



UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA
CENTRO DE CIÊNCIAS SOCIAIS APLICADAS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ADMINISTRAÇÃO
CURSO DE DOUTORADO EM ADMINISTRAÇÃO

MAMEDE MOURA DOS SANTOS NETO

**MELHORIA DA QUALIDADE E PERFORMANCE OPERACIONAL: O IMPACTO
DA EXCELÊNCIA GERENCIAL NO COOPERATIVISMO DO RAMO DE SAÚDE
NA PARAÍBA**

João Pessoa
2025



MAMEDE MOURA DOS SANTOS NETO

**MELHORIA DA QUALIDADE E PERFORMANCE OPERACIONAL: O IMPACTO
DA EXCELÊNCIA GERENCIAL NO COOPERATIVISMO DO RAMO DE SAÚDE
NA PARAÍBA**

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Administração da Universidade Federal da Paraíba, como requisito para obtenção do título de Doutor em Administração. Área de concentração: Administração e Sociedade.

Orientador: Prof. Dr. Francisco José da Costa.

João Pessoa

2025

Catálogo na publicação
Seção de Catalogação e Classificação

S237m Santos Neto, Mamede Moura dos.

Melhoria da qualidade e performance operacional : o impacto da excelência gerencial no cooperativismo do ramo de saúde na Paraíba / Mamede Moura dos Santos Neto. - João Pessoa, 2025.

188 f. : il.

Orientação: Francisco José da Costa.

Tese (Doutorado) - UFPB/CCSA.

1. Excelência organizacional - Estratégias. 2. Gestão baseada em evidências. 3. Cooperativismo - Saúde. 4. Cultura de dados. I. Costa, Francisco José da. II. Título.

UFPB/BC

CDU 005.21(043)

ATA DE DEFESA DE TESE

Defesa nº 103


Ata da Sessão Pública de Defesa de Tese do Doutorando **Mamede Moura dos Santos Neto** como requisito para obtenção do grau de Doutor em Administração, Área de Concentração em Administração e Sociedade e Linha de Finanças e Métodos Quantitativos.

No dia 27 de junho de 2025, às 14:00 horas, no Auditório II do Bloco da Pós-graduação do Centro de Ciências Sociais Aplicadas (CCSA), reuniu-se a banca examinadora homologada pelo Colegiado do Programa de Pós-Graduação em Administração, composta pelos membros Prof. Dr. Francisco José da Costa (Orientador – PPGA/UFPB), Prof. Dr. Carlos Eduardo Cavalcante (Examinador Interno – PPGA/UFPB), Prof. Dr. Gualter Lisboa Ramalho (Examinador Externo – CCM/UFPB), Prof. Dr. Jairo de Pontes Gomes (Examinador Externo – CPT/UFPB) e Prof. Dr. Diogo Henrique Helal (Examinador Externo – PROPAD/UFPE) com a finalidade de julgar a tese do aluno **Mamede Moura dos Santos Neto** intitulada “**Melhoria da Qualidade e Performance Operacional: o Impacto da Excelência Gerencial no Cooperativismo do Ramo Saúde na Paraíba**”, para obtenção do grau de Doutor em Administração. O desenvolvimento dos trabalhos seguiu o roteiro de sessão de defesa estabelecido pela Coordenação do Programa, com abertura, condução e encerramento da sessão solene de defesa realizados pelo presidente Prof. Dr. Francisco José da Costa. Após haver analisado o referido trabalho e arguido o candidato, os membros da Banca Examinadora deliberaram por unanimidade e atribuíram o conceito (X) aprovado, () insuficiente, () reprovado.

Observações da Banca:

- Melhorar a articulação do argumento de tese do trabalho;
- Refinar a exposição referente à coleta de dados;
- Melhorar a apresentação dos resultados de impacto acadêmicos e aplicados da tese;
- Proceder aos demais ajustes entregues em mãos.

Proclamados os resultados, o Presidente da Banca Examinadora encerrou os trabalhos, e para constar eu, Prof. Dr. Francisco José da Costa, confiro e assino a presente ata, juntamente com os membros da Banca Examinadora e o aluno.



Prof. Dr. Francisco José da Costa
Orientador – PPGA/UFPB

Prof. Dr. Carlos Eduardo Cavalcante
Examinador Interno – PPGA/UFPB

Prof. Dr. Gualter Lisboa Ramalho
Examinador Externo – UFPB

Prof. Dr. Jairo de Pontes Gomes
Examinador Externo – UFPB

Prof. Dr. Diogo Henrique Helal
Examinador Externo – UFPE

Mamede Moura dos Santos Neto
Doutorando

AGRADECIMENTOS

A jornada do doutorado é, antes de tudo, uma travessia coletiva. Embora esta tese traga meu nome como autor, ela só se concretizou porque estive sustentado por alicerces humanos sólidos, formados por minha família, colegas e mestres. Em primeiro lugar, agradeço profundamente aos meus pais, irmãos e demais familiares, que representam a base sobre a qual construí minha trajetória. Foram eles que, ao longo da vida, me transmitiram os valores essenciais de dignidade, disciplina, generosidade e resiliência. Este trabalho carrega, silenciosamente, cada um desses valores em sua essência.

A maior gratidão que posso expressar é para minha esposa, Carol, minha companheira de vida, amor e jornada. Seu apoio incondicional, paciência nas ausências, compreensão diante das exigências do tempo e da mente, e sua presença firme mesmo nos momentos de maior exaustão foram o sustento desta caminhada. Aos meus dois filhos, Raphael e Gabriel, deixo também um agradecimento carregado de afeto e orgulho. Eles me ensinaram — mesmo sem saber — sobre o valor do tempo, da escuta e da esperança. Esta tese, de certo modo, também é para eles.

Aos colegas do doutorado, com quem compartilhei aprendizados, angústias e pequenas vitórias, deixo meu reconhecimento. Nossas trocas foram fundamentais para ampliar minha perspectiva, renovar ânimo e fortalecer o sentimento de pertencimento a uma comunidade acadêmica crítica e comprometida. A convivência no ambiente do Programa foi, sem dúvida, um componente enriquecedor dessa formação, tanto no plano técnico quanto humano.

Por fim — e de forma muito especial — agradeço ao meu orientador, Professor Franzé. Mais que um orientador, foi um verdadeiro mentor e amigo. Seu olhar rigoroso, sempre atento aos detalhes, foi ao mesmo tempo exigente e generoso. Muito do que hoje compreendo sobre pesquisa, sobre pensamento racional e sobre o papel transformador da ciência deve-se à convivência com sua orientação. As transformações que experimentei ao longo desta jornada extrapolam o campo acadêmico, alcançando dimensões pessoais e profissionais que levarei comigo para sempre. Sou, sinceramente, grato por isso.

Em qualquer conflito entre a realidade e sua crença, é a realidade que vencerá (Ayn Rand, 2012).

RESUMO

A presente tese tem como problemática central a seguinte questão: considerando que a meta de excelência organizacional é condição necessária para o sucesso das organizações de saúde em seu ecossistema de negócios, e que a cultura organizacional exerce papel relevante nessa trajetória, como se configuram as práticas organizacionais e gerenciais que promovem a excelência organizacional em cooperativas de saúde? O argumento de tese defendido é que, no contexto da saúde suplementar, as cooperativas que alcançam excelência de desempenho são aquelas que adotam práticas gerenciais alinhadas ao paradigma da Gestão Baseada em Evidências (GBE) e desenvolvem uma cultura organizacional orientada por dados. Defendemos que a GBE e a cultura de dados são os melhores diferenciais para cooperativas de saúde com desempenho superior. A tese está estruturada em cinco capítulos. No **capítulo primeiro**, são apresentados a introdução, o contexto da pesquisa, a justificativa, os objetivos e a estrutura geral da tese. **O capítulo segundo**, desenvolvido em formato de ensaio, discorre sobre o ecossistema de negócios da saúde e os principais desafios enfrentados pelas cooperativas do ramo, propondo a GBE como uma perspectiva integrativa para superação do “arquidesafio” da cultura de dados. **O terceiro capítulo** descreve um estudo empírico com cooperativas de saúde da Paraíba, comparando pares de organizações classificadas como “visionárias” e “de comparação” segundo critérios adaptados da literatura, com foco nas práticas que influenciam a performance organizacional. **O capítulo quarto**, de cunho ainda empírico, apresenta um estudo de caso aprofundado da Unimed Belo Horizonte, reconhecida nacionalmente como modelo de excelência, no qual se identificam práticas gerenciais específicas e replicáveis. Por fim, no **capítulo cinco**, são apresentadas as considerações finais, com destaque para as contribuições teóricas e práticas da pesquisa, os limites encontrados e as sugestões para estudos futuros.

Palavras-chave: Excelência organizacional. Gestão baseada em evidências. Cooperativismo em saúde. Cultura de dados.

ABSTRACT

The central research question of this thesis is as follows: considering that the pursuit of organizational excellence is a necessary condition for the success of health organizations within their business ecosystems, and that organizational culture plays a significant role in this trajectory, how are the organizational and managerial practices that promote excellence in health cooperatives configured? The thesis argues that, within the context of Brazil's supplementary health sector, cooperatives that achieve high levels of performance are those that adopt managerial practices aligned with the Evidence-Based Management (EBM) paradigm and develop a data-driven organizational culture. It is proposed that EBM and a culture of data are the most effective differentiators for superior-performing health cooperatives. The thesis is structured into five chapters. **Chapter one** presents the introduction, research context, justification, objectives, and overall structure of the study. **The second chapter**, written as a theoretical essay, discusses the health business ecosystem and the key challenges faced by health cooperatives, proposing EBM as an integrative perspective to overcome the "arch-challenge" of cultivating a data culture. **The third chapter** describes an empirical study with health cooperatives in the state of Paraíba, comparing pairs of organizations classified as "visionary" and "comparison" based on adapted criteria from the literature, focusing on the managerial practices influencing organizational performance. **The fourth chapter**, also empirical in nature, presents an in-depth case study of Unimed Belo Horizonte, nationally recognized as a model of excellence, in which specific and replicable managerial practices are identified. Finally, **the fifth chapter** presents the final considerations, highlighting the theoretical and practical contributions of the study, its limitations, and suggestions for future research.

Keywords: Organizational excellence. Evidence-based management. Health cooperativism. Data culture.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1.1 –	Representação sintética do ecossistema de negócios das cooperativas de saúde.....	24
Figura 1.2 –	Estrutura do trabalho completo.....	27
Figura 2.1 –	Percurso do ensaio.....	29
Figura 2.2 –	Panorama das cooperativas do ramo de saúde do Brasil.....	48
Figura 2.3 –	Principais desafios organizacionais.....	51
Figura 2.4 –	Relação do arquidesafio com desafios subsequentes.....	56
Figura 2.5 –	Paradigma da Teoria de Performance segundo Talbot.....	62
Figura 2.6 –	Proposta para aprimorar o desempenho organizacional.....	65
Figura 3.1 –	Design do estudo 2.....	66
Figura 3.2 –	Cronologia da fundação das principais cooperativas de saúde da Paraíba.....	80
Figura 3.3 –	Cronologia dos mandatos dos presidentes da Unimed João Pessoa.....	85
Figura 3.4 –	Cronologia dos mandatos dos presidentes da Unimed Campina Grande.....	86
Figura 3.5 –	Cronologia dos mandatos dos presidentes da Cocan Campina Grande....	86
Figura 3.6 –	Cronologia dos mandatos dos presidentes da Coopanest PB.....	87
Figura 3.7 –	Cronologia dos mandatos dos presidentes da Coopacir PB.....	87
Figura 3.8 –	Cronologia dos mandatos dos presidentes da Coort PB.....	88
Figura 4.1 –	Design do estudo	110
Figura 4.2 –	Classificação de Unimed por número de beneficiários, nível de acreditação e IDSS.....	119
Figura 4.3 –	Cronologia dos mandatos dos presidentes da Unimed Belo Horizonte....	124
Figura 5.1 –	Roteiro de ações mínimas para excelência organizacional em cooperativas de saúde	149

LISTA DE QUADROS

Quadro 1.1 –	Conceitos centrais utilizados no trabalho.....	16
Quadro 2.1 –	Contexto histórico do sistema de saúde brasileiro.....	32
Quadro 2.2 –	Cooperativas de saúde na Paraíba em junho de 2023.....	40
Quadro 2.3 –	Cooperativas de saúde ativas na Paraíba em junho de 2003.....	50
Quadro 2.4 –	Características principais dos modelos de excelência.....	59
Quadro 3.1 –	Cooperativas de especialidade da Paraíba e suas características.....	74
Quadro 3.2 –	Singulares de destaque no Sistema Unimed da Paraíba e suas características.....	77
Quadro 3.3 –	Cooperativas de especialidade da Paraíba e suas características econômicas - 2023.....	78
Quadro 3.4 –	Pareamento de empresas Visionárias e de Comparação.....	78
Quadro 3.5 –	Comentários sobre práticas gerenciais.....	104
Quadro 4.1 –	Conjunto de práticas gerenciais de excelência da Unimed-BH.....	135
Quadro 4.2 –	Conjunto de práticas gerenciais de excelência identificadas na Paraíba contrastadas ao cenário da Unimed-BH.....	137
Quadro 4.3 –	Análise por eixo de evolução organizacional.....	139
Quadro 5.1 –	Principais conclusões da tese e comentários.....	146

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1.1 –	Beneficiários de planos de saúde no Brasil.....	21
Gráfico 1.2 –	Operadoras de planos de saúde no Brasil.....	22
Gráfico 3.1 –	Comparativo IDSS Unimed João Pessoa e Unimed Campina Grande....	81
Gráfico 3.2 –	Comparativo das receitas anuais das Unimed João Pessoa e Campina Grande.....	82
Gráfico 4.1 –	As 10 maiores operadoras de saúde do Brasil.....	120
Gráfico 4.2 –	As 25 maiores singulares do Sistema Unimed.....	120

LISTA DE TABELAS

Tabela 3.1 –	Características da gestão das cooperativas selecionadas até 2025.....	103
--------------	---	-----

SUMÁRIO

CAPÍTULO 1	INTRODUÇÃO.....	14
1.1	Contextualização e justificativas.....	14
1.2	Problema de pesquisa e objetivos.....	24
CAPÍTULO 2	ECOSSISTEMA DE NEGÓCIOS DO SETOR DE SAÚDE: ENSAIO SOBRE EXCELÊNCIA GERENCIAL.....	29
2.1	Introdução.....	29
2.2	Breve histórico do sistema de saúde nacional.....	31
2.3	Sistema de saúde brasileiro.....	36
2.4	O mercado privado do setor de saúde.....	39
2.5	Dinâmica geral do negócio saúde: um sumário histórico.....	44
2.6	Cooperativismo do ramo de saúde.....	47
2.7	Desafios gerenciais em cooperativas de saúde.....	50
2.8	<i>Insights</i> para compreensão da excelência gerencial.....	58
2.9	GBE como proposta em perspectiva integrativa.....	62
2.9.1	<i>Barreiras culturais e comportamentais à adoção da GBE em cooperativas de saúde.....</i>	<i>63</i>
2.10	Considerações finais.....	64
CAPÍTULO 3	SISTEMA COOPERATIVISTA DE SAÚDE PARAIBANO: A “SELEÇÃO NATURAL” DAS MELHORES EMPRESAS.....	66
3.1	O impacto das práticas gerenciais no desempenho organizacional	67
3.2	História e evolução.....	70
3.2.1	<i>As Unimeds.....</i>	<i>70</i>
3.2.2	<i>Cooperativas de especialidade.....</i>	<i>74</i>
3.3	Dados sobre empresas privadas no Brasil.....	75
3.4	Empresas visionárias x empresas comparação.....	75
3.4.1	<i>A busca pela diferenciação.....</i>	<i>78</i>
3.5	Ciclos de vida das organizações.....	88
3.5.1	<i>Sumário das entrevistas com gestores das cooperativas do setor saúde.....</i>	<i>89</i>
3.5.2	<i>Comparativo argumentativo das gestões cooperativistas na Paraíba: Um enfoque nos princípios de Collins e na Gestão Baseada em Evidências (GBE).....</i>	<i>99</i>

3.6	Análise interpretativa das práticas gerenciais das cooperativas de saúde de saúde da PB.....	106
3.7	Considerações finais frente ao cenário paraibano.....	107
CAPÍTULO 4	ORGANIZAÇÕES DE EXCELÊNCIA DE DESEMPENHO: CENÁRIO DO COOPERATIVISMO DO RAMO DE SAÚDE DO SISTEMA UNIMED.....	109
4.1	A busca pela excelência: generalizações para o setor da saúde.....	112
4.1.1	<i>Empresas Visionárias e o Ecossistema de Negócios de Saúde.....</i>	<i>113</i>
4.1.2	<i>Gestão Baseada em Evidências (GBE) no Setor de Saúde.....</i>	<i>113</i>
4.1.3	<i>Cultura baseada em dados no Setor de Saúde.....</i>	<i>115</i>
4.1.4	<i>Dificuldades peculiares enfrentadas por Cooperativas do Setor de Saúde.....</i>	<i>117</i>
4.2	Unimed Belo Horizonte: A escolha de um modelo de Excelência Organizacional.....	118
4.2.1	<i>Um resumo da história da Unimed Belo Horizonte.....</i>	<i>121</i>
4.2.2	<i>Liderança da Unimed-BH.....</i>	<i>123</i>
4.3	Entrevista com a liderança da Unimed-BH.....	124
4.3.1	<i>Práticas gerenciais de excelência na Unimed-BH.....</i>	<i>133</i>
4.4	Práticas Gerenciais e o Caminho para a Excelência: Evidências Comparativas.....	136
4.5	Considerações finais frente a um modelo de excelência.....	140
CAPÍTULO 5	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	142
5.1	Alcance dos objetivos.....	142
5.2	Caminho metodológico e integração dos estudos.....	143
5.3	Conclusões da pesquisa.....	145
5.4	Implicações acadêmicas, gerenciais e sociais.....	147
5.5	Limitações e perspectivas de pesquisa.....	150
	REFERÊNCIAS.....	153
	ANEXO I.....	159
	ANEXO II.....	161

CAPÍTULO 1 - INTRODUÇÃO

Neste capítulo, apresentamos o conteúdo global da tese que foi desenvolvida, incluindo, principalmente, as razões que justificam a relevância do tema — Excelência de Desempenho —, além do problema e dos objetivos aqui pretendidos. Esclarecemos, também, a estrutura da tese, previamente definida para serem três estudos (um ensaio e dois estudos de caso).

1.1. Contextualização e justificativas

Melhorar continuamente a performance é o objetivo de qualquer organização. Apenas mediante uma boa performance é que as firmas conseguem se desenvolver e progredir. O ambiente contemporâneo de negócios tem se mostrado bastante desafiador quanto a esse objetivo, pois as constantes mudanças, característica do cenário econômico, criam mais complexidade e incertezas. As firmas buscam incessantemente alcançar alto crescimento, melhoria contínua, lucratividade, preparação para o futuro e se posicionar entre as melhores em seu segmento. Atingir tal combinação de elevados padrões pode não ser possível utilizando métodos tradicionais de gestão, o que força as firmas a buscarem novas abordagens de gerenciamento (Taouab & Issor, 2019).

Por lógica, ao perseguir a alta performance organizacional, é necessário identificar os fatores que afetam essa performance (Nikpour, 2017), sendo a qualidade de sua oferta (bens ou serviços), sempre, um desses fatores. As mudanças transformacionais exigidas de uma organização não acontecem ao acaso. Elas são o resultado de sua busca para ser a melhor em qualidade e implementar os melhores métodos gerenciais. Neste sentido, definimos que uma organização atingiu o estado de excelência de desempenho quando seus produtos e serviços superam as expectativas dos clientes, são considerados por seus pares e têm resultados superiores e sustentáveis (De Feo, 2017).

Uma organização que cria bens e serviços de alta qualidade pode ser afetada por isso de duas maneiras: em primeiro lugar, a qualidade pode afetar seus resultados financeiros, pois bens e serviços superiores aos produtos dos concorrentes são mais vendáveis, aumentando as vendas e diminuindo os custos e, assim, levando a uma maior lucratividade; em segundo lugar, a busca pela alta qualidade transforma uma cultura. Isto acontece, por exemplo, após repetidos sucessos na eliminação de má qualidade, desperdício de processos e insatisfação do cliente.

A busca por incrementar a qualidade das ações e resultados organizacionais desempenha um papel crucial na melhoria dos serviços de saúde, uma vez que estabelece as

bases para a prestação de cuidados de saúde seguros, eficazes e centrados no paciente. A excelência organizacional refere-se à forma como uma organização de saúde é estruturada, gerenciada e opera para garantir a entrega de serviços de alta qualidade. Uma organização de saúde com uma cultura de qualidade forte e sistemas bem estabelecidos está mais propensa a alcançar resultados de saúde melhores para os pacientes (Braithwaite *et al.*, 2017).

Estudos têm demonstrado que a excelência organizacional é influenciada diretamente pela qualidade dos serviços de saúde. Hospitais com melhores práticas de excelência organizacional tendem a apresentar níveis mais altos de satisfação do paciente, o que sugere uma melhoria na experiência geral do cuidado (Braithwaite *et al.*, 2017). Além disso, uma cultura de segurança organizacional, parte integrante da excelência organizacional, desempenha um papel fundamental na segurança do paciente. Uma organização de saúde que valoriza a transparência, o trabalho em equipe e a comunicação aberta tem maior probabilidade de identificar e corrigir erros, reduzindo, assim, os riscos para os pacientes (Donaldson *et al.*, 2000).

No setor de saúde, termos como desempenho, performance, excelência e qualidade são inter-relacionados e fundamentais para a prestação de serviços de alta qualidade. Desempenho e performance são frequentemente utilizados de maneira intercambiável para descrever a eficácia e eficiência das operações e dos serviços de saúde. Excelência é o estado ideal em que os níveis de desempenho atingem ou superam os padrões mais altos possíveis. Qualidade refere-se à conformidade com padrões e à satisfação do cliente/paciente. Esses termos ainda adquirem mais complexidade ao serem combinados entre si e ao delimitarmos o escopo organizacional, operacional ou gerencial. O Quadro 1.1 busca simplificar, sem, contudo, esgotar ou impor definição, como os construtos foram compreendidos neste trabalho.

Quadro 1.1*Conceitos centrais utilizados no trabalho*

Construto	Conceito	Referência
Excelência Organizacional	Refere-se ao grau em que uma organização adota práticas de gestão que promovem a eficácia global e a sustentabilidade a longo prazo. Envolve a implementação de estratégias inovadoras, liderança eficaz, e uma cultura de melhoria contínua.	Campbell (1990)
Excelência de Desempenho	Refere-se ao alcance de altos níveis de eficiência, eficácia e qualidade nos processos e resultados organizacionais. Envolve a superação de metas estabelecidas e a manutenção de padrões elevados de desempenho.	Kaplan e Norton (2005)
Qualidade Organizacional	É o grau em que uma organização atende às expectativas de seus stakeholders por meio da eficácia de seus processos internos e da satisfação dos clientes. Envolve práticas de gestão da qualidade e melhoria contínua.	Deming (1986)
Desempenho Organizacional	É a medida da eficiência e eficácia das ações da organização em alcançar seus objetivos estratégicos. É avaliado por meio de indicadores de desempenho financeiro e não financeiro.	Richard <i>et al.</i> (2009)
Excelência Operacional	É a busca pela otimização dos processos produtivos e administrativos para alcançar máxima eficiência, redução de custos e melhoria na qualidade dos bens e serviços.	Wheelwright e Hayes (1985)
Qualidade Operacional	Refere-se ao grau em que os processos de produção e operações são realizados de maneira eficiente e eficaz, atendendo às especificações e expectativas dos clientes.	Juran (1999)
Qualidade de Desempenho	Refere-se à capacidade de uma organização ou indivíduo de executar suas funções e tarefas de acordo com padrões de qualidade pré-estabelecidos, maximizando a satisfação do cliente e a eficiência operacional.	Garvin (1987)
Qualidade Gerencial	É a competência da gestão em tomar decisões eficazes, liderar a equipe, e implementar estratégias que promovam o desempenho e a sustentabilidade da organização.	Fayol (2016)
Excelência Gerencial	Refere-se à capacidade dos gestores de liderar, inovar e otimizar os recursos organizacionais de maneira a atingir e superar os objetivos estratégicos, promovendo um ambiente de alto desempenho.	Peters e Waterman (2004)

Fonte: Elaboração própria, 2025.

O conceito de qualidade passou para o topo da agenda internacional de saúde desde a década de 1970, no Brasil apenas 20 anos depois, segundo D'innocenzo *et al.* (2006). Isto impulsionou uma crescente conscientização sobre a escala de variação nos resultados dos pacientes, influenciada tanto pela escassez quanto pela consistência na implementação de ações ou intervenções baseadas em evidências realizadas durante a prestação de cuidados ao paciente. Ao mesmo tempo, passou a haver um interesse crescente por parte dos profissionais de saúde em usar uma gama mais ampla de conhecimentos e técnicas disponíveis, fora a medicina de conteúdo corrente, para melhorar continuamente o padrão dos cuidados ofertados ao paciente no que tange à segurança e à efetividade (Russ *et al.*, 2023).

A melhoria contínua da qualidade (MCQ) é a prática de utilizar métodos e estratégias de mudança sistemática provenientes de outras indústrias para fazer melhorias (mensuráveis) na configuração e na prestação de serviços de saúde. Diferentemente de outras abordagens de melhoria, como auditoria e pesquisa, a MCQ conta com o uso de ciclos iterativos para introduzir e avaliar mudanças, combinando uma análise completa dos processos de cuidado com

mensuração pragmática, mas sistemática, e forte engajamento da equipe da linha de frente, da gestão hospitalar e dos usuários dos serviços. A infraestrutura de apoio ao trabalho de MCQ no Reino Unido e em outros sistemas de saúde bem desenvolvidos está evoluindo rapidamente, tanto dentro das organizações quanto em nível nacional, impulsionada pela ambição de incorporar o trabalho de melhoria contínua e sustentável na prática diária das equipes de saúde (Russ *et al.*, 2023).

Além da segurança e efetividade organizacional, o desempenho operacional dos sistemas de saúde é essencial para a prestação de serviços de saúde de qualidade. O desempenho operacional refere-se à eficiência, à eficácia e à produtividade dos processos e sistemas de uma organização de saúde. Sistemas de saúde com melhor desempenho operacional tendem a ter custos mais baixos, maior eficiência e melhores resultados econômicos gerais (Busse *et al.*, 2019). Portanto, o desempenho operacional também está relacionado à acessibilidade e à disponibilidade dos serviços de saúde, uma vez que um sistema otimizado pode reduzir o tempo de espera dos pacientes e melhorar o acesso aos cuidados (Busse *et al.*, 2019).

É importante ressaltar que a busca por um melhor desempenho operacional não deve comprometer a qualidade e a segurança dos serviços de saúde. Os sistemas de saúde devem encontrar um equilíbrio entre a eficiência operacional e a prestação de cuidados seguros e de alta qualidade. A implementação de práticas baseadas em evidências, o uso de tecnologia da informação e a capacitação dos profissionais de saúde são elementos-chave para alcançar esse equilíbrio (Smith *et al.*, 2012; Bloom *et al.*, 2014; Assumpção, 2023).

Ainda assim, oferecer atendimento de saúde de forma eficaz e eficiente constitui enorme desafio em qualquer país do mundo. Pouco importa se a assistência será proporcionada por organizações públicas ou privadas, próprias ou terceirizadas. Os meios para a prestação desse serviço essencial são diversos, mas carregam em comum a enorme complexidade em sua execução.

Peter Drucker (1909 - 2005), em sua vasta contribuição para a área de negócios, referia-se às organizações de saúde como sendo das mais complexas para se gerenciar, por diversos motivos, como, por exemplo: a multiplicidade e a especificidade dos serviços prestados e, principalmente, as habilidades e a formação da força de trabalho que ocupam posição central na sociedade do conhecimento (Drucker, 1993). O que Drucker afirmou, ainda nos anos 1970, parece continuar a ser uma realidade. Além do que ele apontou, a dificuldade de se entender e gerenciar o setor de saúde é intensificada à medida que são organizadas em sistemas e ainda quando se passa a perceber interações entre as organizações e a sociedade (entendendo-se como sociedade todo o arcabouço que cerca e permeia a organização, desde seus colaboradores,

clientes, fornecedores, legislação etc.).

O desenvolvimento dos sistemas de saúde, tanto públicos quanto privados, é estimulado pelas mudanças tecnológicas, pelas necessidades dos consumidores, disputa por mercado e orientado por premissas legais, o que, entre outros fatores, compõem o ambiente complexo da sociedade. Uma breve explanação sobre sistemas de saúde, sua complexidade e seu desenvolvimento, além das influências na sociedade já mencionadas, será apresentada no Capítulo 2, mas será antecipada uma discussão aqui, com destaque para alguns aspectos relevantes.

- O trabalho de saúde e as cooperativas

Entendemos que o foco principal de uma organização deve ser o indivíduo, pois é quem dá razão para a existência e quem mais contribui em seu desenvolvimento, de forma direta ou indireta. Portanto, parece fazer sentido que comecemos nossa análise pelos profissionais que compõem as organizações de saúde. Estendemos o conceito apresentado por Assumpção (2023) para além dos médicos, envolvendo todos os profissionais de saúde (enfermeiros, fisioterapeutas, assistentes...). Tais profissionais convivem com uma realidade que em nada se aproxima dos cenários idealizados para o exercício de suas atividades. O mercado, seja ele no âmbito público ou privado, apresenta precariedades que aumentam a insatisfação desses profissionais.

Com efeito, situações de falha orçamentária, controle da atividade por órgãos estatais, baixa participação nas decisões e remuneração aquém da expectativa são catalizadores na busca de soluções que perpassam pela fundação do próprio empreendimento. Dentre as diversas possibilidades de organizações que poderiam ser alvo dessas ações de empreendedorismo, o cooperativismo, em nível mundial, vem se consolidando em diferentes tipos de mercado.

No setor saúde, e especialmente no Brasil, as cooperativas atraem grande parte do capital humano, tecnológico e financeiro, conforme será detalhado no capítulo 2, cujos dados apresentados demonstram a importância das cooperativas como oportunidades de negócio. Elas estão entre as organizações do setor de saúde que fazem parte do sistema assistencial, o que é uma realidade de vários países do mundo, e mais intensamente no Brasil. Essas organizações constituem um modelo com peculiaridades interessantes que as distinguem de empresas privadas com fins lucrativos, de organizações não governamentais e de empresas públicas. Entretanto, apesar das distinções, também notamos grandes semelhanças entre cooperativas e organizações do primeiro, segundo e terceiro setor da economia.

Conceitualmente, as cooperativas são organizações privadas que oportunizam a seus

membros a capacidade de ofertar seus produtos (bens e serviços) de forma mais eficiente. Na sua atuação, geram empregos, movimentam a economia com interação junto aos fornecedores e, ao fim do ano contábil, distribuem os resultados econômicos positivos entre os cooperados na medida da sua participação. No modelo brasileiro, a movimentação econômica ocorre primordialmente em nível regional, beneficiando não apenas os diretamente envolvidos com a empresa, conforme discutiremos oportunamente no item 2.6.

Uma cooperativa é uma associação autônoma de pessoas que, de forma voluntária, unem-se para alcançar seus objetivos e necessidades sociais, culturais e econômicas de forma democrática. À medida que a organização ou o sistema torna-se mais participativo e transparente, entende-se que os impactos causados pela e na sociedade tornam-se mais intensos, aproximando a organização da sociedade na qual está inserida. Dentre os princípios do cooperativismo, destacamos aqueles que mais favorecem a interação com a sociedade: gestão democrática; participação econômica dos membros; autonomia e independência; educação, formação e informação; e interesse pela comunidade. Assim, podemos resumir que o cooperativismo tem dentre seus princípios, elementos norteadores para inovação, transparência e gestão participativa (Gomes & Dewes, 2017).

A gestão de uma cooperativa é composta de órgãos: (1) deliberativos, (2) consultivos, (3) de execução e (4) operacionais. Os dois primeiros são mantidos pelos sócios ativos, eleitos em assembleia geral, enquanto os dois últimos normalmente são ocupados por profissionais de mercado. Assim, é comum que os associados não possuam conhecimentos suficientes em gestão, justificando a necessidade de suporte de profissionais especializados de mercado. Outrossim, o sistema cooperativista, por força de lei que obriga a manutenção de fundos econômicos pelas cooperativas, precisa dedicar parte de seus recursos à aprendizagem de seus integrantes e colaboradores, o que torna a cooperativa uma organização que aprende¹ (Gomes & Dewes, 2017).

- O setor de cooperativas no contexto do sistema de inovação

Com números tão expressivos, o mercado da saúde tem atraído a atenção de organizações, seja como competidora, seja como fornecedora. Apesar das oportunidades, o setor de saúde é bastante desafiador, pois, além da frequente entrada de novos concorrentes, o Estado também precisa manter uma forte regulação, não só por se tratar de concessão pública,

¹ 'Organizações que aprendem' trata-se de um conceito criado por Peter Senge em 1990 que diz respeito às organizações constituídas por pessoas que expandem, continuamente, a sua capacidade de criar os resultados que desejam.

de relação comercial, mas também por impactar diretamente no bem-estar e segurança dos cidadãos brasileiros.

A Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) regulamenta fortemente as operadoras de saúde brasileiras. Por força de suas normas, são determinados percentuais máximos de aumento de produtos como planos de saúde, variedade de serviços, obrigatoriedade de manutenção de fundos de reserva e de destinação de recursos para o desenvolvimento de pessoas, por exemplo, como já mencionado.

Apesar da forte regulamentação e do amadurecimento do setor de saúde, haja vista que as primeiras cooperativas surgiram ainda no século XIX, percebe-se uma enorme variedade entre cooperativas. Essas diferenças são atribuídas ao setor de atuação, às influências do meio onde está inserida, e principalmente, ao desempenho de sua gestão. Portanto, para a sustentabilidade de uma cooperativa de saúde, como em qualquer empresa, há a necessidade premente de se buscar melhorar seus resultados através de incrementos na efetividade.

Ao integrarem o ecossistema de negócios da área da saúde, que envolve diversas organizações interdependentes, como hospitais, clínicas, laboratórios, empresas farmacêuticas, entre outras, as cooperativas de saúde estão expostas a constantes mudanças de cenário. Com efeito, esse ecossistema está em constante evolução, impulsionado por mudanças tecnológicas, demográficas e regulatórias, que transforma e é transformado significativamente pela atuação das cooperativas de saúde, em uma relação simbiótica. Assim, é importante que essas organizações estejam atentas às tendências e às oportunidades do mercado, buscando se adaptar e se posicionar de forma estratégica para se manterem competitivas e atenderem às demandas dos cooperados e do mercado consumidor.

Consideramos um ecossistema de negócios como um *framework* apropriado para analisar o sistema de saúde, incluindo o cooperativismo de ramo de saúde, pois aqui se tem uma “população” interconectada de organizações. Tais organizações podem ser pequenas empresas, grandes corporações, universidades, centros de pesquisa, organizações do setor público e outros partícipes que influenciam esse sistema tão complexo, conforme será mais bem explicado mais adiante (Peltoniemi & Vuori, 2004).

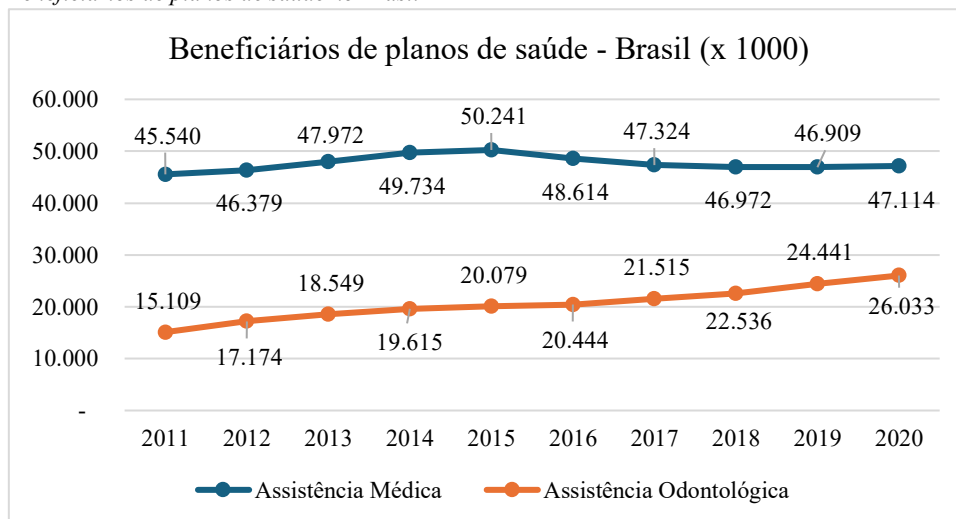
Assim, por atuarem neste setor, as cooperativas de saúde precisam estar constantemente atentas às mudanças de cenário e inovando em busca de maior eficiência diante da intensa concorrência e tanta regulamentação. Cooperativas de saúde que não são operadoras de saúde, e por isso escapam do “julgo” da ANS, ainda assim precisam, como as demais organizações da área, seguir rígida legislação das agências governamentais, como o Ministério da Saúde (MS) e a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA).

A combinação da premissa de alta eficiência em meio a uma forte regulamentação, à intensa concorrência e à crescente necessidade da prestação de serviço devido ao aumento da longevidade e consequente incremento dos problemas de saúde da população brasileira faz do cenário da assistência à saúde um mercado bastante seletivo. As organizações menos efetivas, seja por questões de desempenho ou de escala, provavelmente encerrarão suas atividades ou serão absorvidas por organizações maiores e mais efetivas. Esse cenário é observado desde a década de 1990 (Ferreira, 2020), corroborando a percepção que o mercado será disputado pelos poucos grandes e eficientes que sobreviverem. Em dez anos, houve uma redução de aproximadamente 30% no número de operadoras de planos de saúde médico-hospitalares no Brasil. Tal fenômeno, compreendido sinteticamente como concentração de mercado, foi demonstrado em relatórios do Conselho Administrativo de Defesa Econômica (Conselho Administrativo de Defesa Econômica, 2022).

Essa concentração fica patente ao examinarmos o Gráfico 1.1 e o Gráfico 1.2 conjuntamente. O Gráfico 1.1 aponta a manutenção ou aumento do número de beneficiários dos planos de saúde no Brasil para assistência médica e assistência odontológica, respectivamente.

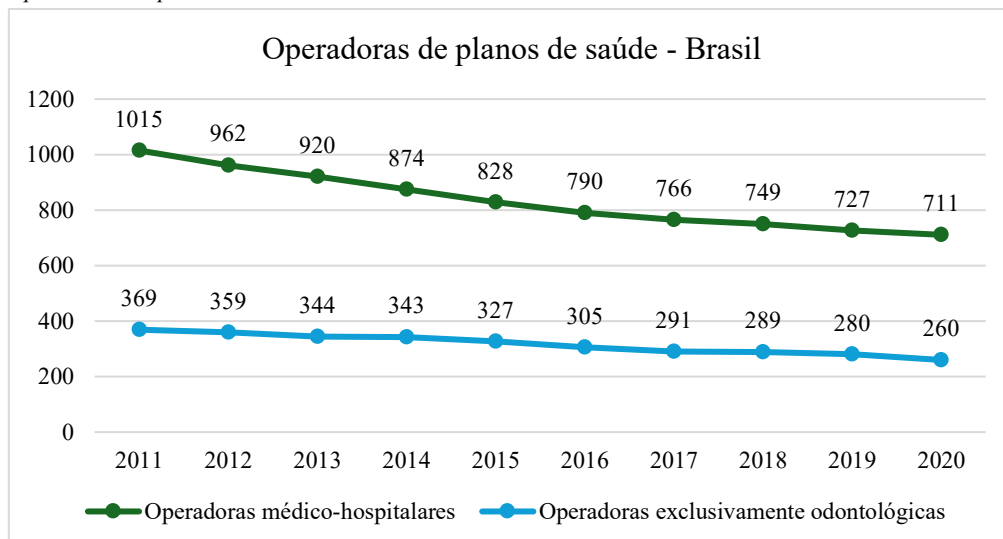
Gráfico 1.1

Beneficiários de planos de saúde no Brasil



Fonte: adaptado de CADE, 2022.

O Gráfico 1.2 apresenta o fenômeno interessante de encolhimento do número de operadoras de saúde, em ambos os segmentos médico e odontológico. Ou seja, apesar da maior captação de clientes, o número de organizações diminuiu.

Gráfico 1.2*Operadoras de planos de saúde no Brasil*

Fonte: adaptado de CADE, 2022.

A concentração de mercado não pode ser atribuída à conjuntura externa em que estão submetidas as operadoras de saúde, uma vez que a regulamentação e o cenário externo foram comuns a todas elas. Entendemos, também, que tais organizações podiam atuar em qualquer região do país livremente, a depender de sua decisão estratégica. Entretanto, percebe-se que, mesmo tendo partido de condições muito semelhantes e que tenham compartilhado das mesmas oportunidades, as organizações alcançaram patamares diferentes de evolução e sucesso. A explicação provável para essas variações pode repousar em diferentes aspectos gerenciais, ao menos parcialmente.

O próximo item busca lançar alguma luz sobre o cenário do setor saúde; contudo, não tem o objetivo esgotar o tema.

- Modelos de explicação setorial e a visão dos ecossistemas

Alguns autores utilizam *frameworks* para melhor estruturar a análise de setores de negócio e mesmo organizações mais especificamente. Há na literatura alguns *frameworks* que podem ser utilizados, os principais deles sendo o modelo das cinco forças proposto por Porter em 1979, passando pela rede de valor de Adam Brandenburger e Barry Nalebuff, em 1996, o “*building blocks*” da OMS (Bennett *et al.*, 2005; Egger *et al.*, 2005), até a aplicação da teoria geral dos sistemas, proposta entre 1950 e 1968 por Ludwig von Bertalanffy, para embasar o chamado Ecossistema de Negócios (Peltoniemi, 2006; Jacobides *et al.*, 2018).

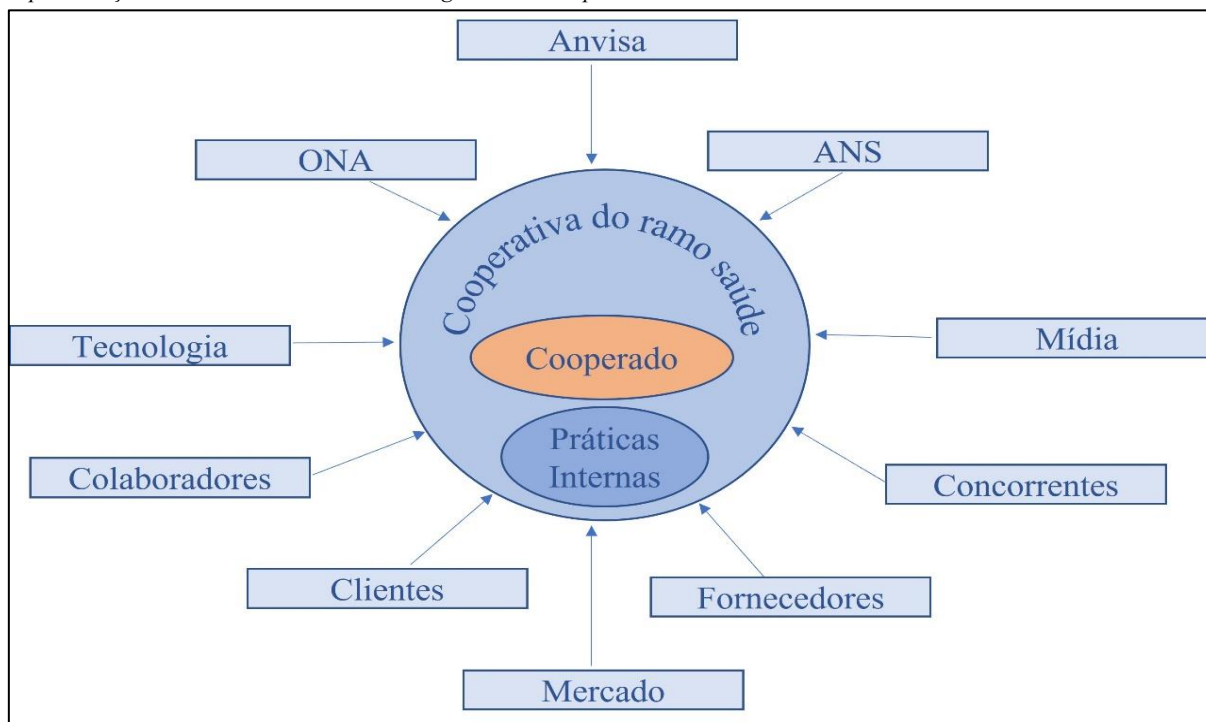
Ao seguir os princípios da complexidade, o ecossistema de negócios persegue a autossustentabilidade. A literatura científica é rica quanto à abordagem dos princípios da

complexidade organizacional. Entre os autores, destacamos as publicações de Arthur (1989), Stacey (1995), Wheatley e Frieze (2006) e Wheatley (2011). Esses princípios são baseados em três conceitos científicos: (1) comportamento emergente, (2) coevolução e (3) auto-organização, segundo Peltoniemi e Vuori (2004).

O comportamento emergente refere-se às propriedades ou padrões que surgem a partir das interações entre os diversos elementos de um sistema complexo. Essas propriedades não podem ser previstas apenas analisando-se individualmente os componentes do sistema, mas emergem da interação entre eles. Isso significa que, ao permitir que o ecossistema de negócios se desenvolva de forma autônoma, surgirão dinâmicas e estruturas que não seriam possíveis por meio de uma intervenção governamental direta, por exemplo.

A coevolução é o processo pelo qual os diferentes elementos de um sistema influenciam e moldam uns aos outros ao longo do tempo. No contexto do ecossistema de negócios, isto significa que as empresas e organizações presentes nesse sistema estão constantemente se adaptando e evoluindo em resposta às mudanças e interações entre si. A auto-organização trata da capacidade dos sistemas complexos de se organizarem espontaneamente, sem a necessidade de uma autoridade central que coordene todas as ações. No contexto dos negócios, isto implica que as empresas são capazes de se adaptar e colaborar umas com as outras, sem depender de uma intervenção governamental para regular suas atividades.

Um ecossistema de negócios é uma comunidade econômica formada por indivíduos e organizações, além de outros grupos de interesse, que realizam negócios e atividades econômicas, conforme ilustrado na Figura 1.1. Segundo Lemos (2012), em seu livro sobre Universidades e Ecossistemas de Empreendedorismo, o meio em que as organizações estão situadas é a grande responsável pela sua coevolução. Naturalmente, algumas organizações conseguirão avançar mais que outras, a depender de uma série de fatores intrínsecos à organização.

Figura 1.1*Representação sintética do ecossistema de negócios das cooperativas de saúde*

Fonte: Elaboração própria, 2023.

Em nossa visão, é possível identificar quais fatores são fundamentais para que as organizações integrantes desse ecossistema específico do cooperativismo do ramo de saúde consigam alcançar a excelência de desempenho. Uma vez identificados, faz-se necessário compreender as relações intrínsecas e extrínsecas existentes entre eles. Esse conhecimento pode ser útil na busca pela melhoria do desempenho organizacional.

1.2. Problema de pesquisa e objetivos

Pelo que foi até então exposto, entendemos ser preciso avançar na construção ou adequação de um *framework* capaz de avaliar especificamente as organizações que constituem o cooperativismo do ramo saúde, proporcionando melhor orientação quanto a estratégias e práticas gerenciais a serem adotadas em favor da melhoria da qualidade e do desempenho organizacional. Considerando especificamente os desafios gerenciais destas organizações, temos algumas indagações: usando a perspectiva de ecossistemas de negócios para analisar estas organizações, e levando em conta a problemática de qualidade e desempenho, como podemos entender a dinâmica setorial associada às cooperativas? Quais impactos as organizações e seus profissionais promovem no ecossistema no qual estão inseridos? Quais as práticas gerenciais que estão mais relacionadas com a excelência de desempenho organizacional? Como analisar o estágio de implantação dessas práticas enquanto do

desenvolvimento da excelência organizacional?

Levando em conta essas questões, esboçamos o seguinte enunciado do problema central desta tese: considerando que a meta de excelência organizacional seja condição necessária para o sucesso das organizações de saúde em seu ecossistema de negócios, e que a cultura organizacional tem papel relevante na consecução dessa meta, **como se configuram as práticas organizacionais e gerenciais que promovem excelência organizacional em cooperativas de saúde?**

Neste estudo, tivemos três objetivos centrais. O primeiro deles foi **contextualizar as organizações integrantes do ecossistema de negócios da saúde, considerando o histórico, o cenário atual e o horizonte futuro, com ênfase nas perspectivas teóricas e nos desafios de excelência de desempenho**. Com este objetivo, previamente alcançado no Capítulo 2, foi possível compreender o ecossistema de negócios da saúde, suas especificidades e evolução, assim como os principais obstáculos e estímulos, quando observado pela perspectiva de desempenho organizacional. Ao longo do desenvolvimento do capítulo, foi possível observar o potencial da abordagem de Gestão Baseada em Evidências (GBE) como solução integrativa que melhor se adequa ao cenário setorial, diante dos modelos tradicionais ora vigentes. O resultado desse primeiro esforço foi central para os dois estudos subsequentes, associados aos demais objetivos.

O segundo objetivo definido foi **averiguar, considerando diferentes casos de sucesso e insucesso de cooperativas de saúde paraibanas, quais foram os principais fatores (organizacionais e gerenciais) de explicação no desempenho organizacional**. Com isso, foi possível identificar estratégias adotadas em nível gerencial pelas cooperativas que lograram êxito quanto à melhoria do desempenho organizacional. A consecução deste objetivo é apresentada no Capítulo 3.

Por fim, o terceiro objetivo foi **compreender os diferenciais organizacionais e de gestão que explicam as discrepâncias entre organizações do sistema cooperativo de saúde que foram reconhecidas como modelos de excelência**. Neste estudo, foi dada especial atenção aos resultados associados às práticas de GBE, e invocados casos empíricos que, de forma pedagógica, podem trazer mais entendimento à temática que vem sendo discutida. O atingimento desse objetivo foi, sobretudo, incluído como conteúdo do Capítulo 4.

A temática abordada na tese sobre práticas gerenciais para alcançar a excelência de desempenho em cooperativas de saúde é uma área de estudo relevante na literatura científica. A gestão eficiente e eficaz de cooperativas de saúde é um tópico de interesse tanto para acadêmicos quanto para profissionais da área, devido à importância do setor de saúde tanto

econômico-financeira como social e humanitária.

- Argumento da Tese

O setor de saúde é reconhecido por sua importância socioeconômica. Entretanto, há fragilidades relevantes na gestão das organizações que constituem o ecossistema de negócios setorial, mesmo em cooperativas de saúde, uma vez que, teoricamente, estas reúnem e articulam melhor as características desejáveis para alavancar seu desempenho. Este foi o entendimento preliminar, o que alicerçou esta introdução e ensaio do Capítulo 2. Neste sentido, é um pressuposto que foi melhor configurado com o andamento dos estudos propostos nos capítulos 3 e 4.

Considerando a vivência do autor no setor e a literatura acadêmica e profissional estudada (até quando esta tese foi elaborada), observamos que as organizações de saúde, e em particular as cooperativas do ramo de saúde, precisam, para alcançarem padrões de excelência de desempenho, discernir quais as melhores práticas gerenciais a serem aplicadas e que potencializam seus resultados positivos. Diante do paradigma de excelência de desempenho, compreendendo o processo de desenvolvimento pelos quais os modelos de gestão passaram, propusemos que a Gestão Baseada em Evidência constitui um modelo integrativo com maior potencial de contribuição para melhorar o desempenho setorial.

Além disso, atentando para o impacto que a cultura organizacional exerce nas instituições, entendemos que a cultura de dados seja o alicerce primordial dos modelos doravante implantados. Em resumo, a tese que esta investigação defende é a de que **as cooperativas do ramo de saúde que apresentam as melhores práticas gerenciais e maior excelência de desempenho são as que desenvolvem melhor uma cultura organizacional voltada para dados, com maior alinhamento ao paradigma de Gestão Baseada em Evidências. Defendemos, portanto, que, ao longo da história recente, e para o futuro, a GBE e a cultura de dados são os melhores diferenciais para cooperativas de saúde com desempenho superior.**

Essa proposição, no entanto, exige uma análise do contexto organizacional no qual se pretende implementar os princípios da GBE e consolidar uma cultura orientada por dados. No caso das cooperativas de saúde, é necessário reconhecer que a adoção dessas práticas gerenciais encontra um terreno institucional com várias especificidades, marcado por características que ora favorecem, ora dificultam sua plena efetivação.

A estrutura singular dessas organizações, que é caracterizada por uma governança democrática, alternância de lideranças, participação coletiva nas decisões e heterogeneidade na

profissionalização de seus gestores, impõe desafios importantes à sistematização do uso de evidências para a tomada de decisão. Entre os principais obstáculos, destacam-se a dificuldade de padronização de processos, a fragmentação das fontes de informação, a escassez de indicadores gerenciais consistentes e, sobretudo, a persistência de culturas organizacionais pouco sensíveis à racionalidade analítica.

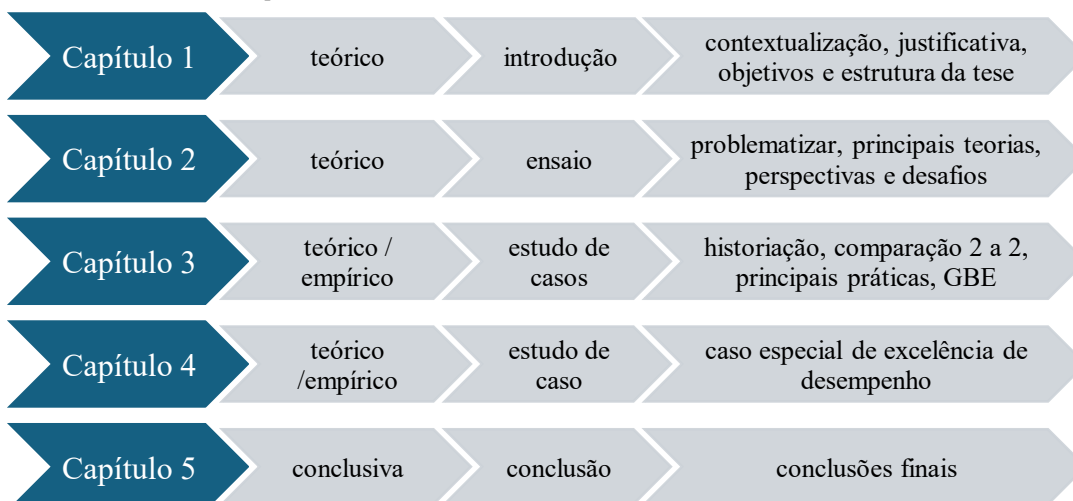
Por outro lado, os próprios princípios do cooperativismo — como a transparência, a intercooperação, o compromisso com a comunidade e o estímulo à educação continuada — podem constituir vantagens comparativas relevantes no desenvolvimento de uma cultura de dados sólida, desde que tais princípios sejam operacionalizados de forma sistemática. Portanto, ao buscar compreender como práticas gerenciais orientadas pela GBE se manifestam em cooperativas com diferentes níveis de desempenho, esta pesquisa se insere no esforço de identificar caminhos viáveis e consistentes para a construção de modelos de gestão mais eficazes, sustentáveis e aderentes à realidade do cooperativismo em saúde.

- Estrutura do trabalho

A estrutura do trabalho completo está ilustrada na Figura 1.3. O Capítulo 1 introduziu o tema cooperativismo no setor de saúde e como ocorre sua inserção no sistema brasileiro de saúde. Além disso, comentamos como o sistema foi capaz de influenciar a evolução das cooperativas por meio da teoria ecológica, discutindo quais os desafios devem ser superados quando se persegue a excelência de desempenho.

Figura 1.2

Estrutura do trabalho completo



Fonte: Elaboração própria, 2023

Além do Capítulo 1, que se destinou a introduzir o tema e a propor os problemas de

pesquisa, este trabalho foi constituído por mais 4 capítulos. O Capítulo 2, em formato de ensaio, procurou esclarecer, na visão do autor, quais fatores influenciam a excelência de desempenho organizacional e seus desdobramentos. O Capítulo 3 destinou-se a historiar a trajetória das cooperativas no estado da Paraíba. Utilizando-se de metodologia singular, traçamos paralelo entre cooperativas semelhantes que tomaram rumos diferentes a depender de medidas gerenciais adotadas, assim, permitindo a identificação de práticas que têm maior relação com o sucesso.

A análise de uma organização modelo com os melhores desempenhos foi objeto do Capítulo 4, no qual, por meio de dados, explicitamos quais práticas gerenciais estão mais relacionadas com a excelência de desempenho e a longevidade organizacional. Neste sentido, procuramos apontar o nível de implementação dessas práticas em organizações similares que são reconhecidas como exemplo de excelência organizacional. Por fim, apresentamos as conclusões finais no Capítulo 5.

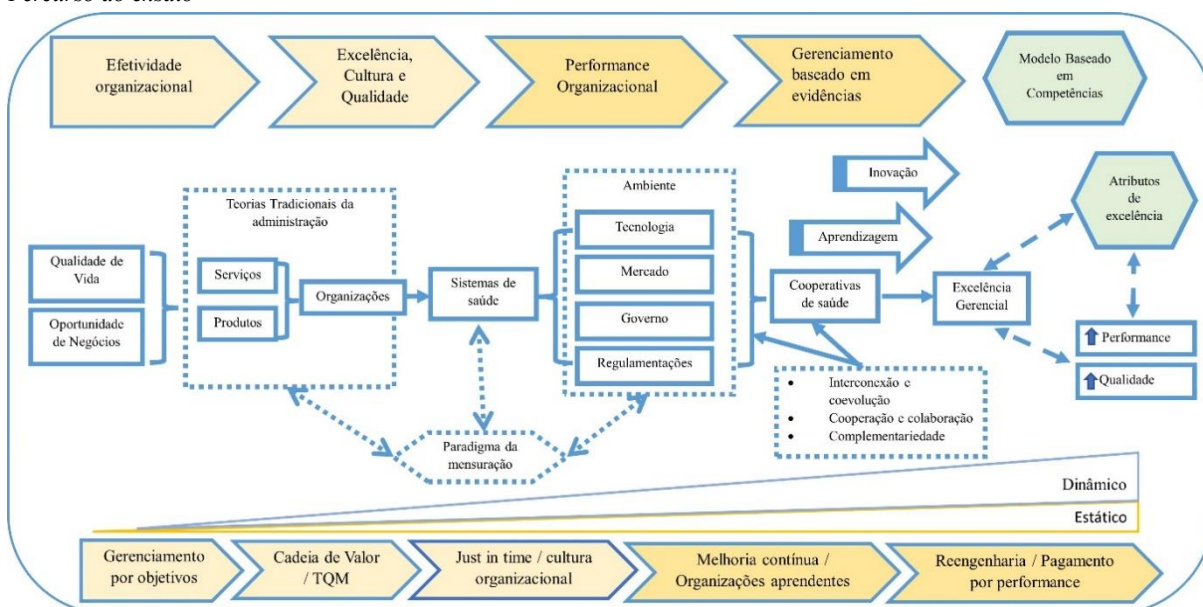
CAPÍTULO 2 – ECOSSISTEMA DE NEGÓCIOS DO SETOR DE SAÚDE EM UMA PERSPECTIVA DE EXCELÊNCIA GERENCIAL

Esta seção foi estruturada em forma de ensaio e aborda o ecossistema de negócios da saúde, suas peculiaridades e desenvolvimento, assim como os principais desafios quando observado pela perspectiva de desempenho organizacional. Ao longo do texto, descreveremos os impactos que cada fase das teorias administrativas causou nas organizações, o momento atual e perspectivas futuras, em que práticas gerenciais parecem ser o principal condutor para a melhoria do desempenho organizacional.

2.1. Introdução

Este capítulo apresenta o cenário no qual as organizações de saúde estão inseridas, discute as condições ambientais, inter e intraorganizacionais que influenciam o seu desenvolvimento, assim como as relações e influências com a sociedade e o mercado. Articulamos, para tanto, temas relacionados ao paradigma da excelência de performance organizacional, modelos gerenciais e teorias administrativas ligados à estratégia, qualidade e inovação. O percurso dessa construção está ilustrado na Figura 2.1, na qual mostramos de qual ponto partimos e as associações necessárias para demonstrar que o cooperativismo do ramo de saúde tem papel essencial no ecossistema de serviços e de negócios da saúde.

Figura 2.1
Percurso do ensaio



Fonte: Elaboração própria, 2023.

Conforme vemos, as organizações reconhecem a busca por melhor qualidade de vida da população e enxergam esse fenômeno como oportunidade de negócio. Neste sentido, utilizam da Administração, de forma geral, para sobrepujar a concorrência e melhorar seus resultados. Entretanto, as teorias administrativas e os modelos de gestão não são estáticos: assim como o mercado, são dinâmicos e impactados pelas mudanças da sociedade ao longo do tempo. Esse intrincado sistema de influências está praticamente todo interligado, fazendo com que qualquer alteração em um de seus agentes possibilite reações em outros participantes dessa teia. Os condicionantes e os “*drivers*” relacionados a esse sistema são diversos, dentre os quais podemos citar as condições mercadológicas, a inovação e a cultura organizacional.

Neste contexto, alcançar excelência de desempenho constitui objetivo daquelas organizações que buscam mais do que a mera sobrevivência: buscam alcançar seus melhores resultados e destaque no setor. No entanto, esse não é um desafio trivial, pois envolve uma série de conceitos, teorias e modelos que nem sempre são adequados ao setor saúde, além da heterogeneidade, especificidade e complexidade do setor.

Ao analisarmos o desempenho das cooperativas de saúde, será possível compreender como aspectos gerenciais influenciam o sucesso dessas organizações. Entretanto, o sucesso das cooperativas não é universal nem homogêneo, mesmo em organizações tão regulamentadas e bastante semelhantes em vários aspectos. Os fatores que influenciam o sucesso dessas organizações serão abordados nos capítulos seguintes, após este capítulo introdutório, quando já teremos “ambientado” o leitor sobre o tema central².

Segundo nosso entendimento, parece haver lacunas na compreensão do desempenho das organizações do setor. Dessa forma, temos por objetivo principal deste estudo compreender o setor de saúde sob o paradigma da excelência, e buscar identificar, em uma perspectiva histórica, quais principais características gerenciais devem ser foco de análise mais detalhada, que faremos em pesquisa empírica nos estudos subsequentes. Para alcançar este objetivo, o capítulo está estruturado em dez itens, além desta introdução; no item a seguir, fizemos um breve histórico do sistema de saúde nacional; em seguida, pormenorizamos características desse sistema; o quarto item explana sobre o setor privado de saúde, o quinto item mostra as relações organizacionais no cenário setorial; o sexto e sétimo itens trazem uma explicação sumária sobre cooperativismo do ramo de saúde a partir da perspectiva dos ecossistemas organizacionais e os

² Aliás, tais fatores são conhecidos parcialmente pelo grande público através das publicações de autores como Peter Drucker, Gary Hamel, Peter Senge, Stephen Covey, John P. Kotter, Michael Porter e Jim Collins. A comunidade acadêmica, aqui representada por pesquisadores com publicações relacionadas ao setor saúde como Jeffrey Pfeffer, Scott T. Parris, James W. Begun, Jeffrey Brainwhite, Ann Casebeer e David P. Baker, tem envidado esforços para melhor compreender esse assunto, o que reforça a relevância do tema.

seus desafios gerenciais, respectivamente; o conteúdo seguinte ficou reservado para explicar o arcabouço teórico das ideias aqui propostas; e finalmente os dois últimos itens, temos os contornos finais a este capítulo, em que propomos uma perspectiva integrativa que favorece a excelência de desempenho, e o item final apresenta as considerações finais.

2.2. Breve histórico do sistema de saúde nacional

Neste item, descrevemos sumariamente a evolução do sistema público de saúde no Brasil, desde suas raízes internacionais até o surgimento do sistema nacional vigente (quando escrevemos este texto) e suas interações com setores produtivos e terceiro setor.

O registro da construção do sistema de saúde nacional vem sendo realizado há décadas e por vários autores (*e.g.* Paim *et al.*, 2011; Vecina Neto & Malik, 2016). Neste item, esboçamos uma descrição abreviada da história desse sistema desde o século XIX ao XXI tomando por base essa literatura, alguns dados públicos, documentos oficiais das agências governamentais (MS-Ministério da Saúde, ANVISA-Agência Nacional de Vigilância Sanitária, ANS-Agência Nacional de Saúde Suplementar), além da nossa experiência como profissional do setor (por mais de duas décadas) e que envolve conhecimentos práticos compartilhados por quem atua no campo.

A evolução dos sistemas de saúde e a busca por melhores resultados vêm da renascença; entretanto, os aprimoramentos ganharam maior tração no século XIX com as descobertas científicas impactantes, como, por exemplo, a dos antibióticos, da anestesia, antissepsia e esterilização. Somam-se a esses fatores a gradativa concentração urbana consequente da revolução industrial e as modificações sociais advindas daquele período, como a criação das bases para práticas de saúde pública implantadas na Alemanha por Otto Bismark e o desenvolvimento de novas práticas do estado moderno – o dito *welfare state*.

No final do século XIX, tanto no Brasil quanto no resto do mundo, hospitais e casas de saúde eram lugares para segregar pobres e doentes contagiosos. O início do século XX foi marcado pelas grandes epidemias (gripe espanhola, 1918-19; febre amarela, 1902-07; varíola, 1904-66; cólera, 1902-23 e 1991-95 etc.), que impulsionaram as tentativas dos governos em impor controle sanitário nas cidades e sua população. Apesar de ter havido três conferências nacionais de saúde (CNS: 1941, 1950, 1963), das expressivas mudanças sociopolíticas daquele período e do longo interregno decorrido desde o final do século XIX, a prática assistencial até o final dos anos de 1970 era caracterizada pelo modelo sanitarista ‘campanhista’³. Basicamente,

³ O modelo sanitarista ‘campanhista’ tinha como objetivo prevenir doenças por meio de campanhas de vacinação e higiene, bem como de intervenções sobre espaços urbanos de cunho estatal.

foram mantidas as ações clássicas de “polícia sanitária” e medidas pontuais nas crises, promovendo, em particular, campanhas contra as grandes endemias — malária, esquistossomose, tuberculose, hanseníase e doenças imunopreveníveis.

Um resumo daquele período foi muito bem elaborado por Vecina Neto e Malik (2016), que apontaram que: (1) o trabalhador formal tinha assistência médica na previdência social; (2) o governo operava a política sanitária, realizando algumas ações na área de promoção e proteção à saúde para grupos sensíveis, executando campanhas de saúde pública e segregando os loucos e os portadores de doenças infectocontagiosas; e (3) a caridade e o ensino, por meio das Santas Casas e hospitais-escolas, preenchiam parte da lacuna assistencial resultante desse arranjo.

O Quadro 2.1 demonstra sinteticamente os principais marcos históricos que moldaram o nosso sistema de saúde, contextualizando com o momento socioeconômico e apresentando os principais desafios enfrentados à época. Em seguida ao Quadro 2.1, adentramos um pouco mais nessa construção histórica.

Quadro 2.1

Contexto histórico do sistema de saúde brasileiro

Contexto socioeconômico	Sistema de saúde	Principais desafios de saúde
Período de 1889 a 1930		
<ul style="list-style-type: none"> Economia agroexportadora, crise do café e insalubridade nos portos. 	<ul style="list-style-type: none"> Diretoria Geral de Saúde Pública (DGSP; 1897) Caixas de Aposentadoria e Pensão (Lei Eloy Chaves; 1923); Incipiente assistência à saúde pela previdência social. 	<ul style="list-style-type: none"> Doenças pestilenciais (febre amarela, varíola, peste) e doenças de massa (p. ex., tuberculose, sífilis, endemias rurais).
Período de 1930 a 1964		
<ul style="list-style-type: none"> Industrialização, mas com manutenção da estrutura agrária; Substituição de importações, rápida urbanização, migrações, advento da indústria automobilística, penetração do capital internacional. 	<ul style="list-style-type: none"> Saúde pública institucionalizada pelo Ministério da Educação e Saúde Pública; Campanhas de saúde pública contra a febre amarela e a tuberculose; Institutos de Aposentadoria e Pensão (IAP) estendem a previdência social à maior parte dos trabalhadores urbanos (1933-38); Criação do Ministério da Saúde (1953); Expansão da assistência hospitalar; Surgimento de empresas de saúde. 	<ul style="list-style-type: none"> Predominância de endemias rurais (p. ex., doença de Chagas, esquistossomose, ancilostomíase, malária), tuberculose, sífilis e deficiências nutricionais; Emergência de doenças modernas (p. ex., doenças crônicas degenerativas, acidentes de trabalho e de trânsito).
Período de 1964 a 1985		
<ul style="list-style-type: none"> Internacionalização da economia; Milagre econômico (1968-73). 	<ul style="list-style-type: none"> Institutos de Aposentadoria e Pensões (IAP) unificados no Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), privatização da assistência médica e capitalização do setor da saúde (1966); Capitalização da medicina pela previdência social; Crise do sistema de saúde; 	<ul style="list-style-type: none"> Predominância da morbidade moderna (p. ex., doenças crônicas degenerativas, acidentes de trabalho e de trânsito); Persistência de endemias rurais com urbanização; Doenças infecciosas e parasitárias predominando nas regiões

	<ul style="list-style-type: none"> • Programas de Extensão de Cobertura (PEC) para populações rurais com menos de 20.000 habitantes; • Crise na previdência social; • Instituto Nacional da Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS; 1977); • Centralização do sistema de saúde, fragmentação institucional, beneficiando o setor privado; • INAMPS financia estados e municípios para expandir a cobertura. 	Nordeste, Norte e Centro-Oeste.
Período de 1985 a 1988		
<ul style="list-style-type: none"> • Fim da recessão, reconhecimento da dívida social e planos de estabilização econômica. 	<ul style="list-style-type: none"> • INAMPS continua a financiar estados e municípios; • Expansão das AIS; • Sistemas Unificados e Descentralizados de Saúde - SUDS (1987); • Contenção das políticas privatizantes; • Novos canais de participação popular. 	<ul style="list-style-type: none"> • Redução da mortalidade infantil e de doenças preveníveis por imunização; • Persistência de doenças cardiovasculares e cânceres; • Aumento nas mortes violentas e relacionadas à AIDS; • Epidemia de dengue.
Período de 1988 a 2010		
<ul style="list-style-type: none"> • Crise econômica (hiperinflação); • Ajuste macroeconômico (Plano Real; 1994); • Estabilidade econômica, recuperação dos níveis de renda, movimento cíclico (altos e baixos), persistência das desigualdades, continuidade da política monetarista. 	<ul style="list-style-type: none"> • Criação do SUS; • Descentralização do sistema de saúde 9ª CNS; • Extinção do INAMPS (1993); • Criação do Programa de Saúde da Família (1994); • Crise de financiamento e criação da Contribuição Provisória sobre a Movimentação Financeira (1996); • 10ª e 11ª CNS; • Normas Operacionais Básicas e de assistência à saúde (regionalização); • Regulamentação dos planos de saúde privados; • Criada a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) (1999); • Criada a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) para regulamentar e supervisionar os planos de saúde privados (2000); • Criada a lei dos medicamentos genéricos; • Emenda Constitucional 29 visando à estabilidade de financiamento do SUS definiu as responsabilidades da União, estados e municípios (2000); • Aprovada a Lei da Reforma Psiquiátrica (2001); • Criado o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência – SAMU (2003); • Estabelecido o Pacto pela Saúde (Pacto de Defesa do SUS, Pacto de Gestão, Pacto pela Vida; 2006); • Políticas Nacionais de Atenção Básica e de Promoção da Saúde (2006); • 12ª e 13ª CNS; • Unidades de Pronto-Atendimento (UPA 24h) criadas em municípios com populações >100.000 (2008). 	<ul style="list-style-type: none"> • Epidemias de cólera e dengue, mortalidade por causas externas (sobretudo homicídios e acidentes de trânsito); • Doenças cardiovasculares são a principal causa de morte, seguidas por causas externas e cânceres; • Redução na mortalidade infantil, prevalência inalterada de tuberculose, estabilização da prevalência de AIDS, aumento na incidência de leishmaniose visceral e malária; • Expectativa de vida em torno de 72,8 anos (69,6 para homens e 76,7 para mulheres) no início do século XXI.

Período de 2010 a 2018		
<ul style="list-style-type: none"> • Crise econômica; • Manifestações populares no mundo; • Globalização; • Redes sociais. 	<ul style="list-style-type: none"> • Criação da EBSERH (2011); • Aumento das vagas em graduação em Medicina (20.570 em 2013 para 41.805 em 2022). 	<ul style="list-style-type: none"> • Transição demográfica e concentração urbana
Período de 2018 a 2024		
<ul style="list-style-type: none"> • Crise sanitária. 	<ul style="list-style-type: none"> • Regulamentação Telemedicina. 	<ul style="list-style-type: none"> • Pandemia COVID-19; • Aumento dos transtornos mentais; • Aumento da demanda por profissionais da saúde; • Má distribuição de força de trabalho.

Fonte: adaptado de Paim *et al.* (2011).

A década de 1970 e o início da década de 1980 foram marcadas por grande pujança econômica, ao menos no que se refere ao mercado interno, com melhorias da infraestrutura e maior urbanização. Houve também a formação mais intensa de profissionais médicos pelas universidades públicas, impulsionada pela demanda criada pela autorização dada às organizações para contratação de serviços de saúde terceirizados. Também contribuíram para esse aumento de demanda as discussões que ocuparam o palco da 4ª Conferência Nacional de Saúde (1967) em torno da formação inadequada dos profissionais e técnicos, naquela época, e sobre privatizações da assistência à saúde, abordada no Plano Leonel Miranda (1967).

Em meados da década de 1970, foram “plantadas as sementes” para o sistema vigente ao menos até a década de 2020, com leis e regulamentações que foram criadas determinando as esferas de responsabilidade governamental. O Ministério da Educação (MEC) passou a ser o responsável pela formação de recursos humanos, e o Ministério da Previdência Social começava a adquirir contornos e atribuições contemporâneas. Ainda em 1975, houve a 5ª Conferência Nacional de Saúde que focou na saúde do binômio materno-fetal, no combate às endemias e na extensão da assistência à saúde nas áreas rurais.

As duas Conferências Nacionais de Saúde que se seguiram ocorreram em 1977 e 1980 (6ª e 7ª, respectivamente). Dentre os temas discutidos estão as grandes endemias, a interiorização das ações de saúde e melhor estruturação da vigilância sanitária, além de propor melhorias na formação profissional e integração entre as três esferas de governo, com foco na municipalização da saúde. Durante a década de 1980, com presumível motivação na crise econômica daquele tempo e na crescente corrupção política, passou-se a ter maior vigilância sobre os processos e fluxos de recursos, os sistemas de auditoria ganham importância nessa época.

A metade final da década de 1980 foi marcada pela 8ª Conferência Nacional de Saúde

(1986) que discutiu a organização do novo sistema de saúde nacional. Apesar do sistema ser público, seu alcance passou a ser geral, com toda a população brasileira sendo alcançada, pois a ação de saúde impacta em ações de prevenção, sanitárias, estruturantes, previdência, fiscalização e no sistema privado de saúde. O SUS (Sistema Único de Saúde) foi criado com a promulgação da constituição de 1988; contudo suas regulamentações ocorrem de forma perene, possibilitando seu aperfeiçoamento. Desse momento em diante, deixam de existir fundações públicas de direito privado existentes nos estados brasileiros. A gestão compartilhada por diferentes esferas de governo, usuários e trabalhadores de um único sistema nacional motivou a 9ª Conferência Nacional (1992), cujo foco de discussões foi a descentralização e a implantação dos conselhos de saúde.

A retomada do crescimento econômico a partir da segunda metade da década de 1990 foi acompanhada por profundas mudanças na sociedade advindas da abertura comercial e estabilidade econômica. Setores de grande importância nacional, como telecomunicações, eletricidade, ferrovias e estradas foram privatizados. Na área da saúde já havia anteriormente ocorrido aumento da implantação do Programa Saúde da Família (PSF) como principal estratégia da atenção básica do SUS. Na corrente das privatizações, proporcionadas pela reforma administrativa, passam a ser possíveis as Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público (OSCIPs) e as Organizações Sociais (OS) que vão se transformar em instrumentos de terceirização da gestão de instituições públicas, com atuação também na saúde.

Os anos derradeiros do segundo milênio foram marcados nacionalmente pela criação das agências fiscalizadoras e reguladoras. Para o setor da saúde foi preciso destacar a criação da Agência Nacional de vigilância Sanitária (1999) e da Agência Nacional de Saúde (2000). A 10ª CNS (1996), a 11ª CNS (2000) e 12ª CNS (2003) apresentaram como temas centrais a implantação do SUS e seus desafios relacionados à interdisciplinaridade, ao financiamento e ao controle social. O novo milênio foi marcado por mudanças conceituais e estruturantes no MS, entre as quais, vale destacar, a criação do Sistema Nacional de Regulação e o Pacto pela Saúde. Outro destaque do início dos anos 2000 foi que, somente em março de 2006, um servidor público do ministério assumiu pela primeira vez a função de ministro da saúde, ficando no cargo por cerca de um ano apenas.

Ao final dos anos 2000, a discussão central era quanto ao subfinanciamento do SUS, as amarras impostas ao mercado de operadoras de saúde pela ANS, a burocracia disfuncional da ANVISA e os graves problemas de formação de recursos humanos, principalmente devido à falta de coordenação entre o MS e MEC. O estado deficiente de vários hospitais públicos, em todas as esferas de governo, e mesmo os hospitais-escola, foram outra preocupação da época.

Em 2007, ocorreu a 13ª CNS, cujo tema central foi saúde e qualidade de vida, políticas de estado e desenvolvimento.

Os anos da década de 2010 foram bem atribulados não apenas pela democratização de tecnologias que permitiram disrupções típicas da era contemporânea digital e de dados⁴, mas também pela convulsão política a que o país foi submetido. Na saúde, as CNS de número 14, 15 e 16 ocorreram respectivamente em 2011, 2015 e 2019, e suas discussões giraram em torno do direito das pessoas à saúde e da obrigatoriedade desse direito ser provido pelo Estado. Ainda em 2011, na esteira das OSCIPs e OSs, foi criada a Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH) com o intuito de prover aos hospitais universitários federais uma gestão mais ágil e profissionalizada, a exemplo dos grandes hospitais e empresas privadas. A EBSERH é uma empresa pública de direito privado, de abrangência nacional, com sede na capital brasileira e vinculada ao MEC.

A CNS ocorrida em julho do ano de 2023 foi marcada por questões políticas, provavelmente devido à polarização em que o país se encontrava à época, não avançando de maneira importante além dos temas já tradicionalmente debatidos: subfinanciamento do SUS, desigualdade regionais e sociais, incapacidade de implementação das políticas etc. Politização do evento, falta de pluralidade, desconexão com realidade local, questões de infraestrutura e logística, além de desconsideração de contribuições técnicas, foram as principais críticas apontadas à 17ª CNS. Quando encerramos este trabalho, não havia ocorrido reunião desde então.

2.3. Sistema de saúde brasileiro

Acima, procuramos apresentar o rumo tomado na estruturação do sistema de saúde nacional e o surgimento de seus principais agentes. Neste item, abordamos o cenário atual do sistema de saúde brasileiro, tomando como ponto de partida o sistema britânico com o qual o SUS tem grandes semelhanças. Importante ressaltar que o SUS é alvo da comunidade acadêmica⁵ e do mercado, sendo envolvido em inúmeras publicações. Tal relevância se justifica

⁴ “Ondas de transformação digital” foi uma expressão que ganhou força no mercado de tecnologia e é a principal causa das disrupções ocorridas no início do século XXI. Elas constituem nova forma como uma empresa lida com ela mesma e o mercado em que atua para sobreviver. No início dos anos 2000, houve a 1ª onda, chamada de digitalização, caracterizada pela popularização e barateamento dos dispositivos digitais. A 2ª onda, no início dos anos 2010, traz em seu bojo a disseminação das redes sociais e o surgimento de disciplinas como *customers experience* e *business intelligence*. O início dos anos 2020 é marcado pela era digital, a 3ª onda, cuja democratização do espaço virtual fez com que uma nova força ameaçasse qualquer empresa líder de mercado: os empreendedores. A 4ª onda já está em formação, mesmo em meio à 3ª, sendo constituída pelos avanços da robótica devido a maior circulação de informação proporcionada pela globalização.

⁵ Alguns dos pesquisadores renomados que têm como foco de pesquisa o SUS: Gastão Wagner Campos, Ligia Bahia, Paulo Buss, Nelson Rodrigues dos Santos e Ligia Giovanella.

pelo montante de recursos que movimenta, e, principalmente, pela sua complexidade e pelo impacto social que representa.

O NHS (*National Health Service*) foi implementado na Inglaterra no cenário de restabelecimento socioeconômico pós-segunda guerra mundial, sendo parte de um conjunto de iniciativas que construíram o *Welfare State* no País. Esse sistema é percebido como um referencial precursor dos sistemas universais de saúde por todo o mundo, e o Brasil não foge a essa regra (Paim, 2020).

Ainda utilizaremos como referência o NHS da Inglaterra, que tem passado por mudanças significativas na organização, gestão e prestação de serviços de saúde, sobretudo a partir do *Health and Social Care Act* de 2012, para ilustrar que o SUS também sofre transformações necessárias para sua melhor efetividade. Desde 1980, segundo Paim (2020), as reformas do NHS apontam para sua menor dependência do ente público em diferentes momentos: a) transição da lógica profissional e sanitária para uma lógica gerencial/comercial (1979-1990); b) estruturação de uma burocracia para a administração do mercado interno e expansão de medidas pró-mercado (1991-2004); c) abertura ao mercado, fragmentação e descontinuidade dos serviços, fragilização do modelo territorial, assumindo a saúde como um mercado para prestadores públicos e privados (2005-2012).

Neste mesmo sentido, o SUS vem sendo modernizado e profissionalizado. Segundo Celuppi *et al.* (2019), o atual sistema de saúde brasileiro é desafiador, tanto na sua organização quanto no seu financiamento, especialmente ao instituir o acesso universal, equitativo, descentralizado, com gestão dos governos subnacionais, além de dividir seu espaço com o setor privado de saúde, amparado constitucionalmente como suplementar.

A assistência à saúde suplementar no Brasil, quando escrevemos este texto, era composta por 1.125 operadoras, grande parte presta serviços médico-hospitalares, cobrindo 25,2% da população brasileira. A dinâmica da assistência privada é em grande parte atrelada à lógica pública, pois oferta ações e serviços médico-curativos individualizados e visa ao resultado financeiro com a assistência, o que resulta em um sistema nacional de saúde paralelo e duplicado (Celuppi *et al.*, 2019). O subfinanciamento do SUS e a convivência com um setor privado robusto e competitivo advém de fatores múltiplos, entre os quais destacamos a manutenção da simbiose público-privado existente desde o período do INAMPS, configurada pela implantação de equipamentos e serviços públicos, preservando o investimento privado já existente.

O SUS é instituído com financiamento tripartite e deve ser responsabilidade das três esferas federativas. Entretanto, mesmo após 30 anos de sua criação, não haviam sido definidas

as suas fontes de financiamento nem os critérios de alocação dos recursos públicos, o que comprometeu a sustentabilidade de recursos para o desenvolvimento e a expansão do sistema de saúde, que sempre disputou recursos com a previdência e a assistência social dentro do Orçamento da Seguridade Social.

No contexto acima relatado, em relação ao precário financiamento público da saúde e baixo desempenho organizacional, as alternativas propostas indicam como solução para a baixa efetividade do sistema público adotar estratégias equivalentes às utilizadas por iniciativas privadas, ou mesmo estabelecer parcerias com empresas privadas, ou ainda processos de terceirização da gestão pública. Desde o Plano da Reforma do Estado nos meados dos anos de 1990, a gestão da saúde tornou-se outro campo de aproveitamento para o capital na saúde. As modalidades alternativas de gestão visam transferir para o setor público não estatal os serviços do Estado, que é o principal responsável pelo planejamento e pela execução das políticas sociais. Ademais, também contribuem para o fortalecimento do mercado privado e caracterizam-se como uma forma de profissionalização e otimização do SUS.

São muitos os impactos resultantes da terceirização da gestão pública, entre eles: eficiência na gestão por meio da maior especialização de empresas; maior agilidade nos processos de inovação e modernização, principalmente em relação a sistemas e equipamentos; redução de custos a longo prazo em decorrência da melhoria em desempenho. Outrossim, as OSS (Organizações Sociais de Saúde) também se diferenciam das características originais do SUS, quando desempenham gestão mais centralizadora e normativa, não dependendo, mas não excluindo, os fóruns de participação popular, bem como o controle social.

Com o intuito de dinamizar os investimentos privados para o crescimento do mercado, em 2015 foi aprovada a Lei nº 13.097 que permite a participação direta ou indireta de empresas ou de capital estrangeiro na assistência à saúde. Essa lei permitiu a instalação, a operacionalização e/ou a exploração de hospitais gerais, clínicas especializadas e clínicas gerais por organizações de capital internacional. Com isso, a concentração de mercado tornou-se uma tendência, a exemplo do que ocorre nos Estados Unidos, de modo a ampliar o poder de negociação e influência dos grandes grupos empresariais.

Esse cenário aponta que a expansão da oferta de serviços públicos em três décadas de SUS foi acompanhada do crescimento do setor privado na prestação de serviços, no financiamento, nos arranjos da gestão como as Organizações Sociais, Parcerias Público-Privadas (PPP), empresas públicas, entre outros; e, especialmente, no crescimento de empresas de intermediação, como as operadoras de planos e seguros privados de saúde, aprofundando a financeirização da saúde.

O setor saúde passou, ao longo dos anos, não só a contribuir assistencialmente com a qualidade de vida dos cidadãos, mas também com uma importante parcela do giro socioeconômico. Explicaremos a dinâmica de negócios no ramo de saúde em um tópico mais adiante; antes, seguiremos explanando sobre o mercado privado do setor de saúde.

2.4. O mercado privado do setor de saúde

O mercado privado de saúde, globalmente, pode ser visto como uma das expressões mais claras do espírito empreendedor no campo da medicina. Desde os tempos antigos, a prestação de serviços de saúde era essencialmente privada, com médicos e curandeiros oferecendo tratamentos a indivíduos mediante pagamento. No entanto, foi durante o período moderno que o setor privado de saúde começou a tomar uma forma mais estruturada e empresarial (Andreazzi & Bravo, 2014).

Na Europa do século XIX, com o avanço da medicina científica e a Revolução Industrial, surgiu a necessidade de organizar melhor os serviços médicos para atender a uma população crescente em tamanho e urbanizada. Foi nesse contexto que empreendedores visionários começaram a estabelecer hospitais privados, clínicas especializadas e a praticar a medicina em consultórios particulares. Essas iniciativas eram frequentemente financiadas por investimentos privados, com o objetivo de oferecer serviços de saúde que superassem os oferecidos pelas instituições públicas, tanto em qualidade quanto em acessibilidade para as classes mais abastadas (Weisz, 2003).

Em geral, o setor privado de saúde mantém fortes vinculações com o setor público, uma vez que existe a necessidade de se complementarem e, em alguns casos, se substituírem quanto aos serviços oferecidos, considerando, em particular, fatores diversos, como custos, e localidades que estes são oferecidos.

Nos Estados Unidos, antes da consolidação do modelo privado baseado em seguros, o sistema de prestação de cuidados era amplamente dependente de hospitais de caridade, instituições religiosas e filantrópicas, que ofereciam atendimento gratuito ou altamente subsidiado, principalmente aos pobres e trabalhadores urbanos (Starr, 1982). O sistema de saúde privado começou a se fortalecer com a introdução de seguros de saúde, sendo as primeiras iniciativas lideradas por empresas como Blue Cross e Blue Shield, estabelecidas nas décadas de 1920 e 1930 para cobrir custos hospitalares e médicos (Robinson, 2001). Este empreendimento inovador criou uma forma de organização econômica para a saúde, permitindo que mais pessoas tivessem acesso a cuidados médicos através de pagamentos mensais pré-estabelecidos (Harrill & Melon, 2021). Outros países, especialmente aqueles com sistemas

públicos menos desenvolvidos, seguiram o exemplo, impulsionando o crescimento do setor privado de saúde.

Especialmente após a Segunda Guerra Mundial, houve um aumento significativo na demanda por cuidados de saúde, o que estimulou mais intensamente a expansão do setor privado em muitos países desenvolvidos. Nos EUA, a Lei de Seguridade Social de 1965, que criou o Medicare e o Medicaid, também impulsionou o crescimento de provedores privados para atender aos beneficiários (Marmor, 2017).

O século XX foi um período de consolidação e expansão do mercado privado de saúde. Com a globalização, as grandes redes hospitalares e seguradoras de saúde privadas expandiram seus serviços para além de suas fronteiras nacionais, criando conglomerados internacionais que passaram a dominar o mercado em várias regiões. Esse crescimento foi alimentado por investimentos significativos em tecnologia médica, marketing e a contínua demanda por serviços de saúde de alta qualidade por parte de uma população globalmente mais próspera (Jasso-Aguilar *et al.*, 2004).

Essa demanda, por sua vez, encorajou o desenvolvimento de vários tipos de organização que coabitam o ecossistema complexo do setor de saúde. Os hospitais privados, os conglomerados de saúde e as cooperativas desempenharam papéis distintos no desenvolvimento do setor de saúde privado globalmente. O Quadro 2.2 exemplifica alguns dos principais tipos dessas organizações ao passo que são discutidas no decorrer da seção.

Quadro 2.2
Tipos de organização de saúde

Tipo de Organização	Definição	Comentário Analítico	Referência Acadêmica
Hospitais Públicos	Instituições mantidas por recursos governamentais, administradas diretamente pelo Estado ou por entidades públicas, com serviços geralmente gratuitos ou subsidiados.	Atuam como espinha dorsal de sistemas universais de saúde. Em muitos países, enfrentam desafios de financiamento e eficiência. Modelos variam do NHS britânico aos sistemas mistos como o canadense.	(Cylus <i>et al.</i> , 2016)
Hospitais Privados com Fins Lucrativos	Unidades de saúde de propriedade privada que operam com a finalidade de gerar lucro, oferecendo serviços mediante pagamento direto ou por meio de seguros.	Frequentemente apresentam maior flexibilidade e inovação gerencial.	(Tynkkynen & Vrangbæk, 2018)
Hospitais Privados Sem Fins Lucrativos	Entidades privadas, muitas vezes filantrópicas, que reinvestem os excedentes operacionais em suas atividades, com ou sem vínculos com sistemas públicos.	Têm importante papel histórico, muitas vezes originados de instituições religiosas ou de caridade. São comuns nos EUA, onde integram grandes redes como Catholic Health Initiatives.	(Horwitz, 2005)
Cooperativas de	Organizações formadas por	Presentes em países como EUA,	(Birchall,

Saúde	profissionais de saúde ou por usuários, baseadas em princípios cooperativistas.	Canadá, Espanha e Brasil, representam uma via intermediária entre o modelo estatal e o empresarial.	2011)
Conglomerados ou Redes Corporativas de Saúde	Grupos empresariais que integram diversas unidades do setor saúde – hospitais, clínicas, operadoras de seguro e tecnologia – em uma estrutura verticalizada e consolidada.	Tendem a dominar o mercado privado em países com forte presença de capital financeiro no setor. Caracterizam-se por fusões e aquisições, economia de escala e integração de serviços.	(Brown, 2024)
Organizações de Saúde de Autogestão Empresarial	Sistemas de atenção à saúde organizados por grandes empregadores ou associações para seus membros, com gestão própria e foco em custo-efetividade.	Muito comuns nos EUA (como os planos “self-funded”), podem representar alternativas sustentáveis em contextos em que o acesso à saúde privada é fragmentado. Têm ganhado espaço também na Europa e na Ásia em grandes conglomerados corporativos.	(Song <i>et al.</i> , 2014)

Fonte: Elaboração própria, 2025.

As **unidades privadas** variam de pequenas clínicas a grandes instalações hospitalares que oferecem uma gama completa de serviços médicos e cirúrgicos. Nos EUA, hospitais como a Mayo Clinic e a Cleveland Clinic se destacaram como líderes em inovação e qualidade no atendimento (Porter & Teisberg, 2006). Já os **conglomerados** de saúde, como *HCA Healthcare* e *Tenet Healthcare* nos EUA e *Fortis Healthcare* na Índia, exemplificam a tendência de corporativização da saúde, em que grandes redes hospitalares dominam o mercado e oferecem serviços padronizados e de alta qualidade (Geyman, 2003; Burns & Pauly, 2023).

Para ilustrar o conceito de conglomerados citamos o exemplo da rede D’Or⁶, que é um dos maiores grupos hospitalares privado do Brasil, com mais de 76 hospitais próprios e presença em diversos estados do país. Fundada em 1977, a rede expandiu-se significativamente por meio de aquisições e fusões, consolidando-se como um exemplo de corporatização da saúde no Brasil. Na Europa, o exemplo vem da Alemanha, a Fresenius Helios⁷ faz parte do grupo econômico Fresenius e opera mais de 80 hospitais, 220 centros de cuidado para pacientes extra hospitalares, entre outras estruturas. A Fresenius Helios está presente na Alemanha, Espanha e América Latina cuidando de aproximadamente 5,5 milhões de pacientes anualmente.

Como alternativas ao modelo tradicional de seguradoras e provedores de saúde, surgiram as **cooperativas de saúde**. Elas são especialmente populares em países como Espanha, com o sistema de cooperativas da Mondragón, e no Brasil, com a Unimed, que será detalhada posteriormente neste trabalho (de Souza & Bodstein, 2002; Noguez, 2017). A *Group*

⁶ <https://www.rededorsaoluiz.com.br/o-grupo/quem-somos>

⁷ <https://www.fresenius.com/fresenius-helios>

Health Cooperative (GCH)⁸, fundada em 1947 em Seattle, foi uma cooperativa de saúde dos EUA. Funcionou como modelo de integração entre operadora de saúde e cuidados médicos, com propriedade e governança compartilhada entre os usuários. Em 2017, a GCH se juntou à Kaiser Permanente, mantendo princípios cooperativistas e estruturas participativas.

No Brasil, o setor privado de saúde com perfil mais empresarial começou a se destacar a partir da metade do século XX, fomentado por empreendedores que identificaram uma oportunidade de mercado em um país que, embora contasse com serviços públicos de saúde, e antes deles com instituições religiosas, filantrópicas e de caridade, apresentava uma demanda crescente por serviços médicos de alta qualidade (Silva, 2010).

O setor privado de saúde brasileiro tem uma história complexa e multifacetada, caracterizada por uma interação dinâmica entre os sistemas público e privado. Os primeiros empreendedores a atuar nesse setor foram médicos e empresários que fundaram hospitais privados e clínicas especializadas nas grandes capitais brasileiras. Entretanto, seu desenvolvimento empresarial profissionalizado começou a ganhar forma durante o regime militar (1964-1985), quando houve um incentivo ao crescimento dos serviços de saúde privados como forma de aliviar a pressão sobre o sistema público. Esses empreendedores foram pioneiros ao criar um mercado competitivo e ao desenvolver produtos e serviços de saúde inovadores que atraíram uma clientela que buscava um atendimento mais eficiente e personalizado do que o oferecido pelos serviços públicos (Menicucci, 2007; Menicucci, 2024).

A criação do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS) em 1977 foi um marco importante, pois possibilitou a contratação de serviços privados pelo governo, tornando o governo um importante financiador do sistema privado (Paim *et al.*, 2011). Contudo, a expansão crucial do setor privado de saúde no Brasil, já na década de 1990, parece ter sido impulsionada pelas reformas que chegaram no Brasil a partir de ‘irradiações’ da Nova Administração Pública que se disseminaram a partir do Reino Unido e dos Estados Unidos. Com as mudanças vieram privatização de muitos serviços e empresas estatais e liberalização econômica. A criação da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) em 2000 foi um marco importante na regulamentação do setor de saúde suplementar, trazendo, por um lado, amarras a um setor extremamente competitivo e pujante, mas por outro permitindo maior segurança jurídica, transparência e proteção aos consumidores (Sestelo *et al.*, 2013).

O crescimento experimentado pelo setor privado de saúde desde os anos 1990 também estava relacionado com o surgimento de grandes grupos hospitalares e seguradoras de saúde,

⁸ https://en.wikipedia.org/wiki/Group_Health_Cooperative

muitas vezes resultantes de fusões e aquisições. Esses conglomerados passaram a dominar o mercado, oferecendo uma ampla gama de serviços que iam desde o atendimento hospitalar até a gestão de saúde corporativa (Harrill & Melon, 2021). O número de beneficiários de planos de saúde aumentou, a participação desses conglomerados e as cooperativas no mercado se consolidaram (de Souza & Bodstein, 2002; Noguez, 2017). O número de beneficiários de planos privados de assistência médica no Brasil aumentou de 49.279.085 em 2015 para 52.076.364 em 2024 segundo dados da ANS, um incremento de quase 6% em 10 anos. A Unimed, por exemplo, tornou-se a maior cooperativa de saúde do mundo, com uma ampla rede de médicos e hospitais próprios (presente em 84% do país, com 340 singulares, mais de 29 mil hospitais, clínicas e serviços credenciados, conta com 117 mil médicos cooperados e atende quase 20 milhões de clientes), segundo o World Cooperative Monitor 2023⁹ – sistema criado pela *International Cooperative Alliance*.

Também como destaques internacionais, alguns dos hospitais privados são reconhecidos como os mais avançados da América Latina, como o Hospital Israelita Albert Einstein e o Hospital Sírio-Libanês, que se tornaram referências em tecnologia e atendimento especializado (Santos & Oguisso, 2007; Frizzo, 2018; Banerjee *et al.*, 2020). Semelhante ao que ocorre no restante do mundo, conglomerados, como a Rede D’Or São Luiz, têm desempenhado um papel vital na modernização e expansão dos serviços de saúde no Brasil. A Rede D’Or¹⁰ tornou-se a maior rede de hospitais privados do Brasil, investindo na aquisição de hospitais e na melhoria das infraestruturas existentes (Kamia & Vargas, 2023; Oliveira *et al.*, 2021).

Em termos de cooperativas atuantes no mercado privado do setor de saúde, a Unimed é o principal exemplo de cooperativa de saúde no Brasil. Fundada em 1967, a Unimed cresceu exponencialmente e hoje abrange uma grande parte do mercado de saúde suplementar no país, oferecendo serviços a milhões de brasileiros (Souza & Bodstein, 2002; Noguez, 2017).

Quando escrevemos este texto, o setor privado de saúde no Brasil era uma indústria multibilionária, que representa uma parte significativa da economia do país. A capacidade desses empreendedores em identificar e explorar oportunidades de mercado, aliado a uma visão de longo prazo, permitiu que o Brasil desenvolvesse um dos maiores mercados privados de saúde do mundo. A inovação constante, tanto em termos de serviços quanto de modelos de negócios, continua a ser uma característica central do setor, que se adapta às mudanças nas

⁹ Detalhes em: <https://www.somos.coop.br/noticias/sistema-unimed-a-maior-cooperativa-de-sa%C3%BAde-do-mundo-%C3%A9-brasileira>

¹⁰ <https://www.fitchratings.com/research/corporate-finance/rede-d-or-sao-luiz-sa-23-03-2023>

demandas dos consumidores e às novas realidades econômicas e tecnológicas (Cruz *et al.*, 2022; Kamia & Vargas, 2023).

Apesar dos aspectos positivos, o cenário do setor privado de saúde no Brasil apresentou, historicamente, desafios significativos, alguns dos quais serão pormenorizados no decorrer desta tese. Alguns pontos como a desigualdade no acesso aos serviços de saúde e a necessidade de integração com o Sistema Único de Saúde (SUS) continuam centrais, mesmo já tendo sido elencados há bastante tempo por autores como Paim *et al.* (2011). Entretanto, as perspectivas desde o início dos anos 2020 passaram a incluir a digitalização da saúde, com a telemedicina ganhando destaque (especialmente após a pandemia de COVID-19), assim como importantes desafios gerenciais que abordaremos em capítulo específico para esse fim.

A condução de organizações do tipo cooperativa, é bastante peculiar, pois permite aos associados a participação mais direta na gestão e nos resultados dessas instituições. Como integram o mercado do setor saúde, as cooperativas de saúde, tanto médicas quanto não médicas, estão imersas no ecossistema do setor. Assim, as cooperativas também têm contribuído para a melhoria da qualidade dos serviços de saúde, promovendo a eficiência e a sustentabilidade (Souza & Bodstein, 2002; Noguez, 2017).

O tópico a seguir traz uma breve visão da dinâmica do negócio saúde, considerando o cenário complexo em que atuam os diversos players, sob inúmeros regulamentos, e o olhar atento das agências reguladoras e do Estado.

2.5. Dinâmica geral do negócio saúde: um sumário histórico

Em relação às empresas de saúde que possuem destaque no cenário das finanças globais, a literatura setorial aborda duas perspectivas principais: a que enfatiza as reformas de sistemas de saúde universais europeus e a da economia da saúde. Recomendações de expansão de coberturas para países em desenvolvimento, perspectivas de retornos financeiros elevados e fatores como mudanças demográficas, epidemiológicas, custos crescentes, organização dos mercados, relações entre financiadores e provedores, e impacto financeiro das novas tecnologias são considerados fatores relevantes que justificam o crescimento do setor (Bahia *et al.*, 2022). Uma vez que já abordamos brevemente o desenvolvimento do Sistema Único de Saúde, seguiremos com curta análise econômica do setor da saúde.

Até os anos 1990 as empresas brasileiras do setor da saúde eram impulsionadas pelo processo de industrialização e pelas políticas públicas previdenciárias (Paim *et al.*, 2011). Principalmente na segunda metade do século XX a dependência de recursos públicos era a uma realidade presente no ciclo produtivo privado setorial. Na década de 2000, algumas

organizações privadas do setor de saúde ainda pouco relevantes para a economia nacional adotaram estratégias de expansão, diversificação e concentração de suas atividades. Uma das principais organizações de nossa sociedade, como já mencionado, é o Hospital Sírio Libanês (HSL), que teve seu início planejado no começo do século XX, iniciada a construção em 1931, sendo oficialmente inaugurado em 1965, com expansões estruturais mais significativas em 1970 e 1990. Entretanto, apenas após o início do novo século, observa-se criação de novas unidades de negócio, em 2010, 2011, 2013 e 2019¹¹.

Até o final do século XX, o setor de saúde privada ainda era constituído principalmente de iniciativas isoladas que consistiam principalmente em clínicas e consultórios, empresas de médio porte e alguns poucos grandes hospitais. As regulamentações implementadas no final dos anos de 1990 (entre elas a exigência de padrões de atendimento, de condições mínimas para funcionamento de edificações de saúde, e de reservas financeiras garantidoras) contribuíram para o início da concentração de mercado e surgimento dos grupos econômicos. Isso resultou em destaque desses grupos nos *rankings* das maiores empresas brasileiras (Oliveira *et al.*, 2021).

Esse processo ocorreu no Brasil, um país com sistema de saúde universal e que foi acompanhado por taxas de crescimento econômico nacional relativamente baixas, mas constantes; aumento do emprego formal e da renda; e estabilidade democrática. Posteriormente, na década de 2010, empresas e grupos econômicos do setor de saúde continuaram a ampliar suas receitas e oferta de bens e serviços, mesmo em condições macroeconômicas desfavoráveis. Tal fenômeno pode ser justificado pela abertura econômica e entrada de capital internacional. Um fato marcante desse período foi a aquisição da AMIL pela gigante americana de planos de saúde *United Health*, em 2012 (Oliveira *et al.*, 2021).

No entanto, no Brasil, entendemos que as intenções e os resultados das negociações empresariais relacionadas à saúde parecem pouco conhecidos por falta de documentos oficiais e sistematizados. Apesar disso, a saúde ocupou o quinto lugar em rankings setoriais de transações entre 2016 e 2018, segundo empresas de auditoria como a KPMG, conhecida empresa multinacional de auditoria. Concebe-se que a maioria das operações de reorganização empresarial foi classificada como doméstica, sem participação de capital estrangeiro, apesar das poucas transações chamarem atenção pelo volume financeiro envolvido. Ainda em relação à falta de documentos oficiais sistemáticos, a escassez de informações sobre a reorganização empresarial no setor de saúde é um obstáculo às tentativas de compreensão do setor. Órgãos

¹¹ <https://hospitalsiriolibanes.org.br/quem-somos/>

governamentais como o Conselho Administrativo de Defesa Econômica (CADE) e a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) não divulgam regularmente informações sobre movimentação institucional de empresas e investimentos (Bahia *et al.*, 2022). Uma exceção é um estudo publicado pelo CADE em 2018, atualizada em 2022, que abordou atos de concentração nos mercados de planos de saúde, hospitais e medicina diagnóstica (Conselho Administrativo de Defesa Econômica, 2018, 2022).

Mudanças estruturais que ocorrem no setor de saúde brasileiro refletem nos resultados das empresas integrantes desse cenário. Essas mudanças afetam a organização interna, o escopo de atividades, a estrutura de capital e o financiamento das empresas. Essas transformações estão relacionadas às estratégias empresariais com atuação multissetorial e expansão, além de práticas como fusões, aquisições, abertura e centralização de capital, levando à potencial concentração de mercado (Mattos *et al.*, 2022).

Segundo Mattos *et al.* (2022), foram identificadas tendências comuns, principalmente entre as sociedades anônimas. Essas empresas estão liderando o processo de centralização e concentração do capital no setor. Nas sociedades anônimas, os padrões de organização, operação e gestão das corporações estão fortemente influenciados pela atenção aos resultados financeiros e profissionalização da gestão. À medida que expandem, essas empresas assumem características de grandes empresas modernas, com divisões múltiplas, hierarquia, diversificação e com a propriedade separada da gerência, além de terem objetivos múltiplos.

Em resumo, em nossa leitura, o ecossistema de negócios da saúde contemporâneo é fruto de intensas mudanças que ocorrem desde os anos 2000 ao enfrentar enormes desafios tanto em relação à sustentabilidade de todo o sistema, quanto em relação à intensa concorrência entre os diversos agentes desse mercado. Supomos que tais desafios são explicados principalmente, mas não exclusivamente, pelo envelhecimento populacional, pelas mudanças do perfil epidemiológico da população, pela incorporação de novas tecnologias com incremento dos custos, e pela medicalização na sua concepção de coisificação do consumo de atos e serviços médicos em busca de saúde e qualidade de vida.

O setor da saúde, juntamente com suas organizações, sofreu diversas melhorias devido à mudança do perfil econômico, social e de escolaridade da população. Tais melhorias passam pela maior integralidade do cuidado; estruturação de sistemas e organizações; adoção de práticas oriundas do setor industrial; e alteração do foco na doença para melhoria da qualidade de vida, com consequente aumento de valor agregado (Uzuelli *et al.*, 2019). Entretanto, não só a academia, mas também muitas organizações setoriais parecem não ter percebido essas últimas mudanças. Observa-se ainda predomínio na literatura e no mercado de modelos gerenciais

calcados nos escritos do século passado, baseados, por exemplo, na teoria científica e burocrática.

2.6. Cooperativismo do ramo de saúde

Em meio a um cenário tão complexo e composto por tantas mudanças e por uma intensa competição, parece natural que os agentes desse setor busquem alternativas que proporcionem melhores resultados que os modelos convencionais de organizações públicas e privadas. O cooperativismo do ramo de saúde não é recente, como dito no Capítulo 1; contudo, sua participação no mercado de saúde não parece ter sido tão relevante como até o início dos anos 2010.

Globalmente, segundo o site do Sistema OCB (Organização das Cooperativas Brasileiras, 2024), havia 1 bilhão de cooperados no mundo, distribuídos em 3 milhões de cooperativas e empregando 280 milhões de colaboradores. No Brasil, os números também são expressivos: o mesmo documento informa que, em 2023, existiam 4.509 cooperativas registradas e ativas na OCB, com 23,45 milhões de associados, empregando 550,6 mil colaboradores, gerando mais de 692 milhões de reais de ingresso monetário e detentoras de 1,16 trilhões em ativos (Organização das Cooperativas Brasileiras, 2024).

A fim de compreender melhor o cooperativismo, especialmente no ramo de saúde, precisaremos explicar brevemente sua estrutura e sua evolução, antes de adentrarmos acerca de sua importância para o setor de saúde e para a sociedade como um todo.

- Configurações essenciais

Inicialmente, para configurar uma condição de existência mínima, uma cooperativa só pode ser fundada com a associação de no mínimo 20 cooperados, que devem estar alinhados quanto ao seu objetivo econômico e dispostos a assumir responsabilidades como membro, seguindo alguns princípios comuns¹². A adesão é livre e todos têm o mesmo direito a voto, não só para decisões estratégicas, mas também para eleger representantes oficiais. Assim, as cooperativas são organizações autônomas, de ajuda mútua, controladas por seus membros cujo número máximo é ilimitado. Em uma cooperativa, todos os membros contribuem equitativamente para o capital da organização.

¹² Os princípios cooperativistas originais dos pioneiros de Rochedale foram atualizados pela Aliança Cooperativista Internacional (ACI): livre acesso e adesão voluntária, controle, organização e gestão democrática, participação econômica dos seus associados, autonomia e independência, educação, capacitação e informação, cooperação entre cooperativas, compromisso com a comunidade.

No Brasil, além dos princípios do cooperativismo, existem outras regulamentações a que uma cooperativa deve seguir. O modelo brasileiro de cooperativismo é o unitário, isto é, a cooperação é regulada por uma só lei orgânica, cuja principal regulamentação é a Lei 5.764/1971 – Lei Geral das Cooperativas –, que define a Política Nacional de Cooperativismo e institui o regime jurídico das sociedades cooperativas. Portanto, não importa de qual ramo seja a cooperativa ou qual a sua complexidade e tamanho: todas estão sob uma mesma regulamentação principal.







As cooperativas devem também obedecer a legislação específica a depender do seu ramo de atuação. As cooperativas do ramo de saúde devem seguir os ditames da ANVISA e ANS, entre outras.

- Dados no setor de saúde

No ramo de saúde, foco do nosso estudo, havia no ano 2023 um total de 702 cooperativas a nível nacional, com mais de 254 mil associados e 139,8 mil colaboradores (ver ilustração na Figura 2.2). O cooperativismo do setor de saúde obteve, em 2023, receita superior a 103 bilhões de reais. Ainda segundo o anuário de 2024, as cooperativas de saúde brasileiras estavam presentes em 90% do território nacional e são responsáveis pelo atendimento de mais de 25 milhões de brasileiros. No segmento saúde, as cooperativas operadoras de planos de saúde médicos representam 40% do ramo. E, segundo dados do anuário do cooperativismo brasileiro de 2020, essas cooperativas detinham cerca de 32% do mercado de saúde complementar e aproximadamente 30% dos médicos brasileiros atuavam por meio delas.

Figura 2.2
Panorama das cooperativas do ramo de saúde do Brasil

Região Norte	Cooperativas	Cooperados	Empregados
Total	27	5.637	6.364
Região Nordeste	Cooperativas	Cooperados	Empregados
Total	168	65.468	21.039
Região Centro-oeste	Cooperativas	Cooperados	Empregados
Total	81	20.376	8.976
Região Sudeste	Cooperativas	Cooperados	Empregados
Total	309	106.012	70.839
Região Sul	Cooperativas	Cooperados	Empregados
Total	117	57.012	32.554

	Cooperativas	702
	Cooperados	254,5 mil
	Ativo total	63,6 bilhões
	Capital social	10,2 bilhões
	Sobras do exercício	2,42 bilhões
	Ingressos	103,8 bilhões

Fonte: Anuário do cooperativismo brasileiro (2024).

Entretanto, as cooperativas de saúde não são restritas às especialidades médicas e há

um grande espaço para fortalecimento e crescimento de cooperativas constituídas por outros profissionais de saúde (como fisioterapeutas, psicólogos e fonoaudiólogos). Segundo dados da ANS, o total de consultas realizadas na saúde suplementar por fisioterapeutas, fonoaudiólogos, nutricionistas, terapeutas ocupacionais e psicólogos aumentou em 33% entre 2014 e 2019, passando de 62,5 milhões para 82,7 milhões. As cooperativas odontológicas pagavam, em média, 40% a mais para seus cooperados quando comparados com as demais operadoras odontológicas. Os beneficiários parecem reconhecer os serviços prestados, as cooperativas de assistência odontológica cresceram 14% entre 2014 e 2019, totalizando 4,2 milhões de usuários (Organização das Cooperativas Brasileiras, 2020).

Conforme já mencionado, as cooperativas deste ramo atuam em diversas áreas, tais como médica, odontológica, psicológica e de usuários dos serviços de saúde. O Brasil era, em 2019, o líder mundial do setor, possuindo um total de 813 cooperativas que, juntas, atendiam a aproximadamente 25 milhões de pessoas. Devido a números tão expressivos e à tamanha representatividade, as cooperativas de saúde passaram a fazer parte de um ramo específico do cooperativismo ainda em 1996. Antes disso, elas estavam vinculadas ao antigo ramo trabalho.

Quando escrevemos este texto, o ramo podia ser dividido nos seguintes segmentos: (1) cooperativas médicas operadoras de planos de saúde; (2) cooperativas odontológicas operadoras de planos de saúde; (3) cooperativas de trabalho e especialidades médicas, prestadoras de serviço — médico e odontológico; (4) cooperativas formadas por outros profissionais da saúde (fisioterapeutas, enfermeiros, psicólogos, nutricionistas etc.); e (5) cooperativas de usuários de planos de saúde. Com tanta diversidade, vale destacar as cooperativas operadoras de planos de saúde médicos, que representavam mais de 39% do ramo.

Na Paraíba havia, quando escrevemos este texto, um total de 17 cooperativas ativas registradas na OCB, formadas por 4.906 cooperados e empregando 2.666 pessoas. A mais antiga em atividade é a Unimed-JP, que foi fundada em 16 de dezembro de 1971, contando, em junho de 2023, com 1.897 associados. A cooperativa fundada mais recente, em junho de 2023, era a NEUROVASC - Cooperativa dos Neurocirurgiões, Neurologistas e Cirurgiões Vasculares do Estado da Paraíba Ltda, fundada em 29 de março de 2010, contando (em 2003) com 94 associados. O Quadro 2.3 enumera as cooperativas paraibanas em atividade no mês de junho de 2023, além de sua data de fundação e do seu número de associados registrados na OCB-PB.

Quadro 2.3*Cooperativas de saúde ativas na Paraíba em junho de 2023*

Cooperativa	Data de fundação	Nº de cooperados
Neurovasc - Cooperativa dos neurocirurgiões, neurologistas e cirurgiões vasculares da Paraíba	29/03/2010	94
Unimed-JP - Cooperativa de trabalho médico	16/12/1971	1897
Unimed-Campina Grande - Cooperativa de trabalho médico	20/12/1971	691
COCAN - Cooperativa campinense dos anestesiológicos	26/07/1988	54
COMSEDER - Cooperativa médica dos servidores da Suplan e DER	04/10/1993	83
COOPECIR - Cooperativa dos cirurgiões da Paraíba	07/05/1996	303
COSMED C.G. - Cooperativa de serviços médicos e outros profissionais de nível superior da área da saúde	29/01/2003	288
COOPED - Cooperativa dos pediatras da Paraíba	16/04/2001	103
COOPEURO - Cooperativa dos urologistas da Paraíba	17/09/2002	30
COOPANEST-PB - Cooperativa dos anestesiológicos da Paraíba	01/12/1989	150
COORT - Cooperativa de ortopedia e traumatologia da Paraíba	18/11/1999	87
COOFISIO - Cooperativa de serviços fisioterapêuticos	26/08/1998	84
COMEGO - Cooperativa de trabalho médico especializado em ginecologia e obstetrícia	25/11/1994	15
Unimed – Patos - Cooperativa de trabalho médico	16/08/1980	50
UNIODONTO - Cooperativa de trabalho odontológico	01/06/1988	325
Unimed Norte/Nordeste - Confederação das sociedades cooperativas de trabalho médico	15/09/1977	-
Unimed Paraíba - Federação das sociedades cooperativas de trabalho médico	16/09/1991	-

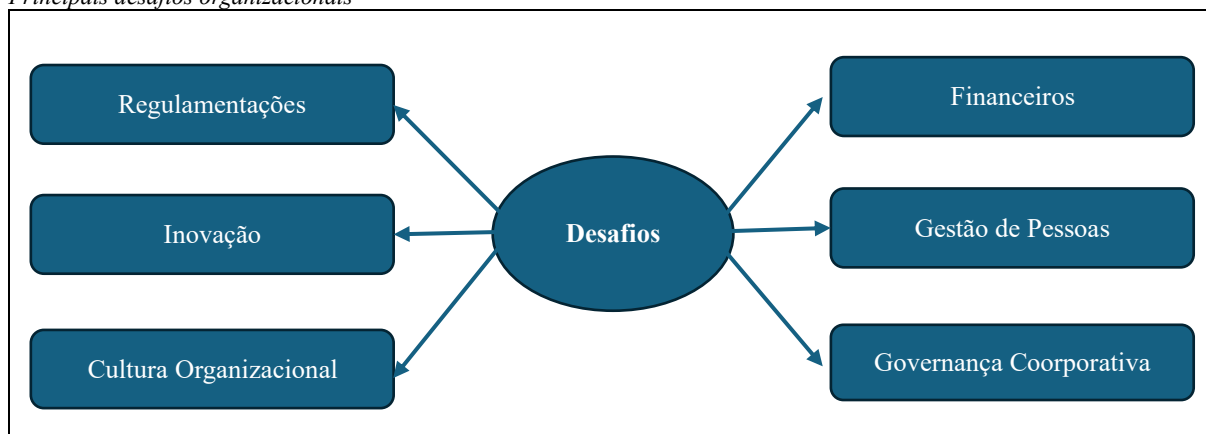
Fonte: OCB-PB (2023).

Algumas dessas cooperativas podem ser extremamente complexas em termos de organização e gestão, a depender de seu segmento, da área de atuação, e do número de cooperados. Mesmo as mais simples, principalmente por ensejarem que os próprios cooperados compartilhem a gestão, trazem em seu bojo enormes desafios gerenciais, como, por exemplo, constituir e manter a cultura organizacional; preservar o *core* da organização ao mesmo tempo em que busca inovar, profissionalizar a gestão e manter a governança corporativa; e lidar com sucessão e gestão de pessoas.

2.7. Desafios gerenciais em cooperativas de saúde

Conforme mencionado no item anterior, os obstáculos que uma cooperativa precisa superar são diversos. Assim como qualquer empresa, há a premissa de eficiência gerencial, principalmente financeira, para que se consiga sobreviver. A seguir, exploraremos brevemente os principais desafios enfrentados pelas cooperativas no complexo ecossistema de negócios na qual estão inseridas. Tais desafios estão ilustrados na Figura 2.3.

Figura 2.3
Principais desafios organizacionais



Fonte: Elaboração própria, 2023.

- Desafios financeiros

Uma cooperativa precisa manter o equilíbrio entre receitas e despesas, gerenciando pagamentos de fornecedores, prestadores e cooperados. Esse é um desafio quando levamos em consideração o longo ciclo operacional típico do setor saúde, o custo cada vez maior para uma assistência à saúde de qualidade, e os regulamentos das agências governamentais que impõem fundos de reserva financeira apara fins operacionais e educacionais, além de interferirem no livre estabelecimento de preços ao consumidor final.

Neste sentido, algumas estratégias já utilizadas por empresas regulares para incrementar receitas também se mostraram eficiente quando aplicadas às cooperativas. Por exemplo, conquistar abrangência, nacional ou regional, permite capturar o efeito de eventuais economias de escala ou de escopo no mercado de planos de saúde, sendo um fator importante para a lucratividade das operadoras (Rocha *et al.*, 2021).

- Desafio em Regulamentação

As cooperativas devem cumprir uma série de regulamentações governamentais e normas específicas do setor. Isso inclui requisitos quanto a licenciamentos, certificação de profissionais; privacidade e segurança de informação de pacientes; práticas médicas; segurança ocupacional; entre outras. Acompanhar essas regulamentações pode constituir um desafio significativo para os gerentes.

Outro aspecto importante ainda relacionado às regulamentações a que são submetidas as cooperativas, segundo Cirico *et al.* (2019), são os impactos na saúde suplementar causados pela judicialização da saúde no Brasil. Isto ocorre devido à relevância que a saúde suplementar possui em âmbito nacional por sua importância econômica, principalmente por sua

determinante função social, já que cobre o espaço deixado pela falta de assistência do SUS. O sistema de saúde suplementar assiste a milhões de brasileiros, prestando-lhes serviços essenciais. Sem as atividades das operadoras de planos de saúde, milhões de brasileiros ou ficariam sem o atendimento médico necessário, ou buscariam o amparo do SUS, inviabilizando-o por completo.

Por estas questões, observamos que, na maioria das vezes, a organização de saúde privada será a parte prejudicada. A ela cabe apenas cumprir o que os agentes públicos que atuam no setor de saúde definem (principalmente o Poder Judiciário, a ANS e a ANVISA). Ademais, não é seguido nem mesmo o que esses órgãos definem quando tratamentos ainda não aprovados pelas agências reguladoras são autorizados judicialmente ou, além disso, materiais médicos enquadrados como inovação tecnológica que ainda não foram testados no Brasil (Cirico *et al.*, 2019).

- Desafios em Gestão de Pessoas

Relativo às pessoas envolvidas, uma cooperativa de saúde depende de profissionais qualificados para fornecer serviços de qualidade aos clientes e cooperados. Recrutar, treinar, reter e motivar esses profissionais é fundamental. Além disso, a gestão de escalas de trabalho e o gerenciamento de conflitos, somados à complexidade das operações de saúde que exige equipes multidisciplinares bem coordenadas, são desafios adicionais enfrentados pelos gestores.

Se estes são desafios à gestão de pessoas em qualquer empresa especializada, quando se trata de cooperativa de saúde esse obstáculo é ainda maior, pois frequentemente os profissionais de saúde acumulam várias atividades laborais. Tanto acontece que o Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) tem ferramenta para filtrar aqueles profissionais com mais de 2 vínculos públicos ou mais 5 vínculos privados, carga horária maior que 168 horas ou vinculados a mais de 3 equipes de saúde da família. Esse fato pode representar fragilidade e necessidade de mais vínculos para auferir melhor receita, porém também pode significar alta demanda por profissionais e com isso oferecer demasiada segurança ao profissional que conta com alta empregabilidade.

- Desafios de inovação

No contexto organizacional, a inovação é usualmente apontada como mecanismo central de renovação nas organizações. Sob a forma do desenvolvimento e da implementação de novos produtos, novas tecnologias, novos processos de produção e novos métodos

gerenciais, as inovações exercem considerável influência no modo como as organizações são estruturadas e geridas. Ao longo das últimas décadas, com o acirramento da concorrência entre as mais diversas organizações, o advento de inovações acelerou-se, e seu caráter necessário tornou-se ainda mais crítico para o desenvolvimento econômico e social.

Souza e Bruno-Faria (2013) caracterizam a inovação como um processo que envolve aprendizagem organizacional, a depender das características das organizações em relação à influência de distintos fatores facilitadores e dificultadores à inovação, conforme o ramo de atividade, a natureza, o porte, a estrutura, a finalidade e outros aspectos específicos a cada contexto organizacional. Entre as condições facilitadores estão incluídas a atuação de pessoas com diferentes funções na organização (alta administração, gerência média e demais colaboradores) como atores importantes para o êxito desse processo, e a divulgação das informações acerca da inovação a todos os colaboradores como uma maneira de fomentar inovações. Já os aspectos negativos podem ser exemplificados por limitações quanto às pessoas, e aos recursos financeiros e tecnológicos necessários à implementação da inovação (Souza & Bruno-Faria, 2013).

Um exemplo de inovação é a tendência em sistemas de saúde a adotar uma assistência à saúde baseada em valor (ASBV). Mjåset *et al.* (2020) mostraram que fortalecer o envolvimento da governança na condução da mudança, focar em melhorias contínuas de tecnologia da informação (TI) para garantir a disponibilidade de dados de resultados em todo o ciclo de atendimento e instituir uma cultura ASBV entre os provedores pode ser fundamental para acelerar sua implementação.

- Desafio em Governança Corporativa

Especificamente acerca da sua gestão, a organização de saúde é considerada como uma organização das mais difíceis de se administrar¹³. Muitos são os fatores que, combinados, contribuem para que a gestão desses estabelecimentos seja considerada altamente complexa: as habilidades e a formação da força de trabalho, a estrutura organizacional, as relações sociais e a multiplicidade e a especificidade dos serviços prestados, bem como a relação mantida com um ambiente em constante mutação dificultam sobremaneira o gerenciamento e o controle das atividades ali desenvolvidas. Portanto, acreditamos, assim como é exigido pelos padrões de governança da ANS, que estabelecer governança corporativa equilibrada e bem estruturada

¹³ Autores de destaque que já publicaram sobre os desafios de gestão das organizações de saúde: Peter Drucker; Rockwell Schulz; Alton C Johnson; e Henry Mintzberg.

seja fundamental para o sucesso dessas organizações¹⁴.

Para tanto, um maior nível de profissionalização da gestão é necessário. Contudo, apesar de amplamente recomendada pela literatura¹⁵, a utilização de indicadores para avaliação do desempenho dos estabelecimentos de saúde ainda encontra resistência por parte dos gestores, sendo insuficientemente utilizados pelos níveis gerenciais. Dessa forma, o gerenciamento de serviços de saúde fica ainda mais difícil, principalmente em decorrência da falta de metodologias apropriadas. Nunes e Erdmann (2018) chamaram atenção para apesar dos gestores do setor de saúde considerarem indicadores como importantes ferramentas de gestão e avaliação de desempenho, a fragilidade na padronização e a estruturação nos processos de *benchmarking* entre estabelecimentos constituem problemas a serem superados. Os mesmos autores observaram a ausência de uma metodologia construída especificamente para avaliar e monitorar, de maneira holística, o desempenho do sistema produtivo setorial. Eles concluíram que esse tipo de organização é pouco amparado por técnicas e conhecimentos advindos do campo da Administração, gerando-se, assim, déficits na gestão e controle dessas organizações (Nunes & Erdmann, 2018).

Indo de encontro ao exposto anteriormente, as cooperativas predominantemente buscam proteção, crescimento e cooperação. Para tanto, essas organizações necessitam, segundo Leite *et al.* (2022), de uma gestão estratégica profissionalizada e de métricas de acompanhamento de valor. Os autores indicaram que o uso da gestão estratégica impacta nos resultados econômico-financeiros e contábeis, sobretudo nas singulares, classificadas como grande porte (operadoras de planos de saúde com mais de 100 mil clientes). Singulares como a Unimed Fortaleza, que estrategicamente implantou a governança corporativa a partir de 2014, promoveu melhoria nos processos de gestão, controladoria e transparência que culminaram por melhor desempenho no mercado e premiações em âmbito nacional (Soares *et al.*, 2018).

- Desafio em Cultura Organizacional

A cultura organizacional é o resultado de como as pessoas interagem entre si em um ambiente organizacional e como esse ambiente e as interações evoluem e se consolidam por meio de ritos, sentimentos, percepções, comportamentos e outras questões compartilhadas, ou seja, a cultura organizacional consiste em algo muito além de missão, visão e valores explícitos.

¹⁴ Governança corporativa consiste no conjunto de processos, costumes, políticas, leis e instituições que afetam como as pessoas dirigem, administram ou controlam uma corporação.

¹⁵ NHS Agenda For Change; Olímpio Bittar; Denise Schout; Hillegonda Novaes; Claude Machline; Djair Picchiai; Luciano Vignochi; Cláudio Gonçalo; Álvaro Lezana.

Além de contribuir na elaboração de um código de conduta interno, fortalecer a cultura organizacional constitui uma ação poderosa para atrair e reter talentos, divulgar a marca ao mercado, e, não menos importante, tornar o trabalho das equipes mais direcionado e prazeroso (Collins & Porras, 1995).

Dentre os princípios culturais a serem absorvidos pelas organizações de saúde estão, por exemplo, a cultura de segurança do paciente¹⁶, a cultura do cuidado centrado no paciente¹⁷ e a cultura de dados¹⁸. Entretanto, estabelecer cultura organizacional adequada não é tarefa simples. No caso da cultura de segurança do paciente, por exemplo, Chassin e Loeb (2013) propuseram que a forma pela qual as organizações de alta confiabilidade geravam e mantinham altos níveis de segurança não podiam ser aplicadas diretamente às instituições de saúde contemporâneas. Eles definiram uma série de mudanças incrementais que deviam ser empreendidas para progredir em direção à alta confiabilidade. Essas mudanças envolviam o compromisso da liderança em alcançar zero danos ao paciente, uma cultura de segurança totalmente funcional em toda a organização e a implantação generalizada de ferramentas de melhoria de processos altamente eficazes.

Tradicionalmente, o setor da saúde encontra dificuldade em implantar processos mais rigorosos que limitem decisões baseadas no conhecimento pessoal e assistemático e ampliem decisões fundamentadas nas melhores evidências organizacionais disponíveis. A adoção da cultura de dados poderia promover maior participação e cooperação, aumentando a quantidade de novas informações disponíveis no campo (Alsaqqa, 2020). Dificuldade semelhante é encontrada ao propor que o foco da atenção não seja a doença, mas sim o paciente. Observamos que os sistemas de saúde têm tido êxito no combate a muitas patologias, aliviando o sofrimento e prolongando a vida de milhões de pacientes. No entanto, embora os sistemas de saúde contemporâneos tenham avançado enormemente na abordagem de questões médicas complexas, ainda há *gaps* em relação às nuances da experiência do paciente. Ou seja, embora tenham progredido muito no tratamento de doenças por meio de melhorias no diagnóstico, nos processos cirúrgicos e na tecnologia, ainda há muito a evoluir quando se trata de atender às necessidades cognitivas, afetivas, emocionais e sociais dos pacientes (Hunter-Jones *et al.*, 2020).

¹⁶ Considerada um importante componente estrutural dos serviços de saúde que favorece a implantação de práticas seguras e a diminuição de eventos adversos estimulada pela ANVISA, ANS e MS.

¹⁷ Cuidado respeitoso e responsivo às preferências, necessidades e valores individuais dos pacientes, e que assegura que os valores dos pacientes orientem todas as decisões clínicas, conforme proposto pela OMS.

¹⁸ São crenças e comportamentos coletivos das pessoas que valorizam, praticam e incentivam o uso de dados para aprimorar a tomada de decisão, seja ela gerencial, clínica ou de quaisquer outras naturezas.

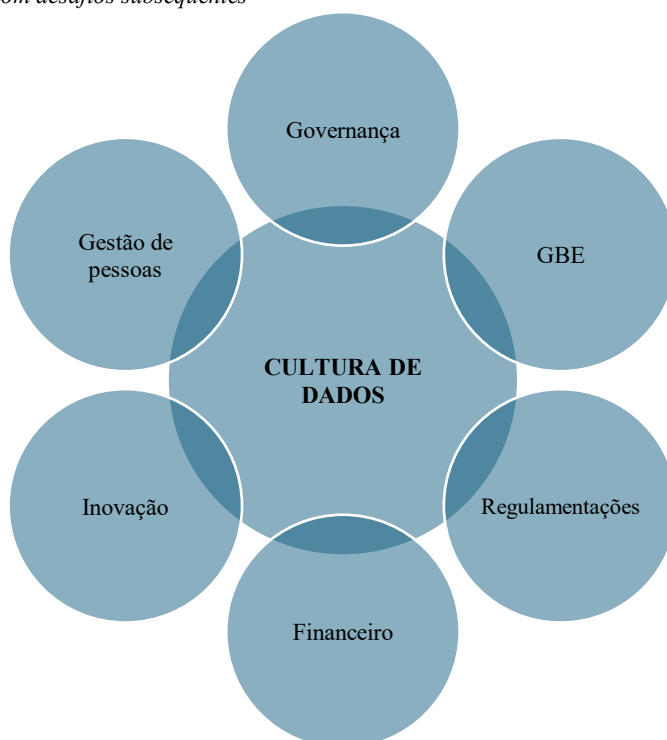
- Desafio primordial

Entretanto, aos olhos do autor que vivenciou o cooperativismo por mais de 20 anos, os maiores desafios de uma cooperativa, são três: (1) garantir a participação democrática e ativa dos membros nos conselhos e assembleias; (2) promover uma cultura de cooperação; e (3) tomar decisões corporativas embasadas e de forma profissional. Além desses, a gestão eficaz dos conflitos entre os cooperados e a definição de uma estrutura de governança transparente também contribuem para aumentar a complexidade gerencial de uma cooperativa de saúde.

Os desafios apontados acima parecem ter a necessidade de uma cultura de dados mais forte, pois a divulgação de informação confiável sobre a organização é condição primordial para estimular a participação dos cooperados, diminuir conflitos e incrementar cooperação, e principalmente, tomar decisões mais assertivas. Portanto, a cultura de dados parece ser um arquidesafio. Esse termo é formado pela junção da palavra grega *arché* à palavra *desafio*, de modo que *arché* é uma palavra presente na linguagem de filósofos pré-socráticos, definida como uma busca pelo algo central, de onde tudo deriva (Spinelli, 2002).

Figura 2.4

Relação do arquidesafio com desafios subsequentes



Fonte: Elaboração própria, 2023.

O conceito de arquidesafio, proposto neste estudo e ilustrado na Figura 2.4, designa um obstáculo primordial e estruturante que atravessa, condiciona e potencialmente agrava os

demaís desafios enfrentados pelas cooperativas de saúde. A escolha do prefixo “*arqui*” não é casual: busca-se destacar a centralidade da construção de uma cultura de dados como elemento-chave para a superação dos entraves operacionais, gerenciais e estratégicos do setor.

A cultura de dados, neste contexto, refere-se ao conjunto de valores, práticas e disposições coletivas que favorecem o uso sistemático de informações confiáveis para a tomada de decisões em todos os níveis organizacionais. Seu desenvolvimento não depende apenas da adoção de ferramentas tecnológicas, mas da internalização de uma mentalidade crítica, colaborativa e orientada por evidências. Essa cultura exige, entre outros componentes: (1) infraestrutura adequada de coleta e gestão de dados; (2) capacitação continuada dos membros para leitura e interpretação de indicadores; (3) mecanismos institucionais de incentivo ao uso dos dados nos processos deliberativos; e (4) governança orientada pela transparência e *accountability*.

A centralidade do arquidesafio nas cooperativas de saúde se justifica porque sua ausência compromete, potencialmente, a governança, dificulta a gestão de pessoas, enfraquece a capacidade de inovação e limita o enfrentamento das regulamentações. Em outras palavras, a deficiência na cultura de dados desencadeia uma cascata de fragilidades gerenciais que tende a se perpetuar. Além disso, conforme apontado no item 2.9.1, há barreiras comportamentais e culturais que dificultam essa transição: o apeço por decisões baseadas na experiência individual, a resistência à exposição de fragilidades organizacionais, o receio da responsabilização diante de dados objetivos e a rotatividade de lideranças que prejudica a consolidação de estratégias de longo prazo.

Portanto, desenvolver uma cultura de dados não é uma ação técnica isolada, mas um processo organizacional de transformação profunda que exige engajamento coletivo, liderança comprometida e ressignificação de valores históricos. Ao posicionarmos a cultura de dados como arquidesafio, propomos um eixo conceitual a partir do qual se compreende a complexidade dos demais obstáculos enfrentados pelo cooperativismo em saúde — e, mais importante, delineiam-se caminhos mais consistentes para sua superação.

Nossa experiência no campo gerencial do setor saúde permite apontar alguns exemplos em que dados deveriam ter sido melhor analisados antes de tomar decisões: (1) financeiro — ao iniciar empreendimento, mesmo que de pequeno porte, sem estudo de mercado, galgado apenas no orgulho em ter um consultório imponente; (2) regulamentações — não conhecer integralmente as normas e regulamentações, como elas são implementadas e como se relacionam à área de atuação; (3) inovação — não ter evidências sobre o cenário atual, o quanto de melhoria a inovação pode proporcionar, e nem ter estudos de custo de oportunidade; (4)

gestão de pessoas — não conhecer a real capacidade e valor de colaboradores, incluindo capacitações, perda de conhecimento tácito, perda de oportunidades por transição; (5) governança — definir estratégias lastreadas em impressões pessoais ou dependentes de informações pouco confiáveis advindas de consultores ou *benchmarking*; e finalmente, (6) Gestão Baseada em Evidências (GBE) — a tentativa de integrar indicadores ao processo decisório sem a devida mudança cultural só produz mais desengajamento e processos burocráticos disfuncionais.

Tais condições são observadas em intensidades variadas em diferentes cooperativas, porém ousamos afirmar que estão presentes em todas elas. O que parece diferenciar essas cooperativas em termos de sucesso é a forma como esses desafios são gerenciados pois, apesar de estarem submetidas às mesmas regras e regulamentos, ao mesmo ecossistema de negócios e muitas dividirem a mesma atividade e área geográfica, são notórios os diferentes níveis de sucesso em que se encontram várias delas.

2.8. *Insights* para compreensão da excelência gerencial

Diante do exposto no item anterior, e analisando a literatura gerencial, pudemos encontrar uma vasta gama de explicações e propostas para os desafios já elencados. Destacamos três autores, mais especificamente: Colin Talbot, Tom Peters e Jim Collins. Estes pareceram mais relevantes não apenas por sua importância em termos científicos, mas também por seu impacto ampliado, influenciando desde pesquisadores a executivos de mercado.

Colin Talbot é um acadêmico britânico que se especializou em análise de políticas públicas, administração pública e governança. Em seu estudo sobre as teorias de desempenho, Talbot (2010) examinou estruturas e processos de governança, explorou as tendências e os desafios enfrentados pelas organizações em um contexto em constante mudança, e investigou questões como a privatização de serviços públicos, a introdução de novas tecnologias e a adaptação à demanda crescente por transparência e prestação de contas.

Talbot contribui para este estudo principalmente por sua configuração da evolução dos modelos de excelência de desempenho, desde os estudos sobre efetividade organizacional entre as décadas de 1940 e 1970, passando pelo movimento de excelência, qualidade e cultura iniciado no fim da década de 1970, até alcançar os modelos de performance organizacional nos anos de 1990, conforme ilustrado no Quadro 2.3. Vale destacar que um novo modelo não substitui o anterior, mas agrega, adapta e, por vezes, rejeita parte dos conceitos já consolidados aos novos que surgiram com as mudanças do cenário de negócios.

Quadro 2.4*Características principais dos modelos de excelência*

Modelo	Características
Efetividade Organizacional (EO)	<ul style="list-style-type: none"> • Abordagem positivista em busca de objetivos ou metas unidimensionais; • Enxerga a organização dividida em subsistemas e estabelece padrões para que o funcionamento conjunto produza o resultado desejado; • Técnicas de planejamento para atender à demanda estabelecida pelos <i>stakeholders</i>.
Qualidade, Excelência e Cultura	<ul style="list-style-type: none"> • Questões qualitativas: equipe e liderança, habilidade, estilo e valores compartilhados; • Triângulo de apoio: estrutura, estratégia e sistema ligados aos valores compartilhados; • Interesse quantitativo mais restrito à área financeira, como valores de ações.
Performance Organizacional	<ul style="list-style-type: none"> • Similaridade com EO no aspecto quantitativo, porém mais pragmático; • Menos acadêmico, mais voltado ao mercado; • Visão multidimensional; • Modelos mais completos, como por exemplo o <i>Balanced Score Card</i>.

Fonte: Elaboração própria, 2023.

O grande interesse da literatura associado ao surgimento de inúmeros modelos que buscam explicar a excelência organizacional adianta o quão relevante e difícil é esse tema. No entanto, apesar do grande número de publicações, ainda não há consenso quanto ao constructo de **excelência organizacional**. Isso justifica a necessidade de buscar apoio em um autor de relevância como Colin Talbot no que se refere à teoria paradigmática da excelência de desempenho.

Conforme práxis frequentemente adotadas pela academia, entendemos ser necessário a visita ao campo de pesquisa para melhor compreensão do fenômeno. Neste sentido, autores como Tom Peters e Jim Collins alcançaram importância ímpar ao pesquisarem e escreverem sobre excelência baseados em estudos empíricos, relatando casos de empresas relevantes no mercado americano. Ambos utilizaram a descrição histórica de grandes firmas americanas, comparando-as duas a duas, e apontaram qual atingiu melhor desempenho segundo critérios definidos previamente por eles. Ainda complementam a informação oferecendo indicativos de quais práticas foram fundamentais para que houvesse essa diferença de desempenho. Estes dois autores são centrais diante da construção que buscamos neste ensaio.

Ao contrário de Talbot, que concentrou seus estudos na estrutura pública, Tom Peters atua como consultor de negócios na esfera privada desde 1970 até o momento em que esse trabalho é escrito, 2023, sendo radicalmente a favor da inovação e contrário ao incrementalismo. Peters tem como temas favoritos a destruição criativa e descontinuidade, atuando como ativista contra a engrenagem burocrática, a qual é considerada por ele como prejudicial ao mundo dos negócios. A obra de Tom Peters (cf. Peters & Waterman, 2004; Peters, 2010) se concentrou em temas relacionados à excelência empresarial, liderança transformadora e inovação. Ele é conhecido por incentivar as organizações a adotarem abordagens não convencionais para alcançar o sucesso. Um dos conceitos centrais explorados pelo autor citado

é a “excelência”, e que esta deve ser perseguida em todos os aspectos nas operações organizacionais. Peters ainda enfatiza a importância de criar uma cultura organizacional que valorize a inovação, a paixão pelo cliente, a aprendizagem contínua e o aprimoramento constante. Além disso, o autor aponta o desenvolvimento de equipes como um dos caminhos para atingir tais patamares.

Já Jim Collins (cf. Collins & Porras, 1995; Collins, 2018, 2019; Collins & Hansen, 2019; Collins & Lazier, 2022) é conhecido por seu trabalho no campo da liderança e sucesso empresarial. Collins e sua equipe de pesquisa examinaram várias empresas de sucesso e identificaram características e práticas comuns que contribuíram para sua transformação em organização altamente bem-sucedida. Seus livros destacam a importância de ter uma equipe de alta qualidade, uma cultura organizacional forte e uma liderança humilde e comprometida. Ao analisar os autores Tom Peters e Jim Collins juntamente com suas parcerias, com base no paradigma bem configurado na visão de Collin Talbot, podemos explorar algumas possíveis contribuições científicas para compreender e buscar aprimoramento no setor de saúde, elencadas a seguir:

- Liderança e governança: Jim Collins destaca a importância da liderança humilde, focada no sucesso da organização como um todo, enquanto Tom Peters enfatiza a liderança inspiradora e visionária. A combinação desses estilos de liderança pode impulsionar a excelência empresarial: líderes que combinam humildade, visão inspiradora e uma busca incansável pela excelência podem impactar positivamente a cultura organizacional, o desempenho da equipe e os resultados desejados pela governança;
- Cultura organizacional de excelência e inovação: tanto Collins como Peters enfatizam a relevância de uma cultura organizacional forte. Collins destaca a importância de ter os “melhores dos melhores” na equipe, enquanto Peters realça a valorização da criatividade e da inovação. Os autores indicam como uma cultura organizacional de excelência, que atrai talentos excepcionais e incentiva a inovação, pode ser desenvolvida e sustentada. Outrossim, essa cultura pode impactar o desempenho empresarial a longo prazo e capacidade de uma organização se adaptar a mudanças e desafios;
- Diversidade metodológica no diagnóstico de gestão: Collins e Peters baseiam-se em análise quantitativa extensa e estudos de casos detalhados. Especialmente, Collins apresenta constantemente, em sua obra, comparação aos pares do percurso que foi trilhado por empresas de destaque no cenário americano. Essa comparação permitiu que Collins apontasse quais práticas gerenciais promoveram incremento da excelência organizacional e, conseqüentemente, melhores resultados.

Neste sentido, os autores citados acima, a partir de sua produção acadêmica, contribuem para a compreensão de fatores que, se adotados, podem levar as organizações de saúde ao sucesso através da excelência gerencial. Diante dos conceitos e modelos apresentados por eles, é possível balizar ou mesmo construir modelos que elucidem as interações dessas organizações em seu ecossistema de negócios.

A análise dos modelos propostos por Talbot, Peters e Collins, embora ofereça contribuições valiosas para a compreensão da excelência organizacional, apresenta limitações práticas quando aplicada ao contexto específico das cooperativas de saúde. Talbot fornece uma visão paradigmática útil ao descrever a transição de abordagens focadas na efetividade organizacional para modelos de performance mais abrangentes; Peters enfatiza o papel da cultura e da liderança inspiradora na construção da excelência; e Collins, com sua abordagem comparativa, destaca os fatores estruturais e culturais que distinguem organizações visionárias. No entanto, esses referenciais, embora sólidos em termos conceituais, tendem a operar em níveis mais prescritivos ou idealizados, deixando lacunas quanto à tradução desses princípios em práticas gerenciais consistentes e mensuráveis.

Neste sentido, em vez de propor novos princípios, a GBE fornece uma metodologia operacional que permite testar, validar, refinar e adaptar os fundamentos desses modelos ao cotidiano gerencial. A proposta da GBE não substitui os modelos clássicos, mas os complementa ao dotá-los de instrumentos decisórios ancorados em dados, sistematicidade e criticidade. Por exemplo, a ênfase de Collins na “pessoa certa no lugar certo” envolve maior dimensão quando cruzada com métricas consistentes de desempenho individual e de alinhamento cultural; a valorização da cultura organizacional proposta por Peters pode ser monitorada e ajustada com base em indicadores de clima e engajamento; e a lógica de performance multidimensional defendida por Talbot torna-se operacionalizável por meio da integração de múltiplas fontes de evidência — internas e externas, quantitativas e qualitativas.

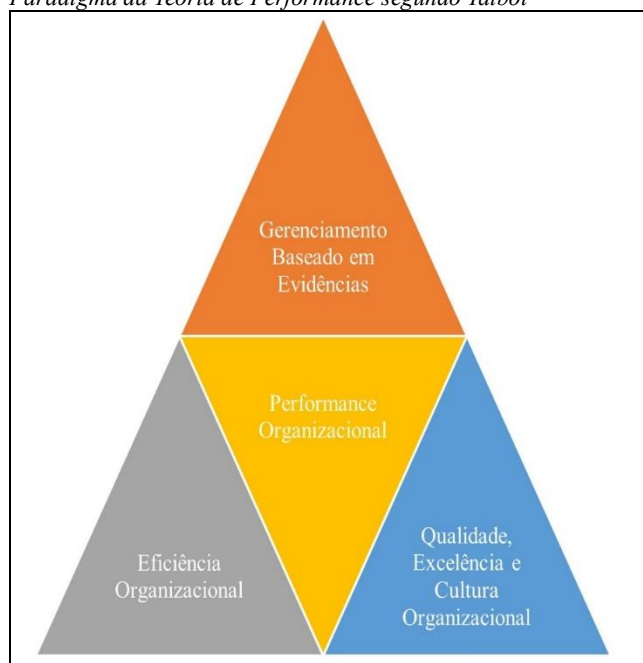
No contexto do cooperativismo em saúde, essa articulação é particularmente relevante. Dada a complexidade organizacional, a alternância de lideranças e a exigência de alinhamento entre os interesses dos cooperados e os resultados institucionais, a GBE pode ser vista como o elo técnico-institucional que confere densidade prática ao discurso da excelência. Ao estruturar processos decisórios mais transparentes, promover o uso sistemático de dados confiáveis e alinhar intervenções com resultados observáveis, a GBE permite não apenas inspirar transformações, mas sustentá-las ao longo do tempo. Dessa forma, propomos que a GBE, ao invés de ser entendida como uma “quarta fase” evolutiva da excelência, conforme inicialmente

sugerido, seja compreendida como uma plataforma metodológica transversal capaz de operacionalizar as virtudes centrais dos modelos anteriores, sobretudo quando aplicadas a sistemas organizacionais complexos como as cooperativas de saúde.

2.9. GBE como proposta em perspectiva integrativa

No item anterior expusemos como a análise gerencial adotou e desenvolveu diferentes perspectivas de excelência de desempenho. Com a chegada da era de dados e as mudanças sociais subsequentes¹⁹ ocorridas mais intensamente a partir do início do novo milênio, entendemos que uma quarta perspectiva emerge: a gestão baseada em evidências (GBE). Apesar da origem da GBE remontar à década de 1990, ela só se popularizou na primeira década dos anos 2000 com a publicação do livro “A verdade dos Fatos” (cf. Pfeffer & Sutton, 2006). Sendo posterior aos três modelos apresentados no item 2.7, a GBE se configura, em geral, como uma perspectiva integrativa das ideias centrais dos três modelos. Ilustramos essa visão na Figura 2.5.

Figura 2.5
Paradigma da Teoria de Performance segundo Talbot



Fonte: adaptado de Talbot (2010).

Segundo Pfeffer e Sutton (2006), o GBE não é estranho à área da saúde já que está muito

¹⁹ A era dos dados está relacionada com avanços tecnológicos da quarta revolução industrial que é caracterizada pela convergência de tecnologias digitais, físicas e biológicas, resultando em uma transformação profunda nos processos de produção, comunicação e interação social. A coleta massiva de dados, seu armazenamento e processamento eficiente, bem como sua análise e aplicação em diversas áreas são elementos chave da indústria 4.0. (Hermann *et al.* 2015).

relacionado à Medicina Baseada em Evidências (MBE). A ideia central da GBE consiste na premissa de aliar o pensamento crítico às melhores evidências disponíveis para otimizar a tomada de decisão. Por evidências queremos dizer informações, fatos ou dados que apoiam ou contradizem uma afirmação, suposição ou hipótese. Portanto, construindo uma cultura de dados, pode-se realizar experimentos na gestão buscando a excelência de desempenho, aprendendo com as informações produzidas, bem como tomando decisões com base nas melhores evidências.

2.9.1. Barreiras culturais e comportamentais à adoção da GBE em cooperativas de saúde

Embora a GBE apresente notório potencial como modelo integrativo voltado à melhoria da performance organizacional, sua plena adoção nas cooperativas de saúde enfrenta um conjunto de barreiras que transcendem os aspectos técnicos e estruturais – ESSE ARGUMENTO FOI USADO ACIMA, ACHO. MUITO SIMILAR. No âmbito dessas organizações, as resistências não decorrem apenas da ausência de ferramentas analíticas ou da limitação de sistemas informatizados, mas, sobretudo, de elementos culturais e comportamentais profundamente enraizados.

A primeira dessas barreiras é a valorização excessiva da experiência individual e do conhecimento tácito em detrimento da objetividade fornecida/presumida pelos dados. Em muitas cooperativas, decisões ainda são tomadas com base na autoridade simbólica de determinados membros ou em percepções subjetivas acumuladas no exercício profissional, o que dificulta a incorporação sistemática de práticas analíticas e comparativas. Essa lógica informal, embora funcional em contextos específicos, limita o desenvolvimento de uma cultura orientada por evidências.

Além disso, observa-se a persistência de um *ethos* organizacional avesso à exposição de fragilidades operacionais, o que pode desestimular a coleta sistemática de indicadores de desempenho e a análise crítica de processos internos. O uso de dados pode ser percebido como mecanismo de vigilância ou possibilidade de punição, em vez de mecanismo de aprendizado organizacional. Esse receio compromete o engajamento dos cooperados na geração e compartilhamento de informações confiáveis e atualizadas.

Soma-se a isso uma lógica de autogestão baseada na rotatividade periódica das lideranças, o que frequentemente interrompe iniciativas de longo prazo e descontinua estratégias voltadas à institucionalização da GBE. O curto prazo torna-se a medida dominante das ações gerenciais, em detrimento de esforços cumulativos de transformação cultural e de aprendizagem organizacional. Ainda que existam fundos destinados à capacitação, a formação

crítica em gestão baseada em dados raramente ocupa espaço central nas agendas educacionais das cooperativas.

Por fim, o modelo cooperativista, ao priorizar a equidade participativa, pode gerar tensionamentos entre a necessidade de padronização e a valorização da autonomia individual. Esse paradoxo organizacional desafia o avanço de culturas decisórias baseadas em evidências, que exigem certa centralidade normativa, coordenação técnica e consenso sobre métricas de avaliação. Portanto, a construção de uma cultura de dados nas cooperativas de saúde requer mais do que recursos tecnológicos ou normativos: exige uma transformação paulatina da mentalidade institucional, ancorada em valores cooperativos reinterpretados à luz da racionalidade analítica contemporânea.

2.10. Considerações Finais

Levando em conta o exposto, buscamos mostrar os principais desafios das organizações de saúde em seu ecossistema de negócios, tomando como perspectiva a performance organizacional. Ao longo do texto descrevemos como as organizações se adaptaram às constantes mudanças de cenário. Entretanto, normalmente essa adaptação não é completa, sendo possível apontar obstáculos ainda a serem superados, em que práticas gerenciais podem ser o principal caminho para a melhoria da performance organizacional.

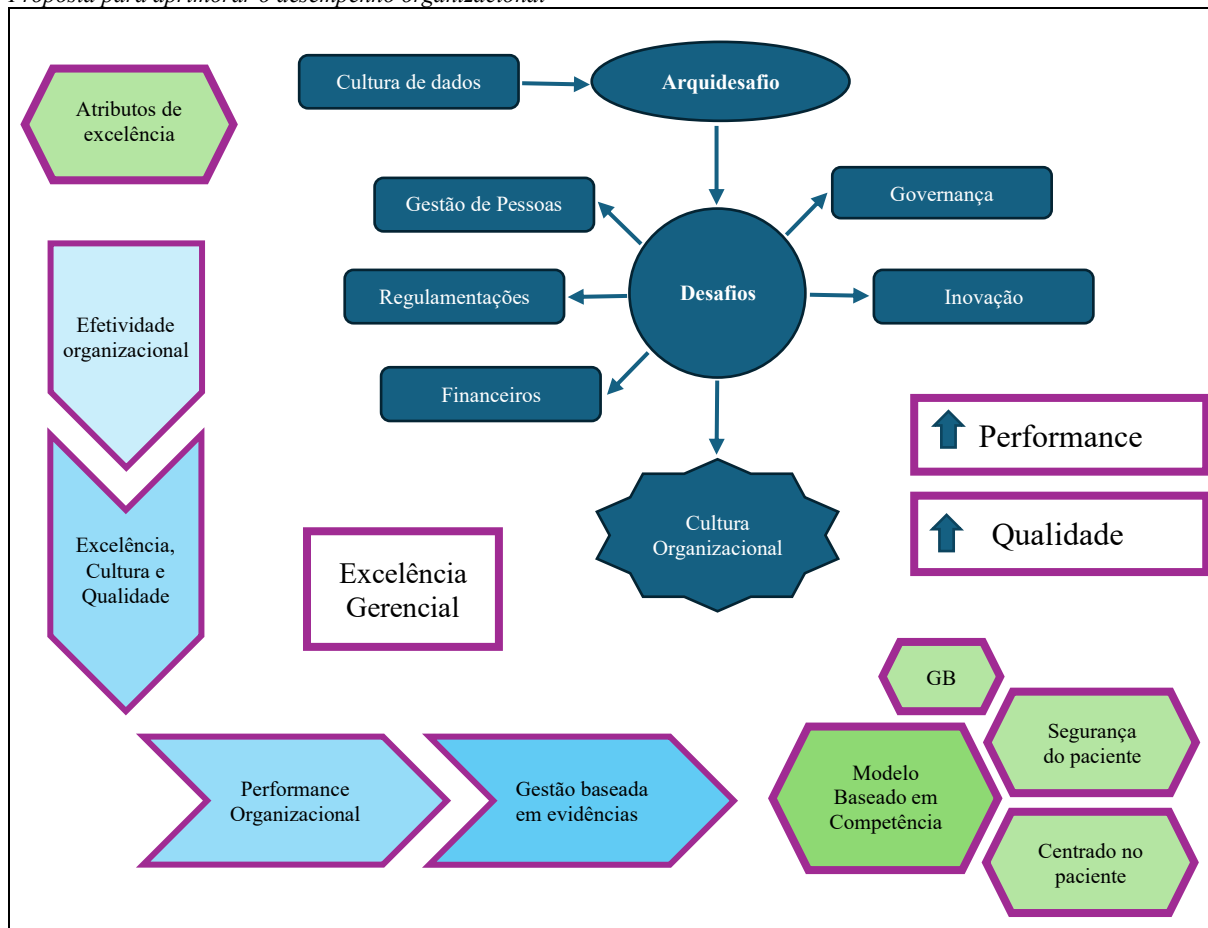
Articulamos, para tanto, temas relacionados ao paradigma da excelência de performance organizacional, modelos gerenciais e teorias administrativas ligados a estratégia, qualidade e inovação. Nossa principal contribuição, portanto, é melhorar a compreensão da formação da excelência de desempenho. Contribuímos, também, ao apontar que algumas práticas podem, de antemão, ser importantes para melhorar o desempenho organizacional: (1) profissionalizar a gestão, (2) melhorar as práticas de governança corporativa, e (3) cultivar a cultura organizacional.

Para tanto, conforme a Figura 2.6, sugerimos como estratégia inicial promover a cultura de dados para alcançar a excelência em desempenho. Destarte, há a necessidade de escolher bem a equipe de trabalho, desenvolvê-la para que valorize os dados ao tomar decisões e seguir as normas e regulamentos, de modo que tal equipe sempre esteja atenta à sustentabilidade econômica da firma. Com decisões embasadas, as inovações têm maior chance de prosperarem, sempre com a participação de todos os envolvidos e com transparência, motivando a todos que contribuem com o sucesso da organização. Atuando de forma mais profissional e implantando a governança corporativa cria-se um clima mais favorável para a manutenção da cultura organizacional que deve abranger, no caso das organizações de saúde, a

cultura de segurança do paciente, a cultura do cuidado centrado no paciente e medicina baseada em evidências. Assim, fica configurado a gestão baseada em evidências em organizações de saúde.

Figura 2.6

Proposta para aprimorar o desempenho organizacional



Fonte: Elaboração própria, 2023.

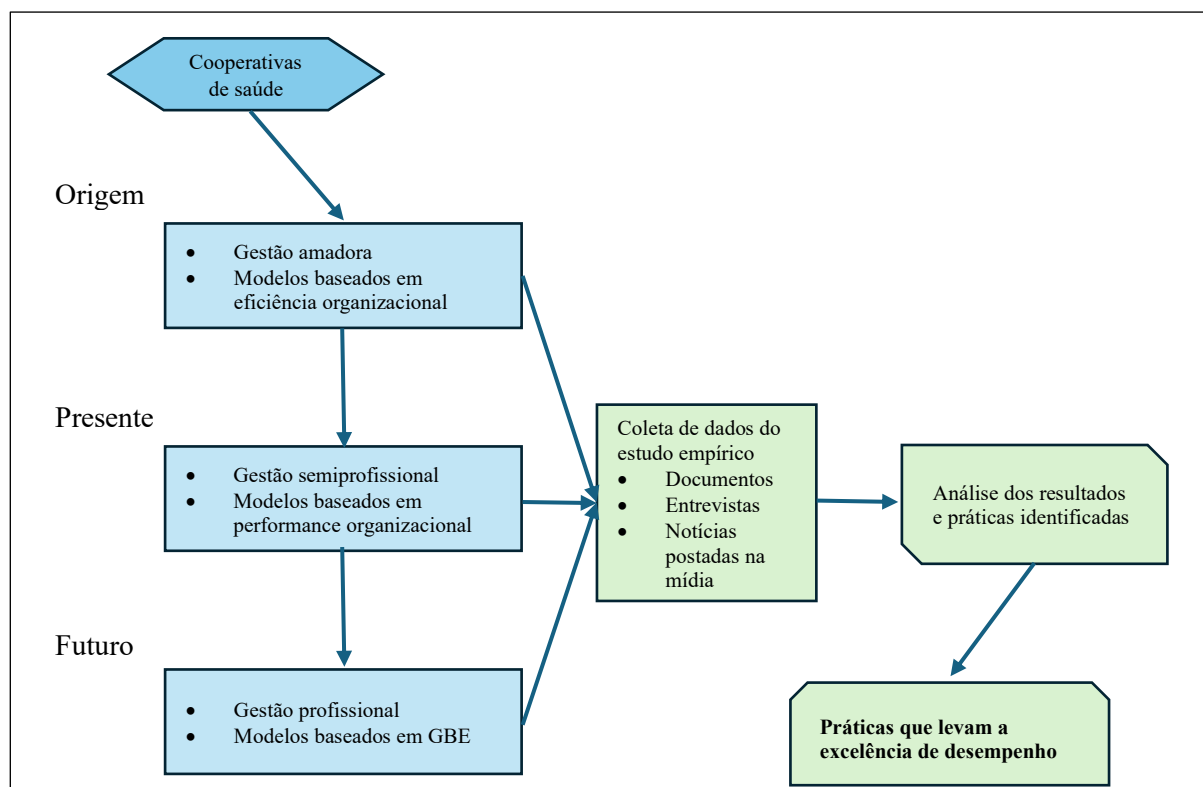
Por fim, diante do exposto, meramente teórico e conjectural, acreditamos haver a necessidade de identificar e compreender melhor como se forma a excelência de desempenho, quais práticas devem ser adotadas e como devem ser implantadas pelo setor saúde. Neste sentido, propomos que tais questionamentos sejam objeto de outros estudos, uma vez que possivelmente abordagens qualitativas, e mesmo quantitativas, devam ser requeridas.

CAPÍTULO 3 – SISTEMA COOPERATIVISTA DE SAÚDE PARAIBANO: A “SELEÇÃO NATURAL” DAS MELHORES EMPRESAS

Este capítulo tem como principal objetivo identificar práticas gerenciais aplicadas por cooperativas de saúde que apresentaram variações de desempenho organizacional. Com inspiração nos modelos de pesquisa de Jim Collins, desenvolvemos a pesquisa empírica considerando organizações aos pares: uma de desempenho superior e uma de desempenho inferior. A Figura 3.1 ilustra o caminho teórico percorrido por este estudo.

Frente à revisão da literatura, percebemos que há um déficit em estudos que abordam a excelência de desempenho em organizações de saúde. Este aspecto fica ainda mais destacado se considerarmos as cooperativas de saúde, que são unidades essenciais no ecossistema de serviços de saúde, além de absorverem características comuns de diferentes setores econômicos.

Figura 3.1
Design do Estudo



Fonte: Elaboração própria, 2023.

Como introdução, abordamos os principais aspectos teóricos relativos às práticas gerenciais e à excelência de desempenho. Em seguida, adentramos na história e evolução das cooperativas de saúde, assim identificando as cooperativas de saúde que foram criadas no

estado da Paraíba. O terceiro e o quarto tópicos apresentam os critérios de seleção das cooperativas como Empresas Visionárias e de Comparação. As organizações similares foram organizadas aos pares para efeito de comparação de trajetória e de alcance de objetivos como longevidade e sucesso. O quinto tópico descreve, com base nas entrevistas com os principais gestores daquelas organizações, a trajetória percorrida pelas cooperativas selecionadas. Em seguida, no sexto tópico, argumentamos como o sucesso das Empresas Visionárias pode ser associado a decisões gerenciais no cenário paraibano. O último tópico apresenta as conclusões do estudo.

3.1. O impacto das práticas gerenciais no desempenho organizacional

Collins e Porras (1995) em seu clássico *feitas para durar: práticas bem-sucedidas de empresas visionárias*, conduziram uma profunda análise de empresas americanas que conseguiram alcançar sucesso de longo prazo. Este estudo diferenciou empresas visionárias de empresas comuns, culminando na identificação de critérios baseados em cultura organizacional, preservação de valores centrais e estímulo ao progresso. Sua proposta foi amplamente difundida em ambientes empresariais nos Estados Unidos, mas também oferece insights valiosos para aplicação em outros contextos, como o das cooperativas de saúde no Brasil (Silva *et al.*, 2014).

Os mesmos autores classificaram empresas visionárias como aquelas que mantinham uma identidade central sólida, mas são capazes de se adaptar ao progresso e às mudanças externas (Collins & Porras, 1995). Apontamos abaixo algumas das características fundamentais dessas organizações e tecemos comentários sobre sua contextualização no universo das cooperativas de saúde:

1. **Ideologia central e foco no longo prazo:** há uma missão duradoura, baseada em valores que vão além do simples lucro. Esse foco em uma contribuição maior à sociedade é um dos fatores que permitem às empresas visionárias perdurarem. Um dos conceitos centrais do estudo é o que os autores chamam de *Big Hairy Audacious Goals* (BHAGs), ou seja, metas ambiciosas que, se alcançadas, podem transformar a organização.

Para as cooperativas de saúde da Paraíba, estabelecer tais metas pode ser crucial para expandir o alcance de seus serviços e melhorar sua eficiência operacional, garantindo tanto o crescimento quanto a sustentabilidade a longo prazo.

2. **Preservação e progresso:** enquanto mantêm seus valores centrais, as empresas visionárias também se ajustam às transformações do mercado, o que as torna resilientes.

As cooperativas de saúde frequentemente possuem um propósito mais amplo do que apenas a geração de resultado, centrando-se no bem-estar dos seus associados e da comunidade

em que operam. O princípio de “preservar o núcleo e estimular o progresso”, identificado por Collins e Porras, é particularmente relevante, pois as cooperativas precisam equilibrar o compromisso com os princípios cooperativos e a necessidade de inovação para se manterem competitivas.

3. **Cultura organizacional:** Outro ponto destacado é a importância de uma cultura organizacional sólida, que inspire lealdade e comprometimento. No contexto das cooperativas, isso pode significar engajamento ativo dos cooperados e uma gestão transparente e participativa.

A criação de uma "cultura de culto", em que os membros compartilham valores comuns e se identificam com os objetivos da cooperativa, pode ajudar no engajamento de associados e na manutenção de uma gestão eficiente.

4. **Liderança interna:** As empresas visionárias frequentemente desenvolvem líderes de dentro da organização, garantindo continuidade cultural e de valores.

Esse aspecto é particularmente familiar ao ambiente cooperativista, haja vista que os cargos de gestão são normalmente ocupados por associados mediante eleição. Assim, ao contrário das empresas tradicionais, o ambiente cooperativista tem uma estrutura mais horizontal, com os próprios membros sendo responsáveis por sua gestão. Isso cria desafios adicionais, principalmente no que se refere à implementação de uma visão de longo prazo e à preservação de uma cultura forte. Por exemplo, a constante rotação de lideranças eleitas pode comprometer a continuidade de uma ideologia central, o que, segundo Collins e Porras, é crucial para o sucesso sustentável.

Alguns pesquisadores têm explorado a aplicabilidade de conceitos de gestão de longo prazo para cooperativas de saúde. Em um estudo no Brasil sobre o papel da governança nas cooperativas médicas de Andreazzi e Bravo (2014), por exemplo, discute-se a importância de uma liderança interna coesa para garantir a sustentabilidade dessas organizações, uma abordagem que ecoa os conceitos de Collins e Porras (1995). Outro estudo relevante foi o de Cook (2018), que examinou as práticas de gestão de longo prazo em cooperativas de saúde, concluindo que uma forte ideologia central é uma das principais razões para a longevidade dessas instituições.

O ambiente regulatório brasileiro para o setor de saúde parece ser mais complexo do que o das empresas americanas analisadas por Collins e Porras (1995). Por exemplo, as cooperativas precisam equilibrar suas operações dentro das normas da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), o que pode limitar sua flexibilidade em adotar mudanças e

inovações rapidamente, conforme o modelo de adaptação proposto pelos autores. Mas entendemos que, ao examinarmos setor de cooperativas de saúde que atuam na Paraíba, sob a ótica do modelo adotado por Collins e Porras (1995), poderemos identificar quais características se destacam nas organizações que apresentaram melhor desempenho.

Este estudo tem como principal objetivo **identificar práticas gerenciais aplicadas por cooperativas de saúde que apresentaram variações de desempenho organizacional**. Com inspiração nos modelos de pesquisa de Jim Collins, desenvolvemos então uma pesquisa empírica considerando organizações aos pares: uma de desempenho superior e uma de desempenho inferior. Assim, a proposta central deste estudo consistiu em compreender a excelência organizacional em cooperativas de saúde.

Procuramos ainda **investigar como as práticas gerenciais influenciam o desempenho organizacional das cooperativas de saúde na busca pela excelência**. Identificaremos os níveis de excelência organizacional atingidos pelas cooperativas de saúde do estado, e diante de comparação entre pares similares, analisamos quais as práticas que as levaram a esse cenário. Cabe ressaltar que, além de **identificar as práticas importantes, se não fundamentais, para atingir a excelência**, também procuramos **entender os impactos na organização, os obstáculos superados e as estratégias utilizadas para sua implementação**. Este desenho de pesquisa foi inspirado nos estudos e obras literárias de Jim Collins e Tom Peters, já referenciados no item 2.8.

Além disso, temos, por experiência vivida profissionalmente no setor, algumas evidências de casos que merecem análise mais detida. Há na Paraíba, por exemplo, casos como o da Coomit (Cooperativa de Medicina Intensiva) e da Coopagio (Cooperativa de Ginecologia e Obstetrícia), que, apesar da grande necessidade da prestação dos serviços ofertados pelas organizações, terminaram por encerrar suas atividades; por outro lado, há exemplos exitosos, como as cooperativas de anestesiológicas, localizadas em João Pessoa e Campina Grande, que cresceram e se profissionalizam desde a década de 1980. Tanto que entre as cooperativas de especialidade médica, são as que estão em atividade há mais tempo, desde o final dos anos de 1980. Destacamos também as cooperativas que atuam como operadoras de planos de saúde no estado, como, por exemplo, as UNIMEDs de João Pessoa, Campina Grande e Patos, que experimentam trajetórias diferentes entre elas e, mais ainda, da singular de Guarabira, que foi absorvida pela de João Pessoa.

Na próxima seção, apresentaremos as principais cooperativas do Estado da Paraíba, com dados que possibilitaram sua seleção e pareamento duas a duas, para fins de comparação quanto ao desempenho organizacional. As informações sobre as cooperativas apresentadas a

seguir são provenientes de pesquisa realizada nos sites das próprias cooperativas e, na ausência ou desatualização desses dados, foram extraídos de sites oficiais da Receita Federal e dos sites econodata²⁰ e paraibacooperativo²¹ (OCB-PB).

3.2. História e evolução

Dentre as cooperativas do setor saúde que atuam no estado da Paraíba destacam-se as cooperativas médicas, sejam de trabalho ou de especialidade, tanto por sua maior representatividade em número quanto pelo volume de capital humano e financeiro que mobilizam. Iniciaremos o relato histórico pelo sistema Unimed, que segundo o site oficial da Unimed do Brasil, é um sistema cooperativista nacional com 339 cooperativas, composto por 116 mil médicos cooperados, abrangendo 74,9% do território brasileiro e atendendo quase 20 milhões de clientes através de mais de 29 mil hospitais, clínicas e serviços credenciados, destes 163 são hospitais próprios. O site atribui o sucesso do modelo à combinação entre cooperativismo, ética e alta qualidade de atendimento.

3.2.1. As UNIMEDs

Na Paraíba, identificamos histórico de 6 singulares, cujas sedes já estiveram localizadas nas cidades de Patos, Sousa, Cajazeiras, Guarabira, Campina Grande e João Pessoa, que conferem identidade a essas cooperativas. Abaixo resumimos o histórico de cada uma delas, em que destacamos ano de criação, tamanho inicial, abrangência geográfica etc. Para tanto, as informações foram extraídas do site oficial de cada cooperativa em questão e da OCB-PB²².

- Unimed Patos²³

A Unimed Patos foi estabelecida em 16 de agosto de 1980 por um grupo de 20 médicos locais, liderados pelo oftalmologista Alberto Urquiza Wanderley. De acordo com o relatório de gestão de 2023, a Unimed Patos possuía 2.355 beneficiários ao fim daquele ano. Segundo o site da OCB, enquanto escrevemos esse texto, a Unimed Patos conta com 50 cooperados. Sua área de atuação abrange Patos e outras cidades do sertão paraibano, como Itaporanga, Pedra Branca, Piancó, Princesa Isabel, Santa Luzia e São Mamede, totalizando 47 municípios.

A missão elencada pela singular de Patos é “promover saúde e qualidade de vida,

²⁰ <https://www.econodata.com.br/>

²¹ <https://www.paraibacooperativo.coop.br/>

²² <https://www.paraibacooperativo.coop.br/cooperativas/>

²³ <http://unimedpatos.com.br/>

valorizando os princípios cooperativistas, com ética e responsabilidade socioambiental”. Seus valores incluem “a humanização do atendimento, a valorização dos cooperados e a responsabilidade social”. A visão dessa cooperativa é “continuar aprimorando seus serviços e expandindo sua base de clientes, oferecendo soluções de saúde que atendam às necessidades dos beneficiários”.

- Unimed Sousa²⁴

A Unimed Sousa foi fundada em 14 de fevereiro de 1990 e está localizada no Sertão da Paraíba. Em 2023, a cooperativa contava com 67 médicos associados que atuavam em diversas especialidades. Sua área de atuação abrange Sousa e mais de 20 outros municípios do sertão paraibano, como Pombal, Catolé do Rocha, São Bento e Uiraúna.

O médico Gilberto Sarmiento liderou a cooperativa como Diretor-Presidente de 2000 a 2024, quando foi substituído pela médica Ana Beatriz Sarmiento. Sob a gestão do primeiro, a Unimed Sousa implementou diversas iniciativas para o desenvolvimento institucional e a ampliação dos serviços aos seus beneficiários. Destacam-se a criação de um Centro de Convivência às margens da BR-230 e da Academia Unitrainer, voltados para o bem-estar dos cooperados e da comunidade local. Além disso, a cooperativa realizou ações sociais relevantes, como a construção de rampas de acessibilidade em Sousa, demonstrando seu compromisso com a responsabilidade social.

A Unimed Sousa tem como missão “operar e comercializar planos de saúde, seguindo as normas do mercado, com foco em atender as necessidades dos beneficiários e cooperados”. Tem como visão “prestar serviços médicos com qualidade e satisfação dos beneficiários, buscando atingir a sustentabilidade financeira da cooperativa”.

- Unimed Cajazeiras²⁵

A Unimed Cajazeiras, fundada em 12 de dezembro de 1997, contava, em 2024, com 38 médicos cooperados e uma rede credenciada de 5 laboratórios, 3 hospitais e 12 clínicas. A cooperativa atendia a 11 municípios da região, incluindo cidades como São José do Rio do Peixe, São José de Piranhas, Monte Horebe e Bonito de Santa Fé. Além disso, os beneficiários têm acesso a serviço de remoção com ambulância e transporte aeromédico especializado, expandindo o suporte oferecido.

A missão adotada pela Unimed Cajazeiras é “fornecer soluções em saúde com foco no

²⁴ <http://unimedsousa.com.br/>

²⁵ <https://unimedcajazeiras.com.br/>

bem-estar e na satisfação dos clientes e cooperados, sempre em sintonia com os princípios cooperativistas”. A visão da cooperativa é “ser reconhecida pela solidez e qualidade no atendimento, comprometida com a promoção da saúde e da qualidade de vida, além de atender às demandas sociais e ambientais”. Seu enfoque em “sustentabilidade e responsabilidade social reforça sua atuação como uma entidade cooperativista comprometida com a comunidade local e regional”.

- Unimed Guarabira²⁶

A história da Unimed Guarabira, conhecida como Unimed do Brejo Paraibano, está intimamente ligada à expansão do sistema cooperativo de saúde na Paraíba. Fundada em 28 de julho de 1994 por 26 médicos, a cooperativa teve como objetivo primordial atender à crescente demanda da região do Brejo Paraibano.

Embora poucos registros públicos detalhados sobre os primeiros anos de operação da Unimed Guarabira estejam disponíveis, é possível afirmar que, assim como outras cooperativas do sistema Unimed, ela foi estabelecida com o propósito de dar mais autonomia aos profissionais da saúde em sua prática e melhorar a organização dos serviços médicos para a população local. Entretanto, com o aumento da demanda e dos custos operacionais, a Unimed Guarabira passou por um processo de incorporação, sendo integrada à maior cooperativa do estado, a Unimed João Pessoa, como parte de uma estratégia de consolidação regional.

Esse processo de incorporação oficial ocorreu em outubro de 2015, quando a Unimed João Pessoa inaugurou a nova unidade de Guarabira, por meio de uma parceria com a Unimed Federação Paraíba. Essa iniciativa permitiu que a cooperativa atendesse diretamente a mais de 3 mil beneficiários da região, segundo os portais de notícias da época. A nova unidade opera, desde então, como um centro de atendimentos ambulatoriais de baixa complexidade, facilitando o acesso dos moradores da região do Brejo a serviços de saúde sem a necessidade de deslocamento para a capital.

- Unimed Campina Grande²⁷

A Unimed Campina Grande é uma das cooperativas médicas mais antigas e respeitadas do Nordeste, fundada em 20 de dezembro de 1971 por um grupo de 37 médicos. A iniciativa

²⁶ <https://www.unimedjp.com.br/unidade-guarabira/>; <https://wscom.com.br/unidade-da-unimed-em-guarabira-completa-dois-anos-de-funcionamento-nesta-sexta/>; <https://www.clickpb.com.br/saude/unimed-jp-contrata-mais-pessoal-e-incorpora-servico-proprio-para-abrir-1-680-vagas-para-clientes-com-tea.html>

²⁷ <https://www.unimed.coop.br/site/web/campinagrande/>

surgiu como um marco no cooperativismo médico da região, e desde então, a cooperativa evoluiu significativamente, estabelecendo-se como uma das 50 melhores do Sistema Unimed no Brasil, de acordo com a Agência Nacional de Saúde Suplementar — ANS.

A Unimed Campina Grande se destaca pelo seu desempenho exemplar no Índice de Desenvolvimento da Saúde Suplementar (IDSS), refletindo seu compromisso com a qualidade no atendimento e a busca constante por inovações. Com 691 médicos cooperados, a cooperativa oferece uma extensa rede de serviços para a população da cidade e região. Além disso, a construção de um hospital próprio, a exemplo da singular da capital, encontra-se em andamento, com as obras em estágio avançado em 2024.

Os valores fundamentais da cooperativa incluem “o cooperativismo, ética, humanização e qualidade na prestação de serviços”. Sua missão é “promover soluções em saúde de forma integral, assegurando a satisfação dos beneficiários e médicos cooperados, com um foco também na sustentabilidade”.

- Unimed João Pessoa²⁸

A Unimed João Pessoa, estabelecida em 16 de dezembro de 1971, era a maior operadora de planos de saúde da Paraíba em 2024, contando com aproximadamente 1,8 mil médicos cooperados. Ela oferece uma extensa rede de assistência médico-hospitalar, incluindo dois hospitais próprios, um deles especializado em alta complexidade. A cooperativa também se destaca por sua liderança no segmento de saúde suplementar no estado, atendendo cerca de 168 mil beneficiários em 2024.

Dentre os serviços oferecidos pela Unimed JP estão o “Espaço Vida” e o “Unimed Dia a Dia”, que proporcionam assistência extra-hospitalar e promovem um atendimento humanizado, além de iniciativas inovadoras para a promoção da saúde. A cooperativa valoriza a inovação e modernização, investindo regularmente em soluções tecnológicas para melhorar a experiência de seus clientes e colaboradores, especialmente durante a pandemia de COVID-19, quando se tornou referência no tratamento da doença.

A missão adotada pela Unimed João Pessoa é “promover a vida através da assistência integral à saúde, com foco na inovação e no cuidado humanizado”. Sua visão é “ser um *case* de sucesso em sustentabilidade até 2025, consolidando-se como uma operadora de referência no Sistema Unimed”.

²⁸ <https://www.unimedjp.com.br/>

3.2.2. Cooperativas de especialidade

As cooperativas de especialidades apresentam características distintas daquelas pertencentes ao sistema Unimed, pois geralmente têm como objetivo a prestação de serviços profissionais exclusivamente, requerendo uma estrutura de atendimento de menor complexidade e exibindo maior homogeneidade de seu quadro de associados. A maioria das cooperativas de especialidade possui uma sede administrativa que abriga consultórios para atendimento de pacientes. Contudo, o volume mais expressivo de operações é realizado nas instalações dos tomadores de serviço: clínicas e hospitais públicos ou privados.

Cabe esclarecer que, assim como no exemplo da Paraíba, organizações similares atuam em diferentes regiões e estados por todo o Brasil. Tradicionalmente, são principalmente, mas não exclusivamente, os anestesiológicos, ortopedistas, pediatras e cirurgiões de diversas subespecialidades que se organizam em cooperativas.

O Quadro 3.1 apresenta uma visão geral das cooperativas de especialidades médicas da Paraíba, destacando características como região de atuação, ano de fundação, número de associados fundadores e o número de cooperados durante o período de realização desse estudo.

Quadro 3.1
Cooperativas de especialidade da Paraíba e suas características

Cooperativa	Região de atuação	Especialidade	Ano de fundação	Nº de fundadores	Nº de associados em 2023/2024
COOPANEST-PB	João Pessoa	Anestesiologia	1989	45	150
COCAN	Campina Grande	Anestesiologia	1988	23	54
COORT	João Pessoa	Traumato-ortopedia	1999	20	87
COOTAC	Campina Grande	Traumato-ortopedia	2002	20	48
COMEGO	Campina Grande	Gineco-obstetrícia	1994	30	15
COPEGO	João Pessoa	Gineco-obstetrícia	1997	26	-
COOPEURO	João Pessoa	Urologia	2002	27	42
COOMIT	João Pessoa	Medicina Intensiva	2003	26	-
COOPED	João Pessoa	Pediatria	2001	21	55
COOPECIR	João Pessoa	Cirurgia	1996	27	300
NEUROVASC	João Pessoa	Neurocirurgia e Cirurgia Vascular	2010	22	94
CCP Paraíba	João Pessoa	Cirurgia de Cabeça e Pescoço	2024	20	20

Fonte: Elaboração própria, 2024

A análise do Quadro 3.1 revela que as cooperativas de especialidade mais antigas foram

estabelecidas no final da década de 1980, enquanto as mais recentes foram fundadas apenas em 2024. Além disso, pode-se observar que a maioria dessas cooperativas foram fundadas na transição para o século XXI.

Algumas informações complementares como aspectos do mapa estratégico dessas organizações e seus impactos nas regiões em que estão inseridas podem ser encontradas no site institucional de algumas delas. Na próxima seção, exploraremos a disponibilidade de dados que permitem gerar informações importantes para a compreensão do desempenho organizacional dessas cooperativas médicas paraibanas.

3.3. Dados sobre empresas privadas no Brasil

Obter dados precisos e confiáveis sobre empresas privadas no Brasil representa um desafio significativo, pois não existem fontes oficiais e amplamente disponíveis, como, por exemplo, nos Estados Unidos. Neste país, há uma maior disponibilidade e transparência de informações sobre o setor privado, facilitando a coleta e análise de dados relevantes, como observados nas publicações de Collins e Porras. Apesar dessa dificuldade, é possível acessar algumas fontes alternativas que podem oferecer informações relevantes sobre o setor privado brasileiro, como relatórios e estudos setoriais, bases de dados de instituições financeiras e associações empresariais, além de informações públicas disponibilizadas pelas próprias empresas. Essas fontes alternativas podem fornecer insights valiosos, mas exigem um esforço maior de pesquisa e análise para obter uma compreensão abrangente do desempenho e características do setor privado no Brasil.

3.4. Empresas visionárias x empresas comparação

Segundo a metodologia idealizada por Collins e Porras, uma organização deve ser tomada como Instituição Líder em seu setor se atender aos seguintes critérios: (1) ser muito admirada por empresários conhecidos; (2) ter deixado marca indelével no mundo em que vivemos; (3) ter sido liderada por várias gerações de altos executivos; (4) ter passado por ciclos de vida de vários produtos ou serviços; e (5) ter sido fundada antes de 1900. Esses são critérios pensados para a realidade do mercado estadunidense, não sendo factível sua utilização integral para analisar empresas do mercado brasileiro devido às abissais diferenças entre eles.

Portanto, consideraremos critérios adaptados, mas inspirados naqueles elaborados por Collins e Porras, para identificar as Empresas Visionárias no contexto brasileiro. Para ser considerada Empresa Visionária, avaliamos se ela é líder reconhecida em seu segmento e porte, se passou por várias gerações de líderes, se passou por vários ciclos de vida com diferentes

serviços e produtos, e se foi fundada antes dos anos 2000.

Assim, inspirado na obra de Collins e Porras, os critérios adaptados são assim definidos e justificados:

- (1) A empresa deve ser líder reconhecida em seu segmento e porte. Isso demonstra que a organização alcançou uma posição de destaque e é amplamente respeitada por seu desempenho e contribuição no setor em que atua.
- (2) A empresa deve ter passado por várias gerações de líderes. Ao manter sua visão e cultura organizacional, isso significa que a empresa possui uma identidade forte e coesa, que se perpetua ao longo do tempo, mesmo com a transição de liderança.
- (3) A empresa deve ter atravessado vários ciclos de vida, assim demonstrando capacidade de se reinventar, introduzindo novos serviços e produtos. Essa habilidade de adaptação e inovação é essencial para longevidade de uma organização em um ambiente de negócios em constante evolução.
- (4) A empresa deve ter sido fundada antes dos anos 2000. Esse critério de maturidade temporal reflete a capacidade da empresa de se estabelecer e prosperar durante um período significativo, levando em conta que a maioria das cooperativas de especialidades foram fundadas na transição para o século XXI.

Isso não indica desmerecimento das empresas que não foram apontadas como visionárias, pois a exemplo da metodologia original, o pareamento dois a dois foi realizado com empresas que, em sua maioria, gozam de sucesso, mas que não atingiram os mesmos níveis que as Empresas Visionárias.

Neste sentido, a **Unimed João Pessoa** foi comparada com a **Unimed Campina Grande** — pois são as duas maiores cooperativas de trabalho médico da Paraíba, ambas com situadas em cidades polo, onde são referência e líderes no mercado, além de terem sido fundadas há cerca de 50 anos. De modo semelhante, a Coopanest-PB foi comparada com a Cocan — ambas cooperativas da especialidade Anestesiologia, fundadas no fim da década de 1980 e com atuações hegemônicas em suas respectivas regiões. A Coort e a Cootac seguem princípios análogos aos das cooperativas dos Anestesiologistas, mas na área de Traumatologia-Ortopedia. As duas instituições que gostaríamos de comparar que apresentam algumas diferenças mais significativas são a Coopecir e a Neurovasc, pois esta última tem a peculiaridade de ser formada por subespecialidades da cirurgia, e ambas atuam na região de João Pessoa. Contudo, essa disparidade foi desfeita, como será visto mais adiante.

A análise dos dados da sala de situação da ANS, cuja consulta foi realizada em outubro

de 2024, permitiu quantificar o impacto que as singulares da Unimed nas cidades de João Pessoa e Campina Grande exercem no mercado de saúde de suas respectivas regiões. São 345 operadoras de saúde que prestam assistência médica aos 466.379 beneficiários em todo o estado da Paraíba. Destes, 259.747 pessoas estão vinculadas a 182 operadoras que são da modalidade cooperativa. Tais dados são apresentados no Quadro 3.2.

Quadro 3.2

Singulares de destaque no Sistema Unimed da Paraíba e suas características

	Nº operadoras	Nº beneficiários	Marketshare	Taxa Cobertura (%)
Totalidade de operadoras	345	466.379	-	11,73%
Operadoras Cooperativas	182	259.747	55,69%	6,54%
Unimed João Pessoa	9	182.315	70,19%	-
Unimed Campina Grande	1	44.757	17,23%	-

Fonte: dados da sala de situação da ANS (2024).

Ainda foi possível observar que as operadoras de saúde do tipo cooperativa dominam mais da metade do *marketshare*, e dentre as cooperativas atuantes na Paraíba, as singulares de João Pessoa e de Campina Grande são as duas que detém maior destaque.

Infelizmente a abundância de dados relacionados às operadoras de saúde não se repete quando buscamos analisar cooperativas de especialidades. Tais organizações são empresas privadas e que não estão sob o controle direto da ANS. Precisam, no entanto, ainda respeitar regulamentação da ANVISA, Vigilância Sanitária, CRM e outras autarquias que não disponibilizam tantos dados abertos quanto a ANS.

Portanto, para identificarmos quais cooperativas de especialidade seriam escolhidas como empresas Visionárias e quais seriam as Empresas de Comparação, recorreremos a análise de dados disponíveis no site econodata e em registros da OCB. Na Tabela 3.3 apresentamos os dados coletados no site econodata daquelas cooperativas com mais de 20 anos de fundação e que continuam em atividade. Na tabela a seguir não constam a CCP Paraíba por ter sido fundada recentemente, ainda em 2024, e a Copego por ter encerrado suas atividades e estar classificada como inapta.

Das empresas listadas no Quadro 3.3, desconsideramos aquelas classificadas como microempresas e cujo faturamento é desconhecido – Cootac e Coopeuro. Da mesma forma, as empresas cujo faturamento não se destaca em relação as outras – Neurovasc, Coomit e Cooped – também foram descartadas. Especialmente a Coomit (*), que já não apresenta atividade desde ao menos 2015, conforme é de conhecimento público e de mercado, apesar de constar como

ativa nos sistemas de informação. Assim, restaram apenas 5 cooperativas de especialidade médica para serem pareadas e classificadas como Visionárias ou de Comparação. No entanto, para que a comparação aos pares fosse possível, o número de empresas não poderia ser ímpar. Desta forma, com base na experiência do pesquisador, optou-se por não avaliar a Comego, que, apesar de ser reconhecida como empresa de excelência, apresenta mais disparidades peculiares à sua especialidade quando comparada a Coort e Coopécir. A Coort e Coopécir são consideradas no meio médico como cooperativas “irmãs”, pois são muito similares, tendo sido sujeitas aos mesmos desafios e oportunidades em seus anos iniciais de funcionamento na cidade de João Pessoa.

Quadro 3.3

Cooperativas de especialidade da Paraíba e suas características econômicas - 2023

Cooperativa	Porte	Faturamento anual	Nível de atividade
COOPANEST	médio	R\$ 20 a 30 milhões	Alta
COCAN	pequeno	R\$ 2 a 4,8 milhões	Alta
COORT	pequeno	R\$ 360 mil a 1,8 milhão	Alta
COOTAC	micro	Desconhecido	Alta
COMEGO	pequeno	R\$ 2 a 4,8 milhões	Alta
COOPEURO	micro	Desconhecido	Alta
COOMIT	pequeno	R\$ 130 a 360 mil	Alta *
COOPED	pequeno	R\$ 130 a 360 mil	Alta
COOPECIR	pequeno	R\$ 2 a 4,8 milhões	Alta
NEUROVASC	pequeno	R\$ 130 a 360 mil	Alta

Fonte: adaptado de Site Econodata (2024).

Assim, o Quadro 3.4 apresenta as empresas visionárias e seus pares para fins de comparação. Logo em seguida, justificamos com mais profundidade e com dados objetivos essas escolhas.

Quadro 3.4

Pareamento de empresas Visionárias e de Comparação

Empresa Visionária	Empresa de Comparação
UNIMED João Pessoa	UNIMED Campina Grande
COOPANEST - JP	COCAN
COOPECIR	COORT

Fonte: Elaboração própria, 2024.

3.4.1. A busca pela diferenciação

A escolha das cooperativas médicas para análise, considerando a classificação como empresas visionárias ou de comparação, baseia-se na metodologia de Jim Collins, que destaca elementos-chave para identificar o que diferencia empresas extraordinárias de outras de

desempenho sólido, mas sem características visionárias. Neste contexto, as cooperativas foram agrupadas conforme seus desempenhos e atributos em diversos critérios fundamentais.

- Tempo de atividade das Cooperativas

O tempo de fundação é um fator crucial na análise da maturação e consolidação de uma empresa, sendo amplamente reconhecido por teóricos como Jim Collins e outros autores de destaque na administração. Este aspecto está diretamente relacionado à capacidade da organização de construir e manter suas vantagens competitivas, superar desafios e estabelecer uma cultura organizacional sólida ao longo dos anos.

Segundo Collins (2018), empresas visionárias se distinguem por sua longevidade e pela habilidade de transcender tendências passageiras, cultivando valores fundamentais e adaptando-se às mudanças sem comprometer sua essência. Em seu estudo, ele argumenta que "a construção de uma grande empresa é um processo cumulativo, onde a consistência de ações e decisões ao longo do tempo é fundamental para estabelecer uma base sólida de desempenho excepcional" (Collins, 2018, p. 222–230). Essa visão reforça a importância do tempo como elemento que permite a sedimentação de práticas gerenciais eficazes e a consolidação de reputação no mercado.

De forma semelhante, Drucker (2000) destaca que organizações de longo prazo tendem a desenvolver maior resiliência e capacidade de aprendizado organizacional. Para ele, a maturação é um reflexo do alinhamento entre a missão da empresa e as demandas do ambiente externo, permitindo que a organização evolua sem perder sua identidade. Tal alinhamento, segundo o autor, é aprimorado com o tempo, à medida que a organização enfrenta desafios e refina seus processos internos. Já Schein (2010) ressalta que culturas organizacionais eficazes não surgem instantaneamente, mas são formadas por meio de interações contínuas e sustentadas entre os membros da organização. Este processo, que exige tempo, é essencial para que os valores e práticas desejáveis se tornem profundamente enraizados, gerando um impacto positivo na sustentabilidade e no desempenho organizacional.

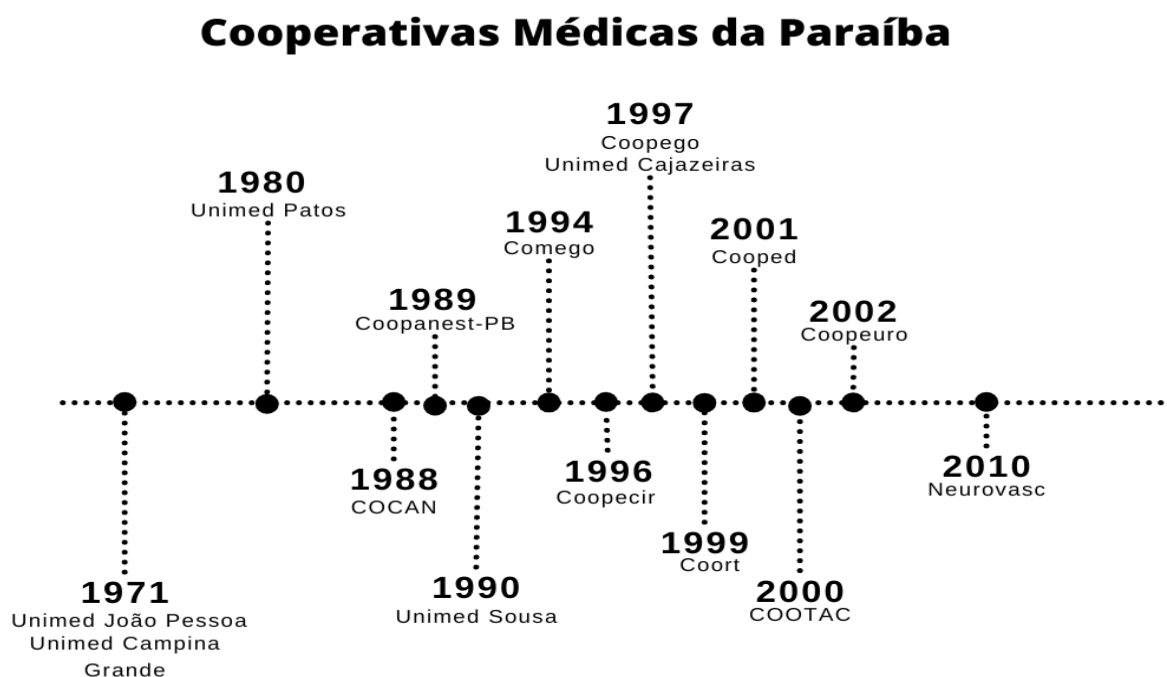
A maturação empresarial associada ao tempo também está vinculada à noção de ciclos de vida organizacionais, conforme já descrito por Greiner (1989) ainda em 1972, e ratificado por Quinn e Cameron (1983) e Adizes (2004). Sua teoria enfatiza que organizações passam por fases previsíveis de crescimento e crises, que exigem diferentes estilos de liderança e estratégias para sua superação. Empresas mais antigas possuem maior probabilidade de terem enfrentado e resolvido essas crises, acumulando, assim, experiência e legitimidade.

Portanto, o tempo de fundação não é apenas um marco cronológico, mas uma

dimensão fundamental que possibilita a formação de competências organizacionais, a sedimentação de cultura e valores, e a construção de uma posição de mercado sustentável. A Figura 3.2 apresenta uma linha do tempo com o ano de fundação das cooperativas de saúde do estado da Paraíba. Assim é possível destacar que as cooperativas de Campina Grande e João Pessoa são as mais antigas do sistema Unimed na Paraíba. Neste sentido, também se destacam as cooperativas de Anestesiologia, pois são as cooperativas de especialidade que estão em atividade há mais tempo. A Coopecir e Coort foram fundadas na década seguinte, encerrando um período de euforia cooperativista quando a maioria das cooperativas iniciaram suas atividades.

Figura 3.2

Cronologia da fundação das principais cooperativas de saúde da Paraíba



Fonte: Elaboração própria com dados da OCB-PB, 2024.

No entanto, apesar da importância da longevidade organizacional, existem outros fatores que devem ser considerados ao se buscar identificar empresas de destaque. A seguir abordaremos, entre outros, o Índice de Desempenho de Saúde Suplementar (IDSS).

- Organizações destaques no setor

As operadoras de saúde complementar, como já dito antes, são regulamentadas pela ANS, que tem como uma de suas funções avaliar a qualidade do serviço prestado por essas operadoras de saúde à sociedade. Adicionalmente, a ANS deve dar ampla divulgação dessa

avaliação para que a população tenha ferramentas na hora de escolher uma organização que zelar pela sua saúde.

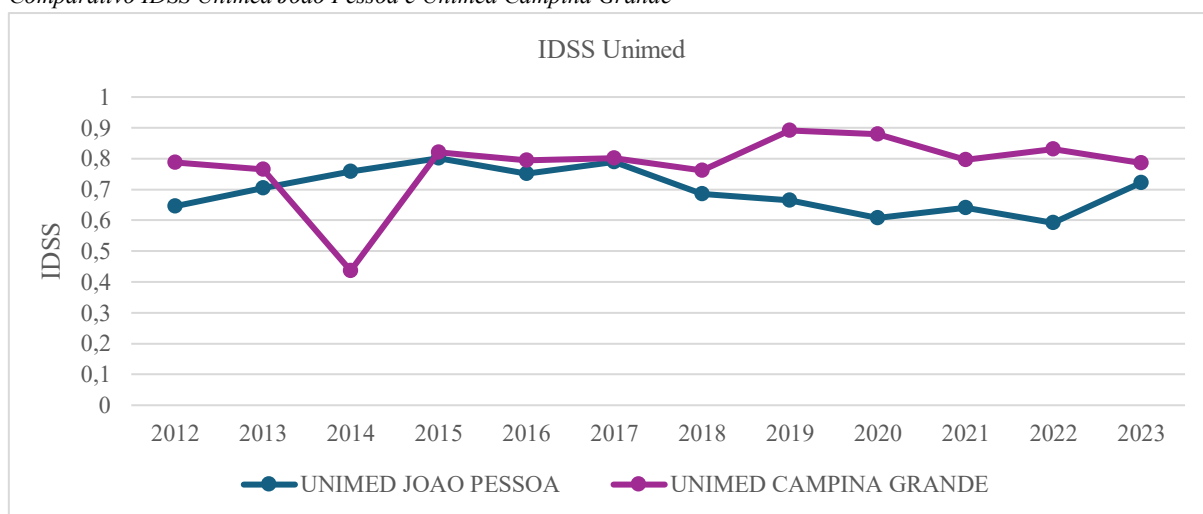
a) IDSS – Índice de Desempenho da Saúde Suplementar

O IDSS é calculado a partir de indicadores extraídos dos sistemas nacionais de informação ou de sistemas da ANS. Segundo o site oficial da ANS, este indicador permite a comparação entre operadoras, estimulando a concorrência baseada em desempenho. Este índice faz parte do Programa de Qualificação das Operadoras — PQO, que é a iniciativa mais antiga da ANS para o estímulo à qualidade setorial. O Programa permite a avaliação anual do desempenho de Operadoras, possibilitando que consumidores ou interessados em contratar um plano tenham acesso a informações detalhadas e periódicas sobre o desempenho do setor. Os resultados do Programa de Qualificação das Operadoras são traduzidos pelo Índice de Desempenho da Saúde Suplementar (IDSS).

Uma forma de compararmos o desempenho das cooperativas do sistema Unimed de João Pessoa e Campina Grande é avaliar seus IDSS ao longo do tempo. O Gráfico 3.1 permite a comparação do período entre 2012 e 2023, onde observamos desempenhos bastante semelhantes das duas maiores cooperativas de saúde da Paraíba, com uma leve superioridade da Unimed Campina Grande nos últimos anos.

Gráfico 3.1

Comparativo IDSS Unimed João Pessoa e Unimed Campina Grande



Fonte: Sala de situação da ANS, 2024.

Entretanto, essa semelhança de desempenho não significa que as cooperativas possuem a mesma estrutura organizacional e estratégia de atuação. Pesquisas anteriores apontam que cooperativas tendem a diversificar suas atividades, por exemplo, criando unidades

de negócio independentes como hospitais próprios e clínicas especializadas, o que pode influenciar seu desempenho (Duarte, 2001). No tópico seguinte vamos explorar o desempenho econômico-financeiro dessas duas cooperativas mais detalhadamente.

b) Perfil Econômico-Financeiro das Cooperativas

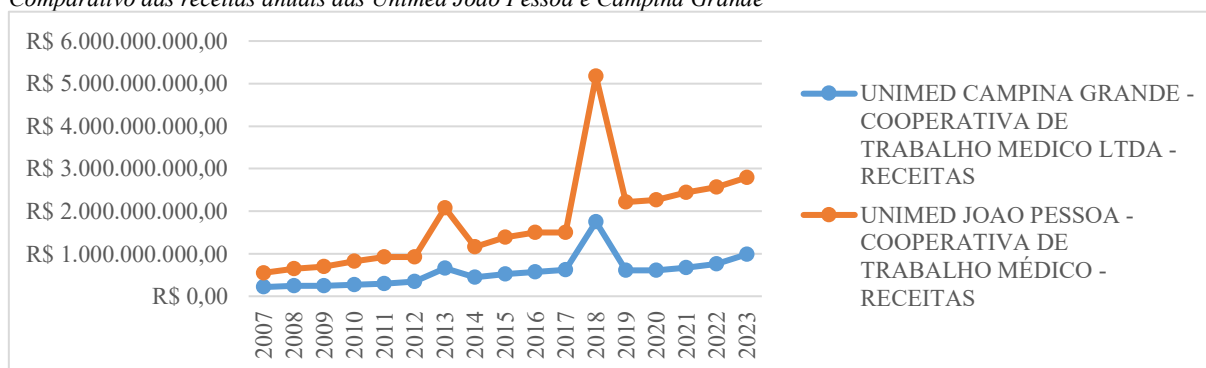
Para analisar o desempenho econômico-financeiro das cooperativas Unimed de João Pessoa e Campina Grande, diversos indicadores podem ser considerados, como taxa de crescimento, geração de sobas e retorno sobre patrimônio líquido. Neste caso, optou-se por utilizar a receita, uma vez que essa métrica é comumente empregada pela maioria das organizações.

Como destaca Assaf Neto (em seu livro *Valuation: Medição e Gestão do Valor das Empresas*; 2017), a receita é um indicador relevante na análise do sucesso e desempenho de uma empresa, embora não seja o único nem o mais completo. A receita está diretamente relacionada à capacidade da empresa de gerar vendas e penetrar no mercado, sendo uma métrica fundamental para avaliar o tamanho e a atratividade de um negócio em determinado setor.

No contexto de *valuation*, a receita é frequentemente utilizada como base para projeções financeiras e como indicador primário em métodos de avaliação, como o múltiplo de receita. No entanto, Assaf Neto (2017) ressalta que a receita isoladamente não é suficiente para determinar o valor ou o sucesso da empresa, devendo ser analisada em conjunto com indicadores de rentabilidade, geração de caixa e retorno sobre o investimento. Tendo isso em vista, o gráfico a seguir apresenta a evolução da receita das cooperativas de João Pessoa e Campina Grande no período de 207 a 2023.

Gráfico 3.2

Comparativo das receitas anuais das Unimed João Pessoa e Campina Grande



Fonte: Sala de situação da ANS, 2024.

Associando as informações da Quadro 3.3 e do Gráfico 3.2, é possível colocar a

Unimed João Pessoa, a Coopanest e a Coopecir em patamares mais altos quando nos referimos a faturamento anual e as comparamos com a Unimed Campina Grande, a Cocan e a Coort. Certamente o fato de estarem em cidades diferentes poderia vir a ser utilizado como fator primordial que explicasse tamanha diferença em desempenho. Por isso, fizemos um breve parêntese ao explicar o contexto histórico e econômico das duas maiores cidades da Paraíba.

- Semelhanças no desenvolvimento de João Pessoa e Campina Grande

João Pessoa e Campina Grande, dois importantes centros urbanos da Paraíba, compartilham características que destacam suas similaridades no contexto de desenvolvimento socioeconômico, desafios urbanos e oportunidades de negócio. Historicamente, Campina Grande foi uma cidade de destaque no estado, liderando economicamente durante boa parte do século XX devido à sua base industrial e ao protagonismo no setor algodoeiro. Entretanto, a capital João Pessoa, com suas funções administrativas e turísticas, assumiu posição de maior centralidade demográfica e econômica nas últimas décadas.

A população de João Pessoa ultrapassou a de Campina Grande ao longo do século XX, com aceleração significativa no final do período. Durante o censo de 1970, ambas as cidades apresentavam populações semelhantes, mas a capital do estado começou a crescer em ritmo mais acelerado devido à sua posição geográfica estratégica, políticas de urbanização e maior atração de investimentos, consolidando-se como a maior cidade da Paraíba nos censos subsequentes. No censo de 2022, João Pessoa contava com aproximadamente 910.000 habitantes, enquanto Campina Grande registrava cerca de 419.000 (IBGE, 2024).

Do ponto de vista econômico, João Pessoa e Campina Grande apresentam um perfil complementar. João Pessoa desponta com um setor de serviços robusto, impulsionado pelo turismo e pelo comércio. Já Campina Grande se destaca como polo de tecnologia e inovação, abrigando o Parque Tecnológico e eventos de grande porte, como o Maior São João do Mundo, que geram impactos econômicos expressivos na região. Apesar de suas peculiaridades, as duas cidades exibem potencial significativo para investimentos em áreas como educação, tecnologia e comércio, uma vez que ambas dispõem de instituições de ensino superior renomadas e uma crescente demanda por produtos e serviços qualificados.

Uma vez estabelecido quais as empresas tomadas como Visionárias e as de Comparação, esclarecido que o fator geográfico pouco influenciou no desempenho inicial das cooperativas em questão, e são semelhantes em longevidade e estrutura em seus respectivos estágios seminais, cabe indagar a razão para diferentes performances. O tópico seguinte introduz a importância da liderança como fator de melhoria do desempenho nas organizações,

segundo o modelo proposto por Collins (2001).

- Líderes nas Cooperativas Visionárias e de Comparação

A alternância de liderança é amplamente reconhecida como um mecanismo estratégico para a sustentabilidade e o crescimento organizacional. Sob a ótica de Jim Collins, o conceito de “Liderança Nível 5” enfatiza que líderes eficazes devem combinar uma profunda humildade pessoal com determinação inabalável para alcançar os objetivos organizacionais. Tal abordagem ressoa diretamente com a dinâmica de gestão em cooperativas de saúde, que demandam modelos de governança compartilhada e uma forte capacidade de adaptação às mudanças do setor.

Em cooperativas de saúde, a alternância de liderança assume uma importância singular, dada a necessidade de alinhar interesses coletivos, preservar os princípios cooperativistas e responder a desafios setoriais como regulação, inovação tecnológica e demandas crescentes de qualidade assistencial. A ausência de alternância pode gerar estagnação organizacional, dependência de lideranças centralizadoras e ineficiência na tomada de decisão. Collins (2018) destaca que as organizações visionárias prosperam não apenas devido à excelência de um líder em particular, mas pela institucionalização de sistemas que promovem continuidade estratégica, mesmo frente à mudança de liderança.

A alternância também favorece a oxigenação de ideias e a incorporação de novas perspectivas, contribuindo para a diversificação das competências no corpo gestor. Segundo Collins, líderes eficazes devem focar na construção de uma cultura de excelência que transcenda sua própria presença. Em cooperativas de saúde, isso significa criar estruturas participativas, fomentar a capacitação contínua e garantir que os valores cooperativistas sejam traduzidos em práticas de gestão inovadoras e resilientes.

Além disso, a alternância reforça o compromisso com a meritocracia, princípio destacado por Collins como essencial para o desempenho organizacional. Quando combinado com processos transparentes de sucessão, a prática pode fortalecer o engajamento dos associados e assegurar a continuidade de projetos estratégicos, minimizando os riscos de rupturas ou retrocessos.

A aplicação desse modelo nas cooperativas de saúde requer a institucionalização de políticas que estimulem a alternância de forma estruturada, respeitando a dinâmica democrática inerente a essas organizações. Planos de sucessão baseados em competências e programas de desenvolvimento de lideranças são instrumentos valiosos nesse contexto. Estudos empíricos, como os conduzidos por González-Romá e Hernández (2014) e Abernethy *et al.* (2010),

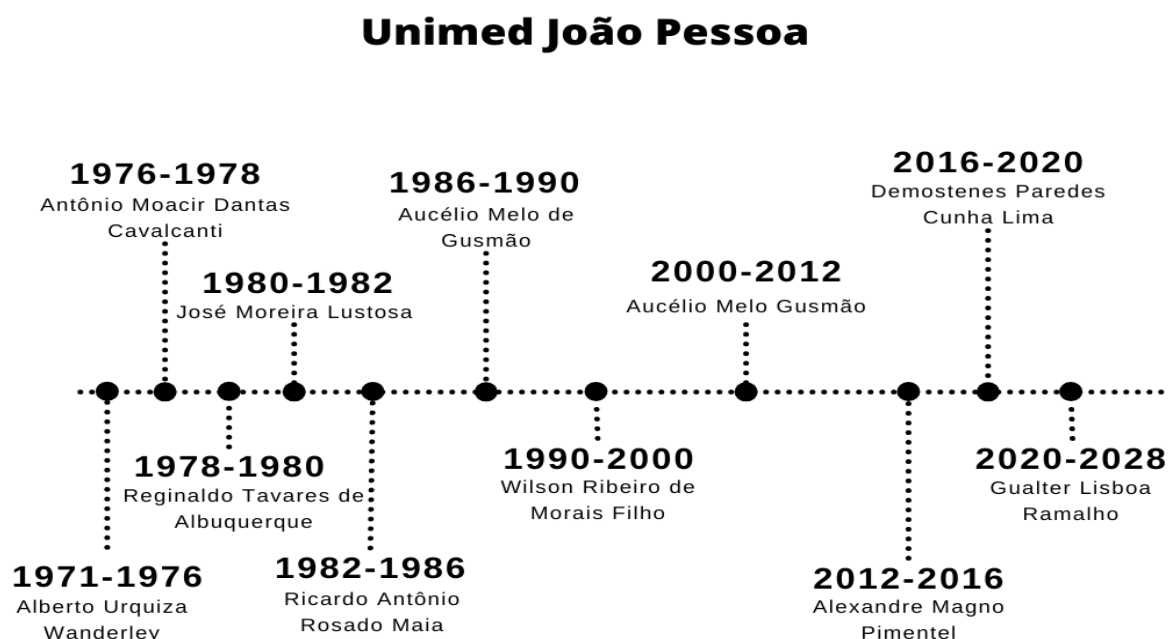
corroboram que organizações que adotam práticas de alternância bem geridas apresentam maior capacidade de adaptação às mudanças ambientais, maior eficiência operacional e níveis mais elevados de satisfação entre seus membros.

Portanto, a alternância de liderança, sob os princípios de Jim Collins, deve ser encarada como um fator estratégico para melhoria contínua e a longevidade das cooperativas de saúde. Tal abordagem não apenas fortalece a governança corporativa, mas também contribui para a construção de organizações visionárias capazes de combinar eficiência econômica com a promoção de bem-estar coletivo.

A Figura 3.3 e a Figura 3.4 apresentam o processo de sucessão dos líderes das cooperativas do sistema Unimed da cidade de João Pessoa e Campina Grande, respectivamente. Ao confrontarmos as duas figuras fica patente que apesar de terem a mesma longevidade houve maior alternância de líderes na Unimed João Pessoa. Em pouco mais de 50 anos de funcionamento ocuparam a cadeira de presidente do conselho de administração da Unimed Campina Grande 6 médicos cooperados, com um tempo médio de mandato de 8,6 anos. Enquanto a liderança da cooperativa da capital paraibana foi ocupada por 10 associados, cujos mandatos duraram em média 4,8 anos.

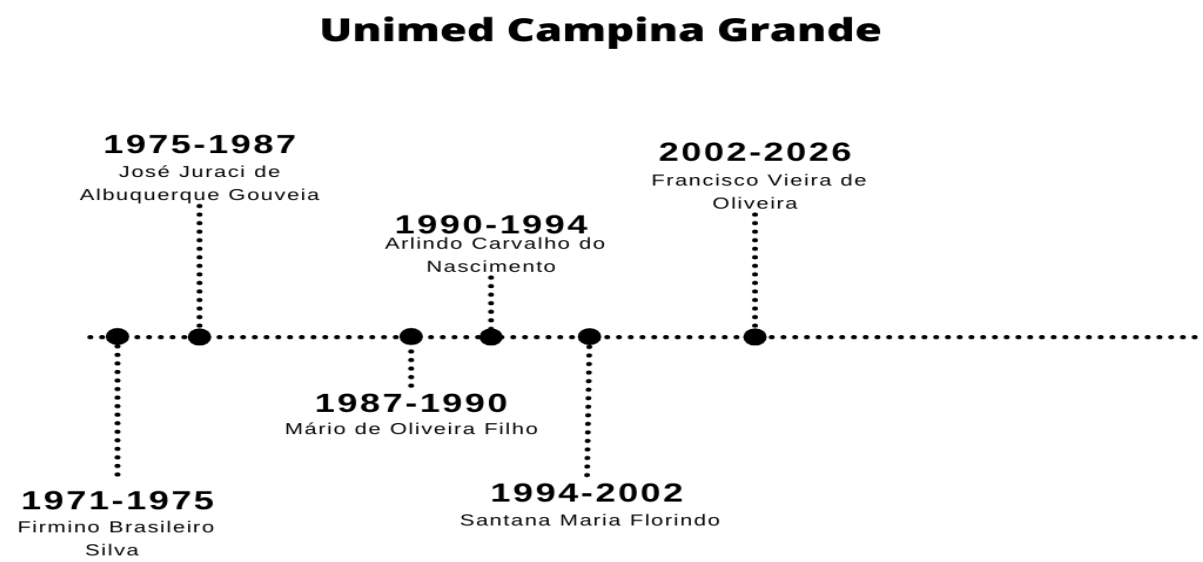
Figura 3.3

Cronologia dos mandatos dos presidentes da Unimed João Pessoa



Fonte: Elaboração própria com dados do site oficial da instituição, 2025.

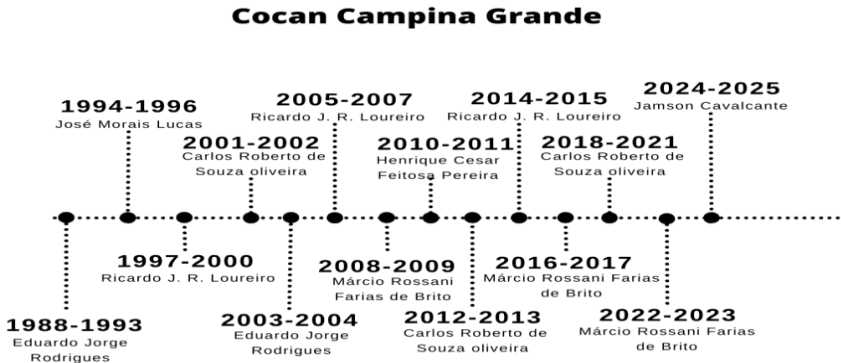
Figura 3.4
Cronologia dos mandatos dos presidentes da Unimed Campina Grande



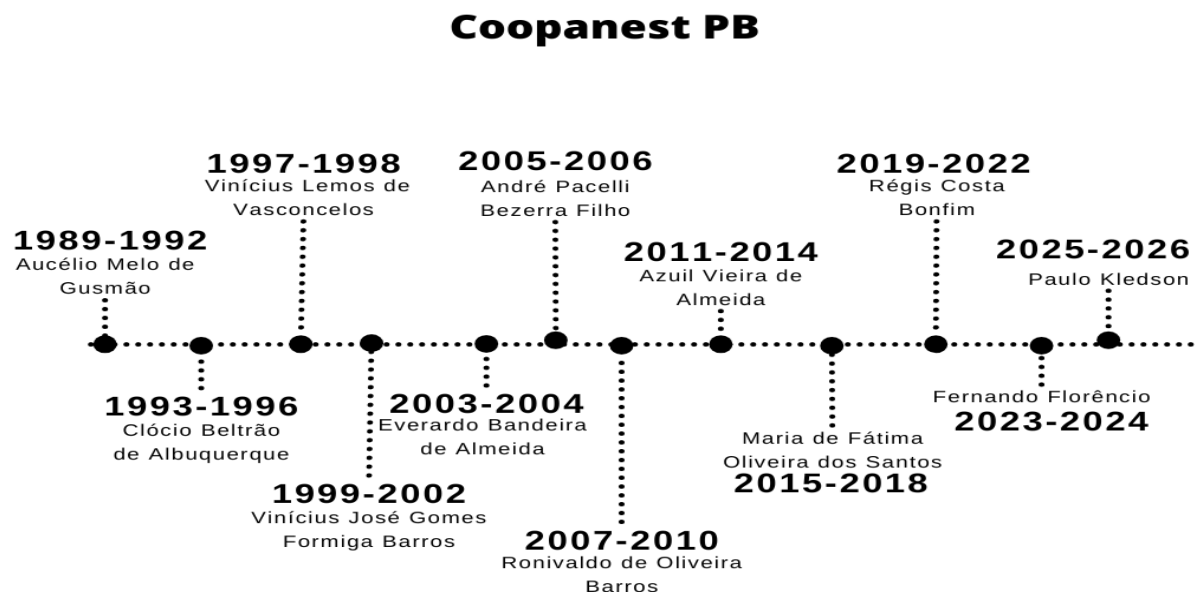
Fonte: Elaboração própria com dados do site oficial da instituição, 2025.

Ao analisarmos a história da liderança nas cooperativas de anestesiologia da Paraíba, ilustrada na Figura 3.5 e na Figura 3.6, podemos perceber alguns aspectos que chamam a atenção. A Cocan, cooperativa localizada em Campina Grande, no tocante a alternância de presidentes de conselho de administração tem como característica mandatos curtos, nenhum deles foi superior a 4 anos, em sua maioria os mandatos duraram 2 anos. Entretanto, apenas 7 associados se revezaram neste posto entre a fundação e 2025, 4 deles foram presidentes por pelo menos 3 mandatos. Em média um presidente permaneceu no posto por 5,14 anos, na Cocan até 2025.

Figura 3.5
Cronologia dos mandatos dos presidentes da Cocan Campina Grande



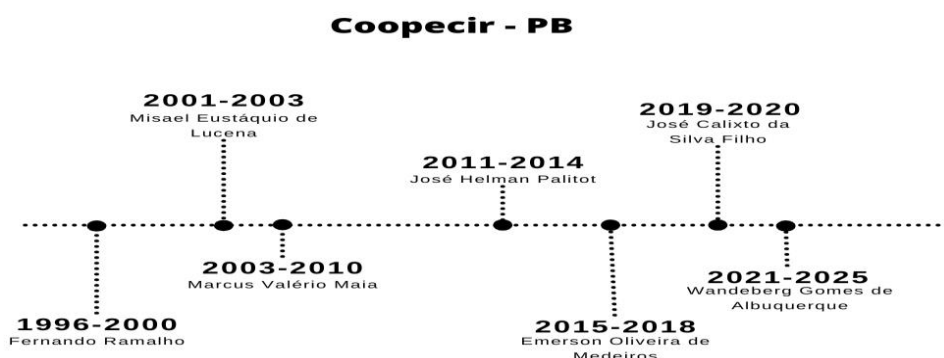
Fonte: Elaboração própria com dados informados pelos gestores, 2025.

Figura 3.6*Cronologia dos mandatos dos presidentes da Coopanest PB*

Fonte: Elaboração própria com dados informados pelos gestores, 2025.

A presidência da Coopanest, por sua vez, foi ocupada por 11 associados diferentes entre a sua fundação e 2025. Entre esses 11 presidentes, 7 deles ocuparam o cargo por dois mandatos consecutivos, nenhum deles foi reconduzido ao posto uma terceira vez. Assim, um presidente permaneceu no posto por 3,26 anos, em média, na Coopanest até 2025. Ou seja, a alternância da liderança máxima na Coopanest foi bem maior do que na Cocan.

Os mandatos dos diretores presidentes da Coopecir e Coort estão ilustrados na Figura 3.7 e na Figura 3.8, respectivamente. A coopecir foi dirigida por 7 associados entre sua fundação em 1996 e 2025. Estes mandatos duraram em média 4,42 anos, sendo que 5 dos 7 diretores permaneceram no cargo por 4 anos consecutivos ou mais. Outro ponto interessante é que não houve recondução ao cargo uma vez que o associado já tenha exercido mandato.

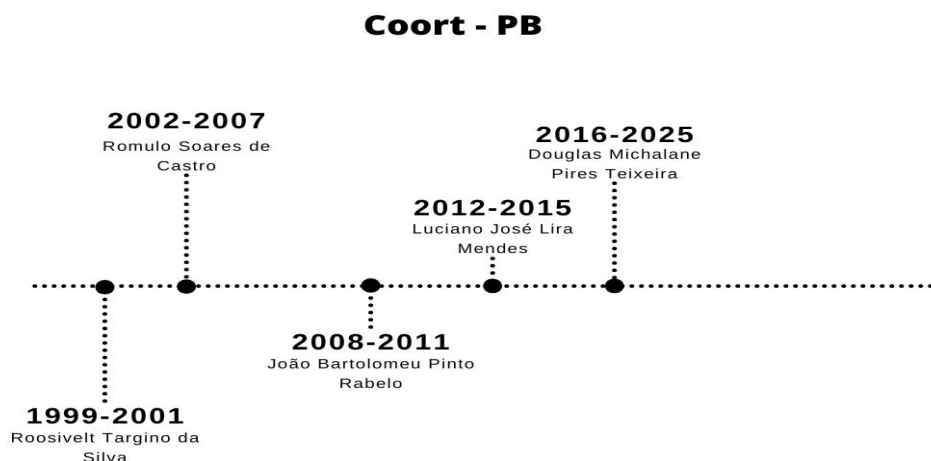
Figura 3.7*Cronologia dos mandatos dos presidentes da Coopecir PB*

Fonte: Elaboração própria com dados informados pelos gestores, 2025.

Por outro lado, a Coort teve apenas 5 associados em seus 26 anos de funcionamento. Em média cada diretor-presidente exerceu o cargo por 5,2 anos, apenas o primeiro deles ficou no posto por apenas 1 mandato, todos os outros ficaram ao menos 2 mandatos consecutivos. O atual diretor presidente permaneceu no cargo desde 2016 até os dias atuais, 2025.

Figura 3.8

Cronologia dos mantados dos presidentes da Coort PB



Fonte: Elaboração própria com dados informados pelos gestores, 2025.

No tópico seguinte, buscamos compreender, por meio da análise de entrevistas com os líderes das organizações já destacadas, as semelhanças e diferenças, de cunho gerencial, que podem ter impactado no desempenho organizacional.

3.5. Ciclos de vida das organizações

Por meio de entrevistas com os presidentes de conselho administrativo buscamos foi possível compreender alguns dos ciclos organizacionais, avanços e obstáculos enfrentados pelas cooperativas médicas selecionadas. Foram entrevistados 2 gestores de cada empresa Visionária, sendo o gestor ocupante do cargo em 2024 e um gestor anterior. No caso das empresas de Comparação o entrevistado foi apenas o gestor do ano de 2024. As entrevistas foram realizadas seguindo um roteiro elaborado pelo autor (disponível no Anexo I), por meio de teleconferência, gravadas em software específico e transcritas com o auxílio de ferramentas de inteligência artificial (IA) disponíveis no Microsoft Teams. Ainda neste sentido, ferramentas de IA foram utilizadas na organização e análise das entrevistas.

Uma das principais vantagens das ferramentas de IA é a capacidade de processar e analisar grandes quantidades de dados de forma automatizada e eficiente (Guerrero-Sole, 2022).

Isso permite que pesquisadores e profissionais obtenham uma visão geral de padrões, tendências e insights em um tempo muito menor do que seria possível com métodos manuais (Rocha *et al.*, 2023). No entanto, é importante ressaltar que o uso de IA também apresenta desafios e limitações. Alguns estudos apontam que os sistemas de IA podem apresentar vieses e erros, especialmente quando se trata de análise de sentimento e discurso, que envolvem complexidades da linguagem humana (Wimmer & Doneda, 2021; Rocha *et al.*, 2023). Outro desafio é a falta de transparência de muitos modelos de IA, o que pode dificultar a compreensão e a validação dos resultados (Rocha *et al.*, 2023).

Portanto, é crucial que os usuários dessas ferramentas estejam cientes das limitações e apliquem uma análise crítica aos resultados (Mann & Hilbert, 2020). Diante do exposto, vale a pena salientar que todas as entrevistas foram conduzidas pelo pesquisador, assim como todas as transcrições e análises e validação dos produtos das ferramentas de IA. Uma análise completa de cada entrevista foi disponibilizada no Anexo II deste trabalho. O tópico seguinte apresenta um resumo das entrevistas e suas análises. Diante do cenário transmitido pelos gestores, é possível compreender os avanços, desafios e em qual estágio ou ciclo de vida a empresa se encontra.

3.5.1 Sumário das entrevistas com gestores das cooperativas do setor saúde

Apresentamos um resumo das entrevistas e suas respectivas análises que buscam, por meio da Análise de Conteúdo e de Sentimento, além da percepção do pesquisador, aspectos gerenciais condizentes com os princípios divulgados por Jim Collins, ou estabelecidos na GBE. As três primeiras entrevistas foram as realizadas com gestores das cooperativas de especialidade de Anestesiologia de João Pessoa e de Campina Grande: Coopanest-PB e Cocan, respectivamente.

Entrevista com Maria de Fátima – Presidente da Coopanest nos anos de 2015 a 2018

A análise da fala de Maria de Fátima revela uma liderança com visão estratégica e orientada a processos, enfrentando desafios que vão desde a resistência interna até a dificuldade de engajar cooperados em uma cultura de colaboração e responsabilidade. Seu orgulho pelos avanços é evidente, mas ela demonstra uma frustração com a falta de engajamento e com algumas mentalidades mais fechadas à mudança. Ela se apresenta como uma líder dedicada ao fortalecimento e à profissionalização da Coopanest, mas reconhece que certos obstáculos, como a resistência cultural e o individualismo de alguns membros, são barreiras que ainda precisam ser superadas.

“Eu tentei ser uma presidente muito presente [...] mobilizar o cooperado, ele se sentir parte desse negócio, não é? [...] Ou ele se sente parte, ou então ele se sente um mero expectador.”

“Fizemos vários momentos convidando os cooperados [...] aderiu ao programa do SESCOOP [...] programa de qualidade, PDGC [...] indicadores, processo interno [...] criamos também um regimento interno de atividades.”

Os paralelos entre as práticas de liderança de Maria de Fátima e as metodologias de Jim Collins mostram afinidade com os conceitos de gestão voltados para a construção de uma cooperativa sólida e duradoura. Ao preservar os valores centrais, promover o engajamento dos cooperados, garantir a disciplina nos processos e cultivar uma cultura educativa, ela aplica os princípios que Collins identificou como essenciais para organizações visionárias e resilientes.

“Começamos dentro do planejamento estratégico [...] usando a ferramenta BSC, com 4 pilares: processos internos, pessoas, conhecimento, processo e finanças.”

“A gente passou a trabalhar com indicadores, desenhou todos os processos [...] criamos também um regimento interno.”

A análise da entrevista ainda revela uma forte associação com os princípios da gestão baseada em evidências, especialmente na estruturação de processos, no uso de indicadores de performance e na adoção de metodologias que trazem clareza e objetividade para as operações da cooperativa. No entanto, algumas limitações no engajamento dos cooperados e na sustentação de uma cultura de compliance sugerem que a GBE ainda enfrenta desafios culturais e de adesão.

Entrevista com Fernando Florêncio – Presidente da Coopanest nos anos de 2023 e 2024

Fernando Florêncio demonstra uma mentalidade alinhada com a metodologia de Jim Collins, principalmente na busca por uma liderança de longo prazo, institucionalização e inovação contínua. No entanto, ele enfrenta desafios específicos que dificultam a implementação plena desse modelo, especialmente no que se refere à resistência cultural e à necessidade de consenso em uma estrutura cooperativista.

“Quero colocar no estatuto que para ser um gestor da cooperativa, sem ter experiência comprovada de tantos anos... um MBA, alguma coisa desse tipo, você sabe que isso é muita responsabilidade...”

“Eu vejo que no futuro, se eu puder continuar com gestores mais profissionais... A visão do gestor é essa, é montar seu time no futuro, não é o meu time, é o time da cooperativa...”

Ele ainda demonstra foco na coleta e análise de dados, como exemplificado pelo monitoramento de recursos financeiros e o uso de sistemas de controle de glosas para avaliação financeira. Essa prática sugere uma forte intenção de consolidar a cooperativa como uma entidade que privilegia a objetividade.

“Só o ano passado, nós recuperamos quase 1 milhão em recursos de glosas.”

O entrevistado exibe uma abordagem de gestão orientada por evidências em muitos aspectos, mas enfrenta limitações significativas ao aplicar plenamente o GBE em uma estrutura cooperativista ainda tradicional, por mais avanços que esta já tenha feito. Sua dedicação ao compliance e ao monitoramento financeiro fortalece a associação com o GBE, mas a resistência cultural e a estrutura de consenso prejudicam a implementação total. A cooperativa, durante a sua gestão, está, portanto, em uma posição de transição: adota várias práticas da GBE, mas ainda enfrenta desafios para consolidar uma cultura orientada totalmente por dados.

Entrevista com Jamson Cavalcante – Presidente da Cocan nos anos de 2024 e 2025

O discurso de Jamson Cavalcante demonstra liderança voltada para o coletivo, capacidade de enfrentar desafios com honestidade, disciplina em manter o foco estratégico e um equilíbrio entre inovação e preservação de valores centrais. Assim, reflete vários conceitos da metodologia de Jim Collins. Entretanto, conflitos passados e uma visão limitada de longo prazo, mostram que a Cocan ainda está em processo de evolução, mas alinhada a princípios fundamentais que podem sustentá-la em sua trajetória para "grandeza" no contexto cooperativo.

“Estamos estruturando uma central de mercado em Campina Grande [...] para unificar as escalas da cidade e permitir maior controle e fiscalização.”

“Por mais diferente que eu pense da maioria, eu entendo que o processo é extremamente democrático.”

“O principal obstáculo realmente é manter a turma coesa.”

A Cocan adota alguns princípios da gestão baseada em evidências, especialmente na utilização de experiências organizacionais e na consideração de stakeholders.

“Mudamos nossa postura, reduzindo embates e adotando negociações mais argumentativas.”

No entanto, o uso mais abrangente de dados e evidências científicas ainda está no início, apresentando oportunidades significativas de melhoria. A associação da cooperativa com o modelo de GBE é incipiente, mas pode se fortalecer com investimentos em ferramentas, cultura e práticas baseadas em dados.

Os próximos 3 resumos dizem respeito às entrevistas e suas análises, realizadas junto aos gestores das cooperativas de especialidade cirúrgicas, a Coopecir e Coort, ambas sediadas em João Pessoa. Na sequência, apresentamos, em síntese, as análises das entrevistas com gestores das maiores cooperativas de trabalho médico do estado da Paraíba, as singulares Unimed de João Pessoa e de Campina Grande.

Entrevista com José Calixto – Presidente da Coopecir nos anos de 2022 e 2023

A fala do gestor revela forte identificação com o conceito de “liderança nível 5”, ao afirmar: “a Coopecir tem uma missão institucional que vai muito além do lucro”. Fica bem destacada a humildade e um foco na sustentabilidade. Calixto exemplifica bem os princípios de Jim Collins, especialmente no que diz respeito a foco estratégico, disciplina e liderança. O principal paralelo é a capacidade de transformar desafios em oportunidades, como visto na diversificação de convênios e modernização da cooperativa.

“Fernando Ramalho realmente foi um grande presidente e nos primeiros anos não tinha remuneração nenhuma. Ele andou muito, bateu em portas com o pires na mão para conseguir convênios.”

“Todo ano fazemos um planejamento mínimo básico e tentamos segui-lo. Não somos grandes, mas somos disciplinados.”

“Hoje temos tudo digitalizado. Contratamos novos softwares e regularizamos a parte de informática. Nosso próximo passo é usar inteligência artificial para gestão.”

A Coopecir apresenta uma associação moderada ao modelo de Gestão Baseada em Evidências. O uso de dados organizacionais e a expertise dos líderes são pontos fortes, mas há claras lacunas no uso de evidências científicas e na coleta de feedback estruturado dos stakeholders.

“Estamos tentando parcerias com o SESCOOP para oferecer cursos online e capacitar os cooperados. [...] Nosso maior desafio é engajar os cooperados. Apesar de

oferecermos cursos gratuitos, poucos participam.”

“A gente copiou o sistema da Unimed e diversificou os convênios. Hoje temos 19 convênios e atuamos em várias especialidades cirúrgicas.”

A ausência de sistematização científica e a centralização das decisões revelam pontos que afastam a prática atual dos modelos teóricos em sua completude. A transição para uma organização de maior solidez e alinhada tanto ao que descreve Collins quanto às boas práticas de GBE parece exigir, ainda, o fortalecimento de mecanismos participativos, de sucessão e de incorporação crítica de evidências externas.

Entrevista com Wandemberg Albuquerque– Presidente da Coopecir nos anos de 2024 e 2025

A entrevista com Wandemberg, ao ser analisada sob a ótica dos princípios de Jim Collins, revela traços de liderança alinhados a uma organização visionária. Ele demonstra clareza quanto à missão da cooperativa, foco disciplinado e compromisso com padrões éticos, como a implementação de políticas de compliance e LGPD. Há evidências de que busca formar uma equipe sólida e profissionalizada, e se empenha em garantir a perenidade da instituição.

“Estamos implementando uma política de compliance... e a política de LGPD, para criar um ambiente mais disciplinado e seguro [...] Estamos organizando a cooperativa em núcleos especializados.”

“Estamos lutando para manter um ambiente de respeito, isonomia e meritocracia.”

Referente às práticas de Gestão Baseada em Evidências (GBE), a atuação de Wandemberg apresenta alinhamento moderado, segundo nossa interpretação. Há sinais de uso de dados, especialmente na disponibilização de métricas de produção individual dos cooperados, promovendo transparência.

“O cooperado tem à disposição em tempo real o acompanhamento da produção dele através do site, com senha exclusiva.”

“A implementação de uma política de compliance... para atualização de tabelas e negociações com convênios.”

“Estamos oferecendo nosso serviço ao setor público e também privado em cidades próximas da área da grande João Pessoa.”

No entanto, percebe-se na fala do entrevistado que faltam elementos como o uso sistemático de indicadores financeiros, feedbacks estruturados e dados de mercado para

fundamentar decisões estratégicas, o que limita a plena adoção da GBE na prática da cooperativa. Assim, na Coopecir há uma combinação de elementos de uma gestão disciplinada e ética, com traços de uma empresa visionária no estilo de Collins, e uma aproximação com a GBE que pode ser fortalecida com maior estruturação e análise sistemática de dados. A evolução da cooperativa dependerá da consolidação desses pilares: propósito claro, cultura disciplinada e decisões cada vez mais informadas por dados.

Entrevista com Douglas Teixeira– Presidente da Coort de 2024 e 2025

A fala do gestor evidencia a carência de valores e propósito bem definidos, o que, segundo Collins, são fatores de comprometimento da longevidade da organização. A ausência de um núcleo defensor de uma cultura própria da cooperativa de ortopedia é apontada pelo próprio Douglas como condição primordial que levou ao desmonte da empresa. Outros elementos críticos, como a ausência de disciplina e a falha em priorizar pessoas certas antes de definir estratégias, reforçam o distanciamento da cooperativa dos pilares estratégicos propostos por Collins. Mesmo valores como a união, mencionados positivamente pelo entrevistado, careceram de sustentação prática e sistêmica, refletindo mais um ideal do que um núcleo preservado em meio aos avanços observados no mercado.

“Eu acho que a gente foi muito amador na gestão. Não se prepararam muito para metas, traçar planos...”.

“Eu tentei muito lutar para que os colegas disponibilizassem os plantões... Se a gente tivesse distribuído os plantões, eu acredito que teria sido diferente.”

“Eu acredito que o grande ponto na cooperativa é a união... tentar fazer esse espírito para as pessoas e isso se alimentar sempre. [...] Tem que agregar e trazer as pessoas que estão chegando.”

O relato de Douglas demonstra um distanciamento das práticas que caracterizam decisões organizacionais eficazes e sustentáveis. A adoção de decisões sustentadas por dados, experiências organizacionais sólidas e melhores evidências disponíveis são fundamentos necessários em uma organização moderna. No entanto, a condução da Coort foi marcada por improvisação e informalidade. Além disso, a ausência de mecanismos formais para avaliação e adaptação contínua comprometeu a capacidade de resposta da cooperativa diante do crescimento do mercado e do ingresso de novos profissionais. O relato revela que as decisões não foram baseadas em indicadores, análise de cenários ou revisão de práticas consolidadas, o que contraria os princípios basilares da GBE.

“A gente conseguiu pagar as contas, estamos redondos, mas faltou realmente esse planejamento. Acho que isso vai ser muito importante, porque essa quantidade de médicos que está chegando... se a gente não se unir, vai ficar um brigando com o outro.”

“Essa reserva de mercado... eu via iminência da perda da cooperativa. [...] Era só falta de organização deles.”

“Não tínhamos práticas de gestão baseadas em evidências ou ferramentas para esse fim.”

“Faltou interação com a sociedade, mostrar o serviço prestado e os dados anualmente. [...] A COORT não expandiu os serviços para a rede privada, o que poderia ter sido um diferencial.”

Assim, embora o discurso do Gestor revele uma preocupação genuína com valores cooperativos e com a continuidade da instituição, há uma série de afastamentos práticos em relação aos fundamentos defendidos por Jim Collins e pela GBE.

Entrevista com Demóstenes Cunha Lima – Presidente da Unimed-JP de 2016 a 2020

Como gestor e defensor dos valores originais da cooperativa, o entrevistado demonstrou compromisso com o núcleo da cooperativa, com disciplina financeira e com uma visão de longo prazo. Durante a entrevista, foram percebidos traços compatíveis com a metodologia de Collins, especialmente em relação ao conceito de “líder nível 5” e ao foco em pessoas certas no lugar certo. Notamos evidências de prioridade em formar times competentes e coesos, além da postura de humildade profissional e liderança compartilhada tão presentes na literatura de Collins. A persistência e a orientação para a construção de uma organização sólida também são aspectos presentes na fala de Demóstenes, embora, em alguns momentos, parece mais reativa do que propositiva, o que atenua parcialmente o alinhamento ao modelo em questão.

“Os valores de cooperação e intercooperação são fundamentais. Esses princípios, inspirados pelo cooperativismo de Mondragon, ainda guiam a cooperativa.”

“Procurei delegar para quem de fato sabia fazer... você não pode fazer tudo, ainda mais numa instituição deste tamanho. Tem que saber no mínimo aprender a delegar, saber a quem delegar, delegar com confiança.”

“A qualidade da informação e a rapidez da transmissão dessa informação é que estão trazendo a diferença.”

No entanto, ele enfrenta dificuldades com o engajamento dos cooperados e a adaptação

do modelo de plano de saúde. Acredita que a cooperativa precisaria fortalecer o compromisso dos cooperados com os valores cooperativistas, criar metas inspiradoras e encontrar uma estratégia de crescimento que respeite tanto os valores centrais quanto as demandas do mercado.

“A expectativa é... que venha um gênio e faça essa transformação que a gente tanto anseia... as novas gerações criadas com uma visão mais inovadora, talvez possam transformar nosso negócio.”

A prática de gestão de Demóstenes fez uso de consultoria especializada e informatização dos processos. Essas ações indicam uma sensibilidade à importância da informação qualificada. No entanto, a ausência de indicadores específicos sistemáticos e de processos robustos de avaliação contínua sem detalhamento dos resultados obtidos, o que é um indicativo de um uso ainda embrionário e não sistêmico da lógica da GBE. O foco está mais centrado em medidas financeiras e estruturais do que em métricas clínicas ou de satisfação dos cooperados e clientes.

“Na verdade, o que a gente procurou fazer foi se assessorar de especialistas... então se tem uma empresa expert na gestão, por exemplo, de fluxo de caixa, a gente chamava essa empresa para ajudar.”

“Nós adotamos um sistema operacional novo, foi muito trabalhoso, penoso... na medida do possível, fazia tudo para delegar para as melhores pessoas nos melhores lugares.”

Assim, percebemos o alinhamento da gestão conduzida por Demóstenes mais claramente à filosofia de Collins, sobretudo pela ênfase em equipe, liderança servidora e construção disciplinada, do que aos critérios rigorosos da GBE, que demandariam uma integração mais completa de dados quantitativos e avaliação contínua.

Entrevista com Gualter Ramalho – Presidente da Unimed-JP de 2020 a 2025 (mandato até 2028)

A gestão descrita por Gualter Ramalho apresenta diversas convergências com os princípios delineados por Jim Collins, especialmente no que se refere à liderança nível 5, ao foco em pessoas certas nos lugares certos e à construção de uma cultura organizacional sólida antes da definição de uma estratégia. A trajetória exposta evidencia um estilo de liderança que prima pela formação de equipes coesas, orientadas por valores e comprometidas com um propósito de longo prazo. Há também forte ênfase na autodisciplina, resiliência diante de crises e na valorização da cultura organizacional como motor de transformação.

“Espero que as futuras gestões mantenham o foco na sustentabilidade e governança robusta, garantindo que os avanços conquistados não sejam perdidos.”

“Não tenho problema em ser seletivo e reformar equipes onde necessário. Meu objetivo é preparar sucessores. [...] Mesmo em momentos difíceis, eu nunca me permiti desanimar. A equipe sentia a minha energia.”

“Implementamos o modelo OKR, com pilares como atenção primária, inclusão digital e promoção da saúde. [...] e due diligence, com foco em governança e accountability. [...] Cada unidade de negócio tem um gestor médico e um executivo. Ambos trabalham juntos para alinhar a operação.”

“Saímos de uma cultura doméstica e clientelista para uma governança corporativa robusta, com métricas claras e painéis de BI para acompanhamento de resultados.”

A valorização da análise crítica de informações, o aprendizado contínuo e a busca por decisões que combinem experiência profissional com dados concretos são características marcantes na fala de Gualter Ramalho. Nota-se o uso de referências empíricas e comparações com outras instituições como forma de balizar decisões estratégicas. Entretanto, algumas lacunas são perceptíveis no que diz respeito à utilização sistemática de evidências científicas na tomada de decisão, especialmente a não utilização de estudos acadêmicos revisados por pares. A ênfase em aspectos intuitivos e a centralidade da figura do gestor como fonte de orientação estratégica também marcam certo afastamento da GBE, que preconiza estruturas coletivas e mecanismos de governança que transcendam o conhecimento tácito individual.

“Introduzimos governança de dados e rastreamos 100% das operações até 2025. Hoje, tudo será auditável e rastreável. [...] Temos painéis de BI que acompanham as DREs e resultados de cada setor.”

“Implementamos o modelo OKR, inspirado no Vale do Silício, e estruturamos pilares estratégicos com base em melhores práticas de mercado.”

“Somos referência no Norte e Nordeste, com o melhor índice de desempenho operacional da região.”

Em síntese, o estilo de liderança de Gualter Ramalho mostra forte alinhamento com pilares conceituais tanto de Collins quanto da GBE, especialmente em sua valorização da cultura organizacional, resiliência pessoal e da observação empírica como suporte à ação. Contudo, a centralidade da figura do gestor aponta para a necessidade de maior integração com os mecanismos coletivos e perenes que ambas as abordagens defendem. O legado descrito, embora robusto, parece ancorado na liderança carismática e determinada de Gualter, o que, à

luz das teorias analisadas, representa tanto um trunfo quanto um desafio para a sustentabilidade organizacional no longo prazo.

Entrevista com Francisco Vieira – Presidente da Unimed-CG nos anos de 2002 a 2025

A gestão analisada revela certa proximidade com alguns dos princípios já apresentados anteriormente, principalmente no que se refere à liderança ética, ao foco disciplinado e à construção consistente de resultados. O estilo de liderança de Francisco Vieira valoriza a coletividade, apesar do evidente protagonismo individual e busca garantir estabilidade com visão de longo prazo. A centralização de decisões críticas, o uso de auditorias externas e os investimentos contínuos em infraestrutura e tecnologia ilustram a disciplina em pessoas e processos. A superação de passivos financeiros e o acúmulo de capital de reserva também foram pontos altos mencionados na entrevista. No entanto, a dificuldade de engajar novas lideranças foi percebida — algo que compromete a construção de continuidade. Também é limitado o enfoque no impacto direto ao cliente final, que requer paixão não apenas interna, mas voltada ao benefício externo da organização.

“Graças a um trabalho de equipe [...] não foi só dos 22 colegas que fazem parte e fizeram parte dessa gestão ao longo desses 18, 19 anos, mas pela maioria dos cooperados que entenderam e apoiaram a gestão.”

“Não é porque o Vieira é um cara bom [...] é resultado. Se você não tiver resultado, não tem gestor que vá continuar. [...] Defender os honorários médicos foi o objetivo inicial [...] e continua sendo uma prioridade no fortalecimento da classe médica.”

“Centralizamos as autorizações financeiras na diretoria, porque, quando é pelo dono, é diferente.”

“Temos dificuldades para atrair médicos jovens para a gestão, mas continuamos insistindo no engajamento das novas gerações.”

A gestão mostra certa afinidade com práticas orientadas por dados e por decisões técnicas. O estilo observado é analítico e orientado à minimização de riscos operacionais, como demonstrado nas menções ao uso de auditorias independentes, na busca por eficiência e controle de gastos e no cuidado com as margens econômicas da cooperativa. Entretanto, embora se observe uma racionalidade gerencial e um esforço de validação técnica, a metodologia GBE exige também um ciclo explícito de coleta, análise e aplicação sistemática de dados científicos e organizacionais. Nesse sentido, o distanciamento ocorre pela ausência de menções a indicadores específicos, revisões baseadas em evidência externa ou mecanismos de feedback contínuo. A experiência e o julgamento dos gestores, como os de Francisco Vieira, ainda

ocupam papel central nas decisões, com menor ênfase em protocolos derivados da literatura científica.

“Ao longo desse tempo, fomos construindo nossa reserva financeira, eliminando o déficit tributário e investindo em inovações tecnológicas.”

“Os softwares que implementamos ao longo dos últimos 15 anos permitiram maior controle e agilidade nos processos administrativos.”

“Tínhamos auditorias locais que enfrentavam dificuldades em negociar com colegas. Hoje, contratamos auditorias externas para evitar conflitos de interesse. [...] A adaptação de processos foi feita com base nas exigências do mercado nacional.”

A gestão de Francisco Vieira tem algum alinhamento aos valores de Jim Collins, especialmente no que tange à construção de uma cultura forte, disciplina organizacional e liderança baseada em resultados. O alinhamento aa GBE, embora presente em práticas pontuais, é mais superficial, revelando oportunidades para institucionalizar processos mais sistemáticos de tomada de decisão com base em evidência científica e dados organizacionais.

No tópico seguinte, temos por intenção apresentar a análise comparativa das gestões institucionais das empresas selecionadas como visionárias e de comparação. A comparação visa tão somente avaliar sua aderência aos princípios de empresas visionárias propostos por Jim Collins, bem como aos fundamentos da Gestão Baseada em Evidências (GBE).

3.5.2 Comparativo argumentativo das gestões cooperativistas na Paraíba: Um enfoque nos princípios de Collins e na Gestão Baseada em Evidências (GBE)

Este momento foi dedicado às análises, conforme já estabelecido, das seguintes duplas de comparação: Unimed-João Pessoa (gestões recentes) versus Unimed-Campina Grande; Coopanest-PB versus Cocan; Coopecir versus Coort. Não buscamos aqui apontar qual empresa é melhor, ou qual gestor obteve melhor desempenho de suas funções, mas apenas a aderência aos princípios estudados nesta pesquisa.

Unimed-João Pessoa versus Unimed-Campina Grande

A Unimed-João Pessoa apresenta uma gestão institucional caracterizada pela estruturação de uma cultura organizacional sólida, com forte integração de serviços, investimentos em inovação e verticalização. A implantação de centros logísticos, ouvidoria, canal de compliance, centro de inovação, projetos sociais e integração educacional sinalizam elevado grau de maturidade institucional e alinhamento com a liderança de nível 5, conforme a

tipologia de Collins. Além disso, a governança de dados e o desenvolvimento de um núcleo de inteligência corporativa evidenciam forte aderência à GBE, ao incorporar sistematicamente dados para decisões clínicas, operacionais e estratégicas.

O cenário atual (em 2025) foi possível, em parte, pela ação da gestão de 2016 a 2020, embora aquela tenha demonstrado menor ênfase em inovação sistêmica ou em cultura de legado, impulsionou avanços como a informatização e adaptação regulatória. O foco daquela gestão esteve mais em manutenção operativa do que em transformação organizacional, com incorporação de práticas, ainda que limitadas, que remetam à GBE.

Um aspecto importante a ser considerado é a **alternância e renovação de lideranças nesta cooperativa**. A Unimed-João Pessoa passou por diversos gestores ao longo de sua trajetória, somando 10 até então, com mandatos mais de menor duração (em média o mandato durou 4,8 anos), o que, em tese, poderia fragilizar a continuidade. No entanto, o fato de a liderança emergir do quadro de cooperados e da governança ter sido estruturada de forma a preservar os valores centrais e garantir a sustentabilidade institucional, fortalece um princípio caro à abordagem de Collins. A alta rotatividade de lideranças, nesse contexto, é compensada pela institucionalização de práticas, evidenciando um modelo em que o sistema é mais forte do que os indivíduos.

Em contraste, a Unimed-Campina Grande caracteriza-se por uma continuidade gerencial sustentada por um número menor de lideranças, apenas 6 associados entre 1971 e 2025, com longa permanência, em média o mandato durou 8,6 anos. Essa estabilidade, embora possa parecer vantajosa, tem se refletido em maior resistência à inovação e baixa renovação institucional, aspectos que distanciam a cooperativa dos princípios de adaptação dinâmica e desenvolvimento contínuo.

A Unimed-Campina Grande adota uma gestão centrada na defesa dos honorários e na preservação de práticas tradicionais como auditorias e maior controle de custos, pouco atrativa a novos cooperados. Isso pode ser aventado devido as falas do gestor atual e mais longo da cooperativa quando afirma que “*Nós temos [...] dificuldade de trazer os colegas [...] aí nessa base de idade de 30, 40, 45 anos. Os que se envolvem mais aqui [...] aqueles que já chegaram aos 50, não, chegando a 60 anos aí e tal.*”. Esse perfil mais conservador reflete certo distanciamento dos princípios de Collins, especialmente no que diz respeito à inovação disciplinada e à construção de culturas perenes, e apresenta baixa integração com a lógica de GBE, na medida em que carece de sistematização e uso de indicadores objetivos para a melhoria contínua.

Coopanest-PB versus Cocan

A Coopanest-PB apresenta uma gestão notavelmente profissionalizada, com adoção de ferramentas de gestão como o Balanced Scorecard, matriz SWOT e instrumentos de *compliance*. A preocupação com a formação de lideranças e com o engajamento dos cooperados evidencia uma cultura organizacional voltada para a sustentabilidade e melhoria contínua, em sintonia com os pilares propostos por Collins. Do ponto de vista da GBE, a adoção de processos baseados em evidências e a utilização de indicadores de desempenho nas decisões estratégicas posicionam a cooperativa em um patamar avançado.

A história da Coopanest também é marcada pela diversidade de dirigentes: 11 dirigentes nos pouco mais de 35 anos de funcionamento, com mandatos relativamente curtos (em média 3,26 anos). Essa rotatividade não impediu o avanço institucional, pois foi sustentada por um aparato gerencial sólido e um arcabouço de práticas organizacionais que garantem continuidade estratégica. A institucionalização dos valores cooperativos se sobrepôs à figura dos dirigentes, o que vai ao encontro da lógica de liderança nível 5 e de sistemas duradouros conforme Collins.

Já a Cocan tem sido conduzida historicamente por uma quantidade restrita de lideranças, apenas 7 associados em mais de 35 anos de operação, algumas das quais com permanência prolongada nos cargos ou em ciclos alternados. Isso tem favorecido, por um lado, a coesão interna, mas por outro, dificultado o surgimento de inovações organizacionais e práticas modernas de governança.

O modelo da Cocan, embora com avanços na consolidação interna, encontra-se em fase de amadurecimento. O foco ainda está centrado na coesão interna e no equilíbrio institucional, com menor expressão de iniciativas estruturantes ou de legados institucionais. A trajetória recente indica potencial, segundo fala do atual gestor, mas não evidencia a consolidação de uma cultura disciplinada e voltada ao longo prazo. Em termos de GBE, a atuação ainda carece de sistematização do uso de evidências na gestão administrativa.

Coopecir versus Coort

A Coopecir demonstra uma história de crescimento sustentado, com diversificação de convênios, aquisição de sede própria, profissionalização administrativa e ampliação da atuação além da região metropolitana da capital do estado. Ainda que sem ênfase em inovação tecnológica, a cooperativa revela valores organizacionais consolidados e busca de perenidade institucional. A adesão à GBE pode ser percebida parcialmente pela regularização de processos administrativos e esforços de institucionalização, embora ainda haja margem para avanço no

uso estruturado de dados.

As cooperativas de especialidade cirúrgica foram fundadas já no final da década de 1990, são mais recentes. A Coopecir teve 7 associados à frente de sua gestão, em sua maioria exerceram mandatos consecutivos que duraram em média 4,42 anos, sendo que nenhum dos ex-dirigentes foi alçado novamente ao posto de comando maior. Outro ponto interessante é que usualmente antes de alcançar o posto mais alto tinham alguma experiência em cargos menores durante a diretoria anterior, uma forma de reter o conhecimento tácito organizacional. Registros da Coopecir evidenciam que desse modo praticamente não havia disputas eleitorais pela direção, em sua história, houve apenas 1 eleição com duas chapas concorrentes.

A Coort, atualmente inativa, revelava em seus registros históricos falhas significativas de gestão, especialmente ao não ter conseguido atrair novos profissionais e nem estabelecer um sistema equitativo de distribuição de plantões. A falta de visão estratégica e de mecanismos de integração interna resultaram em sua desarticulação, demonstrando afastamento dos fundamentos defendidos por Collins, como disciplina organizacional, liderança efetiva e cultura voltada à longevidade. Da mesma forma, inexistente registro de práticas relacionadas à GBE, com decisões marcadas pela informalidade e ausência de critérios estruturados.

A informalidade da Coort dificultou sobre maneira a construção da linha do tempo dos diretores-presidentes, pois já não há documentos comprobatórios das eleições e muito menos sede com mural dos ex-dirigentes. Coube ao pesquisador interpelar aqueles que participaram da gestão afim de registrar a história da gestão da Coort. Foram apenas 5 associados que ocuparam o cargo máximo da cooperativa de ortopedistas da Paraíba, apenas o primeiro permaneceu por apenas 1 mandato, os demais lideraram a organização por pelo menos 2 mandatos, sendo o último mandatário o que perdura a mais tempo, gerindo o que sobra da empresa enquanto esta não é liquidada.

A Tabela 3.1 resume algumas características das gestões das cooperativas selecionadas. Cabe destacar o caso da Coort que já não está em atividade e coube ao último diretor presidente permanecer no cargo enquanto o processo de liquidação não for finalizado. Ainda assim, ao analisarmos a tabela fica patente a concentração da liderança em apenas alguns associados naquelas cooperativas que foram classificadas como empresas de comparação, se usadas como parâmetro os dados das organizações que buscaram mais eficientemente a excelência organizacional.

Tabela 3.1*Características da gestão das cooperativas selecionadas até 2025*

Cooperativa	Tempo de atividade	Quantidade de associados que foram presidentes	Tempo médio de mandato	Número mediano de mandatos	Moda do número de mandatos	Número máximo de mandatos
Unimed - JP	54 anos	10	4,80	1	1	4
Unimed – CG	54 anos	6	8,60	1,5	1	6
Coopanest – PB	35 anos	11	3,26	2	2	2
Cocan – CG	36 anos	7	5,14	3	1 e 4	4
Coopecir – PB	29 anos	7	4,42	2	2	4
Coort – PB	26 anos	5	5,20	2	2	5

Fonte: Elaboração própria, 2025

O tópico seguinte resume as práticas gerenciais que foram utilizadas pelas cooperativas de saúde e, desse modo, galgaram patamares superiores de excelência de qualidade permitindo serem destacadas como empresas visionárias no ecossistema de negócios do setor de saúde no estado da Paraíba.

Impressão final das entrevistas

Entre as instituições analisadas, destacam-se aquelas cujas práticas de gestão incorporam os fundamentos de Jim Collins e os princípios da Gestão Baseada em Evidências: liderança nível 5, disciplina organizacional, foco em legado institucional, responsabilidade social, inovação orientada por valores e uso sistemático de dados e indicadores para apoiar decisões. A Unimed-João Pessoa, Coopanest-PB e, em menor escala, a Coopecir, aproximam-se significativamente desses modelos. Outras cooperativas demonstram estágios intermediários ou fragilizados de maturidade institucional, com espaço para evolução em direção à cultura de excelência, sustentabilidade e decisões ancoradas em evidências seguras.

Ao compararmos empresas semelhantes e que operavam contemporaneamente em um mesmo ecossistema de negócios, procuramos diminuir o impacto de variáveis não explicativas para a diferença de desempenho entre as duplas selecionadas. Diante do relato dos gestores das maiores cooperativas do ramo de saúde da Paraíba, foi possível identificar as seguintes práticas gerenciais que as impulsionaram rumo à excelência organizacional: (1) verticalização dos serviços; (2) automatização e digitalização; (3) gestão logística e patrimonial centralizada; (4) telemedicina e serviços de atenção domiciliar; (5) educação corporativa e formação profissional; (6) responsabilidade social; (7) valorização profissional; (8) atuação tanto no setor público quanto privado; (9) eficiência na gestão de crises; (10) gestão baseada em sustentabilidade financeira e novos contratos; (11) utilização de ferramentas gerenciais (BSC, SWOT, planejamento estratégico etc.); (12) adaptabilidade; (13) foco em formação de

lideranças e gestores; e, finalmente, (14) liderança baseada no convencimento e participação democrática. No Quadro 3.5, tecemos alguns comentários sobre cada prática gerencial identificadas como condutas que conduzem à excelência organizacional.

Quadro 3.5

Comentários sobre práticas gerenciais.

Prática gerencial	Comentário
Verticalização dos serviços	Constitui uma estratégia de integração assistencial e financeira, que permite maior controle sobre a cadeia de valor da saúde, ampliando a eficiência operacional, a previsibilidade dos custos e a qualidade do cuidado, embora exija elevados investimentos e forte capacidade de coordenação institucional.
Automatização e digitalização	A digitalização de processos administrativos, financeiros e assistenciais viabiliza ganhos em escala, segurança da informação e integração sistêmica, modernizando as operações e alinhando às exigências regulatórias e de compliance.
Gestão logística e patrimonial centralizada	A centralização de insumos, equipamentos e ativos físicos assegura rastreabilidade, controle de perdas e otimização de recursos, especialmente em ambientes com grande rotatividade de materiais e alta complexidade operacional.
Telemedicina e serviços de atenção domiciliar	Estes serviços representam uma inflexão no modelo tradicional de atenção, ampliando o acesso, reduzindo custos e promovendo a continuidade do cuidado, especialmente em contextos de alta demanda e restrições de mobilidade.
Educação corporativa e formação profissional	Os programas institucionais de qualificação contínua fortalecem as competências técnicas e gerenciais, promovendo alinhamento cultural e inovação, essenciais para a sustentabilidade de organizações intensivas em conhecimento.
Responsabilidade social	A atuação socialmente responsável reforça a legitimidade das organizações perante a comunidade, agrega valor à marca institucional.
Valorização profissional	As políticas que promovem reconhecimento, remuneração justa e boas condições de trabalho está diretamente associada à retenção de talentos e satisfação do cooperado, sendo um fator crítico de sucesso em um mercado com escassez e alta mobilidade de profissionais qualificados.
Atuação tanto no setor público quanto privado	A diversificação das fontes de receita e a expansão da presença em diferentes segmentos fortalece a resiliência organizacional frente às flutuações do mercado, embora demande versatilidade regulatória e competências múltiplas na gestão contratual.
Eficiência na gestão de crises	A capacidade de responder de forma ágil e estruturada a eventos críticos é um diferencial competitivo, sobretudo em um setor vulnerável a choques epidemiológicos, políticos e financeiros. Envolve preparo prévio, comunicação eficaz e lideranças resilientes.
Gestão baseada em sustentabilidade financeira e novos contratos	A sustentabilidade econômica é o alicerce da perenidade institucional, exigindo constante avaliação de viabilidade, negociação estratégica de contratos e uso criterioso de indicadores de desempenho e risco financeiro.
Utilização de ferramentas gerenciais	A incorporação de métodos e instrumentos de gestão permite racionalizar decisões, alinhar ações aos objetivos organizacionais e transformar informação em conhecimento estratégico, essenciais em ambientes regulados e dinâmicos.
Adaptabilidade	A capacidade de ajustar estruturas, processos e modelos de negócio diante de mudanças no ambiente externo é vital em sistemas marcados por incerteza, judicialização e inovação tecnológica acelerada.
Foco em formação de lideranças e gestores	Formar líderes com competência técnica, visão sistêmica e sensibilidade relacional é estratégico para a governança cooperativa e a sustentação de processos complexos de transformação organizacional.
Liderança baseada no convencimento e participação democrática	Modelos de liderança que valorizam o diálogo, a escuta ativa e o consenso são especialmente adequados a ambientes associativos, promovendo engajamento, legitimidade das decisões e coesão interna.

Fonte: Elaboração própria, 2025.

Assim, as entrevistas com os gestores das cooperativas selecionadas revelam um panorama plural de práticas gerenciais. É notável o enorme avanço desde uma gestão calcada na intuição e na experiência administrativa de pequenos negócios, como clínicas e consultórios, rumo à profissionalização, com a adoção de ferramentas estruturadas de gestão estratégica, automação de processos e uso sistemático de indicadores.

A fala dos gestores transparece as dificuldades enfrentadas principalmente ao implantar a cultura de dados, que em muitas organizações ainda é embrionária, sendo frequentemente substituída por práticas informais e resistências históricas à transparência gerencial. A construção dessa cultura, elemento essencial para que essas organizações deixem de ser apenas boas e tornem-se verdadeiramente visionárias é um processo gradual e turbulento, exigindo líderes com capacidade de formar consensos, educar seus pares e implantar rotinas decisórias baseadas em evidências, o que representa não apenas uma virada técnica, mas sobretudo cultural, em organizações originalmente pautadas pela autonomia médica individual.

As entrevistas também evidenciam que a alternância de lideranças tem se mostrado um fator saudável para muitas dessas cooperativas, contribuindo para ciclos de renovação institucional e para oxigenação das práticas administrativas – especialmente quando a sucessão respeita os valores fundacionais e reforça a cultura organizacional construída ao longo do tempo. Esse achado contrapõe o argumento de Jim Collins sobre a centralidade de líderes carismáticos e visionários de longo prazo.

O contexto das cooperativas médicas, marcadas por governança colegiada e decisões por consenso, requer uma lógica distinta: aqui, a alternância não fragmenta, mas fortalece a cultura organizacional, desde que os sucessores estejam alinhados com os princípios do cooperativismo e com os pilares de uma gestão baseada em evidências. Esse fenômeno pode ser compreendido como uma expressão de maturidade institucional, onde a cultura se torna o verdadeiro lastro da continuidade, permitindo que diferentes lideranças contribuam com inovações incrementais sem comprometer a identidade coletiva — um desafio complexo, sobretudo em ambientes historicamente avessos à gestão orientada por dados e à formalização de processos decisórios.

Portanto, ao fim, identificamos as práticas gerenciais aplicadas por cooperativas de saúde da Paraíba que levaram a variações de desempenho organizacional. Isto foi possível porque investigamos, por meio de entrevistas com gestores das cooperativas, como essas práticas influenciaram o desempenho da empresa, convergindo para o entendimento dos impactos na organização, dos obstáculos a serem superados e das estratégias utilizadas.

No capítulo seguinte, exploramos um pouco mais as práticas gerenciais aqui identificadas dando-lhes aspectos mais gerais, buscamos compreender se as empresas com um nível de maturidade maior e que já atingiram a excelência organizacional também utilizaram tais práticas, se houve semelhança na trilha percorrida, e se há alternativas mais eficientes.

3.6 Análise interpretativa das práticas gerenciais das cooperativas de saúde da PB

A partir dos relatos dos gestores entrevistados, observou-se a presença, em diferentes graus, de práticas que dialogam com os princípios defendidos por Collins e com os fundamentos da GBE. A análise comparada permite identificar não apenas aproximações conceituais, mas também lacunas significativas na internalização dos referenciais teóricos.

Entre as cooperativas classificadas como visionárias, nota-se uma maior incidência de decisões ancoradas em dados e em relatórios sistemáticos. Um exemplo claro é o relato do gestor da Unimed-JP, ao afirmar que “hoje, temos um centro de inovação que une governança de dados e TI centralizada, criando bases sólidas para o futuro”, o que reflete o pilar da GBE voltado à integração de múltiplas fontes de evidência e à avaliação contínua. Essa prática também ressoa com o princípio de Collins referente à construção de um “confronto brutal com os fatos” — indicando que a excelência não se baseia em discursos motivacionais, mas em diagnósticos consistentes.

Em contraste, em algumas cooperativas de comparação, como aquelas de menor porte ou atuação regional, prevalece a lógica da experiência acumulada como principal guia das decisões. Em diversas falas, observa-se a ausência de indicadores consistentes e a predominância de julgamentos baseados em “sensações do grupo gestor” ou “conhecimento histórico do mercado”, o que evidencia um distanciamento da GBE. Essa postura, embora compreensível em ambientes informais e de escassez de recursos, representa um obstáculo à consolidação da cultura de dados e ao uso sistemático de evidências para inovação e melhoria.

Outro ponto de convergência com Collins refere-se ao princípio de “liderança nível 5”, caracterizado por gestores discretos, persistentes e orientados por um propósito coletivo. Tal perfil é exemplificado por líderes que relatam abrir mão de decisões centralizadas em favor de mecanismos colegiados de deliberação baseados em resultados e evidências, como o uso de painéis com metas de desempenho pactuadas. Nas cooperativas visionárias, esse padrão é mais evidente e institucionalizado; já nas cooperativas de comparação, a liderança tende a se concentrar em figuras fundadoras ou grupos históricos, dificultando a sucessão estruturada e o aprendizado organizacional coletivo.

Adicionalmente, o conceito do *flywheel* (volante organizacional), central na obra de

Collins, também encontra eco nos relatos daqueles que descrevem processos de amadurecimento institucional cumulativo — por exemplo, a introdução de pequenos ajustes operacionais, que com o tempo se consolidam em transformações estruturais. A correlação entre disciplina, persistência e resultados, mencionada por alguns gestores, reforça a hipótese de que a excelência organizacional não é resultado de eventos únicos, mas de práticas consistentes ao longo do tempo.

Já no que se refere aos pilares da GBE — evidência científica, dados internos, benchmarking setorial e expertise contextual —, percebe-se que a dimensão mais consolidada é a do uso de dados internos administrativos, seguida por práticas de benchmarking informal. A consulta a evidências científicas ou revisões sistemáticas ainda aparece como exceção, geralmente vinculada a gestores com formação acadêmica ou experiência prévia em instituições hospitalares acreditadas.

Em síntese, a análise das entrevistas reforça que as cooperativas classificadas como visionárias apresentam maior aderência aos princípios de Collins e maior maturidade na incorporação dos pilares da GBE. Isso sugere que o desempenho superior dessas organizações pode estar associado não apenas a fatores estruturais ou históricos, mas ao enraizamento de práticas gerenciais mais alinhadas com modelos de excelência baseados em evidências. Tais achados oferecem base sólida para a discussão aprofundada que será conduzida no capítulo seguinte, ao explorar os mecanismos internos e as trajetórias institucionais dessas cooperativas, avaliando uma organização modelo em excelência.

3.7 Considerações finais frente ao cenário paraibano

As análises desenvolvidas ao longo do Capítulo 3 permitiram caracterizar, com base em evidências empíricas, as práticas gerenciais adotadas por cooperativas do ramo de saúde atuantes no estado da Paraíba. A partir da aplicação de entrevistas com dirigentes e da sistematização comparativa entre cooperativas consideradas de referência e aquelas com desempenho menor, foram identificadas, qualitativamente, diferenças significativas em dimensões como governança, estratégia, gestão assistencial, inovação e cultura organizacional. As práticas adotadas pelas cooperativas de maior desempenho evidenciam uma progressiva institucionalização de mecanismos formais de gestão e uma maior aderência a modelos organizacionais orientados para a qualidade e a sustentabilidade.

Observamos que as organizações visionárias apresentam uma cultura mais favorável ao uso sistemático de dados e ao efetivo planejamento estratégico, além de evidenciarem maior comprometimento com a formação gerencial e com a profissionalização de seus processos

decisórios. Um achado relevante diz respeito à maneira como essas cooperativas administram a alternância de lideranças: diferentemente das organizações de comparação, em que mudanças abruptas geram descontinuidade, as cooperativas de referência passaram por mais ciclos sucessórios, ainda assim preservando a continuidade institucional e evitando personalismos. Essa capacidade de alternar lideranças sem comprometer o rumo estratégico evidencia maior maturidade política e institucional.

A contribuição deste estudo para a tese está em evidenciar, de forma empírica, que o desempenho organizacional de cooperativas de saúde está diretamente vinculado ao grau de maturidade institucional de suas práticas gerenciais. Os achados sugerem que não se trata apenas de adotar ferramentas de gestão isoladamente, mas de construir rotinas, estruturas e culturas que sustentem, de forma contínua, a excelência operacional. Além disso, o capítulo reforça a hipótese de que a cultura baseada em dados — aqui identificada como arquidesafio — é um elemento estruturante e diferenciador nos casos de maior êxito institucional.

Por fim, o estudo realizado articula-se diretamente com os fundamentos teóricos apresentados no Capítulo 2, ao validar, na prática, os referenciais conceituais discutidos sobre excelência organizacional, ecossistema de negócios e GBE. A observação das experiências paraibanas permite compreender como esses modelos se manifestam em realidades distintas e em diferentes estágios de desenvolvimento. Tal articulação sustenta a relevância do referencial adotado e prepara o terreno analítico para a investigação aprofundada do caso Unimed-BH, que é a melhor referência brasileira de êxito e excelência de desempenho, apresentada no capítulo seguinte.

CAPÍTULO 4 – ORGANIZAÇÕES DE EXCELÊNCIA DE DESEMPENHO: CASO DA COOPERATIVA UNIMED BELO HORIZONTE

O paradigma de excelência na Administração consolida-se como uma diretriz estratégica para organizações que buscam desempenho sustentável, adaptabilidade e diferenciação em mercados competitivos. Desde a popularização do tema na década de 1980, com a obra “Em busca da excelência” de Peters e Waterman (2004), a excelência deixou de ser apenas um atributo subjetivo para tornar-se objeto de sistematização por meio de modelos normativos e ferramentas de gestão. No entanto, o conceito evoluiu significativamente ao ser confrontado com abordagens mais empíricas e sustentadas por evidências, como as propostas por Jim Collins e pelos modelos contemporâneos de gerenciamento baseado em dados.

A contribuição de Jim Collins, especialmente em “Empresas Feitas para Vencer” (2018), desloca a discussão da excelência como uma condição estática para um processo dinâmico e disciplinado de transição organizacional. Para Collins, empresas verdadeiramente excelentes não apenas atingem resultados superiores, mas o fazem com base em liderança humilde e obstinada, cultura organizacional sólida e uma clara compreensão do que chama de “O conceito do porco espinho” — a interseção entre paixão, competência e viabilidade econômica. Em sua visão, a excelência decorre de práticas consistentes ao longo do tempo e é sustentada por mecanismos institucionais internos, e não por carisma ou modismos gerenciais.

Essa perspectiva dialoga diretamente com a evolução da Gestão Baseada em Evidências (GBE), abordagem que reforça o papel da informação como recurso estratégico para a tomada de decisão, avaliação de desempenho e promoção de melhorias contínuas. No paradigma contemporâneo, a excelência é cada vez mais mensurada e guiada por métricas claras, indicadores-chave de desempenho (KPIs) e análises estatísticas, permitindo que gestores, idealmente embasados em indícios científicos, testem hipóteses, validem intervenções e reduzam a margem de erro na execução estratégica (McAfee *et al.*, 2012). Assim, a adoção de práticas orientadas por evidências fortalece o ciclo de aprendizagem organizacional e sustenta a resiliência institucional.

Essa lógica sistêmica e orientada por resultados, integrando critérios de liderança, estratégia, pessoas, processos e desfechos em uma abordagem holística de gestão está refletida na excelência de desempenho. Quando aliada à disciplina empírica e ao uso intensivo de evidências, torna-se itinerário eficaz para o desenvolvimento de organizações de excelência, ou seja, capazes de conciliar ideologia central com progresso contínuo e sustentável.

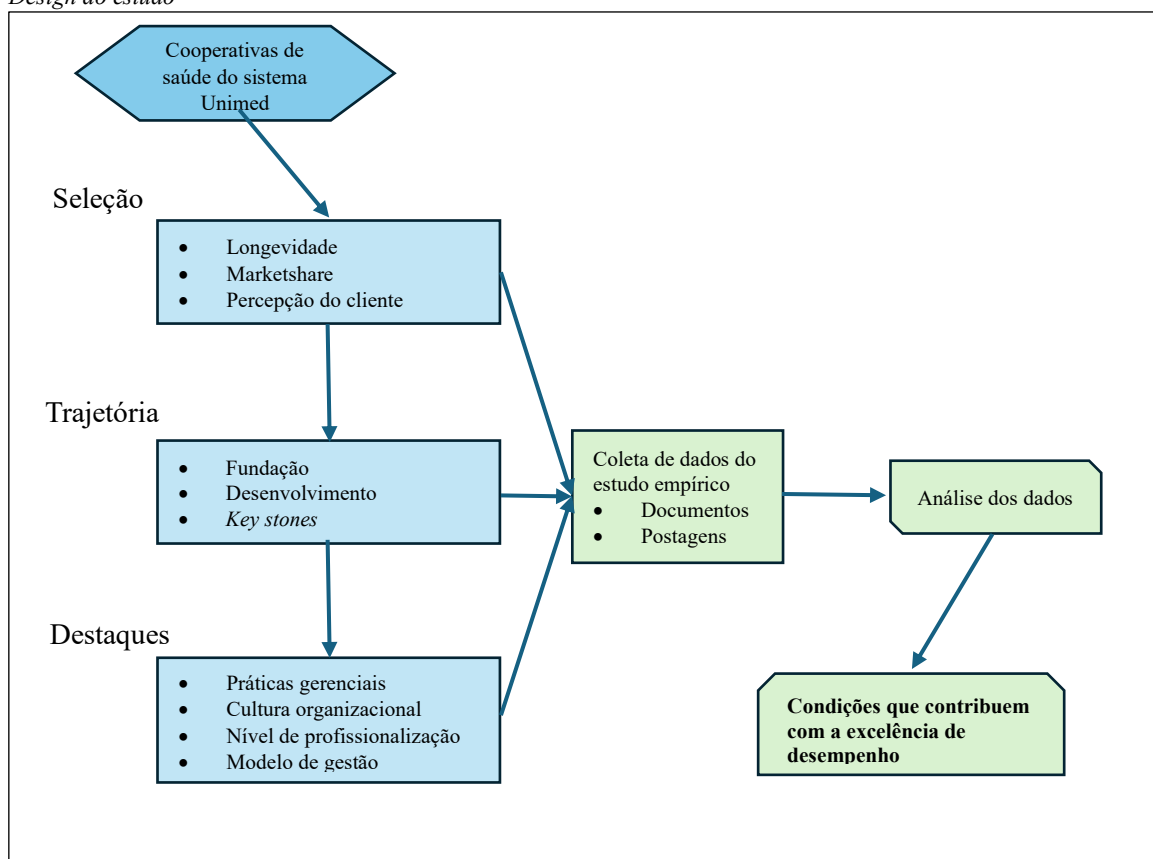
Entretanto, é necessário observar que o paradigma de excelência não deve ser reduzido

ao simples acolhimento de um percurso utilizado por organização que atingiu a excelência de desempenho. Autores como Mintzberg (2004) advertem contra a padronização excessiva e a adoção acrítica de modelos de excelência, que muitas vezes negligenciam a complexidade dos contextos organizacionais. A excelência, portanto, deve ser compreendida menos como um destino e mais como uma jornada contínua, dependente da coerência estratégica, da integridade dos processos e da inteligência com que se utilizam as evidências disponíveis.

Em síntese, a articulação entre os fundamentos do paradigma de excelência e a lógica da gestão baseada em evidências reforça uma visão contemporânea da excelência: menos prescritiva e mais empírica, orientada por princípios claros, liderança disciplinada e capacidade analítica. Essa convergência representa uma contribuição significativa para o campo da administração, especialmente no que tange à transformação de organizações em ambientes voláteis e de alta complexidade, a exemplo do ecossistema de negócios da saúde.

Com vistas nesse cenário, este estudo teve como principal finalidade **descrever como práticas gerenciais foram implementadas por cooperativas de saúde com reconhecido padrão de excelência de desempenho**. Para tanto, o percurso metodológico tomado por este estudo está indicado na Figura 4.1.

Figura 4.1
Design do estudo



Fonte: Elaboração própria, 2023.

Com base no objetivo acima indicado, procuramos verificar se há semelhanças entre as práticas gerenciais adotadas pelas organizações de excelência do ecossistema de negócios de saúde da Paraíba e a cooperativa de saúde tida como exemplo de excelência organizacional no Brasil, segundo o anuário de Valor 1000 (2024) e site do Sistema OCB (Organização das Cooperativas Brasileiras, 2024). Por fim, em conjunto com os capítulos anteriores, esperamos apontar as práticas gerenciais que conduziram organizações complexas, como as cooperativas de saúde, à excelência organizacional.

Após revisão da literatura incluída nos capítulos 2 e 3 desta Tese, percebemos lacunas quanto a registros e análises do cenário organizacional brasileiro e suas melhores práticas. Tal condição é ainda mais relevante se considerarmos o setor da saúde, e ainda mais proeminente quando especificamos o cooperativismo neste setor, apesar de sua importância econômica e social. Portanto, para atender a proposta central deste estudo foi necessário **verificar as práticas gerenciais aplicadas por cooperativas de saúde que são associadas ao incremento de desempenho ao ponto de conduzir a organização rumo a excelência organizacional.**

Para tanto, procuramos **identificar quais organizações nacionais do tipo cooperativa do ramo de saúde são reconhecidas por sua excelência de desempenho**, adotando conceitos descritos em capítulos anteriores. A etapa seguinte foi **apresentar um breve relato de sua história, buscando destacar quais aspectos foram marcantes e decisivos para o sucesso da empresa.** Por meio de entrevistas realizadas com gestores da instituição buscamos **realçar as práticas gerenciais, como as implementações ocorreram, assim como obstáculos e impactos gerados durante todo o percurso da cooperativa de saúde.**

Dessa forma, argumentamos de forma consistente acerca dos aspectos que foram teorizados nos capítulos iniciais desta tese, associando-os ao estudo empírico do capítulo 3 e ao estudo de caso deste capítulo. O encadeamento de teorização, estudo empírico e descrição de fato relevante do mercado, através de estudo de caso, além de ilustrar quais práticas foram necessárias para alcançar a excelência de desempenho, buscaram contribuir com a formação de conhecimento nessa temática.

Como dito, inicialmente, abordamos aspectos teóricos relativos às práticas gerenciais identificadas como importantes, se não fundamentais, para se atingir a excelência de desempenho. Durante este desenvolvimento teórico procuramos demonstrar a intrínseca relação entre o paradigma de excelência e o gerenciamento de dados, demonstrando que a essência em todo esse processo pode ser encontrada em uma cultura sólida baseada em dados. Em seguida, contamos um pouco da história do sistema Unimed nacional e selecionamos, dentre as cooperativas de saúde do sistema Unimed, aquela singular que se destacou nacionalmente.

A referida organização se destacou de tal forma que passou a ser considerada um exemplo a ser seguido por outras singulares, e mesmo por cooperativas que não integram o sistema Unimed. Devido a isto, o tópico seguinte foi destinado ao estudo de caso da Unimed-BH. Apresentamos a análise da entrevista realizada com os principais gestores daquela instituição no tópico seguinte. Na sequência, tecemos considerações associando o caso de sucesso e o arcabouço teórico já delimitado. O penúltimo tópico foi onde apresentamos associações entre o estudo de caso e os achados empíricos nas cooperativas de saúde paraibanas. Por fim, no último tópico são apresentadas as nossas considerações finais.

4.1. A busca pela excelência: generalizações para o setor da saúde

A metodologia adotada neste trabalho foi inspirada nas publicações de Jim Collins e seus colaboradores. Estes pensadores identificaram características em empresas de maior sucesso, chamadas de ‘Visionárias’, tais como possuir ideologia central forte e compromisso com o progresso contínuo.

Nas cooperativas de saúde, essa visão de diferencial de excelência pode ser relacionada ao compromisso com os princípios cooperativistas, atendimento de excelência, e a sustentabilidade do negócio. Entretanto, as cooperativas de saúde enfrentam o desafio adicional de alinhar os interesses de seus membros com os objetivos mais amplos de prestação de serviços de saúde à comunidade como negócio sustentável.

A rotatividade de lideranças, um elemento comum nas cooperativas, poderia dificultar a implementação de uma visão de longo prazo contínua, como recomendado por Collins. Nesse sentido, a adoção de uma estrutura que enfatize a continuidade dos valores e o desenvolvimento interno de líderes certamente não só ajuda a minimizar esse problema, mas tem se mostrado vantajosa no sentido de renovar e democratizar a liderança. Cooperativas com desempenho melhor tiveram maior alternância de líderes diferentes em seu comando.

Portanto, a cultura organizacional ocupa papel central no compartilhamento da visão e dos objetivos da organização. As cooperativas com melhor desempenho na busca pela excelência operacional primaram por solidificar a cultura organizacional, pois esta é um recurso valioso uma vez que fortalece a coesão entre os membros da cooperativa, e garante a continuidade de sua missão central, mesmo com mudanças na administração.

Assim, o foco na preservação de uma ideologia central enquanto estimula o progresso, além de outras características das organizações visionárias apontadas nas publicações de Collins, devem ser perseguidas pelas organizações que almejam excelência de desempenho no ecossistema de negócios de saúde, respeitando as peculiaridades aqui apontadas. Além da

renovação na liderança organizacional, observou-se a necessidade de uma base sólida de evidências para a tomada de decisões, o que está fortemente alinhado aos conceitos de empresas visionárias e aos princípios da Gestão Baseada em Evidências (Moura & Bitencourt, 2006; Nobre *et al.*, 2011).

4.1.1. Empresas Visionárias e o Ecossistema de Negócios de Saúde

Collins e Porras destacaram que empresas visionárias são aquelas que possuem um conjunto de valores centrais que guia todas as suas ações, mas que são suficientemente flexíveis para se adaptarem ao progresso e às mudanças externas (Collins & Porras, 1991). No contexto da saúde, essa visão é crucial, pois em seu ecossistema há a necessidade de adaptação rápida, não só devido às mudanças de mercado, mas também por conta das inovações tecnológicas, da evolução dos cuidados médicos e das mudanças nas regulamentações.

A abordagem de Collins, neste sentido, ajuda a entender como organizações de saúde podem manter sua missão de fornecer cuidados de alta qualidade enquanto se adaptam ao progresso contínuo na medicina e na tecnologia. Uma organização de saúde que se define por uma forte cultura baseada em valores, como a qualidade do atendimento e a ética, pode ser capaz de garantir um equilíbrio entre a sustentabilidade econômica e a responsabilidade social (Gomes *et al.*, 2015; Lopes *et al.*, 2018).

Por exemplo, um hospital que alcança esses princípios se concentra na formação de uma cultura corporativa que promove o bem-estar do paciente, ao mesmo tempo em que investe em inovação e adapta suas práticas para melhorar a eficiência operacional e a qualidade dos serviços prestados. Considerando um hospital como parte de uma cooperativa, adiciona-se o compromisso de oferecer boas oportunidades e condições de trabalho aos cooperados.

Entretanto, como percebemos na análise das entrevistas na seção anterior, ser visionária não é suficiente para organizações que buscam a excelência no setor da saúde. A sustentabilidade operacional depende do alinhamento da empresa aos princípios da Gestão Baseada em Evidências e de uma cultura baseada em dados bem estabelecida, pontos que constituem enormes desafios no ecossistema de negócios da saúde, como já explicado.

4.1.2. Gestão Baseada em Evidências (GBE) no Setor de Saúde

A GBE, como já indicado anteriormente nesta tese, refere-se à tomada de decisões gerenciais com base nas melhores evidências gerenciais, organizacionais e científicas disponíveis, em vez de depender exclusivamente de intuição ou práticas tradicionais. A aplicação da GBE no setor de saúde tem se mostrado uma ferramenta poderosa para garantir

que as decisões gerenciais levem em conta os resultados clínicos e administrativos mais eficazes, utilizando sistematicamente dados e pesquisas para embasar essas escolhas (Silva *et al.*, 2014; Lopes *et al.*, 2018; Thum *et al.*, 2019; Wasgen *et al.*, 2019).

De acordo com Pfeffer e Sutton (2006), a GBE é um conceito crítico para garantir que as organizações de saúde sejam capazes de integrar as melhores práticas disponíveis em seu processo de tomada de decisão, fortalecendo sua capacidade de inovação e de manutenção da qualidade no atendimento. No contexto das cooperativas de saúde, essa prática é especialmente útil para alinhar as práticas gerenciais às evidências científicas, melhorando a eficiência e a qualidade dos serviços de saúde oferecidos.

A relação entre a estrutura de Collins e a GBE pode ser vista como complementar. Enquanto Collins oferece uma estrutura estratégica para que as organizações se mantenham fiéis aos seus valores fundamentais, a GBE fornece as práticas para garantir que as decisões tomadas estejam baseadas em dados empíricos. Isso permite que as organizações, principalmente no setor de saúde, ajam de maneira mais fundamentada, combinando uma cultura organizacional forte com evidências científicas para implementar mudanças e inovações. Portanto, a relação entre a estrutura de Collins e a GBE no ecossistema de saúde pode ser compreendida através de três pontos principais:

1. **Ideologia Central e Evidências:** a ideologia central de uma organização de saúde — seja o compromisso com a excelência no atendimento ao paciente ou com a promoção da saúde pública — pode ser continuamente sustentada se fundamentada em evidências. Isso garante que os valores centrais não sejam meramente abstratos, mas orientados para práticas que efetivamente melhoram os resultados de saúde e eficiência operacional.
2. **Preservação e Progresso através de Evidências:** a preservação dos valores centrais, junto com a adaptação às mudanças no ambiente, pode ser feita de maneira mais eficiente ao utilizar evidências como guia. Ao aplicar práticas e ferramentas baseadas em evidências, as organizações de saúde podem garantir que suas adaptações e inovações sejam eficazes e sustentáveis.
3. **Foco no Longo Prazo Sustentado por Evidências:** a estrutura de Collins enfatiza o foco no longo prazo. A GBE, por sua vez, oferece uma abordagem para monitorar constantemente o progresso e ajustar as estratégias à medida que novas evidências surgem, garantindo que as decisões de longo prazo sejam embasadas e eficazes. Neste sentido, esse sistema também oferece perenidade das decisões colegiadas mesmo com alternância de comando.

A implementação efetiva da Gestão Baseada em Evidências (GBE) no ecossistema de

negócios da saúde precisa ter como alicerce uma cultura baseada em dados consolidada. Este constitui um desafio essencial às organizações de saúde, na medida em que promove a valorização institucional do conhecimento empírico, da mensuração sistemática e da análise crítica como fundamentos legítimos da tomada de decisão.

Essa cultura, caracterizada pela integração de práticas orientadas por dados nos processos cotidianos e pela disseminação de comportamentos organizacionais que privilegiam a transparência, a *accountability* e o aprendizado contínuo, cria as condições necessárias para que modelos gerenciais baseados em evidências sejam operacionalizados de forma consistente e significativa. Ao sedimentar esse ambiente informacional sólido, a cultura baseada em dados não apenas viabiliza, mas potencializa a GBE, permitindo que ela transcenda a simples adoção de boas práticas e se transforme em um mecanismo estruturante da gestão da qualidade, da eficiência dos recursos e da equidade nos sistemas de saúde.

4.1.3. Cultura baseada em dados no Setor de Saúde

A consolidação de uma cultura organizacional baseada em dados representa, sobretudo no contexto das cooperativas médicas, um dos desafios mais complexos e cruciais do desenvolvimento gerencial contemporâneo. Trata-se de uma transição paradigmática que exige mais do que a simples implementação de tecnologias de informação ou de sistemas de *business intelligence*; requer, antes, a transformação dos pressupostos cognitivos, simbólicos e operacionais que regem a tomada de decisão coletiva.

Essa mudança não ocorre de forma abrupta nem linear; pelo contrário, envolve um processo gradual e por vezes conflituoso, marcado por resistências culturais, assimetrias de formação entre os membros da organização e pela natural dificuldade de abandonar práticas empíricas enraizadas em favor de abordagens sistematizadas e transparentes.

A emergência de uma cultura de dados pressupõe, inicialmente, o reconhecimento da informação como um ativo estratégico, o que implica na revisão de práticas informais, muitas vezes baseadas na autoridade médica tradicional, em prol de uma lógica orientada por evidências, indicadores e resultados mensuráveis. No entanto, essa transição demanda tempo, investimento em capacitação continuada, mudanças estruturais nos processos de coleta, tratamento e interpretação de dados, bem como o fortalecimento de instâncias de governança capazes de institucionalizar o uso da informação como critério legítimo de decisão. O desgaste natural advém do conflito entre os valores históricos do associativismo médico — frequentemente baseados na autonomia individual e na comunicação informal — e as exigências atuais de transparência, eficiência e previsibilidade na gestão.

Farago *et al.* (2020) identificam que a gestão eficaz de ecossistemas de negócios requer o desenvolvimento de capacidades específicas, tanto operacionais quanto dinâmicas. As capacidades operacionais referem-se às habilidades necessárias para a execução eficiente das atividades diárias, algo bem típico entre profissionais da saúde, enquanto as capacidades dinâmicas envolvem a habilidade de adaptar e renovar competências em resposta a mudanças no ambiente, qualidades mais difíceis de serem encontradas dentre aqueles com formação técnica na área da saúde. No contexto da saúde, isso implica na capacidade de integrar inovações tecnológicas, adaptar-se a novas regulamentações e responder às necessidades dos pacientes de forma ágil.

Além disso, a implementação de uma cultura de dados implica superar o que pode ser entendido como um “hiato da prática informacional”, isto é, o descompasso entre a disponibilidade de dados e sua efetiva incorporação nas práticas cotidianas, conforme amplamente exposto na literatura (Mboera *et al.*, 2021; Shafaghat *et al.*, 2021; Ingram *et al.*, 2022; Božič *et al.*, 2022; Akintola *et al.*, 2024). Essa lacuna é agravada por fatores como a fragmentação das fontes de informação, a baixa interoperabilidade dos sistemas, e, sobretudo, pela ausência de um consenso interno quanto ao valor estratégico do conhecimento estruturado. Ingram *et al.* (2022) destacam que líderes em saúde frequentemente enfrentam barreiras para incorporar análises de dados em suas decisões estratégicas, mesmo quando possuem acesso a sistemas de informação avançados.

A qualidade e a confiabilidade dos dados são essenciais para sua utilização efetiva. Dados incompletos ou imprecisos podem gerar desconfiança entre os profissionais de saúde, levando à sua subutilização. Bernardi *et al.* (2023) observam que a baixa confiança nos dados coletados pelas equipes de saúde resulta em sua utilização limitada para a tomada de decisões.

A integração eficaz de dados é fundamental para a superação do hiato da prática informacional. A interoperabilidade entre sistemas permite a troca fluida de informações, facilitando a coordenação entre diferentes atores do ecossistema de saúde. Li *et al.* (2023) apontam que, mesmo no Reino Unido, a falta de interoperabilidade nos sistemas de saúde compromete a capacidade de utilizar dados de forma eficiente, impactando negativamente a qualidade dos serviços prestados.

Por fim, é necessário fomentar uma cultura organizacional que valorize o uso estratégico da informação. Fineout-Overholt *et al.* (2005) e Daouk-Öyry *et al.* (2021) destacam que a ausência de uma cultura voltada para a utilização de dados representa uma barreira significativa para a implementação de práticas baseadas em evidências no setor de saúde.

Para superar o hiato da prática informacional no ecossistema de negócios da saúde, é

necessário adotar uma abordagem multifacetada que inclua: (1) Desenvolvimento de capacidades organizacionais, tanto operacionais quanto dinâmicas, para adaptar-se às mudanças e integrar inovações; (2) Implementação de sistemas interoperáveis que facilitem a troca de informações entre diferentes atores do ecossistema; (3) Investimento na formação e no desenvolvimento da competência informacional dos profissionais de saúde; (4) Promoção de uma cultura organizacional que valorize o uso de dados na tomada de decisões e na melhoria contínua dos serviços. Ao adotar essas estratégias, as organizações de saúde podem reduzir o hiato da prática informacional, melhorando a eficiência, a qualidade e a efetividade dos serviços prestados (Fineout-Overholt *et al.*, 2005; Daouk-Öyry *et al.*, 2021; Ingram *et al.*, 2022; Li *et al.*, 2023).

Assim, a maturação dessa cultura não pode ser vista como um evento técnico isolado, mas como um projeto primal organizacional de longo prazo, que demanda liderança comprometida, persistência institucional, aprendizagem organizacional e capacidade de articulação entre diferentes gerações de profissionais. Somente a partir dessa base é que as cooperativas de saúde poderão não apenas sobreviver aos desafios do setor, mas também desenvolver capacidade adaptativa para inovar e sustentar sua relevância no ecossistema de negócios da saúde e alcançar a excelência organizacional.

Os obstáculos para constituir uma cultura baseada em dados são adensados pelas dificuldades específicas do setor de saúde. Tais aspectos não devem ser interpretados como intransponíveis, mas desafiadores e possíveis de serem transpostos com resiliência, profissionalismo e paciência. O tópico seguinte foi dedicado a esclarecer alguns desses obstáculos.

4.1.4. Dificuldades peculiares enfrentadas por Cooperativas do Setor de Saúde

As peculiaridades do ecossistema de negócios do setor de saúde podem impor dificuldades não experimentadas em outras áreas empresariais. O cenário se torna ainda mais complexo quando tratamos de cooperativas, pelo já até aqui exposto. A seguir elencamos alguns quesitos que devem ser especialmente observados na busca pela Excelência Organizacional seguindo alguns dos princípios de Empresas Visionárias e a GBE.

- 1. Dificuldade de Implementação de Visão Contínua:** um dos principais desafios para as cooperativas de saúde é garantir a continuidade de uma visão centralizada e coerente, devido à falta de engajamento dos cooperados, rotação de lideranças e à estrutura democrática das cooperativas. A estrutura de Collins, que sugere uma continuidade de liderança para continuidade da visão, pode ser mais difícil de ser alcançada nesse contexto

(Nunes & Erdmann, 2018).

2. **Restrições Regulatórias:** no Brasil, as cooperativas de saúde precisam seguir rigorosas regulamentações impostas pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS). Isso pode limitar a flexibilidade e a capacidade de adaptação rápida ao progresso, conforme defendido por Collins (Coutinho & Cidrão, 2018; Cirico *et al.*, 2019).
3. **Complexidade da Gestão Coletiva:** o foco no desenvolvimento de líderes internos é um desafio nas cooperativas, onde a gestão é muitas vezes dividida entre diferentes membros. A decisão coletiva pode reduzir a eficácia de uma liderança visionária forte, além dos desafios impostos pela sucessão de comando (Soares *et al.*, 2018; Leite *et al.*, 2022).

A experiência do autor, em quase 25 anos de vivência intensa na área de saúde atuando como médico ou como gestor, corrobora com o exposto acima, em alinhamento com o que traz a literatura, juntando base científica com o empírico para formular argumentação acerca de algum dos obstáculos peculiares encontrados no ecossistema de negócios da saúde.

Ainda assim, levando em consideração as entrevistas realizadas com os gestores das principais cooperativas de saúde do estado da Paraíba, foi possível demonstrar que aquelas mais alinhadas aos fundamentos do paradigma de excelência e da GBE avançam com mais firmeza e velocidade a patamares mais altos de excelência. Ficou patente o paradoxo da rotação de líderes, onde as cooperativas mais eficientes do ponto de vista gerencial, foram aquelas nas quais os líderes não permaneceram por demasiado tempo e cuja alternância ocorreu mais frequentemente.

Entretanto, por mais que sejam as maiores e mais importantes cooperativas do ramo da saúde do estado da Paraíba, suas atividades estão restritas àquele estado da federação. Sendo assim, acreditamos haver potencial limitação em sua análise com vistas a proposições mais abrangentes. Diante deste fato, analisamos organização nacional de outro estado, com semelhanças em sua fundação, atividade e longevidade, mas cuja trajetória foi marcada pelo sucesso de suas estratégias, sendo reconhecida como modelo organizacional. Os tópicos seguintes foram dedicados a justificar a escolha da Unimed Belo Horizonte como organização modelo, resumir sua história e descrever seu modelo de gestão.

4.2. Unimed Belo Horizonte: A escolha de um modelo de Excelência Organizacional

Diversos critérios poderiam ter sido utilizados na escolha de uma organização de saúde que nos servisse de modelo de excelência organizacional. Optamos por selecionar empresas dentre as operadoras de saúde, não só por sua complexidade, mas também pela disponibilização

de informações e intensa regulamentação da ANS. Assim, dentre as operadoras de saúde, buscamos aquelas mais bem classificadas pela ANS, segundo seu programa de acreditação²⁹. Este programa é uma iniciativa de adesão voluntária que busca induzir melhorias na gestão organizacional e na qualidade assistencial das operadoras de planos de saúde no Brasil. Por meio da certificação em três níveis, o programa avalia aspectos como governança, gestão de riscos, responsabilidade institucional e foco no beneficiário, promovendo uma cultura de melhoria contínua e alinhamento a boas práticas regulatórias.

A organização deveria ser do tipo cooperativa do ramo de saúde, uma vez que dentre os objetivos deste estudo está a verificação de práticas gerenciais identificadas em empresas semelhantes apontadas em capítulo anterior. Das 17 operadoras classificadas como nível 1 pela ANS, informações obtidas da sala de situação da ANS (Figura 4.2), apenas 1 não é cooperativa e não integra o sistema Unimed. Portanto dentre as mais de 340 singulares daquele sistema buscamos aquela com atividade regional, com melhor IDSS nos últimos 4 anos (2021 a 2024) e a com maior número de beneficiários: a Unimed Belo Horizonte.

Figura 4.2

Classificação de Unimed por número de beneficiários, nível de acreditação e IDSS

Ano-base: 2023														
IDSS	Reg. ANS	Razão Social	Segmento	Modalidade	Média de Beneficiários	IDQS	IDGA	IDSM	IDGR	Operadora Acreditada	Porte	IDSS ano-base 2022	IDSS ano-base 2021	IDSS ano-base 2020
0.9406	339679	UNIMED NACIONAL - COOPERATIVA CENTRAL	MH	Cooperativa Médica	2.041.659	0.7689	0.7045	0.7202	0.8273	Nível I	Grande	1.0000	1.0000	1.0000
1.0000	343889	UNIMED BELO HORIZONTE COOPERATIVA DE TRAB...	MH	Cooperativa Médica	1.911.510	0.9558	0.6302	1.0000	0.9466	Nível I	Grande	1.0000	1.0000	1.0000
1.0000	352501	UNIMED PORTO ALEGRE - COOPERATIVA MÉDICA LT...	MH	Cooperativa Médica	710.863	0.9625	0.7432	1.0000	0.9112	Nível II	Grande	0.8771	0.8390	0.7798
0.8059	304701	UNIMED CURITIBA - SOCIEDADE COOPERATIVA DE ...	MH	Cooperativa Médica	604.458	0.7038	0.6771	1.0000	0.9166	-	Grande	0.6604	1.0000	1.0000
0.8478	357391	UNIMED VITORIA COOPERATIVA DE TRABALHO ME...	MH	Cooperativa Médica	401.608	0.8976	0.6194	1.0000	0.9278	-	Grande	1.0000	1.0000	1.0000
1.0000	319996	UNIMED DO ESTADO DE SÃO PAULO - FEDERAÇÃO ...	MH	Cooperativa Médica	356.432	0.6936	0.6462	1.0000	1.0000	Nível I	Grande	1.0000	1.0000	1.0000
0.8205	317144	UNIMED DE FORTALEZA SOCIEDADE COOPERATIVA ...	MH	Cooperativa Médica	346.190	0.7164	0.7175	1.0000	0.9037	-	Grande	0.8749	0.8235	0.8704
1.0000	325571	UNIMED NORDESTE RS SOCIEDADE COOPERATIVA ...	MH	Cooperativa Médica	224.361	0.7888	0.7097	1.0000	0.9166	Nível I	Grande	1.0000	1.0000	1.0000
0.9873	335100	UNIMED SAO JOSÉ DO RIO PRETO - COOP. DE TRAB...	MH	Cooperativa Médica	216.212	0.6769	0.6593	1.0000	0.8643	Nível I	Grande	1.0000	1.0000	1.0000
0.8072	360449	UNIMED GRANDE FLORIANÓPOLIS-COOPERATIVA D...	MH	Cooperativa Médica	207.074	0.7726	0.6360	1.0000	0.8463	-	Grande	0.8594	0.8727	0.8702
0.8522	335592	UNIMED NATAL SOC. COOP. DE TRAB. MÉDICO	MH	Cooperativa Médica	201.574	0.8379	0.6852	1.0000	0.9530	-	Grande	0.6374	0.7261	0.7956
1.0000	343269	UNIMED DE LONDRINA COOPERATIVA DE TRABALH...	MH	Cooperativa Médica	200.938	0.7830	0.6477	1.0000	1.0000	Nível I	Grande	0.8030	0.8523	1.0000
0.8427	321044	UNIMED JOAO PESSOA - COOPERATIVA DE TRABAL...	MH	Cooperativa Médica	169.211	0.8863	0.5894	1.0000	1.0000	-	Grande	0.7212	0.5917	0.6402
1.0000	306398	UNIMED - COOPERATIVA DE SERVIÇOS DE SAÚDE D...	MH	Cooperativa Médica	167.223	1.0000	0.8725	1.0000	0.9166	Nível I	Grande	1.0000	1.0000	1.0000
1.0000	312720	UNIMED DO ESTADO DO PARANÁ FEDERAÇÃO ESTA...	MH	Cooperativa Médica	167.028	0.7496	0.5988	1.0000	1.0000	Nível I	Grande	0.7907	1.0000	1.0000
0.8488	371254	UNIMED REGIONAL MARINGÁ COOP.DE TRABALHO ...	MH	Cooperativa Médica	163.571	0.8535	0.6705	1.0000	0.9166	-	Grande	0.8056	0.8633	0.7697
1.0000	351202	UNIMED DE RIBEIRAO PRETO - COOPERATIVA DE TR...	MH	Cooperativa Médica	162.536	0.7984	0.6799	1.0000	0.9310	Nível I	Grande	1.0000	1.0000	1.0000
0.8987	355691	UNIMED DO ESTADO DE SANTA CATARINA FED. EST...	MH	Cooperativa Médica	161.454	0.8658	0.8080	1.0000	0.9656	-	Grande	0.8809	0.7976	0.7706
0.8510	315729	UNIMED DE PIRACICABA SOCIEDADE COOPERATIVA ...	MH	Cooperativa Médica	157.592	0.8028	0.7284	1.0000	0.9166	-	Grande	0.8381	0.8504	1.0000
0.8660	312851	UNIMED CAMPO GRANDE MS COOPERATIVA DE TR...	MH	Cooperativa Médica	133.250	0.7970	0.7765	1.0000	0.9399	-	Grande	0.7843	1.0000	1.0000
0.8232	306886	UNIMED JUIZ DE FORA COOPERATIVA DE TRABALH...	MH	Cooperativa Médica	132.301	0.7573	0.6541	1.0000	0.9983	-	Grande	0.8033	1.0000	1.0000

Fonte: Sala de situação da ANS, 2025.

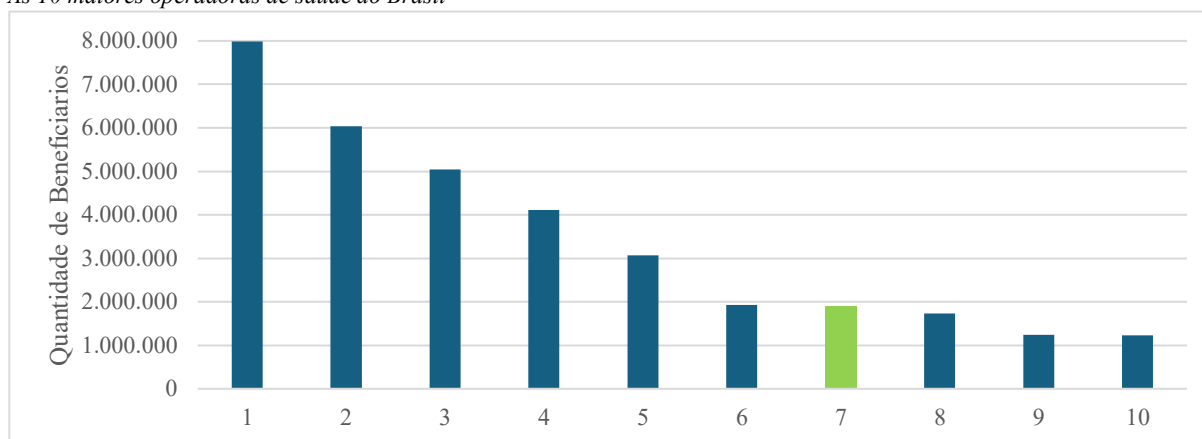
A UNIMED Belo Horizonte não é destaque apenas entre seus pares, singulares do

²⁹ ANS. *Resolução Normativa nº 507, de 30 de março de 2022*. Institui o Programa de Acreditação de Operadoras de Planos Privados de Assistência à Saúde. Disponível em: <https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/resolucao-normativa-rn-n-507-de-30-de-marco-de-2022-393261507>

sistema Unimed. A instituição mineira está entre as maiores operadoras do Brasil, conforme ilustra o Gráfico 4.1. O gráfico mostra que ela está atrás apenas de sistemas nacionais, em termos de número de beneficiários. A quantidade de clientes fica ainda mais evidente quando colocada entre empresas que fazem parte apenas do sistema Unimed, conforme ilustra o Gráfico 4.2.

Gráfico 4.1

As 10 maiores operadoras de saúde do Brasil

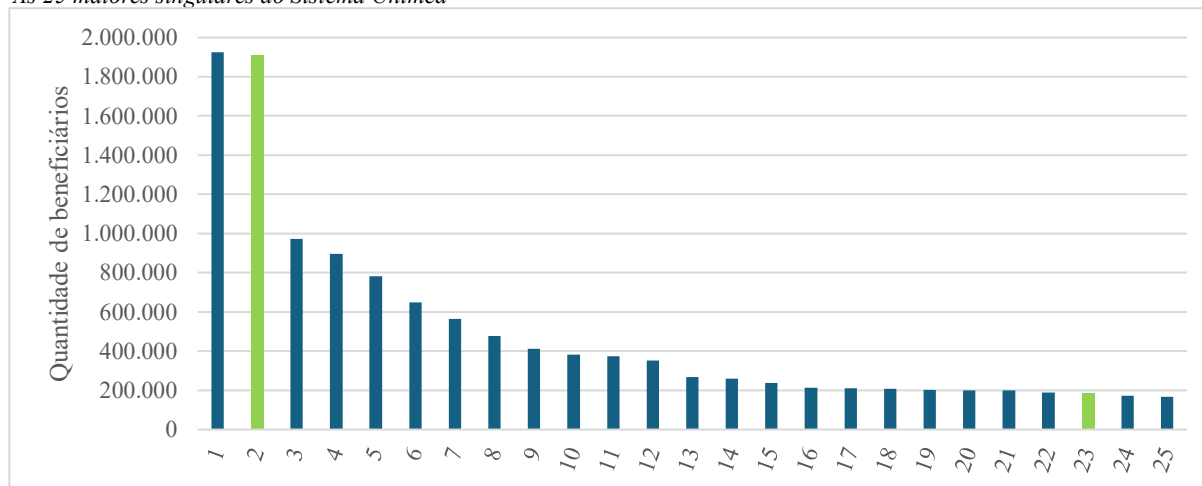


Legenda: (1) Hapvida; (2) Notre Dame Intermédica; (3) Amil; (4) Sul América; (5) Bradesco Saúde; (6) Unimed Nacional; (7) Unimed Belo Horizonte; (8) Porto Seguro; (9) Dental Uni; (10) Prevident.

Fonte: Sala de situação da ANS, elaboração própria, 2025.

Gráfico 4.2

As 25 maiores singulares do Sistema Unimed



Legenda: (1) Unimed Nacional; (2) Unimed Belo Horizonte; (3) Unimed Saúde e Odonto; (4) Unimed Seguros Saúde; (5) Unimed Porto Alegre; (6) Unimed Curitiba; (7) Unimed Campinas; (8) Unimed Federação Est. RJ; (9) Unimed Vitória; (10) Unimed Goiânia; (11) Unimed Federação Est. SP; (12) Unimed De Fortaleza; (13) Unimed Belém; (14) Unimed São José do Rio Preto; (15) Unimed Serra Gaúcha/RS; (16) Unimed Divinópolis; (17) Unimed Londrina; (18) Unimed Recife; (19) Unimed Cuiabá; (20) Unimed Grande Florianópolis; (21) Unimed Federação Est. PR; (22) Unimed Natal; (23) Unimed Joao Pessoa; (24) Unimed Ribeirao Preto; (25) Unimed Federação Est. SC.

Fonte: Sala de situação da ANS, elaboração própria, 2025.

O Gráfico 4.2 ilustra informações captadas da sala de situação da ANS, que é uma ferramenta que fornece informações atualizadas sobre o setor de saúde suplementar, incluindo

dados sobre operadoras, beneficiários, receitas, despesas, desempenho e demandas dos consumidores. Essas informações foram extraídas em abril de 2025, e mostram as 25 singulares da Unimed com maior número de beneficiários, entre as mais de 340 existentes naquela ocasião.

Uma vez selecionada a cooperativa que entendemos ser um modelo de organização de excelência, passamos a um breve resumo de sua história e, através de dados e entrevistas com gestores, caracterização dos ciclos de vida da empresa. Desse modo, construímos o cenário onde as práticas de gestão foram identificadas, e associadas ao êxito alcançado através do incremento de desempenho até o atingimento da excelência organizacional.

4.2.1. Um resumo da história da Unimed Belo Horizonte³⁰

Fundada em 1971 por um grupo de 152 médicos, a Unimed-BH estabeleceu-se como uma cooperativa de trabalho médico com o propósito de, segundo o site da empresa, “transformar o sistema de saúde na capital mineira”, assegurando melhores condições de trabalho e mercado para seus associados. Desde então, consolidou-se como maior operadora de saúde de Minas Gerais e uma das principais do Brasil.

A estrutura organizacional da Unimed-BH reunia, no momento em que escrevíamos este estudo, mais de 5,3 mil médicos cooperados e uma rede composta por mais de 300 prestadores, entre hospitais, clínicas e laboratórios. Em 2025, atendia mais de 1,8 milhão de pessoas na Grande Belo Horizonte, sendo reconhecida como a operadora líder em saúde suplementar em Minas Gerais e a sétima maior operadora de saúde do Brasil, segundo dados da ANS (2025).

Em termos de infraestrutura, segundo seu site organizacional, a Unimed-BH investe continuamente na expansão e modernização de sua rede assistencial. A cooperativa conta com hospitais próprios, como o Hospital Unimed Unidade Betim, que recebeu a certificação Nível 2 da Organização Nacional de Acreditação (ONA), atestando a conformidade dos processos assistenciais com foco na segurança do paciente. A Unimed-BH também recebeu o Selo Pró-Ética, concedido pela Controladoria-Geral da União (CGU), reconhecendo as empresas comprometidas com a prevenção e o combate à corrupção e à fraude.

A busca contínua pela qualidade assistências levou a Unimed-BH a investir em processos de acreditação e certificações. Em 2022, conquistou o Nível 1 (nível máximo) no Programa de Acreditação de Operadoras da ANS, atingindo nota final maior ou igual a 90, com conformidade em pelo menos 80% dos itens de excelência e Índice de Desempenho da Saúde

³⁰ <https://imprensa.unimedbh.com.br>; <https://www.faculdadeunimed.edu.br>; <https://resultadosinstituto.unimedbh.com.br>

Suplementar (IDSS) acima de 0,8. Além disso, pela sétima vez consecutiva, obteve nota máxima no IDSS, ano base 2023, destacando-se nas categorias Qualidade em Atenção à Saúde e Sustentabilidade do Mercado.

O processo de melhoria foi longo, tendo seu início marcado pela implementação da gestão por processos em 2009, com o objetivo de incentivar uma visão mais sistêmica entre os colaboradores e aprimorar a qualidade dos procedimentos organizacionais. Segundo o site institucional da Unimed-BH, essa iniciativa envolveu o mapeamento de macroprocessos, definição de indicadores de desempenho e responsabilidades, além da realização de auditorias internas e externas.

A inovação tornou-se um pilar estratégico para a Unimed-BH. Em parceria com a Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), inaugurou, em 2022, o primeiro Centro de Inovação em inteligência Artificial em Saúde do Brasil, o Horizontes HUB. Esse centro visa desenvolver soluções tecnológicas para aprimorar o atendimento e a gestão em saúde. Além disso, a cooperativa implementou uma plataforma de telemedicina, que realizou mais de 1 milhão de consultas online, e utilizou inteligência artificial para autorizações de procedimentos, com mais de 1,3 milhão de autorizações emitidas por meio da tecnologia, segundo informações colhidas no site organizacional da Unimed-BH.

Em relatórios de gestão disponíveis em seu site institucional, afirmou-se que a capacitação contínua dos cooperados passou a ser uma prioridade. Em parceria com a Faculdade Unimed, também sediada em Belo Horizonte, a cooperativa desenvolveu um projeto de formação voltado aos cooperados e conselheiros, abordando temas como governança clínica, experiência do cliente, aspectos regulatórios e governança corporativa. Essa iniciativa, segundo amplamente divulgado pela instituição em suas redes, impactou diretamente mais de 5.000 médicos cooperados, fortalecendo o alinhamento estratégico e o senso de pertencimento à cooperativa.

O Instituto Unimed-BH foi o responsável por ações que, em 2023, destinou R\$ 20 milhões em incentivo fiscal a projetos socioculturais, alcançando mais de 2 milhões de pessoas em ações presenciais e online, fortalecendo ainda mais a marca Unimed-BH. Além disso, a cooperativa investiu em iniciativas sustentáveis, como a carteirinha digital, que contribui para a redução de resíduos plásticos e promove a sustentabilidade ambiental, procurando mostrar alinhamento com os valores contemporâneos, segundo suas peças de marketing digital.

O reconhecimento da excelência da Unimed-BH é refletido em diversas premiações. Em 2022, foi considerada a empresa de saúde mais inovadora do país pelo Prêmio Valor Inovação Brasil, ocupando a 1ª posição na categoria Seguros e Planos de Saúde. Além disso, o

Hospital Unimed — Unidade Contorno figurou no ranking *World's Best Hospitals 2023*, da revista norte-americana Newsweek, destacando-se pelo terceiro ano consecutivo.

Em síntese, a trajetória da Unimed-BH é marcada por uma gestão focada na qualidade, inovação e profissionalização. Ao longo de mais de 50 anos, consolidou-se como referência no setor de saúde suplementar, destacando-se por suas práticas gerenciais eficientes, investimentos em tecnologia e compromisso com o desenvolvimento sustentável. Sua atuação exemplifica como uma organização pode alcançar a Excelência Organizacional, evoluindo continuamente, adaptando-se às mudanças do mercado e promovendo o bem-estar de seus clientes, cooperados e da sociedade em geral.

A seguir examinaremos com mais profundidade a gestão da Unimed-BH, buscando caracterizar sua maturidade organizacional e identificar as práticas gerenciais utilizadas pelos principais gestores que por lá passaram ao longo de seus mais de 50 anos de história. Foram realizadas entrevistas com o atual gestor da cooperativa e com um ex-gestor que participou ativamente da administração por pelo menos 12 anos consecutivos. Além disso, foi possível regatar uma entrevista com um dos primeiros e mais longo gestor da Unimed-BH registrada em um portal de memórias da internet.

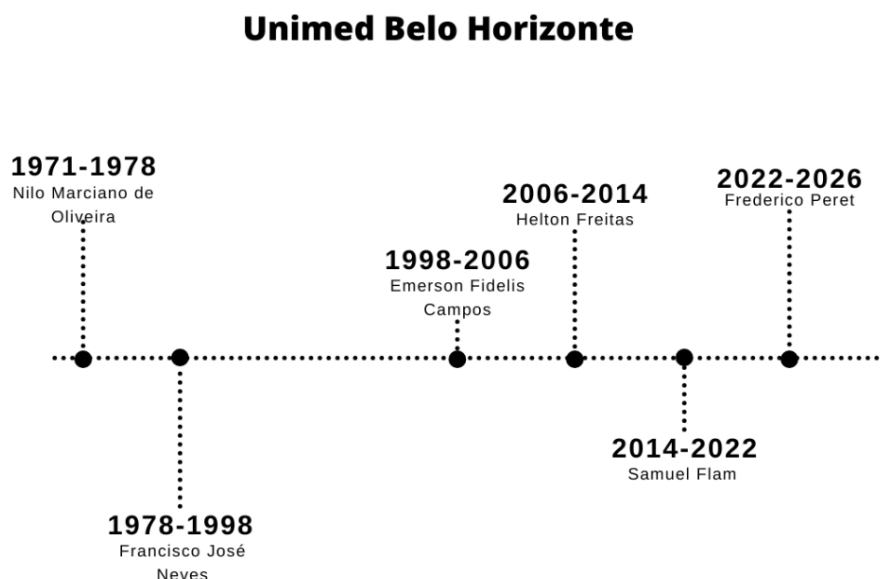
4.2.2. Liderança da Unimed-BH

O primeiro diretor presidente da cooperativa de saúde de Belo Horizonte foi o médico Nilo Marciano, quando da fundação da organização em 1971. Na verdade, a instituição tinha outro nome, Mediminas, foi somente em 1975, quando passou a integrar o sistema Unimed, que passou a ser conhecida como Unimed-BH. Durante sua história a Unimed-BH teve várias diretorias eleitas democraticamente durante suas assembleias, no entanto, apenas 6 cooperados ocuparam o posto de diretor presidente. Foi somente a partir do fim da década de 1990 que a liderança passou a ter uma alternância maior, com associados permanecendo por dois mandatos consecutivos, ocorrendo a sucessão natural por outro cooperado, conforme ilustra a Figura 4.3.

O presidente mais longo da Unimed-BH foi o médico Francisco José Neves, conhecido por Chico Neves, que permaneceu como diretor presidente por 20 anos. Apesar de ter falecido em 2007, quando ainda não havia uma cultura digital tão sólida como em 2025, localizamos uma entrevista sua no site Museu da Pessoa³¹ que contribuiu com nossa análise sobre os ciclos de vida organizacional e práticas gerenciais adotadas naquele tempo.³²

³¹ <https://museudapessoa.org/historia-de-vida/hist-ria-de-francisco-jos-neves/>

³² Entrevistas transcritas de anos anteriores podem ser utilizadas em pesquisas atuais, desde que analisadas com cuidado metodológico. Mesmo realizadas por terceiros, essas entrevistas preservam, potencialmente, conteúdos e

Figura 4.3*Cronologia dos mandatos dos presidentes da Unimed Belo Horizonte*

Fonte: Elaboração própria com dados do site oficial da instituição, 2025.

4.3. Entrevista com a liderança da Unimed-BH

Este tópico apresenta entrevistas com os principais líderes da Unimed-BH. O primeiro deles, já mencionado, participou ativamente da fundação da organização enfrentando os primeiros obstáculos de uma empresa que busca se estabelecer no mercado. A segunda entrevista foi realizada com o médico Helton Freitas, que presidiu o conselho diretor da Unimed-BH por dois mandatos consecutivos e reconhecido como o responsável por implementar mudanças que propiciaram o crescimento exponencial da instituição em qualidade e mercado. Por fim, a terceira entrevista foi com o médico Frederico Peret, que está em seu primeiro mandato no cargo mais alto do conselho, sendo o atual gestor da cooperativa.

- Entrevista com Francisco José Neves – Presidente entre 1978 e 1998

Também conhecido como Chico Neves, foi o segundo a ocupar a presidência da Unimed-BH. Sua trajetória na organização, com base em seu depoimento ao projeto *Museu da Pessoa* (2007), permite identificar práticas gerenciais que foram decisivas para o crescimento

formas de discurso que revelam como os gestores compreendiam e lidavam com suas organizações em determinado contexto histórico. Elas funcionam como fontes secundárias, semelhantes a documentos, e permitem reconstituir ciclos de vida organizacionais, práticas gerenciais e decisões estratégicas ao longo do tempo. Seu valor analítico é reconhecido por autores como Flick (2018), Denzin e Lincoln (2018) e Silverman (2020), ao esclarecerem que essas fontes permitem estudos longitudinais, análises comparativas e triangulação com dados atuais, enriquecendo significativamente a compreensão da dinâmica organizacional.

e consolidação da cooperativa médica. Observa-se a adoção de estratégias alinhadas a princípios do cooperativismo, como inclusão, participação e responsabilidade social, combinadas a uma liderança centralizada e fortemente influenciada por convicções pessoais.

Uma das práticas que chamam atenção, adotadas àquela época, foi a recusa a contratos corporativos, mesmo representando perda de oportunidade e receita para a cooperativa, que excluíssem ou diferenciasssem funcionários da empresa contratante de acordo com função, cargo ou posto de trabalho. Desde meados dos anos 2000, temos testemunhado a oferta de planos ou seguros saúde de melhor qualidade e abrangência para os líderes de uma empresa, enquanto para a maior parte dos funcionários é ofertado benefícios de menor custo, e menor qualidade, não deixando, ainda assim, de constituir um benefício. O próprio Neves afirma: *“Quando chegava lá: ‘Eu quero fazer um contrato com a Unimed, mas em nível de gerência’, eu falava: ‘Você vai pra outro lugar, comigo não!’”*. Apesar da exigência de universalização no acesso ao plano de saúde empresarial representar uma política de gestão voltada à equidade, coerente com os fundamentos do cooperativismo, entendemos tal decisão compete à empresa contratante, devendo a empresa contratada ater-se a sua estratégia de ganho de mercado.

Também destacamos a visão gerencial do gestor ao implementar incentivos aos funcionários da cooperativa nacional. Neves antecipou uma prática que hoje é reconhecida no campo da gestão de pessoas como promotora de engajamento e estabilidade ao implementar o 14º salário. Segundo seu relato: *“Eu criei o 14º salário na minha administração na Unimed do Brasil, fui o primeiro a criar o 14º salário, não existia”*.

A educação cooperativista dos novos médicos cooperados foi outra medida relevante. Ao enfatizar a distinção entre ser “credenciado” e ser “dono” da cooperativa, Neves atuava na formação de uma cultura organizacional voltada à participação ativa dos profissionais. Ele relata: *“Nós sempre tivemos o máximo cuidado em chamar a atenção porque todo mundo falava assim: ‘Eu sou credenciado da cooperativa’, então sempre convencia que não era, que era dono”*. Adicionalmente, a abertura da presidência ao contato direto com cooperados e funcionários sugere uma prática de gestão acessível, de base relacional, que favorece a comunicação horizontal: *“Eu nunca tive negócio de audiência, marcar audiência, não, minha sala sempre foi aberta”*.

Durante seu mandato, Chico Neves não enfrentou a intensa regulamentação imposta pela ANS, criada apenas em 1998, quando já havia deixado a presidência da Unimed-BH. Contudo, como ele exerceu outros postos de liderança em outras instituições, como a Associação Médica de Minas Gerais (AMMG). Ele falou de embates com o INSS:

“Eu tive com o INSS [...] Quando eu fui presidente da Associação Médica de Minas [...] Era uma diária que criaram que chamava diária global, dentro da diária estava o honorário médico e a diária hospitalar [...] pagava o hospital, o médico não recebia [...] comprava mantimentos, comprava não sei o quê e o médico ficava pra depois, então essa foi a minha grande luta na época. Só isso que eu tive”.

Por outro lado, certas posturas indicam limitações em relação aos modelos contemporâneos de excelência em gestão. A afirmação de que “*eu sou Francisco José Neves, igualzinho àquele que acabou de formar hoje*”, embora coerente com o princípio da igualdade formal entre cooperados, pode negligenciar a importância da diferenciação de responsabilidades e competências técnicas em estruturas organizacionais complexas. A igualdade entre cooperados é um pilar basilar no que se refere ao voto e ao acesso às oportunidades, entretanto não deve preponderar absolutamente sobre meritocracia.

Sua crítica à periodicidade das convenções nacionais também expressa uma visão que prioriza aspectos operacionais em detrimento de estratégias de integração e inovação institucional. Ao declarar que “*a convenção deveria ser de dois em dois anos... Acaba sendo festa*”, demonstra certo distanciamento em relação ao potencial das convenções como mecanismos de fortalecimento institucional, alinhamento estratégico e disseminação de boas práticas.

Além disso, a entrevista transparece uma visão de descentralização da estrutura burocrática quando defendeu uma estrutura infrafederativa, organização que estaria disposta entre a federação e as singulares. Ele justificou dizendo: “*O presidente da Federação que está sentado em Belo Horizonte como que vai ter condições de verificar o que está passando lá em São João Del Rey? Então é o presidente de São João Del Rey que junta com os outros presidentes que têm muita coisa em comum pra depois trazer pra Federação, esse é o meu ponto de vista*”. Dessa forma transparece uma condução altamente centralizada da presidência, sugere um modelo de gestão fortemente vinculado à figura do dirigente, com pouca menção a processos estruturados de delegação e sucessão.

Em síntese, o conjunto das práticas gerenciais adotadas por Francisco José Neves teve papel relevante na expansão e consolidação da Unimed-BH, especialmente no que se refere à promoção da inclusão e à valorização das pessoas. No entanto, limitações relacionadas à institucionalização da gestão e à profissionalização da governança também podem ser observadas. Essas características refletem uma transição entre o modelo fundacional das cooperativas médicas, baseado em lideranças pessoais, e a exigência contemporânea de

estruturas organizacionais mais robustas, com ênfase em planejamento, avaliação de desempenho e gestão estratégica.

- Helton Freitas – Presidente entre 2006 e 2014

O médico Helton Freitas formou-se pela Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), onde iniciou sua trajetória na gestão ao assumir a presidência de uma cooperativa de consumo ainda como estudante. Sua escolha profissional orientou-se, desde então, para a área da Administração em saúde, optando por uma residência em saúde pública com enfoque em gestão. Essa formação foi complementada por especializações em escolas como a Fundação Dom Cabral e por atuação prática na área de planejamento hospitalar, além da participação ativa em cooperativas de crédito, evidenciando a consolidação de um perfil voltado para o ecossistema de negócios.

Helton Freitas ingressou na Unimed-Belo Horizonte em 1998 como executivo, com atribuições voltadas ao assessoramento da diretoria que acabara de vencer as eleições daquele ano. Em 2006, assumiu a presidência da cooperativa, função que exerceu até 2014, período no qual liderou processos estruturantes na gestão, capitalização e expansão institucional da Unimed-BH. Em 2015, assumiu a presidência da Seguradora Unimed, já tendo integrado previamente sua diretoria, o que possibilitou continuidade às diretrizes administrativas desenvolvidas até então.

A partir de 1998, a Unimed-Belo Horizonte estabeleceu um modelo sucessório estruturado, sustentado por um grupo dirigente com alinhamento estratégico e diretrizes comuns. A restrição a períodos de oito anos por presidente, com estabelecimento na convenção do limite de dois mandatos consecutivos, permitiu a consolidação de uma lógica de continuidade administrativa que preservou princípios fundamentais mesmo diante das mudanças de liderança. Segundo o relato de Helton Freitas, esse padrão sucessório se iniciou após um longo período de gestão centralizada e passou a contar, desde então, com presidentes que, embora com estilos próprios, mantiveram compromissos com pilares como capitalização, gestão técnica e valorização do cooperado.

Helton afirma que *“todos os presidentes vêm praticando os mesmos fundamentos”*, o que sugere a existência de um processo institucionalizado de transmissão de diretrizes, reforçado pela participação de lideranças previamente envolvidas nas decisões da cooperativa antes de assumirem a presidência. Esse arranjo favoreceu a estabilidade, a previsibilidade e a resiliência organizacional, com resultados expressivos em termos de fortalecimento patrimonial e governança.

O gestor contribuiu com trajetória de consolidação da Unimed-Belo Horizonte, enquanto cooperativa médica de expressão nacional, estimulando a adoção de práticas gerenciais alinhadas a um modelo organizacional voltado para a sustentabilidade econômica, governança adequada ao modelo societário cooperativista e o fortalecimento da base societária por meio de mecanismos de capitalização estruturada. A partir da análise da entrevista concedida por Helton Freitas, ex-presidente da Unimed-BH, é possível identificar elementos concretos que sustentam esse processo de fortalecimento institucional.

Um dos pilares referidos pelo entrevistado está na implantação de um modelo de autocalcapitalização como resposta à dificuldade estrutural de incentivo à capitalização voluntária por parte dos cooperados, dada a regra do voto único (característica do cooperativismo onde o voto independe do tamanho do capital investido). A alternativa, segundo ele, consistiu em mecanismos compulsórios e estruturados, garantindo o crescimento patrimonial sem perda de governança. Essa prática tornou-se central para viabilizar investimentos contínuos sem depender da mobilização espontânea da base associativa. Como afirmou: “*Criamos um modelo em que equalizamos o capital dos cooperados, com capitalização obrigatória [...] corrigido a 12% ao ano*”.

A gestão baseada em evidências também é destacada como vetor de profissionalização. O orçamento fixo substituiu o sistema de unidades de trabalho variáveis, possibilitando previsibilidade e controle financeiro mais rigoroso. Além disso, o uso de indicadores para definir remunerações por desempenho se consolidou como uma prática disseminada: “*Implantamos orçamento fixo [...] e o PPR para colaboradores. Isso não existia no sistema*”. Tais medidas apontam para um esforço de institucionalização de critérios técnicos nas decisões operacionais e estratégicas.

Outra prática gerencial com efeitos estruturantes foi a redefinição organizacional promovida a partir da consultoria da Fundação de Desenvolvimento Gerencial (FDG), que resultou em nova modelagem de processos e criação de áreas como “desenvolvimento de produtos”, “provimento de saúde” e “serviço próprio”. Essa reestruturação, segundo Helton Freitas, rompeu com o modelo historicamente herdado das associações médicas, caracterizado por estruturas pouco funcionais. Ele afirma: “*Foi quando começamos a entender os macroprocessos [...] e mudamos esse modelo mental que organizava a cooperativa*”.

Adicionalmente, a valorização de instâncias deliberativas internas e a manutenção de conselheiros com posicionamentos divergentes demonstram uma concepção dialógica da governança, embora com custos de agilidade. O próprio entrevistado reconhece que “*esse ambiente [...] é evidente que você nunca vai ter unanimidade*”, indicando que a gestão se

equilibra entre a busca por eficiência e a preservação da natureza representativa da cooperativa.

No entanto, algumas formulações discursivas presentes na entrevista revelam tensões entre a lógica da gestão por excelência e as características do cooperativismo. A defesa de que a cooperativa deve, sim, “visar ao lucro”, apesar de tecnicamente compreensível quanto à necessidade de resultado, aproxima-se de uma lógica empresarial que pode tensionar os princípios puristas do cooperativismo de parte dos associados. O entrevistado afirma: “*Acho que a cooperativa tem que visar o lucro, tem que visar o resultado*”. Tal enunciado, ainda que pragmático, pode ser problemático se não acompanhado de uma discussão mais precisa sobre a destinação dos excedentes e a preservação do objetivo principal do cooperativismo — o trabalho médico.

Outra formulação que merece atenção é a crítica direta a modelos de governança que procuram adaptar princípios corporativos ao universo cooperativo: “*Vejo dirigentes bem-intencionados irem ao IBGC e tentarem aplicar modelos prontos... e isso não se adapta ao cooperativismo*”. Observação pertinente quanto à necessidade de adequação, o entrevistado deixa claro que aprendizados úteis de outras experiências setoriais são importantes para a cooperativa, embora ainda encontre alguma resistência interna. A afirmação, nesse caso, tensiona o equilíbrio entre identidade institucional defendida por alguns e abertura a boas práticas transversais necessárias que propiciam a melhoria contínua.

Em síntese, a análise da gestão da Unimed-BH sob liderança de Helton Freitas evidencia a adoção de práticas consistentes com modelos organizacionais de longo prazo, orientados por racionalidade econômica e planejamento técnico. Contudo, as particularidades do modelo cooperativo exigem constante vigilância para que práticas empresariais possam ser implementadas respeitando os princípios fundantes da cooperação médica.

- Frederico Peret – Presidente desde 2022 até os dias atuais (2025)

O médico ginecologista e obstetra Frederico José Amedee Peret assumiu a presidência da Unimed-BH em 2022, após uma trajetória consolidada tanto na prática assistencial quanto na gestão de serviços de saúde. Sua formação médica é complementada por uma carreira estruturada em gestão cooperativista, construída ao longo de experiências no setor público, em cargos técnicos e de liderança na própria Unimed-BH, além de atuação no cooperativismo de crédito.

Antes de se tornar presidente da cooperativa, Peret exerceu funções de coordenação clínica, gerência hospitalar e superintendência, além de integrar o conselho técnico da Unimed-BH entre 2014 e 2018. Foi também assessor do então presidente Samuel Flam e,

posteriormente, atuou no Sicoob Credicom, de 2018 a 2022. Sua formação em gestão foi desenvolvida por meio de programas estruturados da OCEMG (Organização das Cooperativas do Estado de Minas Gerais), com etapas internacionais em instituições como a Universidade Católica de Lisboa, St. Gallen (Suíça), Trinity College Dublin, Kaospilot (Dinamarca). No campo acadêmico, possui mestrado em obstetrícia pela UFMG, e histórico de publicações científicas, inclusive durante a pandemia de COVID-19, quando colaborou com grupos da Unicamp.

Ao iniciar sua fala, Peret contextualiza quatro momentos centrais que marcaram a trajetória recente da Unimed-BH, a partir do processo de profissionalização iniciado em 1998. Ele define esse processo em quatro pilares: profissionalização, expansão estrutural e comercial, capitalização agressiva e modernização com inovação.

Segundo afirma, “*a grande virada da Unimed-BH foi realmente a partir de 1998*”, quando se iniciou uma **transição para uma estrutura de gestão mais profissionalizada**, preparando a cooperativa para a expansão de mercado. Essa fase foi sucedida pela **verticalização**, processo que teve início entre 1999 e 2001, e que visava não apenas equilibrar os custos assistenciais, mas também ampliar as oportunidades de trabalho para os médicos cooperados e aumentar a competitividade da cooperativa diante da expansão dos planos coletivos empresariais (essa etapa de verticalização também é caracterizada por incorporações de outras operadoras menores, a exemplo da singular de Betim-MG em 2012).

A terceira etapa, entre 2014 e 2022, foi caracterizada por um **processo de capitalização**, com aumento expressivo do patrimônio e da carteira de clientes, mantendo os princípios da profissionalização e verticalização. “*Esse crescimento patrimonial muito robusto foi essencial para sustentar a expansão que já havia sido consolidada*”, explicou. O quarto e atual marco identificado por Peret refere-se à **modernização e à ampliação dos investimentos em inovação e negócios em saúde**, com foco em tecnologia e novas incorporações. “*A história mostra que é possível avançar, mesmo dentro de um sistema complexo. A forma como crescemos de 2013 até aqui comprova isso*”, afirma.

Ao tratar das dificuldades encontradas, Peret destaca inicialmente a resistência dos cooperados ao processo de verticalização, o que exigiu intenso trabalho político, técnico e de comunicação. “*Havia temores por parte da rede prestadora de que o médico fosse substituído*”, afirma, destacando que o equilíbrio entre rede própria e prestadora foi mantido ao longo dos anos. No caso dos atendimentos eletivos, por exemplo, 75% permanecem na rede prestadora. Já com relação aos atendimentos não programados, de urgência e emergência, esse perfil se inverte, 75% deles são atendidos preferencialmente na rede própria. Outro desafio mencionado

foi a fixação do cooperado na rede verticalizada, o que levou à modificação do programa de admissão que já era baseado em provas, passando a exigir uma carga horária mínima obrigatória nas unidades próprias. *“Ainda há embates sobre isso, mas é um paradoxo: o cooperado entra, recebe clientela já estruturada, e ainda assim há resistência em atuar na rede própria”*, relata. O entrevistado também menciona dificuldades relacionadas à compreensão do processo de capitalização da cooperativa por parte dos sócios, o que gerou inclusive tentativas de movimentos políticos que propunham a venda de ativos da Unimed-BH. Segundo ele, *“surgiu uma frase de que a cooperativa estava muito rica e o cooperado pobre, o que revela desconhecimento sobre princípios do direito cooperativista e da contabilidade cooperativa”*.

Ainda sobre os desafios, o entrevistado destacou o impacto da mudança no perfil da clientela, com predominância de planos empresariais em detrimento dos planos individuais. Essa transição exigiu reformulações na estratégia comercial. *“Hoje, 85% da carteira é de planos empresariais. A empresa determina o produto, a acomodação, e isso impacta diretamente a lógica do mercado”*, explica. Ele também citou a crescente judicialização e as mudanças regulatórias como fatores externos que dificultam a gestão. Entre elas, estão a inclusão de novas tecnologias no rol da ANS sem estudos adequados, a legislação do piso da enfermagem e questões trabalhistas. Frederico alerta que essas mudanças, somadas às incertezas na precificação dos planos coletivos, impactam diretamente a sustentabilidade do modelo de negócio. *“Esse é um fator dificultador que vai no core do que é o nosso negócio”*, afirma.

Para manter os valores cooperativistas diante de um ambiente de inovação, ele enfatiza a importância de revisitar constantemente os fundamentos da cooperativa. Destaca a evolução do antigo GATS³³, atualmente denominado superintendência de pesquisa e assistência à saúde atuando como NATS credenciado ao Ministério da Saúde, e a criação do Horizontes Hub³⁴ como estratégias para aliar inovação e preservação dos princípios cooperativistas. Da mesma forma, práticas como a separação entre áreas de inovação e tecnologia, a implementação de fóruns pré-assembleia e a incorporação de ferramentas de design organizacional evidenciam uma governança orientada à transversalidade e à escuta contínua dos públicos internos.

³³ GATS (grupo de avaliação de tecnologia em saúde) foi implementado na gestão de Helton Freitas, inspirado no NATS (núcleo de avaliação de tecnologia em saúde) que integra a Rede Brasileira de Avaliação de Tecnologia em Saúde do Ministério da Saúde.

³⁴ Unimed-BH evoluiu o seu Centro de Inovação que passa a ser chamado de Horizontes Hub. Trata-se do primeiro hub experimental de novas tecnologias digitais e de inteligência artificial na saúde do Brasil, atuando em duas vertentes principais: inovação aberta e novos negócios em saúde. Foi idealizado para complementar a estrutura de inovação da cooperativa, ampliando as parcerias para execução de projetos disruptivos, experimentação de novas tecnologias e desenvolvimento de negócios digitais baseados em inteligência artificial, com impacto direto na experiência médico-paciente.

Entre as ferramentas de gestão implementadas, ele menciona o uso de design organizacional, cocriação de processos, reestruturação do conselho com comitês de assessoramento e pesquisas mensais de clima organizacional. As assembleias passaram a contar com fóruns preparatórios (pré-assembleias), já mencionados, e ampla divulgação prévia. “*O cooperado chega na assembleia sabendo exatamente o que será discutido, pois já teve acesso ao conteúdo com antecedência*”, informa.

O conceito de “jornada do cooperado” é apresentado como iniciativa para consolidar a cooperativa como parceira de carreira, sobretudo engajar às novas gerações. Segundo ele, a estrutura foi pensada para atender diferentes fases da trajetória profissional do médico, oferecendo ações voltadas à formação, previdência, educação financeira, voluntariado e inovação. “*A cooperativa não pode ser apenas um local onde se atende pacientes e vai embora, sem levar nada. Ela precisa ser um parceiro de jornada*”, afirma.

Frederico destaca também que a pandemia foi um marco que evidenciou a atuação da cooperativa como suporte aos seus membros, garantindo produção mínima e flexibilizando a remuneração diante da queda de atendimentos. Segundo ele, “*a cooperativa bancou a produção dos cooperados que ficaram impedidos de trabalhar durante a COVID-19*”.

Comparando as gestões anteriores, ele observa que, a partir de 1998, houve uma ruptura com o modelo anterior, com ampliação da participação dos cooperados, profissionalização da gestão e foco nas áreas de regulação e mercado. Ressalta que a continuidade das políticas, a longevidade de executivos estratégicos e a retenção de conhecimento tácito foram diferenciais importantes. Outro aspecto considerado relevante foi o amadurecimento dos conselhos, com investimentos em formação e maior integração entre corpo executivo e conselheiros. “*A governança foi respeitada e fortalecida. Hoje, os três últimos presidentes da Unimed-BH se sentam à mesa para debater temas relevantes, como cooperados*”, afirma.

Ao abordar o futuro da Unimed-BH no cenário local e nacional, Peret afirma que não há intenção de dificultar a entrada de novos cooperados, mas sim de renovação contínua. “*Quem está se fechando vai morrer. Nosso negócio é operadora de plano de saúde e temos que crescer, seja de forma orgânica ou inorgânica*”. Ele cita a incorporação recente de outra singular e a ampliação de 34 para 46 municípios de atuação no estado de Minas Gerais como exemplos do crescimento planejado. Além disso, defende sinergias com outras operadoras e casas nacionais para fortalecer o sistema. Em tom provocativo, Peret diz: “*Se o maior sistema cooperativista de saúde do mundo for encolher, algo está errado*”.

Ainda sobre os desafios para as gestões futuras, antevê maior competitividade e melhor

regulação do sistema Unimed e, também, espera por maior poder de intervenção das instâncias nacionais sobre cooperativas com resultados insatisfatórios ou práticas de governança inadequadas. Também defende a diversificação dos negócios, com ampliação de empresas e iniciativas como o Horizontes Hub. *“Nossa missão agora é modernizar, criando bases para novos mercados, inclusive aqueles que talvez ainda nem vislumbramos”*, resume Peret.

Ao ser questionado se faria algo diferente se tivesse a possibilidade de recomeçar, o atual presidente afirma que manteria a austeridade nas áreas de regulação e mercado, mas faria ajustes na forma como a verticalização foi implementada. Diz Peret com convicção: *“Faria de novo, mas de maneira mais ordenada, com menor dispersão e outra velocidade”*.

Frederico conclui destacando a estratégia adotada para capacitação dos gestores da Unimed-BH, a partir de uma formação estruturada oferecida não só pela OCEMG, mas que contempla etapas nacionais e internacionais. O programa abrange instituições como a Universidade Católica de Lisboa, St. Gallen na Suíça, Trinity College Dublin, Kaospilot na Dinamarca, além de parcerias em definição com a London School of Economics e a Karité de Paris. Tal formação tem por objetivo preparar lideranças cooperativistas com competências gerenciais atualizadas e sensíveis às transformações do ecossistema da saúde, contribuindo para a consolidação de uma governança qualificada e voltada à sustentabilidade da cooperativa.

Portanto, a trajetória da Unimed-BH sob a liderança de Frederico Peret confirma a relevância da profissionalização, da governança estratégica e da inovação contínua como práticas gerenciais centrais. Ao mesmo tempo, revela a importância de manter a coerência discursiva e institucional, especialmente em um sistema cooperativista que valoriza a transparência, a participação e o respeito à diversidade de estratégias locais.

4.3.1. Práticas gerenciais de excelência na Unimed-BH

A trajetória da Unimed-BH revela que a construção de uma cultura de dados sólida e de uma gestão profissionalizada não ocorreu de forma espontânea ou linear, mas foi marcada por momentos críticos que redefiniram seus rumos estratégicos. A identificação desses *keystones* — entendidos aqui como eventos ou decisões estruturantes — permite compreender não apenas o êxito da cooperativa mineira, mas também os obstáculos que ainda se impõem a outras cooperativas do sistema, especialmente as paraibanas.

Um primeiro marco pode ser situado na decisão de instituir um modelo de governança mais técnico e estável, com separação gradual entre instâncias políticas e gerenciais. Essa inflexão reduziu a interferência direta de interesses pessoais na gestão operacional e permitiu a consolidação de equipes executivas com trajetória contínua, promovendo a memória

organizacional e a consistência estratégica — algo frequentemente fragilizado nas cooperativas paraibanas, onde a rotatividade e o amadorismo de lideranças ainda limitam a maturação institucional.

Outro marco relevante foi a decisão deliberada de investir em sistemas de informação integrados e indicadores de performance transversais, ultrapassando a visão fragmentada entre áreas. Os entrevistados destacam que esse processo implicou resistências internas e exigiu ações educativas sistemáticas para ressignificar o papel dos dados na cultura organizacional. A Unimed-BH não apenas coletou dados, mas criou rituais de análise e instâncias de decisão baseadas em evidências, o que contrasta com o padrão ainda predominante em cooperativas de comparação paraibanas, onde dados são vistos como instrumentos periféricos ou pouco confiáveis.

Um terceiro *keystone* foi a valorização da avaliação por pares e do benchmarking estruturado com outras unidades do Sistema Unimed, o que fomentou uma cultura de aprendizado externo e adaptabilidade institucional. Essa prática reforça os pilares da GBE ao internalizar o uso de evidências externas comparativas, algo ausente na maioria das cooperativas analisadas no capítulo anterior.

Esses marcos ilustram uma trajetória de aprendizado organizacional que se articula diretamente com os princípios de Collins e os fundamentos da GBE: estabilidade institucional, liderança de continuidade, uso disciplinado de dados e foco no propósito organizacional. Se, nas cooperativas paraibanas, a cultura de dados aparece como um arquidesafio a ser enfrentado, na Unimed-BH ela emerge como uma construção coletiva, sustentada por decisões críticas que redefiniram a trajetória da cooperativa ao longo do tempo. Ao estabelecer esse paralelo, o estudo reforça a hipótese de que a excelência organizacional no cooperativismo em saúde não é fruto de modelos ideais abstratos, mas de processos deliberados, ancorados em escolhas estratégicas e sustentados por uma lógica de amadurecimento institucional orientado por evidências.

A partir da análise detalhada das entrevistas com os gestores da Unimed-BH — Francisco Neves, Helton Freitas e Frederico Peret — identificamos e sistematizamos um conjunto coeso de práticas gerenciais que, ao longo do tempo, contribuíram para a consolidação da cooperativa como referência nacional em gestão em saúde. Essas práticas, organizadas em eixos temáticos, são apresentadas no quadro-resumo a seguir, com o objetivo de destacar os principais fundamentos que sustentaram a excelência organizacional da Unimed-BH. O Quadro 4.1 apresenta como a Unimed-BH evoluiu de forma orgânica e estratégica, transformando desafios em oportunidades e consolidando práticas inovadoras que, somadas, formam um sistema de gestão de excelência. Trata-se de um esforço de síntese analítica orientado por

categorias extraídas diretamente do conteúdo das entrevistas, articuladas com princípios contemporâneos da teoria da administração e do cooperativismo em saúde.

Quadro 4.1

Conjunto de práticas gerenciais de excelência da Unimed-BH

Eixo Temático	Prática Gerencial Implementada	Objetivo/Impacto
Cultura e Educação Cooperativista	Capacitação contínua dos médicos sobre os princípios e funcionamento do cooperativismo	Fortalecimento do pertencimento e da identidade institucional
	Enfoque na ideia de que o médico é “dono” da cooperativa, não apenas prestador	Promoção da responsabilidade coletiva e do engajamento dos cooperados
Governança e Participação	Estruturação de conselhos com comitês técnicos de assessoramento	Melhoria na qualidade das decisões e fortalecimento da governança corporativa
	Fóruns preparatórios para assembleias com ampla divulgação de pautas	Aumento da transparência e da participação consciente dos cooperados
Gestão Baseada em Evidências	Implantação de orçamento fixo por área finalística e uso de indicadores de desempenho	Aumento da eficiência operacional e previsibilidade na gestão
	Planejamento descentralizado com responsabilização das áreas técnicas	Maior autonomia e foco em resultados estratégicos
Verticalização Equilibrada	Expansão da rede própria sem excluir a rede prestadora (75% dos atendimentos eletivos mantidos na rede terceirizada)	Redução de custos com preservação de alianças estratégicas
	Criação de critérios objetivos para atuação na rede própria (provas e carga horária obrigatória)	Garantia de qualidade assistencial e meritocracia
Sustentabilidade Econômico-Financeira	Construção de sede e investimentos com recursos próprios, sem endividamento	Fortalecimento do patrimônio e da autonomia financeira
	Capitalização estratégica para enfrentar crises e garantir crescimento	Preparação para oscilações regulatórias e econômicas
Inovação com Preservação de Valores	Criação do Horizonte Hub e separação entre áreas de inovação e tecnologia	Estímulo à transformação digital com base nos princípios cooperativistas
	Cocriação de processos organizacionais com os cooperados	Participação ativa nas mudanças e adaptação às novas realidades do setor
Gestão de Pessoas e Valorização do Cooperado	Estruturação da “jornada do cooperado”, com ações em previdência, educação financeira, voluntariado e inovação	Apoio integral à trajetória profissional e pessoal do médico cooperado
	Garantia de remuneração mínima aos médicos durante a pandemia	Proteção do vínculo e manutenção da segurança financeira dos cooperados
Comunicação e Relação com o Mercado	Reformulação da estratégia comercial com foco em planos empresariais	Aumento da competitividade e adequação ao novo perfil do consumidor
	Ações culturais e sociais integradas à marca (ex: Música ao Pé da Árvore, campanhas de saúde)	Fortalecimento do relacionamento com a comunidade e valorização institucional
Desenvolvimento de Lideranças	Programa estruturado de formação nacional e internacional para dirigentes (OCEMG, Lisboa, St. Gallen, Kaospilot etc.)	Qualificação técnica e visão estratégica global para as lideranças cooperativistas

Fonte: Elaboração própria, 2025.

A experiência da Unimed-BH evidenciou uma trajetória organizacional marcada por

continuidade institucional, aprendizado acumulado e práticas gerenciais consistentes, orientadas por resultados e por princípios cooperativistas. O modelo não se caracterizou por rupturas, mas por ciclos de amadurecimento, cada um construído sobre o legado do anterior, com inovação orientada à missão.

Ao longo desta pesquisa, mapeamos um conjunto relevante de práticas gerenciais nas cooperativas médicas paraibanas de maior destaque, conforme apresentamos no capítulo 3 desta tese. Entre elas, identificamos (1) esforços de profissionalização da gestão, (2) fortalecimento patrimonial, (3) investimentos em infraestrutura própria, (4) iniciativas educacionais voltadas aos cooperados e (5) tentativas de integração estratégica com o Sistema Unimed e outras redes locais. Embora ainda em níveis variados de institucionalização, essas práticas sinalizaram um movimento claro em direção ao amadurecimento organizacional.

Nesse sentido, o próximo tópico foi dedicado à análise dos dois conjuntos de práticas identificados anteriormente – Unimed-BH e cooperativas paraibanas selecionadas – com o objetivo de avaliar, tomando como base as entrevistas dos gestores, o **nível de maturidade gerencial** dessas últimas e a **assertividade estratégica** frente ao modelo de excelência consolidado em Belo Horizonte. A análise buscou, portanto, identificar tanto as convergências estruturantes quanto os desafios que ainda precisavam ser superados pelas cooperativas paraibanas para alcançarem níveis mais elevados de desempenho organizacional e sustentabilidade institucional.

4.4. Práticas Gerenciais e o Caminho para a Excelência: Evidências Comparativas

A fim de identificar práticas gerenciais capazes de promover excelência organizacional no setor cooperativista de saúde, esta seção apresenta um quadro associativo entre as principais cooperativas médicas da Paraíba — selecionadas com base em critérios de desempenho e relevância regional — e a Unimed-BH, considerada referência nacional em gestão organizacional. A análise partiu da identificação empírica de práticas gerenciais relatadas pelos dirigentes das cooperativas paraibanas em entrevistas, analisadas quanto à sua aderência ao arcabouço teórico da excelência organizacional adotado, e à sua presença consolidada em empresas-modelo.

A partir desse método, buscou-se validar se tais práticas, já implementadas de forma parcial ou em desenvolvimento nas cooperativas analisadas, representaram direções adequadas para o aprimoramento institucional e para o alcance de níveis superiores de desempenho. O Quadro 4.2 constitui, portanto, uma síntese analítica dessas evidências, destacando convergências, assimetrias e estágios de maturidade entre as experiências observadas.

Quadro 4.2

Conjunto de práticas gerenciais de excelência identificadas na Paraíba contrastadas ao cenário da Unimed-BH

Prática Gerencial	Cooperativas Seleccionadas da Paraíba	Unimed-BH (referência)	Validação e Estágio
1. Verticalização dos serviços	Em bom desenvolvimento na Unimed-JP	Consolidada (hospitais, APS, SADT)	Validação confirmada. Em fase de maturação na PB
2. Automatização e digitalização	Presente na Unimed-JP, Coopecir, Coopanest	Alto nível de integração e BI	Direção correta. PB ainda desenvolvendo BI e interoperabilidade
3. Gestão logística/patrimonial centralizada	Prática pontual (Unimed-JP, Coopanest)	Ampla, com núcleos especializados e centros logísticos	Adequada. Necessita expansão nas cooperativas de menor porte
4. Telemedicina e atenção domiciliar	Aplicada na Unimed-JP; ausente nas demais	Estratégica e integrada ao modelo assistencial	Em estágio inicial na PB. Modelo referência ainda distante
5. Educação corporativa e formação profissional	Parcerias com SESCOOP e cursos internos (Coopanest, Coopecir, Unimed-JP)	Programa estruturado de liderança	Direção correta. Precisa institucionalizar trilhas de formação
6. Responsabilidade social	Ativa (Unimed-JP, Coopanest)	Presente como eixo transversal de estratégia	Adequada. Bem incorporada no discurso e ações
7. Valorização profissional	Enfatizada em todas (Unimed-JP, Coopanest, Coopecir)	Formalizada por carreira médica e reconhecimento interno	Alinhamento forte. Prática consolidada na cultura
8. Atuação público-privada	Todas 3 ampliando parcerias	Operacionaliza modelos híbridos (ex: PPPs)	Em expansão. Potencial de amadurecimento
9. Gestão de crises	Unimed-JP foi referência na COVID-19	Planejamento de continuidade estruturado	Prática validada. Ainda desigual entre pares
10. Sustentabilidade financeira e novos contratos	Evidente nas 3 cooperativas	Planejamento financeiro com cenários e contratos estratégicos	Adequada. PB adotando medidas semelhantes
11. Ferramentas gerenciais (BSC, SWOT etc.)	Usadas pelas 3 cooperativas em diferentes intensidades	Aplicadas com refinamento e avaliação contínua	Prática em curso. Precisa de institucionalização e acompanhamento sistemático
12. Adaptabilidade	Confirmada em todas, com foco na superação de resistências	Adaptativa e resiliente a ciclos externos	Validação clara. Requer fortalecer a cultura de mudança
13. Formação de líderes e gestores	Preocupação explícita (Unimed-JP, Coopecir)	Programa interno de sucessão e capacitação	Em processo de amadurecimento. Prática iniciada
14. Liderança participativa e por convencimento	Forte discurso nas entrevistas (Coopecir, Coopanest)	Prática reforçada por modelo matricial e conselhos	Coerente. Exige fortalecimento de mecanismos institucionais

Fonte: Elaboração própria, 2025.

A sistematização apresentada no quadro comparativo oferece um panorama abrangente das práticas gerenciais em curso nas cooperativas paraibanas ao tempo que escrevemos esse trabalho, permitindo não apenas identificar pontos de convergência com modelos de referência, como também distinguir estágios distintos de desenvolvimento institucional. Para aprofundar esse aspecto, a análise que se segue organizou criticamente as evidências empíricas em eixos estruturantes da evolução organizacional, com o propósito de compreender em que medida essas práticas contribuíram para o fortalecimento das capacidades organizacionais e para a consolidação de trajetórias sustentáveis de excelência no âmbito do cooperativismo em saúde.

A definição dos eixos estruturantes foi ancorada na literatura especializada em gestão organizacional e no campo específico do cooperativismo em saúde. Notadamente os estudos de Collins e Porras (1991), no que tange à identificação de elementos constitutivos de empresas visionárias, e as proposições da gestão baseada em evidências (Barends *et al.*, 2014), que enfatizam a utilização criteriosa de dados empíricos para fundamentar decisões e interpretações gerenciais.

Adicionalmente, consideramos contribuições oriundas da teoria dos recursos e capacidades (Barney, 1991; Grant, 1996), que permitiram reconhecer, nas práticas observadas, indícios do desenvolvimento de competências organizacionais críticas para a sustentabilidade e a excelência institucional. A partir dessa base conceitual, os eixos foram delineados de forma a capturar dimensões-chave da dinâmica organizacional das cooperativas analisadas, tais como: (1) governança e liderança estratégica; (2) capacidade de inovação e adaptação; (3) gestão de pessoas e qualificação profissional; (4) integração sistêmica e redes colaborativas; e (5) uso intensivo de informações e indicadores de desempenho.

A escolha por esses eixos, portanto, não se deu de maneira arbitrária, mas decorreu de um esforço de articulação entre os marcos teóricos e a realidade empírica observada, permitindo contextualizar trajetórias organizacionais das cooperativas de saúde paraibanas. Tal abordagem favoreceu a identificação de padrões recorrentes, dissonâncias e singularidades, contribuindo para uma melhor compreensão dos fatores que sustentam o desempenho organizacional no ecossistema cooperativista da saúde.

- Análise Crítica por Eixo de Evolução Organizacional

A seção anterior apresentou as evidências organizadas no quadro comparativo, procede-se agora à análise crítica das práticas gerenciais identificadas, estruturada em eixos, inspirados na literatura de Collins, que refletem dimensões centrais da evolução institucional: estratégia, liderança, inovação, estrutura organizacional e cultura organizacional. Essa

abordagem permitiu não apenas verificar a aderência das práticas aos referenciais teóricos e empíricos de excelência, mas também compreender como se articularam internamente e quais fatores condicionaram sua eficácia nos diferentes contextos organizacionais analisados. O Quadro 4.3 apresenta essa análise de forma sucinta.

Quadro 4.3

Análise por eixo de evolução organizacional

Eixo de evolução organizacional	Comentário
Maturidade Estratégica	As cooperativas consideradas visionárias em nosso estudo (Unimed João Pessoa, Coopanest-PB, Coopecir) já operam com diretrizes próximas ao modelo de excelência da Unimed-BH, especialmente na formulação de metas, uso de ferramentas como BSC e implementação de estruturas administrativas voltadas à disciplina organizacional. Entretanto, a institucionalização do planejamento estratégico de longo prazo efetivo ainda nos parece ser uma lacuna, especialmente quando se observam as cooperativas de comparação (Unimed-CG, Coort e Cocan), onde os processos são mais reativos do que estruturados.
Liderança e Sucessão	A alternância de lideranças e o foco em formação de gestores surgem como diferenciais nas organizações de maior desempenho. A Unimed João Pessoa e a Coopanest destacam-se por práticas consistentes nesse campo, incluindo critérios para ingresso em cargos diretivos e valorização da experiência gerencial. Essa dimensão ainda carece de sistematização em outras cooperativas, como a Unimed-CG, a Coort e a Cocan, que enfrentam rotatividade mal estruturada ou concentração de poder sem formação de sucessores.
Inovação e Cultura de Dados	O uso de soluções de dados (e.g. BI), automação de processos e governança de dados está em desenvolvimento na Paraíba, especialmente na Unimed João Pessoa e Coopecir. Essas cooperativas demonstram alinhamento gradual ao modelo da Unimed-BH, que já atua com painéis de indicadores no mínimo descritivos, além de sistemas integrados e acompanhamento em tempo real. No entanto, a ausência de sistematização científica e de feedback estruturado nas demais cooperativas ainda limita a consolidação de uma gestão verdadeiramente baseada em evidências.
Verticalização e Rede de Serviços	A Unimed João Pessoa apresenta um movimento claro de verticalização, com dois hospitais próprios e serviços próprios de atenção ambulatorial e domiciliar, em consonância com o modelo da Unimed-BH. Já a Coopecir e Coopanest têm buscado diversificar convênios e ampliar sua atuação, inclusive com a oferta de serviços ao setor público. Isso revela uma trajetória coerente com os princípios de integração vertical e independência de redes terceirizadas, embora em estágio ainda inferior ao da referência nacional.
Cultura Organizacional e Valores	Os relatos das lideranças das cooperativas paraibanas mostram valorização crescente da cultura institucional, da ética e da meritocracia, elementos-chave para a construção de uma identidade sólida. A Unimed-CG, Coopanest e a Coopecir, embora com avanços operacionais, ainda enfrentam desafios relacionados à ausência de uma cultura forte e enraizada, o que impacta negativamente o engajamento e a coesão interna.

Fonte: Elaboração própria, 2025.

Assim, as práticas gerenciais utilizadas nas cooperativas de saúde da Paraíba analisadas neste estudo estão, em sua maioria, contribuindo com a construção da excelência organizacional. Aquelas selecionadas como visionárias (Unimed João Pessoa, Coopanest-PB, Coopecir) apresentam práticas validadas e compatíveis com os modelos consolidados em Belo Horizonte, especialmente no que se refere à gestão estratégica, liderança participativa, digitalização e sustentabilidade.

Entretanto, há distância a ser percorrida em termos de: (1) Institucionalização da formação gerencial; (2) Sistematização da GBE e Ampliação do uso de dados e evidências para

a tomada de decisão; (3) Estruturação de uma cultura de inovação que transcenda lideranças individuais.

A comparação cuidadosa e embasada mostra que, guardadas as proporções de porte, contexto e recursos, **as práticas gerenciais adotadas pelas cooperativas paraibanas selecionadas são adequadas**, e em muitos casos avançadas, embora ainda demandem **estruturação sistêmica para atingir o mesmo grau de excelência institucional da Unimed-BH**.

4.5. Considerações finais frente a um modelo de excelência

A presente investigação teve como intenção central identificar uma cooperativa de saúde no contexto nacional que se destaca como modelo de excelência organizacional, e desta verificar quais de suas práticas gerenciais mais favorecem, no ecossistema de negócios da saúde, esta excelência. Assim, com ênfase no estudo de caso da Unimed-BH, considerada o modelo de excelência, confrontamos as práticas gerenciais das instituições de destaque no cenário cooperativista do ramo de saúde atuantes no estado da Paraíba com as práticas gerenciais da cooperativa mineira. A metodologia adotada no cenário paraibano privilegiou o pareamento de organizações de desempenho distinto, com o intuito de isolar variáveis estruturais e ambientais e concentrar a análise naquilo que, de fato, diferencia os resultados organizacionais: suas decisões e práticas gerenciais.

A análise criteriosa das cooperativas de maior desempenho — notadamente Unimed João Pessoa, Coopanest-PB e Coopecir — permitiu a identificação de um conjunto recorrente de práticas que, para além de estarem presentes nessas organizações, revelaram-se coerentes com o arcabouço teórico da excelência em gestão organizacional, conforme descrito em referências consolidadas da administração estratégica, da governança cooperativa e da gestão baseada em resultados. Entre essas práticas, destacam-se a verticalização dos serviços, a digitalização de processos, o investimento em atenção domiciliar, o fortalecimento de programas de formação e liderança, a articulação público-privada, a diversificação de receitas e a adoção sistemática de ferramentas como planejamento estratégico, *Balanced Scorecard* – BSC e análise SWOT³⁵. A relevância dessas práticas não reside apenas em sua frequência entre as cooperativas analisadas, mas na constatação de que elas convergem com princípios normativos amplamente aceitos no campo da gestão organizacional, sendo também compatíveis com as boas práticas verificadas na trajetória da Unimed-BH.

³⁵ Metodologia de análise, relativo a uma organização, de suas Forças (*Strengths*), Fraquezas (*Weaknesses*), Oportunidades (*Opportunities*) e Ameaças (*Threats*).

O estudo do caso Unimed-BH aprofundou a compreensão sobre como a excelência se manifesta de forma integrada, contínua e institucionalizada. Dentre os achados, merece destaque a forma como a cooperativa conduz seus processos sucessórios: a alternância de lideranças ocorre de forma planejada, legítima e vinculada à estratégia organizacional. Essa dinâmica contrasta com padrões observados em outras organizações, onde a falta de alternância de entre líderes ou sucessão de liderança turbulenta comprometem a renovação e dificultam o amadurecimento da governança. Na Unimed-BH, a alternância se tornou um instrumento de fortalecimento institucional, permitindo a incorporação de novas competências sem ruptura da estratégia coletiva, o que evidencia elevado grau de maturidade política e coesão interna.

Adicionalmente, a investigação sobre a Unimed-BH confirmou a centralidade da cultura baseada em dados como eixo estruturante da excelência. A utilização sistemática de indicadores, a institucionalização de fóruns de decisão técnica e a valorização da formação gerencial revelam que o sucesso não resulta de atributos contextuais isolados, mas de escolhas acumulativas, disciplinadas e replicáveis.

A convergência entre os referenciais teóricos discutidos no Capítulo 2, os achados empíricos do Capítulo 3 e os elementos consolidados neste Capítulo 4 reforça a tese de que a transformação institucional no cooperativismo em saúde passa, necessariamente, pela adoção deliberada de práticas gerenciais fundamentadas em evidências. Conclui-se, assim, que as experiências analisadas — tanto em escala regional quanto nacional — configuram referenciais legítimos e aplicáveis para a construção de modelos sustentáveis, adaptativos e orientados à criação de valor compartilhado no setor cooperativista de saúde.

CAPÍTULO 5 – CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este capítulo reúne as considerações finais desta tese, sintetizando os principais resultados obtidos ao longo do percurso investigativo. Lembramos que, nos Capítulos 1 e 2, foram apresentados os fundamentos teóricos da pesquisa, com destaque para os conceitos de ecossistema de negócios, excelência organizacional e gestão baseada em evidências, além da contextualização histórica e institucional das cooperativas de saúde no Brasil. Na sequência, o Capítulo 3 analisou, de forma empírica, as práticas gerenciais de cooperativas paraibanas, enquanto o Capítulo 4 examinou a trajetória da Unimed-BH como referência nacional em desempenho organizacional.

A seguir, apresentam-se as conclusões gerais da tese, considerando resultados destes primeiros capítulos. Organizamos a exposição em cinco tópicos: (1) análise dos objetivos propostos e seu alcance; (2) sumário da trajetória investigativa empreendida; (3) apresentação das principais conclusões da pesquisa; (4) indicação das implicações acadêmicas, gerenciais e sociais; e (5) as limitações do estudo e proposições para pesquisas futuras.

5.1. Alcance dos objetivos

A tese teve por finalidade compreender como práticas gerenciais específicas contribuem para a excelência organizacional em cooperativas do ramo de saúde inseridas no ecossistema de negócios brasileiro. Foram delineados três objetivos, que direcionaram os três estudos da tese: (i) contextualizar a inserção das cooperativas no ecossistema da saúde suplementar, com foco nos desafios contemporâneos e na Gestão Baseada em Evidências (GBE); (ii) identificar, por meio de estudo empírico no estado da Paraíba, as práticas que distinguem cooperativas de maior desempenho; e (iii) compreender, por meio da análise do caso Unimed-BH, os fatores institucionais que sustentam uma trajetória de excelência.

Todos os objetivos foram plenamente atendidos. O primeiro foi contemplado no Capítulo 2, que desenvolveu os fundamentos teóricos da tese, posicionando o conceito de excelência dentro de uma perspectiva organizacional sistêmica, com base em autores clássicos e contemporâneos. O segundo e o terceiro objetivos foram atendidos nos Capítulos 3 e 4, que detalharam, respectivamente, o mapeamento das práticas das cooperativas paraibanas e a análise aprofundada da trajetória da Unimed-BH. A articulação entre teoria e evidência empírica permitiu demonstrar como práticas gerenciais coerentes e institucionalizadas são decisivas para sustentar o desempenho superior dessas organizações.

O Capítulo 3 mostrou um mapeamento detalhado das práticas gerenciais adotadas por

cooperativas de saúde da Paraíba, comparando aquelas consideradas de referência com outras de desempenho inferior. A aplicação da metodologia comparativa de pares, inspirada em Jim Collins, permitiu identificar padrões de gestão característicos de organizações mais bem-sucedidas. Observou-se que cooperativas com desempenho superior apresentam estruturas de governança mais profissionalizadas, maior integração entre setores, uso sistemático de ferramentas de gestão e valorização da formação continuada de seus dirigentes.

Por sua vez, o Capítulo 4 aprofundou a análise do caso da Unimed-BH, destacando como a instituição consolidou um modelo de gestão voltado para a excelência. A trajetória da cooperativa revelou a importância de práticas como alternância planejada de lideranças, investimento em formação gerencial, profissionalização de quadros e uso sistemático de indicadores. As entrevistas com gestores revelaram um padrão de tomada de decisão orientado por dados e uma cultura organizacional que favorece o aprendizado contínuo e a inovação responsável.

A comparação entre os achados do Capítulo 3 (Paraíba) e do Capítulo 4 (Unimed-BH) permitiu identificar eixos comuns de excelência: liderança estratégica, estrutura assistencial integrada, cultura organizacional orientada ao aprendizado e uso de ferramentas de gestão baseadas em dados. Verificamos que, embora em estágios distintos de maturidade, ambas as experiências demonstram que o desempenho organizacional está vinculado à capacidade de estruturar processos formais, assegurar a continuidade da visão estratégica e investir na consolidação de uma cultura de dados.

Neste sentido, a investigação revelou ainda que o desafio estruturante comum às cooperativas estudadas — ainda que em diferentes graus — é o fortalecimento de uma cultura baseada em dados. Esse desafio, denominado arquidesafio ao longo desta tese, se expressa na dificuldade de produzir, interpretar e utilizar dados confiáveis para orientar decisões gerenciais e estratégicas. A ausência dessa cultura compromete não apenas a eficácia das ações administrativas, mas também a capacidade de inovação, o aprendizado institucional e a consolidação de práticas sustentáveis no longo prazo.

5.2. Caminho metodológico e integração dos estudos

A trajetória investigativa foi construída a partir de uma abordagem qualitativa, exploratória e descritiva, com aplicação de métodos de análise de conteúdo e triangulação de fontes. O estudo se iniciou com a delimitação do campo teórico, que permitiu estabelecer critérios normativos para a excelência organizacional, extraídos de modelos consagrados como o apresentado na literatura de Collins, o da Fundação Nacional da Qualidade (FNQ), da

governança cooperativa proposta pelo IBGC e da literatura sobre GBE e ecossistemas de negócios.

O trabalho empírico foi dividido em dois momentos: o primeiro, desenvolvido no Capítulo 3, adotou o método de pareamento de casos no contexto da Paraíba, permitindo a comparação entre cooperativas de desempenho distinto e a identificação de práticas recorrentes entre as de maior êxito. A seleção dos pares foi realizada com base em critérios objetivos, como indicadores econômicos, estrutura institucional e capacidade assistencial. A análise foi conduzida a partir de entrevistas semiestruturadas com dirigentes, trianguladas com documentos institucionais e dados secundários.

O segundo momento, apresentado no Capítulo 4, concentrou-se no estudo de caso da Unimed-BH, consolidada como referência nacional de desempenho organizacional. A análise baseou-se em entrevistas com dirigentes, complementadas por documentos internos, relatórios institucionais e fontes públicas. Essa abordagem permitiu compreender os mecanismos internos de gestão que sustentam o alto desempenho da instituição.

Os dois estudos empíricos foram articulados por uma lógica analítica comum e se complementaram na construção de um modelo compreensivo das práticas gerenciais que sustentam a excelência. Essa integração possibilitou comparativos entre contextos diferentes, sem comprometer a especificidade analítica de cada caso. A combinação entre análise comparativa e estudo de caso único permitiu captar tanto os padrões transversais quanto as singularidades institucionais, assegurando solidez às considerações formuladas. Dessa forma, a metodologia adotada contribuiu para validar empiricamente o modelo teórico proposto, fortalecendo a coerência entre os tópicos analíticos da tese.

Além da aplicação das técnicas já mencionadas, a estratégia de organizar os estudos empíricos de modo complementar — partindo da comparação regional até chegar à análise de uma referência nacional — favoreceu a construção progressiva de um conhecimento acumulativo e estruturado. Essa abordagem não apenas maximizou a riqueza interpretativa do material empírico, como também permitiu distinguir práticas transitórias de padrões consolidados de excelência.

Outro aspecto relevante da metodologia empregada diz respeito ao uso sistemático da triangulação como estratégia de validação dos dados coletados. A sobreposição entre diferentes fontes — entrevistas, documentos internos e dados secundários — conferiu maior densidade à análise, reduzindo riscos de viés interpretativo e aumentando a confiabilidade dos resultados. Esse cuidado metodológico revelou-se fundamental, sobretudo diante da complexidade das organizações estudadas, cujas práticas nem sempre são formalizadas ou documentadas de

maneira homogênea.

A comparação entre cooperativas de diferentes portes e inserções institucionais também ampliou a capacidade interpretativa do estudo. No caso da Paraíba, foi possível observar como variáveis como sucessão na liderança, estrutura participativa e domínio tecnológico afetam diretamente a capacidade de institucionalizar boas práticas. Já a análise da Unimed-BH permitiu compreender como essas mesmas variáveis, quando sistematizadas e integradas a uma cultura organizacional orientada por dados, contribuem para a excelência de longo prazo.

Além disso, a estrutura sequencial dos estudos permitiu não apenas identificar práticas relevantes, mas também compreender suas condições de emergência, maturação e institucionalização. Essa perspectiva dinâmica e evolutiva sobre as práticas gerenciais mostrou-se particularmente eficaz para captar nuances importantes do processo de construção da excelência, frequentemente invisíveis em abordagens exclusivamente transversais.

Em suma, o caminho metodológico adotado nesta tese não se limitou a descrever boas práticas, mas buscou compreender como elas se organizam em arranjos institucionais consistentes e replicáveis. A articulação entre o teórico e o empírico, favorecida pela integração dos estudos, conferiu à pesquisa uma base sólida para a formulação de proposições analíticas sobre o desempenho organizacional no cooperativismo em saúde — proposições estas que, conforme argumentado ao longo da tese, podem inclusive ser aplicadas a outros contextos organizacionais que compartilham complexidade estrutural, lógica associativa e compromisso com a longevidade institucional.

5.3. Conclusões da pesquisa

A principal conclusão da pesquisa é que a excelência organizacional no cooperativismo em saúde não resulta de fatores circunstanciais ou contextuais, mas da adoção sistemática, disciplinada e progressiva de práticas gerenciais coerentes com referenciais técnicos e institucionais. Tais práticas incluem, entre outras, o investimento em lideranças, a valorização da profissionalização da gestão, o uso intensivo de dados para a tomada de decisão e a existência de estruturas que favorecem a alternância qualificada de dirigentes, sem rupturas estratégicas.

Verificamos que cooperativas de desempenho superior compartilham uma cultura organizacional voltada para o aprendizado e a inovação, bem como uma orientação clara para resultados sustentáveis. No caso da Unimed-BH, tais elementos estão consolidados em rotinas institucionais e mecanismos de governança maduros, o que possibilita a continuidade da

estratégia organizacional mesmo diante de mudanças de liderança. Em contraste, organizações com desempenho inferior mostraram-se mais vulneráveis à descontinuidade administrativa, ao personalismo e à ausência de dados confiáveis para orientar suas decisões.

Outro achado central diz respeito à cultura baseada em dados, aqui nomeada como arquidesafio. Essa dimensão revelou-se transversal às práticas mais eficazes, funcionando como base para o planejamento, a inovação, o controle e a *accountability*. A tese demonstra que, na ausência de uma cultura que valorize a produção e o uso estratégico da informação, a adoção isolada de ferramentas gerenciais tende a ser insuficiente para promover transformações duradouras.

Para sistematizar as principais conclusões obtidas ao longo da investigação, apresentamos a seguir um quadro síntese (Quadro 5.1) com os achados centrais da tese acompanhados de breves comentários analíticos. A proposta é destacar os elementos que, em conjunto, sustentam que a excelência organizacional no cooperativismo em saúde pode ser alcançada por meio de escolhas gerenciais deliberadas, consistentes e replicáveis.

Quadro 5.1

Principais conclusões da tese e comentários

Conclusão Central	Comentário Analítico
A excelência organizacional no cooperativismo em saúde depende de lideranças capacitadas, estruturas gerenciais profissionalizadas e cultura orientada por dados.	A análise empírica demonstrou que tais elementos sustentam a continuidade institucional e a adaptação estratégica, sendo comuns nas cooperativas com melhor desempenho.
A cultura baseada em dados foi identificada como arquidesafio para as cooperativas de saúde.	A ausência dessa cultura compromete a qualidade da decisão estratégica, sendo evidente nas organizações com menor maturidade institucional.
A GBE constitui um modelo integrativo com alto potencial transformador.	Sua adoção permite que decisões deixem de ser baseadas em intuição para serem ancoradas em evidências, contribuindo para um ciclo virtuoso de melhoria contínua.
A alternância de liderança, respeitando valores institucionais, favorece ciclos saudáveis de renovação.	Esse achado contrapõe a centralidade de lideranças longas ou carismáticas, sugerindo que sucessões bem conduzidas fortalecem a coesão e a inovação.
As práticas gerenciais de excelência são replicáveis e sistematizáveis.	A recorrência entre as cooperativas analisadas e a convergência com a literatura confirmam seu potencial para orientar políticas gerenciais setoriais.
A metodologia de pareamento e estudo de caso demonstrou-se eficaz para identificar boas práticas e validar modelos teóricos.	A articulação entre dados primários, secundários e referencial analítico assegurou solidez às considerações formuladas.
Os achados da tese, embora centrados no setor saúde, possuem aplicabilidade ampliada.	A complexidade enfrentada pelas cooperativas médicas é semelhante à de outras organizações, permitindo extrapolação cuidadosa dos resultados para outros setores.

Fonte: Elaboração própria, 2025.

As conclusões apresentadas consolidam o percurso investigativo e confirmam a

coerência entre os marcos teóricos e os dados empíricos analisados. A recorrência de certos padrões de liderança, governança, cultura e uso de dados evidencia que trajetórias de excelência são construídas com base em fundamentos organizacionais sólidos e não por contingências isoladas. Ao reconhecer a aplicabilidade ampliada desses achados para contextos semelhantes, abrimos espaço para refletir sobre os impactos potenciais da pesquisa em outras esferas. A seguir, serão discutidas as implicações acadêmicas, gerenciais e sociais da tese, com vistas a explorar como seus resultados podem contribuir para o avanço do conhecimento e para a transformação institucional das cooperativas e de organizações complexas em geral.

5.4. Implicações acadêmicas, gerenciais e sociais

Do ponto de vista acadêmico, a tese contribui para a literatura ao integrar distintos referenciais teóricos — excelência organizacional, ecossistemas de negócios e GBE — em uma abordagem aplicada ao cooperativismo em saúde. Além disso, a sistematização de práticas gerenciais validadas empiricamente amplia a base de conhecimento disponível para estudos comparativos no campo da administração em organizações complexas, oferecendo parâmetros para a análise de instituições que operam em ambientes regulatórios exigentes e com múltiplos stakeholders.

- Implicações gerenciais

No plano gerencial, os achados oferecem um repertório estruturado de práticas que podem servir como referência para dirigentes de cooperativas e gestores de organizações com estruturas similares. A valorização da alternância de lideranças, o fortalecimento da governança técnica, a institucionalização do uso de dados e a articulação entre estratégia e cultura organizacional constituem diretrizes aplicáveis a diferentes contextos organizacionais que demandam alta capacidade de coordenação, adaptabilidade e legitimidade interna.

Para que as cooperativas de saúde possam efetivamente trilhar um caminho em direção à excelência operacional, é necessário que as diretrizes estratégicas sejam traduzidas em ações gerenciais concretas, ancoradas nas evidências reunidas neste estudo. A partir das análises empreendidas e dos padrões observados nas cooperativas visionárias, pode-se delinear um roteiro prescritivo de prioridades e competências críticas a serem desenvolvidas pelos gestores do setor.

Em primeiro lugar, é essencial priorizar investimentos estruturais em infraestrutura informacional e sistemas integrados de gestão. A construção de uma cultura de dados depende da disponibilidade de informações confiáveis, tempestivas e acessíveis, o que requer

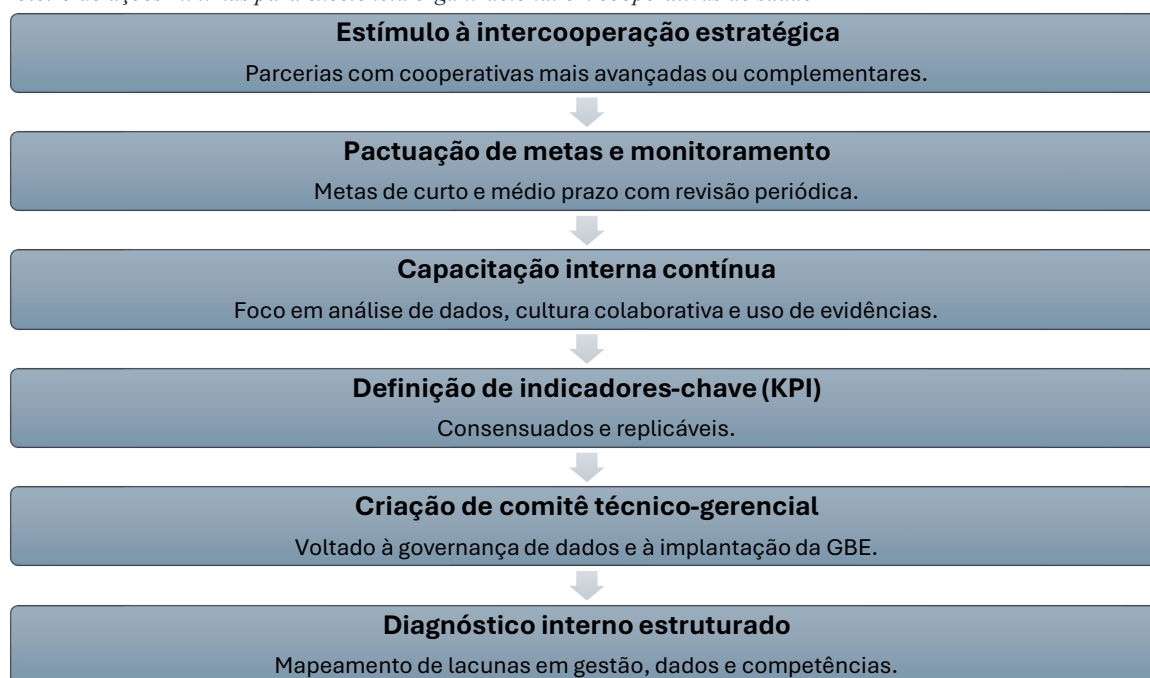
plataformas tecnológicas interoperáveis e políticas claras de governança da informação. Sem esse alicerce, mesmo as melhores intenções gerenciais ficam comprometidas.

Em segundo lugar, recomendamos o fortalecimento das competências analíticas e interpretativas dos gestores, por meio de programas sistemáticos de formação em indicadores de desempenho, análise crítica de dados e gestão baseada em evidências. A GBE, como demonstrado, não se restringe à coleta de informações, mas exige que elas sejam internalizadas na cultura organizacional e traduzidas em decisões mais qualificadas.

Em paralelo, torna-se imprescindível fomentar mecanismos de estabilidade e continuidade institucional, o que inclui o redesenho das práticas sucessórias, a constituição de núcleos técnicos permanentes e a adoção de modelos de governança que articulem legitimidade democrática e profissionalização. Isso se revela ainda mais urgente em ambientes onde a alternância de lideranças tem se mostrado um entrave à consolidação de estratégias de longo prazo.

Com base nesses pilares, propomos o seguinte roteiro de ações mínimas para cooperativas que desejam avançar rumo à excelência operacional: (1) diagnóstico interno estruturado, com mapeamento de lacunas em gestão, dados e competências; (2) criação de um comitê técnico-gerencial voltado à governança de dados e à implementação da GBE; (3) definição de um conjunto inicial de indicadores-chave de desempenho (KPIs) consensuados e replicáveis; (4) capacitação interna contínua, com foco em análise de dados, cultura colaborativa e uso de evidências; (5) pactuação de metas de curto e médio prazo, com mecanismos de monitoramento e revisão periódica; (6) estímulo à intercooperação estratégica, buscando parcerias com cooperativas mais avançadas ou com experiência complementar.

Essas ações, ilustradas na Figura 5.1, não constituem uma receita única, mas oferecem um ponto de partida realista e viável, especialmente em cenários marcados por restrições de recursos e fragmentação institucional. Sua implementação gradual pode representar um salto qualitativo no amadurecimento gerencial das cooperativas, aproximando-as de padrões de excelência adaptados à sua realidade e vocação.

Figura 5.1*Roteiro de ações mínimas para excelência organizacional em cooperativas de saúde*

Fonte: Elaboração própria, 2025.

- Implicações sociais

Em termos sociais, a tese evidencia que o aprimoramento da gestão nas cooperativas de saúde pode resultar em serviços mais acessíveis, eficientes e sustentáveis para a população, especialmente em regiões onde essas organizações representam importante alternativa à oferta tradicional de saúde. Ao ampliar sua eficiência interna e qualificar seus processos decisórios, essas cooperativas se tornam mais preparadas para responder às demandas crescentes da sociedade, inclusive em contextos de incerteza ou pressão regulatória. Tais resultados, ainda que obtidos em ambientes específicos, indicam que os princípios da excelência organizacional, quando adaptados às características institucionais de cada organização, podem contribuir para o fortalecimento de modelos associativos sustentáveis.

Embora esta pesquisa tenha se concentrado em cooperativas médicas, os achados sistematizados não se restringem ao setor saúde. As práticas identificadas — como governança colegiada qualificada, sucessão institucional planejada, gestão baseada em dados e formação contínua de lideranças — são reconhecidamente eficazes em ambientes organizacionais marcados por complexidade técnica e diversidade de atores. Assim, os resultados aqui apresentados podem ser considerados relevantes para organizações de outros setores que compartilham essas características, como cooperativas de crédito, instituições educacionais, organizações do terceiro setor, empresas públicas e fundações. Trata-se, portanto, de um escopo

de contribuições que ultrapassa os limites do campo setorial estudado e pode informar a gestão de organizações comprometidas com excelência, legitimidade institucional e sustentabilidade de longo prazo.

Para além das contribuições acadêmicas, gerenciais e sociais, este trabalho agrega conhecimento ao campo de pesquisa ao inovar propondo processos de aquisição de conhecimento presentes primordialmente na literatura de mercado, e não exclusivamente no meio científico. Assim, os tópicos seguintes apontam contribuições ao campo administrativo e à metodologia.

- Contribuições ao campo da Administração

Neste ponto, expõem-se as principais contribuições teóricas da pesquisa ao campo da Administração. O foco recai sobre os avanços conceituais proporcionados pelo estudo ao se aplicar modelos clássicos à realidade das cooperativas de saúde.

A tese contribui ao campo ao adaptar e aplicar modelos amplamente difundidos — como o da excelência organizacional, os ecossistemas de negócios e a GBE — para interpretar o desempenho de organizações cooperativistas. A articulação desses referenciais mostrou-se adequada à compreensão de dinâmicas complexas, oferecendo um quadro analítico útil para o estudo de organizações de natureza híbrida, como é o caso das cooperativas médicas.

- Inovações Metodológicas

Do ponto de vista metodológico, destaca-se a aplicação da análise comparativa de pares para o contexto do cooperativismo em saúde, combinando elementos da *grounded theory* (Corbin, 2017) com técnicas de análise de conteúdo. A construção do quadro comparativo validado, articulando as práticas observadas nas cooperativas paraibanas com aquelas verificadas na Unimed-BH, possibilitou a produção de inferências robustas sobre os fatores críticos de sucesso. Além disso, o recurso à triangulação conferiu maior credibilidade aos resultados.

5.5. Limitações e perspectivas de pesquisa

As limitações deste trabalho referem-se tanto aos desafios metodológicos decorrentes da natureza das fontes utilizadas quanto à abrangência dos resultados empíricos. A seguir, discutem-se as principais restrições identificadas.

Entre as limitações da pesquisa, destaca-se o recorte geográfico restrito às cooperativas da Paraíba e à Unimed-BH, o que limita a generalização dos resultados. A abordagem

qualitativa, embora adequada aos objetivos do estudo, impõe também limites à extrapolação estatística dos achados. A dependência de entrevistas como principal instrumento de coleta de dados pode estar sujeita a vieses de percepção dos entrevistados, embora esses tenham sido mitigados por meio de triangulação com documentos e evidências institucionais.

Apesar dos esforços metodológicos empreendidos para assegurar a fidedignidade e a profundidade analítica das entrevistas conduzidas nesta pesquisa, é importante reconhecer que as percepções expressas pelos gestores entrevistados podem estar sujeitas a vieses positivos em relação às organizações que representam. Tal fenômeno é amplamente discutido na literatura qualitativa e organizacional, sendo conhecido como “viés de desejabilidade social” — uma tendência natural dos respondentes a oferecerem respostas mais favoráveis ou alinhadas às expectativas percebidas, sobretudo quando ocupam cargos de liderança institucional (Fisher, 1993; Tourangeau & Yan, 2007). Em contextos organizacionais, essa inclinação é intensificada pelo compromisso reputacional dos gestores com a imagem de suas instituições, resultando, muitas vezes, na ênfase em conquistas e boas práticas em detrimento da exposição de fragilidades ou dilemas internos.

De forma complementar, outra limitação relevante refere-se à utilização de materiais institucionais e peças de comunicação organizacional — como websites, relatórios gerenciais e campanhas de marketing digital — como fontes de contextualização e análise. Embora esses materiais ofereçam dados úteis sobre valores, estratégias e resultados divulgados pelas cooperativas, é preciso destacar que tais fontes são, por natureza, construções simbólicas voltadas à promoção de uma imagem positiva da organização, podendo omitir conflitos, contradições e aspectos críticos da prática gerencial (Alvesson & Kärreman, 2011). Nesse sentido, embora o cruzamento com evidências empíricas e triangulações metodológicas tenha mitigado parcialmente essa limitação, permanece o desafio de acessar representações mais críticas das dinâmicas organizacionais, o que poderá ser mais bem explorado por pesquisas futuras que incluam outras vozes do ecossistema cooperativista, como colaboradores não gestores, conselheiros e usuários dos serviços.

Durante o período de realização desta pesquisa, que se estendeu ao longo de dois anos, foi possível acompanhar transformações significativas em algumas das organizações analisadas. A Unimed João Pessoa, em particular, apresentou avanços expressivos em termos de desempenho organizacional, segundo dados mais recentes divulgados pela própria instituição. Entre os progressos, destacam-se a adoção de metodologias modernas de gestão por resultados, como o uso sistemático de OKRs (Objectives and Key Results), e a implementação do protocolo ACERTO (Aceleração da Recuperação Total Pós-Operatória) para cirurgias

cardiovasculares, reconhecido por sua contribuição à segurança do paciente e à eficiência assistencial. Apesar da relevância dessas melhorias, optou-se metodologicamente por não atualizar os dados exclusivamente dessa cooperativa, uma vez que os demais casos analisados não ofereceram novas informações no mesmo nível de detalhamento e atualidade. Essa decisão visou preservar o equilíbrio analítico entre as unidades de análise, evitando vieses comparativos decorrentes de assimetrias na disponibilidade e atualização das fontes.

Como desdobramentos futuros, sugerem-se estudos quantitativos que testem a correlação entre as práticas mapeadas e os indicadores objetivos de desempenho em uma amostra mais ampla de cooperativas. Além disso, estudos longitudinais que acompanhem o processo de consolidação de tais práticas ao longo do tempo poderiam oferecer uma compreensão mais sólida sobre os mecanismos de institucionalização e suas resistências contextuais. Sugerimos, ainda, a adoção de metodologias mistas (*mixed methods*), que combinem análises qualitativas aprofundadas com técnicas quantitativas de validação, o que permitirá captar simultaneamente o sentido atribuído pelos atores às práticas e sua relação com resultados observáveis. A inclusão de diferentes grupos de respondentes – como conselheiros, gestores intermediários, cooperados e usuários – poderia enriquecer a análise, reduzindo os vieses associados às narrativas oficiais. Por fim, estudos multicêntricos e comparativos entre sistemas cooperativos de diferentes regiões ou países poderiam revelar padrões de governança e desempenho condicionados por fatores institucionais, culturais ou regulatórios, ampliando a aplicabilidade dos achados.

REFERÊNCIAS

- Abernethy, M. A., Bouwens, J., & Van Lent, L. (2010). Leadership and control system design. *Management Accounting Research*, 21(1), 2–16.
- Adizes, I. (2004). *Managing corporate lifecycles*. The adizes institute publishing.
- Akintola, A., Newbury-Birch, D., & Kilinc, S. (2024). Bridging the gap between research evidence and its implementation in public health practice: Case studies of embedded research model. *BMC public health*, 24(1), 1299.
- Alsaqqa, H. (2020). Toward organizational evidence-based management in healthcare organizations. *International Journal of Health Services Research and Policy*, 5(2), 162–177.
- Alvesson, M., & Kärreman, D. (2011). *Qualitative research and theory development: Mystery as method*.
- Andreazzi, M. D. F. S. D., & Bravo, M. I. S. (2014). Privatização da gestão e organizações sociais na atenção à saúde. *Trabalho, Educação e Saúde*, 12(3), 499–518. <https://doi.org/10.1590/1981-7746-sip00019>
- Arthur, W. B. (1989). Competing technologies, increasing returns, and lock-in by historical events. *The economic journal*, 99(394), 116–131.
- Assaf Neto, A. (2017). *Valuation—Métricas de Valor & Avaliação de Empresas: Métricas de Valor e Avaliação de Empresas (2ª)*. Atlas.
- Bahia, L., Poz, M. D., Levcovitz, E., Costa, L. S., Mattos, L. V., Andrietta, L. S., Monte-Cardoso, A., & Travassos, C. (2022). Financeirização do setor saúde no Brasil: Desafios teóricos e metodológicos à investigação de empresas e grupos empresariais. *Cadernos de Saúde Pública*, 38, e00004420.
- Banerjee, A., Ray, S., Vorselaars, B., Kitson, J., Mamalakis, M., Weeks, S., Baker, M., & Mackenzie, L. S. (2020). Use of machine learning and artificial intelligence to predict SARS-CoV-2 infection from full blood counts in a population. *International immunopharmacology*, 86, 106705.
- Barends, E., Rousseau, D. M., & Briner, R. B. (2014). *Evidence-based management: The basic principles*. Amsterdam Center for Evidence-Based Management.
- Barney, J. (1991). Firm resources and sustained competitive advantage. *Journal of management*, 17(1), 99–120.
- Bennett, S., Hanson, K., Kadama, P., Montagu, D., & World Health Organization. (2005). Working with the non-state sector to achieve public health goals. Em *Working with the non-state sector to achieve public health goals/Sara Bennett...[et al.]*.
- Bernardi, F. A., Alves, D., Crepaldi, N., Yamada, D. B., Lima, V. C., & Rijo, R. (2023). Data quality in health research: Integrative literature review. *Journal of medical Internet research*, 25, e41446.
- Birchall, J. (2011). People-centred businesses. Em *People-Centred Businesses: Co-operatives, Mutuals and the Idea of Membership* (p. 1–19). Springer.
- Bloom, N., Sadun, R., & Van Reenen, J. (2014). *Does management matter in healthcare*.
- Božič, K., Bachkirov, A. A., & Černe, M. (2022). Towards better understanding and narrowing of the science–practice gap: A practitioner-centered approach to management knowledge creation. *European Management Journal*, 40(4), 632–644.
- Braithwaite, J., Herkes, J., Ludlow, K., Testa, L., & Lamprell, G. (2017). Association between organisational and workplace cultures, and patient outcomes: Systematic review. *BMJ open*, 7(11), e017708.
- Brown, E. C. (2024). Private equity and the corporatization of health care. *Stan. L. Rev.*, 76, 527.
- Burns, L. R., & Pauly, M. V. (2023). Big Med’s spread. *The Milbank Quarterly*, 101(2), 287–324.
- Busse, R., Klazinga, N., Panteli, D., & Quentin, W. (2019). *Improving healthcare quality in Europe: Characteristics, effectiveness and implementation of different strategies (2019)*.
- Cabral Coutinho, C. M., & Vasconcelos Cidrao, T. (2018). A regulação da saúde suplementar no Brasil: Perspectivas e ameaças. *Revista Brasileira de Políticas Públicas*, 8(3).
- Campbell, J. P. (1990). *Modeling the performance prediction problem in industrial and organizational psychology*.
- Celuppi, I. C., Geremia, D. S., Ferreira, J., Pereira, A. M. M., & Souza, J. B. de. (2019). 30 anos de SUS: relação público-privada e os impasses para o direito universal à saúde. *Saúde em debate*, 43, 302–313.
- Chassin, M. R., & Loeb, J. M. (2013). High-reliability health care: Getting there from here. *The Milbank Quarterly*, 91(3), 459–490.

- Cirico, P. F., Resner, A. A. R., & RACHED, C. D. A. (2019). Os impactos da judicialização na saúde suplementar. *Revista Gestão em Foco, Amparo*, 11(5), 56–71.
- Collins, J. C. (2018). *Empresas feitas para vencer: Porque algumas empresas alcançam a excelência ... E outras não*. Alta Books.
- Collins, J. C. (2019). *Como as gigantes caem*. Alta Books.
- Collins, J. C., & Hansen, M. T. (2019). *Vencedoras por opção: Incerteza, caos e acaso—Por que algumas empresas prosperam apesar de tudo*. Alta Books.
- Collins, J. C., & Lazier, W. C. (2022). *Beyond Entrepreneurship 2.0: Criando empresas feitas para durar*. Alta Books.
- Collins, J. C., & Porras, J. I. (1991). Organizational Vision and Visionary Organizations. *California Management Review*, 34(1), 30–52. <https://doi.org/10.2307/41166682>
- Collins, J. C., & Porras, J. I. (1995). *Feitas para durar: Práticas bem-sucedidas de empresas visionárias*. Rocco.
- Conselho Administrativo de Defesa Econômica. (2018). *Cadernos do Cade: Atos de concentração nos mercados de planos de saúde, hospitais e medicina diagnóstica*. Ministério da Justiça e Segurança Pública.
- Conselho Administrativo de Defesa Econômica. (2022). *Cadernos do Cade: Atos de concentração nos mercados de planos de saúde, hospitais e medicina diagnóstica*. Ministério da Justiça e Segurança Pública. <https://doi.org/10.52896/dee.cc1.022>
- Cook, M. L. (2018). A Life Cycle Explanation of Cooperative Longevity. *Sustainability*, 10(5), 1586. <https://doi.org/10.3390/su10051586>
- Corbin, J. (2017). Grounded theory. *The Journal of Positive Psychology*, 12(3), 301–302. <https://doi.org/10.1080/17439760.2016.1262614>
- Cruz, J. A. W., da Cunha, M. A. V. C., de Moraes, T. P., Marques, S., Tuon, F. F., Gomide, A. L., & de Paula Linhares, G. (2022). Brazilian private health system: History, scenarios, and trends. *BMC Health Services Research*, 22, 1–11.
- Cylus, J., Papanicolas, I., & Smith, P. C. (2016). *Health system efficiency*.
- Daouk-Öyry, L., Sahakian, T., & van de Vijver, F. (2021). Evidence-based management competency model for managers in hospital settings. *British Journal of Management*, 32(4), 1384–1403.
- de Assumpção, B. G. (2023). Classe médica e cooperativismo: um meio de organização para enviaar ações coletivas. *Revista foco*, 16(02), e1138–e1138.
- De Feo, J. A. (2017). *Juran's quality handbook: The complete guide to performance excellence* (Vol. 6). McGraw-Hill Education New York.
- Deming, W. E. (1986). Principles for transformation. *Out of the Crisis*, 18, 96.
- D'innocenzo, M., Adami, N. P., & Cunha, I. C. K. O. (2006). O movimento pela qualidade nos serviços de saúde e enfermagem. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 59, 84–88.
- Donaldson, M. S., Corrigan, J. M., & Kohn, L. T. (2000). *To err is human: Building a safer health system*.
- Drucker, P. (1993). *Sociedade Pós-Capitalista*. Actual.
- Drucker, P. F. (2000). *Desafios Gerenciais para o século XXI*. Cengage.
- Duarte, C. M. R. (2001). UNIMED: história e características da cooperativa de trabalho médico no Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, 17, 999–1008.
- Egger, D., Travis, P., Dovlo, D., Hawken, L., & World Health Organization. (2005). Strengthening management in low-income countries. Em *Strengthening management in low-income countries/Dominique Egger...[et al.]*.
- Farago, F. E., Borini, F. M., & Gomes, L. A. de V. (2020). Gestão de ecossistemas de negócios: Uma visão baseada em capacidades. *Anais*.
- Fayol, H. (2016). *General and industrial management*. Ravenio Books.
- Ferreira, L. F. (2020). *Delimitação de mercados relevantes de planos de saúde e análise de concentração*.
- Fineout-Overholt, E., Melnyk, B. M., & Schultz, A. (2005). Transforming health care from the inside out: Advancing evidence-based practice in the 21st century. *Journal of professional nursing*, 21(6), 335–344.
- Fisher, R. J. (1993). Social desirability bias and the validity of indirect questioning. *Journal of consumer research*, 20(2), 303–315.

- Frizzo, C. V. M. (2018). *Estratégias de gestão de marca: O caso do Hospital Sírio-Libanês*.
- Garvin, D. A. (1987). *Competing on the eight dimensions of quality*.
- Geyman, J. P. (2003). The corporate transformation of medicine and its impact on costs and access to care. *The Journal of the American Board of Family Practice*, 16(5), 443–454.
- Gomes, A. Fmm., Faustino, G. G., Tonani, M., Porcincula, S., Somera, S. C., Beicker, W., & Pazin-Filho, A. (2015). Mapeamento do fluxo de trabalho das atividades em engenharia clínica: A experiência do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo. *Medicina (Ribeirão Preto)*, 48(1), 41–47. <https://doi.org/10.11606/issn.2176-7262.v48i1p41-47>
- Gomes, A. P., & Dewes, F. (2017). Estilos de liderança: Estudo de caso em uma cooperativa de saúde. *Revista de Administração de Empresas Eletrônica-RAEE*, 7, 28–52.
- González-Romá, V., & Hernández, A. (2014). Climate uniformity: Its influence on team communication quality, task conflict, and team performance. *Journal of Applied Psychology*, 99(6), 1042.
- Grant, R. M. (1996). Toward a knowledge-based theory of the firm. *Strategic management journal*, 17(S2), 109–122.
- Greiner, L. E. (1989). *Evolution and revolution as organizations grow*. Springer.
- Guerrero-Sole, F. (2022). IMAGINE: An Integrated Model of Artificial Intelligence-Mediated Communication Effects. *arXiv preprint arXiv:2212.08658*.
- Harrill, W. C., & Melon, D. E. (2021). A field guide to US healthcare reform: The evolution to value-based healthcare. *Laryngoscope investigative otolaryngology*, 6(3), 590–599.
- Horwitz, J. R. (2005). Making profits and providing care: Comparing nonprofit, for-profit, and government hospitals. *Health affairs*, 24(3), 790–801.
- Hunter-Jones, P., Line, N., Zhang, J. J., Malthouse, E. C., Witell, L., & Hollis, B. (2020). Visioning a hospitality-oriented patient experience (HOPE) framework in health care. *Journal of Service Management*, 31(5), 869–888.
- Ingram, E., Cooper, S., Beardon, S., Körner, K., McDonald, H. I., Hogarth, S., Gomes, M., & Sheringham, J. (2022). Barriers and facilitators of use of analytics for strategic health and care decision-making: A qualitative study of senior health and care leaders' perspectives. *BMJ open*, 12(2), e055504.
- Jacobides, M. G., Cennamo, C., & Gawer, A. (2018). Towards a theory of ecosystems. *Strategic management journal*, 39(8), 2255–2276.
- Jasso-Aguilar, R., Waitzkin, H., & Landwehr, A. (2004). Multinational corporations and health care in the United States and Latin America: Strategies, actions, and effects. *Journal of Health and Social Behavior*, 45(Suppl), 136.
- Juran, J. M. (1999). *Juran's quality handbook*.
- Kamia, F. D., & Vargas, M. A. (2023). Capital estrangeiro e mudança estrutural no mercado privado de serviços de saúde brasileiro. *Cadernos de Saúde Pública*, 39, e00171222.
- Kaplan, R. S., & Norton, D. P. (2005). *The balanced scorecard: Measures that drive performance* (Vol. 70). Harvard Business Review Boston, MA, USA.
- Leite, R. H. R., Simões, W. E., Silva, M. A. R., de Paula, E., & Chaves, S. (2022). Análise do impacto no resultado econômico-financeiro e contábil das cooperativas de saúde Unimed pelo uso da gestão estratégica. *Revista de Gestão e Organizações Cooperativas*, 9(17), e8–e8.
- Lemos, P. (2012). *Universidades e ecossistemas de empreendedorismo: A gestão orientada por ecossistemas eo empreendedorismo da Unicamp*. Editora Unicamp.
- Li, E., Lounsbury, O., Clarke, J., Ashrafian, H., Darzi, A., & Neves, A. L. (2023). Perceptions of chief clinical information officers on the state of electronic health records systems interoperability in NHS England: A qualitative interview study. *BMC Medical Informatics and Decision Making*, 23(1), 158.
- Lopes, C. M., Scavarda, A. J., Vaccaro, G. L. R., Pohlmann, C. R., & Korzenowski, A. L. (2018). Perspective of Business Models and Innovation for Sustainability Transition in Hospitals. *Sustainability*, 11(1), 5. <https://doi.org/10.3390/su11010005>
- Mann, S., & Hilbert, M. (2020). AI4D: artificial intelligence for development. *International Journal of Communication*, 14, 4385–4405.
- Marmor, T. R. (2017). *The politics of Medicare*. Routledge.

- Mattos, L. V., Carvalho, E. M. C. L. de, Barbosa, D. V. S., & Bahia, L. (2022). Financeirização, acumulação e mudanças patrimoniais em empresas e grupos econômicos do setor saúde no Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, 38, e00175820.
- Mboera, L. E., Rumisha, S. F., Mbata, D., Mremi, I. R., Lyimo, E. P., & Joachim, C. (2021). Data utilisation and factors influencing the performance of the health management information system in Tanzania. *BMC Health Services Research*, 21, 1–8.
- McAfee, A., Brynjolfsson, E., Davenport, T. H., Patil, D. J., & Barton, D. (2012). Big data: The management revolution. *Harvard business review*, 90(10), 60–68.
- Menicucci, T. (2024). A assistência à saúde no governo militar (1964-1985) e sua herança para o SUS: o híbrido público-privado. *Ciência & Saúde Coletiva*, 29(10), e0094024.
- Menicucci, T. M. G. (2007). *Público e privado na política de assistência à saúde no Brasil: Atores, processos e trajetórias*. Editora Fiocruz.
- Mintzberg, H. (2004). *Ascensão e queda do planejamento estratégico*. Bookman.
- Mjåset, C., Ikram, U., Nagra, N. S., & Feeley, T. W. (2020). Value-based health care in four different health care systems. *NEJM Catalyst Innovations in Care Delivery*, 1(6).
- Moura, M. C. C. D., & Bitencourt, C. C. (2006). A articulação entre estratégia e o desenvolvimento de competências gerenciais. *RAE eletrônica*, 5(1). <https://doi.org/10.1590/S1676-56482006000100003>
- Nikpour, A. (2017). The impact of organizational culture on organizational performance: The mediating role of employee's organizational commitment. *International Journal of Organizational Leadership*, 6, 65–72.
- Nobre, F. S., Tobias, A. M., & Walker, D. S. (2011). Uma visão da empresa baseada em habilidades: Contextos estratégicos e contingenciais. *Revista de Administração Contemporânea*, 15(3), 413–432. <https://doi.org/10.1590/S1415-65552011000300004>
- Noguez, B. B. (2017). *Inovações e estratégias competitivas: Um estudo da cooperativa UNIMED Porto Alegre*.
- Nunes, P., & Erdmann, R. (2018). Percepção dos gestores hospitalares de Santa Catarina sobre a utilização de indicadores. *RAHIS.[Internet]*, 15(4).
- Oliveira, L. M., Menezes, J. P. C. B., Ribeiro, M., Gonçalves, M. A., & Souza, M. C. de. (2021). Análise da dinâmica de redes dos atos de concentração econômica em empresas da área da saúde no Brasil. *Saúde e Sociedade*, 30(3), e190785.
- Organização das Cooperativas Brasileiras. (2020). *Anuário do Cooperativismo Brasileiro*. OCB. <https://www.anuario.coop.br/>
- Organização das Cooperativas Brasileiras. (2024). *Anuário do Cooperativismo Brasileiro*. OCB. <https://www.anuario.coop.br/>
- Paim, J. S. (2020). Os sistemas universais de saúde e o futuro do Sistema Único de Saúde (SUS). *Saúde em debate*, 43, 15–28.
- Paim, J. S., Travassos, C. M. de R., Almeida, C. M. de, Bahia, L., & Macinko, J. (2011). *O sistema de saúde brasileiro: História, avanços e desafios (artigo)*.
- Peltoniemi, M. (2006). Preliminary theoretical framework for the study of business ecosystems. *Emergence: Complexity & Organization*, 8(1).
- Peltoniemi, M., & Vuori, E. (2004). Business ecosystem as the new approach to complex adaptive business environments. *Proceedings of eBusiness research forum*, 2(22), 267–281.
- Peters, T. (2010). *The pursuit of wow!: Every person's guide to topsy-turvy times*. Vintage.
- Peters, T. J., & Waterman, R. H. (2004). *In Search of Excellence: Lessons from America's Best-Run Companies*. Harper Collins.
- Pfeffer, J., & Sutton, R. I. (2006). *Hard facts, dangerous half-truths, and total nonsense: Profiting from evidence-based management*. Harvard Business Press.
- Porter, M. E., & Teisberg, E. O. (2006). *Redefining health care: Creating value-based competition on results*. Harvard business press.
- Quinn, R. E., & Cameron, K. (1983). Organizational life cycles and shifting criteria of effectiveness: Some preliminary evidence. *Management science*, 29(1), 33–51.
- Rand, A. (2012). *A revolta de Atlas*. Editora Arqueiro.
- Richard, P. J., Devinney, T. M., Yip, G. S., & Johnson, G. (2009). Measuring organizational performance: Towards methodological best practice. *Journal of management*, 35(3), 718–804.

- Robinson, J. C. (2001). The end of managed care. *Jama*, 285(20), 2622–2628.
- Rocha, C. H., da Silva, G. L., & de Britto, P. A. P. (2021). Performance financeira no setor de saúde suplementar: Uma análise da variância da rentabilidade das operadoras de saúde no Brasil. *Revista Gestão & Saúde ISSN*, 1982, 4785.
- Rocha, U. B., Santos, W. P. C. dos, & Nano, R. M. (2023). Uso da inteligência artificial: Avanços, riscos e desafios relacionados à propriedade intelectual. *Revista científica multidisciplinar núcleo do conhecimento*, 03(06), 137–149. <https://doi.org/10.32749/nucleodoconhecimento.com.br/administracao/riscos-e-desafios>
- Russ, S. J., Green, J., de Winter, L., Herrington, E., Hughes-Hallett, A., Taylor, J. M., & Sevdalis, N. (2023). An introduction to quality improvement. *Journal of Clinical Urology*, 20514158221075405.
- Santos, A. E. dos, & Oguissso, T. (2007). Hospital Sírio-Libanês: História de sua criação e contribuição para a Assistência à Saúde. *Rev. paul. enferm*, 4–9.
- Schein, E. H. (2010). *Organizational culture and leadership* (Vol. 2). John Wiley & Sons.
- Sestelo, J. A. de F., Souza, L. E. P. F. de, & Bahia, L. (2013). Saúde suplementar no Brasil: Abordagens sobre a articulação público/privada na assistência à saúde. *Cadernos de Saúde Pública*, 29, 851–866.
- Shafaghat, T., Imani Nasab, M. H., Bahrami, M. A., Kavosi, Z., Roozrokh Arshadi Montazer, M., Rahimi Zarchi, M. K., & Bastani, P. (2021). A mapping of facilitators and barriers to evidence-based management in health systems: A scoping review study. *Systematic reviews*, 10, 1–14.
- Silva, M. R. B. da. (2010). Santa Casa de Misericórdia de São Paulo: Saúde e assistência se tornam públicas (1875-1910). *Varia historia*, 26, 395–420.
- Silva, S. F. D., Souza, N. M., & Barreto, J. O. M. (2014). Fronteiras da autonomia da gestão local de saúde: Inovação, criatividade e tomada de decisão informada por evidências. *Ciência & Saúde Coletiva*, 19(11), 4427–4438. <https://doi.org/10.1590/1413-812320141911.16612013>
- Smith, P. C., Anell, A., Busse, R., Crivelli, L., Healy, J., Lindahl, A. K., Westert, G., & Kene, T. (2012). Leadership and governance in seven developed health systems. *Health policy*, 106(1), 37–49.
- Soares, F. W. L., de Queiroz Machado, D., Guimarães, D. B., & de Macedo, A. K. A. (2018). Governança corporativa em cooperativas de saúde: Um estudo de caso na Unimed Fortaleza. *RGC-Revista de Governança Corporativa*, 5(2).
- Song, Z., Rose, S., Safran, D. G., Landon, B. E., Day, M. P., & Chernew, M. E. (2014). Changes in health care spending and quality 4 years into global payment. *New England Journal of Medicine*, 371(18), 1704–1714.
- Souza, R. G. de, & Bodstein, R. C. de A. (2002). Inovações na intermediação entre os setores público e privado na assistência à saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, 7(3), 481–492.
- Souza, J. C., & de Fátima Bruno-Faria, M. (2013). Processo de inovação no contexto organizacional: Uma análise de facilitadores e dificultadores. *BBR-Brazilian Business Review*, 10(3), 113–136.
- Spinelli, M. (2002). A noção de arché no contexto da Filosofia dos Pré-Socráticos. *Revista Hypnos*, 8.
- Stacey, R. D. (1995). The science of complexity: An alternative perspective for strategic change processes. *Strategic management journal*, 16(6), 477–495.
- Taouab, O., & Issor, Z. (2019). Firm performance: Definition and measurement models. *European Scientific Journal*, 15(1), 93–106.
- Thum, M. A., Baldisserotto, J., & Celeste, R. K. (2019). Utilização do e-SUS AB e fatores associados ao registro de procedimentos e consultas da atenção básica nos municípios brasileiros. *Cadernos de Saúde Pública*, 35(2), e00029418. <https://doi.org/10.1590/0102-311x00029418>
- Tourangeau, R., & Yan, T. (2007). Sensitive questions in surveys. *Psychological bulletin*, 133(5), 859.
- Tynkkyne, L.-K., & Vrangbæk, K. (2018). Comparing public and private providers: A scoping review of hospital services in Europe. *BMC health services research*, 18, 1–14.
- Uzuelli, F. H. de P., Costa, A. C. D. da, Guedes, B., Sabiá, C. F., & Batista, S. R. R. (2019). Reforma da Atenção Hospitalar para modelo de saúde baseada em valor e especialidades multifocais. *Ciência & Saúde Coletiva*, 24, 2147–2154.
- Vecina Neto, G., & Malik, A. M. (2016). *Gestão em saúde São Paulo: Editora GEN*.
- Wasgen, A. M., Terres, M. D. S., & Machado, B. F. H. (2019). O impacto do gerenciamento de leitos na gestão hospitalar. *Revista Hospitalidade*, 31–49. <https://doi.org/10.21714/2179-9164.2019.v16n2.002>

- Weisz, G. (2003). The emergence of medical specialization in the nineteenth century. *Bulletin of the History of Medicine*, 77(3), 536–574.
- Wheatley, M. (2011). *Leadership and the new science: Discovering order in a chaotic world*. ReadHowYouWant.com.
- Wheatley, M., & Frieze, D. (2006). Using emergence to take social innovation to scale. *The Berkana Institute*, 9(3), 147–197.
- Wheelwright, S. C., & Hayes, R. H. (1985). *Competing Thorough Manufacturing*. Harvard Business Review Case Services.
- Wimmer, M., & Doneda, D. (2021). “Falhas de IA” e a intervenção humana em decisões automatizadas: Parâmetros para legitimação pela humanização. *Direito Público*, 18(100), 374–406. <https://doi.org/10.11117/rdp.v18i100.6119>

ANEXO I

Questionário norteador da entrevista

Identificação do entrevistado; em qual cooperativa atuou; cargo exercido na cooperativa; período de atuação.

1. Qual a área de atuação da cooperativa?
- (Definir o escopo de serviços e especialidades que compõem a cooperativa)
2. Como e por que a cooperativa foi criada?
- (Explorar a motivação e os valores centrais que orientaram sua fundação)
3. Quais são os principais avanços ao longo da história da cooperativa que você destacaria?
- (Identificar marcos relevantes no desenvolvimento da cooperativa)
4. Quais foram os principais obstáculos enfrentados? Algum ainda persiste?
- (Desafios internos e externos, e como foram superados ou estão sendo enfrentados)
5. Quais são os principais riscos e oportunidades para a cooperativa no cenário atual?
- (Riscos futuros e oportunidades percebidas)
6. Como a cooperativa se diferencia de outras no setor de saúde em termos de visão de futuro?
- (Compreender o que torna a cooperativa uma "empresa visionária", segundo Collins e Porras)
7. Quais são os valores centrais que guiam a cooperativa, e como eles influenciam as decisões estratégicas?
- (Identificar os valores fundamentais que permanecem constantes ao longo do tempo)
8. A cooperativa tem uma missão claramente definida? Como essa missão evoluiu ao longo do tempo?
- (Entender o papel da missão na definição da identidade da cooperativa)
9. De que forma a cooperativa busca inovar e se adaptar sem comprometer seus valores centrais?
- (Explorar como a cooperativa equilibra inovação e consistência nos princípios)
10. Como você vê o papel da cooperativa no cenário de saúde local e nacional no futuro?
- (Perspectivas sobre a visão de longo prazo e seu impacto no setor)
11. Como era o cenário antes de sua gestão? Quais eram as principais características gerenciais antes da sua gestão?
- (Compreender as práticas gerenciais anteriores)
12. Quais foram suas principais contribuições e inovações na gestão da cooperativa?
- (Mudanças implementadas que agregaram valor)

13. Você percebeu mudanças tecnológicas ou gerenciais ao longo da existência da cooperativa?
E no mercado?
- (Impacto da tecnologia e das mudanças no ambiente externo)
14. Se tivesse a chance de recomeçar, o que faria diferente? O que certamente manteria inalterado?
- (Reflexão sobre os pontos de sucesso e os aprendizados)
15. Como você avalia as gestões anteriores em termos de alinhamento com os valores centrais da cooperativa?
- (Avaliação da continuidade da visão e valores ao longo das gestões)
16. Quais são suas expectativas para as gestões futuras?
- (Projeção e continuidade da visão da cooperativa)
17. Quais ferramentas ou práticas de gestão baseadas em evidências você utilizou ou implementou durante sua gestão?
- (Explorar o uso de abordagens gerenciais sustentadas por dados)

ANEXO II

Análise da entrevista com Maria de Fátima – ex-Presidente da Coopanest-PB

1. Análise de Conteúdo: Detalhamento dos Principais Temas

História e Motivação para a Criação da Cooperativa

Maria de Fátima detalha a motivação inicial para a criação da cooperativa como uma resposta às condições precárias e à falta de estrutura que os anestesiológicos enfrentavam. Ela reflete sobre o cenário de trabalho isolado, no qual os profissionais de anestesia eram praticamente “emprestados” entre hospitais sem uma rede organizada. Inspirada pela Unimed, a criação da Coopanest buscou centralizar esses serviços, o que é descrito como um passo crucial para trazer segurança aos anestesistas e garantir uma organização de trabalho mais equitativa e digna.

Desafios de Gestão e Implementação de Processos

A ênfase de Maria de Fátima em estratégias de gestão estruturada — como o Balanced Scorecard (BSC), a matriz SWOT e processos de compliance — revela uma abordagem muito técnica para a organização da cooperativa. Ela destaca que sua gestão foi uma das primeiras a incorporar esses métodos, o que trouxe resultados positivos, como a profissionalização dos processos e a criação de um ambiente organizado e focado em resultados.

Esse enfoque na estrutura processual reflete um esforço de padronizar o trabalho e melhorar a transparência, o que fortaleceu a confiança dos cooperados e dos parceiros da cooperativa. Ao mesmo tempo, isso exige que todos os envolvidos sigam essas normas, o que pode explicar algumas resistências internas que ela enfrenta.

Educação e Engajamento dos Cooperados

Maria de Fátima demonstra grande preocupação com o nível de compreensão e engajamento dos cooperados. Ela menciona várias vezes que muitos membros, especialmente os novos, não entendem completamente o significado do cooperativismo. O esforço dela em instituir cursos e workshops mostra seu empenho em formar uma base de cooperados conscientes, que vão além da busca por mercado de trabalho e se alinham aos princípios cooperativistas.

A resistência interna e as dificuldades com o controle interno e compliance também foram obstáculos apontados. Ela descreve os desafios de criar uma cultura de gestão baseada

em evidências e compliance, além de relatar as dificuldades em engajar os cooperados nas assembleias e nas práticas organizacionais.

Ela aborda essas questões com frustração, o que aponta para obstáculos contínuos. Esse tópico evidencia uma divisão entre cooperados com diferentes níveis de compreensão e comprometimento, o que pode gerar conflitos internos e dificultar a implementação de estratégias que visam o longo prazo.

Responsabilidade Social e Compromisso Comunitário

Ao discutir a responsabilidade social, Maria de Fátima mostra um lado humanista, destacando os programas sociais iniciados sob sua liderança. A iniciativa de apoiar uma creche em um bairro de baixa renda, por exemplo, reflete o desejo de alinhar a cooperativa aos valores de solidariedade e apoio comunitário. Ela se preocupa em contrabalançar o aspecto comercial da cooperativa com ações de impacto social, o que pode fortalecer a imagem da Coopanest tanto internamente quanto perante o público.

2. Análise de Sentimento: Detalhes e Nuances

O sentimento dominante de orgulho e responsabilidade é visível quando Maria de Fátima descreve os avanços na cooperativa e as práticas implementadas. Ela tem um tom otimista ao falar sobre conquistas como a organização dos processos internos e o fortalecimento da cooperativa, evidenciando uma satisfação em ver a Coopanest progredir.

O tom também reflete um senso de determinação e compromisso com os princípios da cooperativa. Ela expressa um profundo comprometimento com a missão da Coopanest, revelando uma liderança focada na melhoria contínua e na adaptação da cooperativa a novos desafios sem perder a identidade central.

Ao mesmo tempo, há uma frustração notável ao lidar com resistências internas e com a falta de engajamento de alguns cooperados, especialmente em relação à compreensão dos valores cooperativistas e à participação nas assembleias e workshops. Ela revela um esforço contínuo para tornar a gestão mais democrática, mas sente que o progresso é lento e que há resistências que dificultam a adoção de uma cultura cooperativa robusta. Esse aspecto emocional mostra uma líder que carrega o peso dos desafios e que reconhece as limitações da posição que ocupa para mudar algumas mentalidades.

3. Análise de Discurso: Estilo e Intenções

Posicionamento de Liderança Técnica

Maria de Fátima adota um discurso com forte embasamento técnico, indicando uma visão moderna e estratégica sobre o papel da gestão. Ela frequentemente faz referência a metodologias de gestão, como o BSC e o PDCA, e se posiciona como uma líder voltada para resultados e para a eficiência dos processos. Esse enfoque técnico serve para legitimar sua posição e mostra aos cooperados a importância de adotar práticas gerenciais modernas.

Estrutura Informativa e Educativa

Seu discurso é, em grande parte, informativo e educativo. Ela parece consciente de que, ao falar com um público de cooperados e colaboradores, é necessário esclarecer os motivos das decisões tomadas e instruir sobre o valor dessas práticas para a cooperativa. Essa abordagem de educar é essencial para manter os cooperados alinhados, mas também revela que há um esforço contínuo para superar a falta de entendimento e engajamento de alguns membros.

Uso de Metáforas e Exemplos

A escolha de metáforas simples, como a analogia da “sapataria” para explicar a diferenciação de serviços, aponta para uma habilidade comunicativa de tornar temas complexos mais compreensíveis. Esse uso de linguagem acessível indica uma liderança que busca engajar cooperados de diferentes níveis de entendimento, criando uma ponte para que todos compreendam as diretrizes estratégicas.

Aspectos Não Tão Positivos e Desafios

Alguns pontos que Maria de Fátima abordou ou sugeriu podem ser analisados como desafios ou fragilidades que ainda precisam ser superados:

- Resistência à Mudança: Ela revela que alguns cooperados ainda resistem às práticas modernas de gestão e aos processos de compliance e controle interno. Essa resistência pode ser uma barreira importante para a continuidade das iniciativas implantadas, especialmente se os futuros líderes não mantiverem o mesmo comprometimento com a profissionalização.

- Engajamento Insuficiente dos Cooperados: A dificuldade em fazer com que os cooperados participem das assembleias e compreendam os valores do cooperativismo aparece como um desafio persistente. A necessidade de implementar cursos obrigatórios e workshops mostra que, para alguns cooperados, o interesse está mais voltado para o aspecto econômico, sem uma compreensão do propósito maior da cooperativa. Esse fator pode criar divisões internas e enfraquecer a cultura organizacional.

- **Autonomia e Individualismo de Alguns Líderes:** Maria de Fátima menciona que algumas lideranças autocráticas prejudicam o desenvolvimento da cooperativa ao agir como “donos” das operações. Essa observação levanta questões sobre a governança e a necessidade de sucessão baseada em critérios técnicos. Esse estilo de liderança autocrática pode minar os esforços de gestão participativa e colaborativa que ela valoriza.

- **Desafio de Inovar sem Comprometer Valores:** Maria de Fátima parece reconhecer que o processo de inovação precisa ser balanceado com a manutenção dos valores centrais. Essa tensão entre inovação e preservação dos valores é uma constante em cooperativas e indica um risco potencial: o de perder a identidade cooperativa em meio à modernização.

4. Conclusão

Em resumo, a análise da fala da Maria de Fátima revela uma liderança com visão estratégica e orientada a processos, enfrentando desafios que vão desde a resistência interna até a dificuldade de engajar cooperados em uma cultura de colaboração e responsabilidade. Seu orgulho pelos avanços é evidente, mas ela demonstra uma frustração com a falta de engajamento e com algumas mentalidades mais fechadas à mudança. Ela se destaca como uma líder dedicada ao fortalecimento e à profissionalização da Coopanest, mas reconhece que certos obstáculos, como a resistência cultural e o individualismo de alguns membros, são barreiras que ainda precisam ser superadas.

Análise da entrevista com Fernando Florêncio – Presidente da Coopanest-PB

1. Análise de Conteúdo:

Fundação e Missão da Cooperativa:

Fernando contextualiza a criação da Coopanest-PB como uma resposta às necessidades de organização e apoio mútuo entre anestesiológicos. Ele enfatiza que a cooperativa foi formada para estabelecer uma rede de confiança e segurança jurídica, um movimento essencial para um setor de saúde que exige estabilidade.

O comprometimento com os valores fundacionais e com os princípios cooperativistas mostra que Fernando considera essencial manter a identidade da cooperativa, mesmo em meio a mudanças e modernizações.

Desafios Históricos e Avanços Recentes:

Obstáculos Regulatórios e Financeiros: Ele detalha dificuldades em lidar com regulamentações de órgãos públicos, especialmente em contratos que afetam a margem de lucro

e geram um “custo fixo variável”. Essa expressão reflete a complexidade em manter uma saúde financeira robusta em um setor que lida constantemente com reajustes e aumentos de custos.

Resistência Cultural e Conservadorismo Interno: Ao falar sobre os desafios de implementar mudanças e o impacto das gerações mais antigas, Fernando evidencia que, embora a cooperativa tenha evoluído, ainda há resistência de alguns membros que preferem modelos tradicionais de trabalho. Isso é retratado como uma barreira ao avanço, indicando que o desejo de modernização nem sempre é compartilhado por todos.

Inovações e Ferramentas de Gestão:

Compliance e Sustentabilidade: A implementação de compliance e a busca por certificações internacionais revelam um esforço para tornar a Coopanest-PB mais transparente e segura. Fernando menciona a importância de adotar práticas de gestão que permitam um crescimento sustentável e estruturado, ainda que isso exija paciência e investimento inicial.

Controle e Monitoramento de Recursos: A atenção a ferramentas de controle e monitoramento, como o sistema de gestão de glosas, sugere uma busca constante por eficiência e clareza financeira, especialmente ao lidar com a recuperação de recursos. Fernando traz exemplos específicos para ilustrar como tais ferramentas beneficiaram a cooperativa.

Capacitação e Formação de Novos Gestores:

Fernando tem uma visão clara sobre a necessidade de formar gestores competentes e profissionalizados. Ele propõe cursos de desenvolvimento e o incentivo para que os cooperados busquem constantemente atualização. Contudo, há uma crítica implícita à falta de experiência de alguns gestores anteriores, o que indica que ele vê lacunas no histórico da cooperativa em termos de liderança.

2. Análise de Sentimento

Tom Geral e Atitude para o Futuro:

- O tom geral é positivo e construtivo, com Dr. Fernando se mostrando otimista e resiliente em relação às mudanças implementadas. Ele expressa uma confiança no trabalho que vem realizando e na capacidade da cooperativa de prosperar a longo prazo.

- No entanto, há também um tom crítico e preocupado em relação a certos aspectos, como a resistência de alguns membros a mudanças e os impactos financeiros de decisões passadas. Essa preocupação fica evidente ao falar sobre o impacto da cultura conservadora e a falta de qualificação de gestores anteriores.

Emoções Expressas e Aspirações:

- Otimismo e Esperança: Ao discutir o futuro, Fernando apresenta uma visão esperançosa e acredita no impacto positivo das reformas atuais. Isso se reflete nas suas referências à sustentabilidade e à adaptação da cooperativa.

- Frustração e Crítica Contida: Ele demonstra frustração ao abordar a resistência às inovações e as dificuldades de convencer os cooperados a aderirem às novas práticas de gestão. Esse tom crítico é evidente ao mencionar a necessidade de um gestor mais qualificado e o desejo de transformar a mentalidade de trabalho.

- Responsabilidade e Dedicação: Fernando exibe um sentimento de dever e dedicação em diversas passagens, mencionando o esforço pessoal para manter a cooperativa financeiramente estável e ética. A forma como ele menciona trabalhar até tarde, mesmo com custos pessoais, sugere um compromisso profundo com o sucesso da cooperativa, além de uma carga de responsabilidade.

3. Análise do Discurso

Estilo de Liderança e Visão de Futuro:

- Fernando se posiciona como um líder reformador, interessado em reestruturar a cooperativa para um futuro sustentável. Ele expressa a necessidade de mais profissionalismo e institucionalização da gestão, buscando criar uma estrutura sólida e moderna.

- Há um forte elemento de transparência em seu discurso, com referências constantes à importância de compliance e governança ética. Ao mencionar as certificações e a formalização de processos, ele busca legitimar a seriedade e credibilidade de suas ações.

- Ele adota uma perspectiva de longo prazo, visualizando a cooperativa como uma instituição que precisa evoluir continuamente para se adaptar às mudanças do setor de saúde, sem perder sua essência cooperativista.

Narrativa de Problemas e Soluções:

- Fernando utiliza exemplos concretos e frequentemente recorre a dados e experiências passadas para ilustrar problemas e justificar soluções implementadas. Esse estilo de discurso é persuasivo, mostrando que ele não apenas vê as dificuldades, mas age diretamente para resolvê-las.

- Crítica às Gestões Anteriores: Ele é cauteloso ao abordar deficiências de gestões anteriores, mas sugere que uma falta de qualificação e uma abordagem “pessoal” da gestão

anterior prejudicaram a evolução da cooperativa. Isso indica um desejo de “institucionalizar” o funcionamento da Coopanest, desvinculando-o de relacionamentos pessoais e levando-o para um modelo de governança mais impessoal e técnico.

Positividade vs. Realismo:

- Embora o tom seja majoritariamente positivo, há momentos de realismo que revelam desafios consideráveis. Fernando reconhece que a implementação de algumas de suas ideias enfrenta resistência, especialmente de membros mais antigos que possuem uma visão mais tradicional da cooperativa.

- Sua narrativa de transformação, com uma crítica implícita ao conservadorismo, sugere que ele acredita em uma renovação profunda da cultura organizacional para garantir a perenidade e relevância da cooperativa.

Aspectos Não Tão Positivos e Pontos de Melhoria

Resistência Cultural:

- Um dos aspectos mais desafiadores mencionados é a resistência cultural e a dificuldade de adaptação por parte de cooperados de gerações anteriores. Fernando vê isso como uma barreira significativa para a modernização da cooperativa, e sua frustração com essa resistência é evidente. Esse problema cultural pode limitar a velocidade e eficácia das mudanças.

Dificuldade em Gerar Consenso e Implementar Mudanças:

- Em várias passagens, Fernando sugere que o processo de decisão na cooperativa é lento, dado o modelo cooperativista que exige assembleias e consensos. Esse aspecto, se não for abordado, pode prejudicar a eficiência da gestão e diminuir a competitividade da Coopanest no mercado de saúde, especialmente contra modelos mais ágeis.

Sobrecarga de Trabalho e Desgaste:

- A forma como ele descreve seu trabalho intenso e o tempo dedicado à cooperativa revela uma possível sobrecarga. Fernando menciona ter sacrificado tempo pessoal para realizar suas funções, o que indica um alto nível de exigência e possivelmente uma falta de apoio ou recursos para delegar tarefas.

Desconfiança em Relacionamentos de Trabalho:

- Ao falar da necessidade de “institucionalizar” a cooperativa, há uma sugestão de que Fernando percebe uma falta de profissionalismo em alguns colaboradores ou líderes. Sua crítica à abordagem “amigável” dos gestores anteriores, e sua defesa por uma liderança mais técnica, indica que ele vê na informalidade dos relacionamentos um risco para a eficiência e transparência da cooperativa.

Conclusão Refinada da Análise

Fernando revela-se um líder comprometido com a modernização e sustentabilidade da Coopanest, com foco em institucionalizar práticas e capacitar novos líderes. No entanto, ele enfrenta desafios culturais, resistência à mudança e sobrecarga pessoal, que são pontos sensíveis no progresso da cooperativa. A combinação de otimismo e frustração expressa um líder que está dedicado a deixar um legado de governança ética, mas que reconhece as limitações do modelo cooperativista em termos de agilidade e consenso.

A análise revela tanto seu espírito reformador quanto suas preocupações reais com o futuro da cooperativa, oferecendo uma visão abrangente de seus pontos fortes e das áreas onde ainda há espaço para avanços.

Análise da entrevista com Jamson Cavalcante – Presidente da Cocan

1. Análise de Conteúdo

Gestão e Liderança:

O entrevistado demonstra segurança ao descrever sua trajetória, destacando sua experiência como conselheiro fiscal e tesoureiro antes de assumir a presidência. Isso reflete um processo de crescimento interno e conhecimento profundo da estrutura organizacional. Ele admite que a gestão anterior e mesmo a sua no início poderiam ter sido mais conciliadoras, sugerindo que embates desnecessários criaram "sequelas pessoais" nas relações com stakeholders externos.

Desafios Organizacionais:

A busca por coesão interna é vista como um esforço constante, reforçando o papel da liderança em gerir um grupo diverso e assediado por forças externas (hospitais e planos de saúde). O maior desafio interno destacado é a dificuldade de manter equilíbrio no mercado de trabalho para novos e antigos membros, além da resistência cultural dos gestores hospitalares em valorizar o ato anestésico. Há, implicitamente, uma dificuldade em lidar com a constante

pressão externa sem comprometer a unidade interna.

Tecnologia e Inovação:

A implementação de um aplicativo para centralizar escalas e a adaptação à LGPD mostram avanços importantes. A busca por ferramentas que promovam a transparência e o controle é uma vantagem competitiva. Apesar dos avanços tecnológicos, há um subtexto de atraso inicial, já que essas mudanças parecem estar sendo implementadas de forma reativa e não planejada desde o início.

Expansão e Sustentabilidade:

A cooperativa se diferencia por ter um mercado exclusivo em Campina Grande e por não formar mão de obra local ("importa" anestesistas), o que minimiza riscos de saturação do mercado local. Essa vantagem competitiva também reflete uma dependência de fatores externos. A falta de perspectiva de longo prazo ("pensar a longo prazo é complicado") revela limitações estratégicas no planejamento futuro.

Relacionamento com Stakeholders:

Há uma evolução clara para um discurso mais conciliador com hospitais e planos de saúde, buscando resultados por meio de argumentos sólidos em vez de embates diretos. Conflitos anteriores geraram "desgastes desnecessários", sugerindo que o histórico de negociações deixou marcas que ainda podem influenciar a percepção externa sobre a cooperativa.

2. Análise de Sentimento

Otimismo e Resiliência:

O tom geral da entrevista é otimista. Há uma confiança na união dos cooperados e na capacidade da organização de superar desafios. No entanto, esse otimismo está frequentemente ancorado em conquistas recentes ou de curto prazo, com menos clareza sobre como enfrentar mudanças mais estruturais no futuro.

Frustração Contida:

Algumas respostas sugerem um certo incômodo com questões que ainda não foram totalmente resolvidas, como a dificuldade em convencer gestores hospitalares da importância do ato anestésico. Essa frustração é expressa de maneira cautelosa, mas perceptível.

Reconhecimento das Lições Aprendidas:

A admissão de erros passados, como falta de diálogo e excesso de embates, reflete um sentimento de aprendizado, mas também revela que esses conflitos foram significativos e ainda influenciam a gestão atual.

3. Análise de Discurso

Estilo de Comunicação:

Clareza e Objetividade:

As respostas são geralmente claras e estruturadas, demonstrando domínio sobre os temas discutidos.

Autocrítica:

O entrevistado não hesita em reconhecer erros ou desafios enfrentados, o que agrega autenticidade ao discurso.

Persuasão:

Há um esforço para justificar decisões passadas e presentes com base em argumentos racionais, o que é característico de lideranças que buscam legitimar suas ações.

Construção de Autoridade:

O discurso reforça a autoridade de Jamson como líder ao destacar sua experiência, avanços sob sua gestão e o uso de ferramentas modernas. Porém, há momentos em que a narrativa sugere desafios de autoridade, como a dificuldade de manter a coesão entre cooperados e alinhar expectativas de novos membros.

Visão de Futuro:

A narrativa estratégica está focada no curto e médio prazo, com pouca ênfase em metas de longo prazo. Isso pode indicar prudência, mas também uma limitação no planejamento visionário. O entrevistado reconhece a importância de inovação e adaptação, mas os exemplos apresentados sugerem que muitas mudanças ainda estão em fase inicial ou de adaptação.

Conflitos e Conciliações:

O tom conciliador atual contrasta com relatos de embates passados, indicando uma mudança deliberada na abordagem de relacionamento com stakeholders externos. A insistência em enfatizar a união entre os cooperados reflete um esforço para minimizar possíveis divisões

internas, mas também sugere que essa união nem sempre é fácil de manter.

Análise da entrevista com José Calixto – ex-Presidente da Coopecir

1. Análise de Conteúdo

Principais Temas

Cooperativa:

A COOPECIR é apresentada como uma entidade resiliente, com um histórico de adaptação e inovação, como a diversificação de convênios e modernização das operações.

Ênfase em sua representatividade e o esforço contínuo para atrair novos cooperados e manter relevância no mercado.

Convênios:

Os convênios são destacados como o principal pilar financeiro da cooperativa.

Há preocupação quanto à dependência de convênios e à sustentabilidade em caso de crises econômicas ou falências de parceiros.

Gestão:

O modelo de gestão é descrito como enxuto e estratégico, com foco em planejamento orçamentário e inovação tecnológica.

Reconhece desafios relacionados à falta de engajamento dos cooperados, principalmente na formação e participação em cargos administrativos.

Aspectos Econômicos e Públicos:

Menção a oportunidades perdidas no passado de parcerias com o setor público.

Reflexão sobre o impacto das políticas econômicas na saúde suplementar e no papel das cooperativas.

Outros Temas Menores

Sustentabilidade:

Visão de longo prazo, mas com foco pragmático na manutenção dos serviços e geração de receita.

Inovação e Tecnologia:

Relato sobre digitalização e modernização das operações administrativas.

2. Análise de Sentimento

Positivos

Conquistas: O entrevistado demonstra orgulho em avanços como a ampliação da sede,

aumento no número de cooperados (374) e diversificação de especialidades médicas.

Resiliência: A superação de desafios internos e externos, como a digitalização e contratos com novos convênios, é apresentada como um marco.

Reconhecimento: Há destaque ao papel histórico de líderes visionários, como Fernando Ramalho, que traçaram um caminho diferenciado para a cooperativa.

Negativos

Obstáculos Históricos: Desde resistência inicial ao cooperativismo até embates com órgãos reguladores, como o Ministério Público, os desafios foram marcantes.

Falta de Engajamento: A baixa participação dos cooperados em cursos de formação e gestão é uma barreira citada várias vezes.

Dependência Financeira: A cooperativa depende fortemente dos convênios e enfrenta riscos caso ocorra uma crise no setor de saúde suplementar.

Neutros ou Contrastantes

Algumas passagens são informativas, mas sem tom claro de otimismo ou pessimismo, como a descrição técnica da estrutura administrativa e do número de convênios.

3. Análise de Discurso

Aspectos Positivos

Pragmatismo: A fala é estruturada em torno de soluções práticas, como modernização tecnológica e diversificação de receita.

Orgulho Institucional: O entrevistado frequentemente exalta os valores e conquistas da cooperativa, criando um tom de celebração dos avanços.

Aspectos Não Tão Positivos

Visão Fragmentada: Apesar do foco em sustentabilidade, falta uma missão clara e uma visão estratégica coesa que envolva todos os cooperados.

Desafios Gerenciais: A necessidade de "amarrar contratos" com cooperados e a dificuldade de engajamento indicam falhas na integração e no alinhamento estratégico.

Relações Internas e Externas: Há menção a conflitos com instituições como a Secretaria de Saúde e a necessidade de melhor articulação política.

Análise da entrevista com Wandemberg Albuquerque – Presidente da Coopecir

Análise de Conteúdo

Expansão e Crescimento:

A fundação da cooperativa Coopecir-PB foi motivada pela insatisfação com a remuneração oferecida por convênios e inspirada em outras cooperativas de saúde na região, como Unimed e Coopanest.

Wandenberg menciona a expansão da cooperativa, especialmente através de contratos públicos importantes e da adesão de novos cooperados. Esse crescimento foi essencial para consolidar a posição da Coopecir-PB no mercado. No entanto, há uma sutil indicação de que o crescimento pode ter sido impulsionado principalmente por necessidades externas, como contratos com o setor público, o que sugere uma dependência desse tipo de parceria.

Obstáculos e Desafios:

O impacto das ações do Ministério do Trabalho foi descrito como um momento crítico, especialmente devido à relação precária dos profissionais de saúde com o Estado. Wandenberg destaca que a saída do contrato com o Hospital de Trauma teve consequências financeiras e organizacionais. Embora a cooperativa tenha superado esse obstáculo, sua dependência de contratos com o setor público aparece como uma vulnerabilidade. Essa situação mostra que a Coopecir-PB precisou adaptar-se rapidamente para evitar colapsos financeiros, revelando uma fragilidade subjacente ao crescimento baseado em parcerias externas.

Engajamento dos Cooperados:

Um tema persistente e desafiador é o distanciamento de alguns cooperados da gestão. Wandenberg expressa preocupação com a falta de participação, o que representa um desafio para a cultura cooperativista, onde a coesão e o compromisso coletivo são fundamentais. Ele observa que poucos cooperados se envolvem na governança, o que pode limitar o desenvolvimento da cooperativa a longo prazo. Esse aspecto indica que, apesar do sucesso organizacional, a cultura de pertencimento e envolvimento talvez não esteja suficientemente enraizada.

Governança e Inovação:

A inovação é um ponto forte da cooperativa, com Wandenberg destacando a introdução de políticas de compliance, LGPD, e digitalização. No entanto, a implementação de tecnologias mais avançadas, como inteligência artificial, é mencionada como algo a ser realizado no futuro, mas com uma certa cautela devido a limitações estruturais e de gestão. Isso sugere que a cooperativa enfrenta barreiras internas que dificultam o avanço rápido em tecnologias disruptivas.

Dependência do Setor Suplementar de Saúde:

Wandenberg comenta que a cooperativa está inserida em um cenário nacional onde o setor suplementar de saúde enfrenta desafios devido à inflação e ao aumento de custos. Esse cenário representa um risco significativo, uma vez que a Coopecir-PB, assim como outras cooperativas de saúde, pode ser impactada pela migração de usuários para o setor público. Há uma exposição financeira significativa ao setor privado, que, se não administrada com estratégias diversificadas, pode ameaçar a sustentabilidade da cooperativa.

Análise de Sentimento Detalhada

A análise de sentimento permite identificar os tons emocionais presentes nas falas de Wandenberg, com destaque para as áreas em que o tom é mais neutro ou expressa preocupações veladas.

Positividade e Orgulho:

Wandenberg adota um tom positivo e até otimista em grande parte de suas respostas, especialmente ao falar sobre conquistas e inovações. Há um orgulho palpável em relação à história da cooperativa e sua resiliência, e ele parece entusiasmado com o potencial de crescimento e o impacto que a cooperativa ainda pode gerar.

Cautela e Alerta:

Um tom de cautela emerge quando ela fala sobre os desafios enfrentados pelo setor de saúde suplementar e a pressão financeira sobre operadoras e cooperativas de saúde. Ao discutir o impacto de eventuais colapsos financeiros no setor, Wandenberg usa um tom de alerta, sugerindo que a situação exige atenção estratégica para garantir a sustentabilidade.

Desencanto com a Participação dos Cooperados:

Quando aborda a falta de engajamento de alguns cooperados, Wandenberg expressa um tom de leve frustração e até desencanto. Ele destaca a importância de um compromisso maior com a formação cooperativista, mas parece insatisfeita com o que percebe como apatia entre parte dos cooperados. Esse sentimento sugere que há uma certa desilusão em relação ao ideal de comprometimento coletivo, o que pode ser um obstáculo cultural e organizacional para o sucesso pleno da cooperativa.

Resiliência Diante de Obstáculos:

Ao descrever como a cooperativa superou desafios, como a perda de contratos importantes, o tom é de resiliência e confiança na capacidade da cooperativa de se adaptar e se fortalecer. Ele parece seguro de que, mesmo com dificuldades, a cooperativa encontrará maneiras de inovar e crescer.

Análise de Discurso

A análise de discurso revela nuances e intenções subjacentes ao que é dito, indicando como Wandenberg constrói sua fala para alinhar a imagem da cooperativa a determinados valores e direções estratégicas.

Construção de Identidade Cooperativista:

Wandenberg utiliza uma linguagem que exalta a identidade cooperativista, sugerindo que a participação e o compromisso com a cooperativa são fundamentais. Ao enfatizar a formação cooperativista e a necessidade de participação dos cooperados, ele constrói uma narrativa de compromisso coletivo, onde cada cooperado é responsável pelo sucesso da cooperativa. Isso reflete uma tentativa de reforçar o ethos cooperativista, essencial para a sustentabilidade a longo prazo.

Inovação com Prudência:

Ele utiliza termos como “compliance”, “LGPD”, “digitalização” e “inteligência artificial”, o que indica uma visão modernizadora, preocupada com a eficiência e a transparência. A escolha de palavras reforça uma identidade inovadora, posicionando a cooperativa como alinhada às práticas contemporâneas de governança.

Porém, discurso sobre inovação, especialmente em tecnologias emergentes como inteligência artificial, é cuidadoso e pragmático. Ele aborda esses avanços com um tom de pragmatismo, indicando que há interesse, mas também uma necessidade de preparar a organização para essa transição. Isso sugere que, enquanto Wandenberg deseja alinhar a cooperativa às tendências tecnológicas, ele reconhece as limitações internas e não deseja forçar uma mudança para a qual a cooperativa ainda não está completamente pronta.

Frustração com a Cultura de Distanciamento:

Quando fala sobre a falta de engajamento de alguns cooperados, Wandenberg revela um conflito entre a visão ideal de participação e a realidade da apatia de parte dos membros. Ele

expressa preocupação com a falta de interesse em assumir responsabilidades e se envolver com a gestão, o que pode ser interpretado como uma crítica implícita a uma cultura organizacional que ainda não conseguiu engajar todos os cooperados. Quando menciona o distanciamento de alguns cooperados da gestão, o tom sugere uma crítica ao individualismo e à falta de compromisso, enfatizando que uma gestão bem-sucedida exige a colaboração ativa de todos.

Crítica Velada ao Setor Público:

A linguagem utilizada ao descrever os contratos com o setor público e os obstáculos enfrentados, especialmente com o Ministério do Trabalho, sugere uma crítica velada ao setor público e à burocracia que impacta a atuação da cooperativa. Wandenberg parece sugerir que a rigidez das normas e as ações governamentais muitas vezes prejudicam a capacidade de as cooperativas oferecerem um serviço estável e de qualidade.

Contradição Entre Expansão e Sustentabilidade:

Apesar do discurso de expansão, Wandenberg insere, em momentos pontuais, observações que indicam uma preocupação com a sustentabilidade da expansão. Ele fala sobre o aumento do número de especialidades e a busca por novos contratos, mas, ao mesmo tempo, expressa preocupação com a sustentabilidade financeira e os riscos do setor suplementar. Essa tensão sugere que, embora a expansão seja um objetivo claro, há receios sobre até que ponto essa expansão é sustentável sem comprometer a solidez financeira da cooperativa.

Conclusão

A análise revela que, embora Wandenberg projete uma imagem positiva da Coopecir-PB, também há aspectos desafiadores e menos otimistas. A falta de engajamento de alguns cooperados e a dependência de contratos públicos representam pontos vulneráveis, e o foco na inovação é limitado por desafios estruturais. Wandenberg equilibra otimismo e pragmatismo em seu discurso, promovendo uma visão de crescimento enquanto sinaliza a necessidade de atenção aos riscos internos e externos. Isso sugere que, para manter a sustentabilidade e alcançar os objetivos de expansão, a cooperativa precisa não apenas investir em inovação e governança, mas também fomentar uma cultura de participação ativa entre todos os cooperados.

Análise da entrevista com Douglas Teixeira – Presidente da Coort

1. Análise de Conteúdo

Identifica os principais tópicos abordados e organiza as informações temáticas.

Tópicos principais:

História e contexto da COORT: Origem da cooperativa, motivação para a criação e principais avanços (como aumento de remuneração e integração dos médicos).

Desafios enfrentados: Problemas na gestão, má distribuição de plantões, falta de acolhimento de novos médicos e entraves jurídicos.

Processo de dissolução: A cooperativa está em fase de encerramento, com relatos de tentativas de reativação.

Expectativas e aprendizados: Críticas à gestão passada, sugestões de melhorias e a possibilidade de reativação futura.

Comparações: Exemplos de outras cooperativas (como as da Bahia) que prosperaram ao adotar estratégias adaptativas.

2. Análise de Sentimento

Examina o tom emocional do discurso do entrevistado, identificando elementos positivos, negativos e neutros.

Tom geral:

O discurso tem um tom predominantemente neutro a negativo, refletindo o descontentamento com o encerramento das atividades e as falhas de gestão. Contudo, há traços de otimismo ao mencionar o potencial de reativação e a crença nos valores cooperativistas.

Elementos negativos:

Frustração com a gestão amadora e os problemas internos.

Desapontamento com a falta de acolhimento a novos médicos.

Impacto de ações externas, como conflitos jurídicos e entraves com o poder público.

Elementos positivos:

Reconhecimento de avanços iniciais (melhoria nos honorários e maior integração).

Esperança na reativação da cooperativa e na força do modelo cooperativista.

3. Análise de Discurso

Explora como as ideias e crenças são expressas, avaliando padrões de linguagem e posicionamento.

Posicionamento:

Dr. Douglas adota uma postura reflexiva e autocrítica, reconhecendo erros da gestão e propondo soluções. Ele enfatiza a necessidade de união e planejamento estratégico como pilares

do sucesso cooperativista.

Padrões de Linguagem:

Narrativa de aprendizado: O discurso é construído como um aprendizado contínuo, destacando o que poderia ter sido feito de maneira diferente.

Cooperação como valor central: Palavras como "união", "acolhimento" e "valores cooperativistas" aparecem repetidamente.

Crítica ao individualismo: Há ênfase em como interesses individuais prejudicaram o coletivo.

Recursos Retóricos:

Uso de metáforas (como a comparação com abelhas para ilustrar o trabalho em grupo).

Argumentação baseada em exemplos concretos (valores de plantões, situações de outras cooperativas).

Apelo emocional ao final, incentivando a participação e a valorização do modelo cooperativista.

Síntese Final

A entrevista destaca a trajetória da COORT como uma combinação de conquistas iniciais seguidas por desafios administrativos e jurídicos que levaram ao seu enfraquecimento. O discurso de Dr. Douglas é marcado por uma análise crítica do passado, reconhecimento de falhas e uma visão otimista para o futuro do cooperativismo, sustentada pela crença em sua força coletiva.

Análise da entrevista com Demóstenes Cunha Lima – ex-Presidente da Unimed-JP

1. Análise de Conteúdo

História e Fundamentos Cooperativistas:

Demóstenes retrata a Unimed João Pessoa como uma instituição profundamente enraizada em princípios cooperativistas. Ele vê a cooperativa como uma organização que originalmente buscava eliminar intermediários e facilitar o acesso à saúde, posicionando-se como alternativa ao sistema mercantilista. Ele ressalta a importância da autonomia e da intercooperação, mas também aponta como a burocratização e a expansão tornaram esses princípios mais difíceis de preservar.

Sustentabilidade do Modelo de Plano de Saúde:

Demóstenes destaca o que ele vê como a principal ameaça ao modelo atual: o crescimento dos custos médicos devido ao avanço da tecnologia, que aumenta a demanda por serviços caros. Ele critica o impacto financeiro desse avanço, revelando um dilema entre fornecer tecnologia de ponta e manter a viabilidade financeira. Ele também sugere que o modelo de plano de saúde pode ser insustentável a longo prazo se não for reformulado. Esse ponto é central, e sua análise é crítica, sugerindo que o modelo atual não é apenas problemático, mas possivelmente em crise.

Inovações e Adaptações:

Ele celebra a introdução de novas tecnologias e práticas modernas, que tornaram a cooperativa mais eficiente e competitiva. No entanto, há um tom de ceticismo e insatisfação com o custo humano e financeiro dessas mudanças. Dr. Demóstenes reconhece que, embora a tecnologia tenha otimizado processos, ela também impôs um fardo significativo ao sistema de saúde, o que leva à sua visão de que os avanços tecnológicos no setor de saúde têm um efeito paradoxal: embora simplifiquem, também encarecem os serviços.

Diferenciação da Cooperativa e a Crise de Identidade:

A fala de Demóstenes revela uma crise de identidade dentro da cooperativa. Ele menciona como muitos médicos veem a cooperativa apenas como um plano de saúde, e não como uma instituição que eles mesmos possuem. Para ele, essa mudança é um dos resultados da expansão e da burocratização, que criaram distanciamento entre cooperados e dirigentes. O discurso aqui é crítico, revelando um desencanto com a perda de engajamento dos médicos como “donos” da cooperativa.

2. Análise de Sentimento

Sentimento Predominante de Prudência e Desencanto:

- Prudência: Demóstenes aborda cada questão com uma atitude cuidadosa e pragmática, mas com uma dose de desencanto em relação ao modelo atual. Ele não vê uma solução fácil para os problemas complexos da cooperativa e expressa a necessidade de uma transformação profunda.
- Desencanto e Frustração: Ele demonstra um desencanto com a dificuldade de manter os valores cooperativistas em um ambiente de mercado cada vez mais competitivo. Esse desencanto se estende à percepção de que muitos médicos cooperados não enxergam a

cooperativa como uma organização “deles”, mas apenas como um plano de saúde.

Positividade e Orgulho em Realizações Passadas:

Apesar dos desafios, Demóstenes expressa orgulho nas realizações, especialmente na modernização tecnológica e nas melhorias administrativas que ele promoveu durante sua gestão. Há também um tom de esperança em relação a novas gerações de gestores e médicos que possam revitalizar a cooperativa.

Ceticismo em Relação ao Futuro:

Demóstenes é cético quanto à sustentabilidade do modelo atual de plano de saúde. Sua visão é que o plano de saúde deveria ser apenas uma ferramenta e não o foco principal da cooperativa, algo que ele sente que se perdeu ao longo do tempo. Ele expressa uma expectativa quase idealista por uma liderança jovem e inovadora que possa reverter a situação, mas ao mesmo tempo, admite sua própria incerteza sobre como isso poderia ser alcançado.

3. Análise do Discurso

Posição de Demóstenes como Defensor dos Valores Originais:

Demóstenes se apresenta como um guardião dos princípios de cooperação e intercooperação. Seu discurso é frequentemente nostálgico em relação aos valores originais da cooperativa, revelando uma postura de defesa contra as influências mercantilistas e burocráticas que, em sua visão, afastam a cooperativa de sua missão original. Ele usa exemplos práticos de intercooperação e autonomia para enfatizar o que considera ser o verdadeiro espírito cooperativista.

Técnica e Estratégia na Gestão:

O discurso de Demóstenes enfatiza a importância da profissionalização e da adoção de tecnologias para manter a competitividade e a eficiência da cooperativa. Ele enfatiza a gestão participativa e a delegação de responsabilidades como práticas essenciais, sugerindo um modelo de liderança que valoriza a colaboração e a expertise dos membros.

Confronto entre Idealismo e Realismo:

- Idealismo: Demóstenes idealiza uma cooperativa que funcione sem a necessidade de atender exclusivamente aos imperativos financeiros de um plano de saúde.

- Realismo: No entanto, ele reconhece que o plano de saúde é necessário para a sobrevivência da cooperativa, embora expresse certo desconforto com essa dependência. Esse contraste reflete uma tensão entre o compromisso com os ideais do cooperativismo e a realidade dos desafios financeiros no setor de saúde.

Narrativa Crítica do Modelo Atual de Planos de Saúde:

Demóstenes adota uma narrativa crítica, quase alarmista, em relação ao modelo atual de plano de saúde da Unimed João Pessoa. Ele sugere que o plano se tornou uma necessidade financeira, mas que compromete os ideais cooperativistas. Essa narrativa sugere uma visão de que a cooperativa está presa em um modelo insustentável, que pode ter consequências para sua sobrevivência.

Ideia de Cooperação x Pressões do Mercado:

No discurso de Demóstenes, há uma divisão clara entre a essência da cooperativa e as pressões impostas pelo mercado de saúde suplementar. Ele insiste que a cooperativa deve ser uma estrutura autônoma, guiada por valores coletivos, enquanto o plano de saúde representa uma solução temporária para garantir a viabilidade econômica. Sua fala transmite a tensão entre manter uma organização baseada em princípios e enfrentar as pressões econômicas e regulatórias externas.

Expectativa por uma Liderança Transformadora:

Demóstenes finaliza com uma visão idealizada de que futuros gestores jovens e inovadores poderiam trazer uma solução transformadora. Ele menciona figuras de inovação, como Elon Musk, quase como inspiração para o tipo de liderança que ele acredita que a cooperativa precisa. Esse ponto é curioso, pois reflete um desejo por mudanças profundas, mas ao mesmo tempo, um reconhecimento de que ele próprio não tem uma solução prática para os problemas.

Aspectos Não Tão Positivos e Críticos

Frustração com a Crise de Identidade:

Demóstenes claramente vê uma desconexão entre os cooperados e a missão da cooperativa. A percepção de que muitos médicos veem a cooperativa como “mais um plano de saúde” gera frustração, revelando o que ele considera uma crise de identidade. A fala reflete

uma crítica ao afastamento dos cooperados dos ideais de pertencimento e envolvimento ativo, algo que ele acredita ser essencial para a sustentabilidade da cooperativa.

Desconforto com a Burocratização e Controle Regulatório:

Apesar de reconhecer que a regulamentação da ANS trouxe benefícios, Demóstenes demonstra um desconforto com o aumento da burocratização e do controle estatal. Ele menciona que as exigências regulatórias, como a criação de fundos de reserva, embora benéficas, restringem a autonomia da cooperativa. Esse ponto reflete uma visão crítica sobre a interferência do governo na gestão cooperativista.

Visão Pessimista sobre a Sustentabilidade do Modelo Atual:

O discurso de Demóstenes é crítico em relação ao modelo atual de plano de saúde, que ele vê como insustentável a longo prazo. Ele menciona explicitamente que, se pudesse recomeçar, não adotaria o mesmo modelo. Essa visão é pessimista, refletindo uma perspectiva de que, sem mudanças significativas, o plano de saúde pode comprometer a própria sobrevivência da cooperativa.

Ceticismo quanto ao Engajamento dos Médicos Mais Jovens:

Ele demonstra ceticismo quanto ao comprometimento dos novos médicos cooperados, que ele acredita estarem menos envolvidos com os valores cooperativistas. Para Demóstenes, o crescimento da cooperativa e a complexidade do mercado fizeram com que os médicos mais novos enxerguem a cooperativa apenas como uma oportunidade de trabalho, e não como uma organização da qual fazem parte.

Conclusão

A análise da entrevista mostra um gestor experiente, que apresenta uma visão reflexiva e crítica sobre a cooperativa e o modelo de planos de saúde. Demóstenes valoriza os princípios cooperativistas, mas é cético quanto à sustentabilidade do modelo atual e à capacidade da cooperativa de manter seus valores em um mercado cada vez mais competitivo. Seu discurso revela uma esperança cautelosa por liderança inovadora para o futuro. Sua análise revela uma complexa tensão entre idealismo e pragmatismo, indicando uma necessidade de transformação para que a cooperativa possa se alinhar tanto aos seus valores originais quanto às novas exigências do mercado.

Análise da entrevista com Gualter Ramalho – Presidente da Unimed-JP

1. Análise de Conteúdo

Evolução Institucional e Infraestrutura

A entrevista evidencia o progresso da Unimed João Pessoa como uma operadora de saúde verticalizada e moderna. O crescimento de seis para 16 unidades, incluindo hospitais e centros ambulatoriais, mostra uma clara preocupação com a ampliação do alcance e da qualidade assistencial.

A aquisição de terrenos estratégicos e a ampliação do Hospital Alberto Urquiza destacam a visão de longo prazo, enquanto o uso de ferramentas modernas, como governança de dados e TI centralizada, reforça a eficiência operacional.

Foco Social

As ações comunitárias, como o atendimento à população do bairro São Rafael e programas como o coral infantil e o jovem aprendiz, reforçam o compromisso social da cooperativa. No entanto, o impacto real dessas iniciativas na percepção pública e na saúde da comunidade não foi mensurado durante a entrevista.

Inovação e Gestão

A implementação de modelos como OKR (Objectives and Key Results) e painéis de BI (Business Intelligence) marca uma mudança significativa na cultura de gestão. Programas como alta acelerada em cirurgias e inclusão digital total indicam um esforço para modernizar processos e reduzir custos.

Sustentabilidade e Finanças

O discurso evidencia a pressão financeira enfrentada pelo setor de saúde suplementar, destacando desafios como o envelhecimento populacional, judicialização e aumento dos custos médico-hospitalares. Gualter é transparente sobre a dificuldade de manter a operação sustentável, embora ressalte a força da governança implantada para mitigar riscos.

2. Análise de Sentimento

Aspectos Positivos

O tom predominante é otimista e proativo, com ênfase nos avanços institucionais e nas

conquistas durante sua gestão. Gualter demonstra confiança nas mudanças implementadas e em sua equipe. A motivação e o orgulho pelo crescimento e reconhecimento da Unimed João Pessoa são claros, sobretudo no destaque aos resultados operacionais e à posição de liderança no Norte-Nordeste.

Aspectos Neutros ou Preocupantes

Apesar do otimismo, há um tom de alerta em relação à resistência à mudança cultural e aos desafios financeiros. A judicialização, o impacto das novas tecnologias e o envelhecimento populacional são citados como pontos que exigem atenção constante. A tensão entre a modernização e a herança de uma cultura clientelista e doméstica é notória, sugerindo que o processo de transformação cultural ainda não foi completamente consolidado.

Aspectos Negativos

Há um reconhecimento de falhas passadas na seleção de profissionais, com menção à falta de due diligence em contratações, o que gerou problemas internos. Isso pode indicar fragilidades na gestão inicial e desafios de controle sobre a estrutura operacional.

3. Análise de Discurso

Fortalezas do Discurso

Liderança: O tom utilizado reflete um estilo de liderança inspirador, voltado à mobilização da equipe e ao reforço da credibilidade da cooperativa perante os stakeholders.

Técnico-estratégico: O uso de termos modernos e indicadores numéricos demonstra domínio técnico, fortalecendo a percepção de competência.

Valores Cooperativos: Apesar da ênfase na profissionalização, o discurso mantém a essência do cooperativismo, como ética, autonomia médica e impacto social.

Desafios e Contradições no Discurso

Mudança Cultural: O foco na transição para um modelo corporativo contrasta com a dificuldade de alinhar todos os cooperados a essa visão. Há uma resistência intrínseca entre médicos que priorizam seus próprios interesses e a necessidade de uma gestão centralizada.

Sustentabilidade Financeira: Embora o entrevistado exalte os avanços, a operação financeira positiva depende fortemente de investimentos e da rentabilidade dos ativos, o que pode não ser sustentável a longo prazo se os custos assistenciais continuarem subindo.

Impacto Comunitário: As iniciativas sociais são destacadas, mas não há informações claras sobre métricas de impacto ou como essas ações contribuem para o fortalecimento da marca e o engajamento dos cooperados.

4. Aspectos Não Tão Positivos

Resistência Interna

A dificuldade em mudar a cultura interna é um ponto crítico. O modelo anterior, clientelista e político, ainda impacta a gestão e a adesão dos cooperados às novas diretrizes.

Pressão Financeira

O aumento de custos e a judicialização são problemas recorrentes que ainda não foram completamente resolvidos. A sinistralidade (custo de serviços sobre receita) alta é uma ameaça constante, sugerindo que o equilíbrio financeiro é frágil.

Fragmentação e Participação

A baixa participação dos cooperados em assembleias e decisões estratégicas, citada na entrevista, indica desafios de engajamento e alinhamento interno. Apenas 10% dos cooperados participam ativamente, o que pode dificultar a implementação de mudanças estruturais.

Herança de Governança Doméstica

A referência ao modelo prévio, com diretores ausentes e falta de controle nos sistemas, mostra que a transformação foi necessária, mas também evidenciou fragilidades históricas que ainda impactam a operação.

Conclusão

O discurso do Gualter Ramalho é predominante positivo e estruturado em torno de conquistas relevantes na governança, infraestrutura e impacto social. No entanto, desafios significativos permanecem, principalmente relacionados à sustentabilidade financeira e à transformação cultural. Há uma tensão clara entre o progresso alcançado e a necessidade de superar as resistências internas e os riscos externos do setor de saúde suplementar.

Análise da entrevista com Francisco Vieira – Presidente da Unimed-CG

1. Análise de Conteúdo

Temas mais recorrentes e sua frequência relativa:

Gestão financeira e avanços administrativos: Mencionados em diversos momentos, especialmente ao tratar de desafios históricos (débito tributário) e soluções implementadas (reserva financeira e controle centralizado). Este é um tema central e aparece com destaque. Defesa dos honorários médicos e da classe médica: É um ponto forte e repetido, refletindo a missão inicial da cooperativa. Ele surge tanto no contexto histórico quanto em reflexões sobre o cenário atual e futuro.

Inovações tecnológicas: Ganha espaço como símbolo de modernização da cooperativa, com investimentos em softwares e melhorias na eficiência administrativa.

Valores éticos: Transparência e honestidade permeiam o discurso como alicerces para a confiança e a sustentabilidade da Unimed.

Engajamento de novos cooperados: Embora mencionado em menor escala, é tratado como um desafio relevante, especialmente no que diz respeito ao envolvimento dos médicos mais jovens.

Detalhes relevantes sobre lacunas:

Apesar do foco em avanços e valores, há pouca explanação sobre o impacto direto das medidas para os clientes (pacientes). O discurso enfatiza os cooperados, mas falta uma visibilidade mais clara sobre como os avanços beneficiam o público atendido. As críticas e desafios da judicialização e da ANS são apresentados de forma generalista, sem exemplos concretos sobre como esses fatores afetam diretamente a cooperativa.

2. Análise de Sentimento

Aspectos positivos:

Orgulho e confiança: Vieira transmite uma visão de crescimento e solidez, especialmente ao relatar a reversão de crises financeiras e o estabelecimento de uma reserva sólida.

Otimismo cauteloso: Embora mencione desafios, como o engajamento de médicos jovens, há uma clara crença de que o futuro da cooperativa é promissor, desde que estratégias adequadas sejam implementadas.

Apoio coletivo: A valorização dos cooperados e do trabalho em equipe é um ponto de destaque, o que promove um tom inclusivo e colaborativo.

Aspectos negativos ou críticos:

Frustração com engajamento jovem: Há um tom de preocupação em relação à falta de

interesse dos médicos mais jovens em participar ativamente da gestão ou das questões administrativas da cooperativa.

Judicialização dos planos de saúde: Este é tratado como um obstáculo recorrente e difícil de contornar. Apesar disso, a abordagem é mais descritiva do que analítica, sem detalhar planos concretos para mitigar seus impactos.

Mudanças éticas e foco financeiro: Vieira expressa certa insatisfação com o que percebe como um desvio de valores em parte dos novos profissionais, que priorizam lucros em detrimento do compromisso ético com a saúde.

3. Análise de Discurso

Estratégias de argumentação:

Apelo histórico: A narrativa de fundação da cooperativa não só enaltece os valores originais, mas também reforça um senso de continuidade e propósito.

Uso de dados: Vieira se apoia em números específicos para dar credibilidade ao discurso, como os R\$ 45 milhões de débito tributário e os R\$ 62 milhões de reserva junto à ANS. Isso dá força ao apelo lógico.

Repetição de valores éticos: A insistência em termos como “transparência” e “honestidade” constrói uma identidade clara para a gestão atual, o que pode ser visto como uma tentativa de consolidar sua liderança.

Estilo comunicativo:

Direto, mas com lacunas: Apesar de detalhar avanços administrativos e financeiros, alguns aspectos poderiam ser mais explorados, como o impacto direto das inovações no atendimento ao cliente e exemplos específicos de sucessos recentes.

Tom de liderança firme: Vieira apresenta segurança e um discurso organizado, mas há momentos em que o discurso parece concentrar-se mais nos desafios e menos nas oportunidades.

Contradições e ambivalências:

Enquanto promove otimismo, as críticas ao engajamento jovem e à postura ética de alguns médicos refletem preocupações que, se não endereçadas, podem comprometer a continuidade da cooperativa.

Aspectos Não Tão Positivos

Foco excessivo nos cooperados e pouca ênfase no cliente:

O discurso de Vieira privilegia o ponto de vista dos médicos e da gestão, mas o impacto nas vidas dos pacientes não é explorado de forma significativa. Isso pode dar a impressão de que a cooperativa prioriza sua estrutura interna em vez da melhoria contínua da qualidade do atendimento.

Abordagem reativa em vez de proativa sobre desafios:

Os riscos apresentados, como a judicialização e a ANS, são tratados como problemas inevitáveis, mas faltam propostas inovadoras ou disruptivas para enfrentá-los.

Ausência de referências a iniciativas sociais:

Não há menção a programas ou ações voltadas para a comunidade ou para a promoção da saúde coletiva, o que poderia reforçar o impacto positivo da Unimed no cenário local.

Desinteresse dos jovens médicos:

O engajamento reduzido das novas gerações é citado como uma preocupação central, mas faltam ideias concretas para revertê-lo.