

**FUNDAÇÃO ESCOLA DE COMÉRCIO ÁLVARES PENTEADO
FACULDADE DE CIÊNCIAS ECONÔMICAS DE SÃO PAULO
Mestrado em Administração de Empresas**

**ESTUDO EXPLORATÓRIO DE CARACTERÍSTICAS
DA GESTÃO DE OPERADORAS DE PLANOS
PRIVADOS DE ASSISTÊNCIA ODONTOLÓGICA
NO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO, EM 2001**

Laura Pereira Robles

Dissertação apresentada à Fundação Escola de
Comércio Álvares Penteado – FECAP, para obtenção
do título de Mestre em Administração de Empresas
(Área de Concentração: Administração Estratégica)

Orientador: Prof. Dr. Valter Beraldo

São Paulo

2002

FUNDAÇÃO ESCOLA DE COMÉRCIO ÁLVARES PENTEADO

Mestrado em Administração de Empresas

**ESTUDO EXPLORATÓRIO DE CARACTERÍSTICAS
DA GESTÃO DE OPERADORAS DE PLANOS
PRIVADOS DE ASSISTÊNCIA ODONTOLÓGICA
NO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO**

Laura Pereira Robles

Dissertação apresentada à Fundação Escola de
Comércio Álvares Penteado – FECAP, para obtenção
do título de Mestre em Administração de Empresas
(Área de Concentração: Administração Estratégica)

Orientador: Prof. Dr. Valter Beraldo

São Paulo
2002

**ESTUDO EXPLORATÓRIO DE CARACTERÍSTICAS DA GESTÃO DE OPERADORAS DE PLANOS
PRIVADOS DE ASSISTÊNCIA ODONTOLÓGICA NO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO**

Laura Pereira Robles



FUNDAÇÃO ESCOLA DE COMÉRCIO ÁLVARES PENTEADO - FECAP

Presidente Honorário FECAP: Silvio Álvares Penteado Neto

Presidente do Conselho de Curadores: Horácio Berlinck Neto

Membros do Conselho:

Abram Abe Szajman

Antonio Carlos de Salles Aguiar

Ester de Figueiredo Ferraz

Flávio Fava de Moraes

Mário Amato

Paulo Ernesto Tolle

Diretor Superintendente: Oliver Gomes da Cunha

Diretor Institucional: José Joaquim Boarin

Diretor Acadêmico: Manuel José Nunes Pinto

Diretor Administrativo-Financeiro: Marcelo Freitas Camargo

R666e	<p>Robles, Laura Pereira Estudo exploratório de características da gestão de operadoras de planos privados de assistência odontológica no município de São Paulo, em 2001 / Laura Pereira Robles. - - São Paulo : Fecap, 2002. 318p. ; + apêndice</p> <p>Orientador: Prof. Dr. Valter Beraldo</p> <p>Dissertação (mestrado) – Faculdade de Ciências Econômicas de São Paulo – FACESP da Fundação de Comércio Álvares Penteado. Mestrado em Administração de Empresas.</p> <p>1. Administração estratégica. 2. Planos privados de Assistência Odontológica. 3. Município de São Paulo.</p> <p>CDD 658.401</p>
-------	--



FACULDADE DE CIÊNCIAS ECONÔMICAS DE SÃO PAULO – FACESP

Diretor da Faculdade de Ciências Econômicas de São Paulo:

Prof. Manuel José Nunes Pinto

Vice-Diretor da Faculdade de Ciências Econômicas de São Paulo:

Prof. Luiz Fernando Mussolini Júnior

Coordenador do Curso de Mestrado em Administração de Empresas:

Prof. Dr. Daniel Augusto Moreira

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho ao Tó e aos nossos filhos com imenso amor

AGRADECIMENTOS

A Deus, por tudo!

Aos meus pais, pela força de vontade que me passaram.

Ao Tó, pelo amor e carinho que jamais alguém me ofereceu.

Ao Fábio, pela amizade, tradução e revisão.

À família, pela tolerância.

Às três fadinhas e ao Sr. Antônio, por serem do meu time.

Aos amigos, pelo apoio e torcida.

Ao Prof. Valter Beraldo, por ser amigo e orientador, pela cooperação e paciência.

À Profª. Arilda, pelas preciosas orientações em aulas e ao trabalho e pelo exemplo.

Ao Prof. Castellanos, pela atenção e por colaborar na construção deste trabalho.

Ao Prof. Daniel e Prof. Nena, pela oportunidade.

Aos professores do mestrado, pelos ensinamentos.

À FECAP/FACESP e diretoria, pela excelente instituição de ensino.

Aos colegas da FECAP, pelo companheirismo.

Às secretárias e funcionários da FECAP, pelo apoio.

Aos gestores das OPPAOs estudadas, pelo conteúdo deste trabalho.

Aos dentistas do Brasil, pela luta.

À Odontocoop, pela experiência.

À Adriana e Carolina, pelo trabalho.

À minha grande amiga Sandra, pela colaboração.

À Cris e família, pelo carinho.

À Helô, Márcia e Maria Lúcia, pelo companheirismo.

Ao Manfredini, pela admiração.

Ao Léo, pela colaboração.

Ao grupo de excelência em cooperativismo do CRA, pela confiança.

Ao Olavo Sales, Elizabeth Covre e Marcelo Serra, pela disponibilidade e pela ANS.

Ao CROSP – Conselho Regional de Odontologia de São Paulo, pelos dados.

À FOUASP (representada pela Dra. Maria Ercília), pela formação.

À FSP-USP (em nome da Dra. Marcia Westfall e equipe), pela direção.

À OCESP, pela integração.

À Rodica, professora de inglês, pela tolerância.

À ABRAMGE e SINOG, pelo estímulo.

À Dra. Cleide Regina Raimondi, pela apresentação.

Aos clientes, pela compreensão nesse período.

Ao Waldir Grec, pela conversa informal.

À Katia Queiroz, pelo coleguismo.

À Regiane, pela ajuda.

Aos Bibliotecários da FOUSP, FECAP/FACESP, FEA/USP, FSP-USP e do CPM.

Aos que possivelmente o cansaço fez-me esquecer.

À vida...

...à beleza de ser um eterno aprendiz !

**Se a felicidade passa por um sorriso bonito¹,
o país dos banguelas² precisa ser mais feliz.**

¹ Novaes apud Botazzo, Ciências Sociais e Saúde Bucal, p. 151, UNESP/EDUSC, Botucatu, 1998.

² Narvai, Jornal da USP, p. 2, São Paulo, 25/09 - 1/10/2000.

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO

Justificativa	14
Objetivo Geral	15
Objetivos Específicos	16
Contribuições	16
Descrição dos Capítulos da Dissertação.....	16

1. Contexto

1.1 Evolução Histórica das Operadoras de Planos Privados de Assistência Odontológica (OPPAOs).....	18
1.2 Saúde e Saúde Bucal, Assistência Pública e Privada	29
1.3 Considerações e Características das OPPAOs	39
1.4 Regulamentação – Competências da ANS	46

2. Aspectos Teóricos da Gestão Empresarial

2.1 Algumas Características da Gestão nas Empresas de Serviços	52
2.2 Gestão Estratégica	61
2.3 Gestão Funcional de Marketing	70
2.4 Gestão Funcional de Recursos Humanos	83
2.5 Gestão Funcional de Logística	95
2.6 Gestão Funcional de Tecnologia da Informação (TI)	97
2.7 Gestão Funcional de Finanças	105
2.8 Gestão de Operações	112

3. Método da Pesquisa

3.1 Considerações Gerais	118
3.2 Pesquisa Qualitativa e Estudo Exploratório	118
3.3 Amostra	119
3.3.1 Amostra por Conveniência	120
3.4 Coleta de Dados	124
3.4.1 Pesquisa Bibliográfica e de Dados Secundários	125
3.4.2 Instrumento de Coleta de Dados: Roteiros	126
3.5 Estratégia	133
3.5.1 Estratégia de Pesquisa	133
3.6 Fundamentação Teórica dos Métodos Utilizados	135
3.6.1 Pesquisa Qualitativa	135
3.6.2 Entrevistas Gravadas	136
3.7 Sistematização dos Dados Obtidos	137
3.7.1 Tabulação	137
3.7.2 Análise do Conteúdo	138

4. Apresentação e Análise das Informações Relevantes Coletadas

4.1 Ambiente físico, atendimento e caracterização das OPPAOs	139
4.2 Evolução Histórica	165
4.3 Algumas Características de Gestão nas OPPAOs	170
4.3.1 Gestão Estratégica nas OPPAOs.	170
4.3.2 Gestão Funcional de Marketing nas OPPAOs.....	181
4.3.3 Gestão Funcional de Recursos Humanos nas OPPAOs.....	193
4.3.4 Gestão Funcional de Logística nas OPPAOs	204
4.3.5 Gestão Funcional de Tecnologia da Informação (TI) nas OPPAOs.....	206

4.3.6	Gestão Funcional de Finanças nas OPPAOs.....	210
4.3.7	Gestão Operacional nas OPPAOs.....	218
4.4	Tendências deste Tipo de Prestação de Serviços.....	226
4.5	Pontos Positivos e Pontos Negativos	228
5.	Considerações	
5.1	Considerações sobre a Pesquisa	233
5.2	Considerações sobre Problemas; Pontos Positivos; Possibilidades e Propostas.....	248
5.3	Considerações Finais.....	253
REFERÊNCIAS	259
ANEXO A	Rol de Procedimentos dos Planos Odontológicos.....	274
ANEXO B	Gestor de Operadoras de Planos Privados de Assistência à Saúde.....	277
ANEXO C	Critérios para garantias financeiras - Operadoras de Planos de Assistência a Saúde...281	
ANEXO D	Roteiro de Descrição e Atendimento nas OPPAOs	287
ANEXO E	Roteiro de Identificação e Caracterização das OPPAOs	291
ANEXO F	Roteiro para Entrevista com os gestores das OPPAOs.....	294
GLOSSÁRIO	312
APÊNDICE I	Volume II
APÊNDICE II	Volume III

LISTA DE FIGURAS

FIGURA 1.1	Sistema de relacionamento das OPPAOs	41
FIGURA 1.2	Esquema da Missão da Organização em Relação ao Serviço.....	43
FIGURA 2.1	Fluxo Logístico na Cadeia de Atividades das OPPAOs.....	96
FIGURA 3.1	Fluxograma da ANS, Brasil, 2001.....	121
FIGURA 4.1	Organograma Funcional da OG-SC1.....	157
FIGURA 4.2	Organograma Funcional da OG-SC2.....	158
FIGURA 4.3	Organograma Funcional da ADM.OG-S/A	159
FIGURA 4.4	Organograma Funcional da OG-S/A	160
FIGURA 4.5	Organograma Funcional da SEG	161
FIGURA 4.6	Organograma Funcional da AG	162
FIGURA 4.7	Organograma Funcional da COOP.....	163

LISTA DE QUADROS

QUADRO 1.1	Percentual da população urbana de 18 anos de idade, segundo faixa salarial e presença de todos os dentes, Brasil, 1986	30
QUADRO 1.2	Contas do Governo Brasileiro: principais despesas previstas no caixa (em milhões de R\$ s em: 96, 97, 98)	32
QUADRO 1.3	Comparação de Despesas nas Áreas de Saúde, Educação, Assistência e Previdência, Reforma Agrária, Saneamento e Habitação no Brasil em 1995 e 2001.....	33
QUADRO 1.4	Evolução de Jun/94 a Jun/01 do Índice de Gastos com Saúde em Relação aos demais Gastos e em Relação ao IPC Geral do Município de São Paulo.....	34
QUADRO 1.5	Participação Detalhada dos Gastos com Saúde em Relação aos demais Gastos Componentes do Cálculo do IPC no Município de São Paulo (Jun/01).....	35
QUADRO 1.6	Componentes dos Gastos com Saúde/Número de Cotações para Cálculo do IPC de Junho/2001.....	36
QUADRO 1.7	Despesa com Saúde, no Percentual da Renda Familiar1996.....	37
QUADRO 2.1	Os Ps do Marketing, segundo Mc Carthy, Tébol e Mária.....	71
QUADRO 2.2	Diretrizes Gerais para o Investimento em TI.....	104
QUADRO 3.1	Número e Participação no Mercado de Planos Privados de Assistência Odontológica segundo modelo societário, na cidade de São Paulo, CROSP, 1999.....	134
QUADRO 3.2	Operadoras em saúde bucal com registro no CROSP, OCESP e ANS no município de São Paulo em 2001.....	135
QUADRO 4.1	Caracterização do Ambiente Físico das Operadoras de Planos Privados de Assistência Odontológica (OPPAOs), Município de São Paulo, 2001.....	140
QUADRO 4.2	Grau de Dificuldade no Agendamento da Entrevista com as OPPAOs em estudo, no Município de São Paulo, 2001.....	143

QUADRO 4.3	Posturas do Entrevistado durante a Entrevista nas OPPAOs, Município de São Paulo, 2001.....	144
QUADRO 4.4	Tempo de Entrevista nas OPPAOs em Estudo no Município de São Paulo, 2001.....	145
QUADRO 4.5	Pós- Entrevista nas OPPAOs em Estudo, Município de São Paulo, 2001.....	146
QUADRO 4.6	Tipo de Modelo Societário das OPPAOs em Estudo, Município de São Paulo, 2001.....	147
QUADRO 4.7	Caracterização do Modelo Operacional das OPPAOs Pesquisadas, Município de São Paulo, 2001.....	148
QUADRO 4.8	Composição do Capital das OPPAOs Pesquisadas, Município de São Paulo, 2001.....	149
QUADRO 4.9	Número de Sócios (proprietários) das OPPAOs Pesquisadas, Município de São Paulo, 2001.....	150
QUADRO 4.10	Número de Funcionários das OPPAOs Pesquisadas no Município de São Paulo, 2001.....	150
QUADRO 4.11	Número de Dentistas Credenciados pelas OPPAOs no Município e no Estado de São Paulo e no Brasil em 2001.....	151
QUADRO 4.12	Número de Vidas Contratadas pelas OPPAOs em estudo, no Estado de São Paulo e no Brasil, 2001.....	152
QUADRO 4.13	Posição das OPPAOs Pesquisadas no Mercado, classificadas pelos Gestores, Município de São Paulo, 2001.....	153
QUADRO 4.14	Principais Clientes das OPPAOs Pesquisadas, Município de São Paulo, 2001.....	154
QUADRO 4.15	Número Aproximado de Empresas Clientes das OPPAOs Pesquisadas no Município de São Paulo, 2001.....	154
QUADRO 4.16	Setores Mais Atendidos pelas OPPAOs Pesquisadas, Município de São Paulo, 2001.....	155
QUADRO 4.17	Pontos de Atendimento das OPPAOs Pesquisadas, Segundo Região do Município de São Paulo, 2001.....	156
QUADRO 4.18	Dados sobre os Respondentes das Entrevistas nas OPPAOs Pesquisadas, Município de São Paulo, 2001.....	164
QUADRO 4.19	Evolução Histórica das OPPAOs em Estudo no Município de São Paulo em 2001.....	166
QUADRO 4.20	Adequação das OPPAOs em estudo após a Lei 9656/98, Município de São Paulo, 2001.....	169
QUADRO 4.21	Missão e Objetivos das OPPAOs em Estudo, no Município de São Paulo, 2001.....	172
QUADRO 4.22	Estratégias de Comunicação e Alcance dos Objetivos nas OPPAOs Pesquisadas, Município de São Paulo, 2001.....	174
QUADRO 4.23	Classificação do Estilo de Gestão, segundo avaliação dos gestores das OPPAOs pesquisadas e da entrevistadora, no Município de São Paulo, 2001.....	176
QUADRO 4.24	Operadoras de Planos Privados de Assistência Odontológica em relação a Terceirização e Parcerias, no Município de São Paulo, em 2001.....	178

QUADRO 4.25	OPPAOs com Relação à Responsabilidade Social e Ética Empresarial, Município de São Paulo, 2001.....	180
QUADRO 4.26	Políticas de Marketing das OPPAOs Pesquisadas no Município de São Paulo em 2001.....	182
QUADRO 4.27	Fatores Importantes para Enfrentar a Concorrência, segundo os gestores das OPPAOs em Estudo, no Município de São Paulo, 2001.....	186
QUADROS 4.28	Forma de Vendas dos Planos das OPPAOs Pesquisadas, no Município de São Paulo, em 2001.....	187
QUADRO 4.29	OPPAOs em relação a Fidelização, Atratividade, Expectativas, e Necessidades dos Clientes, Município de São Paulo, 2001.....	188
QUADRO 4.30	Reclamações : como as OPPAOs em estudo lidam com elas, no Município de São Paulo, 2001.....	190
QUADRO 4.31	Marketing (Endomarketing) nas OPPAOs Pesquisadas no Município de São Paulo, 2001.....	191
QUADRO 4.32	Recrutamento e Seleção - Recursos Humanos nas OPPAOs em Estudo Município de São Paulo, 2001	194
QUADRO 4.33	Avaliação de Desempenho - Recursos Humanos nas OPPAOs em Estudo Município de São Paulo, 2001.....	196
QUADRO 4.34	Trabalho em Equipe - Recursos Humanos nas OPPAOs em Estudo no Município de São Paulo, 2001.....	198
QUADRO 4.35	Formas de Remuneração dos Recursos Humanos nas OPPAOs em Estudo no Município de São Paulo, 2001.....	199
QUADRO 4.36	Treinamento e Desenvolvimento dos Recursos Humanos nas OPPAOs em Estudo no Município de São Paulo, 2001.....	201
QUADRO 4.37	Benefícios Oferecidos pelas OPPAOs em Estudo a seus Recursos Humanos no Município de São Paulo, 2001.	202
QUADRO 4.38	Sanções aos Recursos Humanos nas OPPAOs em Estudo Município de São Paulo, 2001.	203
QUADRO 4.39	Gestão Funcional da Logística das OPPAOs em Estudo no Município de São Paulo, 2001.....	205
QUADRO 4.40	Gestão Funcional da Tecnologia da Informação, Pontos Positivos, Pontos Negativos e Pretensão de Investimentos das OPPAOs, Município de São Paulo, 2001.....	207
QUADRO 4.41	Gestão da Tecnologia de Informação e Estágio de Implantação nas OPPAOs do Estudo no Município de São Paulo, 2001.....	209
QUADRO 4.42	Gestão Funcional de Finanças das OPPAOs pesquisadas, com relação aos Resultados Financeiros, Município de São Paulo, 2001.	212
QUADRO 4.43	Gestão Funcional de Finanças das OPPAOs em relação ao Recebimento das Mensalidades e Controle dos Pagamentos dos Clientes, no Município de São Paulo, 2001.....	213
QUADRO 4.44	Gestão Funcional de Finanças em Relação ao Fornecimento do Balanço, Município de São Paulo, 2001.....	214
QUADRO 4.45	Gestão Funcional de Finanças em Relação à Análise de Risco e Provisões, Município de São Paulo, 2001.....	216
QUADRO 4.46	Tipos de Planos Oferecidos e Gestão Operacional das OPPAOs no Município de São Paulo, 2001.....	218

QUADRO 4. 47	Gestão Operacional das OPPAOs em Estudo, quanto aos Procedimentos de Atendimento e Autorização, Município de São Paulo, 2001.....	220
QUADRO 4. 48	Gestão Operacional das OPPAOs e Tipos de Formulários Utilizados, no Município de São Paulo, 2001.	222
QUADRO 4. 49	Gestão Operacional em relação a Metas de Produção, Controle de Qualidade e à Glosa nas OPPAOs, Município de São Paulo, 2001.	223
QUADRO 4. 50	Área Técnica das OPPAOs, em Estudo, Responsáveis pelo Cumprimento das Normas da ANS no Município de São Paulo, 2001.....	225
QUADRO 4. 51	Tendências na Prestação de Serviços das OPPAOs Pesquisadas no Município de São Paulo, 2001.....	226
QUADRO 4.52	Pontos Positivos e Negativos em Relação ao Sistema de Prestação de Serviços pelas OPPAOs, Para a Empresa Cliente, no Município de São Paulo, 2001.....	229
QUADRO 4.53	Pontos Positivos e Negativos em Relação ao Sistema de Prestação de Serviços pelas OPPAOs, Para o Credenciado, no Município de São Paulo, 2001.....	230
QUADRO 4.54	Pontos Positivos e Negativos em Relação ao Sistema de Prestação de Serviços pelas OPPAOs, Para o Beneficiário, no Município de São Paulo, 2001.....	231
QUADRO 5.1	Alguns Problemas Referentes à Características da Gestão de OPPAOs Pesquisadas no Município de São Paulo, 2001.....	249
QUADRO 5.2	Alguns Pontos Positivos Referentes à Características da Gestão de OPPAOs Pesquisadas no Município de São Paulo, 2001.....	250
QUADRO 5.3	Algumas Possibilidades Referentes à Características da Gestão de OPPAOs Pesquisadas no Município de São Paulo, 2001.....	251
QUADRO 5.4	Algumas Propostas Referentes à Características da Gestão de OPPAOs Pesquisadas no Município de São Paulo, 2001.....	252

RESUMO

O trabalho apresenta pesquisa de características das funções da gestão de Operadoras de Planos Privados de Assistência Odontológica (OPPAOs) que atuam sob os modelos de: Odontologia de Grupo (Sociedade Civil e Sociedade Anônima), Administradora, Autogestão, Cooperativa Odontológica e Seguradora, no município de São Paulo.

A pesquisa abrange dados bibliográficos, dados secundários e pesquisa de com de entrevistas gravadas com gestores de OPPAOs, seguindo um roteiro pré-estabelecido.

Os principais enfoques abordados foram: evolução histórica das OPPAOs, características dessas empresas, perfil dos gestores, agentes reguladores, funções da gestão, pontos positivos e negativos desse serviço e tendências dessa forma de oferecer atenção à saúde da população.

As funções de gestão pesquisadas foram: Estratégia, Marketing, Endomarketing, Recursos Humanos, Logística, Tecnologia da Informação (TI), Finanças e Operações.

A análise comparativa dos dados obtidos de entrevistas gravadas com gestores de OPPAOs, leva a observar que, embora com diferentes modelos societários, há semelhanças, podendo-se considerar que existe interesse na profissionalização da gestão (em que há muito para adequar, aperfeiçoar e inovar), sendo que a maior preocupação dos gestores é a função financeira e o maior alvo de investimentos das OPPAOs é a TI.

Essas empresas podem ser o elo entre a população, que tem necessidade de tratamento odontológico, bem como a manutenção da saúde bucal e os profissionais, os quais anseiam por trabalho. Isso leva à possibilidade de atender grande parte da população, em ações compartilhadas com os empresários e beneficiários, sob regulação do governo, em que a gestão adequada pode ser a chave do sucesso.

Propõe-se investimento no fator humano e recomenda-se estudos futuros, para o aprofundamento no assunto.

ABSTRACT

This study presents a research on some aspects of Dental Health Maintenance Organizations (DHMOs) located in São Paulo's metropolitan area as well as their management attributions. These DHMOs act according to different dental group organizations: civil and corporate institutions, service management organization, self-management system, co-operative system and dental insurance system.

This research is composed of a collection of literary data, secondary data on the studied topic, as well as a field survey based on recorded interviews performed among highly regarded managers of DHMOs companies, according to a previously prepared script.

The highlights are: the historical evolution of DHMOs, main features of those companies, profile of the interviewed managers, their opinion on which would be the negative and positive aspects of this kind of enterprise, regulatory agents of the entire process, management attributions and trends of this mode of health offering among the population.

The focused management attributions were: Strategy, Marketing, Endomarketing, Human Resources, Logistics, Information Technology (IT), Finance and Operation Methods. IT is the field that has received the most amounts of investments by the DHMOs and Finance is the issue of highest concern among managers.

The comparative analysis of the obtained data leads one to point out that even though the studied DHMO companies act in diverse society models, they appear to have similar management systems, what could be considered as a relevant interest on the professional aspect of management, in which field still there is much more to improve and innovate.

This kind of organizations might be the link between population, who demands dental care as well as health maintenance and dental professionals, who are eager to work. This should represent the ability to fulfill the major part of the population needs, through shared actions between entrepreneurs and the benefactors, under government regulation, when appropriate management shall be the key towards success.

This study advises that more investments in Human factor should be made, and also further studies on the subject of dental assistance management are recommended, in order to deeply understand the issue.

INTRODUÇÃO

Atualmente os profissionais da odontologia têm como alternativa de trabalho a organização de grupos de profissionais, constituindo Operadoras de Planos Privados de Assistência Odontológica (OPPAOs) e atuando como empresários ou como prestadores de serviços à semelhança dos médicos, que assim vêm procedendo há algumas décadas, num processo consolidado e mais aceito pela população.

Nos últimos anos, no Brasil, paralelamente ao acentuado incremento do número de Faculdades de Odontologia, houve a diminuição do risco para a principal doença bucal, a cárie, provável resultado de ações educativas e preventivas (fluoretação da água de abastecimento), além da municipalização dos serviços de saúde.

Entretanto, dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), no ano 2000, mostram que 18% da população brasileira nunca foi ao dentista, revelando desta forma o paradoxo da situação da odontologia atual.

O governo não assiste às necessidades de atendimento odontológico da população que se acumulam. OPPAOs incrementam suas atividades, e as características da gestão desse tipo de organizações constituem um problema a ser pesquisado e analisado.

Justificativa

Segundo Lucas (1993:10) somente 10% da população tem acesso a clínica odontológica particular, sendo que 80% da população encontra nos recursos públicos a única possibilidade de acesso a serviços especializados (NARVAI,1996: 6).

Com o crescente número de dentistas, com mais de 12 mil novos profissionais formando-se todo ano (SILVEIRA, 2002:24), muitos consultórios estão com capacidade ociosa, necessitando preenchê-la; o credenciamento em OPPAOs pode representar uma alternativa para isso. Segundo Brown (2000:1485-9), a tendência é de que pelo menos 50% dos dentistas da cidade de São Paulo participem de alguma OPPAO, como nas grandes cidades dos Estados Unidos. O cirurgião-dentista busca trabalho e as OPPAOs podem oferecê-lo, além de promover facilidades de acesso ao atendimento clínico da população.

Hoje, cerca de quatro milhões de brasileiros estão cobertos por planos odontológicos, o que sinaliza perspectivas de oportunidades para oferecer atendimento odontológico privado à população, pois dentre 170 milhões de pessoas no Brasil, cerca de 40 milhões de brasileiros já possuem a cobertura de planos privados de assistência médica (ABRAMGE e IBGE).

É preciso renovar conceitos e lançar um olhar globalizado sobre a questão. No mundo todo, com poucas exceções, os governos não dão conta da assistência odontológica. No Brasil, observa-se uma grande população, frente a recursos escassos e destinados a outras prioridades. Desta forma, há que propor a co-participação do governo, iniciativa privada e recursos econômicos da população, com vistas a agilizar o atendimento frente às necessidades.

Em 1986, apenas 33% da população brasileira de 18 anos de idade apresentava todos os dentes permanentes (dados do Ministério da Saúde). É tempo de compreender mudanças e de fazer reflexões políticas no sentido de atender as necessidades que a situação exige.

De acordo, com Narvai, (2000: 2): “(...) apesar de alguns progressos, a epidemiologia está lamentavelmente confirmando o senso comum: continuamos um país de (muitos) banguelas”.

A intermediação das OPPAOs na questão da assistência parece poder trazer resultados positivos aos beneficiários, aos dentistas e ao empresariado.

A tendência é de que cada vez mais o empresariado firme contratos com operadoras odontológicas e ofereça ou compartilhe esse benefício com seus funcionários, mesmo não sendo obrigatório estar associado ao plano médico (MP 1908-20). Assim, ao menos o rol de procedimentos odontológicos básicos fica garantido (Anexo A).

Como as condições parecem atraentes, algumas operadoras surgem no mercado com gestão inadequada, apesar da Agência Nacional de Saúde (ANS) tentar reduzir abusos e minimizar desvios, numa tendência de ajustes constantemente adequados aos envolvidos.

A ética e a responsabilidade social, necessárias em qualquer empreendimento, devem ser a base para a constituição de uma OPPAO, em qualquer modelo societário em que se apresentar – nelas a gestão deve se apoiar. Além disso, como qualquer organização empresarial necessita de funções gerenciais, utilizadas como ferramentas de gestão.

Objetivo Geral

Estudar algumas características das funções de gestão das Operadoras de Planos Privados Odontológicos (OPPAOs) no município de São Paulo, em 2001.

Objetivos Específicos

Conhecer características da estratégia e das operações nas OPPAOs e algumas características das funções de Marketing, Recursos Humanos, Logística, Tecnologia da Informação e Finanças.

Caracterizar e analisar OPPAOs e a gestão nos diferentes modelos de atuação: administradora, odontologia de grupo, cooperativa, autogestão e seguradora.

Conhecer a organização e modo de atuação, ética e responsabilidade social das operadoras em estudo.

Descrever a evolução histórica das OPPAOs no país, os agentes reguladores e suas tendências.

Conhecer pontos positivos e negativos para a empresa cliente e para o dentista credenciado.

Contribuições

O conhecimento de algumas das características da gestão dessas empresas pode produzir benefícios, trazer compreensão para problemas a serem solucionados, aumentando a satisfação para os principais envolvidos: governo, operadoras, dentistas, empresas, fornecedores e clientes.

Os resultados desta pesquisa, que é um estudo exploratório de algumas características de funções da gestão de OPPAOs, seus estilos e ênfase dada a cada uma delas, podem suscitar ou nortear estudos futuros mais detalhados.

Descrição dos Capítulos da Dissertação

O capítulo inicial, além de contextualizar o assunto, apresenta considerações e características das Operadoras de Planos Privados de Assistência Odontológica (OPPAOs) no município de São Paulo, aspectos sobre a história do seu surgimento, atuação, permanência, regulamentação e competências da ANS.

O segundo capítulo apresenta aspectos teóricos da gestão de empresas de serviços, e a posição de autores sobre algumas características das funções que serão objetos da pesquisa.

O terceiro capítulo apresenta o método de pesquisa, utilizado no presente estudo.

O quarto capítulo apresenta os dados relevantes obtidos e analisados em cada agrupamento.

No quinto capítulo encontram-se algumas considerações da autora e propostas para novos estudos sobre o assunto.

No final: Referências, Anexos e Glossário.

Também acompanham este estudo dois apêndices, um com a transcrição das entrevistas gravadas (APÊNDICE II, Vol. III- confidencial) e outro com a ordenação dos dados relevantes extraídos da transcrição das entrevistas dentro do roteiro proposto (APÊNDICE I – Vol. II), sendo que os modelos dos roteiros constituem os Anexos: D, E e F.

Os anexos A, B, C são:

A – Rol de Procedimentos Básicos dos Planos Odontológicos

B – Gestor de Operadoras de Planos Privados de Assistência à Saúde

C – Critérios para Garantias Financeiras para Operadoras de Planos Privados de Assistência à Saúde

CAPÍTULO 1

CONTEXTO

1.1 – Evolução Histórica das Operadoras de Planos Privados de Assistência Odontológica

O registro histórico das operadoras de planos privados de assistência à saúde brasileiras é escasso. Para as OPPAOs, ainda é menor a quantidade de material bibliográfico encontrado à respeito.

Hipócrates (460-370 A.C.) já mencionou os dentes como importantes na preservação da saúde e Celso, na era romana, fala em tratamento para dor de dente (BOTAZZO, 1998: 142).

(...) então deve ter havido dentistas desde sempre e fazendo as mesmas coisas: “cuidando, limpando, limando, obturando, extraindo e substituindo dentes”. Por conseguinte, “houve em todos os tempos praticantes que se ocuparam desta tarefa”, afirmação com a qual todos poderiam se pôr de acordo: são bem conhecidas uma nosologia e uma terapêutica bucais nos textos médicos antigos (GODON in BOTAZZO, 2000: 101).

As Sinedrias, associações de mútuo socorro, na Grécia antiga; o Collegium, criado em Roma, na época de Júlio César; as Ghildas ou Gildes, na Idade Média, que atuaram como caixas de assistência, são protótipos de serviços de assistência à população. Também são citadas na história as sociedades do tipo Confrarias, Irmandades e Corporações, que na evolução perdem a religiosidade e passam para mentalidades diferentes, como a capitalista, preparando-se para o liberalismo econômico e político, que passa a se preocupar com o operariado e com os mais pobres, de acordo com o citado no *site*: www.milenio.com.br/andriow (30/12/98).

No Brasil, com a industrialização, as grandes jornadas de trabalho e o aumento do número de trabalhadores das indústrias, emerge a preocupação com o futuro, doenças, desemprego e velhice. Surge o interesse em atender expectativas e necessidades de

manutenção da saúde da população de modo que esta não fosse oferecida só com recursos do governo.

Nesse sentido, neste país, alguns patrões instituíram as “Caixas” em suas empresas, onde empregados contribuíam com uma porcentagem dos seus ordenados. Os patrões “administravam” essas quantias e quando da necessidade de um trabalhador afastar-se da atividade profissional, devido à doença ou lesão, o montante arrecadado reverteria para pagamento do tratamento e dos dias parados, ficando como responsabilidade do patrão o pagamento desse encargo, utilizando os recursos das “Caixas”.

Essa forma de associação entre empregados e patrões, que tinha como objetivo arrecadar recursos financeiros para tratamentos médicos dos colaboradores, sem que se dependesse unicamente do governo, disseminou-se por várias partes do mundo, inclusive no Brasil.

A mentalidade escravocrata reforçava a idéia de que o trabalhador precisava satisfazer o patrão sem pensar em ter benefícios, retardando o processo da assistência privada à saúde no Brasil. No início do século XX o governo brasileiro dedicou-se ao saneamento básico e à erradicação de endemias, ficando para as Santas Casas de Misericórdia o amparo aos enfermos e pobres. No Brasil, o primeiro hospital construído foi a Santa Casa de Misericórdia de Santos, fundada em 1543 por Brás Cubas, e moldada nas mesmas bases das Santas Casas de Portugal. Porém, com uma diferença: neste país, quando uma pessoa era internada, seus familiares a acompanhavam em sua estada, o que não ocorria na Europa (Fonte: Informativo Interclínicas).

Após a primeira grande Guerra Mundial, há modernização e evolução de tecnologias, e por influência americana surgem os Hospitais Universitários e da Previdência Social.

Em 1919, criam-se as CAPs (Caixas de Aposentadorias e Pensões), organizadas por empresários para prestação de benefícios, entre eles assistência a saúde (na área médica).

Em 1923 a promulgação da Lei Eloy Chaves representou um dos marcos importantes na evolução do sistema previdenciário e de assistência médica no Brasil, de acordo com Andrade (2000:10). A Lei institui assistência à saúde, medicamentos a preços especiais, aposentadorias e pensão para empregados e familiares de empresas de estrada de ferro, o que posteriormente se estende à outras categorias. Surgem também os Institutos de Seguros. Este período vai até os anos 30.

Enquanto isso, surge em 1929, em Baltimore, EUA, a medicina de grupo, em decorrência do menor poder aquisitivo da população e do alto custo da assistência médica. Os médicos de vários pontos do mundo estudavam saídas, cientes da necessidade de condições mais adequadas para o atendimento e tratamento dos clientes. Pensavam em estabelecer relacionamento com instituições e empresas, para assegurar continuidade do atendimento àqueles que estavam em tratamento, bem como acesso aos que o precisassem, garantindo assistência àqueles que se inscrevessem num programa, num sistema pré-pago a custo acessível.

No Brasil, na década de 30, há a unificação das caixas, que foram absorvidas pelos Institutos de Aposentadoria e Pensões (IAPs), no país inteiro.

Em 1933, nos Estados Unidos, há o processo de formação do segmento de medicina de grupo (Health Maintenance Organization – HMO), que se baseou em juntar instalações e equipamentos, otimizando-os pelo uso comunitário, ou seja, por diversos médicos ou grupos de médicos, permitindo com isso o barateamento de custos e a oferta de serviços de alto padrão técnico - desde exames clínicos e laboratoriais especializados, raios X, até a mais alta sofisticação na área da pesquisa e de tratamento, incluindo internações, atos cirúrgicos e assistência à maternidade, entre outros serviços.

Posteriormente, nos Estados Unidos, com o propósito de permitir acesso ao que havia de melhor na Medicina, nasciam as primeiras empresas que trabalhavam na forma de custeio, com o sistema de pré-pagamento. Esse sistema serviu de modelo para outros desenvolvidos em outras partes do mundo, inclusive no Brasil.

Verificou-se, nos Estados Unidos, que os custos hospitalares não estavam ao alcance do cidadão comum. Numa escola onde o problema foi analisado, diante do fato de que os professores que ali lecionavam não podiam arcar com os custos de um tratamento médico quando seus filhos adoeciam, idealizou-se um sistema de pré-pagamento das despesas eventuais com doenças. Nessa época foi criada a Blue Cross americana; seis anos depois, no mesmo país, foi criada a Blue Shield, formada pela Associação Médica da Califórnia, oferecendo serviços médico-cirúrgicos. E em 1962, cerca de três quartos da população americana estava filiada a organizações dos tipos citados.

Esse modelo, depois aprimorado e organizado, prosperou e acabou sendo espelho para as primeiras organizações de medicina de grupo no Brasil, como igualmente aconteceu em outros países.

Na década de 40, no Brasil, como os serviços de saúde oferecidos pelo governo não atendiam às necessidades dos funcionários públicos, foram organizados sistemas alternativos para os mesmos, o que ocorre até hoje - assistência especial através de serviços próprios (hospitais de servidores, autarquias e fundações).

No Brasil, de 1930 até 1945, o sistema se ajusta sob as transformações políticas vigentes sobre concessões de serviços de assistência médica, aposentadorias e pensões. Os critérios para aposentadorias e pensões ficam mais rigorosos e diminuem os investimentos para os Institutos, ocasionando um estímulo à compra de serviços médico-hospitalares. Surgem os convênios com hospitais, clínicas ou mesmo com profissionais. Percebe-se também nesse período que as questões da previdência se separam das da saúde.

A partir da década de 1950, com o *boom* da industrialização e o êxodo do homem do campo, atraído pela oferta de trabalho e de melhores condições de vida nos centros em desenvolvimento, os serviços públicos revelaram-se insuficientes para atender às grandes concentrações urbanas. Isto acontecia principalmente em agrupamentos que se formavam na região metropolitana da capital paulista, com a instalação das indústrias automobilísticas.

Desde 1950 a odontologia constitui um setor em crescimento na economia americana, em que os fatores foram a economia do mercado e o crescimento do setor privado odontológico, sendo este induzido por aumento na demanda devido expansão dos seguros e planos de saúde bucal e pelo aumento na renda do consumidor, suportado pela oferta crescente de profissionais (PINTO, 1993:89 apud QUEIRÓZ: 2001:14).

Os empresários brasileiros, sob influência estrangeira (européia e americana), estimularam a formação dos primeiros grupos médicos, no sentido de ter alternativas para a prestação de assistência médica aos seus empregados e familiares, contratando os serviços desses grupos e gerando o sistema de medicina de grupo. Daí originaram-se as cooperativas médicas, o segmento de autogestão e o do seguro-saúde.

A medicina de grupo no Brasil começa a ser mais praticada no ano de 1956, na Região do ABC Paulista, onde empresas multinacionais (automobilísticas) que chegavam ao país se instalavam. Segundo Andrade (2000: 16), a Ford é um exemplo de empresa americana que chegando ao Brasil montou um sistema de atendimento à saúde de seus funcionários, semelhante ao da matriz, e contratou uma empresa de seguros para administrá-lo.

Foram esses os primeiros convênios, chamados planos coletivos ou empresariais, e eram custeados integral ou parcialmente pelos empregadores. Reconhecidos pela sua importância, passaram a ser cláusula prioritária em toda pauta de negociação trabalhista, sendo um benefício que ampara o trabalhador e sua família.

O primeiro plano odontológico que se tem notícia foi o “Sadincremental Odontologia”. Na busca de informações, em busca da história das operadoras de planos privados de assistência odontológica, encontrou-se material de seminário ocorrido em 27/04/2001, na sede do Sindicato Nacional de Odontologia de Grupo (SINOG), no município de São Paulo, onde observa-se a afirmação de uma das expositoras: *“Somos a primeira empresa de Odontologia de Grupo do país, com mais de 40 anos de experiência, atualmente com sistema de redes de credenciamento evoluindo para o nascimento de uma exclusiva empresa de administração de soluções em saúde bucal, tendo seu ponto de concentração em São Paulo e Rio de Janeiro.”*

Em 1967, quando os Institutos Previdenciários foram unificados no Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), houve a tentativa de democratização na área da saúde, com pagamento de 8% do salário por parte do trabalhador, e contribuição dos empregadores e da União, mas obteve-se má qualidade assistencial, o que incrementou o surgimento de empresas de medicina de grupo e das seguradoras, oferecendo o produto “Seguro Saúde” (disponível em: www.milênio.com.br/andriow/Didático/atuariais/ps01.htm : 3-4. Acesso em 30/12/98).

O Seguro Saúde surge no Brasil na década de 60, buscando espaço junto às empresas de Medicina de Grupo, que já operavam no Brasil naquela época e atendiam à maioria das indústrias. As seguradoras que já ofereciam às empresas outros produtos começavam a oferecer o Seguro Saúde e tinham como diferencial a não obrigatoriedade por parte dos seus usuários ao atendimento em uma rede médica-hospitalar pré-estabelecida, pois poderiam ter livre escolha e reembolso (o órgão que regulamenta esses seguros é a Superintendência de Seguros Privados - SUSEP).

Na década de 60 ocorre o uso da terceirização de serviços como consultorias, atendimento médico e atendimento odontológico (credenciamentos). Anteriormente, essa forma de trabalhar era denominada “sub contratação”, segundo Ferreira & Souza (1993:13).

Em 1967, na cidade de Santos surge a primeira cooperativa médica, tendo como base os princípios do cooperativismo, mas administrada como empresa, porém sem fins lucrativos: a UNIMED do Brasil, difundindo-se em todo o mercado nacional (ANDRADE, 2000:24-25).

Na década de 70 surgem várias cooperativas médicas em diversas partes do Brasil com o objetivo de padronizar os procedimentos. São fundadas as Federações UNIMEDs. Evoluindo, surge a Confederação que reúne as UNIMEDs de todo o país. Em 1977 havia mais de 60 UNIMEDs distribuídas pelo território nacional.

Com o milagre brasileiro da década de 70, ocorrem tentativas do governo no sentido da universalização do acesso aos cuidados com a saúde. As empresas pretendiam oferecer mais benefícios aos trabalhadores, já que apresentavam mais lucratividade, como por exemplo a Petrobrás, que em 1976 cria uma assistência à saúde própria e a adiciona na sua política salarial, sendo modelo na época.

No mercado de seguros, regulamentado pela SUSEP em 1976, o ramo que mais tem crescido é o de saúde, com um movimento de cerca de R\$ 3,95 bilhões em 1997, superando em 33% a arrecadação do ano anterior (PINTO, 2000 apud QUEIRÓZ, 2001).

Na década de 70, a medicina privada cobrava valores altos e com isso surgiram grupos de médicos que começaram a oferecer seus serviços aos funcionários das organizações multinacionais mediante um pré-pagamento. Esses funcionários sentiam-se seguros em relação aos atendimentos médicos e adquiriam identificação com a organização em que trabalhavam, o que tornava a situação favorável para patrões e empregados.

Nos anos 70, em São Paulo, foi fundada a Policlínica Central, que passou a prestar serviços médicos aos funcionários de empresas multinacionais. Logo em seguida outros grupos de empresas vieram a se tornar clientes da Policlínica. Três anos depois, surge o segundo grupo médico brasileiro, a SAMCIL, que se baseou na mesma estrutura técnico-científico-administrativa de seu antecessor, utilizando toda a sua experiência. Em seguida surgiu a AMICO, que foi montada em São Paulo, por um grupo gaúcho e outros empreendedores que descobriram na prestação de serviços médicos uma oportunidade de investimento e de crescimento. Empresas que possuíam capital estrangeiro aderiram à medicina de grupo, através do pré-pagamento, e as empresas nacionais também começaram a oferecer esse benefício aos funcionários.

Ainda nos anos 70, o INPS é substituído pelo INAMPS (Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social), centrado na assistência hospitalar e coordenado pelo governo federal.

Também nos anos 70 surgem programas do governo, pouco expressivos, como o

Programa de Interiorização de Assistência à Saúde e Saneamento (PIASS), o PREV-SAÚDE e o Programa de Ações Integradas de Saúde (PAIS), seguidos pelo Sistema Único e Descentralizado de Saúde (SUDS) e pelo Sistema Único de Saúde (SUS).

O SUS foi criado com o propósito de universalizar o atendimento, cumprindo a Constituição de 1988, que em seu artigo 196 afirma: “ A saúde é direito de todos e dever do Estado”, pois anteriormente, só quem estivesse vinculado a uma empresa, com carteira assinada, tinha direito a assistência à saúde. A qualidade do serviço precisava melhorar, o acesso deveria ser estendido a todos.

A década de 80 solidifica o mercado da assistência privada à saúde e propicia um crescimento acelerado, com a fundação de mais de 100 novas cooperativas do sistema UNIMED em todo o Brasil. Na década de 90, problemas com o cooperativismo em saúde, o sistema UNIMED de cooperativas é abalado pela liquidação da fundadora.

No município de São Paulo, em 1995, surgiu o Plano de Assistência à Saúde (PAS) decretado pela prefeitura, cujo modelo societário baseava-se num pseudo-cooperativismo e *capitation*, e pretendia oferecer entre outros o atendimento odontológico, não obtendo sucesso principalmente por problemas de gestão e fraudes.

Para a Odontologia, em 1996, o sistema da Associação Brasileira de Medicina de Grupo (ABRAMGE) funda o Sindicato Nacional da Odontologia de Grupo (SINOG), a fim de congregar as empresas de odontologia de grupo e defender seus interesses, sua ética e legislação. Até 14/02/02, essa entidade contava com 135 OPPAOs associadas, embora cerca de 250 empresas estivessem atuando na área.

O fato de as empresas oferecerem o benefício odontológico para os funcionários, através da contratação de uma OPPAO, possibilita o acesso da população ao atendimento odontológico, à medida em que cria uma alternativa para que esta tenha condições de custear o tratamento.

A Lei 9656/98, que veio com a finalidade de regulamentar os planos de assistência à saúde, foi sancionada em 03 de junho de 1998.

Anteriormente à Lei 9656/98, era proibida a utilização de recursos estrangeiros para a composição total ou parcial do capital financeiro de uma operadora de planos de saúde.

Com a mudança que o governo realizou, acabou o protecionismo existente até então às empresas nacionais atuantes neste setor, passando a valer mais nos dias de hoje a gestão do

serviço (principalmente no que diz respeito aos custos), além do lançamento de novos produtos e serviços na tentativa de atrair e fidelizar o mercado consumidor para sua marca. As empresas do setor foram obrigadas a rever os seus processos e os modelos de gestão que vinham realizando até o momento em que a lei dos planos de saúde passou a vigorar.

A MP 1908-20, publicada em Diário Oficial em 25 de novembro de 1999, excluiu da Lei 9.656/98 a obrigatoriedade de assistência odontológica nos planos de saúde. Foram solicitadas revisões e há divergências de opiniões dentro dos diferentes segmentos e entidades classistas.

Cria-se a Agência Nacional de Saúde, em janeiro de 2000, que tem como finalidade institucional promover a defesa do interesse público na assistência suplementar à saúde, regulando as operadoras quanto às suas relações com prestadores e consumidores, contribuindo desta forma para o desenvolvimento das ações de saúde no país.

De um modo geral, a regulamentação foi extremamente importante para que o mercado de saúde suplementar pudesse recuperar o seu prestígio diante da opinião pública nacional, uma vez que eram constantes as denúncias de abusos cometidos por empresas de planos de saúde contra os seus usuários.

Dados do IBGE mostraram que a população brasileira no ano de 1999 era de aproximadamente 164.730.000 habitantes. O mercado de saúde suplementar no Brasil ofertou seus serviços a 48.500.000 de pessoas, ou seja, quase 30% da população brasileira era usuária de algum tipo de assistência complementar à saúde no ano de 1999.

De acordo com Razuk apud Queiróz, há hoje cerca de 4 milhões de beneficiários assistidos em OPPAOs, grifo da autora, com um faturamento anual aproximado de R\$ 700 milhões. Das 695 operadoras de saúde registradas em São Paulo, 272 são odontológicas com 3968 produtos. Sendo que 50% dos profissionais do país estão vinculados a empresas de Odontologia de Grupo, com aproximadamente 80.000 cirurgiões-dentistas e clínicas credenciadas em todo Brasil (disponível em <www.sinog.com.br>, acesso em 12 fev. 2002).

É um mercado aparentemente distante da saturação e que só tem a crescer com o passar dos anos, uma vez que a assistência médica governamental apresenta problemas, principalmente pela dificuldade de absorção da grande massa que dela necessita, e ainda deve-se pensar que nos países em desenvolvimento, a assistência direta à população é realizada pelos governos municipais e em segundo lugar pelos estaduais. A procura por

serviços odontológicos deve aumentar, pois de acordo com Belardinelli apud Grec (1999: 32-42), o atendimento odontológico é procurado por 20% da população nos países em desenvolvimento e por 45% da população em países desenvolvidos, como por exemplo nos Estados Unidos.

A partir de 1994, com a estabilização da moeda brasileira (Plano Real), observa-se que a modalidade que cresceu percentualmente acima da média das demais foi a das seguradoras. Isto se explica considerando que grandes bancos estabelecidos no Brasil descobriram no mercado da saúde suplementar um novo produto a ser ofertado aos seus clientes. Os seguros de saúde representam parte do sistema de prestação de serviços à saúde no Brasil, ao qual se chama de assistência suplementar, que deve estar sob o controle do governo, regulamentado pela Agência Nacional de Saúde Suplementar e SUSEP.

Deve-se levar em consideração a consolidação do Plano Real, desde 1994, que de certa forma estabilizou a economia e propiciou até determinado momento um poder de compra maior para uma classe da população, que passou a ter acesso às empresas de saúde suplementar.

Segundo a Associação Brasileira de Medicina de Grupo (ABRAMGE), 2001, houve crescimento de 4% no setor de medicina de grupo entre 1997 e 1999. É necessário que sejam feitas algumas considerações para tornar compreensíveis este crescimento e as possíveis causas que levaram um número maior da população brasileira a procurar acesso a esse tipo de serviço.

Segundo dados da ABRAMGE em 1999 o sistema de saúde privada movimentou cerca 19,2 bilhões de reais, enquanto o SUS – Sistema Único de Saúde – dispôs de 19,6 bilhões de reais para o atendimento de um número muito maior de pessoas.

Somando-se estes fatores é possível chegar-se a um entendimento do aumento percentual do número de habitantes que passaram a ter acesso a saúde suplementar, que era de 26% em 1997 e chegou a 30% em 1999, o que ainda foi pequeno.

No período de 1992 a 1999, o número de empresas atuantes no segmento da medicina de grupo praticamente dobrou, passando de 442 para 840, comprovando que o mercado esteve em expansão, tanto que novos grupos empresariais decidiram investir nesta área., inclusive grupos estrangeiros.

Além do crescimento em número de usuários, é importante destacar os investimentos que as empresas de medicina de grupo vêm realizando ao longo dos anos na área de saúde, o que pode ser notado pelo número de hospitais próprios, que teve um aumento de 60% no período analisado, passando de 150 no ano de 1992 para 240 em 1999, criando novos postos de trabalho.

Outro dado interessante é o volume de dinheiro movimentado pela modalidade no período, que teve um acréscimo de mais de 145%, segundo a ABRAMGE.

Os planos de OPPAOs têm surgido, cada vez mais - com novas parcerias ou mesmo isolados - para suprir necessidades de empresas querendo benefícios para seus funcionários e principalmente do próprio beneficiário.

A carga tributária estabelecida para a população pelo governo atualmente chega a quase 34% do PIB (Produto Interno Bruto). A legislação é falha ao impor exigências iguais para uma grande empresa de atuação nacional, que tem a possibilidade de diluir mais facilmente os seus custos assistenciais, e o faz com a mesma intensidade diante de uma pequena empresa de atuação regional, que possui dificuldades em ratear as despesas com a prestação de seus serviços. Essas dificuldades estão tornando inviável a sustentação das pequenas empresas no mercado.

Os planos empresariais são preferidos pelas operadoras de planos médicos e odontológicos. Uma das razões é o baixo índice de inadimplência deste grupo, devido ao fato de que uma parte do valor do plano de saúde é descontado dos salários dos funcionários e a outra do empregador, o que parece oferecer mais garantias às operadoras.

Para não perderem espaço no mercado em que atuam, as empresas tiveram que oferecer aos seus usuários algum diferencial que as fizessem sobressair perante a grande concorrência existente no setor. Com esta atitude as empresas buscam a fidelização dos seus clientes e tentam desta forma aumentar o número de usuários assistidos por elas.

Em recente publicação da Gazeta Mercantil, Vilela (2002:C1) faz comentários sobre pesquisa publicada que aponta o que atrai e retém executivos nas empresas, sendo que, dentre os principais fatores, em 7º lugar, estão os planos de saúde, precedidos pelo salário-base, imagem da empresa, remuneração variável, carreira, desafios, e ambiente de trabalho.

A isso se acrescenta que nas últimas décadas as empresas tiveram como um dos focos de benefícios ao funcionário a questão da assistência à saúde. Sabe-se que alguns dos fatores

que levam a empresa a oferecer um plano de saúde são: responsabilidade social, competitividade, atração e retenção de mão-de-obra qualificada, redução do absenteísmo, melhorar o desempenho dos funcionários e atender a parcela da população que o Estado não dá conta.

É importante ressaltar que na história da evolução das operadoras de planos privados de assistência à saúde observa-se atualmente uma preocupação com os custos dos serviços: pelo aumento da expectativa de vida da população; pela utilização de exames e procedimentos tecnológicos de alto custo, que exigem investimentos em equipamentos de última geração, sujeitos à rápida obsolescência; pela necessidade contínua da atualização e especialização dos profissionais, tendo em vista a obrigatoriedade de freqüentar cursos e congressos em busca de aperfeiçoamento profissional permanente (às próprias custas).

1. 2 - Saúde e Saúde Bucal: Assistência Pública e Privada

Este item busca contextualizar características da gestão de Operadoras de Planos Privados de Assistência Odontológica, verificando outros estudos na área, compreendendo a situação das necessidades de atendimento da população com relação à saúde bucal e alguns aspectos econômicos relacionados à saúde em geral.

Tanto do ponto de vista físico como do emocional, a saúde é representada por um estado de harmonia e equilíbrio, de acordo com Moraes & Ongaro (1998:99 in Botazzo, 1998): “Um problema de saúde bucal implica rupturas na vida de uma pessoa, nas suas relações sociais e auto-imagem”, e para Narvai (1999: 03): “um diagnóstico de saúde bucal deve estar sempre presente nos diagnósticos de saúde coletiva bem realizados”.

Nos últimos quinze anos houve mudança do perfil epidemiológico em relação a doença cárie. No Brasil, em 1986, a prevalência de cárie era muito alta e em São Paulo também, no Brasil o número médio de dentes (D) cariados (C), perdidos por cárie (P) e obturados (O), CPOD, era igual a 6,65 aos 12 anos de idade (FERREIRA, 1998: 104).

Em 1998, porém, no Brasil o CPOD médio era de 3,1 aos 12 anos, no Estado de São Paulo 3,7 e na cidade de São Paulo, de acordo com estudos realizados pela Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, na capital, o CPOD médio foi igual a 2,06 para a mesma idade, demonstrando baixa atividade de cárie (NARVAI, CASTELLANOS & FRAZÃO, 2000: 196). De 1982 a 1998, no município de São Paulo, o CPOD médio caiu 48% (NARVAI apud LEÃO, 1999: 9).

No país todo, a redução do ataque de cárie pode ser atribuída à fluoretação das águas de abastecimento e a ações coletivas nas escolas públicas, associadas à utilização dos dentifrícios fluorados.

A cárie ainda é a doença de maior prevalência na cavidade bucal, mas existem outras patologias para atenção e cuidados, sendo importante ressaltar que a boca é porta de entrada para algumas doenças sistêmicas e algumas podem levar ao óbito (endocardites infecciosas).

A educação para saúde passa pela questão do valor; para muitas pessoas, a questão do valor dos dentes está associada à idéia de que perder dentes é um fato inexorável e, para o final da vida, planejam “dentaduras artificiais”. Sabe-se hoje que isto não é a fatalidade e que se pode morrer com todos os dentes naturais presentes se cuidados forem tomados. Isto pode

depende da atenção à saúde e das condições sócio-econômicas do indivíduo, como pode ser observado no **QUADRO 1.1**.

QUADRO 1. 1 - Percentual da população urbana de 18 anos de idade, segundo faixa salarial e presença de todos os dentes, Brasil, 1986.

FAIXA SALARIAL	PRESENÇA DE TODOS OS DENTES AOS 18 ANOS DE IDADE
Até 2 SM	17%
Entre 2 e 4 SM	29%
5 e mais	52%

SM = Salário mínimo

Fonte: Levantamento Epidemiológico em Saúde Bucal :Brasil/Zona Urbana, 1986.

Dados do Ministério da Saúde, 1986, afirmavam que 47% da população examinada com mais de 60 anos tinha ausência de todos os dentes na boca. A Organização Mundial de Saúde (OMS) preconiza para 2010 não mais que 5% de desdentados na idade de 65 a 74 anos (FERREIRA, 1998: 108).

Conforme art. 196 da Constituição Brasileira, “saúde é direito de todos e dever do Estado”. E segundo a 2ª Conferência Nacional de Saúde Bucal (Brasília, 25 a 27 de setembro, 1993):

(...) a saúde bucal é parte integrante e inseparável da saúde geral do indivíduo e está relacionada diretamente com as condições de saneamento, alimentação, moradia, trabalho, educação, renda, transporte, lazer, liberdade, acesso aos serviços de saúde e à informação.

O direito à saúde bucal não é exigido pela maioria da população brasileira; assim, a prioridade nos serviços públicos tem sido (historicamente) para crianças em idade escolar e para as que estão matriculadas na rede pública de ensino, sendo que pequena parcela da população adulta pode ter acesso a tratamentos nesses serviços odontológicos públicos.

Diante disso, os planos privados de assistência odontológica aumentam para uma demanda emergente e que necessita de atendimento, com necessidades acumuladas ao longo dos anos, já que o governo não consegue ser efetivo na promoção e manutenção da saúde bucal. Neste contexto, para pessoas com muitas necessidades básicas não resolvidas, a saúde bucal não é prioridade e o indivíduo não exerce seu direito de cidadania sobre ela.

Narvai (2000:8-9) esclarece aspectos do assunto, assim:

A população não tem condições de acesso à saúde privada, há prioridades para a sobrevivência. Os governos, com a municipalização dos serviços de saúde, têm melhorado os resultados de ações amplas de promoção à saúde e proteção específica dentro dos municípios.

Apesar da municipalização dos serviços de saúde permitir a elaboração de programas mais adequados à realidade de cada local, o setor público está longe de proporcionar à população a assistência necessária. Em ações coletivas para promoção da saúde bucal, a saúde pública tem agido, como demonstram os resultados dos levantamentos epidemiológicos em saúde bucal, realizados pela Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, de 1992 até 1998; o componente de dentes cariados, CPOD, que em 1982 era de 7,1, por criança, para o estado de São Paulo, caiu para 3,7 em 1998, indicando 48% de redução aos doze anos, e aos sete anos a redução foi de 69% (NARVAI & CASTELLANOS, 1998:4).

A gestão dos serviços públicos e privados interfere nos resultados, como observa-se no alto índice de prevalência de cárie (CPOD) que há no Japão, onde se privilegia a assistência individual e não ações coletivas. No Brasil, o setor público é pouco abrangente em virtude de fraudes, desperdícios, modelo de gestão inadequado e desvios estruturais; surgem então as operadoras de planos particulares de atenção à saúde (informação verbal)¹.

Como a assistência pública é precária, surgem chances para a assistência particular se instalar e fazer o atendimento às custas do povo, como diz um palestrante: “O Governo, com sua prestação de serviço precária e ineficiência operacional, influencia sobremaneira a população a utilizar o sistema privado de assistência à saúde” (informação verbal)².

Observa-se também no país a falta de planejamento estratégico para o setor da saúde, sem lógica na alocação dos profissionais, fazendo com que, em algumas localidades, uma pequena parcela dos dentistas da rede pública atenda a maior parte da população que não tem acesso a consultórios particulares, enquanto a grande parte dos demais profissionais luta para atender a pequena porcentagem da população que pode pagar um tratamento particular.

Para Berbel (1998:16):

A assistência pública no tocante à saúde possui o estigma de ser: burocratizada, dificilmente responsabilizável, dispendiosa, sujeita a

¹PEREIRA, A.C., “**Managed Care**” e **Relevância da Contabilidade de Custos**, trabalho apresentado no VIII Congresso Brasileiro de Custos, 2001.

² SOUZA, S., **Planos de Saúde**, Palestra/FACESP em 5/11/99, S.P.

influências políticas, oferecendo poucas opções para os beneficiários, e não é sujeita às regras de mercado. Atualmente, os sindicatos de trabalhadores passaram a incluir o atendimento médico e odontológico em suas pautas de reivindicações e os empresários a utilizá-lo como atrativo de arregimentação, evitando o absenteísmo, garantindo a regularidade da organização do trabalho, o resultado e a qualidade da produção.

Há críticas para a assistência privada à saúde, e as Operadoras em Saúde são acusadas de comercializar o que não pode nem deve ser objeto de comércio, ferindo preceitos éticos de que o trabalho de saúde não pode ser comercial (GREC, 1999:170). Essas limitações poderiam ser evitadas se governo, entidades de classe e empresas tivessem melhor articulação entre si, em prol da saúde da população.

Os grupos de medicina privada ampliaram o mercado de trabalho, o que também vem acontecendo com a Odontologia. Dentistas estão se associando para novos tipos de prestação de serviços, com união de especialidades e projetos com focos em nichos de mercado que podem dinamizar e aprimorar a prestação de serviços odontológicos. A odontologia de grupo pode colocar dentistas como empreendedores, gestores, consultores, auditores, prestadores de serviços, parceiros ou assalariados, ampliando o mercado de trabalho e oferecendo novas oportunidades, servindo de incentivo aos recém egressos das faculdades.

Nota-se que no Brasil existe a tendência de maior gasto com saúde e educação nos últimos anos, conforme se demonstra no **QUADRO 1. 2**.

QUADRO 1. 2 - Contas do Governo Brasileiro: principais despesas previstas no caixa (em milhões de R\$ s em: 96, 97, 98).

Discriminação	1996		1997 (reprogramado)		1998 (proposto)	
	Valor	% do PIB	Valor	% do PIB	Valor	% do PIB
Pessoal e encargos sociais	40.900,9	5,44	43.988,6	5,19	48.172,9	5,17
Benefícios previdenciários	40.778,0	5,42	46.376,7	5,47	51.239,8	5,49
Transf.p/ Estados/ Municípios	22.038,0	2,93	23.268,1	2,74	26.457,5	2,84
Outras despesas de custeio	30.916,8	4,11	37.394,7	4,41	39.996,3	4,29
Saúde/Educação/ Ref.Agrária	14.217,5	1,89	15915,3	1,88	18.369,1	1,97

Fonte: Ministério do Planejamento e Orçamento, publicação no jornal "O Estado de São Paulo" em 31/08/97.

As despesas com saúde, educação e reforma agrária representam o menor valor das despesas apontadas no **QUADRO 1.2**. A relação com o PIB manteve-se praticamente inalterada nos três anos reportados, apesar do acréscimo de R\$ 4,2 bilhões nessas despesas.

O Ministro da Saúde, Prof. Dr. José Serra, expressa em reportagem publicada no jornal O Estado de São Paulo: "O orçamento do governo federal na área de saúde praticamente dobrou de 1994 para 1999, de R\$ 62,09 para R\$ 124,33 por habitante, representando menos de 20% do que seria necessário" (SATO & LUIZ, 2000: A14).

Embora tenham "dobrado" os investimentos de 1994 até 1999, ainda seriam necessários, em 1999, US\$ 4 bilhões/ano para evitar o crescimento de algumas doenças infecto-contagiosas, que dependem de saneamento básico, conforme dados extraídos da reportagem citada.

É visível a evolução das despesas nas áreas sociais do governo, constatando-se que a verba para a Saúde, em 1995, era de R\$ 5,1 bilhões, ou seja, 18,5% do total de despesas, e para 2001, havia previsão de gastos na ordem de R\$ 21,1 bilhões, correspondendo a 18,7% do total, ou seja, foi mantida a mesma participação do governo de 1995 (**QUADRO 1.3**).

QUADRO 1.3 - Comparação de Despesas nas Áreas de Saúde, Educação, Assistência e Previdência, Reforma Agrária, Saneamento e Habitação no Brasil em 1995 e 2001.

DISCRIMINAÇÃO	1995		2001	
	\$	%	\$	%
Saúde	5.142.442	18,5	21.132.869	18,7
Educação	9.917.720	9,6	8.487.570	7,5
Assistência e Previdência	37.356.476	69,7	80.288.184	71,0
Reforma Agrária	860.749	1,6	1.358.131	1,2
Saneamento e Habitação	279.973	0,6	1.805.376	1,6
TOTAL	53.557.360	100,0	113.072.130	100,00

Fonte: SOF (www.planejamento.gov.br em 22/05/01), adaptado pela autora

O **QUADRO 1.3** mostra que as despesas com saúde na comparação entre 1995 e 2001 mantêm a mesma proporção em relação ao total das despesas sociais. Todavia, as verbas

destinadas à educação foram reduzidas de 9,6% para 7,5%. Como educação é considerado fator preventivo importante, a queda na verba da educação deverá afetar, em futuro próximo, os gastos com saúde. Um exemplo é o da epidemia de dengue no Brasil no mês de fevereiro de 2002, demonstrando que o comportamento da população, que depende do grau de instrução, propicia a proliferação do mosquito propagador da doença.

Comparando a evolução dos preços dos gastos (inflação) com saúde em relação a evolução dos preços dos demais gastos, os gastos da saúde estão em quarto lugar (**QUADRO 1. 4**).

QUADRO 1. 4 - Evolução de Jun/94 a Jun/01 do Índice de Gastos com Saúde em Relação aos demais Gastos e em Relação ao IPC Geral do Município de São Paulo (*).

Componentes do IPC	PERÍODO VIGENTE(%) Junho 2001	PERÍODO BASE (%) Junho 1994
1º) Habitação	274,7113	100,0000
6º) Alimentação	154,3015	100,0000
3º) Transportes	245,6348	100,0000
5º) Despesas Pessoais	155,2664	100,0000
4º) Saúde	236,7651	100,0000
7º) Vestuário	94,6407	100,0000
2º) Educação	264,1051	100,0000
ÍNDICE GERAL	192,1497	100,0000

Fonte: Boletim FIPE – Fundação Instituto de Pesquisas Econômicas para a Secretaria de Finanças da Prefeitura Municipal de São Paulo. N.º 750 – ano 62 – Jun/01; Base de Comparação: Junho de 1994 = 100,00%

IPC – Índice de Preços ao Consumidor

(*) Quadro elaborado pela autora, a partir da fonte.

Habitação, educação e transportes tiveram índices de gastos superiores aos da saúde.

As despesas do paulistano alcançam 7,08%, somente com a saúde, em relação aos demais gastos componentes do cálculo do IPC no município de São Paulo, em junho de 2001, como observa-se no **QUADRO 1. 5**.

QUADRO 1.5 - Participação Detalhada dos Gastos com Saúde em Relação aos demais Gastos Componentes do Cálculo do IPC no Município de São Paulo. (Jun/01)(*)

COMPONENTES DO IPC	% DO COMPONENTE SAÚDE	PARTICIPAÇÃO % EM RELAÇÃO AO TOTAL
Habitação		32,7905
Alimentação		22,7305
Transportes		16,0309
Despesas Pessoais		12,2985
SAÚDE		7,0756
Contrato de Assistência Médica	3,0980	
Serviços Médicos e Laboratoriais	1,1729	
Remédios e Produtos Farmacêuticos	2,5262	
Aparelhos Corretivos	0,2785	
Vestuário		5,2893
Educação		3,7827
TOTAL	7,0756	100,0000

Fonte: Boletim FIPE – Fundação Instituto de Pesquisas Econômicas para a Secretaria de Finanças da Prefeitura Municipal de São Paulo. N.º 750 – ano 62 – Jun/01

(*) Quadro elaborado pela autora, a partir da fonte.

Nesses gastos com a saúde, o gasto com atendimento odontológico tem um peso (dentre serviços médicos e laboratoriais), baseado em 68 cotações, que observa-se no **QUADRO 1.6**, equivalente a 11,49 % do total.

QUADRO 1.6 - Componentes dos Gastos com Saúde/Número de Cotações para Cálculo do IPC (Índice de Preços ao Consumidor) de Junho/2001 (*)

DESCRIÇÃO	NÚMERO DE COTAÇÕES	TOTAL
1 – Contratos de Assistência Médica	65	65
2 – Serviços Médico e Laboratoriais		592
Médico	183	
Psicólogo	48	
Dentista	68	
Laboratório de Análises	222	
Radioclínica	71	
3 – Remédios e Produtos Farmacêuticos		2599
Remédios	2248	
Produtos Farmacêuticos	351	
4 – Aparelhos Corretivos		399
Surdez	30	
Armação de Óculos	188	
Lentes de Óculos	59	
Lentes de Contato	122	

Fonte: Boletim FIPE – Fundação Instituto de Pesquisas Econômicas para a Secretaria de Finanças da Prefeitura Municipal de São Paulo. N.º 750 – ano 62 – Jun/01

(*) Quadro elaborado pela autora, a partir da fonte.

O **QUADRO 1.6** mostrou os componentes dos gastos com saúde em relação às cotações para o cálculo do IPC. O cálculo leva em consideração a ponderação da coleta de preços de 65 contratos de assistência médica e de 592 serviços médicos e laboratoriais, bem como outros fatores, desde médicos até produtos farmacêuticos e outros. No caso, destaca-se que são regularmente pesquisados e cotados os preços praticados por 68 dentistas.

O **QUADRO 1. 7** apresenta, nas várias regiões metropolitanas brasileiras, os gastos da população com saúde em relação à renda familiar. Recife apresenta 7,17% (o maior), e Fortaleza 4,4% (o menor) de gastos com saúde dentro da renda familiar. O expressivo gasto com saúde pelo cidadão brasileiro varia de 4,44% a 7,17%, sendo que em São Paulo corresponde a 5,78% da renda familiar. As razões desta apresentação não estão justificadas.

QUADRO 1. 7 - Despesa com Saúde, no Percentual da Renda Familiar 1996 (*).

REGIÃO METROPOLITANA	%
Belém	5,25
Fortaleza	4,44
Recife	17,17
Salvador	5,88
Belo Horizonte	6,11
Rio de Janeiro	5,44
São Paulo	5,78
Curitiba	6,13
Porto Alegre	4,95

Fonte: IBGE/POF, 1996, dados extraídos do site www.saude.gov.br em 28/07/01

(*) Quadro elaborado pela autora, a partir da fonte.

Segundo o Instituto de Pesquisas Econômicas Aplicadas (IPEA, 2001) o gasto do governo federal com saúde representou 4,60% do gasto total em 2001. Com relação ao PIB, os gastos com saúde, só do Governo Federal, corresponderam a 1,17%. Considerando-se todos os gastos governamentais com saúde (federal, estadual e municipal), os gastos foram de 3,71% (disponível em <www.ipea.gov.br>. Acesso em 12/02/2002).

Segundo pesquisa no site -<http://www.abramge.com.br>, 2001, dos 170 milhões de habitantes, conforme o Censo 2000 efetuado pelo IBGE; cerca de 130 milhões (76% do total

de usuários) são atendidos pelo sistema de saúde do Governo e 40 milhões (24% do total de usuários) são atendidos pela iniciativa privada.

O “mercado” de 40 milhões de usuários que utilizam basicamente os serviços prestados por entidades da iniciativa privada, desdobra-se entre as empresas seguradoras, de autogestão, cooperativas médicas e medicina de grupo (<http://www.abramge.com.br>, 2002, acesso em 15/ 02 /2001).

Em relação às OPPAOs também operam no setor: as seguradoras, cooperativas, odontologia de grupo, auto-gestão e administradoras.

Para finalizar este contexto afirma-se que:

A boca e os dentes, sob o ponto de vista empresarial fazem parte do ativo intangível da empresa, pois a aparência e o bem estar estão ligados a sua imagem. Cuidar do fator humano é investir no ativo intangível da empresa que são os seus colaboradores (ROBLES, L.P., 2002:18).

1.3 – Considerações e Características das OPPAOs

As empresas OPPAOs são realidade, a sociedade deve esperar que o governo lhes confira certificação adequada ao permitir a atuação e que elas estejam apoiadas numa boa gestão, com propósitos e valores adequados sob o ponto de vista técnico e ético

Dependendo do número de vidas existe uma classificação por porte das empresas Operadoras de Planos Privados de Assistência Odontológica denominadas: Grandes, Médias e Pequenas (Vida é a denominação que se dá às pessoas que estão cadastradas como beneficiário de uma Operadora de Planos Privados de Assistência à Saúde).

As OPPAOs de grande porte, com mais de 50 mil vidas, concentram-se nas capitais de São Paulo e do Rio de Janeiro. Enquanto que as médias aparecem em outros estados, concentrando-se porém nas capitais ou também em grandes cidades do interior, como Jundiaí, Campinas e Ribeirão Preto no Estado de São Paulo, conforme relação de cadastro das operadoras constante no site www.abramge.com.br (15/02/2001).

Nas empresas médias, com população coberta entre 10 e 50 mil usuários, observa-se atuação concentrada em cidades de médio porte do interior e até em algumas capitais, abrangendo um maior número de estados.

As empresas de pequeno porte, com menos de 10 mil usuários, encontram-se espalhadas pelo Interior ou são empresas novas nas capitais em fase de formação de carteira.

Dentre as Operadoras em Saúde, 60% oferecem assistência odontológica, sendo que as especialidades mais excluídas dos planos são Ortodontia (52%) e Prótese (42%), segundo Ministério da Saúde, 2001. A informação é de que cerca de quatro milhões de brasileiros têm alguma cobertura de plano privado de assistência odontológica (informação verbal)¹.

¹ SOUZA, S., **Planos de Saúde**, Palestra /FACESP em 5/11/99, S.P.

Com necessidades crescentes da população e sobreoferta de profissionais, surge um avanço célere das empresas que vendem “Planos Privados de Assistência Odontológica”, crescendo de 5 a 8 % de 1998 a 1999 (PRINCE, 1999:10-12), tendência confirmada por Bell (1999:4-5) e Aroro (2000:29-44).

As empresas buscam benefícios para seus funcionários, dentistas se submetem a prestar serviços a operadoras e seguradoras que fazem a intermediação entre eles e o cliente, as OPPAOs surgem para atender a esse mercado emergente, às vezes sem planejamento diante da clientela a ser atendida, numa gestão inadequada e sem profissionalismo. Assim, nascem e morrem empresas do tipo, revertendo junto aos CRO's, ANS e outros órgãos listagens de registros de empresas em constante mutação (CROSP, 2000: 19).

Operadoras de Planos Privados de Assistência Odontológica

A associação de colegas e o trabalho em equipe passa a constituir maneira digna de exercer a profissão, desde que haja acordos democráticos. Sem a união, o setor privado de assistência à saúde perde a fidelidade da clientela (NATHAN, 2001: 118-123).

A atuação das Operadoras em Saúde Bucal vem ocorrendo principalmente através de acordos, contratos, parcerias e convênios com empresas. A política de benefícios das empresas prevê assistência à saúde, porém nem sempre inclui a saúde bucal. O empregador tende a assistir sua equipe nesse sentido, como terceira prioridade, após transporte e assistência médica, porém o empresário deve ser sensibilizado sobre essa necessidade dos trabalhadores e do valor que lhe será agregado. O consultor americano Michel O' Donnell afirma que a cada dólar investido na saúde do funcionário a empresa economiza quatro (CORRÊA, 2002: 60).

Conforme o art. 10, da RDC (Resolução da Diretoria Colegiada) da ANS n.º 39, de 27 de outubro de 2000, existe a seguinte classificação das operadoras:

I - administradora; II - cooperativa médica; III - cooperativa odontológica; IV - autogestão; V - medicina de grupo; VI - odontologia de grupo; e VII - filantropia.

Os artigos 4º e 5º da mesma resolução dividem as Operadoras de Planos de Saúde por tipo de atenção: médico-hospitalar e odontológica; sendo que a odontológica se divide em três segmentos:

I - segmento próprio (utilização só de rede própria) – SP; II - segmento misto (utilização de rede própria e credenciada) – SM; e III - segmento terciário (só rede credenciada) – ST.

As empresas do tipo OPPAOs trabalham no sistema que se observa na **FIGURA 1.1**, onde empresas vendedoras de planos privados de assistência odontológica (corretores próprios ou terceirizados), trabalham em esquema de comissão.

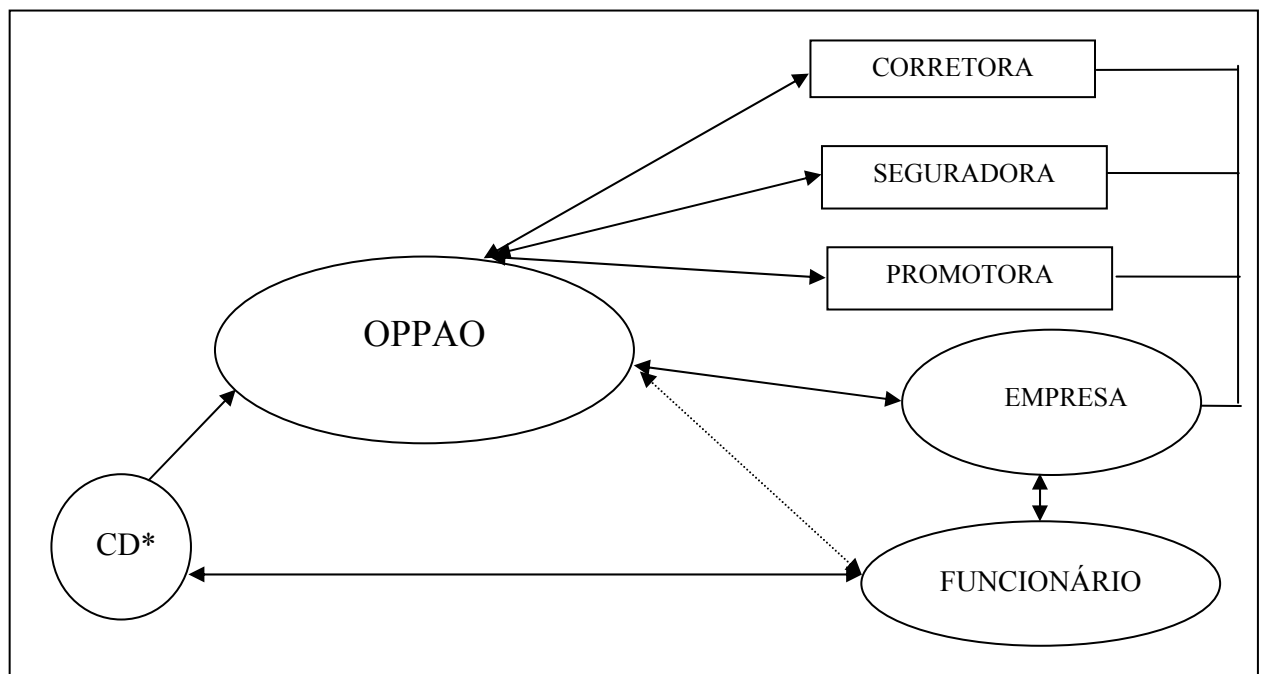


Figura 1.1 – Sistema de relacionamento das OPPAOs (elaborado pela autora)

*CD: Cirurgião-Dentista

Entre os principais atores no sistema OPPAO estão: o Governo, Profissionais de Saúde e Clientes (Consumidores do Sistema). O papel das operadoras no Brasil é o de intermediar na prestação de serviços, e atuar através de vários planos de atendimento ao cliente, de acordo com o contrato firmado.

No Brasil, a odontologia de grupo foi se transformando em organizações para atenção à saúde e vende planos: pré-pagos, pós pagos, apoiados em tabelas de descontos ou franquias e que fazem a gestão de contratos entre empresas, trabalhadores, famílias, e pessoas, cadastrando e credenciando cirurgiões dentistas, para atender a clientela.

Essas novas formas de relação no trabalho, para o profissional da Odontologia, sustentadas pelas OPPAOs em planos, se sobrepõe à prática liberal, baseadas em contratos: por hora, remuneração fixa, porcentagem das prestações realizadas, obedecendo as regras da empresa (OPPAO) que possui uma equipe de técnicos, administradores, contadores e que “compra” o serviço dos cirurgiões dentistas.

Os dentistas se classificam como profissionais liberais, fazendo seu diagnóstico, prognóstico e terapêutica, arcando com a responsabilidade de tais decisões, e portanto em qualquer situação a responsabilidade civil do cirurgião-dentista tem como base o artigo 1.545 do Código Civil Brasileiro, onde os profissionais são obrigados a satisfazer o dano sempre que a imprudência, negligência ou imperícia em atos profissionais resultar em morte, inabilitação de servir ou ferimentos.

Para qualquer que seja a atuação das OPPAOs, um planejamento estratégico adequado e a otimização da gestão são inexoráveis para o enfrentamento do mercado crescente na área dessas empresas operadoras de planos privados de assistência à saúde bucal. O desenvolvimento tecnológico, o estudo das questões dos riscos, a informação, a comunicação devem ser medidas e controladas, e o avanço dos investimentos no fator humano poderá permitir evolução e geração de valor (**FIGURA 1.2**).

Com base nos objetivos das Operadoras em Saúde Bucal, apoio em valores e técnicas é que se traçam os caminhos para atingi-los, tendo em vista as visões e missões das empresas em estudo, com vistas à eficiência, eficácia e excelência no trabalho

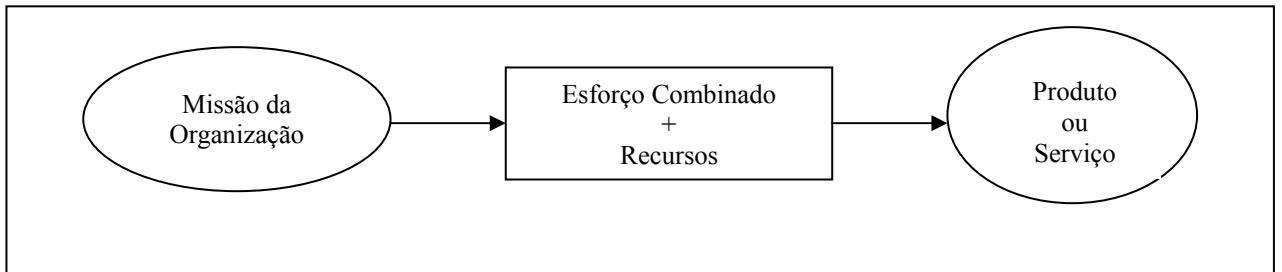


Figura 1.2 - Esquema da Missão da Organização em Relação ao Serviço (elaborado pela autora).

De acordo com Kotler (2001: 12-13)

A gestão profissional deve ser atuante, pois o ambiente é competitivo e os custos altos, há necessidade de inovação, com projetos bem planejados, apoiados no prestador de serviços e clientes, e com o marketing moderno para uma nova economia mundial e que pode alavancar as empresas brasileiras.

As OPPAOs podem se espelhar nessa expressão de Kotler, e tentar colocá-la em prática:

Características dos Planos de Saúde e das OPPPAOs

Os planos podem ser pré ou pós pagos, ou mesmo seguros , ou franquizados, com escolha do profissional ou não, com cobertura parcial, total ou tabela de descontos, dependendo da atuação da operadora, o pagamento é na operadora, ou direto com o prestador, com financiamento ou não, com ou sem auditoria e autorizações.

Muitas combinações podem ser feitas e, como observa-se, a variedade de oferta é grande, e esses produtos devem ser registrados na ANS.

As OPPAOs realizam contratos empresariais, com fundações, individuais e familiares, até porque estes são uma tendência, incrementando o surgimento de novos grupos odontológicos.

As Operadoras de Planos de Saúde dão preferência aos contratos empresariais, e com as OPPAOs não é diferente, pois a ANS (Agência Nacional de Saúde Suplementar) de certo modo incentiva os planos empresariais, já que os planos médicos individuais têm barreiras para o cancelamento, favorecendo o usuário e onerando a operadora, o que já não ocorre com uma empresa, que além de ser intermediadora e orientadora para o cliente, às vezes tem parceria na sinistralidade.

Na Califórnia não há cobertura empresarial para a saúde bucal, são oferecidos planos individuais e familiares em sites com esclarecimentos e informações sobre a necessidade de cuidados com a boca e lista de dentistas para escolha (PANKO, 2000: 109). A prática da odontologia de grupo fez com que muitos empresários contratassem esses serviços em sua área geográfica e optassem pelo grupo odontológico da escolha, constituído pelos dentistas da região ou da opção dos clientes.

Na Universidade de Harvard, o atendimento odontológico é realizado por profissionais eleitos pelos clientes (funcionários da escola) e dentro da área geográfica próxima; os dentistas devem oferecer serviço aos clientes, com qualidade superior e preço mais baixo em relação aos Planos de Seguros, obtendo descontos que chegam a 37,5 % em relação aos *Preferred Provider Organizations (PPOs)* nacionais (SMITH & BETLEY, 2000:219-233).

Para o cliente há interesse em possuir opções, elegendo a odontologia de grupo desde que haja facilidades de localização e custos; desde que a confiança, credibilidade e qualidade dos serviços estejam presentes.

Para atender a essa demanda, vários tipos de planos de saúde são criados e oferecidos.

Com relação ao atendimento médico e odontológico muitas operadoras seguem o “Managed Care” (gestão do atendimento) que é uma proposta norte-americana de gerenciamento da assistência médica com o fim de conter custos, controlar e padronizar serviços. Trabalha basicamente com o controle da utilização e restrição da demanda para alguns serviços, privilegiando a atenção básica.

As OPPAOs no Brasil estão trabalhando seguindo alguns dos modelos das assistências médicas ou acopladas aos planos delas, seguindo as mesmas condutas e dando enfoque a cobertura básica, cobrindo o “Rol de Procedimentos Básicos dos Planos Odontológicos” (ANEXO A) enquanto que as especialidades são cobertas baseadas em tabelas de descontos ou livre negociação com os profissionais.

Dentre as principais estratégias do “managed care” estão a “capitation*” e a bonificação por resultado, que premiam os prestadores de serviços que sejam bons gerenciadores dos recursos empregados em diagnóstico e terapêutica.

Operadoras de Planos Privados de Assistência Odontológica (OPPAOs), tem potencial para atender grande parcela da população, nos diferentes modelos, com diferentes características.

* pagamentos baseados no número de usuários da carteira

1.4 – Regulamentação – Competências da ANS

A Lei 9656/98, que veio com a finalidade de regulamentar os planos de assistência à saúde, foi sancionada em 3 de junho de 1998, depois de tramitar por mais de sete anos entre a Câmara dos Deputados e o Senado Federal. Após negociações com o empresariado do setor, conseguiu-se implementá-la.

Esta Lei conseguiu tratar de forma igualitária as quatro modalidades de empresas que atuam no mercado de saúde suplementar e que estão autorizadas a oferecer produtos e serviços para a população - cooperativas, empresas de medicina de grupo, de autogestão e seguradoras. Passou a exigir que toda empresa que opere planos ou seguros de assistência à saúde ofereça aos usuários um contrato em que fique coberto, por este tipo de plano, pelo menos o rol de procedimentos médicos e odontológicos, que deve ser realizado pela rede credenciada, sob os auspícios das operadoras.

Com a criação do Plano Referência, a Lei veio a acabar com as discussões freqüentes entre usuários e empresas, as quais comercializavam contratos diferenciados, não existindo uniformidade com relação aos itens mínimos de cobertura. Os usuários ficaram protegidos de abusos que eram praticados por algumas organizações.

A falta de legislação que estabelecesse regras a serem cumpridas por todas as empresas que atuavam neste setor dava margem a práticas abusivas que iam desde restrições de coberturas ofertadas aos usuários até a cobrança indiscriminada de índices de reajustes dos valores das mensalidades.

Reclamações eram diariamente registradas nos órgãos de defesa dos consumidores espalhados por todo o país. Os usuários dos planos de saúde não tinham apoio da legislação que os garantisse. O governo também não tinha como agir. Não se fazia nenhum tipo de reembolso ao SUS (Sistema Único de Saúde) quando um de seus usuários utilizasse da assistência prestada por aquele sistema, já que não se tinha o registro de quando ocorriam estas utilizações.

Pequenas empresas que operavam no mercado da saúde suplementar desapareciam, deixando sem assistência milhares de pessoas em todo o país, sem que os clientes ficassem protegidos (atualmente, em implantação, as operadoras são obrigadas às provisões e à Reserva

Técnica).

A regulamentação do mercado de Seguro Saúde começou com a Resolução 11/76 do Conselho Nacional de Seguros Privados, que delega à SUSEP (Superintendência de Seguros Privados), a competência para autorizar as seguradoras a operarem na modalidade do Ramo Vida, conhecida como Reembolso de Despesas de Assistência Médica e/ou Hospitalar.

A regulamentação definitiva veio com a Circular SUSEP-59/76, que forneceu ao mercado condições reais para tornar efetivamente operacional este tipo de seguro. No entanto, esses dispositivos apenas regulamentavam os Artigos 129 e 133 do Decreto-Lei 73/66, que estabeleciam condições e regras básicas para que as seguradoras operassem o Seguro Saúde.

A MP 1908-20, publicada em Diário Oficial em 25 de novembro de 1999, excluiu da Lei 9.656/98 a obrigatoriedade de assistência odontológica nos planos de saúde. Foram solicitadas revisões e há divergências de opiniões dentro dos diferentes segmentos e entidades classistas.

Em 28 de Janeiro de 2.000 foi promulgada a lei que criou a Agência Nacional de Saúde (ANS), tendo como finalidade institucional promover a defesa do interesse público na assistência suplementar à saúde, regulando as operadoras setoriais, inclusive quanto às suas relações com prestadores e consumidores, contribuindo desta forma para o desenvolvimento das ações de saúde no país.

A regulamentação foi extremamente importante para que o mercado de saúde suplementar pudesse recuperar o prestígio diante da opinião pública nacional, uma vez que eram constantes as denúncias de abusos cometidos por empresas de planos de saúde contra os seus usuários e credenciados, resgatando a credibilidade necessária.

Foram solicitados esclarecimentos sobre dúvidas surgidas e pertinentes à ANS, cujas respostas estão transcritas a seguir:

Questão 1) As Operadoras de Planos Privados de Assistência Odontológica estão subordinadas a Lei 9656/98; de que forma?

R: O Art. 1º da Lei n.º 9656/98 determina que:

“Art. 1º Submetem-se às disposições desta Lei as pessoas jurídicas de direito privado que operam planos de assistência à saúde, sem prejuízo do cumprimento da legislação

específica que rege a sua atividade, adotando-se, para fins de aplicação das normas aqui estabelecidas, as seguintes definições:

*I - Plano Privado de Assistência à Saúde: prestação continuada de serviços ou cobertura de custos assistenciais a preço pré ou pós estabelecido, por prazo indeterminado, com a finalidade de garantir, sem limite financeiro, assistência à saúde, pela faculdade de acesso e atendimento por profissionais ou serviços de saúde, livremente, escolhidos, integrantes ou não de rede credenciada, contratada ou referenciada, visando a assistência médica, hospitalar **e odontológica**, a ser paga integral ou parcialmente às expensas da operadora contratada, mediante reembolso ou pagamento direto ao prestador, por conta e ordem do consumidor.” (Grifo nosso).*

Já a Resolução de Diretoria Colegiada - RDC 39, de 30 de outubro de 2000, que dispõe sobre a definição, a segmentação e a classificação das Operadoras de Planos de Assistência à Saúde, determina:

“Art. 3º Os tipos de atenção prestados pelas Operadoras de Planos de Assistência à Saúde, dividem-se em:

*I médico-hospitalar: os oferecidos por entidades ou empresas que operam planos médico-hospitalares ou médico-hospitalares **e odontológicos**, podendo oferecer, adicionalmente, prestação de serviços médico-hospitalares ou odontológicos a terceiros não contratantes do plano; ou*

***II odontológico: os oferecidos por entidades ou empresas que operam exclusivamente planos odontológicos, podendo oferecer, adicionalmente, prestação de serviços odontológicos a terceiros não contratantes do plano.** (...)*

Art. 5º As Operadoras de Planos, que atuam no tipo de atenção odontológico descrito no inciso II do art. 3º, segmentam-se em:

I segmento próprio - SP: as que despendem, em sua rede própria, mais 30% (trinta por cento) do custo assistencial relativo aos gastos em serviços odontológicos referentes a seus Planos Odontológicos;

II segmento misto - SM: as que despendem, em sua rede própria, entre 10% (dez por cento) e 30% (trinta por cento) do custo assistencial relativo aos gastos em serviços odontológicos referentes a seus Planos Odontológicos; ou

III segmento terciário - ST: as que dependem, em sua rede própria, menos de 10% (dez por cento) do custo assistencial relativo aos gastos em serviços odontológicos referentes a seus Planos Odontológicos.

Art. 13. Classificam-se na modalidade de cooperativa odontológica as sociedades de pessoas sem fins lucrativos, constituídas conforme o disposto na Lei n.º 5.764, de 16 de dezembro de 1971, que operam exclusivamente Planos Odontológicos.

Art. 16. Classificam-se na modalidade de odontologia de grupo as empresas ou entidades que operam exclusivamente Planos Odontológicos, excetuando-se aquelas classificadas na modalidade contida na Seção III desta Resolução.” (Grifo nosso)

Questão 2) Qual o fundamento jurídico em que a ANS se apoia para o controle das Operadoras de Planos de Assistência Odontológica ?

R: A Constituição Federal de 1988, em seus artigos 196, 197, 198 e 199, ao estabelecer a criação do Sistema Único de Saúde – SUS universal, integral e gratuito, também definiu os princípios da atuação privada no setor da saúde, permitindo-a sob regulação estrita do Estado. A partir destes dispositivos, foi proposto um projeto de lei que hoje é a Lei n.º 9.656/98.

Questão 3) Como é a parametrização de indicadores de qualidade e cobertura para serviços próprios ou terceiros das Operadoras de Planos Privados de Assistência Odontológica?

R: Embora o inciso V do art. 4º da Lei n.º 9961/00 determine ser de competência da ANS estabelecer parâmetros e indicadores de qualidade e de cobertura em assistência à saúde para os serviços próprios e de terceiros oferecidos pelas operadoras, entendemos que este momento regulatório ainda não é o ideal para tal. As operadoras encontram-se em processo de adaptação, com uma tendência à redução do número destas no mercado. Após este processo, a ANS poderá vir a desenvolver um programa para a qualificação das operadoras.

Questão 4) Como as Operadoras de Planos Privados de Assistência Odontológica deveriam constituir uma provisão para risco? Há orientações emanadas da ANS?

R: Sim, há orientações na RDC 77, de 17 de julho de 2001, que dispõe sobre os critérios de constituição de garantias financeiras a serem observados pelas Operadoras de Planos de Assistência à Saúde.

Questão 5) Existem normatizações para as doenças preexistentes em relação às Operadoras de Planos Privados de Assistência Odontológica ?

R: Não. Os normativos existentes para as doenças e lesões preexistentes não se aplicam às Operadoras de Planos Privados de Assistência Odontológica por estas possuírem uma natureza distinta das Operadoras Médicas. Tal assunto será objeto de normativo específico a ser editado pela ANS.

Questão 6) Em minha dissertação tenho que explanar algo a respeito da evolução das Operadoras de Planos Privados de Assistência Odontológica, bem como sobre a situação atual e tendências futuras desse tipo de operadora. Você poderia indicar onde devo procurar material relacionado com essas questões? Na ANS, há algo a respeito? Algum registro histórico?

R: A Lei que regulamenta as Operadoras de Planos Privados de Assistência à Saúde data de 03 de junho de 1998 e a Lei de criação da ANS, de 28 de janeiro de 2000. Portanto, trata-se de um mercado que passou quase 40 anos sem regulamentação específica e o órgão responsável por esta regulação é recente. Antes da criação da ANS, os órgãos responsáveis por este mercado eram a Superintendência de Seguros Privados – SUSEP, do Ministério da Fazenda, que cuidava da parte econômico-financeira destas operadoras, e o Ministério da Saúde, por meio do Departamento de Saúde Suplementar – DESAS, responsável pela parte assistencial.

Com a edição de todo o normativo para o acompanhamento econômico-financeiro das operadoras (Plano de Contas Padrão, Garantias Financeiras e DIOPS), a ANS iniciou o registro dos dados contábeis e econômico-financeiros periódicos de todas as operadoras, inclusive das odontológicas.

O plano odontológico possui características técnico-atuariais, mercadológicas e estruturais distintas dos planos médicos. Do ponto de vista técnico atuarial, o plano odontológico caracteriza-se por procedimentos de menor valor unitário, mas de elevada e

difusa frequência de utilização, o que exige ferramentas de gerenciamento diferentes dos planos médicos. Há uma pulverização dos atendimentos em rede credenciada, uma vez que não existem “grandes hospitais odontológicos”.

Mercadologicamente, há diferença cultural na postura do comprador de plano médico, mais focado no grande risco a médio e longo prazo, em relação ao cliente do plano odontológico, que demanda uma utilização imediata.

As odontologias de grupo e as cooperativas odontológicas possuem, respectivamente, 1.548.584 e 787.073 de beneficiários cadastrados na ANS, representando 7,92% do total de beneficiários de planos de saúde. Ao todo são 432 operadoras atuando no segmento odontológico, sem contar as entidades de autogestão que também podem vir a oferecer este benefício. Este número de operadoras odontológicas representa 24,29% do total de operadoras ativas cadastradas na ANS.

A partir da edição e da efetiva vigência das normas de Garantias Financeiras (RDC n.º 77), DIOPS (RE n.º 01 - DIOPE), Plano de Contas Padrão (RDC n.º 38), Norma para Exercício do Cargo de Administrador das Operadoras de Planos de Assistência à Saúde (RDC n.º 79) e Transferência de Controle Societário (RDC n.º 83), as Operadoras serão conduzidas a profissionalizar a gestão do seu negócio, dando enfoque especial à gestão de custos.

Vale ressaltar que o art. 22 da Lei n.º 9656/98 determina que as operadoras de planos privados de assistência à saúde deverão submeter suas contas a auditores independentes, registrados no respectivo Conselho Regional de Contabilidade e na Comissão de Valores Mobiliários – CVM e publicar, anualmente, o parecer respectivo, juntamente com as demonstrações financeiras determinadas pela Lei n.º 6.404/76. Entretanto, as operadoras com número de beneficiários inferior a vinte mil, que acreditamos ser o perfil das operadoras odontológicas, estão dispensadas da publicação do parecer do auditor e das demonstrações financeiras, devendo, a ANS, dar-lhes publicidade. Entendemos que não será de interesse de nenhuma operadora publicar demonstrações contábeis que retratem uma situação financeira negativa.

Um movimento que se pode vir a observar no mercado de saúde suplementar como um todo, é a redução do número de operadoras, uma vez que só poderão permanecer em atuação aquelas que efetivamente possuem condições de garantir o risco das operações que executam.

CAPÍTULO 2

ASPECTOS TEÓRICOS DA GESTÃO EMPRESARIAL

2.1 – Algumas Características da Gestão nas Empresas de Serviços

Ambiente

As organizações operam dentro de um ambiente que inclui fornecedores, clientes e concorrentes, bem como uma grande variedade de condições legais, econômicas, sociais e tecnológicas.

Para a montagem de uma estrutura organizacional, há que respeitar a natureza do meio ambiente no qual a organização tem que operar – especialmente quanto à estabilidade relativa das condições no mesmo. Geralmente, quanto mais estável e previsível for o meio ambiente, mais fácil se torna para o gestor promover a organização da empresa com base em funções e processos permanentes. Quanto mais instável e turbulento for o meio, maior é a necessidade de organizar em bases mais temporárias, que permitam percepção para reações rápidas das mudanças que ocorrem fora da empresa.

Segundo Maximiano (2000:210), “Quanto mais instável e complexo o ambiente, maior a necessidade do enfoque sistêmico e do planejamento estratégico.”

A gestão estratégica se volta para a avaliação do meio ambiente e de como a empresa se insere no mesmo.

Segundo Zaccarelli, (1980:119-120):

Os pioneiros, como Taylor, Gilberth, Elton Mayo, preocupavam-se sobretudo com a eficiência do trabalho; após a II Guerra Mundial os administradores visavam maximizar o lucro e minimizar custos. Em 70 há tentativas de teorizar aspectos de maior amplitude, como a estratégia e adaptação da empresa ao ambiente.

História e Gestão

As organizações e as reflexões sobre como dirigi-las existem desde a Antigüidade; documentos tanto da China como da Grécia antigas revelam uma preocupação com a coordenação e direção habilidosa de empreendimentos públicos.

Alguns autores fazem a descrição histórica do século XX, da evolução dos sistemas de administração geral, onde, à medida em que há turbulência no cenário, a administração desenvolve enfoques diferentes, visando lidar com o imprevisível, com a novidade e com a complexidade.

À medida que o futuro se tornava mais complexo, diferente e menos previsível, os novos sistemas de administração passavam a ser mais sofisticados, complementando os anteriores e adicionando-se a eles.

Taylor (na virada do século XIX) assumia que a administração de negócios fosse um ramo da administração geral. Para Fayol, a administração dependia de um bom treinamento de administradores, sendo a administração privilégio e responsabilidade do dono ou do principal membro da organização. É uma atividade distribuída, assim como todas atividades, entre o cabeça, e todos os membros da corporação.

Após a primeira grande guerra, surge o termo “politicamente correto”. Em 1950, negócio tornou-se uma palavra em moda, e “gerenciamento de negócios” passou a ser “politicamente correto” como objeto de estudo.

Hoje a palavra que define o “gerenciamento de negócio” é Gestão.

Existem diferenças de gestão entre organizações diferentes, afinal, a missão define a estratégia e esta define a estrutura. As maiores diferenças estão nos termos usados por cada organização, mais em aplicação do que em princípios.

Como define Pereira apud Faria (1994: 120)

Gestão é um conjunto de práticas gerenciais da empresa claramente orientado por uma visão do “foco do negócio da organização”, o qual determina sua missão, seus valores, sua filosofia. A partir dessa visão orientada para o mercado, para o ambiente em que ela se situa, ela vai delinear o conjunto de políticas e diretrizes e sua estrutura organizacional, visando a definir como irá sobreviver em um ambiente competitivo de negócios.

Ainda em relação à gestão, pode-se citar Rocha (informação verbal)¹ afirmando ser: Processos de tomadas de decisões e implementação de ações que visam: conceber, desenvolver, complementar e sustentar estratégias que garantam vantagens competitivas a uma organização.

Entende-se que a gestão é um processo cujo objetivo assegura a continuidade da empresa com vantagens em relação a seus concorrentes, ocorrendo sob cenário pré-estabelecido, que busca vantagens competitivas, em processo contínuo e a longo prazo.

No VI Congresso Brasileiro de Custos, em São Paulo, Rocha (informação verbal)¹ apresentou trabalho onde afirma que:

A gestão requer explorar as relações na cadeia de valores, explorar as deficiências e enfrentar as potencialidades dos concorrentes melhor do que eles em relação às empresas, além de gerir as variáveis determinantes do valor do produto – utilidade e custo – melhor que os concorrentes.

Para Hamel e Prahalad (1995: 63-73), a gestão deve apresentar competências essenciais que são habilidades e tecnologia. O foco deve estar relacionado às competências essenciais da empresa e às funcionalidades subjacentes dos produtos. Nesse sentido, o gestor vislumbra oportunidades.

Segundo Beraldo (2001: 6), três virtudes são fundamentais em um profissional da área de administração:

“(....) ter consciência do valor do indivíduo, promover a convivência produtiva e justa, independentemente das diferenças, e saber usar com fraternidade os recursos escassos necessários à produção e distribuição de bens e serviços para o mercado.”

Atividades necessárias no processo de gestão, segundo Fillion (1999:10):

Os principais elementos necessários para a gestão são: visualização, criação de uma arquitetura de negócios, animação, monitoramento e aprendizagem. Cada elemento principal tem elementos componentes, da seguinte forma:

Para Visualização:

- Identificar um interesse num setor de negócios.
- Entender um setor de negócios.
- Detectar uma oportunidade de negócios.

¹ Rocha, W. em Palestra no VI Congresso Brasileiro de Custos, FEA-USP, São Paulo, 1996.

- Imaginar e definir um contexto organizacional.
- Planejar.
Na criação de uma arquitetura de negócios:
 - Formular visões complementares, atividades e tarefas gerenciais a serem desempenhadas.
 - Estruturar o sistema de atividades.
 - Organizar.
Animação:
 - Ligar as tarefas aos recursos humanos.
 - Recrutar, selecionar e contratar recursos humanos
 - Dirigir os recursos humanos para a realização das visões complementares.
 - Comunicar, motivar.
 - Liderar.
 - Monitoração:
 - Monitorar as realizações e os recursos utilizados, incluindo o tempo.
 - Comparar com as previsões e analisar diferenças (medir).
 - Corrigir, ajustar, melhorar.
 - Aprender:
 - Em qualquer nível, questionar o que foi feito e como foi feito.
 - Considerar as alternativas.
 - Buscar elementos de consistência.
 - Raciocinar.
 - Imaginar.
 - Definir e redefinir a visão central e as visões complementares.

Para Drucker (1999:1),

A estrutura organizacional é necessária. O empreendimento moderno – seja empresa, serviço civil, hospital, igreja ou instituição militar – necessita de organização, assim como qualquer organização biológica acima da ameba necessita de estrutura. Mas os pioneiros estavam errados ao supor que existe – ou deve existir – uma organização certa. Como há um grande número de estruturas diferentes para organizações biológicas, também há várias organizações para o organismo social, que é a instituição moderna. Em vez de buscar a organização certa, a gerência precisa aprender a procurar, desenvolver e testar.

Atualmente, fala-se muito sobre o “fim da hierarquia”, mas em qualquer instituição é preciso haver uma autoridade (gestor) que possa tomar a decisão final e que esta se cumpra.

Algumas situações dentro da mesma instituição requerem deliberação, outras, ainda, trabalho em equipe, mas com coordenação e liderança do gestor. Antes o gestor era mais intuitivo, hoje a razão prepondera, como diz o autor:

A visão estritamente racional do mundo dos negócios relegou a um segundo plano a intuição e a experiência de seus profissionais. Essa visão racional das organizações significou um forte bloqueio para a aceitação e incorporação de métodos de gestão que levassem em conta a intuição das pessoas, suas experiências e seu sentido de circunstancialidade. Trata-se de métodos que incorporam características analíticas convencionais – quantitativas – combinadas a categorias fundadas no sentido de circunstancialidade dos administradores – qualitativas (SILVA, 2001:8).

No livro “Gerenciamento: Tarefas, Responsabilidades e Práticas”, Drucker (1999: 5) define as quatro dimensões da função gerencial:

O TRABALHO

Deve tratar das coisas que precisam ser feitas hoje com vistas à obtenção de resultados futuros. O gerenciamento deve ter os atributos de permanência e continuidade e, acima de tudo, vigilância crítica no que deve ser feito. Nenhum esforço será aplicado em questões ou tarefas que não contribuam com a eficácia organizacional, isto é, atingir os objetivos previamente propostos.

AS CONTRIBUIÇÕES

É preciso identificar que contribuições advirão do trabalho gerencial. Tudo o que for feito deverá estar atrelado ao cumprimento de objetivos. Eficácia é o nome do jogo gerencial.

AS RELAÇÕES INTERPESSOAIS

As organizações ou instituições são formadas por pessoas e, como fator do sucesso gerencial, a habilidade de relacionar-se com os outros (acima, abaixo ou horizontalmente) constitui fator-chave para se chegar aos fins propostos, no âmbito organizacional ou departamental.

O SISTEMA DE INFORMAÇÕES (COMUNICAÇÃO)

O poder gerencial está proporcionalmente ligado à qualidade e efetividade das informações. Por isso, o fluxo das informações deve ser preciso, sem surpresas, realizado no tempo e na hora propícios ao cumprimento dos objetivos traçados.

A integração dos quatro fatores é fundamental para o sucesso da gestão, qualquer que seja o tamanho ou tipo de empresa. É importante atingir os objetivos, pois não se chega a nada quando não se sabe onde vai.

Estilo

A empresa tem que ter um estilo de gestão/administração, de acordo com Boechat (2001:43):

O estilo de administração de uma organização é o total de suas práticas de planejamento, organização, liderança e controle – é o padrão geral formado pelas diversas práticas administrativas. Cada uma das várias práticas administrativas está relacionada com o estilo de administração geral de uma maneira muito parecida com a forma pela qual os instrumentos individuais de uma orquestra contribuem para o som geral produzido pela orquestra como um todo. A fim de enxergar o estilo de administração de uma organização, devemos deslocar o foco, do tipo de análise cerrada dos processos administrativos que tem caracterizado nossos esforços até aqui, para uma visão geral de todos eles. A visão geral negligencia muitos detalhes, reconhecendo apenas aquelas facetas de cada função administrativa que parecem dar ao estilo global seu padrão distintivo.

Continuando, o autor defende que:

(...) o sistema de gestão integrada, que apresenta vantagens imediatas e é utilizado por dois motivos: “Primeiro, evita-se qualquer duplicidade e criam-se sinergias. Segundo, as pessoas podem desenvolver todas as áreas na mesma intensidade e se comprometer com os resultados em todos os âmbitos, pois quando o sistema é integrado, todos participam dos resultados”. Enfatiza: “Assim, é possível ter uma visão completa do negócio e priorizar ações e investimentos.”

Uma organização é uma combinação intencional de pessoas e de tecnologia para atingir um determinado objetivo. Uma empresa é uma organização. Pessoas, dinheiro e materiais compõem os recursos que ingressam na organização. Entre entradas e saídas, os recursos são transformados para criação de excedentes (nas empresas, estes excedentes são normalmente chamados de lucros). Os excedentes ajudam a assegurar a continuidade das organizações.

Toda organização tem três partes básicas: pessoas, tarefas e administração. Quando as pessoas desejam atingir determinado objetivo, criam uma organização, uma máquina que tem potencial para realizar mais que qualquer pessoa poderia realizar sozinha.

Vencer ou falhar, vai depender da eficácia em obter e usar os recursos disponíveis ou não. O trabalho envolvendo a combinação e direção da utilização dos recursos necessários para atingir objetivos específicos chama-se Administração (inclui planejamento, organização, liderança e controle) ou Gestão.

Serviços

Serviços são atos que uma parte oferece a outra, num processo de desempenho que é intangível, mas que devem atender o outro, superando suas expectativas.

As empresas de serviços respondem pelo setor terciário da economia. A principal característica dos serviços está na constatação de que sua produção e consumo são praticamente simultâneos. De acordo com Téboul (1999: 9), esse conceito remonta ao século XVIII, quando Adam Smith, os descreveu, como: “perecendo no próprio momento de sua criação”.

O consumo de serviços sempre existiu, na forma de seguros, financiamentos e outros. Todavia, atualmente as empresas começaram a terceirizar os serviços internos que antes elas mesmas faziam, tais como: a informática, a contabilidade, a limpeza, a consultoria jurídica, a segurança e outros. Dentro dessa tendência, também foram terceirizados os serviços de saúde, surgindo, então, as operadoras de planos privados de saúde médica e odontológica.

A gestão das empresas de serviços de saúde está apoiada no modelo de gestão dos serviços, e este deve levar em consideração, conforme Téboul (1999: 19), o seguinte:

A prestação de um serviço implica um contato, uma interação entre prestador e cliente. O cliente faz parte integrante do sistema de entrega do serviço, pois ele participa igualmente na realização do serviço com as informações ou matérias-primas que fornece.

Esse conceito aplicado à uma OPPAO induz à inferência de que, na verdade, uma OPPAO deve ser vista como uma grande parceria entre a operadora e seus credenciados. Deste modo, os credenciados são a extensão da OPPAO.

Diante deste enfoque, a gestão da “OPPAO expandida” é o conjunto de todos os serviços prestados, pois pode-se dizer que, neste conjunto, há uma parceria da prestação dos serviços com os cirurgiões-dentistas credenciados, devendo-se por conseguinte avaliar a gestão conjunta de todo esse sistema de atendimento odontológico.

Serviços são atos ou desempenhos no sentido de oferecer algo a alguém. Dado que os serviços têm como característica a intangibilidade, em Odontologia até que os serviços não são muito intangíveis, e também é possível - através de desenhos, simulações, esculturas, micro-câmeras, imagens e esquemas - tangibilizar mais o serviço. “Quanto mais um serviço puder ser tangibilizado, mais se diminui o grau de incerteza (KOTLER, 1999:413)”.

Para Kotler, (1999: 415-416) há outras características como:

Inseparabilidade, pois o prestador de serviços está junto do cliente e vice-versa, produção e consumo são simultâneos, onde o prestador deve estar sempre desenvolvendo os serviços, baseado não só no que o cliente quer, mas no que ele espera, para superar suas expectativas.

Variabilidade é outra característica desse serviço e depende dos que o executam e de onde prestam o serviço, além de, por não ser homogêneo, necessitar personalização.

Credibilidade neste tipo de prestação de serviço, como em outros, é essencial.

A natureza do serviço lhe confere algumas diferenças, os serviços profissionais utilizam recursos limitados à ética e às normas dos conselhos regionais. No caso dos serviços odontológicos, tendo alto nível de contato, ocorrem dificuldades no relacionamento e posicionamento das OPPAOs e em especial seus prestadores de serviços, os cirurgiões dentistas, que têm um contato duradouro e repetido com seu cliente (usualmente).

Num ambiente competitivo só sobrevivem as empresas mais eficientes e produtivas. Isto é válido para grandes e pequenas empresas e os homens que se especializaram neste assunto dizem ser este o caminho inexorável para a sobrevivência empresarial, “o dentista empresário” deve usar também estes conhecimentos a seu favor e da operadora, propiciando um atendimento mais otimizado e econômico.

Em OPPAOs, o contato com o cliente é quase inexistente, pois a empresa é cliente, e os beneficiários são os clientes do dentista credenciado.

A nova realidade obrigou todas as empresas e empresários a aprenderem a administrar seus negócios com margem de erro tendendo a zero. Isto é uma exigência imperativa do mercado, portanto isto vale para as operadoras e credenciados.

Ferramentas como a visão holística, qualidade total, reengenharia, informatização, dentre outras disponíveis, estão sendo usadas no sentido de otimizar, agilizar e aumentar a eficiência dos produtos e serviços. A este conjunto de fatores chama-se de Estratégia de Serviço. Estratégia é uma fórmula distinta do fornecimento do serviço e reflete o que o serviço representa para o cliente em termos de benefício, dando origem a uma determinada posição competitiva, e segundo Grec (1999: 170-171):

Estratégia de Serviço não é apenas para angariar clientes, mas também para criar a imagem da empresa, para definir metas a serem alcançadas por todos que nela trabalham. Quando as coisas são divididas em pequenas partes fica mais fácil vê-las por inteiro, ter idéia do conjunto, é por isto que as escolas tem “matérias” para que o aluno estude parte a parte e depois as reuna e tenha uma formação completa.

A interdependência dos diferentes serviços desempenhados exige um gerenciamento estruturado em gestão integrada, principalmente em empresas prestadoras de serviços, visto que os “produtos” são, geralmente, e como o citado no início: intangíveis.

2.2 – Gestão Estratégica

A arquitetura estratégica representa um projeto empresarial que ao largo da arquitetura estrutural, de informação e social, integra-se com a estrutura financeira e a de negócios.

Para construir uma arquitetura estratégica é preciso saber que novos benefícios, ou “funcionalidades” serão oferecidas aos clientes na próxima década, quais serão as competências essenciais necessárias para criar esses benefícios e como a interface com o cliente terá que mudar a fim de permitir o acesso dos clientes aos benefícios de forma mais eficaz (HAMEL & PRAHALAD, 1995:123-124).

A estratégia deve ser integrada, dependendo do tipo de empresa, como diz o autor:

Os gestores, em suas relações com a organização (empresa), são integradores da estratégia, quer em relação às visões, necessidades e estratégias de seu negócio, ou como conselheiros com objetivos e com missões, avaliando ações e decisões da organização como um todo (WALL, 1996:116).

Um conceito de Gestão Estratégica diz que ela é “Processo de buscar a compatibilização da empresa com seu meio externo, através de atividades de planejamento, implementação e controle, consideradas as variáveis técnicas, econômicas, informacionais, sociais, psicológicas e políticas” (CERQUEIRA & PEREIRA, 1993:22).

As empresas de uma forma geral necessitam definir suas posturas estratégicas e organizacionais. De acordo com Fischmann & Almeida (1990:25), essas definições nascem no exercício do planejamento estratégico, visto que:

Planejamento estratégico é uma técnica administrativa que, através da análise do ambiente de uma organização, cria a consciência das suas oportunidades e ameaças, dos seus pontos fortes e fracos para o cumprimento da sua missão e, através desta consciência, estabelece o propósito de direção que a organização deverá seguir para aproveitar as oportunidades e evitar riscos.

Os mesmos autores adotam os seguintes conceitos subjacentes ao Planejamento Estratégico:

Missão é o papel que desempenha a organização (utilidade).

Objetivos são aspectos concretos que a organização deverá alcançar para seguir a estratégia estabelecida.

Metas são valores definidos dos objetivos a serem alcançados ao longo do tempo.

Políticas são regras de decisão repetitivas com base na estratégia estabelecida.

Administração ou Gestão Estratégica é o processo de tornar a organização capaz (capacitação) de integrar as decisões administrativas e operacionais com as estratégias, procurando dar ao mesmo tempo maior eficiência e eficácia à organização.

Na ficha de equalização das entrevistas deste estudo, as definições utilizadas para missão e objetivos foram: “A missão indica o papel ou função que a organização pretende cumprir na sociedade e o tipo de negócio no qual pretende concentrar-se, e objetivos são os resultados finais em direção aos quais a atividade é orientada” (MAXIMIANO, 2000:186).

Os gestores de uma OPPAO estabelecem as estratégias básicas que podem nortear as decisões e os procedimentos da empresa, levando em consideração sua Missão, Objetivos, Metas e Políticas. Porém, suas decisões podem ser balizadas pelos valores da empresa.

De acordo com Tachizawa et al (2001: 64): “...valores são estabelecidos com base nas crenças e experiências dos principais gestores e estão voltados a: pessoas, qualidade e excelência, responsabilidade, espírito de equipe, integridade e saúde”.

Os valores existenciais são todos os aspectos que se referem à vida, como a saúde, a alimentação, o lazer e o trabalho, que, sendo mais abrangentes, constituem-se nos principais referenciais para construir a visão do mundo que as pessoas têm.

As organizações precisam ter valores e as pessoas também. Para que uma pessoa seja eficaz numa organização, é necessário que seus valores sejam compatíveis com os da organização (DRUCKER, 1999:143).

Em outras palavras,

(...) a gerência terá de ser baseada na hipótese de que nem a tecnologia nem o uso final são bases para a política gerencial, mas sim limitações. As bases devem ser valores do cliente e suas decisões sobre a distribuição da sua renda disponível. É com elas que a política e a estratégia gerenciais terão de começar (DRUCKER, 1999:33).

A integração operacional das áreas operacionais e administrativas, dentro das estratégias previamente traçadas, constituir-se-á na chamada gestão estratégica que deve ter um bom canal de comunicação com toda a cadeia de valores.

É bom lembrar que ao procederem desta maneira, os gestores estarão exercendo os princípios administrativos básicos, já convencionados por Henry Fayol, no início do século XX. Esses princípios são: Planejar, Organizar, Coordenar, Dirigir, Executar e Controlar.

A Gestão Organizacional definirá a estrutura organizacional da OPPAO, pois de acordo com Ackoff (1975:60): “um plano tem pouco valor, se a organização a que se destina não é capaz de executá-lo.” Consequentemente, as entidades em seu planejamento organizacional, de acordo, ainda com Ackoff (1975:60), deveriam estar voltadas para os seguintes objetivos:

- 1 – Identificar as tarefas físicas e mentais que precisam ser desempenhadas.
- 2 – Agrupar as tarefas em funções que possam ser bem desempenhadas e atribuir sua responsabilidade a pessoas ou grupos; isto é, organizar funções e responsabilidades.
- 3 – Proporcionar aos empregados de todos os níveis: a) informação e outros recursos necessários para trabalhar de maneira tão eficaz quanto possível, incluindo feedback sobre seu desempenho real; b) medidas de desempenho que sejam compatíveis com objetivos e metas organizacionais; e c) motivação para desempenhar tão bem quanto possível.

Neste ponto, é bom lembrar que Ackoff, uma das maiores autoridades em Planejamento e Organização, escreveu esses objetivos em 1975 e, provavelmente, não estava pensando em operadoras de planos privados de saúde. Adaptando esses objetivos às OPPAOs e trazendo-os ao momento presente, o segundo e o terceiro objetivos têm uma tendência atual de olhar toda a cadeia de atividades, desde os fornecedores até os clientes. Outro ponto a ponderar é o trabalho em parcerias, onde o cirurgião-dentista, apesar de ser um provedor de serviços, mantém uma relação operacional estreita com as OPPAOs, necessitando também ter acesso às informações aludidas no terceiro objetivo.

Estratégias para alcançar objetivos

Uma das estratégias pode ser o próprio planejamento estratégico.

Observe-se no percurso de um ciclo de planejamento estratégico, segundo Cunha (1999: 9) aqui apresentado:

1. Visão: missão, segmentação, integração vertical e horizontal, filosofia corporativa, diretrizes estratégicas;
2. Postura estratégica e diretrizes para planejamento;
3. Missão do negócio: escopo do negócio, meios para competir, identificação dos produtos e segmentos de mercado;
4. Formulação de estratégia de negócios e amplo plano de ações;
5. Formulação de estratégia funcional;
6. Consolidação de estratégia de negócios e funcional, portfólio, alocação de recursos;
7. Definição e avaliação de programas específicos de ação no âmbito dos negócios;
8. Definição e avaliação de programas específicos de ação no âmbito funcional;
9. Alocação de recursos e definição de indicadores de performance para controle de gestão;
10. Orçamento no âmbito de negócios;
11. Orçamento no âmbito funcional;
12. Orçamento consolidado e validação da estratégia .

A gestão estratégica pode estar condicionada ao estilo de gestão da empresa.

Para tanto, serão adotadas as metáforas propostas por McGee & Prusak (1994:155) na análise das OPPAOs:

Utopia Tecnocrática: A abordagem da gestão é altamente técnica, prevalecendo sobre posicionamentos políticos;

Anarquia: Estilo que deixa a cargo de cada indivíduo ou setor a gestão de suas atividades;

Feudalismo: Estilo de gestão baseado em unidades de negócios descentralizados e com autonomia (poder nas unidades de negócios);

Monarquia: Estilo de gestão centrada nos líderes da empresa. O poder é centralizado e a autonomia dos departamentos e divisões em relação às políticas é reduzida, dependendo da vontade do gestor principal;

Federalismo: É a gestão baseada no consenso e na negociação, embora o poder esteja centralizado.

O sucesso é o ingrediente que proporciona e impulsiona a continuidade e perpetuidade do empreendimento. É importante ter capacidade de criar novas habilidades, abandonar velhos hábitos, acrescentar novas forças e conseguir trazer algo de novo para a cultura já existente, sem que se perca de vista os elementos básicos do trabalho nem os pressupostos básicos da cultura. Os bons administradores são aqueles que conseguem formar valores com os olhos voltados para as características sociais informais da organização, a partir do conceito de missão partilhada por todo o grupo.

(...) inovação é o instrumento específico dos empreendedores, o meio pelo qual eles exploram a mudança como uma oportunidade para um negócio ou serviço diferente (DRUKER, 1987:25).

Para tanto, interações nos ambientes interno e externo e com as diversas áreas de conhecimento são necessárias. O governo tem procurado, incluir o dentista em equipes para trabalhos da saúde da família (PSF).

Ainda em estratégia, a diferenciação consiste em produzir serviço novo, com chance de êxito, que caia no gosto do cliente, como por exemplo a Odontologia com vistas ao “belo”, que surge nos dias atuais em busca da harmonia facial, a que mexe com o emocional, que mostra o sorrir e ser feliz com a aparência; para tanto a tecnologia contribui auxiliando simulações em computação gráfica, ou micro-câmeras.

Embora de forma muito incipiente, há alguns programas para valorização da saúde bucal, da beleza, do sorriso e também para admissão ao trabalho planejados por OPPAOs. O diferencial principal é a melhoria da qualidade, não só técnica, mas para a percepção do cliente ficar satisfeita, sem engodos, é claro, num clima ético e transparente, oferecendo o melhor da melhor forma atendendo ao que o cliente quer, e antes dos concorrentes. Detalhes,

sutilezas... Ser diferente, e ser primeiro! Construir uma característica, transformando o comum em especial, usar criatividade e sedução, rumo à diferenciação.

Formas de comunicação

Com frequência, a alta administração reforça uma suposição implícita de que a informação e a coleta de informações estão localizadas apenas no alto da pirâmide (Mc GEE & PRUSAK, 1994:68-69).

A transmissão é um processo arriscado, exacerbado quando a mensagem passar por intermediários. Os esforços para aperfeiçoar a comunicação ficam concentrados na emissão ou recepção da mensagem, e os resultados podem ser equivocados.

As OPPAOs trabalham segundo a visão que o grupo vislumbra e que deve emití-la e divulgá-la, bem como a missão a que se propõe, desenvolvendo comunicação e fazendo-se entender pela empresa-cliente, funcionários e rede credenciada.

A estratégia de comunicação deve ser um agente facilitador e tem que considerar o componente tempo (a duração do processo de desenvolvimento), levando em conta que a comunicação não pode ser apenas vertical, mas também horizontal.

Uma boa estratégia de comunicação avalia os canais formais (quadros de avisos, artigos na imprensa interna, boletins informativos), bem como os canais informais, que são construídos por pessoas ou grupos respeitados pelos funcionários e nos quais eles confiam.

Características gerais da comunicação nas organizações

As políticas e práticas de uma organização são comunicadas aos empregados, deixando implícito o que é importante.

O que na realidade é comunicado, bem como seus efeitos podem ser diferentes do que se pretendia.

A informação enviada de uma fonte pode ser alterada à medida que é transmitida através da organização.

A medida real do que é comunicado não é o que se transmite, mas o que é entendido pelo receptor e o que se torna sua diretriz de ação (KOTLER, 1999:258-259).

Nichols & Stevans (1999:43), escreveram que:

Os negócios estão amarrados a seus sistemas de comunicação, esta depende mais da palavra falada do que da escrita, e a eficácia da palavra falada não depende tanto da maneira como as pessoas falam quanto do modo como elas ouvem, pois em geral as pessoas não sabem ouvir e existem técnicas para desenvolver essa habilidade.

Responsabilidade social

Quanto ao tema, recolheu-se algumas citações, e dentre elas destacam-se as seguintes:

Ações de responsabilidade social permitem outro benefício adicional: incorporar os excluídos é criar um mercado futuro, é desenvolver consumidores de tecnologia para amanhã (MOREIRA, 2001:3).

(...) os escudos de nossos desacertos, muitas vezes utilizando métodos quantitativos como névoa que mantém adormecida nossa capacidade de nos assumirmos como seres unos que devem criticar, aceitar ou rejeitar aquilo que a todos nós seja ou não salutar e ético (ANDRADE, 2001:11).

Para as empresas, que já perceberam a necessidade e os benefícios de uma gestão socialmente responsável, o passo seguinte consiste em transformar conceitos, valores e princípios em práticas e políticas que abranjam todas as suas atividades (GRAJEW, 2001:21 - informação verbal)¹.

O reinvestimento no negócio e em iniciativas para a comunidade evidencia como a organização aborda a questão da responsabilidade social.

“(....) revitalização do ecossistema de ambientes degradados e leva informações para comunidades carentes sobre a necessidade da preservação e purificação da água, além de estimular a prática da coleta seletiva de lixo”, avalia. Projetos desenvolvidos em parceria com instituições públicas, clientes e associações de classe (BOECHAT, 2001:43).

Nos últimos anos, a *Home Doctor* vem amadurecendo cada vez mais com o conceito de cidadania corporativa, envolvida em várias ações voltadas à comunidade. Iniciamos um trabalho com características pontuais, mas que vem

¹Grajew, O. – *Empresa Cidadã* – IX Congresso ABRAMGE, Rio de Janeiro, 2001.

ganhando expressão ano a ano. Hoje, temos plena consciência de nossa responsabilidade social, especialmente porque trata-se de uma filosofia que vem totalmente ao encontro dos preceitos de uma empresa que tem suas atividades voltadas à saúde. Justamente por isso, estamos buscando novos caminhos para nossa atuação na área social, focados no desenvolvimento de projetos não apenas de caráter assistencialista, mas, principalmente, que sejam efetivos no sentido de ajudar no desenvolvimento das pessoas e, conseqüentemente, no próprio futuro do País (HOME DOCTOR, 2001:1).

O desenvolvimento sustentado deve ser respaldado por uma gestão sustentada, e é isso que gerará o diferencial que garante a liderança e a competitividade. A eficiência econômica em si só já não basta. Hoje é preciso que ela venha acompanhada da equidade social e do respeito ao meio ambiente, e essa passa a ser a tríade estratégica para a eficácia dos negócios” (ROCHA, 1996 – informação verbal)¹.

Dentre as empresas privadas brasileiras, a Natura se destaca pela forma como relaciona comunicação institucional com responsabilidade social.

“Encaramos a responsabilidade social como algo muito mais amplo do que a simples filantropia. Ser uma empresa cidadã não é só ter programas sociais para a comunidade, mas gerir seus negócios de forma socialmente responsável. É ser ético com o público interno, com os fornecedores, no trato com o meio ambiente. “É ter coerência entre a ação e o discurso”, afirma Rodolfo Guttilla, gerente de Assuntos Corporativos da Natura Cosméticos, que se reporta diretamente à presidência da empresa e tem uma atuação transversal na organização, participando das discussões estratégicas de várias áreas” (CEPEDA, 2001:12-13).

As variáveis sociais interferem no comportamento do mercado. Neste ponto, faz parte da estratégia da empresa definir sua responsabilidade social e seus princípios éticos, para sua própria estratégia e para a sociedade a que se relaciona.

A responsabilidade social se insere na visão sistêmica, sob a ótica dos *stakeholders*, é um diferencial para os interessados dentro dos mesmos objetivos, quer seja o acionista, o cliente, os subcontratados, os fornecedores, os clientes ou a sociedade como um todo.

¹ Rocha, W. – *Gestão Estratégica*, VI Congresso Brasileiro de Custos, FEA – USP, São Paulo, 1996.

A maioria das abordagens tradicionais de estratégia supõe que o desempenho de uma empresa melhorará quando se conseguir descobrir e descrever detalhadamente a estratégia adequada. Muitas vezes, o fracasso ocorre devido à má execução, como afirmam Bennett, Pernsteiner, Kocourek e Hedlund (2001:16):

A chave para melhorar o desempenho está em implementar a estratégia. Os novos modelos organizacionais passam pela compreensão do direito de decidir e pelo alinhamento da estratégia com os objetivos da empresa. Cada modelo deve ser personalizado, adequado a sua empresa.

A boa execução dependerá da comunicação eficiente dessas estratégias e seu aceite por parte dos colaboradores e credenciados (CEPEDA, 2001:12-13).

Ética

A ética empresarial é sempre controvertida, em se tratando de planos de saúde, as empresas privadas têm como base do seu negócio a assistência a problemas de saúde, no entanto Bate apud Botazzo (2000:227) afirma que:

“(....) consideram sua especialidade antes como um negócio do que uma profissão científica (...) tomemos cuidado (...) nos conduzindo como negociantes e não como profissionais (...) nos arriscamos a decair aos olhos do público”.

Para Stevens apud Botazzo (2000:226): “somos ligados a um código de ética, tanto quanto os homens da lei e os militares, e assim obrigados a nos submeter a isso sob pena de ver nossa profissão degenerar em uma espécie de ofício ou indústria”.

Em negócios, há que confiar na força moral e consentida, e contratos que constituem as associações empresariais voluntárias, com direitos, obrigações éticas geradas na teia da complexidade. É difícil construir teorias normativas de ética empresarial. Todas têm em comum: sentimentos individuais, valores morais, sentimentos coletivos, noções de direito e dever, e orientações para as ações da empresa na sociedade.

2.3 – Gestão da Área Funcional de Marketing

Marketing é a atividade que envolve trabalhar com mercados para realizar trocas com o propósito de satisfazer necessidades das pessoas, de forma mais eficaz e eficiente que os concorrentes. É a técnica da conquista de clientes e da sua manutenção (preservação).

Segundo Whiteley (1992:38) serviços precisam ser estudados, compreendendo seus processos, trabalhando de acordo com o contato do cliente na organização de serviços,” sendo que o serviços devem ser prestados de acordo com o ponto de vista do cliente, criando valor por meio deles, administrando relacionamentos e aumentando a fidelização, posicionando e projetando a prestação de serviços (foco/segmentação), projetando sistema de entrega e integrando o Marketing às Operações e aos Recursos Humanos.

Kotler (2000: 30), define Marketing como um processo social, nas seguintes palavras:

É um processo social por meio do qual pessoas e grupos de pessoas obtém aquilo de que necessitam e o que desejam com a criação, oferta e livre negociação de produtos e serviços de valor com outros.

Castro (1997: 23), interpreta como:

Um processo de trocas em que as pessoas obtém um produto ou serviço que necessitam cedendo algo, em geral dinheiro, como pagamento pelo que conseguiram. Envolve as necessidades e desejos dos consumidores, ou seja, o que eles querem, como querem, onde querem, quando e a que preço.

“O Marketing serve para orientar a prestação de serviços, atendendo as necessidades, desejos, e expectativas dos clientes.” (CAPRONI, 1993: 64).

Pesquisas são realizadas para apoiar decisões de Marketing e para conhecer melhor o mercado, traçando objetivos com base nas atividades. É preciso saber o que realmente o cliente necessita e superar seus desejos e expectativas, bem como ouvi-lo sempre, monitorar e avaliar ações.

Políticas de Marketing

Na gestão de Marketing, as regras de decisão (repetitivas) com base na estratégia pré estabelecida são chamadas de políticas (FISCHMANN, 1990: 25).

O Marketing pode ser tratado através da análise dos “P (s)” , que consiste em destacar para serviço ou produto, a relevância do Produto, do Preço, da Praça e da Promoção, desde a definição inicial de McCarthy que criou este enfoque em 1960, sob a denominação: “dos quatro P(s) do Marketing”; aos quais, posteriormente Téboul acrescentou mais dois, propondo

a abordagem dos seis “P(s)”, (os quatro anteriores e, mais Participantes e o Processo de Entrega). Madia em 1999 propôs mais seis, adotando a nomenclatura inglesa para manter o enfoque original dos “P(s)”: *Phocus, Positioning, People, Providers, Protection e Post-place*, cujo conjunto final, está apresentado no **QUADRO 2.1**.

QUADRO 2.1 - Os P(s) do Marketing, segundo: Mc Carthy, Téboul e Mádía

Visões	Composto	Conceituação
McCarthy	Produto	Compreende: variedade, qualidade, características, design, marca, embalagem, tamanho, serviços, garantia e devolução.
	Praça	Canais, cobertura, variedades, locais, estoque e transporte.
	Promoção	Também tratada por Comunicação, entende-se: promoção de vendas, propaganda, força de vendas, relações públicas e Marketing direto.
	Preço*	Lista de preços, descontos e concessões, prazo de pagamento e crédito
	* Preço Psicológico	É o esforço requerido do cliente para usufruir de determinado serviço ou produto
Téboul	Participantes	Funcionários e clientes
	Processo de Entrega	Para serviços há uma inter-relação entre Produto, que é o resultado esperado do serviço, e o Processo de Entrega.
Mádía	<i>Phocus</i> (Foco)	Define a quem se destina o produto ou serviço que se quer vender.
	<i>Positioning</i> (Posicionamento)	Implica o detalhamento, a organização e a consistência ao extremo de todos os componentes de identidade da empresa (marca, instalações, recepções físicas e virtuais, papelaria e todos os mecanismos de comunicação visual)
	<i>People</i> (Pessoas)	Inclue todos os recursos humanos internos e externos da empresa, ou seja o time, a equipe.
	<i>Providers</i> (Provedores ou Fornecedores)	Decorre de um desdobramento da função <i>people</i> , que as forças dos fatos e a modernização acabaram determinando, principalmente depois dos processos de <i>downsizing</i> e terceirização dos anos 90. Em decorrência a importância dos chamados fornecedores cresceu, justificando um tratamento individual para essa variável.
	<i>Protection</i> (Segurança)	Justifica-se em função do amadurecimento do consumidor e a consciência de seus direitos.
	<i>Post-place</i> (Pós-venda)	Essa função trata de enfatizar inteligência, economia, eficácia e virtudes contidas no ato de procurar conquistar clientes uma única vez e fidelizá-los para sempre.

Fonte: Quadro elaborado pela autora a partir do artigo: Os 4 Ps e a Docência: Uma Abordagem sob o Prisma de Marketing, de Vasconcelos, A F.,31-38, Revista da ESPM, Vol. –8 – Ano 7 – Edição nº 4 Julho/Agosto, 2001

Uma parte da verba de propaganda pode ser destinada a ações promocionais, seja para aumento do conhecimento de marca entre o público alvo, seja para descontos e promoções. (PROMOÇÃO).

As OPPAOs devem conhecer bem a realidade do local ou regiões em que operam; as questões fundamentais da epidemiologia, que fornecem dados para se conhecer o perfil da população, quanto a incidência e prevalência das patologias bucais, dos desvios ou agravos que a saúde pode ter e suas repercussões na necessidade preventiva, curativa e reabilitação de danos; análise ambiental, conhecimento do ambiente externo e interno, bem como do mercado e consumidores (PARTICIPANTES, FOCO, PRAÇA, PREÇO).

Há dentistas pelo Brasil inteiro, mas OPPAOs não. Fazer uma análise dessa situação, com dados que podem ser fornecidos pela Junta Comercial e Conselho Regional, pode ser de grande utilidade. É conhecido que os estados com menos dentistas são: Maranhão, Acre, Amapá, Bahia, Ceará, Pará, Piauí, Roraima, Sergipe (CROSP,2000). Uma Operadora nessas regiões provavelmente daria certo, pois os clientes parecem ter necessidade de tratamento, sob o ponto de vista de dor, estética e funcional. E os recursos poderiam ser da prefeitura local e de OPPAO com coparticipação dos beneficiários (PRAÇA).

As OPPAOs devem ter um quadro bem escolhido de clientes e de prestadores de serviços, para o qual devem estar sempre atualizando valores, referências, aspirações, comunicando ao ambiente interno suas propostas, mantendo um clima positivo no grupo, bem como participativo e democrático para poder atender o ambiente externo; comunicando e atuando com imagem diferenciada da concorrência (PARTICIPANTES, FORNECEDORES).

A equipe de saúde bucal deve apresentar características de cooperação, gerando sinergia, alinhamento, direção e solidariedade, com metas e objetivos (PARTICIPANTES, PROTEÇÃO).

A segmentação pode obedecer características de comportamento, psicológicas, demográficas e geográficas. Isto é interessante, pois a operadora irá encontrar locais muito saturados por outras, sem contar os consultórios particulares (PRAÇA, FOCO).

Ampliar as ações com parceiros pode ser uma forma de oferecer soluções mais rápidas e completas aos clientes. Agilidade é essencial, principalmente em períodos de crise (PARTICIPANTES, PRAÇA, ENTREGA, PRODUTO).

Posicionamento e escopo referem-se à definição de produtos e serviços que possam se diferenciar no mercado, tanto através de características exclusivas quanto através de economias em escala ou escopo. A cadeia de valor fornece uma estrutura para avaliação de

alternativas de estratégia em termos da forma pela qual os recursos são configurados em processos para criação dos produtos e serviços de uma empresa (PRODUTO, FORNECEDORES, FOCO, PARTICIPANTES, PRAÇA, PROMOÇÃO).

Com relação ao produto: Algumas atividades o enfoque de marketing vem primeiro. O produto só é desenvolvido depois que foi colocado no mercado. Na produção em massa a seqüência é diferente. Primeiro o produto é desenvolvido, depois produzido, para então ser colocado no mercado. Na produção por processamento, vem primeiro o desenvolvimento do produto. Logo que seja produzida, por exemplo, uma amostra de um determinado produto químico, é procurado o seu mercado, antes que se produzam grandes quantidades.

A importância de cada função para o sucesso comercial também difere de acordo com a tecnologia de produção. Na produção unitária, o desenvolvimento é crítico, e é tratado como sendo a atividade central. O sucesso depende, nesse caso, especialmente de uma inovação rápida. Na produção em massa, a produção é atividade central e o sucesso depende da eficiência da produção, a fim de reduzir o custo unitário. Na produção por processamento, o marketing é especialmente importante, uma vez que deve ser desenvolvido um mercado adequado para se poder realizar as economias resultantes do funcionamento de uma fábrica em sua capacidade plena (DRUCKER, 1999:80-82).

Um planejamento de marketing é em geral orientado por um plano estratégico que, por sua vez, segue a visão, missão e valores da organização, com o objetivo de integrar e ajudar as diversas áreas a alcançar as metas empresariais. A partir do que foi planejado, toda a empresa trabalha em conjunto e simultaneamente para atingir o fim determinado, em benefício dos acionistas, dos donos, dos funcionários e do mercado.

Vendas

A compreensão da forma pela qual as vendas de produtos diferem de um segmento de clientes para outro já é bastante difícil (Mc GEE & PRUSAK, 1994: 203).

Vendas estão ligadas às metas das empresas e conseqüentemente das OPPAOs que as terceirizam, na grande maioria das vezes. As vendas estão ligadas ao processo de negociação e apresenta etapas. O vendedor deve criar um clima de atenção, despertar o interesse, criar o desejo, para que o cliente seja levado à ação de fechar o contrato (MORAIS,1999:IBDE).

Negociação

Existem alguns erros que ocorrem com frequência no processo de decisão e que acontecem também na negociação baseada na solução de problemas, entre eles os seguintes:

- Não descrever a situação de forma adequada, procurando fatos e coletando informações necessárias para se definir adequadamente a situação-problema, ou seja, o que se está negociando;
- Optar por uma alternativa de solução sem antes formular um número adequado de possibilidades. Lembre-se: a melhor solução de que se dispõe é tão boa quanto a melhor alternativa formulada;
- Acreditar que exista uma solução sem pontos negativos. Todo problema tem sempre uma solução. Toda solução tem sempre um problema;
- Não planejar adequadamente a implantação da decisão tomada, estabelecendo mecanismos de controle. Considere que a negociação só acaba quando o acordo foi cumprido e não quando foi efetuado. (WANDERLEY, 2001: 36, informação verbal¹).

Fidelização

Parte da verba de propaganda pode ser direcionada para ações de relacionamento com o cliente, fortalecendo uma área importante para os resultados de curto prazo, essenciais em períodos de crise. Manter o cliente é mais fácil e barato.

Um programa de fidelização eficaz, que, além de atrair e reter clientes valiosos, é capaz de recuperar clientes perdidos (GRIFFIN, 2000: 23).

De acordo com estatísticas internacionais, uma empresa perde, cada ano, entre 20% e 40% de seus clientes. O antídoto para isso é ter clientes fiéis, leais, que repitam suas compras com certa regularidade. Afinal, sabe-se que o cliente fiel recomenda os produtos ou serviços da empresa para outras pessoas, é imune à pressão dos concorrentes e tolera uma falha ocasional no atendimento. É o sonho de todos. Mas um comportamento desses não se consegue de um dia para outro – demanda tempo, recursos e dedicação ..., a fidelidade é construída – ou destruída – em cada interação do cliente com a empresa.

Com relação ao *e-commerce*, a fidelidade é fundamental, pelo anonimato que caracteriza o mercado da Internet, onde os clientes podem abandonar a empresa com um clique. “ Não é o preço que domina na Web, dizem, mas a confiança,... concentrar-se nos

¹ **Negociação em Serviços**, Palestra proferida no 9º Congresso da ABRAMGE, Rio de Janeiro, 2001

clientes mais rentáveis e estabelecer com eles uma relação de confiança” (REICHHELD & SEYBOLD, 2001: 57).

Atendimento

Se os produtos tendem a ser parecidos em qualidade e preço, o atendimento e a experiência serão os fatores que permitirão às empresas ir ao encontro do cliente. No caso do atendimento odontológico, é preciso que ele supere as expectativas e também ajude os pacientes a compreenderem a qualidade do serviço técnico.

Segundo Griffin (2001: 57-58), um bom plano de atendimento deve:

- Converter os clientes presumidos em clientes potenciais qualificados
- Converter os clientes potenciais qualificados em clientes que concretizam sua primeira compra
- Converter os clientes que concretizam sua primeira compra em clientes freqüentes
- Converter os clientes freqüentes em clientes habituais (ou fiéis)
- Converter os clientes fiéis em “pregadores” das boas qualidades do produto
- Recuperar os clientes perdidos

“Boca a boca”

Toda ação de curto prazo com resultado efetivo é bem-vinda. É o caso do marketing “boca a boca”, que traz credibilidade e resultados mais imediatos.

Os profissionais de marketing têm utilizado o boca-a-boca por muito tempo, mas trata-se apenas de um parente distante da idéia-vírus. Os “comerciantes de idéias”, profissionais da era da idéia-vírus, valem-se de cinco princípios que não se aplicavam ao boca-a-boca:

1. Eles entendem que criar o vírus é a parte mais importante de seu trabalho. Investirão todo o seu tempo e dinheiro na criação de um produto e um ambiente para alimentar o vírus.
2. Também entendem que quando souberem reconhecer e manipular os principais elementos da propagação de uma idéia – a identificação de “espirradores”, a concentração, a persistência e a velocidade – poderão aumentar radicalmente as possibilidades de sucesso de um vírus.
3. Lembram-se regularmente de que um boca-a-boca digital se transforma num registro escrito *on line* permanente, um legado que acompanhará o produto, para o bem ou para o mal, para sempre.

4. Por fim, sabem que, devido ao fato de as idéias-vírus terem um ciclo de vida determinado, eles terão de decidir o momento certo de parar de pagar para que sejam espalhadas e começar a cobrar pelo seu uso, obtendo assim seus lucros. (GODIN, 2001: 98)

Valor

O conceito de valor tem várias e amplas abordagens, mas para o Marketing de Serviços é o valor que o consumidor dá ao serviço sob todos os aspectos - material, emocional, de realização e de valorização. Para Grell e Belloli, consultores da KPMG, em trabalho publicado no livro “Custos - Ferramentas de Gestão”, 2000: O valor de troca, o valor de uso e a escassez é que determinam o preço.

Valor de troca: representa o valor dos recursos aplicados (capital e trabalho) na prestação de um serviço.

Valor de uso: exprime a capacidade de um bem ou serviço em satisfazer determinada necessidade do consumidor; é o valor por ele atribuído a essa vontade atendida (está representada a prestação de serviços odontológicos e a necessidade do consumidor).

Escassez: quanto mais raro um serviço que tenha utilidade, maior seu valor, pela dificuldade de ser adquirido.

As variáveis do mercado consistem em todos os consumidores potenciais, que compartilham de uma necessidade específica, dispostos a satisfazer essa necessidade através do recebimento do serviço, trocando. A Odontologia apresenta a questão da seguinte forma: enquanto a população-alvo não tem percepção, disposição e recursos (dinheiro e tempo) para a troca, está fora do mercado. O papel do Marketing é importante para abrir e ampliar mercado para as OPPAOs.

Há fatores que interferem e podem mudar valores para os consumidores, alterando costumes, atitudes, práticas e percepções que podem interferir no processo de negociação.

Alguns fatores são controláveis, como preço, serviço, propaganda, programas, forma de prestar e entregar o atendimento. Outros são incontroláveis, como concorrência, ética, cultura, legislação, sociedade, comportamento, economia e outros.

É preciso aumentar o grau de controle, previsão, flexibilidade, adaptação e transformações ou mudanças.

Concorrência

Todas as grandes empresas de serviço possuem uma estratégia clara e convincente que se destina a criar uma vantagem competitiva sustentável. As empresas que aspiram tornar-se e permanecer líderes do serviço em seus respectivos ramos de atividade encontram maneiras significativas de distinguir suas ofertas das alternativas concorrentes. Elas obtêm isto, em parte, concentrando-se em certos segmentos do mercado ou fornecendo um conjunto estreito e cuidadosamente escolhido de serviços; algumas empresas fazem ambas as coisas.

Duas ferramentas: o mapeamento das percepções e o plano técnico – que as empresas podem utilizar para ajudar a definir suas posições competitivas. Os mapas de percepção apresentam uma imagem visual do grau de desempenho relativo das empresas em competição no tocante a atributos fundamentais ao serviço, ao passo que o plano técnico fornece um processo sistemático para examinar desenhos alternativos de serviço tanto para produtos novos como para produtos existentes. Ambas as técnicas podem ser utilizadas para analisar oportunidades de criação de novos serviços ou reposicionamento de serviços existentes para que as empresas possam estabelecer e manter uma vantagem competitiva sustentável mediante a consideração efetiva das necessidades e expectativas de seus mercados-alvo. (SHOSTACK, 1987: 37)

Analisar e quantificar o mercado, suas variáveis e o impacto da concorrência é difícil e necessita especialistas no assunto, o que impede muitas empresas de médio e pequeno porte de elaborarem programa condizente com a situação. Pesquisas de viabilidade de mercado são necessárias. Barreiras devem ser eliminadas ou derrubadas para conquistar clientes.

Podem surgir muitas barreiras para os serviços de saúde bucal, entre elas: concorrência, falta de interesse para oferecer o benefício, falta de posicionamento no mercado (marca), interesse secundário da população quanto a saúde e cuidados, tributação, custos administrativos, saturação, alto investimento perante a rentabilidade.

Em se tratando de OPPAOs que atendem empresas (conveniadas ou cadastradas), bem como clientes avulsos, os contratos e parcerias para benefícios de funcionários, quanto ao tratamento, controle e manutenção da saúde bucal, devem ser propostas do tipo ganha-ganha para firmar compromisso de cooperação. (SOUZA MACHADO, 2001: 6)

Expectativas e necessidades dos clientes

A informação desempenha um papel importante para criar e manter a diferenciação. No momento da interação entre as empresas e o cliente, a informação torna-se um instrumento essencial para a individualização do serviço ao cliente num mundo anônimo. Essa personalização do serviço ao cliente cria nichos de mercado. Isto se torna possível pesquisando e obtendo informações sobre esses clientes ou nichos, sendo a tendência de tratamento personalizado.

A informação sobre preferências individuais do cliente está na memória do vendedor, mas é preciso que essa informação passe de memória pessoal para a memória organizacional.

No entanto, cada vez menos se fornece serviço personalizado ao cliente, apesar do fato de os consumidores cada vez mais exigirem uma interação personalizada.

A diferenciação dependerá da qualidade da interação entre fornecedor do serviço e cliente, que pode aumentar e melhorar pela coleta, armazenamento e parceria de informações.

Tornar-se-á cada vez mais necessário fabricar produtos altamente personalizados sem abrir mão dos benefícios de custo das técnicas de produção de massa. O comércio está chegando ao ponto de tratar cada cliente como se fosse um nicho, e na assistência à saúde privada também assim deveria ser.

Quando não se pode produzir um produto único, a alternativa é fazê-lo mais barato, e a citação de Mc Gee & Prusak (1994: 55, 58-64) confirma

Economias de escala e escopo podem ser igualmente importantes para o sucesso estratégico quanto a diferenciação. Porter identifica baixo custo como uma estratégia genérica tão importante quanto a diferenciação. Embora Porter considere que custo e diferenciação sejam alternativas de estratégia contraditórias, poucas empresas atentam para esse fato. Seja isso teoricamente questionável ou não, a maioria das empresas busca conseguir um equilíbrio entre a diferenciação e as economias de escala.

Vantagens de escala existem quando grandes custos fixos para instalações, marketing e outros itens similares estão disseminados entre um grande número de unidades. No caso da economia de escala, os custos fixos estão distribuídos pelo número de unidades produzidas, enquanto no caso da economia de escopo, os custos estão distribuídos pelo número de produtos diferentes. Qualquer um dos casos requer grandes investimentos de capital em instalações, equipamento, canal de distribuição, etc., feitos para produzir grande número de unidades com muita

eficiência. *O único modo de competir é fazer o investimento necessário*, grifo da autora.

As operadoras de planos de saúde com sucesso propõe-se a ouvir o cliente, e as ações devem ser como as propostas, e devem ser cumpridas.

Satisfação é a sensação percebida pelo cliente pela realização de um desejo e necessidades. Exemplo:- Quando há dor e essa é eliminada, a satisfação é superada, quando a aparência está comprometida e se constrói uma bela imagem, vem a satisfação. Até quando ocorrem acidentes e se reabilita o dano, expectativas podem ser superadas.

Todos os sistemas de avaliação pressupõem uma relação implícita sobre a forma em que medições específicas se relacionam com os resultados.

As organizações que medem a satisfação do cliente o fazem porque acreditam que clientes satisfeitos levam a lucros. Além disso, podem acreditar que a qualidade do produto leva à satisfação do cliente. Na maioria das organizações, essas relações permanecem implícitas e desarticuladas; são consideradas como já existentes. A importância dos modelos de empresa é fornecer uma ligação entre ações que indivíduos nas organizações podem praticar e resultados desejados (Mc GEE & PRUSAK, 1994 : 192).

Atratividade

As empresas que querem atrair clientes tem investido nos recursos de propaganda e promoção, porém, segundo Kotler,(1999:68) a aquisição de clientes exige técnicas substanciais em geração de indicações, qualificação da indicações e conversão de clientes. Os clientes potenciais podem ser : quentes, mornos ou frios. A equipe de vendas inicia o processo com os quentes e trabalha para convertê-los, envolvendo apresentações, respostas a objeções e negociação.

Porém, segundo Godin,(2001:99) os consumidores geraram anticorpos resistentes ao marketing tradicional. Essa é a razão pela qual é preciso deixar de invadi-los com campanhas de marketing, A alternativa é que se crie um ambiente no qual as pessoas se encarreguem, por si mesmas, de difundir as idéias.

Depois da teoria do marketing de permissão, Godin aposta num novo conceito provocador: a “idéia vírus”, uma idéia que se propaga através de um setor da população, contaminando tudo que atinge – é um filme que todos comentam, um livro que se esgota imediatamente, a página da Internet que recebe milhões de visitas. Para ele, hoje não ganha mais a empresa com a melhor logística, o melhor

produto ou a oferta de mais facilidades de pagamento; ganha aquela que tiver um marketing capaz de disseminar idéias (GODIN, 2001: 99).

Reclamações

A esse respeito:

Estudos sobre a insatisfação de consumidores mostram que eles ficam insatisfeitos com suas compras cerca de 25% das vezes, mas apenas 5% deles reclamam. Os outros 95% acham que não vale a pena reclamar ou não sabem como ou a quem reclamar.

Dos 5% dos consumidores que reclamam, apenas 50% relatam que houve uma solução satisfatória do problema. Todavia, a necessidade de resolver o problema de um consumidor de maneira satisfatória é crítica. Considerando que, em média um consumidor satisfeito fala a três pessoas sobre a aquisição de um bom produto, um consumidor insatisfeito fala a 11 pessoas. Se cada um desses fala a outras pessoas, o número dos expostos à divulgação desfavorável boca a boca pode crescer exponencialmente.

Os funcionários da empresa que recebem as reclamações devem ser treinados e autorizados a resolver os problemas dos consumidores de maneira rápida e satisfatória. A empresa deve ir além do atendimento das reclamações e descobrir e corrigir as causas originais dos problemas freqüentes. Ao estudar o padrão de reclamações, a empresa pode corrigir as falhas do sistema que dão origem as mesmas. (KOTLER, 1999: 425)

Endomarketing

Outra questão importante para as empresas é o Marketing Interno, ou seja, a “venda” da empresa para seus colaboradores diretos, de tal modo que eles sintam-se como parte integrante de seus negócios. Essa postura é chamada de Endomarketing, e :

Consiste em ações de Marketing voltadas para o público interno da empresa, com o fim de promover entre seus funcionários e departamentos valores destinados a servir o cliente. Esta noção de cliente, por sua vez, transfere-se para o tratamento dado aos funcionários comprometidos de modo integral com os objetivos da empresa. O comprometimento implica a adesão aos valores e objetivos da empresa por meio do Endomarketing e pressupõe o trabalho em equipe, num contexto marcado pela cooperação e pela integração dos vários setores da empresa. (BEKIN, 1995: 2).

Endomarketing é uma das mais novas áreas da administração e busca adaptar estratégias e elementos do marketing tradicional, o normalmente utilizado no meio externo às empresas, para uso no ambiente interno das corporações.

Quem nunca ouviu falar que antes de vender um produto para seus clientes, as empresas precisam convencer seus funcionários a comprá-lo? O endomarketing surge como elemento de ligação entre o cliente, o produto e o empregado.

“Vender” o produto para o funcionário passa a ser tão importante quanto para o cliente. Significa torná-lo aliado do negócio, responsável pelo sucesso da corporação e igualmente preocupado com o seu desempenho.

Bekin cunhou o termo Endomarketing em 1995 e em seu livro “Conversando sobre Endomarketing” discorre, de maneira simples e didática, sobre quase todos os elementos que Kotler em “Administração de marketing” chamou de marketing interno das organizações.

A idéia de vender o produto para o funcionário e valorizá-lo vem dos anos 80 para cá, quando as escolas clássicas e seus preceitos se esgotavam diante da evolução rápida que vem impondo mudanças às organizações e às pessoas. Os consumidores são mais exigentes e os empregados não estão só trocando trabalho por um salário, apesar da onda mundial do desemprego.

O endomarketing pode implantar planos eficazes de comunicação interna para a empresa ou instituição, para isso é necessário que esta:

- Dissemine os objetivos estratégicos de sua organização e construa equipes motivadas e comprometidas através da utilização adequada de canais de comunicação e marketing que agregam valor ao negócio.
- Adquirir passo a passo, os elementos para implantação e/ou estruturação de um plano de comunicação interna e aumente a vantagem competitiva de sua empresa.
- Estabeleça critérios operacionais para utilização dos diversos veículos de informação que integram Cultura, Clima e Estilos Gerenciais, potencializando seus indicativos de resultados e aumentando o nível de satisfação de seus clientes internos e externos.

A aplicação de um plano de Endomarketing, necessita, para efetiva implantação, do envolvimento da direção da organização e de todos os participantes de todo processo.

Para tanto, a gestão deve estar comprometida com a proposta e objetivos de elaboração do plano de endomarketing, onde o fluxo de informações e comunicações são importantes, e deve ter importância fundamental dentro das OPPAOs.

O clima da operadora em saúde, sua cultura e seu estilo gerencial têm tudo a ver com a instalação dessa função. Para isso há que realizar pesquisa de opinião. Os meios de comunicação formais e informais devem ser utilizados, bem como podem ser estabelecidos programas sociais, culturais, educacionais, ambientais, de segurança, motivacionais e de treinamento. Pode-se também utilizar premiações, oferecer benefícios, e outros.

Implantado, deve ter avaliação constante, com medições dos resultados, e sua manutenção é necessária. Deve repercutir em resultados positivos, mas tem custos de planejamento, execução e manutenção, porém deve valer a pena.

Posicionamento

Posicionamento é o processo que considera a imagem do serviço e a faz presente na percepção do cliente.

O posicionamento pode estar contido na frase popular: “O sucesso e o fracasso não acontecem por acaso”. É a percepção que o cliente tem da operadora ou dos dentistas a ela filiados e de sua adequação, que deve estar correlacionada com a imagem que ela tem para os fornecedores, prestadores de serviços, e clientes (marca).

Neste ponto, é bom ressaltar que o primeiro encontro é único e imperdível para o posicionamento, diante das expectativas do cliente.

2.4 – Gestão da Área Funcional de Recursos Humanos

A gestão de recursos humanos é considerada crítica e fundamental para o alcance das metas propostas.

“Existe a maneira certa para gerenciar pessoas – ou pelo menos deveria haver”. (DRUCKER, 1999: 24)

A capacidade de uma empresa em atingir objetivos estratégicos é influenciada pelos recursos humanos em três itens fundamentais: os custos, a capacidade de operar efetivamente e a capacidade de empreendimento e inovação. (ANSOFF, 1977: 77)

“Pessoas são pessoas e devem ser tratadas como tal, com suas diferenças: qualidades e defeitos, e não como simples Recursos”. Surgiu uma nova visão, uma visão humanista de valorização de pessoas: a Gestão de Pessoas e a Gestão Participativa.

O RH deve auxiliar de fato e não só no discurso a conclusão das metas organizacionais pelo uso inteligente e contextualizado das áreas que já são nossas antigas conhecidas: Recrutamento e Seleção, Remuneração, Treinamento e Desenvolvimento e Desenvolvimento Organizacional. (YOSHIDA Jr, www.catho.com.br, 29/10/01)

Recrutamento e seleção

A gestão da área funcional de Recursos Humanos visa selecionar, treinar e manter as pessoas dentro das empresas. Atualmente as pessoas que trabalham em uma empresa constituem seu Capital Humano, que faz parte integrante do chamado Capital Intelectual da empresa, ou seja, é um de seus bens intangíveis, à semelhança de marcas, patentes, pontos comerciais, processos de negócios e outros.

Para o sistema OPPAO, são os cirurgiões-dentistas os Recursos Humanos. Daí o cuidado em selecioná-los, treiná-los e mantê-los. O treinamento básico estaria centrado nas rotinas internas dos processos operacionais. A retenção desses profissionais e dos demais funcionários teria como ponto de apoio uma sistemática de avaliação de desempenho. Dentro do princípio de manter os Recursos Humanos, haveria necessidade de estabelecer políticas de remuneração, condizentes com o trabalho efetuado e em sintonia com o mercado de trabalho.

O credenciamento dos profissionais deve atender as necessidades dos clientes empresariais e/ou usuários, satisfazer exigências básicas de qualificações profissionais e possibilitar indicações de profissionais pelos beneficiários.

As atividades e a tecnologia de uma organização determinam o tipo de pessoas necessário para o trabalho. Considere-se, por exemplo, os tipos de operários necessários, nos diferentes sistemas de produção. No primeiro, que pode ser considerado o estágio artesanal ou unitário de produção, no qual cada produto é fabricado individualmente ou em pequenas quantidades, o sistema necessita de trabalhadores que sejam essencialmente especialistas em uma determinada habilidade.

Para criar uma empresa que realmente seja um centro de conhecimento, a área de Recrutamento e Seleção precisa conhecer seus clientes e suas necessidades, de modo a identificar talentos que possuam conhecimentos e competências essenciais ao bom atendimento das necessidades desses mesmos clientes, no presente e no futuro.

Avaliação de Desempenho

Os processos de avaliação de desempenho deveriam simplificar a tarefa e não complicá-la, introduzir indicadores que reflitam a complexidade atual do ambiente competitivo, sem também introduzir uma complexidade ou confusão artificiais. (Mc GEE & PRUSAK, 1994: 203)

“Gerenciar o trabalho de pessoas”. O ponto de partida, tanto na teoria quanto na prática, pode ser “gerenciar para desempenho”.

Recentemente muitos têm advogado novos indicadores de desempenho na organização, desde os “quadros de pontuação” até a emissão de um “contrato de gestão”. Isso significa um renovado interesse em indicadores de desempenho que abordam as limitações conhecidas de longa data que se apoiam apenas em avaliações de desempenho financeiro. Mas as tentativas de identificar e definir novos indicadores de desempenho, não financeiros – têm sido inadequadas. Infelizmente, as tentativas de avaliação adquirem vida própria; as organizações e seus consultores se enredam no esforço de definir ou descobrir a avaliação mágica. (Mc GEE & PRUSAK, 1994 :185)

Talvez a produtividade do trabalhador do conhecimento torne-se centro do gerenciamento de pessoas, assim como o trabalho na produtividade do trabalhador braçal tornou-se o centro do gerenciamento de pessoas há cem anos, isto é, desde os preceitos de Taylor. Isto irá exigir uma hipótese muito diferente a respeito de pessoas em organizações e seu trabalho:

Não se ‘gerencia’ pessoas, a tarefa é liderar pessoas. A meta é tornar produtivos forças e conhecimento específicos de cada pessoa. (DRUCKER, 1999: 28)

As pessoas necessitam sempre saber se estão desempenhando a contento:

Os sucessos do movimento pela qualidade e o entusiasmo que cerca a melhoria dos processos e esforços de reengenharia demonstram o valor potencial das tentativas bem concebidas de melhorar o desempenho dos negócios através de esforços sistemáticos de avaliação e, portanto, de compreender os processos empresariais. (Mc GEE & PRUSAK, 1994:185)

O autor Hronec (1994: 29) propõe medição de desempenho como ferramenta para equilibrar medidas (custo, quantidade e tempo), em vários níveis (organização, processos e pessoas):

Custos são medidas financeiras de desempenho – o gasto com pessoal, processos ou organização. Essa categoria mede o lado econômico da “excelência”.

Qualidade é a forma pela qual os clientes a definem. Do ponto de vista da medição de desempenho, a qualidade significa que os produtos ou serviços atendem e excedem os desejos e as expectativas dos clientes. Essa categoria mede a “excelência” do produto ou serviço, como vista pelos clientes – internos ou externos. Inclui a credibilidade, confiabilidade e competência.

Tempo é uma função de velocidade da organização. Com que rapidez ela consegue reagir às influências externas, ou responder aos pedidos do cliente, à mudança na concorrência ou à mudança no ambiente? Essa categoria mede a “excelência” do processo.

É importante reconhecer também que a Matriz permite medidas tanto do processo quando do *output*, definidas pelo modo como a medição é utilizada: relatar resultados ou melhorar o processo.

Trabalho em Equipe

“A aprendizagem em equipe é o processo de alinhamento e desenvolvimento da capacidade da equipe de criar os resultados que seus membros realmente desejam.” (SENGE: 1998: 263)

Não é possível, pois, considerar a equipe sem referência aos indivíduos que a formam; o que equivale a introduzir o conceito de indivíduo como parte integrante do modo de ser da equipe – indivíduo que é sempre parte dela, que a influencia, e sobre o qual ela também exerce influência. O conceito de equipe e o conceito de indivíduo são indissolúveis, estão em reciprocidade de perspectivas, contém implicações mútuas. É através da exploração dos aspectos aparentemente contraditórios da associação equipe-indivíduo que se poderá aquilatar as potencialidades e as limitações de todo trabalho efetuado em conjunto. (QUEIROZ, 1991: 39-40)

Há bastante sensibilidade na afirmação a seguir:

Como antropólogos estudando uma raça primitiva, ou como industriais estudando alguma parte do esquema moderno, caótico e complexo de produção, encontramos sempre grupos de indivíduos, tanto nas selvas naturais como nas cidades modernas, que encontram sua felicidade e segurança pessoal desde que exista a subordinação do indivíduo a um objetivo comum. O homem solitário que trabalha só é sempre uma pessoa muito infeliz. (MAYO apud DRUCKER: 12-13)

Gomes (2001: 44) destaca algumas qualidades necessárias aos integrantes de uma equipe ou time:

- 1) Raciocínio rápido, respostas objetivas;
- 2) Gostar de trabalhar, de fazer o que tem de ser feito;
- 3) Inteligência;
- 4) Sentir prazer, de vez em quando, de parar para uma boa conversa.

“Para liderar é preciso ter interesse real pelas pessoas e entender que o que é diferente não é necessariamente errado.”

Sendo bom citar que?

(...) seria oportuno, ou talvez crucial, que nos lembrássemos daquilo que os seres humanos compreenderam há muito tempo – que trabalhar em conjunto pode realmente ser uma copiosa fonte de significado de vida. Qualquer coisa que estiver aquém disso, não passará de um emprego. (SENGE in GEUS, 1999: xi)

Comunicação entre funcionários

Entre os funcionários, a comunicação é importante em todas as direções e níveis, dependendo das circunstâncias:

É bem claro que os administradores têm que encarar alguns problemas distintos, para cada tecnologia. Considere-se, por exemplo, a produção unitária. Sua atividade-chave, o desenvolvimento, requer uma comunicação constante entre as pessoas, enquanto a produção continua. A informação deve ser adequadamente transmitida, porque o produto está sendo desenvolvido à medida que é construído.

As empresas administram a intensidade do processo de mudança envolvendo e implementando uma estratégia de comunicação de duas mãos.

É preciso mais que difundir mensagens aos funcionários; também é necessário ouvir suas preocupações, idéias e seus *inputs*, de maneira formal ou informal.

Uma boa estratégia de comunicação avalia os canais formais (quadros de avisos, artigos na imprensa interna, boletins informativos), bem como os canais informais. A administração sabe quem é ouvido na organização - os indivíduos e grupos que são respeitados pelos funcionários. Essas pessoas devem ser integradas na estratégia da comunicação, pois quase sempre os funcionários confiam mais nesses canais informais que nos formais. (HRONEC, 1994 : 73-76)

“A gestão de recursos humanos é considerada crítica e fundamental para o alcance das metas e propostas... A experiência, os limites e problemas são delineados, assim como as perspectivas de utilização de sistema para a gestão de recursos humanos em saúde... o sistema de informação e gestão de recursos humanos em saúde pode ser implantado como um sistema que atenda às demandas locais, deve ter características próprias para implantação como instrumento de gerência.”(DAL POZ, 2001: <http://read.adm.ufrgs.br/read04>)

Treinamento (Desenvolvimento)

As responsabilidades de convocar e seduzir novos talentos; de confirmar, ter um *feedback* positivo, motivando, preservando o bom relacionamento e criando satisfação; de melhorar desenvolvendo equipes e pessoas de modo personalizado e não via treinamentos formatados; e de romper, demitindo por meio de programas de incentivo à demissão e aposentadorias privadas passaram a ser responsabilidades dos gestores.

O RH volta a ter o papel ativo e retorna sua importância esquecida na organização, pois a ele cabe identificar e manter o conhecimento, as competências e os talentos. Forma, junto com outros departamentos estratégicos da organização, um centro de inteligência, de conhecimento. Manter os colaboradores otimistas, motivados e satisfeitos era função deles. Conversar, conhecer seus problemas, ajudar nas suas dificuldades pessoais e profissionais foram iniciativas que resultaram em mais produtividade. Para que esse entusiasmo chegasse aos gerentes encarregados em manter o alto astral da equipe, foram instituídas recompensas, bônus e promoções para quem não perdesse um colaborador importante. Deixar as pessoas felizes foi a base da campanha.

Difícilmente fala-se em treinamento hoje em qualquer empresa de porte sem que o termo *e-learning*, a nova modalidade de ensino a distância, apareça. Essa ferramenta tem sido difundida entre as companhias com a velocidade de uma corrente de e-mails.

Na avaliação de especialistas, o ensino a distância é voltado para grandes projetos, empresas que necessitam mudar sua cultura ou difundi-la entre seus funcionários – caso típico de companhias que atravessam momentos de fusão, por exemplo. “Quanto maior o número de funcionários, mais o custo do treinamento será diluído”. UPDATE (2001: 58)

Uma delas é que as pessoas que trabalham para uma organização são empregadas da mesma, trabalhando em período integral e dependentes da organização para seu sustento e suas carreiras. A outra é que as pessoas que trabalham para uma organização são subordinadas. De fato, assume-se que a grande maioria destas pessoas possui pouca ou nenhuma qualificação e elas fazem aquilo que lhes é designado.

Muito melhor a idéia do ministro Serra, desde que, a concessão do crédito esteja firmemente condicionada a investimentos em modernização e capacitação gerencial – comprar, por exemplo, um tomógrafo por US\$ 1,5 milhão parece muito razoável na visão do setor, mas investir 10% desse valor na elaboração de planejamento estratégico, na organização de informações sobre a população atendida, em capacitação de pessoas, soa, na área, como um desperdício.

Evidentemente, há um rio a ser cruzado pelas operadoras de planos de saúde, e ao governo cabe fazer a ponte, não alargar o vão. É preciso que ele propicie condições – crédito para modernização gerencial das empresas, estímulo à profissionalização, e outra, que possam ser apropriadas pelas operadoras e repassadas aos consumidores na forma de produtos e serviços mais modernos e a menor custo. Do contrário, haverá dinheiro subsidiado para, no melhor cenário, comprar mais máquinas, construir mais hospitais e clínicas, enfim, replicar o modelo que já existe e perpetuar a ineficiência. (PERILLO E AMORIM, 2001: 2)

Mesmo que trabalhem em tempo integral para a organização, cada vez menos pessoas são “subordinadas” – mesmo em níveis bastante baixos. Elas são, em escala crescente, “trabalhadoras do conhecimento”, não subordinadas, mas sim “associadas”. Isto porque, terminado o estágio de aprendizado, as trabalhadoras do conhecimento precisam saber mais sobre o seu trabalho do que o próprio chefe; caso contrário, elas tornam-se desnecessárias. O fato de elas saberem mais a respeito do seu trabalho do que qualquer outra na organização faz parte da definição de trabalhadoras do conhecimento.

O treinamento é o segundo facilitador utilizado para administrar a intensidade ou extensão do declínio no processo da mudança. O treinamento ajuda a ressaltar as habilidades gerenciais, sendo importante que a administração reconheça ele em si é um processo – não um evento. Deve ter continuidade em todos os modelos, pois é um processo. (HRONEC, 1994: 74-75)

A rede credenciada precisa de treinamentos como sugere FERREIRA(2001: 147). O profissional liberal tem, a cada dia, que diversificar suas habilidades para atuar em vários segmentos dentro da sua profissão. Uma das maiores dificuldades encontradas pelos dentistas é a administração operacional do seu consultório. Não basta ser tecnicamente perfeito, cuidadoso, pontual e atencioso: o dentista deve administrar seu consultório como uma empresa de prestação de serviços.

Benefícios

As empresas oferecem cestas básicas, colônia de férias, clubes, *tickets*, viagens, cursos, prêmios, assistência médica/odontológica como benefícios do empregado.

Recompensas – Os executivos e todos aqueles que contribuem para a empresa precisam ser recompensados pela prática de ações específicas que irão contribuir para o sucesso da organização. A atenção recentemente dispensada aos valores disparatados da remuneração dos executivos nos Estados Unidos é um exemplo dos desafios para garantir que as recompensas encorajem o comportamento desejado na organização sem criar problemas subsequentes com os demais envolvidos. (Mc GEE & PRUSAK, 1994:197)

Desligamento

Perder um profissional talentoso sai muito caro para a empresa: é preciso começar tudo de novo e isso leva tempo e dinheiro.

O desligamento de cirurgião-dentista vinculado à operadora de plano de saúde está regulado pela Resolução CFO – 19/2001:

Art. 1º - É vedado o desligamento de cirurgião-dentista vinculado por referenciamento, credenciamento ou associação à Operadora de Plano de Saúde, exceto por decisão motivada e justa, garantindo-se ao cirurgião-dentista o direito de defesa e do contraditório no âmbito da operadora.

Art. 2º - O desligamento voluntário do cirurgião-dentista referenciado, credenciado ou associado obriga-o a comunicar sua decisão, com antecedência mínima de 60 dias, à Operadora de Plano de Saúde a qual está vinculado; e a disponibilizar aos seus pacientes os dados clínicos em seu poder, a fim de garantir-lhes a continuidade do tratamento oncológico.

Art. 3º - A decisão de desligamento deverá ser homologada pelo Conselho Regional de Odontologia, num prazo de 30 dias.

Art. 4º - As Operadoras de Planos de Saúde devem obrigatoriamente comunicar os desligamentos de cirurgiões-dentistas aos seus usuários.

Art. 5º - O diretor técnico da operadora é o responsável pelo cumprimento desta norma.

Art. 6º - Esta resolução entra em vigor na data de sua publicação, revogando-se as disposições em contrário. (Rio de Janeiro, RJ, 2 de junho de 2001.)

Os grandes departamentos de RH passam a ter como principais responsabilidades a identificação e captação de recursos (funcionários), a manutenção do quadro pela integração, envolvimento e criação de espírito de família; o desenvolvimento de técnicas, do clima e da cultura organizacional. O desligamento de funcionários que não se integram a cultura e ao clima organizacional pode depender de competência técnica.

A mobilidade do funcionário pode ocorrer dentro da própria empresa ou mudando de empresa. É interesse da empresa reter o funcionário e insistir que ele atinja seu potencial máximo. (GEUS, 1999:126)

Especialização

Hoje pretende-se buscar o profissional generalista. Mas acontece que as dificuldades tendem a formar especialistas. Muitos professores, especialistas em suas áreas, induzem a formação dos alunos para a especialização. Embora não dêem todo o conteúdo da especialização durante a graduação, eles buscam a excelência da especialização, e os alunos são dirigidos naturalmente para uma das especializações odontológicas. Essa, portanto, é a grande dificuldade para os profissionais: a questão da formação no desafio da adequação ao mercado de trabalho, devido a essa dicotomia.

A qualidade ocorre quando as pessoas são capazes de melhorar os processos, e só o serão através da educação e do treinamento continuado. Isto aumenta sua confiança, sua satisfação e seu orgulho pelo bem-feito. 'Profissionais especializados e capacitados' crêem na qualidade de seu trabalho e sabem qual é seu grande objetivo: o cumprimento da missão da instituição. (MEZOMO, 2001: 240-241)

Remuneração

Pode-se citar uma experiência no setor público:

Até pouco tempo atrás as prefeituras recebiam por procedimentos clínicos realizados; hoje a remuneração é realizada *per capita*. A odontologia dividia os recursos que vêm para a Saúde com toda a área médica, com a vigilância sanitária e epidemiológica, enfim, com todas

as áreas programáticas. Hoje a odontologia tem que ganhar espaço e se inserir nos programas de saúde existentes para que a população possa receber esse benefício.

“Há um grave problema na odontologia que é essencialmente político: não se consegue ter uma postura política adequada e não se é politizado para atuar de forma eficiente no serviço público. Existe uma irresponsabilidade política com a saúde. A população não tem conseguido exercer um controle social sobre a atividade do cirurgião-dentista. Conselhos geralmente estão preocupados com outras coisas, e não se preocupam com questões maiores, de caráter político, de cunho social, como cobrar dos governos uma atitude efetiva na área. A respeito de concursos, por exemplo: no Paraná algumas prefeituras estão contratando dentistas por licitação! Há coisa mais perversa do que isso?! É feita uma licitação e se contrata pelo menor preço. Os próprios profissionais apresentam suas propostas. Um se oferece por quatro horas de trabalho por duzentos reais. Outro por quatrocentos, e assim vai... Ganha quem trabalhar mais barato! Isso pode até ser juridicamente legal, mas é imoral! E os representantes da classe não tomam nenhuma posição!” (entrevista– Kriger)

Modernamente, Fernandes in Grec (1994: 171) em acepção genérica diz: salário é remuneração, férias, soldo, recompensa, paga ou estipêndio devido pela prestação de um serviço. Coloquialmente, remuneração é normalmente em dinheiro, devida pelo empregador, em face de serviço do empregado, remuneração de trabalho prestado por horista ou diarista, recompensa por serviços prestados.

Honorários – derivado do latim *honorarius* de honor, originalmente significa tudo o que é feito ou dado por hora, sem qualquer significado pecuniário, ou seja, dado gratuitamente a título honorífico, com honras. Daí deriva a expressão latina *honoris causa* – a título de honra. Honorário também é aplicado em acepção econômica para designar o prêmio ou estipêndio dado ou pago em retribuição a certos serviços. Seu uso no plural é considerado correto. Tal termo é usualmente empregado e reservado para pagamento de serviços prestados por certos profissionais, mormente os chamados profissionais liberais (cirurgiões-dentistas, advogados e médicos). O honorário, ao contrário do salário (ordenado, ou vencimento, sempre fixado previamente com caráter normal ou permanente), pode não ser previamente pactuado ou estabelecido, por estar adstrito ao serviço ainda por prestar, podendo ser estimado depois de sua conclusão. Entretanto, nada obsta que seja determinado previamente.

Já Fernandes in Grec (1994: 171), deixa claro que honorário é o vencimento, a paga, a retribuição de serviços prestados por advogado, por médico, e por conseguinte pelo cirurgião-dentista.

Remuneração – a designação correta desse termo significa a composição de vários pagamentos feitos ao trabalhador, quais sejam, o salário efetivamente justados e as demais compensações complementares (porcentagem, moradia, ajuda de custo, etc.) atribuídas ao empregado em razão do emprego. A Consolidação das Leis do Trabalho (C.L.T.) no seu artigo 457, trata da matéria dando-lhe o mesmo sentido.

Salário Mínimo – é assegurado a todo trabalhador no território nacional conforme preceitua a Constituição Federal Brasileira no seu Capítulo II, artigo 7º, inciso IV.

O conceito de salário mínimo se encontra na Seção I da Consolidação das Leis do Trabalho (C.L.T), artigo 76 – “Salário mínimo é a contraprestação mínima devida e paga diretamente pelo empregador a todo trabalhador, inclusive ao rural, sem distinção de sexo, por dia normal de serviço capaz de satisfazer em determinada época e região do País, as suas necessidades normais de alimentação, habitação, vestuário, higiene e transporte”. Este artigo foi revogado pela Constituição de 1988 através de seu artigo 7, que mudou não somente o conceito, mas deu um tratamento mais incisivo, qual seja, o de um direito inalienável do trabalhador. É esta uma das cláusulas pétreas na Constituição, e isto é imutável. (GREC, 1999:170-171)

Motivação

Segundo Oliveira (1999: 149):

Motivação é o conjunto de motivos que levam o indivíduo a agir de uma determinada forma. Se as pessoas forem forçadas, estarão realizando o trabalho apenas por pressão. Agem porque julgam que têm de fazê-lo, mas se estiverem motivadas farão a escolha certa para realizar o trabalho de forma correta porque significará algo para elas.

Os motivos que levam os indivíduos à ação são as necessidades humanas que produzem padrões de comportamento, os quais variam de indivíduo para indivíduo.

As necessidades ou motivos não são estáticos, ao contrário, são forças dinâmicas e persistentes que provocam determinados comportamentos.

A relação estabelecida entre trabalho e existência tem seu foco principal na constante necessidade de averiguar os vários significados atribuídos pelo próprio homem ao espaço social e geográfico.

As diferentes relações existentes entre capital e trabalho desenvolveram formas contraditórias que limitaram as posições ocupadas pelos homens no ambiente de trabalho. (OLIVEIRA, 1999: 143)

Para Fredmann apud Oliveira (1999: 144) o trabalho assume diferentes aspectos:

- aspecto técnico, que envolve questões referentes ao lugar de trabalho e adaptações fisiológicas e sociológicas;
- aspecto fisiológico, cuja questão essencial se refere ao grau de adaptação do homem – lugar de trabalho – meio físico e ao problema da fadiga;
- aspecto moral, como atividade social humana, considerando as aptidões, as modificações, o grau de consciência, as motivações e a relação íntima entre atividade de trabalho e personalidade;
- aspecto social, que considera as questões específicas do ambiente de trabalho e fatores externos – família, sindicato, partido político, classe social, etc.

Gestores

Trabalham na eficiência e no uso efetivo dos recursos para atingir metas e objetivos, com capacidade de adaptar-se às mudanças e padrão de trabalho onde implica a análise racional, operando dentro da estrutura de trabalho existente. São centrados em processos que levam em consideração o meio em que ele se desenvolve.

Estabelecem visão diferenciada do meio, criando oportunidades para iniciar mudanças. Devem ser criativos e imaginativos para definir as tarefas e funções que criem uma estrutura de trabalho. No caso dos gestores de Planos Privados de Assistência à Saúde existe regulamentação específica para o exercício desta função (RDC – 79 de 27/07/2001).

2. 5 – Gestão da Área Funcional de Logística

Aspectos e Recursos

A Logística foi uma das mais importantes funções desempenhadas pela gestão empresarial do final do século XX e início do XXI. As interações de procedimentos, a velocidade do fluxo de informações e a facilidade das comunicações está levando as empresas a se fortalecerem cada vez mais nos processos de Logística.

A chave para o desenvolvimento de uma verdadeira visão está em abandonar todas as restrições, enfatizando-se as condições que, uma vez alcançadas, permitirão mudanças que levarão a uma produtividade radicalmente melhorada de produção e distribuição para o benefício da população de todo o mundo (HARMON, 1994:10).

De acordo com Bowersox & Closs, apud Robles, L.T. (2001:32), a administração logística foi redefinida, em 1996, como:

O projeto e a administração de sistemas para controlar o fluxo de material, produtos em processamento e os estoques de produtos acabados para apoiar a estratégia de uma unidade de negócio.

Robles, L. T. (2001:32), acrescentou que os autores antes mencionados incorporaram em suas definições de logística integrada (que se referiam ao fluxo de materiais que se apresenta entre elas), o fluxo de informações entre as empresas, seus clientes e fornecedores. Essa observação é pertinente, pois Bowersox em sua primeira obra sobre Logística, editada em 1974, manteve a visão tradicional do tema:

O processo de gerenciamento de todas as atividades necessárias para movimentar estrategicamente matérias-primas, peças e componentes e produtos acabados de vendedores, entre instalações de empresas e para consumidores.

Atualmente, a visão da atuação da Logística nasce do cliente e termina no fornecedor, ou seja, dentro de um fluxo ao contrário do que o anterior (Figura 2.1).

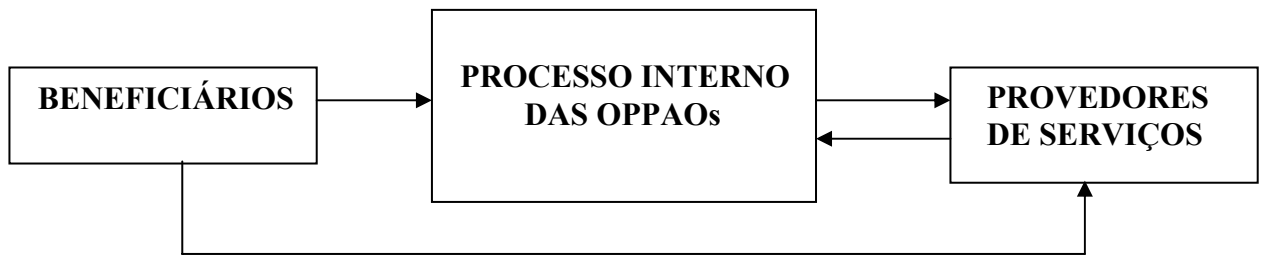


Figura 2.1 - Fluxo Logístico na Cadeia de Atividades das OPPAOs (desenhado pela autora).

Adaptando-se ao negócio das operadoras de planos privados odontológicos o esquema original de Bowersox, pode-se visualizar que o processo de atendimento inicia-se com a busca, por parte do beneficiário dos serviços odontológicos, através de uma OPPAO. Esta operadora tem cadastrados vários Provedores de Serviços (Cirurgiões-Dentistas credenciados), que atenderão os beneficiários ou seus dependentes. A seguir, seus serviços serão remunerados pela operadora correspondente.

Os processos de logística em uma operadora de planos privados de saúde médica ou odontológica estão dentro do conceito atual de administração de logística integrada, em que o fluxo de informações é vital para a operacionalização desse tipo de negócio de serviços.

2.6 – Gestão da Área Funcional de Tecnologia da Informação (TI)

A aplicação da tecnologia da informação na alta administração não é difícil de entender, pois esse é um objetivo que vem desde a primeira aplicação da tecnologia ao processamento de dados. O papel dos executivos na organização é tomar decisões sobre as atividades diárias que levem ao sucesso num futuro incerto e essa sempre foi uma tarefa intimamente ligada à informação.

Mc Gee e Prusak (1994:180) afirmam que:

O sucesso das atividades de pesquisa na área de operações durante e após a Segunda Guerra Mundial demonstrou o potencial para a combinação de dados precisos sobre os processos organizacionais com procedimentos analíticos rigorosos para se chegar a decisões muito mais acertadas do que as tomadas apenas com base no julgamento de executivos experientes e informados. Quando os computadores começaram a automatizar processos empresariais básicos como a contabilidade, gestão de estoques e entrada de pedidos, a expectativa de que as técnicas de pesquisas operacionais seriam as próximas a serem adotadas em toda a organização foi uma extrapolação simples. Da mesma forma que em relação a muitas inovações tecnológicas, seu ritmo tem sido muito mais lento, quase que imperceptível.

A tecnologia da informação é um recurso que deve ser incluído na definição da estratégia, junto a outros elementos considerados no planejamento estratégico, como: posicionamento de produto/serviço, estratégia de produção, estratégia de canais de distribuição e estratégias de preço/custo.

Existe uma diferença importante em relação à informação, comparada a outras variáveis consideradas na definição da estratégia: a informação pode operar como uma variável de definição sob duas formas distintas. Primeira, a informação e a tecnologia podem ser utilizadas para apoiar a definição estratégica de outras variáveis, como por exemplo, a diferenciação de produtos. Em segundo lugar, a informação e a tecnologia da informação podem ser utilizadas diretamente para criar alternativas diferenciadas de estratégias (Mc GEE & PRUSAK, 1994:53).

A informação acrescenta maior competitividade à empresa que obtém dados, os analisa e utiliza em seus negócios, como afirmam Mc Gee e Prusak (1994:64).

Se a revolução industrial guiou-se pela substituição do trabalho pelo capital, a revolução da informação substituiu o capital pela informação.

Para Dreyfuss (1998:3):

A área de TI deve ter em mãos as atividades que direcionam a tecnologia da informação no apoio aos objetivos de negócio: planejar dinamicamente, adquirir e disponibilizar a combinação apropriada de recursos internos e externos para executar serviços contínuos e projetos desenhados para atingir metas de negócios.

A revolução proporcionada pelo avanço da Internet na última década está levando as empresas a realizarem altos investimentos na automação dos serviços e processos empresariais, mesmo sem dispor do completo domínio sobre as novas tecnologias. Nesse caso, o risco pode ser considerável.

As empresas estão no mundo tecnológico movidas por uma forte razão: não há escolha. Nesse cenário, pessoas físicas e jurídicas estão a cada dia mais dependentes dos processos tecnológicos. De uma hora para outra, um problema no provedor, por exemplo, passou a ter um importante peso na coluna de custos da contabilidade de qualquer empresa – ou mesmo no orçamento doméstico.

Entregar o futuro da empresa a esse ambiente movediço sem os conhecimentos e cuidados necessários é arriscado.

As novas tecnologias, tão importantes para o desenvolvimento dos negócios, quase sempre não amadureceram suficientemente para serem utilizadas em áreas críticas da empresa. Nesse caso, é quase certo que ela estará submetida a uma alta probabilidade de risco, como observa Flauto (2001:10): “as empresas devem manter constante vigilância contra ameaças que surgem das mais diferentes fontes. Para não serem pegadas de surpresa, algumas medidas, como auditorias e testes de intrusão, devem ser realizadas regularmente”.

“Outra área onde a informação e a estratégia se encontram é a do processo de gestão da organização, que incluem os processos de planejamento, alocação de recursos, avaliação de desempenho, remuneração e comunicação” (Mc GEE & PRUSAK, 1994:179).

Durante toda essa evolução, sob qualquer denominação que tenha sido aplicada à tecnologia emergente, as necessidades de informação dos executivos não receberam a atenção adequada para que pudessem utilizá-la plenamente.

No entanto, encontrar organizações que tenham utilizado essa tecnologia de forma eficaz para uso de sua alta administração é muito mais difícil. Alguns observadores acadêmicos, como Mintzberg e Kotler, argumentam que as tarefas e responsabilidades da alta administração sempre limitarão o papel direto da tecnologia da informação nas salas dos executivos; aguardam-se os próximos desenvolvimentos de hardware (por exemplo, comando de voz, computação baseada em caneta ótica, maiores telas gráficas, etc.) e do software de apoio para processos decisórios (McGEE & PRUSAK, 1994:181-182).

Ainda com relação à alta administração:

A tecnologia da informação, no entanto, poderá tornar-se relevante apenas se e quando os executivos compreenderem como e por que obtêm sua informação e os defensores da tecnologia compreenderem como atender às preferências dos executivos para a obtenção da informação que desejam de outras pessoas (McGEE & PRUSAK, 1994:181-182).

A avaliação deve ser contínua:

Dentro do contexto de infra-estrutura, os recursos da tecnologia da informação tornam-se relevantes, mas apenas como parte do quebra-cabeças. A melhoria dos recursos tecnológicos, por exemplo, facilita a coleta e armazenamento de dados detalhados sobre os eventos empresariais, que podem ser resumidos e apresentados em elementos operacionais, ao invés de financeiros, aos gerentes que não estão envolvidos diretamente nesses eventos. A importância ou não desse fato para uma organização não depende da capacidade tecnológica, mas sim, das decisões sobre como as medições serão utilizadas nos processos de gestão.

Na maioria das organizações, a atual infra-estrutura de avaliação é uma mescla de múltiplos componentes, que coletam e distribuem medições para uma variedade de propósitos e indivíduos. Algumas das atividades do sistema de avaliação utilizadas no dia-a-dia das empresas são: relatórios legais para órgãos governamentais; contabilidade societária para os acionistas, de acordo com padrões de contabilidade; contabilidade fiscal; contabilidade gerencial e de custos; e relatórios específicos referentes a grandes projetos. Essa mescla precisa ser reexaminada à

luz das medições e processos especiais requeridos pela perspectiva de avaliação estratégica de desempenho (Mc GEE & PRUSAK, 1994:199-200).

As observações citadas levam a entender que a avaliação é capaz de melhorar o uso, promover o contínuo desenvolvimento tecnológico e alinhar a infra-estrutura às necessidades de informação dos gestores, funcionários e credenciados de uma operadora de planos privados de saúde.

Para Mc Gee e Prusak (1994:199-200),

A maior atenção dispensada a processos e o uso de indicadores para treinamento e orientação estão fazendo com que a importância da comunicação e da coordenação se torne cada vez mais evidente. Ademais, os exemplos mais bem sucedidos de sistemas de informações executivas têm sido aqueles que enfatizam a melhoria da comunicação e a coordenação entre executivos.

A utilização do *e-commerce*, que se trata da comercialização eletrônica, principalmente pela *internet*, já é prática das empresas, inclusive de uma das OPPAOs deste estudo. Para tanto, os autores expõem a necessidade da prática da cooperação.

Cada vez mais, a interação rotineira e diária entre organizações ocorre com processos eletrônicos. O aparecimento gradual do comércio eletrônico e as suas implicações para a definição e a execução da estratégia. Um ambiente de negócios amplamente interconectado exigirá que as organizações procurem um novo equilíbrio entre a busca de vantagem competitiva e a busca de “vantagem cooperativa” (Mc GEE & PRUSAK, 1994:52).

“Para qualquer organização, o problema é assegurar que a tecnologia, a estrutura e as metas estejam em harmonia” (PERROW, 1972:74).

Com cooperação e interação harmônica interna e externa, o sucesso vem, como pode-se citar:

Gandour (2001:6) cita o emprego do e-mail com transmissão de voz, que ele qualifica como “comunicação com emoção”. Trata-se de tecnologia disponível e que pode ser empregada pelos atuais equipamentos instalados no mercado, sem adaptações. Ainda nesta área, ele prevê que a Internet assumirá proporções ainda difíceis de dimensionar, havendo possibilidades de multiplicação do número de endereços na Internet. Segundo Gandour, “a Internet hoje é uma malha com muitos buracos, e no futuro será uma pele que cobrirá toda a Terra”.

Tecnologia na área de saúde

No Brasil, a informatização na área da saúde é imprescindível, mas ainda incipiente por questões econômicas. As empresas necessitam apropriar-se da tecnologia da informação, até porque ela pode oferecer transparência para sustentação da organização. Em 1980 fundou-se a Sociedade Brasileira de Informática em Saúde, com profissionais da área reunindo conhecimentos sobre tecnologia da informação, que é hoje tão importante quanto o antibiótico para a medicina (GANDOUR, 2001:7).

Com a melhoria dos processos de gestão das operadoras em saúde (gestão profissional), com os sucessos aumentando e com a entrada de capital estrangeiro nesse mercado, a informática é uma ferramenta indispensável.

Com a flexibilização da Lei de Informática, que implicou a necessidade de aumentar a capacidade competitiva das empresas, os Sistemas de Gestão Integrada (ERP) cresceram muito. Com a Internet, inicialmente foram focados processos de pesquisa e comunicação entre consumidores finais, identificados como poderosas ferramentas de transformação do relacionamento entre as organizações.

Segundo Rossi (2001:32):

Todo esse potencial de transformação encontrado nos Sistemas de Gestão e na Internet não foi inicialmente aproveitado, pois os primeiros projetos focavam quase que exclusivamente a atualização tecnológica e melhoria de produtividade interna da empresa. À medida que os conceitos de integração funcional interna foram sendo melhor compreendidos, passamos a ter projetos focados nos aspectos de integração externa com parceiros de negócios e clientes, através da adoção das tecnologias de Supply Chain e Customer Relationship Management (CRM).

Investimentos em tecnologia:

Assim, não é de estranhar que em 2001 as empresas devam gastar 22 bilhões de dólares em sistemas de Supply Chain e de CRM no mundo, ultrapassando pela primeira vez o valor comercializado em sistemas de gestão tradicional (20 bilhões). Em 2004, a estimativa é de que esses investimentos sejam de mais de 54 bilhões de dólares, tornando-se o setor de tecnologia o de maior investimento nas organizações (ROSSI, 2001:32).

Com relação às OPPAOs é preciso investir na capacitação da rede credenciada, para que ela perca o medo da informatização, e, principalmente, para que saiba onde e como utilizar essa ferramenta em prol do aperfeiçoamento, educação e qualidade. É preciso selecionar, organizar e desenvolver conteúdos apropriados, de forma a facilitar o uso do computador e da Internet. Seria preciso também conseguir financiamentos para a compra de equipamentos que permitissem ao credenciado a utilização da tecnologia de forma integrada.

Telecomunicações, responsabilidade social e educação

É interessante citar a experiência do processo de tentativa para democratização da informática, onde esforços têm sido realizados para informatizar escolas e oferecer acesso à Internet, na suposição de que assim o conhecimento poderá ser socializado.

Todo empenho nessa direção pode produzir frutos e contribuir para a melhoria da qualidade da educação no País. As empresas de telecomunicações têm contribuído para esse esforço, gerenciando recursos públicos como os do FUST (Fundo de Universalização dos Serviços de Telecomunicações), e investindo recursos próprios.

Cada Real corretamente gasto em educação certamente terá um retorno positivo: uma população educada está mais apta a gerar desenvolvimento, mercado e bem-estar social. A responsabilidade social vai além de provisões para a infra-estrutura de informação e de telecomunicações.

É com essa visão que a Fundação Telefônica, complementando o investimento do Grupo Telefônica em infra-estrutura nas escolas públicas, investe hoje no desenvolvimento de um portal de educação voltado para a escola pública de ensino fundamental e médio, o Educarede, que, no próximo ano, estará apoiando alunos e professores na árdua, mas fascinante, tarefa do ensino e aprendizagem (MINDLIN, 1994:7).

Portanto, a gerência deve partir da hipótese de que não há nenhuma tecnologia pertencente a qualquer empresa e que, ao contrário, todas as tecnologias podem ser de grande importância para qualquer organização e ter grande impacto sobre qualquer uma delas.

Analogamente, a gerência precisa começar assumindo que não existe um uso final determinado para qualquer produto ou serviço.

Algumas implicações disso são que, em escala crescente, os não-clientes de um empreendimento – seja ele uma empresa, universidade, igreja ou um hospital – são tão importantes quanto os clientes, ou até mais, DRUCKER (1999:32).

De acordo com Walton (1994:23):

A Tecnologia da Informação abrange uma gama de produtos de hardware e software que proliferam rapidamente, com a capacidade de coletar, armazenar, processar e acessar números e imagens, para o controle dos equipamentos e processos de trabalho, e para conectar pessoas, funções e escritórios tanto dentro quanto entre as organizações.

Pela tecnologia o homem tem meios que ampliam suas capacidades, e a TI inclui a tecnologia da informação por computador, softwares, redes, terminais, pontos de venda (PDV), Internet, Intranet, e estão sendo base de um novo sistema produtivo.

As assinaturas eletrônicas, e as “chaves” de segurança para uso efetivo, serão ferramentas ideais para as operadoras em saúde agilizarem processos operacionais bastante morosos e burocráticos, quando legalizadas.

Hoje em dia praticamente todas as organizações são dependentes da TI. As OPPAOs e demais operadoras não poderiam existir sem a utilização intensiva da TI.

Os principais benefícios da TI para o segmento, em termos de possibilidades conhecidas e potencialmente a disposição das operadoras, sob o ponto de vista de relacionamento: OPPAO/BENEFICIÁRIOS e OPPAO/PROVEDORES, são:

OPPAO/BENEFICIÁRIOS

Cadastramento on-line

Extratos de uso on-line

Rede credenciada eletrônica

Acesso as regras e benefícios on-line

Conteúdos sobre a saúde dirigidos para os beneficiários

Acesso a prontuário eletrônico

Orientações dos fluxos operacionais e logística

OPPAO/CREENCIADOS

Elegibilidade/validação de pacientes

Autorização de procedimentos

Acesso ao banco de odontogramas e outros dados (prontuário)

Envio/Recebimento de contas

Status do processamento das contas em tempo real

Processamento on-line de contas

Demonstrativo de pagamentos / extratos

A utilização da TI reduz custos operacionais, tende a diminuir glosas, através da auditoria mais sistemática e transparente, bem como facilita os procedimentos administrativos de uma forma geral. Com relação aos investimentos em TI, o **QUADRO 2.2** extraído e adaptado do site da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), demonstra que o foco do investimento em TI deve estar voltado para as relações apontadas anteriormente, ou seja OPPAO/Beneficiário, bem como OPPAO/Credenciado. O trabalho citado preconiza, em certas circunstâncias, o investimento compartilhado entre as operadoras, a fim de viabilizá-lo economicamente.

QUADRO Nº 2.2 – Diretrizes Gerais para o Investimento em TI

I) CLIENTES/ PLANO			
Clientes/Beneficiários	II) PROVEDORES/PLANO		RELAÇÕES
	Planos de Saúde (PS)	Credenciados	
1	PS1	A	I) Clientes/Planos de Saúde Relações entre cliente e plano é “única”. Investimento isolado é a melhor opção - “core business” II) Credenciados/Planos Relação entre provedor e plano é “múltipla” Investimento isolado não irá trazer eficiência para o sistema Transação eletrônica entre plano e provedor deve ser terceirizada
2		B	
3		C	
4	PS2	D	
5		E	
6		E	
7	PS3	F	
8		G	
9		H	
10	PS4	I	
11		J	
“n”		K	

Fonte: UFRGS (disponível em: <www.ufrgs.br>).

2.7. – Gestão Funcional de Finanças

Quando criam-se indicadores de desempenho, é útil refletir sobre a razão pela qual as empresas se apoiam principalmente nos indicadores de desempenho financeiro. Numa organização simples os executivos podem perceber imediatamente uma conexão direta entre operações, atividades e seus resultados financeiros. De posse desse conhecimento, são capazes de conceber ações específicas para mudanças a serem aplicadas às operações que levarão aos resultados financeiros desejados. Os “modelos mentais” que ligam ações operacionais específicas a resultados financeiros previsíveis são simples e comprovados.

Na opinião de McGee e Prusak (1994:186):

À medida que as organizações crescem e se tornam mais complexas, passam a enfrentar um problema. As ligações entre atividades operacionais e resultado financeiro tornam-se mais extensas e mais sutis. Os modelos que os executivos utilizam para orientar suas ações precisam tornar-se mais complexos para refletir a maior complexidade da organização.

Com as mudanças que a Lei 9656/98 trouxe, as operadoras de planos de saúde que não são profissionalizadas podem ter mais dificuldades para reorganizar sua estrutura e administrar seus custos operacionais (LOURENÇO, 1999:20).

Uma empresa média precisa do acompanhamento constante de seus consultores em contabilidade e impostos, principalmente em períodos de recessão, quando o objetivo é manter a lucratividade (TREVISAN, 2001:4).

Segundo Ambrósio e Almeida (2001:13-14):

O primeiro passo é fazer um diagnóstico e identificar onde estão os acertos (porque eles existem) e os erros (existem também). Os acertos compõem os seus ativos: incremente-os e os salvasgarde. Em seguida, institua controles confiáveis que eliminem os riscos de erros ou fraudes. É importante também ficar atento à carga tributária e implantar um planejamento para evitar desembolsos desnecessários com impostos ou multas. Igualmente fundamental é a contabilidade, que deve ser transparente e trazer informações claras para que as decisões sejam tomadas com base em terra firme.

A conexão entre as decisões operacionais e os resultados financeiros é efetuada responsabilizando os administradores (descentralizados) pelos resultados financeiros específicos. Essa estratégia traz em si vários problemas.

Primeiro, muitas das ações que afetam resultados financeiros sob a responsabilidade de um executivo estão fora de seu controle direto.

Segundo, a maior complexidade do ambiente faz com que seja provável que administradores (descentralizados) achem difícil ligar ações operacionais a resultados financeiros, ainda que esses administradores estejam mais próximos da ação (McGEE e PRUSAK, 1994:187-188).

A contabilidade dá apoio aos sistemas de avaliação:

A maior parte dos sistemas de avaliação baseia-se em sistemas contábeis. O modelo de contabilidade de partida dobrada faz crer em uma precisão artificial. As exigências dos relatórios contábeis com fins fiscais perpetuam a necessidade de precisão nos sistemas de contabilidade. Quando as organizações passam dos sistemas de avaliação do tipo “quadro de pontuação” para sistemas de avaliação de diagnóstico/treinamento, a importância da precisão diminui. Quando os indicadores são utilizados para apoiar a tomada de decisões corretivas entre envolvidos em uma atividade, a existência de uma informação não totalmente precisa mas no tempo correto é melhor do que a precisão absoluta mas fora do prazo para decisão (McGEE e PRUSAK, 1994:201).

A administração financeira pode ser descrita como a arte de obter os fundos que a empresa necessita, da maneira mais econômica possível, como de fazer o uso ótimo daqueles fundos, desde que obtidos. A administração financeira pode então ser vista como um processo decisório. Estas são as palavras de Berman & Weeks, (1979:7) na obra: “Administração Financeira de Hospitais”.

A área de finanças tem conotações operacionais e de assessoria. As responsabilidades operacionais consistem na administração dos recursos financeiros e na administração contábil da OPPAO. As funções de assessoria estão ligadas ao apoio que a área financeira presta a diretoria e a alta e média gerência, no que diz respeito a disponibilizar informações e sistemas de informações gerenciais, voltados à facilitação de tomada de decisões que implicam em alterações econômicas, financeiras e patrimoniais. Além disso, a área financeira pode estar voltada à administração do risco operacional da OPPAO.

O relacionamento da OPPAO com os órgãos governamentais regularizadores, bem como com entidades de classe, normalmente é efetuado mediante a intermediação da área financeira.

A ANS tem regulamentado alguns aspectos da administração financeira e contábil das OPPAOs, instituindo um Plano de Contas Padrão, fixando normas referentes a determinação do perfil dos dirigentes das operadoras e definindo regras para a gestão de riscos, impondo a necessidade de constituir provisões para fazer face aos eventuais riscos assumidos pelas operadoras, tanto médicas como odontológicas.

A administração dos recursos financeiros consiste na gestão do contas a receber e do contas a pagar, bem como no conjunto da movimentação de recursos financeiros, através da operacionalização do fluxo de caixa (“cash-flow”).

A gestão do contas a pagar da operadora é considerada um dos fatores críticos de sucesso, tendo em vista a possibilidade de erros e fraudes nos pagamentos aos credenciados.

De acordo com Rocke, (2000:241) as perdas em decorrência de fraudes representam de 10 a 15% do orçamento nacional de saúde norte-americano, segundo dados do “General Accounting Office (1992:12)”. No Brasil não há dados oficiais sobre essas perdas. Para evitá-las, as operadoras contam com serviços especializados de auditoria de contas médicas, laboratoriais, odontológicas e outras. Normalmente, essa auditoria também faz parte das responsabilidades da área financeira e é integrada por médicos, dentistas e contadores.

A gestão do contas a receber está voltada para o recebimento das contraprestações devidas pelos beneficiários dos serviços das operadoras. O atendimento, na maior parte dos casos, só é agendado, efetivado e autorizado, mediante a informação do estado de pagamentos dos beneficiários. A área de Finanças negocia com os órgãos reguladores o percentual de reajuste das contraprestações, e depois de autorizado, atualiza os sistemas de cobranças.

No caso de dificuldades financeiras, a área de Finanças também responde pelos contatos com a ANS no sentido de evitar-se uma liquidação extrajudicial, pois as operadoras não estão sujeitas à lei das falências e concordatas, à semelhança das instituições financeiras.

A ANS emite regularmente resoluções que devem ser seguidas pelas operadoras, denominadas de RDCs (Resoluções da Diretoria Colegiada). Uma dessas resoluções, a RDC 77/01 (Anexo C), disciplina a gestão dos riscos das operadoras. Dentre os vários dispositivos

dessa resolução, destacam-se a necessidade de constituição de “Provisões Técnicas”, que são montantes a serem contabilizados em contas do passivo da operadora com o objetivo de garantir que as obrigações financeiras para com os seus beneficiários sejam cumpridas. Seu correto dimensionamento possibilitará avaliar adequadamente as responsabilidades reais das operadoras. As provisões técnicas deverão ser aplicadas de modo a preservar a segurança e liquidez das operadoras. As operadoras poderão abater da base de cálculo do imposto de renda as provisões técnicas constituídas (MP 2.158/2001).

Outra tarefa da área de finanças é a de calcular e acompanhar os custos e os orçamentos operacionais e de investimentos das OPPAOs. Com base nos custos apurados são definidos os valores dos planos de assistência odontológica.

Risco

Há também a chamada “Provisão de Risco” - PR, que visa resguardar a operadora de riscos futuros inerentes ao negócio de planos de saúde, como picos inesperados de eventos que venham aumentar demasiadamente os custos assistenciais. As Operadoras de Planos de Saúde (OPS) deverão constituir mensalmente PR, para garantia das suas obrigações contratuais.

A ANS também recomenda o cálculo do Índice de Giro de Operação – IGO, que pretende estabelecer um critério que visualize a solvência da Operadora no Curto Prazo, ponderando liquidez e estrutura de custos. O IGO, pode ser exemplificado, da seguinte forma:

Supondo que uma operadora tenha Ativo Circulante (AC) no valor de R\$ 5.000.000,00, Passivo Circulante (PC) no valor de R\$ 4.000.000,00, e as seguintes médias verificadas nos últimos 12 meses: Eventos Indenizáveis Líquidos (EIL) = 25.000.000,00; Despesas de Comercialização (DC) = 2.000.000,00, e Contraprestações Emitidas Líquidas (CEL) = 30.000.000,00.

$$IGO = \frac{\frac{AC}{PC}}{\frac{EIL + DC}{CEL}}$$

Se o IGO for maior que um, significa que a operadora não apresenta problemas. No caso do exemplo acima o IGO calculado é de 1,39, significando que a situação está aceitável.

O Governo Federal, através da Medida Provisória nº 2177-44 de 24 de agosto de 2001, alterou o Art. 22 da Lei n.º 9656 de 03 de Agosto de 1998, passando esse artigo a ter a seguinte redação:

“Art. 22. As operadoras de planos privados de assistência à saúde submeterão suas contas a auditores independentes, registrados no respectivo Conselho Regional de Contabilidade e na Comissão de Valores Mobiliários – CVM, publicando, anualmente, o parecer respectivo, juntamente com as demonstrações financeiras determinadas pela Lei nº 6404, de 15 de dezembro de 1976.

§ 1º A auditoria independente também poderá ser exigida quanto aos cálculos atuariais, elaborados segundo diretrizes definidas pelo CONSU.

§ 2º As operadoras com número de beneficiários inferior a vinte mil usuários ficam dispensadas da publicação do parecer do auditor e das demonstrações financeiras, devendo, a ANS, dar-lhes publicidade”.

Na área odontológica, há empresa que publicou seus demonstrativos por três anos consecutivos (1998, 1999 e 2000), conforme informação inserida na última publicação, divulgada pelo jornal Valor de 30 de maio de 2001, pág. B7.

Nesta publicação consta Relatório da Administração, onde destaca-se as seguintes informações:

- Publicação pelo terceiro ano consecutivo, em concordância com a política da companhia de transparência e inovação;
- Sólida situação financeira;
- Crescimento das operações;
- Consolidação da liderança da companhia no mercado brasileiro de planos odontológicos, principalmente, devido a estratégia de aquisições de carteiras e companhias;
- Padrão diferenciado de serviços oferecidos, aliado a sua flexibilidade e tecnologia, explicando, de acordo com o relatório da administração, as vendas recordes registradas;

- Índice de retenção de clientes de 99,16%, motivado pela constante busca de excelência e sua política de atendimento, o que resulta na satisfação dos clientes de classe mundial, de acordo com a administração da companhia;
- 447.000 associados em dezembro de 2000, praticamente dobrando o número de associados, ou seja 98,67% maior que o ano anterior;
- Receita de R\$ 38,23 milhões, 65,54% maior que a do ano anterior;
- Projeção de crescimento da receita bruta para o ano 2001 de 55%;
- Crescimento do resultado operacional de 28%, atingindo R\$ 2,1 milhões. O relatório explica que, este crescimento só não foi maior devido às características específicas da operação de planos odontológicos: em anos de crescimento acentuado, os custos com o atendimento da nova população (que traz consigo uma forte demanda reprimida por serviços odontológicos) afetam a sinistralidade;
- Como fato relevante, citou-se: Aquisição, em maio de 2000, do controle acionário de Clínica Dentária Especializada, líder em outros três estados. Essa aquisição marca a estratégia de busca de liderança em mercados regionais. Esta clínica agregou valor, visto dominar a melhor tecnologia disponível no país em administração de sistemas próprios de atendimento, além de vasta experiência como provedora de serviços para Operadoras de Saúde, uma das áreas de desenvolvimento também exploradas pela Operadora;
- Em dezembro de 2000 completou-se o processo de incorporação de outra empresa de Assistência Odontológica, adquirida em 1999;
- Estratégia de crescimento voltada para a regionalização de suas operações e parcerias estratégicas com operadores de saúde;
- Estar cada vez mais próxima de seus clientes e de sua rede credenciada, climatizando e personalizando o atendimento;
- Em dezembro de 2000, operava em cerca de 600 municípios de 27 estados, contando com uma rede credenciada de mais de 5.000 dentistas, 30% pós-graduados em suas respectivas especialidades;

- Com relação a Responsabilidade Social, as prioridades foram:
- Saúde bucal das crianças, em parceria com o Instituto Ronald McDonald's de combate ao câncer infantil; BM&F (Bolsa de Mercadorias e Futuros) e Liga das Senhoras Católicas;
- Desenvolvimento da responsabilidade social entre seus colaboradores, clientes e dentistas, divulgando e estimulando o engajamento em programas sociais.

O relatório termina com os agradecimentos aos clientes, acionistas, comunidade odontológica, fornecedores e parceiros comerciais, em especial aos 690 colaboradores e 5000 dentistas credenciados pelo seu comprometimento e profissionalismo que, em última análise, viabilizam o cumprimento da Missão da Companhia, de aproximar a sociedade da odontologia através da excelência na prestação de serviços.

Além do Balanço Patrimonial e da Demonstração dos Resultados, ambos, bem condensados, apresentando os números de 2000 comparados com 1999, a operadora apresentou quatro gráficos, mostrando a Evolução do Número de Associados: 1998 → 107.662; 1999 → 224.316; 2000 → 446.750. Evolução da Receita Bruta Corrente: 1998 → R\$ 13.772.984; 1999 → R\$ 32.766.420 e 2000 → R\$ 59.153.880. Evolução da Receita Bruta: 1998 → R\$ 12.606.351; 1999 → R\$ 23.094.419 e 2000 → R\$ 38.231.271. Evolução do Resultado Operacional: 1998 → R\$ 1.650.194; 1999 → R\$ 1.648.672 e 2000 → 2.104.127.

É responsabilidade da área financeira a emissão e publicação desses relatórios.

As demais operadoras de planos privados odontológicos, ainda não publicaram seus demonstrativos contábeis, provavelmente passarão a publicá-los a partir deste ano 2002 e referentes ao exercício fiscal de 2001.

A literatura sobre a gestão financeira de OPPAOs é inexistente, tanto em termos nacionais como internacionais. O que está começando a aparecer é algo para operadoras de planos de saúde médicos. Na Faculdade de Ciências Econômicas de São Paulo (FACESP), da Fundação Escola de Comércio "Álvares Penteado" (FECAP), o pioneiro nesse estudo é o Contador Otacilio Moraes Souza, que defendeu dissertação a respeito do tema de Controladoria para Operadoras de Planos de Saúde Médicos (OPS). Porém, sobre gestão financeira de OPS nada há a respeito, muito menos para o segmento específico de OPPAOs.

2.8 – Gestão de Operações

No presente estudo, a visão operacional é satisfazer os objetivos da OPPAO, que seriam os de aumentar o número de contratos com empresas (negócios), aumentando os associados, gerando lucros ou sobras. Para tanto, a OPPAO deve estar atenta ao ambiente externo, que é o mercado e a concorrência, adquirindo cada vez mais competência, agregando valor, diferenciando-se, tanto em conhecimento como em tecnologia, para fazer mais, melhor e mais rápido aquilo que o cliente quer.

No geral, as empresas apresentam:

Estruturas Organizacionais: O número médio de níveis hierárquicos na administração aumenta quando se passa da produção unitária para a produção em massa e desta para a produção por processamento. Uma hierarquia mais achatada, em situações de tecnologia unitária, ajuda a assegurar que as decisões do dia-a-dia possam ser tomadas próximas da atividade. Um supervisor não necessita subir vários degraus da organização para encontrar a autoridade suficiente para tomar uma decisão. Esta situação parece estar bem adaptada ao processo.

Práticas Administrativas: Geralmente, as empresas que operam com tecnologia de produção em massa têm um planejamento e um controle mais detalhados, mais regras e regulamentos, e uma definição mais precisa das responsabilidades do administrador do que as empresas de produção unitária. Em síntese, os sistemas de produção em massa são geridos de forma mais formal. Nos sistemas de produção por processamento, a tecnologia de produção prevê, por si só, tanto controle, que os administradores talvez não necessitem fornecer, administrativamente, os controles detalhados, que são abundantes na produção em massa.

Pesquisas Correlatas: Pesquisadores fizeram estudos que tornaram possível verificar se poderiam ser encontrados resultados paralelos. Foram feitos estudos no Canadá e nos EUA com base em empresas de serviços e empresas de manufatura. Encontraram-se padrões de administração mais detalhados e formais na tecnologia de processamento que Woodward apud Maximiano (2000:331-334) havia encontrado.

Verificou-se que as empresas norte-americanas tendem a ser mais “pesadas no topo”, isto é, com mais pessoal de supervisão, que as empresas britânicas. Verificou-se, também, que o impacto da tecnologia quanto à moldagem dos

padrões administrativos é maior nas empresas menores do que nas empresas maiores. O mesmo estudo indicou também que, concentrando-se na “integração do fluxo de trabalho”- um conceito semelhante à padronização das operações de trabalho – em vez de se concentrar nos processos de produção, o estudo de Woodward apresentava validade, relativamente às empresas de serviço e departamentos governamentais.

As decisões tomadas nas organizações são tradicionalmente divididas em dois blocos: o bloco das decisões operacionais e táticas e o das decisões estratégicas. As decisões operacionais e táticas são de curso rotineiro, de prazo mais curto e não têm poder de afetar de forma muito significativa o futuro das organizações. Já as decisões estratégicas, além de diferirem em horizonte temporal e nível hierárquico ocupado por seus tomadores, têm maior impacto sobre a vida das organizações no longo prazo.

Pode-se dizer que as decisões operacionais e táticas, adotadas para garantir o cumprimento das orientações estratégicas, quase sempre apresentam um comportamento repetitivo e linear, de maneira que inferências de vários tipos tornam-se menos arriscadas do que quando nos referimos às decisões estratégicas.

No campo das decisões operacionais, parte-se do princípio de que o futuro não deverá ser muito diferente do que a experiência já ensinou no passado, como aumentar receitas, reduzir custos e verificar margens de contribuição de produtos. No entanto, até mesmo nesse tipo de abordagem, que se ocupa de questões mais previsíveis, devemos admitir um certo grau de incerteza com relação ao futuro.

As decisões estratégicas são menos deterministas e normalmente estão incorporadas à dinâmica de planejamento da empresa. Assim sendo, necessitam muito mais do julgamento e da experiência de quem toma decisões do que dos resultados automatizados que se pode obter com o tratamento formal das variáveis. Nesse contexto, a análise ambiental – conjunto de variáveis controláveis e incontroláveis encontradas nos ambientes internos e externos à empresa – configura-se como o principal instrumento de apoio às decisões estratégicas.

O instrumento mais forte para o gerenciamento da execução é a estrutura da organização. Um resultado comum ao final dos esforços de planejamento estratégico é um esforço de reorganização. Papéis e responsabilidades são realinhados para refletir novos mercados-alvo e para dar suporte a iniciativas específicas. Infelizmente, a reorganização é um processo lento e, além disso, desviar o foco da produtividade e voltá-lo para os membros da organização

poderão eliminar os lucros potenciais almejados na definição da estratégia (McGEE e PRUSAK, 1994:183-184).

Esses autores, ao referirem-se ao modelo operacional, destacaram:

O modelo operacional permite a todos compreender como as decisões operacionais afetam os resultados operacionais; como, por exemplo, um reparo efetuado num segundo turno permite que a produção continue no turno da manhã seguinte e leva a uma maior produção com uma determinada qualidade. O modelo financeiro permite que os executivos compreendam quais as receitas que fluirão de uma produção com determinada qualidade. Até que os dois modelos sejam reunidos, entretanto, é difícil para aqueles que tomam decisões operacionais minuto a minuto perceberem suas conseqüências em termos de dólares e centavos (McGEE e PRUSAK, 1994:189).

A gestão de operações em uma empresa de serviços pode ser equiparada a uma área de produção em uma empresa industrial. Entretanto, de acordo com Davis et all (2001: 78), há uma diferenciação entre os tipos de serviços, há serviços baseados no fornecedor e serviços baseados no campo. Nos baseados no fornecedor, o cliente tem que se deslocar até o serviço e nos baseados no campo, a produção e o consumo ocorrem no ambiente do cliente. Os autores afirmam que a tecnologia tem propiciado que, alguns tipos de serviços passem do primeiro para o segundo tipo, e citam especificamente os serviços dentários, onde veículos adaptados podem levar o dentista e seus equipamentos até o cliente.

Esses tipos de serviços, são classificados, pelos autores citados no parágrafo anterior, como: Negócios de Serviços. Além disso, apontam: Serviços de Apoio ao Cliente e Serviços Internos. Os de apoio seriam os do tipo 0800, onde o cliente liga para receber instruções adicionais, solicitar outros serviços ou fazer reclamações. Os internos seriam os serviços necessários para a empresa funcionar, também conhecidos como de apoio. Por ex.: Contabilidade, Jurídico, Departamento do Pessoal e outros. Caso um desses serviços passar a fornecer seus préstimos para terceiros, neste caso, então constituiriam outra unidade de Negócios de Serviços.

De acordo com os mesmos autores há três abordagens gerais para entrega dos serviços.

- a) Abordagem da Linha de Produção, exemplo típico: McDonald's;
- b) Abordagem de Envolvimento do Cliente, no caso dos caixas automáticos de bancos, auto-atendimento em postos de combustíveis, *self-services* e outros;

- c) Abordagem da Atenção Pessoal, cujo modelo, de acordo com os autores, no mercado norte-americano, é a loja de departamentos Nordstrom, que operacionaliza uma filosofia centrada no cliente e nos vendedores. Seu organograma, tem como topo da pirâmide o cliente, seguido pelos vendedores e na base a diretoria.

Davis et all (2001:78-79) identificam sete características comuns de sistemas de serviços bem projetados:

- 1) *“Cada elemento do sistema de serviços está em conformidade com o foco operacional da firma.* Por exemplo, quando o foco está na velocidade de entrega, cada etapa no processo deve ajudar a promover a velocidade.
- 2) *Ele é de uso amigável.* Isto significa que o cliente pode interagir com ele facilmente – ou seja, ele tem boa sinalização, formas compreensíveis, etapas lógicas no processo, atendentes cordiais que estão disponíveis para responder a perguntas e é facilmente acessível.
- 3) *É robusto.* Ou seja, ele pode suportar efetivamente variações na demanda e disponibilidade de recursos. Por exemplo, se o computador quebrar, sistemas efetivos de *backup* estão disponíveis para permitir que o serviço continue.
- 4) *É estruturado de maneira que o desempenho consistente por parte de seu pessoal e sistemas seja facilmente mantido.* Isso significa que as tarefas solicitadas aos trabalhadores possam ser desempenhadas repetidamente com alto nível de consistência. E as tecnologias de apoio dêem real suporte e sejam realmente confiáveis.
- 5) *Ele fornece ligações efetivas entre a retaguarda e o atendimento, de maneira que nada caia nas rachaduras.* Em outras palavras, as barreiras entre as diferentes áreas funcionais são reduzidas ou eliminadas.
- 6) *Administra a qualidade do serviço de maneira tal que os clientes vêem o valor do serviço oferecido.* Muitos serviços fazem bom trabalho por trás dos bastidores, mas não se fazem visíveis ao cliente. Isso ocorre especialmente quando uma melhoria no serviço é feita. A menos que os clientes tenham consciência da melhoria através da explícita comunicação a respeito dela, o melhor desempenho não irá, provavelmente, obter impacto máximo.
- 7) *É efetiva em termos de custo.* Há o menor desperdício possível de tempo e de recursos na execução do serviço.”

C. Grönroos, in Téboul, (1999:20), define serviços como: “Um serviço é uma série de atividades que normalmente acontece durante as interações entre cliente e estruturas, recursos humanos, bens e sistemas do fornecedor, com fins de atender a uma necessidade do cliente”

Téboul, (1999:26-29) afirma que os serviços acontecem no proscênio do prestador do serviço. Outros autores chamam de interface ou *front office* o local da realização do serviço. Evidentemente, atrás do proscênio, que em teatro é o palco, onde realiza-se o espetáculo, há os bastidores, ou as áreas de apoio (*back office*). Então, em todas as prestações de serviços, os procedimentos tem que levar em consideração, o proscênio ou interface e as áreas de apoio, que viabilizam a realização da prestação dos serviços.

A necessidade de repensar e dinamizar os processos empresariais para eliminar gargalos e esforços duplicados, causados pela comunicação deficiente e má coordenação entre as várias funções convencionais da empresa, atuantes no proscênio (*front office*) e nos bastidores (*back office*), utilizando-se a linguagem de Téboul, é fator primordial para o fluxo operacional das OPPAOs.

Apesar dos resultados animadores obtidos por empresas que adotaram e aplicaram essa abordagem a seus processos operacionais, nenhuma delas parece ter aplicado essa mesma perspectiva no exame de seus processos de gestão (McGEE e PRUSAK, 1994:195).

Os esforços na reengenharia de processos operacionais dirigem a atenção da organização para processos operacionais de uma forma ampla, que ultrapassam as fronteiras funcionais convencionais entre o proscênio e os bastidores, e até mesmo as fronteiras da empresa. Exigem novos tipos de comportamento e cooperação dos indivíduos encarregados da execução de subprocessos específicos. Para que essas atitudes continuem existindo é necessário redefinir os processos de gestão da organização para encorajar e promover a continuidade das mudanças. Se a mudança nos processos de gestão não for coordenada com a mudança nos processos operacionais as atitudes voltarão a ser as que os processos de gestão existentes vêm promovendo e recompensando.

Embora os esforços de reengenharia dos processos operacionais exijam a reengenharia correspondente dos processos de gestão para serem bem-sucedidas, o inverso não é verdadeiro.

As organizações podem redefinir seus processos de gestão sem a reformulação específica de seus processos operacionais, embora a utilidade desse procedimento não seja clara (McGEE e PRUSAK, 1994:199).

CAPÍTULO 3

MÉTODO DA PESQUISA

3.1. Considerações Gerais

Neste capítulo serão descritos os métodos de pesquisa adotados neste trabalho. Método vem do grego meta + odo, sendo meta = objetivo e odo = caminho. Portanto, método é a escolha do caminho para alcançar o objetivo.

O estudo de algumas características da gestão de Operadoras de Planos Privados de Assistência Odontológica requer pesquisa de campo com os principais gestores das empresas do gênero para iniciar um processo de exploração do assunto.

Os recursos metodológicos empregados visam obter com a pesquisa dados relevantes para entender alguns aspectos da gestão nas OPPAOs.

A pesquisa desenvolvida pode ser enquadrada no grupo das qualitativas e do tipo “estudo exploratório”.

3.2. Pesquisa Qualitativa e Estudo Exploratório

Segundo Godoy (1995:58), pesquisa qualitativa e de campo se confundem e parecem sinônimos. Para a mesma autora:

“A pesquisa tem o ambiente natural como fonte de dados e o pesquisador como instrumento fundamental”

“Os pesquisadores qualitativos não partem de hipóteses estabelecidas ... partem de questões ou focos de interesse amplos, que vão se tornando mais diretos e específicos no transcorrer da investigação”.

Como a pesquisa constitui-se num estudo exploratório, devido o assunto ser de pouco conhecimento e descritivo, busca entendimento do assunto na sua complexidade, e necessita de análise qualitativa à respeito.

As pesquisas exploratórias são, quase sempre, a primeira etapa de um estudo mais profundo ou amplo. O produto final deste processo passa a ser um problema mais

bem esclarecido, viável de ser investigado mediante procedimentos considerados mais elaborados e com maior rigidez no planejamento. Eventualmente, uma pesquisa exploratória pode ser conclusiva, dependendo da natureza do problema estudado e dos objetivos do projeto de pesquisa. Alguns exemplos de pesquisas realizadas neste nível são levantamentos bibliográficos e documentais, entrevistas não estruturadas, entrevistas com pessoas que tiveram experiências práticas com o problema pesquisado e análise de exemplos que estimulem a compreensão, tais como os estudos de caso (MINCIOTTI, 1999:31-37).

O presente trabalho é, portanto, estudo exploratório que visa conhecer as OPPAOs e principalmente algumas características de sua gestão e o principal instrumento utilizado foi a entrevista gravada, sob orientação de roteiro (Anexo F), como será descrito adiante. Os entrevistados foram os empresários e executivos proeminentes do setor pesquisado, a quem denominou-se: gestores.

3.3. Amostra

A amostra representa o todo a ser pesquisado, pois:

“Amostragem é o ato de obter amostra de uma população, e população é um conjunto de elementos, cada um deles apresentando uma ou mais características em comum” (BERQUÓ et alli, 1983:133).

Logo: “Amostra é uma parte da população”.

Ela pode ser determinada de forma probabilística ou não probabilística. A probabilística é determinada levando-se em consideração as probabilidades de ocorrência.

A amostra não probabilística, para ser representativa, precisa ser extraída de uma população e garantir sua homogeneidade. É o caso de uma amostra do sangue de um indivíduo, em que a representatividade independe da quantidade de sangue retirado para o exame.

3.3.1. Amostra por Conveniência

Ao planejar quais OPPAOs seriam objeto do estudo, dentre as possibilidades, estava a de selecionar “amostra” com pelo menos uma representante de cada modelo de atuação.

Observa-se na **FIGURA 3.1** as caixas do fluxograma destacadas, sendo uma com gestão da Administradora (ADM-S.A), três do tipo Odontologia de Grupo (sendo duas sociedades civis, com diferentes focos de atuação - OG-SC1 e OG-SC2 e uma sociedade anônima OG-SA), uma cooperativa (COOP), uma autogestão multipatrocinada (AG) e por último uma seguradora (SEG), que por se reportar à SUSEP, não se encontra no fluxograma da ANS, mas também opera planos e responde por eles na ANS, totalizando sete empresas, com oito entrevistados (a OG-SC2 concedeu duas entrevistas, uma com o dono e outra com um diretor).

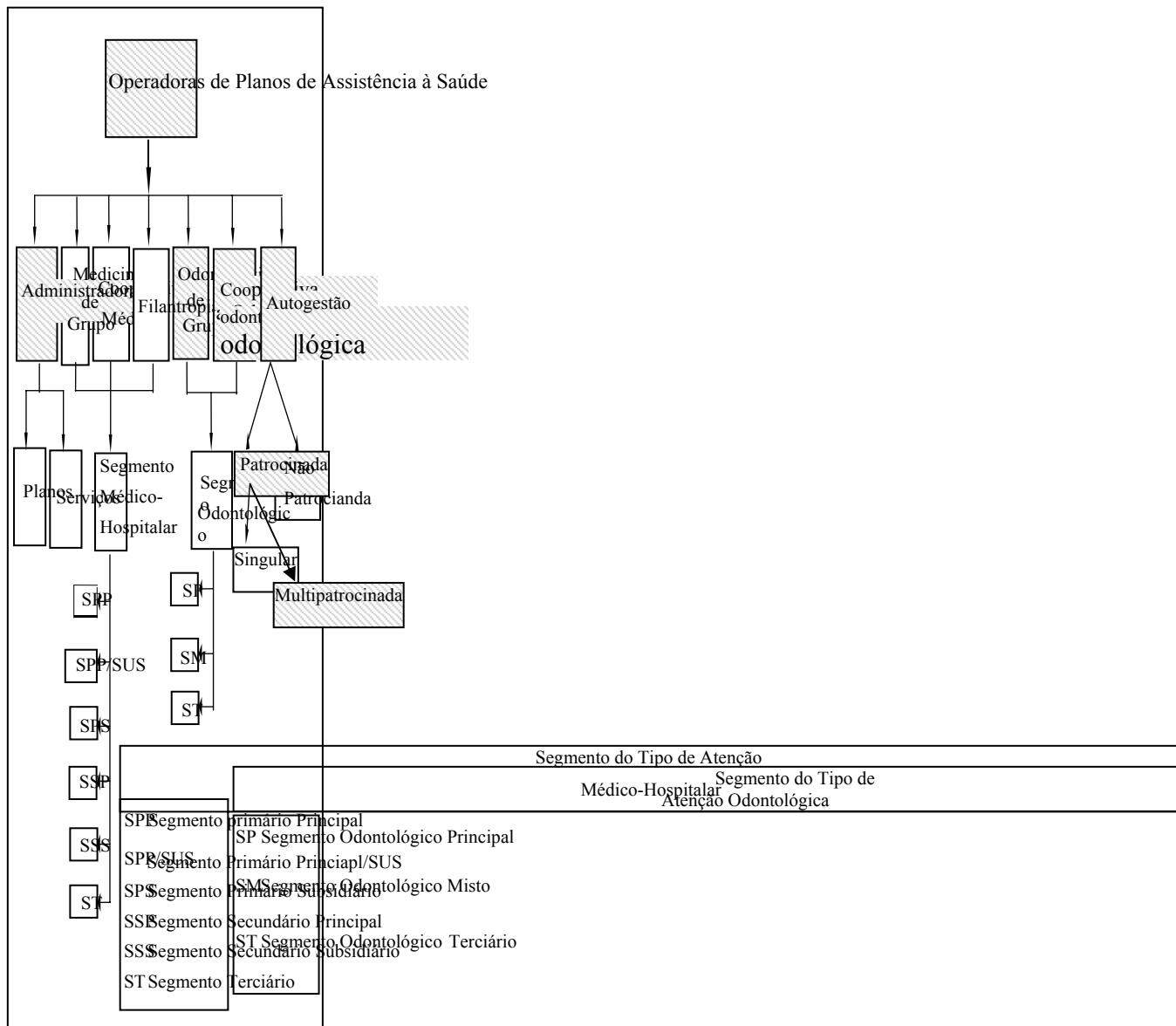


Figura 3.1 - Organograma: Segmentação das Operadoras de Planos de Saúde

Fonte: Manual de preenchimento aplicável às operadoras de planos de assistência à saúde. Brasil, ANS, 2000, pg. 65. Texto disponível na Internet: <http://www.ans.gov.br> em 12.03.2002

A seleção da amostra também levou em conta o destaque das operadoras dentro do mercado e também a disponibilidade em conceder a entrevista. O estudo abrange empresas Operadoras de Planos Privados de Assistência Odontológica (OPPAOs) sediadas no município de São Paulo.

Desde 1999 recolheram-se dados e listagens de Operadoras junto ao Conselho Regional de Odontologia de São Paulo (CROSP), Sindicato de Odontologia de Grupo (SINOG) e Agencia Nacional de Saúde (ANS). Constatou-se que as alterações são contínuas e os quadros elaborados pela autora estão em constante mutação pelas entidades, não estando atualizados, dado que verificou-se a falta de importância de apresentação dos mesmos, já que as modificações são constantes. O CROSP esteve sob intervenção e os dados passaram, a partir de 2001, a ser revisados, categorizados e atualizados segundo informação da responsável pelo setor nessa entidade.

Em 2001, percebeu-se pela procura de dados junto às listagens solicitadas e fornecidas pela ANS, que havia 78 empresas deste tipo no município de São Paulo.

No início dos contatos telefônicos com as operadoras, observou-se que muitas já não existiam e outras colocavam obstáculos para marcar entrevistas ou novos contatos, não se interessando pela pesquisa e até mesmo rechaçando o encontro.

No presente estudo, devido às dificuldades de aquiescência com relação às entrevistas, a amostra pode ser classificada como intencional, ou seja, para cada modelo societário foram selecionadas uma ou duas OPPAOs. Como as OPPAOs selecionadas são líderes ou ocupam a segunda posição no conjunto de OPPAOs de mesma organização societária ou modelo operacional, a amostra pode ser considerada representativa, visto que as operadoras pesquisadas representam grande parte do setor, notando-se que a participação no mercado deste conjunto de operadoras, bem como no número de vidas e/ou no faturamento é expressivo.

A escolha dessas categorias também foi devido à constatação da existência de diferentes naturezas jurídicas no mercado, procurando-se assegurar que a manutenção da estratificação societária atuante estivesse representada na amostra.

As características societárias dessas empresas foram examinadas, e em cada um desses modelos societários, de acordo com o Dicionário Jurídico Brasileiro, observa-se que:

Cooperativas: são sociedades de natureza civil, sem objetivos financeiros, tendo por objetivo atividade lícita; visa baratear preços para seus filiados. Como o nome deve usar a denominação empregada necessariamente, a expressão Cooperativa, que lhe é privativa. A responsabilidade dos associados pode ser solidária e ilimitada, ou limitar-se à integralização de sua cota parte (Lei 5764 de 16/12/1971).

Odontologia de Grupo: empresa que opera como operadora de planos privados de assistência odontológica, possuindo rede própria ou através de credenciamento de profissionais. Podem apresentar-se na forma de sociedade civil ou sociedade anônima.

Sociedade Civil (S/C): Aquela que se destina ao exercício de uma profissão que não envolva atos de comércio. Modernamente, tem grande alcance em face das dificuldades crescentes que enfrenta o profissional isolado, especialmente o liberal. A sociedade civil de fins econômicos acha-se prevista no artigo 1371 do Código Civil. Também é considerada particular a sociedade constituída para se exercitar em comum certa empresa, explorar certa indústria ou exercer certa profissão. Por outro lado, ainda que se revista de forma mercantil, a sociedade civil de fins econômicos, terá sempre a natureza civil; em sentido contrário, a sociedade anônima, qualquer que seja seu objeto, mesmo civil, terá sempre a natureza comercial. As sociedades civis de fins econômicos trazem, em sua denominação, a sigla S/C, que significa sociedade civil.

Sociedade Anônima: Estas sociedades têm o seu capital dividido em partes iguais e ideais denominadas ações, sendo a responsabilidade dos sócios, denominados acionistas, limitada ao valor nominal das ações que cada um possui. O número mínimo de acionistas é de dois. As sociedades anônimas não podem ter firma ou razão social, mas denominação social. O seu instrumento de constituição denomina-se estatutos sociais. As sociedades anônimas são reguladas pela Lei no. 6404, de 15/12/1976 (ACQUAVIVA, 2000:1304-1305).

As outras modalidades de atuação de OPPAOs pesquisadas enquadram-se nas configurações de seguro-saúde, administradoras de planos de assistência médica e/ou odontológica e autogestões.

Seguro-saúde: garante aos usuários a livre escolha de médicos, odontólogos e hospitais. Ligado geralmente a grandes bancos, oferece serviços médico, hospitalar e ambulatorial, contratados pelo sistema de reembolso de despesas. Exames e tratamentos especiais somente têm cobertura em algumas instituições, quando previamente autorizados pela empresa operadora do seguro e constantes da apólice assinada pelo segurado. Uma seguradora, além do seguro saúde propriamente dito, opera produtos com todas as

características de planos privados de assistência médica ou odontológica, de acordo com a legislação.

Autogestão: é o modelo em que a própria empresa administra o programa de assistência à saúde dos seus empregados. O objetivo é proteger e promover a saúde dos beneficiários, com recursos e serviços credenciados (convênios) ou de livre-escolha (reembolso). Sua administração pode ser própria e feita pelo empregador ou terceirizada. Seus principais participantes são empresas públicas ou privadas, entidades representativas, associações, cooperativas de usuários ou outras formas de instituições que caracterizem um sistema fechado assistencial sem objetivo de lucro. Três requisitos fundamentais: qualidade elevada, preço reduzido e satisfação dos usuários. Este modelo de plano de saúde é conhecido como Autogestão.

Administradora de planos de saúde: são empresas que contratam operadoras ou profissionais utilizando recursos de terceiros e reembolso de despesas por tabelas. Essas entidades possuem características próprias e podem intermediar empresas cliente com operadoras de planos privados de assistência médica e/ou odontológica.

Nos modelos estudados, após a entrevista seguindo seqüência de um roteiro, foram analisadas algumas características de gestão das OPPAOs pesquisadas.

Foi conveniente escolher empresas de cada uma das modalidades de operadoras de planos privados odontológicos que atuam no município de São Paulo e que consentiram livremente em participar do estudo, após terem sido esclarecidos do mesmo.

Foram escolhidas as empresas mais expressivas de cada categoria (dados recolhidos através do SINOG, CROSP, OCESP e Ministério da Saúde).

3.4. Coleta de Dados

A coleta de dados foi realizada através de três instrumentos: um roteiro de caracterização do ambiente físico (Anexo D) das operadoras, o segundo de identificação e de caracterização das OPPAOs (Anexo E) e outro roteiro de entrevista (Anexo F), que foram utilizados praticamente como equalizadores das entrevistas com os gestores. Foram utilizados como recursos para recolher dados secundários a revisão da literatura, pesquisa em *sites*, *folders*, folhetos, apostilas de cursos e informações verbais.

Os instrumentos foram elaborados pela autora, após pesquisa do assunto, para conhecer a problemática em questão e o que seria viável observar e coletar, pois pretendeu-se avaliar a gestão das empresas, enfocando algumas funções administrativas, após contextualizá-las quanto a características e história, verificando, com a opinião dos gestores das OPPAOs pesquisadas, seus pontos positivos e negativos, bem como suas tendências.

Depois de verificado, apurado, aprovado pela banca de qualificação e definido, o roteiro piloto foi testado com “população” escolhida para o estudo, a fim de evidenciar falhas como mal entendimento, inconsistência ou complexidade das questões, a fim de permitir maior clareza entre entrevistador e entrevistado, para então fazer verificações e correções de falhas. Como instrumento auxiliar da entrevista utilizaram-se fichas plastificadas contendo a descrição dos conceitos de alguns tópicos enfocados nos roteiros. Os conceitos inseridos nessas fichas estão destacados no Anexo F e auxiliaram no balizamento dos entrevistados sobre os temas, segundo o enfoque dos autores citados nas fichas.

3.4.1. Pesquisa Bibliográfica e de Dados Secundários

O levantamento bibliográfico, análise dos *sites* das empresas, pesquisa de campo e outros dados secundários (folhetos, *folders*, manuais de usuários, material de divulgação, jornais das OPPAOs, notícias e notas) podem levar a algum entendimento de como surgiram as Operadoras de Planos Privados de Assistência Odontológica, como atuam, sobrevivem e como poderão se sustentar no longo prazo.

A revisão bibliográfica comprovou que há afins e nenhum semelhante. Assim, sob o ponto de vista acadêmico, a ausência de pesquisa sobre o assunto justifica seu enquadramento como “assunto de poucos conhecimentos”, o que não representa seu desconhecimento no âmbito empresarial, ainda que de domínio de um grupo restrito de profissionais. Portanto, mais uma vez, o estudo exploratório foi o caminho mais adequado para esta pesquisa.

Os dados secundários ou complementares visam dar ao pesquisador uma visão mais abrangente do objeto da pesquisa. Além das entrevistas diretas, o pesquisador utiliza outros meios para obter dados e informações que podem ser relevantes e intensamente utilizadas nas análises e considerações finais.

Nesta pesquisa foram utilizados dados secundários de diversas fontes. Esses dados foram extraídos de sites da Internet dos órgãos governamentais que fiscalizam direta ou

indiretamente as OPPAOs. A fiscalização ou acompanhamento indireto é do Ministério da Saúde e os diretos são da ANS (Agência Nacional de Saúde Suplementar), SINOG (Sindicato de Odontologia de Grupo), IDEC (Instituto de Defesa do Consumidor) e sites dos jornais Gazeta Mercantil, O Estado de São Paulo e Diário de São Paulo.

Além desses *sites*, foram examinados todos os *sites* das OPPAOs objetos de pesquisa. Para as OPPAOs subsidiárias de empresas estrangeiras, também os *sites* dessas empresas foram visitados e examinados. A justificativa foi a de ajudar a associar possíveis políticas das matrizes nas subsidiárias brasileiras. O resultado dessa associação será apresentado e comentado nas considerações deste trabalho.

Os demais dados secundários utilizados referem-se a documentos internos, manuais, livretos, *folders*, jornais internos e externos das OPPAOs. Além disso, utilizaram-se informações coletadas junto às entidades oficiais ou extra-oficiais, divulgadoras de dados com relação aos números, índices e indicadores da economia do setor, bem como dados macroeconômicos do município, do estado e do país, que pudessem dar uma idéia do desenvolvimento observado durante o período pesquisado.

Outros dados considerados como secundários referem-se às legislações pertinentes ao setor de saúde médica e odontológica. As leis, decretos, medidas provisórias e outros dispositivos emanados dos órgãos reguladores como, por exemplo, os resumos das atas das “Reuniões da Diretoria Colegiada da ANS - RDCs”, que disciplinam e/ou regulamentam procedimentos a serem seguidos pelas operadoras de planos privados de saúde, tanto médicos como odontológicos. Como exemplo, pode-se citar a RDC 77/01, que regulamentou os procedimentos das operadoras com relação ao risco financeiro, instituindo a obrigatoriedade da constituição de provisões para eventuais riscos operacionais em Balanços, a fim de prevenir financeiramente as operadoras de saúde, para o surgimento de fatos não previstos.

3.4.2. Instrumento de Coleta de Dados: Roteiros

Para nortear as entrevistas foi elaborado e testado um roteiro que servisse de direcionador dos tópicos listados, de acordo com os objetivos da pesquisa.

Os instrumentos foram preparados para favorecer a pesquisa no sentido da fidedignidade, validade, operatividade, possibilidade de recuperação e rastreamento da origem dos dados, com seriedade e espírito crítico.

Para minimizar os erros, cuidados foram tomados para que não ocorressem respostas socialmente desejáveis, declarações que se enquadrassem em normas sociais que pudessem ser modificadas de acordo com o que o entrevistador quisesse ouvir do entrevistado. Foi importante, ao fazer a entrevista, reinformar ao entrevistado que as opiniões deveriam ser livres e as declarações confidenciais e anônimas. Também procurou-se diminuir erros com perguntas específicas e detalhadas, focadas no assunto e fichas sobre os principais temas para balizar o entendimento dos respondentes (Anexo F).

Após cada entrevista gravada, procedeu-se a transcrição completa. Da transcrição, extraíram-se informações sistematizadas e condensadas, a fim de obter quadros sinóticos dos resultados categorizados para comentários a respeito de cada um dos itens pesquisados.

Para equalizar as entrevistas, o roteiro contemplou aspectos considerados relevantes para a consecução dos objetivos da pesquisa. Esses aspectos foram distribuídos nos anexos D, E e F, com respectivos detalhamentos e justificativas, explicitados a seguir:

ANEXO D – Descrição do local pesquisado e atendimento recebido durante a entrevista na operadora de planos privados de assistência odontológica no município de São Paulo.

D1 – Caracterização do ambiente físico segundo critérios da percepção do senso comum.

Justificativa: Saber se há indícios de uma organização voltada para o visitante e para o cliente, averiguando os cuidados com detalhes como indicativos de qualidade da gestão para conferir a consistência das respostas dos entrevistados.

D2 – Caracterização específica do atendimento ao entrevistador pelo entrevistado e sua equipe.

Justificativa: As anotações têm relevância com relação a postura empresarial frente a pesquisa, busca do conhecimento, transparência que a OPPAO pode ter, demonstrando acolhida ao entrevistador e à sua instituição.

ANEXO E – Identificação e caracterização da operadora de planos privados de assistência odontológica (OPPAO).

E1 – Identificação da OPPAO (mantendo sigilo)

E2 – Caracterização da OPPAO.

Justificativa: Caracterizar a operadora com vistas a identificação de fatores de segmentação das análises que serão feitas.

E3 – Dados sobre o respondente.

Justificativa: Identificar o perfil do entrevistado e sua participação na gestão da OPPAO em estudo.

ANEXO F – Entrevista nas operadoras de planos privados de assistência odontológica (OPPAO).

F1 – Evolução Histórica da OPPAO

Justificativa: Conhecer a história empresarial e os momentos mais importantes em sua construção e evolução para compreender sua entrada no atendimento privado de assistência à saúde bucal da população do Município de São Paulo em 2001, e sua importância no contexto das necessidades da população.

F2 – Gestão estratégica e organizacional da OPPAO

F2₁ – Missão, valores e objetivos da empresa.

F2₂ – Estratégias e formas de comunicação da missão, valores, objetivos e estratégias para os funcionários e credenciados.

F2₃ – Descrição dos estilos de gestão/decisões predominantes na OPPAO.

F2₄ – Contratação, gestão dos serviços terceirizados e parcerias da OPPAO

F2₅ – Responsabilidade social, ética e acompanhamentos do cumprimento do comportamento ético empresarial.

Justificativa: Conhecer a atuação da gestão das OPPAOs com relação à estratégia empresarial.

F3 – Marketing

F3₁ – Políticas de Marketing (Ps).

F3₂ – Concorrência.

F3₃ – Vendas, negociação e contratos.

F3₄ – Fidelização, atratividade, racionalidade, valor das mensalidades em cada tipo de plano, principais expectativas e necessidades do cliente.

F3₅ – Reclamações dos clientes.

F3₆ – Endomarketing, políticas, reclamações, expectativas e relacionamentos: de clientes, funcionários e dentistas

Justificativa: Estudar como o marketing estratégico e de serviços está sendo utilizado pelas OPPAOs.

F4 – Recursos Humanos

F4₁ – Recrutamento e seleção.

F4₂ – Avaliação e desempenho.

F4₃ – Remuneração.

F4₄ – Treinamento.

F4₅ – Benefícios.

F4₆ – Desligamento de funcionários e credenciados.

Justificativa: Levantar informações sobre como uma OPPAO lida com o fator humano nos tópicos abordados e quais as principais políticas.

F5 – Logística

F5₁ – Aspectos, recursos próprios e terceirizados.

Justificativa: Conhecer a gestão com relação a essa função.

F6 – Tecnologia da informação (TI)

F6₁ – Aspectos, implantados, em implantação, pontos negativos e pretensão de investimentos.

Justificativa: Saber da importância da utilização dos recursos da TI, encaminhamentos e pretensões futuras.

F7 – Finanças

F7₁ – Resultados, fornecimento de demonstrativos, formas de recebimento e controle das mensalidades, definição e provisão contábil do risco.

Justificativa: A função financeira requer atenção especial devido a necessidade de equilíbrio do negócio e gestão do risco desse tipo de empresa.

F8 – Gestão Operacional

F8₁ – Identificação, operacionalização, controle, carência, cobertura, protocolo e procedimentos dos atendimentos, tipos de planos, formulários, metas de produção para os credenciados, controle de qualidade, glosa, manual de orientação e cumprimento de normas da ANS.

Justificativa: Conhecer o funcionamento da OPPAO.

F9 – Tendências

F9₁ – Tendências, pontos positivos e negativos para os envolvidos.

Justificativa: Conhecer a opinião do gestor quanto ao futuro desse tipo de operadora em saúde e quais as vantagens e desvantagens para os envolvidos.

Para cada tema pesquisado, observa-se, no Roteiro em anexo, subitens para que o entrevistador pudesse estimular as entrevistas sem esquecer pontos relevantes.

3.4.3. Entrevistas

Entrevistas podem oferecer bons resultados pois constituem uma fonte de dados para a pesquisa, devido à interação que o método permite, decorrente do encontro entre as pessoas, a fim de obter informações a respeito de determinado assunto, mediante conversação natural, embora de natureza profissional (MOREIRA: 1999:4).

(...) as entrevistas face-à-face proporcionam uma excelente maneira de explorar sentimentos e atitudes complexas. Esse contato permite ao pesquisador detalhar melhor alguns aspectos mal respondidos e observar características individuais. Há ocasiões em que as entrevistas produzirão uma informação mais precisa que outros tipos de procedimentos, que poderiam superficialmente parecer mais rigorosos ou objetivos, a situação ideal é não se basear em informação de somente uma fonte, mas combinar informações de diferentes fontes (SOMMER, 1997:40).

Numa entrevista, a troca de opiniões entre as pessoas, entre estímulos e respostas, permite que as idéias fluam, e poder-se-ia dizer que nessa conversação com objetivos definidos pode-se encorajar e despertar o interesse do entrevistado, onde muitas revelações importantes surgem e fluem.

A entrevista é útil quando se quer explorar questões emocionais, quando as oportunidades de observação são limitadas, para acessar crenças, opiniões ou características pessoais.

As respostas do entrevistado revelarão conteúdos explícitos e escondidos. Nem sempre há verbalização de tudo. Muitas informações podem ficar escondidas, às vezes reveladas por expressões, gestos e posturas. O entrevistador deve prestar especial atenção a todo contexto, observando, anotando e prestando atenção a todos os detalhes que forem demonstrados, não só ao emitidos verbalmente.

Escolheu-se a técnica das entrevistas gravadas, no sentido de oferecer maior credibilidade, confiança e com o máximo rigor ao trabalho. A pesquisa de campo através de entrevistas gravadas, apoiadas em roteiros, oferece espaço e liberdade para possíveis comentários paralelos, relacionados com o objeto da pesquisa, tornando-a mais rica e interessante, podendo, inclusive, ser utilizada para outros trabalhos específicos.

Os roteiros foram elaborados com tópicos a respeito da identificação, caracterização e para executar a entrevista propriamente dita, sendo que o conteúdo foi centrado em determinados tópicos, dificultando ao entrevistado fugir do assunto, no sentido de obter informações para interpretar e descrever.

Para Bogdan e Biklen (1994:134): “(...) a entrevista é utilizada para recolher dados descritivos na linguagem do próprio sujeito, permitindo ao investigador desenvolver intuitivamente uma idéia sobre a maneira como os sujeitos interpretam aspectos do mundo”.

De acordo com Moreira, (1999:6), na aplicação do “Questionário” com a presença física do entrevistado, este avista-se pessoalmente com o respondente, perguntando-lhe diretamente, face-à-face, com o questionário em mãos.” Na pesquisa em questão não há questionário, mas roteiro, e essa situação é semelhante, o que pode trazer vantagens e desvantagens, e entre estas podem-se citar, segundo o autor:

“Vantagens :

- a) Flexibilidade: o entrevistador pode pedir mais detalhes, explicar questões que não estão muito claras, bem como usar auxílios visuais, tais como mapas ou fotos.
- b) Alta taxas de resposta ao questionário são maiores na entrevista face a face do que com o questionário por correio. As pessoas em geral ficam mais à vontade em falar do que em escrever sobre suas opiniões e sentimentos.
- c) Permitem o uso de questionários complexos: estes podem ser administrados com auxílio dos entrevistadores, e incluir instruções detalhadas e muitas alternativas de respostas que poderiam desestimular o respondente pelo correio. Além disso, a

presença do entrevistador assegura que as instruções serão seguidas: a pessoa certa responderá ao questionário, as questões serão respondidas na ordem adequada e da forma esperada, e assim por diante.

Desvantagens:

- a) Alto custo: as entrevistas face a face têm custos muito altos, se comparados com o questionário pelo correio ou por telefone. Isso acontece devido ao fato de que há custos com treinamento de entrevistadores, com as estadias e locomoção, com o tempo gasto em cada entrevista, e com a supervisão dos trabalhos.
- b) Viéses introduzidos pelo entrevistador: embora treinado para permanecer em posturas neutras. O entrevistador pode, mesmo inadvertidamente, mostrar certos tipos de reação a determinadas respostas, inibindo ou orientando as repostas subsequentes. Assim, a aparência do entrevistador, seu tom de voz, seu estilo de perguntar, etc. podem enviesar o respondente”.

A entrevista constitui-se num instrumento importante de pesquisa, na medida em que permite um aprofundamento acerca do que as pessoas pensam, crêem e esperam dos fatos, diferentemente do questionário, enviado pelo correio ou Internet, em que o pesquisador não tem um contato direto com o entrevistado.

A escolha do informante provém de duas orientações, uma decorrente do tema em pauta, a outra decorrente de se saber que determinado indivíduo possui conhecimentos importantes a respeito do tema, no caso escolheu-se como informantes os gestores.

Esta circunstância postula a existência de um conhecimento prévio do informante, por parte do pesquisador; quanto mais conhecido aquele, mais seguro estará o pesquisador de que obterá um relato interessante e apropriado ao que está buscando; quanto menos conhecido, maior o peso do acaso ou da contingência, isto é, da possibilidade tanto de se obter quanto de não se obter as informações requeridas. Por isso, a opção de entrevistar gestores com a indicação e apresentação de alguém conhecido, ou gestores já conhecidos pela autora.

A qualidade dos informantes escolhidos é uma distinção, pois são aqueles que realmente têm muito o que relatar sobre o tema escolhido; no entanto, quando são indicados por outrem, o resultado pode ser decepcionante, ou pela falta de informações, ou pela brevidade da narrativa, ou ainda pelas inúmeras divagações do informante, saindo do assunto que se deseja esclarecer. Nesta pesquisa todos responderam a contento.

Para efeitos da pesquisa, optou-se por manter o sigilo das denominações sociais das OPPAOs pesquisadas, assegurando aos entrevistados que não haveria revelação de seus nomes e de suas empresas, para o que se procurou omitir características específicas que pudessem provocar evidências.

3.5. Estratégia

3.5.1. Estratégia de Pesquisa

A estratégia da pesquisa pautou-se pela observação dos seguintes passos:

1) Selecionar amostra “intencional” para as Operadoras, escolhendo:

Uma Cooperativa de Prestação de Serviços Odontológicos; três Odontologias de Grupo, sendo duas Sociedades Civas (S/C) e outra na forma de Sociedades Anônima (S/A); uma Administradora de Planos de Saúde, que no caso é sociedade anônima, (S/A); uma de autogestão (AG) e uma Seguradora (SEG).

2) Busca em listagens nos órgãos de registros das operadoras (CROSP, SINOG e ANS).

3) Contatos com especialistas no assunto, participação em encontros de entidades correlatas (CIEFAS, ABRAMGE, SINOG, APCD e CROSP).

4) Estabelecer contatos iniciais:

Com as Operadoras de Planos Privados de Assistência Odontológica em questão;

5) Agendamento das entrevistas

6) Execução em campo.

Tempo: 1 hora (no máximo mais 30 minutos) para cada entrevista

6.1) Aplicação do piloto.

6.2) Trabalho de Campo (Entrevistas)

7) Transcrição: Após aplicação do roteiro básico, descrito em tópico anterior e constante nos anexos D, E e F, houve a transcrição das entrevistas.

- 8) Categorização: Os dados relevantes foram minerados, colocados nos roteiros e, associados ao estudo das referências e estudo analítico-descritivo foram sistematizados.
- 9) Análise com base nas diferentes informações sobre cada tópico
- 10) Considerações tomando as referências, resultados e análises.

Para a constituição do universo das empresas, tentou-se utilizar vários cadastros e onde poderiam estar registradas as Operadoras de Planos Privados de Assistência Odontológica no município de São Paulo. A primeira listagem foi a do Ministério da Saúde, de 1999, onde encontraram-se 856 registros de Operadoras de Saúde, sendo 606 da área médica, e as restantes da área odontológica. Outros cadastros utilizados foram o da ABRAMGE (Associação Brasileira das Assistências Médicas de Grupo - www.abramge.org.br) e a listagem do SINOG (Sindicato da Odontologia de Grupo) com apenas 54 OPPAOs inscritas.

O CROSP (Conselho Regional de Odontologia do Estado de São Paulo), em 1999, forneceu listagem de 129 empresas, que foram classificadas pela autora.

A classificação das empresas, agrupadas por categoria, se mostrava com a concentração apresentada no **QUADRO 3.1**, no início da pesquisa, em 1999:

QUADRO 3.1 – Número e Participação no Mercado de Operadoras de Planos Privados de Assistência Odontológica segundo modelo societário, na cidade de São Paulo, CROSP, 1999.

MODELO SOCIETÁRIO	Nº	%
Sociedades Civas (S/C) ou LTDA *	75	58,1%
Sociedades Anônimas (S/A) *	9	7,0%
Cooperativas	15	11,6%
Outras	30	23,3%
TOTAL	129	100,0%

Fonte: CROSP (classificação feita pela autora)

* Odontologia de Grupo

Em 2001, solicitou-se nova listagem no CROSP (Conselho Regional de Odontologia de São Paulo) e OCESP (Organização das Cooperativas do Estado de São Paulo), além da listagem da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), em busca das operadoras em

saúde bucal nela registradas e pertencentes ao município de São Paulo, no entanto os dados recebidos permitiram distribuição conforme o apresentado no **QUADRO 3.2**

QUADRO 3.2 - Operadoras de Planos Privados de Assistência Odontológica com registro no CROSP, OCESP e ANS no Município de São Paulo em 2001.

MODELO SOCIETÁRIO	OCESP	CROSP	ANS
Sociedades Cívis (S/C) Ltda.	0	90	76
Sociedades Anônimas (S/A)	0	7	1
Cooperativas	13	0	1
Outras	0	0	0
TOTAL	13	97	78

Fonte: registros do CROSP, OCESP e Sistema de Registro de Planos de Saúde/ANS

Foram utilizados os cadastros do CROSP (Conselho Regional de Odontologia de São Paulo), da ANS (Agência Nacional de Saúde Suplementar) e OCESP (Organização das Cooperativas do Estado de São Paulo) e foram estudados alguns modelos societários das operadoras cadastradas e as mais operantes no município de São Paulo, líderes em seus modelos de atuação.

3.6. Fundamentação Teórica dos Métodos Utilizados

3.6.1. - Pesquisa Qualitativa

Os dados recolhidos foram, na maioria, qualitativos, e a pesquisa qualitativa, segundo Godoy (1999:63), é adequada à pesquisa social, porém é o problema da pesquisa que leva a opção da metodologia: “Quando o estudo é de caráter descritivo e o que se busca é o entendimento do fenômeno como um todo e na sua complexidade é possível que uma análise qualitativa seja a mais indicada”

A grande diferença entre o registro da informação viva e o registro através da escrita, que realça a observação que acaba de ser feita, está em que a informação viva provém do informante e de suas motivações específicas. Ao contrário, o questionário (para apresentar um exemplo), ou a entrevista com roteiro, têm origem nas preocupações do pesquisador, isto é, são impostos ao informante como algo exterior a ele, tendo ele de se conformar com um ritmo de perguntas que não é o seu, com perguntas orientadas por motivações que não são as suas.

3.6.2 Entrevistas Gravadas

A entrevista pode ser considerada como a forma mais antiga de coleta de dados orais. Entretanto, na forma simples de anotação concomitante ou *a posteriore* de respostas, tem sido responsabilizada por desvirtuadora de relatos. Para evitar-se ao máximo a possibilidade de desvirtuamento de respostas ou até mesmo de esquecimento de algum detalhe, tem-se recorrido à alternativa de gravar-se as entrevistas.

A entrevista gravada exige a transcrição da gravação para o papel. Essa transcrição visa basicamente conservar o material gravado, visto que há a possibilidade das fitas utilizadas na gravação tradicional com gravadores com fitas virem a se deteriorar. Os modernos gravadores digitais facilitam a guarda das entrevistas, na forma magnética em computador, mas também estão sujeitas a eventuais perdas ou então a dificuldades em sua recuperação, tendo em vista a atual pouca utilização desse instrumento de gravação.

O ideal é que a transcrição da gravação seja efetuada pelo próprio entrevistador em virtude da possibilidade de não apreensão de algumas falas do entrevistado motivadas por ruídos e interrupções normais, tais como: telefonemas, questões da secretária, cafézinho e outras, no local da gravação, como Queiroz (1991: 2-33) comenta:

Verifica-se assim a riqueza de dados que esta técnica permite alcançar, uma vez que, além de colher aquilo que se encontra explícito no discurso do informante, abre portas para o implícito, seja este o subjetivo, o inconsciente coletivo ou o arquetipal. Em qualquer desses casos, são novos rumos que a investigação pode tomar, mas que se vinculam estreitamente com as próprias condições em que devem ser efetuados os registros, isto é, com as exigências de uma boa aplicação.

As vantagens da transcrição, de acordo com a mesma autora, são:

- a) manuseio mais fácil nas consultas, pois independe de uma máquina;
- b) conservação mais longa do documento;
- c) facilidade para consulta *a posteriori*, por outros pesquisadores.

Considerando também esses fatos, optou-se por entrevistas gravadas para melhor captar as nuances naturais de cada característica pesquisada. É bom registrar que, dado o grande volume dos tópicos cobertos pelo roteiro, acredita-se que poucos empresários ou executivos teriam tempo e disposição para responder por escrito cada item, bem como não

estariam dispostos a presenciar a anotação de suas respostas, o que prolongaria ou inviabilizaria a pesquisa.

3.7. Sistematização dos Dados Obtidos

Em relação ao conjunto de entrevistas gravadas e transcritas, procedeu-se a uma sistematização compilatória no capítulo quatro deste trabalho. Os dados foram compilados de acordo com os quesitos constantes no roteiro básico. As informações prestadas pelos entrevistados, para facilitar a comparação entre as diferentes OPPAOs, foram dispostas em quadros, de tal modo que permitissem a visualização e comparação. Nessa compilação tomou-se cuidado para inserir informações que, embora colocadas em momentos específicos da entrevista, tinham tudo a ver com outros quesitos anteriores ou posteriores àquele momento.

A sistematização, configurada no capítulo quatro, pode ser tomada como uma espécie de resumo, que deu margem às análises e considerações finais de cada característica de gestão analisada. Evidentemente, dada a extensão dos objetivos deste estudo, várias questões poderão ser pesquisadas futuramente, visto que a pesquisa qualitativa não é, geralmente, conclusiva e o estudo é exploratório.

3.7.1. Tabulação

As entrevistas gravadas transcritas constituem dois Apêndices (I e II), sendo um considerado confidencial (II) e em poder da autora, que contém a transcrição completa das entrevistas, para elucidar possíveis questões da banca examinadora. Deste apêndice foram extraídas as respostas às questões formuladas no roteiro, mantendo-se, na maioria das vezes, as palavras dos entrevistados, conforme pode-se constatar no Apêndice I e no capítulo quatro deste trabalho. Essas respostas foram tabuladas de forma comparada, e sistematizadas para cada tópico do roteiro, onde o leitor pode visualizar o posicionamento de cada OPPAO em relação às questões formuladas. Procedeu-se a análise, dentro da sistemática adotada, dado o carácter qualitativo e exploratório da pesquisa.

3.7.2. Análise do Conteúdo

A análise de conteúdo consiste em: “procurar compreender os dados não como uma coletânea de eventos físicos, mas como um fenômeno simbólico e abordar sua análise sem interferir nesse fenômeno”; essas são palavras de Krippendorff apud Freitas e Janissek (2000: 17). O mesmo autor justifica a análise em virtude de que “... mensagens não tem um único significado... os dados podem ser olhados sob várias perspectivas, especialmente quando são simbólicos em sua natureza”. Portanto, a técnica da análise de conteúdo procura explicar e sistematizar essas perspectivas.

Neste trabalho, a autora cumpriu as etapas de pesquisa e de análise do conteúdo, conforme, algumas delas preconizadas, por Freitas e Janissek (2000:20): 1ª) Preparação do roteiro da entrevista; 2ª) Teste do roteiro com simulação; 3ª) Correções ao roteiro; 4ª) Validação do roteiro, junto ao orientador; 5ª) Aplicação do roteiro às entrevistas; 6ª) Transcrição das entrevistas; 7ª) Compilação comparativa dos dados, dispersos na entrevista, de acordo com o roteiro; 8ª) Redução de alguns dados, passíveis de tabulação, para facilitar interpretações; 9ª) Inferências, e 10ª) Análise, em relação ao referencial teórico e comentários gerais e específicos de cada característica das funções de gestão pesquisadas.

A análise do conteúdo foi efetuada, comparando-se as características de atuação das diferentes OPPAOs em cada função pesquisada, procurando-se apontar semelhanças, convergências e divergências, de acordo com assuntos levantados por autores citados no referencial teórico.

Foram desenvolvidas considerações relativas ao conteúdo do assunto, e apresentadas ao final do estudo. Considerações, críticas e também reflexões sob os itens dos quatro “pes”: pontos positivos, possibilidades, preocupações e propostas, pois esta técnica foi desenvolvida durante o curso de Mestrado em Administração de Empresas da FECAP/FACESP, na disciplina Teorias de Administração, ministrada pelo Professor Valter Beraldo, e consta do seu plano de aulas em 1999 (BERALDO, 1999:5).

CAPÍTULO 4

APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DE INFORMAÇÕES RELEVANTES

Este capítulo apresenta resultados das entrevistas realizadas, conforme roteiros dos Anexos D, E e F. Esses resultados foram obtidos das informações coletadas, categorizadas e organizadas conforme os roteiros propostos focando-se os pontos relevantes ao estudo.

As transcrições das entrevistas gravadas estão no Apêndice II em separado, preservando o sigilo dos entrevistados e das respectivas operadoras. A transcrição dos dados relevantes das entrevistas, ordenados nos roteiros, compõe o Apêndice I.

Considerando a manutenção do sigilo, as operadoras foram nomeadas por siglas, de acordo com tipo e modelo societário de cada uma.

Odontologia de Grupo – Sociedade Civil =>duas empresas: **OG-SC1** e **OG-SC2**

Odontologia de Grupo – Sociedade Anônima => **OG-SA**

Administradora de Planos de Assistência à Saúde => **ADM.OG-SA.**

Seguradora => **SEG**

Autogestão => **AG**

Cooperativa => **COOP**

4. 1 - Ambiente Físico, Atendimento ao Entrevistador e Caracterização das OPPAOs: OG-SC1, OG-SC2, ADM.OG.S.A, OG-S.A., SEG, AG e COOP.

Ambiente Físico

Todas as entrevistas, exceto a da Administradora de Planos de Saúde (ADM.OG.S.A.), foram realizadas nas sedes administrativas das OPPAOs. Como não há contato com os usuários dos planos, e como o contato com as “empresas-clientes” é baixo, a localização da

sede administrativa tem pouco peso em relação à proximidade do cliente (LOVELOCK & WRIGHT, 2001: 52).

O luxo, a modernidade, a otimização do espaço, a adequação da área, o macro (monumental), o apropriado e a simplicidade foram algumas características observadas nas sedes das operadoras e são apresentadas no **QUADRO 4. 1**.

QUADRO 4. 1 - Caracterização do Ambiente Físico das Operadoras de Planos Privados de Assistência Odontológica (OPPAOs), Município de São Paulo, 2001.

OPPAOs	AMBIENTE FÍSICO E LOCAL DA ENTREVISTA
OG-SCI	A localização é boa, nos arredores da região dos Jardins, Morumbi, Alto de Pinheiros. Os prédios da administração e da clínica própria estão localizados um em frente ao outro, denotando um certo luxo. O acesso de ônibus, trem urbano ou carro é facilitado, com estacionamento próprio. A recepção é realizada por funcionárias uniformizadas, tanto na clínica como na administração. Os prédios apresentam dispositivos de segurança como barreiras de entrada. Há computadores na recepção e em outros setores, que parecem em rede. O local da entrevista foi a sala da gerência odontológica, que é ampla, com mesa de reunião, armário, escrivaninha, com divisórias de vidro para um corredor que acessa às salas. A entrevista foi realizada ao redor da mesa de reunião, o entrevistado ofereceu água e café, servidos por copeira uniformizada.
SC2	A sede fica em uma casa grande, bem localizada na zona oeste da cidade de São Paulo e de fácil acesso. Possui estacionamento com poucos lugares, destinados à diretoria. Há uma segurança na parte externa da empresa. A entrada apresenta balcão com equipamentos de controle, uma recepcionista identifica o visitante, indaga o assunto que quer tratar, fornece crachá e conduz o visitante ao local de destino. É oferecida a opção de se tomar água ou café, aguardando em assento. O pessoal de recepção e escritório se apresenta uniformizado. A secretária denota habilidade no encaminhamento dos problemas. No andar térreo, além da recepção no <i>hall</i> de espera, há uma área de atividades de controle e <i>call center</i> , sala de reuniões e anfiteatro. A primeira entrevista foi no pavimento superior. A segunda reunião ocorreu no piso térreo em outra sala de reunião, grande e confortável. Há sinalização e sinais de modernidade. As instalações tem cores vibrantes, sobressaindo o vermelho. Há conforto, limpeza e facilidades para a locomoção. O pavimento superior possui escada de acesso bastante bonita e, com cuidado, sobe-se bem por ela. Há bom gosto na decoração e no mobiliário. Não foram observados painéis ou cartazes. Na sala do diretor há obras de arte (esculturas) e objetos pessoais de bom gosto. Há computador de mesa com tela de cristal líquido, de última geração. O local da entrevista foi essa sala do diretor presidente. Estava sozinho e em alguns momentos chamou a secretária para auxiliá-lo, ou ela precisou entrar para transmitir alguma mensagem. Várias vezes, uma copeira uniformizada ofereceu café e água. A sala é grande, a entrevista foi a beira da enorme mesa do presidente, com arrumação apurada. Na mesma sala há também mesa de reunião com 20 cadeiras aproximadamente. Parece que as instalações são voltadas à reuniões de negócios.
ADM. OG-SA	Esta entrevista foi realizada no escritório da consultora, situado em prédio comercial na região sul da cidade. O acesso só é facilitado por automóvel. Esta gestora montou a administração da assistência odontológica para grupo que atua na área de planos privados de assistência médica. O local da entrevista com acesso de automóvel possui estacionamento coordenado por empresa terceirizada. As recepcionistas do prédio (funcionários do condomínio) fazem o registro do visitante e o anunciam. Não se percebe sinalização no prédio, mas no escritório sim. Nesse edifício existem consultórios, escritórios e sedes de empresas. A espera é no hall do edifício, que é limpo e bem decorado. O escritório é de tamanho bem reduzido, organizado e com espaços otimizados.

OG-SA	<p>A entrevista realizou-se na sede em edifício na região da Av. Paulista, onde ocupa pelo menos dois andares. O local é de fácil acesso por ônibus e metrô. De carro o trânsito é difícil e para estacionar, mais ainda. Na entrada do edifício há procedimentos para identificar o visitante, tirando fotografia e copiando os documentos. No andar requerido uma recepcionista atende e pede que se espere num corredor largo que possui poltrona confortável e revistas, onde se lê propagandas da OG-SA. Não foi observada sinalização e uniformes, a não ser do pessoal do condomínio. A secretária da diretoria fica em outro andar e os corredores apresentam cartazes e painéis explicativos de empreendimentos da OPPAO. Não foram notadas plantas e obras de arte. Foi possível observar encaminhamento de materiais através de mensageiros. No andar superior existem muitos computadores e uma área compartilhada por dezenas de funcionários, sob o conceito de escritório panorâmico. As áreas destinadas às reuniões e à diretoria são separadas por divisórias de vidro completas, estando adequadas para tratar de negócios. Após espera numa sala de reuniões com mesa grande e cadeiras, a entrevista ocorreu na sala do diretor-presidente. Tanto a secretária quanto o diretor pareciam preocupados, o que, contudo, não prejudicou o andamento da entrevista.</p>
SEG	<p>A seguradora está localizada em conjunto empresarial junto à Marginal Pinheiros, sendo a entrevista realizada no sétimo andar do edifício. Há ônibus especiais para os funcionários. A construção é de luxo e a autorização para entrar é feita com cartão magnético recebido após a identificação, atravessando-se catracas para o ambiente interno e elevadores. Há, além da recepcionista, sistema de segurança, incluindo homens treinados. No andar de referência, o respondente, gestor dos planos odontológicos, mostrou demonstram conhecê-lo. O andar é enorme, sem divisórias, há bancadas de trabalho e microcomputadores para todos. É um escritório panorâmico. Algumas salas de vidro, fechadas, são utilizadas para reuniões e discussões. O “cirurgião dentista gestor”, atendeu prontamente, chamando uma cirurgiã dentista, assessora, para acompanhar o relato. As instalações são boas e padronizadas, apresentando simplicidade, limpeza, modernidade e grandeza. Não foram observados: sinalização, cartazes e painéis no ambiente.</p>
AG	<p>O local da entrevista foi o terceiro andar de um edifício na região da Av. Paulista. Ali fica a sede da autogestão que atua em todo o estado de São Paulo. O acesso é fácil por ônibus, metrô e para automóveis o trânsito é difícil, bem como há dificuldade para estacionar nos estacionamentos da região. Há barreiras para entrar no edifício, sendo necessária a identificação pormenorizada e checagem com o setor por telefone. Não percebe-se sinalização e uniformes. O ambiente parece ser apropriado. O responsável pela gestão da área odontológica fez a recepção, assim que o elevador chegou. O quarto andar é o local de atuação do gestor. No terceiro andar, uma saleta estava reservada para a entrevista. Atrás de uma escrivaninha pequena ele gentilmente concedeu a entrevista e permitiu a gravação solicitando sigilo. Foram servidos café e água por copeira uniformizada. Não foi observada sinalização, nem cartazes, quadros ou painéis. Também não havia plantas. O ambiente era básico, simples e na sala, além da escrivaninha e três cadeiras, apenas um aparelho telefônico. Parece não haver secretária específica para o gestor que ali trabalha em período parcial (4h/dia).</p>
COOP	<p>A localização da sede é boa, próxima a estação do metrô e terminal de ônibus. O trânsito da região tem horários de congestionamento, mas o acesso é fácil e o estacionamento é restrito, havendo a necessidade de estacionar em local mais distante e pago. A recepção é realizada por funcionários do atendimento e na porta de entrada há um elemento que faz a segurança, pedindo ao visitante que se identifique e mencione o que veio fazer, o que se repete para um dos funcionários que está atrás dos balcões, ao adentrar-se no recinto. No andar de entrada, atrás dos balcões, há cerca de cinco funcionários, sendo que há uma pequena sala ao fundo onde se percebe mais um ou dois funcionários em outro setor. Não há sinalização, não se oferece café ou água, mas há bebedouros para quem quiser se servir. É um ambiente simples. Há um pequeno sanitário, com alguns avisos educativos para preservação do local e da higiene. Não se notaram uniformes nem secretárias, havia uma senhora circulando no pavimento superior, próximo ao local da entrevista, na ante-sala. As instalações são simples em prédio especialmente construído para abrigar a administração da empresa onde a construção é básica e nada luxuosa, apresentando limpeza e conforto aceitáveis, com mobílias simples, alguns quadros, plantas, sem painéis ou cartazes, exceto do lado externo do prédio. Há computadores e circuito interno de televisão.</p>

O acesso é favorável para todas as empresas visitadas, com exceção da administradora e da seguradora, cujo acesso só é facilitado por automóvel. Em todas há locais para estacionar, embora alguns menos protegidos, outros com custos, suportados pela pesquisadora.

Nota-se a presença de barreiras (balcões, catracas, homens para garantir segurança), quer seja para verificar a procedência do visitante e a comprovação de que este é quem agendou a visita através de documentos pessoais fotografias, gravações em vídeo. Esses cuidados, numa cidade como São Paulo, bastante grande e com alto índice de violência, são necessários e comuns nas empresas.

Os ambientes são limpos e confortáveis e nas OG-SC1, OG-SC2 e OG-S/A foram observados ambientes apropriados para reuniões de negócios. Nas demais: na ADM.OG-S/A, com certeza essas reuniões ocorrem em outros espaços; SEG e AG devem possuir salas para isso, mas não foram mostradas.

Todos os escritórios parecem utilizar recursos de informática, em todos os equipamentos estavam presentes e em utilização.

Há pouca sinalização. Das empresas visitadas, três se localizam em prédios compartilhados, duas em edifícios exclusivos e duas em casarões. Há conforto, organização e limpeza em todos os espaços e há presença de equipamentos de informatização.

As entrevistas ocorreram em espaços que estavam disponíveis para a maior atenção possível, embora em algumas delas houvesse muitas interrupções. Em todas existiu o cuidado para fornecer acolhida ao entrevistado.

Atendimento ao Entrevistador

Agendamento

No **QUADRO 4. 2** pode-se observar como se realizou o agendamento. O atendimento por parte dos gestores das OPPAOs foi facilitado pelos conhecimentos pessoais e apresentações obtidas pela entrevistadora.

Pode-se afirmar que todos os gestores atenderam a contento (item D2 no Anexo D), colaborando com a pesquisa, oferecendo o que lhes foi possível no momento da reunião,

dando as melhores informações e as mais pertinentes ao roteiro da entrevista, muito embora todos muito ocupados e com agenda cheia de compromissos.

Outras operadoras que tencionava-se conhecer foram contatadas, porém pelos diferentes modelos, posicionamento no mercado e receptividade optou-se por estas, nas quais, embora com algumas dificuldades conseguiu-se concretizar o agendamento.

QUADRO 4. 2 – Grau de Dificuldade no Agendamento da Entrevista com as OPPAOs em estudo, no Município de São Paulo, 2001.

OPPAOs	OG-SC1	OG-SC2	ADM. OG- S.A.	OG-S.A.	SEG	AG	COOP
Agendamento	Foi dificultado devido a muitos compromissos do gestor.	Foi muito fácil e rápido.	Foi dificultado devido a muitos compromissos da gestora.	Foi muito fácil e rápido.	Foi muito fácil e rápido.	Foi muito fácil e rápido.	Foi dificultado devido a muitos compromissos do gestor.

Postura do entrevistado

No **QUADRO 4. 3** são apresentadas as posturas dos entrevistados durante as entrevistas realizadas, onde todos os respondentes evidenciaram interesse com a pesquisa.

QUADRO 4. 3 – Postura do Entrevistado durante a Entrevista nas OPPAOs, Município de São Paulo, 2001.

←POSTURA OPERADORAS	OG-SC1	OG-SC2	ADM. OG-S.A.	OG-S.A.	SEG	AG	COOP
Prontidão	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim
Atenção	Sim. Muito ocupado.	Sim. Disponível.	Sim. Ocupada.	Sim. Tanto a secretária quanto o diretor denotavam preocupação.	Sim	Sim	Sim, mas dividido. O entrevistado foi bastante solicitado durante a entrevista, devido a evento.
Gentileza	Sim. Interessado, mas ocupado.	Sim	Mostrava preocupação.	Sim	Sim	Sim	Sim
Pressa	Sim	Sim	Sim	Sim.	Calma	Sim. Muito Objetivo.	Não
Reatividade	Não	Não	Não	Não	Não.	Não.	Não
Indiferença	Não	Não	Não	Não	Não	Não	Não
Outras observações	Ocupado, mas interessado.	Disponível.	Preocupada Ocupada	Equipe demonstrava preocupação.	Tranquilo.	Objetivo	Dividido, com muitas interrupções

Observou-se que são pessoas ocupadas, envolvidas em muitos compromissos e por isso a pressa e a preocupação com eventos, concorrência e negócios. Nenhum denotou indiferença ou reatividade. Em um caso, o temperamento do entrevistado se mostrou mais calmo, denotando tranquilidade, embora observe-se sobrecarga de atividades para todos eles. O clima foi de credibilidade e cooperação. Muitos se empolgaram e fizeram muitos depoimentos espontâneos, manifestando postura pró-ativa, e em todos os casos com grande interesse e prontidão.

Tempo de Entrevista

As entrevistas, segundo o pré teste, deveriam durar de uma hora a uma hora e meia. No entanto, entusiasmo em muitas questões, interesse dos entrevistados, comprometimento, comentários detalhados e interrupções da rotina de trabalho chegaram a dilatar esse tempo para cerca de duas horas, em três das operadoras, como indicam os dados do **QUADRO 4. 4**.

QUADRO 4. 4 – Tempo de Entrevista nas OPPAOs em Estudo no Município de São Paulo, 2001.

OPPAOs Tempo	OG-SCI	OG-SC2*	OG-SC2*	ADM. OG-S.A.	OG-S.A.	SEG	AG	COOP
≈ 1 hora				X				
≈ 1,5 hora	X				X	X	X	
≈ 2 horas			X					
≈ 2,5 horas		X						X

* nesta OPPAO houve duas entrevistas com dois gestores diferentes, em dois momentos de cerca de duas horas.

Pós - Entrevista

O pós-entrevista foi tranquilo, nos casos de necessidade de confirmações e outros dados estes foram fornecidos e respondidos, como se pode verificar pelo **QUADRO 4. 5**.

QUADRO 4.5 – Pós- Entrevista nas OPPAOs em Estudo, Município de São Paulo, 2001.

Operadoras	Materiais solicitados ou oferecidos	Abertura para dúvidas	Abertura para contatos	Outras indicações
OG-SC1	Contratos, manuais e outros.	X	X	X
OG-SC2	Livreto, <i>folders</i> , <i>cd room</i> com dados e cópias em disquetes. Informações telefônicas.	X	X	
ADM.OG-S.A.	Nenhum, pois a gestora é consultora da OPPAO e estava fora dela.	X	X	X
OG-S.A.	Manuais, <i>folders</i> e contratos.	X	X	
SEG	Manual do usuário, contrato e levantamento de dados.	X	X	
AG	Levantamento de dados.	X	X	
COOP	Manual do usuário e três jornais	X	X	

Todos os gestores foram solícitos em relação a novos contatos e informações. Não se obteve dados detalhados sobre contratos, balanços ou resultados financeiros.

Quanto aos manuais e *folders*, apanhou-se no momento da pesquisa ou foram enviados posteriormente. Os que não foram fornecidos, optou-se por não insistir.

Caracterização das OPPAOs

As informações das OPPAOs não foram individualizadas em função do compromisso de sigilo com os respondentes. A classificação das OPPAOs é apresentada no **QUADRO 4.6**, segundo seu tipo de modelo societário e dentro da seqüência do ANEXO E.

QUADRO 4. 6 – Tipo de Modelo Societário das OPPAOs em Estudo, Município de São Paulo, 2001.

OPERADORAS	MODELO SOCIETÁRIO				
	Cooperativa	S/A	S/C Ltda.	Auto gestão	Seguradora
OG-SC1			X		
OG-SC2			X		
ADM.OG-SA		X			
OG-S.A.		X			
SEG		X			X
AG				X	
COOP	X				

Neste item é interessante reproduzir depoimentos do representante da operadora de autogestão AG que espontaneamente afirmou:

“Na minha opinião é o modelo que mais funciona, é o mais justo., é o mais eqüitativo. Por exemplo, eu tenho visto muito a classe médica e odontológica falando da cooperativa como o melhor modelo. Para mim, o melhor modelo, o mais justo, é a auto gestão, não a cooperativa. A cooperativa é muito interessante também, quando bem gerenciado... Mas na auto gestão, praticamente, eu diria que sempre é. Ela tem que ser muito ruim para não ser, ela é sempre mais justa, mais eqüitativa, o preço é muito mais baixo, não tem gasto com vendas, comissão de vendedor, propaganda, merchandising. Elimina tudo isso, otimiza.”

As operadoras de planos privados odontológicos examinadas apresentam-se em maior número sob o modelo societário de sociedade anônima (3), seguidas pelas sociedades civis limitadas(2), autogestões (1), seguradoras (1), cooperativas (1). Para odontologia de grupo, o modelo societário mais comum dentro do estudo, é o de sociedade civil ltda.

Conforme o mencionado no CAPÍTULO 2:

De acordo com Acquaviva (2000: 1305), “a sociedade civil com fins econômicos terá sempre natureza civil e a sociedade anônima, qualquer que seja seu objeto, mesmo civil, terá sempre caráter comercial.”

As seguradoras tem a característica de permitir a livre escolha dos profissionais e instituições de saúde.

As autogestões estão sob um modelo em que a própria empresa administra o programa de assistência à saúde e não tem fins lucrativos (BERBEL,1998: 15).

As cooperativas também só revertem as sobras em benefício do empreendimento, de acordo com a Lei 5764 de 16/12/1971, citada na página 40 deste trabalho.

O **QUADRO 4.7** mostra que, das empresas entrevistadas, três são odontológicas e quatro são médico-odontológicas.

QUADRO 4.7 – Caracterização do Modelo Operacional das OPPAOs Pesquisadas, Município de São Paulo, 2001.

Operadoras de Planos Privados de Assistência Odontológica- OPPAOs							
Modelo Operacional	OG-SC1	OG-SC2	ADM OG-S.A.	OG-SA	SEG	AG	COOP
Só odontologia		X		X			X
Médico-Odontológicas	X		X		X	X	

Muitas das operadoras são apêndices dos planos médicos, e há um número reduzido das que atuam somente com plano odontológico (os dados ainda não foram concedidos pelo Conselho Regional de Odontologia de São Paulo e ANS).

Um dos gestores afirmou que hoje os planos odontológicos se mostram como *commodities*, visto não haver diferenciação entre o que se oferece como “produtos” odontológicos e sua oferta, acoplada a planos médicos, apresenta dificuldades como as apontadas pela gestora da ADM-SA:

“Na verdade acaba sendo um trabalho meio obstinado dos gestores que acabam montando empresas de assistência odontológica ou produtos de assistência odontológica dentro da assistência médica porque você nunca consegue a devida atenção. Não é o core business da empresa, não é o foco da empresa, os investimentos não estão direcionados para esse produto.”

É bom citar que em 1998, a Lei 9656/98, dos “planos de saúde”, previa a inclusão e obrigatoriedade da assistência odontológica nos planos de assistência à saúde, o que foi

modificado a seguir pela MP 1908-20 de 25/11/99, como citado no capítulo 1(1.4. Regulamentação).

Capital

Na composição do capital, identificou-se capital nacional, estrangeiro e misto (**QUADRO 4. 8**), com investimentos de outros países como Alemanha, Argentina, Bélgica, Estados Unidos, Holanda e Portugal.

QUADRO 4. 8 – Composição do Capital das OPPAOs Pesquisadas, Município de São Paulo, 2001.

Operadoras de Planos Privados de Assistência Odontológica- OPPAOs								
	OG-SC1	OG-SC2	ADM. OG-S.A.	OG-S.A.	SEG	AG	COOP	TOTAL
Capital Nacional	X	X	X	X	X	X	X	7
Capital Estrangeiro	X		X	X	X	X		5

O capital estrangeiro está envolvido, não só nas que operam os dois tipos de planos (médico e odontológico), mas também naquelas que são exclusivamente odontológicas, indicando que o setor se mostra atrativo a capital estrangeiro e também podendo introduzir na gestão procedimentos gerenciais de empresas multinacionais.

Isto é possível desde que a Lei 9656/98, regulamentando os planos de saúde, não proíbe utilização de capital estrangeiro nesse setor. (Cap. 1 – 1.4).

Sócios

QUADRO 4. 9 mostra o número de sócios das empresas entrevistadas, o que parece estar relacionado com os respectivos modelos societários. A ADM. OG-SA tinha três proprietários antes da fusão com empresa multinacional norte-americana, hoje é de capital aberto, sendo uma sociedade anônima.

QUADRO 4. 9 – Número de Sócios (proprietários) das OPPAOs Pesquisadas, Município de São Paulo, 2001.

OPPAOs	Número de sócios
OG-SC1	1 dono
OG-SC2	1 dono
ADM.OG-S.A.	Quando S/C: 3 donos. Após fusão: S.A.(acionistas).
OG-S.A.	Acionistas
SEG	Acionistas
AG	13 empresas
COOP	+/- 20.000 sócios

As informações sobre o número de funcionários das OPPAOs em estudo apresentam diferenças substanciais entre as escolhidas, tendo em vista a sistemática operacional. Em algumas operadoras os trabalhos médicos e odontológicos são desenvolvidos por equipes únicas. Já as demais contam com quadro de pessoal destacado exclusivamente para a assistência e atendimento odontológico (QUADRO 4. 10).

Funcionários

Com relação ao número de funcionários das OPPAOs, pode-se analisar que as áreas médica e odontológica têm procedimentos integrados e a variação desse número vai depender se o setor odontologia vai se utilizar da gestão da operadora médica ou se opera isoladamente a área.

QUADRO 4. 10 – Número de Funcionários das OPPAOs Pesquisadas no Município de São Paulo, 2001.

OPPAOs	OG-SC1	OG-SC2	ADM. OG-S.A.	OG-S.A.	SEG	AG	COOP
Nº de funcionários administrativos	200	100	Funcionários da OPPAM*	300	7	Funcionários da AG**	14
Nº de funcionários na gestão da Odontologia	2	2	4	NI	4	2	1

* OPPAM: Operadora de Planos Privados de Assistência Médica

** AG: auto-gestão

Assim, as operadoras de planos odontológicos possuem reduzido número de funcionários nas áreas de apoio. Algumas aproveitam a estrutura dos planos médicos e outras trabalham com funcionários dedicados exclusivamente à operação de planos odontológicos .

A operadora constituída na forma de cooperativa, líder no mercado, com o maior número de beneficiários, opera com reduzido número de funcionários de escritório, uma das razões pode ser o uso intensivo da terceirização de várias atividades.

Credenciados

As OPPAOs trabalham com rede de credenciamento e assim firmam contratos com dentistas que nelas se inscrevem, obtendo o título de “credenciados” para atender os beneficiários (vidas) das “empresas clientes”. O **QUADRO 4. 11** apresenta essa distribuição, conforme depoimento dos gestores entrevistados.

QUADRO 4. 11 – Número de Dentistas Credenciados pelas OPPAOs no Município e no Estado de São Paulo e no Brasil em 2001.

OPPAO	Município de São Paulo	Estado de SP	Brasil
OG-SC1	NI	NI	757
OG-SC2	4.000	8.000	18.000
ADM.OG-S.A.	1.200	NI	NI
OG-S.A.	209	NI	6.000
SEG	400	NI	3.000
AG	134	684	1.907
COOP	1.700	6.000	2.000

NI – Não Informado

Algumas operadoras credenciam cirurgiões-dentistas mantendo uma proporção entre profissionais e beneficiários (no caso da OG-S/A, essa proporção é de 1 credenciado para 100 vidas). A gestão da rede credenciada também é alvo de estudo das OPPAOs afirma a OG-SC2. Dados do CIEFAS (2000:14) apontam que 98% dos planos de saúde adotam o credenciamento.

Para Grec, (2000:62) os critérios para credenciamento apresentam problemas, quanto à discriminação de profissionais, cobrança de taxas, recolhimento de dados confidenciais e pessoais, incoerências legais, ou transformação do profissional em vendedor de planos.

Vidas

Os beneficiários de um plano de saúde são considerados como vidas. Um plano familiar dá cobertura à toda família, de acordo com seu regulamento. O **QUADRO 4. 12**, apresenta o número de vidas, informadas pelos entrevistados ou coletados em fontes acessórias. Os beneficiários devem estar cadastrados na ANS, com inclusões, exclusões e alterações informadas mensalmente

Normalmente, o número de vidas indica a grandeza (tamanho) de uma operadora, quer esteja trabalhando com planos médicos ou odontológicos.

QUADRO 4. 12 – Número de Vidas Contratadas pelas OPPAOs em estudo, no Estado de São Paulo e no Brasil, 2001.

OPPAO	NÚMERO DE VIDAS	
	SÃO PAULO	BRASIL
OG-SC1	NI	60.000
OG-SC2	NI	400.000
ADM. OG –S.A.	2.000	402.000
OG-S.A.	NI	550.000
SEG	28.000	113.000
AG	68.000	68.000
COOP	80.000	NI

NI = Não Informado

Observase que algumas operadoras forneceram o número total de vidas no Brasil ou no Estado de São Paulo. Nos dados referentes ao Brasil, a OG-SA é a maior e só opera planos odontológicos. No município de São Paulo, a líder parece ser a COOP.

Todas as OPPAOs analisadas são de grande porte, pois como já foi citado, as operadoras em saúde se classificam em:

- pequeno porte: com menos de 10 mil vidas
- médio porte: entre 20 mil e 100 mil vidas
- grande porte: com mais de 100 mil vidas (disponível em www.abramge.com.br, acesso em 28/09/2002).

Posição

O **QUADRO 4. 13** mostra a posição de concorrência no mercado das OPPAOs pesquisadas, segundo a conceituação do próprio respondente.

QUADRO 4. 13 - Posição das OPPAOs Pesquisadas no Mercado, classificadas pelos Gestores, Município de São Paulo, 2001

Operadoras	OG-SC1	OG-SC2	ADM. OG-S.A.	OG-S.A.	SEG	AG	COOP
Posicionamento	Porte médio.	Uma das líderes do mercado, dada às parcerias que têm.	Porte médio.	Líder no mercado, junto a COOP	Líder no segmento das seguradoras	Uma das maiores em Auto- Gestão	Líder no mercado.

As OPPAOs pesquisadas estão entre as maiores do mercado segundo as informações dos entrevistados e a maioria é via empresa, como se pode observar.

Para manter vantagem competitiva sustentável é preciso atender melhor que os concorrentes, e as OPPAOs desenvolvem estratégias nesse sentido, como se observa nos depoimentos.

Clientes

Os clientes participam do processo via empresa, quase que na totalidade dos casos, ficando na categoria de individuais os que foram demitidos ou pediram demissão das empresas, e que decidiram permanecer com o plano (**QUADRO 4. 14**).

A preferência por planos empresariais em detrimento dos individuais ocorre devido à segurança que o empresário pode oferecer à OPPAO, além de que a responsabilidade administrativa do plano fica com a “empresa-cliente” e seu departamento de benefícios. Assim, problemas com reclamações, inclusões, controles de pagamentos, desligamentos e outros serviços ficam fora da OPPAO, diminuindo processos burocráticos .

Na verdade, o cliente é a empresa, por isso usa-se o termo “empresa-cliente”, e seus funcionários são os beneficiários.

QUADRO 4. 14 – Principais Clientes das OPPAOs Pesquisadas, Município de São Paulo, 2001.

	OG-SC1	OG-SC2	ADM. OG-S/A	OG-S/A	SEG	AG	COOP
Via empresa	95%	90%	95% (*)	98%	100%	100%	97,5%
Individuais	5%	10%	5%	2%	0%	0%	2,5%
Outros	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%

Em uma das OPPAOs, na ADM.OG-S.A., 95%(*) de beneficiários participam via empresa, destes 90% são por adesão (por opção dos próprios funcionários) e 5% global (onde todo corpo funcional é coberto pela empresa)

Empresas Clientes

O número aproximado de empresas clientes com contrato com as OPPAOs pesquisadas, mostra-se no **QUADRO 4. 15.**

QUADRO 4. 15 – Número Aproximado de Empresas Clientes das OPPAOs Pesquisadas no Município de São Paulo, 2001.

OPPAO	Nº de Empresas Clientes
OG-SC1	80
OG-SC2	100
ADM.OG-S.A.	Iniciando *
OG-S.A.	+ de 200
SEG	220
AG	13
COOP	+ de 200

* Com um ano de atividade, atende apenas funcionários da operadora de planos médicos.

Nota-se que esses clientes podem representar grupos empresariais firmando parcerias globais ao invés de contratos de prestação de serviços individualizados. Nas empresas entrevistadas, a seguradora é a que tem mais contratos, seguida pela OG-SA e COOP.

Os contratos empresariais podem ser globais, em que a empresa oferece o benefício a todos, ou por adesão, que oferece mais riscos para OPPAO, visto que o primeiro é pago pela empresa e o último pelo beneficiário e quando isso ocorre, é mais utilizado, de acordo com Squillaci, 2000 (informação verbal) ¹, o fenômeno conhecido por “*Moral Hazard*” explica isso.

“*Moral Hazard*” é o fenômeno pelo qual uma pessoa (plano individual ou coletivo) aumenta seu consumo pelo fato de que não paga (ou paga pouco) pelo acréscimo de bens ou serviços que recebe (SERRA:30). No caso dos planos, haveria a tendência de usar os serviços, às vezes sem necessidade, ou negligenciar cuidados preventivos e oferecer mais riscos para as OPPAOs.

Setores Atendidos

Os setores mais atendidos pelas OPPAOs são os de serviços, em primeiro lugar, seguido pelo das indústrias, comércio e outros, como se observa no **QUADRO 4. 16**. Parece interessante, em estudos posteriores, identificar as causas dessa concentração do atendimento, que podem ser de natureza econômica, social ou cultural.

QUADRO 4. 16 – Setores Mais Atendidos pelas OPPAOs Pesquisadas, Município de São Paulo, 2001.

OPPAO	SETORES			
	INDÚSTRIA	COMÉRCIO	SERVIÇOS	OUTROS
OG-SC1	4°	2°	1°	3°
OG-SC2	2°	3°	1°	Sindicatos, assoc.
ADM.OG-S.A.	2°		1°	
OG-S.A.			Mais concentrado	
SEG	1°	3°	2°	
AG			único	
COOP**	**	**	**	**

IND = indústria

COM = comércio

SERV = serviços

Note-se que a AG só atende os próprios funcionários, ex-funcionários e agregados das empresas patrocinadoras, que são da área de serviços.

¹ Squillaci C.R., em palestra no 9º Congresso da ABRAMGE em 22/11/01

A COOP considera equilibrados os setores que atende, distribuídos em todas as áreas de atividades.

Em todas o atendimento à área de serviços é predominante, com exceção da SEG, em que predomina o atendimento à funcionários das indústrias.

Pontos de Atendimento

As OPPAOs entrevistadas apresentam pontos de atendimento distribuídos geograficamente de forma homogênea (**QUADRO 4.17**), exceto a ADM. OG-S.A., (concentrada nas zonas norte e leste), a OG-SC1 e a COOP (ambas concentradas na zona sul).

QUADRO 4. 17 – Pontos de Atendimento das OPPAOs Pesquisadas, Segundo Região do Município de São Paulo, 2001.

OPERADORA	REGIÃO				OBSERVAÇÕES
	NORTE	SUL	LESTE	OESTE	
OG-SC1	15%	50%	15%	20%	-
OG-SC2	25%	25%	25%	25%	-
ADM. OG-S.A.	40%	20%	30%	10%	-
OG-S.A.	25%	25%	25%	25%	Em mais de 600 municípios no Brasil
SEG	25%	25%	25%	25%	-
AG	25%	25%	25%	25%	-
COOP	25%	30%	20%	25%	-

A concentração dos pontos de atendimento está relacionada aos clientes e aos setores atendidos. Um exemplo é o da ADM. OG-S.A., que atua predominantemente com indústrias localizadas nas regiões norte e leste de São Paulo. A OG-SC1 tem concentração de credenciados na zona sul, onde se concentra a população de mais alta renda (A e B), que é seu foco.

Organogramas

A organização de uma empresa ocorre dispondo seus recursos, numa estrutura que facilite cumprir seus objetivos. A estrutura organizacional é representada graficamente pelo

organograma, onde as funções se mostram interligadas, evidenciando a hierarquia e interdependência entre as diversas unidades de trabalho. “O organograma demonstra também a divisão do trabalho e responsabilidades, canais e fluxo de comunicação, e onde todo o conjunto influi no processo de decisão (MAXIMIANO,2000:267)” e estilo de gestão.

Os “organogramas funcionais” das OPPAOs em estudo foram desenhados pela autora; alguns com orientação do gestor entrevistado, que é o caso das OG-SC1, SEG, e AG; outros construídos a partir da entrevista. Os organogramas estão apresentados a seguir, nas **FIGURAS 4.1 (OG-SC1), 4.2 (OG-SC2), 4.3 (ADM-OG-SA.), 4.4 (OG-SA), 4.5 (SEG), 4.6 (AG), 4.7(COOP)**, seguidos de considerações sobre eles.

OG-SC1

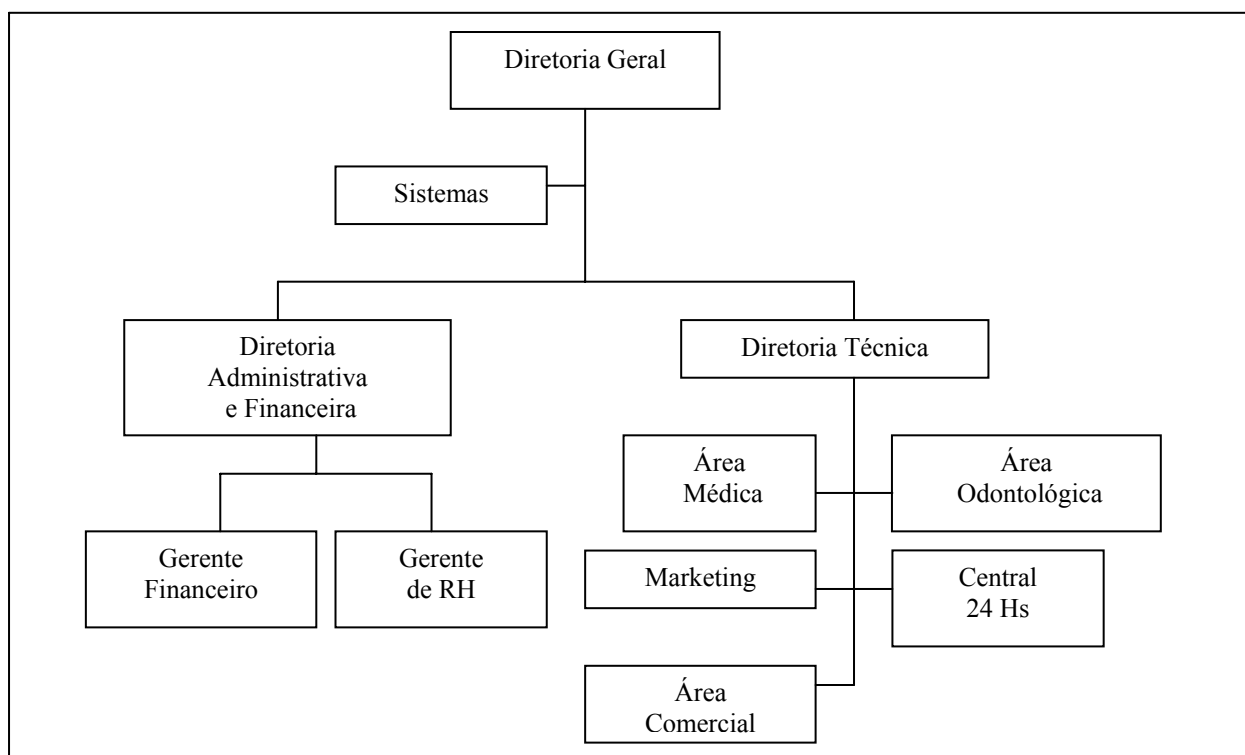


Figura 4.1 – Organograma Funcional da OG-SC1

OG-SC1

O desenho mostra que a área odontológica encontra-se no mesmo nível da área médica, reportando-se à diretoria técnica. Desta operadora foi entrevistado o gerente da área odontológica, que por vezes denomina de departamento, de acordo com as citações da entrevista: “...no meu departamento duas pessoas que ficam focadas em resolver

problemas;...metas do departamento para a próxima semana; ...causa um problema no departamento inteiro”.

OG-SC2

No organograma (desenhado pelo gestor) percebe-se ênfase para a área de sistemas.

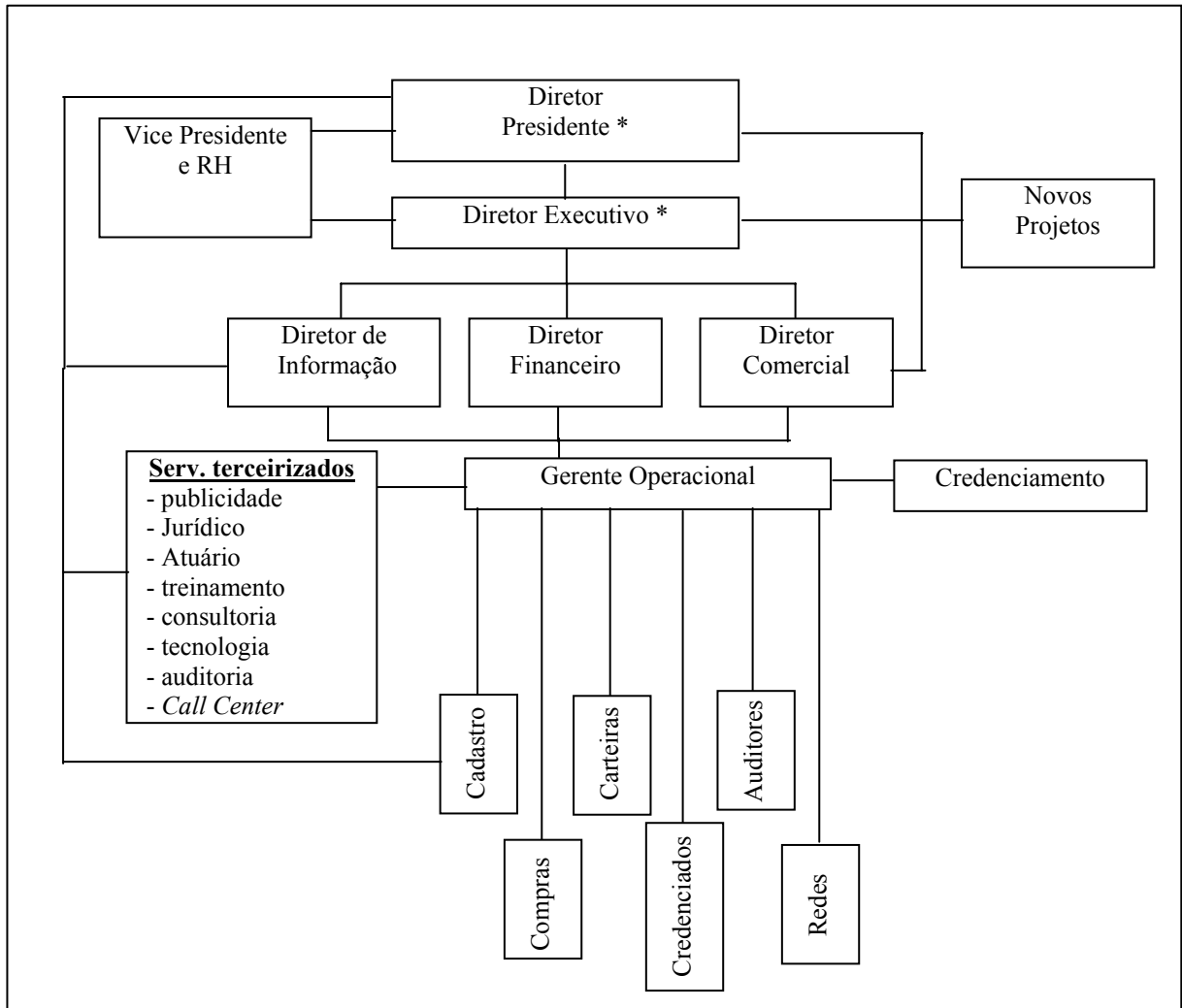


Figura 4.2 – Organograma Funcional da OG-SC2

*entrevistados

OG-SC2

A estrutura é voltada exclusivamente para odontologia, visando atendimento em alta escala. Para tanto, conta com apoio de infra-estrutura adequada a quantidade de beneficiários e rede credenciada.

A terceirização é bastante utilizada. Há ênfase para novos projetos. Foram entrevistados o diretor presidente e o diretor executivo. O organograma foi desenhado pela autora a partir das entrevistas.

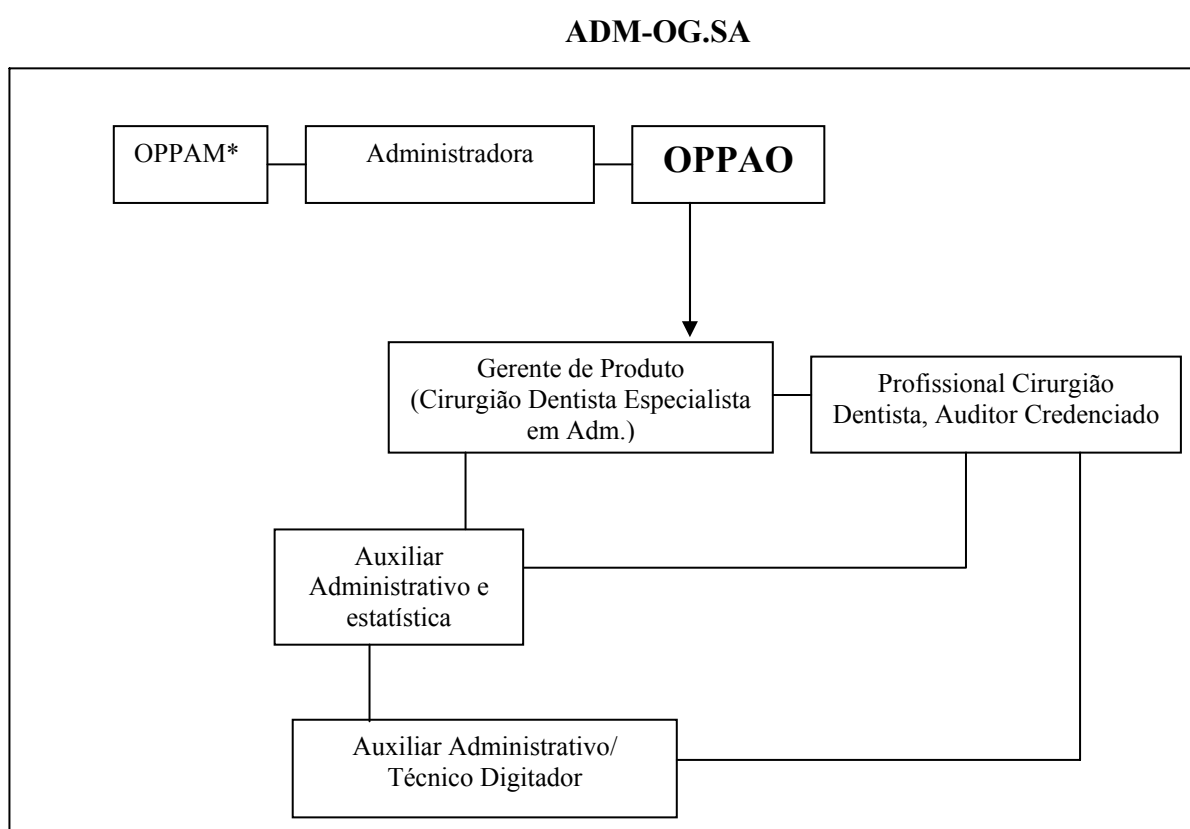


Figura 4.3 – Organograma Funcional da ADM.OG-S/A

*OPPAM – Operadora de Planos Privados de Assistência Médica.

ADM.OG-S/A

Desta operadora foi entrevistada a gerente de produto. Esta gerência é ligada à OPPAM (Operadora de Planos Privados de Assistência Médica) como se fosse um apêndice. Como subordinados, a estrutura é enxuta (um auditor, um auxiliar administrativo e estatístico

e um auxiliar técnico digitador) e usa recursos de apoio da OPPAM (Operadora de Planos Privados de Assistência Médica). A autora desenhou o organograma com algumas sugestões da entrevistada.

OG - SA

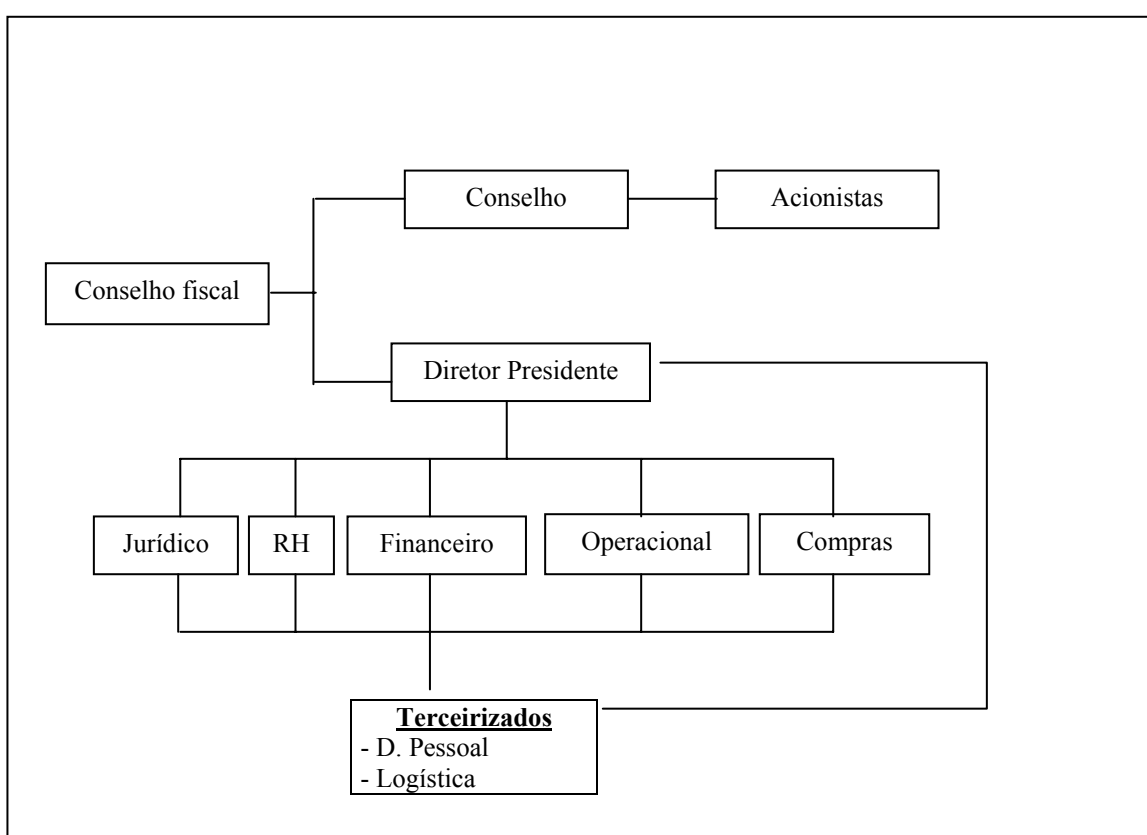


Figura 4.4 – Organograma Funcional da OG-S/A

OG-S/A

Como é uma operadora exclusivamente odontológica, a alta administração se reporta aos departamentos citados. Obteve-se pouco detalhamento para o nível operacional. O entrevistado nesta OPPAO foi o diretor presidente, que é subordinado aos Conselhos Fiscal e Diretivo (dos acionistas). O organograma foi desenhado pela autora a partir da entrevista.

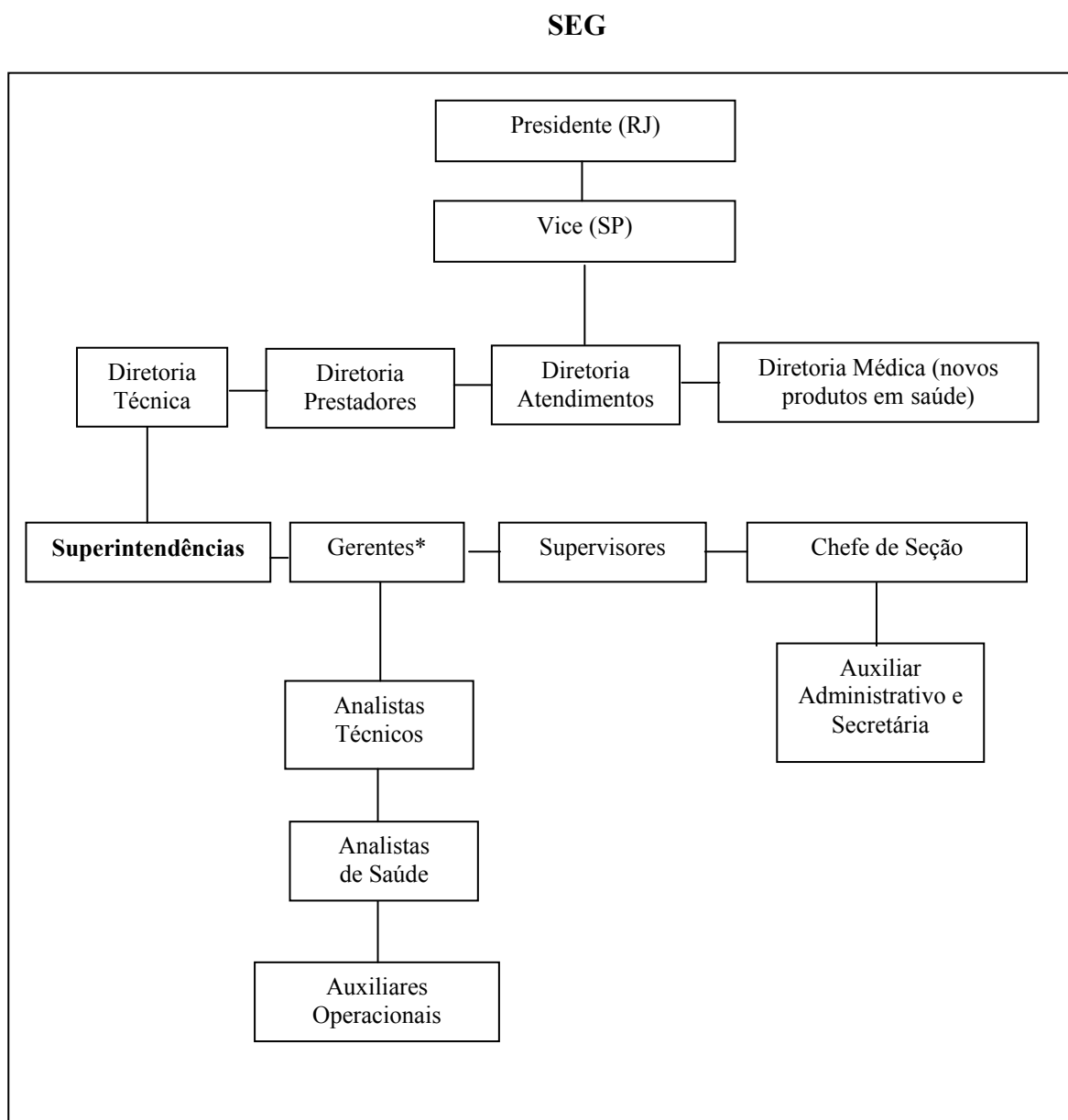


Figura 4.5 – Organograma Funcional da SEG

*Gerencia dos planos odontológicos situa-se nesse nicho

SEG

No organograma nota-se pouca relevância para a área odontológica. Foi entrevistado o gerente dessa área e uma analista técnica estava presente (dentista e auditora), e pelo organograma, pode-se observar que se reporta diretamente ao respondente. O entrevistado orientou a autora na construção do organograma.

AG

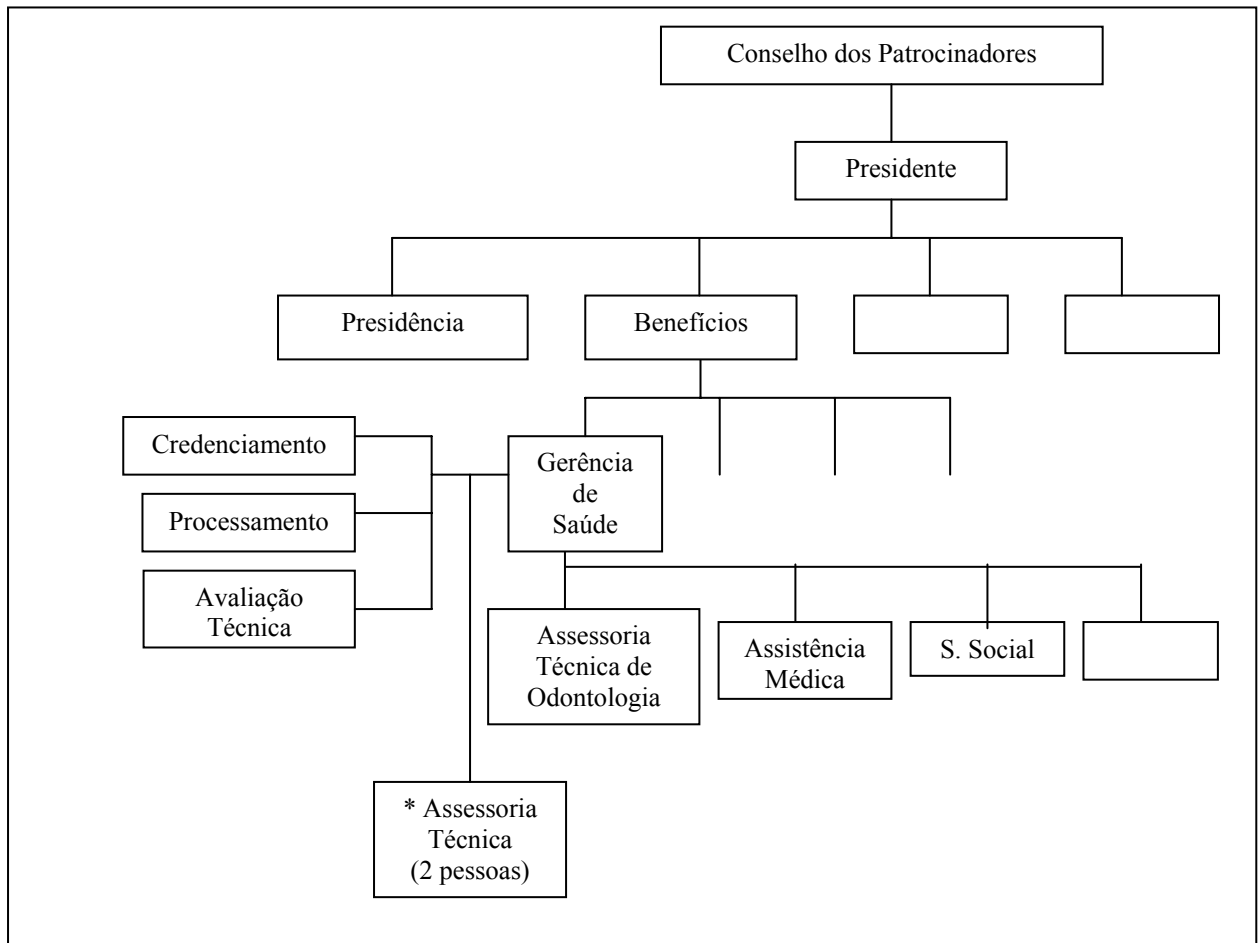


Figura 4.6 – Organograma Funcional da AG

AG

Este organograma foi desenhado a partir do que se depreende da entrevista. Predominância da gerência de saúde, sendo a AO (área odontológica) um setor dessa gerência. O entrevistado, um dos assessores técnicos, se encontra entre a gerência de saúde e a área operacional. A autora desenhou o organograma com orientação do gestor.

COOP

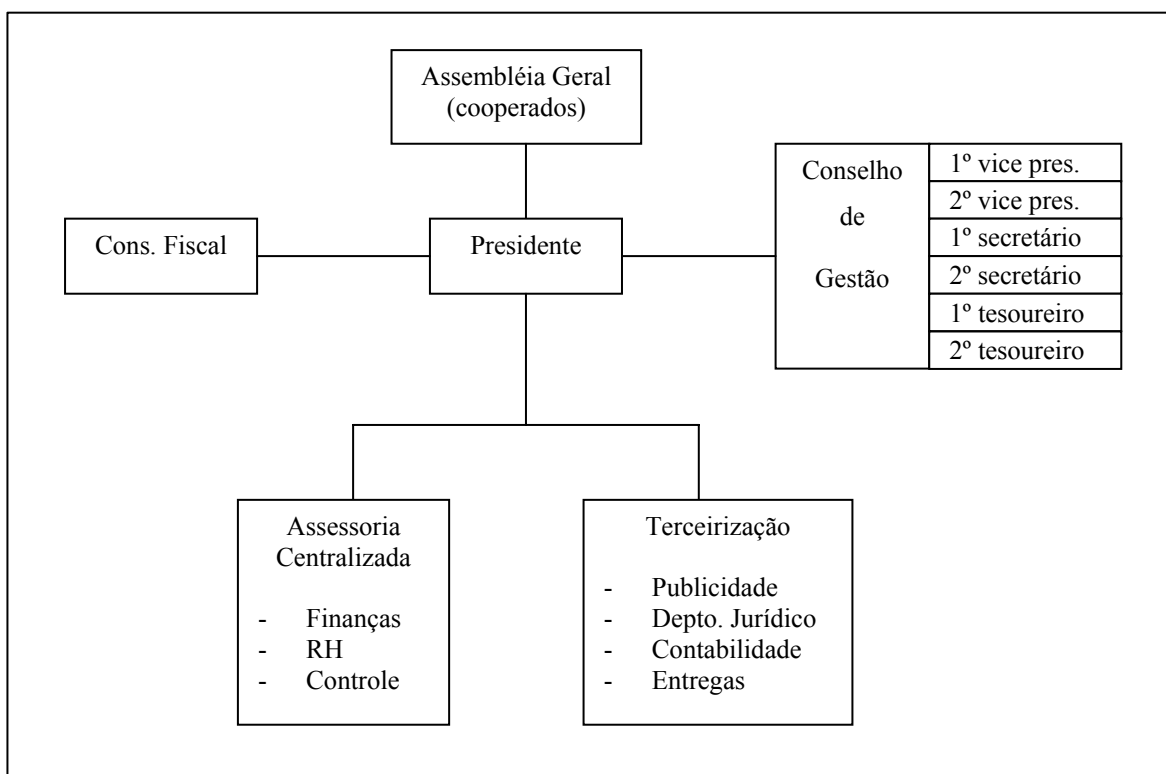


Figura 4.7 – Organograma Funcional da COOP

COOP

É uma estrutura enxuta, centralizada e não departamentalizada. O entrevistado é o presidente da cooperativa, fundador e está no cargo desde então, por falta de candidato para substituí-lo. Os recursos de terceirização são utilizados. Organograma desenhado pela autora.

Observação

Pode-se constatar que o campo de atuação da empresa condiciona o posicionamento da área odontológica na sua estrutura, desde o de estar ligada à diretoria até o de estar mais junto ao setor da área operacional. Assim, as que estão junto às operadoras em saúde (médica) têm desenho muito diferente das que atuam somente em odontologia.

Respondentes

O **QUADRO 4. 18** apresenta os dados de caracterização dos respondentes, identificando os perfis dos entrevistados e sua participação na gestão.

QUADRO 4. 18 – Dados sobre os Respondentes das Entrevistas nas OPPAOs Pesquisadas, Município de São Paulo, 2001.

Operadoras de Planos Privados de Assistência Odontológica- OPPAOs								
Dados	OG-SC1	OG-SC2		ADM. OG-S.A.	OG-S.A.	SEG	AG	COOP
Idade	32	55	53	30	38	±55	32	64
Sexo	M	M	M	F	M	M	M	M
Formação em Inst. Pública	X	X	X		X			
Formação em Inst. Privada				X		X	X	X
Especialidades	Pós-graduação em Adm.	Administração em sistemas de saúde	Diretor periodontista c/ MBA em Adm.	Adm.e MKT	Professor Assistente de Prótese Endodontia	Cl. Geral	MKT, Adm, Saúde Pública	Cl. Geral
Cargo atual	Gerente de Odontologia	Diretor presidente	Diretor Geral	Consultora	Diretor-presidente	Gerente da odontologia e consultor	Analista de Gestão em saúde	Presidente da cooperativa
Tempo de experiência	5 anos	30 anos	5 anos	1 ano	14 anos	23 anos	4 anos	22 anos
Participação no Capital	Não	Sim	Sim	Não	Sim	Não	Não	Sim
Trabalha em outras OPPAOs	Não	Não	Não		Não		Não	Não
Já trabalhou em outras OPPAOs	Não	Sim	Sim	Sim	Não	Sim	Não	Sim
Tempo exp. ST	5 anos	30 anos	12 anos	10 anos	14 anos	23 anos	11 anos	22 anos
Outras funções	Clínica	Clínicos	Gestores	Clínica e serv. público	Prof. Univ. e clínica part.	Clínico e Analista de Custos	Clínico, Gestor e Consultor	Clínico e Gestor

Os entrevistados se mostraram acessíveis, pró-ativos e empreendedores, com idade variando de 30 a 64 anos, sendo três na faixa de 20 a 40 anos e quatro na faixa de 50 a 60 anos. O sexo predominante é o masculino. Procedem de instituições públicas e privadas.

Todos são dentistas e apenas dois não possuem cursos de especialização ligados à área de administração. Todos têm experiências na atuação clínica.

Nas OPPAOs que são exclusivamente odontológicas (OG-SC2, OG-S.A. e COOP) os entrevistados são os “donos”. Os gestores têm participação no capital denotando grande comprometimento com a empresa e orgulho de seu empreendedorismo.

A experiência na área é notada em todos e varia de 5 a 30 anos no setor, sendo que quatro gestores atuam, em média, há 12 anos nesse tipo de empresa.

Hoje, o gestor para uma operadora em saúde deve apresentar características que a ANS exige (RDC n.º 79, 27/07/2001), em ANEXO B.

4.2 - Evolução Histórica das OPPAOs

A história empresarial, início, evolução e momentos ou eventos destacados mostram-se importantes para a análise empresarial. Nesse sentido, pode-se citar como por exemplo as aquisições, fusões, associações e outras formas de uniões ou parcerias que se mostram cada vez mais frequentes, decorrentes do processo de concorrência global. Isto parece ter ocorrido em alguns casos nesse estudo. PACHECO (1999: 24), indica que as associações e demais parcerias podem ser realizadas sem personalidade jurídica própria, mediante contratos de cooperação, convênios, contratos de cessão ou licenciamento de tecnologia e marcas ou consórcios, e se revestidas de personalidade jurídica própria, resultam na criação de sociedades de propósito específico ou no ingresso em sociedades existentes (**QUADRO 4.19**).

A evolução histórica mostra que nos anos 70 houve mais interesse do empresariado para oferecer benefícios aos empregados e nota-se que na nossa amostra apenas duas são da época: OG-SC2, e AG, embora a SEG também tenha seu início histórico nesse período, bem como a OG-SC1. A COOP seguiu as cooperativas médicas e se formou há cerca de 22 anos.

Observa-se também que é um processo que está se sustentando ao longo das últimas décadas.

QUADRO 4. 19 – Evolução Histórica das OPPAOs em Estudo no Município de São Paulo em 2001.

INÍCIO	HISTÓRICO	EVOLUÇÃO	SITUAÇÃO ATUAL
OG-SC1 Início em 1984	1967– Plano médico no exterior 1970– Plano odontológico no exterior. 1980– Após pesquisa de mercado sugerindo que esse serviço fosse implantado na Espanha ou no Brasil, optou-se por São Paulo, lançando-se primeiro os planos médicos. 1984– Planos odontológicos individuais em São Paulo, como apêndice dos planos médicos.	De 1994 até os dias de hoje, houve um aumento de 10 a 11.000 vidas nos planos odontológicos, em pré-pagamento. 1997 – Por interferência de contrato de um seguro de saúde, esta operadora passa a administrar também o atendimento dos beneficiários de instituição financeira, aumentando significativamente o número de atendimentos.	Acopla uma rede mais popular: SC1' com 800 credenciados, nas duas redes, tanto SC1 como SC1', 45% deles na cidade de São Paulo e desses 45%, metade na zona sul. Atualmente está fechando contrato na região do ABC com grande empresa, oferecendo produto mais acessível à população.
OG-SC2 Início em 1971	É uma das pioneiras, como Odontologia de Grupo, no mercado há mais de trinta anos através de outro nome comercial, operou inicialmente com rede própria, chegando a possuir dentro de São Paulo cerca de 45 clínicas para atendimento dos clientes. Isto prevaleceu durante 15 anos, quando passou a operar apenas através da rede credenciada	Por volta dos anos 80 surge com o atual nome, coordenando idéias sobre a área e o setor, criando centro de estudos corporativos e se associando a órgãos de classe. Há 15 anos opera somente com rede de credenciamento. É uma empresa de um único dono, embora com múltiplas parcerias. Tem sido premiada com várias certificações em marketing nos últimos anos	Desenvolvendo parcerias com empresas multinacionais e nacionais, tendo a meta de 1 milhão de associados até final de 2001, incluindo as parcerias. Investindo em <i>e-commerce</i> e <i>e-learning</i> , é uma das líderes das OPPAOs.
ADM.OG-S/A Início em 1998	Opera no Brasil através de uma outra empresa de tradição no oferecimento de planos médicos para empresas e indivíduos. Iniciou lançando o produto odontológico para os funcionários da operadora de saúde a que está atrelada, que já existia há 15 anos. Após apurada pesquisa de mercado com empresa contratada lançou o produto e está se posicionando no mercado.	Em 2000, após fusão com operadora de planos médicos de saúde. Trabalha com os próprios funcionários do plano médico, é uma empresa com mentalidade “multinacional”. Inspirada na matriz americana. Tem contratos com indústrias na zona norte.	“...a assistência odontológica já virou <i>commodity</i> ”, A partir de 2001, as duas operadoras serão representadas por uma só empresa, para atender cerca de 400.000 usuários. A odontologia passa a atender não só os funcionários da Operadora Médica, mas os beneficiários também.

OG-S/A Início em 1986	Resulta da aquisição de quatro empresas por instituições financeiras estrangeiras. O capital é belga, alemão, holandês e brasileiro.	Líder no mercado contando como acionistas, importantes instituições financeiras internacionais, o que lhe confere solidez e segurança no setor. Resulta de quatro aquisições, sendo uma com 30 anos de atuação na área	Talvez seja a 1ª do ranking. Possui estrutura informatizada e controle de qualidade sobre os serviços, profissionais e instalações de rede credenciada, com <i>software</i> próprio. Foco na inovação com base na TI.
SEG Início em 1994	O entrevistado veio para São Paulo em 1981 organizar um plano odontológico para uma seguradora. Fez análise de custos para instalar odontologia na GM e a partir disso, pensou em montar plano odontológico (Outras empresas estavam interessadas também). Até 1994 só havia administração e em 95 começou um plano experimental de pré pagamento. Em 1998 passou para seguro propriamente dito.	No início era autogestão. O plano odontológico era uma estratégia de fidelização das empresas clientes, porque às vezes o plano odontológico era oferecido com preço de administração praticamente zero. Até 1994, só tinha administração. Em 1995 começou um plano experimental, de pré-pagamento. Em 98, passam para seguro. <i>“Nós tivemos momentos importantes em que houve grande crescimento, depois houve uma redução. Esses altos e baixos que têm em todo lugar quando a coisa é nova”</i>	Distribuída pelo Brasil. Em São Paulo, capital, tem 28.000 vidas, 400 prestadoras e 220 empresas. Possui 3.000 cirurgiões-dentistas credenciados no Brasil. 100% dos clientes são via empresas
AG Início em 1969	Criação de uma fundação, em 1969, entidade fechada de previdência privada, multipatrocinada e que também administra planos na área de saúde para funcionários de grupos empresariais.	Até 1998, contava com 3 patrocinadoras do setor público. Com a desestatização, este número aumentou para 13 (4 estatais e 9 empresas privadas) – privatização.	Atende 68 mil beneficiários na odontologia. Estrutura de financiamento reformulada, pelo sistema de co-participação, onde o funcionário paga 50% e o restante é rateado pelo número de associados.
COOP Início em 1980	Surgiu em 1972, baseado no sucesso do modelo cooperativista de assistência médica, acreditando que este modelo é o condizente para a realidade brasileira.	Havia sete cooperativas odontológicas espalhadas pelo Brasil. Foi fundada a de São Paulo, com crescimento paulatino, ao longo dos 22 anos desde a fundação.	Continua com o mesmo presidente desde a fundação. Possui 1.700 dentistas credenciados na cidade de SP, com 80.000 vidas.

Observa-se que há mais de trinta anos estas operadoras foram surgindo (SC-2, AG) e mais recentemente as com capital estrangeiro (OG-SC1, ADM. OG-S.A., OG-S.A., SEG) e a COOP seguindo o exemplo (benchmarking)* do segmento das cooperativas médicas. Isto coincide historicamente com a deficiência da assistência à saúde por parte do governo. Surge

* Processo de busca e superação dos pontos fortes dos concorrentes, por comparação ou referência (FERREIRA et ALLI:166) e, segundo Deming, (1990: 16): “Adapte, não adote”

a medicina de grupo e posteriormente a odontologia de grupo, sendo que em 1970, com o milagre brasileiro, as empresas querem oferecer benefícios devido a maior lucratividade.

Surgem também os seguros (PINTO, 2000: 77 apud QUEIRÓZ, 2001:14). Dentre as OPPAOs relacionadas, a mais antiga é a de autogestão (AG), que existe desde de 1969. Logo a seguir tem-se a sociedade civil (OG-SC2) de 1971. A cooperativa (COOP) iniciou suas atividades em 1980, seguida da outra sociedade civil (OG-SC1) em 1984. A sociedade anônima (OG-S.A.) é de 1986 e a administradora de planos na forma de sociedade anônima (ADM.OG-S.A.) iniciou suas atividades em 1998, sendo a mais recente das pesquisadas. Os serviços odontológicos da seguradora (SEG) iniciaram-se em 1994.

Verifica-se que há um crescimento operacional e tecnológico constante das OPPAOs, independentemente da forma societária adotada. O crescimento operacional em quase todas foi resultado de fusões, incorporações, associações e parcerias.

Algumas delas, como a OG-SC2, a ADM.OG-S.A. e outras, começaram a inovar com parcerias e associações, incrementando o número de vidas e otimizando a utilização da sua capacidade operacional. Outro ponto a destacar é a tendência de introduzir planos mais populares para atender parcela maior da população.

O gestor da AG diz: *“Na história da autogestão no Brasil, ela teve que aprender, porque as empresas não sabiam administrar um plano de saúde, hoje tem um "know how" muito grande, e, às vezes, trocam experiências com outras empresas.”*

Desde os anos 60 para 70, as operadoras buscam a profissionalização da gestão visando melhorar o atendimento e a lucratividade, além da busca da união das cooperativas.

Adequação à Lei 9656/98

A Lei n.º 9656/98, sancionada em 03 de junho de 1998, conhecida como lei dos planos de saúde, trouxe algumas alterações operacionais nas OPPAOs. A ANS (Agência Nacional de Saúde Suplementar) regulamentou várias atividades das operadoras de saúde. De acordo com as OPPAOs entrevistadas, o grau de influência da regulamentação da ANS na sistemática operacional foi diretamente proporcional às políticas operacionais até então praticadas (**QUADRO 4. 20**).

QUADRO 4. 20 - Adequação das OPPAOS em estudo após a Lei 9656/98, Município de São Paulo, 2001.

OPERADORA	ADEQUAÇÃO À LEI 9656/98
OG-SC1	Pouca coisa, por exemplo, a necessidade de reserva técnica, equivalente a dois meses de faturamento bruto da empresa, segundo o entrevistado.
OG-SC2	Houve pequenas alterações, porque a empresa já estava adequada.
ADM.OG-S.A.	É a favor de que o plano médico e o odontológico sejam oferecidos conjuntamente. <i>“Tem que passar por um amadurecimento, com união a outras (corporativismo).”</i> Surgiu após a Lei 9656/98, portanto adequada a ela.
OG-S.A.	<i>“Inúmeras, mas não de cobertura.”</i> Ajustes.
SEG	Segundo o entrevistado, a SEG ainda é subordinada a SUSEP, o que dá mais segurança ao “segurado”, pois tem mecanismos de maior proteção, não podendo fechar. <i>“... o nosso plano praticamente já cobria tudo, mais do que a ANS exigia”</i>
AG	Sem mudanças porque já cobria tudo antes da lei.
COOP	Não mudou nada, porque já tinha os procedimentos corretos antes da lei..

De acordo com os respondentes, a lei 9656/98 parece ter tido influência relativa na maioria das OPPAOs pesquisadas. E, evidentemente, a lei é recente e seus efeitos devem ser sentidos ao longo do tempo, visto que os usuários ainda não estão habituados à atuação de um órgão governamental regulador.

Segue o depoimento de um dos entrevistados (ADM OG-S.A.):

“...em relação ao rol de procedimentos básicos houve muitas falhas no que diz respeito ao estudo técnico. Essa comissão técnica odontológica deveria ter envolvido profissionais de vários setores para que pudessem estar discutindo uma série de coisas. A inclusão de algumas coisas que não foram colocadas, a exclusão de algumas coisas que não são básicas*

*O rol de procedimentos básicos que os planos de assistência odontológica são obrigados a cobrir estão no ANEXO A, muito embora no presente momento, uma câmara técnica esteja realizando adaptações.

e que são procedimentos que acabam acarretando um alto custo, acaba ficando inviável em termos de preço.”

“ Então eu acho que é um pouco cedo para se falar da regulação porque isso ainda não foi regulado, a gente um histórico ainda muito pequeno para poder se falar: “foi feita tal coisa e o mercado teve essa tendência”. Não sei se é uma tendência propriamente dita, a gente ainda está passando por uma fase de estudo. A ANS tem uma comissão técnica que está avaliando agora a odontologia novamente em termos de procedimentos técnicos e até em termos de nova inclusão no plano referência. Vamos aguardar. Eu acho que deu uma boa mexida no mercado.”

“Depende para quem. Por enquanto ainda não foi, porque muita gente saiu perdendo, muita gente teve suas bases mexidas. Eu acho que a médio prazo vai ser positivo. Pelo menos isso está induzindo uma necessidade de profissionalização.”

Os planos de assistência odontológica, segundo dados CIEFAS (2000:21), têm cobertura superior ao determinado pela Lei 9656/98, 39% de acordo com a regulamentação e só 7% inferior a regulamentação.

4.3 – Algumas Características de Gestão nas OPPAOs

A gestão nas OPPAOs, como nas empresas de serviços, apresenta muitas funções a serem consideradas e a seguir se apresenta a análise de algumas delas para que se possa melhor entender esse tipo de empreendimento.

Uma estratégia reflete uma premissa escolhida sobre o que o serviço representa para o cliente em termos de benefício, e que dá origem a uma determinada posição competitiva. Como se vê, a Estratégia de Serviço não objetiva angariar clientes, mas também a imagem da empresa e definir metas a serem alcançadas por todos que nela trabalham (GREC, 1999:170-171).

4.3.1 – Gestão Estratégica nas OPPAOs

Um dos critérios para se determinar se uma estrutura é apropriada para uma determinada organização é baseado na extensão que essa estrutura facilita o alcance dos

objetivos da empresa. De acordo com Cerqueira (1993:22), citado em 2.2 deste trabalho, a atuação das OPPAOs e suas estratégias empresariais foram levantadas junto aos gestores, sendo os resultados sintetizados nos quadros a seguir, abordando-se conforme roteiros (Anexo F) as questões relativas a missão, valores e objetivos (**QUADRO 4. 21**); estratégias para alcançar objetivos e sua comunicação (**QUADRO 4. 22**); estilos de gestão (**QUADRO 4. 23**), terceirização e parcerias (**QUADRO 4. 24**) e responsabilidade social e ética empresarial (**QUADRO 4. 25**), de acordo com Cerqueira (1993: 22), citado em 2.4.1. deste trabalho.

Uma das dificuldades em levantamentos desse tipo é a uniformização de definições e conceitos relativos à estratégia empresarial. Eles podem variar, nas empresas, no seu entendimento e extensão da sua aplicação. Para tanto, optou-se na apresentação de fichas com as definições utilizadas de modo a se reduzir eventuais faltas de padronização dos conceitos pesquisados.

Missão, Objetivos e Valores

O **QUADRO 4. 21** mostra a missão e objetivos das OPPAOs pesquisadas, segundo os gestores, após leitura de ficha apresentada (ver Anexo F), em que há as seguintes definições:

Missão: “A missão indica o papel ou função que a organização pretende cumprir na sociedade e o tipo de negócio no qual pretende concentrar-se.” MAXIMIANO, (2000:186).

Objetivos: “Objetivos são os resultados finais em direção aos quais a atividade é orientada.” MAXIMIANO, (2000:186).

Valores: De acordo com Tachizawa et al (2001: 64): “...valores são estabelecidos com base nas crenças e experiências dos principais gestores e estão voltados à: pessoas, qualidade e excelência, responsabilidade, espírito de equipe, integridade e saúde” e para Kitson & Campbell (1997: 5), o conceito de valores é “ o que faz possível a escolha entre alternativas para definir valores”.

Os gestores das operadoras não expressaram os valores, tanto que o item foi excluído da análise. “ As organizações precisam ter valores e as pessoas também. Para que uma pessoa seja eficaz numa organização, é necessário que seus valores sejam compatíveis com os da organização (DRUCKER, 1999:143)”.

No CAPÍTULO 2 (2.4.1) citou-se, com Wall (1996: 116), que os gestores, em suas relações com a organização (empresa), são integradores da estratégia, quer em relação às

visões, necessidades e estratégias de seu negócio, ou como conselheiros com objetivos e com missões, avaliando ações e decisões da organização como um todo.

Aqui nota-se que as missões identificadas mostram-se compatíveis com o porte e a natureza das empresas entrevistadas, embora o seu enunciado tenha sido obtido em publicações institucionais, não estando clara e explícita para alguns gestores.

QUADRO 4. 21 – Missão e Objetivos das OPPAOs em Estudo, no Município de São Paulo, 2001.

	MISSÃO	OBJETIVOS
OG-SCI	Oferecer à família ampla variedade de serviços da saúde, num atendimento de alto nível, seriedade e eficiência.	Atingir num determinado número X de vidas, gerando uma receita Y sem comprometer a saúde financeira da companhia e a excelência na prestação de serviços.
OG-SC2	Permitir acesso à assistência odontológica para os trabalhadores e ampliar o mercado de trabalho para os dentistas.	Atingir 1 milhão de associados até o final de 2001; qualificar profissionais através de uma Univ. Corporativa; mudar os conceitos sobre odontologia de grupo
ADM. OG-S.A.	“... <i>acaba sendo a missão da empresa de assistência médica</i> ”, pois a assistência odontológica não é o foco da empresa.	O objetivo dessa operadora seria oferecer ao mercado, de uma forma geral, uma solução global em termos de saúde, complementando o produto de assistência médica.
OG-S.A.	Tornar-se um grande fator de aproximação da sociedade à odontologia.	Ser a melhor operadora de saúde bucal no Brasil e mais avançada tecnologicamente. Levar aos associados a melhor assistência odontológica.
SEG	“ <i>Acho que a gente não tem uma missão declarada.</i> ”	“ <i>Como toda empresa particular, o objetivo são os resultados.</i> ”
AG	“Somos empresa sólida, “competitiva” e ética, operando na gestão de planos de previdência e saúde com credibilidade no mercado e referencial de excelência no setor.”	Ser referência de excelência no setor, com alto desempenho. Fazer assistência médica, assistência odontológica, previdência privada - fundo de pensão - dos seus funcionários.
COOP	“Prestar assistência odontológica de alto nível técnico e qualidade com preços adequados à população e proporcionar total satisfação aos usuários.” Promover condições para profissionais cooperados atuarem como cidadãos éticos e cooperativos, capacitados para atuar como agentes transformadores do precário quadro de saúde bucal no nosso país.(Manual)	<i>Balizar preço e arrumar serviço para o cooperado.</i> “Seu sorriso é o nosso objetivo.” (Manual)

“Objetivos são aspectos concretos que a organização deverá alcançar para seguir a estratégia estabelecida”, embora possa às vezes ser confundido com metas, que “ são valores definidos dos objetivos a serem alcançados ao longo do tempo” (FISCHMANN & ALMEIDA, 1990: 25) os entrevistados os expressaram, ou os coletamos de *sites*, *folders* ou manuais, como estão relacionados no quadro.

Está claro que as constatações são resultado da percepção da entrevistadora e uma análise mais efetiva implicaria numa outra forma de pesquisa com maior profundidade em termos de tempo e identificação de um maior número de respondentes por empresa.

Comunicação de Estratégias e Alcance de Objetivos

As organizações hoje em dia atuam em um mundo complexo, com as partes envolvidas participando no desempenho da organização como um todo – clientes, funcionários, acionistas e comunidade local e autoridades normativas. Alguns desses agentes têm poderes para comandar determinadas formas de comunicação e prestação de contas.

O **QUADRO 4. 22** resume as estratégias para realização dos objetivos e sua forma de comunicação.

Quando se faz uma comunicação aos empregados deixando implícito o que é importante, pode-se ter efeitos diferentes do pretendido, pois a informação enviada de uma fonte pode ser alterada à medida que é transmitida através da organização.

QUADRO 4. 22 – Estratégias de Comunicação e Alcance dos Objetivos nas OPPAOs Pesquisadas, Município de São Paulo, 2001.

OPPAOs	ESTRATÉGIAS PARA ALCANÇAR OS OBJETIVOS	COMUNICAÇÃO DAS ESTRATÉGIAS
OG-SCI	<p>“A companhia é extremamente setorizada e é baseada em metas e objetivos.” Foco nas categorias A e B da população. “Mediante a visualização do planejamento estratégico como o esforço permanente da empresa para definir sua idéia de futuro e construí-lo, isto é, desenvolver uma noção racionalmente clara de propósito específico e direção e implementá-lo concretamente na prática.”</p>	<p>Informes e reuniões periódicas do corpo gerencial. Jornal específico para a rede credenciada elaborado por empresa Terceirizada e orientado e supervisionado pela equipe técnica.</p>
OG-SC2	<p>Projetos e departamentalização, associações e parcerias. Conscientizar os participantes sobre a importância do relacionamento construtivo com parceiros de negócios. Fornecer ferramentas interpessoais para que os participantes tenham posturas facilitadoras na gestão dos negócios. Modernização da gestão.</p>	<p>Jornal do credenciado, site e portal (em breve), mala direta. Cartas, e-mails e cursos. Desenvolvimento de <i>e-learning</i>.</p>
ADM. OG-S/A	<p>Atingir regiões estratégicas, ramos de negócio especializado para empresas de perfil compatível com a filosofia de trabalho da operadora. Inserir a odontologia no pacote de benefícios para os próprios empregados. Após apurada pesquisa de mercado, através de empresa terceirizada, lança o produto para os próprios funcionários, com preço competitivo e pouca divulgação.</p>	<p>Intranet para os funcionários. Para rede: correspondência, fax e <i>e-mail</i> (40% dos credenciados possuem computadores). Reuniões mensais, por especialidades, onde se pode explicar os objetivos e normas da empresa.</p>
OG-S/A	<p>Estrutura totalmente informatizada e com controle de qualidade sobre os serviços, profissionais e instalações de sua rede credenciada. Desta forma, o nosso associado pode contar com a garantia da Segurança, agilidade nos serviços e qualidade no atendimento personalizado.</p>	<p>Manter os dentistas-parceiros informados sobre as novidades da área e disponibilização de recursos que garantam excelência no atendimento. Através do site, cartas e comunicados.</p>
SEG	<p>Plano de ação anual com definição de captação mínima. Reformulação do sistema aprovação por parte da seguradora e redução de preço. <i>“Nós já estamos fazendo o plano de ação do ano que vem, já foi desenhada uma captação mínima para o ano que vem, 12 mil vidas ,mil por mês. Uma estratégia também é a reformulação do sistema...”</i> <i>“Todo mês eu acompanho o custo e a sinistralidade odontológica. A área odontológica tem uma sinistralidade ótima, tanto que já estamos até pensando em reduzir preço ..., vai vender mais.</i></p>	<p><i>Folders</i>, site, manuais, impressos.</p>
AG	<p>Ter o patrocínio de treze empresas do setor de energia elétrica que compartilhem com os beneficiários os gastos com a saúde.</p>	<p>Cartas, e-mails, jornal</p>
COOP	<p><i>“Está difícil... Todo e qualquer projeto que você queira fazer.... a cooperativa trabalha com uma taxa de mais ou menos 15% ”.</i> Melhorar a vida do cooperado e manter a estrutura.</p>	<p>Jornal, circular e <i>e-mail</i>. <i>“Quando se é muito necessário, manda-se circular.”</i></p>

A relação entre estratégia e sua comunicação mostra-se, em princípio, adequada, segundo os respondentes, em sua maneira responsáveis pela consecução. Nem por isso é sempre efetiva, como nos exemplos: *“Para um treinamento presencial, última experiência, de 500 malas diretas, 25 comparecimentos”* e em outra operadora: *“Você sabe qual é o problema, dentista não gosta de ler.”*

Como o mencionado na pág.15 do Capítulo 2, cabe ressaltar: “As políticas e práticas de uma organização são comunicadas aos empregados, deixando implícito o que é importante” e “A medida real do que é comunicado não é o que se transmite, mas o que é entendido pelo receptor e o que se torna sua diretriz de ação (KOTLER,1999: 258-259)”.

Assim sendo, mede-se o que é entendido pelo receptor, pois isso é o que direciona as ações. A estratégia de comunicação, citada no referencial teórico, possui canais formais e informais (HRONEC,1994:74) e para que ela ocorra pode-se encontrar alguns meios.

Estilo de Gestão

O **QUADRO 4. 23** apresenta estilos da gestão, utilizando-se a tipologia de McGEE & PRUSAK, apresentada por ficha aos respondentes, compreendendo:

Utopia Tecnocrática: A abordagem da gestão é altamente técnica, prevalecendo sobre posicionamentos políticos.

Anarquia: Estilo que deixa a cargo de cada indivíduo ou setor a gestão de suas atividades

Feudalismo: Estilo de gestão baseado em unidades de negócios descentralizadas e com autonomia (poder nas unidades de negócios).

Monarquia: Estilo de gestão centrada nos líderes da empresa. O poder é centralizado e a autonomia dos departamentos e divisões em relação às políticas é reduzida, dependendo da vontade do gestor principal.

Federalismo: É a gestão baseada no consenso e na negociação, embora o poder esteja centralizado (Mc GEE & PRUSAK:155,1994).

QUADRO 4. 23 – Classificação do Estilo de Gestão *, segundo avaliação dos gestores das OPPAOs pesquisadas e da entrevistadora, no Município de São Paulo, 2001.

OPPAO	ESTILO DE GESTÃO
OG-SC1	Feudalismo** e Federalismo. “... porque cada uma das gerências tem metas próprias e cada gestor responde por sua área” “... e o poder está centralizado, [...] uma estrutura matricial, um organograma”
OG-SC2	Monarquia **(segundo a entrevistadora) e Federalismo.
OG-S/A	Federalismo**. Foi o estilo que a entrevistadora definiu para a gestão, pois há conversação e consenso, mas o poder é bastante centralizado. Segundo o gestor, a transparência. é seus estilo.
ADM.OG-S/A	Monarquia **(segundo a consultora) “... pelo estilo de liderança.”
SEG	Monarquia** e Federalismo. “Gestão baseada no consenso e na conversação, embora o poder esteja centralizado. Eu acho que tem até um pouco de monarquia. E federalismo também.”
AG	Federalismo. “... as áreas têm uma relativa autonomia, mas a palavra final sempre tem que ter o avala palavra final a gente representa, é nosso papel, inclusive, como analista de gestão.”
COOP	Anarquia (Segundo o gestor) e Monarquia** (segundo a entrevistadora).

* utilizada a classificação de McGee & Prusak (1994: 155-157) **estilo preponderante na operadora.

O gestor da OG-SC1 classifica o estilo como Feudalismo, misturado ao Federalismo. O Feudalismo tem unidades de negócios descentralizadas e autônomas, parecendo com as desta OPPAO, embora esta apresente características do Federalismo também que são as baseadas na negociação e consenso e poder centralizado. Esta análise leva à dicotomia a respeito do estilo desta OPPAO, embora predomine o federalismo.

A OG-SC2 é classificada pela autora como Monarquia (o dono é único) e é um federalismo, pois nota-se o poder central, mas também possível negociação e até consenso.

A ADM.OG-S.A. é classificada pela consultora de Monarquia, já que as decisões são centralizadas e dependem da alta administração.

A SEG também se classifica em Monarquia e Federalismo, já que a alta direção é bastante centralizadora e ao mesmo tempo há negociação a níveis hierárquicos inferiores com consenso, predominando o federalismo.

A AG se classifica em Federalismo, o que denota um progresso em atuação.

E a COOP é classificada pelo gestor como Anarquia e a autora vê nela mais uma Monarquia, pois o presidente atua em todas as áreas sem condições de delegação de poder e decisões.

De acordo com Boechat (2001:43) na revista da literatura: “ A empresa tem que ter um estilo de gestão/administração: O estilo de administração de uma organização é o total de suas práticas de planejamento, organização, liderança e controle – é o padrão geral formado pelas diversas práticas administrativas.”

A análise leva à uma predominância do estilo monarquia, seguido (empatado) pelo federalismo sugerido pelos respondentes, embora o feudalismo tenha sido citado e a anarquia também.

Terceirização e Parcerias

O **QUADRO 4. 24** apresenta a terceirização e as relações de parcerias relatadas pelos gestores das OPPAOs. Acordos desse tipo têm se mostrado freqüentes nas empresas que buscam o foco no que fazem bem, terceirizando atividades consideradas não principais, mas segundo Robles, A. (1999:16) “a terceirização e a parceria exigem níveis de qualidade e confiança elevados, pois a empresa passa a ser o fiador do processo.”

Todas as OPPAOs utilizam, em maior ou menor grau, os serviços de terceirização. Além disso, operam em parcerias com outras OPPAOs, em regiões onde não têm credenciados, ou com outros fornecedores de serviços de saúde (raio X, laboratórios e outros), como pode-se observar no **QUADRO 4. 24**.

QUADRO 4. 24 – Operadoras de Planos Privados de Assistência Odontológica em relação a Terceirização e Parcerias, no Município de São Paulo, em 2001.

OPPAOs	TERCEIRIZAÇÃO	PARCERIAS
OG-SC1	Os prestadores credenciados, a propaganda, os vendedores, corretores e correio.	Algumas. Cita outra OPPAO que tem parceria com loja de produtos odontológicos.
OG-SC2	<i>Call Center</i> , propaganda, vendas, treinamento, auditoria, atuária, assessoria jurídica, consultores, tecnologia.	Muitas. Associações médicas, sindicatos e empresas. Rede hoteleira, operadoras em saúde, instituições bancárias, seguradoras. Operadoras médicas e fornecedoras de outros benefícios para trabalhadores. Universidade corporativa e projetos sociais e clubes.
ADM.OG-S.A.	Utilização de outra operadora odontológica. O próprio serviço de assistência odontológica começou terceirizado. Não é utilizada para os serviços básicos, pois utiliza os mesmos canais da área médica.	Algumas lojas de material odontológico.
OG-S.A.	Departamento pessoal e logística	Chamam os credenciados de parceiros. Corretores, distribuidores e operador.
SEG	Não terceirizam serviços do setor odontológico, mas as vendas lembram terceirização (corretoras).	Parceria com a corretora. “ <i>Nossos parceiros são nossos referenciais.</i> ”
AG	Copa, limpeza, segurança, <i>boys</i> internos, digitação, segurança, informática, med. do trabalho.	Pretende, na área de treinamento. Com pousadas que eram da AG e são ligadas às empresas patrocinadoras.
COOP	<i>Motoboy</i> , vendas, contabilidade, assessoria jurídica, jornal, gráfica, emissão de carteirinhas, propaganda.	Com cooperativas médicas e outras odontológicas.

Quanto aos serviços terceirizados, somente a OG-SC1 considera a rede de credenciamento como sua principal terceirização, apesar de considerar a propaganda, as corretoras, os vendedores e o correio como serviços também terceirizados.

Os serviços básicos, como *call-center*, *moto-boy*, limpeza, segurança, digitação, são por todas terceirizados. A OG-SC2 terceiriza treinamento, auditoria e assessoria jurídica, dentre outros.

As que têm plano médico utilizam o apoio da estrutura que apoia a operadora de assistência médica.

As parcerias têm acontecido com mais frequência nos últimos tempos, para que mais negócios sejam viabilizados.

É interessante a observação da OG-S.A. que chama os credenciados, os corretores, os distribuidores e os operadores de parceiros.

Desse modo, constatou-se a conceituação pouco diferenciada entre terceirização e parcerias, o que é comum nas organizações, inclusive pela modernidade dessas estratégias e ações.

Responsabilidade Social e Ética

O **QUADRO 4. 25** apresenta as OPPAOs frente a responsabilidade social e ética.

Atualmente, tem havido um crescimento da participação das empresas em projetos que buscam resgatar carências da sociedade, valorizando-se cada vez mais as empresas com este tipo de atuação, agindo em prol da sociedade e do meio ambiente. Além da área social, a ambiental faz parte da responsabilidade social quando (...) a empresa tem a iniciativa de revitalização do ecossistema de ambientes degradados e de levar informações para as comunidades carentes sobre a necessidade de preservação e purificação da água, além de estimular a prática da coleta seletiva de lixo (BOECHAT, 2001:43).

QUADRO 4.25 – OPPAOs com Relação à Responsabilidade Social e Ética Empresarial, Município de São Paulo, 2001.

OPPAOs	RESPONSABILIDADE SOCIAL	ÉTICA EMPRESARIAL
OG-SCI	Colaboração em dinheiro para a AACD. Projeto social com a Odontologia em início (primeira experiência assistencial que a empresa realiza)	<i>“A gente tem um manual... além desse manual de filosofia, missão da empresa, cada funcionário que chega aqui na companhia recebe esse código de conduta, valor do cliente, tudo isso. Quem cuida é a área de RH... ele recebe mas, na verdade, a área não cobra se ele leu ou não.”</i>
OG-SC2	Na área cultural, social e educacional. A OPPAO tem projeto de subsídio para esportes em Instituição de Ensino Superior de Odontologia, oferecendo apoio, uniformes e recebendo ações voluntárias de trabalhos preventivos e educativos realizados pelos estudantes. Oferta de serviços à população de baixa renda através de consultórios móveis.	É a mesma dos dentistas, que é “muito fechada”.
ADM. OG-S.A.	Proposta para atender população carente com unidades móveis.	Não existe um departamento para cuidar disso. Quando surgem questões ética, o departamento que cuida da rede credenciada (médica e odontológica) resolve.
OG-S.A.	Com crianças carentes, impacto ambiental e eliminação de resíduos, educação da rede credenciada e parceria com faculdades.	NI
SEG	Com os funcionários. <i>“A SEG tem um projeto para todos os funcionários, foi feito agora um programa grande, com participação geral, não é por setor. Um pouco de prevenção, orientação de saúde...”</i>	Código de ética geral da empresa sob os cuidados do RH.
AG	Tem projetos sociais a serem implantados, nas áreas: social, cultural e saúde. Programa para deficientes, campanha de hipertensão, AIDS, programa de prevenção. Programas internos e externos (para as patrocinadoras). Ajuda financeira para os funcionários.	Não formal. <i>“... mas existe um que faz parte da cultura da empresa.”</i>
COOP	<i>“... e além de distribuir escovas de dente para todas as crianças, nós fizemos um concurso de desenho lá na hora e o próprio pessoal que estava organizando escolheu dez desenhos e para essas dez crianças foi oferecido tratamento odontológico durante um ano de graça, Tenho feito isso várias vezes, é a parte social.”</i>	Não possui código de ética. <i>“Temos convênio com o Conselho Regional de Odontologia, nós atendemos todos os funcionários há cinco anos. Então eu acho que se nós fomos selecionados, acho que alguma coisa nós temos diferencial.”</i>

Os gestores entrevistados entendem como responsabilidade social projetos educativos, prestações de serviços e até doações. Quanto à ética, não há departamento específico que cuida do assunto, mas todos julgam trabalhar com ética.

Para as empresas, que já perceberam a necessidade e os benefícios de uma gestão socialmente responsável, o passo seguinte consiste em transformar conceitos, valores e princípios em práticas e políticas que abrangem todas as suas atividades (GRAJEW, 2001: 3), do item responsabilidade social no referencial teórico deste trabalho.

Também cabe lembrar a citação da Natura: Ser uma empresa cidadã não é só ter programas sociais para a comunidade, mas gerir seus negócios de forma socialmente responsável. É ser ético com o público interno, com os fornecedores e no trato com o meio ambiente (CEPEDA, 2001: 12-13).

Com relação a utilizar o código de ética dos cirurgiões dentistas, como citam gestores, talvez o CROSP possa instrumentar as operadoras no sentido de checar credenciados que tenham problemas éticos afirma o jornal Novo CROSP, 2001(agosto/setembro).

Também ressalta-se a postura da Home Doctor (2001:1): (...) projetos não apenas de caráter assistencialista, mas , principalmente que sejam efetivos no sentido de ajudar no desenvolvimento das pessoas e, conseqüentemente, no próprio futuro do país.

4.3.2 – Gestão Funcional de Marketing nas OPPAOs da pesquisa.

A gestão funcional de marketing foi levantada junto às OPPAOs, abordando as políticas de marketing (**QUADRO 4. 26**); concorrência (**QUADRO 4. 27**); vendas (**QUADRO 4. 28**); itens de orientação ao marketing (**QUADRO 4. 29**); reclamações dos clientes (**QUADRO 4. 30**) e endomarketing (**QUADRO 4. 31**).

As políticas de marketing foram levantadas segundo o composto de marketing proposto por Teboul (1999: 33), o qual se refere aos quatro Ps tradicionais (Produto, Preço, Promoção e Praça) e incorporando Participantes (funcionários e clientes) e Processo de Entrega (a prestação do serviço).

QUADRO 4. 26 – Políticas de Marketing das OPPAOs Pesquisadas no Município de São Paulo em 2001.

OPPAOs	Políticas de Marketing das OPPAOs					
	Produto	Preço	Promoção	Praça	Participantes	Entrega
OG-SCI	Diferenciado para classes A e B. Plano completo fechado e plano completo (inclui livre escolha). Módulos de cobertura: Básico (itens obrigatórios da lei 9656/ 98); Módulo Ortodontia e Módulo Prótese.	Mensalidade varia de 25 a 70 reais, depende da cobertura e tamanho do grupo. Competitivo: Gestão de custos.	Tem diferencial. Faz anúncios em revistas para empresas. Visita executivos. Mostra a importância da odontologia para a saúde. Mostra aos funcionários os benefícios que recebem.	Área de atuação adequada aos beneficiários.	Envolver classes A e B e credenciados de alto nível. Tempo mínimo para reembolso do dentista. Conseguir que os beneficiários efetivamente utilizem.	“ <i>Tratamento em um dia</i> ” agilizar processo rotineiro de atividades com reembolso rápido.
OG-SC2	Pretende atender necessidades do cliente com parcerias e alianças. Tem 15 - 20 produtos com registro na ANS	Dependendo da negociação com a empresa e do número de vidas .	Indicação, telemarketing, corretoras, parcerias.	Extensa rede de profissionais bem distribuídos.	Preparados para receber os produtos. Satisfação de todos eles.	Agilidade e desburocratização na entrega.
ADM. OG-S.A.	“ <i>Quando você trabalha com produto de assistência odontológica, você tem que trabalhar durante um determinado tempo com a fase de maturação do produto dentro da empresa, que seria disseminar cultura.</i> ” “ <i>pacote completo oferecendo benefício global</i> ” “ <i>cobertura não é diferencial de produto porque está nivelado</i> ”	“ <i>Sim, hoje a assistência odontológica já virou commodity [...] preço e diferencial de produto que se acaba agregando</i> ” (juntos) e “ <i>oferecer preço competitivo</i> ”	“ <i>A divulgação foi pequena e dirigida. Às vezes é um lançamento via mala direta, às vezes é feito determinado evento para gerentes de benefício (RH).</i> ”	A praça é aquela em que já há os clientes Grande oferta de profissionais junto a empresas.	“ <i>Os envolvidos ficam comprometidos e satisfeitos, aumentando a retenção dos funcionários.</i> ” Preparados dentro da própria empresa para receber o benefício e os credenciados que existem em grande quantidade.	É facilitada porque os primeiros usuários são os funcionários da operadora acrescidos dos beneficiários da OPPAM.

OG-S.A.	150 planos com 40 registros na ANS.	Depende da negociação e do tipo de produto, mas sempre atrativo.	Marketing interno, livro de credenciamento, para usuário e empresa cliente, no site da operadora, em jornais e revistas técnicas com plano de marketing. Divulgação institucional.	Ampla. Em todo o território nacional, mais na Grande São Paulo.	Considera a todos como parceiros.	Trabalhando para a desburocratização.
SEG	<p>“Eu digo que não tem” (política de marketing).</p> <p>Plano de Seguro de Reembolso de Assistência Odontológica dividido em módulos.</p>	<p>Competitivo e seguro para o usuário.</p> <p>“A área odontológica tem uma sinistralidade ótima, tanto que estamos pensando em reduzir preço..., vai vender mais.”</p>	<p>Venda de planos que. Representa 10% do valor do prêmio mensal.</p> <p>“Tem muita corretora que faz o serviço muito bem feito. É vitalício protegem a empresa, eles vão atrás de reembolso, eles fazem todo o serviço, eles botam até gente trabalhando dentro da empresa cliente deles para fazer esse serviço de administração de plano. Para eles interessa, se perder, perde um bom dinheiro.</p>	Ampla	<p>Mais protegidos de todos os lados, pois até os corretores entram. “O corretor, quando tem uma empresa pequena, ele não faz muita coisa, mas quando ele tem uma empresa grande..”.</p> <p>Há uma proteção mútua, pois em parcerias todos tem interesses.</p>	<p>Burocrática (autorizações via FAX ou presencial).</p> <p>“Mas ter um seguro é garantido... o segurado tem uma proteção,... pode transferir para outra seguradora.”</p>
AG	Trabalho com odontologia do trabalho que consiste em exame periódico dos trabalhadores.	50%por conta do funcionário e os outros 50% são pagos pelos patrocinadores e participantes da AG. Salário com cotas proporcionais à contribuição	Promoção interna.	Estado de São Paulo, somente.	São as empresas patrocinadoras e todos os funcionários e os credenciados.	Agilizada, com menor intermediação.

COOP	Especialidades: cirurgia buco maxilo facial; clínica geral; dentística; endodontia; odontologia para bebês; odontopediatria; patologia bucal; periodontia; prótese; pacientes especiais e agilidade do serviço.	Visam oferecer preços acessíveis.	Boca a boca. “ <i>Não temos dinheiro para isso(marketing).</i> ”	Grande possibilidade de oferta.	Muitos cooperados e clientes.	Pelo modelo, credibilidade e marca.
-------------	--	-----------------------------------	---	---------------------------------	-------------------------------	-------------------------------------

A OG-SC1 é uma operadora diferenciada que dirige seus esforços para as classes A e B. Normalmente as empresas oferecem seus planos para gerentes de primeiro e segundo escalão (diretores e gerentes).

A OG-SC2 foca seus esforços nas classes B e C, procurando diferenciar-se pelo preço competitivo e qualidade oferecida. De acordo com Crosby, (1989: 23;37), o preço, que sem dúvida é um dos “ pes” que pesa bastante para o consumidor, sem qualidade não determina a escolha do cliente frente o concorrente.

A ADM.OG-S.A. - a mais nova operadora da amostra no mercado - na análise dos “Ps” do marketing, sua atividade está facilitada em virtude de seus usuários serem basicamente seus funcionários, acrescidos dos beneficiários dos planos médicos (praça). O produto com benefício global também é um diferencial interessante, assim como o preço competitivo, a facilidade de “entrega” e o reconhecimento da facilidade de mão-de-obra credenciada em tabelas que podem ser diferentes.

A OG-S.A. é a que oferece maior gama de produtos ou planos. Seus preços são fixados normalmente por negociação. Todo relacionamento é feito pela mídia tradicional. O atendimento é amplo e considera a maioria dos credenciados como parceiros.

A seguradora (SEG) centra seus esforços nas carteiras de seguros. Não há muito espaço para a OPPAO, visto que o foco é outro. Considera que os beneficiários estão mais protegidos em uma empresa seguradora, em virtude de seu portfolio de cobertura ser mais abrangente, cobrindo até os planos odontológicos, garantia essa inexistente nas outras modalidades. Com relação à entrega, usa intensamente a comunicação via fax símeles.

A autogestão (AG) é uma modalidade diferenciada, cujo financiamento é compartilhado com o próprio beneficiário. O marketing é interno, dentro de cada patrocinadora.

A cooperativa (COOP) oferece todos os produtos da odontologia para atendimento. A modalidade cooperativa oferece preços mais acessíveis, visto que não visa lucro. A divulgação é “boca-à-boca” e se mostra eficiente. O serviço cobre várias localidades além da cidade de São Paulo. Para tanto, conta com extensa rede de dentistas cooperados.

Parece que a teoria do marketing de permissão, na qual Godin aposta num novo conceito provocador: a “idéia vírus”, uma idéia que se propaga através de um setor da população, contaminando tudo que atinge, citada em 2.3 deste trabalho, é exercitada pela COOP.

A tipologia de classificação Teboul,(1999:33) utilizada se mostrou adequada para o diagnóstico das políticas de marketing, as quais se mostraram compatíveis com o porte e a atuação das empresas entrevistadas, segundo os depoimentos analisados.

Os itens ressaltados nas OPPAOs analisadas, ainda não preenchem a classificação de Mária , que acrescenta: *phocus, positioning, people, providers, protection, e post-place* à Mc Carthy e Téboul (VASCONCELOS, 2001:31-38).

Concorência

O planejamento é necessário para o empresário saber onde quer levar sua empresa. É preciso lembrar que na competição só sobrevivem as empresas mais eficientes e produtivas, e isto é válido para grandes e pequenas empresas, e os especialistas dizem ser este o caminho para a sobrevivência empresarial.

De acordo com o referencial teórico, Fischman & Almeida (1990: 25) afirmam, em 2.4.1, “no planejamento estratégico se estabelece a direção que a empresa segue, aproveitando oportunidades e evitando riscos”. Para Lovelock,, (1999:37) se destina a criar vantagem competitiva, definindo posições frente aos concorrentes, e para tanto há técnicas de mapeamento de percepções, que junto a um plano técnico podem ser utilizadas

No **QUADRO 4. 27** está a percepção dos entrevistados com relação à concorrência.

QUADRO 4. 27 – Fatores Importantes para Enfrentar a Concorrência, segundo os gestores das OPPAOs em Estudo, no Município de São Paulo, 2001.

OPPAOs	CONCORRÊNCIA
OG-SC1	Diferenciação através do serviço com uma rede credenciada de primeira linha. Responder dúvida do associado em menos de 24 horas. Relacionamento com os clientes para que os contratos sejam duradouros. Preço competitivo, <i>“rede menor com remuneração melhor.”</i>
OG-SC2	Existe alta concorrência com outras empresas similares. É preciso estabelecer acordos. A maioria das empresas que entram no setor são amadoras.
ADM.OG-S.A.	A empresa não está preocupada com a concorrência, lançando o produto internamente para depois lançá-lo no ambiente externo. Para enfrentar a concorrência, segundo a gestora: <i>“Preço e algum diferencial de produto que você acaba agregando, alguma facilidade que a outra empresa concorrente possa não ter. cobertura já não é mais considerado hoje em dia um diferencial de produto porque já está nivelado.”</i> <i>“... necessidade de oferecer pacote mais completo e não perder competitividade...”</i>
SEG	Há três grandes seguradoras concorrentes, mas o gestor comenta <i>“Eu não sei se a SEG é muito tradicional, ela espera que venham atrás dela ao invés de ela correr atrás.”</i>
AG	Sem concorrência. É bem cotada entre as auto gestões. Não concorre no mercado. <i>“As autogestões estão terrivelmente ameaçadas de extinção [...] uma de nossas empresas, a ..., deixou a nossa odontologia e passou para a OG-SA”</i>
COOP	<i>“É que realmente as empresas têm dificuldade , as novas empresas ...”</i>

Observa-se que, embora os gestores admitam que há concorrência alta, colocam atenuantes como amadorismo, pulverização, dificuldades de aceitação no mercado, heterogeneidade, havendo necessidade de acordos, preço, produto, diferencial, boa remuneração para o prestador, foco, relacionamento.

Todos utilizam recursos da informatização (embora em implantação), dentre outros disponíveis, para otimizar, agilizar e aumentar a eficiência dos serviços. Devem fornecer a prestação do serviço de modo que represente para o cliente um real benefício, podendo dar origem a um posicionamento competitivo. A estratégia desse serviço não é apenas para angariar clientes, mas também para criar a imagem da empresa, para definir metas a serem alcançadas por todos que nela trabalham.

Vendas

O QUADRO 4. 28 apresenta as formas de vendas das empresas entrevistadas.

QUADROS 4. 28 – Forma de Vendas dos Planos das OPPAOs Pesquisadas, no Município de São Paulo, em 2001.

OPPAOs	PRÓPRIAS	TERCEIRIZADAS
OG-SC1	Equipe própria de vendas.	Corretoras eventualmente.
OG-SC2	Departamento comercial	Corretoras, seguradoras e outros acordos e negócios.
ADM.OG-S.A.	Equipe de vendas da empresa que não trabalha especificamente para a odontologia “... daí o produto não fica focado.”	“Contrato com corretoras. Venda interna e venda externa. Se bem que as corretoras colocam muito pouco o produto odontológico, mais corpo de vendas próprio.”
OG-S.A.	Sim.	Mais de 200 corretoras.
SEG	Não.	Com corretoras, parceiras.
AG	Não, só para funcionários e agregados	Não.
COOP	Não.	Corretoras especializadas

Observa-se que nem todas realizam vendas diretas, utilizando corretoras terceirizadas. Uma não vende planos e duas atuam exclusivamente com terceirização das vendas. Isto pode indicar uma característica em direção ao foco do negócio, a assistência especializada, a atividade, a construção e cumprimento de acordos comerciais (WANDERLEY, 2001:36 e informação verbal)¹. Note-se que as seguradoras têm obrigação legal de atuarem via corretores credenciados.

Terceirizando vendas, operadoras podem prestar serviços com foco na área de atuação, sem esquecer que são fiadoras entre si, como afirma Robles no capítulo 2.

¹ Palestra sobre Negociação em Serviços ,realizada em novembro de 2001, R.J., durante o 9º congresso da ABRAMGE, por Wanderley, J.A.

Fidelização, atratividade e percepção das expectativas e necessidades dos clientes

O QUADRO 4. 29 apresenta as visões estratégicas de fidelização, atratividade e a percepção das expectativas e necessidades dos clientes, conforme declarado pelos respondentes.

QUADRO 4. 29 - OPPAOs em relação a Fidelização, Atratividade, Expectativas, e Necessidades dos Clientes, Município de São Paulo, 2001.

OPPAOs	FIDELIZAÇÃO	ATRATIVIDADE	EXPECTATIVAS E NECESSIDADES DOS CLIENTES
OG-SC1	<i>“Na verdade, fidelização da clientela é pelos serviços.”</i> Avaliação constante da satisfação dos clientes.	<i>“A marca é um grande atrativo”</i> <i>“A facilidade de obtenção dos serviços”</i> <i>“A ética tanto na relação com o cliente, como com a rede”</i>	Facilidade na obtenção de serviços, confiança e preço. Esta OPPAO trabalha com segmento de mercado que não procura só preços, mas serviços para reter os funcionários na companhia.
OG-SC2	Pesquisa mensal de satisfação do cliente e avaliação do nível de procura.	Qualidade, preço, quantidade de profissionais, praça, pronto atendimento, marca, indicação, empresa em que trabalha, preço, conceito no mercado, participação da empresa dona e pela sociedade.	Proporcionar o benefício ao funcionário, atendimento imediato e qualidade. Bons profissionais, estética, ausência de dor, segurança, atenção, baixo custo, resolutividade. Valorização da saúde.
ADM. OG-S.A.	Os clientes já são da empresa e esta é uma forma de reter os funcionários.	Poupar cliente da burocracia vigente no mercado. Sistema informatizado. Benefício global. É a favor dos planos médicos e odontológicos acoplados.	<i>“Ele acha que por estar fazendo parte do convênio, não terá um tratamento que ele gostaria de ter.”</i> <i>“Eles não partem do pressuposto de que eles têm um profissional ótimo, eles partem do pressuposto de que estão indo num credenciado ...”</i>
OG-S.A.	Compromisso de se moldar às necessidades de seus clientes e prospectos sempre se fundamentou na transparência e na busca constante da satisfação total com seus produtos e serviços.	Marca; Indicação; Empresa que trabalha; Conceito no mercado.	Ausência de burocracia, credibilidade, localização, confiança e tecnologia avançada.

SEG	<p>As corretoras ajudam a fidelizar clientes, pois oferecem Segurança. É uma forma de parceria.</p> <p>Implantação de um serviço de auditoria para levantar a Qualidade do serviço, não só técnica, mas também atendimento.</p>	<p><i>“O seguro você não pode fechar, o segurado tem uma proteção. Você pode transferir para uma outra seguradora, mas não pode simplesmente “estou tendo prejuízo, não brinco mais”. Uma operadora pode fazer isso, então para o segurado é muito mais interessante. No seguro, a forma principal é o reembolso, não precisamos nem ter referenciados, o referenciamento a gente dá a mais. Mas você não pode fazer um seguro sem reembolso.”</i></p>	<p>Poder tratar com dentista regularmente e depois pedir reembolso.</p> <p>Indicação do profissional, o que é uma segurança.</p>
AG	<p>Sem projetos para fidelização dos credenciados.</p> <p>Realizou pesquisa de satisfação.</p>	<p>Cliente faz parte das empresas patrocinadoras. É atraído pela comodidade, proteção (desconto de até 15% do salário).</p>	<p>Amplitude de cobertura.</p> <p>Taxas abaixo do mercado.</p> <p>Pouca burocracia .</p> <p>Rapidez.</p>
COOP	<p>Bom atendimento.</p> <p>Segundo o entrevistado, nunca perderam um contrato.</p>	<p><i>“Nós não temos atratividade nenhuma, muito pelo contrário, é difícil vencer a concorrência porque eles estão baixando preço, fazendo concorrência desleal, além de outras coisas. É muito complicado falar... mas isso também entra parte financeira, aquele negócio por de baixo do pano, uma série de coisas que nós não praticamos, então fica muito mais difícil de viabilizar. Agora, quando o setor de benefícios da empresa é mais sério, que realmente está procurando o melhor para a empresa, aí fica mais fácil a gente entrar. Mas se existem outros interesses, às vezes até por preço, não por qualidade de serviço, aí é difícil.”</i></p>	<p>Tratamento dentário mais em conta do que o oferecido por particulares.</p>

As empresas pesquisadas, conforme mostra o **QUADRO 4. 29**, se declaram voltadas para o mercado e conscientes das necessidades de sua clientela, com estratégias consistentes de fidelização e atratividade. A ética e a burocracia também foram mencionadas.

Um programa de fidelização eficaz, além de atrair e reter clientes valiosos, é capaz de recuperar clientes perdidos (GRIFFIN, 2000: 23), 2.3; a marca e credibilidade fazem isso.

Reclamações

O QUADRO 4. 30 apresenta as declarações dos respondentes sobre reclamações dos clientes e como as OPPAOs lidam com elas

QUADRO 4. 30 – Reclamações : como as OPPAOs em estudo lidam com elas, no Município de São Paulo, 2001.

OPPAOs	Como as OPPAOs em estudo lidam com RECLAMAÇÕES
OG-SC1	Central de atendimento 0800, endereço eletrônico. Tem área de relacionamento com o cliente, vinculada à área comercial, que toma conta das 50 maiores contas desta OPPAO, em faturamento. São dois funcionários que tratam as empresas clientes “a pão-de-ló”. Os dentistas não têm reclamações.
OG-SC2	São poucas, e geralmente se referem ao comportamento do dentista.
ADM.OG-S.A.	<i>“Eles reclamam, eles exigem [...] E já vão muito com o pé atrás com relação a rede .. ele acha que por estar fazendo parte de um convênio não vai ter o tratamento que gostaria de ter ... Mesmo as pessoas mais simples, hoje são mais esclarecidas e exigem muito mais. Eu acho que o papel do usuário é efetivo nesse processo de melhoria, de profissionalização”</i> . O volume gera insatisfação do profissional.
OG-S.A.	Só um caso de reclamação em 14 anos, que foi resolvido.
SEG	NI
AG	Não houve referência sobre reclamações de clientes, mas o índice de satisfação é alto. Quanto aos cirurgiões-dentistas, há reclamações a respeito da tabela e há um projeto de reformulação da mesma..
COOP	Não há queixas de clientes no Procon, e há prontidão para resolver reclamações (direto com o presidente).

Os gestores declararam ter poucas reclamações de clientes e duas das OPPAOs manifestaram prontidão para solucionar eventuais casos. Uma delas coloca que, dentre as poucas reclamações, as mais frequentes são contra a atuação do credenciado.

Note-se que essas reclamações constituem-se numa das bases para avaliação e até descredenciamento de profissionais, muito embora a ANS também esteja enfocando essa questão e impedindo descredenciamentos arbitrários.

Estudos sobre insatisfação do consumidor mostram que apenas 5% reclamam e destes só 50% tiveram solução satisfatória com reclamações (KOTLER, 1999:425), como se pode ler citação no 2.3 deste trabalho.

A ANS tem um serviço de atendimento à reclamações, assim como as operadoras: OG-SC1, OG-SC2 e ADM-OG.SA citaram.

As reclamações mais comuns são sobre reajustes (segundo a ANS) ou sobre o profissional (segundo a OG-SDC2).

O Instituto de Defesa do Consumidor (IDC) afirma que problemas com planos de saúde foram responsáveis por 29% das reclamações de serviços. Em 2001.

Endomarketing

O QUADRO 4. 31 mostra a visão do endomarketing por parte dos respondentes. As respostas foram obtidas após os gestores fazerem a leitura de ficha elaborada pela autora e com a definição: “Endomarketing é uma das mais novas áreas da administração e busca adaptar estratégias e elementos do marketing tradicional, o normalmente utilizado no meio externo às empresas, para uso no ambiente interno das corporações”, BEKINS (1995), disponível em: <https://sites.uol.br/globetroter/endo/oquee.htm> (acesso em 28 out. 2001).

QUADRO 4. 31 - Marketing (Endomarketing) nas OPPAOs Pesquisadas no Município de São Paulo, 2001.

OPPAOs	Políticas de Endomarketing para FUNCIONÁRIOS DA ADMINISTRAÇÃO	Políticas de Endomarketing para DENTISTAS CREDENCIADOS
OG-SCI	“... mudar cultura interna da companhia para uma estrutura aberta, com visão do que está acontecendo fora.” “O ‘glamour’ da marca mantinha e acomodava os funcionários que tinham ‘nariz empinado’.”	“... revisar processos,... melhorar desempenho (já existe um comitê de revisão de processos” “dois eventos por ano para juntar o pessoal.”
OG-SC2	Distribuição de resultados (10%)	Não houve referência. Foram enviadas 5000 malas diretas (convite para eventos), apenas 25 comparecimentos.

ADM.OG-S.A.	<p>“É importante que a empresa, ou seja, os funcionários, obviamente compre esse produto. No caso específico desse produto foi feito quase um ano de experiências com este benefício para os próprios funcionários. Quer dizer, a gente tinha o uso dentro de casa para poder fazer o ajuste do produto. Depois que os funcionários utilizaram, viram os defeitos e os benefícios do produto, é que se colocou esse produto no mercado.” (isto para reter e beneficiar os funcionários da OPPAM (Operadora de Planos Privados de Assistência Médica) a que posteriormente se agregou num pacote de benefícios junto a <i>ticket</i> refeição, vale transporte, cesta básica e assistência médica)</p>	<p>Incentivo aos não fraudadores, descontos em dentais (lojas e fornecedores de material e equipamento odontológico), viagens, cursos, brindes. Não existe aproximação entre os dentistas. Procura-se fazer eventos e reuniões para especialidades.</p>
OG-S/A	<p>“É pioneira em idéias, fatos e métodos. A empresa foi a primeira a adotar a transparência total com seus clientes e fornecedores. A tecnologia é a ferramenta que facilita a humanização dos relacionamentos. Dos consultores comerciais aos cirurgiões-dentistas, passando pelo <i>call-center</i> ou pelos setores administrativos, cada profissional procura atender de forma humana e personalizada aos anseios dos clientes.” Compartilhamento de resultados com 25% do resultado distribuído</p>	<p>“Criou o primeiro e o mais consistente programa de fidelização de dentistas”. Oferecimento de material de consumo em alguns casos. Chamam os credenciados de parceiros.</p>
SEG	<p>A empresa atua com pioneirismo. Refeitório próprio, clubes, hotéis. Trabalha de forma transparente com clientes e fornecedores. Oferece participação em congressos. Funcionários, parceiros, terceirizados e credenciados estão comprometidos em atendimento humanizado ao cliente, embora se utilizando de alta tecnologia</p>	<p>“Eu sempre fui partidário, com os prestadores, de atender, responder, resolver problema com eles, inclusive com as empresas. Nós temos que considerar que eles são nossos parceiros. Na área médica tem muito prestador e isso fica muito mais impessoal. Mas na odontológica, como é pequena, a gente ainda pode personalizar o atendimento. Nós temos aqui também um “doctor line” que atende os dentistas. Nós vamos dar um selo de qualidade.”</p>
AG	<p>O funcionário gosta de trabalhar na AG porque eles são cuidadosos com os seus recursos humanos, é voltada para o acesso interno do funcionário. Proporcionam previdência privada a baixo custo para o funcionário. A busca de comprometimento dos funcionários está sendo exercitada no projeto conectar.</p>	<p>Iniciou-se um processo com a rede credenciada, selecionando os profissionais mais procurados para comprometê-los no processo de trabalho, mas é um trabalho incipiente que por enquanto atingiu uma parcela dos profissionais, tanto que o gestor na primeira fala a respeito disse: “Com credenciados infelizmente zero. Eu sei porque tem sido uma bandeira minha, de tentar fazer projetos de planos de fidelização. ... O que nós fizemos ... câmaras técnicas internas especializadas para discutir a tabela. Nós trouxemos os nossos dez profissionais com maior remuneração, maior faturamento interno, todos especialistas e trouxemos um professor de fora. Discutimos a formatação técnica.”</p>

COOP	<p><i>“A própria condição, a forma como você trabalha, eles não me consideram como patrão, mas sim como amigo. Então percebe-se que todos eles vestiram a camisa da empresa. Eu tenho funcionário que está comigo há vinte e um anos. Dificilmente eles saem, eles querem ficar, porque realmente a gente remunera, dentro do mercado, dignamente, dentro das condições.”</i></p>	<p><i>“Nós oferecemos palestras e cursos e os dentistas não vêm.”</i></p> <p>Oferecimento de material de consumo em alguns casos.</p>
-------------	---	---

Todos os gestores reconhecem a necessidade de desenvolver essa função, porém o conceito não tem sido aplicado em sua extensão, identificando-se ações e projetos que pretende-se que aconteçam. O endomarketing, enquanto atividade institucionalizada, mostra-se insipiente em todas as OPPAOs pesquisadas.

Vale a pena ressaltar trecho citado em 2.3 : “ (...) o comprometimento implica a adesão aos valores e objetivos da empresa, por meio do endomarketing e se pressupõe trabalho em equipe, num contexto marcado pela cooperação e pela integração de vários setores da empresa (BEKIN, 1995: 2).”

A política empresarial corporativa é que integra a função de endomarketing, como uma agencia de publicidade voltada para o público interno das OPPAOs (funcionários, credenciados, parceiros, equipes terceirizadas).

4.3.3 – Gestão Funcional de Recursos Humanos (RH) nas OPPAOs

A gestão funcional de Recursos Humanos foi pesquisada junto às OPPAOs, abordando seus subsistemas básicos, a saber, recrutamento e seleção (QUADRO 4.32); avaliação de desempenho (QUADRO 4.33); trabalho em equipe (QUADRO 4.34); remuneração (QUADRO 4.35); treinamento (QUADRO 4.36); benefícios (QUADRO 4.37); desligamento e demissões (QUADRO 4. 38).

O levantamento abordou esses aspectos, segundo dois grupos: os funcionários e dentistas credenciados. Essa separação se justifica pela diferença das suas relações funcionais com as OPPAOs.

Recrutamento e Seleção

O QUADRO 4. 32 apresenta as informações relativas a práticas de recrutamento e seleção nas OPPAOs pesquisadas.

QUADRO 4. 32 - Recrutamento e Seleção - Recursos Humanos nas OPPAOs em Estudo Município de São Paulo, 2001.

Recrutamento e Seleção - Recursos Humanos nas OPPAOs		
OPPAOs	PARA FUNCIONÁRIOS DA OPPAO	PARA OS DENTISTAS CREDENCIADOS
OG-SCI	RH. Direto pelo gerente da área. Utilização de banco de dados e empresas do setor	Análise do currículo e entrevistas presenciais entre gestores odontológicos e o credenciado, além da indicação das empresas clientes que sempre solicitam determinados profissionais. Padrão seletivo, graduados em instituições de primeira grandeza.
OG-SC2	Currículo, entrevista e seleção.	Currículo, indicação, cadastro, que pode ser via Internet, conhecer alguém da operadora (indicação), influência política, processo seletivo, localização do consultório, especialização, cursos, ser representante de algum órgão.
ADMOG-S.A.	Recrutamento e seleção internos da empresa que tem banco de dados (não sabe se enviado por empresa de recrutamento e seleção) e são selecionadas as pessoas que participam da dinâmica de grupo e entrevista.	<i>“A rede credenciada não foi desenvolvida pela equipe de recursos humanos porque para você desenvolver uma rede credenciada, você tem que ter um pouquinho de qualificação técnica, então tem que ter dentistas trabalhando nisso. Não dá simplesmente para você passar as qualificações e falar para recursos humanos. Tem que ter uma análise curricular, às vezes o currículo não é tão bom mas o tipo de experiência do profissional é bom... Através de análise currículo a currículo. Esses currículos são qualificados de acordo com uma determinada nota, e depois isso é colocado em banco de dados, de acordo com a região do consultório, e aí dependendo da necessidade de rede, é feita uma pescagem em cima daquilo que se precisa... Com entrevista e visita ao consultório.”</i>
OG-S/A	Seleção através de empresas de recrutamento	Os critérios utilizados são: currículo (tempo de formado, experiência), indicação de um profissional credenciado ou uma empresa cliente ou cliente, localização do consultório. <i>“Pesa mais a qualificação humana que o aspecto do consultório, embora a bio segurança seja levada em considerada.”</i>
SEG	NI	Existe um setor de credenciamento. Os dentistas passam por entrevista no próprio consultório, com alguém da Seguradora, que estará avaliando o local também.

AG	<p><i>“Não tem um plano de carreira formal. Mas geralmente quando tem qualquer vaga, tem sempre um recrutamento interno, é primeiro comunicado a todo mundo. Então saiu uma pessoa de determinada área, é aberto a quem queira ser secretária desse setor... Então as pessoas que eventualmente tenham interesse em mudar de setor vão e conversam... Só interno...”</i></p>	<p>Análise de currículo de acordo com os critérios da área de recrutamento. Ver o que o a pessoa está pleiteando. Regionalização (n.º de profissionais necessários em cada região). Entrevista e visita ao consultório.</p>
COOP	<p>Como são poucos, foram recrutados diretamente.</p>	<p>Através de reunião marcada geralmente numa quarta-feira do mês, onde o presidente explica aos interessados o que é uma cooperativa e como participar. Recebe formulário para adesão como sócio, taxa de R\$100 e apresenta cópias do RG, CIC, CROSP e atestado de residência. Não há seleção por currículo. <i>“... senão eu estaria indo contra eles, ..., se ele é dentista formado, desde que esteja interessado, eu não posso impedir.”</i></p>

As práticas de recrutamento e seleção, conforme o esperado, mostraram-se diferenciadas para funcionários e para o credenciamento dos dentistas.

Os funcionários seguem práticas costumeiras para admissão, algumas OPPAOs se utilizam de empresas especializadas em seleção, outras já possuem banco de dados para chamar pessoas que pretendam ser funcionários.

O credenciamento dos dentistas é feito por análise de currículos, indicação das empresas clientes, adesão via site, entrevistas pessoais e visitas aos consultórios, sendo que para supervisão dos consultórios (com visitação) apenas três operadoras referem a prática.

Algumas OPPAOs fazem o recrutamento baseadas na área de contratação da empresa ou de moradia dos beneficiários e utilizam parâmetros de proporcionalidade entre o número de vidas e número de profissionais credenciados.

A necessidade de especialistas também faz com que as OPPAOs credenciem profissionais nas diferentes áreas de especialização de modo adequado e com certificação do CROSP.

As OPPAOs em estudo realizam o credenciamento direto, contudo, no mercado, outras operadoras se utilizam de empresas especializadas. PANKO (2000:109).

Avaliação e Desempenho

O **QUADRO 4. 33** apresenta a questão de avaliação de desempenho nas empresas pesquisadas.

QUADRO 4. 33 - Avaliação de Desempenho - Recursos Humanos nas OPPAOs em Estudo Município de São Paulo, 2001.

	PARA FUNCIONÁRIOS DA OPPAO	PARA OS DENTISTAS CREDENCIADOS
OG-SCI	Há avaliação anual através de vários indicadores de desempenho. Não cumprimento de metas, performance técnica, atendimento ao cliente.	Indicadores de performance; Índice de reclamações; Número de prestações de serviços; Planos de tratamentos; Ausência de fraudes; Satisfação do cliente.
OG-SC2	Cumprimento de normas e qualidade do serviço.	Relacionamento com a clientela, limpeza, equipamento, materiais, organização, ausência de reclamações no PROCON, atualização profissional, obediência às normas, qualidade de serviço, cumprimento de horários. Raio X inicial e final, e o método de Jay e Friedman.
ADM. OG.S.A.	Não foram citados.	Ausência de reclamações e fraudes e entrega rápida do serviço.
OG-S/A	Pesquisas, reclamações – o que sabe e o que não sabe resolver, bom relacionamento com a clientela, atualização profissional, obediência às normas da operadora, qualidade no serviço, ausência de reclamações, ética.	Sistemas desenvolvidos na empresa. Funcionários e dentistas são avaliados através do relacionamento com a clientela. Produção, cumprimento de regras, atualização, organização, limpeza e ética.
SEG	Não foram citados	Dentistas não fraudadores. Auditoria de amostragem de clientes atendidos. Levantamento de ficha ou plotagem. <i>“Dentista que não atende não é vantagem nem para ele nem para nós.”</i>
AG	Não foram citados	<i>“Para mim um credenciado com um bom desempenho é aquele que não gera problemas, ou seja, que não gera reclamações. E mais do que isso, quando nós fazemos a avaliação, entrando em contato com o associado, e ele diz que foi tudo bem.”</i>
COOP	O bom trabalho. Na sede, os Funcionários são poucos e estão na cooperativa há muito tempo.	Avaliação contínua pelo trabalho que realizam e pelas reclamações que são feitas.

Dentro dos processos de avaliação, quer formais ou informais, como cita Hronec no item 2.4 deste trabalho, a tendência é avaliar através de fraudes, problemas e reclamações, e também no credenciamento pelo currículo e experiência profissional

Observa-se que os respondentes deram ênfase à avaliação dos dentistas responsáveis pela prestação de serviços e, portanto, pelo “negócio” das OPPAOs no setor odontológico, pouco se posicionando com relação à avaliação dos funcionários da área administrativa.

A avaliação é realizada no sentido de não haver reclamações dos profissionais, fraudes, serviços de baixa qualidade. É realizada sob a forma de perícias pessoais e da tecnologia da informação.

Com a leitura do item 2.4, sobre as citações de Kotler e Mc Gee & Prusack, poder-se-ia pensar em outros indicadores de desempenho. Na verdade o importante é ter a habilidade para manter o funcionário e a rede credenciada sempre informados do desempenho que atingem, pois “ Gerenciar o trabalho de pessoas... pode ser gerenciar para o desempenho”

Trabalho em equipe

No **QUADRO 4. 34** apresenta-se a questão do trabalho em equipe nas OPPAOs.

O entendimento do trabalho em equipe mostra-se incipiente, vindo ao encontro do constatado no quesito endomarketing do capítulo 2 deste trabalho.

Observa-se que somente na área administrativa e principalmente nas chefias há referência ao trabalho em equipe, onde os respondentes se reportaram mais à prática de reuniões de trabalho e é incipiente para com funcionários administrativos.

Para a rede credenciada não houve citação dessa forma de trabalhar, exceto tentativas da A.G. e da OG-SC 2, indicando profissionais isolados, como no modelo tradicional de trabalho do cirurgião dentista, sem possibilidades de trocas e cooperação, reforçando a prática tradicional.

QUADRO 4. 34 - Trabalho em Equipe - Recursos Humanos nas OPPAOs em Estudo no Município de São Paulo, 2001.

OPPAOs	PARA FUNCIONÁRIOS DA OPPAO	PARA OS DENTISTAS CREDENCIADOS
OG-SCI	<p>“... <i>trabalho em equipe não está muito institucionalizado.</i>”</p> <p>Há trabalho em equipe , onde os gestores são profissionais da área da saúde com especializações em auditoria, administração, marketing, apresentando perfil de executivo.</p> <p>Há reuniões semanais para relatos e estabelecimento de metas para a semana seguinte.</p>	Não há.
OG-SC2	Sim, pela equipe de gestão: presidente, vice – presidente, diretoria executiva, diretoria comercial, diretoria financeira, diretoria de técnica informática.	NI
ADM. OG-S.A.	Como o grupo de trabalho para o produto odontológico é pequeno, constitui equipe que deve estar em sintonia. Os donos são um administrador de empresas e dois médicos. A equipe de gestão em odontologia é composta por um cirurgião dentista com curso de administração na coordenação, um cirurgião dentista como auditor, um digitador e um auxiliar técnico administrativo	NI
OG-S/A	Sim , conselho de administração ao qual a diretoria Executiva se reporta, além do Conselho Fiscal. Auditores contábeis e assistentes sociais.	NI
SEG	Área técnica de medicina e odontologia.	Assessoria técnica que são dentistas e auditores.
AG	“ ... <i>tem bastante. Inclusive, atualmente, a Fundação está passando por um processo de revisão de todo o seu fluxo interno de documentos, toda a sua informática. É um projeto grande chamado Projeto Conectar.</i> ” Há dois acessores para a área odontológica que trabalham em sintonia, embora em períodos diferentes e com algumas tarefas distintas, dividindo algumas atividades. Realização de dois encontros para acertar tabela de honorários.	NI
COOP	Na administração central. “ <i>Aqui é uma empresa pequena, eu e um casal que cuida das finanças e do RH.</i> ”	NI

NI – Não Informado

O trabalho em equipe em saúde, como em outros setores, é fruto de aprendizagem e ajustes contínuos (ver citação de Senge em 2.4), sendo necessário em termos de qualidade e produtividade, mas para tanto é preciso o desenvolvimento de habilidades.

Formas de Remuneração

O QUADRO 4. 35 apresenta as práticas de remuneração identificadas nas OPPAOs pesquisadas.

QUADRO 4. 35 – Formas de Remuneração dos Recursos Humanos nas OPPAOs em Estudo no Município de São Paulo, 2001.

OPPAOs	PARA FUNCIONÁRIOS DA OPPAO	PARA OS DENTISTAS CREDENCIADOS
OG-SCI	Mensalista (CLT)	Paga-se melhor que em outras OPPAOs e logo após a demonstração de realização do serviço. Tabela básica com quatro níveis de remuneração (15 a 60% superior a tabela básica). Relatórios dos serviços realizados pelos credenciados devem ser entregues no dia 5. Paga-se no dia trinta pelos procedimentos.
OG-SC2	Mensal, com 10% de participação nos resultados.	Crédito bancário, após 48 horas. São necessários os raios X inicial e final, declaração do cliente comprovando a realização do tratamento. É usada a tabela CNCC (Conselho Nacional de Convênios e Credenciamentos).
ADM.OG-S.A.	CLT	<p><i>“Todos os meses o profissional manda uma cobrança daquilo que foi realizado em termos de competência, também é analisada essa conta para se fazer um cruzamento entre aquilo que é efetivamente liberado para o funcionário e aquilo que o profissional pode realizar, e aí paga-se o profissional. Conforme ele vai realizando, ele vai cobrando.”</i></p> <p><i>“Cada caso é um caso. Você faz depósito em conta, ou você deixa o pagamento disponível na tesouraria da empresa e o profissional pode estar retirando. No ato do credenciamento você define com cada profissional qual seria a forma mais adequada de recebimento.”</i></p> <p><i>“... tabela não deve continuar a mesma com o passar do tempo, a empresa é nova. Mas considerando a empresa nova, a tabela é a mesma. Se essa empresa sair da grande São Paulo e começar a ir para outras localidades, essa tabela tem que variar, porque você não consegue credenciar, muitas vezes, especialistas ou profissionais em todas as localidades com a mesma tabela. E a partir do momento que for sendo operada essa empresa, ganhando uma certa experiência, você pode ir trabalhando multiplicadores dessa tabela, até para ver o incentivo daquele profissional que nunca fraudou, que apresenta as contas em dia, ou que atende mais beneficiários. Enfim, há uma série de formas para fazer a gestão dessa rede credenciada.”</i></p>
OG-S/A	Não foi citado	<p>É feito através da tabela de honorários que é negociado caso a caso direto com a consultoria de campo. Tabela negociada um a um.</p> <p>O comprovante necessário é a ficha clínica aprovada e assinada pelo cliente. O fechamento é todo dia 20 e o pagamento, no dia 07. <i>“A tabela oferecida pode ser baixa para um dentista que tem seu consultório muito bem montado na região dos Jardins e pode ser boa para um com consultório na periferia.”</i></p>
SEG	Mensal	O dentista faz uma proposta de tratamento, um orçamento em formulário específico, passa para a aprovação e o sistema gera uma conta. Ele só precisa pedir para o paciente assinar. Essa conta pode ser em parcelas.

AG	CLT	50% do valor da tabela é pago pelo beneficiário diretamente para o credenciado. Os outros 50% são lançados pelo dentista numa ficha especial que é mandada para a Fundação. Essa ficha é processada e então é feito o pagamento, em cerca de quinze dias. <i>“Na verdade, a Fundação intermedia, quem paga é a empresa do funcionário, a AG não tem capital próprio.”</i> Datas para entrega das fichas. Comprovante: orçamento discriminativo de serviços (ODS). Tabela padrão que pode ter algumas alterações se houver necessidade de um profissional ou clínica específicos. <i>“... se eu quero contratar um médico muito especialista em cirurgia de mão, são raros, então talvez eu tenha que pagar uma tabela diferenciada.”</i>
COOP	CLT	Os dentistas recebem após a entrega da produção. O orçamento é aprovado na empresa até o dia 15 e o dentista recebe até no dia seguinte. São necessárias a aprovação da empresa e a assinatura do usuário. A tabela é igual para todos.

Esta questão se mostra crítica para o relacionamento com a rede credenciada, inclusive sendo reportada, por parte dos gestores, a questão das tabelas diferenciadas para os profissionais relatando os procedimentos e o pagamento (morosidade) executado pelas OPPAOs. Apenas uma das OPPAOs considera que remunera bem.

Neste contexto também foram mencionados os acordos financeiros de cooperação na auto-gestão da amostra.

Em todas as OPPAOs há o cuidado para evitar fraudes e prejuízos, talvez por que ocorram em porcentagem considerável, numa taxa de 8 a 15%, como cita artigo de Roche (2000: 241). Nesse trabalho demonstra que ações fraudulentas tem causado enormes prejuízos ao governo americano e à saúde privada, e que baseados nisso: esforços tem sido realizados com leis e estatutos anti-fraudes e modernos recursos de controle, porém a grande maioria de dentistas não é fraudulenta e fica comprometida.

Existe a preocupação dos gestores na diminuição dos prazos de pagamento e agilização das aprovações dos planos de tratamento, até virtualmente.

Observa-se que os profissionais realizam os procedimentos e recebem pelo menos vinte e cinco dias após o serviço completo, ou tem que pedir nova autorização.

Treinamento dos Recursos Humanos

O QUADRO 4. 36 indica treinamentos identificados nas OPPAOs pesquisadas.

QUADRO 4. 36 - Treinamento dos Recursos Humanos nas OPPAOs em estudo no Município de São Paulo, 2001.

OPPAOs	Treinamento dos Recursos Humanos nas OPPAOs	
	PARA FUNCIONÁRIOS DA OPPAO	PARA OS DENTISTAS CREDENCIADOS
OG-SCI	Agência de Publicidade. RH para treinamento corporativo. Cada gerente cuida do treinamento técnico específico. Distribuição de textos para leitura da equipe.	Jornal para a rede credenciada realizado pela agência de publicidade e área de marketing, supervisionado pelos técnicos. Tentativa de parceria com grupo de ensino, pretendendo fazer treinamentos na clínica da OPPAO
OG-SC2	Criação da universidade corporativa. Treinamento presencial, embora na última experiência, de 500 malas diretas enviadas, só 25 comparecimentos.	Universidade Corporativa
ADM. OG-S.A.	Não há grupo preparado para fazer treinamento.	<i>“Mensalmente chamam-se algumas especialidades para fazerem reciclagem, explicar alguma norma ou formalização administrativa ou objetivos da empresa”.</i>
OG-S/A	<i>“Trabalho intensivo de treinamento e desenvolvimento de seus profissionais e de todos os envolvidos na relação - entre a empresa e o associado, bem como a observação de regras específicas e exclusivas, são preocupações constantes da organização.”</i> (extraído de folder)	Não há. Cursos às vezes.
SEG	Não foi citado	Treinamento para preencher formulários
AG	Não foi citado.	<i>“... como o treinamento é feito um por um, na hora do credenciamento em si, é feito aqui. Eu chamo, ele vem assinar aqui. Se é no interior, a equipe se desloca. Mas quando é aqui, Capital, a pessoa vem até aqui para assinar. E aqui tem treinamento. E algumas vezes é feito o credenciamento coletivo. Então... está aprovada para o credenciamento, mas ela aguarda um, dois meses, até ter o número de pessoas, leva todo mundo no auditório e ensina para todo mundo de uma vez só. Até a gente participa disso muitas vezes.”</i>
COOP	Como a rotatividade é baixa, há pouca necessidade de treinamento, pois são funcionários há muito tempo.	São oferecidos cursos, mas a frequência dos cooperados é baixa.

Algumas OPPAOs desenvolveram ou estão desenvolvendo esquemas para oferecer um aprimoramento aos seus profissionais, haja vista a OG-SC2 que está entrando no mercado com *e-learning*, oferecido tanto para o público interno como para o externo.

A OG-SA que tem no *folder* expresso um trabalho intensivo de treinamento e desenvolvimento de todo o pessoal (funcionários e rede credenciada)

O treinamento e desenvolvimento do pessoal nas empresas deve ser uma constante, de acordo com Senge (2.4), como em qualquer empresa e para todas as profissões é preciso melhoria contínua.

O que impressiona é o número de casos em que são oferecidos cursos para os quais os profissionais não se inscrevem ou comparecem. Nota-se que predominantemente a OG-SC2 e também a OG-S/A estão investindo significativamente nessa questão. Os canais de comunicação não estão conseguindo a adesão da grande massa de profissionais.

Por outro lado, para Hronec “Treinamento não é um evento e sim um processo”.

Benefícios

O QUADRO 4. 37 apresenta os sistemas de benefícios adotados nas empresas pesquisadas.

QUADRO 4. 37 – Benefícios Oferecidos pelas OPPAOs em Estudo a seus Recursos Humanos no Município de São Paulo, 2001.

OPPAOs	BENEFÍCIOS
OG-SC1	Seguro de vida, <i>ticket</i> restaurante, plano médico e odontológico.
OG-SC2	Indicação de clientes da operadora de saúde bucal, treinamentos em custos, materiais mais baratos, união cooperativa, clube para dentistas.
ADM.OG-S/A	Descontos em casas que vendem material odontológico, campanhas periódicas com cursos para profissionais, “...em função da empresa ser nova, você não consegue fazer política de premiação muito efetiva porque ainda não tem muita informação a respeito do andamento da rede.”
OG-S/A	Material de consumo, negociação com laboratórios de prótese, assistência jurídica terceirizada e mais clientes.
SEG	Vale alimentação (para compra de mantimentos), clube, hotéis fazenda, refeitório próprio no local de trabalho (para os funcionários).
AG	Fundo de pensão, plano de saúde e assistência odontológica. Há também pousadas para férias, que hoje são terceirizadas (no caso é para funcionários).
COOP	Palestras e material mais barato.

Para reter e fidelizar funcionários e credenciados, em quem a empresa investe em diferentes setores e, principalmente pelo comprometimento com os projetos que ela desenvolve, são oferecidos benefícios (2.4).

Há algumas operadoras que consideram até o cliente indicado ao credenciado como um benefício oferecido.

As OPPAOs são benefícios quando oferecidos e gerenciados pela empresa para os funcionários que serão os beneficiários.

Desligamento e demissão

Os procedimentos das OPPAOs para desligamento e demissão são apresentados no **QUADRO 4. 38.**

QUADRO 4. 38 - Sanções aos Recursos Humanos nas OPPAOs em Estudo Município de São Paulo, 2001.

OPPAOs	TIPO DE SANÇÃO	
	FUNCIONÁRIOS DA OPPAO	DENTISTAS CREDENCIADOS
OG-SCI	Caso não satisfaça os beneficiários dos planos e a companhia. Procedimentos usuais da CLT	Caso não satisfaça os beneficiários dos planos, a companhia se descredencia e cancela o contrato, avisando aos beneficiários com antecedência de 30 dias,e se desfaz o contrato com esse prazo.
OG-SC2	Não foi explicitado.	Simple correspondência, quando o profissional não é adequado ao esquema da operadora.
ADM.OG-S.A.	Não foi comentado	Em caso de faltas graves, geralmente fraudes ou reclamações de clientes.
OG-S/A	Mal desempenho, cumprindo a CLT.	Quando há reincidência e faltas graves, erros clínicos e queixas de associados. Possui 1200 currículos em espera para novos credenciamentos.

SEG	Mal desempenho, cumprindo a CLT.	Fraudes. Às vezes é feito um levantamento e aqueles que estão há mais de um ano sem atender são descredenciados. <i>“Ele passa a ser um mal credenciado porque não saberá usar o serviço e começará a falar mal da seguradora para o cliente.”</i>
AG	Mal desempenho, cumprindo a CLT.	Por fraude e <i>“...estão sendo descredenciados, porque existem lugares com tantos profissionais, que gera uma insatisfação geral.. O índice de fichas com erros, com problemas em determinadas regiões ou especialidades é tão grande... claro, porque ele atende um por ano... não vale a pena, é loucura, não faz sentido. Nesse caso a gente faz uma seleção desse pessoal e descredencia vários. Pessoas que passaram dois anos, vinte e quatro meses, ou superior a isso, com faturamento zero.”</i>
COOP	Não há. <i>“... percebe-se que todos eles vestiram a camisa da empresa. Difícilmente eles saem, eles querem ficar.”</i>	Normalmente quando há alguma ocorrência. Dependendo da gravidade do caso, manda-se um telegrama para o dentista e este tem quinze dias para fazer sua defesa. O caso é levado a diretoria, que pode dar uma nova oportunidade para o dentista ou pedir que ele assine uma ficha de demissão.

Como se percebe, o desligamento pode ser simples; um gestor (OG-SA) afirma haver na operadora 1200 currículos aguardando credenciamento. Há facilidade de preencher o quadro, já que há grande quantidade de profissionais. A resolução CFO-19/2001 resolve:

“Perder um profissional talentoso sai muito mais caro para a empresa: é preciso começar tudo de novo e isso leva tempo e dinheiro.” (TREVISAN 2001: 2). Seja por demissão ou por desligamento de funcionários ou credenciados, o comportamento das OPPAOs pesquisadas é bastante semelhante, utilizando-se das orientações da CLT para os funcionários e para os credenciados, cancelamento do contrato, cuja razão, na maioria das vezes, são as fraudes e reclamações.

4.3.4 – Gestão Funcional de Logística nas OPPAOs

A gestão funcional de logística foi levantada junto aos gestores das OPPAOs, aos quais se apresentou ficha de padronização do entendimento (ver Anexo F). Os resultados são os apresentados no **QUADRO 4. 39**.

QUADRO 4. 39 - Gestão Funcional da Logística das OPPAOs em Estudo no Município de São Paulo, 2001.

	Aspectos da Logística Importantes para a OPPAO	Recursos Próprios	Recursos Terceirizados
OG-SCI	Receber os planos de tratamento elaborados pelos profissionais credenciados. Processá-los no prazo. Aprovar. Devolver. Constatar a realização do serviço. Receber. Pagar no prazo .Comunicação com a rede.	Os da tecnologia da informação que estão sendo desenvolvidos e utilizados também para a logística (nessas operações)	Correio.
OG-SC2	Aprovação de planos via Internet. <i>E-commerce</i>	Fluxo de informações próprias com alto investimento.	Correio, entregas, laboratórios de prótese.
ADM. OG-S.A.	Distribuição de material, entrega de informações, autorizações e pagamentos	<i>“... é usado o mesmo canal.... material, armazenamento, os impressos da gráfica, distribuição para a rede, tudo isso é gerenciado pela empresa que já faz esse trabalho para a assistência médica..., a única coisa que se quantifica é a distribuição. Essa orientação é feita partindo do departamento odontológico. Existe dentro do fluxo de informação, que precisa haver entre rede, gestão de produto e até na empresa de assistência médica propriamente dita, uma repartição(departamento de O & M) que auxilia no desenvolvimento de formulários, até estabelecendo rotinas de fluxo de informação.”</i>	Não foi citado.
OG-S/A	O fluxo de informações se apoia na tecnologia da informação e à entrega de formulários e materiais é realizada pelos credenciado, pessoalmente ou através de entregadores.	O DCMS – <i>software</i> de gestão de planos odontológicos que atende aos mais diversos sistemas, produtos e planos, com alta conectividade usado no treinamento de dentistas.	Entrega de formulários e materiais.
SEG	Não referiu	A parte da logística é feita em outro lugar, da própria empresa, segundo o gestor.	Não há .
AG	Transferências de informações e de fichas e formulários	90% das fichas vão pelo correio ou o dentista vai até a empresa e entrega.	Essa parte da logística é por conta do credenciado.
COOP	Fluxo de documentos e planos de trabalho para aprovação e perícia (realizada por três dentistas em clínica própria).	Sistema de informação e auditoria.	Entrega e retirada de materiais e papéis.

Constatou-se que não existe uma área funcional de logística, sendo as atividades exercidas nas diversas áreas operacionais. Esse fato é ainda comum nas empresas e no caso das OPPAOs é acentuado devido às características do negócio, que são a prestação de serviços, intermediação e captação de clientes (empresas e beneficiários) e credenciados (dentistas).

A logística foi entendida mais como o fluxo de informações relativas à prestação de serviços e procedimentos de ressarcimento. A logística física e o suprimento de materiais relativos ao serviço odontológico é de responsabilidade principal do dentista. No entanto, constata-se que a OG-SC2, OG-SA e a COOP também trabalham com materiais e inclusive nos pagamentos dos serviços combinados com os credenciados, inclusive como premiação, contribuindo assim com o abastecimento, distribuição e armazenagem de materiais dentários.

A parte do processo entre a determinação da necessidade e a entrada completa nos sistemas de produção e expedição do fornecedor pode, agora, ser reduzida a um evento quase instantâneo, graças aos modernos sistemas informatizados e aos modernos *hardwares* e *softwares* de comunicações, HARMON (1994 :10-11) em 2.5.

Para os processos rotineiros de envio de planos, aprovação para tratamentos e retorno para recebimento, a logística nas OPPAOs é mesclada de tecnologia da informação, correio, *faxsimille* e *processos presenciais*. A interligação eletrônica das redes de suprimento e a distribuição, incluindo a conectividade de uma empresa com os seus clientes e a sua rede de suprimentos é a meta para o futuro nas OPPAOs e para outras empresas de serviços também.

O setor de serviços, como o varejo, tem produto certo, pelo preço certo, no local certo, na hora certa , o *e-commerce* referido pela OPPAO tem vantagens, porém nem sempre na hora certa, por analogia com a citação do autor, pois a entrega é o desafio do *e-commerce*.

A parte do processo entre a determinação da necessidade e a entrada completa nos sistemas de produção e expedição do fornecedor pode, agora, ser reduzida a um evento quase instantâneo, graças aos modernos sistemas informatizados e aos modernos *hardwares* e *softwares* de comunicações, vide HARMON (1994: 10-11) em 2.5.

4.3.5 – Gestão Funcional de Tecnologia da Informação (TI) nas OPPAOs

A gestão funcional da Tecnologia da Informação (TI) nas OPPAOs foi levantada a partir dos pontos positivos e negativos, e a pretensão de investimentos (**QUADRO 4. 40**).

QUADRO 4. 40 - Gestão Funcional da Tecnologia da Informação, Pontos Positivos, Pontos Negativos e Pretensão de Investimentos das OPPAOs, Município de São Paulo, 2001.

	Pontos Positivos da TI para a OPPAO	Pontos Negativos da TI	Pretensão de Investimentos
OG-SCI	Ferramenta que integra tudo, gerando relatórios gerenciais, banco de dados, aumentando a credibilidade externa e para o Gestor tomar conhecimento da área. Na logística.	Padronização da área de informática. Necessidade de gerar recursos financeiros e de RH para desenvolver mudanças e velocidade para crescimento, constituindo-se em um gargalo. Dificuldade, demora quando se quer coisas novas ou diferentes.	Em conectividade.
OG-SC2	Gestão de risco, Auditoria de contas, Reembolsos (sistema de reembolsos profissionais)	Custo, alto investimento	Continuidade.
ADM.OG-S.A.	<i>“A tecnologia da informação é algo bastante valorizado dentro da empresa, existe uma comunicação bastante efetiva entre todas as pontas, a intranet é bastante utilizada, a Internet também. Ainda não há um sistema... mas a informação entre rede, empresa, pontos de venda, é bastante efetiva. Quando você trabalha com rede própria fica muito mais fácil falar em centralização dessas informações. Mas quando você trabalha com rede credenciada, considerando, infelizmente, o fato de que muitos cirurgiões dentistas não tem nem computador no consultório, principalmente na periferia, a gente não pode tratar o produto considerando só o ambiente ideal, que seria estar tratando isso sem papel, só em ambiente virtual. Mas infelizmente isso é futuro.”</i>	Falta de conectividade. <i>“Óbvio que sempre há uma quebra dessa corrente em algum momento, mas é algo bastante priorizado, é onde a empresa investe.”</i>	Continuidade.
OG-S/A	Muitos. A operação hoje é inviável sem ela. O Sistema é inteligente e ágil para análise e autorização dos procedimentos. Para o processo de 45000 novos tratamentos por mês não teria condições de viabilizar as operações. <i>“O sistema desenvolvido pela empresa percebe se o tratamento é oportuno e viável e o aprova ou não.”</i>	Não informado.	Sim
SEG	<i>“Sem a computação, hoje nós não fazemos nada.”</i>	Dependência e aumento no número de formulários	Não informado.

AG	Agiliza a resolução de problemas dos associados. <i>“...para eu poder responder para ele na hora, quando eu estiver com o sistema na minha mesa, respondo em segundos. Atualmente, eu tenho que desligar o telefone, levantar as informações no software, ligo para outro setor, peço outra informação, ligo para o outro e peço outra, depois eu junto tudo, aí eu entendo e ligo para ele de volta. Isso pode demorar minutos ou horas ou dias, dependendo da complexidade da coisa.”</i>	Não há.	Continuidade e conectividade.
COOP	<i>“A informatização em si. Antigamente tudo era feito na mão, o controle era muito mais difícil. Hoje a máquina faz grande parte do controle, como pagamentos.”</i>	<i>“Não, tudo veio em benefício, para auxiliar a administração.”</i>	Sim.

Constata-se adesão entusiástica às ferramentas da TI, indicando modernização da gestão, dependência, uso intensivo das ferramentas no processo de decisão e gestão, inclusive com a cisão de seus pontos negativos (custos e recursos especializados).

A ligação com a TI é tão acentuada que três gestores não apontaram os pontos negativos da função.

Como se pode entender, há aspectos positivos e importantes, mas também negativos, a respeito da TI, bem como muito a investir para melhorias .

Investimentos em TI

O **QUADRO 4. 41** apresenta os planos de investimentos em TI.

QUADRO 4. 41 – Gestão da Tecnologia de Informação e Estágio de Implantação nas OPPAOs do Estudo no Município de São Paulo, 2001.

Tecnologia de Informação e Estágio de Implantação nas OPPAOs			
OPPA Os	O Que Já Foi Implantado	O Que Está em Implantação	O Que Se Pretende Implantar
OG-SCI	<i>Software, Homepage, Internet, Serviços para prestadores, Rede, Consulta, Extratos para Imposto de Renda.</i>	Investe bastante para manter o sistema, com investimento em dois anos. Sistemas caseiros não atendem o que o mercado precisa (com parceria).	Conectividade.
OG-SC2	Os que favorecem melhor o conhecimento do cliente e suas necessidades, possibilitando um atendimento rápido e de qualidade, rastreando a demanda, antecipando necessidades e estabelecendo parcerias, acompanhando resultados, ajustes e correções, com facilidade para treinamento, qualidade de trabalho e organização.	Universidade corporativa, organização de eventos e congressos, educação à distância e fluxo de informações e autorizações <i>on line</i> .	Pretende investir no <i>e-commerce e no e-learnig</i> .
ADM. OG-S.A.	<i>Intranet, software de auditoria e parcerias com empresas de tecnologia da informação.</i>	<i>“...existe um projeto na área de tecnologia de informação de fazer liberação de tratamento, tudo via Internet. Hoje em dia ainda não há essa conectividade entre rede e empresa, mas é uma coisa em desenvolvimento.”</i>	Liberação do tratamento via Internet (em desenvolvimento). “Comunicação efetiva entre todas as pontas.”
OG-S/A	Sistema integrado de gestão.	O sistema desenvolvido pela empresa já está implantado, mas sofrendo ajustes e caminhando para a chamada ‘ficha virtual’.	Ficha virtual. Integração entre clientes, associados e dentistas.
SEG	Sistema de grande porte desenvolvido na própria seguradora.	O processo se soma a comprovação via fax e imagem.	Sim. <i>“Inclusive agora estamos colocando programas novos, tem gente da informática que trabalha especialmente para nós aqui.”</i>
AG	Os relatórios. Ele checa consistências e inconsistências dos relatórios, das fichas, e envia relatórios dessas inconsistências.	Terminal <i>Full</i> , com toda informação do associado. Projeto Conectar: <i>“Hoje eu tenho um software que faz o processamento e tenho o software do credenciamento separado. É tudo separado. Os bancos de dados não conversam entre si, salvo quando cada um deles alimenta um banco central. A gente está fazendo um software que relaciona os outros softwares.”</i>	Conectividade
COOP	São pioneiros em informatização <i>“... o suficiente para funcionar.”</i>	<i>“ ... a teoria é que futuramente se consiga aprovar o orçamento direto do consultório ”</i>	O que for necessário.

Desta forma muito já foi implantado nas OPPAOs em TI e muito se está ajustando. Pretendem dar continuidade ao processo, dado que para os entrevistados é impossível trabalhar sem a informatização.

Para as OPPAOs a associação da informação com o diagnóstico por imagem possibilitou a informação de centros virtuais de diagnóstico.

O papel dos executivos na organização é o de tomar decisões sobre as atividades diárias que levem ao sucesso num futuro incerto. Essa sempre foi uma tarefa intimamente ligada à informação. Pode-se dizer que o *slogan* do administrador de empresas atual seria: “Se pelo menos tivéssemos mais dados!” (PRUSAK & Mc GEE, 1994:25).

4.3.6. - Gestão Funcional de Finanças das OPPAOs

A gestão funcional de finanças na maioria das empresas é uma área bastante hermética e os resultados não são de conhecimento generalizado.

Nas OPPAOs observou-se que os entrevistados não se sentem à vontade para responder sobre esses quesitos.

O **QUADRO 4. 42** mostra que os diversos entrevistados foram concisos em suas respostas ou derivaram para outros assuntos, não respondendo à questão de uma forma direta, mostra relatos dos gestores quanto aos resultados financeiros das OPPAOs.

QUADRO 4. 42 – Gestão Funcional de Finanças das OPPAOs pesquisadas, com relação aos Resultados Financeiros, Município de São Paulo, 2001.

OPPAOs	Comentários dos Resultados Financeiros
OG-SC1	Acima da média do mercado.
OG-SC2	Bom
ADM. OG-S.A.	<p><i>“...o produto odontológico não é considerado uma empresa separada, ele é considerado uma ramificação... Então você não consegue ter uma análise financeira, você consegue ter relatórios que te posicione a entrada de recursos só da odontologia, o custo fixo, porque dentro da empresa você tem que fazer uma série de rateamentos, o que às vezes é bastante difícil porque você não sabe quantas horas o profissional de marketing trabalhou só para a odontologia. Então esse estudo é questionável, dá mais ou menos uma idéia do que seria o custo fixo daquela divisão da empresa, que tem o produto odontológico. Coloca quais são as entradas daquele produto odontológico, coloca quais foram os investimentos que foram feitos para você poder ir rateando ao longo dos meses, diluindo esse investimento. E existe um termo que é o “start” do produto, a gente sabe que durante pelo menos uns dois ou três anos você vai mais colocar dinheiro do que tirar. A empresa tem que estar preparada para isso, até porque se você aumentar preços para poder diminuir esse tempo, você acaba perdendo competitividade ... mas é uma análise que tem que ser feita mês a mês para ver se o produto não significa mais gasto do que lucro a médio prazo.”</i></p>
OG-S/A	Bom. Em função do crescimento, apresenta prejuízo contábil. As demonstrações são publicadas anualmente.
SEG	<p><i>“É muito bom. Ano passado eu fiz um levantamento, deu lucro resultado financeiro de 20%, incluindo o imposto de renda.”</i></p>
AG	<p><i>“... Ela não tem capital próprio para gerenciar planos, então é mais ou menos assim... Na verdade não tem sobras.. Então apura tudo o que foi gasto, inclusive os nossos salários, dos funcionários e rateia pelas empresas. Quer dizer, cada um paga a sua parte, inclusive o rateio do quadro próprio. Agora se você pega um dinheiro extra para comprar café, esse mês eu vou ter o dobro de café... Estou exagerando, claro... eu sempre preciso pedir alguma coisa, a menos que eu tenha uma verba destinada para eventos internos, então já está programado, as empresas já dão a sua cota, já está no orçamento da empresa .Se eu quiser fazer uma agenda para dar para todo mundo no final do ano, então eu tenho que ver se todas as empresas querem pagar, e elas vão dizer não...”</i></p>
COOP	<p><i>“Dentro daquilo que se defende, o princípio do cooperativismo, está ótimo, porque não existe visar lucros... A função primordial da cooperativa é arrumar serviço para o cooperado...”</i></p>

O **QUADRO 4. 43** apresenta formas de recebimentos e controles de pagamentos dos clientes, trata do Recebimento e Controle das Mensalidades ou Contraprestações dos Clientes. Nota-se que há diversos procedimentos de acordo com cada OPPAO, sendo as modalidades mais comuns a direta, via empresa ou corretora.

QUADRO 4. 43 – Gestão Funcional de Finanças das OPPAOs em relação ao Recebimento das Mensalidades e Controle dos Pagamentos dos Clientes, no Município de São Paulo, 2001.

OPPAOs	Formas de Recebimento das Mensalidades dos Associados	Formas de Controle dos Pagamentos dos Associados
OG-SC1	Direta, via empresa e via corretora.	Há área própria para isso e controle da rede com credencial e comprovante, já que 92% é via empresa.
OG-SC2	Direta, via empresa, via corretora (comissão)	Informática
ADM. OG-S.A.	Via empresa, de acordo com os planos médicos acoplados.	O controle é realizado pela Operadora de Planos Privados de Assistência Médica (OPPAM).
OG-S/A	Direta, via empresa e via corretora	Não informado.
SEG	O sistema manda a fatura para a empresa e aí se paga via banco. <i>“As vezes, acredito que tem algumas corretoras que recebem para ir cobrar da empresa. Eu sei de uma que faz isso, ela filtra tudo através dela, inclusive orçamento, contas... Tem corretor que faz todo o meio de campo, a empresa simplesmente assina o cheque...”</i>	Tudo se processa via empresa.
AG	Não há mensalidades, mas sim rateio entre as empresas.	Banco de dados. A carteirinha deve estar sempre dentro do prazo de validade.
COOP	Banco de dados das empresas. <i>“...a empresa paga através de fatura no contrato”</i> Os poucos contratos individuais se controlam assim: <i>“Emite um boleto bancário e a pessoa paga mensalmente.”</i>	Via empresa ou via boletos bancários.

O **QUADRO 4. 44** se refere aos balanços das empresas. Como no período pesquisado a autora só encontrou uma publicação na imprensa, essa foi apresentada e comentada como modelo, e inserida no Capítulo 2, dentro do levantamento sobre a função financeira na gestão das OPPAOs.

QUADRO 4. 44 – Gestão Funcional de Finanças em Relação ao Fornecimento dos Demonstrativos Contábeis, Município de São Paulo, 2001.

OPPAOs	Fornecimento dos Demonstrativos Contábeis
OG-SC1	Não
OG-SC2	Não
ADM.OG-S/A	Não
OG-S/A	Em publicação na Gazeta Mercantil.
SEG	Não
AG	Não
COOP	Não

O QUADRO 4.44 demonstra que não houve fornecimento dos demonstrativos contábeis, sendo que uma das OPPAOs informou que o Balanço seria publicado por jornal.

Como não houve entrega de demonstrativos contábeis, não foi possível efetuar-se a análise dos mesmos, à semelhança da análise efetuada no Capítulo 2, item 2.6.6.

As operadoras com menos de 20 mil vidas, ficam dispensadas de parecer de auditor e demonstrações financeiras, devendo a ANS dar-lhes publicidade (MP-2177-43), as demais devem se submeter a auditores independentes e publicar demonstrações financeiras atualmente (Lei 6404/76, disponível em <www.planalto.gov.br>. Acesso em 13/03/2002).

Risco e Provisões

O **QUADRO 4.45** relaciona-se à análise de risco e provisões das OPPAOs.

A questão do risco das OPPAOs ainda é incipiente como observa-se no **QUADRO 4.45**.

A edição da RDC nº 77 da ANS (ANEXO C) obriga as operadoras cumprir dispositivos, com relação a provisão de risco, visando resguardar. O atendimento aos beneficiários.

Apenas uma das operadoras considera o risco alto. A percepção do risco operacional, na maioria das OPPAOs, é de que o mesmo é baixo. Essa percepção vem do confronto das despesas em relação às receitas dos planos. A OG - SC1 apontou que o risco é de 60% a 70% enquanto que o diretor da OG-SA o situa entre 6% e 10%, chegando ao máximo de 18%. As demais não informaram essa relação. Três operadoras informaram que fazem provisões de risco, de acordo com a ANS, em quatro não houve referência explícita, sendo que a AG, talvez esteja desobrigada, pelo modelo de atuação. Os seguros já procedem dessa forma tradicionalmente, com reservas e provisões.

Notou-se que a OG-SC1 apontou alto grau de risco, ou seja 60 a 70% das arrecadações. Investigações mais acuradas necessitam ser realizadas, visto que o a OG-SA informou um risco de 6%, ao máximo 18%. O sistema ainda é embrionário, acredita-se que há necessidade de aguardar um pouco de tempo para sua consolidação.

È preciso realizar o registro dos produtos oferecidos pelas OPPAOs, como cita o gestor entrevistado da OG-SA: “ *existem 150 tipos de planos, na operadora, 40 registrados na ANS*”. Para tanto, é necessário o registro e reserva técnica.

O IGO não foi mencionado por nenhuma das opradoras, já provavelmente por tratar-se de um assunto específico da área de finanças e que não é divulgado para os demais níveis

executivos. Não ficou claro se trata-se de assunto estratégico confidencial ou se é mesmo falta de hábito no trato com esses tipos de indicadores, corroborando a afirmação de Mc Gee e Prusak transcrita no Capítulo 2, a respeito da dificuldade em se avaliar as ligações entre atividades operacionais e resultados financeiros, principalmente quando as organizações crescem e se tornam mais complexas.

QUADRO 4. 45 – Gestão Funcional de Finanças em Relação à Análise de Risco e Provisões, Município de São Paulo, 2001.

OPPAOs	Análise do Risco Para as Coberturas dos Planos	Provisões (Como são realizadas?)
OG-SCI	<i>“A análise do risco para as coberturas dos planos odontológicos demonstra que é baixo o risco.(De 60 a 70%)”</i>	Até Junho/2002 deve-se fazer a reserva técnica (depósito de dois meses de receita da operadora), realizada pela área de administração financeira.
OG-SC2	<i>Dependendo do tipo de plano, pode-se introduzir um fator moderador, avaliando o custo administrativo e assistencial da empresa em relação ao faturamento. Para se obter a margem de contribuição é importante o conhecimento do carregamento comercial do custo do produto para avaliar a média de custo por usuário.”</i>	Não foi referida.
ADM. OG-S.A.	O risco é avaliado dependendo do tipo de empresa, do segmento a que pertence, se ela já tinha plano médico, se há muita rotatividade dos funcionários, se ele está iniciando a adesão a um plano odontológico, dependendo da faixa etária dos funcionários. O calculo atuarial é realizado em cima das variáveis que forem apresentadas em cada caso. <i>“O plano individual é contrato de risco altissimo... A partir do momento que ele utilizou, ele sai, a gente tem uma alta evasão de carteira.”</i>	É realizada mensalmente de acordo com a orientação da ANS.
OG-S/A	A utilização, segundo o diretor é de 6% a 10%, chegando, no máximo, a 18% num período de dez anos.	De acordo com as orientações da ANS.
SEG	<i>“É meio difícil aqui no sistema de seguro porque o seguro não aceita sistema por adesão. Ou entra todo mundo ou não entra ninguém. Então se o segurado pagar o plano, infalivelmente vai pela empresa, por adesão nós não aceitamos, que aí a gente está incorporando risco. O sistema de seguro é compartilhamento de risco, quer dizer, aquele que vem mais tarde vai pagar por aquele que vai. Eles fazem o cálculo atuarial em cima disso.”</i>	<i>“Tem que ter uma reserva. Se ninguém pagar esse mês, ela tem dinheiro para pagar. A SEG nunca teve esse problema porque a visão de seguradora já é essa, a seguradora já se precavê porque ela não pode ir fechando, não pode desistir. Ela pode descredenciar um plano porque eles estão negativos, uma empresa. Mas individual não. Individual enquanto ele estiver pagando... Tem uma empresa que. deu prejuízo, e eles não podem encerrar enquanto tiver gente pagando...”</i>

AG	<p><i>“Tem um setor aqui que trabalha com risco, mas na parte previdenciária, ...como fundo de pensão. Primeiro tem a contratação, se necessário, de um atuário, que vem ajudar no processo do cálculo do risco. Mas a gente vive fazendo esse tipo de avaliação, nós mesmos e transfere pela série histórica, então a gente faz todas as simulações. Cada vez que a gente vê qualquer alteração, a gente simula isso... qual é a tendência disso acontecer. ...tem um médico, que trabalha conosco, com um know how muito grande de trabalhar com esse tipo de informação..., nós temos o controle de várias empresas, e elas não querem compartilhar risco e aí, é real, porque quando eu digo que eu tenho 64 mil, na odonto, é um pouco em cada uma delas. Se eu tenho 64 mil num bolo só, eu diminuo o risco. Quando eu tenho 64 mil, cada um na sua, o risco aumenta para cada uma delas, e elas têm dificuldade em enxergar isso, elas não querem unir o risco.</i></p> <p><i>No caso da assistência odontológica...esse risco é muito pequeno. Primeiro porque os valores são proporcionalmente pequenos, segundo que a metodologia é muito simples, então não tem risco. Mas a área médica não, às vezes numa internação só a pessoa pode gerar contas de R\$300, R\$500..por dia..</i></p> <p><i>Você imagina que eu trato, a cada ano, uns 20% da população de beneficiários. Aí no outro ano, mais uns 20%, parte são os mesmos... então você imagina que depois de cinco, seis, sete anos você atendeu todo mundo, imagina vinte. Então os vinte têm que cair, não? Mentira, não caem. Então tem alguma coisa errada, pela ABRASPE, não cai, não cai, porque não tem um programa de atendimento.</i></p> <p><i>Então dizer que simplesmente o atendimento ao longo do tempo faz cair, não cai. Tem que ter um programa. Todos nós tínhamos a mesma questão e ninguém tinha um programa efetivo. De todas as empresas representadas nessa câmara de discussão, ninguém tinha planos...</i></p> <p><i>Agora eu vou ter. Tenho o problema, tenho que achar a solução... tenho que caminhar para isso... Só para concluir, o risco, na área médica, esse fator de que as empresas não compartilham o risco, é mais complicado. Para a área odontológica, é muito pequeno. Então não há compartilhamento de risco, cada empresa banca os seus funcionários. Se tiver um estouro no mês, problema da empresa. A área médica está sendo discutida, negociada, com cada uma das empresas há as que querem, outras não querem, fazer o tal do stop-loss. Algumas delas estão tentando fazer stop-loss, mas isso só faz sentido se as empresas entrassem todas juntas em um único bolo, mas como elas não querem... Essa discussão vai longe, por enquanto não há compartilhamento, o que uma empresa gasta com seus funcionários em saúde por mês pode dobrar num único mês...só com o fato de duas internações com problemas graves, compartilhamento do risco, ninguém quer pagar a conta do outro...”</i></p>	Não há.
COOP	Não foi referido.	De acordo com determinações da ANS, além da reserva técnica. Já estão adequados para isso.” <i>A COOP paga uma vultosa quantia a cada trimestre para a Agência Nacional de Saúde.”</i>

4.3.7 – Gestão Operacional nas OPPAOs

A gestão operacional das OPPAOs foi levantada a partir dos tipos de planos oferecidos (**QUADRO 4. 46**), dos procedimentos de atendimento e de autorização (**QUADRO 4. 47**), formulários utilizados (**QUADRO 4. 48**), práticas relativas a metas de produção, controle de qualidade e glosa (**QUADRO 4. 49**).

O **QUADRO 4. 46** apresenta as formas de operacionalização da oferta de serviços das OPPAOs pesquisadas, identificando-se as possíveis opções às quais devem ser registradas como produtos na ANS.

QUADRO 4. 46 –Tipos de Planos Oferecidos e Gestão Operacional das OPPAOs no Município de São Paulo, 2001.

	Tipos de Planos
OG-SC1	<p>Os planos podem ou não estar acoplados ao plano médico.</p> <p>Plano Completo Fechado: cobertura odontológica na rede referenciada da OG-SC1</p> <p>Assistencial Plano Completo: cobertura odontológica na rede referenciada da OG-SC1 e/ou pelo sistema de livre escolha. (sob medida)</p> <p>A OG-SC1” apresenta ainda, planos, permitindo a contratação de um ou mais dos módulos descritos a seguir e ainda a opção pela inclusão de co-participação em cada módulo.</p> <p>Módulo Básico – contendo as coberturas obrigatórias na Lei 9656/98: Prevenção; Odontopediatria; Restaurações; Cirurgias; Endodontia (tratamento de canal); Periodontia (tratamento de gengiva); Clínica Geral; Emergências</p> <p>Módulo Ortodontia – além das coberturas do módulo básico: - instalação e manutenção de aparelhos ortodônticos; radiologia ortodôntica (para diagnóstico de colocação de aparelhos); aparelhos fixos; aparelhos ortopédicos.</p> <p>Módulo Prótese – contendo além das coberturas do módulo básico: - núcleo; coroa; prótese fixa; prótese removível; prótese total; reparos protéticos.</p>
OG-SC2	<p>Planos com cobertura parcial e com descontos.</p> <p>Planos com cobertura total, completa e incompleta denominados: Ouro, Prata e Bronze.</p>
ADM. OG.S.A.	<ol style="list-style-type: none"> 1) Básico; 2) Básico + estética; 3) Básico + estética + subsídios p/ ortodontia; 4) Básico + estética + subsídios p/ ortodontia + prótese; 5) Básico + estética + subsídios p/ ortodontia + prótese + implante.

OG-S/A	<p>Segundo o entrevistado existem 150 tipos de planos, na operadora , 40 registrados na ANS. No folder explicativo estão apresentados os mais utilizados :</p> <p>“Plano Executivo, que cobre consultas, emergências, restaurações, estética, prevenção, radiologia (RX), periodontia (tratamento e cirurgia da gengiva) e cirurgias.</p> <p>Plano Integral oferece as mesmas coberturas do plano executivo, acrescido de endodontia (tratamento de canal).</p> <p>Plano Superior oferece as mesmas coberturas do Plano Integral, acrescido de prótese (pontes, coroas, dentaduras, etc.).</p> <p>Plano Master oferece as mesmas coberturas do Plano Superior, acrescido de ortodontia (colocação e manutenção de aparelhos para correção dos dentes).”</p>						
SEG	<p>A SEG só realiza contratos empresariais, o plano de seguro de reembolso de assistência odontológica apresenta-se dividido em módulos de procedimentos:</p> <table border="0" data-bbox="316 658 1062 748"> <tr> <td>Módulo I – Padrão</td> <td>Módulo IV – Periodontia</td> </tr> <tr> <td>Módulo II – Cirurgia</td> <td>Módulo V – Ortodontia</td> </tr> <tr> <td>Módulo III – Endodontia</td> <td>Módulo VI --Prótese</td> </tr> </table>	Módulo I – Padrão	Módulo IV – Periodontia	Módulo II – Cirurgia	Módulo V – Ortodontia	Módulo III – Endodontia	Módulo VI --Prótese
Módulo I – Padrão	Módulo IV – Periodontia						
Módulo II – Cirurgia	Módulo V – Ortodontia						
Módulo III – Endodontia	Módulo VI --Prótese						
AG	<p>De acordo com o regulamento do programa, a AG coloca à disposição de seus associados e respectivos dependentes uma rede de profissionais credenciados que abrange as especialidades odontológicas, devidamente reconhecidas pelos órgãos oficiais de classe. São também cobertos os exames e serviços necessários para complementação de diagnóstico e tratamentos clínicos ou cirúrgicos em consultórios e hospitais, de caráter rotineiro e de urgência.</p>						
COOP	<p>”... Normalmente, dois ou três planos só. Você pode criar, como você não tem nada estabelecido, você tem que seguir o padrão da Agência Nacional. Você tem esse plano e esse plano. O que a empresa quer? O que a empresa espera? O que a empresa deseja? Você tem que atender senão você está fora do mercado. Você não vai conseguir vender, o outro chega e oferece.</p> <p>A COOP desenvolveu planos que proporcionam melhores condições de saúde, satisfação e tranquilidade aos seus usuários (site da COOP).</p> <p>Pessoa Física - Plano Individual ou Familiar:</p> <p>Está disponível nas modalidades de plano individual ou plano familiar, o usuário COOP possui a vantagem de consultar quaisquer dos cirurgiões dentistas cooperados, com atendimento personalizado. Todo e qualquer plano de tratamento (orçamento) será elaborado pela tabela própria da COOP, além da cobertura prevista no plano, o usuário poderá financiar diretamente com a COOP os valores de ato complementar (atos não cobertos pelo contrato).</p> <p>Plano Empresarial:</p> <p>Tipo: Contrato Coletivo Empresarial – oferecido à totalidade dos funcionários, associados ou sindicalizado, da empresa. Nesta modalidade não há carência, apenas o tempo necessário para o cadastramento de usuários e emissão dos documentos de identificação.</p> <p>Tipo: Contrato Coletivo Por Adesão - neste caso o ingresso dos funcionários, associados ou sindicalizados da empresa, será espontâneo. Neste caso haverá carência.</p> <p>Tipo: Contrato de Serviços Prestados - nesta modalidade o usuário terá disponível todo e qualquer tipo de tratamento odontológico, sendo que pagará somente os serviços necessitados.</p> <p>Modalidade: Pré Pagamento - para os dois tipos de contratos acima descritos, para usufruir a cobertura do Plano, será pago um valor mensal por cada usuário inscrito.</p> <p>Reembolso: onde não houver um dentista cooperado, o usuário que possuir contrato empresarial, poderá receber tratamento por livre escolha que será reembolsado após aprovação da COOP.</p> <p>Coberturas dos Planos: para qualquer modalidade de contrato, a cobertura mínima, será sempre a prevista no Rol de Procedimentos Odontológicos, (anexo a resolução n.º 10 do Conselho Nacional de Saúde Suplementar, publicada no Diário Oficial da União em 04 de novembro de 1998).</p>						

Os planos são os mais variados, em sua maioria, concebidos para atendimento de necessidades específicas dos clientes. Esse fato se dá tanto para pessoas físicas, como jurídicas e busca a adequação entre oferta de serviços e condições de preço e pagamento,

indicando condição altamente concorrencial no mercado. As OPPAOs privilegiam os planos empresariais, a SEG só realiza esse tipo de contrato, e outras o evitam, ficando como individuais os beneficiários que são remanescentes após demissões de empresas-cliente.

Note-se que se os planos especificamente personalizados são submetidos à ANS, o que implica em custo e tempo.

Nos planos empresariais preponderam os básicos, embora ocorram planos diferenciados, segundo nível hierárquico (diretoria das empresas-clientes).

O **QUADRO 4. 47** apresenta os procedimentos para o atendimento e autorização da prestação de serviços das OPPAOs pesquisadas.

QUADRO 4. 47 – Gestão Operacional das OPPAOs em Estudo, quanto aos Procedimentos de Atendimento e Autorização, Município de São Paulo, 2001.

OPPAOs	Protocolo para Atendimento	Procedimentos de Autorização
OG-SCI	Consulta ao banco de dados e verificação do pagamento.	<i>Software</i> desenvolvido em parceria com empresa de tecnologia e se necessário é realizada a perícia.
OG-SC2	Protocolo não está implantado.	Controle radiográfico e <i>software</i> desenvolvido pela empresa.
ADM. OG-S.A.	Consulta ao banco de dados da OPPAM. Pré-autorização (via fax, telefone ou <i>e-mail</i>), e utilização de <i>software</i> para uma pré-análise	Aprovação do plano de trabalho após auditoria eletrônica, entrando em <i>status</i> de crítica, com posterior análise do auditor e liberação ou não.
OG-S/A	Há necessidade de pedido de senha para se realizar os procedimentos. Realiza-se pesquisa no manual ou no <i>call center</i> , ou no <i>site</i> , para escolha do dentista, e se procede ao agendamento. Com carteirinha, identidade e senha se faz a consulta.	Aprovação do plano de trabalho através de <i>software</i> desenvolvido pela OPPAO e raio-X.

SEG	<p>A realização de qualquer procedimento está condicionada a uma aprovação prévia da SEG, exceto a consulta, casos de urgência e/ou emergência e casos de atendimento pelo sistema de reembolso de despesas, quando o valor gasto for igual ou inferior a 1000 USO(unidades de serviço odontológico). A aprovação do tratamento será concedida, pela seguradora, após análise, valorização e aprovação do orçamento fornecido pelo cirurgião-dentista, após consulta inicial. Para obter aprovação de um orçamento, tanto por fax como pessoalmente, o segurado deverá ter em mãos a requisição do cirurgião-dentista, onde esteja justificada a necessidade do serviço.</p>	<p>Aprovação dos planos de tratamento através de fax ou entrega pessoal do plano.</p>
AG	<p>Não há.</p>	<p>Aprovação por <i>software</i> e peritagem.</p>
COOP	<p>Não há, a não ser a de que o plano de tratamento deve receber aprovação para ser realizado.</p>	<p>Perícia (há três cirurgiões dentistas peritos numa unidade que funciona nos três períodos, próxima à estação de metrô, para que os tratamentos possam ser autorizados). Aprovação por <i>software</i> também é utilizada pela COOP.</p>

Operacionalmente a identificação do beneficiário e o controle para o atendimento são feitos por carteirinha, documento de identidade e registro de controle de pagamento dos sistemas de dados das OPPAOs, das empresas clientes ou pelo recibo portado pelo beneficiário, ou senhas obtidas por eles junto às OPPAOs. Os procedimentos são tradicionais e muitas vezes burocráticos. Existe a intenção de implantação de sistemas de autorização e controle através de imagens, com *softwares* especializados e criados pelas OPPAOs (em alguns casos em parceria com empresas de informática, como a OG-SC1 e a OG-SC2). São realizadas algumas análises de congruências com ou sem auxílio de RX, mas muito se agilizaria se a implantação ocorresse efetivamente, reduzindo perícias e autorizações.

A operacionalização de entrega do produto aqui analisado é simples, visto que as OPPAOs não tem o contato que o credenciado tem com o beneficiário, o que as alivia disso, deixando grande parte da responsabilidade sobre o profissional, e a empresa cliente.

O **QUADRO 4. 48** apresenta os tipos de formulários utilizados pelas OPPAOs pesquisadas.

QUADRO 4. 48 –Gestão Operacional das OPPAOs em estudo e Tipos de Formulários Utilizados, no Município de São Paulo, 2001.

OPPAOs	Tipos
OG-SC1	3 tipos: Para plano de tratamento, recebimento e alteração do plano.
OG-SC2	3 tipos: Único, em fase de implantação na internet.
ADM.OG-S.A.	<ul style="list-style-type: none"> - Pré –autorização ou pré-auditoria após pré-análise (<i>software</i>), que gera comunicação, <i>status</i> de crítica para a auditoria. - Por fax, <i>e-mail</i> ou telefone - <i>Status</i> de crítica → auditor → liberação ou não para início de tratamento
OG-S/A	Único em duas vias. Quer implantar formulário (ficha) virtual.
SEG	3 tipos + fax. Para orçamento, plano de tratamento, pagamento, com RX e Fax para a assinatura de confirmação de tratamento.
AG	2 tipos. Um discriminativo de serviços e outro comprovante de serviços prestados.
COOP	3 tipos + perícia. Plano de trabalho, plano aprovado e plano para recebimento.

Os procedimentos são registrados em impressos padronizados em duas ou três vias e onde são feitos registros manuais do dentista credenciado e assinatura do beneficiário e do próprio credenciado. Alguns gestores referiram-se a formulários virtuais. Os formulários preenchidos são enviados às OPPAOs pessoalmente, por fax, correio, portador ou *motoboy*. Com esses meios são operacionalizados a maioria dos contatos entre o chamado proscênio e os bastidores ou “*back-office*”.

Os meios de comunicação são variados, sendo que todas as OPPAOs pretendem implantar formulários virtuais para aprovação e dependem dos rumos das regulamentações da Internet para certificações dos documentos virtuais. No entanto, ainda se utiliza muitos formulários, e fax, o que torna o processo burocrático e moroso. A SEG não consegue eliminar as autorizações por fax devido às assinaturas necessárias para o seguro fazer o reembolso, devido a questões de segurança, contratos e legislação.

O QUADRO 4. 49 mostra a existência de metas de produção, controle de qualidade e glosa nas OPPAOs pesquisadas, referentes aos profissionais credenciados a elas.

QUADRO 4. 49 –Gestão Operacional em relação a Metas de Produção, Controle de Qualidade e à Glosa nas OPPAOs, Município de São Paulo, 2001.

	Metas de Produção para a Rede Credenciada	Controle de Qualidade	Glosa
OG-SCI	Indicadores de performance.	Pesquisa feita pela central de atendimento sobre a satisfação do cliente	São todas as solicitações feitas pelo prestador não autorizadas pela empresa.
OG-SC2	Não	Pesquisa de satisfação do cliente OG-SC2, que é realizada diariamente, através de contatos telefônicos, que visam controle de satisfação e da qualidade do atendimento prestado., aplicando um questionário padronizado, realizada em cinco momentos: Atendimento, plano, prevenção, sistema OG-SC2 e impressão do beneficiário. Além disso, se faz RX inicial e final, avaliação direta e indireta em diferentes níveis de aceitabilidade	Quando há incongruências. Método via raio X e o <i>software</i> rejeita o plano de tratamento, que é glosado(desenvolvido pela OPPAO apoiado no método de Friedman)
ADM.OG-S.A.	<i>Não referiu, dado que a operadora está iniciando com os próprios funcionários da operadora médica.</i>	<i>“Para você colocar volume dentro do consultório você tem que investir para aprender a trabalhar com produtividade. E ele não quer, ele quer manter a própria estrutura, não quer investir nada e quer só atender o volume. Então ele acaba caindo em qualidade. A partir do momento que ele cai em qualidade, não oferece um bom serviço, gera ..., gera insatisfação profissional, gera insatisfação para o cliente, ele começa a reclamar, divulgar isso na empresa.”</i> O controle de qualidade é realizado pela auditoria.	Se pela auditoria eletrônica ou mesmo pelo exame da ficha for observada incongruência, haverá glosa. (análise de movimento diário)
OG-S/A	Não.	Ausência de reclamações e resserviços, a OPPAO desenvolveu um <i>software</i> que utiliza imagens de radiografias dos tratamentos dos usuários, e que constata a competência do profissional.	Quando há incongruências nas indicações e execuções dos tratamentos

SEG	Sim. Pelo menos um cliente por ano.	Está sendo implantado um serviço de auditoria para levantar a qualidade do serviço, técnico e de atendimento. O dentista que estiver dentro de um padrão de qualidade (que será determinado) receberá um selo de qualidade e pode ter sua remuneração aumentada.	Quando há problemas com os planos de tratamento e quando a glosa ocorre é necessário analisar e dar explicações aos profissionais
AG	Não.	Perícia. Ausência de reclamações.	Quando é encontrada alguma inconsistência. Na maioria das vezes existe a glosa pós-processamento, quando é comprovado que o dentista cobrou por um procedimento que não realizou. O que ele cobrou indevidamente é descontado no próximo faturamento.
COOP	Se não tiver cliente, não tem produção. <i>“Não, para ele ter uma produção obrigatória tem que ter serviço...”</i>	Ausência de reclamações.	Se dentro de seis meses após efetuado um trabalho, esse mesmo cliente aparecer com o mesmo trabalho a ser executado novamente, o computador acusa e glosa.

Observa-se que embora não haja metas de produção, as OPPAOs tem a prática de só deixar permanecer no credenciamento profissionais que conseguem ter um movimento de beneficiários em seu consultório. Se o credenciado não tiver nenhum cliente da OPPAO durante o ano, ele é excluído, exceto na cooperativa, onde o presidente afirma não poder adotar esse procedimento.

Para o controle de qualidade, as OPPAOs utilizam-se de recursos da tecnologia da informação, com softwares, auditoria eletrônica e sistemas de informática com imagens radiográficas digitalizadas, controles através de radiografias iniciais e finais, pesquisas sobre satisfação do cliente e sobre o atendimento, ausência de reclamações, auditorias periódicas, e análise do índice de resserviços e de planejamento e indicação de tratamentos inadequados. Muitas empresas valem-se de perícias e *call centers* a fim de operacionalizar esse controle.

Com relação à glosas, nota-se que ocorrem quando há fraudes ou suposição delas, bem como inconsistências, incongruências de informações, tratamentos não executados, duplicidade de procedimentos ou trabalhos refeitos em curto espaço de tempo (menos de seis meses). Estas restrições são detectadas quando há confrontação eletrônica e os planejamentos, ou parte deles, ou alguns procedimentos acabam sendo rejeitados pela auditoria eletrônica ou até por perícia presencial. Caso haja o pagamento indevido por procedimento que se encontre

caracterizado como indevido, e, sujeito à glosa, será descontado o valor referente ao mesmo no pagamento aos serviços seguintes.

É interessante ressaltar o posicionamento do gestor entrevistado da SEG, que afirma ser necessária a explicação do porquê da glosa ao credenciado para esclarecimento e transparência entre as partes.

As empresas OG-SC1, OG-SC2 e ADM.OG-SA entrevistadas não disponibilizaram os manuais dos usuários à entrevistadora. Aquelas que o fizeram, auxiliaram a pesquisa no sentido do fornecimento de alguns dados registrados nos roteiros.

No **QUADRO 4. 50** estão registrados depoimentos dos gestores das OPPAOs pesquisadas no que tange os departamentos responsáveis pelo cumprimento das normas da ANS.

QUADRO 4. 50 –Área Técnica das OPPAOs, em Estudo, Responsável pelo Cumprimento das Normas da ANS no Município de São Paulo, 2001.

OPPAOs	Departamento Responsável pelo Cumprimento das Normas da ANS
OG-SC1	Gerência Técnica.
OG-SC2	Todos os departamentos. Houve pequenas alterações, porque a empresa já estava adequada.
ADM.OG.S.A.	Não há departamento específico; a empresa foi criada posteriormente à Lei 9656/98, e está adequada às normas da ANS.
OG-S/A	Opera adequadamente. Não referiu departamento específico.
SEG	Cumprir as normas da ANS, embora seja subordinada à SUSEP também. Os departamentos responsáveis para tanto são: jurídico e de produtos novos
AG	Cumprir as normas da ANS. Departamento de assessoria técnica
COOP	Segundo o entrevistado, segue à risca essas normas. A presidência responsabiliza-se por este cumprimento. A cada três meses ela manda pagamento para a diretoria de normas e habilitação das operadoras (DIOPE)

A gestora da ADM se pronuncia em relação às questões da regulação da ANS e dos procedimentos que devem ser cobertos pelas operadoras (rol de procedimentos básicos).

“...em relação ao rol de procedimentos básicos, houve muitas falhas no que diz respeito ao estudo técnico. Essa comissão técnica odontológica deveria ter envolvido profissionais de vários setores para que pudessem estar discutindo uma série de coisas. A inclusão de algumas coisas que não foram colocadas, a exclusão de algumas coisas que não são básicas e que são procedimentos que acabam acarretando um alto custo, acaba ficando inviável em termos de preço. Então eu acho que é um pouco cedo para se falar da regulação porque isso ainda não foi regulado, a gente tem um histórico ainda muito pequeno para poder se falar: “foi feita tal coisa e o mercado teve essa tendência”. Não sei se é uma tendência propriamente dita, a gente ainda está passando por uma fase de estudo. A ANS tem uma comissão técnica que está avaliando agora a odontologia novamente em termos de procedimentos técnicos e até em termos de nova inclusão no plano referência. Vamos aguardar. Eu acho que deu uma boa mexida no mercado”(câmara técnica).

“Depende para quem. Por enquanto ainda não foi, porque muita gente saiu perdendo, muita gente teve suas bases mexidas. Eu acho que a médio prazo vai ser positivo. Pelo menos isso está induzindo uma necessidade de profissionalização.”

4.4 – Tendências deste tipo de prestação de serviços

Sob o roteiro para entrevista, foi solicitado aos gestores focalizar as tendências para as OPPAOs, conforme o que se apresenta no **QUADRO 4. 51**.

QUADRO 4. 51 –Tendências na Prestação de Serviços das OPPAOs Pesquisadas no Município de São Paulo, 2001.

TENDÊNCIAS DAS OPPAOs	
OG-SC1	Positivas. Há muitas empresas que não tem o benefício da assistência odontológica para o funcionário. Nos Estados Unidos esse serviço está mais maduro. Exemplo: Delta Dental Na Europa os exemplos são as Caixas de Assistência e Governos que oferecem assistência à saúde.
OG-SC2	Aumentar o número de vidas. Investimentos estrangeiros. Planos com fator moderador. Preparar os consultórios e clínicas para atendimento dos clientes de Operadoras com agilidade e produtividade.

ADM,OG,S.A.	<p><i>“Acho que a gente está numa fase de muitas incertezas... esse mercado está sofrendo uma modificação bem grande, até em função da regulamentação. Hoje a gente percebe que as empresas médias já estão com bastante dificuldade, as empresas pequenas já estão sumindo. As empresas grandes de uma certa forma estão se fortalecendo até porque têm condições de estar investindo em recursos, estabelecendo diferenciais mais efetivos. E está havendo uma regulamentação em parte do mercado, algumas fusões, essas empresas médias que não estão conseguindo sobreviver ou não estão conseguindo investir o quanto precisam estão se fundindo. Em função de toda uma situação econômica que o país está vivendo, são poucas as empresas, a não ser as de cultura multinacional, que conseguem ver esse benefício como algo realmente necessário. Quando você trabalha com um produto de assistência odontológica, você tem que trabalhar durante um determinado tempo com a fase de maturação do produto dentro da empresa, que seria disseminar cultura. Você primeiro dissemina a cultura odontológica dentro da empresa, faz uma fase de maturação e depois fecha o contrato. O problema é que grande parte das empresas não tem corpo de venda especializado em fazer esse processo de maturação da empresa, a não ser empresas que tenham foco na odontologia. Alguns vendem só odontologia, então conseguem preparar aquele corpo. No caso de uma empresa que vende assistência médica e odontológica, você não consegue ter esse tipo de especificidade. Então a venda não é efetiva e ele acaba ficando sempre com um produto marginal. Quando a empresa é só odontológica, tudo bem, ela consegue focar. Mas o que acontece é que já existe uma imagem de mercado de que a assistência odontológica está na mão de três ou quatro empresas, que são as maiores. Então eles preferem fechar com essas empresas porque eles acham que vão ter menos problema, o que não é uma realidade. No restante, o que está sendo formado são células profissionais de prestação de serviço de bairro. Isso está acontecendo e eu acho que é uma tendência de mercado. Eles fogem um pouco das regras, no que diz respeito a estarem funcionando como operadoras, mas, de uma certa forma eles vendem seu produto porque trabalham com uma tabela diferenciada. A partir do momento que você trabalha as empresas da região, dizendo que você tem uma tabela diferenciada, que o tratamento vai ser parcelado, a empresa até prefere fechar com um grupo de profissionais do que comprar um benefício. Na verdade, ou vai ser incorporado ao salário como benefício, o que para eles é um problema no primeiro tempo, ou RH vai ter trabalho, gerenciando contrato de adesão. Para mim, pelo menos, essa é a tendência de mercado.”</i></p>
OG-S/A	Crescimento e profissionalização.
SEG	<p><i>“No começo do ano eu estava muito otimista, eu achei que ano passado nós crescemos muito. Esse ano já não crescemos tanto. Mas eu tenho a impressão de que toda essa situação, financeira, essa parte de economia mundial, as empresas se retraíram um pouco em relação a gastar dinheiro. Nós temos muitas empresas entrando, mas não como no ano passado. Mas eu acho que ano que vem deve melhorar. Uma coisa que eu percebo na odontologia é que não estão entrando tantas empresas novas, o que acontece é que elas estão girando entre as operadoras – sai daqui, vai para essa, dessa vai para aquela. Se a gente for analisar e ver que há três anos três milhões de segurados tinham acesso à odontologia, hoje não chegou a cinco milhões ainda. Quer dizer, não dobrou ainda. Quando saúde começou, o negócio foi um boom, no odontológico não.”</i></p>
AG	<p><i>“As auto-gestões estão terrivelmente ameaçadas, graças à ANS, porque a agência hoje coloca uma carga de responsabilidade, de atividades, de custos... mais do que já tinha.”</i></p>
COOP	Aumentar.

Como se vê, a visão do setor é positiva, apesar das restrições apontadas da situação econômica geral. Outras constatações:

- Concentração em empresas de maior porte;
- Especialização na prestação de serviços odontológicos, como foco dos serviços;
- Racionalização e regionalização do atendimento;
- Visão dos impactos negativos da regulamentação;
- Crescimento moderado do setor, ainda com adesão baixa.

Observa-se que há posicionamentos diferentes entre os gestores sobre as tendências desse tipo de prestação de serviços. Para alguns, positivas, como é o caso da OG-SC1, da OG-S/A e da COOP. Para outros: cuidados devem ser tomados para que os riscos não aumentem, utilizando fatores de co-participação e moderadores, bem como adequando os consultórios da rede credenciada para atendimento com qualidade e produtividade (OG-SC2).

Para a ADM.OG-S/A, o futuro é incerto e a odontologia não tem expressão dentro do contexto das prioridades das empresas que oferecem benefícios de planos de assistência médica aos quais a operadora odontológica está acoplada (como “produto marginal”). Preocupa também as regulamentações da ANS com tributações pesadas, só sobrevivendo as maiores operadoras ou gerando fusões. A gestora também coloca como tendência o surgimento de operadoras ou células profissionais nos bairros deste município para prestação de serviços, oferecendo bom trabalho com tabela diferenciada e facilidades de pagamento.

A SEG percebe que está na parte baixa da onda e vai melhorar no ano que vem. Os planos odontológicos tem caminhado mais devagar em relação à adesão dos segurados do que os planos médicos.

A AG sente-se ameaçada, como todas as outras, principalmente pelas exigências da ANS.

4.5 – Pontos Positivos e Pontos Negativos

Há pontos positivos e negativos na prestação de serviços odontológicos com relação às empresas, aos credenciados e aos beneficiários. Estes foram levantados junto aos gestores e estão apresentados respectivamente nos **QUADROS 4. 52, 4. 53 e 4. 54.**

QUADRO 4. 52 – Pontos Positivos e Negativos em Relação ao Sistema de Prestação de Serviços pelas OPPAOs, Para a Empresa Cliente, no Município de São Paulo, 2001.

OPPAOs	PONTOS POSITIVOS E NEGATIVOS PARA EMPRESA CLIENTE	
	PONTOS POSITIVOS	PONTOS NEGATIVOS
OG-SC1	Retenção de funcionários; redução do absenteísmo; oferecer o benefício.	Surpresa com reajuste técnico; gestão do beneficiário.
OG-SC2	Negócios; qualidade de vida do funcionário; manter talento; diminuir o absenteísmo.	Regulamentação; preços controlados e posição entre entidades e usuários.
ADM. OG-S.A.	Aumento da satisfação do funcionário e sua retenção. Queda do absenteísmo. *	Gera trabalho para o dep. de RH e gastos para o empresário.
OG-S.A.	Beneficiar o funcionário.	Risco; burocracia e legislação e menor margem de lucro.
SEG	Diminuição do custo com saúde, o funcionário Ter sorriso bonito e diminuição do absenteísmo	Custo.
AG	Captação de mão-de-obra; diminuição do absenteísmo; redução de imposto	Custo inicial;
COOP	Tratar do funcionário a preço mais em conta.	Não tem.

* “O que eu vejo de vantagem é o seguinte: a partir do momento que a empresa dá aquilo ou até desconta uma parcela bem baixa em relação ao benefício odontológico, ele acha que ele tem aquilo de graça, que ele está ganhando aquilo. Então ele até usa e acaba trazendo indiretamente um benefício para o próprio funcionário. Coisa que ele deveria fazer questão de usar. Então é uma coisa meio complicada de a gente estar abordando porque depende muito da cultura dessa empresa, de como ela trabalha. Tem empresa que faz programas internos de divulgação de saúde e medicina preventiva, odontologia preventiva.”

Quase todos os gestores se referiram à diminuição do absenteísmo como um dos pontos positivos, exceto a COOP e a OG-S/A.

A AG ressalta a redução dos impostos devido à oferta desse benefício.

Os gestores se referem à oferta do benefício pela empresa, também sendo ressaltada a retenção dos funcionários e a melhoria de sua qualidade de vida, bem como ao custo menor para o tratamento odontológico do funcionário, melhorando sua aparência e lhe dando satisfação, o que, com certeza, reverte em resultados positivos para a empresa.

Como pontos negativos, a empresa-cliente tem reajustes periódicos das operadoras de planos privados de assistência médica e odontológica, muitas vezes compartilhando riscos com as operadoras; tem trabalhado com o controle de pagamento e autorizações de utilização do plano para seus funcionários, gerando trabalho para RH e gastos para o empresário.

Com as regulamentações, as margens de lucro são menores e o custo inicial é alto. Só a COOP não vê pontos negativos para a empresa-cliente.

QUADRO 4. 53 – Pontos Positivos e Negativos em Relação ao Sistema de Prestação de Serviços pelas OPPAOs, Para o Credenciado, no Município de São Paulo, 2001.

OPPAOs	PONTOS POSITIVOS E NEGATIVOS PARA O CREDENCIADO	
	PONTOS POSITIVOS	PONTOS NEGATIVOS
OG-SCI	Volume, rede e uma boa tabela.	Tabela baixa, mistura de público alvo, prazo de pagamento
OG-SC2	Maior mercado de trabalho; se inserir no grupo e oportunidade de aproximar interesses e melhorar a produtividade (ergonomia), atendimento em escala.	Perda da autonomia.
ADM. OG-S.A.	Aumentar o movimento no consultório. Aumentar as possibilidades de ganhos e gerar indicações de particulares	Aprender a trabalhar com volume.
OG-S.A.	Aumento do fluxo de pacientes; redução da ociosidade; receita mais regular e confiável.	Redução do preço unitário do trabalho e mais burocracia.

SEG	Levar clientes para horas ociosas	Tabela mais baixa. Burocracia.
AG	Gerar fluxo de pacientes, otimizar os horários vagos; propaganda, divulgação do seu nome.	Burocracia; necessidade de produtividade; perfil da população; não saber administrar e otimizar seu tempo.
COOP	A cooperativa lutando para arrumar cliente para ele.	Não tem.

Com relação aos cirurgiões-dentistas (credenciados), há de positivo, segundo as entrevistas com os gestores: o volume de clientes, a rede e a tabela, quando esta é considerada acima das da concorrência.

O grupo pode ampliar oportunidades e interesses, gera aprimoramento e a busca de ergonomia. Gera desdobramentos como: outras indicações e mais movimento no consultório, com receita mais regular e confiável, otimizando o tempo, podendo ter propaganda em comum com colegas, se utilizando das OPPAOs como intermediárias para colocar mais clientes no consultório e mostrar seu serviço.

QUADRO 4. 54 – Pontos Positivos e Negativos em Relação ao Sistema de Prestação de Serviços pelas OPPAOs, Para o Beneficiário, no Município de São Paulo, 2001.

OPPAOs	PONTOS POSITIVOS E NEGATIVOS PARA O BENEFICIÁRIO	
	PONTOS POSITIVOS	PONTOS NEGATIVOS
OG-SCI	Menor custo; saúde; inversão de demanda negativa	Risco de ser mal atendido, falta de personalização, se submeter a perícias.
OG-SC2	A saúde bucal.	Não há.
ADM. OG-S.A.	“Só tem”	Não tem.

OG-S.A.	Racionalização; financiamento; gerenciamento da vida clínica.	Restrição de profissionais.
SEG	Ir mais ao dentista. Prevenção	Nenhum.
AG	Custo; benefícios agregados, orientação e suporte	Pode ser negativo se a pessoa não queria ter o benefício; restrição em cobertura; pouca possibilidade de escolha
COOP	Custo menor. Uma forma de tratar seus dentes com um custo menor que no particular.	Não tem.

Como pontos positivos para o beneficiário, os gestores observam que eles terão menos custos para tratar seus dentes e manter a saúde bucal, podendo ir mais ao dentista, bem como seus agregados.

Como negativo, existe a sensação que o beneficiário pode ter de que não seria bem atendido, de se submeter a perícias e ter restrição de nomes de profissionais.

Para cinco dos gestores não há pontos negativos nessa proposta de benefício da empresa ao funcionário.

O modo operacional das OPPAOs, apesar de atuarem nos diferentes modelos societários e em diferentes formas, é mais ou menos semelhante, situando-se entre a abordagem da linha de produção e a abordagem do envolvimento do cliente. Direcionar para uma tendência de abordagem da atenção pessoal, onde o cliente estivesse colocado no topo da pirâmide e em cuja base poderia estar a rede credenciada, funcionários e diretoria da OPPAO é uma possibilidade (de acordo com o citado no Capítulo 2).

CAPÍTULO 5

CONSIDERAÇÕES

5.1. Considerações sobre a pesquisa

A pesquisa desenrolou-se dentro de algumas das maiores OPPAOs do município de São Paulo em 2000 e 2001, caracterizando-as e entrevistando seus gestores em busca de informações relevantes sobre características de algumas funções dentro do processo de gestão.

Para a abordagem, os recursos metodológicos foram aplicados com rigor e adequados à situação: gravação de som, fichas de padronização de entendimento, postura adequada para minimizar desvios e viéses e roteiro construído com base nos objetivos, como justifica-se no CAPÍTULO 3. As transcrições das gravações sonoras foram rigorosamente elaboradas e os dados relevantes categorizados e analisados.

É adequado explicitar que é um estudo exploratório e o aprofundamento para conhecer os quesitos levantados pode ser objeto de outros estudos.

De acordo com o exposto, analisado e apresentado neste trabalho, pode-se fazer algumas reflexões para comentários à respeito.

“A saúde é direito de todos e dever do Estado”- artigo 196 da Constituição Federal do Brasil de 1988. O conceito de saúde não se reduz somente ao acesso à serviços de assistências à saúde, mas extrapola às questões sociais, ambientais, mentais, culturais, educacionais, financeiras, de transporte, habitacionais, emprego, lazer, liberdade, posse de terra,... (Organização Mundial de Saúde – OMS).

Existe a necessidade do acesso da população a tratamentos odontológicos; os dados mostram que 80% da população do município de São Paulo encontra nos recursos públicos a única possibilidade de acesso a esses serviços especializados (NARVAI, 1996:2), como citado na introdução deste trabalho e segundo o IBGE, 2000 (www.ibge.gov.br).

Operadoras de Planos Privados de Assistência Odontológica querem prestar serviços, com rede credenciada, com parceria de empresas onde os beneficiários trabalham, já que hoje

a tendência é para planos empresariais, o que restringe bastante a cobertura (só para trabalhadores registrados em empresas).

Quanto ao ambiente físico, pode-se considerar que as operadoras da amostra apresentam-se dentro de cenários apropriados à realização de negócios, com estruturas para processamento, auditorias e autorizações da prestação de serviços.

Das OPPAOs visitadas, notou-se que têm estrutura adequada para receber representantes das empresas-clientes: OG-SC1, OG-SC2, OG-S/A e COOP.

Na verdade, na AG os clientes são cativos, a SEG tem corretores que visitam os clientes e a ADM.OG-S/A também. Pela descrição dos gestores, as OPPAOs vão mais aos clientes do que eles a elas.

O atendimento ao pedido de contato para a pesquisadora ser recebida nas OPPAOs da amostra foi facilitado devido a conhecimento dos gestores e a apresentações prévias de pessoas amigas. Contatos anteriores com outras OPPAOs do município foram frustrados devido a muitas objeções e falta de intenção em colaborar com pesquisas e os motivos relacionados foram: muita ocupação dos gestores, não intenção em colaborar com pesquisas, nunca poder atender, falta de interesse.

No entanto, os entrevistados da amostra (no município de São Paulo), que tem como característica conter algumas das maiores OPPAOs do país, foram cooperantes e trabalhou-se com os modelos a seguir:

- Três de odontologia de grupo, duas S/C e uma S/A
- Uma administradora para odontologia de grupo S/A
- Uma seguradora
- Uma autogestão
- Uma cooperativa

Destas, somente três são exclusivamente Operadoras Odontológicas – OG-SC2, OG-S/A e COOP.

O capital estrangeiro está incorporado em cinco das sete Operadoras, sendo a OG-SC2 e a COOP as que não possuem investimentos de outros países. Além disso, a ADM.OG-SA em si também não tem, mas a Operadora de Planos Privados de Assistência Médica que ela acompanha tem capital nacional e estrangeiro.

As que têm característica de sociedade civil limitada (S/C) pertencem a um ou poucos donos e as demais têm acionistas com diferentes partes na participação, exceto os sócios da COOP, que devem ter partes iguais devido ao modelo de atuação.

Os funcionários das OPPAOs que atuam com planos médicos apresentam-se em número reduzido. As que atuam só com odontologia, OG-SC2, OG-S/A e COOP, possuem, respectivamente, 100, 300 e 14 funcionários e as demais utilizam-se de estruturas das operadoras médicas.

Os dentistas (prestadores de serviços) não são funcionários, são credenciados pelas OPPAOs, podendo ser considerados como terceirizados ou parceiros. A rede de credenciados é responsável pelo atendimento aos funcionários das “empresas-clientes” das OPPAOs, que são intermediadoras.

Pela análise dos dados, a OG-SC2 é, dentre as OPPAOs estudadas, a que apresenta a maior rede de credenciados no município de São Paulo. Há operadoras que limitam o número de credenciamentos, seguindo a proporcionalidade, como a OG-S/A, que limita 1 (um) credenciado para 100 (cem) beneficiários (vidas); outras permitem credenciamentos sem esse limite.

Das OPPAOs do estudo, a que apresenta maior número de vidas a nível nacional é a OG-S/A, com 550.000 vidas e no Estado de São Paulo é a COOP, com 80.000 vidas; no município de São Paulo esse número não foi explícito.

Os dados sobre beneficiários não ficaram completos ao serem fornecidos, talvez porque a ANS exija o registro deles e um pagamento per capita; quanto maior o número, mais a operadora tem que efetuar depósitos.

Todas as OPPAOs analisadas são de grande porte (com mais de 50.000 vidas), em se tratando de Brasil.

Os principais clientes, via empresa, são do setor de serviços, o que indica possíveis estudos posteriores a respeito. Os contratos são, na maioria, empresariais, embora por livre adesão dos usuários.

Os pontos de atendimento das OPPAOs analisadas estão distribuídos de modo homogêneo na OG-SC2, OG-S/A, SEG e AG. A COOP tem ligeira predominância na região norte e menor na leste. A ADM tem mais atuação na região norte da cidade.

Os organogramas mostram que, nas empresas que não são exclusivamente odontológicas, a área é pouco relevante dentro do contexto da operadora e com poder de decisão restrito.

Na pesquisa tivemos oito respondentes, sendo dois da OG-SC2; apenas na ADM a respondente foi uma mulher. Todos têm cursos em Administração e Marketing, exceto os gestores da COOP e da OG-S/A. As idades concentram-se em dois grupos: faixa dos 30 anos (quatro), faixa dos 50 ou mais (quatro).

A experiência dos gestores no setor é de cinco a trinta anos, sendo que um dos respondentes da OG-SC2 é o que há mais tempo atua na área e o da OG-SC1 tem menos tempo. Os gestores com doze anos de experiência em média são os da AG, OG-S/A, ADM e OG-SC2.

No ANEXO B estão as condições que a ANS indica para ser gestor de Operadoras em Saúde.

O agendamento com os gestores foi difícil, mas quando houve o encontro, a postura foi adequada e o tempo da entrevista na maioria dos casos se prolongou por interesse dos mesmos. Todos se mostraram pró-ativos, sinceros e competentes no que fazem, passando conhecimentos e conteúdos importantes, e lembrando que “ (...) é o excesso de atividades e estresse dos principais dirigentes da organização que constituem os principais obstáculos para a adoção de gestão socialmente responsável” (GRAJEW, 2001:3 de 3, disponível em <http://www.ethos.org.br>, acessado em 13/01/01).

Sobre a evolução histórica, nota-se que há mais ou menos 30 anos as OPPAOs começaram a surgir, por volta dos anos 70, com o milagre brasileiro, quando houve mais recursos para benefícios por parte dos empresários e por parte do funcionários que conquistavam melhores salários. Por outro lado, a saúde pública estava com o setor assistencial que não atendia às necessidades da população. O crescimento de todas as operadoras da pesquisa deve-se a fusões, associações e parcerias.

Com relação à “Lei dos Planos de Saúde”, a pesquisa mostra que as empresas em estudo estavam adequadas a ela e estão se ajustando às exigências; e o que mais pesa é a parte financeira, que ficou mais abalada, onde a lucratividade diminuiu e os encargos e tributações aumentam.

Quanto à declaração da **missão** das OPPAOs em estudo, quando explicitadas, apresentam-se relacionadas a seguir:

- Prestar assistência de alto nível técnico e com qualidade, com preços adequados à população, proporcionando satisfação ao usuário;
- Oferecer serviços de alto nível à família;
- Permitir acesso a trabalhadores;
- Aproximar a “sociedade à odontologia” (transcrição extraída do *folder* da operadora);
- Empresa sólida, ética, competitiva, com credibilidade e excelência;
- Ampliar mercado de trabalho para cirurgião-dentista.

Os **objetivos** principais passados para a pesquisa tendem à sustentação no mercado, proporcionar melhoria da saúde bucal, facilitar o acesso do trabalhador e oferecer trabalho aos profissionais de odontologia. Transcrevem-se objetivos citados, embora muitas vezes confundidos com metas, como:

- Atingir um milhão de planos até 2001.
- Balizar preços e arrumar serviço para o cirurgião-dentista;
- Prestar serviços com excelência (excelentes);
- Mostrar o que é odontologia de grupo; mudar conceitos;
- Solução global em saúde;
- Ser a melhor; ser o resultado de estratégias;

Percebe-se, embora não explicitadas, intenções de trabalhar com recursos humanos em grande oferta, fechar contratos empresariais, evitar riscos e demasiada utilização do rol de procedimentos básicos.

Com relação aos **valores**, embora não explicitados pelos entrevistados, passam a ser percebidos durante as entrevistas, sendo que os principais seriam a transparência e a vontade de estar em grupo.

O planejamento estratégico das operadoras não ficou claro em nenhuma delas, mesmo nas que são só odontológicas, talvez até por questões sigilosas ou porque a comunicação da estratégia não está explícita para o gestor. A forma de comunicação das

estratégias parece limitar-se a algumas reuniões de diretorias, nas quais as que são acopladas ao plano médico pouca participação ou expressão têm, e para as quais as estratégias pouco são comunicadas, ficando a gestão mais com encargo de atividades operacionais.

Quanto às **estratégias** utilizadas na gestão, observa-se, a partir da missão, que embora quase todas a mencionaram, nem sempre esta estava clara para os gestores ou havia desvios de entendimento. Com relação à estratégia foram citados: controle de qualidade, informatização da rede credenciada, segurança, agilidade, personalização, foco, setorização, metas e objetivos, departamentalização, associações, parcerias, posturas facilitadoras na gestão do negócio, relacionamento construtivo com parceiros de negócios, modernização da gestão, inserção da odontologia no pacote de benefícios dos funcionários, pesquisa de mercado, parcerias e terceirização, preço competitivo, divulgação, compartilhamento de custos/manutenção da estrutura.

Para a **comunicação das estratégias**, foram citados na pesquisa: informes, reuniões periódicas (mensais), jornal para a rede, *site*, portal, mala direta, cartas, e-mails, comunicados, cursos, *e-learning*, intranet, fax, informações de novidades da área, disponibilização de recursos para a excelência no atendimento, manuais, impressos e circulares.

O **estilo gerencial** predominante, de acordo com Mc Gee e Prusak, autores escolhidos para sustentar esse conceito foi MONARQUIA (centralização do poder).

Dos **estilos de gestão** (Mc GEE & PRUSAK, 1994:155-157) apresentados, o resultado foi:

- Em primeiro lugar, Monarquia (em quatro operadoras); neste estilo o poder é centralizado e os departamentos e divisões têm reduzido poder de decisão, que é do gestor principal.
- Em segundo lugar, Feudalismo (em duas operadoras); unidades de negócio descentralizadas, com autonomia.
- Em terceiro lugar, Federalismo (uma operadora); consenso e negociação, mas poder centralizado.

Todas as OPPAOs examinadas apresentam **parcerias e terceirizações**, o que demonstra avanço em gestão, deixando o foco para os objetivos principais e assumindo o ganha-ganha com parceiros.

Com respeito à **terceirização**, as OPPAOs utilizam-se desses recursos nas áreas de: propaganda, vendas (corretores), correio, *call center*, treinamento, auditoria, atuária, assessoria jurídica, consultoria, TI, departamento pessoal, logística, copa, limpeza, segurança, informática, contabilidade, jornal, gráfica e outras não lembradas pelos gestores.

Parcerias: com lojas de produtos e materiais odontológicos, associações médicas, sindicatos, empresas, rede de hotelaria, instituições, operadoras médico-odontológicas e faculdades.

Com relação à **responsabilidade social** foram citadas: colaboração com associações; projeto social odontológico, esportes, subsídio para uniformes de prática esportiva, ações voluntárias, algumas OPPAOs oferecem consultórios móveis para atendimento da população de baixa renda, trabalho com crianças carentes, trabalho contra impactos ambientais de eliminação de resíduos, educação da rede credenciada, prevenção e educação para saúde, projetos sociais a serem implantados, projetos culturais, programa para deficientes e hipertensos, ajuda financeira para funcionários, distribuição de escovas de dente e concursos com premiações.

A **responsabilidade social** não está incorporada em nenhum dos comentários dos gestores das empresas e muitos deles a entenderam como filantropia, ou patrocínio a eventos esportivos, estendendo às vezes para questões ambientais e sociais.

Reavaliar essa questão tem, no momento, um campo propício, para formalizar e implantar a ética dentro de toda a cadeia de valor desse tipo de empresa, que inclui fornecedores, funcionários, credenciados, governo, usuários, concorrentes, sócios (cooperados ou acionistas), comunidade e meio ambiente.

Nota-se tendência para encarar este aspecto com maior interesse. É preciso que haja coerência nesse sentido para que essa proposta não seja teórica, e até materializar as intenções em um “pré-código de responsabilidade social”, comunicado a todos os “*stakeholders*”. Isto deveria ser uma exigência da população e das empresas-clientes ao escolher uma OPPAO.

Parece que todos os respondentes consideram a atuação de suas OPPAOs dentro dos padrões éticos e dizem seguir o código de ética dos cirurgiões-dentistas (que, segundo entrevistado, necessita de muitos ajustes).

Quanto a **ética**, não há departamento específico que cuide dessa questão, nada formal, mas afirmou-se que ela faz parte da cultura empresarial e que o departamento de RH tem o

código de ética da empresa contratante e esse departamento pode cuidar disso (duas OPPAOs afirmaram isso). Uma das OPPAOs declara possuir um manual para ser lido e seguido quando um credenciado ou funcionário adentrar a empresa, porém a área não controla se houve leitura do referido manual.

Quanto ao **Marketing**:

Produto : As OPPAOs lançam vários produtos e devem registrá-los na ANS, com diferentes atuações, foco e preço. O preço deve ser competitivo e os produtos diferenciados são oferecidos para as diretorias das empresas-clientes.

Promoção: Muitas vezes esta atividade é terceirizada para empresas especializadas nisso.

Praça : A praça é a área adequada aos beneficiários, oferecendo extensa rede de credenciados.

Participantes: Devem ser focados e os beneficiários devem utilizar efetivamente os planos, gerando satisfação a todos, protegendo-se mutuamente, com credibilidade.

Entrega: A entrega do serviço caminha para ser menos burocrática, segundo os gestores, mas com auditoria mais eficaz e ágil (para isso sugerem tratamento rápido para receber mais rápido).

Concorrência: Os fatores citados pelos gestores para enfrentar a concorrência são: diferenciação do produto, foco, respostas rápidas, relacionamentos duradouros, preço competitivo e acordos. Diz um gestor: *“A concorrência é alta, porém heterogênea e pulverizada”*. As seguradoras sentem-se privilegiadas só pelo modelo de atuação e as autogestões, embora considerem-se o modelo ideal, receiam dissolver-se e contratar operadora terceirizada. A COOP não tem dificuldades; afirma que isso é para as novas empresas que estão entrando. Há também o amadorismo e a dificuldade de aceitação no mercado. Criar marca para adquirir credibilidade pela imagem e posicionamento competitivo.

Para vendas: Todas utilizam-se de corretoras, umas menos, outras mais, sendo que no caso da seguradora há obrigatoriedade legal para atuação via corretoras credenciadas.

Fidelização: Pelos serviços, avaliação constante de satisfação dos clientes, nível de procura, segurança, parceria, auditoria, qualidade técnica e de atendimento e pesquisa de satisfação do cliente.

Atratividade: Marca, credibilidade, facilidade de obtenção do serviço, ética, qualidade, preço, quantidade de profissionais, conceito no mercado, participação da empresa e sociedade,

desburocratização, informatização, benefício global com plano médico, indicação (boca-a-boca) e segurança (diz o gestor que o seguro é mais garantido).

Expectativa do beneficiário: localização, credibilidade, confiança, tecnologia avançada, facilidade para obtenção dos serviços, indicação do profissional, cobertura, rapidez e preço.

Obs: O beneficiário, segundo um gestor entrevistado, considera que não terá o tratamento que gostaria de ter, portanto denota falta de credibilidade para esse tipo de prestação de serviço.

Reclamações: Algumas OPPAOs pesquisadas têm pessoal especializado para atender reclamações, no entanto, a maioria afirma não tê-las, embora os gestores respeitem o papel do usuário ao reclamar. O índice de satisfação é alto, com poucas queixas, que são contra a atuação dos credenciados.

A marca e a imagem, que é um dos “Pes” (Promoção) da política de marketing de todas as empresas e com certeza a busca das OPPAOs, foram citadas pelos gestores.

As empresas pesquisadas são as maiores do setor e pretendem continuar no ranking, embora a concorrência seja acirrada, mesmo atuando em modelos diferentes. Exceção se faz à autogestão, que é voltada para funcionários das empresas patrocinadoras e, se não atuar com excelência, perde para a contratação de uma operadora de outro modelo tradicional (odontologia de grupo, por exemplo) para o atendimento da demanda.

O preço das contraprestações é cada vez mais acessível, devido a parcerias e acordos com as empresas clientes. A preferência pelos contratos empresariais é de quase 100% e os planos básicos (produto) são os que menos problemas trazem, sendo a tendência dessa atuação na praça (município de São Paulo).

Os participantes nem sempre aceitam o processo adequadamente, principalmente devido a desconfianças dos usuários e da rede credenciada remunerada com base em tabelas negociadas de acordo com a experiência de cada profissional. Há tentativas de acordos e alimentação dos processos no sentido de fidelização da clientela, pois quando isso não ocorre as perdas acontecem.

Quanto ao Marketing há uma certa evolução na gestão, com terceirizações e com pesquisas de satisfação do cliente.

Endomarketing

As respostas, nas entrevistas, sobre o assunto estão condensadas a seguir:

Para funcionários: mudar a cultura da empresa; distribuir resultados; o produto odontológico junto a um pacote de assistência médica já é um prêmio; transparência com clientes e fornecedores; forma humana e personalizada para atender os clientes; tecnologia da informação; humanização dos relacionamentos; benefícios; refeitório; previdência privada a baixo custo; relacionamento amistoso e boa remuneração.

Para credenciados: revisar processos; melhorar desempenho; pouco retorno dos credenciados às chamadas para reuniões; incentivo aos não fraudulentos; descontos em dentais; fidelização dos dentistas, oferecendo material de consumo a preços baixos; tabelas adequadas; selecionar os mais procurados; oferecimento de cursos e palestras para os credenciados (nas quais os gestores afirmam que há baixa frequência).

O endomarketing está enquadrado entre o marketing estratégico empresarial e os recursos humanos, e ainda não está fazendo parte das políticas das OPPAOs. A elaboração de um plano de endomarketing pode ser um fator de sucesso se implementado, e para tanto canais adequados de comunicação entre a alta administração, funcionários e rede credenciada são necessários.

Para **Recursos Humanos**:

Recrutamento e Seleção

Para recrutamento e seleção dos funcionários são utilizados os métodos convencionais, pelo gerente da área ou empresas terceirizadas, com testes, análise de currículo, entrevista e armazenamento de potenciais funcionários em bancos de dados.

A seleção geralmente é realizada pelas empresas de recrutamento. Não há plano de carreira formal e como são poucos funcionários o recrutamento é raro.

Para os credenciados: a seleção é por currículo; pela Internet; por indicação dos beneficiários; empresas; cadastro; conhecimento; política; localização do consultório; especialização; representatividade; instituição de ensino de origem e experiência profissional.

Apenas três OPPAOs referiam visitas aos consultórios e entrevistas presenciais, e uma delas referiu-se a processo seletivo.

No caso da COOP há reuniões previamente marcadas, quando os interessados a ingressar se apresentam e fazem a adesão. Esta é aceita desde que a documentação necessária esteja completa.

Avaliação de Desempenho

Para funcionários: anualmente utilizando indicadores de desempenho, cumprimento de metas, performance técnica, atendimento ao cliente, cumprimento de normas, qualidade no serviço, atualização, relacionamento, ausência de reclamações, ética, bom trabalho.

Para credenciados os indicadores são: índice de reclamações, número de prestações de serviços, planos de tratamento, ausência de fraudes, satisfação do cliente, relacionamento com clientes, limpeza, equipamentos, materiais, organização, ausência de reclamações no PROCON, atualização, obediência à normas, qualidade de serviço, cumprimento de horários, controle por exames radiográficos, entrega rápida, ética, auditoria, não gerar problemas, avaliação contínua.

Trabalho em Equipe

Apenas ocorre na área administrativa e de forma incipiente, estando mais relacionado a encontros e reuniões.

Formas de Remuneração

Funcionários: Os funcionários são mensalistas, registrados pela CLT em todos os casos em que houve citação, somente a OG-SA não citou e OG-SC2 confirmou que há 10% de participação nos resultados para os funcionários.

Credenciados: De acordo com tabelas, após a qualificação do credenciado e pontuação obtida. As tabelas são atribuídas e negociadas caso a caso.

Há uma defasagem entre a realização dos serviços e o recebimento da remuneração, que pode ir até dois meses, dependendo do caso. Há intenção em agilizar.

A seguradora SEG afirma que “ a tabela é relativa: para um dentista pode ser boa e para outro não compensa”, depende do tipo e localização do consultório.

É um ponto problemático, pois os próprios gestores confirmam a insatisfação dos credenciados com tabelas e prazos para recebimento.

Dentro da amostra, a OG-SC1 considera que remunera bem melhor do que as demais no mercado.

Treinamento

Para funcionários: parece haver tentativas, inclusive com empresas contratadas, a COOP considera que a rotatividade dos funcionários é baixa (quase não existe) e o treinamento fica sendo desnecessário.

A OG-SC2 está investindo num processo de educação à distancia pela Universidade Corporativa; a AG realizou tentativas de treinamento, por especialidades.

Na maioria das ocasiões, para os dentistas credenciados: quando existe um treinamento é para o preenchimento dos formulários e fichas. A questão de desenvolvimento profissional fica por conta de cada um.

Em palestras e cursos a frequência é baixa, o que foi referido por duas OPPAOS (OG-SC2 e COOP), mas todos pretendem oferecer algum tipo de encontro.

Benefícios

Para funcionários: seguro de vida, ticket refeição, cesta básica, plano médico e odontológico, clube, refeitório, hotéis fazenda e previdência privada. Observar que a SEG só oferece plano médico aos funcionários, não oferecendo o odontológico.

Para credenciados: clientes, materiais mais baratos, treinamento sem custos, instituição de ensino, clube para dentistas, descontos na compras de materiais em casas de artigos para odontologia, laboratório de prótese, assistência jurídica, orientação contábil e palestras.

Muito há que investir no comprometimento do credenciado que tem alto contato com o cliente. Investir e reter para fidelizar o profissional credenciado para que não ocorra rotatividade no quadro.

Sanções

São indicadas sanções quando funcionários ou credenciados não satisfazem clientes ou não obedecem normas e ética.

Os funcionários são regidos pela CLT, mas “Vestir a camisa da empresa” é mencionado pelo gestor da COOP.

Os dentistas que cometerem fraudes tem seu contrato rompido após 30 dias. O mesmo ocorre se houver reclamações dos clientes, erros clínicos e queixas.

Com a facilidade para contratar outros profissionais, dado o excesso de dentistas no município de São Paulo, a OPPAO não tem dificuldade em repor profissionais (há 1200 inscritos e com currículo esperando na OG-SA).

Com relação aos **Recursos Humanos**, o ponto mais crítico é a gestão da rede credenciada, que parece distante da estratégia, missão e objetivos da OPPAO.

O ingresso do cirurgião-dentista para compor a equipe de uma operadora não passa por um trabalho de engajamento, somente há um treino para preencher fichas, formulários e relatórios. Raros credenciados têm contato entre si ou com as OPPAOs e em poucos momentos; pelo que se observou, não há comprometimento de ambos os lados. A supervisão à distância dos trabalhos executados e de seu planejamento dá liberdade, mas, por outro lado, deixa uma lacuna para erros que possam gerar glosas.

A relação pode levar a fraudes, numa disputa de espertezas, entre a TI, perícias das OPPAOs e a astúcia do prestador, gerando muito desperdício, falhas e reclamações em todos os níveis. Mesmo assim, os gestores afirmam serem poucas as reclamações de usuários e dentistas da rede.

O trabalho em equipe ainda é incipiente; são relatadas algumas tentativas na AG em termos de profissionais, no entanto, nas demais, quando ocorre, é basicamente no nível da diretoria, em reuniões.

A avaliação dos funcionários das OPPAOs é norma de RH. Entretanto, a da rede credenciada geralmente é feita com base em reclamações dos beneficiários. Poucas OPPAOs mencionaram visitas aos dentistas, supervisão, desenvolvimento profissional, otimização e orientação para o trabalho a quatro ou seis mãos para aumentar a produtividade na oferta de qualidade em um trabalho “em escala”.

Existem incentivos no sentido de oferta de materiais dentários com descontos e tabelas diferenciadas aos que apresentam mais tempo de formados e são especialistas. Há poucos benefícios diretos, a não ser no que se refere ao aumento da demanda e preenchimento de tempo ocioso no consultório. A possibilidade da divulgação do nome também foi citada.

Quanto ao desenvolvimento de pesquisas, apenas a OG-SC1 manifesta interesse.

Logística

A **logística** numa OPPAO concentra-se basicamente na transferência de dados, fichas, autorizações e comprovações. Recursos da TI são incluídos nessa função.

Nas OPPAOS os aspectos mais importantes mencionados na pesquisa foram:

- Fluxo de documentos para aprovação e pagamento;
- Aprovação via Internet;
- Distribuição de materiais de consumo de lojas parceiras com recursos das OPPAOS;
- O fluxo via Internet está sendo desenvolvido nas OPPAOS, algumas bem adiantadas;
- Distribuição de material (quantificação e qualificação);
- Sistema de gestão com alta conectividade em desenvolvimento;
- Sistema de informação, autorização e auditoria;

No entanto, 90% das fichas ainda vão pelo correio na AG ou por FAX na SEG, ou o profissional ou o beneficiário vai até a operadora.

Como observa-se, o correio é utilizado como recurso terceirizado; os laboratórios de prótese, a entrega de materiais e papéis ocorrem por conta do credenciado que vai retirá-los

Não há área específica para atualização da logística. A integração eletrônica é que vai auxiliar o fluxo em breve.

Tecnologia da Informação - (TI)

Pontos Positivos da TI para OPPAOS: Integração, produção de relatórios e banco de dados, oferecer transparência que gera credibilidade, *software* para gestão de riscos, realizar auditoria, acelerar reembolsos, logística, viabilidade no processo de autorização para atendimento e rapidez.

Pontos Negativos: Padronização, necessitar de altos recursos financeiros e do fator humano treinado que constitui um gargalo. Dificuldades para gerar “coisas novas”, falta de conectividade, dependência e às vezes aumenta a necessidade de formulários.

Investimentos Pretendidos: Conectividade e continuidade

O que foi implantado: *Softwares, home pages, internet*, portal, redes, consultas, extratos para pagamento de impostos, serviços para prestadores, rastreamento da demanda, controles de qualidade, auditorias e organização, sistemas integrados de gestão.

O que está em implantação: Sistemas com ou sem parceria, alguns caseiros outros arrojados como a OG-SC2. A conectividade entre a rede e a OPPAO deve ser implantada, como a AG confirma, dizendo que internamente ela já existe.

E no futuro : O que as OPPAOS pretendem é a ficha virtual, a conectividade, *e-commerce* e *e-learning*, autorização *on line*, comunicação efetiva, integração geral entre empresas, clientes, dentistas, OPPAO e beneficiários. A associação da informação com a imagem gera a possibilidade de centros de diagnóstico virtuais.

Todas as OPPAOs da amostra desenvolveram *softwares* próprios para o controle dos procedimentos realizados pela rede credenciada. A **Tecnologia da Informação** é uma das áreas em que as OPPAOs têm aplicado mais recursos e pretendem continuar seus investimentos, pois sem esse recurso é inviável a participação no setor.

Com relação à área **financeira**, as OPPAOs restringiram-se a poucas informações, deixando claro que houve épocas com melhores resultados e que a ANS, com provisões e exigência de reserva técnica, inviabiliza os pequenos empreendimentos no setor e dificulta a sustentação dos maiores no mercado.

Não há a prática de expor balanço ou contratar auditoria externa, apenas o divulga as que são obrigadas, as S/A. A observação das odontológicas só é possível nas que atuam somente com o setor. As operadoras médico-odontológicas, a SEG e a AG, não evidenciam o segmento odontológico, não possibilitando avaliar resultados por categoria.

As questões do risco, provisão e reserva técnica tem sido estudada pelas OPPAOs, notadamente pela OG-SC2 que enfatiza preocupação nesse sentido.

Na questão **operacional**, também a TI está presente, no *Call Center*, carteirinhas com tarja magnética, autorizações, prontuários *on line*, verificação de congruências, glosas e outros. Essa função ainda parece presa a questões de segurança e rotinas, num processo bastante burocrático em todas as empresas da pesquisa.

5.2. Considerações sobre o tema pesquisado: Problemas, Pontos Positivos, Possibilidades e Propostas.

Apresenta-se aqui a crítica dos quatro “Pes” (Problemas, Pontos Positivos, Possibilidades e Propostas), técnica aplicada em aulas de Teoria Geral da Administração, pelo Prof. Valter Beraldo, do curso de mestrado, na FECAP/FACESP em 1999, método pelo qual foi elaborado o **QUADRO 5.1**. Classificou-se as questões relativas ao estudo exploratório de características da gestão das OPPAOs no município de São Paulo, entre os quatro itens: Problemas, Pontos Positivos, Possibilidades e Propostas.

Este levantamento serve para reflexões à respeito e estimular a continuidade de estudos futuros sobre o assunto. Não se pretende conclusões, ficam caracterizadas as indicações que o estudo permitiu realizar.

QUADRO 5.1 – Alguns Problemas Referentes a Características da Gestão de OPPAOs Pesquisadas no Município de São Paulo, 2001

ALGUNS PROBLEMAS
<p>A legislação desconhece o “mercado” da saúde; Auditoria; Aumentos das mensalidades; Autorizações e Perícias; Capitalismo; Concorrência de baixo nível; Confiabilidade (falta); Contratos com cirurgiões-dentistas e contratos com empresas; Controle de pagamento e suspensão do atendimento; Cultura; Controle da qualidade e seus custos; Custos elevados; Dados epidemiológicos antigos; Desligamento pós-tratamento; Desorganização; Desvios na gestão pública e privada; Desvios na intermediação; Dificuldades para planejamento estratégico; Dimensionamento da rede; Dinâmica da organização; Educação da sociedade para saúde bucal e para a equipe das OPPAOs; Ênfase para planos empresariais; Escolha da empresa ideal a ser copiado e do modelo que tenha as melhores práticas; Estilo de gestão; Excesso de glosas; Falta de clareza na oferta do produto; Falta de competências técnicas e de gestão; Falta de procedimentos preventivos e de assistência corretiva; Fraudes e falhas; Gerenciamento da rede credenciada e rede credenciada pulverizada; Gestão de sinistralidade (provisões); Instabilidade Política; Lei 9656/98 (necessita ajustes); Má remuneração para os credenciados e dificuldade de negociação de tabelas; Mercado em constante mudança; Moral Hazard; Não há apoio do governo e falta apoio da sociedade; Não há dados sobre a evolução histórica da saúde do cliente (prontuário); Odontologia não é prioridade (baixo interesse); Operadoras pequenas abrindo e fechando; OPPAOs que não permitiram entrevista não crêem em pesquisa acadêmica e não tem tempo a perder; País ser de alto risco para investimentos externos; Poucos recursos; Rápido desenvolvimento tecnológico e dificuldade para desenvolver as pessoas; Rede credenciada (seleção, treinamento e comprometimento); Regulamentação da ANS em certos pontos equivocada; Ser fiador de parceiros e terceirizados; Só as grandes permanecem; Tributações; Uso imediato do plano e saída do beneficiário após a utilização gera aumento de custos às OPPAOs; Uso incipiente da T.I;</p>

QUADRO 5.2 – Alguns Pontos Positivos Referentes a Características da Gestão de OPPAOs Pesquisadas no Município de São Paulo, 2001

ALGUNS PONTOS POSITIVOS
<p>Alguns fatores críticos de sucesso: diferencial, valor, satisfação dos clientes, plano de pagamentos; Ambiente propício; Aperfeiçoamento contínuo; As OPPAOs podem descongestionar a demanda da rede pública; Atendimento; Aumentar o componente “O” do índice CPOD. Busca da diferenciação; Central de atendimento; Certificação da OPPAO – oferece credibilidade para o usuário e para o profissional; Compartilhamento de riscos; Custos razoáveis; Despertar interesse nas pessoas para fazer a manutenção da saúde bucal; Evitar absenteísmo na escola e no trabalho por dor de dente ou outros problemas; Favorecer o acesso ao trabalhador; Foco na gestão da rede credenciada e nos clientes; Incentivo à demanda; Integração; Intermediação; Mercado relativamente amplo; Muitos profissionais (mão de obra disponível a baixo custo); Oferecer assistência; Oferecer tratamento a baixo custo; Planos de melhoria de atendimento interno e externo; Possibilidade de trabalho; Possibilidade de utilizar tecnologia; Preço= mais baixo; Praça= ampla; Produto= adequado; Promoção= em parcerias; Qualidade no atendimento a custo mais baixo (trabalho em escala); Receptividade às pesquisas pelas OPPAOs do estudo; Regulamentações da ANS; Reunir profissionais (grupos); Ser tomador de serviço; União; Uso adequado da TI; Utilização de terceirização.</p>

QUADRO 5.3 – Algumas Possibilidades Referentes a Características da Gestão de OPPAOs Pesquisadas no Município de São Paulo, 2001

ALGUMAS POSSIBILIDADES
<p>A partir dos pontos positivos das OPPAOs estudadas, elaborar <i>mix</i> para <i>benchmarking</i>;</p> <p>Abertura;</p> <p>Adequação a todos: credenciados, parceiros, clientes, beneficiários e OPPAOs;</p> <p>Administrar relacionamentos;</p> <p>Ajustes nas normas da ANS para os planos;</p> <p>Aperfeiçoar bancos de dados;</p> <p>Atendimento em escala com qualidade;</p> <p>Capacitação e treinamento da rede credenciada;</p> <p>Co- produzir serviços;</p> <p>Compor imagem;</p> <p>Comunicar-se melhor;</p> <p>Criação de indicadores de resultados;</p> <p>Demanda induzida à prevenção;</p> <p>Desenvolver a marca;</p> <p>Desenvolver fornecedores de serviços;</p> <p>Desenvolver o modelo de autogestão;</p> <p>Desenvolver sistema cooperativo;</p> <p>Desenvolver sistemas de gestão adequados e integrar as funções;</p> <p>Desenvolvimento das pessoas;</p> <p>Disciplina;</p> <p>Educar para a saúde;</p> <p>Ética e responsabilidade social;</p> <p>Evolução da TI;</p> <p>Gestão profissional;</p> <p>Incentivar a cooperação;</p> <p>Inovações;</p> <p>Integração com o governo;</p> <p>Integração com outros setores;</p> <p>Investimentos nas pessoas e promoção de comprometimento;</p> <p>Investir na aprendizagem contínua;</p> <p>Melhorar a gestão em RH;</p> <p>Melhorar organização;</p> <p>Menos de quatro milhões de brasileiros tem planos privados de assistência odontológica (oportunidade)</p> <p>Montar equipes de trabalho;</p> <p>Montar programas de prevenção para diminuir custos e prevenir doenças;</p> <p>Nichos (territorialização);</p> <p>Organogramas baseados nas operações e resultados;</p> <p>Organogramas horizontalizados;</p> <p>Parcerias;</p> <p>Produtos com valor agregado;</p> <p>Promover saúde;</p> <p>Proteção da Lei 9656/98;</p> <p>Provisão e reserva técnica adequada;</p> <p>Publicações e pesquisas;</p> <p>Relacionamento com clientes e fornecedores (elo);</p> <p>Ser certificadora de serviços;</p> <p>Ter possibilidade de co-participação do governo, empresa e sociedade;</p> <p>Terceirização;</p> <p>Tornar efetivo o trabalho em grupo (em equipe);</p> <p>Trabalho voltado para segmentação e foco;</p> <p>Treinamento de equipes para oferecer trabalho com volume e qualidade;</p> <p>União dos credenciados; Aprender sempre e em grupo;</p> <p>Valorização Profissional.</p>

QUADRO 5.4 – Algumas Propostas Referentes a Características da Gestão de OPPAOs Pesquisadas no Município de São Paulo, 2001.

ALGUMAS PROPOSTAS
<p> Analisar a concorrência e o mercado; Aperfeiçoar a gestão empresarial; Aprimoramento contínuo; Auditoria de negócios; Aumento de parcerias; Capacitação; Comunicação empresa – OPPAO – clientes; Cooperativismo; Co-participação de todos os envolvidos; Desenvolver fatores críticos de sucesso; Desenvolvimento técnico; Estabelecer programa adequado; Estimular novas práticas e métodos de trabalho; Ética e responsabilidade social; Foco em nichos do mercado; Formar equipes multiprofissionais; Franquias; Gerenciamento de projetos; Gestão da cadeia do produto; Gestão adequada das pessoas; Gestão de TI; Inovações; Investimentos estrangeiros; Investir em RH; Medir desempenho; Melhorar comunicação; Melhorias na logística – Banco de dados (gestão do Conhecimento/Integração); Motivação e comprometimento; Otimização; Participação nos resultados; Planejamento estratégico; Planejamento operacional; Programas de controle do risco das doenças que comprometem a saúde bucal. Responsabilidade social; Responsabilidades (quanto a ética e sociedade) comunicadas; Reter talentos; Trabalho em equipe; Transparência financeira; União das OPPAOs; Valores compartilhados; Ver no credenciado a extensão da OPPAO. </p>

5.3. Considerações Finais

Dentre as proposições que um trabalho de pesquisa acadêmica pode ter, a mais importante é sua aplicação, em teoria ou na prática (principalmente): espera-se contribuir mostrando o espelho da situação encontrada atualmente no setor pesquisado.

A assistência privada à saúde é uma realidade neste país, nesta cidade, onde a co-participação também na saúde mostra tendência progressiva.

Os planos de assistência médica surgiram para atender necessidades que o Estado e a medicina privada não conseguiram satisfazer, um por ser ineficiente, o outro pelo alto custo. Em odontologia ocorre o mesmo.

Para que resultados favoráveis sejam atingidos nessa proposta, há que se conhecer características de como ocorre o atendimento em todas as suas etapas.

O trabalho fez uma prospecção de algumas das funções da gestão dessas organizações que denominamos OPPAOs.

Para que tenham êxito e para que as pessoas possam usufruir a contento de suas ações de modo eficaz, muito há que avançar e a gestão adequada desse tipo de organização é fundamental para sua sustentação e continuidade.

As OPPAOs, à semelhança das médicas, mesmo com características bastante diferentes - e tendo conhecimento disso - têm caminhado no mesmo sentido, num *benchmarking* contínuo.

Algumas OPPAOs já despertaram para a necessidade da gestão profissional e do aprimoramento de muitos de seus processos, a partir de suas funções.

Em tudo que foi exposto, merece foco: a capacitação para a gestão nas diferentes funções gerenciais das OPPAOs de qualquer tamanho ou modelo, no sentido de melhor aproveitamento dos recursos disponíveis e em benefício da sociedade que optar por participar desses empreendimentos.

Como resultado da excelência na gestão, o que se poderia obter é a integração desse atendimento às manobras preventivas e de controle de risco para doenças bucais, com ações educativas com vistas à melhoria da saúde bucal da população.

Tanto na gestão pública como na privada, no setor de saúde, um dos principais fatores de sucesso é a capacitação para a gestão da organização, formando massa crítica para que

ações integradoras na cadeia de valores, apoiadas em medições com indicadores de desempenho nas diferentes funções, consigam resultados em todos os sentidos e para o benefício de todos.

Sem a devida cobertura da rede pública para atendimento e assistência à saúde e com a política recessiva do Governo Federal, resta a grupos privados, apoiados muitas vezes pelo empresariado, oferecer atendimento à população, sob custeio das empresas e dos próprios usuários e indiretamente de toda a sociedade brasileira, pois os pagamentos para as operadoras, em geral, são dedutíveis para efeito do imposto de renda das pessoas jurídicas e físicas.

Esta situação de dificuldade para a população leva a urgências com mutilações, e muitas vezes sem a adequada reabilitação, visto a proliferação das clínicas populares e leigos, chamados práticos.

Diante dessa realidade, a sociedade deve esperar que o governo confira certificação às OPPAOs ao permitir a atuação e também que elas estejam calçadas numa boa administração com propósitos e valores adequados e aprovados sob o ponto de vista técnico e ético.

Há um conjunto de habilidades que o consumidor de saúde deve exigir em relação ao prestador de serviço: efetividade técnica, atendimento da expectativa e credibilidade.

As OPPAOs são fiadoras (ROBLES, A: 1999: 16) da rede credenciada e devem zelar para que o atendimento realizado seja afinado com os valores da OPPAO, sua missão e objetivos, e para isso ocorrer é preciso integração.

Verificou-se que o modelo societário pouco interferiu ou interfere na forma de gestão das operadoras, que apresentam muitas semelhanças, até porque a ANS as trata de modo parecido.

Os resultados apresentados nos capítulos quatro e cinco foram constatados mas não são conclusivos. Portanto, a questão de estudar características de gestão das operadoras de planos privados de assistência odontológica continua em aberto para que novos pesquisadores possam tecer outras considerações a respeito após esta exploração do tema.

As tendências na prestação de serviços das OPPAOs estão na concentração em empresas de maior porte; especialização na prestação de serviços odontológicos, como foco dos serviços; racionalização e regionalização do atendimento; visão dos impactos negativos da regulamentação; crescimento moderado do setor, ainda com baixa adesão.

Há pontos positivos e negativos para as “empresas clientes” e profissionais credenciados.

Os departamentos devem cooperar entre si e integrar-se; para tanto, mudanças são necessárias em gestão, talvez da verticalização para a horizontalização, trabalhando em equipe, onde o treinamento pode ser um facilitador no compromisso da gestão com a equipe, mas atentar ao afirmado pelo autor: “O treinamento em si é um processo - não um evento, (HRONEC, 1994 : 75)”.

Em gestão na área da saúde são necessárias competências para obter sucesso, segundo Amorim & Perillo (2002: A14): “Resultados positivos na saúde dependem de investimentos em capacitação para a gestão das organizações”, formando dirigentes que possam ir em busca de novas formas de ação.

As características da gestão das OPPAOs pesquisadas revelam que há evolução nesse sentido. Há crescente procura do empresariado na contratação de OPPAOs, até porque isto faz parte de um “pacote de benefícios” que o empregador sente responsabilidade em apoiar, co-participar ou intermediar, através de acordos ou parcerias com Operadoras em Saúde.

Quanto às funções da Estratégia, se ocorrem, são pouco comunicadas, até porque a amostra demonstra o estilo centralizado da gestão de todas as OPPAOs em estudo.

Empresas grandes ou pequenas requerem planejamento estratégico, tanto de dentro para fora, como do ambiente externo para o interno. O ambiente externo e o mercado merecem análise e planejamento adequado da gestão, num trabalho em equipe e com visão compartilhada.

TI é a área em que mais se investe. Os serviços requerem qualidade, preço competitivo e disponibilidade no momento em que se necessita usá-los. A concorrência aumenta, as empresas precisam de foco no cliente, o que podem conseguir mediante o aproveitamento pleno da TI, utilizando sistemas adequados que podem estar voltados até para o gerenciamento individualizado de cada cliente.

É necessário fidelizar o credenciado, encolhendo os prazos para o pagamento do serviço, já que há retaguarda de controle para isso. O credenciado também pode ser considerado um parceiro, um terceiro ou um fornecedor de serviço, mas, sob qualquer ótica, com valor.

O pós venda com a empresa cliente e com o fornecedor de serviço é importante. E além disso as OPPAOs devem manter um fluxo adequado de informações.

As OPPAOs estão no processo moderno de horizontalizar – responsabilidade cada vez menor para um menor número de tarefas e atividades secundárias para parceiros. Mas a gestão tem que ser evoluída e acompanhar necessidades de adaptações e mudanças.

A excelência em todas as funções e processos é ponto de sustentação para a sobrevivência empresarial. Saber escolher parceiros, utilizar métodos, planos, protocolos, facilitadores e desenvolvimento de *softwares* com simulações de negócios pode ser possível.

Sem dúvida o acesso é facilitado para a população empregada em empresas que compartilhem ou são intermediárias do benefício das OPPAOs. No entanto, há muitos desempregados ou trabalhadores autônomos sem carteira assinada e sem vínculos a empresas, o que acaba restringindo esse benefício em termos da população como um todo.

Apesar dos esforços do governo e da recente implantação do atendimento odontológico no Programa de Saúde da Família (PSF), ainda não existe modelo eficiente e adequado de política de saúde de ampla cobertura.

Com relação à ANS (agente regulador), Montone (2002:6) afirma que a regulação é resultado de movimento da sociedade para correções nas operadoras, garantindo qualidade na assistência à saúde. Para tanto, garantias financeiras e assistenciais são necessárias (A ANS garante a assistência prevista nos contratos). Para o autor, as empresas estruturadas em gestão de informação, custos e saúde têm diferencial no setor.

A regulamentação do governo, com vistas a normatizar e fiscalizar as ações das operadoras em saúde, de acordo com a Lei 9656/98, traz respaldo ao processo, embora com itens questionáveis e ainda passíveis de modificações e ajustes, dando apoio ao beneficiário e às empresas clientes.

Realmente há concentração de beneficiários em poucas e nas maiores operadoras, que são o resultado de incorporações, fusões e associações que passam por um processo de acomodação.

Um dos maiores problemas para a gestão é a inconsistência de dados e falta do gerenciamento de informações, o que se notou na pesquisa quando da busca pelas OPPAOs para amostra.

O sistema de co-participação é uma tendência que pode ter incentivo do governo (incentivos fiscais, subsídios, fundos), das OPPAOs ou das empresas.

Hoje a melhoria contínua faz parte da estrutura de qualquer organização. Motivar e capacitar a equipe, estimulando para a empresa ser uma organização do futuro.

Seja para atendimento em massa ou seja o “*tailor made*”, as margens de lucro cada vez são menores; ter uma boa carteira de clientes é a questão, sem ferir princípios éticos e técnicos, melhorando o lucro sem deixar o atendimento.

Para o *benchmarking* de outras operadoras é preciso cuidado, só copiar o que é adequado e importante.

A era da *Internet* democratiza a informação e pode propiciar redes interessantes entre OPPAOs, credenciados, clientes (beneficiários), fornecedores e governo.

Um dos desafios não citados (ou apenas esboçado pela SEG) são os aspectos legais e éticos na informação eletrônica e autorizações, além da questão da segurança e confiabilidade.

Ainda pode-se considerar que os investimentos em TI são poucos e baixos, para melhor aproveitamento muito há que investir.

À medida que ocorram avanços, os benefícios da TI podem surgir em vários aspectos: transporte de dados e fichas, qualidade (sem repetições e vias), menos papelada, menos erros, menos tempo despendido, maior e mais rápida quantidade de informações, auditoria constante, menos glosas, mais foco no negócio e aperfeiçoamento.

À questão financeira recomendar-se-ia às OPPAOs não terem medo de riscos se estes forem calculados. E para a adaptação às mudanças da ANS é preciso flexibilidade e rapidez.

A chave da excelência da gestão pelas funções das quais se conhecem algumas características pode estar em integrar os recursos humanos a todas as funções, desenvolvendo visão sistêmica, interatividade e integração.

Com relação às tendências, nota-se que os gestores entrevistados se posicionam em duas linhas diferentes, alguns mais cautelosos devido às margens de lucro serem menores,

sugerindo co-participação e fatores moderadores; outros pensando num mercado amplo, embora cheio de incertezas.

Outras formas de trabalhar no setor privado podem surgir, formando nichos de atendimento em bairros com oferecimento de tabelas baixas e facilidades aos clientes da comunidade, pois se o profissional pode submeter-se a prazos das OPPAOs para recebimento, glosas e outros inconvenientes (tabelas baixas, perícias, auditorias, suspeitas de fraudes), pode também oferecer vantagens aos usuários que quer fidelizar em torno do seu consultório.

Dos pontos positivos e negativos para a empresa cliente, podemos destacar que o que mais pesa seria a gestão desse benefício que fica ao seu encargo e custos. Em contrapartida, há a satisfação da oferta de atenção à saúde bucal do beneficiário e conseqüentemente a diminuição do absenteísmo e das saídas de funcionários, enfim, sua retenção através do investimento no fator humano.

Para o beneficiário, quando a empresa oferece o plano, nada há de negativo, a não ser quando ele não acredita no sistema de OPPAOs e na rede credenciada. Ou quando, ao contrário, quer usá-lo em demasia e depois sai do plano ocasionando prejuízos.

Para o credenciado, as OPPAOs podem oferecer divulgação do nome, volume de trabalho, oportunidade de estar em grupo, indicações dos familiares e conhecidos dos beneficiários, redução de ociosidade, receita mais regular, clientes recomendados, regularidade no fluxo de clientes. Em contrapartida, a tabela pode ser mais baixa do que a particular e o pagamento dos procedimentos pode demorar; a autonomia do profissional pode diminuir e o credenciado tem que aprender a ser mais ergonômico e envolver-se com atos burocráticos e administrativos.

Hoje as relações de toda natureza estão sofrendo comercialização (até a saúde e a educação), transformando-se em operações de comprar e vender, surgindo intermediários para essas operações. A capacidade de gestão para essa interface é necessária. Para tanto, há que haver o controle da ética, do governo e da sociedade para que a gestão seja adequada a todos.

Realmente foi possível entrar em contato com algumas características da gestão de OPPAOs, que era o objetivo geral deste trabalho. Os objetivos específicos também foram contemplados. Conseguiu-se explorar o assunto em todos os itens propostos e na medida que o método permitiu.

Para mais detalhes e aprofundamento, sugere-se estudos de caso em pesquisas futuras.

REFERÊNCIAS*

- ACKOFF, R. L. **Planejamento empresarial**. Rio de Janeiro: Livros Técnicos e Científicos, 1975. 114 p.
- ACQUAVIVA, M. C. **Dicionário jurídico brasileiro acquaviva**. 7ª ed. São Paulo: Jurídica Brasileira, 1995. 1466 p.
- AMBRÓSIO, M. A.; ALMEIDA, E. M. Diagnóstico organizacional para pequenas e médias empresas. **Revista Trevisan**, São Paulo, ano 14, n. 160, p. 12, 2001.
- AMORIM, M. C. S.; PERILLO, E. Competências em economia e gestão na área da saúde, **Jornal Valor**, São Paulo, p. A14, 21 fev. de 2002.
- ANDRADE, J. C. B. **A história da autogestão em saúde no Brasil**. São Paulo: Centro de Integração de Entidades Fechadas de Assistência à Saúde, 2000. 65 p.
- ANSOFF, H. I. **Estratégia empresarial**. São Paulo: McGraw-Hill do Brasil, 1977. 203 p.
- ARMSTRONG, J. L.; BOARDMAN, A. E.; VINING, A. R. Key steps in the strategic analysis of a dental practice. **Health Marketing Quartely**, New York, v. 16, n. 4, p. 33-51, 1999.
- ARORA, R. Message framing and credibility: application in dental services. **Health Marketing Quartely**, New York, v. 18, n. 6, p. 29-44, 2000.
- ARORA, R. Influence of pain-free dentistry and convenience of dental office on the choice of a dental practitioner: an experimental investigation. **Health Marketing Quartely**, New York, v. 16, n. 4, p. 53-54, 1999.
- AZEVEDO, S. Governança atrai também as fechadas: as medidas para garantir transparência já não são exclusivas de companhias abertas. **Gazeta Mercantil**, São Paulo, 22 jun. 2001. Indústria e Serviços, Caderno C, p. 6.
- BARBULHO, E. **Excelência na prestação de serviços**: guia para o desenvolvimento de profissional autônomo e para o sucesso das empresas. São Paulo: Madras Business, 2001. 130 p.
- BASTOS, L. R.; PAIXÃO, L.; FERNANDES, L. M. **Manual para a elaboração de projetos e relatórios de pesquisas, teses, dissertações e monografias**. 4ª ed. Rio de Janeiro: LTC, 1998. 96 p.
- BAUMGARTNER, M. A. O novo modelo de funcionamento das coisas. **Revista T&D**, São Paulo, v. 4, n. 98, p. 4, fev. 2001.

* De acordo com ABNT NBR – 6023: 2000.

BEKIN, S. F. **Conversando sobre endomarketing**. 1ª ed. São Paulo: Makron Books do Brasil, 1995. 150 p.

BELL, A. Dental HMO study find rates 5,3% higher. **Life and Health**, Cincinnati, v. 103, n. 24, p. 26-27, Nov. 1999.

BELL, A. Dental PPOs grew rapidly last year. **Life and Health**, Cincinnati, v. 103, n. 18, p. 4-5, May 1999.

BELTRAME, P. A segmentação dos planos de saúde. **Gazeta Mercantil**, São Paulo, p. 2, 23 jul. 2001.

BENNETT, J.W.; PERNSTEINER, T.E.; KOCOUREK, P.F.; HEDLUND, S.B. Um novo modelo para implementar a estratégia. **Revista HSM Management**, São Paulo, ano 5, n. 26, p. 16, mai./jun. 2001.

BERALDO, V. **Sua unidade está tirando o máximo que pode da informática?** São Paulo: FEA/USP, 1999. 4 p.

BERALDO, V. Administração. **Revista do Provão**, Brasília, n. 6, p.4, 2001.

BERALDO, V. **Programa e plano de aulas da disciplina: teorias da administração**, São Paulo, FECAP / FACESP, 1999. 8 p.

BERBEL, J. D. S. **Administração terceirizada de programas de autogestão de saúde e o controle por clientes, planos e serviços**. 1998. 117 f. Dissertação (Mestrado em Administração) - Universidade Mackenzie, São Paulo.

BERMAN, J. H.; WEEKS, L. E. **Administração financeira de hospitais**. São Paulo: Pioneira, 1979. 417 p.

BERQUÓ, E.; SOUZA, J.M.P.; GLOTIEB, S.L.D. **Bioestatística**. São Paulo: C.P.U., 1981. 350 p.

BEULKE, R.; BERTÓ, D. J. **Gestão de custos e resultado na saúde: hospitais, clínicas, laboratórios e congêneres**. São Paulo: Saraiva, 1997. 192 p.

BOECHAT, G. Na ponta do lápis. **Revista Banas Ambiental**, São Paulo, ano 2, n. 18, p. 43, jun. 2001.

BOGDAN, R. C.; BIKLEN, S. K. **Investigação qualitativa em educação: uma introdução à teoria e aos métodos**. Porto: Porto Editora, 1998. 336 p.

BORGES, S. R.; CAMPOS, S.M.; SAQUY, P. C. **Iniciação em administração em odontologia**. Rio de Janeiro: Publicações Científicas, 1989. 262 p.

BORNHOLDT, W. **Orquestrando empresas vencedoras: guia prático de administração de estratégias e mudanças**. Rio de Janeiro: Campus, 1998. 204 p.

BOTAZZO, C. **Da arte dentária**. São Paulo: Hucitec / FAPESP, 2000. 280 p.

BOTAZZO, C.; FREITAS, S. F. T. (Org.). **Ciências sociais e saúde bucal: questões e perspectivas**. Bauru: EDUSC UNESP, 1998. 229 p.

BROWN, L. J.; RUESCH, J. D. Dentists' participation in capitation and preferred provider organization dental plans. **Journal of American Dental Association**, Chicago, v.131, n. 10, p.1485-9, Oct. 2000.

CÂMARA, V. L. Contexto de la educación odontologica. **Educación Medica y Salud**, Washington, v. 22, n. 2, p.180-190, maio 1988.

CAMPOS, J. Q.; LINS, A. E. S.; ALBUQUERQUE, A.C.; BRAIDA, F.C.; MARQUES, J.C.; SOUZA, J.D.A.; PRESOTO, L.H. **Planejamento e diagnóstico: pilares da saúde pública**. São Paulo: Jotacê, 1999. 160 p.

CAMPOS, J. Q.; GIANANTI, A.E.; JESUS, G.V. de; PRESOTO, L.H.; MACEDO, L.A.A. **Meio ambiente e epidemiologia**. São Paulo: Jotacê, 2000. 160 p.

CAPRONI, C. R. M. **Marketing interpessoal: o contato direto com o cliente, consultórios, clínicas e hospitais**. 2ª ed. Belo Horizonte: Caproni Consultoria de Marketing, 1997. 219 p.

CASTRO, M. A. S. **Manual prático de marketing para cirurgiões dentistas: como conquistar e manter mais pacientes no consultório particular**. Curitiba: Opta, 1997. 120 p.

CAVAGNARO, J. F. **La administración de la salud desde la perspectiva sistémica**. Disponível em <<http://read.adm.ufrgs.br>>. Acesso em: 19 set. 2001.

CEPEDA, L. As empresas brasileiras são as menos conservadoras. **Revista Rumos**, São Paulo, ano 25, n. 188, p.8, set. 2001.

CERQUEIRA NETO, E. P. **Gestão da qualidade: princípios e métodos**. 3ª ed. São Paulo: Pioneira, 1993. 156p.

CERVO, A. L.; BERVIAN, P. A. **Metodologia científica para uso dos estudantes universitários**. 4ª ed. São Paulo: Makron Books, 1996. 209 p.

CEZIMBRA, E. Aspectos inconscientes da boca e suas repercussões na saúde. **Jornal da APCD**, São Paulo, v. 36, n. 531, p. 20, jul. 2001.

CHRISTENSEN, G. J. Elective vs. mandatory dentistry. **Journal of American Dental Association**, Chicago, v. 10, n. 131, p. 1496-8, Oct. 2000.

CIEFAS. **A história da autogestão em saúde no Brasil**. São Paulo: Ciefas, 2000. 30 p.

COMPANHIAS com mais chance são as que se deslocam do contexto local. **Administrador Profissional**, São Paulo, ano 24, n. 182, p. 11, jul. 2001.

CONSELHO FEDERAL DE ODONTOLOGIA. Projetos de lei escolhidos como prioridade. **Jornal do CFO**, Brasília, ano 8, n. 35, p.13, mar./abr. 2000.

CONSELHO REGIONAL DE ODONTOLOGIA DE SÃO PAULO (CROSP). **Manual de procedimentos para clínicas de serviços odontológicos**. São Paulo: CROSP, 2000. 16 p.

CORRÊA, F. Cuide bem da sua equipe. **Revista Você**, São Paulo, ano 5, n. 29, p. 60-62, jan. 2002. Edição 34.

CROSBY, P. B. **La Organización permanentemente exitosa**. México: McGraw-Hill, 1989. 273 p.

CROSP aprimora relações entre profissionais, convênios e credenciamentos. **Jornal Novo CROSP**, São Paulo, ano 20, n. 83, p. 4, ago./set.2001.

CRUZ, D. M. Perspectivas positivas para setor odontológico. **Gazeta Mercantil**, São Paulo, p. 4, 7 jan. 2002.

CRUZ, P. Regra inibe plano de saúde individual: grandes empresas como a Sul América, mudam foco de vendas. **Gazeta Mercantil**, São Paulo, 24 jul. 2001. Finanças e Mercados, Caderno B, p. 3.

CRUZ, R. I. **Uma Contribuição ao estudo de um modelo conceitual para gestão econômica**. 1991. 101 f. Dissertação (Mestrado em Contabilidade) - Faculdade de Economia, Administração e Contabilidade, Universidade de São Paulo, São Paulo.

CUNHA, C. E. G. O desafio do ano 2000. **Revista Trevisan**, São Paulo, ano 12, n.138, p. 26, 1999.

CUNHA, E. Planejamento estratégico em empresas de saúde. **Revista Trevisan**, São Paulo, ano 12, n. 138, p. 6, 1999.

CUNHA, R. **Os limites e prioridades do conhecimento gerencial**. Disponível em: <<http://orbita.starmedia.com>>. Acesso em: 28 out. 2001.

DALY, J. Com um pé atrás: o mais importante guru de negócios da nossa época diz o que há de errado (e o que está certo) com a nova economia. **Revista Exame**, São Paulo, ano 34, n. 23, p. 120-131, nov. 2000. Edição 727.

DAUPHINAIS, G. W.; PRICE, C. **Abrindo o jogo**: trinta dos líderes empresariais mais bem sucedidos do mundo revelam as idéias que dão certo e que todos os gerentes podem usar. Rio de Janeiro: Objetiva, 1999. 397 p.

DAVIS, M. M.; AQUILANO, N. J.; CHASE, R. B. **Fundamentos da administração da produção**. 3ª ed. Porto Alegre: Bookman, 2001. 598 p.

DAY, G. S. **Estratégia voltada para o mercado**. Rio de Janeiro: Record, 1990. 432 p.

DEMING, W. E. **Qualidade**: a revolução da administração. Rio de Janeiro: Saraiva, 1990. 368 p.

DIRECT contracting: trend in delivering dental benefits, employee benefit plan review. **Health Care Strategic Management**, Chicago, v. 54, p. 18-19, Apr 2000.

DREYFUSS, C.; GONÇALVES, J. E. L. **Reengenharia das empresas**: passando a limpo. São Paulo: Atlas, 1998. 216 p.

DRUCKER, P. **Gerenciamento**: tarefas, responsabilidades e práticas. São Paulo: Pioneira. Disponível em <<http://orbita.starmedia.com>>. Acesso em: 28 out. 2001.

DRUCKER, P. **Desafios gerenciais para o século XXI**. São Paulo: Pioneira, 1999. 168 p.

EISNER, J. The application of computers to accreditation. **Journal of Dental Education**, San Francisco, v. 61, n.6, p. 493-500, June 1997.

FARIA, L. J. **Os novos modelos de gestão: análise de algumas práticas em empresas brasileiras**, [199-], São Paulo. 6 p. Apostila.

FERREIRA, A. F.; REIS, A. C. F.R.; PEREIRA, M. I. **Gestão empresarial**: de Taylor aos nossos dias – evolução e tendências da moderna administração de empresas. São Paulo: Pioneira, 1999. 256 p.

FERREIRA, R. A. Vale a pena ser dentista? **APCD Jornal**, São Paulo, v. 33, n. 496, p. 26-27, ago. 1998.

FERREIRA, R. A. Em queda livre? **Revista da APCD**, São Paulo, v. 52, n. 2, p. 104, mar./abr.1998

FERREIRA, A. T. M. Administrar é preciso. **Revista da Associação Paulista dos Cirurgiões Dentistas**, São Paulo, v. 55, n. 3, p. 147, maio/jun., 2001.

FERREIRA, M. A; SOUZA, I. N. **Estratégias de terceirização na indústria mineira**: características e impactos. Belo Horizonte: UFMG, 1993. 153 p.

FILLION, L. diferenças entre sistemas gerenciais de empreendedores e operadores de pequenos negócios. **RAE: Revista de Administração de Empresas**, São Paulo, v. 39, n. 4, p. 6-20, out./dez. 1999.

FUNDAÇÃO INSTITUTO DE PESQUISAS ECONÔMICAS. **IPC – Índice de preços ao consumidor**. Secretaria das Finanças da Prefeitura Municipal de São Paulo, São Paulo, ano 62, n. 750, jun., 2001.

FISCHMANN, A. A.; ALMEIDA, M. I. R. **Planejamento estratégico na prática**. 2ª ed. São Paulo: Atlas, 1991. 164 p.

FLAUTO, F. Controle de riscos na implantação de novas tecnologias. **Revista Trevisan**, São Paulo, ano 14, n. 161, p. 10, 2001.

FREITAS, A. G. de. **Introdução às teorias administrativas**. Campinas: Alínea, 1998. 122 p.

FREITAS, H. M. R.; JANISSEK, R. **Análise léxica e análise de conteúdo, técnicas complementares, seqüenciais e recorrentes para a exploração de dados qualitativos**. Porto Alegre: Sphinx, 2000. 175 p.

FRIEDMAN, J. W.; SHOEN, M. H. Audit of quality of dental public care: a pilot study. **J. Public Health Dentistry**, v. 32, n.4, p. 214-224, Fall, 1972.

GANDOUR, F. Especialista da IBM analisa informática no setor de saúde. **InfoSaúde**, Porto Alegre, ano 2, n. 3, p.7, 2º trimestre, 2001.

GARCIA, P. P. N. S.; DINELLI, W.; SERRA, M. C. Elaboração de um programa de educação e de motivação do paciente para o retorno periódico. **ROBRAC**, Goiânia, v. 9, n. 27, p. 37-40, set. 2000.

GEUS, A. **A Empresa viva**. Rio de Janeiro: Campus, 1999. 210 p.

GODIN, S. O novo marketing da “Idéia-Vírus”. **HSM Management**, ano 5, n. 26, p. 96-106, mai./jun. 2001.

GODOY, A. S. Introdução à pesquisa qualitativa e suas possibilidades. **Revista de Administração de Empresas**, São Paulo, v. 35, n. 2, p. 57-63, mar./abr. 1995.

GOMES, L. M. M. M. Saúde: uma história recente. **Revista “E” SESC São Paulo**, São Paulo, ano 7, n. 11, p. 40-41, jun. 2001.

GOMES, M. T. Tenha interesse genuíno pelas pessoas. **Revista Você**, São Paulo, ano 4, n. 20, p. 41-43, mar./abr. 2001. Edição 33.

GRAJEW, O. **Tempo, estresse e consciência social**. Disponível em: <www.ethos.org.br/cgi-bin/noticias.asp?destaque>. Acesso em: 13 jan. 2001.

GREC, L. W. Como conviver com a nova realidade dos convênios. **APCD Jornal**, São Paulo, v. 34, n. 505, p. 24, maio 1999.

GREC, L.W. **Convênios odontológicos, análise dos seus contratos, normas para procedimentos e tabelas de repasse de honorários**. 1999. 121 f. Tese (Doutorado em Odontologia Legal e Deontologia) - Faculdade de Odontologia de Piracicaba, Universidade Estadual de Campinas, Piracicaba.

GREC, L. W.; DARUGE, E. Honorários odontológicos: como cobrar justa e corretamente. Aspectos éticos, legais e econômicos. **Revista ABO Nacional**, São Paulo, v. 7, n. 3, p. 169-178, jun./jul. 1999.

GRELL, A, P.; BELLOLI, O. Gestão de custos e preços, **in Custos: ferramentas de gestão**. Coleção Seminários CRSSP / IBRACON. São Paulo: Atlas, 2000. 244 p.

GRIFFIN, J. Highlights: um programa de fidelização. **Revista HSM Management**, ano 5, n. 28, p. 58, set./out. 2001.

HAMEL, G. **Competindo pelo futuro: estratégias inovadoras para obter o controle do seu setor e criar mercados de amanhã**. 6ª ed. Rio de Janeiro: Campus, 1995. 378 p.

HAMPTON, D. R. **Administração contemporânea: teoria, prática e casos**. São Paulo: McGraw-Hill, 1977. 369 p.

HARMON, R. L. **Reinventando a distribuição**: logística de distribuição de classe mundial. Rio de Janeiro: Campus, 1994. 420 p.

HARVARD BUSINESS REVIEW BOOK, **Comunicação eficaz na empresa**: como melhorar o fluxo de informações para tomar decisões corretas. Rio de Janeiro: Campus, 1999. 254 p.

HAYDEN, W. J. Dental Health Services Research utilizing comprehensive clinical databases and information technology. **Journal of Dental Education**, v. 61, n. 1, p. 47-55, Jan. 1997.

HOME Doctor, empresa cidadã. **Revista Home Doctor**, São Paulo, n. 14, p. 4, mar./abr. 2001.

HRONEC, S. M. **Sinais vitais**: usando medidas de desempenho da qualidade, tempo e custos para traçar a rota para o futuro de sua empresa. São Paulo: Makron Books do Brasil, 1994. 240 p.

IBGE (PNAD, Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio). **APCD Jornal**, São Paulo, v. 35, n. 521, p.24, set. 2000.

INSTITUTO BRASILEIRO DE DESENVOLVIMENTO DE EMPRESAS. **Motivação e capacitação de vendas**: como aumentar as vendas de sua empresa com técnicas dinâmicas de Persuasão e fechamento de negócios. 1999.

IGLESIAS, J. G. **Bocas imperiales**: anécdotas de la odontología a lo largo de la história, Barcelona: Plaza & Janés, 2001.

INFOSAÚDE: Gestão Informatizada em Saúde, qualidade total impulsiona complexo hospitalar Santa Casa de Porto Alegre. **Infosaúde**, Porto Alegre, ano 2, n. 3, p. 2, 2001.

INTERSTUDY report shows providers give larger discounts to National PPOs. **Health Care Strategic Management**, Chicago, v. 3, n. 19, p. 9-10, Mar. 2000.

KAYO, E. K. (coord.) **Manual da FACESP para a elaboração de monografias e trabalhos acadêmicos**: forma, conteúdo e dicas. São Paulo: FECAP/FACESP, 1999. 42 p. (Cadernos Álvares Penteados).

KOTLER, P. A. **Administração de marketing**. 10ª ed. São Paulo: Prentice-Hall, 2000. 764 p.

KOTLER, P. A. **Administração de marketing**: análise, planejamento, implementação e controle. 5ª ed. São Paulo: Atlas, 1998. 725 p.

KOTLER, P. A. A nova economia mundial pode alavancar as empresas brasileiras. **Administrador Profissional**, São Paulo, ano 24, n. 181, p. 12-13, jun. 2001.

KWASNICKA, E. L. **Teoria geral da administração**: uma síntese. 2ª ed. São Paulo: Atlas, 1989. 183 p.

LAS CASAS, A. L. **Marketing de serviços**. São Paulo: Atlas, 1991. 163 p.

- LEME, R. A. S. **Curso de estatística: elementos**. São Paulo: Ao Livro Técnico, 1967. 292 p.
- LEÃO, I. Cárie diminui entre as crianças. **Jornal da USP**, São Paulo, p. 9, 8 a 14 nov. 1999.
- LIPPI, R. As lições de humanidade de Peter Drucker. **Jornal Valor**, São Paulo, p. D4, 26 set. 2001.
- LOBO, E. L. História empresarial. In: CARDOSO, C. F.; VAINFAS, R. (Org.). **Domínios da história, ensaios de teoria e metodologia**. Rio de Janeiro: Campus, 1997. p. 217-239.
- LOCKETT, M. O. Los odontólogos y el campo laboral (Primeira Parte). **RAAO**, v. 39, n. 3, p. 27-31, mayo/ago. 2000.
- LOURENÇO, A. F. M. Os novos planos de medicina de grupo. **Revista Trevisan**, São Paulo, ano 12, n. 138, p. 18, 1999.
- LOVELOCK, C.; WRIGHT, L. **Serviços: marketing e gestão**. São Paulo: Saraiva, 2001. 416 p.
- LUCAS, S. D. Saúde bucal: reflexo das desigualdades sociais. **Revista de Conselho Regional de Odontologia de Minas Gerais**, Belo Horizonte, v. 1, n. 1, p. 10-12, fev. 1995.
- MACHADO, M. D. S. O marketing em tempo de crise energética. **Revista Trevisan**, São Paulo, ano 14, n. 160, p. 6, 2001.
- MAÑAS, A. V. **Gestão de tecnologia e inovação**. São Paulo: Érica, 2001. 169 p.
- MARCONI, M. A.; LAKATOS, E. M. **Técnicas de pesquisa**. 2ª ed. São Paulo: Atlas, 1990. 231 p.
- MARINO, A.; KARPAT, C. A regulamentação dos planos de saúde. **Revista Trevisan**, São Paulo, ano 12, n. 138, p. 14, 1999.
- MARUYAMA, N. T. **Implicações da AIDS na prática odontológica**. 1999. 155 f. Dissertação (Mestrado em Odontologia Legal) - Faculdade de Odontologia, Universidade de São Paulo, São Paulo.
- MAXIMIANO, A. C. A. **Introdução à administração**. 5ª ed. São Paulo: Atlas, 2000. 546 p.
- McGEE, J.; PRUSAK, L. **Gerenciamento estratégico da informação: aumente a competitividade e a eficiência de sua empresa utilizando a informação como uma ferramenta estratégica**. Tradução Astrid Beatriz de Figueiredo. Rio de Janeiro: Campus, 1994. 244 p.
- MEZONO, J. C. **Gestão da qualidade na saúde: princípios básicos**. São Paulo: Manole, 2001. 301 p.
- MINDLIN, B. L. **Planejamento no Brasil**. 5ª ed. São Paulo: Perspectiva, 1997. 184 p.

MINCIOTTI, S. A. Uma reflexão sobre o método científico aplicado em pesquisas em administração. **Revista IMES**, São Caetano do Sul, ano 16, n. 47, p. 31-37, set./dez. 1999.

MINGO, N. D. Projeto de Lei obriga unidades do SUS a prestar serviço odontológico. **Gazeta Mercantil**, São Paulo, 13 ago. 2001. Caderno Legal & Jurisprudência, p. 1.

MONTEIRO, G. **Guia para elaboração de projetos e trabalhos de conclusão de cursos, dissertações e teses**. São Paulo: Edicon, 1998. 73 p.

MONTONE, J. Concorrência igualitária. **Jornal do Comitê de Integração de Entidades Fechadas de Assistência à Saúde (CIEFAS)**, São Paulo, ano 1, n. 1, p. 6, jan./fev. 2002.

MORAIS, J. A. **Como aumentar as vendas de sua empresa com técnicas dinâmicas de persuasão e fechamento de negócios**. São Paulo: Instituto Brasileiro de Desenvolvimento Empresarial, [1999]. 15p.

MOREIRA, D. A. **Etapas de uma dissertação de mestrado**. Revista Álvares Penteado, São Paulo, v. 1, n. 2, p. 49-59, jul. 99.

MOREIRA, L. F. M. **Planos privados de assistência à saúde: novos rumos do mercado de saúde suplementar**. São Paulo: CIEFAS, 2001. 23 p.

MORENO, L. C. Intenção e gesto. **Revista T&D**, São Paulo, v. 4, n. 98, p. 16-17, fev. 2001.

MOYSÉS, S. J. Desigualdades em saúde bucal e desenvolvimento humano: um ensaio em preto, branco e alguns tons de cinza. **Revista Brasileira de Odontologia em Saúde Coletiva**, Brasília, v. 1, n. 1, p. 7-17, jan./jun. 2000.

NARVAI, P. C. **Odontologia e saúde bucal coletiva**. São Paulo: Hucitec, 1994. 113 p.

NARVAI, P. C. Brasil, 500 anos: país de banguelas? Qualidade de vida. **Boletim da Universidade de São Paulo**, São Paulo, ano 2, n. 12, p. 1, maio 2000.

NARVAI, P.C.; CASTELLANOS, R. Levantamento Epidemiológico em Saúde Bucal: Estado de São Paulo, 1998. **Jornal COSEMS**, São Paulo, n. 7, p. 4, set. 1999.

NARVAI, P. C.; CASTELLANOS, R.; FRAZÃO, P. Prevalência de cárie em dentes permanentes de escolares no município de São Paulo. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 34, n. 2, p. 196-200, 2000.

NASH, L. L. **Ética nas empresas: guia prático para soluções de problemas éticos nas empresas**. Tradução Roque, K. A. São Paulo: Makron Books, 2001. 239 p.

NATHAN, M. P. R. My patients got an HMO to take me back. **Medical Economics**, Rutherford, v. 78, n. 5, p. 118-123, Mar. 2001.

NAVAJAS, P.F.; TAKAOKA, H. Um estudo sobre a adoção do intercâmbio eletrônico de dados (EDI) por uma empresa do ramo de varejo. In: SEMEAD, 2., 1998, São Paulo. **Anais...**São Paulo: SEMEAD. p. 422-434.

NEDER, C. Carlos Neder explica projeto que apresentou à Câmara Municipal. **Jornal Novo CROSP**, São Paulo, ano 20, n. 84, p. 24, out./nov. 2001.

NEWSOME, P. R. H.; WRIGHT, G. H. Qualitative techniques to investigate how patients evaluate dentists: a pilot study. **Community Dentistry and Oral Epidemiology**, Copenhagen, v. 28, n. 4, p. 257-266, Aug. 2000.

NOBREGA, C. Para refletir com calma: se me pedissem uma interpretação dessa nova aula de Peter Drucker, eu resumiria tudo em 8 pontos. **Revista Exame**, São Paulo, ano 34, n. 23, p. 130-131, nov. 2000. Edição 727.

NOVO CROSP. Fórum de Defesa da Odontologia, na APCD, debate problemas da classe. **Jornal NOVO CROSP**, São Paulo, ano 20, n. 83, p. 3, ago./set. 2001.

NUNES, L. A. R. **Comentários à Lei de plano e seguro-saúde (Lei no. 9656 de 3 de junho de 1998)**. São Paulo: Saraiva, 1999. 268 p.

OLIVEIRA, M. O sentido do caos. **Revista T&D**, São Paulo, v. 4, n. 98, p. 24-28, fev. 2001.

OLIVEIRA, S. L. **Tratado de metodologia científica**. São Paulo: Pioneira, 1997. 320 p.

OLIVEIRA, S. L. **Sociologia das organizações: uma análise do homem e das empresas no ambiente competitivo**. São Paulo: Pioneira, 1999. 337 p.

PACHECO, C. B. P. Gestão em empresas de saúde: estruturação jurídica e parcerias. **Revista Trevisan**, São Paulo, n. 138, p. 22, 1999.

PANKEY, L. D.; DAVIS, W. J. **Uma filosofia da prática odontológica**. São Paulo: Editora Santos, 1997. 326 p.

PANKO, R. Dental HMO allows online enrollment. **Best's Review**, Oldwick, v. 100, n. 9, p. 109, Jan 2000.

PATURY, F. O Estado é muito grave: governo concede reajuste de preços recorde para evitar quebra de planos de saúde. **Revista Veja**, São Paulo, ano 34, n. 23, p. 48-49, jun. 2001. Edição 1704.

PEIXOTO, M. E. **Ferramentas de fidelização: rede credenciada em Odonto**. In: 8º Congresso da ABRAMGE, 2001, Rio de Janeiro.

PEREIRA, A. C. **"Managed Care" e a relevância da contabilidade de custos**. In: Trabalho VIII Congresso Brasileiro de Custos, 2001, São Leopoldo.

PERILLO, E.; AMORIM, M. C. Mais polêmicas na saúde suplementar. **Gazeta Mercantil**, São Paulo, p. A2, 16 nov. 2001.

PERROW, C. **Análise organizacional: um enfoque sociológico**. São Paulo: Atlas, 1972. 225 p.

PINHEIRO, L. G. As cooperativas como solução para o mercado de trabalho. **Revista Trevisan**, São Paulo, ano 12, n. 138, p. 40, 1999.

PINHO, B. D. **Mondragón**: êxito da empresa cooperativa. **Informações FIPE**, São Paulo, n. 250, p. 33-35, jul. 2001.

PINTO, V. G. **Saúde bucal**: odontologia social e preventiva. São Paulo: Editora Santos, 1990. 415 p.

PRINCE, M. PPOs taking bigger bite of dental managed care. **Business Insurance**, Chicago, v. 33, p.10-12, Aug. 1999.

QUEIRÓZ, K. G. A. Evolução dos planos odontológicos privados no Brasil e no mundo. In: CONGRESSO ABRAMGE, 9., 2001, Rio de Janeiro. **Anais eletrônicos**...Rio de Janeiro: ABRAMGE, 2001. Disponível em <www.sinog.com.br>. Acesso em: 12 fev. 2002.

QUEIROZ, M. I. P. **Variações sobre a técnica do gravador no registro da informação viva**. São Paulo: CERU, 1991. 171 p.

RABELLO, S. B.; GODOY, C. V. C.; PADILHA, W. W. N. Por que a odontologia se transformou numa profissão de mulheres? **Revista Brasileira de Odontologia**, Rio de Janeiro, v. 57, n. 2, p. 118-123, mar./abr. 2000.

RAMOS, A. Perdas com fraudes chegam a 8% da receita: conhecer detalhadamente a operação reduz os prejuízos. **Gazeta Mercantil**, São Paulo, 1 nov. 2000. Caderno Por Conta Própria, p. 13.

RI, N. M. DAL (org.). **Economia solidária**: o desafio da democratização das relações de trabalho. São Paulo: Arte & Ciência, 1999. 191 p.

REICHHELD, F.; SCHEFTER, P. A fidelidade na Internet. **Revista HSM Management**, São Paulo, ano 5, n. 28, p. 76, set./out. 2001.

ROBLES Jr., A. **Custos da qualidade**: uma estratégia para a competição global. São Paulo: Atlas, 1994. 135 p.

ROBLES, L. P. Operadoras em saúde bucal (OSBs) em busca da excelência na prestação de serviços. **Revista Medicina Social de Grupo**, São Paulo, ano 16, n. 176, p. 12, jan./fev. 2002.

ROBLES, L. P. Planos odontológicos: uma evolução no mercado de trabalho. In: CONGRESSO ABRAMGE / SINOG, 9., 2001, Rio de Janeiro. **Anais eletrônicos**...Rio de Janeiro: SINOG, 2001. Disponível em: <www.sinog.com.br>. Acesso em: 12 fev. 2002.

ROBLES, L. T. **A prestação de serviços de logística integrada na indústria automobilística no Brasil**. 2001. 176 f. Tese (Doutorado em Administração de Empresas)-Faculdade de Economia, Administração e Contabilidade, Universidade de São Paulo, São Paulo.

ROCHA, J. Cigna: traça plano estratégico para crescer no seguro de saúde. **Jornal Valor**, São Paulo, p. C2, 14 mar 2001.

ROCHA, W. **Gestão estratégica**. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE CUSTOS, 6., 1999, São Paulo. **Anais eletrônicos**...São Paulo: FEA/USP, 1999. Disponível em: <www.eac.fea.usp.br/ftp/congresso/T087.pdf>. Acesso em: 15 fev. 2002.

ROCKE, S. The war on fraud and its effect on dentistry. **Journal of American Dental Association**, Chicago, v. 131, n. 2, p. 241-245, Feb 2000.

ROSSI, J. L. Supply chain e CRM – uma nova classe de sistemas de gestão. **Revista Classe**, São Paulo, ano 16, n. 88, p. 32, ago./out. 2001.

SÁ, E. S.; GAUDIE-LEY, M.D.L.M.; FERREIRA, A.L.L.; SOUZA, M.M. de; FIGUEIREDO, M.G.G.; SODRÉ, S.M.F.; PITANGA, V.L.B. **Manual de normalização de trabalhos técnicos, científicos e culturais**. 2^a ed. São Paulo: Vozes, 1996. 184 p.

SAINT-GEORGES, P. de. **Práticas e métodos de investigação em Ciências Sociais**. Lisboa: Gradiva, 1997. 248 p.

SANT'ANNA, J. A. Ética e processo ético-odontológico – vamos rediscuti-los! **Jornal da APCD**, São Paulo, v. 36, n. 529, p. 32, maio 2001.

SANTANA, M. L. M. de. Coluna: visão odontológica. **Jornal do CFO**, Rio de Janeiro, v. 7, n. 34, p. 21, set. 1999.

SANTOS, F. C. A. Similaridades dos estágios evolutivos das áreas de gestão. **Revista de Administração da USP**, São Paulo, v. 36, n. 4, p. 18-32, out./dez. 2001.

SATO, S.; LUIZ, E. País precisa de mais US\$ 4 bi para conter doenças. **O Estado de São Paulo**, São Paulo, p. A14, 23 jan. 2000.

SCHECHTER, B. L. A DHMO Value checker and understanding drivers of dentists' behavior. **Employee Benefits Journal**, Brookfield, v. 4, n. 24, p. 24-27, Dec. 1999.

SCHIROS, S. **Avanço rápido**: as melhores idéias sobre o gerenciamento de mudanças nos negócios. Rio de Janeiro: Campus, 1997. 288 p

SENGE, P. M. **A quinta disciplina**: arte e prática da organização que aprende. São Paulo: Best Seller, 1998. 441 p.

SERRA, J. **Ampliando o possível**: a política de saúde do Brasil. São Paulo: HUCITEC, 2000. 200 p.

SEVERINO, A. J. **Metodologia do trabalho científico**. 20^a ed. São Paulo: Cortez, 1998. 272 p.

SFIKAS, P. M. Holding HMOs accountable. **Journal of American Dental Association**, Chicago, v. 131, n. 2, p. 250-252, Feb 2000.

SILVA, L. M. A. O peso da subjetividade na gestão das empresas. **Revista Trevisan**, São Paulo, ano 14, n. 160, p. 8, 2001.

SILVEIRA, A. C. S. O mercado de trabalho do cirurgião-dentista brasileiro. **Jornal da APCD**, São Paulo, v. 36, n. 538, p. 24, fev. 2002.

SIMONETTI, F. A. A. Responsabilidade civil do cirurgião-dentista. **Revista da Associação Paulista de Cirurgiões Dentistas**, São Paulo, v. 53, n. 6, p. 449, nov./dez. 1999.

SIVANESWARAN, S.; TAYLOR, R.; LAZARUS, R. Cost of dental services provided in private general practice for an insured population in New South Wales, Australia. **Community Dental Health**, London, v. 17, p. 246-253, Aug. 2000.

SLYWOTZY, A. J.; MORRISON, D. J. **A estratégia focada no lucro: desvendando os segredos da lucratividade**. Rio de Janeiro: Campus, 1998. 350 p.

SMITH, D. G.; BETLEY, C. L. Cost management activities of PPOs. **Journal of Risk and Insurance**, Malvern, p. 6, June 2000.

SOMMER, B.; SOMMER, R. **A practical guide to behavioral research: tools and techniques**. 4^a ed. Oxford: Oxford University Press, 1997. 376 p.

SOUZA, O. M. **Um estudo exploratório sobre a atuação da controladoria nas operadoras de planos de assistência à saúde – modalidade medicina de grupo**. 2001. 198 f. Dissertação (Mestrado em Controladoria e Contabilidade Estratégica) - Faculdade de Ciências Econômicas de São Paulo, São Paulo.

SOUZA, S. **Planos de saúde**. São Paulo, 1999. 25 p. Apostila.

SQUILLACI, C. Radiologia: antes e depois. **Medicina Social**, São Paulo, ano 8, n. 65, p. 18, out. 1991.

STACCHINI, A. d'E. Entidades denunciam falhas graves na MP dos planos de saúde. **Gazeta Mercantil**, São Paulo, p. 1, 14 ago. 2001.

TACHIZAWA, T.; CRUZ Jr., J.B.; ROCHA, J.A.O. **Gestão de negócios**. Rio de Janeiro: Atlas, 2001. 315 p.

TANKERSLEY, K. C. Academic integrity from a student's perspective. **Journal of Dental Education**, San Francisco, v. 61, n. 8, p. 692-694, Aug. 1997.

TÉBOUL, J. **A era dos serviços: uma nova abordagem do gerenciamento**. Rio de Janeiro: Qualitymark, 1999. 296 p.

THOMSON, W. M. Proposal 4: what oral health data do we need in order to plan, and how do we collect it? Part I: the epidemiologist's perspective. **New Zealand Dental Journal**, Wellington, v. 96, n. 425, p. 116-119, 2000.

TOMAZ, P. A, R. **Marketing para dentistas: conquistando e mantendo clientes**. São Paulo: Comercial Editora Hermano & Bugelli, 1999. 164 p.

TOMAZ, P. A. R. Autogestão em saúde. **Jornal da APCD**, São Paulo, v. 35, n. 526, p. 41, fev. 2001.

TREVISAN, A. M. Editorial. **Revista Trevisan**, São Paulo, ano 14, n. 160, p. 1, 2001.

TRILNIK, E.; BEBERMEYER, R. D. **Marketing para odontólogos: el marketing como herramienta para el desempeño profesional. Revista de la Asociación Odontologica Argentina**, Buenos Aires, v. 88, n. 3, p. 257-258, maio 2001.

UCHOA, H. W. **Contribuição ao estudo do sistema odontológico de uma Secretaria de Estado da Saúde**. 1987. 127f. Tese (Livre-Docência) - Faculdade de Odontologia, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro.

UPDATE, rápido, e para muita gente. **Revista Update**, ano 17, n. 372, p. 58, jun. 2001.

VALENTIM, V. O cirurgião-dentista e a nova realidade salarial. **Jornal da APCD**, São Paulo, v. 35, n. 528, p. 30-31, abr. 2001.

VALLE, F. **Constituição e legalização de empresas**. 10^a ed. São Paulo: Atlas, 1981. 269 p.

VASCONCELOS, A. F. Os 4 Ps e a docência: uma abordagem sob o prisma de marketing. **Revista da ESPM**, São Paulo, ano 7, v. 8, p. 31, jul./ago. 2001.

VEDOVATO, E. Paradoxo da profissão. **APCD Jornal**, São Paulo, v. 34, n. 514, p. 12, fev. 2000.

VERGARA, S. C. **Projetos e relatórios de pesquisa em administração**. São Paulo: Atlas, 1997. 92 p.

VIANA, E. Agência cria normas para administrador de operadora. **Gazeta Mercantil**, São Paulo, p. 2, 14 ago. 2001.

VILELA, A. O desafio de planejar a carreira do executivo. **Gazeta Mercantil**, São Paulo, 13 fev. 2002. Indústria e Serviços, Caderno C, p. 1.

VOMERO, M. F. Entendendo a relação paciente/profissional. **Revista da APCD**, São Paulo, v. 54, n. 4, p. 267, jul./ago. 2000.

WALDMAN, H. B. Favorable dental economics into the middle of the next decade, including pediatric dentistry. **Journal of Dentistry for Children**, Baltimore, v. 64, n. 1, p. 61-63, Jan./ Feb. 1997.

WANDERLEY, J. A. **Negociação em serviços**. In: CONGRESSO ABRAMGE, 9., 2001, Rio de Janeiro. **Anais...** Rio de Janeiro: ABRAMGE, 2001. p. 14.

WHITELEY, R. C. **A empresa totalmente voltada para o cliente: do planejamento à ação**. Tradução Ivo Korytowski. Rio de Janeiro: Campus, 1992. 263 p.

YOSHIDA Jr., V. T. **DP, RH, TH ou o quê?** Disponível em: <www.catho.com.br/jcs/inputs/>. Acesso em: 29 de out. 2001.

ZACARELLI, S. B.; LEME, R.A.S.; FISCHMANN, A.A. **Ecologia de empresas**: um estudo do ambiente empresarial. São Paulo: Atlas, 1980. 128 p.

SITES PESQUISADOS VIA INTERNET

<http://ibge.gov.br>

<http://www.abramge.com.br>

http://www.ciefas.com.br/pesquisa/p_10.htm

<http://www.ethos.org.br/cgi-bin/noticias.asp?destaque>

<http://www.odontologia.com.br>

<http://www.milenio.com.br/andriow>

<http://www.odontoconcursos.com.br/kriger.htm>

<http://www.saude.gov.br/mweb/saudesupl/slide2/jpg>

<http://www.sinog.com.br>

<http://www.planalto.gov.br>

<https://www.sites.uol.br/globetroter/endo/oquee.htm>

ANEXO A

ROL DE PROCEDIMENTOS PLANO ODONTOLÓGICO

(que está passando por alterações segundo “Câmara Técnica”, Brasília, 2001)

- **Diagnóstico**
- Consulta
- **Curativo em caso de hemorragia bucal**
- **Curativo em caso de odontalgia aguda**
- **Imobilização dentária temporária**
- **Recimentação de peça protética**
- **Tratamento de alveolite**
- **Radiologia**
- Radiografia periapical
- Radiografia bite-wing
- **Prevenção em saúde bucal**
- Orientação sobre: cárie dental, doença periodontal, câncer bucal, manutenção de próteses, uso de dentifrícios e enxaguatórios
- Evidenciação de placa, profilaxia-polimento coronário
- Aplicação de selante
- **Dentística**
- Restauração de 1 (uma) superfície
- Restauração de 2 (duas) superfícies
- Restauração de 3 (três) superfícies
- Restauração de 4 (quatro) superfícies
- Colagem de fragmentos
- Restauração de ângulo

- Restauração a pino
- Restauração de superfície radicular
- **Periodontia**
- Raspagem, alisamento e polimento coronário
- Raspagem, alisamento e polimento radicular
- Curetagem de bolsa periodontal
- Tratamento da gengivite
- **Endodontia**
- Remoção de obturação radicular
- Remoção de prótese e/ou pino metálico
- Tratamento endodôntico em dentes permanentes (01 conduto)
- Tratamento endodôntico em dentes permanentes (02 condutos)
- Tratamento endodôntico em dentes permanentes (03 condutos)
- Tratamento endodôntico em dentes permanentes (04 condutos)
- Capeamento pulpar – direto e indireto
- Pulpotomia/pulpectomia
- Tratamento endodôntico em dentes decíduos
- **Cirurgia**
- Alveoloplastia
- Apicectomia birradicular
- Apicectomia birradicular com obturação retrógrada
- Apicectomia trirradicular
- Apicectomia trirradicular com obturação retrógrada
- Apicectomia unirradicular
- Apicectomia unirradicular com obturação retrógrada
- Biópsia

- Cirurgia de torus mandibular bilateral
- Cirurgia de torus palatino
- Cirurgia de torus unilateral
- Correção de bridas musculares
- Excisão de mucocele
- Excisão de rânula
- Exodontia + retalho
- Exodontia de raiz residual
- Exodontia simples
- Exodontias múltiplas
- Fraturas alvéolo-dentárias – redução cruenta
- Fraturas alvéolo-dentárias – redução incruenta
- Frenectomia labial
- Frenectomia lingual
- Incisão e drenagem de abscesso extra oral
- Incisão e drenagem de abscesso intra oral
- Reconstrução de sulco gengivo-labial
- Reimplante de dente avulsionado
- Remoção de dentes retidos (inclusos e impactados)
- Sulcoplastia
- Ulectomia
- Uloctomia

ANEXO B
GESTOR DE OPERADORAS DE PLANOS PRIVADOS DE
ASSISTÊNCIA À SAÚDE

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR

Diretoria Colegiada

RESOLUÇÃO – RDC Nº 79, DE 27 DE JULHO DE 2001 (*)

Institui normas para o exercício do
cargo de administrador das Operadoras de
Planos de Assistência à Saúde – OPS.

A diretoria colegiada da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, no uso das atribuições que lhe conferem o inciso XIV do art. 4º da Lei nº 9.961, de 28 de janeiro de 2000, e o inciso III do art. 9º do Regulamento aprovado pelo Decreto nº 3.327, de 5 de janeiro de 2001, em reunião realizada em 3 de julho de 2001, adotou a seguinte Resolução de Diretoria Colegiada e eu, Diretor-Presidente, determino sua publicação:

Art. 1º Para efeito da presente Resolução, são considerados administradores de OPS:

I – os eleitos ou nomeados para os cargos de Diretor, Curador ou membro dos Conselhos de Administração, Deliberativo, Curador, Diretor ou assemelhados, quando se tratar de órgãos estatutários;

II – os sócios-gerentes designados em contrato ou alteração de contrato social, quando se tratar de sociedades regidas por tal instrumento; e

III – os titulares de firma individual.

§ 1º As OPS poderão contratar administrador estranho ao seu quadro social, para prestação de serviço como Diretor ou Gerente, o qual deverá, igualmente, preencher as condições e os requisitos previstos nos arts. 2º e 3º desta Resolução.

§ 2º O Ato Societário da eleição, da nomeação, da designação ou o ato administrativo da contratação deve indicar, expressamente, o administrador que for responsável pela área técnica de saúde.

Art. 2º O exercício de qualquer cargo ou função, de que trata o artigo anterior, só poderá ser cometido a pessoas naturais residentes no país que preencham os seguintes requisitos:

I – no caso de membros dos Conselhos de Administração, Deliberativo, Diretor, Curador ou assemelhados, aqueles que tenham exercido, pelo prazo mínimo de dois anos, funções de direção em entidades públicas ou privadas ou, ainda, em órgãos da administração pública federal, estadual ou municipal;

II – no caso de membros da Diretoria, Sócios-Gerentes ou Administradores Contratados, previsto no § 1º do art. 1º desta Resolução, aqueles que tenham exercido funções de direção ou gerência, pelo período mínimo de dois anos, em entidades públicas ou privadas, sendo exigível do responsável pela área técnica de saúde o registro no Conselho Regional de Medicina – CRM ou no Conselho Regional de Odontologia – CRO, conforme o caso.

§ 1º São excluídos da exigência de residência no país os eleitos para o cargo de membro do Conselho de Administração de sociedades anônimas.

§ 2º Para fins de preenchimento das condições estabelecidas nos incisos I e II deste artigo, a ANS poderá, a seu critério, aceitar os nomes dos pretendentes que comprovarem o exercício, pelo prazo mínimo de três anos, em funções de assessoramento em empresas do setor de saúde.

Art. 3º Além dos requisitos de capacitação técnico profissional definidos no art. 2º, são também condições básicas para o exercício de qualquer cargo ou função de que trata o art. 1º desta Resolução:

I – não ser impedido por lei;

II – ter reputação ilibada;

III – não estar sob os efeitos de condenação por crime falimentar, de prevaricação, de corrupção ativa ou passiva, de concussão, de peculato, contra a economia popular, contra a fé pública, contra a propriedade ou, havendo sido condenado, apresentar a declaração judicial de reabilitação na forma da legislação pertinente;

IV – não ter participado da administração de empresa que esteja em direção fiscal ou que tenha estado ou esteja em liquidação extrajudicial ou judicial, até que seja apurada a sua responsabilidade;

V – não estar inabilitado para cargos de administração em outras instituições sujeitas à autorização, ao controle e à fiscalização de órgãos ou entidades da administração pública direta ou indireta; e

VI – não estar respondendo judicialmente ou extrajudicialmente por dívidas relativas a protesto de títulos, cobrança judicial, emissão contumaz de cheque sem fundos, inadimplemento de obrigações e outras ocorrências ou circunstâncias análogas.

Art. 4º A comprovação das condições previstas nos arts. 2º e 3º será suprida com a assinatura de Termo de Responsabilidade pelo pretendente, conforme modelo integrante do Anexo 1 – Formulário Cadastral desta Resolução.

Parágrafo único. Dos atos de eleição, nomeação, designação por alteração em contrato ou estatuto social, bem como de contratação de administrador, previstos no § 1º do art. 1º desta Resolução, para ocupação de cargo de administrador em OPS, deverá constar, expressamente, que os pretendentes preenchem as condições previstas nesta Resolução.

Art. 5º A comunicação de eleição, nomeação ou designação por alteração em contrato ou estatuto social para a ocupação de cargo de administrador em OPS será feita no prazo de 30 (trinta) dias, contados da data de realização do ato, devendo o expediente, dirigido à ANS, ser acompanhado da seguinte documentação:

I – cópia da ata da assembléia geral ou da reunião do órgão competente que tenha eleito ou nomeado o administrador, quando se tratar de órgãos estatutários;

II – cópia do contrato social ou de sua alteração, com a designação, denominação do cargo e poderes para o cargo de administrador, para o qual o sócio tenha sido contratualmente designado;

III – declaração da operadora informando o nome da pessoa contratada como administrador, no caso do § 1º do art. 1º desta Resolução, com a denominação do cargo, vencimento do contrato, se houver, e os poderes que detém; e

IV – formulário cadastral, segundo modelo constante do Anexo 1.

Art. 6º Em caso de reeleição ou recontração, caberá à empresa comunicar o fato à ANS, anexando os documentos previstos nos incisos I a IV do art. 5º desta Resolução, sendo que o formulário cadastral somente deverá ser reenviado na hipótese de alteração de qualquer dado anteriormente informado.

Art. 7º A ANS poderá, a seu critério:

I – solicitar documentos e informações adicionais julgados necessários à adequada condução do processo de cadastramento dos administradores de OPS.

II – cadastrar os nomes de eleitos ou nomeados para o exercício dos cargos referidos no art. 1º que, embora não se enquadrem nos requisitos estabelecidos no art. 2º desta Resolução, apresentam condições de capacidade técnica compatíveis com o exercício dos cargos pretendidos.

Art. 8º Constatado, a qualquer tempo, o não atendimento dos requisitos aplicáveis, por parte de ocupantes de cargo de administrador em OPS, conforme referido nos arts. 2º e 3º, a ANS poderá, a seu critério, recusar o cadastramento do mesmo, determinado à operadora a imediata substituição do eleito, nomeado ou contratado.

Art. 9º As OPS que possuem Conselho Fiscal por determinação legal deverão comunicar à ANS, no prazo constante do art. 5º desta Resolução, mediante expediente acompanhado da documentação prevista nos incisos do citado artigo, o nome dos membros efetivos e respectivos suplentes eleitos para o Conselho Fiscal.

Art. 10 A presente norma não se aplica aos administradores em exercício na data de sua publicação, contudo, mesmo quando se tratar de recondução ao cargo, deverão ser observados pelas OPS os critérios aqui estabelecidos quando das novas eleições, nomeações, contratações e designações.

Art. 11 A Diretoria de Normas e Habilitação das Operadoras – DIOPE editará os atos que julgar necessários ao aperfeiçoamento e cumprimento desta Resolução.

Art. 12 Esta resolução entra em vigor na data de sua publicação.

(*) Publicada na D.O.U. de 10/08/2001, seção 1.

ANEXO C

**CRITÉRIOS PARA GARANTIAS FINANCEIRAS A SEREM
OBSERVADAS PELAS OPERADORAS DE PLANOS DE ASSISTÊNCIA
À SAÚDE**

RESOLUÇÃO Nº 77, DE 17 DE JULHO DE 2001. *

Dispõe sobre os critérios de constituição de garantias financeiras a serem observadas pelas Operadoras de Planos de Assistência à Saúde – OPS.

A Diretoria Colegiada da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, no uso das atribuições que lhe confere o inciso II do art. 10 da Lei nº 9.961, de 28 de janeiro de 2000, em reunião realizada em 3 de julho de 2001 e considerando o disposto nas alíneas “d” e “g” do inciso IV do art. 35-A da Lei nº 9.656 de 3 de junho de 1998, adotou a seguinte resolução de Diretoria Colegiada e eu, Diretor-Presidente, determino a sua publicação:

Art. 1º A presente Resolução estabelece os critérios de operação a serem observados pelas OPS. Parágrafo único. As Autogestões Patrocinadas e as Sociedades Seguradoras Especializadas em Saúde não estão subordinadas ao disposto nesta Resolução, sendo objeto de regulamentação específica, em especial no que for referente às regras de patrocínio das Autogestões.

Art. 2º Para efeito desta Resolução, consideram-se:

I – Provisão para Eventos Ocorridos e Não-Avisados: a provisão técnica estimada atuarialmente para o pagamento dos eventos que já tenham ocorrido, mas que ainda não sejam de conhecimento da operadora;

II – Ativo Líquido: o correspondente ao valor contábil representado pelo Patrimônio, com os seguintes ajustes, quando for o caso:

a) adições:

1. lucros não-realizados da carteira de ações;
2. receitas de exercícios futuros efetivamente recebidas;

b) deduções:

1. participações diretas ou indiretas em sociedades congêneres atualizadas pela efetiva equivalência patrimonial;
2. despesas de exercícios futuros efetivamente despendidas;
3. despesas antecipadas;

III – Margem de Solvência: a reserva suplementar às provisões técnicas que a operadora deverá dispor para suportar oscilações das suas operações, devendo ser correspondente à suficiência do Ativo Líquido para cobrir montante igual ou maior do que os seguintes valores:

- a) zero vírgula vinte vezes a média anual do total das contraprestações pecuniárias emitidas líquidas nos últimos trinta e seis meses;
- b) zero vírgula trinta e três vezes a média anual do total dos Eventos Indenizáveis Líquidos nos últimos sessenta meses.

Art. 3º Objetivando a aplicabilidade dos critérios estabelecidos nesta norma, deverão ser consideradas a segmentação das OPS disposta na Resolução – RDC nº 39, de 27 de outubro de 2000, as definições contidas na RDC nº 38, de 27 de outubro de 2000, e a região de atuação definida no Anexo I desta Resolução.

Parágrafo único. Para fins de enquadramento da segmentação de que trata o caput, consideram-se, também, as clínicas odontológicas como integrantes da rede própria.

Art. 4º As OPS que iniciaram sua operação em data anterior à vigência desta norma ou que venham a iniciar sua operação em data posterior sujeitar-se-ão, conforme o caso, à constituição das seguintes garantias financeiras, para início e continuidade das operações, de acordo com o disposto nesta Resolução:

I - Capital Mínimo ou Provisão de Operação;

II – Provisão de Risco;

III – Provisão para Eventos Ocorridos e Não-Avisados;

IV – Margem de Solvência;

V – outras provisões técnicas.

Art. 5º Para as OPS com fins lucrativos será exigido Capital Mínimo, calculado a partir da multiplicação de um fator variável K, obtido na Tabela A do Anexo I desta Resolução, pelo capital base de R\$ 3.100.000,00 (três milhões e cem mil reais), conforme formulação:

$$\text{Capital Mínimo} = K \times \text{R\$ } 3.100.000,00$$

Parágrafo único. As OPS com fins lucrativos deverão, a qualquer tempo, manter, manter o Patrimônio Líquido igual ou superior ao Capital Mínimo.

Art. 6º Para as OPS sem fins lucrativos será exigida Provisão para Operação com valor, no mínimo, igual ao calculado segundo a formulação prevista no artigo anterior.

§ 1º As OPS sem fins lucrativos deverão, a qualquer tempo, manter o Patrimônio maior ou igual a zero.

§ 2º Para as OPS segmentadas como Cooperativa Médica e Cooperativa Odontológica, a parcela variável K será reduzida do percentual das transferências em co-responsabilidade das contraprestações pecuniárias na modalidade de pré-pagamento.

Art. 7º As OPS deverão constituir, mensalmente, Provisão de Risco para garantia de suas obrigações contratuais, correspondente ao maior dos valores entre as seguintes hipóteses:

I – cinquenta por cento das contraprestações líquidas emitidas na modalidade de pré-pagamento;

II – a média dos eventos indenizáveis líquidos conhecidos na modalidade de pré-pagamento nos últimos doze meses, multiplicando o resultado pelo fator Y da Tabela B do Anexo I.

§ 1º A diversificação dos ativos garantidores das Provisões dispostas nesta Resolução deverá atender aos critérios a serem estabelecidos pelo Conselho Monetário Nacional – CMN.

§ 2º Em relação aos critérios mencionados no parágrafo anterior, as OPS deverão observar, adicionalmente, para Provisão de Risco, o limite máximo de noventa por cento em investimentos permanentes em rede hospitalar própria e de trinta por cento em imóveis que não representem rede hospitalar própria.

Art. 8º As OPS, independentemente da constituição das garantias conforme o disposto nesta Resolução, deverão possuir Índice de Giro de Operação – IGO igual ou superior a 1 (um),

aferido trimestralmente, calculado a partir da multiplicação do fator W pela divisão das variáveis A e B, onde:

I – o fator W é um ponderador a ser obtido na Tabela C do Anexo I;

II – a variável A é o resultado da divisão do Ativo Circulante pelo Passivo Circulante;

III – a variável B é o resultado da divisão das soma dos Eventos Indenizáveis Líquidos e das Despesas de Comercialização pelas Contraprestações Líquidas.

Parágrafo único. Os dados que compõem os Eventos Indenizáveis Líquidos, as Despesas de Comercialização e as Contraprestações Líquidas serão calculados com base na média dos últimos 12 (doze) meses.

Art. 9º As OPS deverão constituir, mensalmente, Provisão para Eventos Ocorridos e Não-Avisados, constante em Nota Técnica Atuarial de Provisões – NTAP, conforme metodologia a ser adotada pelo atuário responsável e aprovada pela ANS.

Art. 10 As OPS que se enquadrarem no segmento terciário, conforme definido no inciso VI do art. 4º da RDC nº 39, de 27 de outubro de 2000, deverão observar o critério de constituição de Margem de Solvência segundo o disposto no inciso III do art. 2º desta Resolução.

Art. 11 As OPS que iniciaram sua operação em data anterior à vigência desta Resolução aplicam-se os seguintes dispositivos:

I – o art. 8º passa a produzir efeito a partir de 1º de janeiro de 2002;

II – as garantias previstas nos artigos 5º, 6º e 7º serão constituídas, no mínimo, a partir da data da publicação desta Resolução, em:

- a) quinze por cento em até um ano;
- b) trinta por cento em até dois anos;
- c) quarenta e cinco por cento em até três anos;
- d) sessenta por cento em até quatro anos;
- e) oitenta por cento em até cinco anos;
- f) cem por cento em até seis anos;

III – na aquisição de carteira de Sociedade Seguradora, bem como daquela especializada em Saúde, deverá ser observado o disposto nos artigos 9º e 10 desta Resolução, exceto quanto ao disposto no inciso anterior.

Art. 12 Facultam-se às OPS constituírem outras provisões técnicas consubstanciadas em NTAP, condicionada à aprovação da Diretoria de Normas e Habilitação das Operadoras – DIOPE.

Art. 13 Os valores das tabelas constantes do Anexo I poderão ser reavaliados semestralmente pela ANS.

Art. 14 A ANS solicitará Plano de Recuperação às OPS, conforme disposto na Resolução – RDC nº 22, de 30 de maio de 2000, se:

I – o valor do IGO for inferior a 1 (um); ou

II – o valor da Margem de Solvência não observar o previsto no art. 10.

Art. 15 O Anexo I constitui parte integrante desta Resolução.

Art. 16 Esta Resolução entra em vigor na data da sua publicação.

Para efeito de classificação, as operadoras deverão observar o disposto na Resolução – RDC nº 39, de 27 de outubro de 2000, e estarão, também, enquadradas em regiões, conforme a sua área de atuação:

Região 1: em todo o território nacional ou em grupos de pelo menos três estados dentre os seguintes: São Paulo, Rio de Janeiro, Minas Gerais, Rio Grande do Sul, Paraná e Bahia;

Região 2: no Estado de São Paulo ou em mais de um estado, excetuando os grupos definidos no critério da região 1;

Região 3: em um único estado, qualquer que seja ele, excetuando-se o Estado de São Paulo;

Região 4: no município de São Paulo, do Rio de Janeiro, de Belo Horizonte, de Porto Alegre ou de Curitiba;

Região 5: em grupo de municípios, exceto os definidos na região 4.

OBS. 1: Considera-se área de atuação as localidades onde as operadoras comercializam ou disponibilizam seus Planos Privados de Assistência à Saúde.

OBS. 2: Será considerada atuação estadual a operação em mais de 50 % dos municípios de um estado.

OBS. 3: Cada operadora só poderá se enquadrar em uma única região e segmento.

* Publicada no D.O.U (Seção 1 – Brasília – DF, quarta-feira, 25 de julho de 2001)

ANEXO D

ROTEIRO DE DESCRIÇÃO DO LOCAL PESQUISADO E ATENDIMENTO RECEBIDO DURANTE ENTREVISTA NA OPERADORA DE PLANOS PRIVADOS DE ASSISTÊNCIA ODONTOLÓGICA, NO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO, 2001.

D1 - Caracterização do ambiente físico da Operadora de Planos Privados de Assistência Odontológica (OPPAO), realizada pela autora (segundo critérios da percepção do senso comum).

Código da OPPAO:

Itens a serem considerados na descrição do **ambiente físico** da OPPAO

- ☐ Localização
- ☐ Acesso
- ☐ Estacionamento
- ☐ Recepção
- ☐ Segurança
- ☐ Barreiras (balcões , postos, divisórias, etc.)
- ☐ Sinalização
- ☐ Café/ Água
- ☐ Banheiros
- ☐ Uniformes
- ☐ Secretária
- ☐ Instalações (*lay out*)
- ☐ Conforto
- ☐ Limpeza

- ☐ Mobiliário
- ☐ Quadros
- ☐ Painéis/Cartazes
- ☐ Plantas
- ☐ Computadores

Entrevista (local)

- balcão
- escritório
- sala
- corredor
- consultório
- outros

Descrição baseada nos itens citados, no que se referir ao ambiente físico da OPPAO no momento da entrevista:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Justificativa: Saber se há indícios de uma organização voltada para o visitante e cliente, averiguando os cuidados com os detalhes como indicativos da qualidade da gestão para checar a consistência das respostas dos entrevistados.

D2 – Caracterização específica do atendimento ao entrevistador pelo entrevistado e sua equipe.

1ª Etapa: Relato sobre o agendamento da entrevista (**D2₁**)

.....
.....

2ª Etapa: Entrevista (**Postura e Tempo D2₂**)

- prontidão
- atenção
- gentileza
- pressa
- reatividade
- indiferença

Descrição baseada nos itens citados, no que se referir a postura do entrevistado e sua equipe em relação a entrevista:

.....
.....
.....
.....

Tempo da Entrevista (D2₃):.....

3ª Etapa: Pós-Entrevista (**D2₄**)

Materiais solicitados.....
.....

Abertura para dúvidas posteriores.....
.....

Abertura para contatos posteriores

.....

Outras Indicações / sugestões.....

.....

.....

Justificativa: As anotações são relevantes com relação a postura empresarial frente a pesquisa, busca do conhecimento, transparência que a OPPAO pode ter, demonstrando acolhida ao entrevistador e sua instituição.

ANEXO E

**ROTEIRO DE IDENTIFICAÇÃO E DE CARACTERIZAÇÃO DA OPERADORA DE
PLANOS PRIVADOS DE ASSISTÊNCIA ODONTOLÓGICA (OPPAO)**

IDENTIFICAÇÃO DA OPPAO (Dados sobre a empresa)**Denominação Social:** _____**Endereço da Sede:** __________ **CEP** _____ - _____**Telefone:** _____ **Fax:** _____**E-mail:** _____**E1 - Modelo Societário:** Sociedade Cooperativa () Soc. Civil Ltda. ()

Sociedade Anônima () Outros _____

E2 - CARACTERIZAÇÃO DA OPPAO**E2₁ - Modelo Operacional:**

Só opera Plano de Saúde Bucal..... ()

Plano de Saúde Bucal acoplado à Plano de Saúde Médico..... ()

Outro.....

E2₂ - Composição do capital: nacional (100 %) estrangeiro (%)**E2₃ - Número de sócios (donos):****E2₄ - Número de funcionários:**.....**E2₅ - Número de credenciados (cirurgiões – dentistas):.....****E2₆ - Número de vidas (beneficiários):.....****E2₇ - Posição no mercado frente aos concorrentes** (líder, uma das maiores, na média, entre as menores), segundo conceituação do respondente:

E2₈ - Principais Clientes da OPPAOParticipação percentual de clientes **via empresa**.....(%)Participação percentual de clientes **individuais**.....(%)

Outros.(%)

E2₉ - Número de Empresas que são clientes:.....**E2₁₀ - A maioria de seus clientes via empresa pertence a que setor?**

Classifique em ordem:: 1º, 2º, 3º, 4º.

Indústria..... () (%)

Comércio..... () (%)

Serviços..... () (%)

Outros..... () (%)

E2₁₁ - Distribuição percentual dos pontos de atendimento pela localização (zona):

Norte (%)

Sul (%)

Leste (%)

Oeste (%)

Outros locais (%)

Obs.

.....

.....

.....

E2₁₂ - DESENHO do Organograma Funcional :

Justificativa: Caracterizar a operadora com vistas a identificação de fatores de segmentação das análises que serão feitas.

E3- DADOS SOBRE O RESPONDENTE

Nome:

Idade: **Sexo:** Fem. () Masc. ()

Formação:..... Faculdade Pública () Privada ()

Especialidade(s).....

Função atual.....

Tempo de atuação na Operadora:

Participação no Capital.....SIM () NÃO ()

Além desta, trabalha na gestão de outras Operadoras?..... SIM () NÃO ()

Além desta, já trabalhou em outras Operadoras?..... SIM () NÃO ()

Tempo de experiência no setor:

Outras funções anteriores.....

.....

Justificativa: Identificar o perfil do entrevistado e sua participação na gestão da OPPAO

ANEXO F

ROTEIRO PARA A ENTREVISTA NAS OPERADORA DE PLANOS PRIVADOS DE ASSISTÊNCIA ODONTOLÓGICA (OPPAO)

(mesclado com perguntas abertas, fechadas e tópicos)

F1₁ - HISTÓRICO DA OPPO

Início (Tempo de Existência):

.....

Evolução:.....

.....

Grandes Eventos:

a)Fusões:.....

.....

b)Incorporações:

.....

c)Associações:.....

.....

d)Outros.....

F1₂ - Mudanças nesta Operadora após a Lei 9656/98

.....

.....

Justificativa: Conhecer a história empresarial e os momentos mais importantes em sua construção e evolução para compreender sua entrada no atendimento privado de assistência à saúde bucal da população do município de São Paulo e sua importância no contexto das necessidades da população.

F2 - GESTÃO ESTRATÉGICA E ORGANIZACIONAL DA OPPAO

Definições:

Missão: “A missão indica o papel ou função que a organização pretende cumprir na sociedade e o tipo de negócio no qual pretende concentrar-se, MAXIMIANO (2000:186)”.

Valores: “...valores são estabelecidos com base nas crenças e experiências dos principais gestores e estão voltados à: pessoas, qualidade e excelência, responsabilidade, espírito de equipe, integridade, segurança e saúde, TACHIZAWA, T., et alli (2001:64).”

Objetivos: “Objetivos são os resultados finais em direção aos quais a atividade é orientada, MAXIMIANO (2000:186)”.

F2₁ – Missão, Valores e Objetivos da OPPAO

1) Missão da OPPAO.....

.....

2) Valores da OPPAO.....

.....

3) Objetivos da empresa (a curto, médio e longo prazo)

.....

F2₂ – Estratégias para alcançar os objetivos e comunicação das estratégias nas OPPAOs

1) Estratégias para alcançar os objetivos a curto, médio e longo prazo

.....

.....

2) Formas de comunicação da missão, valores, objetivos e estratégias para os funcionários e credenciados

.....

.....

F2₃ - Descrição dos estilos de gestão / decisão predominantes nesta OPPAO. Para tanto se sugere alguns estilos de gestão, ou “estados”, utilizando metáforas, com adaptação da autora a partir de MCGEE & PRUSAK, 1994:155.

Utopia Tecnocrática: A abordagem da gestão é altamente técnica, prevalecendo sobre posicionamentos políticos.

Anarquia: Estilo que deixa a cargo de cada indivíduo ou setor a gestão de suas atividades

Feudalismo: Estilo de gestão baseado em unidades de negócios descentralizadas e com autonomia (poder nas unidades de negócios).

Monarquia: Estilo de gestão centrada nos líderes da empresa. O poder é centralizado e a autonomia dos departamentos e divisões em relação às políticas é reduzida, dependendo da vontade do gestor principal.

Federalismo: É a gestão baseada no consenso e na negociação, embora o poder esteja centralizado (MCGEE & PRUSAK, 1994:155).

Apesar da sugestão para estímulo a resposta, falar livremente a respeito do estilo de gestão da OPPAO

.....

.....

F2₄ – OPPAO em relação à Terceirização e Parcerias

1) A OPPAO tem serviços terceirizados (em que área)? Como ocorre a contratação e a gestão desses serviços?

.....

.....

2) Quais as parcerias que a OPPAO tem?

.....

.....

F2₅ – OPPAO em relação à responsabilidade social e ética empresarial

1) Atuação da OPPAO em relação à responsabilidade social:

.....

.....

Nas Áreas: Social () Ambiental () Científica - Cultural () Outras ()

2) A OPPAO tem um código de ética implantado?

.....

.....

3) Qual a área que cuida do acompanhamento do cumprimento do comportamento ético empresarial?

.....

Justificativa: Conhecer a atuação da gestão das Operadoras em Saúde Bucal com relação a estratégia empresarial.

F3 – GESTÃO DA ÀREA FUNCIONAL :Marketing

Definições:

Marketing : “É um processo social por meio do qual pessoas e grupo de pessoas obtém aquilo de que necessitam e o que desejam com a criação, oferta e livre negociação de produtos e serviços de valor com outros, KOTLER (2000:30)”.

“É um processo de trocas em que as pessoas obtém um produto ou serviço que necessitam cedendo algo, em geral dinheiro, como pagamento pelo que conseguiram. Envolve as necessidades e desejos dos consumidores, ou seja, o que eles querem, como querem, onde querem, quando e a que preço, CASTRO (1997:23)”.

F3₁ - Políticas de Marketing (Produto, Preço, Promoção, Praça, Participantes, Processo de Entrega), Téboul (1999:33)

.....

.....

F3₂ - Concorrência

.....

.....

F3₃ - Vendas

() Própria Número de vendedores.....

() Terceirizados Número de corretoras.....

1) Realização das vendas e da negociação (falar a respeito)

.....

.....

2) Contratos (solicitar modelos)

.....

.....

F3₄ – Alguns itens que orientam a OPPAO para o marketing**1) Fidelização da clientela**

.....

.....

2) Atratividade (Por que a OPPAO é procurada?)

.....

.....

3) Racionalidade (Por que se oferecem os planos?)

.....

.....

4) Valor das mensalidades em cada tipo de plano

.....

5) Principais expectativas e necessidades da empresa que é cliente

.....

.....

6) Principais necessidades e expectativas dos beneficiários

.....

.....

F3₅ - Reclamações dos clientes. Como a OPPAO lida com as reclamações dos clientes?

.....

.....

F3₆ – Marketing Interno (Endomarketing)**Definição:**

Endomarketing : “É uma das mais novas áreas da administração e busca adaptar estratégias e elementos do marketing tradicional, o normalmente utilizado no meio externo às empresas, para uso no ambiente interno das corporações.” Disponível em:
<https://sites.uol.br/globetroter/endo/oquee.htm>.
Acesso em 28/10/2001.

1) Descreva as políticas de endomarketing da OPPAO junto:-**a) aos funcionários?**

.....

.....

b) aos cirurgiões-dentistas

.....

.....

2) Reclamações dos funcionários. Como a OPPAO lida com as reclamações dos funcionários?

.....

.....

3) Reclamações dos cirurgiões – dentistas. Como a OPPAO lida com as reclamações dos cirurgiões – dentistas?

.....

.....

4) Expectativas dos cirurgiões - dentistas. O que esperam do credenciamento?

.....

.....

5) Relacionamento entre eles. Os cirurgiões – dentistas se conhecem?

.....

.....

Justificativa: Estudar como o marketing estratégico e de serviços está sendo utilizado pelas OPPAO(s)

F4 - GESTÃO FUNCIONAL - Recursos Humanos

Definição:

Recursos Humanos: “As empresas são formadas por pessoas e, como fator de sucesso gerencial, está a habilidade de relacionar-se com os outros, constituindo fator chave para chegar aos fins propostos no âmbito organizacional ou departamental.” Disponível em
 <http://orbita.starmedia.com/~robson_cunha1/index.admtextos14.htm.>
 >Acesso em 28/10/2001.
 Assuntos a abordar: Recrutamento e Seleção/Avaliação e Desempenho/ Remuneração / Pesquisa e Desenvolvimento / Benefícios / Desligamento (Funcionários e Credenciados).

F4₁ - *Recrutamento e Seleção*

1) Como é feito o recrutamento e seleção de pessoal na OPPAO?

.....

a) Para os funcionários da administração (critérios)

.....

b) Como é o contrato de trabalho?

.....

c) Para o credenciamento dos cirurgiões - dentistas (critérios: currículo, indicação).

.....

.....

d) Contrato. Como é o contrato? Podemos obter o modelo?

.....

2) O cirurgião – dentista credenciado a esta OPPAO pode ser também credenciado a outra(s)?

.....

.....

F4₂ - Avaliação e Desempenho

1) Quais os indicadores de desempenho do funcionário?

.....

.....

2) Quais os indicadores de desempenho do credenciado?

.....

.....

3) Avaliação de desempenho dos funcionários e credenciados (como é, e qual a periodicidade?)

.....

.....

4) Critérios para a avaliação

.....

.....

5) Planos de acesso

.....

.....

F4₃ – Trabalho em Equipe

1) Há esse modo de trabalhar, em que área?

.....

.....

2) Os gestores trabalham em equipe? Quais os profissionais que constituem a equipe de gestão? Qual a formação deles? Qual seu perfil?

.....

.....

3) Comunicação entre Diretoria, Funcionários e Credenciados (como ocorre?).

.....

.....

F4₄ - Remuneração

1) Remuneração dos funcionários (periodicidade; plano de participação no lucro e resultados

.....

.....

2) Remuneração dos cirurgiões - dentistas. Descrever como é realizado o pagamento dos procedimentos realizados pelos cirurgiões – dentistas (após quanto tempo, quais os comprovantes necessários e sob que tabela)

.....

.....

F4₅ – Treinamento, Desenvolvimento e Incentivo à Pesquisa

1) Há treinamento / desenvolvimento? Há programação para isso?

.....

.....

2) Há incentivo à especialização?

.....

.....

3) E à aprendizagem contínua?

.....

.....

4) Há apoio e incentivo à pesquisa?

.....

5) Há pesquisas? De quê? Quais?

.....

.....

F4₆ - Benefícios

Relacionar os benefícios que a OPPAO oferece para os funcionários e credenciados.

Exemplos: Clubes, assistência médica ,viagens, cursos, congressos,...)

.....

.....

F4₇ - Desligamento (Funcionários e Credenciados)

1) Cancelamento do credenciamento do cirurgião-dentista? Por que? Como?

.....

.....

2) Demissão de funcionários? Por quê? Como?

.....

.....

Justificativa: Levantar informações sobre como uma OPPAO lida com o fator humano nos tópicos abordados e quais as principais políticas .

F5 - GESTÃO FUNCIONAL - Logística

Definição:

Logística envolve o planejamento, a implementação e o controle dos fluxos físicos de materiais e de produtos finais entre os pontos de origem e os pontos de uso, com o objetivo de atender às exigências dos clientes e de lucrar com esse atendimento (KOTLER, 2000:558). Segundo Bowersox & Closs (1996: 5), a logística integrada compreende também a gestão do fluxo de informações desde o cliente até o fornecedor.

1) Aspectos da logística que são importantes na empresa

.....

.....

.....

2) Os recursos da logística são próprios? Quais?

.....

.....

3) Os recursos da logística são terceirizados? Quais?

.....

.....

Justificativa: Conhecer a gestão com relação a essa função.

F6 - GESTÃO FUNCIONAL - Tecnologia de Informação (TI)

Definição:

Tecnologia de Informação (TI): “A tecnologia compreende os meios com os quais o homem amplia suas capacidades , e a TI inclui a tecnologia da informação por Computador, *Softwares*, Redes, Terminais, Pontos de Venda (PDV), Internet, Intranet, sendo um novo sistema produtivo (MAÑAS, 2001:35-36)”.

F6₁ – Tecnologia de Informação na OPPAO, aspectos importantes, pontos negativos e pretensão de investimentos

1) Aspectos da gestão que foram favorecidos pelo uso da TI

.....

.....

2) Pontos negativos no uso de TI

.....

.....

3) Pretensão de investimentos em TI

.....

.....

F6₂ – Tecnologia de Informação, o que já foi implantado, o que está em implantação e o que se pretende implantar:

1) O que já foi implantado?

.....

.....

.....

2) O que está em implantação?

.....

.....

.....

3) O que se pretende implantar?

.....

.....

Justificativa: Saber da importância da utilização dos recursos da TI , encaminhamentos e pretensões futuras.

F7 - GESTÃO FUNCIONAL - Finanças

Definição:

A função **Finanças** cuida da busca e gestão dos recursos financeiros utilizados pela empresa. A gestão financeira provê recursos monetários para a operacionalização de recebimentos, pagamentos (despesas com tributos, ressarcimentos, salários e outros) e investimentos da empresa.

1) Comente o resultado financeiro desta empresa

.....

.....

2) Seria possível obter os demonstrativos dos resultados

.....

3) Pode fornecer o demonstrativo contábil (Balanço)?

.....

4) Formas de recebimento das mensalidades dos associados

() Direta.....

() Via empresa.....

() Via Corretora (comissão).....

5) Controle do pagamento do associado

.....

F7₂ – GESTÃO FUNCIONAL – Finanças da OPPAO em relação à análise de risco e provisões.

1) Como a OPPAO define o risco (em relação à cobertura, ou em relação ao tipo de plano, ou relação a faixa etária, ou outras questões)

.....

.....

2) Provisão contábil para o risco (como é realizada)

.....

.....

Justificativa: A função financeira requer atenção especial, devido a necessidade de equilíbrio do negócio e gestão do risco desse tipo de empresa.

F8 - GESTÃO OPERACIONAL

F8₁ – GESTÃO OPERACIONAL da OPPAO e tipos de serviços oferecidos (planos)

1) Explicar os tipos de planos que existem nesta OPPAO

.....

.....

2) Procedimentos “cobertos” em cada tipo de plano

.....

.....

F8₂ – GESTÃO OPERACIONAL da OPPAO com relação ao protocolo de atendimento e procedimentos de autorização.

1) Identificação do cliente (beneficiário) no banco de dados e no atendimento, ou seja: junto a OPPAO e junto ao credenciado

.....

.....

2) Operacionalização dos atendimentos aos clientes

.....

.....

3) Controle para atendimento

.....

4) Carência: exemplos

.....

.....

5) Protocolo para os procedimentos a serem realizados

.....

6) Procedimentos para se realizar o atendimento

.....

.....

F8₃ – GESTÃO OPERACIONAL da OPPAO com relação ao uso de formulários.**1) Há formulários para os registros? Quantos são? São complexos?**

.....

.....

2) Preenchimento de formulários. Há treinamentos para isso?

.....

.....

F8₄ – GESTÃO OPERACIONAL da OPPAO com relação às metas de produção da rede credenciada, controle de qualidade e glosa.**1) Há metas de produção para o cirurgião- dentista? Quais?**

.....

.....

2) Há controle de qualidade? Quais os indicadores?

.....

.....

3) O que é glosa? Em que situações a OPPAO realiza a glosa dos procedimentos?

.....

.....

F8₅ – GESTÃO OPERACIONAL da OPPAO com relação a obtenção de manuais

É possível obter manual de orientação para clientes e profissionais ?

.....

.....

F8₆ – GESTÃO OPERACIONAL da OPPAO com relação à ANS

Como a OPPAO cumpre as normas da ANS e qual o departamento que cuida disso?

.....

.....

Justificativa: Conhecer o funcionamento da OPPAO.

F9 – TENDÊNCIAS

1) Quais são as tendências desse tipo de Operadora em Saúde na Grande São Paulo?

.....

.....

2) Cite três pontos positivos em relação a este serviço.

P/empresa conveniada	P/cirurgião-dentista	P/beneficiário

OBS:.....

3) Cite três pontos negativos em relação a este serviço.

P/empresa conveniada	P/cirurgião-dentista	P/beneficiário

OBS:.....

Justificativa: Conhecer a opinião do gestor quanto ao futuro desse tipo de Operadora em Saúde e qual suas vantagens e desvantagens para os envolvidos.

Considerações Finais

.....

.....

.....

.....

São Paulo,2001

Laura Pereira Robles agradece a colaboração.

GLOSSÁRIO E SIGLAS

- AACD = Associação de Assistência à Criança Defeituosa
- ABC Paulista = Conjunto de municípios da Grande São Paulo
- ABRAMGE = Associação Brasileira de Medicina de Grupo
- Acesso ao serviço de saúde = Possibilidade de obter o serviço de saúde
- Adesão = Associação
- ADM.OG-S/A = Administradora/Odontologia de Grupo – Sociedade Anônima
- AG = Autogestão
- AMB = Associação Médica Brasileira
- Anamnese = Conjunto de informações à respeito da saúde e doença do examinado
- Anarquia = Desordem
- ANS = Agência Nacional de Saúde Suplementar
- APCD = Associação Paulista de Cirurgiões Dentistas
- Assistência = Cura/reabilitação
- Associado = Beneficiário, sócio
- Atuária = Ciência que estuda cálculo de seguros numa coletividade.
- Auditoria = Fiscalização, supervisão, conferência
- Autogestão = Gestão do próprio empreendimento
- Back-office = Bastidor, apoio
- Benchmarking = Cópia, paradigma
- Beneficiário = Usuário
- Bio-segurança ou biossegurança = Tudo que protege a vida
- Boom = Crescimento

Call Center = Centro de chamadas

CAP's = Caixas de Aposentadorias e Pensões

Capitation = Sistema de pré ou pós-pagamento per capita

Cárie = Lesão em tecido duro (esmalte, dentina, osso)

CD = Cirurgião-Dentista

CEO = Soma de dentes cariados, extraídos, obturados (para decíduos, dente de leite)

CFO = Conselho Federal de Odontologia

CIEFAS = Comitê de Integração de Entidades Fechadas de Assistência a Saúde

Cliente = Usuário

CLT = Consolidação das Leis do Trabalho

CNCC = Conselho Nacional de Convênios e Credenciamentos

Commodity = Mercadoria

Convênio = Acordo

COOP = Cooperativa

Cooperativa = Grupo de associados com igual participação visando benefício comum

Core Business = Centro do negócio

Corporativismo = Defesa do grupo profissional

CPM = Clube Paineiras do Morumbi

CPO-D = Soma dos elementos (Índice para dentes cariados, perdidos e obturados)

Credenciado = Aquele que está ligado à uma operadora para fornecer o serviço

CRMSP = Conselho Regional de Medicina de São Paulo

CROSP = Conselho Regional de Odontologia de São Paulo

DHMO = Dental Health Maintenance Organizations

DIOPE = Diretoria de Normas e Habilitação das Operadoras

E-commerce = Comércio eletrônico

E-learning = Educação à distância

Empresa-cliente = Cliente da Operadora

Endodontia = Especialidade da odontologia que cuida do tratamento de canais

Endomarketing = Marketing para dentro da empresa = Comprometimento do funcionário

EPO = Exclusive Provider Organization

ERP = Sistema de Gestão Integrada

FACESP = Faculdade de Ciências Econômicas de São Paulo

Federalismo = Divisão do poder, embora haja liderança

Fee for Service = Pagamento por procedimentos

Feedback = Retorno, retroalimentação

Feudalismo = Regime de governo onde há participação com liderança

Ficha virtual = Prontuário na Internet

FIPE = Fundação Instituto de Pesquisas Econômicas

FO(s) = Faculdades de Odontologia

Folder = Encarte ilustrativo

Front-office = Proscênio = Ponto de encontro entre o cliente e o prestador de serviço

FSP = Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo

FUST = Fundo de Universalização dos Serviços de Telecomunicações

Gestão integrada = Integração da gestão por *softwares* (ERP,CRM)

Global = Total

Glosa = Impede o pagamento

Guildas = Associação de mutualidade na Idade Média

HIF = Health Insurance Funds

HMO = Health Maintenance Organization

Home Doctor = Empresa de cuidados da saúde a domicílio

IAP's = Institutos de Aposentadoria e Previdência

IBDE = Instituto Brasileiro de Desenvolvimento Empresarial

IBGE = Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

IDEC = Instituto de Defesa do Consumidor

IGO = Índice de Giro das Operações

INAMPS = Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social

Incongruência = Quando não coincide, não é similar

INSS = Instituto Nacional de Seguridade Social

Interface ou front office = Fachada

IPA = Independent Practice Associations

IPC = Índice de Preços ao Consumidor

IPEA = Instituto de Pesquisas Econômicas Aplicadas

Know how = Conhecimento

Lei 5764/71 = Lei do cooperativismo

Lei 9656/98 = Lei dos Planos de Saúde

Lei Eloy Chaves = Lei da Previdência Social

Logística = Função de gestão que dá apoio, transporta, armazena.

Macro (monumental) = Grande

Managed care = Gestão do atendimento

MEC = Ministério da Educação e Cultura

Mensalista = Recebe o salário uma vez por mês

Merchandising = Promoção da mercadoria

Método de Jay Friedman = Método de auditoria odontológica por imagem

Monarquia = Poder centralizado em uma pessoa

MP 1908-20 = Medida Provisória nº 1908-20 de 25/11/99, que exclui da Lei 9656/98 a obrigatoriedade de assistência odontológica nos planos de saúde

O&M = Organização e Método

OAB = Ordem dos Advogados do Brasil

OCESP = Organização das Cooperativas do Estado de São Paulo

Odontologia de grupo = Profissionais compondo empresa de serviços odontológicos

OG-S/A = Odontologia de Grupo – Sociedade Anônima

OG-SC1 = Odontologia de Grupo – Sociedade Civil 1

OG-SC2 = Odontologia de Grupo – Sociedade Civil 2

OMS = Organização Mundial de Saúde

On line = Conexão em tempo real

OPPAM = Operadora de Planos Privados de Assistência Médica

OPPAO = Operadora de Planos Privados de Assistência Odontológica

OPS = Operadora de Plano de Saúde = que atende os usuários de convênios

Ortodontia = Especialidade da odontologia que posiciona os dentes corretamente

OSB = Operadora em Saúde Bucal

Paradigma = Modelo

Participação no capital = Sócio, dono ou acionista

PAS = Plano de Assistência à Saúde

Periodontia = Especialidade da odontologia que cuida da gengiva e do osso

PHO = Organizações médico-hospitalares, Providers Health Organizations

PIB = Produto Interno Bruto

Plano Real = Plano de estabilização da moeda brasileira

Portfólio = Conjunto, carteira

POS = Point of Service Plans

PPO = Preferred Provider Organization

PROCON = Órgão de defesa do consumidor

Proscênio = Frente

Provisão = Depósito

Pulpite = Dor aguda com origem na polpa dentária

RDC = Reunião da Diretoria Colegiada da ANS

RDC nº 79 (27/07/01) = Resolução sobre o perfil do gestor de operadoras de planos de saúde

Reserva técnica = Registro de produto, constituída com base atuarial

RH = Recursos Humanos

Risco das Doenças = Estar com mais probabilidade de adquirir doença

S.B. = Saúde Bucal

S/A = Sociedade Anônima

S/C = Sociedade Civil

S/C Ltda = Sociedade Civil Limitada

Saúde Suplementar = Setor que cuida das operadoras de planos de assistência à saúde.

SEG = Seguradora

Seguradora = Empresa que garante a indenização de perdas com eventuais sinistros

Seguro-saúde = Plano privado de proteção à saúde

Sinedrias = Pontos de reunião, assembléias em Jerusalém, na época de Cristo

SINOG = Sindicato Nacional de Odontologia de Grupo

Slogan = Frase de efeito

SOF = Secretaria de Orçamento e Finanças

Stakeholders = Todos os envolvidos

Supply Chain = Cadeia de Suprimento

SUS = Sistema Único de Saúde

SUSEP = Superintendência de Seguros Privados

Tabela CNCC = Tabela do Conselho Nacional de Convênio e Credenciados

Taillor made = Sob medida

Tratamento curativo = Aquele que repara, corretivo

Tratamento preventivo = Aquele que protege, previne

Turn Over = Movimentação de funcionários por demissões, admissões e transferências

Universidade Corporativa = Instituição de ensino para um segmento profissional

USO = Unidade de Serviço Odontológico

Usuário = Cliente

Vida = Beneficiário de um plano de saúde