UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA
CURSO DE GRADUAÇÃO EM ENGENHARIA DE PRODUÇÃO

GUILHERME BRUGGER CASTADEL

O PLANEJAMENTO ESTRATÉGICO EM UMA COOPERATIVA DE TRABALHO MÉDICO DE JUIZ DE FORA: ESTUDO DE CASO

JUIZ DE FORA
2016

GUILHERME BRUGGER CASTADEL

O PLANEJAMENTO ESTRATÉGICO EM UMA COOPERATIVA DE TRABALHO MÉDICO DE JUIZ DE FORA: ESTUDO DE CASO

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado a Faculdade de Engenharia da Universidade Federal de Juiz de Fora, como requisito parcial para a obtenção do título de Engenheiro de Produção.

Orientador: Dsc. Luiz Henrique Dias Alves

JUIZ DE FORA

2016

Ficha catalográfica elaborada através do programa de geração
automática da Biblioteca Universitária da UFJF,
com os dados fornecidos pelo(a) autor(a)

Castadel, Guilherme Brugger.
O PLANEJAMENTO ESTRATÉGICO EM UMA COOPERATIVA DE TRABALHO MÉDICO DE JUIZ DE FORA: ESTUDO DE CASO / Guilherme Brugger Castadel. -- 2016.
63 p.

Orientador: Luiz Henrique Dias Alves
Trabalho de Conclusão de Curso (graduação) - Universidade Federal de Juiz de Fora, Faculdade de Engenharia, 2016.

1. Cooperativa de Trabalho. 2. Modelo de Excelência da Gestão. 3. Operadora de Plano de Saúde. 4. Planejamento Estratégico. I. Alves, Luiz Henrique Dias, orient. II. Título.

GUILHERME BRUGGER CASTADEL

O PLANEJAMENTO ESTRATÉGICO EM UMA COOPERATIVA DE TRABALHO MÉDICO DE JUIZ DE FORA: ESTUDO DE CASO

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado a Faculdade de Engenharia da Universidade Federal de Juiz de Fora, como requisito parcial para a obtenção do título de Engenheiro de Produção.

Aprovada em 03 de março de 2016.

BANCA EXAMINADORA

_____

DSc., Luiz Henrique Alves
Universidade Federal de Juiz de Fora

_____

DSc., Bruno Milanez
Universidade Federal de Juiz de Fora

_____

Bruno Gomes da Silva
Administrador de Empresas

RESUMO

O presente trabalho foi desenvolvido pela necessidade identificada de sistematizar a forma como o planejamento estratégico ocorre na cooperativa. Sendo assim, tem-se como objetivo desenvolver e aplicar uma proposta de metodologia. A necessidade para que esse tipo de trabalho seja feito está atrelada à crescente competitividade do setor de saúde suplementar, às constantes mudanças promovidas pela agência reguladora e à busca pela excelência da gestão. Para que esse objetivo pudesse ser atendido, descreveu-se o conceito e algumas ferramentas do planejamento estratégico; identificou-se os pontos de melhoria na prática atual da cooperativa. O referencial teórico do trabalho é baseado nos conceitos e ferramentas do Planejamento Estratégico e nos conceitos do Modelo de Excelência da Gestão com um enfoque na dimensão Estratégia e Planos. A análise do setor de saúde suplementar utilizou dados disponibilizados pela agência reguladora. A análise da prática atual foi feita através do resultado dos questionamentos do Programa de Desenvolvimento da Gestão das Cooperativas. E, a partir da implantação da metodologia proposta foi possível observar que nova prática está totalmente aderente aos preceitos da excelência da gestão para o processo de planejamento estratégico.

Palavras Chave: cooperativa de trabalho; modelo de excelência da gestão; operadora de plano de saúde, planejamento estratégico.

ABSTRACT

The present paper was developed from the identified need to systematize how strategic planning takes place in the cooperative. Therefore, the objective is to develop and implement a proposed methodology. The need for this type of paper to be done is linked to the growing competitiveness of the private health sector, the constant changes promoted by the regulatory agency and the pursuit of excellence in management. In order to achieve this objective, I had to describe the concept and some tools of strategic planning; to identify improvement points in the current cooperative practice. The theoretical reference of the paper is based on the concepts and tools of strategic planning and concepts of Management Excellence Model with focus on Strategic and Plans dimension. The analysis of private health sector used data provided by the regulatory agency. The analysis of the current cooperative practice was made from the outcome of the Developing Management of Cooperatives Program. From the implementation of the methodology was possible to observe that the new practice is fully adhering to the principles of management excellence for strategic planning process.

Keywords: Cooperative Work; Management Excellence Model; Health Plan Operator; Strategic Planning.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Metodologia de Pesquisa em Engenharia de Produção 14
Figura 2 – Modelo das 5 Forças com os respectivos determinantes 19
Figura 3 – Matriz SWOT..... 19
Figura 4 – Modelo de representação de Mapa BSC 21
Figura 5 – Representação dos critérios do MEG..... 24
Figura 6 – Os três níveis de análise ambiental 27
Figura 7 – Metodologia de Planejamento Estratégico..... 43
Figura 8 – Exemplo de Planilha PEST 47
Figura 9 – Exemplo de Planilha Insumos Estratégicos 47
Figura 10 – Tela da Planilha de Análise SWOT 51
Figura 11 - Estratificação das Forças x Nível 51
Figura 12 – Estratificação das Fraquezas x Nível 52
Figura 13 – Estratificação das Oportunidades x Nível..... 52
Figura 14 – Estratificação Ameaças x Nível 53
Figura 15 – Estratificação Ações x Nível..... 59
Figura 16 – Estratificação Projetos x Nível..... 60
Figura 17 – Mapa Estratégico 63

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Matriz SWOT 53
Tabela 2 – Cruzamento Oportunidades x Fatores Internos 56
Tabela 3 – Cruzamento Ameaças x Fatores Internos 58

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 – PIB do Brasil gasto em saúde (em %)..... 30

Gráfico 2 – Total gasto em saúde – Participação Gasto Público vs. Gasto Privado..... 31

Gráfico 3 – Número de operadoras em atividade..... 31

Gráfico 4 – Distribuição de beneficiários de planos de saúde por modalidade de operadora 32

Gráfico 5 – Comparação entre receita e despesa assistenciais por modalidade de operadora 33

Gráfico 6 – Índice de Sinistralidade por modalidade de operadora 33

Gráfico 7 – *Market Share* de planos de saúde por modalidade de operadora na cidade de Juiz de Fora 34

Gráfico 8 – Comparação Ticket Médio e Sinistralidade para planos Coletivo Empresarial..... 35

Gráfico 9 - Comparação Ticket Médio e Sinistralidade para planos Coletivo por adesão 35

Gráfico 10 - Comparação Ticket Médio e Sinistralidade para planos Individual/Familiar 36

Gráfico 11 – Desempenho da Cooperativa – Auto avaliação PDGC 2015..... 42

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

5W2H – *What* (o quê?), *Who* (quem?), *Why* (por quê?), *When* (quando?), *Where* (onde?), *How* (como?), *How much* (quanto custa?)

ANS – Agência Nacional de Saúde Suplementar

BSC – *Balanced Scorecard*

CNSeg - Confederação Nacional das Empresas de Seguros Gerais, Previdência Privada e Vida, Saúde Suplementar e Capitalização

CONASS - Conselho Nacional dos Secretários de Saúde

Desosp – Programa de Desospitalização

EFQM - *European Foundation for Quality Management*

ERP - *Enterprise Resource Planning*

FNQ – Fundação Nacional da Qualidade

ICMS - Imposto sobre Circulação de Mercadorias e Serviços

IDSS - Índice de Desempenho da Saúde Suplementar

ISO – *International Organization for Standardization*

MEG - Modelo de Excelência da Gestão

MP – Medida Provisória

NGUTIR – Nível, Gravidade, Urgência, Tendência, Idade, Retorno Financeiro

OCB - Organização das Cooperativas Brasileiras

OPME - Órteses, Próteses e Materiais Especiais

PDA – Plano Diretor Administrativo

PDI – Plano Diretor de Informática

PDGC – Programa de Desenvolvimento da Gestão das Cooperativas

PEST – Política, Econômica, Social e Tecnológica

PIB – Produto Interno Bruto

PROMOPREV - Promoção da saúde e prevenção da doença

SADT - Serviços de Apoio à Diagnose e Terapia

SEBRAE - Serviço Brasileiro de Apoio às Micro e Pequenas Empresas

SESCOOP - Serviço Nacional de Aprendizagem do Cooperativismo

SUSEP - Superintendência de Seguros Privados

SWOT – *Strengths* (forças), *Weaknesses* (fraquezas), *Opportunities* (oportunidades), *Threats* (ameaças)

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO 12

1.2 OBJETIVOS 12
1.3 JUSTIFICATIVA 13
1.4 ESCOPO DO TRABALHO 13
1.5 METODOLOGIA 13
1.6 ESTRUTURA DO TRABALHO 14

2 REFERENCIAL TEÓRICO 16

2.1 PLANEJAMENTO ESTRATÉGICO 16
2.1.1 CONCEITUAÇÃO DE PLANEJAMENTO 16
2.1.2 TIPOS DE PLANEJAMENTO 16
2.1.3 FERRAMENTAS 16
2.2 MODELO DE EXCELENCIA DA GESTÃO (MEG) 21
2.2.1 A DIMENSÃO ESTRATÉGIA E PLANOS 26
2.3 SETOR DE SAÚDE SUPLEMENTAR 28
2.3.1 DADOS DO SETOR DE SAÚDE SUPLEMENTAR 30
2.3.2 DADOS DO SETOR DE SAÚDE SUPLEMENTAR EM JUIZ DE FORA 34
2.4 COOPERATIVISMO 37

3 ESTUDO DE CASO 41

3.1 METODOLOGIA PROPOSTA 43
3.2 APLICAÇÃO DA METODOLOGIA 45

4 ANÁLISE DOS RESULTADOS 64

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS 65

6 REFERÊNCIAS 66

7 ANEXOS: REQUISITOS PDGC DIMENSÕES LIDERANÇA, ESTRATÉGIA E PLANOS E RESULTADOS 69

1 INTRODUÇÃO

1.1 CONSIDERAÇÕES INICIAIS

O setor de saúde suplementar do Brasil possui 50 milhões de beneficiários divididos para pouco mais de 1000 operadoras de planos de saúde, portanto, a concorrência é grande e para agravar ainda esse cenário começou-se recentemente um movimento de internacionalização do capital. Em 2015 foi promulgada a lei permitindo a entrada de capital estrangeiro para controlar parcial ou totalmente empresas do setor. Nesse setor, existe, ainda, a intervenção de uma agência reguladora em diversos aspectos, tais como, nos preços e reajustes praticados, nos tipos de serviços oferecidos em cada produto, na relação com os prestadores de serviços, etc.

Ao contrário das empresas mercantis, uma cooperativa tem como principal objetivo melhorar a remuneração de seus cooperados, não visando ao lucro. E como uma das formas de melhorar essa remuneração é ajustar valores de consulta médica, os custos assistenciais tendem a ser elevados. Por isso ela precisa sempre estar se desenvolvendo, reduzindo custos, melhorando processos, aumentando a eficácia operacional para que os impactos sejam cada vez menores.

Para conseguir se desenvolver, as empresas precisam utilizar ferramentas e metodologias que as guiarão ao longo desse processo, para isso, se destaca o planejamento estratégico, pois é através dele que a empresa conseguirá visualizar seu horizonte e traçar os caminhos a seguir para atingir o objetivo principal.

1.2 OBJETIVOS

O trabalho tem como objetivo principal avaliar e propor uma metodologia para padronizar e sistematizar o Planejamento Estratégico na cooperativa.

Para atingir esse objetivo principal são propostos os seguintes objetivos secundários:

- Descrever o conceito e algumas ferramentas do planejamento estratégico no contexto do setor de saúde suplementar no Brasil;
- Identificar pontos de melhoria na prática atual da cooperativa;
- Desenhar uma metodologia que possa ser utilizada pela cooperativa;
- Aplicar a metodologia desenhada;

1.3 JUSTIFICATIVA

O Planejamento Estratégico é uma prática que tem sido foco da alta direção das empresas, pois ele apresenta meios de se aproveitar as oportunidades e mitigar as ameaças que o ambiente apresenta.

Padronizar e sistematizar essa prática é uma forma de garantir que ela será feita de maneira adequada, o que é proveitoso na tomada de decisões. As razões para que essa sistematização seja feita são muitas, como por exemplo, o fato do ambiente mudar constantemente e que revisões e reajustes são necessários frequentemente.

Neste contexto, este trabalho contribui para a criação de uma metodologia capaz de sistematizar o Planejamento Estratégico na cooperativa em estudo.

1.4 ESCOPO DO TRABALHO

O problema principal de estudo é: como sistematizar uma metodologia de Planejamento Estratégico em uma cooperativa de trabalho médico situada na cidade de Juiz de Fora?

Para tanto, será proposta uma metodologia de implantação e a mesma será aplicada na cooperativa em estudo. Contudo, por limitações de tempo e dependência do ritmo da cooperativa, a implantação da fase de Desdobramento da Estratégia não será detalhada.

Apesar de a cooperativa fazer parte de um sistema com alcance nacional, esse estudo apenas irá contemplar a cooperativa da cidade de Juiz de Fora.

Por dificuldade de se obter dados recentes do setor especificamente para a cidade de Juiz de Fora, a análise será feita a nível nacional.

1.5 METODOLOGIA

Quanto à definição da metodologia a ser desenvolvida, a classificação pode ser feita conforme sugerida por Miguel (2010), quanto à natureza, objetivos, abordagem e método. Essa divisão proposta pelo autor visa auxiliar na identificação das características, propostas e dos pontos chaves do trabalho, assim favorecendo a condução do mesmo.

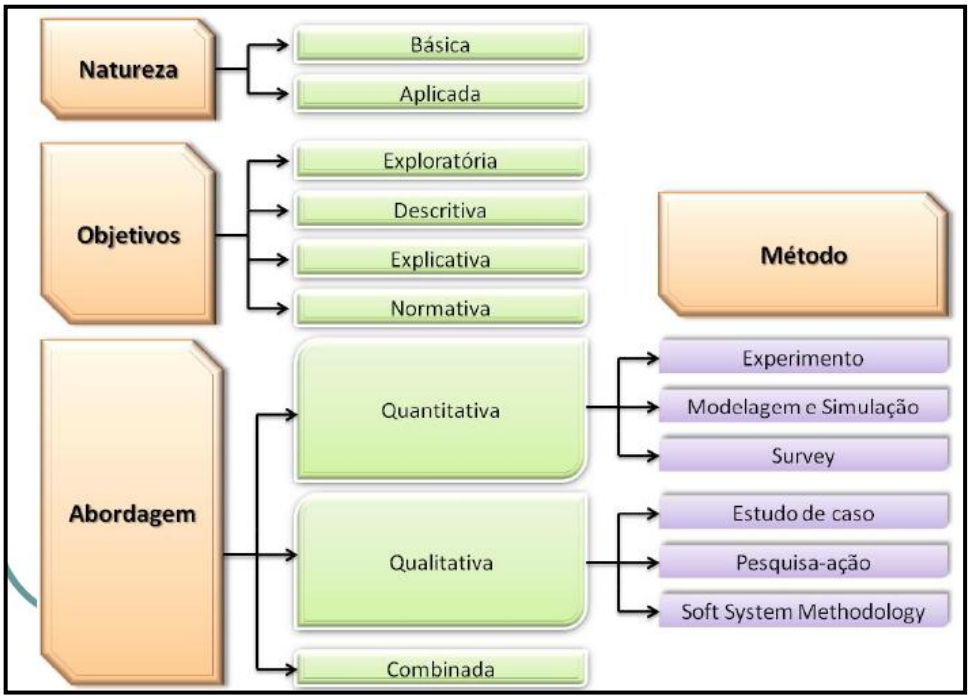

Figura 1 - Metodologia de Pesquisa em Engenharia de Produção
Fonte: Miguel, 2010 - Adaptado.

Para as dimensões apresentadas na figura 1, com relação à natureza, o presente trabalho se classifica em uma pesquisa aplicada, visto que será gerado conhecimento para aplicação prática, de modo que solucione problemas específicos (GERHARDT; SILVEIRA, 2009). No caso desse estudo, o levantamento teórico é feito para o entendimento sobre Planejamento Estratégico e o Setor de Saúde.

Com relação aos objetivos, o trabalho é classificado como exploratório, uma vez que pretende, por meio da pesquisa de campo, identificar a utilização dos conceitos de Gestão Estratégica na cooperativa e também pode se classificar, como sendo normativo, visto que o trabalho busca desenvolver estratégias e ações para aperfeiçoar os resultados (BERTRAND; FRANSOO, 2002). Quanto à abordagem, será qualitativo por meio de estudo de caso em que informações serão colhidas através de e-mails com Assessor Estratégico, Gerentes, consulta à planejamentos anteriores, e na participação ativa da implantação do Planejamento Estratégico.

1.6 ESTRUTURA DO TRABALHO

O trabalho foi desenvolvido em três partes. A primeira consiste na revisão bibliográfica sobre questões relativas ao objetivo da pesquisa. A segunda parte se constitui da análise do setor de saúde suplementar no Brasil. Por fim, a terceira é o desenvolvimento, proposta e aplicação da metodologia para o Planejamento Estratégico da cooperativa.

O presente trabalho é composto por cinco capítulos. O primeiro capítulo apresenta as considerações iniciais, objetivos, justificativa, escopo e a metodologia de pesquisa.

O segundo capítulo contém o referencial teórico para o desenvolvimento do trabalho, ele está dividido em quatro partes. Na primeira, fala-se sobre o planejamento estratégico e suas ferramentas de elaboração, na segunda apresenta o MEG com destaque para a dimensão Estratégias e Planos. A terceira parte trata do setor de saúde suplementar no Brasil, na última, sobre o cooperativismo.

O terceiro capítulo apresenta a cooperativa em que o trabalho se desenvolve, a metodologia proposta e a aplicação da mesma. O quarto capítulo apresenta a análise dos resultados.

Por fim, o quinto capítulo apresenta as considerações finais do trabalho.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 PLANEJAMENTO ESTRATÉGICO

2.1.1 CONCEITUAÇÃO DE PLANEJAMENTO

Segundo Steiner (1969) *apud* Oliveira (2014) existem cinco dimensões de planejamento. A primeira dimensão corresponde às funções desempenhadas pelas empresas, podendo ser produção, pesquisa, novos produtos, finanças, entre outras. A segunda dimensão corresponde aos elementos do planejamento, como por exemplo, objetivos, estratégias, políticas, etc. A terceira dimensão tem relação com o tempo do planejamento, podendo ser curto, médio ou longo prazo.

Outra dimensão corresponde à divisão das unidades organizacionais que pode compreender o planejamento corporativo de grupos funcionais, de departamentos, de produtos, de subsidiárias, entre outros. E por fim, uma quinta dimensão que corresponde às características do planejamento, podendo ele ser complexo ou simples, qualitativo ou quantitativo, estratégico, tático ou operacional, etc.

Ainda de acordo com Oliveira (2014), as cinco dimensões citadas não necessariamente são excludentes, portanto, o referido autor conceitua planejamento como sendo:

> "Um processo – considerando os aspectos abordados pelas cinco dimensões - desenvolvido para o alcance de uma situação futura desejada, de um modo mais eficiente, eficaz e efetivo, com a melhor concentração de esforços e recursos pela empresa (p.33)."

2.1.2 TIPOS DE PLANEJAMENTO

Ao considerar os grandes níveis hierárquicos organizacionais, podem-se distinguir três tipos de planejamento de acordo com as decisões tomadas por eles. Decisões estratégicas requerem um planejamento estratégico, para as decisões táticas, planejamento tático e para as decisões operacionais, planejamento operacional (OLIVEIRA, 2014).

2.1.3 FERRAMENTAS

2.1.3.1 DIRECIONADORES ESTRATÉGICOS

Os direcionadores estratégicos são responsáveis por definir o negócio, a missão, a visão e os valores da empresa.

O negócio da empresa é definido como sendo aquilo que a empresa faz para satisfazer um desejo ou uma necessidade do cliente. A missão determina o motivo central da existência da empresa, representando a sua razão de ser. Ela também pode envolver a expectativa dos acionistas e principais executivos da empresa (OLIVEIRA, 2014).

A visão representa o patamar que a empresa quer atingir ou o que ela quer ser em futuro próximo ou distante. E os valores da empresa representam os princípios, crenças e questões éticas que fornecem sustentação às decisões empresariais (OLIVEIRA, 2014).

2.1.3.2 ANÁLISE AMBIENTAL

A análise ambiental externa estuda a relação da empresa com seu ambiente em termos de política, economia, sociedade e tecnologia – fatores que formam o acrônimo PEST. A análise PEST é necessária para que a organização saiba o impacto gerado por mudanças nesses ambientes (HOOLEY *ET AL*., 2001).

De acordo com Hooley *et al*. (2001), para as análises do momento político-econômico que o país está passando, temos as seguintes considerações a fazer:

- Índice de crescimento econômico;
- Emprego e desemprego;
- Governos nacionais e transnacionais;
- Internacionalização e globalização;
- Comércio Regional e áreas de comércio;
- Tributação e política fiscal;
- Taxa de Juros, confiança do consumidor e das empresas.
- Questões legais e regulamentárias;

Da mesma forma, temos as seguintes considerações a fazer para as questões socioculturais do país:

- Mudanças demográficas;
- O mercado dos jovens;
- Mudanças nos estilos e nos padrões de vida;
- Sociedade multiétnicas;
- Pluralidade religiosa;
- O mercado dos cabelos brancos (amadurecimento da população);

E por fim, ao se falar das questões tecnológicas, é importante se considerar a aceleração do ritmo de mudanças e as oportunidades para inovação (HOOLEY *ET AL*., 2001).

Na análise do ambiente setorial, uma ferramenta que pode ser utilizada é a análise das Cinco Forças de Porter, desenvolvida por Michael Porter em 1980. Para Porter *apud* Oliveira (2014), existem conjuntos de fatores que influenciam a lucratividade das empresas:

- **Rivalidade entre os concorrentes:** a competição é maior quando se tem um grande número de concorrentes equiparáveis em tamanho, nicho de mercado, estrutura de custos parecida, e quando produto e serviço são considerados *commodities*.
- **Pressão de produtos substitutos:** essa força trata da facilidade em que o consumidor pode substituir o produto oferecido por uma empresa por outro novo no mercado, especialmente se o novo produto oferecer melhor custo/benefício.
- **Poder de barganha dos compradores:** Clientes que compram maior volume produtos mais padronizados, que não sofrem com custos de troca normalmente tem mais poder.
- **Poder de barganha dos fornecedores:** Os fornecedores também se diferenciam quando se trata de poder, fatores que podem influenciar seu poder são: grau de concentração, especificidade do produto, número de clientes, possibilidade de integração futura.
- **Ameaça de novos concorrentes:** O número de empresas atuantes em um mercado tem correlação com o nível de atratividade no mercado. Segundo Porter, as barreiras que podem dificultar a entrada desses novos concorrentes são economia de escala, diferenciação do produto, exigências de capital, custo de troca, acesso aos canais de distribuição, desvantagem independente de escala e política governamental.

A Figura 2, adaptada de Porter (1989, p.5) apresenta o modelo das 5 forças bem como os determinantes de cada força.

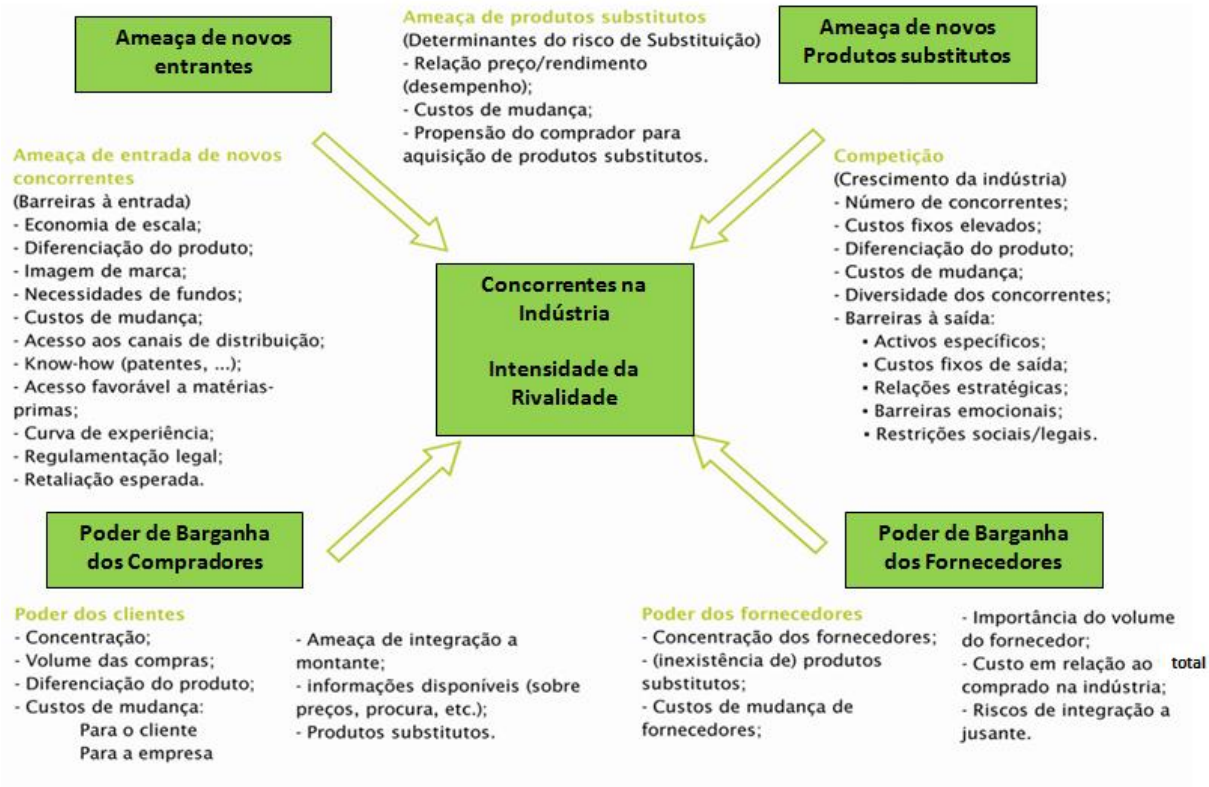

Figura 2 – Modelo das 5 Forças com os respectivos determinantes
Fonte: Porter, 1989 - Adaptado

Ainda analisando o ambiente, é comum ver a utilização da Matriz SWOT que demonstra as Forças (*Strengths*), as Fraquezas (*Weaknesses*), as Oportunidades (*Opportunities*) e as Ameaças (*Threats*) de uma empresa.

A figura 3 mostra um exemplo de Matriz SWOT:

Figura 3 – Matriz SWOT
Fonte: Webglobal, 2013

A partir do preenchimento da matriz verifica-se a relação existente entre essas quatro classificações, por exemplo, o que a empresa enxerga como Oportunidade e Força deve ser

melhorado continuamente para garantir a posição de liderança. Já o que é enxergado como Oportunidade e Fraqueza é algo que se deve investir para que a Fraqueza não lhe traga problemas no futuro e para que essa Fraqueza se torne uma Força dentro da empresa. Quando se analisa as Ameaças com relação às Forças, é preciso usá-las de modo a mitigar os riscos relacionados a essas Ameaças e quando se tem Ameaças e Fraquezas, a empresa precisa estar atenta a essa situação, pois nela os riscos são os maiores e a qualquer momento isso pode vir a prejudicar a posição da empresa no mercado.

2.1.3.3 BALANCED SCORECARD (BSC)

Após todo esse processo de análise ambiental, uma forma de compilar e controlar os objetivos estratégicos que irão orientar a empresa a atingir sua visão é por meio do *Balanced Scorecard.* O *BSC* proposto por Kaplan e Norton é composto de quatro perspectivas: Perspectiva Financeira, Perspectiva do Cliente, Perspectiva de Aprendizado e Crescimento e Perspectiva de Processos internos.

Segundo Kaplan e Norton (2006) ao montar o BSC, a Perspectiva Financeira deve responder ao questionamento sobre as expectativas dos acionistas em termos de desempenho financeiro, já para a Perspectiva do Cliente, a pergunta é como criar valor para os clientes para que os objetivos financeiros sejam atingidos. Para a Perspectiva de Aprendizado e Crescimento, deve-se questionar como os ativos intangíveis, como pessoas, sistemas e cultura, podem ser alinhados de forma a melhorar os processos críticos. E para a Perspectiva dos Processos internos, a pergunta é sobre quais processos de uma empresa devem ser excelentes para satisfazer os clientes e os acionistas.

Como se pode observar, existe uma ligação entre cada uma dessas perspectivas como se fosse uma cadeia de relações de causa e efeito. Por exemplo, um programa de treinamento visando aperfeiçoar as habilidades dos colaboradores irá contribuir para a melhoria nos processos, causando um ganho de qualidade nos produtos ou na prestação de serviço, o que irá gerar maior satisfação dos clientes, que irão se fidelizar e com isso aumentar a receita e as margens (KAPLAN; NORTON, 2006).

O modelo de representação de mapa BSC pode ser visto na figura 4.

Figura 4 – Modelo de representação de Mapa BSC
Fonte: ANTUNES, L. C.; ALVES, L.H D, 2014

2.1.3.4 PLANO DE AÇÃO

Com o BSC montado, o próximo passo é transformar esses objetivos estratégicos em ações que irão movimentar a empresa no sentido da visão estipulada ao longo do planejamento estratégico.

Uma ferramenta utilizada nessa etapa é chamada de 5W2H que são sete perguntas em inglês que compõem informações básicas de uma ação. As perguntas que formam o nome da ferramenta são: *What?* (o que vai ser feito?), *Why?* (por que vai ser feito?), *Where?* (onde vai ser feito?), *Who?* (quem irá fazer?), *When?* (quando, ou até quando, vai ser feito?), *How?* (como vai ser feito?), *How much?* (quanto custa fazer?).

Respondendo a esses questionamentos, as ações ficam organizadas, claras e com maior possibilidade de controle para todos os envolvidos.

2.2 MODELO DE EXCELENCIA DA GESTÃO (MEG)

Uma empresa que visa a excelência da gestão tem no planejamento estratégico um forte aliado para atingir os seus objetivos. Pensando nisso, a Fundação Nacional da Qualidade desenvolveu o Modelo de Excelência da Gestão.

O Modelo de Excelência da Gestão encontra-se na 20ª Edição sendo uma metodologia de avaliação, autoavaliação e reconhecimento de boas práticas. Mas antes de ser consolidada como MEG, a FNQ adotava outras metodologias internacionais.

Segundo a FNQ (2014), de 1992 a 1996 o modelo seguido foi o americano da Fundação Baldrigde da Gestão Qualidade Total. Algumas mudanças foram sendo realizadas a partir de 1995, mas a estrutura do *Malcolm Baldrigde National Quality Awards* foi acompanhada até 2000.

Em 2001, após estudos de outros modelos de excelência por parte do Núcleo Técnico Critérios de Excelência, da FNQ, constituiu-se o denominado Modelo de Excelência da Gestão (FNQ, 2014).

A cada ano o modelo é aperfeiçoado a partir de *feedback* de usuários do MEG, examinadores e especialistas, além das análises de novidades de prêmios internacionais, como por exemplo, *Malcolm Baldridge, EFQM Excellence Model, Singapure Quality Award, Japan Quality Award* e *Australian Quality Award.*

A FNQ baseia o MEG em um conjunto de treze fundamentos e oito conceitos que expressam práticas, processos e fatores de desempenho encontrado em organizações classe mundial. Os fundamentos e as descrições podem ser encontrados abaixo (FNQ, 2014):

- Pensamento Sistêmico: Compreensão e tratamento das relações de interdependência e seus efeitos entre os diversos componentes que formam a organização, bem como entre eles e o ambiente com o qual interagem.
- Atuação em Rede: Desenvolvimento de relações e atividades em cooperação entre organizações ou indivíduos com interesses comuns e competências complementares.
- Aprendizado Organizacional: Busca de maior eficácia e eficiência dos processos da organização e alcance de um novo patamar de competência, por meio da percepção, reflexão, avaliação e do compartilhamento de conhecimento e experiências.
- Inovação: Promoção de um ambiente favorável à criatividade, experimentação e implementação de novas ideias capazes de gerar ganhos de competitividade com desenvolvimento sustentável.
- Agilidade: Flexibilidade e rapidez de adaptação a novas demandas das partes interessadas e mudanças do ambiente, considerando a velocidade de assimilação e o tempo de ciclo dos processos.

- Liderança Transformadora: Atuação dos líderes de forma inspiradora, exemplar, realizadora e com constância de propósito, estimulando as pessoas em torno de valores, princípios e objetivos da organização, explorando as potencialidades das culturas presentes, preparando líderes e interagindo com as partes interessadas.
- Olhar para o futuro: Projeção e compreensão de cenários e tendências prováveis do ambiente e dos possíveis efeitos sobre a organização, no curto e longo prazo, avaliando alternativas e adotando estratégias mais apropriadas.
- Conhecimento sobre clientes e mercados: Interação com clientes e mercados e entendimento de necessidades, expectativas e comportamentos, explícitos e potenciais, criando valor de forma sustentável.
- Responsabilidade Social: Dever da organização de responder pelos impactos de suas decisões e atividades, na sociedade e no meio ambiente, e de contribuir para a melhoria das condições de vida, por meio de um comportamento ético e transparente, visando ao desenvolvimento sustentável.
- Valorização das pessoas e cultura: Criação de condições positivas e seguras para as pessoas se desenvolverem integralmente, com ênfase na maximização do desempenho, na diversidade e no fortalecimento de crenças, costumes e comportamentos favoráveis a excelência.
- Decisões fundamentadas: Deliberações sobre direções a seguir e ações a executar, utilizando o conhecimento gerado a partir do tratamento de informações obtidas em medições, avaliações e análises de desempenho, de riscos, de retroalimentações e de experiências.
- Orientação por processos: Busca de eficiência e eficácia nos conjuntos de atividades que formam a cadeia de agregação de valor para os clientes e demais partes interessadas.
- Geração de Valor: Alcance de resultados econômicos, sociais e ambientais, bem como de resultados dos processos que os potencializam, em níveis de excelência, e que atendam às necessidades das partes interessadas.

Os oito critérios estão representados na mandala do modelo representada na figura 5 e pode ser entendida da seguinte forma: os clientes e a sociedade criam demandas, a liderança é responsável por elaborar estratégias e planos que são executados pelas pessoas e processos sempre com foco em gerar resultado. E o resultado é atingido se as informações e os

conhecimentos estiverem envolvendo todos os critérios, variáveis e a organização (FNQ,2014).

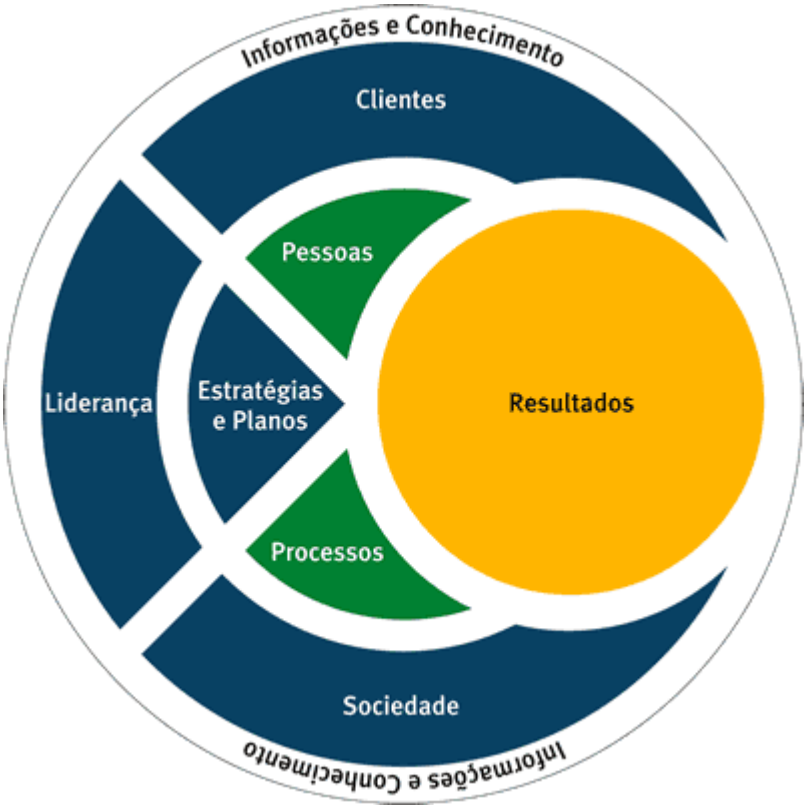

Figura 5 – Representação dos critérios do MEG
Fonte: FNQ (2014)

Ainda segundo o FNQ (2014), podemos descrever os critérios da seguinte forma (FNQ, 2014):

- **Clientes:** Análise e desenvolvimento de mercado, entendimento das necessidades e expectativas dos clientes atuais e potenciais, gerenciamento da marca e imagem da organização e relacionamento com clientes.
- **Pessoas:** Sistemas de trabalho, identificação de competências, seleção e integração de pessoas, avaliação de desempenho, remuneração e reconhecimento, capacitação e desenvolvimento, preparação de novos líderes e qualidade de vida.
- **Liderança:** Cultura organizacional e desenvolvimento da gestão, da governança, dos riscos, da interação com as partes interessadas, do exercício da liderança e da análise do desempenho da organização.
- **Estratégias e Planos:** Formulação e implementação das estratégias, por meio de análise dos ambientes interno e externo, ativos intangíveis, como a definição de indicadores e metas, desdobramentos de planos de ação.

- **Sociedade:** Responsabilidade socioambiental e desenvolvimento social, que incluem identificação das necessidades e expectativas da sociedade, atendimento à legislação.
- **Processos:** Processos da cadeia de valor em interação, projetados para atender aos requisitos de produtos, das partes interessadas, que realizam as transformações e entregas da organização, considerando em destaque os relativos a fornecedores e os econômico-financeiros.
- **Resultados:** Apresentação de resultados estratégicos e operacionais relevantes para a organização, na forma de indicadores que permitam avaliar, no conjunto, a melhoria dos resultados, o nível de competitividade e o cumprimento de compromissos com requisitos de partes interessadas, nas perspectivas econômico-financeira, socioambientais e relativas a clientes e mercados, a pessoas e aos processos da cadeia de valor.
- **Informações e conhecimento:** Informações da organização, desde a identificação de necessidades até a implantação do sistema de informação, e gestão do conhecimento organizacional, ao identificar, desenvolver, reter e proteger, difundir e utilizar os conhecimentos necessários para a implementação das estratégias.

Os oito critérios de excelência são divididos em vinte e três itens de avaliação (dezoito processos gerenciais e cinco resultados organizacionais) que "garantem à organização uma melhor compreensão do sistema gerencial, além de proporcionar uma visão sistêmica da gestão, do mercado e do cenário local ou global onde a empresa atua e se relaciona." (FNQ, 2014).

Para as cooperativas, o SESCOOP desenvolveu o Programa de Desenvolvimento da Gestão das Cooperativas (PDGC) que tem a metodologia toda baseada no MEG e que através de um Diagnóstico para verificar a conformidade da cooperativa com a Lei 5764/71 e Questionário de Auto avaliação é possível diagnosticar o grau de maturidade da gestão (SESCOOP, 2012).

Para este trabalho, optou-se por dar maior ênfase no critério Estratégia e Planos, mas observando a correlação com os critérios Liderança, Resultados.

2.2.1 A DIMENSÃO ESTRATÉGIA E PLANOS

Segundo a Fundação Nacional da Qualidade (2008), o critério Estratégia e Planos tem relação direta com o fundamento da excelência Visão de Futuro, pois neste critério se analisa fatores do ambiente interno e externo em que a organização está inserida e que afetam sua atuação no curto e longo prazo.

O critério Estratégia e Planos é representado no Modelo de Excelência da Gestão por meio da seta central integradora apontada para o critério Resultados. Estratégias e Planos tem relação com o critério Liderança, pois define em que objetivos e metas as pessoas devem ser motivadas pelas lideranças. Atender as necessidades de Clientes e Sociedade relaciona-se com os respectivos critérios e referência a criação de valor a partir da gestão das Pessoas e Processos (FNQ, 2008).

A FNQ divide esta dimensão em duas partes: Formulação das Estratégias, que abrange o entendimento dos ambientes externos e internos da companhia e Implementação das Estratégias, que aborda as ações executadas em direção a estratégia formulada com indicadores, metas para que a companhia alinhe seus processos, acompanhe seu êxito e revise suas estratégias.

2.2.1.1 FORMULAÇÃO DAS ESTRATÉGIAS

A formulação das estratégias ocorre geralmente seguindo uma ordem controlada de eventos com início nas análises ambientais e fim com as estratégias definidas (FNQ, 2008). Essas análises abrangem características do Macroambiente, onde se faz uso da Análise PEST que leva em consideração fatores Políticos, Econômicos, Sociais e Tecnológicos; características do Ambiente Organizacional, com análise de Fornecedores, Clientes, Concorrentes e Mercado Alvo, e também utilizando a análise das Forças de Porter, como pode ser visto na figura 6.

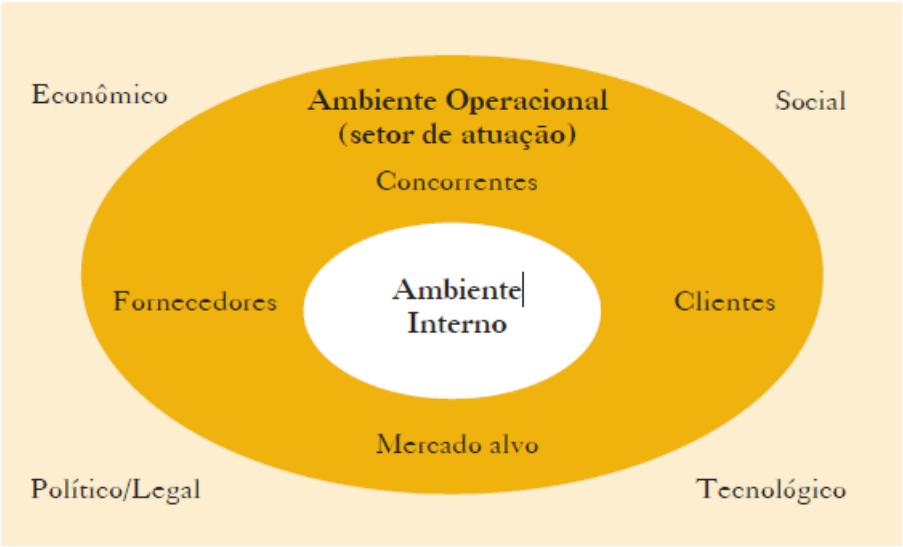

Figura 6 – Os três níveis de análise ambiental
Fonte: FNQ (2014)

2.2.1.2 IMPLEMENTAÇÃO DAS ESTRATÉGIAS

Segundo a Fundação Nacional de Qualidade (2008), a implementação das estratégias é um dos aspectos mais críticos para o sucesso de uma organização no longo prazo. Nessa etapa, inclui-se o planejamento das ações, a definição das metas necessárias utilizando a comparação com o setor ou requisitos das partes interessadas, de modo que o estabelecimento destas seja com base em fatos e dados gerando credibilidade e comprometimento.

Sobre os indicadores, a FNQ (2008) afirma que as medições de progresso utilizando indicadores individuais para cada estratégia facilitam a tomada de decisão, enquanto os indicadores integradores, aqueles usados para medir o êxito de agrupamentos ou blocos de estratégias, promove uma visão sintética para a Direção.

A natureza das medições varia de acordo com a natureza das estratégias. Um mecanismo utilizado para determinar os indicadores é por meio de *brainstorming* considerando aspectos como relevância, acessibilidade, objetividade e comparabilidade. Outro mecanismo é tentar correlacionar e classificar os indicadores em resultantes ou direcionadores. (FNQ, 2008)

O planejamento das ações caracteriza-se por ser um conjunto de iniciativas que guiam a implementação das estratégias formuladas. Segundo a FNQ (2008), muitas das organizações que venceram o Prêmio Nacional da Qualidade, o planejamento das ações ocorre de forma que as ações e as metas estratégicas são desdobradas pela Direção para seus

subordinados diretos, que, são responsáveis por detalhar os indicadores, metas, prazos, responsabilidades e orçamento para o nível tático e operacional. Esta abordagem possibilita a participação de diversas pessoas, o que contribui para que todos estejam engajados em prol da equipe e da empresa.

Outra forma de engajar as pessoas é com a comunicação interna das estratégias, metas e seus indicadores e planos de ação. Essa comunicação, segundo a FNQ (2008), não deve ser apenas de cima para baixo, mas também horizontal, através de diversos canais de informação, como por exemplo, a intranet, quadros de avisos, artigos na imprensa interna, entre outros. Ela lembra ainda que quando ocorre à comunicação para a força de trabalho e para públicos externos, geralmente, é necessário que se faça uma transformação para uma linguagem mais simplificada, facilitando a compreensão pelos diversos níveis da organização.

2.3 SETOR DE SAÚDE SUPLEMENTAR

Iniciando as análises ambientais para o Planejamento Estratégico, este tópico tem como objetivo levantar informações sobre o setor de saúde suplementar no Brasil.

O setor de saúde suplementar no Brasil é regulado pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS). Regulação pode ser entendida como a capacidade de interferir em processos de prestação de serviços através de mecanismos indutores, normatizados, regulamentos ou restritos (ANS, 2008).

No ano 2000, a ANS surgiu a partir da MP n. 1928, aprovada pelo Congresso Nacional e convertida na Lei 9961/2000. Vinculada ao Ministério da Saúde, tem sede na cidade do Rio de Janeiro e tem como principal atividade cuidar de um setor sobre o qual o Estado não continha informações e a sua criação se caracterizou pela regulação e fiscalização de uma agência vinculada ao Ministério da Saúde (ANS, 2009).

A regulação pode ser dividida em três fases. A primeira é caracterizada pela criação do marco legal da regulamentação. Na segunda fase, a ANS se responsabiliza por garantir as interferências na economia e na assistência. Já a terceira fase é o início da regulação do campo microrregulatório exercido pelas operadoras de planos de saúde no relacionamento com prestadores de serviço e beneficiários, através de regras próprias (DA SILVA, 2014).

No processo, a ANS definiu as modalidades como tipos de operadoras de acordo com as principais características de suas atividades, como por exemplo, Autogestão, Medicina de Grupo, Seguradora Especializada em Saúde, Filantropia, Cooperativa Médica (com ou sem Odontologia) e Administradora de Benefícios (DA SILVA, 2014).

As operadoras do tipo Autogestão possuem serviços que estão voltados para os empregados de empresas e seus familiares, e são organizados pelos próprios empregados, por meio de caixas de assistências ou pelas próprias empresas (NICOLETTI, 2007). Como exemplo, pode-se citar a operadora Cemig Saúde.

Nas operadoras do tipo Medicina de Grupo a gestão dos planos é feita por uma empresa privada, criada historicamente por proprietários ou sócios de unidades hospitalares. Essas operadoras possuem como clientes indivíduos e empresas que podem ser atendidos em unidades próprias onde os profissionais são empregados da medicina de grupo, ou através de unidades credenciadas por esta (NICOLETTI, 2007). Como exemplo, pode-se citar as operadoras Amil, Hapvida, Golden Cross.

As seguradoras funcionavam como previsto no Decreto-Lei n. 73, de 1966, que garantia exclusivamente o reembolso de pagamentos pelos serviços de assistência médica. Esse modelo foi ultrapassado com a criação pela SUSEP do “Seguro de Assistência Médica” onde o objetivo principal da apólice era a garantia da assistência médica e não mais apenas o reembolso (NICOLETTI, 2007). Como exemplo, pode-se citar as operadoras Bradesco Saúde, Porto Seguro, Allianz Saúde.

As operadoras de Filantropia operam planos privados, mas são entidades sem fins lucrativos e devem obter certificado de entidade filantrópica com o Conselho Nacional de Assistência Social e obter, também, uma declaração de utilidade pública federal, estadual ou municipal junto aos órgãos competentes (CNSeg, 2015). Como exemplo, pode-se citar a operadora Santa Casa Belo Horizonte.

As Cooperativas Médicas possuem gestão de plano de saúde semelhante a das medicinas de grupo, ou seja, existe uma organização que administra os planos. O que difere é que as cooperativas são formadas por profissionais vinculados a entidades, chamados cooperados, enquanto as “medicinas de grupo” são empresas limitadas. Algumas cooperativas possuem recursos próprios como hospitais, farmácia, centro de medicina preventiva e a clientela é formada por indivíduos e empresas. Elas são representadas pela Unimed do Brasil, que tem a responsabilidade de padronizar questões relativas à marca, mas são organizadas de forma independente, por isso há diferenças entre tipos de plano, preços cobrados (NICOLETTI, 2007). Como exemplo, pode-se citar as operadoras Unimed Belo Horizonte, Unimed Porto Alegre, Unimed Vale do Taquari e Rio Pardo.

As Administradoras de benefício foram criadas pela Resolução Normativa 196 de Julho de 2009 e caracterizadas por ser pessoa jurídica que viabilizam e administram benefícios coletivos (plano de saúde e odontológico) para categorias profissionais e empresas (QUALICORP, 2015). Como exemplo, pode-se citar a Qualicorp.

2.3.1 DADOS DO SETOR DE SAÚDE SUPLEMENTAR

O perfil de gasto do Brasil com relação à saúde pode ser visto nos gráficos 1:

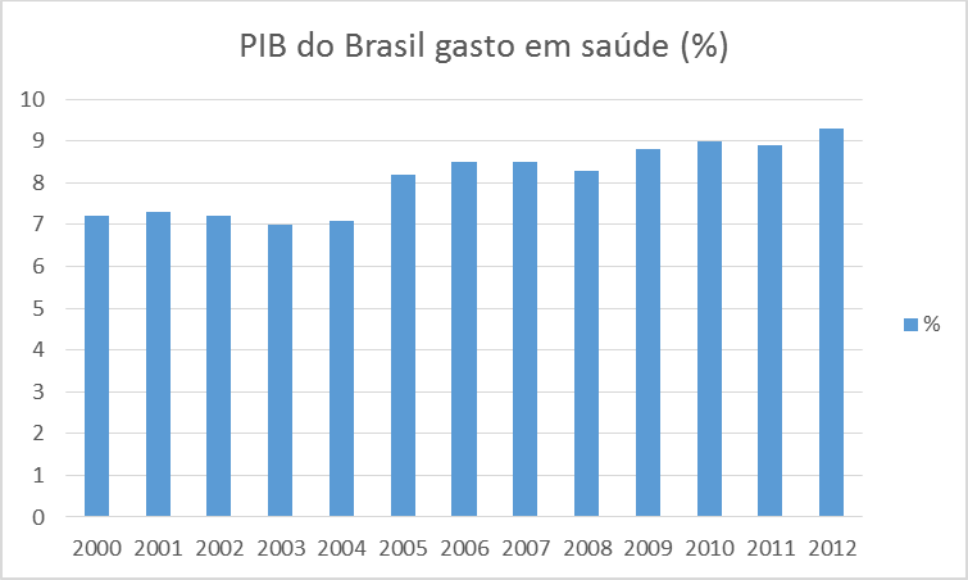

Gráfico 1 – PIB do Brasil gasto em saúde (em %)
Fonte: Global Health Observatory, 2014 – Adaptado

O gasto do Brasil com saúde tem aumentado em relação ao PIB, saindo do patamar de 7,2% em 2000 para 9,3% 2012 devido a maior ênfase do Governo Federal no investimento em saúde. A participação de gasto público tem aumentado em relação ao privado e esses totais de gasto em saúde pode-se dividir como sendo 40% público e 60% privado em 2000 e 46% público e 54% privado em 2012, conforme gráfico 2.

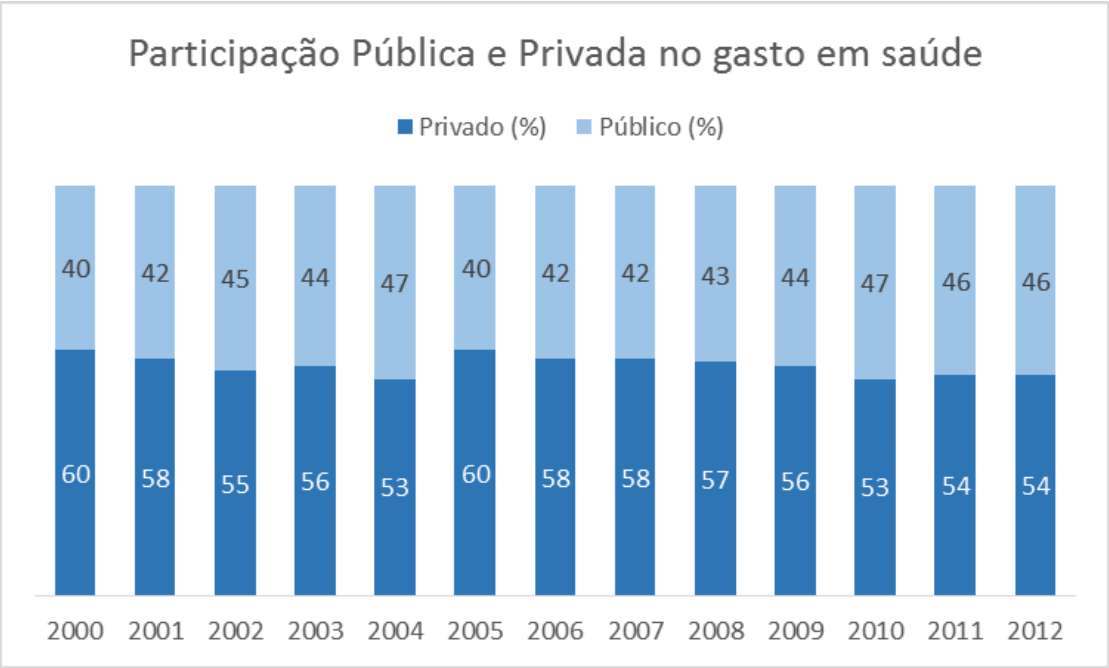

Gráfico 2 – Total gasto em saúde – Participação Gasto Público vs. Gasto Privado
Fonte: Global Health Observatory, 2014 - Adaptado

Desde o início das atividades da ANS em 2000, o número de operadoras de planos de saúde privado vem reduzindo, saindo de 1991 operadoras em 2001 para 1055 em 2014 como mostra o gráfico 3:

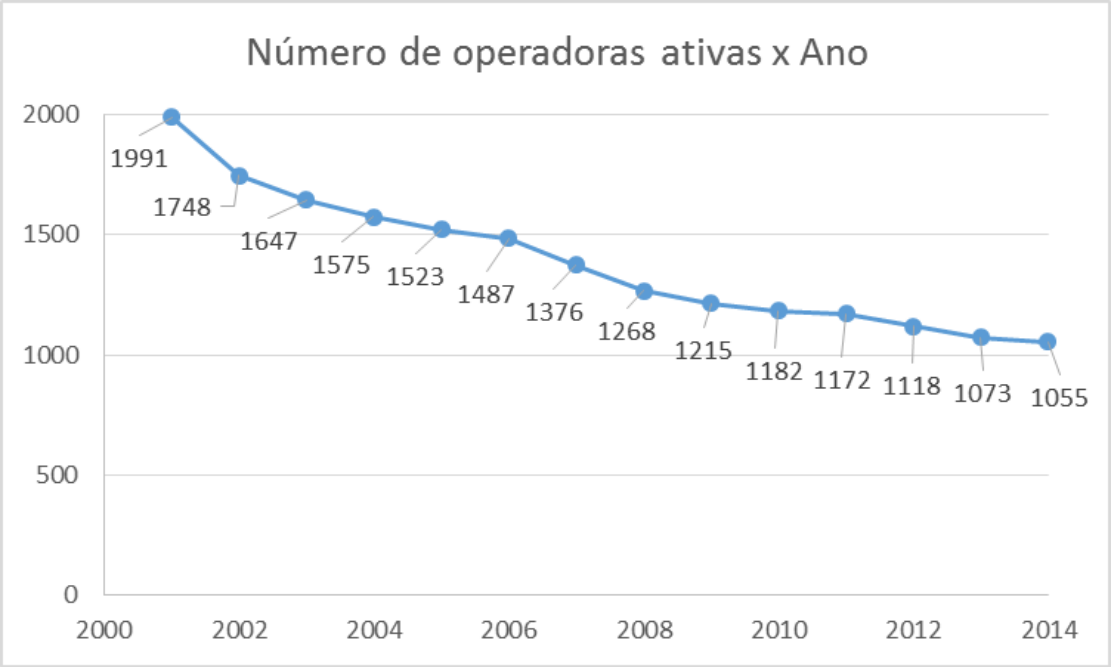

Gráfico 3 – Número de operadoras em atividade

Fonte: ANS, 2014 – Adaptado

Em 2014, dos 200 milhões de habitantes no Brasil, 50,6 milhões eram beneficiários de planos médico-hospitalares, ou seja, 25% da população brasileira. O setor teve um crescimento de 2% de 2013 para 2014 e de 62,4% entre 2000 e 2014 (ANS, 2014).

Os beneficiários de planos de saúde estão divididos da seguinte forma entre os tipos de operadoras: 39% estão com Cooperativas Médicas, 33% com Medicinas de Grupo, 15% com Seguradoras, 12% com Autogestão e 2% com Filantropia (ANS, 2014), conforme gráfico 4:

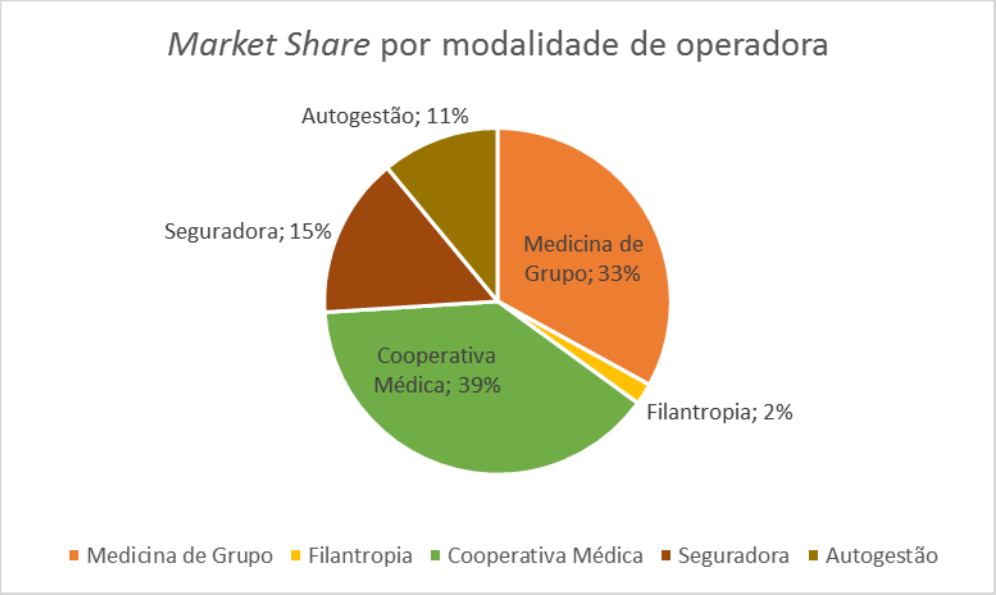

Gráfico 4 – Distribuição de beneficiários de planos de saúde por modalidade de operadora
Fonte: ANS, 2014 – Adaptado

As despesas assistenciais das operadoras médico-hospitalares em 2013 ficaram assim divididas: do total de R$90,9 bilhões, R$31,8 bilhões foram das Cooperativas Médicas, R$26 bilhões foram das Medicinas de Grupo, R$19,8 bilhões foram das Seguradoras, R$11,4 bilhões das Autogestões e R$1,9 bilhões das empresas de Filantropia.

Já as receitas, em 2013, de um total de R$108,5 bilhões, R$38 bilhões foram das Cooperativas Médicas, R$31,6 bilhões das Medicinas de Grupo, R$24,3 bilhões das Seguradoras, R$12,3 bilhões das Autogestões e R$2,3 bilhões das Filantrópicas.

A comparação entre elas pode ser visualizada no gráfico 5:

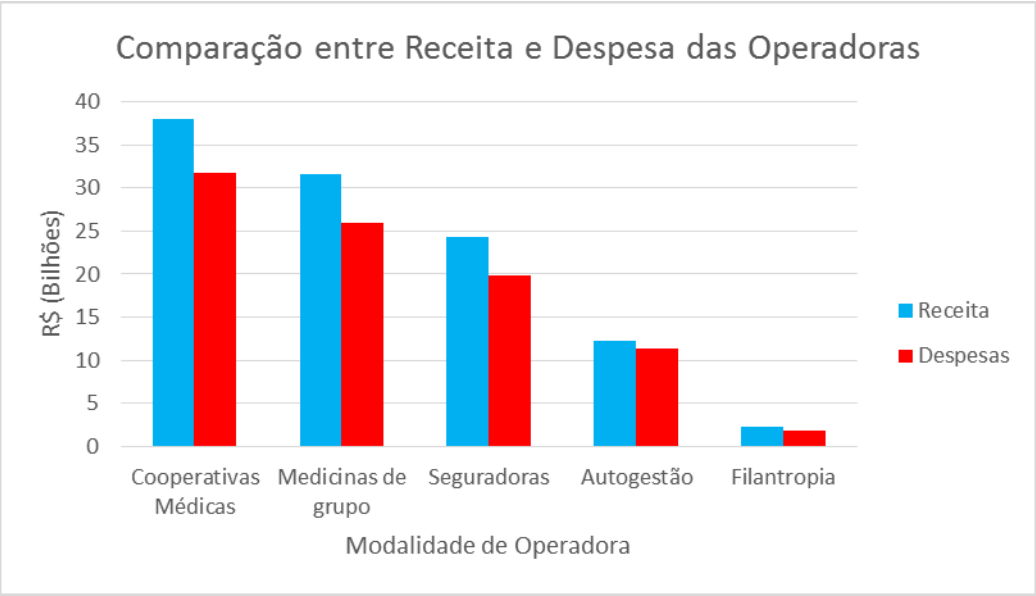

Gráfico 5 – Comparação entre receita e despesa assistenciais por modalidade de operadora
Fonte: ANS, 2014 – Adaptado

Com esses dados, é possível obter um importante indicador do mercado de saúde suplementar, as sinistralidades que são a relação entre as despesas assistenciais e as receitas. Outro índice é a sinistralidade composta, que além das despesas assistenciais, engloba também as despesas operacionais. Portanto, quanto menor os índices de sinistralidade ou sinistralidade composta, melhor para a empresa.

No gráfico 6, temos a sinistralidade calculada para cada tipo de modalidade:

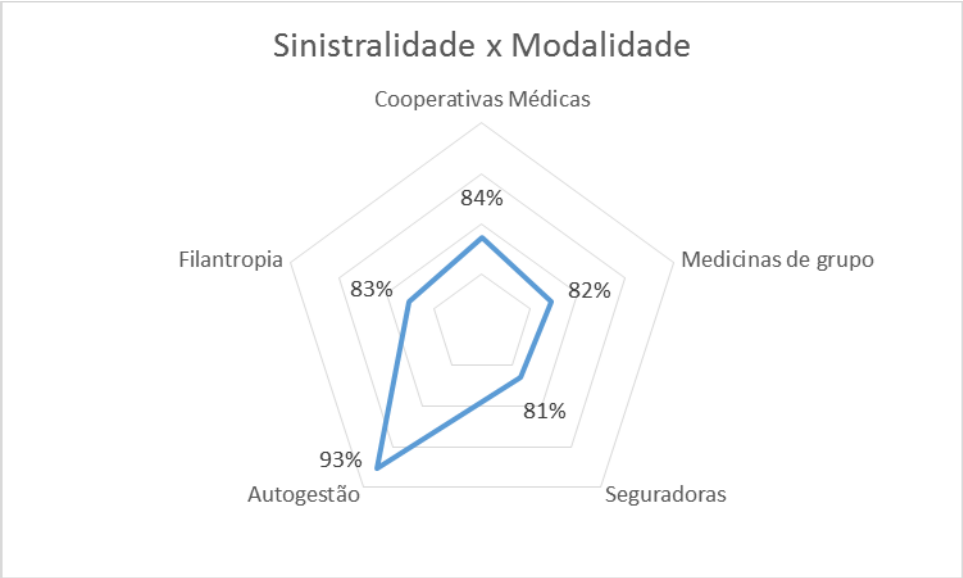

Gráfico 6 – Índice de Sinistralidade por modalidade de operadora
Fonte: ANS, 2014 – Adaptado

O gráfico 6 nos mostra que na média as operadoras que compõem cada modalidade está numa faixa considerada segura (80-85%) de sinistralidade, exceto as operadoras de autogestão que possuem 93% de suas receitas transformadas em custos assistenciais.

2.3.2 DADOS DO SETOR DE SAÚDE SUPLEMENTAR EM JUIZ DE FORA

O setor de saúde suplementar de Juiz de Fora possui, segundo a ANS (2016), na competência de dezembro/2015 o total de 252.802 beneficiários. A cidade possui operadoras dos tipos Medicina de Grupo, Filantropia, Seguradora, Autogestão e Cooperativa Médica.

O *Market Share* por modalidade de operadora, considerando o número de beneficiários é mostrado no gráfico 7:

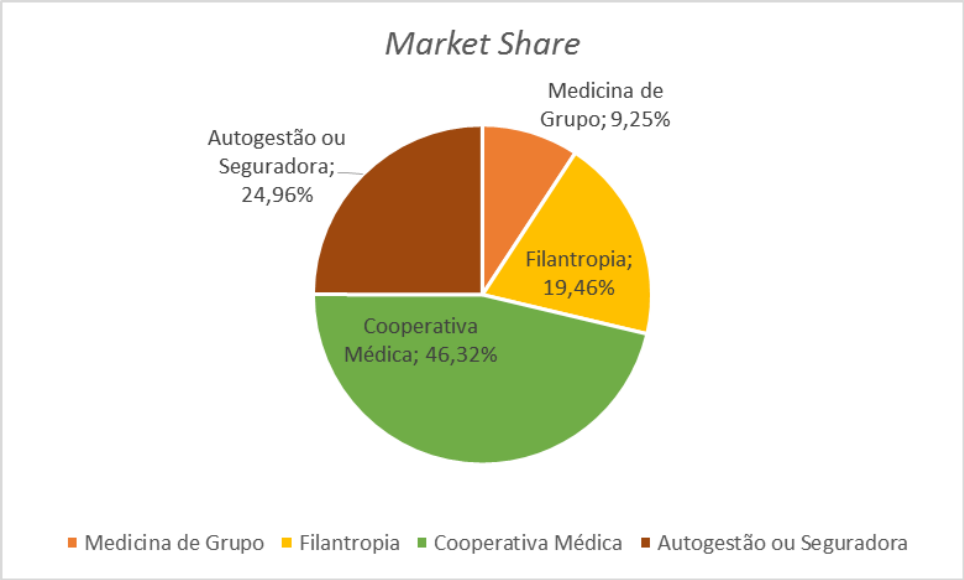

Gráfico 7 – *Market Share* de planos de saúde por modalidade de operadora na cidade de Juiz de Fora
Fonte: ANS, 2016 - Adaptado

O gráfico 7 mostra que a Cooperativa Médica possui a liderança no mercado de Juiz de Fora considerando o número total de beneficiários. Diferente do apresentado no gráfico 4, na cidade mineira, a modalidade Filantropia aparece com quase 20% do mercado, a modalidade Medicina de Grupo representa menos de 10%. Para a análise de Juiz de Fora somou-se os beneficiários de Autogestão e Seguradoras, pela limitação de segregar e trabalhar os dados disponibilizados, contudo, pode-se observar que elas apresentam comportamento parecido à distribuição nacional.

A ANS não exige a divulgação dos dados econômico-financeiros para operadoras de pequeno porte, por isso a comparação de *ticket* médio e sinistralidade, por tipo de contratação,

entre as operadoras e a média do setor apresenta duas das maiores operadoras da cidade. Essa comparação pode ser vista nos gráficos 8, 9 e 10 abaixo.

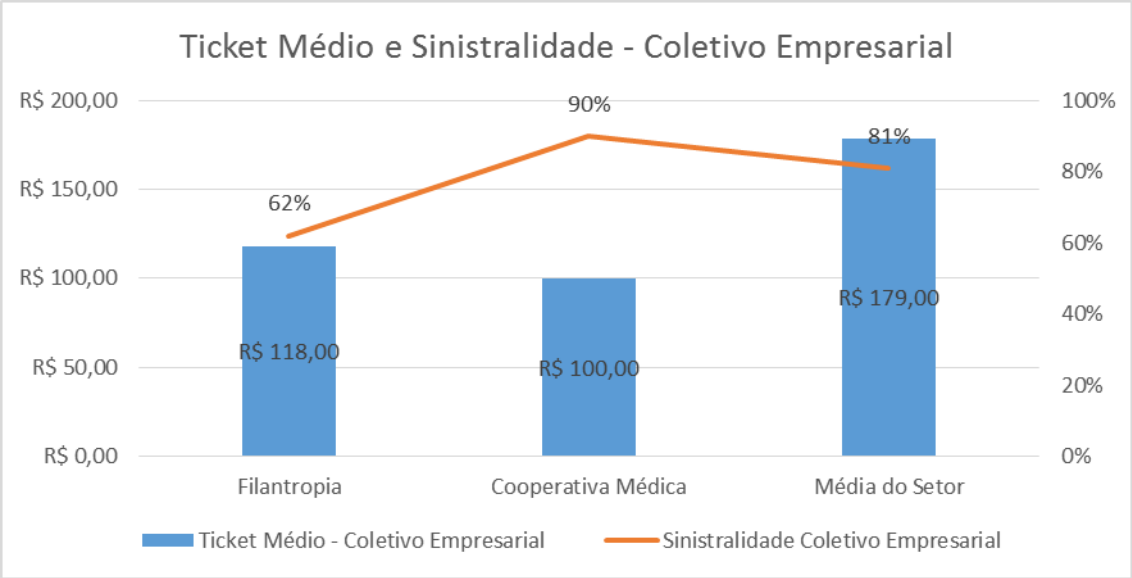

Gráfico 8 – Comparação Ticket Médio e Sinistralidade para planos Coletivo Empresarial
Fonte: ANS, 2016 - Adaptado

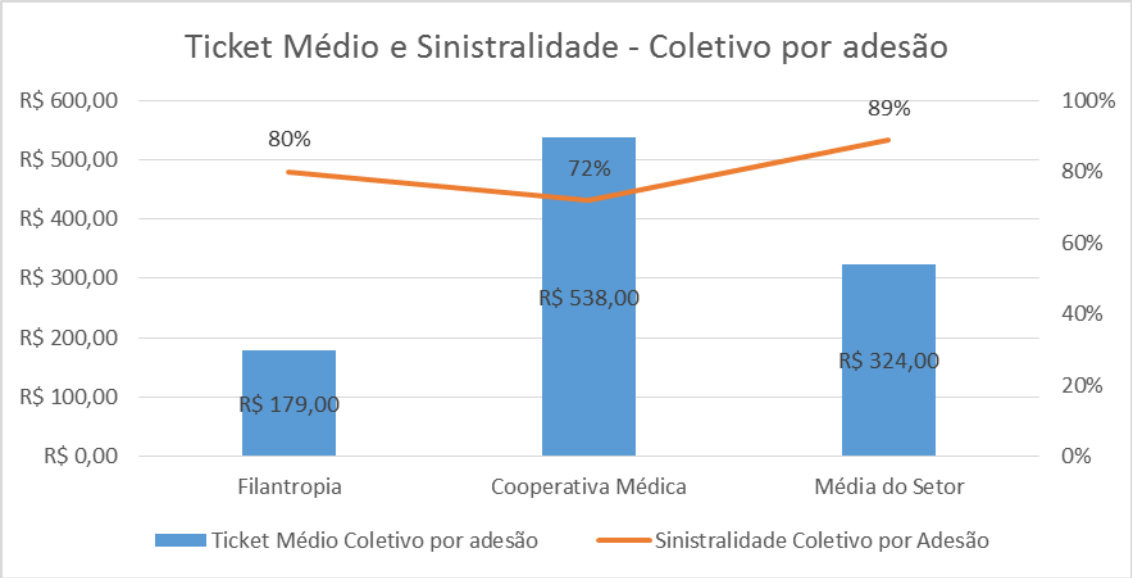

Gráfico 9 - Comparação Ticket Médio e Sinistralidade para planos Coletivo por adesão
Fonte: ANS, 2016 - Adaptado

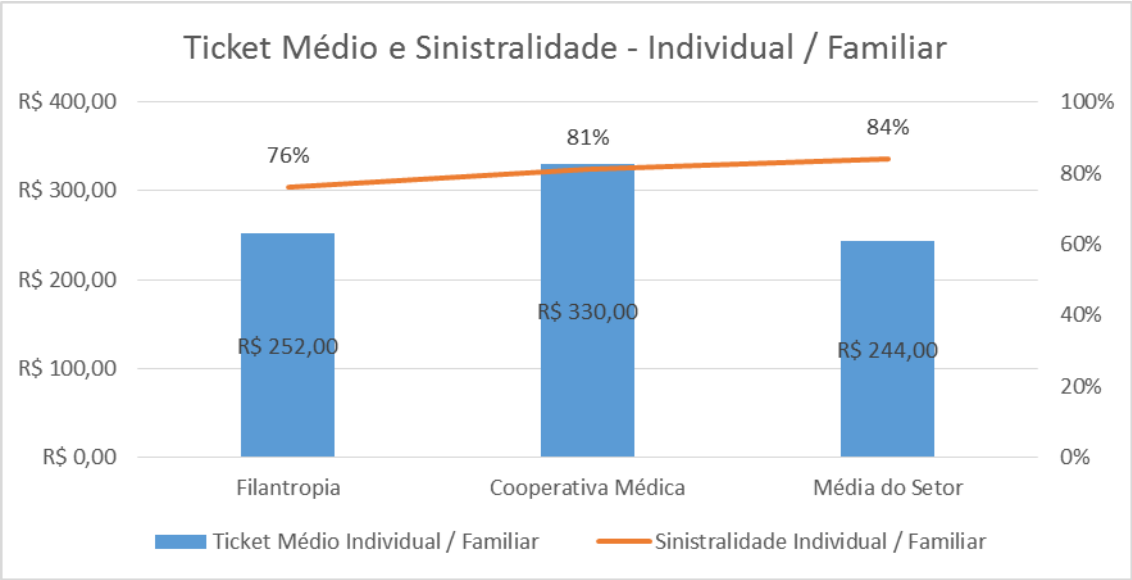

Gráfico 10 - Comparação Ticket Médio e Sinistralidade para planos Individual/Familiar
Fonte: ANS, 2016 - Adaptado

A partir dos gráficos, pode-se observar que para planos Coletivo Empresarial, a operadora da modalidade Filantropia possui *ticket* médio maior que a Cooperativa Médica, o que contribui para a sinistralidade estar em 62%. A Cooperativa Médica por adotar um *ticket* médio menor, acaba tendo uma sinistralidade mais elevada, ultrapassando inclusive a média do setor que é de 81%. Outro fato importante de se ressaltar é que as duas operadoras estão praticando preços abaixo da média do setor para esse tipo de contratação.

Para planos Coletivo por adesão, a Cooperativa Médica possui um *ticket* médio elevado, fato que contribui para que a sinistralidade esteja bem abaixo do que a operadora comparada e a média do setor. A operadora da modalidade Filantropia pratica preços menores que a média do setor e possui índice de sinistralidade também abaixo da média.

Já para planos Individual / Familiar, a Cooperativa Médica possui índice de sinistralidade próximo à média do setor e maior do que a operadora comparada. O *ticket* médio novamente é maior ao se comparar tanto com a operadora de Filantropia quanto à média do setor.

A partir da análise dos gráficos, é possível afirmar que o desempenho das carteiras da Cooperativa Médica é pior do que a operadora Filantropia em 2 dos 3 tipos de contratação. A pior situação, no momento, parece ser os planos Coletivo Empresarial onde fica clara a prática de preços muito abaixo da média nacional e abaixo também da operadora concorrente o que gera uma sinistralidade muito alta e dependendo da proporção de beneficiários com esse tipo de contratação, pode gerar impactos negativos no curto / médio prazo.

2.4 COOPERATIVISMO

O cooperativismo possui algumas particularidades com relação às empresas mercantis, como por exemplo, enquanto as empresas privadas visam ao lucro proporcional ao número de ações para seus donos, as cooperativas visam ter o retorno sobre os excedentes (sobras) proporcional à produção.

A história do cooperativismo (OCB, 2015), começa em 1844 no bairro de Rochdale em Manchester na Inglaterra. Em meio a Revolução Industrial, em que a mão-de-obra perdeu poder de troca e os salários eram baixos com jornadas de trabalho cada vez mais longas, um grupo de 28 tecelões se reuniu para fundar, com base nos ideias de respeito aos valores do ser humano, praticando regras, normas e princípios próprios, a primeira cooperativa no mundo, a chamada Sociedade dos Pioneiros de Rochdale (*Rochdale Society of Equitable Pioneers)*. Ela criou os princípios morais e a conduta que são alicerce dos princípios cooperativistas até hoje.

Os sete princípios estão relacionados abaixo (OCB,2015):

- **Adesão voluntária e livre:** As cooperativas são organizações voluntárias, abertas a todas as pessoas aptas a utilizar os seus serviços e assumir as responsabilidades como membros, sem discriminações de sexo, sociais, raciais, políticas e religiosas.
- **Gestão democrática:** As cooperativas são organizações democráticas, controladas pelos seus membros, que participam ativamente na formulação das suas políticas e na tomada de decisões. Os homens e as mulheres, eleitos como representantes dos demais membros, são responsáveis perante estes.
- **Participação econômica dos membros:** Os membros contribuem equitativamente para o capital das suas cooperativas e controlam-no democraticamente. Os membros destinam os excedentes a uma ou mais finalidades como por exemplo, desenvolvimento da cooperativa, benefícios aos membros na proporção das suas transações com a cooperativa, apoio a outras atividades aprovadas pelos membros.
- **Autonomia e independência:** As cooperativas são organizações autônomas, de ajuda mútua, controladas pelos seus membros. Se firmarem acordos com outras organizações, incluindo instituições públicas, ou recorrerem a capital externo, devem fazê-lo em condições que assegurem o controle democrático pelos seus membros e mantenham a autonomia da cooperativa.
- **Educação, formação e informação:** As cooperativas promovem a educação e a formação dos seus membros, dos representantes eleitos e dos trabalhadores, de

forma que estes possam contribuir, eficazmente, para o desenvolvimento das suas cooperativas. Informam o público em geral, particularmente os jovens e os líderes de opinião, sobre a natureza e as vantagens da cooperação.

- **Intercooperação:** As cooperativas servem de forma mais eficaz aos seus membros e dão mais força ao movimento cooperativo, trabalhando em conjunto, através das estruturas locais, regionais, nacionais e internacionais.
- **Interesse pela comunidade:** As cooperativas trabalham para o desenvolvimento sustentado das suas comunidades através de políticas aprovadas pelos membros.

No Brasil, o movimento cooperativista surgiu no final do século XIX. A primeira cooperativa brasileira que se tem registro é chamada Sociedade Cooperativa Econômica dos Funcionários Públicos de Ouro Preto, no ano de 1889, e a partir disso foi se expandindo Brasil a fora. Com influência de imigrantes europeus, em 1902, surgiram cooperativas de crédito no sul do país e em 1906, as cooperativas no meio rural (OCB,2015).

As cooperativas foram se expandindo num modelo autônomo, mas com a dificuldade de se obter materiais didáticos sobre o assunto, poucas pessoas eram informadas, o que foi um grande entrave para a propagação do sistema cooperativo (OCB,2015).

Em 1969 foi criada a Organização das Cooperativas Brasileiras (OCB) que é a organização responsável por representar e defender os direitos das cooperativas. Em 1971, a Lei 5.5764 disciplinou a criação de cooperativas, mas restringiu a autonomia dos associados, fato que foi superado pela Constituição de 1988 (OCB,2015).

Em 1998, nascia o Serviço Nacional de Aprendizagem do Cooperativismo (Sescoop), com foco em ensino, formação profissional dos trabalhadores, associados e funcionários das cooperativas brasileiras (OCB,2015).

Hoje no Brasil tem-se 13 ramos do cooperativismo que são divididos da seguinte forma (UNIMED DO BRASIL, 2015):

- **Agropecuário:** Reunindo produtores rurais, agropastoris e de pesca. As cooperativas caracterizavam-se pelos serviços prestados aos associados, como recebimento ou comercialização da produção conjunta, armazenamento e industrialização, além da assistência técnica, educacional e até social.
- **Consumo:** Inicialmente formado por cooperativas fechadas (exclusivas para atender a funcionários de empresas), chegou a ter centenas em meados do século 20. Porém, o início da incidência do Imposto sobre Circulação de Mercadorias e Serviços (ICMS), a partir do Decreto-Lei 406/68, atingiu duramente o ramo. Os

preços deixaram de ser competitivos e a maioria das cooperativas fechou as portas. As que resistiram tornaram-se abertas (atendem toda a comunidade).

- **Crédito:** Um dos primeiros ramos a se organizar no país atua no crédito rural e urbano. Foi praticamente extinto pelo governo, entre as décadas de 1960 e 1980. Nos anos 1990, o ramo se reestruturou. Com o objetivo de facilitar o acesso dos associados ao mercado financeiro com melhores condições que as instituições bancárias tradicionais.
- **Educacional:** O objetivo das cooperativas educacionais é unir ensino de boa qualidade e preço justo. Assim, pais de alunos ou professores formam e administram as escolas cooperativas, promovendo a educação com base na democracia e na cooperação, sem estimular a competição.
- **Especial:** Fundamentado pela lei 9.867/99, esse ramo se constitui de cooperativas formadas por pessoas em situação de desvantagem, como deficiência física, sensorial e psíquica, ex-condenados ou condenados a penas alternativas, dependentes químicos e adolescentes a partir de 16 anos em difícil situação familiar, econômica, social ou afetiva. As cooperativas atuam visando à inserção no mercado de trabalho desses indivíduos, geração de renda e a conquista da sua cidadania.
- **Habitacional:** As cooperativas habitacionais têm como objetivo viabilizar moradia aos associados. Seu diferencial é a construção de habitações a preço justo, abaixo do de mercado, pois não visam ao lucro.
- **Infraestrutura:** Formado hoje por cooperativas de eletrificação rural, atende, principalmente, às pequenas e médias propriedades rurais. As cooperativas preenchem uma lacuna das concessionárias de energia nas regiões de baixo consumo. Além da construção de redes, as cooperativas são responsáveis pela produção, geração, manutenção, operação e distribuição da energia elétrica.
- **Mineral:** Previsto na Constituição Federal de 1988, esse ramo atua na pesquisa, extração, lavra, industrialização, comércio, importação e exportação de produtos minerais. De grande alcance social, está presente, principalmente, nas pequenas e médias jazidas, que não despertam interesse das grandes mineradoras.
- **Produção:** Estimula o empreendedorismo em que um grupo de profissionais, com objetivos comuns na exploração de diversas atividades produtivas, se reúne para produzir bens e produtos como donos do seu próprio negócio. A ênfase maior do

ramo Produção está nos setores da primário e secundário (Por exemplo: Cooperativa dos Produtores de Leite).

- **Saúde:** As cooperativas médicas existiam há três décadas quando o ramo, genuinamente brasileiro, foi desmembrado do ramo Trabalho, em 1996, devido à sua força e representatividade. Reúne profissionais especializados na promoção da saúde humana, como médicos, dentistas, psicólogos e outros profissionais.
- **Trabalho:** Associação de profissionais de atividades afins para a prestação de serviços (setor terciário).
- **Transporte:** Composto por cooperativas de transporte de carga e passageiros - táxis e vans inclusos - é outro desmembramento do ramo Trabalho. Mais novo dos ramos, foi criado em 2002. Já nasceu forte e estruturado, com uma frota de cinco mil veículos.
- **Turismo e Lazer:** Em processo de estruturação, foi criado em 2000, durante Assembleia Geral Ordinária da OCB. Respaldado no enorme potencial turístico brasileiro, visa à prestação de serviços turísticos, artísticos, de entretenimento, esportes e hotelaria por profissionais dessas áreas.

Uma das vantagens de se criar uma cooperativa, passa, segundo o SEBRAE (2009), pelos benefícios fiscais, pois, embora não exista diferença entre os tributos incidentes sobre produtos e serviços vendidos por uma cooperativa ou por uma empresa mercantil, a principal diferença é que, ao trabalhar para a cooperativa, o cooperado não gera vínculo empregatício com a mesma e seus produtos entregues à cooperativa também não geram tributação. É o chamado ato cooperativo, e está definido na Lei 5.764/71, art. 79 e Parágrafo Único. No entanto, ao vender essa mercadoria ao consumidor ou serviço para uma empresa, há incidência de impostos.

Outra vantagem é possibilitar que trabalhadores aumentem a competitividade e possam melhorar a condição financeira e de trabalho ao se juntarem e enfrentarem o mercado não mais isoladamente (SEBRAE, 2009).

3 ESTUDO DE CASO

O trabalho proposto foi desenvolvido em uma cooperativa de trabalho médico que atua no ramo de Operadoras de Plano de Saúde na cidade de Juiz de Fora. A cooperativa foi fundada em 1973, possui mais de 1300 médicos cooperados atendendo a mais de 110 mil beneficiários e possuindo também 142 prestadores credenciados entre hospitais, clínicas e laboratórios atuando em 19 municípios, sendo referência para outras singulares das regiões da Zona da Mata, Vertentes e Centro-Sul Fluminense que somam mais de 200 mil beneficiários. Além disso, por meio de um sistema de intercâmbio com as demais 352 cooperativas, a cooperativa de Juiz de Fora oferece acesso à saúde para seus beneficiários em todos os estados do país.

A cooperativa possui, atualmente, 397 colaboradores alocados na matriz onde ocorrem os processos administrativos e nos recursos próprios que atuam no ramo da Medicina Preventiva (promoção da saúde e prevenção da doença – PROMOPREV), Atenção Domiciliar e ambulatorial, a cooperativa possui ainda um Hospital em construção com previsão de início das operações para 2018.

Segundo o Organograma disponível na *intranet*, a cooperativa possui, atualmente, a Assembleia Geral, Conselhos de Administração, Fiscal e Técnico-Ético, a Diretoria Executiva que é formada pelos diretores Presidente, Relacionamento com Mercado, Provimento de Saúde e Administrativo-Financeiro. Seguindo a hierarquia, as gerências estão divididas em Qualidade em Atendimento, Mercado, Provimento de Saúde, Financeiro, Contabilidade, Tecnologia da Informação, Pessoas e Administrativo. Existe ainda, algumas assessorias diretamente ligadas à Diretoria Executiva, como por exemplo, a de Comunicação e Marketing, Gestão de Relacionamento com o Cooperado, Ouvidoria e a de Gestão Estratégica que é desmembrada em Núcleos de Informação e Qualidade, Regulação e Acreditação, Projetos e Obras.

A Gestão da Qualidade tem o Núcleo de Regulação e Acreditação como gestor e está voltada o para atendimento dos requisitos da ISO 9001, Acreditação de Operadoras descrita na Resolução Normativa 277 da ANS, do Selo de Governança Cooperativa e Sustentabilidade, do Programa Integridade do Instituto Ethos e do Programa de Desenvolvimento da Gestão das Cooperativas (PDGC).

Ao responder o questionário de auto avaliação do PDGC, a cooperativa de trabalho médico de Juiz de Fora obteve o resultado mostrado abaixo, no gráfico 11.

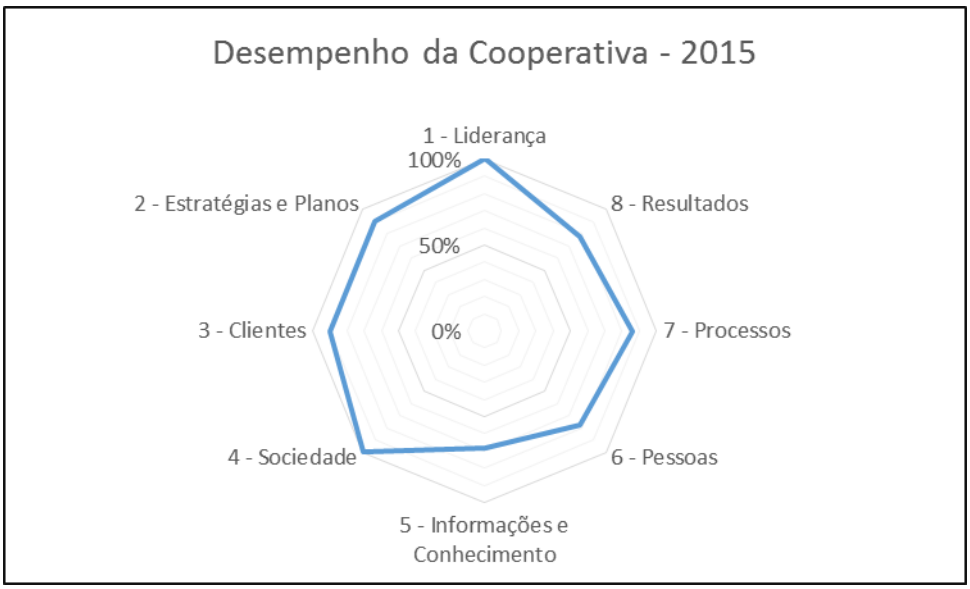

Gráfico 11 – Desempenho da Cooperativa – Auto avaliação PDGC 2015
Fonte: Autor

A cooperativa atingiu 100% da pontuação na dimensão Liderança, 90% da pontuação na dimensão Estratégia e Planos e 80% na dimensão Resultado mas ainda assim, percebeu-se a necessidade de melhorar a maneira como o Planejamento Estratégico era realizado até o momento – como por exemplo, no estabelecimento de planos de ação para atingimento de todas as metas dos objetivos estratégicos, melhorar a disseminação para todos os colaboradores, aprimorar o controle dos objetivos, envolver o orçamento no momento certo, pois ocorria antes mesmo do planejamento estratégico começar a ser desenvolvido, por isso, foi proposta uma metodologia, que pode ser encontrada na figura 7. As questões avaliadas para essas dimensões podem ser encontradas na seção Anexos.

A partir dessa auto avaliação, pode-se identificar, também, outras oportunidades de melhoria, como por exemplo, na dimensão Informações e Conhecimento que demonstra uma fraqueza observada em outras avaliações, que é a baixa formalização dos registros, baixa documentação e padronização dos processos, o que acabou impactando também no resultado da dimensão Processos. A dimensão Pessoas é, também, um outro ponto a se observar para

que melhorias sejam implantadas. As dimensões Clientes e Sociedade que já são consideradas estratégicas desde outros planejamentos obtiveram bons resultados.

Embora o foco esteja na Dimensão Estratégia e Planos, todas essas dimensões deverão ser levadas em consideração ao montar o mapa estratégico.

Figura 7 – Metodologia de Planejamento Estratégico
Fonte: Autor

3.1 METODOLOGIA PROPOSTA

A metodologia proposta surgiu a partir do estudo do referencial teórico e de reuniões com o Assessor Estratégico para que houvesse um alinhamento com o modelo adotado até então. Ela separa o Planejamento Estratégico em duas etapas, conforme o MEG, Formulação Estratégica e Desdobramento da Estratégia. Como a cooperativa já possui um histórico de

Planejamento Estratégico, a metodologia proposta nasce com a revisão do último planejamento existente. A etapa seguinte é a de Definição dos Direcionadores Estratégicos, em que é definida a missão, visão, valores da cooperativa, entre outros fatores.

A próxima etapa é a análise do ambiente, em que o resultado final são as análises PEST e das forças de Porter, essas análises servem de insumo para a elaboração da matriz SWOT que terá seus fatores cadastrados de acordo com a Perspectiva do Mapa Estratégico; Macroprocesso; Processo; Área e a Classificação SWOT. Eles também são ponderados de acordo com uma série de elementos como: Nível (estratégico – com ou sem impacto no resultado, tático, operacional – com ou sem impacto no resultado); Gravidade; Urgência; Tendência; Idade (há quanto tempo esse fator existe); Retorno financeiro atrelado àquele fator. Essas ponderações podem receber os valores 10; 7,5; 5; 2,5 e 1, os quais são multiplicados e assim, forma-se um *ranking* dos fatores mais relevantes. Essa escala foi escolhida em consenso com a equipe para que a diferença na pontuação entre os fatores cadastrados fosse tal que não gerasse dúvidas sobre quais os fatores mais relevantes.

A partir da análise da Matriz SWOT, que consiste em comparar como os fatores de força e fraqueza se relacionam com as oportunidades e ameaças, é possível consolidar os Objetivos Estratégicos que irão compor o Mapa Estratégico. O mapa é levado para aprovação junto à Diretoria Executiva e o mesmo pode sofrer adaptações que forem julgadas necessárias, mas a partir da aprovação do mapa, são definidos os indicadores e as metas para cada objetivo a ser monitorado.

A próxima etapa é a de seleção dos projetos que irão compor o portfólio daquele Planejamento Estratégico e deverá ser analisado o investimento inicial, o custo operacional e a estimativa do retorno financeiro para cada projeto levantado, pois esses projetos irão se unir às previsões de receitas e despesas para compor o Planejamento Financeiro para o horizonte temporal determinado. Com o Planejamento Financeiro finalizado, o próximo passo é buscar a aprovação do Conselho de Administração.

Após a aprovação, tem início o Desdobramento da Estratégia que passa pela etapa de criar os planos de ação para que todos os níveis hierárquicos e setores da cooperativa se vejam incluídos na estratégia e a posterior disseminação para as partes interessadas (colaboradores, cooperados, clientes, fornecedores, comunidade) por meio de reuniões, divulgação nos meios

de comunicação interno, espaço no *website* contemplado o mapa estratégico, apresentação do Planejamento Estratégico em assembleias ordinárias ou extraordinárias.

O monitoramento da estratégia é realizado mensalmente por meio de reuniões da Diretoria Executiva com os Gerentes e Gestores onde os indicadores estratégicos são mostrados e analisados de acordo com o resultado daquele período. Além desse monitoramento, existe a possibilidade de surgirem estratégias emergentes, seja por demanda do mercado, seja por demanda da Diretoria, portanto é necessário analisar o impacto dessa nova estratégia no Planejamento Estratégico vigente para que o resultado ainda esteja dentro do previsto ou até melhor, caso essa estratégia emergente traga algum retorno imediato.

E assim, volta-se à revisão do Planejamento Estratégico que deverá ocorrer anualmente para fins de ajuste de rota para que a visão estabelecida seja atingida no prazo desejado.

3.2 APLICAÇÃO DA METODOLOGIA

O Planejamento Estratégico cooperativa teve seu início em agosto de 2015 com uma reunião do Comitê Estratégico formado por Gerentes, Gestores, Assessor Estratégico, membros do Núcleo de Regulação e Acreditação e do corpo técnicos de diversos setores. Na reunião foi explicada a nova metodologia a ser empregada. As etapas da elaboração, revisão e acompanhamento da estratégia estão demonstradas nos fluxos em anexo.

O primeiro passo para o PE foi definir os direcionadores estratégicos:

Horizonte Temporal: Anos 2016-2017

Definiu-se apenas dois anos como horizonte temporal desse Planejamento Estratégico, pois com o fim da construção e início da operação do hospital datado para 2018, haverá uma mudança enorme em tudo relacionado à cooperativa, desde organograma, número de funcionários até receitas e despesas, por isso, no ano de 2017 haverá um momento específico para tratar dessas mudanças e alinhar um novo planejamento estratégico com maior horizonte temporal.

Missão: Gerir risco em saúde, proporcionando serviços com segurança, tranquilidade e bem-estar para os clientes, valorizando o trabalho médico e dos colaboradores, com responsabilidade social.

Negócio: Gestão de Risco em Saúde.

Visão 2017: Garantir a posição de liderança e inovação da cooperativa médica de Juiz de Fora por meio da qualidade percebida pelos clientes e beneficiários, pelo desenvolvimento contínuo de um modelo de gestão integrado de atenção e cuidados no indivíduo, e pela atuação dos seus médicos cooperados.

Crença e Valores: Conduta ética; Promoção da Saúde; Cuidado com as pessoas; Respeito à filosofia cooperativista; Responsabilidade Socioambiental; Compromisso com a inovação; Parceria com os prestadores de serviço; Estímulo à educação continuada de cooperados e colaboradores.

Política da Qualidade: Buscar a excelência dos produtos e serviços prestados, com melhoria contínua dos processos de negócio, observando as exigências legais e seguindo os princípios cooperativistas e da gestão da qualidade com foco na satisfação dos clientes, colaboradores, fornecedores, prestadores de serviço e cooperados.

Posicionamento Estratégico: A cooperativa médica de Juiz de Fora gera valor para clientes que buscam qualidade com baixo custo nos seus produtos tipo “Fácil” e também gera valor para clientes que buscam produtos completos, com serviços inovadores.

Em seguida, os gerentes e gestores foram orientados a darem início às análises do ambiente, como guia foram elaboradas duas planilhas, uma contendo a ferramenta PEST e a outra contendo questões de insumos estratégicos dividida em sete dimensões: Clientes, Mercado, Assistência, Econômico, Tecnologia e Processos, Pessoas e Estrutura, Sustentabilidade e Responsabilidade Social.

Exemplos da planilha PEST e da planilha de Insumos Estratégicos podem ser vistos nas figuras 8 e 9:

1. PAINEL POLÍTICO	
INTRODUÇÃO	
Descrição:	Os fatores **Políticos** estão intrínsecamente ligados à influência que os governos podem ter sobre a atividade econômica da empresa, quer através de criação de políticas interventivas, quer na regulação que pode exercer sobre essa atividade. Mais especificamente, os fatores políticos incluem áreas como a política fiscal, direito do trabalho, direito ambiental, restrição comercial, taxas e estabilidade política. Os fatores políticos podem também incluir bens e serviços que o governo pretenda fornecer ou receber, assim como aqueles que o governo não pretende receber. Da mesma forma, os governos têm uma forte influência nas áreas da saúde, educação e infraestruturas de uma nação. A abrangência das organizações políticas que têm influência nesta análise é de dimensão considerável. O conhecimento do centro de influência política permite conhecer todo o sistema, e as diferenças entre os diversos níveis que podem influenciar a análise devem ser desde logo anotadas de maneira a conseguir-se lidar com essas divergências e minimizar os seus efeitos. Cada vez mais, as decisões e influências políticas podem ter proveniências mais distantes. É necessário ter uma visão cada vez mais alargada sobre este fator e olhar mesmo para grupos de pressão ambiental, sindicatos e outras organizações. No âmbito do cooperativismo, deverão ser observados os movimentos, tendências e pretenções do Sistema cooperativo nacional, cooperativo médico nacional e estadual.
Temas para observação:	Estabilidade política nacional Estabilidade governamental Política monetária e orçamental Política de impostos Política de investimentos Política social Cooperativismo

Figura 8 – Exemplo de Planilha PEST
Fonte: Autor

PAINEL 2 - MERCADO	
	Gestão de Mercado: Novas Vidas
2.1	Como está a evolução do resultado da carteira ?
2.2	Como está a evolução dos fatores de risco Idade Média / Envelhecimento?
2.3	Como está a evolução da participação no mercado?
2.4	Como está a evolução da participação da concorrência? Em que mercados tem atuado e de que forma? Há perspectivas de novos entrantes? Como está a saúde financeira da concorrência?
2.5	Qual a perspectiva de instalação de novas empresas potenciais clientes na cidade (médio/grande porte) no próximo ano?
2.6	Como está a evolução da taxa de cobertura assistencial Juiz Fora, Região e Nacional? Quais são os mercados potenciais? Atendidos com quais produtos?
2.7	Como está a influência da elasticidade de preço nas vendas por produto? Quais estratégias estão ou podem ser adotadas?
2.8	Qual o potencial de mercado em novas áreas ou cidades de atuação?
	Como está estruturado o Processo de Projetar de Novos Produtos / Serviços / Soluções? (Ref.: ISO 9001 - Requisito 7.3 e RN 277 - Requisito 7.1.14)
2.9	Qual a estratégia para carteira pessoa física? É possível equilibrá-la? Com quais medidas?
2.10	Qual a estratégia para carteira de pool de risco? Quais são as medidas para evitar possível desequilíbrio?
2.11	Como está coparticipação? E quais riscos de regulação sobre esta recuperação de despesa?
2.12	Qual o risco de subscrição no processo da entrevista qualificada? (Migrações e novas subscrições?). Quais ações foram tomadas para minimizar o risco? Que resultados estamos obtendo?
2.13	Quais os riscos de inadimplência, falência ou problemas ooeracionais com grandes carteiras / novas carteiras? Quais ações foram tomadas para minimizar o risco? Que resultados estamos
2.14	Qual o risco de operação com vidas fora de juiz de fora ?
2.15	Há expectativa da verticalização ser um vetor de crescimento da carteira?
2.16	Quais serão os desafios para o setor de mercado em relação às metas global orçamentárias geração de resultados e equilíbrio da carteira?
2.17	Quais as perspectivas quantitativas de crescimento da carteira por produto / novos produtos?

Início | 1. Clientes | 2. Mercado | 3. Assistência | 4. Economico | 5. Tecnologia e processos | 6. Pessoas e estrutura | 7. Sustental

Figura 9 – Exemplo de Planilha Insumos Estratégicos
Fonte: Autor

Os resultados dos levantamentos seguem abaixo:

- **Político:** Para operadoras de planos de saúde, como mencionado anteriormente, existe a regulação da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) que cria e modifica as regras do setor visando a melhor prestação dos serviços. E pela cooperativa participar de um sistema nacional de cooperativas de trabalho médico, ela precisa ter aderência também a essas regras para que ela possa operar utilizando a marca. Quanto às mudanças no cenário político, a fase de instabilidade não tem tido reflexos para o setor de saúde suplementar.

- **Econômico:** O Brasil passa por um momento de recessão econômica e isso tem afetado o número de beneficiários, causando cancelamentos especialmente de clientes empresariais. Para conseguir crescer na crise será necessário inovar cada vez mais e explorar a marca e os diferenciais.
- **Social:** Saúde é considerada um dos "bens" mais preciosos das pessoas e o mercado de planos de saúde possui empresas que pretendem cuidar da saúde dos cidadãos, por isso é importante demonstrar interesse em manter seus beneficiários saudáveis e desenvolver programas de promoção da saúde.
- **Tecnológico:** A relação entre saúde e tecnologia está cada vez mais forte. Novas tecnologias surgem a cada ano fazendo com que haja melhor tratamento para as doenças. Contudo, para as operadoras de planos de saúde, essas novas tecnologias representam, também, um aumento no custo visto que Órteses, Próteses e Materiais Especiais (OPMEs) possuem alto valor de mercado e a falta de padronização e de regulação nos preços fazem com que eles custem milhões de reais para as operadoras a cada ano.

Para a análise das Forças de Porter, temos:

- **Ameaça de novos concorrentes:** Por ser um mercado regulado pela ANS, o capital necessário para se iniciar no mercado é grande e a capacidade da rede prestadora de atender à lista de procedimentos mínimos que a ANS determina, faz com que não seja comum a criação de novas operadoras de planos de saúde. A ameaça que poderia existir seria a de operadoras mercantis de grande porte entrarem no mercado de Juiz de Fora, mas no momento essa ameaça não foi detectada.
- **Pressão de produtos substitutos:** Nos estudos realizados pelo Comitê Estratégico, poucos produtos substitutos foram encontrados, um deles foi a formação de cooperativas de especialidades médicas, mas o movimento ainda é muito pequeno. Outra possível substituição viria da inovação tecnológica, nos Estados Unidos está sendo lançado um aplicativo onde pessoas doentes solicitariam médicos cadastrados nesse aplicativo e os mesmos as visitariam em casa. E por fim, a substituição que tem capacidade de fazer maior pressão no médio prazo é a criação de clínicas de baixo custo e menor complexidade, em que

as pessoas iriam a consultas pagando um preço muito abaixo do praticado pelo mercado visto que o foco delas é apenas atendimentos de baixa complexidade, a aposta no caso, seria no alto volume de atendimento. Contudo no momento, essa pressão é baixa.

- **Poder de barganha dos compradores:** Existem dois tipos de compradores de plano de saúde, eles podem ser clientes Pessoa Física ou Jurídica. Para clientes PF - ou seja, de contrato individual/familiar - a ANS é quem determina o percentual máximo de reajuste anual dos contratos de acordo com a média dos percentuais de reajustes aplicados pelas operadoras aos planos coletivos com mais de 30 vidas. Para clientes PJ – ou seja, de contrato coletivo por adesão ou empresarial – o reajuste é dividido da seguinte forma: para clientes PJ com menos de 30 vidas e que aceitaram entrar no agrupamento do *Pool* de Risco – grupo de contratos que recebem o mesmo reajuste – tem o reajuste conforme o desempenho (sinistralidade) de todos os contratos participantes desse agrupamento, no aditivo contratual há a fórmula que subsidia o cálculo. Para clientes PJ com menos de 30 vidas que não aceitaram fazer parte do *Pool* de Risco e para outros clientes de planos coletivos (empresariais e por adesão) os contratos são reajustados individualmente, observando-se a cláusula contratual, sinistralidade e a livre negociação entre as partes e nesse tipo de reajuste é onde existe uma maior pressão por parte dos compradores. Existem ainda os clientes com contratos anteriores à criação da ANS, que são, portanto, contratos não regulamentados pela agência, neste caso, os reajustes, as coberturas de procedimentos e o índice de reajuste estão vinculados exclusivamente ao que está previsto em contrato. Outra forma de exercer pressão nas operadoras de planos de saúde que tem sido utilizada pelos beneficiários é através da justiça. Dessa forma, os juízes, por meio de liminares, determinam que as operadoras liberem procedimentos e medicamentos que não estão previstos nos contratos e nem fazem parte da lista de procedimentos que a ANS determina.
- **Poder de barganha dos fornecedores:** Os fornecedores podem ser divididos em três grandes grupos: os prestadores de serviço de saúde (clínicas, laboratórios, hospitais), os fornecedores de materiais médicos (OPMEs, remédios, etc.) e os de materiais de escritório. Estes não exercem pressão na cooperativa visto que o volume é alto e existe uma diversidade grande de fornecedores. Os fornecedores

de materiais médicos já conseguem exercer uma maior pressão devido a especificidade dos produtos e pelos outros fatores apontados, anteriormente, na análise tecnológica do setor, mas em geral, os produtos são cotados pela operadora mas comprados pelos prestadores. Além desse poder adquirido na compra dos OPMEs, os prestadores de serviço de saúde detêm um grande poder de barganha para com a cooperativa, pois os concorrentes em determinados tipos de serviço se unem no momento da negociação e por falta de parâmetros de avaliação da qualidade do serviço prestado, é difícil conseguir negociar valores individualmente.

- **Rivalidade entre os concorrentes:** A cooperativa atua tanto no segmento popular quanto no mercado *premium*, neste mercado não existe no momento nenhuma concorrência que abale a sua liderança visto que seu relacionamento com os clientes é um de seus diferenciais, além dos produtos adicionais serem de alta qualidade (transporte aero médico, SOS, ambulatórios, programas promoção da saúde e prevenção da doença, atenção domiciliar, etc.). No segmento popular, a cooperativa enfrenta a concorrência de uma operadora de planos de saúde da modalidade filantropia, nesse segmento a disputa é preço, portanto, a operadora que tiver menor custo conseguirá obter um preço mais competitivo.

A partir dos levantamentos de cada setor, uma planilha para análise SWOT foi elaborada para cadastrar, classificar e priorizar os fatores conforme as contribuições dadas. Cada fator foi classificado em:

- Perspectiva do Mapa Estratégico (Financeiro, Cliente e Mercado, Processo, Pessoas);
- Tipo de Processo (Liderança, Negócio, Suporte);
- Macroprocesso;
- Processo;
- Área;
- Classificação (Força, Fraqueza, Ameaça ou Oportunidade)
- Nível (Estratégico com meta de resultado, Estratégico, Tático, Operacional e Operacional com meta de resultado);
- Ano em que foi identificado.

E para as priorizações, foi levado em consideração a Matriz **GUT** e outras ponderações como **Nível**, **Idade**, e **Retorno financeiro**, formando assim a Matriz **NGUTIR**.

Um exemplo da planilha de análise SWOT pode ser visto na figura 10:

Item	Perspectiva	Macroprocesso	Processo	Classificação	Nível	Ano	N	G	U	T	I	R	Pontuação
Contribuição direta do EVB na sustentabilidade financeira da operadora	Financeiro	Gerenciar Contabilidade e Finanças	Gerenciar Finanças	Força	Estratégico com meta de resultado	2006	10	10	10	10	10	1	100.000
Satisfação dos clientes	Cliente e Mercado	Prover Marketing	Gerenciar Marketing	Força	Estratégico com meta de resultado	2011	10	7,5	10	7,5	10	1	56.250

Figura 10 – Tela da Planilha de Análise SWOT
Fonte: Autor

Do total de 319 itens foram cadastradas 67 forças, 155 fraquezas, 45 oportunidades e 52 ameaças, divididas por nível, conforme figuras 11 a 14:

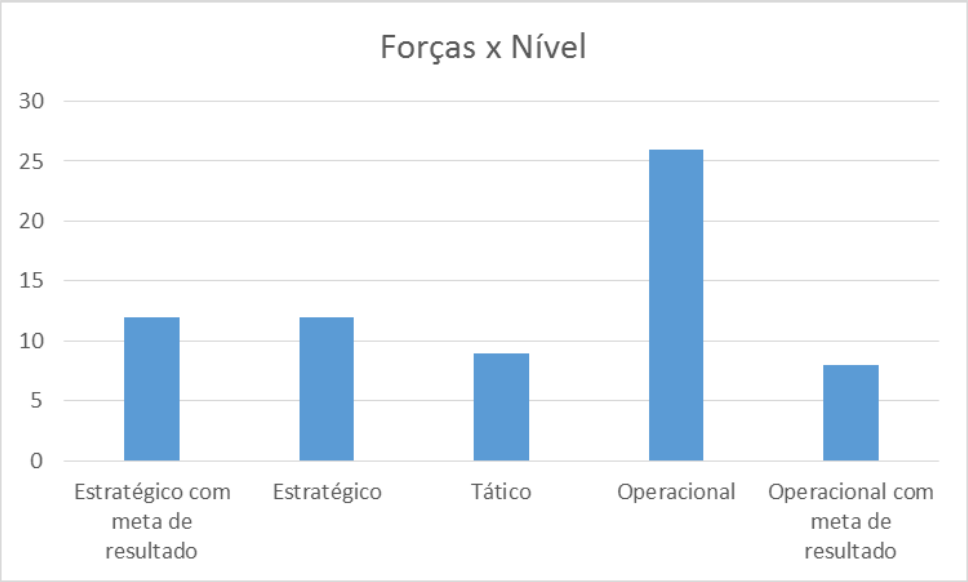

Figura 11 - Estratificação das Forças x Nível
Fonte: Autor

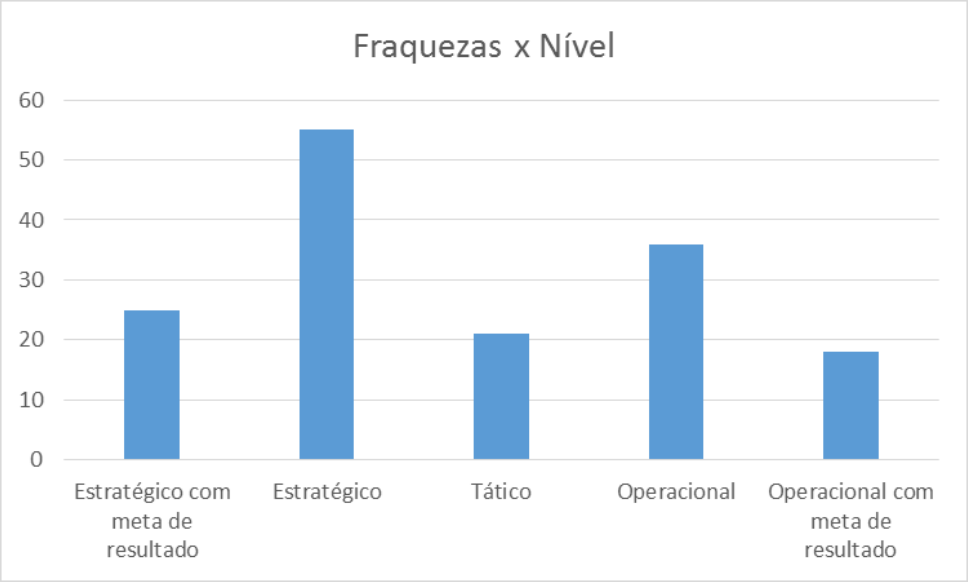

Figura 12 – Estratificação das Fraquezas x Nível
Fonte: Autor

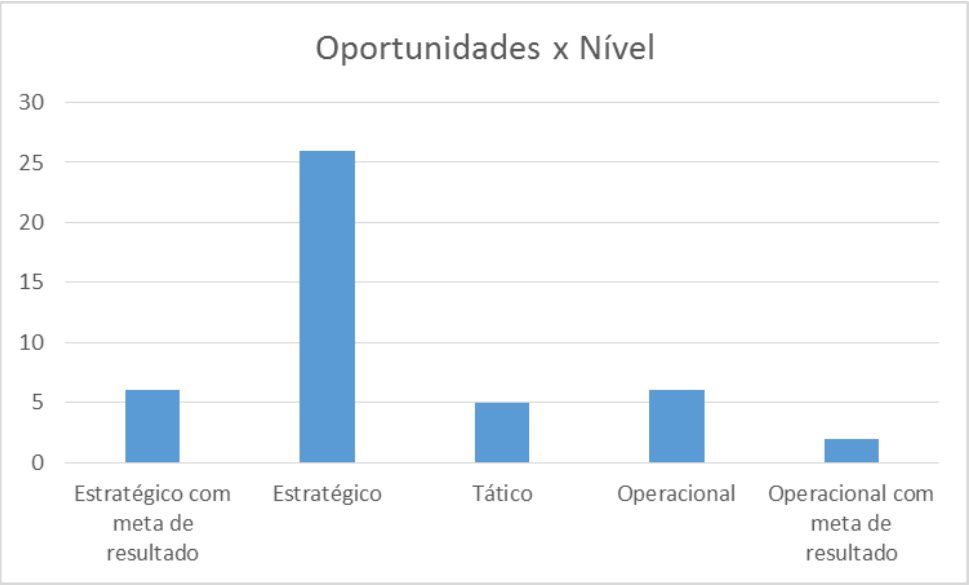

Figura 13 – Estratificação das Oportunidades x Nível
Fonte: Autor

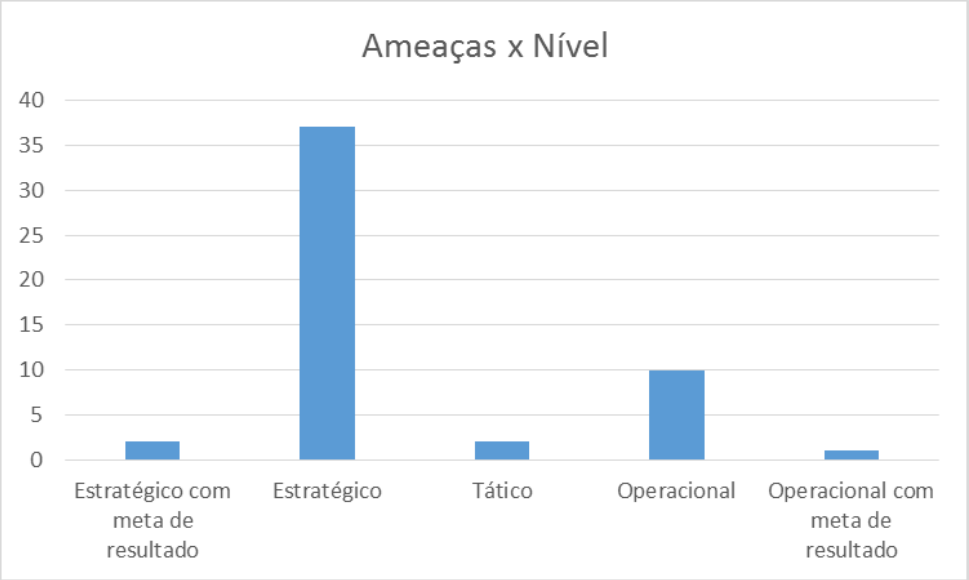

Figura 14 – Estratificação Ameaças x Nível
Fonte: Autor

É possível observar que o número de fraquezas e ameaças superam os de forças e oportunidades, portanto, é imprescindível fazer um Planejamento Estratégico que consiga mitigar isso para tornar o cenário melhor para o próximo ciclo. Outra observação importante é que a maior parte das forças identificadas estão no nível operacional, já as fraquezas estão em sua maioria no nível estratégico. Para as oportunidades e ameaças, a distribuição dos requisitos é bem parecida, sendo o nível estratégico com a maior parte dos fatores.

Sendo que os principais itens pontuados estão mostrados na tabela 1:

Tabela 1 – Matriz SWOT

	Positivos	**Negativos**

Fatores Internos	**Forças** ● Marca e capilaridade do sistema da cooperativa ● Alto índice de satisfação dos clientes ● Diferenciais da cooperativa (SOS / PROMOPREV / Atenção Domiciliar / Ambulatórios) • 6º Lugar no IDSS para operadoras de grande porte • Capacidade de Inovação	**Fraquezas** • Dependência da Mais Valia • Sistema de Gestão (ERP) ficando obsoleto • Ausência de processos certificáveis para a Acreditação Resolução Normativa 277 e ISO 9001 • Custos Assistenciais elevados • Solicitações de procedimentos fora do rol pelos médicos assistentes
Fatores Externos	**Oportunidades** • Importância do Plano de Saúde para a população • Demanda por novos produtos e mercados ainda não atendidos • Expansão para carteiras da Zona da Mata • Mercado de Pessoa Física e PME com espaço para crescer	**Ameaças** • Concorrência de operadoras seguindo lógica mercantil • Alta concentração da rede prestadora: SADT e Hospitais • Exposição do sistema da cooperativa em casos de carteiras deficitárias • Judicialização da saúde • Envelhecimento da População

Fonte: Autor

A marca e a capilaridade do Sistema de cooperativa são grandes forças. A possibilidade de se ter, além do plano municipal, um plano de saúde regional ou até mesmo nacional utilizando a rede prestadora gerenciada por outra singular do sistema faz com que a cooperativa tenha garantia de acesso em mais de 80% do território nacional.

De acordo com a pesquisa de satisfação realizada por uma empresa contratada, em 2015, o índice de satisfação geral com a cooperativa somando as respostas “Muito Satisfeito”

e “Satisfeito” atingiu mais de 95%. Os serviços próprios e os adicionais são diferenciais no mercado, por isso, são considerados uma força.

No Índice de Desenvolvimento das Operadoras 2015 (ano base 2014), que mede a eficácia da operadora em 4 dimensões (Atenção à Saúde, Econômico-Financeira, Estrutura e Operação e Satisfação do Beneficiário), divulgado pela ANS, a cooperativa ficou na sexta posição entre as operadoras de grande porte (mais de cem mil beneficiários) de um total de 82 operadoras.

Como oportunidade, uma pesquisa do Ibope Inteligência (2015) sobre desejos do brasileiro constatou que plano de saúde é o terceiro maior desejo dos brasileiros, atrás apenas de casa própria e educação. Tem-se também novos produtos sendo demandados pelo mercado como os de Atenção Primária. Para crescimento da carteira, existe a possibilidade de expandir para outras cidades da Zona da Mata e também buscar novos clientes de Pequenas e Médias Empresas e Pessoas Físicas.

Uma das fraquezas identificadas na análise de cenário foi a dependência da Mais Valia proveniente das operações de intercâmbio (atendimento de clientes de outras cooperativas na área de abrangência da cooperativa de Juiz de Fora), em caso de mudanças nos valores cobrados nessas operações, é possível que esse ganho seja minimizado ou até mesmo eliminado. Outra fraqueza está relacionada à ausência de processos certificáveis para a Acreditação Resolução Normativa 277 e ISO 9001 visto que a falta de formalização e padronização dos procedimentos gera uma perda de produtividade e acurácia dos processos e controles. O Sistema de Gestão (ERP) adotado na cooperativa está ficando obsoleto devido à empresa que o desenvolveu estar focando em outros segmentos de mercado, um dos problemas que isso acarreta é mudanças na regulamentação da ANS necessitar de atualização do sistema e isso não ocorrer ou demorar mais do que deveria devido a outros projetos da empresa. Além disso, o alto custo assistencial das carteiras da cooperativa é uma fraqueza pois com o cenário de crise fica muito difícil reajustar os contratos de acordo a sinistralidade calculada. Por fim, as solicitações de procedimentos fora do rol (lista de procedimentos determinados pela ANS) pelos médicos assistentes.

Uma ameaça identificada é a concorrência seguindo a lógica mercantil onde ela consegue reduzir custos através da contenção da remuneração das despesas assistenciais, tendo assim, um ticket médio menor e maior competitividade no mercado, algo que vai de

encontro à lógica cooperativista, pois a mesma visa remunerar cada vez melhor o seu cooperado, no caso, aumentando a remuneração das despesas assistenciais, gerando um ticket médio maior e podendo perder competitividade de custo.

Outra ameaça é proveniente da alta concentração da rede prestadora de Serviços de Apoio à Diagnose e Terapia (SADT) e de hospitais que reduz o poder da cooperativa em negociar com determinados prestadores. Temos ainda a ameaça de outras cooperativas ficarem com carteiras deficitárias e essa exposição afetar a imagem de todo o sistema, ainda que cada cooperativa tenha sua gestão independente. A judicialização da saúde é como vem sendo chamadas as interferências do setor judiciário na cobertura de serviços de saúde não previstos em contrato, isso gera um aumento de custos assistenciais, o que acaba prejudicando o resultado. E, por fim, a ameaça de envelhecimento da população, esse fator também faz com que os custos fiquem cada vez mais elevados, visto que pessoas mais idosas necessitam de maior assistência.

Após a elaboração da Matriz SWOT, o Comitê Estratégico definiu para cada uma das contribuições se seria necessário tomar alguma ação ou desenvolver um projeto bem como a descrição da iniciativa e quais indicadores iriam demonstrar que a melhoria estava ocorrendo. O portfólio de projetos gerado servirá para os próximos Planejamentos Estratégicos da cooperativa e deverá ser atualizado ao longo do ano.

Do cruzamento das oportunidades com as forças e fraquezas, temos a tabela 2:

Tabela 2 – Cruzamento Oportunidades x Fatores Internos

Oportunidades	Fatores Internos	Consequência
Importância do Plano de Saúde para a população	Marca e capilaridade do sistema da cooperativa	Preferência na escolha dos novos clientes
	Alto índice de satisfação dos clientes	
	Diferenciais da cooperativa	
	Sistema de Gestão (ERP) ficando obsoleto	Perda de qualidade com aumento de volume de demanda devido a processos manuais

	Ausência de processos certificáveis para a Acreditação Resolução Normativa 277 e ISO 9001	Perda de qualidade com aumento de volume de demanda devido a não padronização dos processos.
Demanda por novos produtos e mercados ainda não atendidos	Diferenciais da cooperativa	Expansão dos programas diferenciais da cooperativa
	Capacidade de Inovação	Criação de novos produtos
	Sistema de Gestão (ERP) ficando obsoleto	Dificuldade de parametrizar novos produtos no sistema
	Custos assistenciais elevados	Dificuldade em criar produtos rentáveis
Expansão para carteiras da Zona da Mata	Marca e capilaridade do sistema da cooperativa	Novos clientes já acostumados a utilizar a rede de prestadores da cooperativa de Juiz de Fora
	Alto índice de satisfação dos clientes	Novos clientes terem certeza de que o serviço prestado será de qualidade
	Diferenciais da cooperativa	Novos clientes terem acesso aos diferenciais da cooperativa
	Dependência da Mais Valia	Perda da Mais Valia gerada por essas carteiras
Mercado de Pessoa Física e PME com espaço para crescer	Marca e capilaridade do sistema da cooperativa	Possibilidade de utilizar a rede prestadora de outras cooperativas
	Alto índice de satisfação dos clientes	Novos clientes terem certeza de que o serviço prestado será de qualidade
	Capacidade de Inovação	Novos produtos desenvolvidos

	Ausência de processos certificáveis para a Acreditação Resolução Normativa 277 e ISO 9001	Perda de qualidade com aumento de volume de demanda devido a não padronização dos processos.
	Sistema de Gestão (ERP) ficando obsoleto	Perda de qualidade com aumento de volume de demanda devido a processos manuais

Fonte: Autor

Do cruzamento das ameaças com as forças e ameaças, temos na tabela 3:

Tabela 3 – Cruzamento Ameaças x Fatores Internos

Ameaças	Fatores Internos	Consequência
Concorrência de operadoras seguindo lógica mercantil	Marca e capilaridade do sistema da cooperativa	Ganha a concorrência
	Alto índice de satisfação dos clientes	
	Diferenciais da cooperativa	
	6º Lugar no IDSS para operadoras de grande porte	
	Capacidade de Inovação	
	Dependência da Mais Valia	Alto custo operacional
	Sistema de Gestão (ERP) ficando obsoleto	Perda da concorrência devido à queda na qualidade
	Ausência de processos certificáveis para a Acreditação Resolução Normativa 277 e ISO 9001	
	Custos assistenciais elevados	Perda da concorrência pelo ao alto custo de mensalidade.
Alta concentração da rede prestadora: SADT e Hospitais	Marca e capilaridade do sistema da cooperativa	Possibilidade de usar prestadores de outras cidades
	Ausência de processos certificáveis para a Acreditação Resolução Normativa 277 e ISO 9001	Não avaliação dos fornecedores / prestadores
	Sistema de Gestão (ERP) ficando obsoleto	Dificuldade de parametrizar regras de negociação

Exposição do sistema da cooperativa em casos de carteiras deficitárias	Dependência da Mais Valia	Queda na receita de intercâmbio / Inadimplência de outras cooperativas
Judicialização da saúde	Diferenciais da Cooperativa	Redução da judicialização devido ao bom relacionamento com clientes
	Solicitações de procedimentos fora do rol pelos médicos assistentes	Aumento da judicialização por incitamento dos beneficiários a entrar na justiça
Envelhecimento da População	Diferenciais da cooperativa	Redução de Custo Assistencial no médio prazo

Fonte: Autor

Focando nos níveis “Estratégico com meta de resultado”, “Estratégico” e “Operacional com meta de resultado”, a formulação de ações e projetos ficou dividida conforme figuras 15 e 16:

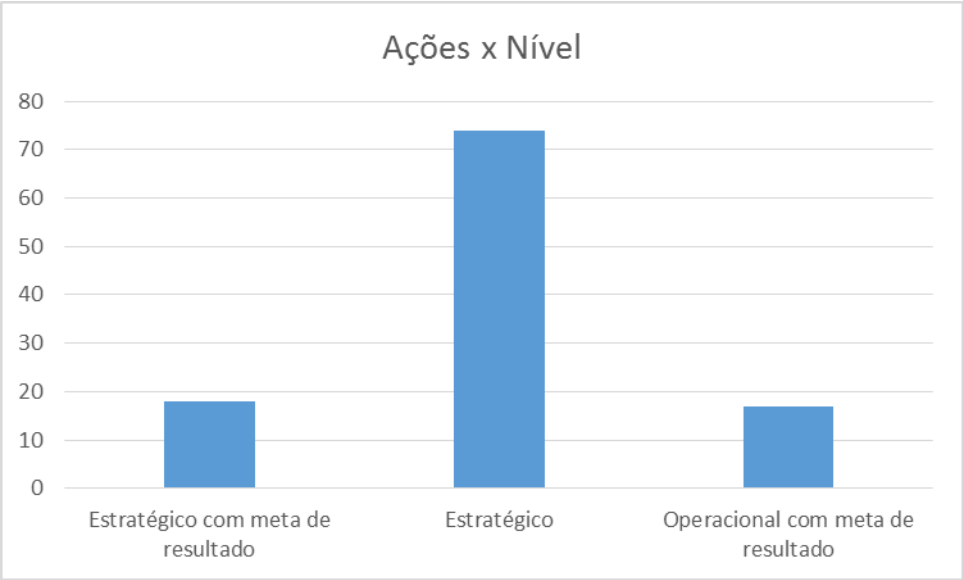

Figura 15 – Estratificação Ações x Nível
Fonte: Autor

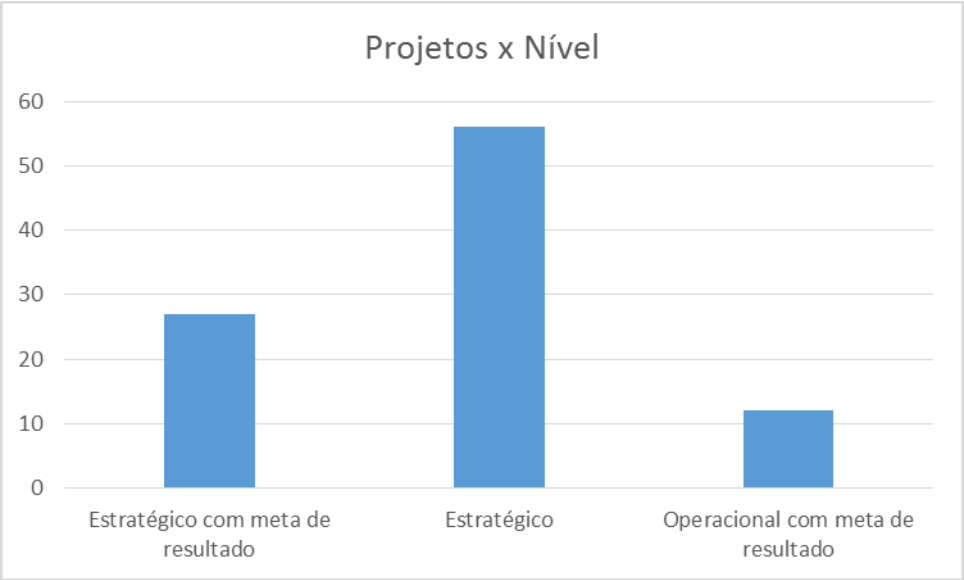

Figura 16 – Estratificação Projetos x Nível
Fonte: Autor

Dentre as 45 ações e os projetos de nível estratégico com meta de resultado foram selecionados para aumentar as forças, reduzir as fraquezas, aproveitar as oportunidades e mitigar as ameaças, as ações e projetos abaixo:

- Melhorar distribuição da verba de *marketing*, publicidade e propaganda tanto institucional quanto para vendas;
- Criar programas de cuidado com a saúde do idoso;
- Maior investimento no Programa de Desospitalização;
- Desenvolvimento de Novos Produtos;
- Verticalização
- Estudo de viabilidade e acordos operacionais com outras operadoras da Zona da Mata;
- Controle e redução dos custos assistenciais;
- Troca do Sistema de Gestão (ERP);
- Finalizar a implantação do Sistema Integrado de Gestão da Qualidade;

Após a apresentação da análise do cenário e da Matriz SWOT, a Diretoria definiu as premissas globais para o Planejamento Estratégico. As principais premissas são melhorar a remuneração dos cooperados, que pode ser feita de duas formas, alterando o valor da consulta

médica (que funciona como uma espécie de antecipação da sobra) ou distribuir maior volume da sobra ao fim do exercício.

Outra premissa é manter a sustentabilidade do negócio, para tal, será necessário compor a Margem de Solvência, que corresponde à suficiência do Patrimônio Líquido ou Patrimônio Social ajustado (ANS, 2009), ou seja, uma forma que a agência reguladora encontrou para garantir que a operadora tem condições de atuar no mercado. Com isso, será necessário gerar uma sobra de pelo menos R$10mi para que os compromissos assumidos junto aos bancos que estão financiando a construção do hospital sejam honrados e o restante da sobra seja incorporada ao Patrimônio Líquido. Para fins de melhoria da eficácia operacional também será necessário que se reduza a dependência de receitas financeiras e da Mais Valia.

Definidas as premissas, os objetivos estratégicos e indicadores são definidos para a consolidação do Mapa Estratégico, a proposta de mapa pode ser vista na figura 17.

- Perspectiva Pessoas e Aprendizado:
  - Operacionalizar o "20 / 70 / 10"
    - Proporção de Funcionários “20 / 70 / 10” medidos na análise de desempenho;
  - Desenvolver estratégia para captação e retenção de talentos:
    - *Turn Over*;
    - Aprovações em período de experiência;
  - Implantar Gestão por Competências:
    - Nota 70 na auditoria de Acreditação na Dimensão 7;
  - Preparar a cooperativa para a Acreditação:
    - Nota 70 em todas as 7 dimensões na auditoria;
- Perspectiva Processos:
  - Implantar portal de compras de OPME:
    - Custo evitado a partir da implantação;
  - Desenvolver Processo de Gestão de Fornecedores:
    - Variação do custo com fornecedores a partir da implantação;
  - Trocar Sistema de Gestão (ERP):

        - Cronograma do projeto;
    - Otimizar Despesas Administrativas:
        - Variação do crescimento da Despesa Administração com relação à receita;
    - Desenvolver Análise de Desempenho Médico:
        - Variação do custo assistencial a partir da implantação da ferramenta;

- Perspectiva Clientes e Mercado:
    - Ampliar programas PROMOPREV e Desosp:
        - Redução do custo com internação;
    - Ampliar área de atuação e estrutura de serviços próprios:
        - Crescimento do número de vidas decorrente de acordos operacionais;
        - Cronograma construção de recurso/serviço próprio;
    - Desenvolver produtos competitivos e inovadores:
        - Crescimento do número de vidas

- Perspectiva Financeira:
    - Compor a Margem de Solvência, incluindo quitação do financiamento;
        - Receita Líquida Operacional;
        - Sobra;
    - Alcançar equilíbrio operacional das carteiras:
        - Rentabilidade dos produtos;

    - Melhorar remuneração do cooperado:
        - Valor da consulta;
        - Sobra a ser distribuída/incorporada ao Patrimônio Líquido;

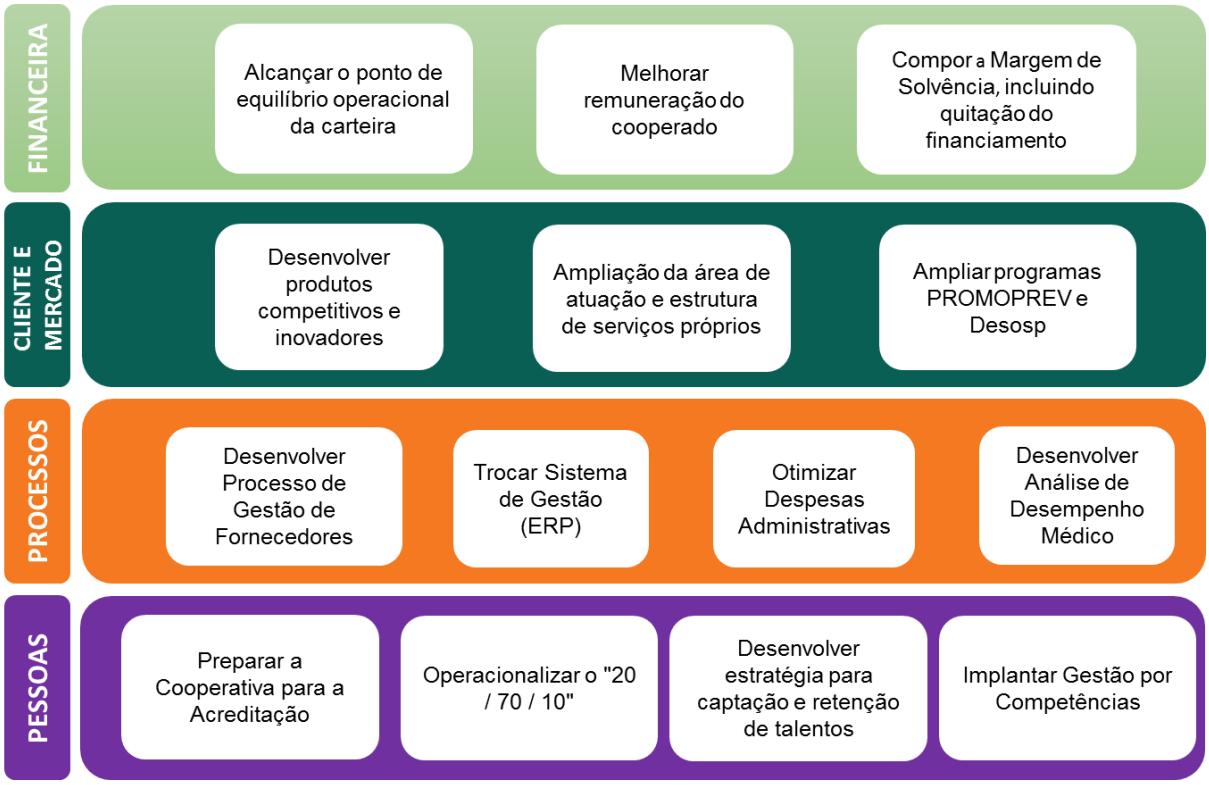

Figura 17 – Mapa Estratégico
Fonte: Autor

A partir desse alinhamento, o Comitê Estratégico junto ao setor de Orçamento e Custos, começou a elaborar o Planejamento Financeiro para 2016 estabelecendo previsões de receitas, despesas e investimentos necessários para os novos projetos estratégicos e para o estabelecimento do Plano Diretor de Informática (PDI) com foco em inovações tecnológicas (sistemas e infraestrutura de TI) e do Plano Diretor Administrativo (PDA) visando melhorias na infraestrutura da cooperativa.

Com o alinhamento entre o Planejamento Estratégico e o Planejamento Financeiro, dá-se fim a etapa de Formulação Estratégica e início do Desdobramento da Estratégia.

4 ANÁLISE DOS RESULTADOS

A partir da implantação da nova metodologia do Planejamento Estratégico, pode-se observar que dos 45 fatores estratégicos com impacto no resultado levantados pelo Comitê Estratégico, 60% foram contemplados no Planejamento Estratégico e Financeiro de 2016-2017, sendo essa, uma medida de efetividade do Planejamento Estratégico.

As ações que não foram contempladas nesse orçamento, tiveram como principais razões o fato de a ANS ainda não ter regulamentado uma norma dizendo como proceder, ou que não obteve autorização da diretoria para esse ano, ou ainda, casos em que outras ações e projetos sejam necessários antes de implementar determinado fator, por exemplo, a ausência de pagamento por performance que é entendido como uma fraqueza, mas que para implementar é necessário todo um investimento em estrutura e mudança cultural dos cooperados e da cooperativa.

Ao comparar o resultado do PDGC adquirido anteriormente com o resultado esperado com a implantação deste novo modelo, pode-se observar um aumento de aderência de 90% para os 100% na dimensão Estratégia e Planos e para a dimensão Resultados, o mesmo deverá ser compilado ao término do ano, contudo, a metodologia foi desenhada para estar em conformidade com os preceitos de excelência da gestão, embora melhorias deverão ser sempre encontradas e implantadas a cada ciclo.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Modificar a forma como o Planejamento Estratégico é feito numa empresa é um grande desafio de mudança cultural. Algumas vezes atropela-se certas etapas pois a ansiedade de chegar logo a determinado passo é muito grande, mas no geral, foi possível ser fiel aos passos determinados. O tempo de implantação ainda é uma dificuldade a ser vencida, mas acredita-se que a partir do próximo planejamento, com maior atenção às questões do ambiente e dos fatores SWOT ao longo do ano, as primeiras etapas ocorram de maneira mais ágil, minimizando o tempo necessário para a formulação estratégica.

Uma das formas de otimizar a metodologia é o desenvolvimento de um portal de formulação estratégica que possa substituir a planilha utilizada nesse projeto e ser utilizado ao longo do ano para preparar a cooperativa para o início do planejamento. Outra melhoria que esse portal poderá nos proporcionar é utilizar os fatores cadastrados como táticos e operacionais para gerar mapas para cada um dos setores e assim, conseguir, de fato, uma gestão integrada da estratégia.

Ainda falando de melhorias para o próximo ciclo, percebeu-se a necessidade e importância de se fazer um Planejamento Estratégico com horizonte temporal maior e assim, conseguir realizar o Orçamento Plurianual, algo que não é praticado na cooperativa. O orçamento plurianual permite visualizar os impactos dos projetos no médio prazo, facilitando assim, a escolha da melhor estratégia.

A fase de desdobramento da estratégia poderá ser tópico de estudos futuros visto que também é algo necessário e ainda não praticado conforme os requisitos de excelência da gestão.

6 REFERÊNCIAS

ANS. **A regulação da atenção à saúde suplementar**: histórias e práticas. Rio de Janeiro, 2008.

ANS. **Atenção à saúde no setor suplementar:** evolução e avanços do processo regulatório. Rio de Janeiro, 2009.

ANS. **Caderno de Informação da Saúde Suplementar 2014**, ed. Dezembro/2014.

ANS. **RESOLUÇÃO NORMATIVA 209.** Disponível em: <http://www.ans.gov.br/component/legislacao/?view=legislacao&task=TextoLei&format=raw&id=MTU3MQ>. Acesso em: 19 jan. 2016.

ANS. **Dados e Indicadores do setor**. Disponível em: < http://www.ans.gov.br/perfil-do-setor/dados-e-indicadores-do-setor>. Acesso em: 05 mar. 2016.

ANS. **Dados Integrados da Qualidade Setorial**. Disponível em: http://www.ans.gov.br/espaco-da-qualidade/dados-integrados-da-qualidade-setorial>. Acesso em: 05 mar. 2016.

ANTUNES, L. C.; ALVES, L.H D**.** ***Balanced Scorecard*** **como ferramenta de estratégia em uma empresa de investimentos financeiros.** EMEPRO, 2014, Juiz de Fora, 1-3 de maio de 2014.

BERTRAND, J. W. M.; FRANSOO, J. C. Modelling and simulation: operations management research methodologies using quantitative modeling. **International Journal of Operations & Production Management**, v. 22, n. 2, p. 241-264, 2002.

CNSEG. **Entenda o Setor**. Disponível em: <http://www.cnseg.org.br/fenasaude/sobre-o-setor/>. Acesso em: 7 jun. 2015.

DA SILVA, B. G. **Avaliação dos parâmetros de cobertura quantitativos, qualitativos e especiais da rede de serviços de uma operadora de planos de saúde: Estudo de Caso Unimed**. Juiz de Fora, 2014.

FNQ. **E-book Modelo de Excelência da Gestão**. São Paulo: Fundação Nacional da Qualidade, 2014.

FNQ. **Introdução ao Modelo de Excelência da Gestão: Cadernos de Excelência – Estratégia e Planos**. São Paulo: Fundação Nacional da Qualidade, 2008.

GERHARDT, T. E.; SILVEIRA, D. T. (Organizadoras). **Métodos de Pesquisa**. Porto Alegre: Editora da UFRGS, 2009.

GLOBAL HEALTH OBSERVATORY. **Data Repository**. Disponível em: <http://apps.who.int/gho/data/node.country.country-BRA?lang=en>. Acesso em: 30 mai. 2015.

HOOLEY, G. *et al*. **Estratégia de marketing e posicionamento competitivo**. Traducao . São Paulo: Prentice Hall, 2001.

IBOPE INTELIGÊNCIA. **75% dos beneficiários estão satisfeitos com seus planos de saúde.** Disponível em: <http://www.ibopeinteligencia.com/noticias-e-pesquisas/75-dos-beneficiarios-estao-satisfeitos-com-seus-planos-de-saude>. Acesso em: 25 jan. 2016.

KAPLAN, R.; NORTON, D. **Alinhamento**. Rio de Janeiro: Elsevier, 2006.

LOPES DOS SANTOS, F., **Estratégia e Competitividade**. Lisboa, 1990.

MIGUEL, P. A. C. (organizador). **Metodologia de pesquisa em engenharia de produção e gestão de operações**. Rio de Janeiro: Elsevier, 2010.

NICOLETTI, R. **Saúde suplementar**. Brasília: CONASS, 2007.

OCB. **Evolução no Brasil**. Disponível em: <http://www.ocb.org.br/site/cooperativismo/evolucao_no_brasil.asp>. Acesso em: 9 jun. 2015.

OCB. **História**. Disponível em: <http://www.ocb.org.br/site/cooperativismo/historia.asp>. Acesso em: 9 jun. 2015.

OCB. **Princípios**. Disponível em: <http://www.ocb.org.br/site/cooperativismo/principios.asp>. Acesso em: 9 jun. 2015.

OLIVEIRA, D. de P. R. de. **Planejamento Estratégico: Conceitos, Metodologia e Práticas.** 32ª Ed. São Paulo: Atlas, 2014.

PORTER, M. E. **Vantagem Competitiva: Criando e sustentando um desempenho superior.** 37ª Edição, ELSEVIER, 1989, p. 5.

QUALICORP. **Administradora de Benefícios**. Disponível em: <http://www.qualicorp.com.br/qualicorp/ecp/comunidade.do?app=portalqualicorp&view=interna&idConteudo=29528>. Acesso em: 7 jun. 2015.

SESCOOP. **Programa de Desenvolvimento da Gestão das Cooperativas (PDGC).** Disponível em: <http://pdgc.brasilcooperativo.coop.br>. Acesso em: 15 jan. 2016.

UNIMED DO BRASIL. **Os 13 ramos**. Disponível em: <http://www.unimed.coop.br/pct/index.jsp?cd_canal=58672&cd_secao=58669>. Acesso em: 9 jun. 2015.

WEBGLOBAL. **Análise SWOT aplicada ao comércio eletrônico**. Disponível em: <http://www.webglobal.com.br/blog/analise-swot-aplicada-ao-comercioeletronico/>. Acesso em: 10 jan. 2016.

7 ANEXOS: REQUISITOS PDGC DIMENSÕES LIDERANÇA, ESTRATÉGIA E PLANOS E RESULTADOS

Dimensão Liderança:

1. A missão da cooperativa está definida, validada pelos cooperados e é conhecida pelos colaboradores?
2. A análise do desempenho da cooperativa é realizada e permite uma visão abrangente de seu desenvolvimento?
3. Os dirigentes compartilham informações com os colaboradores?
4. As práticas de gestão da cooperativa são controladas com base em padrões documentados?
5. É promovida a melhoria nos processos, práticas de gestão, produtos e serviços da cooperativa?

Dimensão Estratégia e Planos:

6. A visão da cooperativa está definida, validada pelos cooperados e é conhecida pelos colaboradores?
7. As estratégias que permitem alcançar os objetivos da cooperativa estão definidas e validadas?
8. Os indicadores e metas relacionadas às estratégias estão estabelecidos?
9. Os planos de ação, visando alcançar as metas da cooperativa relacionadas às estratégias, estão definidos?
10. A implementação dos planos de ação é monitorada?

Dimensão Resultados

11. Existem resultados relativos à satisfação dos clientes?
12. Existem resultados relativos a reclamações de clientes?
13. Existem resultados relativos à satisfação dos colaboradores?
14. Existem resultados relativos à satisfação dos cooperados?
15. Existem resultados relativos ao ingresso por cooperado?
16. Existem resultados relativos ao percentual de sobras?
17. Existem resultados relativos à participação dos atos não cooperativos?
18. Existem resultados relativos à lucratividade dos atos não cooperativos?

UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA
FACULDADE DE ENGENHARIA

Termo de Declaração de Autenticidade de Autoria

Declaro, sob as penas da lei e para os devidos fins, junto à Universidade Federal de Juiz de Fora, que meu Trabalho de Conclusão de Curso do Curso de Graduação em Engenharia de Produção é original, de minha única e exclusiva autoria. E não se trata de cópia integral ou parcial de textos e trabalhos de autoria de outrem, seja em formato de papel, eletrônico, digital, áudio-visual ou qualquer outro meio.
Declaro ainda ter total conhecimento e compreensão do que é considerado plágio, não apenas a cópia integral do trabalho, mas também de parte dele, inclusive de artigos e/ou parágrafos, sem citação do autor ou de sua fonte.
Declaro, por fim, ter total conhecimento e compreensão das punições decorrentes da prática de plágio, através das sanções civis previstas na lei do direito autoral[1] e criminais previstas no Código Penal[2], além das cominações administrativas e acadêmicas que poderão resultar em reprovação no Trabalho de Conclusão de Curso.

Juiz de Fora, _____ de _____ de 20____.

_____	_____
NOME LEGÍVEL DO ALUNO (A)	Matrícula
_____	_____
ASSINATURA	CPF

[1] LEI N° 9.610, DE 19 DE FEVEREIRO DE 1998. Altera, atualiza e consolida a legislação sobre direitos autorais e dá outras providências.
[2] Art. 184. Violar direitos de autor e os que lhe são conexos: Pena – detenção, de 3 (três) meses a 1 (um) ano, ou multa.