

# Equívocos na tomada de decisão gerencial e suas consequências para uma Operadora de Plano de Saúde. Um Estudo de Caso

Mauricio Maynard do Lago  
mauriciolago@uol.com.br  
UBM

**Resumo:** Decidir sobre essa ou aquela questão é uma tarefa de imensa responsabilidade. Quanto mais alto é o cargo que o decisor ocupa na organização maior serão as consequências das suas decisões para o sucesso ou para o fracasso da organização. Neste contexto, esse estudo de caso demonstra como a tomada de decisão, sem um critério avaliativo pode desencadear reações com as quais a empresa talvez não esteja preparada para lidar. A tomada de decisão deve ser uma ação exaustivamente analisada em todas as suas consequências possíveis. A falta de uma visão sistêmica leva o executivo a decidir sem refletir nas repercussões de suas ações, a falta de planejamento esvazia o conteúdo da ação e o seu sentido lógico. As empresas que trabalham para o ganho no curto prazo valorizando os resultados imediatos a qualquer custo, sem observar as ações que devem ser tomadas que irão preparar a empresa para o futuro estarão criando os problemas que irão enfrentar no amanhã.

**Palavras Chave:** Tomada de Decisão - Processo Decisório - Plano de Saúde - Planejamento - Organizações



## 1. Introdução

Este trabalho coloca em discussão a importância da tomada de decisão pela alta direção da empresa e com suas consequências imediatas. Em função de não ter sido autorizada, pelas partes diretamente interessadas (empresa e profissionais envolvidos), a divulgação dos nomes e dos dados numéricos o artigo limitou-se a descrever as ações da alta direção e como o ambiente reagiu. O estudo de caso relata exemplarmente como a análise das situações baseadas em poucas informações e sem uma avaliação profunda das possíveis consequências, podem levar a decisões no mesmo nível e, como consequência, provocar uma violenta reação daqueles que em vez de inimigos, deveriam ser os seus principais parceiros. Foi utilizado neste artigo o método de pesquisa baseado em observações e na entrevista pessoal, o que possibilitou coletar informações através das discussões travadas nas reuniões da diretoria da empresa e através do contato direto e diário com os associados da operadora de plano de saúde e com os médicos prestadores de serviço.

Neste contexto, o objetivo desse artigo é demonstrar como a tomada de decisão deve vir acompanhada de uma visão sistêmica e como parceiros e fornecedores tradicionais (*stakeholders*), podem rapidamente promover o declínio da empresa, causando danos irreversíveis à marca do produto bem como na avaliação da competência daqueles que são os responsáveis diretos pela tomada de decisão.

O fato é que para melhor ou pior, a forma como avaliamos situações complicadas com que nos deparamos e nossas respostas a elas são moldadas não apenas por nossos julgamentos racionais ou nossa história pessoal, mas também por nossas crenças e heranças culturais e valores subjetivos (Goleman, 1995; Lacombe & Heilborn, 2003). Toda a decisão envolve aspectos puramente racionais juntamente com aspectos inteiramente irracionais, resta-nos saber qual dessas vertentes irá prevalecer.

A negociação empresarial é uma via de mão dupla, para obter alguma conquista é necessário estar preparado para ceder. Negociar unilateralmente não é uma negociação e sim uma imposição. Não negociar significa estabelecer o impasse, principalmente se os itens a serem negociados envolvem risco elevado e incertezas (Wanderley, 1998).

Embora seja lógico esperar que uma ação estratégica apresente resultados esperados, um erro muito comum é pressupor que o oponente reagirá da forma que consideramos óbvia, racional, lógica, segundo nosso próprio ponto de vista, sem levar em conta o fato de que o oponente pode ter valores e percepções diferentes dos nossos e, por isso, reagir de maneira inesperada (Zacarelli, 2003).

As informações discutidas nesse estudo de caso foram relatadas por profissionais de dentro da organização que vivenciaram diretamente o problema, mas cabe lembrar que é uma visão do corpo diretor e gerencial da empresa e não do proprietário, onde todo o poder de decisão ainda se concentra.

## 2. Fundamentação Teórica

Nobrega (2004) levanta uma questão cuja resposta talvez esteja mais no nível da psicologia do que da administração: “Porque pessoas inteligentes, criativas e empreendedoras, tomam decisões que levam ao fracasso? Por que as coisas ruins acontecem com as boas empresas?”



Para Daft (1999), identificar o problema ou a oportunidade é a primeira etapa da seqüência da decisão e requer observação do ambiente interno e externo, um assunto que demanda a atenção do executivo.

A habilidade conceitual é a capacidade cognitiva de enxergar a organização como um todo e as inter-relações entre as suas partes. A habilidade conceitual envolve as capacidades de pensamento, processamento de informações e planejamento do administrador. Envolve conhecer onde um departamento se ajusta no corpo da organização e como a organização se insere na indústria, na comunidade e no meio social mais amplo. Significa a capacidade de pensar estrategicamente, ter uma visão ampla de longo prazo. (DAFT, 1999:8)

Em geral as empresas estabelecem como bons objetivos não só o retorno financeiro que desejam como que seu negócio seja auto sustentável no longo prazo. Alcançar esse objetivo pode ser uma tarefa difícil e trabalhosa e, além disso, apenas estabelecer metas de crescimento, de faturamento e de lucro não é o suficiente para garantir o sucesso dos empreendimentos: a dinâmica do mercado e da evolução tecnológica e social constantemente dita as novas regras da concorrência.

É fundamental, portanto, compreender bem a cerca dos negócios no qual a organização está inserida, antes de tomar medidas que afetem o seu desempenho interno e a sua imagem perante a sociedade. Por exemplo, medidas como redução indiscriminada de preços para a manutenção de uma fatia do mercado ou aquisição de outras organizações, com o objetivo único de expandir os negócios não asseguram a vantagem competitiva.

Em toda a decisão e atuação, a administração da empresa deve sempre colocar seu desempenho econômico em primeiro plano. Ela só poderá justificar a sua existência e autoridade através dos resultados econômicos que gerar. A administração da empresa terá falhado se deixar de produzir esses resultados econômicos. Terá falhado se não fornecer bens ou serviços desejados pelos consumidores ou usuários, por um preço, que eles estejam dispostos a pagar. (DRUCKER, 2002:32)

Daft (1999) afirma que a rentabilidade de uma empresa decorre de dois fatores: a parte que se deve ao setor ao qual a empresa se dedica – ou seja, ao negócio propriamente dito – e, a que resulta do desempenho superior da organização, que é uma qualidade individual, independente do conjunto do setor.

Os administradores são considerados tomadores de decisão. Apesar de muitas das suas decisões serem estratégicas, os administradores também tomam decisões sobre outros aspectos de uma organização, incluindo cultura, controle de sistemas, respostas para o meio ambiente e recursos humanos. Os administradores observam os problemas, tomam decisões para resolvê-los e monitoram as conseqüências para ver se são necessárias decisões adicionais. A tomada de decisão certa é parte vital da boa administração, porque as decisões determinam como a organização resolve seus problemas, aloca recursos e atinge suas metas.

O processo de tomada de decisão é a seqüência de atividades empreendida pela administração para solucionar problemas empresariais, um processo sistemático que segue uma seqüência de identificação de problemas, geração de soluções alternativas, análise das conseqüências, seleção e implementação da solução, a avaliação e feedback. (MONTANA e CHARNOV, 2003: 87)

Pode-se inferir que o processo de decisão é o conjunto de princípios, regras e procedimentos que permitem selecionar, em determinados tipos de problemas, a linha de ação, estratégia, saída ou alternativa mais conveniente. “A aplicação do processo de decisão a problemas reais apresenta limitações de ordem prática. A principal é a dificuldade de estimar as probabilidades de



ocorrência dos acontecimentos possíveis (ANDRADE, ALYRIO, MACEDO, 2004:134). Uma decisão pode ser tomada em situações de incerteza, risco, certeza e ignorância.

O pensamento linear supõe que cada problema tem uma solução única, a solução afetará apenas a área do problema e não o restante da organização e que, uma vez implementada, permanecerá válida e deverá ser avaliada apenas em termos da eficácia com que resolve o problema.

Para Montana e Charnov (2003), o pensamento sistêmico considera as inter-relações entre os sistemas e os processos de uma organização antes de implementar uma solução.

A administração deve sempre considerar o presente o futuro; o curto e o longo prazo. A administração não estará resolvendo qualquer problema se conseguir lucro imediato com risco para a saúde da empresa. A decisão da administração será irresponsável se, em busca de um futuro grandioso se expuser a um desastre nesse ano. (DRUCKER, 2002: 38).

De acordo com Hamel e Prahalad (1995), a transformação das empresas para se prepararem para o futuro é algo imperativo, mas a questão não é a transformação e si, mas o fato de acontecer tardiamente e em clima de crise ou antecipadamente em clima de tranqüilidade e reflexão; se a agenda da transformação é determinada por concorrentes de maior visão do futuro ou resulta de uma visão do futuro; se a transformação é espasmódica e brutal ou contínua e tranqüila. Frequentemente paga-se um preço muito alto pela transformação brutal e tardia. As pessoas mais talentosas prevêem o massacre e a fuga por segurança, empresas saudáveis são forçadas a eliminar funcionários e investimentos para compensar decisões descuidadas.

### 3. Metodologia

As observações apresentadas neste estudo de caso ocorreram no período de Maio de 2001 a Março de 2003, na região Sul Fluminense do Estado do Rio de Janeiro. A pesquisa apresentada nesse trabalho obedece a técnica de observação participante. O autor fazia, no momento da pesquisa, parte do grupo de gerentes que participou ativamente de todas as dificuldades e realizações apresentadas. O fato de o autor pertencer ao grupo gerencial proporciona a possibilidade de uma visão crítica tendenciosa, o que acabou exigir um esforço muito maior no sentido de permitir o mínimo de influência na narrativa do problema.

Segundo Marconi e Lakatus (2002), a observação participante consiste na participação real do pesquisador com a comunidade ou grupo. O pesquisador incorpora-se ao grupo, confunde-se com ele. Fica tão próximo quanto um membro que está estudando e participa das atividades normais deste. Para Mann (1970:96) (apud MACONI e LAKATUS, 2002), a observação participante é uma tentativa de colocar o observador e o observado no mesmo contexto real, tornando-se o observador um membro do grupo, vivenciado toda a realidade apresentada.

Ainda em Marconi e Lakatus (2002), o observador participante acaba enfrentando grandes dificuldades para manter a objetividade pelo fato de exercer e sofrer influência do grupo, apresentando sentimentos de antipatia ou simpatia pessoais e pelo choque de quadros de referências entre o observador e o observado. O objetivo inicial seria ganhar a confiança do grupo, fazer o indivíduo compreender a importância da investigação, sem ocultar o seu objetivo ou sua missão, mas em certas circunstâncias, poderá haver mais vantagem quando o pesquisador mantém sua condição no anonimato.



“Observação na vida real: Normalmente, as observações são feitas no ambiente real, registrando-se os dados à medida que forem ocorrendo espontaneamente, sem a devida preparação. A melhor ocasião para o registro é o local onde o evento ocorre. Isto reduz as tendências seletivas e a deturpação na reevocação”. (MARINA e LAKATUS, 2002:91)

### 3.1 O Estudo de Caso

O método do estudo de caso foi escolhido por ser uma estratégia capaz de avaliar os acontecimentos contemporâneos sem provocar qualquer interferência em seu rumo de ação. O estudo de caso único é conveniente neste trabalho uma vez que, trata-se de um estudo empírico.

No estudo de caso o embasamento teórico é fundamental para a definição do projeto de pesquisa e para a determinação do método de coleta de dados. Outro aspecto importante são os testes necessários para validar qualidade do estudo de caso (Yin, 2003). Segundo Yin (2003), há quatro testes que podem ser considerados relevantes para o julgamento da qualidade do projeto de pesquisa: Em primeiro lugar é o teste da validade do constructo, que segundo alguns críticos, o pesquisador não consegue desenvolver um conjunto de medidas capaz de fornecer objetividade na avaliação. Segundo o autor é possível aumentar a validade dos constructos utilizando várias fontes de evidências, estabelecer um encadeamento lógico das evidências e permitir a revisão das informações coletadas pelo informante. Em segundo lugar é o teste da validade interna em que o pesquisador procura estabelecer um relacionamento causal entre eventos, para fornecer maior confiabilidade faz-se necessário comparar as informações fundamentalmente empíricas a um padrão previamente estabelecido e reconhecido. O terceiro teste é o da validade externa, ou seja, saber e as conclusões do estudo permitem a generalização. Embora alguns críticos acreditam que apenas um estudo de caso seja uma base muito pobre para a generalização, Yin(2003) discorda dessa colocação argumentando que o estudo de caso único se baseia em uma avaliação analítica e não estatística das informações pesquisadas. Para evitar esse tipo de generalização deve-se testar a teoria através da replicação em um segundo ou terceiro local no qual é possível observar a possibilidade de se obter os mesmos resultados. O quarto e último teste é o da confiabilidade, para garantir que o método utilizado pelo pesquisado foi exatamente os mesmos utilizados por outros que encontraram as mesmas constatações.

## 4. Resultados e Discussão

### 4.1 O surgimento da operadora

O plano de saúde em questão originou-se de uma carteira de atendimento a clientes exclusivos que pagavam uma mensalidade para garantir atendimento a custo baixo na rede formada por 02 (dois) hospitais e 05 (cinco) centros médicos pertencentes ao grupo.

O grupo hospitalar, fundado em 1973, onde se originou a operadora de plano de saúde é uma organização exclusivamente familiar que detém 100% das cotas da empresa. A carteira de clientes para atendimento hospitalar cresceu a ponto de possuir em 1999 cerca de doze mil associados, mas começou a apresentar um resultado deficitário o que causou uma divisão de opiniões dentro da família: um grupo que acreditava que a situação não estava pior devido a



contribuição que a carteira de clientes fornecia, e outro que acreditava que o principal motivo das dificuldades financeiras enfrentadas eram causadas pela manutenção de uma carteira deficitária.

Em junho de 2000 o grupo hospitalar se desmembrou juridicamente da carteira de clientes, criando assim a operadora de plano de saúde, empresa de capital por cotas limitadas, tendo como proprietária a família com 100% das cotas.

#### 4.2 O Cenário

Em junho de 1998, no governo Fernando Henrique Cardoso, através do então Ministro da Saúde Sr. José Serra foi promulgada a lei nº 9656, que regulamentava a atuação das operadoras de plano de saúde no Brasil e criava a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) autarquia federal encarregada de fiscalizar a atuação das operadoras, determinar as regras de funcionamento do mercado e defender os interesses dos consumidores.

Antes da regulamentação as chamadas operadoras ou detentoras de carteira de clientes estabeleciam o seu mix de produtos baseados nos serviços oferecidos bem como os valores a serem pagos por faixa etária e ofereciam um determinado tipo de atendimento médico hospitalar que era restrito em função da opção de serviços que o cliente fazia e pelo cumprimento das carências estabelecidas pelas operadoras em contrato (o chamado Plano Antigo ou anterior a regulamentação).

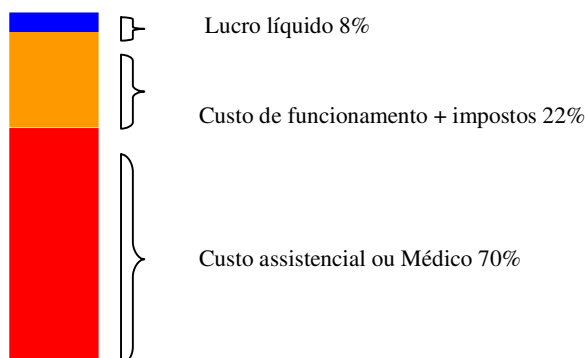
Com a regulamentação, as operadoras foram obrigadas a oferecer assistência médico-hospitalar sem limites de atendimento para todas as especialidades médicas e para todos os tipos de doenças, com uma carência estabelecida por lei. Na prática a lei igualou os serviços oferecidos pelas operadoras que passaram a se diferenciar pela rede de atendimento e pela tabela de preços praticados, mas os serviços oferecidos eram os mesmos, uma vez que, eram orientados pela mesma lei.

A regulamentação se justificou pela necessidade de se organizar o setor e de proteger os interesses dos cidadãos, mas na prática obrigou as operadoras a oferecerem um produto muito mais abrangente, o que forçou as empresas a reverem seus preços, uma vez que, os custos médicos foram estabelecidos pela lei, ficando muito acima daquilo que mercado consumidor suportaria pagar. Os detentores do chamado “Plano Antigo” teriam opção de migrar para o “Plano Novo” (regulamentado), sem a perda dos direitos adquiridos, mas sofrendo o reajuste que seria determinado através de resolução posterior. Essa migração era opcional e a critério do consumidor, ele é quem decidiria se era vantajosa ou não a sua migração.

As operadoras de Plano de Saúde trabalham como administradoras de carteira de clientes, uma vez que não oferecem diretamente, os serviços médicos-hospitalares que prometem e sim, através da sua rede credenciada (consultas médicas ambulatoriais, exames clínicos e laboratoriais, cirurgias e internações hospitalares). Os associados pagam mensalmente o valor estipulado para o tipo de serviço oferecido e a operadora administra esses recursos para pagar, total ou parcialmente (em função do tipo de contrato) à rede credenciada à medida que há utilização por parte do associado. A composição do custo de uma operadora em geral, obedece a seguinte regra: 1) cerca de 70% do faturamento das operadoras são utilizadas para a cobertura dos custos assistenciais (consultas, exames clínicos e laboratoriais, cirurgias e internações); 2) 22 % do faturamento bruto são utilizados para pagamento de despesas com marketing (3%), despesas administrativas de funcionamento e impostos (19%); 3) os 8% restantes configurados como lucro líquido (Gráfico I).



Gráfico I: Estrutura financeira ideal do negócio.



Fonte: Dados da pesquisa

Outro aspecto ambiental que as operadoras de Plano de saúde vêm enfrentando desde a regulamentação é a questão da jurisprudência das decisões judiciais. A ANS (Agência Nacional de Saúde Suplementar), através da lei nº 9.656, reconhece a validade dos Planos Antigos e a cobertura por eles determinados, mas a tendência das decisões judiciais é em favor do consumidor nas questões que envolvem a negativa por parte das operadoras na questão da cobertura dos Planos Antigos. Portanto, mesmo que a operadora negue um determinado atendimento para os detentores do chamado Plano Antigo, em função da não haver cobertura contratual, a justiça, através de liminares, obriga as operadoras a prestarem o atendimento.

#### 4.3 A operadora de Plano de Saúde

A operadora nasceu em junho de 2000 já com um universo de 12 mil associados. Sua estrutura organizacional era formada pelo presidente da operadora e do grupo e patriarca da família, a vice-presidente, filha do presidente e diretora executiva da operadora, que possuía autonomia e independência nas decisões sobre os rumos da empresa, um gerente administrativo (que atuava como um gerente geral), supervisores dos setores e demais funcionários administrativo totalizando um efetivo de 27 funcionários. Tendo a rede de hospitais do grupo como principal alicerce de sustentação da operadora, a nova empresa experimentou um crescimento extraordinário no período de 2001 e 2002, chegando a possuir cerca de quarenta e oito mil associados ao final de 2002.

Para experimentar esse desempenho a empresa, através da sua vice-presidente utilizou a estratégia de preços baixos, contratos com Empresas, Agremiações e Associações com carências reduzidas, um forte apelo de propaganda por toda a região e através de ataques sistemáticos à concorrência, praticando preços, em algumas situações muito abaixo do praticado pelo mercado, sem levar em conta o impacto que essas ações acarretariam aos custos. O objetivo era, aumentar ao máximo o número de associados, acreditando que o movimento contínuo de entrada de clientes proporcionaria o fluxo de caixa necessário para a cobertura dos custos.

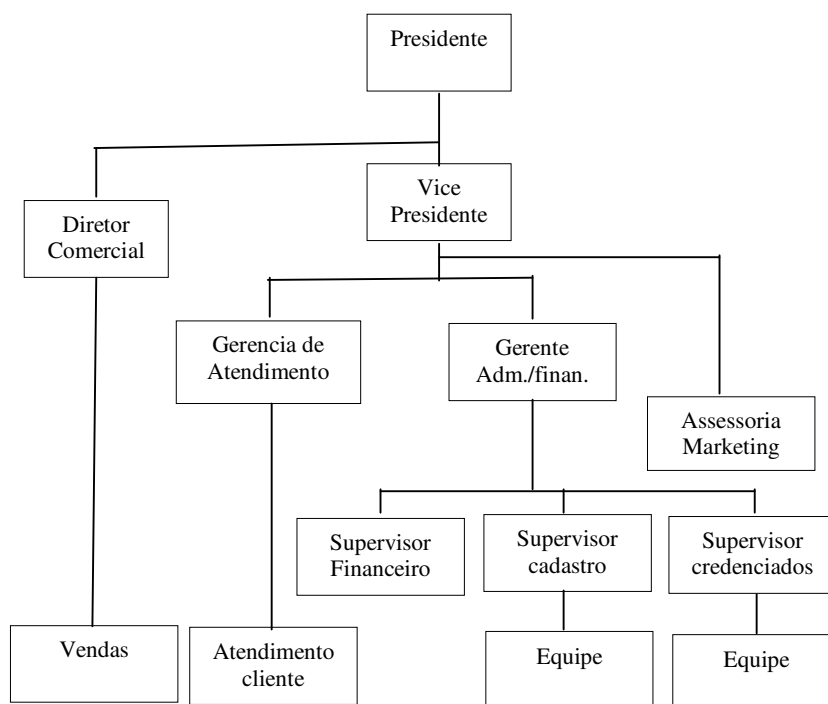
Durante esse período a operadora apresentou um excelente desempenho financeiro, chegando a comprar e reformar sua atual sede, com recursos próprios do caixa, a um custo total de aproximadamente R\$700 mil reais, tendo boa parte do seu lucro investido na modernização das instalações, sem qualquer preocupação em criar um capital de giro para a empresa. Com o firme



propósito de se formar uma grande carteira de clientes e com a estratégia de minar a saúde financeira das operadoras concorrentes, a alta direção da operadora fazia propostas de fornecimento de prestação de serviços a preços extremamente baixos, pondo em risco a saúde financeira da organização.

As propostas enviadas para os clientes não eram baseadas mais no custo da operação, mas sim no preço da concorrência – “não importava o valor que era proposto, ele tinha que ser menor do que a concorrência” – qualquer orçamento da concorrência era coberto por um valor, pelo menos, 10% menor. A estrutura de vendas estava centrada em empresas concessionárias que respondiam por 80% dos resultados nas vendas, sendo o restante atribuído à força de venda própria. A operadora experimentava na época uma inclusão mensal (já descontadas as saídas) de aproximadamente 800 associados.

Figura I: Estrutura Inicial da Operadora de Plano de Saúde até novembro/2002



Fonte: Dados da pesquisa

#### 4.4. O crescimento

Em função do crescimento apresentado, a diretoria viu a necessidade de criar novas gerências de maneira que as ações pudessem ganhar uma agilidade maior. Foram criadas as gerências de atendimento ao cliente, de Vendas e de Marketing, essa última, antes de ser criada, tinha suas ações promovidas por uma agência de publicidade diretamente ligada à vice-presidência. Essas gerências, bem como outras funções que foram posteriormente criadas, surgiram para atender a demanda de funcionamento das rotinas burocráticas da empresa e não em função de um planejamento estratégico previamente elaborado que pudesse dar sustentação às ações da alta





direção, entretanto, embora de forma distorcida, fosse a primeira tentativa de profissionalização da organização.

#### 4.5. A nova direção

Dando continuidade ao processo de mudança na estrutura organizacional, a vice-presidente contratou um colega da turma de MBA em Marketing como diretor executivo (dez/2002), e uma gerente de marketing, também formada na mesma turma de MBA, em substituição ao primeiro que ficou apenas três meses, demitiu também o gerente de vendas, função que passou a ser acumulada pela gerente de marketing e um gerente de informática, trazido pelo novo diretor executivo.

#### 4.6 Os primeiros sinais

O novo diretor executivo, através da elaboração de um controle de fluxo de caixa, coisa que não existia até então, pelo menos como informação estruturada para a tomada de decisão, foi o primeiro a confirmar através de números o que a empresa já estava experimentando a cerca de 3 meses. As contas médicas estavam subindo de forma muito rápida e, embora a empresa ainda apresentasse resultados positivos, a inversão desse quadro era uma questão de tempo. Foi quando o novo diretor promoveu as seguintes modificações em função dos problemas que já se apresentavam:

1º Problema: Uma grande quantidade de boletos bancários não chegava às residências dos associados ou chegavam com atraso, causando insatisfação, perda e atraso nos recebimentos.

Ação: a) foi criada uma central de atendimento em quichês para receber com maior conforto os associados que se dirigiam à sede para buscar a 2ª via da cobrança, autorizações para exames, internações e outros serviços.

b) o sistema de cobrança funcionava do seguinte modo: A gerência de informática, através do seu sistema de computação gerava o arquivo contendo as informações para o processamento da cobrança. Esse arquivo era enviado on-line para o Banco credenciado que processava e emitia os boletos bancários e os encaminhava ao Correio para distribuição. Esse sistema foi alterado, agora, a gerência de informática processava o arquivo, enviava para o banco credenciado que emitia os boletos de cobrança e retornava para a operadora que conferia manualmente cada emissão de boleto para se certificar de que todos estavam sendo gerados e, após a conferência, eram enviados a uma empresa de distribuição de malotes (courrier) para que fossem entregues nas residências dos associados.

2º Problema: Devido ao crescimento do plano de saúde, e por estar a maior parcela do atendimento concentrado nos hospitais do grupo, começou a apresentar uma sobrecarga nos atendimentos dos ambulatórios, gerando espera superior a trinta dias para consultas, causando um grande número de reclamações.

Ação: contratou uma empresa para implantar o sistema de autorização on-line que muitas vezes era utilizado, através da alteração dos parâmetros para autorização, com o objetivo de dificultar a liberação das autorizações.

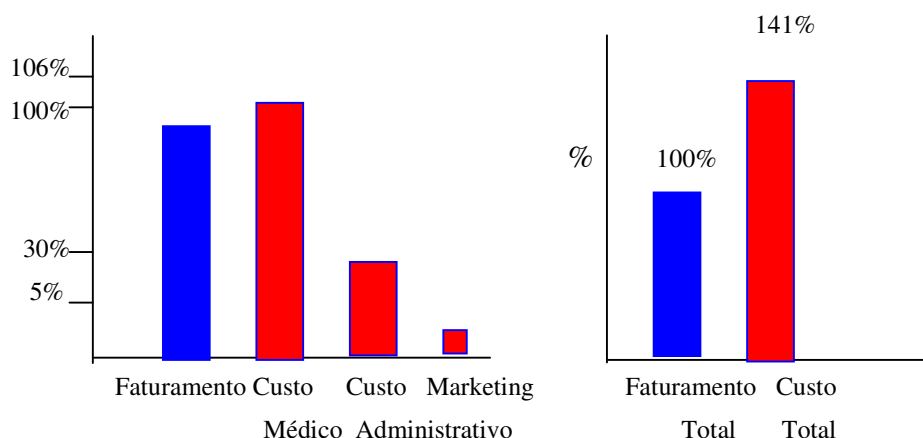
3º Problema: Em função da dificuldade encontrada nos atendimentos, a imagem da empresa começou a sofrer um desgaste sensível.



Ação: aumento-se a propaganda na TV, rádio, busdoor e jornais, alterou-se as cores e o layout da carteira de associado que de azul passou a predominar a cor laranja, bem como o manual do associado.

A queda nas vendas se deu de forma alarmante. Em virtude da gerência de marketing acumular a função de vendas, essa área ficou abandonada, as concessionárias que eram responsáveis pela grande parte das vendas, se sentindo abandonadas e desprestigiadas foram se afastando da empresa a procura de outras parcerias. O aumento nas contratações de funcionários com o objetivo de solucionar os problemas, sobrecarregavam os custos. Em função do quadro que se agravava a cada mês, começou uma procura por “culpados” dentro da organização, o que instaurou um clima de medo e desconfiança mútua. Dez meses após ter assumido o cargo, o diretor executivo deixava a empresa sem que em nenhum momento ele tivesse se dado ao trabalho de ler a lei que regulamentava o mercado de plano de saúde.

Gráfico II: Nova posição dos custos em relação ao faturamento



Fonte: Dados da pesquisa

#### 4.6 Reassumindo a direção

Com a demissão do diretor executivo a coordenação das atividades passa novamente para a vice-presidente que constituiu uma diretoria formada por um diretor financeiro, um diretor de contas médicas, uma diretora de relacionamento e um diretor comercial, todos diretamente subordinados a vice-presidência e com autonomia controlada (Figura II).

Diante da necessidade de conter o crescimento dos custos médicos que já haviam ultrapassado 100% da receita recebida no mês (Gráfico II), a vice-presidente, apesar dos apelos em contrário de alguns diretores, ordenou as seguintes medidas:

- 1) efetuou glosas no pagamento dos serviços médicos sem qualquer critério que justificasse a medida, apenas para que o custo se “encaixasse” dentro do faturamento;
- 2) tanto as glosas como os atrasos no pagamento dos médicos prestadores de serviço não eram comunicados com antecedência;



- 3) enxugamento no quadro administrativo da operadora que já contava com um efetivo de aproximadamente 90 funcionários e os mesmos problemas;
- 4) alteração no critério de liberação automática on-line das consultas e exames, com o objetivo de ganhar tempo ou forçar a desistência da utilização do serviço por parte do associado.

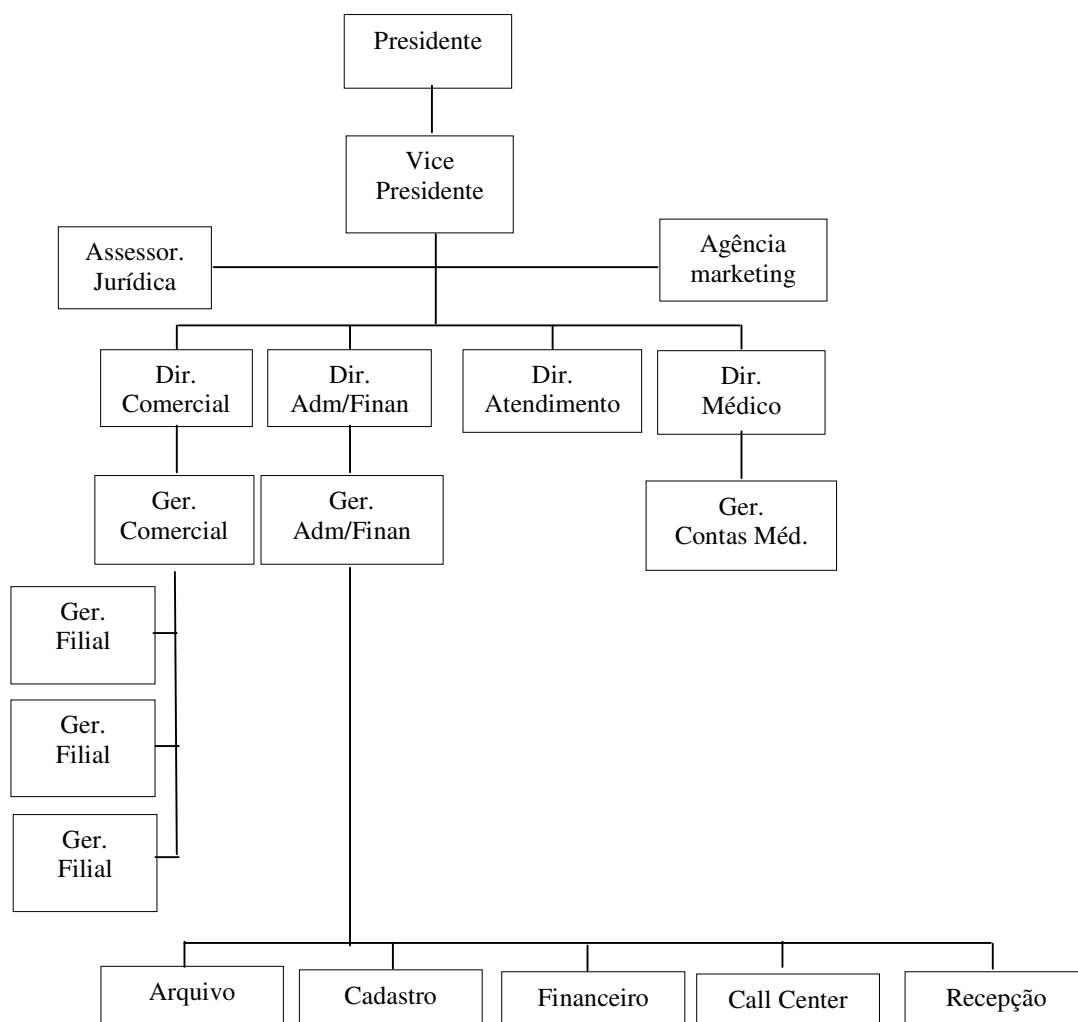
#### 4.7 Resultados obtidos

1) Os médicos reagiram imediatamente:

- a) cancelando o atendimento aos associados da operadora;
  - b) os que não cancelaram reduziram a quantidade de atendimento limitando em alguns casos a 10 atendimentos/mês;
  - c) várias denúncias foram feitas ao Conselho Regional de Medicina (CRM) e a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS);
  - d) muito médicos passaram a informar diretamente aos clientes associados da operadora que não iriam atendê-los por falta de pagamento e orientava que os mesmos mudassem de operadora de plano de saúde (essa atitude custou vários processos por constrangimento e dano moral à operadora).
- 2) os clientes começaram a apresentar inúmeras queixas no Procon e na Justiça Comum;
- 3) os clientes saudáveis, que pouco utilizavam o plano de saúde, diante da dificuldade no atendimento começaram a migrar para outras operadoras, reduzindo o número de associados em 40%.
- 4) com a fuga dos clientes jovens e saudáveis, a participação percentual dos idosos na carteira de clientes aumentou de 8% para quase 20%, sendo os mesmos responsáveis por 85% dos custos assistenciais.
- 5) os médicos, conhecedores dos fatores geradores de custo para a operadora começaram a aumentar o nº de solicitações de exames e procedimentos de alto custo como ressonância magnética, tomografia computadorizada e outros, como uma forma de retaliação velada.



Figura II: Nova estrutura organizacional a partir de Setembro/2003.



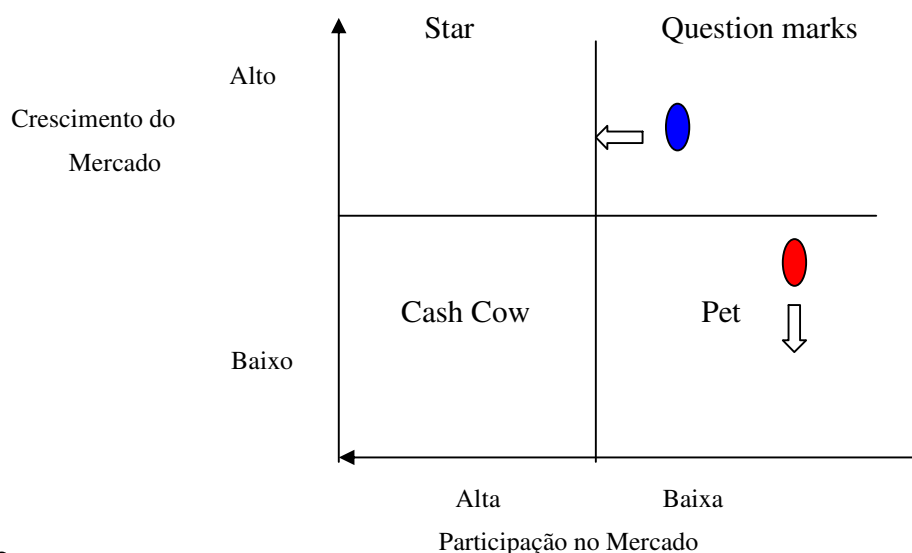
Fonte: Dados da pesquisa



A partir de outubro de 2004 os diretores, juntamente com o corpo gerencial da empresa, espontaneamente elaboraram um plano estratégico para o ano de 2005, prevendo melhores resultados e alterando a postura em relação aos clientes e fornecedores, principalmente diante dos médicos. Em função do desgaste dentro da empresa e junto à própria família, em novembro de 2004 a vice-presidente afastou-se da direção da operadora assumindo em seu lugar o presidente do grupo e chefe da família, que embora estivesse afastado das principais tomadas de decisões, recebeu o plano de ação elaborado pelas diretorias e pelas gerências. Ao assumir o comando da empresa houve uma grande expectativa por parte da equipe sobre o novo estilo de gestão que seria proposto pelo presidente, mas logo no primeiro mês as expectativas de que algo realmente mudaria foram por água a baixo.



O déficit continuou aumentando, não houve redução na utilização dos serviços médicos, os acordos para pagamento dos médicos não estavam sendo cumpridos em sua maioria, a paralisação dos serviços médicos abrangeu cerca de 35% do total da rede credenciada, em função da falta de pagamento e do não cumprimento dos acordos negociados (na qual o presidente participou pessoalmente, usando a sua palavra como aval) os médicos pertencentes à rede própria começaram a abandonar os ambulatórios por já não acreditarem mais nas promessas não cumpridas, o que comprometeu duramente a situação da operadora de plano de saúde.

Gráfico III: Matriz BCG posicionando os produtos da operadora



-  - Situação da empresa antes da crise.
-  - Situação da empresa após o início da crise

Fonte: Dados da pesquisa

Através da matriz BCG (Gráfico III), é possível visualizar a variação do posicionamento dos serviços oferecidos pela empresa no mercado de atuação. No início (simbolizado pelo círculo azul), em pleno crescimento, ela se posicionava como *question marks*, ou seja, estava num mercado crescente, em virtude de prática de preço baixo e isenções de carências, mas ainda não possuía uma fatia de mercado muito grande. Após o início da crise (simbolizado pelo círculo vermelho), a empresa recuo no seu posicionamento, entrando num mercado de baixo crescimento, em função do abandono dos clientes, e com uma participação cada vez menor no mercado em consequência dessa fuga.

## 5. Conclusão

Dentro deste contexto pode-se concluir que a tomada de decisão não é um processo isolado, a decisão deve ser o reflexo de uma avaliação criteriosa da situação apresentada, analisando-se os



riscos e as conseqüências de cada ação. Todas as atividades da organização estão ligadas através dos seus processos, o resultado do trabalho de um setor (*output*) é o insumo para realização da atividade de outro (*input*) e a organização como um todo se relaciona com o meio através desses setores e suas atividades fronteiras. O ambiente irá responder às ações das empresas, tanto para aumentar a interação como para responder imediatamente a um ataque.

O empresário que enxerga a empresa como uma propriedade particular, possibilita decisões equivocadas, pautadas nas emoções e convicções pessoais e não na análise real do mercado e nos aspectos de viabilidade do negócio, proporciona distorções de posicionamento, apresenta ausência de visão sistêmica, entendendo os acontecimentos como fatos isolados, estanques, fora do contexto ambiental e com conseqüências restritas. Diante de posicionamentos tão equivocados que colocam a empresa em uma rota de colisão com o mercado em que atua e sem o apoio dos seus principais parceiros, no caso em questão os médicos, qual seria a solução mais adequada? O posicionamento unilateral isola a organização transformando o ambiente de mercado numa selva implacável.

A empresa que procurar o desempenho positivo no curto prazo pode acabar comprometendo o seu futuro. Os acontecimentos do presente são importantes, pois seus resultados é que irão fornecer o suporte para atividade, mas preparar a empresa para o amanhã é que irá garantir a sua perpetuação.

Nada mais perigoso para uma empresa em crescimento do que promover a sua profissionalização sem um planejamento adequado, pautado em objetivos claros que possam atender às expectativas de crescimento. Sair de uma estrutura organizacional familiar para uma estrutura profissional pode ser um grande risco, caso não haja uma orientação à cerca dos propósitos, e um planejamento adequado para que a nova estrutura possa realmente dar o suporte necessário para que a empresa promova as mudanças com eficiência. Este trabalho cumpre seu objetivo, uma vez que, demonstra como a tomada de decisão unilateral e a falta de uma visão conjuntural pode trazer prejuízos muitas vezes irremediáveis para as empresas.

### **Referências bibliográficas**

ANDRADE, Rui Otávio Bernardes de. ALYRIO, Rovigati Danilo. MACEDO, Marcelo Álvaro da Silva. Princípios de Negociação, ferramentas e gestão. São Paulo: Atlas, 2004.

DAFT, Richard L. – Administração – Rio de Janeiro: LTC, 1997.

DRUCKER, Peter Ferdinand.. Introdução à Administração; tradução: Carlos Malferrari. São Paulo: Pioneira Thomson, 2002.

GOLEMAN, Daniel – Inteligência Emocional – Rio de Janeiro: Objetiva, 1995.

HAMEL, Gary; PRAHALAD, C.K..Competindo pelo futuro: estratégias inovadoras para obter o controle do setor e criar os mercados do amanhã. Tradução: Outras Palavras – Rio de Janeiro:Campus,1995.

LACOMBE, Francisco José Masset & HEILBORN, Gilberto Luis José – Administração, princípios e tendências – São Paulo: Saraiva, 2003.



**IX SEGET 2012**

**SIMPÓSIO DE EXCELÊNCIA EM  
GESTÃO E TECNOLOGIA**

Tema: Gestão, Inovação e Tecnologia para a Sustentabilidade

MARCONI, Marina de Andrade. LAKATUS, Eva Maria. Técnica de Pesquisa: planejamento e execução de pesquisas, amostragens e técnicas de pesquisas, elaboração, análise e interpretação de dados. São Paulo: Atlas, 2002.

MONTANA, Patrick J.. CHARNOV, Bruce H. Administração; tradução: Cid Knipel Moreno; revisão técnica: Álvaro pequeno da Silva – 2 ed. – São Paulo: Saraiva, 2003.

MEGGINSON, Leon C., MOSLEY, C. Donald & PIETRI Jr, Paul H. – Administração conceitos e aplicações – São Paulo: Harper e How, 1986.

SERRA, Fernando. TORRES, Maria Cândida S.. TORRES, Alexandre Pavan.. Administração Estratégica, conceitos, roteiro prático, casos. Rio de Janeiro: Reichmann & Affonso Editores, 2004.

WANDERLEY, José Augusto – Negociação Total: encontrando soluções, vencendo resistências, obtendo resultados – São Paulo: Editora Gente, 1998.

ZACARELLI, Sergio B. – Estratégia e Sucesso nas Empresas – São Paulo: Saraiva, 2003.

YIN, Robert K.. Estudo de Caso. Planejamento e Métodos, tradução: Daniel Grassi, revisão técnica: Cláudio Damascena. São Paulo: Bookman, 2003.