mudança na Camed



Fonte: Desenvolvido pelo autor.

Como sugestões para pesquisas futuras, especialmente em relação à saúde suplementar e, tendo como ponto de análise a mudança organizacional, recomenda-se avançar em futuras pesquisas com outros segmentos, além de novas abordagens metodológicas, como as seguradoras especializadas em saúde, cooperativas médicas, bem assim de outros operadores do sistema, a exemplo das administradoras de benefícios. Vale assinalar que esta pesquisa possui limitações, mormente por considerar que, sendo única sua aplicabilidade, apresenta-se num âmbito intrínseco à organização estudada e com grupo focal de gestores da organização estudada.

Acredita-se, desta forma, ter contribuído com a geração e difusão do conhecimento sobre um setor extremamente importante que é a saúde suplementar, bem como no aprofundamento de temas sempre relevantes e atuais, como os ligados aos processos da mudança organizacional.

REFERÊNCIAS

- AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR – ANS. **Caderno de informação da saúde suplementar:** beneficiários, operadoras e planos. Ano I -Dados eletrônicos. Rio de Janeiro: ANS, 2011a
- AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR – ANS. **Caderno de informação da saúde suplementar:** beneficiários, operadoras e planos. Ano I. Dados eletrônicos. Rio de Janeiro: ANS, 2013a.
- AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR – ANS. 2011b. **Legislação da Saúde Suplementar.** Disponível em: <www.ans.gov.br > Acesso em: 12 set. 2011.
- AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR – ANS. 2013b. **Planos de saúde e operadoras.** Disponível em: <www.ans.gov.br > Acesso em: 21 set. 2013.
- ANDREAZZI, Maria de Fátima Siliansky. **Teias e tramas:** relações público-privadas no setor saúde brasileiro dos anos 90. 2002. Tese (Doutorado)- Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro – UFRJ, Rio de Janeiro, 2002.
- ALMEIDA, Neylla Carolina Pamponet. **Aprendizagem organizacional e formação de gestores:** um estudo de caso na Braskem. 2011. Dissertação (Mestrado)-Programa de Pós-graduação em Administração, UNIFACS, Salvador, 2011.
- ARAÚJO, Ângela Maria. **A regulação do mercado de saúde suplementar no Brasil:** barreiras à entrada e à saída de operadoras de planos privados de assistência à saúde. 2004. Dissertação (Mestrado)- Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2004.
- ASSOCIAÇÃO MÉDICA BRASILEIRA – AMB. **TUSS - Terminologia Unificada da Saúde Suplementar.** Disponível em: <www.amb.org.br> Acesso em: 21 set. 2011.
- BAHIA, Ligia. O mercado de planos e seguros de saúde no Brasil: tendências pós-regulamentação In: NEGRI, B. ; GIOVANNI (Org.). **Brasil: radiografia da saúde.** Campinas, SP: IE-UNICAMP; Ministério da Saúde, 2001a. p. 325-361.
- BAHIA, Ligia. (2001b) **Planos privados de saúde:** luzes e sombras no debate setorial ... 2001b. Disponível em: <http://www.bancodonordeste.gov.br > Acesso em: 12 jun. 2011.
- BARBIEUX, Denise. Proposição de um modelo de análise de capacidade inovativa: das informações à mudança tecnológica. In: ENANPAD, 35., 2011. Rio de Janeiro, RJ. **Anais..**, Rio de Janeiro, RJ, 2011 .
- BASTOS, Antonio Virgílio B.; SANTOS, Mariana Viana. Redes sociais informais e compartilhamento de significados sobre mudança organizacional. **Revista de Administração de Empresas**, v. 47, n. 3, p. 27-39, 2007.
- BIDO, Diógenes de Souza et al. Relação entre a aprendizagem organizacional e o desempenho organizacional: uma abordagem baseada no conceito de estoques e fluxos de

aprendizagem. In: ENANPAD, 34., 2010, Rio de Janeiro, RJ. **Anais...** Rio de Janeiro, RJ, 2010.

BITENCOURT, Claudia Cristina. A gestão de competências gerenciais e a contribuição da aprendizagem organizacional. **Revista de Administração de Empresas**, v. 44, n. 1, p. 58-69, 2004.

BRAGA, Ayala Liberato; GIORDANI, Estela Maris. Da aprendizagem educacional a aprendizagem organizacional: há um verdadeiro entendimento sobre o tema? In: ENANPAD, 34., 2010, Rio de Janeiro, RJ. **Anais...** Rio de Janeiro, RJ, 010.

BRAGA, José Carlos de Souza; SILVA, Luiz Barros. A mercantilização admissível e as políticas públicas inadiáveis: estrutura e dinâmica do setor saúde no Brasil. In: NEGRI, B.; GIOVANNI (Org.). **Brasil: radiografia da saúde**. Campinas, SP: IE-UNICAMP; Ministério da Saúde. 2001. p. 19-44.

BRASIL. **Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil**. Capítulo da Saúde. Brasília, 1988.

BRASIL. Lei nº 9.656. Regulamenta a Saúde Suplementar no Brasil. **Diário Oficial da União**, Brasília, 2 de junho de 1998.

BRASIL. Lei nº 9.961, de 28 de janeiro de 2000. Cria a Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS. **Diário Oficial da União**, Brasília, Seção Extra, 2000.

BRITO, Paulo. **Economia Brasileira: planos econômicos e políticas econômicas básicas**. São Paulo: Atlas, 2004.

CAMED. **História**. Disponível em <<http://www.camed.com.br>>. Acesso em: 15 set. 2013.

CARDOSO, Heden; FREIRE, Luis Carlos. Mudança e aprendizagem nas organizações. In: LIMA, Susana Maria Valle (Org.). **Mudança organizacional: teoria e gestão**. Rio de Janeiro, RJ: Editora FGV, 2003. p. 163-190.

CASTRO, José Márcio; BASQUES, Paula Valadares. Mudança e inovação organizacional: estudo de caso em uma empresa do cluster de biotecnologia em Minas Gerais. **Revista de Administração Mackenzie**, v. 7, n. 1, p. 71-95, 2006.

CASTRO, Pedro Marcos Roma; POLO, Edilson Fernandes; PORTO, Geciane Silveira. Treinamento, desenvolvimento e mudança: uma articulação possível e necessária. In: ENANPAD, 32., 2008, Rio de Janeiro, RJ. **Anais...** Rio de Janeiro, RJ, 2008.

CHAVIER, Emilio Rodrigues. **Os problemas da saúde suplementar brasileira**. Disponível em: <http://www.exame.com.br/artigos/saude_suplementar.html>. Acesso em: 21 out. 2003.

CIEFAS. **A história da autogestão em saúde no Brasil**. São Paulo: CIEFAS, 2000.

CRESTANA, Maria Fazanelli. Bibliotecários da área médica: o discurso a respeito da profissão. **Revista Perspectiva cient. inf. Belo Horizonte**, v. 8, n. 2, p. 134-149, 2003.

CRUZ, Marcelo Alves, et al. O estudo do processo de mudança na cultura organizacional de um banco estatal após a privatização: o caso Banespa. In: ENANPAD, 34., 2010, Rio de Janeiro, RJ. **Anais...** Rio de Janeiro, RJ, 2010.

DIAS, Rigoleta Dutra Mediano. **A informação na regulação da saúde suplementar**. 2004. Dissertação. (Mestrado)-Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2004.

DONALDSON, L. Teoria da contingência estrutural. In: CLEGG, S. R.; Hardy, C; NORD, W. **Handbook de estudos organizacionais**. São Paulo: Atlas, 1999. v.1.

FALCÃO, Eliane Brígida Moraes; SANTOS, Alessandra Guida dos; LUIZ, Ronir Raggio. Conhecendo o mundo social dos estudantes: encontrando a ciência e a religião. **Revista Electrónica de Enseñanza de Las Ciencias**, v. 7, n. 2, p. 420-438, 2008.

FARIA, Luciana de Oliveira; FISCHER, Tânia. Privatização, mudança e evolução da estrutura organizacional em três momentos: Tebasa, Telebahia e Telemar. **Revista O&S**, v. 8, n. 21, maio-ago, p. 59-75, 2001.

FEDERAÇÃO BRASILEIRA DE HOSPITAIS. **Institucional**. Disponível em: <<http://www.fbh.com.br>>. Acesso em: 12 dez.2013.

FERRAZ, Marcos Bosi. **Dilemas e escolhas do sistema de saúde**. Rio de Janeiro: Medbook. 2008.

FERNANDES, Karina Ribeiro; ZANELLI, José Carlos. O processo de construção e reconstrução das identidades dos indivíduos nas organizações. **Revista de Administração Contemporânea**, v. 10, n. 1, p. 55-72, jan.-mar. 2006.

FISCHER, Rosa Maria. A modernidade de gestão em tempos de cólera. **Revista de Administração**, v. 27, n. 4, p. 58-64, out.-dez. 1992.

FEUERSCHUTTER, Simone Ghisi. Cultura organizacional e dependências de poder: a mudança estruturas em uma organização do ramo de informática. **Revista de Administração Contemporânea**, v. 1, n. 2, p. 73-95, maio-ago. 1997.

GAMA, Anete Maria. **Caracterização da autogestão no processo de regulamentação do setor suplementar de saúde**. 2003. Dissertação. (Mestrado)- Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2003.

GOUVEIA, Maria Thereza Carolina de Souza. **O modelo de agência reguladora e a ANS: construção do regime regulatório na saúde suplementar**. Rio de Janeiro: [s.n.], 2004.

GREIFFO, Tamara, et al. Mudança ambiental no setor de rochas ornamentais: as empresas no Espírito Santo. In: ENANPAD, 30., 2006, Salvador, BA. **Anais...** Salvador, BA, 2006.

HERNANDEZ, José mauro da Costa; CALDAS, Miguel Pinto. Resistência à mudança: uma revisão crítica. **Revista de Administração de Empresas**, v. 41, n. 2, p. 31-45, 2001.

JATAHY, Paulo José de Castro; VIEIRA, Marcelo Milano falcão. Mudança organizacional, controle e desempenho: a experiência do Banco Central do Brasil com o combate à lavagem de dinheiro. **Revista O&S**, v. 11, n. 31, p. 77-101, set.-dez. 2004.

JOSEMIN, Gilberto Clóvis. Entendimento interpretativo em pesquisa qualitativa sobre sistemas de informação. In: ENANPAD, 35, 2011 Rio de Janeiro, RJ. **Anais...** Rio de Janeiro, RJ,2011.

KOTLER, Philip. Marketing 3.0 o novo papel do marketing em uma economia conectada por redes. In: SEMINÁRIO HSM PHILIP KOTLER, 30 set. 2011, Fortaleza. **Material apoio...** Fortaleza: HSM, 2011.

LEFEVRE, Fernando; LEFEVRE, Ana Maria Cavalcanti. **Depoimentos e discursos: uma proposta de análise em pesquisa social.** Brasília: Liber Livro Editora,2005.

LEFEVRE, Fernando; LEFEVRE, Ana Maria Cavalcanti. O sujeito coletivo que fala. **Revista Interface**, v.0, n. 20, p. 517-524, jul.dez.2006.

LEFEVRE, F.; LEFEVRE, A. M. C.; TEIXEIRA, J. J. V. **O Discurso do sujeito coletivo: uma nova abordagem metodológica em pesquisa qualitativa.** Caxias do Sul: EDUCS, 000.

LIMA, Suzana Maria Valle; BRESSAN, Cyndia Laura. Mudança Organizacional: uma introdução. In:LIMA, Susana Maria Valle (Org.). **Mudança organizacional: teoria e gestão.** Rio de Janeiro, RJ: Editora FGV, 2003., p. 163-190.

MACHADO-DA-SILVA, Clóvis L.; FERNANDES, Bruno H. Rocha. Mudança ambiental e reorientação estratégica: estudo de caso em instituição bancária. **Revista de Administração de Empresas**, v. 38, n. 4, p. 46-56, 1998.

MACHADO-DA-SILVA, Clóvis L.; GRAEFF, Julia Furlanetto. Desenvolvimento e institucionalização de práticas em espaços sócioterritoriais: a região dos Campos Gerais. **Revista O&S**, v. 15, n. 45, p. 233-252, abr.-jun. 2008.

MATOS, Luciane. A crise da saúde privada no Brasil. **Revista Brasileira de Economia de Empresas**, 2002, v. 2, n. 1, p. 9-21, jan.-maio 2002.

MENICUCCI, Telma Maria Gonçalves. A reforma sanitária brasileira e as relações entre o público e o privado. In: SANTOS, N. ; AMARANTE (Org.). **Gestão pública e relação público privado na saúde.** Rio de Janeiro: Cebes, 2010.

MINTZBERG, Henry; AHLSTRAND, Bruce; LAMPEL, Joseph. **Safári de estratégia: um roteiro pela selva do planejamento estratégico.** Porto Alegre: Bookman, 2000.

MONTONE, Januário. **O impacto da regulamentação no setor de saúde suplementar.** Ministério da Saúde, Agência Nacional de Saúde Suplementar. Rio de Janeiro: ANS, 2001.

MONTONE, Januário. **Evolução e desafios da regulação do setor de saúde suplementar.** Rio de Janeiro: Ministério da Saúde; Agência Nacional de Saúde Suplementar; ANS, 2003.

MORGAN, Gareth. **Imagens da organização.** São Paulo: Atlas, 2007.

NAKATA, Lina Eiko. As expectativas de aprendizagem nas organizações atuantes no Brasil. In: ENANPAD, 34, 2010. Rio de Janeiro, RJ. **Anais...** Rio de Janeiro, RJ, 2010.

NEIVA, Elaine Rabelo. Metodologia para avaliação da mudança organizacional. In: LIMA, Susana Maria Valle (Org.). **Mudança organizacional: teoria e gestão**. Rio de Janeiro, RJ: Editora FGV, 2003. p. 191-215.

NEIVA, Elaine Rabelo; DOMINGOS, Sérgio Gabriel. Validação de instrumento para avaliação da capacidade organizacional para a mudança. In: ENANPAD, 35, 2010. Rio de Janeiro, RJ. **Anais...** Rio de Janeiro, RJ, 2011.

NITÃO, Samara Rachel Vieira. **Saúde suplementar no Brasil: um estudo da dinâmica industrial pós-regulamentação**. 2004. Dissertação (Mestrado)- Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2004.

NUNES, André. A Economia da regulação e a teoria política positiva: uma análise da regulação das empresas de assistência médica no Brasil. **Revista Brasileira de Economia de Empresas**. Brasília: Editora Universa, v.2, n.1, p. 51-59, jan.-maio, 2002.

OCKÉ-REIS, Carlos Octávio; ANDREAZZI, Maria de Fátima Siliansky; SILVEIRA, Fernando Gaiger. O mercado de planos de saúde no Brasil: uma criação do Estado? **Revista de Economia Contemporânea**. Rio de Janeiro, v.10, n.1, abr. 2006.

OLLAIK, Leila Giandoni; ZILLER, Henrique Moraes. Concepções de validade em pesquisas qualitativas. In: ENANPAD, 35, 2011. Rio de Janeiro, RJ. **Anais...** Rio de Janeiro, RJ, 2011.

OLIVA, Eduardo de Camargo. A privatização de empresas siderúrgicas brasileiras: reflexos na gestão de recursos humanos. **Revista de Administração Contemporânea**, v. 6, n. 1, p. 145-161, jan-abr, 2002.

OTTOBONI, Célia. Perspectivas de triangulação entre diferentes paradigmas na pesquisa em administração. In: ENANPAD, 33, 2009. São Paulo. **Anais...** São Paulo, 2009.

PANTOJA, Maria Júlia; NEIVA, Elaine Rabelo. Aprendizagem e mudança organizacional: das relações entre atitudes frente à mudança e estratégias de aprendizagem no trabalho. In: ENANPAD, 34, 2010. Rio de Janeiro, RJ. **Anais...** Rio de Janeiro, RJ, 2010.

PEREIRA, Mauricio Fernandes. Mudanças estratégicas em organizações hospitalares: uma abordagem contextual e processual. **Revista de Administração de Empresas**, v. 40, n. 3, p. 83-96, 2000.

PEREIRA, Viviane dos Santos. **Houve mudanças no perfil das operadoras de planos de saúde após a criação da ANS?** Um estudo exploratório. Ministério da Saúde, Agência Nacional de Saúde Suplementar. Rio de Janeiro: ANS, 2010.

PILATI, Ronaldo. O comprometimento do trabalhador e a mudança organizacional. In: LIMA, Susana Maria Valle (Org.). **Mudança organizacional: teoria e gestão**. Rio de Janeiro, RJ: Editora FGV, 2003. p. 267-289.

PINTO, Mario Couto Soares; COUTO-DE-SOUZA, Cristina Lyra. Mudança organizacional em uma empresa familiar brasileira. **Revista de Administração Pública**, v. 43, n. 3, p. 609-634, 2009.

PLOTHOW, Célia Bueno de André. **Fatores contingenciais à estratégia de remuneração da força de vendas**. 2006. Dissertação (Mestrado)-FEA – Faculdade de Economia, Administração e Contabilidade, Universidade de São Paulo - USP, São Paulo, 2006.

PÓ, Marcos. Institucionalidade e desafios da regulação na área de saúde no Brasil. In: SANTOS, N. ; AMARANTE (Org.). **Gestão pública e relação público privado na saúde**. Rio de Janeiro: Cebes, 2010. p. 243-266.

PORTER, Michael E. **Vantagem competitiva: criando e sustentando um desempenho superior**. Rio de Janeiro: Elsevier, 1989.

PORTER, Michael E. ; TEISBERG, Elizabeth Olmsted. **Repensando a saúde: estratégias para melhorar a qualidade e reduzir os custos**. Porto Alegre: Bookman, 2007.

PROTIL, Roberto Max. Mudança organizacional frente a novas tecnologias: um estudo de caso em uma cooperativa agroindustrial. In: ENANPAD, 27., 2003. Atibaia, SP. **Anais...** Atibaia, SP, 2003.

RIBEIRO, José Mendes. Regulação e contratualização no setor saúde. In; NEGRI, B. ; GIOVANNI (Org.). **Brasil: radiografia da saúde**. Campinas, SP: IE-UNICAMP; Ministério da Saúde, 2001. p. 410-443.

RODRIGUES, Susana B.; CHILD, John; LUZ, Talita R. Aprendizagem contestada em ambiente de mudança radical. **Revista de Administração de Empresas**, v. 44, n. 1, p. 27-43, 2004.

SAMPAIO, Jáder dos Reis; TAVARES, Karlyson de Castro. Estruturas de T & D: o caso das empresas públicas e sociedades de economia mista do Estado de Minas Gerais. **Revista de Administração Contemporânea**, v. 5, n. 1, p. 121-144, jan.-abr, 2001.

SANTOS, Fausto Pereira. **A regulação pública da saúde no Brasil: O caso da Saúde Suplementar**. 2006. Tese (Doutorado) UNICAMP, Campinas, SP, 2006.

SANTOS, Fausto Pereira; MERHY, Emerson Elias. A regulação pública no estado brasileiro – uma revisão. **Interface – Comunicação, Saúde, Educação**, v. 10, n. 19, p. 25-41, 2006.

SANTOS, Manoel José Brum. **Qual é a lógica que orienta a administração dos planos de autogestão em saúde?** Porto Alegre, RS: [s.n.], 2006.

SANTOS, Mariana Viana. **Redes sociais informais e compartilhamento de significados sobre mudança organizacional: estudo numa empresa petroquímica da Bahia**. 2004. Dissertação (Mestrado)- Universidade Federal da Bahia – UFBA, Salvador, 2004.

SERVA, Maurício; PINHEIRO, Daniel Moraes. Epistemologia e sociologia da ciência da administração: uma reflexão inicial sobre os estudos de campo no Brasil. In: ENANPAD, 33., 2009. São Paulo. **Anais...** São Paulo, 2009.

SHIRLEY, Robert. Um modelo para análise da mudança organizacional. **Revista de Administração de Empresas**, v. 16, n. 6, p. 37-43, 1976.

SILVA, Anielson Barbosa. O contexto social da aprendizagem de gerentes. **Revista de Administração Mackenzie**, v. 9, n. 6, p. 26-52, 2008.

SILVA, Solange Maria; *et al.* Uma análise crítica do gerenciamento de pessoas com base nos critérios facilitadores de mudança. In: ENANPAD, 33., 2009. São Paulo. **Anais...** São Paulo, 2009.

SILVA, José Roberto Gomes da; VERGARA, Sylvia Constant. Sentimentos, subjetividade e supostas resistências a mudança organizacional. **Revista de Administração de Empresas**, v. 43, n. 3, p. 10-21, 2003.

SOUZA-SILVA, Jader Cristino de. **Aprendizagem organizacional: desafios e perspectivas ao desenvolvimento de comunidades de prática.** Salvador: Conhecimento Superior, 2007.

TURETA, César; ROSA, Alexandre Reis; ÁVILA, Silvio César. Da teoria sistêmica ao conceito de redes interorganizacionais: um estudo exploratório da teoria das organizações. **Revista de Administração da UNIMEP**, v. 4, n. 1, p. 1-16, 2006.

UNIDAS. **Pesquisa nacional 2001/2002.** União Nacional das Instituições de Autogestão em Saúde. São Paulo, 2003.

UNIDAS. **Autogestão em saúde no Brasil: 1980-2005: história da organização e consolidação do setor:** São Paulo, 2005.

VAITSMAN, Jeni. Gerencialismo, cultura e expectativas entre servidores públicos de saúde. **Revista de Administração Pública**, v. 35, n. 1, p. 29-47, 2001.

VILARINHO, Paulo Ferreira. **A formação do campo da saúde suplementar no Brasil.** 2003. Dissertação (Mestrado)- Escola Brasileira de Administração Pública, Fundação Getúlio Vargas, Rio de Janeiro, 2003.

WOOD JR., Thomaz. Mudança organizacional: introdução ao tema. In: WOOD JR., Thomaz (Org.). **Mudança Organizacional: aprofundando temas atuais em administração de empresas.** 2. ed. São Paulo: Atlas, 2000.

WOOD JR., Thomaz; CURADO, Isabela Baleeiro; CAMPOS, Humberto Marcelo. Vencendo a crise: mudança organizacional na Rhodia Farma. **Revista de Administração de Empresas**, v. 34, n. 5, p. 62-79, 1994.

XAVIER, Raquel Oliveira; DORNELAS, Jairo Simião. O papel do gerente numa mudança organizacional baseada em tecnologia. In: ENANPAD, 28., 2004. Curitiba, PR. **Anais...** Curitiba, PR, 2004.

YIN, Robert K. **Estudo de caso.** Planejamento e métodos. 2. ed. Porto Alegre: Bookman, 2001.

ZANNI, Pedro Pinto; MORAES, Gustavo Hermínio Salati Marcondes de; MARIOTTO, Fabio Luiz. Para que servem os estudos de caso único? In: ENANPAD, 35., 2011. Rio de Janeiro, RJ. **Anais...** Rio de Janeiro, RJ, 2011.

APÊNDICE A - Carta de Solicitação de Pesquisa Empírica

A Diretora Presidenta da Camed

Prezada Sra. Andrea Cavalcanti Correia Lima

Sou Osvaldo Viana Filho, mestrando em administração estratégica pela UNIFACS e pesquiso sobre as macromudanças da saúde suplementar e mudança organizacional.

Pretendo pesquisar especificamente a Camed, que se enquadra no princípio metodológico do estudo de caso único. Ressalto que este tipo de estudo é válido, por ser a Camed uma operadora de Autogestão que, ao promover sua abertura para o mercado, transformando-se também numa operadora de medicina de grupo, torna-se esta organização um caso único no país, considerando seu porte e diversidade de Estados onde atua.

Sendo assim, solicito autorização para realizar minha pesquisa nesta organização, citando-a diretamente na pesquisa, com protocolo de entrevistas semiestruturadas aos seus gestores, no período de dezembro de 2012 a janeiro de 2013, estendendo este prazo caso necessário.

Caso necessário, posso detalhar meu projeto de pesquisa e plano de trabalho empírico.

Atenciosamente,

Osvaldo Viana Filho

Mestrando em Administração Estratégica pela UNIFACS

APÊNDICE B - Formulário de Consentimento da Pesquisa

Pesquisador: Osvaldo Viana Filho

Mestrando em Administração pela UNIFACS

Breve descrição do projeto de pesquisa

A presente pesquisa é de cunho quali quantitativo, notadamente diante dos desafios apresentados pelo fenômeno estudado e sua contemporaneidade, pois a necessidade de aprofundamento e exploração emergem em face da sua singularidade no contexto organizacional das operadoras de planos de saúde que atuam no Brasil. Mais precisamente, informo que se trata de um estudo de caso único, pois este se justifica em função da Camed ser uma operadora de Autogestão que, diante das macromudanças do seu ambiente de negócios, promoveu a abertura para o mercado, transformando-se também numa operadora de medicina de grupo, sendo o único caso do tipo, considerando seu porte e diversidade de estados onde atua.

O método utilizado é quali quantitativo, com questionários elaborados de forma semiestruturada, entrevistando os gestores da Camed. Desta forma, os resultados possibilitarão a redação da parte empírica da dissertação de mestrado e da publicação de artigos científicos. Esta entrevista durará em média 60 minutos e será gravada, discorrendo, principalmente sobre os seguintes assuntos:

- A saúde suplementar no Brasil e seu processo de regulação;
- As macromudanças da saúde suplementar;
- Mudanças organizacionais.

Respeito aos princípios Éticos

Asseguramos o caráter restrito desta pesquisa, bem como o acesso ao conteúdo desta entrevista, que será tratada com rigor e sigilo, inclusive pela pessoa responsável pela transcrição da mesma. As gravações serão guardadas e os nomes dos entrevistados não serão citados. Deste modo, salientamos que a participação na entrevista é totalmente voluntária.

Tenho consciência do texto acima e autorizo a realização dessa entrevista.

Nome:

CPF:

Data:

Assinatura