

4

O caso da empresa GAMA

Este capítulo procura apresentar, primeiramente, as peculiaridades do segmento do mercado de saúde suplementar em que a GAMA se encontra e os seus desafios. Em seguida, é feita uma apresentação da empresa, antes de partir para a análise do caso e classificação do processo de mudança.

A entrevista com os gestores e a análise dos documentos coletados serviu de base para verificar a aplicabilidade do modelo de dez comandos de Kanter et al (1992). Por meio das entrevistas com os colaboradores, que participaram do processo, foi possível capturar suas expectativas e percepções sobre as mudanças ocorridas, a comunicação, as resistências e o resultado final.

4.1.

Autogestão em saúde no Brasil

A regulamentação dos planos e seguros privados de saúde no Brasil tem como marco a Lei 9.656/98, a medida provisória que a sucedeu, reeditada várias vezes, e a Lei 9.961/00, que criou a Agência Nacional de Saúde Suplementar-ANS.

Essa legislação determinou critérios que deveriam ser observados para entrada, funcionamento (define coberturas mínimas oferecidas, contratualização com prestadores de serviço, obrigatoriedade de prestação de informações à ANS, dentre outros) e saída do setor. Além da regulação e fiscalização ser voltada para as atividades assistenciais, foi estendida para aspectos econômicos e de saúde financeira das operadoras.

A ANS reconhece oito modalidades de empresas que operam no mercado de saúde suplementar e classifica as mesmas, conforme seus estatutos, nas seguintes modalidades descritas no Quadro 9.

Quadro 9: Modalidades de operadoras.

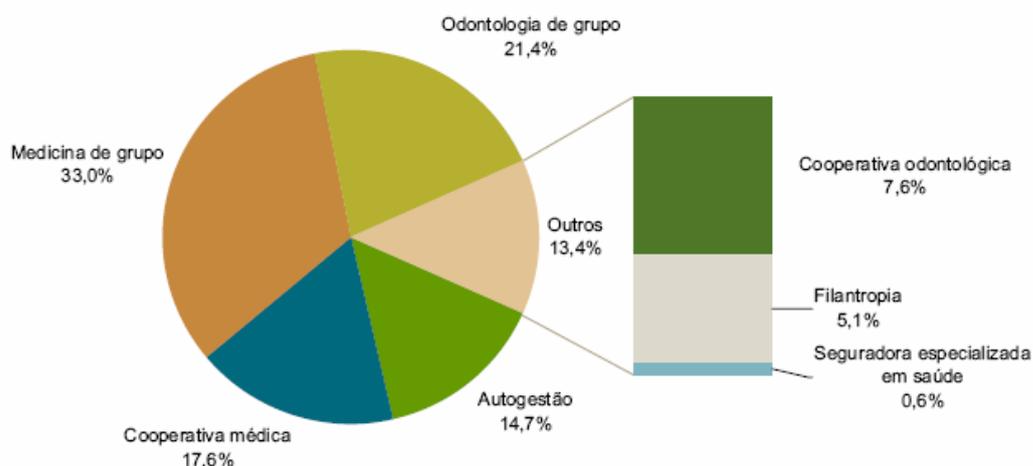
Modalidade da Operadora	Descrição
Autogestão	Entidades que operam serviços de assistência à saúde destinados, exclusivamente, a empregados ativos, aposentados, pensionistas ou ex-empregados, de uma ou mais empresas ou, ainda, a participantes e dependentes de associações de pessoas físicas ou jurídicas, fundações, sindicatos, entidades de classes profissionais ou assemelhados e seus dependentes.
Cooperativa Médica	Sociedades sem fins lucrativos, constituídas conforme o disposto na Lei nº 5.764, de 16 de dezembro de 1971.
Cooperativa Odontológica	Sociedades sem fins lucrativos, constituídas conforme o disposto na Lei nº 5.764, de 16 de dezembro de 1971, que operam exclusivamente Planos Odontológicos.
Filantropia	Entidades sem fins lucrativos que operam planos privados de assistência à saúde, certificadas como entidade filantrópica junto ao Conselho Nacional de Assistência Social, CNAS, e declaradas de utilidade pública junto ao Ministério da Justiça ou junto aos Órgãos dos Governos Estaduais e Municipais.
Administradora	Empresas que administram planos

	de assistência à saúde financiados por outra operadora, não assumem o risco decorrente da operação desses planos, não possuem rede própria, credenciada ou referenciada de serviços médico-hospitalares ou odontológicos e não possuem beneficiários.
Seguradora especializada em saúde	Sociedades seguradoras autorizadas a operar planos de saúde, desde que estejam constituídas como seguradoras especializadas neste seguro, devendo seu estatuto social vedar a atuação em quaisquer outros ramos ou modalidades.
Medicina de Grupo	Demais empresas ou entidades que operam Planos Privados de Assistência à Saúde.
Odontologia de Grupo	Demais empresas ou entidades que operam, exclusivamente, planos odontológicos.

Fonte: ANS, 2006.

Consultando dados sobre o perfil das operadoras no Brasil, divulgados trimestralmente pela ANS, foi possível ter acesso a informações sobre a distribuição das operadoras por modalidade, referentes ao mês de junho de 2007, conforme a Figura 5 apresenta:

Figura 5: Gráfico da distribuição percentual das operadoras em atividade, por modalidade (junho/2007).



Fonte: ANS, 2007.

A autogestão em saúde não possui fins lucrativos e é uma forma das próprias empresas administrarem programas de assistência à saúde para seus empregados ativos, aposentados, pensionistas ou associados, e seus dependentes, participantes de empresas, associações, sindicatos, fundações, caixas de assistência ou entidades de classe profissionais.

As organizações podem optar também pela contratação de terceiros para administrar seus programas. Algumas financiam totalmente o plano de seus empregados, mas geralmente a conta é dividida com os beneficiários e a contribuição é descontada na folha de pagamento.

Tendo em vista que os índices de reajuste de preços dos planos individuais passaram a ser um ponto polêmico, em função da regulação da ANS e do crescente número de usuários que recorrem aos órgãos de defesa do consumidor e ao próprio judiciário, as operadoras de planos de saúde passaram a focar sua atenção nos planos empresariais e, por isso, a concorrência com as autogestões, que **atuam** quase que exclusivamente nesse segmento, aumentou bastante.

A entidade representativa do setor é a União Nacional das Instituições de Autogestão em Saúde - Unidas, que tem abrangência nacional e atua como um importante fórum para troca de experiências entre as operadoras de autogestão, negociações com prestadores de serviços e, além disso, desempenha um papel importante de defesa do segmento e de suas peculiaridades, inclusive junto à ANS.

Nos últimos vinte anos, o país passou por diversas situações que impactaram as autogestões, como os diversos planos econômicos, os ciclos de privatizações e da terceirização de serviços e a regulamentação do setor de saúde suplementar.

Conforme identificado por Porter e Teisberg (2006), também nos Estados Unidos, o sistema de saúde enfrenta problemas inaceitáveis em um mercado em funcionamento, tais como: o aumento de custos; a baixa qualidade; a competição, que não recompensa os melhores provedores e nem faz com que os piores saiam do negócio; e as inovações tecnológicas, que se difundem de forma lenta. Segundo os autores, a solução deverá ser obtida através da reforma dos princípios da competição baseada em valor e em resultados para melhorar a saúde e servir pacientes.

Os autores afirmam que se os planos de saúde reorientarem a sua forma de aproximação e adotarem novos papéis e estratégias, podem adicionar valor à competição no mercado de saúde. Nesse sentido, sugerem que sejam abandonados aspectos da antiga cultura da negação e que a saúde não seja tratada como uma *commodity*, cujo o custo deve ser minimizado.

Quadro 10: A transformação de papéis nos planos de saúde.

PAPEL ANTIGO	NOVO PAPEL
Cultura da Negação	Permitir a competição baseada em valor e em resultados
Restringir a escolha do paciente de provedores e tratamentos	Permitir a escolha aos paciente informados e aos médicos e gerenciar a saúde do paciente
Gerenciar os processos do provedor e suas escolhas	Medir e recompensar os provedores baseados em resultados
Minimizar o custo de cada serviço ou tratamento	Maximizar o valor do cuidado por todo o seu ciclo
Engajamento na complexa papelada e nas transações administrativas com provedores e usuários para controlar custos e determinar faturas	Minimizar a necessidade de transações administrativas e simplificar as faturas
Competir em minimizar o aumento de custos	Competir em resultados na saúde dos usuários

Fonte: Porter e Teisberg (2006, p. 231).

As autogestões geralmente possuem um modelo mais voltado para a atenção à saúde do que os planos de mercado. A cobertura assistencial oferecida, muitas vezes, é maior do que a exigida em lei, embora esta venha sendo constantemente ampliada pela ANS.

Anteriormente, as autogestões patrocinadas eram dispensadas do cumprimento de algumas exigências impostas pela ANS ao setor de saúde suplementar. No entanto, com a publicação das Resoluções Normativas nº 137, de 14/11/2006, e nº 148, de 03/03/2007, além da Instrução Normativa nº 10, de 30/03/2007, as autogestões patrocinadas (com exceção das autogestões por departamento de recursos humanos) precisaram se adaptar para garantir os riscos decorrentes da operação de planos privados de assistência à saúde e da insolvência da administração da operadora e atender ao acompanhamento econômico-financeiro.

Também no ano de 2006, entrou em vigor, para todas as operadoras do mercado de saúde suplementar, o padrão obrigatório para troca de informações em saúde suplementar - TISS com prestadores de serviços de saúde sobre os eventos de saúde realizados nos beneficiários.

Além de envolver diversas guias em papel das operadoras, também foram estabelecidos métodos para se estabelecer comunicação entre os sistemas de informação das operadoras de planos privados de assistência à saúde e os sistemas de informação dos prestadores de serviços de saúde e as transações eletrônicas.

Conforme definido na RN nº 153, de 28/05/2007, os prazos são diferenciados para adoção do novo padrão de troca de informações tanto de conteúdo e estrutura: guias; demonstrativo de análise de conta médica; e demonstrativos de pagamento, quanto de comunicação e de segurança.

Certamente essas alterações impostas para comunicação e operacionalização da prestação dos serviços de saúde trarão custos adicionais tanto para os prestadores de serviços quanto para as operadoras. Principalmente, as operadoras de autogestão de pequeno porte, serão prejudicadas em função da necessidade de investimentos significativos para adaptação de seus sistemas de informática e de treinamento de seus empregados para lidar com os novos procedimentos. Além disso, os desafios não dizem respeito apenas às determinações do órgão regulador do setor de saúde suplementar, dado que é preciso se adaptar para fazer frente a outras variáveis, tais como:

"A formação da mão-de-obra médica, a utilização irracional dos recursos clínicos e laboratoriais disponíveis, a introdução desenfreada de novas tecnologias, o envelhecimento da população assistida [...] completam um quadro de complexidade dramática para todos que atuam no mercado de assistência à saúde". (Scheffer, 2005:82)

O segmento de autogestão se destaca por não visar o lucro, no entanto, é preciso equilibrar o orçamento e o custeio do plano de saúde, buscando a melhoria do desempenho econômico-financeiro e maior profissionalização na gestão para se manter competitivo neste mercado.

4.2. Apresentação da empresa GAMA

A empresa GAMA foi fundada em 1971, é uma Entidade Fechada de Previdência Complementar - EFPC que possui quatro patrocinadoras e cerca de 4.000 participantes, dentre: ativos, aposentados, pensionistas, autopatrocinadores e ex-empregados. Em 1991, a GAMA instituiu um plano de assistência médico-hospitalar e odontológica, permitindo aos seus participantes a possibilidade de aderir ao mesmo, que atualmente possui cerca de 5.000 beneficiários.

O plano de saúde da GAMA é custeado por seus usuários através de contribuições mensais e suas finalidades principais são: complementar o benefício de saúde oferecido pelas patrocinadoras aos seus empregados ativos e dependentes, cobrir parcialmente as despesas de saúde dos aposentados e pensionistas e de seus respectivos dependentes.

As EFPCs são empresas sem fins lucrativos, de natureza privada, que têm como objetivo oferecer planos de previdência assemelhados aos da previdência social exclusivamente para funcionários de uma determinada empresa ou empresas pertencentes a um mesmo grupo. Seus participantes contribuem durante determinado período, acumulando recursos para aposentadoria e, de acordo com o regulamento do plano contratado, podem revertê-los em rendas vitalícia, temporária ou pecúlio (importância paga de uma única vez).

No Brasil, o limite máximo estabelecido para os benefícios do Regime Geral de Previdência Social é atualmente de R\$ 2.801,56 (dois mil, oitocentos e um e cinquenta e seis centavos), conforme estabelecido no Decreto n.º 5.756, de 13 de abril de 2006. Sendo assim, as pessoas participam de entidades de

previdência complementar preocupadas com a capacidade da previdência pública em oferecer uma aposentadoria digna. Paixão (2007) acredita que o sistema de previdência complementar está em franca expansão e sobre sua atual dimensão afirma que:

“[...] o Brasil possui o maior sistema de previdência complementar da América Latina e um dos dez maiores do mundo em termos absolutos, apesar da formação de poupança previdenciária privada ser totalmente voluntária (ao passo que é obrigatória em muitos países, inclusive em alguns cujo sistema de fundos de pensão é maior do que o brasileiro)”. (Paixão, 2007:55)

A Secretaria de Previdência Complementar - SPC é o órgão do Ministério da Previdência Social responsável pela fiscalização das atividades das EFPCs. De acordo com o informe estatístico de junho de 2007 da SPC, disponível no *site* da Previdência Social, estão listados 371 fundos de pensão, responsáveis pela gestão de 1.075 planos assistenciais e previdenciários em todo o país.

Por intermédio do artigo 76 da Lei Complementar nº 109/2001, que dispõe sobre o Regime de Previdência Complementar, foi estabelecido que:

“As entidades fechadas que, na data da publicação desta Lei Complementar, prestarem a seus participantes e assistidos serviços assistenciais à saúde poderão continuar a fazê-lo, desde que seja estabelecido um custeio específico para os planos assistenciais e que a sua contabilização e o seu patrimônio sejam mantidos em separado em relação ao plano previdenciário”. (Brasil, 2001)

Desta forma, aquelas entidades que já operavam planos de saúde poderiam continuar a fazê-lo desde que houvesse a segregação de recursos previdenciários e de saúde, no entanto, as EFPCs que porventura quisessem ingressar neste tipo de atividade estariam vedadas por força de lei e deveriam se concentrar apenas em sua atividade previdenciária.

Sendo assim, a GAMA é um fundo de pensão e uma operadora de plano de saúde do segmento de autogestão, subordinando-se à SPC nas operações relacionadas com seu negócio principal e sujeita ao controle e fiscalização da ANS nos assuntos relacionados à assistência à saúde. Portanto, em função das atividades que executa, possui dois órgãos reguladores e precisa atender as exigências de ambos, além de estar atenta a eventuais conflitos de entendimentos em termos regulatórios.

O plano de saúde é uma área da empresa conduzida por um superintendente, encarregado pelo gerenciamento do plano, e alocada diretamente na presidência da GAMA. Tem como órgãos estatutários: a diretoria executiva, órgão de administração geral que executa as diretrizes fundamentais e o cumprimento das normas estabelecidas pelo conselho deliberativo; o conselho fiscal, que exerce um papel fiscalizatório das atividades econômico-financeiras; e o conselho deliberativo, que é o órgão superior de decisão e orientação do Plano, cabendo ao mesmo a fixação de objetivos, políticas e normas gerais do plano de saúde.

A GAMA também operacionaliza, mediante convênio, o plano de saúde oferecido por duas de suas patrocinadoras aos empregados das mesmas e aos seus respectivos dependentes.

Em função de dispositivos legais referentes às atividades de previdência, os conselhos deliberativo e fiscal são compostos paritariamente por representantes das patrocinadoras e por representantes dos participantes. O artigo 35 da lei complementar nº 109/2001 estabelece, em seus parágrafos terceiro e quarto, os requisitos a serem cumpridos pelos membros dos conselhos e da diretoria para que possam assumir os cargos:

§ 3º Os membros do conselho deliberativo ou do conselho fiscal deverão atender aos seguintes requisitos mínimos:

I - comprovada experiência no exercício de atividades nas áreas financeira, administrativa, contábil, jurídica, de fiscalização ou de auditoria;

II - não ter sofrido condenação criminal transitada em julgado; e

III - não ter sofrido penalidade administrativa por infração da legislação da seguridade social ou como servidor público.

§ 4º Os membros da diretoria-executiva deverão ter formação de nível superior e atender aos requisitos do parágrafo anterior. (Brasil, 2001)

Embora a legislação de saúde, por intermédio da Resolução Normativa nº 11, de 22/07/2002, editada pela ANS, também estabeleça requisitos para o exercício do cargo de administrador das Operadoras de Planos de Assistência à Saúde, a mesma não se aplicava às operadoras do segmento de autogestão classificadas como patrocinadas. Portanto, os membros dos órgãos superiores da GAMA não precisavam ter experiência comprovada no setor de saúde e nem capacitação técnico-profissional.

O plano contava, na época da mudança em questão, com 38 colaboradores exclusivamente alocados à atividade de assistência à saúde, dentre terceirizados, empregados e contratados, e por se tratar de uma única empresa, outras áreas da GAMA, voltadas para o negócio previdência, também contribuem para o funcionamento do plano, como a contabilidade, a tesouraria e investimentos e aplicações.

A singularidade do processo de mudança organizacional da GAMA deve-se ao fato de que o mesmo ocorreu para salvar um negócio da empresa que não era o principal, mas pelo setor de saúde complementar ser fundamental no país, tornou-se um serviço importante para os participantes da GAMA, que em sua maioria possuem uma idade avançada.

4.3. Análise da mudança organizacional

Esta seção procura destacar, primeiramente, a percepção da gestão a respeito das principais mudanças que ocorreram durante o processo de reestruturação do plano. Para isso, toma-se como base, as entrevistas feitas junto aos gestores: o superintendente, sua adjunta e um representante da coordenação técnica.

A análise das entrevistas e dos documentos coletados permitiu associar a condução do processo ao modelo de dez comandos de Kanter et al (1992), verificando quais foram as etapas cumpridas, além de classificar o tipo de mudança ocorrida na empresa.

O enfoque maior foi dado à ótica do gestor, até mesmo em função da utilização do modelo de Kanter et al (1992) que enfatiza a responsabilidade da gestão da empresa nos processos de mudança organizacional.

De forma complementar, foram analisados os dados obtidos a partir das entrevistas com os colaboradores para verificar a percepção daqueles que vivenciaram o processo de mudança e foram diretamente afetados pelas alterações ocorridas na empresa.

4.3.1. Classificação do processo de mudança

Desde 1999 o custo total de utilização dos usuários do plano de saúde da GAMA era maior do que a receita arrecadada por meio das contribuições mensais, forçando que o fundo de reserva do plano fosse sendo consumido. Para evitar que o plano fechasse o ano com resultado negativo, nos anos de 2003 e 2004, foram feitas transferências do fundo administrativo da entidade e tomados empréstimos do fundo assistencial.

Em 2005, essa situação tornou-se insustentável, e, segundo o superintendente da época,

“o plano corria o risco de se inviabilizar inclusive por conta de uma visibilidade externa dessa situação de piora financeira que poderia, em especial, chamar a atenção do regulador [...] de prestadores de serviço, em especial clínicas e hospitais, que começaram a ficar temerosos como se fosse um risco de crédito de que suas faturas pudessem não ser honradas pelo plano”. (Superintendente)

Analisando-se as tipologias de mudança propostas pelos autores, verifica-se que o tipo de mudança analisado por esta pesquisa enquadra-se na chamada mudança descontínua. Para Nadler et al (1994), essas são mudanças que acontecem em resposta a eventos desestabilizadores e em períodos de maior desequilíbrio na vida das organizações. Nesse tipo de mudança, ao invés de buscar melhorias incrementais, a organização está em busca de uma reestruturação, ou seja, de uma alteração na configuração, alterando a organização dos processos, estruturas e pessoas.

Ao constatar que a sobrevivência do plano de saúde estava ameaçada, em julho de 2005, o conselho deliberativo da entidade determinou que o mesmo passaria por um processo de reestruturação. A primeira providência, tomada pelo conselho, foi destituir o antigo superintendente, que exercia a função há seis anos, e nomear um novo gestor para conduzir o processo.

Tendo em vista que no caso em questão a mudança ocorreu de forma consciente, por meio de um conjunto de ações e intervenções para alterar a situação diagnosticada, de acordo a classificação de Ford & Ford (1995), este foi um processo de mudança intencional.

Segundo a classificação de Wood Jr. (2002), quanto à natureza foi uma mudança simultaneamente: estrutural, pois alterou o organograma e algumas funções; e relacionada a recursos humanos, porque envolveu políticas de seleção e formação. No tocante à relação da organização com o ambiente pode ser considerada como uma mudança reativa, frente à aceleração dos custos médicos e a forte regulação do setor. É possível afirmar sobre a forma de implementação que se tratou de uma mudança racional, porque foi planejada.

Para conduzir o processo, foi escolhido um gerente da GAMA que conhecia a problemática do plano de saúde e teria o desafio de apresentar ao conselho uma proposta de reestruturação do plano, contemplando inclusive a possibilidade de desvinculação do CNPJ da GAMA.

Gonçalves (1998) afirmou que algumas empresas já reconheceram que, se pretendem sobreviver, é necessário abandonar apêndices adquiridos e se concentrar na gestão dos seus negócios básicos.

A empresa atua em dois negócios com lógicas, processos e regulamentações totalmente diferentes, de forma que foi preciso reconhecer que a atividade de saúde, seus colaboradores e aspectos de infra-estrutura não poderiam ser negligenciados, embora as atenções estivessem mais voltadas para o negócio principal de previdência. Caso contrário, precisaria ser analisada a capacidade da empresa de manutenção dessa atividade.

Em novembro de 2005, o superintendente apresentou a proposta de plano de ação ao conselho e a mesma foi aprovada. A partir da aprovação dessas medidas, o processo de reestruturação foi conduzido, sempre mantendo a presidência e o conselho informados sobre o seu andamento e submetendo à sua apreciação as questões importantes para sua continuidade.

O processo de mudança foi revolucionário, segundo a classificação proposta por Pereira (1995), uma vez que exigiu medidas drásticas, foi implementado de cima pra baixo e teve efeitos rápidos. Entretanto, enfrentou resistência por parte dos colaboradores.

Por se tratar de uma situação em que a sobrevivência do negócio, a saúde da empresa estava ameaçada, a mudança poderia chegar a ser total, conforme definido por Want (1990). No entanto, a mesma iniciou-se como operacional, já que deficiências específicas foram identificadas e tratadas.

Apesar de ser possível verificar a sua tentativa de evolução para direcional, para trazer uma alteração estratégica, a possibilidade de desvinculação do CNPJ da GAMA não foi levada adiante pelo conselho.

4.3.2.

A aplicabilidade do modelo de dez comandos

Para viabilizar a análise do processo de reestruturação do plano de saúde à luz do modelo desenvolvido por Kanter et al (1992), as informações foram coletadas através da pesquisa documental e das entrevistas com os gestores.

O modelo consiste em dez etapas e as ações identificadas em cada uma delas encontram-se listadas abaixo:

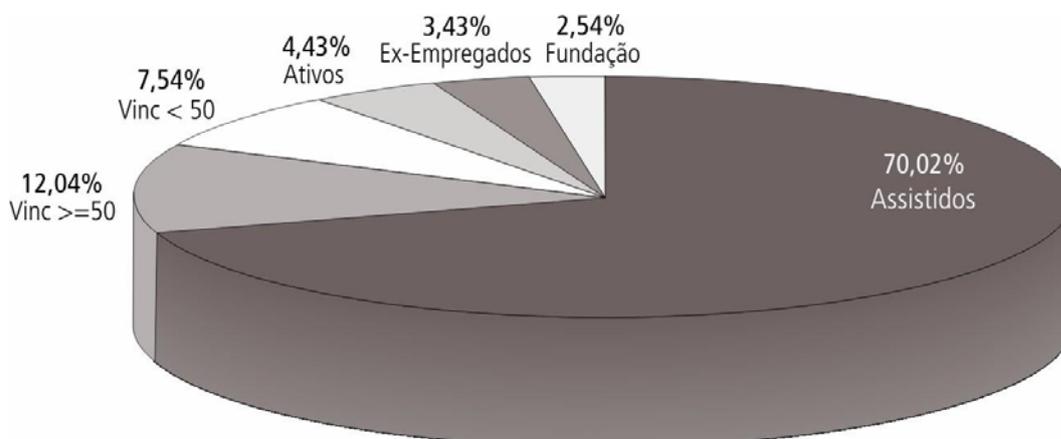
1. Análise a situação e sua necessidade de mudança

Desde a instituição do plano de saúde em 1991, a GAMA tomou conhecimento de que não contaria com o suporte financeiro de suas patrocinadoras, ao contrário do que ocorria com o negócio principal de previdência. Apesar da patrocinadora-instituidora da GAMA ter recomendado a instituição do plano de saúde, a mesma não se comprometeu com qualquer tipo de apoio.

As coberturas do plano e sua forma de custeio foram estabelecidas em uma época em que a regulação do setor de saúde era inexistente, exceto para as seguradoras, e que os avanços tecnológicos para tratamento e diagnóstico de doenças não eram imaginados. Sendo assim, não foram considerados em seu custeio, a incorporação de novas tecnologias médico-hospitalares e o avanço dos custos de saúde.

Tendo em vista que os empregados ativos faziam jus ao benefício de saúde majoritariamente custeado pelas empresas patrocinadoras, o plano de saúde criado pela GAMA passou a ser atrativo principalmente para os aposentados e pensionistas que custeavam integralmente suas despesas com assistência a saúde e desejavam manter um plano de qualidade. Em 2006, essa categoria correspondia a 38% dos usuários do plano. No entanto, por serem em grande parte idosos possuem elevados dispêndios com saúde.

Figura 6: Distribuição dos gastos com consultas, exames e internações por categoria no ano de 2006.



Fonte: Relatório Anual da GAMA 2006.

Durante a entrevista, ao se referir aos motivos pelos quais o processo de reestruturação foi iniciado, a adjunta do superintendente afirmou que:

“Os exercícios não fechavam no vermelho, porque a diretoria e o conselho deliberativo acabavam optando por fazer um encontro de contas e zerar o saldo devedor [...] mas a verdade é que o plano vinha com um déficit crônico, exercício a exercício”. (Adjunta do Superintendente)

O aumento do desequilíbrio econômico-financeiro do Plano causou o início do processo de reestruturação, para permitir a continuidade da prestação de serviços a seus usuários. Segundo Paixão (2007, p. 64): “O principal patrimônio de um fundo de pensão, na qualidade de gestor de recursos de terceiros, é a credibilidade.” O fato de um dos negócios da empresa passar por um problema financeiro grave afetava negativamente sua imagem junto aos participantes e precisou ser sanado na brevidade possível. Dada a gravidade da situação econômico-financeira do Plano, as associações de aposentados e de empregados das patrocinadoras se mobilizaram e começaram a divulgar para a comunidade o problema do plano de saúde.

Segundo o superintendente, essa não foi a primeira vez que o conselho decidiu buscar uma solução para os problemas do plano de saúde: “que me lembre, pelo menos três consultorias já haviam sido contratadas anteriormente, de forma a identificar, diagnosticar e propor medidas de ajuste visando o reequilíbrio técnico e financeiro do plano”.

O conselho deliberativo, na época, possuía uma composição diferente da tradicional, pois contava com maior participação de representantes dos participantes ativos, e, frente aos *déficits* crônicos, determinou a instalação do processo de reestruturação, para evitar um potencial comprometimento de recursos administrativo-previdenciários e visando a sobrevivência do plano de saúde.

2. Crie uma visão compartilhada e direção comum

Tendo em vista que as atividades rotineiras dos diversos setores do plano não poderiam ser interrompidas sem atrapalhar sua execução, foram realizados três seminários internos aos sábados com a participação de todos os colaboradores do Plano para divulgação do andamento do processo e das alterações que estavam acontecendo.

O primeiro seminário aconteceu em agosto de 2005, quando foram apresentados a real situação do Plano e o roteiro de estudos sobre o processo de reestruturação, contendo as principais informações que deveriam ser mapeadas para análise. Além disso, foram distribuídos questionários individuais para serem preenchidos pelos colaboradores e, desta forma, foi feita uma auto-avaliação.

Além dos seminários, frequentemente havia reuniões do superintendente com todos os colaboradores para divulgar novas informações e permitir que houvesse troca de idéias. Muitos comunicados também eram afixados em quadros de aviso nos corredores do plano.

Em novembro de 2005, aconteceu o segundo seminário, no qual foi apresentado o novo modelo de gestão do plano, com o objetivo de qualificar a equipe para atuar de acordo com o mesmo. Os diversos setores tiveram a oportunidade de expor para os demais os seus principais problemas, inclusive no tocante às dificuldades de interação, apresentando também, algumas propostas de solução para serem debatidas e terem a sua implementação avaliada pela gestão. Para promover a sinergia e dar um retorno com relação ao desempenho de cada setor foi realizado um processo de avaliação 360°.

De acordo com a percepção do superintendente, a conscientização viria por meio da informação e ele afirmou que:

“A questão da comunicação foi vital, primeiro para democratizar a informação por mais dura e impactante que ela fosse, segundo pra que não houvesse em momento nenhum, mais à frente, espaço para alegação de desconhecimento da situação do plano, do porquê daquelas mexidas”. (Superintendente)

Em fevereiro de 2006, um informe especial de seis páginas sobre o processo de reestruturação do plano de saúde foi encaminhando a todos os usuários do plano de saúde da GAMA para dar a transparência necessária às alterações que estavam acontecendo.

O último seminário foi realizado em setembro de 2006, e o seu objetivo principal era posicionar todos os colaboradores sobre o andamento do processo de reestruturação e os resultados obtidos até aquele momento. Também foi reforçado o novo modelo de gestão e monitorado o avanço de cada setor com relação aos seus principais problemas.

Segundo o representante da coordenação técnica: “o processo levaria o plano a uma estabilidade [...] crescer e tornar-se um plano padrão e modelo no mercado de saúde”.

Para Senge (1990), a visão compartilhada cria um sentimento de coletividade que permeia a organização e abre espaço para a coerência, tornando as pessoas mais aptas a se empenharem.

3. Separe-se do passado (descongele)

A primeira medida tomada pelo conselho deliberativo foi a destituição do antigo superintendente do plano e a nomeação de um novo gestor para conduzir o processo de reestruturação. O conselho também transferiu a subordinação hierárquica do plano de saúde da Diretoria de Benefícios para a Presidência da empresa enfatizando a importância do processo.

O novo superintendente, por sua vez, alterou o organograma do Plano que anteriormente possuía supervisões em setores, como atendimento e faturamento, que foram extintas. Com isso, a coordenação passou a ser mais centralizada, havendo um coordenador da equipe técnica, uma coordenadora da equipe médica-odontológica e uma coordenadora administrativo-financeira.

Essa fase caracterizou-se por uma reorganização geral. A estrutura mudou e o novo desenho organizacional mais horizontal contribuiu para uma maior integração entre os gestores e os colaboradores. De fato, vários foram os relatos de

colaboradores no tocante ao aumento da transparência da gestão e a realização de reuniões formais que promoviam a atualização dos colaboradores sobre as decisões dos órgãos superiores com relação ao plano.

Houve remanejamento de colaboradores entre os setores do plano e para outras áreas da GAMA. O horário da equipe médica-odontológica passou a ser mais organizado, contando com profissionais nos turnos da manhã e da tarde todos os dias. O atendimento do plano passou a funcionar no horário de almoço e dar plantão em dias próximos a feriados em que a empresa não funcionava.

A nova gestão não aprovava a concessão de coberturas que estivessem fora da norma do plano, sem que tivesse submetido esta questão ao conhecimento do órgão máximo da entidade e obtido a sua aprovação, conforme relatado:

“Na administração anterior eram feitas muitas concessões excepcionais, fora do regulamento do plano, e as mesmas eram autorizadas pelo superintendente anterior e isso foi encerrado. A nova superintendência não concedeu mais nenhum caso excepcional sem levar isso ao conselho deliberativo e o mesmo aprovar”.
(Adjunta do Superintendente)

Essa medida fez com que houvesse uma alteração na postura dos usuários que estavam acostumados a receber esses benefícios e com a mudança na gestão perceberam que só haveria espaço para atendimento de casos realmente específicos desde que houvesse a devida fundamentação. Caso contrário, o que até então vinha sendo praticado passou a ser negado.

4. Crie um senso de urgência

O desequilíbrio técnico-financeiro foi o principal fator de mobilização e por si só convenceu a todos da necessidade de mudança. Os conselheiros, preocupados com a situação, freqüentemente convocavam o superintendente para se atualizarem sobre o andamento do processo.

De acordo com o representante da coordenação técnica: “uma nova filosofia de trabalho pautada em uma série de levantamentos que foram sendo produzidos para dar direção no trabalho de recuperação do plano”.

O superintendente fazia reuniões de trabalho regulares com representantes de cada setor e com as consultorias atuarial e jurídica, estabelecendo prazos para a apresentação de dados necessários para a continuidade do processo de reestruturação.

5. Suporte o papel de um líder forte

O empregado nomeado para o cargo de superintendente já havia colaborado anteriormente com o plano. Dez anos antes de assumir essa função, acompanhava de perto a situação do plano e possuía experiência anterior por ocupar o cargo de superintendente da Fundação Assistencial, instituída pela GAMA. Em seu currículo, constava a atuação nas gerências de diversos setores, como o de recursos humanos e de comunicação.

Além disso, apresentou objetivos claros e por intermédio dos resultados alcançados, reforçava sua credibilidade junto aos colaboradores. No entanto, ao relatar a resistência manifestada pelos colaboradores ao longo do processo, o superintendente ressaltou que:

“A indicação sinalizava um perfil mais rígido, exigente e mais preparado, então, antes mesmo da nova administração iniciar o trabalho já encontrou um ambiente um pouco apreensivo sobre o que poderia vir pela frente com essa nova linha de gestão, em especial, pelo fato da mesma ter sido implementada com um suporte unânime do conselho da época”. (Superintendente)

Ou seja, o fato de ter um agente de mudança bem preparado e devidamente apoiado pela alta administração da empresa não foi suficiente para evitar o surgimento de algum tipo de resistência.

6. Delineie um patrocínio político

Embora diversos atores tivessem interesse no resultado do processo de reestruturação do plano, tais como os usuários, os empregados, as associações de ativos e de aposentados, não foi constatado o patrocínio político de nenhuma entidade específica ao processo.

Isso pode ter ocorrido pelo fato da situação ser bastante delicada e já se encontrar em um ponto crítico de desequilíbrio econômico-financeiro, ameaçando inclusive a continuidade da prestação de serviços à saúde por parte da GAMA e o emprego dos colaboradores que trabalhavam no plano.

Apesar de o projeto contar em seu início com o apoio do conselho deliberativo, não é possível afirmar que foi formada uma coalizão em prol do alcance dos objetivos do processo.

Constantemente, havia prestação de contas ao conselho e, quando necessário, alguns assuntos eram submetidos à apreciação do órgão máximo da

entidade que por intermédio da votação decidia sobre a sua aprovação. No entanto, a proposta de medidas complementares submetida pelo superintendente ao conselho em abril de 2007 sequer foi apreciada.

Em junho de 2007, a composição do conselho deliberativo foi alterada em função de processo eleitoral. Sendo assim, os novos membros já se depararam com um plano de saúde financeiramente equilibrado, cujos problemas ainda existentes não eram mais prioritários com relação aos demais assuntos da empresa que também careciam de análise.

O risco de apoiar um processo como esse era alto para as entidades representativas da comunidade, uma vez que o seu desfecho era incerto. Então, é possível afirmar que esta etapa do modelo não foi cumprida.

7. Construa um plano de implementação

Em setembro de 2005, o superintendente apresentou ao conselho deliberativo as seguintes medidas de ajuste para recuperação do plano que foram aprovadas e realizadas:

- 1) revisão, na brevidade permitida por lei, do valor das mensalidades de todas as categorias de usuários do Plano, a partir da realidade tarifária atuarial de cada uma, cujos índices seriam previamente submetidos, acompanhados de suas respectivas justificativas, para autorização do conselho deliberativo;
- 2) recomendação ao conselho deliberativo de alternativas de solução sobre as condições de encerramento do plano atual e de constituição ou não de um novo plano de saúde para cada categoria, a ser registrado em produtos separados junto à Agência Nacional de Saúde Suplementar-ANS, contemplando coberturas médicas e hospitalares e padrão de rede credenciada comprovadamente compatíveis com o poder aquisitivo médio de cada categoria e com seus respectivos níveis de comprometimento de renda;
- 3) continuidade da suspensão temporária de novas adesões ao Plano em vigor a partir de setembro/05 até ulterior decisão do conselho deliberativo;
- 4) destinação ao plano de saúde, a partir de 2005, dos recursos não previdenciários decorrentes da prestação de serviços pela GAMA em nome de suas patrocinadoras, salvo comprovado impedimento técnico e legal;
- 5) autorização para que o financiamento do giro e das insuficiências financeiras do plano de saúde seja realizado pelo programa administrativo, cujos recursos serão devidamente rentabilizados e recompostos ao referido fundo com os recursos originários das fontes indicadas na 4ª Medida acima e da destinação exclusiva, a partir de 2005, aos aposentados e pensionistas inscritos no plano de saúde administrado

pela GAMA dos recursos provenientes do prêmio pela exclusividade da centralização de contas bancárias dos aposentados, pensionistas e empregados da Fundação, salvo comprovado impedimento técnico e legal;

- 6) redução da taxa de administração anual que o plano de saúde paga à GAMA, para 30% do valor atual, a partir janeiro de 2005, com a recomendação de se fazer um levantamento para o exercício de 2006, cujo demonstrativo seja mais justificado e detalhado, visto que boa parte dos recursos de custeio do plano está vinculada a funções essenciais de suporte operacional (jurídico, atuarial e informática) que vêm sendo terceirizadas pelo plano, objetivando conferir à gestão a assistência especializada e a agilidade de que precisa no seu cotidiano, sem ter que depender da disponibilidade das áreas internas da GAMA, que têm suas próprias prioridades quanto ao atendimento das questões previdenciárias;
- 7) anuência do conselho deliberativo para o agendamento, na brevidade técnica possível, de uma reunião deste para tratar especificamente do plano de saúde, na qual serão apresentados por dois especialistas externos o quadro legal e institucional, as implicações e alternativas jurídicas e atuariais do plano, seguida de esclarecimentos gerais aos conselheiros;
- 8) permanência do plano de saúde no CNPJ da GAMA até o encerramento do exercício de 2006 com a recomendação de preparar as condições para migração para um CNPJ próprio, visto que: (a) o Plano não pode ser retirado da Fundação sem ter seu desequilíbrio técnico e financeiro efetivamente saneado; (b) um CNPJ próprio implicaria em equipe de *back-office* própria em lugar do apoio da GAMA, com o quê o Plano incorreria em custos adicionais, encarecendo mais ainda as mensalidades; e (c) os recursos oriundos da centralização das folhas de pagamento em banco único dificilmente poderiam ser transferidos para o plano de saúde, com esse fora do CNPJ da GAMA;
- 9) interrupção do processo de registro do plano de saúde junto à ANS, anteriormente aprovado por este conselho, tendo em vista o número de recomendações técnicas da ANS, e por conta dos riscos e responsabilidades financeiras adicionais que seu registro poderia trazer à GAMA, visando permitir uma reflexão adicional mais balizada por parte deste conselho.

As medidas listadas acima foram obtidas a partir das informações contidas no documento formalmente apresentado ao conselho deliberativo pelo superintendente. O mesmo afirmou que:

“Estabelecemos um plano de trabalho com oito pontos, dos quais derivavam “n” subdivisões, a depender da complexidade de cada um, basicamente voltados pras situações: financeiras, atuariais, jurídicas, em relação aos reguladores, a equipe, a infra-estrutura operacional, político, em relação ao aspecto comercial do plano, enquanto um prestador de serviços para outras empresas, simultaneamente a operação de seu produto principal que era o plano de saúde”. (Superintendente)

Ainda segundo o superintendente, o Conselho era permanentemente informado sobre a implementação das medidas de ajuste. No entanto, conforme Nadler e Tushman (1989), os planos devem ser revistos quando novos eventos e oportunidades se apresentam, limitados apenas em função da intenção da mudança e da energia disponível.

Sendo assim, em abril de 2007, foi submetida pelo superintendente ao conselho uma proposta de atualização das medidas de ajuste em curso no plano, mas o mesmo não chegou a deliberar sobre a mesma, inviabilizando a aplicabilidade das medidas relacionadas.

8. Desenvolva estruturas capacitadas

A empresa buscava a implantação de um novo modelo de gestão, por isso, foram feitos investimentos no material humano do plano, conforme relatado pelo superintendente:

“[...] nivelar o conhecimento da equipe do plano sobre padrões de eficiência e metodologias de trabalho [...] criar bases para determinadas diretrizes em relação: a postura pessoal; compromisso profissional; e uma cultura voltada para resultado e consciência do cliente, premissas absolutamente fundamentais que não tiveram espaço de investimento nos modelos de gestão anteriores. Registre-se nesse aspecto a edição de dez mandamentos como premissas norteadoras [...] construir bases comuns de percepção de valores e de princípios de atuação, independentemente de categoria funcional, de nível hierárquico e de conhecimentos e preferências pessoais”. (Superintendente)

Os dez mandamentos citados eram: domínio técnico, percepção multidimensional, organização e método, identificação de problemas, proposição de soluções, produção técnica, reação sob estresse, motivação pessoal, crítica e auto-crítica, e consciência do limite pessoal.

Alguns empregados mudaram de função, a equipe foi reforçada por meio da contratação de profissionais de mercado com experiência em planos de saúde: dentistas; médicos; e faturistas, visando a profissionalização e o reforço da equipe. Foi contratada uma pessoa específica para interagir com as patrocinadoras e as empresas de reciprocidade e uma economista para cuidar das finanças do plano interagindo com o setor de contabilidade da GAMA.

Os analistas de sistemas responsáveis pelo setor de informática do plano de saúde que tinham sido alocados, física e hierarquicamente, ao setor de informática da GAMA retornaram ao plano.

Foi contratado suporte técnico especializado para dar tratamento adequado às questões jurídicas e atuariais do plano. Segundo a adjunta do superintendente:

“a consultoria atuarial recalculou o valor da mensalidade do plano por categoria, aplicando todas as exigências da ANS, sendo criada uma sobrecarga administrativa que passou a ser carreada para o custeio administrativo do plano, o que, até então, nunca tinha sido feito [...] Foi contratada também uma consultoria jurídica, que além de cuidar da reversão do contencioso, colocou a superintendência do plano em contato direto com a ANS”. (Adjunta do Superintendente)

A segregação contábil dos recursos financeiros do plano, em técnicos, administrativos e garantidores, foi submetida pelo superintendente e aprovada pelo conselho, dando visibilidade às naturezas das despesas e receitas do plano.

Os processos e procedimentos das principais funções foram revistos, como a análise da rede credenciada, a verificação por parte das auditoras odontológicas de atendimentos aos usuários, o cadastramento dos usuários do plano habilitados a utilizar os convênios de reciprocidade, o término da renovação automática das carteiras dos usuários das reciprocidades, o acompanhamento do saldo de débito de convênio dos usuários. Conforme mencionado pela adjunta do superintendente:

“os pedidos de credenciamento eram analisados de maneira caótica, sem haver uma análise sobre a necessidade, pertinência, localização, se havia necessidade de contratação daquele serviço. Isso então foi revisito. As auditoras odontológicas passaram a aprovar todos os pagamentos de atendimentos que já estavam pré-autorizados pelos auditores externos”. (Adjunta do Superintendente)

Conforme relatado pelo representante da coordenação técnica, o relacionamento funcional entre os setores tinha no início uma tendência à informalidade. Posteriormente, passou a ser mais documentado, reduzindo a margem de erro dos processos.

O piso salarial dos técnicos de nível médio do plano aumentou, visando aproximação ao praticado pela empresa para o negócio de previdência. A infraestrutura do plano deixava a desejar quando comparada ao padrão estabelecido para o negócio de previdência, muitos equipamentos de trabalho eram obsoletos e, até mesmo estavam quebrados. Sendo assim, foram adquiridos: computadores;

impressoras; máquina copiadora e fax, para viabilizar o aumento da produtividade da equipe.

A necessidade de aquisição e implantação de um novo sistema de informática para gestão do plano de saúde foi reforçada e uma comissão foi criada para analisar as soluções existentes no mercado.

9. Comunique, envolva as pessoas e seja honesto

Tendo em vista que as pessoas tinham consciência de que o seu emprego e o seu plano de saúde estavam ameaçados, os gestores agiram com a maior clareza possível para reduzir o nível de apreensão e de ansiedade.

Ao se referir às principais mudanças ocorridas no plano, o superintendente destacou a questão da transparência e relatou a forma com que se deu a abertura de informações para os diversos atores:

“ao conselho, porque era permanentemente informado em detalhes numericamente analiticamente sobre o quadro de dificuldades e o mapeamento das situações de contorno; os usuários, enquanto entidades representativas foram permanentemente procurados, reuniões agendadas, esclarecimentos; os empregados das patrocinadoras, através de palestras previamente agendadas, em que o tema principal era a situação do plano, através de mecanismos informativos como boletins especiais, o principal deles denominado a verdadeira situação do plano; e, em relação a equipe interna, em que permanentemente, além dos seminários, eram organizadas e realizadas reuniões plenárias com a participação de todos”. (Superintendente)

Todavia, o superintendente também ressaltou que a responsabilização vem junto da democratização da informação e da conscientização a respeito da real situação do plano, o que causou um “choque cultural” e surgiram reações contrárias. A adjunta do superintendente afirmou que a maioria dos colaboradores estava satisfeita com a condução do processo, porque sabiam que as mudanças eram necessárias. No entanto, disse que:

“teve gente que não se adaptou, que durante as reuniões se mostrava não interessado, não olhava quando o superintendente estava apresentando algum dado, enfim falando, ficava de cabeça baixa. Tinha gente que nós sabemos através da radio corredor que reclamava dizia que o superintendente era grosseiro ou muito exigente e que não ia agüentar trabalhar com ele, então houve diversas manifestações nesse sentido”. (Adjunta do Superintendente)

Embora muito esforço tenha sido feito para garantir a transparência do processo, as resistências ao processo de mudança surgiram com a alteração do *status quo*. Um pequeno grupo de colaboradores, que anteriormente possuía privilégios, se sentiu desconfortável ao ser tratado da mesma forma que os outros colaboradores e iniciaram um movimento contrário para minar o processo.

De fato, apenas dois dos colaboradores entrevistados negaram a existência de resistência. Todos os outros cinco entrevistados confirmaram a existência de um movimento por parte de uma minoria que não teria se engajado no processo, nem se adaptado à nova metodologia de trabalho e que, conseqüentemente, torcia pelo seu término.

10. Reforce e institucionalize a mudança

Nesta fase, os resultados do processo obtidos são essenciais. No entanto, os desdobramentos que a reversão do *déficit* causou não foram tão favoráveis para o processo de reestruturação, conforme relatado pela adjunta do superintendente:

“Houve mudança no conselho deliberativo, o apoio que a superintendência estava recebendo não havia mais. Uma vez que o plano conseguiu melhorar as suas contas, saiu da ordem do dia do conselho. O que foi uma pena, porque o plano de saúde carecia, e carece ainda de muitas mudanças e foi um processo que foi interrompido”. (Adjunta do Superintendente)

O superintendente citou o retorno ao tratamento histórico paternalista, no que se refere à decisão de reajuste das mensalidades do plano, concedido em setembro de 2007, após o término da sua gestão, com base no cálculo atuarial interno, mas aquém da recomendação da consultoria atuarial externa.

A gestão responsável pelo processo de reestruturação do plano tinha um caráter interino, pois seria responsável por criar as condições para uma gestão que posteriormente entraria em regime de caráter permanente.

Em julho de 2007, o superintendente solicitou a liberação da interinidade no cargo, em vista dos resultados alcançados com relação aos objetivos pretendidos no início do processo e em função de já ter apresentado ao conselho em abril de 2007 novas propostas.

Era um momento de transição também nos órgãos estatutários da empresa, pois, no mês de junho de 2007, em função de processo eleitoral, ocorreram

mudanças no conselho deliberativo e por decisão da patrocinadora-instituidora também houve mudança na presidência da GAMA.

O pedido de liberação foi aceito e o novo presidente passou a acumular interinamente a superintendência do plano, até que um substituto fosse escolhido pela diretoria colegiada.

O próprio superintendente reconheceu que o processo não foi completo e mencionou o que, na opinião dele, faltou para que a mudança se consolidasse no longo prazo:

“Talvez se a composição do conselho que determinou as mudanças tivesse continuado, se a equipe gestora da mudança tivesse continuado e se alguns elementos do material humano tivessem sido trocados por profissionais de mercado [...] o estágio de longo prazo teria mais chance de virar realidade do que acabou acontecendo”. (Superintendente)

Sendo assim, a fase de reforço e institucionalização da mudança não foi totalmente cumprida, o que prejudicou a sustentabilidade dos resultados do processo de reestruturação.

4.3.3. Análise das expectativas

Foram realizadas sete entrevistas com colaboradores do plano de saúde da GAMA, no período de 18/12/07 a 08/01/08, quando se procurou analisar as percepções deles com relação ao processo de reestruturação, assim como identificar suas expectativas iniciais e verificar sua satisfação com o resultado final.

Do total de entrevistados, dois são funcionários novos (que entraram na empresa durante o processo de reestruturação) e cinco são antigos (acompanharam o processo desde o início). Trata-se de indivíduos que vivenciaram as situações de mudança e que representam diversos setores, como faturamento, reembolso, financeiro e comercial.

A análise das expectativas dos colaboradores quanto ao processo de mudança do plano de saúde da GAMA foi feita de duas formas, a saber: relatos pessoais de dezesseis colaboradores feitos em outubro de 2005, contidos no Plano de Reformulação submetido ao conselho deliberativo e obtidos por meio de

pesquisa documental; e as expectativas no início do processo de mudança relatadas nas entrevistas com os sete colaboradores realizadas no período de 18/12/07 a 08/01/08.

A vantagem dessa captura de expectativas em diferentes momentos no tempo é que permite comparar as afirmações e verificar se houve deterioração, manutenção, ou aumento do entusiasmo que havia sido identificado no início do processo, a tal ponto que chegou a ser exposto para o conselho.

A partir dos relatos pessoais, pôde ser percebido um otimismo grande manifestado pela maior parte dos colaboradores, pois os mesmos acreditavam na recuperação do plano. Grande parte dos colaboradores que se posicionaram acreditava inclusive que haveria possibilidade de crescimento profissional.

Ao se referir ao superintendente, um colaborador afirmou:

“A princípio fiquei desconfiado de suas intenções, mas com o passar do tempo estou cada vez mais convencido de que o mesmo está totalmente comprometido com o sucesso deste plano de saúde e com o bem estar de todos os seus usuários e também dos seus empregados”. (Relato pessoal nº 1)

Isto demonstra que a relação de confiança foi realmente sendo construída ao longo do processo, principalmente em função do nível de ansiedade dos colaboradores cujos empregos estavam em uma situação de risco.

No que diz respeito à preocupação com a continuidade da relação de emprego, somente dois colaboradores se posicionaram. O primeiro afirmou que ainda estava preocupado com a sua estabilidade no trabalho, e o outro foi mais enfático ao defender a necessidade de mudanças e afirmar que: “as pessoas só mudam quando pressionadas ou quando estão correndo o risco de perder o emprego”. (Relato pessoal nº 7)

Já eram os primeiros sinais de que os próprios colaboradores reconheciam que determinadas posturas pessoais precisavam ser revistas para o bom funcionamento do plano.

Apesar de decorridos apenas dois meses do início do processo, os colaboradores já ressaltavam sua satisfação com a forma de condução do processo pelos gestores e destacavam os resultados positivos das primeiras mudanças feitas.

Dois colaboradores relataram seu contentamento por participar ativamente desse processo e três elogiaram a clareza com que o superintendente transmitia as informações sobre o plano para todos os colaboradores.

Um dos colaboradores afirmou: “Concordo com a visão da atual gestão em alcançar o grau máximo de comprometimento de todos os empregados, desde que haja justiça na aplicação dos métodos, onde elogios/premiações coexistam com as críticas/punições.” (Relato pessoal nº 16)

O que se depreende deste depoimento é que o colaborador pretendia chamar a atenção dos gestores para o fato de que o comprometimento dos empregados também estava diretamente relacionado ao reconhecimento profissional. Assim, para manter a motivação, a ênfase não deveria ser somente na correção de desvios e disfunções, mas deveria também existir algum tipo de recompensa para aqueles que contribuíssem com o processo de reestruturação.

Durante as entrevistas realizadas com os colaboradores após o término do processo, novamente tentou-se mapear as expectativas que existiam no início do processo de reestruturação.

Foi confirmado o otimismo percebido nos relatos pessoais, uma vez que a maior parte dos colaboradores afirmou que torcia pelo sucesso do processo e esperava que ocorresse uma mudança de gestão no plano de saúde, com maior profissionalização e revisão dos processos internos visando o aumento da produtividade, da organização e da qualidade do atendimento prestado aos usuários.

É possível perceber que algumas das expectativas de melhorias citadas já estavam mais diretamente relacionadas com os resultados que foram alcançados pelo processo, enquanto outras apenas reforçavam o que já havia sido levantado nos relatos pessoais, tais como a expectativa de existirem oportunidades de crescimento e valorização profissional. Ambas surgiram espontaneamente no relato de três entrevistados.

Tendo em vista o caráter de interinidade daquela gestão, que atuaria apenas durante o processo de reestruturação, e sabedor do desfecho do processo, o entrevistado 2 afirmou que esperava que o superintendente continuasse no plano mesmo após o término do processo.

A partir da análise dos relatos pessoais e das entrevistas, é possível constatar que o entusiasmo dos colaboradores era um fator marcante no tocante as

expectativas iniciais com relação ao processo. Na entrevista com os gestores foi identificado que as suas expectativas eram mais voltadas para a estabilização do desequilíbrio econômico-financeiro do plano e a redução do risco de comprometimento do patrimônio administrativo-previdenciário, do que para melhoria da infra-estrutura operacional interna.

4.3.4. As mudanças percebidas

O objetivo dessa seção é descrever as principais mudanças que foram percebidas pelos colaboradores durante o processo de reestruturação e comparar com as alterações que foram identificadas por intermédio de pesquisa documental e das entrevistas com os gestores relacionadas na seção de aplicabilidade do modelo de dez comandos.

A fase inicial do processo foi marcada pela necessidade de obtenção de pessoal qualificado por meio de processos seletivos, divulgados em jornais de grande circulação. Além disso, internamente alguns colaboradores mudaram de função e de setor. O entrevistado 6 mencionou que foi um dos beneficiados com a oportunidade de uma nova experiência funcional.

A cobrança pela mudança na postura dos colaboradores, a busca da profissionalização da equipe e o compromisso com o resultado do processo foram descritos pelos colaboradores como fatores marcantes ao longo do processo.

“os profissionais que trabalhavam naquele setor, nem todos tinham qualificação adequada para exercer aquela função. Eram pessoas que vinham de outra área, enfim até mesmo pessoas que vieram da mesma área, mas que tinham pouca experiência [...] Quando ele começou a buscar um profissional qualificado fora, entendi que estava querendo colocar um serviço com mais qualidade dentro do setor, pessoas com mais conhecimento”. (Entrevistado 5)

Outros colaboradores destacaram a importância da implantação da normatização dos processos pela gestão, porque os procedimentos eram rotineiros e o hábito fazia com que não houvesse espaço para aperfeiçoamentos. Algumas atividades possuíam desconformidades com o regulamento do plano e eram feitas sem respaldo.

Consoante com a percepção dos colaboradores, os gestores afirmaram que foi preciso intervir no método de trabalho dos profissionais visando a

conformidade e a busca por melhores práticas para reduzir os erros e falhas. Algumas mudanças, relatadas pelos entrevistados, são bastante específicas com relação ao desempenho de suas atividades pelo fato de procedimentos terem sido alterados.

A entrevistada 4 afirmou que no novo modelo de gestão o controle sobre a atitude dos empregados aumentou, como o cumprimento do horário de trabalho, das tarefas e passou a haver uma coordenação mais efetiva.

Todos os entrevistados registraram as atitudes que foram tomadas pela gestão para reversão do *déficit* do plano. O entrevistado 3 ressaltou que: “quando foi feito um estudo atuarial adequado que refletiu a realidade da mensalidade a ser paga, esse desequilíbrio financeiro foi sendo sanado”.

Também foi verificada a percepção de que as alterações ocorridas durante o processo de reestruturação trouxeram benefícios para os colaboradores, no tocante a melhoria salarial, e recursos para a melhoria das condições de trabalho, como a aquisição dos equipamentos e a procura por um novo sistema de gestão do plano. Estas percepções estão correlacionadas com a falta de recursos administrativos presente nos anos anteriores, já que as mensalidades do plano eram integralmente destinadas à cobertura das despesas técnicas, enquanto as despesas administrativas eram pagas somente através das receitas de ressarcimento dos convênios celebrados com as patrocinadoras.

No tocante ao relacionamento entre os setores, cabe destacar que um plano de saúde possui as atividades rotineiras bastante interligadas, como exemplo, o reembolso necessita das entradas de informações feitas pelo pessoal da recepção e da triagem; o faturamento e o reembolso necessitam da análise que é feita pela auditoria médica; o credenciamento e o cadastro de usuários precisam estar permanentemente atualizados para permitir o atendimento e assim sucessivamente. Apesar disso, alguns entrevistados relataram problemas de cooperação e, até mesmo de fluxo de informações entre os setores.

“as pessoas culpavam muito os setores parceiros por não conseguir realizar a tarefa, às vezes era desculpa para o trabalho ficar parado, porque a comunicação entre os setores era bem acessível, mas realmente tinha essa questão nem sempre os outros setores colaboravam”. (Entrevistado 4)

O plano possui atividades típicas de nível superior, como auditoria médica e odontológica, e atividades típicas de nível médio. Conforme relatado pela entrevistada 1, a auditoria médica e odontológica e o credenciamento eram tidos como fundamentais, mas o superintendente tentou também reduzir a distância entre os setores, demonstrando a importância de outros setores, como o de cobrança, por ser responsável pela identificação dos usuários que custeiam o plano.

A existência de conflitos internos foi mencionada pelos entrevistados, inclusive dentro do próprio setor em função de diferenças salariais e de distribuição do volume de trabalho.

Embora um dos entrevistados tenha relatado que a mudança de gestão não afetou a questão do relacionamento dos setores, outros entrevistados acreditam que a comunicação e os relacionamentos melhoraram.

“O relacionamento entre os setores melhorou justamente pelos encontros que o superintendente proporcionava sempre, passamos a ter uma comunicação melhor. No seminário então, você via a necessidade do outro setor, às vezes a gente faz uma coisa no nosso setor que a gente não sabe como é no final, e fiquei até surpreso porque no seminário colegas, que trabalhavam ali há anos, ficaram sabendo, no mesmo dia, como é que funcionava no outro setor”. (Entrevistado 5)

O entrevistado 6 mencionou que as movimentações de pessoal entre os setores do plano também permitiram que as pessoas compreendessem melhor o funcionamento e as dificuldades dos outros setores facilitando o relacionamento e a troca de idéias.

Cabe mencionar que os gestores tentaram passar para os colaboradores que era um momento novo e qualquer desavença ou mal entendido deveria ser superado, pois o plano precisava da equipe unida. Estes gestores afirmaram acreditar que, do ponto de vista funcional, houve uma certa melhora.

4.3.5. Comunicação durante o processo

Alguns colaboradores citaram que antes havia menos troca com os gestores e disseram que não tinham acesso a informações sobre o desempenho do plano.

“Houve um esclarecimento quanto à situação financeira do plano e anteriormente os empregados nunca tinham acesso a esse tipo de informação. Nós sabíamos que existia um boato de déficit, mas não sabíamos até que ponto isso era verdade”. (Entrevistado 7)

Já na nova gestão, os entrevistados afirmaram que a comunicação durante o processo foi muito satisfatória, mencionaram os diversos veículos que eram utilizados pela gestão, conforme relatado pelo entrevistado 3: “As alterações eram bem comunicadas, as pessoas tinham bastante acesso às informações, tanto através do mural, reuniões internas, e-mails. As decisões do conselho, fossem boas ou ruins, eram sempre relatadas.”

De fato, todos os entrevistados destacaram a clareza com que as informações eram transmitidas e alguns entrevistados ressaltaram que os colaboradores tinham a oportunidade de manifestar suas sugestões para a melhoria da empresa. Segundo Kanter et al (1992), a verdadeira comunicação não é apenas um meio de manter as pessoas informadas, ela requer diálogo para que as pessoas possam se expressar e serem ouvidas.

A transparência do superintendente pode ser percebida como um fator de motivação para os colaboradores: “o superintendente colocava com clareza as perspectivas da empresa, pontos fracos e fortes. Eu tive uma vontade muito grande de estar dentro deste projeto, de me dedicar pra que eu estivesse somando e no final dar resultado”. (Entrevistado 5)

Conforme afirmado por Fleury (1993, p. 33), “a comunicação interna é um ponto muito valorizado, não só para melhoria do clima interno, mas principalmente para obter a participação e o comprometimento dos empregados com as metas propostas”.

Com o conhecimento da situação do plano, passa a existir a consciência de que mesmo sem possuir finalidade lucrativa a empresa está no mercado, precisa se tornar competitiva e obter as receitas necessárias para ser capaz de honrar seus compromissos. Sendo assim, propagou-se por todos os níveis a necessidade de comprometimento com os resultados.

4.3.6. Análise das resistências

Nesta seção será explorada a questão da resistência que ocorreu durante o processo na visão de todos os gestores entrevistados e de cinco dos sete colaboradores questionados.

O superintendente do plano acredita que todos os colaboradores apresentaram resistências em níveis diferentes e de formas diversas, fosse por conta da revisão de algumas vantagens e regalias de um determinado grupo de colaboradores; em termos de horários e reajustes salariais; por decisões na instância médica-odontológica terem sido revistas em uma instância administrativa; ou pela nova gestão pregar a busca por resultados, exigir o cumprimento dos horários de trabalho, a colaboração entre as áreas e, em especial, identificar os erros e seus responsáveis.

Clarke et al (1996, apud Armenakis e Bedeian,1999) afirmam que mesmo quando é compreensível que um redirecionamento seja necessário, os indivíduos podem optar por resistir à mudança caso eles acreditem que podem perder algo de valor como resultado do processo. Nessas situações, os indivíduos se concentram nos seus próprios interesses e só incidentalmente no bem de todos da empresa.

Uma das medidas de impacto foi o aumento no piso salarial de funções que até então eram mal remuneradas. Além de ser um reconhecimento do trabalho prestado, essa decisão visava o alinhamento entre os objetivos das pessoas e da empresa. No entanto, o grupo que anteriormente era privilegiado, por não estar desenquadrado, não foi contemplado. O que causou descontentamento, mesmo não desmerecendo o reajuste do pessoal de base.

Segundo a classificação de incongruência de Motta (1998), esse grupo se enquadraria no ressentimento, por na gestão anterior terem recursos de poder e na nova gestão verem redistribuídas a sua autoridade para a tomada de decisão.

O fato de alguns colaboradores, que possuíam custos altos e na visão dos gestores não estarem mais contribuindo tanto para o plano, terem sido remanejados para o negócio previdência, também causou descontentamento por parte de alguns.

A autoridade do superintendente se manifestava de forma compartilhada, por conta da coordenação técnica, exercida por um empregado antigo que assumiu

essa função de maior responsabilidade; da coordenação administrativa-financeira, desempenhada por um profissional estranho à equipe anterior; e da coordenação médica, também exercida por uma empregada antiga. As coordenações contavam com o apoio da adjunta do superintendente que se fazia presente em todas as ocasiões necessárias.

Esse compartilhamento está de acordo com o entendimento de Nadler et al (1994) que afirmam que se as equipes executivas estiverem consumidas pelas operações cotidianas da empresa não conseguem trabalhar questões estratégicas. Por isso, é necessária uma redistribuição eficiente de tempo da alta gerência, o que pode ser obtido com a delegação de poder aos administradores de nível inferior da empresa.

Os cargos de coordenador administrativo-financeiro e de adjunto do superintendente eram exercidos por profissionais de competência e experiência, mas de pouca idade e segundo a visão do superintendente:

“o exercício da autoridade era praticado por pessoas invariavelmente mais novas e, às vezes, com menos tempo de profissão do que pessoal mais velho e mais cheio de vícios e que, de certa maneira, até de forma um pouco natural, resistiam ao exercício dessa autoridade”. (Superintendente)

Os outros gestores afirmaram ser normal que o abalo no *status quo* cause reações positivas e negativas e que a maior parte da equipe estava comprometida com o processo, em função de sua finalidade principal, de salvar o plano.

O representante da coordenação técnica afirmou que para conter as resistências que surgiram ao longo do processo, foi adotada uma política de transparência, os esclarecimentos eram prestados visando à adesão ao projeto. No entanto, em alguns casos após as tentativas de conciliação e análise por parte dos gestores, houve o desligamento de poucas pessoas que além de não terem se adaptado, por vezes tornaram-se elementos desagregadores da equipe. O superintendente afirmou que: “se o nível de desligamento tivesse sido maior no início, talvez o processo teria se desenvolvido com menos dificuldades”.

Os colaboradores atribuíram as resistências apresentadas ao fato de que a nova gestão passou a exigir: o cumprimento de algumas regras, maior profissionalismo e dedicação, além de ser mais rigorosa quanto ao horário de trabalho e estabelecer uma troca de funções quando era necessário cobrir

ausências ou impedimentos de colaboradores em funções de atendimento ao cliente.

O entrevistado 5 afirmou ainda que: “O que ele queria implantar era algo novo para as pessoas. O estilo dele era autoritário, tem uma disciplina forte e preza por isso, apesar de ser uma qualidade, isso para a minoria dos colaboradores foi impactante.”

Com base nos relatos é possível perceber que o superintendente era um líder autocrático, por ser mais orientado para a execução da tarefa do que para as pessoas e o espaço para a participação dos colaboradores era limitado, no entanto, também manifestava a liderança transformadora por compartilhar valores e buscar unir esforços para o alcance de objetivos.

Apesar da variável “saber”, apontada por Pereira (1995), ter sido bem explorada, por conta da ênfase na comunicação e pelo fato da nova gestão ser extremamente transparente com relação aos motivos e proporcionar as ferramentas para que as alterações fossem feitas, estabelecer uma outra cultura administrativa não foi fácil.

Segundo o superintendente, a implantação do novo modelo de gestão causou um “choque cultural” para aqueles colaboradores que até então estavam acostumados com o paternalismo, funcionando a partir de relacionamentos construídos através de empatias pessoais, por trabalhar em uma empresa que, embora fosse privada, herdou algumas características de sua patrocinadora-instituidora que é uma entidade da Administração Pública Indireta.

Até meados de 1993, a GAMA sequer possuía quadro próprio de empregados e funcionava com empregados cedidos pela sua patrocinadora-instituidora e terceirizados. Por esse motivo, a Fundação e, até mesmo a sua política de pessoal e seus processos foram influenciados por alguns vícios típicos das empresas públicas, dentre eles cabe destacar a demora na tomada de decisões, a fuga de responsabilidades e a burocracia.

Segundo Kotter (1997), a estagnação da mudança pode ocorrer devido a culturas voltadas para as necessidades internas, à burocracia em excesso, a políticas provincianas, à falta de confiança, à falta de trabalho em equipe, ao medo do desconhecido, atitudes arrogantes e à falta de liderança na gerência intermediária.

Desta forma, as novas práticas que estavam sendo implantadas no processo de mudança organizacional possuíam pouca ligação com a cultura corporativa, o que, segundo Kotter (1997), dificulta sua incorporação e a mudança da cultura.

Além da resistência interna, o superintendente relatou também que houve dificuldade para que o conselho deliberativo aprovasse os reajustes necessários para adequação das coberturas que eram oferecidas pelo plano e para manter a qualidade de sua rede credenciada, uma vez que há vários anos este quadro vinha sendo agravado.

“enfrentou muita resistência política para reverter o quadro através da prática de uma realidade tarifária, visto que nos últimos exercícios as mensalidades vinham sendo sistematicamente subsidiadas e essa realidade tarifária acabou ficando pra trás acumulando déficits sucessivos e comprometendo o equilíbrio do plano”.
(Superintendente)

Um dos colaboradores entrevistados também mencionou a existência de resistência externa ao se referir à dificuldade de aprovação de algumas propostas levadas pelo superintendente ao conselho deliberativo da entidade. Ou seja, a variável poder, que no início do processo contou com o amplo apoio do órgão máximo da entidade para aprovação das medidas de ajuste, ao longo do tempo foi abalada. A aprovação dos reajustes financeiros era politicamente desgastante, principalmente para os representantes dos aposentados e pensionistas que eram os mais afetados em função do seu alto nível de utilização.

Ao se pronunciar sobre a equipe gestora, o superintendente expressou a dificuldade de manter a motivação ao longo do processo.

“como uma missão passageira, muitas vezes se questionou dentro de uma relação pessoal e profissional se valia a pena engolir tanto sapo, conviver com tanto desaforo, com tanto jogo de cena e também, ao mesmo tempo, com tantas situações estruturalmente deficientes [...] O tempo demonstrou que valeu a pena do ponto de vista pessoal e profissional, muito embora o custo pessoal tenha sido bastante alto”. (Superintendente)

A resistência à mudança relatada pelos entrevistados dificultou a implementação de algumas medidas e pode ter sido um dos fatores que motivou a conclusão antecipada do trabalho da gestão interina, mas como será visto a seguir, sem dúvida, não foi o único.

4.3.7. Impressões sobre o resultado do processo

Mesmo em mudanças planejadas é difícil determinar com precisão o início e o final do processo, pois estes momentos se dissolvem no fluir da vida organizacional. Para fins deste estudo de caso foi analisado o processo de reestruturação do plano de saúde determinado pelo conselho deliberativo que se iniciou em agosto de 2005 e foi dado por concluído em julho de 2007, quando o então superintendente declarou terem sido atingidos os objetivos iniciais e solicitou liberação do cargo.

A reversão da insolvência financeira do plano de saúde por meio da aplicação da realidade tarifária por dois anos seguidos, sustentada em parecer da consultoria atuarial independente, garantiu a continuidade no emprego dos colaboradores e a prestação dos serviços de assistência à saúde aos seus usuários.

A proposta de atualização das medidas de ajuste em curso no plano submetida, em abril de 2007, pelo superintendente ao conselho não foi apreciada e, portanto não teve desdobramentos. Para o entrevistado 3: “Os resultados foram satisfatórios, mas seriam melhores se as propostas da gestão feitas ao conselho fossem atendidas.”

“O processo foi quase bem sucedido, porque não deu tempo de se colocar em prática todas aquelas mudanças que deveriam ter sido feitas, principalmente a contratação de funcionários, acho que isso melhoraria 60% dos problemas, não resolveria, mas ajudaria. Acho que treinamentos [...] um esclarecimento melhor pros usuários, através de relatórios, melhor atendimento e tendo pessoal pra trabalhar muita coisa iria melhorar”. (Entrevistado 7)

No entanto, o trabalho de conscientização dos colaboradores iniciado pela gestão parece ter colhido alguns frutos, de acordo com o entrevistado 5: “passei a entender que pra que a gente alcançasse as metas seria necessário trabalhar mais em equipe e conhecer o nosso produto”.

“Acredito que o processo de mudança foi bem sucedido, conseguiu o reajuste das mensalidades [...] as pessoas, mesmo com resistência, assumiram novas posturas de maior preocupação com o trabalho, de não deixar falhas acontecerem, de procurar melhorar tecnicamente para trazer as coisas mais prontas para o nível decisório”. (Entrevistado 1)

Alguns avanços, como por exemplo, a adequação da forma de contabilização das receitas e despesas do plano e o início da constituição de garantias financeiras, se mostraram essenciais para a estruturação da parte contábil do plano que há muito se encontrava negligenciada e foram o início de adaptações que precisarão ter continuidade. Pois, como já foi mencionado, a evolução da legislação demonstra maior rigor com o segmento de autogestão, o que pode ser comprovado pela exigência da ANS de adoção do plano de contas padrão e a constituição de garantias financeiras.

A maior parte das mudanças ocorridas envolveu modelos de gestão, pensamento administrativo, gestão de pessoas e interesses individuais. O representante da coordenação técnica asseverou que:

“A semente que foi plantada, germinou. Existe ainda esse aspecto da metodologia de trabalho nos empregados e a estrutura que foi montada para dar sustentabilidade financeira ao plano continua funcionando bem até o presente momento”. (Representante da Coordenação Técnica)

Ao se referir à sustentabilidade dos resultados após o término do processo, o próprio o superintendente fez menção a análise de três etapas de Lewin (1951) e posicionou a mudança na segunda etapa:

“é muito fácil mexer em alguma coisa no curto prazo quando você alavanca medidas de autoridade [...] o processo do plano ficou no início do médio prazo, a gente não pode dizer de maneira nenhuma que muito do que foi plantado, do que foi mexido, do que foi despertado como revisão de processos, atenção no desempenho das tarefas para com erros recorrentes, determinadas lógicas de processos decisórios, determinadas atenções na busca da fundamentação das propostas de solução, essas questões não se perdem. Então, eu acredito que houve um início até com bastante solidez desse estágio de médio prazo em que esse modelo de gestão se incorporaria aos processos de trabalho. Difícil dizer se ele se sustentaria o suficiente para se consolidar, passando para o terceiro estágio de consolidação da cultura, em função dessas pessoas conviverem há muito tempo com essa situação e a indução natural delas ser pela continuidade daquilo que lhes é conhecido”. (Superintendente)

Apesar de o processo ter sido considerado bem-sucedido e sustentável para a maior parte dos colaboradores, para os gestores os resultados à época foram satisfatórios, mas não foram completos, visto que o processo foi interrompido, e provavelmente correm o risco de serem inclusive revertidos, dadas às alterações na alta administração da entidade. O representante da coordenação técnica afirmou que:

“Até o ponto onde foi o processo foi bem sucedido, mas não sei que repercussão terá daqui pra frente. Outras mudanças precisariam ser implementadas no aspecto funcional para dar mais gás, como contratação de pessoal e implantação do novo sistema”. (Representante da Coordenação Técnica)

A nova superintendência que assumiu a função de forma regular começou a adotar posições em contrário ao modelo de gestão anterior e sobre isso foi afirmado:

“foi extremamente frustrante pra equipe ver que muito do que foi feito, uma vez atenuada a dificuldade financeira, começa a ser revertido, e começa a tomar corpo e jeito a mesma situação anterior do ponto de vista das práticas, dos relacionamentos, dos castelinhos. Enfim, o modelo anterior parece que está de volta, mesmo que de cara nova, mas com jeito velho. Isso não é satisfatório pra quem durante dois anos se dedicou a tentar reverter não só e meramente uma situação financeira, mas alterar o modelo de gestão”. (Superintendente)

O recongelamento da mudança não foi um dos estágios alcançados, e, por esse motivo, os resultados do processo tornaram-se extremamente vulneráveis, embora o equilíbrio, momentaneamente, tenha sido atingido.