



**PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA MESTRADO
PROFISSIONAL EM GESTÃO DE COOPERATIVAS**

ALYNE VALADARES DE GODOY TESSAROLLO

**A ESTRATÉGIA DE VERTICALIZAÇÃO EM UMA COOPERATIVA DE TRABALHO
MÉDICO NO INTERIOR DO PARANÁ: A PERCEPÇÃO DE VALOR PELO
COOPERADO ACERCA DA AMPLIAÇÃO DO HOSPITAL PRÓPRIO**

CURITIBA

2021

ALYNE VALADARES DE GODOY TESSAROLLO

**A ESTRATÉGIA DE VERTICALIZAÇÃO EM UMA COOPERATIVA DE TRABALHO
MÉDICO NO INTERIOR DO PARANÁ: A PERCEPÇÃO DE VALOR PELO
COOPERADO ACERCA DA AMPLIAÇÃO DO HOSPITAL PRÓPRIO**

Dissertação de Mestrado apresentada ao
Programa de Pós-graduação em Gestão de
Cooperativas – PPGCOOP da Pontifícia
Universidade Católica do Paraná – PUC.

Orientador: Prof. Dr. Alex Ferraresi
Co-orientador: Prof. Dr. Eduardo Damião da
Silva.

CURITIBA

2021

TERMO DE APROVAÇÃO

A ESTRATÉGIA DE VERTICALIZAÇÃO EM UMA COOPERATIVA DE TRABALHO
MÉDICO NO INTERIOR DO PARANÁ: A PERCEPÇÃO DE VALOR DO
COOPERADO ACERCA DA AMPLIAÇÃO DO HOSPITAL PRÓPRIO

Por

ALYNE VALADARES DE GODOY TESSAROLLO

Dissertação apresentada como requisito parcial para obtenção do título de Mestre no Programa de Pós-graduação em Gestão de Cooperativas – PPGCOOP – área de concentração em Cooperativismo e Sustentabilidade, da Escola de Negócios, da Pontifícia Universidade Católica do Paraná.

COMISSÃO EXAMINADORA

Dr. Alex Antônio Ferraresi

Orientador

PUCPR – Pontifícia Universidade Católica do Paraná

Dr. Alex Sandro Quadros Weymer

Examinador

PUCPR – Pontifícia Universidade Católica do Paraná

Dr. Eduardo Damião da Silva

Orientador

PUCPR – Pontifícia Universidade Católica do Paraná

Curitiba, outubro de 2021.

DEDICO

À minha mãe e à minha irmã Gislaine, ao meu marido Danilo,
à minha filha Isabela, e a Juliana
e José Nilson, pela hospitalidade
durante o mestrado.

AGRADECIMENTOS

Em primeiro lugar gostaria de agradecer à minha mãe, mulher admirável responsável por tudo que conquistei até hoje, meu maior incentivo. Obrigada mãe por tudo que tenho e tudo que sou.

À minha irmã Gislaine por todo apoio e paciência na caminhada de meus estudos, obrigada por ensinar e inspirar.

Obrigada ao meu marido por caminhar junto e fazer parte do meu projeto de estudar e concluir um mestrado.

À minha querida filha Isabela obrigada pela paciência e compreensão com a mamãe, perdoe os momentos em que não consegui te dar o meu melhor.

Ao José Nilson e Juliana toda minha gratidão pela nossa amizade, pela hospitalidade durante todo o meu mestrado, foi simplesmente incrível poder contar com vocês.

Agradeço a Deus por tudo!

RESUMO

TÍTULO DA DISSERTAÇÃO: A estratégia de verticalização em uma cooperativa de trabalho médico no interior do Paraná: a percepção de valor pelo cooperado acerca da ampliação do hospital próprio.

Objetivo: identificar qual a percepção dos médicos cooperados quanto à estratégia de verticalização, no que diz respeito à ampliação do hospital próprio, uma vez que ela traz como possibilidades a diminuição dos custos assistenciais e a melhoria na qualidade dos atendimentos realizados. **Breve contexto:** a presente dissertação é fruto de um estudo realizado acerca da verticalização para ampliação de serviços hospitalares de maior complexidade no âmbito do Hospital da Unimed de Paranavaí. **Método:** a investigação se caracteriza como uma pesquisa de campo de caráter qualitativo, que teve como objetivo analisar os dados coletados pelo método de pesquisa denominado análise de conteúdo, defendido por Bardin (1977). A temática foi selecionada para uma investigação, por indicar elementos fundamentais para que se realize ou não a verticalização de serviços hospitalares já mencionados. Para dar conta do proposto, utilizou-se de uma revisão de literatura que fundamentou as análises, bem como a definição de conceitos pertinentes à discussão realizada, cujos conceitos são a estratégia, a verticalização, o valor e a percepção de valor; sendo essas últimas utilizadas como categoria de análise. Na pesquisa participaram dez médicos cooperados que fazem parte do corpo clínico do Hospital Unimed. Para tratamento dos dados obtidos foi utilizado como apoio o software Atlas Ti, sistematizadas as categorias de análise por meio das codificações. Com base nas entrevistas realizadas com os cooperados e, utilizando as categorias de análise já definidas, procedeu-se a identificação de tal percepção por parte dos médicos cooperados. **Fundamentação teórica:** a escolha teórica sobre a verticalização é respaldada principalmente nos estudos de Porter (1981, 1986, 1990, 2004, 2005), considerando os aspectos a serem analisados para tomada de decisão de verticalização. Quanto ao valor e percepção de valor são conceitos que podem variar bastante entre os diversos autores de diferentes áreas estudadas durante essa pesquisa. Mas em geral, ao encontro da presente dissertação foi associado o valor percebido pelo uso do serviço. Tendo como suporte teórico desde os autores clássicos como Smith (1776), Say (1803), Ricardo (1817), Mill (1848) e Marx (1990), assim como os autores da literatura da administração estratégica que destacam o valor do uso como Bowman e Ambrosini (2000). **Resultados:** a dissertação conduz para o entendimento de que a verticalização do Hospital Unimed de Paranavaí seria, além de uma estratégia possível um negócio de retorno positivo para a cooperativa, beneficiários e cooperados. **Implicações gerenciais:** Os resultados contribuíram não somente para o fortalecimento do projeto de ampliação do hospital próprio e concretização, mas trouxe também como ponto de maior interesse para outras pesquisas a diminuição de custos assistenciais em toda linha de cuidado, estabelecendo condições necessárias de sustentabilidade para cooperativa, pois alcançando tal diminuição de custos e promovendo sustentabilidade seria minimizada grande parte dos desafios enfrentados pela gestão.

Palavras-chave: Verticalização; Valor; Percepção de valor; Ampliação de recursos próprios; médicos cooperados.

ABSTRACT

TITLE OF THE MASTER´S DEGREE DISSERTATION: The strategy of examination at a medical work cooperative in the interior of Paraná State: the member's perception of value concerning the hospital expansion itself.

Purpose of the study: identifying what are the cooperative doctors perception regarding the strategy of verticalization regarding the expansion of their own hospital since it represents the possibilities of assistance cost reduction and improvement in the quality of medical assistance provided. **Short context:** the current dissertation is a study result performed about the verticalization for the expansion of more complex hospital services of Unimed´s Paranavaí Hospital. **Methodology:** the investigation is characterized as a qualitative field research which focuses on analyzing the data collected by the method research known as content analysis defended by Bardin (1977). The topic has been selected for an investigation as it indicates fundamental elements for the verticalization of the hospital services previously mentioned. For this purpose a literature review was used to support the analysis as well as the definition of relevant concepts to the carried out discussion whose concepts are strategy, verticalization, value and perception of value being these latter used as a category of analysis. Ten clinical staff cooperative doctors who are part of the Unimed Hospital participated in this research. In order to process the data obtained the Atlas Ti software has been used as a support tool and the analysis categories were systematized through encodings. Based on the interviews carried out with the cooperative members and using the analysis categories already defined the identification of the perception by the cooperative doctors was possible. **Theoretical background:** the theoretical choice about the verticalization is especially backed by Porter studies (1981, 1986, 1990, 2004, 2005), taking into consideration the aspects to be analyzed for decision-making on verticalization. In terms of value and value perception they may vary widely among different authors from different areas studied during this research. But overall was associated the value perceived by the use of the service with the present dissertation. With the theoretical support from classical authors such as Smith (1776), Say (1803), Ricardo (1817), Mill (1848) and Marx (1990), as well as the authors of strategic management literature who underscore the value of use as Bowman and Ambrosini (2000). **Results:** The present dissertation guides to the comprehension that the verticalization of Unimed´s Paranavaí Hospital would be not only a possible strategy but also a business with a positive return for the cooperatives and its beneficiaries and members. **Management repercussions:** All the results have not only contributed to the strengthening of the project of the hospital expansion and its implementation but also have brought as a point of greatest interest for other researches the medical assistance cost reduction in every care line establishing necessary conditions of sustainability for the cooperative because achieving such cost reduction and promoting sustainability would minimize a large part of the challenges faced by the management.

Keywords: Verticalization, Value, Perception of value, expansion of own resources, cooperative doctors.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1	Projeções para a população idosa no Brasil, por idade e sexo.....	17
Figura 2	Matriz produto-mercado de Ansoff.....	23
Figura 3	Estratégias alternativas de crescimento.....	23
Quadro 1	Etapas da coleta e tratamento de dados.....	57
Quadro 2	Desenvolvimento da análise de conteúdo.....	58
Quadro 3	Pré-análise dos dados obtidos nas entrevistas.....	64
Quadro 4	Exploração do material (Questões 2, 3 e 4).....	67
Quadro 5	Exploração do material (Questões 5; 6 e 7).....	73
Quadro 6	Tratamento dos resultados – parte 1.....	82
Quadro 7	Tratamentos dos resultados – parte 2.....	85
Figura 4	Visão de estratégia.....	87
Quadro 8	Análise de valor e percepção de valor – parte 1.....	89
Quadro 9	Análise de valor e percepção de valor – parte 2.....	91

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	10
1.1	PROBLEMA DE PESQUISA.....	11
1.2	OBJETIVO GERAL.....	12
1.3	OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	12
1.4	JUSTIFICATIVA.....	12
1.4.1	Justificativa teórica	12
1.4.2	Justificativa prática	13
2	FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	14
2.1	UM BREVE HISTÓRICO SOBRE AS OPERADORAS DE PLANO DE SAÚDE.....	14
2.2	COOPERATIVA DE TRABALHO MÉDICO.....	19
2.3	ESTRATÉGIA.....	19
2.3.1	Estratégias corporativas de crescimento e diversificação	22
2.3.2	Integração vertical	30
2.3.3	Tipos de integração vertical	34
2.3.4	Graus de integração vertical	35
2.3.5	Vantagens e desvantagens da verticalização	37
2.3.6	Condicionantes e fatores motivacionais para a estratégia de verticalização	40
2.4	VALOR.....	45
2.4.1	Percepção de valor	50
3	PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS	53
3.1	ESPECIFICAÇÃO DO PROBLEMA E PERGUNTA DE PESQUISA	53
3.2	DELINEAMENTO DA PESQUISA.....	53
3.2.1	Finalidade	54
3.2.2	Método de pesquisa	55
3.2.3	Definição das categorias	58
3.2.3.1	<i>Verticalização de serviços de maior complexidade</i>	59
3.2.3.2	<i>Valor</i>	59
3.2.3.3	<i>Percepção de valor</i>	59
3.2.4	Unidade de análise	60

3.2.5	Dimensão temporal	60
3.2.6	Fontes de evidências	60
3.2.7	Estudo de caso	61
3.2.7.1	<i>Participantes da pesquisa</i>	61
3.2.8	Coleta de dados	62
3.2.9	Tratamento e análise dos dados	62
4	RESULTADOS E DISCUSSÕES	64
4.1	TRATAMENTO DOS RESULTADOS.....	80
5	CONSIDERAÇÕES FINAIS	94
5.1	LIMITAÇÕES DA PESQUISA.....	97
5.2	CONTRIBUIÇÕES TEÓRICAS E GERENCIAIS.....	97
5.3	CAMINHOS PARA NOVAS PESQUISAS.....	99
	REFERÊNCIAS	100
	APÊNDICE	112

1 INTRODUÇÃO

A verticalização da saúde suplementar cresceu nos últimos anos, e operadoras de planos de saúde e prestadores de serviços médicos empenham-se em suprimir os altos custos da saúde no país. Pode-se afirmar que dois movimentos têm se intensificado no setor: a) empresas prestadoras de serviços médicos – em sua maioria hospitais – que desenvolvem seus próprios planos de saúde visando atender às suas demandas internas e b) operadoras de planos de saúde passam a oferecer serviços próprios aos seus beneficiários – incluindo hospitais, laboratórios, clínicas, ambulatorios, entre outros (CLAUDINO, 2019).

As Cooperativas de Trabalho médico têm na estratégia de verticalização uma opção de modelo eficiente de gestão do negócio. A integração vertical no setor de saúde pode ser definida como uma única organização, com controle decisório, que gerencia o plano de saúde e prestação direta de serviços médicos e assistenciais (ALVES, 2008). Essa modalidade de gestão contribui para a sustentabilidade das cooperativas, fortalecem a assistência de qualidade, efetividade clínica e acessibilidade (GSCHWENDTNER, 2017).

A Cooperativa de Trabalho Médico Unimed Paranavaí também tem traçado essa estratégia com investimentos em seus recursos próprios já há alguns anos. Ou seja, a verticalização já aconteceu em várias áreas; atualmente o grande desafio é ampliar o Hospital Unimed, para dar sequência aos investimentos em recursos próprios e a busca pela excelência em prestação de serviços de saúde, assumindo cada vez mais a coordenação da linha de cuidado do cliente no serviço próprio.

A presente dissertação se refere a um estudo acerca da estratégia de verticalização em uma cooperativa de trabalho médico no interior do Paraná. A pesquisa visa analisar como a estratégia de verticalização, adotada pela Unimed de Paranavaí, no que se refere à ação de ampliação do hospital próprio, tem influenciado na percepção de valor da cooperativa pelos médicos cooperados. A verticalização vem ocorrendo há um longo período, no entanto, o foco aqui é a discutida ampliação do Hospital da Cooperativa, verticalizando atendimentos de maior complexidade.

O fenômeno estudado sobre o tema escolhido surgiu do desejo de explicar de que forma essa percepção de valor ocorre, de maneira positiva ou negativa em relação ao hospital próprio da Unimed. E, ainda, verificar se os cooperados conhecem a estratégia da Unimed Paranavaí; se os cooperados identificam as ações e decisões

tomadas pela Unimed de Paranavaí como parte da estratégia de verticalização e como os cooperados entendem a estratégia de verticalização no desenvolvimento de suas atividades e nas atividades da cooperativa, e se a verticalização de serviços de maior complexidade hospitalar gera valor para o cooperado.

Para atender a problemática da pesquisa, a percepção de valor do cooperado em relação à cooperativa, no que se refere à verticalização de serviços de alta complexidade, foram considerados os conceitos de estratégia, verticalização, valor e percepção de valor. Optou-se pelo caminho da abordagem qualitativa e foi adotada a metodologia de estudo de caso único.

O presente estudo está estruturado em cinco seções. A primeira é composta pela introdução sobre o tema escolhido, o problema de pesquisa, o objetivo geral, objetivos específicos e justificativa. Na segunda seção segue a revisão teórica, contemplando um breve histórico das Operadoras de Planos de Saúde e Cooperativa de Trabalho Médico. Ainda na mesma seção, aborda-se estratégia, verticalização, valor e percepção de valor. A terceira parte trata-se dos procedimentos metodológicos, coleta de dados (por meio de entrevistas semiestruturadas, observação direta e análise documental). E, por fim, na quarta e quinta seção, obtiveram-se os resultados com as análises e discussões acerca da temática; e as considerações finais.

1.1 PROBLEMA DE PESQUISA

A verticalização das cooperativas de trabalho médico no Brasil e no estado do Paraná tem sido uma possibilidade para ampliação dos serviços assistenciais, bem como para redução de custos assistenciais, associada à manutenção ou melhoria da qualidade nos atendimentos. Além da busca incessante pela redução de custos as cooperativas de trabalho médico desejam crescer e gerar valor para o cooperado e o beneficiário.

Entretanto, é preciso verificar se essa alternativa de verticalização permite gerar valor, conforme esperado pela cooperativa de trabalho médico. Portanto, a questão norteadora do presente estudo é: “Como a estratégia de verticalização, influencia a percepção de valor dos cooperados em relação a ampliação e aumento da complexidade do Hospital Unimed de Paranavaí?”

1.2 OBJETIVO GERAL

Verificar como a alternativa adotada pela Unimed de Paranavaí sobre a estratégia de verticalização em relação à ampliação e ao atendimento de maior complexidade hospitalar influencia a percepção de valor dos cooperados.

1.3 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- a) Verificar se os cooperados identificam as ações e decisões tomadas pela Unimed de Paranavaí como parte da estratégia de verticalização;
- b) identificar qual o entendimento dos cooperados quanto à estratégia de verticalização, no que se refere ao desenvolvimento de suas atividades como cooperado e das atividades da cooperativa como um todo;
- c) identificar se para o cooperado, verticalizar serviços de maior complexidade hospitalar, por meio da ampliação do hospital próprio, gera valor e de que forma essa percepção de valor influencia na ampliação do hospital.

1.4 JUSTIFICATIVA

Neste tópico são apresentadas as justificativas teóricas e práticas que fundamentam esse trabalho.

1.4.1 justificativa teórica

Segundo Montanella (2006), a integração vertical está diretamente relacionada aos custos de transação, pois estes estão vinculados à transferência de insumos intermediários, por meio da cadeia de organizações independentes, que conectam a produção primária ao consumo final. Para a tomada de decisão pela verticalização, o pensamento deve ser pela ótica do que é mais oneroso para a organização, verticalizar sempre as atividades mais onerosas. Nesse sentido, a estratégia de verticalização para cooperativas tem se tornado uma opção que precisa ser levada em consideração. No contexto de cooperativas de trabalho médico, verticalizar recursos e serviços precisam ser estudados, nesse caso trata-se da ampliação de hospital próprio.

1.4.2 Justificativa prática

O motivo pelo qual esse tema foi escolhido se dá pelo interesse de concretizar a ampliação do Hospital Unimed de Paranaíba, verticalizando o atendimento de cuidados de terapia intensiva e cirurgias de alta complexidade em diversas especialidades, a fim de evitar que o cliente seja atendido em outros prestadores, com consequente diminuição de custos e melhorar a qualidade do cuidado. A pesquisa se justifica pela possibilidade de gerar conhecimento quanto à elaboração de estratégias viáveis, para ampliação de recursos próprios na área hospitalar, e, por apresentar o entendimento dos médicos quanto à essa estratégia. De modo a possibilitar aos cooperados, uma reflexão e, por meio dessa análise, fortalecer e disseminar a estratégia de crescimento em meio aos envolvidos, para melhora da ação em si. Consequentemente, obter como fruto um serviço de excelência e maior resolutividade e coordenar a linha de cuidado do paciente cada vez mais no serviço próprio e não em outros prestadores, visto toda dificuldade de gestão dos custos assistenciais, podendo melhorar a entrega ao consumidor final (cliente/paciente).

2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

Nesta seção, o objetivo é contextualizar sobre a história das operadoras de planos de saúde e cooperativas de trabalho médico, no intuito de proporcionar melhor entendimento ao leitor; expor como as cooperativas de trabalho médico, denominadas UNIMED's, chegaram até o momento atual no que se refere ao atendimento e ao tamanho físico, como estão estruturadas e como atuam no seguimento de saúde suplementar. E na sequência serão abordados os conceitos sobre estratégia, verticalização, valor e percepção de valor, no intuito de atender ao problema de pesquisa levantado e embasar a presente dissertação.

2.1 UM BREVE HISTÓRICO SOBRE AS OPERADORAS DE PLANO DE SAÚDE

A intenção deste tópico é trazer o contexto do surgimento do modelo de saúde suplementar, coordenado pelas operadoras de planos de saúde, visto que o estudo será realizado em uma cooperativa de trabalho médico que está inserida no referido modelo. Para, em seguida, abordar a estrutura do sistema Unimed e acessar a fundamentação teórica.

Foi a partir da década de 1930 que surgiram oportunidades de exploração econômica da assistência à saúde. No Brasil, o crescimento somente aconteceu na década de 50, durante o processo de industrialização da nação, sobretudo com a instalação das fábricas na região do ABC paulista. Foi neste momento que os hospitais particulares puderam se consagrar como os principais prestadores de serviço à classe média emergente (DIAS, 2014).

No final dos anos 1980 e início da década de 1990, pela dificuldade de acessibilidade aos serviços de assistência à saúde e a baixa qualidade oferecida aos usuários no sistema público, progressivamente aumentou-se a oferta de planos de saúde para a classe média que passou a ser excluída e a buscar a modalidade de saúde suplementar para resolver seus problemas de saúde (PINTO; SORANZ, 2004).

A regulamentação do setor de saúde suplementar tem seu marco inicial na lei nº 9.656/98, momento em que se estabeleceram suas bases e na lei nº 9.961/00 que criou a Agência Nacional de Saúde (ANS), órgão do Ministério da Saúde, responsável por regular as operadoras de planos de saúde. A saúde suplementar passou a ocupar espaço no cenário de saúde juntamente com o SUS (Sistema Único de Saúde),

regulamentado pela lei nº. 8.080/90, e nascido a partir da Constituição Federal de 1988 e o setor privado.

A Constituição Federal de 1988 define o modelo misto de saúde adotado no Brasil, pois ao mesmo tempo em que determina que a saúde seja um direito de todos e dever do Estado (art. 196) faculta à iniciativa privada sua atuação na área da saúde (art. 199) (DIAS, 2014). Atualmente, o setor brasileiro de planos e seguros de saúde conta com mais de 47 milhões de pessoas recorrendo a planos privados de saúde; esse número já foi mais expressivo até o ano de 2014 e com a crise houve uma queda no crescimento da área, não recuperando até os dias de hoje (AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 2020).

Paim *et al.* (2011) afirmam que o sistema de saúde brasileiro se constitui por uma rede de prestadores e compradores de serviços que disputam entre si no segmento de saúde, formando um arranjo de assistência à saúde pública privada financiada, sobretudo, por recursos privados. O sistema de saúde está organizado em três subsetores: o subsetor público - onde os serviços são financiados e providos pelo Estado nos níveis federal, estadual e municipal, incluindo os serviços de saúde militares; o subsetor privado (com fins lucrativos ou não) - onde os serviços são financiados de diversas formas, com recursos públicos ou privados; e, por fim, o subsetor de saúde suplementar, com diferentes produtos como planos privados de saúde e apólices de seguro, além de subsídios fiscais. São subsetores bem distintos, mas pode-se afirmar que estão interconectados. As pessoas podem utilizar os serviços dos três subsetores, isso está condicionado à facilidade de acesso e/ou ao poder de pagamento.

A regulamentação de saúde suplementar, conforme aponta Silva (2003), implicou em muitas mudanças, entre elas destacam-se as seguintes:

- ampliação das coberturas assistenciais, não admitindo qualquer tipo de exclusão ou de exceção, mesmo em planos exclusivamente ambulatoriais;
- expansão dos direitos dos usuários e proibição de rompimento unilateral dos contratos nos planos individuais, proibição da recontagem dos prazos de carência, da seleção de risco e da exclusão indiscriminada de usuários. Mesmo os contratos antigos não podem ser rescindidos unilateralmente;
- rigoroso monitoramento de preços e das condições de reajuste, com regras de proteção ao consumidor. Retiram-se, então, as possibilidades de recuperação do equilíbrio econômico nas bases antes realizadas, ou seja,

utilizando o realinhamento da receita por meio dos reajustes por desequilíbrio ou por sinistralidade, redução da massa de expostos, exclusão dos contratos deficitários e de maiores controles de acesso e cobertura assistencial;

- estabelecimento do pagamento de multas pelo não cumprimento contratual e pela desobediência da legislação regulamentadora;
- normas de ressarcimento ao SUS pela utilização dos recursos públicos;
- exigências de solidez empresarial, impedindo operadoras de recorrer à concordata e de seus credores pedir falência. As operadoras somente podem ser liquidadas a pedido da ANS, e também estão sujeitas à constituição de reservas e garantias de capacidade econômico-financeira para cumprimento dos contratos.

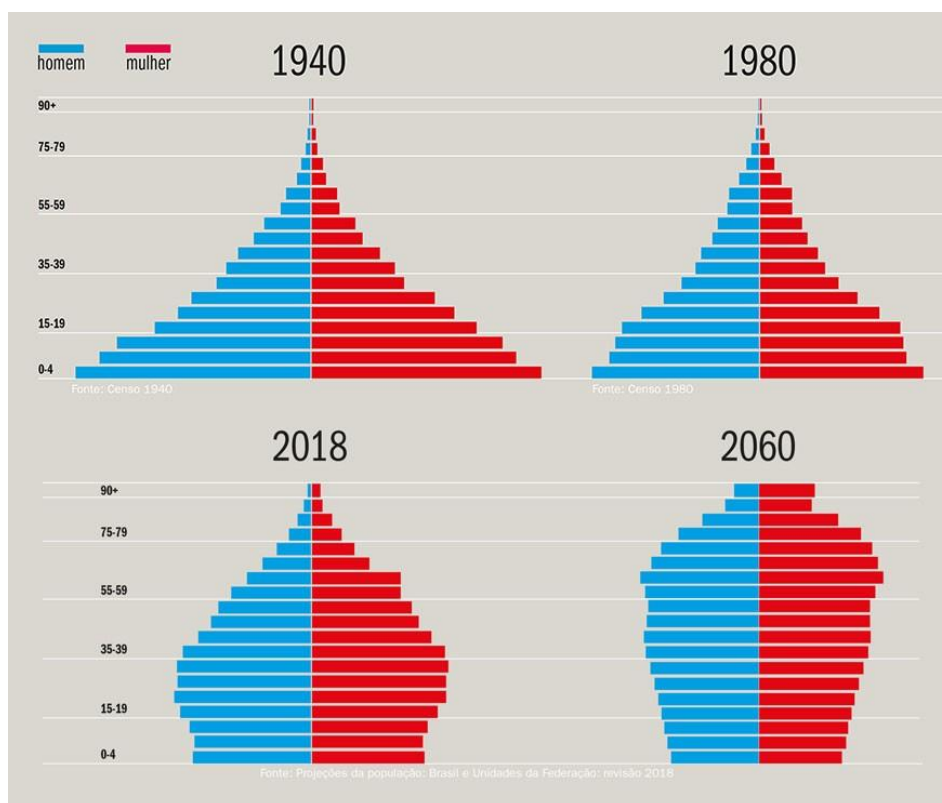
Albuquerque *et al.* (2008), nesse mesmo sentido, apontam que entre as mudanças introduzidas também se destacam: assistência a todas as patologias da Classificação Internacional de Doenças, assistência psiquiátrica, transplantes, proibição de limite de tempo de permanência em internação e número de internações e procedimentos. Estabeleceram-se regras para os casos de demissão de emprego, aposentados e pacientes com história progressiva de doença antes da aquisição do plano; estipulado tempo máximo de carência e oferta de atendimento de urgência e emergência.

Tais medidas impactaram diretamente na sobrevivência das operadoras, nos custos assistenciais, em custos administrativos, atuariais, de tecnologia, auditorias independentes e suporte jurídico e administrativo para os controles de ressarcimento ao SUS e judicializações. Deve-se considerar, ainda, a revisão de contratos elaborados anteriormente, aplicação de multas e autuações, taxas, reservas e provisões exigidas pela ANS. Resultando também em provisionar recursos para cobertura de assistência médica para procedimentos que não estão previstos, mas que acabam sendo amparados por liminares, ainda que de forma temporária. Esses fatos determinaram uma inadequação econômica às operadoras de planos de saúde, pois produziu aumento muito significativo na espiral de custos (SILVA, 2003).

Associado à preocupação com os custos, outro fator se faz relevante - o aumento da expectativa de vida e o envelhecimento populacional. O estudo de projeções para população idosa no Brasil, atualizado pelo IBGE em 2018, demonstrou que, conforme a Figura 1, a população idosa tende a crescer no Brasil nas próximas décadas. Segundo a pesquisa, em 2043, um quarto da população deverá ter mais de

60 anos, enquanto a proporção de jovens até 14 anos será de apenas 16,3%. Segundo IBGE, a partir de 2047 a população deverá parar de crescer, contribuindo para o processo de envelhecimento populacional – quando os grupos mais velhos ficam em uma proporção maior comparados aos grupos mais jovens da população. Conseqüentemente a esse envelhecimento populacional têm-se as doenças crônicas degenerativas que podem impactar em aumento da sinistralidade às operadoras de planos de saúde.

Figura 1 - Projeções para a população idosa no Brasil, por idade e sexo



Fonte: IBGE (2018).

A relação entre a porcentagem de idosos e de jovens é denominada de 'índice de envelhecimento', que deve aumentar de 43,19%, em 2018, para 173,47%, em 2060. Esse processo pode ser observado graficamente pelas mudanças no formato da pirâmide etária ao longo dos anos, que segue a tendência mundial de estreitamento da base (menos crianças e jovens) e alargamento do corpo (adultos) e topo (idosos).

Outras ameaças ainda devem ser consideradas as operadoras de planos de saúde como a concorrência e possíveis entrantes no mercado, a baixa diferenciação nos serviços e o uso do SUS em um momento de instabilidade financeira, pelo custo

zero. No caso das cooperativas de trabalho médico, os principais substitutos são o SUS, a medicina em grupo e os atendimentos particulares (TEIXEIRA; ROMANO; VALDES, 2011). Acrescenta-se, ainda, a contenção dos preços, a redução das receitas e os reflexos consequentes da economia, como também o aumento do desemprego. É necessário criar diferenciais competitivos para enfrentar as disputas no setor, novas estratégias e buscar pela qualidade de atendimento (SILVA, 2003).

Diante deste contexto apresentado, referente às operadoras e o modelo de saúde suplementar, será abordado no próximo item a Cooperativa de Trabalho Médico – Unimed - Instituição onde se encontra o local do presente estudo - o Hospital Unimed – Unimed de Paranavaí.

2.2 COOPERATIVA DE TRABALHO MÉDICO

Será tratada neste tópico a formação do sistema Unimed no Brasil, sua estrutura e forma de atuação. No intuito de dar uma rápida visão da Cooperativa e, ainda, apresentar a Cooperativa de Trabalho Médico de Paranavaí que é a singular envolvida nesse estudo.

Em 1967 surgiu a primeira Cooperativa de Trabalho Médico no Brasil, na cidade de Santos em São Paulo. A medicina passava por um momento de crise ocasionado pelas transformações estruturais da previdência social. O profissional médico encontrava-se impedido de exercer suas atividades com dignidade e tinha dificuldades de acesso ao mercado. Buscava-se também a justa remuneração pelo trabalho médico e um atendimento de qualidade ao cliente. O sucesso da Unimed de Santos fez com que se espalhassem outras cooperativas por todo o Brasil (UNIMED, 2020).

Segundo Duarte (2001), as cooperativas são sociedades que se formam com o objetivo de prestar serviços aos seus cooperados. A sociedade cooperativa diferentemente de uma empresa convencional não visa lucro, o objetivo é promover os membros da sociedade atendendo aos interesses em comum. As cooperativas devem ser constituídas por, no mínimo, 20 cooperados que, para entrar na cooperativa, precisam integralizar um capital determinado pela singular, no caso da Unimed, por exemplo, são as denominadas quotas.

As cooperativas que comercializam planos são compostas por médicos cooperados, que podem atender aos pacientes em seus consultórios particulares próprios, em hospitais, ambulatórios e clínicas credenciadas. De maneira geral, opera-

se em regime de pré-pagamento, ou eventualmente, de pagamento por custo operacional com acréscimos de taxas. Não existe a alternativa de livre escolha para tentativa de reembolso.

Como cooperativa, a Unimed negocia, em nome dos profissionais, contratos de prestação de serviços, tendo como clientes pessoas jurídicas ou físicas (UNIMED, 1996). Os médicos filiam-se às cooperativas de primeiro grau, as quais se vinculam às federações; estas, por sua vez, estão ligadas à confederação. A função expressa das cooperativas em todos os graus é prestar serviços aos seus associados. Não existe, formal ou informalmente, sistema decisório hierárquico estabelecido entre os diferentes graus, sendo as singulares autônomas e independentes, nos aspectos jurídico, econômico e administrativo (UNIMED, 1996).

A Unimed forma um conglomerado de 347 cooperativas de trabalho médico em todo Brasil, conta com 116 mil médicos cooperados, 126 hospitais próprios, 2.372 hospitais credenciados e somam juntas 17 milhões de clientes. Além disso, possuem 38% de participação no mercado nacional de plano de saúde, empregam aproximadamente 96 mil pessoas diretamente, e por 27 anos seguidos recebeu o prêmio *Top of Mind*. Tais números indicam a Unimed como a organização mais expressiva no Brasil enquanto operadora de plano de saúde, bem como a maior cooperativa de trabalho médico do mundo (UNIMED, 2020).

A Unimed de Paranavaí é uma cooperativa de médio porte, localizada no interior do Paraná, na região Noroeste, e foi fundada em 1988. Iniciou com um grupo de 53 médicos com o propósito de retirar os pacientes das filas do sistema público de saúde para serem atendidos em consultórios particulares e com o direito de escolher livremente os médicos cooperados que quisessem. A cooperativa de trabalho médico de Paranavaí, hoje, possui mais de 177 médicos cooperados em diversas especialidades, atende uma carteira de mais de 23.400 clientes em Paranavaí e mais 28 municípios da região (UNIMED PARANAVAÍ, 2020).

Após esse breve histórico das operadoras de planos de saúde e o contexto das cooperativas de trabalho médico apresentado até aqui, o tópico seguinte trata sobre a fundamentação teórica para dar suporte à temática da pesquisa.

2.3 ESTRATÉGIA

Para entendimento do tema escolhido nesse trabalho, essa seção abordou

conceitos acerca de Estratégia, Estratégia de crescimento e diversificação, Verticalização, Valor e Percepção de Valor, pois, tais constructos servirão para a análise dos dados coletados e para responder a pergunta do problema de pesquisa.

A palavra estratégia faz parte do cotidiano de todas as organizações. Há muitas referências na literatura que tratam sobre esse constructo, tais como Drucker (1954), Ansoff (1965), Porter (1981), Wheelwright (1984), Andrews (2001), Mintzberg e Quinn (2001) entre outros.

A estratégia tem como foco preparar a empresa para enfrentar o cenário competidor dos dias atuais, e para tal faz-se uso das competências, qualificações e recursos internos da organização de uma forma sistematizada e objetiva (DESS; LUMPKIN; EISNER, 2007).

Pensar estrategicamente é primordial para que se possa fazer a gestão e conduzir qualquer empresa, com fins lucrativos ou não como no caso das cooperativas (MOORE, 2000). O fator estratégia possibilita a conectividade entre o ambiente interno da empresa e o ambiente externo (PORTH, 2002). Ainda, para Porth (2002), a estratégia abarca uma multiplicidade de definições; é um conceito complexo e subjetivo. A estratégia pode mudar com o tempo e pode ter muitos significados.

Para Drucker (1954), estratégia é a análise da situação presente no momento e de mudanças que devem acontecer se necessárias. Integra-se a esta análise a disponibilidade de recursos e tudo que precisa ser adquirido.

Ansoff (1965) afirma que estratégia é um conjunto de decisões determinadas pelo mercado do produto a comercializar, crescimento objetivado, vantagens competitivas da organização e sinergia organizacional.

Segundo Porter (1981), estratégia é a escolha da firma de variáveis de decisão-chave, como preço, promoção, quantidade e qualidade. A empresa, para ter bom desempenho, deve se posicionar corretamente na sua indústria. Porter (1985) aponta ainda que é um conjunto de ações ofensivas ou defensivas para criar uma posição defensável numa indústria, para enfrentar com sucesso as forças competitivas e, assim, obter um retorno maior sobre o investimento.

Andrews (2001) e Wheelwright (1984) afirmam que a estratégia é um processo que não pode ser dissociado da estrutura e da cultura da empresa. Wheelwright (1984) descreve a estratégia como um padrão direcionador de atitudes que subsidia a empresa a comunicar-se com seus colaboradores, em todos os níveis hierárquicos, sobre os principais objetivos, planos e políticas institucionais adotados no curto e

longo prazo.

Mintzberg e Quinn (2001) colocam duas definições que são bastante relevantes: a estratégia como um plano que integra as principais metas, políticas e sequência de ações em uma organização em um todo coerente; a estratégia empresarial como o padrão de decisões em uma empresa que determina e revela seus objetivos, propósitos ou metas, produz as principais políticas e planos para a obtenção dessas metas e define a escala de negócios em que a empresa deve se desenvolver, o tipo de organização econômica e humana que pretende ser e a natureza da contribuição econômica e não econômica que pretende proporcionar a seus acionistas, funcionários e comunidades.

Segundo Oliveira (2013), a estratégia está relacionada à arte de utilizar, adequadamente, os recursos físicos, tecnológicos, financeiros e humanos, tendo em vista a minimização dos problemas internos e a maximização das oportunidades que estão no ambiente empresarial, o qual não é controlável.

Hill e Jones (2012, p. 4) apresentam esse conceito de estratégia de uma maneira direta para o mundo organizacional, pois apontam que estratégia é “[...] um conjunto de ações que os gestores adotam para melhorar o desempenho de uma empresa em relação a suas concorrentes”. Assim, para Hill e Jones (2012), se uma empresa consegue ter uma estratégia que lhe proporcione desempenho superior em relação aos seus concorrentes, pode-se afirmar que essa empresa possui uma vantagem competitiva.

A estratégia está envolvida no sucesso organizacional e é responsabilidade dos gestores. A formulação de estratégias no contexto de um serviço de saúde, para ser eficiente, deve levar em consideração, além da complexidade ambiental, a complexidade estrutural inerente à organização de saúde. Em síntese, as estratégias têm como objetivo traçar planos para o futuro, buscar o êxito por meio de diferenciar-se e desenvolver ações que não podem ser imitadas pela concorrência, ganhando a disputa no mercado.

Após essa breve abordagem sobre o constructo de estratégia, com base no apontamento de diversos autores, será descrito sobre as estratégias corporativas de crescimento e diversificação, destacando a verticalização como estratégia alternativa para o crescimento, pois essa é um dos pilares do estudo.

2.3.1 Estratégias corporativas de crescimento e diversificação

As estratégias organizacionais podem ser classificadas em três níveis crescentes, do mais baixo nível gerencial para o mais alto nível respectivamente: as estratégias de nível funcional; estratégias das unidades de negócios ou estratégias competitivas; e estratégias de nível corporativo também denominado de nível empresarial. Segundo Harrison (2005), em nível corporativo compete:

- estabelecer a direção para toda a organização;
- formular a estratégia corporativa;
- selecionar as áreas nas quais a empresa vai concorrer;
- selecionar táticas para diversificação e crescimento;
- administrar recursos e aptidões corporativas.

A questão básica no nível estratégico corporativo é: “[...] em qual setor a empresa deve operar” (WRIGHT; KROLL; PARNELL, 2000, p. 127). A tomada de decisão de produzir ou comprar no mercado pode ser feita pelo cálculo dos custos de transação envolvidos na fabricação de determinado bem ou serviço ou na compra dele, estas definições vão delimitar as fronteiras da organização (BESANKO *et al.*, 2006).

No nível corporativo se faz atribuição de recursos pelos diversos negócios que compõe o portfólio da empresa, e deve ser definido o conjunto de negócios que forma o perfil da organização. Deve-se ter o escopo de atuação da empresa, ou seja, quais são seus negócios, produtos, mercados, e o escopo vertical ou grau de integração na cadeia de valor da indústria. As formas de alcançar os seus objetivos também devem estar traçadas podendo ser por meio de desenvolvimento interno, aquisições e/ou fusões, e alianças estratégicas (TOLEDO; ANSELMO, 2003). Portanto, as estratégias de crescimento são estratégias de nível corporativo.

A matriz de Ansoff produto-mercado nos traz como definir estratégias de crescimento em nível empresarial. Fornece uma maneira simples de criar quatro direções alternativas básicas para o desenvolvimento estratégico. Conforme mostrado na Figura 2, uma organização geralmente começa no quadrante superior esquerdo com seus produtos e mercados já existentes (Quadrante II). No primeiro quadrante é mostrada a adição de características ao produto e o desenvolvimento de novos produtos. O terceiro quadrante refere-se ao desenvolvimento de mercado usando produtos existentes. A empresa pode expandir-se geograficamente ou estender-se

para novos segmentos de mercado ou dar um passo mais radical e mover-se para a diversificação total no quarto quadrante.

Figura 2 - Matriz produto-mercado de Ansoff

Produto	Atual	Novo
Mercado		
Atual	II Penetração de Mercado	I Desenvolvimento de Produto
Novo	III Desenvolvimento de Mercado	IV Diversificação

Fonte: Ansoff (1979, p. 92).

Para Aaker (2007), grande parte das organizações foca o seu crescimento na melhora de seu desempenho, por meio de redução de tamanho, reestruturação, rearranjos e diminuição de custos. Mas na visão do autor, para se alcançar melhor desempenho, deve-se envolver uma ênfase renovada em crescimento. Sendo assim, a forma de estruturar estratégias alternativas de crescimento está baseada, parcialmente, na matriz produto-mercado de Aaker (2007), como pode se observar na Figura 3.

Figura 3 - Estratégias alternativas de crescimento

	Produtos atuais	Novos produtos
Mercados atuais	I. Crescimento em mercados de produtos existentes <ul style="list-style-type: none"> • Aumentar a participação de mercado • Aumentar a utilização do produto • Aumentar a frequência de uso • Revitalizar a marca • Encontrar novas aplicações para os usuários atuais 	II. Desenvolvimento de produto <ul style="list-style-type: none"> • Extensões de linha • Expandir escopo do produto • Desenvolver um produto de nova geração • Desenvolver novos produtos para o mesmo mercado
Novos mercados	III. Desenvolvimento de mercado <ul style="list-style-type: none"> • Expandir-se geograficamente • Visar novos segmentos 	V. Diversificação envolvendo vários produtos e vários mercados <ul style="list-style-type: none"> • Relacionada • Não-relacionada
	IV. Estratégias de integração vertical	

Fonte: Aaker (2007, p. 247).

Pode se observar no primeiro quadrante que a empresa busca aumentar a sua participação em mercados de produtos já existentes. Podem ser realizadas ações para aumentar a participação de mercado e/ou aumentar o uso do produto. No segundo quadrante, o desenvolvimento de produto acontece de diversas formas, como adição de características ao produto, desenvolvimento de produtos de nova geração, e desenvolvimento de vários produtos para o mercado existente (AAKER, 2007).

O terceiro quadrante refere-se ao desenvolvimento de mercado usando produtos existentes. A empresa pode expandir-se geograficamente ou estender-se para novos segmentos de mercado. O quarto quadrante registra as estratégias de integração vertical; estas por sua vez podem acontecer para frente, quando a empresa compra outra, que está à jusante do fluxo do produto, ou para trás, quando a empresa compra outra que está a montante do fluxo da cadeia produtiva.

A integração vertical para frente (direta ou forward), como é considerada por Sutter *et al.* (2012) e Lambin (2000), caracteriza-se pela compra, por parte da organização, de operações e outras empresas que estão inseridas na cadeia de suprimentos logo entre o cliente final e a própria organização. Para Garcez (2006), nesse tipo de integração a organização já transforma diretamente seus produtos intermediários ou já faz a distribuição dos seus produtos.

Na integração vertical para trás (inversa ou backward), de acordo com Sutter *et al.* (2012) e Garcez (2006), a organização busca produzir, ela mesma, os seus insumos, sendo por meio da compra de outras organizações que a suprem de matérias-primas ou serviços ou da participação com ações nessas organizações. Dessa forma, ela adquire algumas operações presentes na cadeia de valor inseridas entre a matéria-prima utilizada e a própria organização, abrangendo nesse cenário seus fornecedores, suprimentos e componentes, entre outros.

Por fim, no quinto quadrante propõe-se a estratégia de diversificação que ocorre quando a empresa diversifica os seus negócios de forma relacionada ou não relacionada. A diversificação será relacionada quando a empresa trabalhar com competências semelhantes no negócio existente e no negócio recém-adquirido. A diversificação será não relacionada quando as competências, para tocar o negócio existente e o adquirido forem distintas (AAKER, 2007).

Aaker (2007) trata as estratégias de crescimento com uma nomenclatura denominada de alternativa e ainda considera que as estratégias somente serão bem-

sucedidas se existir sinergia entre os negócios da empresa, caso o crescimento tenha se dado por diversificação. Ficam definidos cinco tipos de estratégias de crescimento:

- a) crescimento em mercados de produtos existentes;
- b) desenvolvimento de produtos;
- c) desenvolvimento de mercados;
- d) integração vertical;
- e) diversificação em vários produtos e em vários mercados.

O que fica entendido das estratégias de crescimento expostas por Aaker (2007) é que elas podem se desenvolver a partir da compra de uma empresa ou pelo aprofundamento no atual mercado de atuação. Da mesma forma que Aaker (2007), Wright; Kroll e Parnell (2000) consideram as estratégias como alternativas estratégicas no nível empresarial.

As alternativas estratégicas de Wright, Kroll e Parnell (2000) excluem fenômenos organizacionais como a estratégia de concentração e a reestruturação que são consideradas por Harrison (2005) e Hitt, Ireland e Hoskisson (2008) respectivamente.

A estratégia de concentração é geralmente utilizada no início de um empreendimento, quando a empresa se concentra em apenas uma área de negócio (HARRISON, 2005). A reestruturação pode ser organizacional, financeira ou de portfólio. A reestruturação organizacional acontece quando se faz uma modificação significativa na organização do trabalho no nível empresarial. A reestruturação financeira ocorre quando é reduzida a quantidade de dinheiro disponível aos executivos seniores da empresa para que não invistam a riqueza dos acionistas em projetos não lucrativos. A reestruturação de portfólio “refere-se à aquisição ou desinvestimento de unidades de negócios para aumentar o valor da empresa” (WRIGHT; KROLL; PARNELL, 2000, p. 130).

Wright, Kroll e Parnell (2000) afirmam que há oito tipos de estratégia de crescimento que podem ser adotadas por uma empresa:

- a) crescimento interno;
- b) integração horizontal;
- c) diversificação horizontal relacionada;
- d) diversificação horizontal não relacionada (diversificação por conglomerados);
- e) integração vertical de empresas relacionadas;

- f) integração vertical de empresas não relacionadas;
- g) fusões;
- h) alianças estratégicas.

Muitas empresas optam somente pelo crescimento interno, deixando de investir em alternativas de crescimento como a aquisição de outras empresas. Uma empresa pode crescer por meio da integração horizontal adquirindo outra em uma mesma linha de negócios. A diversificação horizontal pode ser classificada em relacionada e não relacionada. Denomina-se diversificação horizontal relacionada quando uma empresa adquire outra de um setor externo ao seu campo de operações atual, mas que está relacionada às suas competências essenciais. Já a diversificação horizontal não relacionada ocorre quando para expandir uma empresa adquire outra empresa de um setor não relacionado (WRIGHT; KROLL; PARNELL, 2000).

A integração vertical de empresas relacionadas consiste na “aquisição de uma empresa com competências essenciais semelhantes ou complementares no canal de distribuição vertical” (WRIGHT; KROLL; PARNELL, 2000). Já a integração vertical de empresas não relacionadas “é feita com possibilidades limitadas de transferência ou partilha de competências essenciais”. As fusões ocorrem quando duas ou mais empresas de porte igual combinam-se em uma empresa só para permuta de ações. E por fim as alianças estratégicas que nada mais são do que parcerias em que duas ou mais empresas realizam um projeto específico ou cooperam em determinada área de negócio, por tempo determinado (WRIGHT; KROLL; PARNELL, 2000).

Wright, Kroll e Parnell (2000, p. 153) apontam que as estratégias de crescimento são estratégias “destinadas a aumentar lucros, vendas e/ou participação de mercado”. Harrison (2005) considera como estratégias básicas de nível corporativo:

- a) concentração;
- b) integração vertical;
- c) diversificação;
- d) reestruturação estratégica;
- e) fusões e aquisições.

A reestruturação de portfólio de Wright, Kroll e Parnell (2000) é a mesma estratégia denominada por Harrison (2005) de reestruturação estratégica, porém para este autor e para Hitt, Ireland e Hoskisson (2008) esta reestruturação é um tipo de Estratégia Corporativa (EC) enquanto para aqueles autores não. Esta escolha

justifica-se porque as EC para Wright, Kroll e Parnell (2000, p. 153) destinam-se “[...] a aumentar lucros, vendas e/ou participação de mercado” enquanto a reestruturação de portfólio objetiva “aumentar o valor da empresa”.

O crescimento das organizações pode atingir um ponto de estagnação ou de um crescimento considerado muito lento, os lucros diminuem e entra em uma situação de crise, ocorre a insatisfação entre seus stakeholders e então se escolhe fazer a reestruturação estratégica (HARRISON, 2005). Essa reestruturação exige modificações significativas nas estratégias, estruturas bem como nos processos de uma organização.

A necessidade de se realizar uma reestruturação pode ser consequência de uma estratégia de aquisição fracassada (HITT; IRELAND; HOSKISSON, 2008). As ECs de concentração, integração vertical e diversificação de Harrison (2005) ainda não foram descritas. A estratégia de concentração é a estratégia de nível corporativo em que a organização está com todos os seus recursos de investimento voltados a uma só área de negócios.

Ainda, segundo Harrison (2005), a estratégia de diversificação frequentemente ocorre na empresa após a EC de concentração e se subdivide também em diversificação relacionada e diversificação não relacionada. A diversificação acontece “quando uma empresa expande suas operações de negócios por meio de novos produtos, funções desempenhadas, mercados e tecnologias”. Denomina-se de diversificação relacionada “quando tem origem em mercados comuns, tecnologias ou produtos e serviços”; e não relacionada quando não é baseada em características em comum entre as atividades de uma corporação (HARRISON, 2005).

Assim como Aaker (2007), Harrison (2005) expõe a mesma visão de diversificação relacionada, acrescentando que as similaridades devem gerar sinergia, isto é, a capacidade de uma organização produzir dois produtos ou serviços relacionados com maior eficiência do que duas organizações cada qual fabricando um produto ou serviço. Há também, no entendimento de Harrison (2005), a estratégia de integração vertical na qual ocorre a “aquisição de uma empresa com competências essenciais semelhantes ou complementares no canal de distribuição vertical”, podendo isto acontecer de duas formas: ser a montante ou a jusante do canal de distribuição. No caso da fusão, esta acontece quando duas organizações se juntam para formar uma única empresa. Já a aquisição, ocorre quando uma empresa adquire outra organização ou o controle das ações de outra empresa (HARRISON, 2005).

Para Harrison (2005), as estratégias de nível corporativo se encontram dentro do grupo das estratégias de nível empresarial, e podem ser classificadas em cinco tipos diferentes:

- a) estratégia de concentração;
- b) crescimento interno;
- c) fusões e aquisições;
- d) integração vertical;
- e) diversificação.

O autor ainda explica o caminho que as estratégias de nível corporativo seguem acompanhando o ciclo de vida da empresa. Partindo do pressuposto de que a empresa adota em seu início a estratégia de concentração, com o decorrer do tempo, ela pode adotar o crescimento interno e continuar concentrada, ou então partir para fusões e aquisições, integração vertical ou diversificação.

Para Costa (2006), estratégias corporativas são mais gerais do que as estratégias competitivas, ultrapassando os limites dos ambientes competitivos específicos, englobando a empresa como um todo. Algumas estratégias corporativas são apresentadas pelo autor, as de maior amplitude são as

- a) estratégias de diversificação;
- b) estratégias de alianças e parcerias;
- c) estratégias de expansão; e
- d) estratégias corporativas genéricas.

De acordo com Costa (2006), estratégia de diversificação é “um processo sistemático de busca de novas oportunidades de atuação para empresa ou entidade, partindo daquilo que ela faz bem hoje”. O autor descreve a diversificação em relacionada, porém não comenta sobre a não relacionada. Para o autor, a diversificação classifica-se em quatro tipos, a saber: horizontal; vertical; diagonal e diversificação ancorada nas competências básicas. Esta classificação dos tipos de diversificação é feita baseada na matriz produto-mercado de Ansoff (1979), também utilizada por Aaker (2007).

Costa (2006) ainda aponta que as alianças estratégicas podem também se classificar em franquias, alianças com clientes, alianças com fornecedores, alianças com concorrentes, consórcios, associações, fusões, incorporações, aquisições, terceirizações e quarteirizações.

A estratégia de expansão tratada por Costa (2006) se refere, por sua vez, a

expansão geográfica ou internacionalização dos negócios. Justifica-se a adoção deste tipo de estratégia porque, segundo o autor, a concorrência está muito acirrada, as barreiras de entrada e de saída de um mercado estão caindo progressivamente, barreiras jurídicas já não são mais intransponíveis e empresas de pequeno e médio porte já conseguem atuar globalmente. É recomendável atuar como se a concorrência fosse internacional e as oportunidades também. Dentro da estratégia de expansão, a empresa pode optar pela expansão geográfica ou pela internacionalização (COSTA, 2006).

Costa (2006) afirma ainda que há estratégias corporativas genéricas, estratégias estas que já foram aplicadas por organizações bem-sucedidas. São elas subdivididas em tratamento ao cliente; ênfase na qualidade; operação em rede; concentração e foco; liquidez e leveza; simplicidade organizacional; novo estilo de líder e de gerente; novo estilo de colaborador; tecnologia da informação e internacionalização.

O que se entende é que Costa (2006) apresenta algumas estratégias corporativas, segundo ele as mais gerais, classificando-as em quatro estratégias distintas. A estratégia de diversificação é subdividida em quatro tipos diferentes. Dentro da estratégia de alianças e parcerias é enquadrada como fusão, incorporação e aquisição. Nas estratégias de expansão sugere-se a geográfica e a de internacionalização. Costa (2006) ainda faz referência sobre as estratégias corporativas genéricas que afirma serem usadas por organizações bem-sucedidas.

De acordo com Hitt, Ireland e Hoskisson (2008), as empresas utilizam as estratégias de nível corporativo para diversificar suas operações de um único negócio, competindo em um mercado específico para vários mercados de produtos e mais comumente vários negócios. A partir da expansão produto/mercado, diz-se que a estratégia de nível corporativo “[...] especifica as ações que uma empresa toma para obter vantagem competitiva, selecionando e administrando um grupo de vários negócios que competem em vários mercados de produtos” (HITT; IRELAND; HOSKISSON, 2008, p. 154).

Para Hitt, Ireland e Hoskisson (2008), a diversificação de produtos é uma forma básica de estratégia de nível corporativo. Outras estratégias exploradas pelos mesmos são as fusões e aquisições e a reestruturação. A fusão é considerada a “[...] estratégia pela qual duas empresas concordam em interagir suas operações de forma relativamente igual” (HITT; IRELAND; HOSKISSON, 2008, p. 183). A aquisição é a

“[...] estratégia pela qual a empresa compra o controle, ou 100% de outra empresa com a intenção de tornar a empresa adquirida uma subsidiária de seu portfólio” (HITT; IRELAND; HOSKISSON, 2008, p. 183), sendo que a aquisição pode ocorrer de forma amigável ou hostil. Comparadas as atividades voltadas ao crescimento interno que uma organização pode empreender; as fusões e as aquisições são notadamente uma forma relativamente rápida de se conseguir crescimento ou diversificação (HARRISON, 2005; HITT; IRELAND; HOSKISSON, 2008).

Hitt, Ireland e Hoskisson (2008) subdividem aquisição em horizontal, vertical, relacionada e internacional. A última estratégia de nível corporativo considerada pelos autores é a estratégia internacional, aquela por meio da qual a empresa vende seus produtos ou serviços fora da esfera de seu mercado local. Estes autores consideram as estratégias internacionais tanto como um tipo de EC como uma forma de aquisição. Ainda apontam que para se internacionalizar uma organização pode realizar alianças estratégicas, aquisições e diversificação. A estratégia internacional no nível corporativo divide-se em três tipos quanto à amplitude geográfica: multilocais, globais e transnacionais. Portanto, para Hitt, Ireland e Hoskisson (2008), as estratégias no nível corporativo são:

- a) diversificação;
- b) fusão e aquisição;
- c) reestruturação e
- d) estratégia internacional.

No presente trabalho, será explorado a estratégia de crescimento denominada integração vertical. Visto que tal estratégia já vem ocorrendo há anos dentro de várias cooperativas de trabalho médico, como alternativa de crescimento e redução de custos assistenciais.

2.3.2 Integração vertical

No século XX, período marcado pela revolução industrial, os métodos de produção deixavam de ter características artesanais para produção em massa, a verticalização se fez um elemento central, a Ford foi um dos principais exemplos. A produção em massa trouxe ganhos significativos na produtividade, seguidos por notáveis reduções nos custos unitários de produção. Os ganhos provenientes da diluição dos custos fixos da indústria decorrente do volume de produção cada vez

mais expressivo, somadas as reduções dos custos variáveis unitários, oriundos das melhorias nos processos de produção, caracterizaram a economia de escala que viabilizou o crescimento das empresas, resultando no surgimento das grandes organizações verticalizadas (PINTO, 2010).

A integração vertical pode ser definida como o agrupamento dos processos produtivos demandados por uma empresa, sendo realizados em sua totalidade ou parcialmente, por ela mesma (Porter, 1986). Quando a organização realiza total ou parcialmente o seu processo produtivo, entende-se que ela se utilizou da estratégia da verticalização (BRITTO, 2002).

Segundo Porter (2005), o termo integração vertical é vinculado às empresas que reúnem uma série de processos relacionados à sua atividade econômica principal, tais como processos de produção, distribuição, vendas, ou outros processos distintos tecnologicamente dentro das fronteiras de uma mesma empresa, ou seja, congregados sob um mesmo comando decisório para fabricação de seus produtos e prestação de serviços (indivíduo, empresa, conglomerado, instituição ou outra forma).

A decisão pela integração vertical ocorre no sentido de utilizar transações internas ou administrativas, com propósitos econômicos, ao invés de utilizar transações de mercado (PORTER, 1986).

Slack *et al.* (1996, 2008) definem a estratégia de integração vertical com base em três pilares: direção de qualquer expansão, amplitude necessária do processo e equilíbrio entre as etapas verticalmente integradas resultantes.

A direção constitui-se na primeira decisão de estratégia de verticalização. Diz respeito à propriedade de fornecimento de suprimentos a montante e a propriedade dos canais de distribuição a jusante. A direção de expansão em qualquer sentido significa uma posição defensiva adotada pela empresa que pode decidir expandir sua integração a montante (para trás ou *upstream*) ao assumir o controle de seus fornecedores na busca da obtenção de vantagens de custo ou na prevenção de que os concorrentes pudessem controlar fornecedores importantes. A integração a jusante (para frente ou *downstream*) torna a empresa próxima de seus mercados e lhe proporciona maior liberdade para entrar em contato com seus consumidores finais.

Após ter sido tomada a decisão de qual será a direção da integração vertical, é preciso definir até que ponto a empresa deseja ser proprietária da rede de operações. A amplitude vem com o sentido de expansão. Esta define o alcance da integração da empresa dentro da cadeia que se reflete no número de nós percorridos de sua posição

original. Essa etapa reflete bem a intensidade do grau de integração, se parcial ou total.

O equilíbrio entre as etapas corresponde ao nível de capacidade de fornecimento de cada etapa na rede à etapa seguinte a que é dedicada. O objetivo de se obter um relacionamento balanceado, no qual uma etapa produz somente para a mais próxima de acordo com suas especificações satisfazendo-a totalmente, é a simplicidade que essas relações proporcionam e a possibilidade de concentração, integração e inovação das etapas seguintes (exclusividade).

Para Slack, Chambers e Robert. (2002), integração vertical pode ser entendida como o grau de extensão de propriedade que a empresa tem da rede da qual faz parte. Esta pode ir desde o primeiro ao último elo da cadeia sobre a qual atua a empresa, sempre agregando o máximo de valor à sua matéria-prima. A integração vertical pode ser vista sob a perspectiva estratégica de uma organização que analisa a conveniência de adquirir fornecedores e/ou clientes. Em nível operacional também pode ser considerada como a escolha de qual(is) componente(s) ou serviço(s) específico(s) será(ão) produzido(s) internamente pela organização.

Grant (2002) também descreve a integração vertical que pode ocorrer em duas direções: integração para trás em que a firma controla a produção de seus inputs, assegurando o fluxo de tempo e qualidade; integração para frente em que a empresa controla seus fluxos de distribuição e existe a possibilidade de melhor organização da produção.

Independente da direção da verticalização para trás ou para frente, há custos e benefícios genéricos para a integração vertical; estes precisam ser considerados em qualquer decisão. Os custos e benefícios podem divergir muito, dependendo da indústria em questão e da situação estratégica da empresa (PORTER, 1986).

A verticalização é muito promissora quando os custos administrativos internos são menores que os custos de transação. Dessa forma, os custos das transações realizadas internamente são menores do que os custos em buscar no mercado externo (BESANKO *et al.*, 2000).

Besanko *et al.* (2000) argumentam que a integração vertical é bem mais atraente quando a capacidade dos especialistas de mercado externo relacionados à empresa para alcançar economias de escala e escopo é limitada, ou seja, quanto maior a escala das atividades de mercado e de produto da empresa; quanto maior a extensão em que os ativos envolvidos na produção forem de relacionamento

específico.

Entende-se, então, que a integração vertical é uma estratégia organizacional na qual a empresa pega para si a função de gerir toda a cadeia produtiva e elimina terceiros. Ela passa a assumir total flexibilidade em suas decisões a respeito de onde e como investir, quanto produzir, como distribuir seus produtos, a qualidade que quer oferecer a seus clientes e ainda se aproxima destes. Além disso, é preciso levar em consideração a análise de custos antes de decidir pela verticalização e os investimentos necessários para o crescimento da organização. Devem ser considerados os problemas estratégicos mais amplos da integração vertical em comparação com os custos das transações de mercado, bem como outros problemas que podem impactar no sucesso da empresa (PORTER, 1986).

No caso de custos assistenciais os valores são pagos aos prestadores de serviços, como por exemplo os hospitais credenciados, referindo-se aos serviços prestados pelos hospitais a operadora. Como não há nenhum compromisso com a gestão dos recursos ou qualidade assistencial essa prestação de serviços pode resultar em utilização adicional ou desnecessária e acarretar aumento de custos o que torna a estratégia de verticalização atraente para as operadoras de planos de saúde (OKANO, 2020).

De acordo com Claudino (2019), nas últimas décadas, devido a intensidade nos últimos anos, empresas do setor de saúde têm procurado por modelos que buscam a integração vertical de suas operações.

Alguns movimentos têm se intensificado no setor sendo eles, empresas prestadoras de serviços médicos, operadoras de planos de saúde que passam a oferecer serviços próprios aos seus beneficiários – incluindo hospitais, laboratórios, clínicas, ambulatórios, etc. (CLAUDINO, 2019).

Fazer a integração vertical na saúde significa manter reunidos sob a mesma organização, diferentes tipos de serviços de saúde como hospitais, clínicas, atendimento domiciliar, centros de reabilitação, centros de cuidados paliativos, centros de educação em saúde e planos de saúde (OKANO, 2020).

Segundo Tissot (2016), existem várias potencialidades na integração vertical para os serviços de saúde, como o aumento do poder de mercado e diminuição de barreiras, qualidade e ampliação assistencial, focalização nas necessidades do beneficiário, disseminação do risco do negócio, redução de atividades e procedimentos desnecessários, economias de escalas e minimização de conflitos. Por

outro lado, pode apresentar desvantagens como a perda de flexibilidade e aumento de custos. Portanto, todos os impactos devem ser analisados, assim como apontam autores seminais.

2.3.3 Tipos de integração vertical

Há duas possibilidades para se integrar verticalmente um processo produtivo: a integração a montante e a integração a jusante, como já mencionado anteriormente. A integração vertical pode ocorrer entre dois ou mais processos contínuos de produção, em que o produto de um processo é insumo para o outro subsequente. O estágio que produz o insumo para o subsequente denomina-se processo de integração para trás ou a montante (*upstream*); aquele que emprega o insumo do processo imediatamente anterior denomina-se processo de integração para frente ou a jusante (*downstream*).

Uma empresa, segundo Perry (1989), pode ser descrita como verticalizada se ela envolve necessariamente dois processos de produção:

- a produção total do processo *upstream* é empregada, parcialmente ou totalmente, como a quantidade de um insumo intermediário dentro do processo *downstream*;
- a quantidade total de um único insumo intermediário que é utilizado em um processo *downstream* é obtida, em parte ou totalmente, da produção do processo *upstream*.

Quando uma empresa faz o movimento de verticalização para trás, ela começa a desempenhar fases ou atividades de seus processos que anteriormente eram realizadas pelos seus fornecedores. A integração a montante ocorre quando a empresa começa a produzir produtos anteriormente adquiridos de fornecedores. A empresa ao se deslocar em direção ao mercado final de seus produtos e passar a cumprir funções previamente desempenhadas por um comprador, tem-se a integração vertical para frente (CARVALHO *et al.*, 1993).

Segundo Lieberman (1991), quando uma empresa busca resguardar-se quanto à certeza de obter insumos para produção e reduzir os custos de transação, ela busca a integração para trás.

Conforme Porter (1986), Grant (2002) e Perry (1989), a integração para frente acontece na direção dos clientes, incrementando a relação da organização com seus

clientes finais e algumas vantagens são verificadas, tais como desenvolvimento de novos produtos, melhor comunicação entre fabricante e consumidor, rapidez de distribuição, entre outros. Porém, importante lembrar que demais vantagens e desvantagens dependem do tipo de negócio da organização e como a integração foi implantada.

De acordo com Freire (2003), em sendo identificada a viabilidade de tais atividades também é possível implantar a estratégia nos seus dois âmbitos.

2.3.4 Graus de integração vertical

A integração vertical pode ocorrer em graus menores ou maiores dentro de uma empresa. O número de estágios em uma cadeia de valores de um produto ou serviço define o grau de integração vertical da organização industrial. Quanto maior o número de estágios, mais verticalizada é a empresa e quanto menor o número, mais desverticalizada.

Para Amato Neto (1995), o conceito de desverticalização ou desintegração vertical está fundamentalmente relacionado a um dos aspectos mais importantes da estratégia das grandes organizações industriais, ou seja, às decisões de fazer ou comprar *make-buy*. Uma empresa com alto grau de integração vertical tende a tornar a organização menos flexível sob todos os aspectos, com estruturas organizacionais maiores, com menor desempenho em mercados competitivos, além de oferecer menos dependência dos fornecedores externos. Um pequeno grau de integração tende a tornar a organização mais flexível, com menores investimentos em capital de giro, com estruturas organizacionais menores, com melhor desempenho em mercados competitivos e, contudo, maior dependência dos fornecedores externos.

Segundo Grant (2002), no que se refere ao grau de integração, a verticalização pode ser total ou parcial (apenas alguns serviços serão controlados pela organização). Para Porter (1996), a escala de graduação da verticalização acontece em três graus de integração: integração total; integração parcial; quase integração. Na integração total, a empresa gerencia, produz e distribui toda a sua cadeia de suprimentos; na integração parcial a empresa produz apenas uma parte de suas necessidades e controla o resto, porém continuará utilizando o mercado para complementar sua cadeia produtiva. O ponto positivo recai em atenuar o desequilíbrio entre as etapas produtivas, continuidade de troca de experiências com os parceiros e consequente

aprendizado operacional e ainda possuir um mercado fornecedor emergencial. A quase integração seria ter os benefícios da integração, sem os custos com investimentos por meio de alianças Inter organizacionais, minimizando o problema de liquidez oriundo do capital investido na integralização total.

Porter argumenta também que as integrações parciais podem ser ditas como integrações reduzidas para frente ou para trás; esse tipo de movimento pode trazer muitos dos benefícios da integração vertical, proporcionando diminuição nos custos. Besanko *et al.* (2000) afirmam que a integração vertical parcial pode ser entendida como uma mistura de integração vertical e transações de mercado. Isso ocorre quando uma empresa produz certa quantidade de insumo e compra o restante de empresas independentes ou quando a venda de parte de seus produtos é realizada por meio de uma equipe de vendas interna e o restante é por meio de representantes independentes.

A parcialização também pode ser vista como uma proteção contra o desequilíbrio entre estágios e faz com que a empresa tenha acesso a atividades externas de pesquisa e desenvolvimento. O grau de parcialidade pode ser ajustado, ou seja, a proporção de produtos adquiridos no mercado pode ser ajustada, isso reflete o nível de risco enfrentado no mercado. A integração parcial pode elevar os custos de coordenação, pois haverá a necessidade de equiparar os produtos produzidos internamente com os produtos produzidos externamente (PORTER, 1986).

A quase integração vertical seria uma alternativa à integração vertical total quando se trata de um cenário de incertezas, situações de alta frequência de ativos e maior especificidade de ativos. A quase integração vertical seria uma relação financeira entre firmas em estágios vizinhos de produção, em que o relacionamento não precisa envolver o controle decisório de produção e distribuição. Optar pela quase integração permite as organizações maior controle gerencial sobre o aspecto das atividades de seus fornecedores ou compradores, sem que haja a necessidade de posse dessas empresas. É possível alcançar as vantagens da integração vertical sem o ônus do investimento e sem ter que assumir os riscos ou a rigidez da propriedade (BLOIS, 1972).

Para Porter (1986), a quase integração vertical também deve ser considerada como uma alternativa à integração vertical total. Para obter ganhos a empresa deve saber identificar se os interesses são o suficiente para ter como parte relevante do

resultado os benefícios da integração, justificando assim a redução de custos ou riscos em relação à integração total. O autor afirma ainda que uma análise de cada custo e de cada benefício da integração vertical se faz imprescindível para avaliar a atratividade da estratégia. Tendo em mente a possibilidade da parcialidade ou da quase integração.

Porter (2004) informa que uma organização pode ter um nível de verticalização maior, caso seja possível observar algumas características. Um dos fatores é verificar se as demais funcionalidades da organização não foram afetadas negativamente, ao passo que o volume dos negócios da organização rentabilize as atividades que foram internalizadas. Outra análise é se as demais funcionalidades já existentes na organização se beneficiem com essa nova atividade internalizada, mesmo que essa atividade, por si só, não seja rentável.

2.3.5 Vantagens e desvantagens da verticalização

O benefício mais comumente relacionado à integração vertical é a realização de economias e/ou contenção de custos. A importância da economia pode variar de empresa para empresa dependendo do setor, da estratégia e de seus pontos fracos e fortes (PORTER, 1986).

No que diz respeito às vantagens da verticalização, Porter (1986) destaca as economias possíveis a serem realizadas por meio da integração vertical, sendo as seguintes

- economias de operações combinadas: a empresa muitas vezes pode ganhar eficiência, ao agrupar operações tecnologicamente distintas;
- economias derivadas do controle e da coordenação interna: os custos de programação, coordenação de operações e de resposta às emergências podem ser menores, caso a empresa seja integrada. O fornecimento de matéria-prima de forma mais equilibrada ou a habilidade de estabilizar as entregas pode resultar em um melhor controle de produção, de entrega e de operações de manutenção. A coordenação interna de mudanças no estilo, de reformulações no produto ou da introdução de novos produtos pode ser mais rápida e, também mais fácil. Essas economias reduzem tempo ocioso, estoque e pessoas em função de controle (PORTER, 1986);
- economias de informação: obtenção de informação com agilidade e

precisão a um custo menor (PORTER, 1986; STERN *et al.*, 1996);

- economias obtidas ao se evitar o mercado: o custo das transações internalizadas não deve ser elevado quanto o custo das operações de compra ou venda realizados no mercado;
- economias pelas relações estáveis: relações de compra e venda estável geram procedimentos mais eficientes.

A integração ainda permite o financiamento de uma parte da empresa rentável em outra menos lucrativa, mas importante no negócio. Com a implantação da verticalização a organização desenvolve-se, a taxa de lucro aumenta e é possível a obtenção de economias de escala e de escopo (PORTER, 1986).

Há ainda outros benefícios potenciais para Porter (1986) como tecnologia; garantir oferta e/ou demanda; eliminar barganha; aumentar habilidade para diferenciação (valor agregado); aumentar barreiras de entrada e mobilidade; entrar em um negócio de alto retorno; defender-se contra fechamento do mercado.

Destacam-se ainda alguns pontos apontados por outros autores sobre os benefícios econômicos da verticalização:

- a) economia de escopo: a produção de bens e serviços em um determinado patamar da cadeia produtiva pode tornar-se mais homogênea e especializada ao se voltar para um único consumidor (KLEIN; CRAWFORD; ALCHIAN, 1978).
- b) economia de integração: a coordenação comum de atividades minimiza o comportamento oportunista que aconteceria entre dois agentes distintos gerando maiores custos de transação. Além de suprimir overheads, a centralização do controle e a integração entre diferentes unidades de negócio podem gerar energias que potencializam a atividade fim da empresa (KLEIN; CRAWFORD; ALCHIAN, 1978).
- c) racionalização de recursos: as atividades de marketing e comerciais podem ser suprimidas se a produção for voltada a um único consumidor, enquanto custos com distribuição podem ser minimizados considerando um ou poucos centros consumidores do bem-produzido (MPOYI, 2003).

Além dos benefícios econômicos, têm-se também os benefícios competitivos proporcionados pela verticalização, tais como

- a) criação de barreiras de entrada para novos competidores: a empresa aumenta o preço de seu input e diminui o preço de seu output como forma

- de criar barreira de entrada a competidores (JOSKOW, 1985);
- b) proteção de propriedade intelectual na produção de insumos ou produtos intermediários (ARGYRES, 1996);
 - c) habilidade em estimar variações de demanda, direcionando a produção do bem intermediário, diminuindo assim os riscos associados às oscilações de mercado (HARRIGAN, 2003);
 - d) maior inteligência sobre o cliente final permitindo adaptações mais rápidas sobre as novas tendências de consumo (HARRIGAN, 2003);
 - e) auditoria e alocações de recursos: realização de auditorias facilitadas em busca de padrões de qualidade homogêneos e informações que fazem com que se possa alocar pessoal mais efetivamente entre as diferentes divisões do negócio (MAHONEY, 1992);
 - f) motivação: seleção, treinamento e socialização para minimizar as divergências entre pessoas e colaboradores no intuito de convergir os objetivos (EISENHARDT, 1985).

Apesar das vantagens apresentadas até aqui, tem-se também algumas desvantagens na estratégia de verticalização. Poter (1985) salienta alguns custos com a integração vertical, tais como a mobilidade, uma vez que a verticalização necessita de escala, financiamento e geralmente altos investimentos, aumento da quantidade de ativos específicos e dos custos fixos da organização. Além disso, as flutuações ocorridas em uma etapa da cadeia são transmitidas para todas as outras em efeito cascata. A integração vertical eleva a alavancagem da empresa e aumenta o risco do negócio.

A empresa obriga-se muitas vezes a investir em atividades que possuem baixo retorno e em desenvolvimento tecnológico, já que o acesso às pesquisas dos fornecedores e distribuidores torna-se restrito. Outro problema se dá com a inflexibilidade da empresa, além da lentidão para responder às mudanças do mercado.

Batalha (2001) também aponta que integração vertical implica em grande investimento na aquisição de firmas ou construção de setores internos, para suprir toda necessidade produtiva da organização, podendo comprometer o investimento com a atividade principal da empresa. Os riscos também aumentam uma vez que a organização irá desenvolver uma atividade que até então não possui *know how*.

Harrigan (1985) afirma que as principais desvantagens da integração vertical são o aumento do custo gerencial em coordenar diversos estágios do ciclo produtivo,

excesso de capacidade instalada, subutilização de recursos, obsolescência tecnológica, baixa flexibilidade estratégica, aumento de barreiras de saída, baixa performance das unidades de negócio, falta de informação e feedback dos fornecedores e distribuidores.

Ainda no entendimento de Harrigan (1985), as desvantagens também estão diretamente relacionadas ao custo que a operação recém-incorporada naturalmente demanda. Quanto maior o número de atividades gerenciadas por uma organização, maiores serão as despesas administrativas e operacionais desta. Destacam-se alta despesa com a gerência das atividades, infraestrutura excessiva, falta de sinergia entre as atividades (novas e velhas), falta de inovação nos processos da cadeia produtiva, perda de acesso de informações do mercado e falta de planejamento na execução da cadeia produtiva.

Há vantagens e desvantagens relacionadas à estratégia de verticalização é preciso realizar uma análise detalhada para qualquer tomada de decisão. Depende do setor que a empresa está inserida, da estratégia, dos pontos fracos e fortes, dos custos para o investimento e da relevância dos resultados que podem ser auferidos.

O interesse de estudo sobre essa estratégia de verticalização se dá pelo posicionamento estratégico das operadoras de planos de saúde, no caso as Unimed, que buscam investir na aquisição de recursos próprios para conseguir reduzir custos assistenciais, qualificar seus serviços, diferenciar-se no mercado e melhorar continuamente visando atingir nível de excelência em assistência à saúde.

2.3.6 Condicionantes e fatores motivacionais para a estratégia de verticalização

A verticalização pode ser definida quanto a aspectos de direção, equilíbrio e de amplitude entre as etapas (HAYES *et al.*, 2008; SALLES; OLIVEIRA, 2011). A decisão de integrar verticalmente é inerente a esses aspectos e deve ser fundamentada na realidade da empresa, quais os recursos necessários e o mercado onde ela está inserida.

Essas realidades são traduzidas por meio de fatores que determinam quais as operações serão realizadas internamente, e até se é realmente viável integrar verticalmente alguma operação que não seja aquela que representa a competência principal da organização. Torna-se necessário analisar todo o contexto antes de investir nesse tipo de estratégia de crescimento. Portanto, conhecer os benefícios e

malefícios decorrentes da verticalização e entender se é mais ou menos vantajoso.

A análise a ser realizada pelas organizações e os métodos utilizados para a aplicação dessa estratégia devem levar em consideração os riscos calculados com o intuito de buscar assertividade e atingir os objetivos das empresas. Para isso, é necessário refletir sobre algumas variáveis, aspectos e condicionantes para implantação da verticalização.

Barros (2012) destaca alguns fatores a serem verificados na fase de decisão de verticalização:

- tamanho da organização;
- posicionamento geográfico e área de atuação da organização;
- número e quantidade de tipos de empresas na área onde a organização se localiza;
- grau de competitividade dessa empresa; esforços para a obtenção de capital
- e as pessoas envolvidas no processo;
- recursos tecnológicos existentes.

Segundo Salles e Oliveira (2011), as empresas devem decidir por verticalizar de acordo com os seguintes condicionantes:

- a) quando há capacitação e recursos suficientes para construir os ativos necessários;
- b) quando há tempo suficiente para construir os ativos necessários;
- c) quando se está operando em mercados cujas informações críticas sobre necessidades de projeto ou produção tendem a serem tácitas ou peculiares;
- d) quando se está operando em mercados cujo produto é uma commodity e a empresa deseja modernizar sua produção, optando por verticalizar o fornecimento dos insumos;
- e) quando a conjuntura econômica for favorável;
- f) quando os custos de distribuição por terceiros forem mais alto do que se essa operação fosse realizada internamente;
- g) quando determinado mercado se encontra em expansão;
- h) quando, a montante, na cadeia de suprimentos, há monopólio no fornecimento de insumos;

- i) quando não houver fornecedores e/ou distribuidores eficientes e/ou confiáveis o suficiente;
- j) quando clientes e/ou fornecedores possuem alto poder de barganha;
- k) quando se deseja apropriar dos lucros advindos do fornecimento de um componente ou insumo que é um ativo específico lucrativo;
- l) quando se deseja alto nível de especificidade de ativos e não há quem os forneça;
- m) quando se deseja estar mais próximo do cliente;
- n) quando se deseja suprir as necessidades do negócio principal;
- o) quando o volume de produção for suficiente para garantir economias de escala;
- p) quando se deseja obter aprofundamento maior, na tecnologia de fabricação e/ou no conhecimento de como funcionam determinados componentes; se o estágio de produção onde a empresa estiver operando apresentar retornos sobre os investimentos maiores que os custos de oportunidade de capital;
- q) se as barreiras de mobilidade, como tecnologias patenteadas, obtenção de fontes de matérias-primas, economias de escala, e exigências de capital, não onerarem a empresa.

Mahoney (1992) dispõe os principais motivos que levam à integração vertical em quatro grupos principais: considerações sobre os custos de transação; exposições estratégicas; vantagens de preço em outputs ou inputs; e incertezas de preço dos inputs ou custos dos outputs.

O autor expõe que na alavancagem estratégica, para que haja sucesso na integração, deve ser realizado um planejamento sobre a aquisição e uma definição clara sobre quais os pontos de onde se espera obter essa alavancagem e como ela será obtida. Os fatores fundamentais de sucesso são considerados como os aspectos da integração, definidos como necessários e suficientes para o sucesso, assim a aquisição pode corresponder às expectativas do processo. O último elemento é o ritmo de integração, que compreende qual é o envolvimento necessário de integração entre a organização que adquire e a organização que é adquirida, além de qual o ritmo que essa integração deve seguir (MAHONEY, 1992).

Um dos primeiros passos a serem verificados em uma verticalização é identificar quais são as funcionalidades e atividades estratégicas e as não

estratégicas dentro da cadeia de operações da organização. Aquelas atividades que são consideradas determinantes em relação ao sucesso do negócio devem ser tratadas como estratégicas e, assim, internalizadas. Já as demais atividades, não determinantes para o sucesso, devem ser analisadas para definir quais as vantagens e desvantagens de uma possível internalização, não sendo necessário internalizar de imediato (FREIRE, 2003).

Stern (1996) e os outros autores também argumentam que a integração vertical pode ser uma estratégia interessante em algumas situações:

- a) quantidade pequena de terceiros e ainda a qualidade e o desempenho insatisfatórios destes;
- b) relação entre o custo e benefício desfavorável com a substituição dos parceiros;
- c) fabricação de um produto exclusivo e diferenciado;
- d) volatilidade mercadológica;
- e) dificuldade em mensurar e monitorar as atividades dos parceiros na cadeia produtiva;
- f) operações que requer baixo grau de especialidade.

Neves (1995) também identifica algumas razões para a verticalização:

- a) desacertos mercadológicos ou terceirizações que elevam os custos de transação, isto é, quanto mais uma organização recorre a terceiros na execução de sua cadeia produtiva, maior será seu custo de transação;
- b) dependência tecnológica de terceiros na cadeia produtiva;
- c) desejo de monopolizar um mercado ou um segmento.

Slack *et al.* (2002) relatam que o processo de integração vertical geralmente considera decisões baseadas em custos, análise de viabilidade e margens de retorno.

Alguns motivos para a verticalização são relacionados por Kon (1994), considerando a origem técnica e econômica:

- a) garantir a disponibilidade e o volume necessários de insumo para produção desenhada;
- b) deixar de barganhar preços de matérias-primas necessárias na cadeia produtiva;
- c) diminuir custos com estocagem de matérias-primas;
- d) retirar do custo total de produção a parte dos atravessadores, sejam eles

fornecedores de insumos ou prestadores de serviços;

e) obter controle total do mercado, seja dos insumos até os consumidores.

Vasconcellos (2002) cita algumas razões que uma empresa busca a estratégia de verticalização:

- a) redução dos custos de coordenação, processo e distribuição;
- b) venda direta para o consumidor, estreitando seu relacionamento com o usuário final;
- c) necessidade em manter sigilo empresarial sobre suas expertises, que a diferem no mercado e a fazem única.

Salles e Oliveira 2011 descrevem os seguintes condicionantes desfavoráveis para a verticalização:

- a) quando não há capacitação, nem recursos, nem tempo para a construção dos ativos necessários;
- b) quando a conjuntura econômica for desfavorável;
- c) quando os custos de distribuição forem menores;
- d) se houver uma retração significativa no mercado e com isso os preços dos insumos e matérias-primas se tornarem acessíveis se comprados de fornecedores externos;
- e) quando houver um equilíbrio de forças nas negociações com fornecedores e distribuidores;
- f) quando há muitos fornecedores, que teoricamente possuem melhores eficiências em custos e maiores economias de escala;
- g) se o estágio de produção onde a empresa estiver operando apresentar retornos sobre os investimentos menores que os custos de oportunidade de capital;
- h) se as barreiras de mobilidade, como tecnologias patenteadas, obtenção de fontes de matérias-primas, economias de escala, e exigências de capital, onerarem a empresa;
- i) quando empresas diferentes podem compartilhar uma informação requisitada rapidamente;
- j) quando há grandes possibilidades de especialização e foco nas competências centrais da empresa;

Em resumo, antes de a empresa escolher pela verticalização como uma

estratégia de crescimento é necessário avaliar a viabilidade dessa opção. Todo contexto deve ser analisado, os principais riscos, verificar todas as condições, quais os pontos favoráveis e desfavoráveis para entender quando realmente verticalizar.

Após o entendimento sobre o conceito de verticalização como estratégia apresentado até aqui, no tópico a seguir foi abordado o constructo de valor e percepção de valor para embasar a análise no que diz respeito a percepção do médico cooperado a estratégia da cooperativa.

2.4 VALOR

Neste tópico serão analisados o valor e a percepção de valor, visto que a dissertação trata da percepção de valor do médico cooperado em relação à estratégia de crescimento da Unimed Paranaíba, por meio da ampliação do Hospital Unimed.

A palavra valor significa apreço e estimação por algo ou alguém de forma geral. O filósofo Aristóteles (século IV a.C.) foi o primeiro a conceituar o tema valor. Fazendo tal definição a partir de dois constructos: o valor de uso e o valor de troca. O primeiro constructo refere-se às características específicas e utilitárias associadas a um determinado bem ou produto; o segundo corresponde à diferença entre os benefícios adquiridos e os sacrifícios monetários e não monetários despendidos para essa aquisição. Posteriormente, essa descrição foi admitida também pela economia clássica. Sendo explorado por economistas, como Adam Smith e David Ricardo, foi sistematizada em 1867, por meio da obra “o capital de Karl Marx” (VARGO *et al.*, 2008).

Sustentado por diversas escolas do pensamento econômico, existe a teoria objetiva do valor amparada pelos clássicos da economia e a teoria subjetiva do valor sustentada pelos neoclássicos.

No tocante aos clássicos destacam os seguintes autores: Smith (1776), Say (1803), Ricardo (1817), Mill (1848) citado por Marx (1990). De acordo com essa corrente o constructo de valor se dá em dois aspectos: o valor de uso e o valor de troca considerando a quantidade de trabalho necessária para comprar (VIVAS AGUERO, 1996).

De acordo com Nori *et al.* (2019), os neoclássicos, de maneira geral, dizem que valor é um conceito subjetivo e abstrato a respeito da importância que os bens têm para com os indivíduos e, desse modo, o valor de troca de um bem depende

da utilidade marginal do bem que, por sua vez, sustenta-se na sua utilidade e escassez, sendo que o trabalho necessário para elaborar um bem não é decisivo na determinação de seu valor.

Ainda segundo Nori *et al.* (2019), neoclássicos destacados apontam que o valor de troca expressa unicamente uma relação entre as quantidades dos bens trocados e que essa relação será correspondente ao grau final de utilidade dos bens disponíveis para o consumo. Considera que só os bens econômicos têm valor e que existem bens não econômicos que não possuem valor. Indica que quando um bem tem várias possibilidades de consumo final, seu valor é fixado por aqueles que lhe dão maior utilidade marginal, que é sacrificado para poder elaborar este bem. Desse modo em curto prazo a procura determina o valor e, em longo prazo, são os custos de produção, e que no caso das matérias-primas seu valor é derivado do produto final em que eles participam. Entende-se que o valor de troca de um bem é função de sua utilidade marginal correspondente, e que este valor de troca deve ser fixado num nível em que se igualem utilidade e dificuldade para produzi-lo (NORI *et al.*, 2019).

Além das escolas do pensamento econômico, outras áreas também exploraram o termo valor, tais como a psicologia, a sociologia e o marketing, e mais tarde foi adotado na literatura da administração estratégica. Nessa última o conceito de valor passou a ser buscado para explicar a obtenção da vantagem competitiva pelas empresas. A vantagem competitiva surge fundamentalmente do valor que uma empresa consegue criar para seus compradores e que ultrapassa o custo de fabricação pela empresa (PORTER, 1985).

Para Barney (1991), uma empresa possui vantagem competitiva quando ela implementa uma estratégia de criação de valor que não pode ser simultaneamente implementada por qualquer outro competidor concorrente ou em potencial.

As duas definições de vantagens competitivas têm sua origem em correntes diferentes: a primeira proveniente da economia industrial de Bain, Caves e Mason, conhecida como análise do posicionamento estratégico (APE), explorada por Porter (1985) que definiu valor como a quantia paga pelos consumidores por aquilo que a empresa tem a oferecer; e a segunda emergente da economia organizacional de, denominada VBR por Barney (1991), que classifica valor como uma característica do recurso da firma.

Há dificuldades em apontar um consenso sobre valor; esse debate remonta desde os economistas clássicos e neoclássicos. O que se pode afirmar é que o valor

tanto está relacionado com dimensões ao mesmo tempo internas e externas à organização, pois satisfaz as necessidades dos consumidores em termos de produtos e serviços, quanto está relacionado ao modo como a firma concebe e operacionaliza suas estratégias.

Para Prahalad e Ramaswamy (2004, p.169), na linha epistemológica de marketing, o “[...] valor está associado às experiências; os produtos e serviços facilitam experiências individuais e experiências medidas pela comunidade”. Desse modo, e de maneira ampla, Kaplan e Norton (1997) expõem o valor como um construto composto pela funcionalidade, preço e qualidade que um produto assume para o consumidor, somados à imagem e ao relacionamento que a empresa possui com ele.

Na literatura da administração estratégica, Bowman e Ambrosini (2000, p. 3) definem valor de uso:

[...] refere-se às qualidades específicas de um produto percebido pelos clientes em relação às suas necessidades. Assim, julgamentos sobre valor de uso são subjetivos, eles pertencem ao consumidor individual. Fica entendido que valor de uso é percebido pelo cliente.

O valor de troca, por sua vez, “[...] refere-se ao preço. É o montante monetário realizado em um ponto específico no tempo quando a troca de bens é concretizada” (BOWMAN; AMBROSINI, 2000, p. 2).

Para explicar as implicações teóricas destes conceitos de valor, tem-se atribuído outros dois aspectos distintos sobre valor: a criação de valor e a captura de valor. O valor criado consiste na aquisição de um input com determinando valor de uso que resultará em um output com um novo valor de uso superior ao primeiro (BOWMAN; AMBROSINI, 2000). A criação de valor pode ser resultado do trabalho humano (MARX 1867 apud 1990), do trabalho empreendedor (BOWMAN; AMBROSINI, 2000), do conhecimento (COFF, 2010), de recursos (BARNEY, 1991) ou de atividades distintivas da firma (PORTER, 1985, 1996).

Uma empresa cria valor para os compradores se seus produtos ou serviços fornecem maior valor de uso do que os custos de oportunidade incorridos para criar respectivo produto ou serviço (FISCHER; SOJER, 2015), de maneira a ter sustentabilidade econômica para a continuação das atividades. Quanto mais valor uma empresa consegue criar aos seus compradores, maior seria a possibilidade de vender mais unidades de um produto/serviço ou mesmo demandar um preço maior do que seus competidores, o que pode lhe permitir explorar por mais tempo suas

vantagens competitivas perante seus concorrentes (NEWBERT, 2008).

Brandenburger e Stuart (1996) afirmam que a criação de valor não está limitada ao lucro da empresa focal, ela se estende aos participantes da cadeia – empresas, seus fornecedores e clientes. A criação de valor ocorre por meio dos relacionamentos entre os envolvidos. Os autores abordam quatro estratégias que podem ser implantadas pelas empresas para criarem mais valor:

- aumentar a disposição a pagar dos compradores;
- diminuir o custo de oportunidade dos fornecedores;
- diminuir a disposição a pagar dos compradores dos concorrentes e
- aumentar o custo de oportunidade dos fornecedores dos concorrentes.

A criação de valor é a capacidade da empresa de satisfazer as necessidades de seu comprador. No atual cenário, de comunicações e reações instantâneas, o mercado passa por transformações constantes e as vantagens competitivas passam a ser transitórias, ou seja, continuamente é preciso buscar novas formas de criar valor (D'AVENI *et al.*, 2010a; McGRATH, 2013).

Além da criação de valor, existe ainda outro aspecto importante, a captura de valor, entende-se que essa existe em decorrência da dificuldade que a firma que criou o valor enfrenta para reter o valor criado total. Como há co-criação, há compartilhamento de valor e, frequentemente, apenas uma parte do total de valor criado é retida pela firma criadora. A outra parte, a não retida, é o 'desvio de valor', distribuído a diversas partes interessadas como fornecedores, empregados e parceiros (LEPAK *et al.*, 2007, p. 187). O montante de valor capturado depende do poder de barganha do retentor de valor e, segundo os mesmos Lepak *et al.* (2007), esse poder é determinado pela competição (forças de mercado) e por mecanismos de criação de barreiras à imitação do valor.

Pitelis (2009) sugere quatro determinantes para a captura de valor: as barreiras de entrada de Bain (1956); as estratégias genéricas de Porter (1980); a eficiência gerada por estratégias de integração, cooperação e diversificação e os recursos e capacidades internas da firma que são difíceis de imitar (ITO *et al.*, 2012).

A captura de valor é consumada no retorno ao acionista da empresa. Sendo assim, o valor capturado pela empresa seria o lucro gerado para os acionistas, ainda que a relação de barganha entre os diversos stakeholders influencie no valor final capturado (BOWMAN; AMBROSINI, 2001).

Quanto mais valor uma empresa é capaz de capturar em face de seus

concorrentes, clientes, fornecedores e outras partes, maior seu potencial de obter vantagens competitivas inéditas que facilitem a redução de custos, a exploração de oportunidades de mercado e/ou a neutralização de novas ameaças competitivas, perpetuando um ciclo virtuoso (NEWBERT, 2008).

A relação entre criação de valor e captura de valor nem sempre é simples. A busca por criar mais valor ao comprador pode exigir mais investimentos em pesquisa e desenvolvimento e em melhoria de serviços e níveis de atendimento, o que pode comprometer a capacidade de a empresa capturar valor para seus acionistas (MIZIK; JACOBSON, 2003). Os conflitos geralmente ocorrem na decisão de enxugar a operação para manter a rentabilidade e investir mais para retomar o crescimento e/ou criar valor.

Neste estudo o foco se dá em uma cooperativa de trabalho médico. As cooperativas são organizações diferentes das empresas com objetivo de lucro; o objetivo principal é possibilitar condições de trabalho para os seus membros e não objetivos econômicos de lucro ou receita. A distribuição de benefícios se dá pela proporção de trabalho e não pela proporção de capital. A cooperativa estudada tem como objetivo em seu plano estratégico gerar valor para o cooperado e cliente que contrata o plano por meio da operadora de plano de saúde. Por isso, o interesse em conceituar valor e transpor o constructo para organizações cooperativas na percepção do cooperado.

Para o cooperado médico, o valor gerado pela estratégia de verticalização pode estar associado à disponibilidade de local para trabalhar, o acesso à carteira, a utilidade dos recursos próprios para atender suas necessidades econômicas individuais. Nas sociedades cooperativas, o cooperado assume ao mesmo tempo as funções de fornecedor de serviços, usuário/cliente da empresa e seu proprietário ou gestor. O cooperado ao exercer diversos papéis toma decisões de acordo com a satisfação de suas necessidades e percepções. Trata-se mais do valor pelo uso, do valor gerado pela estratégia da Unimed Paranaíba.

Em seguida foi abordado o conceito de percepção de valor, pois dá subsídios para o entendimento da influência da estratégia de verticalização e ampliação do hospital próprio na percepção de valor do cooperado, em relação à Unimed de Paranaíba.

2.4.1 Percepção de valor

O conceito de valor percebido pode variar bastante entre os mais diversos autores em diferentes áreas, mas de maneira geral convergem ao associar o valor percebido pelo cliente ao uso do produto ou do serviço, à sua percepção como determinante de seu comportamento e a relação de troca do custo por benefício.

Kotler (1998) indica que uma oferta de marketing para o mercado tem valor agregado entregue ao consumidor, resultado da diferença entre o valor total esperado (conjunto de benefícios) e o custo total para o consumidor, e que pode ser interpretado como o lucro do consumidor na transação de troca. Assim, o valor percebido é o valor atribuído pelos clientes ao produto ou serviço, baseado na relação entre os benefícios que este trará, segundo a ótica do consumidor, e os custos percebidos para sua aquisição, comparativamente à concorrência.

Para Zeithaml (1988), o valor percebido é a avaliação total do consumidor sobre a utilidade de um produto, baseada em percepções do que é recebido (benefícios tais como quantidade, qualidade e outras conveniências) e do que é dado (sacrifícios compostos pelo preço monetário a ser pago e por custos não monetários como tempo, esforço físico e cognitivo associados aos riscos com a compra ou consumo). Os compradores também podem definir valor como sendo preço baixo; valor como aquilo que se busca em um produto ou serviço e os atributos qualitativos e quantitativos importantes.

O valor percebido é considerado um fator chave para a conquista do consumidor em um cenário altamente competitivo, sendo muito importante para o sucesso das organizações (PARASURAMAN, 1997).

Woodruff (1997) adota o conceito de valor do cliente como sendo a percepção do cliente sobre as preferências e as avaliações dos atributos do produto, do desempenho desses atributos e das consequências originadas pelo uso. Os clientes enxergam o produto como um conjunto de atributos e desempenhos desses atributos; quando compram e usam o produto, desenvolvem preferências e desejos por certos atributos, que lhes proporcionam as consequências desejadas nas situações de uso (conceito de valor em uso), atendendo seus objetivos e geram satisfação com o valor recebido.

Para Anderson e Narus (1999), numa análise que foca o mercado industrial, o valor é a importância em termos monetários dos benefícios (técnicos, econômicos, de serviços e sociais) que uma empresa recebe em troca do preço pago por uma oferta

de marketing, em um dado contexto. Considerando que existe uma alternativa competitiva a uma dada oferta de marketing (por exemplo: fabricar internamente o produto ao invés de comprá-lo), os autores resumem a essência do conceito em uma equação do valor:

$$(Valor\ oferta - preço\ oferta) > (Valor\ alternativa - preço\ alternativa)$$

O cliente deve perceber um efetivo diferencial de benefícios superior na oferta (em relação à melhor alternativa concorrente) para optar por ela. Em que se comparam valor e preço da oferta de mercado com valor e preço da próxima melhor alternativa.

O valor percebido é considerado um fator chave para a conquista do consumidor em um cenário altamente competitivo, sendo muito importante para o sucesso das organizações (PARASURAMAN, 1997). Agregado a isso, Bajs (20015) argumenta que as empresas podem obter vantagem competitiva ao oferecer valor superior aos seus clientes em comparação com a concorrência. Cada empresa deve identificar a forma como o cliente percebe o valor de suas ofertas no mercado, e quais fatores determinam o valor percebido (GALE, 1996; CHENG, 2011). A análise destes fatores pode fornecer orientações sobre a forma de como melhorar as ofertas existentes, o que, por sua vez, pode levar ao maior valor percebido pelos consumidores (BAJS, 2015).

Rust, Lemon e Zeithaml (2006) defendem que o valor é a base para o relacionamento de uma empresa com os seus clientes ou consumidores, pois se eles não perceberem valor na oferta da empresa, pouco efeito terão as estratégias de marketing e as estratégias voltadas à construção de relacionamentos duradouros entre as partes, o que poderia repercutir positivamente na retenção e, até mesmo, na lealdade dos clientes. Aliás, ainda segundo os autores, mencionam que os clientes podem permanecer retidos ou leais a uma empresa se perceberem que estão recebendo maior valor do que receberiam de uma empresa concorrente.

Na presente dissertação a percepção de valor do cooperado foi abordada para analisar como a estratégia de verticalização influencia em tal percepção de valor. Por isso a importância de se fazer o recorte conceitual a respeito do constructo de valor e percepção de valor. A percepção de valor para o médico cooperado é mais complexa, porque ele é cliente, usuário, proprietário da cooperativa, e ainda pode ser também proprietário de outros serviços que são prestadores de serviços para a cooperativa de trabalho médico. Investir em recursos próprios pode não gerar o valor esperado pela

cooperativa para o cliente cooperado, pois vai depender dos interesses mais relevantes economicamente para o médico.

Neste estudo, o foco é o valor percebido pelo cooperado de acordo com a estratégia, repercutindo positivamente ou negativamente, interferindo na ampliação do Hospital Unimed como um fator chave, qual a avaliação feita pelo cooperado e as consequências que ele entende como geradas pela ampliação.

3 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

Na terceira seção será descrito o método utilizado neste trabalho dadas as constatações da base teórica fundamentada pela literatura especializada sobre os conceitos de estratégia, verticalização, valor, percepção de valor. Partindo de um elemento principal, verifica-se a alternativa adotada pela Unimed de Paranavaí que influencia a percepção de valor dos cooperados no que se refere à melhoria na qualidade dos serviços e na diminuição dos custos nos referidos atendimentos, quanto à verticalização para a ampliação do atendimento de maior complexidade hospitalar. A especificação do problema de pesquisa apresenta a pergunta que direcionou o trabalho de campo e o delineamento pauta-se no detalhamento da estrutura de investigação dessa dissertação.

3.1 ESPECIFICAÇÃO DO PROBLEMA E PERGUNTA DE PESQUISA

Para facilitar, serão repetidos o problema e os objetivos de pesquisa. A verticalização das cooperativas de trabalho médico no Brasil e no estado do Paraná tem sido uma possibilidade para ampliação dos serviços assistenciais, bem como para redução de custos assistenciais, associada à manutenção ou melhoria da qualidade nos atendimentos. Além disso, a cooperativa preza por gerar valor aos médicos cooperados e beneficiários. Diante desse contexto, é essencial que seja levantada a questão quanto à percepção do médico cooperado em relação ao exposto. Pois, se a percepção do cooperado for positiva, a contribuição para a ampliação do hospital e a melhoria da qualidade no atendimento será um resultado garantido. Se essa percepção, ao contrário, for negativa, as possibilidades de eficiência dessa ação ficam comprometidas e toda a estratégia de verticalização deixa de ser uma ação viável com previsão de bons resultados.

O problema de pesquisa do presente estudo foi verificar se a alternativa de verticalização adotada pela Unimed de Paranavaí influencia a percepção de valor dos cooperados no que se refere à ampliação e ao aumento da complexidade do Hospital Unimed de Paranavaí.

3.2 DELINEAMENTO DA PESQUISA

Conforme aponta Yin (2015), o delineamento de uma pesquisa é a descrição do plano geral para a apuração de um determinado fenômeno. O plano de estudo que caracteriza esta dissertação propôs os seguintes elementos para apresentar a estrutura de investigação que foi utilizada ao longo do desenvolvimento deste trabalho: (1) finalidade; (2) método de pesquisa; (3) definição das categorias; (4) unidade de análise; (5) dimensão temporal; (6) fontes de evidência; (7) visão geral do estudo de caso; (8) participantes da pesquisa; (9) coleta de dados e (10) tratamento e análise de dados da pesquisa.

Optou-se pelo caminho da abordagem qualitativa. Esta forma de análise se mostra adequada para a análise dos fenômenos em seus cenários naturais, de modo que os elementos em estudo possam ser interpretados à luz dos significados que os atores a eles conferem (DENZIN; LINCOLN, 2006).

O presente estudo foi realizado então em uma Cooperativa de Trabalho Médico, denominada Unimed de Paranavaí. Classificada de médio porte, com carteira de aproximadamente 23 mil vidas; possui Centro de Oncologia, Unidades de Atenção Primária à Saúde, Espaço Viver Bem (Prevenção e Promoção à Saúde), Serviço de Atenção Domiciliar, Remoção Terrestre e Hospital Próprio.

No caso do Hospital, classificado como de pequeno porte e baixa complexidade, pretende-se ampliar o número de leitos e aumentar a complexidade e resolutividade do serviço, por meio da abertura de uma Unidade de Terapia Intensiva e novas salas cirúrgicas. Porém, a desejada ampliação do hospital de 31 leitos para 70 leitos é um projeto muito discutido entre os cooperados, ainda um pouco distante de concretizar-se, embora faça parte do planejamento estratégico da cooperativa, sendo então a percepção do valor ao cooperado objetivo desse trabalho.

3.2.1 Finalidade

O presente estudo é de natureza aplicada, sua abordagem é qualitativa e seus objetivos são de ordem descritiva. Desse modo a estratégia de pesquisa escolhida foi o estudo de caso único.

A finalidade da presente dissertação é verificar se a alternativa adotada pela Unimed de Paranavaí influencia a percepção de valor dos cooperados no que se

refere à melhoria na qualidade dos serviços e na diminuição dos custos nos referidos atendimentos, quanto à verticalização para a ampliação do atendimento de maior complexidade hospitalar.

Os objetivos específicos são:

- a) verificar se os cooperados identificam as ações e decisões tomadas pela Unimed de Paranaíba como parte da estratégia de verticalização;
- b) identificar qual o entendimento dos cooperados quanto à estratégia de verticalização, no que se refere ao desenvolvimento de suas atividades como cooperado e das atividades da cooperativa como um todo;
- c) identificar se para o cooperado, verticalizar serviços de maior complexidade hospitalar, por meio da ampliação do hospital próprio, gera valor e de que forma essa percepção de valor influencia na ampliação do hospital.

3.2.2 Método de pesquisa

É essencial a adoção de uma estratégia de pesquisa que possibilite a investigação apurada e a análise de dados coletados, a fim de que o estudo tenha sua validade comprovada. O método de pesquisa deve estar adequado à proposta de estudo. Como estratégia de pesquisa optou-se pelo estudo de caso.

Portanto, no caso dessa dissertação que teve por objeto questões subjetivas, fenômenos abstratos, já que investigou a percepção dos médicos cooperados em relação à estratégia em foco, fez-se necessária a seleção de uma técnica de estudo de dados que possibilitasse a interpretação das respostas apresentadas pelos médicos em suas entrevistas, ou seja, de acordo com Bardin (1977), a análise de conteúdo, verificação das comunicações, da expressão do pensamento do entrevistado, de forma a não se perder na heterogeneidade do contexto que envolve diversas situações, como médico cooperado exclusivo do corpo clínico do Hospital Unimed e, médico cooperado que atua em outros locais da rede assistencial, médicos proprietários de prestadores credenciados. Ou ainda, nas especialidades atendidas, por exemplo.

A técnica selecionada para analisar os dados, análise de conteúdo, possibilita procedimentos sistemáticos, sinaliza os objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, ao evidenciar indicadores e conhecimentos relativos às condições de

variáveis que influenciam o conteúdo das respostas.

Assim, a partir da definição de categoria de análise, foi possível estabelecer elementos que seriam critérios para a análise das respostas obtidas pela entrevista. Tratando-os, em primeiro momento, como componentes relacionados a fatores que influenciam ou, até podem determinar a formulação da opinião ou percepção dos médicos no estudo proposto. Dessa forma, foi possível estabelecer um quadro de análise que envolve aspectos importantes que revelam os agentes influenciadores das respostas. Agentes como nível de participação do médico cooperado, sendo eles: usuário/cliente, prestador de serviço, proprietário e ainda proprietário de serviços credenciados.

Para facilitar a análise dos dados foi utilizado o *software atlas ti* para trabalhar com o conteúdo das entrevistas, de forma a organizar sistematicamente, auxiliando na gestão do material para que se obtenha a compreensão detalhada do relato dos respondentes.

Em um segundo momento da análise de conteúdo, foi estabelecido um processo de *exploração do material*, ou seja, das mensagens contidas nas respostas da entrevista. Confrontaram-se os dados obtidos (justificativas para seus posicionamentos) com as bases teóricas e com as possibilidades de melhoria nas condições de trabalho já estabelecidas pela verticalização em estudo, bem como com os resultados esperados pela ampliação dos atendimentos (complexidade e resolutividade). Dentro desta etapa, foi realizada a codificação e categorização. Na codificação foram identificadas as denominadas unidades de registro, evidenciando trechos das falas ou, palavras que se conectam ao expressar o pensamento do entrevistado e as unidades de contexto, abrangendo esses excertos das falas expressas e favorecendo, dessa maneira, as situações ideais para pensar em conceber categorias de análise.

Dando continuidade, ao se adentrar na terceira etapa da análise de conteúdo, procedeu-se ao *tratamento dos resultados* (categorização). Nesse momento, o primeiro passo foi analisar como as bases teóricas acerca da estratégia, verticalização, valor e percepção de valor se coadunam com o objetivo do presente estudo de caso em análise. Depois, como o nível de participação do médico cooperado influi ou interfere na emissão de sua opinião no que diz respeito à ampliação.

Finalizando a análise de conteúdo, foi elaborado o relatório do estudo de caso, onde está apresentada a discussão dos resultados e as inferências obtidas.

As categorias de análise estabelecidas para esse estudo foram: verticalização de serviços de maior complexidade; valor e percepção de valor.

De maneira geral, o desenvolvimento, coleta e análise dos dados seguiu ao protocolo de pesquisa apresentado no Quadro 1, conforme Yin (2015).

Quadro 1 – Etapas da coleta e tratamento de dados

(continua)

Etapa	Objetivos	Materiais
1) Análise documental	Identificar documentos disponibilizados pela cooperativa, relacionado ao projeto de ampliação do Hospital Unimed	Relatórios, plano diretor; projeto de ampliação; deliberações e aprovação da vigilância sanitária
2) Formulação da estrutura da entrevista	Formular e organizar as questões com o objetivo de identificar a percepção de valor do médico no que se refere à ampliação do hospital	Fundamentação teórica
3) Aplicação do pré-teste da estrutura da entrevista	Utilizado como prova preliminar do roteiro, para identificar falhas no entendimento e questionamentos com respostas repetidas	Aplicado aos colegas líderes de equipes e direção clínica
4) Ajustes e correções	Correções e alterações no roteiro conforme pré-teste e orientação	Complementação teórica
5) Realização de entrevista estruturada conforme roteiro	Agendada entrevista conforme disponibilidade do médico cooperado; executado roteiro	Conversação Gravação de áudio

Fonte: A autora (2021).

Quadro 1 – Etapas da coleta e tratamento de dados

(conclusão)

Etapa	Objetivos	Materiais
6) Acompanhamento das respostas	Contato visual, escuta e observação	Utilização dos sentidos
7) Tratamento dos dados	Triangulação de informações, por meio de documentos, observações e dados obtidos na entrevista	Transcrição da entrevista Documentos Conhecimento do autor

Fonte: A autora (2021).

E a análise de conteúdo nos auxiliou com os dados que surgiram por meio das entrevistas e que despontaram para as possíveis respostas da questão norteadora da dissertação. Com base nesse contexto foi apresentado no Quadro 2 o desenvolvimento da pesquisa, baseado em Bardin (1977).

Quadro 2 – Desenvolvimento da análise de conteúdo

1. Pré-análise	2. Exploração do material	3. Tratamentos dos resultados
1.1 Escolha de documentos	2.1 Unidades de registro e unidades de contexto	3.1 Categorização
1.2 Constituição do <i>corpus</i>	2.2 Eixos temáticos	3.2 Descrição dos dados
1.3 Preparação do material		3.3 Análise dos dados
		3.4 Inferências e interpretação

Fonte: Quadro elaborado pela autora (2021) com base em Bardin (1977).

3.2.3 Definição das categorias

A categoria, é um elemento utilizado principalmente para classificar e facilitar a ordem dos grupos que apresentam qualidades homogêneas. Dentro das diversas categorias estabelecidas em uma matéria, pode haver algumas que estejam inclusas em outras através de um sistema hierárquico.

3.2.3.1 *Verticalização de serviços de maior complexidade*

A verticalização de serviços de maior complexidade foi estabelecida como categoria de análise por representar a melhoria das condições de trabalho nas atividades realizadas pelos médicos cooperados e acesso à carteira de clientes que poderiam evadir para Maringá (município mais próximo com serviços mais complexos), pois o aumento da resolutividade e complexidade permite melhor identificação da patologia, uma vez que oferece exames mais sofisticados e de melhor aferição do problema e estabelecimento de plano terapêutico mais adequado. Além de facilitar o acompanhamento médico quando se trata, por exemplo, do uso de uma Unidade de Terapia Intensiva (UTI).

Também por já estarem definidos os resultados obtidos pelo processo de verticalização já instalado quando da edificação de hospital próprio da Unimed de baixa complexidade, no que se refere a atendimentos que antes não eram realizados, e com a primeira parte da verticalização, os atendimentos passaram a ser operacionalizados. Isto é, pode ser utilizada como parâmetro para análise, considerando que o que já se alcançou trouxe benefícios e, por conseguinte, a ampliação disso poderia trazer mais e maiores benefícios.

3.2.3.2 *Valor*

O valor enquadra-se como categoria de análise, pois pode expressar o 'valor de uso' por parte do médico, possibilitando-lhe promoção enquanto membro da cooperativa. Dando-lhe acesso ao mercado de trabalho, carteira de clientes, oferecendo espaço adequado para a realização de suas atividades. Isso faz com que o entrevistado tenha elementos para analisar os prós e contras da ampliação dos serviços hospitalares para maior complexidade. Consequentemente, possibilita a avaliação e análise da resposta e expressão da opinião do cooperado.

3.2.3.3 *Percepção de valor*

De acordo com RUST et. Al. (2006) o valor percebido é um conceito abstrato e possui significados que podem variar considerando o contexto do estudo, dependendo, ainda, do tipo de produto ou serviço a serem ofertados. Além, de estar

condicionado às características distintas do comprador/ cliente e/ou consumidor.

Nesse sentido, a percepção de valor se enquadra como categoria de análise porque pode ser utilizada como elemento ou critério de avaliação do cooperado, quanto à ampliação dos serviços hospitalares, mostrando-lhe, se de acordo com seu contexto singular e coletivo, a oferta de serviços hospitalares mais complexos para contribuir ou não com todas as suas atividades e não apenas com as que são realizadas no âmbito do hospital da Unimed.

3.2.4 Unidade de análise

A unidade de análise refere-se ao que será estudado; no caso desse estudo a percepção de valor do médico. Segundo Yin (2015), a unidade de análise delimita o caso e direciona a coleta de dados. Assim sendo, a unidade de análise desta pesquisa é os médicos cooperados da Unimed de Paranavaí que fazem parte do corpo clínico do Hospital Unimed.

3.2.5 Dimensão temporal

A coleta de dados foi realizada no mês de abril de 2021, transcritas e analisadas no mês de maio de 2021. É uma pesquisa aplicada, pois tem a finalidade de resolver problemas que impedem a concretização da ampliação do Hospital Unimed e/ou impulsionar o projeto, produzindo conhecimentos que poderão ser utilizados na prática, envolvendo os interesses da Cooperativa de Trabalho Médico de Paranavaí.

3.2.6 Fontes de evidências

As fontes de evidência desse estudo de caso foi o questionário utilizado para coleta de dados por meio da entrevista, observações do pesquisador e documentos relacionados à ampliação do Hospital Unimed.

3.2.7 Estudo de caso

O estudo de caso é a estratégia indicada quando o pesquisador tem pouco controle sobre os acontecimentos e quando a investigação se concentra em

fenômenos contemporâneos em meio a um contexto real. Os dados e resultados dos estudos de caso não podem ser generalizados, ou seja, uma conclusão que se chegou sobre determinado fenômeno num estudo de caso numa empresa, por exemplo, não pode ser tomada como verdade para outras empresas, pois o experimento observado ocorreu numa condição particular – o caso. Porém, vale registrar que há exceções (YIN, 2010).

Os estudos de caso podem ser classificados como estudos de caso único ou estudo de casos múltiplos. Neste trabalho trata-se de um estudo de caso único. A importância do estudo de caso único se dá pela sua singularidade (YIN, 2010).

A pesquisa de natureza aplicada é dedicada à geração de conhecimento para solução de problemas específicos, é dirigida à busca da verdade para determinada aplicação prática em situação particular (NASCIMENTO, 2016).

A investigação de abordagem qualitativa compreende um conjunto de práticas interpretativas com o objetivo de descrever e codificar os elementos de um sistema complexo de significados, cujo intuito é traduzir e expressar o sentido dos fenômenos do mundo social e tratar de reduzir a distância entre indicador e indicado, entre teoria e dados, entre contexto e ação (MAANEN, 1979).

Para a pesquisa, foi construído um questionário de entrevista (Apêndice A) com base na fundamentação teórica sobre o conceito de estratégia, verticalização, valor e percepção de valor. Esse instrumento será direcionador na compreensão de que forma a verticalização influencia na percepção de valor do médico em relação à cooperativa, no que se refere à ampliação do hospital próprio. A análise dos dados partirá das respostas obtidas por meio do questionário de cada um dos respondentes, relacionando com a teoria proposta.

3.2.7.1 Participantes da pesquisa

A população-alvo é composta pelos médicos cooperados que fazem parte do corpo clínico do Hospital Unimed. São admitidos como membros do corpo clínico os médicos que passaram por autorização do diretor clínico, mediante apresentação de documentos, conforme regimento interno do corpo clínico e que são cooperados.

3.2.8 Coleta de dados

Inicialmente foi solicitada a anuência da cooperativa de trabalho médico de Paranaíba para a realização da pesquisa e a utilização dos dados obtidos, por meio de uma solicitação, via ofício, aos cuidados da presidente da cooperativa. Em seguida, buscou-se o contato dos médicos pertencentes ao corpo clínico do Hospital Unimed, verificando, inclusive, se o regime de trabalho é exclusivo ou se há um segundo local de trabalho (outros prestadores). Isso via setor responsável pelo relacionamento com o médico cooperado e, em posterior entrevista. O contato prévio com o cooperado foi via e-mail e contato telefônico para explicar sobre a pesquisa e agendamento das entrevistas, que foram embasadas na utilização de questionário semiestruturado como instrumento de coleta de dados.

O questionário foi confeccionado com a finalidade de verificar a influência da verticalização na percepção de valor dos médicos cooperados, no que diz respeito à ampliação do hospital próprio, atendendo aos objetivos deste trabalho.

3.2.9 Tratamento e análise dos dados

Serão analisados os dados obtidos na entrevista, utilizando a técnica de análise de conteúdo. De acordo com Bardin (1977), a análise de conteúdo se define como um conjunto de técnicas de análise das comunicações que aposta no rigor do método como forma de não se perder na heterogeneidade de seu objeto, visa obter, por procedimentos, sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores e conhecimentos relativos às condições de variáveis inferidas na mensagem.

O procedimento de análise se inicia com a pré-análise dos dados obtidos nas entrevistas, possibilitando a organização das informações a serem compreendidas e sua relação com o objetivo do estudo. Foi constituído o *corpus* da dissertação com base na exaustividade, representatividade, homogeneidade e pertinência. Foram formuladas as hipóteses (Bardin utiliza o termo hipótese) e preparado todo o material.

A segunda fase da análise de conteúdo é um processo de *exploração do material*, que possibilita confrontar os dados obtidos com as bases teóricas. Dentro

desta etapa, foi realizada a codificação e categorização. Na codificação foram identificadas as denominadas unidades de registro (unidade que aglutinam trechos ou palavras que se interligam) e as unidades de contexto (unidades que abrangem as unidades de registro e afins), para promover as condições ideais e pensar em conceber categorias de análise.

Na sequência, a terceira etapa da análise de conteúdo, o tratamento *dos resultados* (categorização). Nesse momento, o primeiro passo é analisar como as bases teóricas acerca da estratégia, verticalização, valor e percepção de valor se coadunam com o objetivo do presente estudo de caso em análise.

O processo de tratamento de resultados, inferências e interpretações permitiu a elaboração de categorias e subcategorias relativas à discussão que foi gerada, de acordo com a base teórica.

No trajeto final da análise de conteúdo, foi confeccionado o relatório do estudo de caso, apresentada a discussão dos resultados e as inferências obtidas.

4 RESULTADOS E DISCUSSÕES

Os resultados das entrevistas estão apresentados nos Quadros 3, 4 e 5.

Quadro 3 - Pré-análise dos dados obtidos nas entrevistas

(continua)

Questão 1: O que você entende por verticalização de uma organização?	
Resposta	Relação com o objeto de estudo
Participante MEDHU01	
<p>Eu como cooperado responsável pelo Pronto Atendimento da Unimed e diretor técnico, vejo a verticalização como uma consolidação do nome Unimed e do Hospital para com os atendimentos aos clientes pacientes e médicos. Essa verticalização não é só falar em estrutura concreta, é crescer também em recursos humanos, especialização e qualificação de RH. Representa uma consolidação do nome Unimed na cidade e região. Paranavaí é uma regional que merece esse investimento em recursos próprios.</p>	<p>Pode se afirmar que é uma consolidação em relação ao crescimento da cooperativa que ocorre por meio da estratégia de verticalização. Por outro lado, não traz com maior profundidade o entendimento sobre a integração vertical e/ou constructo.</p>
Participante MEDHU02	
<p>A palavra em si não é muito comum a mim. Seria não terceirizar é isso né... não terceirizar serviços hospitalares (um exemplo no nosso caso). O hospital já é verticalizado. Para nós do Hospital seria, por exemplo, ter uma UTI agora. Na verdade, aqui se tem um problema seríssimo de padrão de qualidade, padrão Unimed. Temos vários problemas estruturais.</p>	<p>Embora a palavra verticalização para o entrevistado relate não lhe ser comum, a resposta vai ao encontro da teoria. Conforme apontado por Porter (1986), a integração vertical é uma estratégia organizacional na qual a empresa pega para si a função de gerir toda a cadeia produtiva e elimina terceirizações. Ela passa a assumir total flexibilidade em suas decisões a respeito de onde e como investir, quanto produzir, como distribuir seus produtos, a qualidade que quer oferecer a seus clientes e ainda se aproxima destes. O respondente destaca nessa resposta e durante a entrevista o padrão de qualidade que estamos conseguindo entregar.</p>

Fonte: A autora.

Quadro 3 - Pré-análise dos dados obtidos nas entrevistas

(continua)

Questão 1: O que você entende por verticalização de uma organização?	
Resposta	Relação com o objeto de estudo
Participante MEDHU03	
<p>Entendo que são os nossos investimentos em recursos próprios, como o hospital, ambulatorios etc. Mas em alguns aspectos a gente desconhece; por exemplo foi comprado a um ônibus, onde está o ônibus? e aí, está servindo? qual foi o retorno?</p>	<p>O respondente revela que entende o que é a verticalização, mas não demonstra conhecer conceitos com maior profundidade. Expressa que muitas vezes o cooperado deixa de se interessar também pelos resultados da estratégia. Ainda assim, vai ao encontro, por exemplo, do grau de extensão de propriedade que a empresa quer investir em seus pontos de assistência à saúde na rede própria, pois comenta sobre o investimento no hospital e saúde itinerante (ônibus). Segundo Slack (2002), a integração pode ir desde o primeiro ao último elo na cadeia sobre a qual atua a empresa; para esse conceito podemos associar o quanto queremos agregar de valor na linha de cuidados ao paciente. Em nível operacional também pode ser considerada como a escolha de qual(is) componente(s) ou serviço(s) específico(s) será(ão) produzido(s) internamente pela organização. Ou seja, em quais serviços próprios a Unimed irá decidir investir, avaliando custo-benefício.</p>
Participante MEDHU04	
<p>Entendo que seria possuir os recursos próprios nos diversos níveis da linha de cuidado.</p>	<p>O participante demonstra entendimento sobre a estratégia de verticalização. Segundo Porter (1986), a verticalização pode ser entendida como a associação de processos produtivos, demandados por uma empresa; no caso podemos associar aos vários processos de trabalho voltados ao cuidar, em níveis como na atenção primária, secundária e terciária, cujos processos são realizados total ou parcialmente. Serviços de saúde de maior complexidade, na Unimed Paranaíba, são terceirizados nos prestadores credenciados, não nos permitindo ter a coordenação de todo o cuidado. Quando a organização realiza total ou parcialmente o seu processo produtivo, entende-se que ela se utilizou da estratégia da verticalização (Britto, 2002).</p>
Participante MEDHU05	
<p>Não conheço com maior profundidade esse termo. Mas acredito que seria não terceirizar.</p>	<p>Como o próprio participante afirmou, não há acuidade em relação ao termo. Mas conhece-se a estratégia entendendo como a não terceirização. Porter (1986) aponta que a estratégia de verticalização seria tomar para si a responsabilidade pela gestão dos processos, eliminando as possibilidades de externalizações.</p>

Fonte: A autora.

Quadro 3 - Pré-análise dos dados obtidos nas entrevistas

(continua)

Questão 1: O que você entende por verticalização de uma organização?	
Resposta	Relação com o objeto de estudo
Participante MEDHU06	
<p>Não me recordo do termo verticalização especificamente. Mas vejo como a intenção de não ser tão dependente de prestadores.</p>	<p>O cooperado aponta não se recordar do termo, não possuindo clarividência a respeito do constructo. Mas sua afirmação vai ao encontro do que aponta Britto (2002), pela escolha de quais serviços serão internalizados pela organização, ou seja, não ser dependente de fornecedores e/ou prestadores dentro do sistema.</p>
Participante MEDHU07	
<p>Para mim é serviço próprio. Até 15 anos atrás eram radicalmente contra a estratégia. Agora nos últimos anos, talvez dez anos, a estratégia é que se tenha que verticalizar. Deu certo para algumas Unimeds, por uma questão de redução de custos e qualidade assistencial.</p>	<p>O participante apresentou maior acuidade sobre os conceitos da estratégia de verticalização. Apontou também fatores como a redução de custos e a elevação da qualidade na prestação de serviços. Conforme Porter (1886), a decisão pela integração vertical ocorre no sentido de utilizar transações internas, com propósitos econômicos, ao invés de utilizar transações de mercado. A empresa passa a assumir total flexibilidade em suas decisões a respeito de onde e como investir, quanto produzir, como distribuir seus produtos, a qualidade que quer oferecer a seus clientes e ainda se aproxima destes. As afirmações de Porter vão ao encontro dos objetivos e metas traçados pela Cooperativa e ao encontro da resposta do médico cooperado.</p>
Participante MEDHU08	
<p>É quando fica tudo sob uma mesma gestão, ou seja, todos os processos e atividades, laboratório, hospital, serviço de atendimento domiciliar, remoção, toda linha de cuidado sem terceirizar ou parcialmente terceirizada.</p>	<p>O cooperado demonstrou maior conhecimento sobre a estratégia de verticalizar, conforme resposta e observação. Sua resposta vai ao encontro dos apontamentos de Porter sobre a integração vertical, no sentido de que a estratégia de verticalização seria tomar para si a responsabilidade de gerir os processos, eliminando as possibilidades de externalizações. Podendo a verticalização ser total ou parcial.</p>
Participante MEDHU09	
<p>Entendo como uma estratégia que a Unimed investe para sobreviver, porque possibilita um custo mais barato. A ampliação do hospital é fundamental para a sobrevivência. Mas talvez para o médico a remuneração seja achatada.</p>	<p>O respondente associou a estratégia principalmente ao propósito de redução de custos assistenciais e a sobrevivência da cooperativa de trabalho médico no atual cenário. Apontando também a sobrevivência como a principal razão para continuar investindo em recursos próprios. Sendo assim, no mesmo sentido das afirmações de Porter, o benefício mais comumente relacionado à integração vertical é a realização de economias e/ou contenção de custos. A importância da economia pode variar de empresa para empresa dependendo do setor, da estratégia e de seus pontos fracos e fortes (Porter, 1986).</p>

Fonte: A autora.

Quadro 3 - Pré-análise dos dados obtidos nas entrevistas

(conclusão)

Questão 1: O que você entende por verticalização de uma organização?	
Resposta	Relação com o objeto de estudo
Participante MEDHU10	
Estratégia de crescimento e redução de custos. Para empresa de saúde, as cooperativas de trabalho médico, por exemplo, seria o que investe em recurso próprio, como os nossos ambulatórios, hospital, laboratórios, serviços de remoção e atenção domiciliar etc.	O médico demonstrou bom entendimento e conhecimento sobre a estratégia e os recursos próprios já organizados na Unimed Paranavaí para coordenação do cuidado, associando também a contenção de custos. Tais afirmações vão ao encontro da fundamentação teórica. Como o grau de extensão de propriedade que a empresa quer investir em seus pontos de assistência à saúde na rede própria, pois comenta sobre os serviços já verticalizados. Segundo Slack (2002), a integração pode ir desde o primeiro ao último elo na cadeia sobre a qual atua a empresa, esse conceito podemos associar ao quanto queremos agregar de valor na linha de cuidados ao paciente. Em nível operacional também pode ser considerada como a escolha de quais ou serviços específicos serão produzidos internamente pela organização.

Fonte: A autora.

Quadro 4 – Exploração do material (Questões 2, 3 e 4)

(continua)

Justificativas para verticalização	Locais de atuação	A verticalização como uma estratégia interessante para o cooperado
Participante MEDHU01		
Pensando no hospital, as razões mais fortes seriam ter um hospital com um centro cirúrgico mais amplo, um CC poderoso, onde os nossos cooperados especialistas possam atuar, associado em paralelo a um antigo sonho da cooperativa de ter uma UTI. Eu particularmente acho que ter um CC poderoso com uma retaguarda para porta e para esse CC uma UTI, você torna o ambiente de trabalho mais seguro e gera mais oportunidade.	Pronto Atendimento da Unimed; emprestado para Santa Casa para o Covid, para a coordenação da UTI Covid; Clínica particular.	Aumenta nosso <i>know-how</i> onde somos cooperados e temos vários recursos próprios, o hospital tem que ser um cartão de visitas, onde se gera a possibilidade de agregar várias especialidades, com um corpo clínico mais poderoso associado a um CC amplo com maiores cirurgias, maior complexidade associado à UTI, se torna muito interessante para o médico, traz concorrência para o outro hospital.

Fonte: A autora.

Quadro 4 – Exploração do material (Questões 2, 3 e 4)

(continua)

Justificativas para verticalização	Locais de atuação	A verticalização como uma estratégia interessante para o cooperado
Participante MEDHU02		
<p>Eu acho que nós gostaríamos de proporcionar um atendimento mais vip para o nosso cliente; essa é uma forte razão, hoje eu tenho vergonha quando é trazido, por exemplo um paciente de fora para cá, de Maringá por exemplo, vejo na cara do paciente. Deixaríamos de perder paciente para fora ... Aqui, hoje, se tivesse um centro isso aumentaria o meu status profissional. Olha o padrão da minha clínica aí - o paciente vai consultar e olha isso, olha onde ele vem operar. Nem é só Unimed, nós atendemos paciente particular. As pessoas estão pagando um convênio, as pessoas estão pagando particular, as pessoas pagariam mais sim por uma estrutura melhor e isso nos promoveria de uma forma geral. Hoje não continuando a verticalizar a linha de cuidado, não investindo em nosso serviço você bloqueia a vinda de outras especialidades para o nosso hospital, porque não tem sala cirúrgica, 'cadê' a oportunidade para os cooperados, porque não tem sala, porque não tem maior complexidade. Hoje nós perdemos os dois clientes o médico cooperado e o paciente. Esse hospital comportaria demanda de 7 salas de cirurgia tranquilamente. Paranavaí tem capacidade para muito mais entende, pois atende uma região toda. Eu, hoje, se fosse um investidor de condições faria um hospital aqui na nossa cidade. Paranavaí ainda pensa pequeno.</p>	<p>Clínica Particular e Hospital Unimed.</p>	<p>No sentido de nos promover, gera status profissional como eu lhe disse. Eu acho ainda que temos rixa e isso nos atrapalha. Quem está só na Santa Casa não conhece nosso trabalho, a assistência que desenvolvemos aqui, eu vendo a cirurgia para cá porque é isso que eu passo para o paciente. Ainda nos olham como São Lucas. O cooperado que está lá está cômodo e não quer vir para cá e isso de certa forma deixa de impulsionar o crescimento. Eu duvido que se conseguíssemos deixar esse hospital todo certinho, o cooperado não ia querer vir aqui, eles não iam querer permanecer lá, quem não gosta de um serviço 5 estrelas?... Que médico que não gostaria de ter um descanso melhor por exemplo, são horas de cirurgia, gera conforto para os médicos, gera cliente, o médico é cliente da cooperativa, tudo isso se torna interessante, é uma forma de atrair os profissionais para cá. Tem que investir, nós temos pacientes que vão até São Paulo. Os pacientes gostam de estrutura, esse chão está todo manchado. O paciente compra a minha ideia porque falo da assistência do atendimento, se não ele sairia correndo. Aumenta o valor do pacote, é preciso um padrão. Aqui tem que ser melhor, tem que ser chique, fino e elegante é uma Unimed! Nossos hospitais em Paranavaí são ruins.</p>

Fonte: A autora.

Quadro 4 – Exploração do material (Questões 2, 3 e 4)

(continua)

Justificativas para verticalização	Locais de atuação	A verticalização como uma estratégia interessante para o cooperado
Participante MEDHU03		
<p>Vou responder como cooperado anestesista. Meu trabalho depende essencialmente do hospital, eu tenho um consultório que a atividade é pré-hospitalar, eu não atendo ninguém que não vai para o hospital depois.... Então o espaço físico é necessário, eu percebo que em nosso CC a gente conseguiria produzir mais, essa fase da pandemia claro que é uma exceção. A gente conseguiria produzir mais se tivesse mais espaço, outra sala, ou uma RPA. Espaço físico é primordial. Outra coisa é o pós-operatório de um paciente complicado, o paciente é um paciente para operar no Hospital Unimed se ele tem baixas chances de complicação, mesmo com a semi a gente não se sente seguro o suficiente em deixar o paciente lá. Não tem uma equipe treinada para isso... A gente usa a semi numa exceção, não é uma regra. O paciente com chance de complicar não é levado ao hospital Unimed, isso é uma perda, ele vai para o prestador.</p> <p>O paciente pode até não precisar, mas não ter a opção te limita muito, vai correr o risco? Perde a cooperativa e perde o cooperado. Outra coisa é que com a ampliação a gente consegue atender outras especialidades, talvez não seja interessante ter ortopedia porque é muito diferente do nosso cotidiano. Uro, mas diversas outras especialidades sim. Otorrino, poderíamos operar mais, mas temos salas fixas com agenda, um cirurgião com menos volume tem menos oportunidade também; quando tem o paciente o médico não tem o horário disponível para trabalhar. E como um cooperado que está no Hospital Unimed todo dia, vou dizer - faz falta você não ter um lugar para sentar, uma tomada para celular, uma mesinha para apoiar, tomar um café... Quando você tem um tempinho não tem o que fazer, não dá pra estudar, não tem onde ficar, você fica sempre em pé, não tem um conforto. Você precisa se sentir bem. Eu prefiro trabalhar no Hospital Unimed, em relação a trabalho, cuidado, rodízio de sala, vale a pena ainda. Mas pesa muito essa parte, você quer levar um livro para estudar e não tem onde estudar. Na SC tem espaço, faz falta. Existe muita queixa em relação aos apartamentos, você percebe que podia ser melhor.</p>	<p>Hospital Unimed, Santa Casa, Clínica Particular, Clínica Endogastro, Clínica Radiológica, Clínica de Cardiologia.</p>	<p>...a gente conseguiria produzir mais, essa fase da pandemia claro que é uma exceção. A gente conseguiria produzir mais se tivesse mais espaço, outra sala, ou uma RPA....</p> <p>...com a ampliação a gente consegue atender outras especialidades, talvez não seja interessante ter ortopedia porque é muito diferente do nosso cotidiano. Uro, mas diversas outras especialidades sim. Otorrino, poderíamos operar mais, mas temos salas fixas com agenda, um cirurgião com menos volume tem menos oportunidade também, quando tem o paciente o médico não tem o horário disponível para trabalhar... Vai dar mais oportunidade para o cooperado.</p>

Fonte: A autora.

Quadro 4 – Exploração do material (Questões 2, 3 e 4)

(continua)

Justificativas para verticalização	Locais de atuação	A verticalização como uma estratégia interessante para o cooperado
Participante MEDHU04		
<p>Muito paciente que a gente encaminharia por falta de estrutura, insuficiência cardíaca, infarto, UTI etc deixaria de perder. A gente aumentaria a resolutividade e conseguiria atender por aqui e diminuiria o custo lá fora. Eu acho também que o que acrescentaria muito seria um serviço de hemodinâmica, é um investimento muito alto, teria que verificar a demanda, de repente atender SUS também e todos os convênios.</p>	<p>Santa Casa, Hospital Unimed, Clínica Particular.</p>	<p>Por uma questão de divulgação, estratégia de marketing para nós, a vinda de outras especialidades, como a ortopedia, que atualmente não dispõe de estrutura como um bom RX, um CC maior, tudo acabaria somando bastante para o cooperado. Perde paciente para Maringá, aumentaria muito o interesse médico em Paranavaí se tivéssemos uma estrutura maior.</p>
Participante MEDHU05		
<p>Investir na ampliação aqui em Paranavaí seria muito bom por deixar de perder pacientes para Maringá. Perde para Santa Casa por não ter UTI, perde por não ter serviço de imagem dentro do hospital, laboratório também, tudo vai para fora daí. Se precisa fazer uma cirurgia mais complexa pelo risco de o paciente ir para uma UTI, já faz em outro lugar. Perde cesárea pela falta de uma UTI neo, se houver alguma intercorrência no pré-natal. O médico perde também, o médico também é um cliente.</p>	<p>SAMU, Hospital Unimed, Clínica Particular, Centro Regional de Especialidades.</p>	<p>Para o médico é deixar de perder esse volume de atendimento.</p>

Fonte: A autora.

Quadro 4 – Exploração do material (Questões 2, 3 e 4)

(continua)

Justificativas para verticalização	Locais de atuação	A verticalização como uma estratégia interessante para o cooperado
Participante MEDHU06		
<p>A longo prazo eu acredito que reduz bastante custo, melhora muito a qualidade do atendimento. Nós tivemos uma experiência positiva com o PA, foi bom é uma coisa que deu certo, se a gente fizer mais coisas aqui, mais cirurgias, sermos menos dependente de outros serviços, pagar menos para Santa Casa, pagar menos para fora. A gente manda muito paciente de UTI para fora, Maringá e até Londrina. Com o Covid virou um inferno. O paciente vai ser melhor assistido, no final das contas nós vamos ter bons resultados, eu acho até que venderíamos mais planos, gera valor para o beneficiário. 'Ta pintando' concorrência o Samaritano veio para cá, já abriu um ambulatório, e se abrir um outro hospital? Aí a gente vai ter um problema mais sério, o nosso produto tem que ser muito bom, temos que estar consolidado.</p>	<p>Hospital Unimed, Hospital de Campanha, Clínica Particular (nesse momento da pandemia deixei um pouco), Unidade de Pronto Atendimento (UPA), SAMU, Preceptor de Residência Médica na Santa Casa.</p>	<p>Na minha área eu preciso de porta, sala de emergência, para mim melhoraria a minha resolutividade e a minha satisfação profissional, eu queria um hospital de porte muito maior para eu poder fazer uma tomo aqui dentro, uma gasometria, poder atender um paciente com uma complexidade maior, para eu poder usar o meu conhecimento, às vezes fico limitado, fico atendendo diarreia, vai me dar muito mais paixão, vou trabalhar muito mais motivado. E até para casos mais simples com um laboratório aqui dentro eu consigo resolver mais rápido. Para o paciente também é muito bom conseguir resolver mais rápido. Para outros profissionais também seria bom, bom para o cirurgião que vai poder operar outros pacientes com comorbidade, com um ASA um pouco maior, se precisar de uma UTI, não só cirurgias eletivas, vai conseguir trazer um volume maior.</p>
Participante MEDHU07		
<p>Primeiro que precisamos ter um outro hospital, porque de média a alta complexidade só temos 1, se não existe concorrência você não consegue ter uma boa dinâmica de serviço. Hoje a SC domina o mercado, eles são sozinhos, se pegar as especialidades como uro, neuro, ortopedia não cabem dentro do Hospital Unimed. Somos refém do sistema.</p>	<p>Hospital Unimed, Diretoria da Unimed Paranavaí, Clínica Particular, Hospital Santa Casa.</p>	<p>Diretamente para mim talvez mude pouca coisa. Mas pensando indiretamente em um todo, quanto maior a Unimed maior a oportunidade de serviço que o cooperado tem. Se a cooperativa é forte, me deixa mais forte.</p>

Fonte: A autora.

Quadro 4 – Exploração do material (Questões 2, 3 e 4)

(conclusão)

Justificativas para verticalização	Locais de atuação	A verticalização como uma estratégia interessante para o cooperado
Participante MEDHU08		
<p>O que eu sei de experiência em relação à verticalização, os convênios e os planos que fizeram isso conseguem diminuir custos, porque todos os processos ficam sob a mesma tutela, exames avaliações, existem algumas experiências muito boas como o convênio happy vida e algumas Unimeds que são verticalizadas, tem a Intermédica que é verticalizado também, eu acho que diminui o custo e essa seria a principal razão.</p>	<p>Clínica Particular, Hospital Unimed e Hospital Santa Casa.</p>	<p>Talvez os processos verticalizados são mais dinâmicos, porque não precisam de outros atores no sistema, que você precisa de autorizações, auditorias, se torna mais ágil nesse sentido. Em relação à estrutura do nosso hospital penso que a gente vai ter um investimento primário, mas depois vem o retorno e as coisas ficarão mais dinamizadas.</p>
Participante MEDHU09		
<p>A principal justificativa é a sobrevivência.</p>	<p>Hospital Unimed, Hospital Bom Samaritano em Maringá, Hospital Paraná em Maringá e Clínica Particular.</p>	<p>A gente precisa de ter estrutura para oferecer um serviço melhor na verdade, porque amplia estrutura física e qualidade de serviços, complexidade, se quiser crescer e sobreviver eu falo isso até em relação a Paranaíba mesmo, está sendo engolido por Maringá, sendo que atende uma regional de 300 mil habitantes. Se aqui não montar um serviço um pouquinho mais sofisticado não vai sobreviver, atende 28 municípios é algo considerável. Tem que crescer, o Samaritano já está aí, abriu um ambulatório...</p>
Participante MEDHU10		
<p>Eu vejo primeiro como a marca Unimed, que é a marca de saúde mais reconhecida no Brasil, mais valiosa e se a gente parar para pensar o nosso Hospital Unimed não tem um padrão Unimed, pois possui problemas estruturais, o prédio é antigo demais, falta equipamentos, falta profissionais. A melhor razão é para se ter um hospital de grande porte pela regional de saúde que atendemos. Paranaíba merece!</p>	<p>Hospital Unimed, Santa Casa, Clínica Particular, Preceptor de Residência Médica na Santa Casa, Ambulatório de Nefrologia no Centro Regional de Especialidades (CRE), Médico do Programa de gerenciamento de casos clínicos e doentes crônicos da área de atenção à saúde da Unimed Paranaíba.</p>	<p>Se o Hospital ampliar, vai ter UTI. Eu vejo com um campo a mais de trabalho porque vai ter diálise, seria um local a mais para eu exercer minha especialidade, ter mais avaliações. É uma abertura maior de campo de trabalho, mais internações, aumento de volume.</p>

Fonte: A autora.

Quadro 5 – Exploração do material (Questões 5; 6 e 7)

(continua)

Alavancagem na qualidade de atendimento e excelência na prestação de serviços da saúde	Gerar valor para o médico cooperado	A verticalização em consonância com a visão da cooperativa
Participante MEDHU01		
<p>Certamente é uma alavancagem, porque será um <i>upgrade</i> para cidade e região, pois nós atendemos 28 municípios, será um impulso muito grande. O que tem que se fazer é pensar e andar para frente.</p>	<p>Eu acho que enquanto profissional você se sente até privilegiado por pertencer a uma cooperativa dessa, você consegue ter uma promoção em relação às atividades que podem ser desenvolvidas.</p>	<p>Não me recordo da frase detalhada, mas eu acredito que sim, que vai ao encontro da missão e visão. Principalmente no quesito excelência em atendimento. Com a pandemia tivemos que frear um pouco a empolgação do projeto de ampliar de seguir investindo em RP. A verticalização vai trazer toda a linha do cuidado, a coordenação do cuidado. Mas estamos passando um período muito difícil. Porém, a atual gestão está muito engajada e não deixou de pensar nisso. Mesmo no pós-pandemia o caminho mais sedimentado a se seguir é um crescimento mais sólido possível, mais coerente possível e deve ocorrer mesmo pós-pandemia. Existem certos conflitos, mas não é nada que não se possa resolver com um bom diálogo, cada um tem seus interesses mas vai chegar a um denominador comum. Quem é cooperado quer que a Unimed cresça por mais que tenhamos outros vínculos e interesses associados. O pensamento ainda é único; é o crescimento do nome Unimed de Paranaíba. Agora nós trocamos de gestão, tivemos uma conversa longa com a diretoria, muito boa, temos uma diretoria que trabalha no hospital e que está totalmente direcionada e focada na ampliação, no crescimento. Então eu acho que vai dar uma alavancada. Não acho que a outra diretoria, não quisesse, mas agora é gente nova focada na sedimentação desse crescimento.</p>

Fonte: A autora.

Quadro 5 – Exploração do material (Questões 5; 6 e 7)

(continua)

Alavancagem na qualidade de atendimento e excelência na prestação de serviços da saúde	Gerar valor para o médico cooperado	A verticalização em consonância com a visão da cooperativa
<i>Participante MEDHU02</i>		
<p>Sim com certeza é uma alavancagem pelos motivos que coloquei até aqui.</p>	<p>Para nós que estamos aqui sim claro, vai atribuir valor para o beneficiário e para o cooperado. Para quem está na Santa Casa talvez ache absurdo um investimento de 15 ou 20 milhões... Eu acho que o fato de a maioria dos cooperados estarem na Santa Casa gera um impedimento para as coisas se concretizarem. O pessoal desiste de vir para cá, não tem vaga de sala de cirurgia. Tem que pegar gosto em vir, o que salva aqui é o atendimento. Precisa gerar uma experiência boa para o paciente isso gera valor para mim. Você pode cobrar, por isso as pessoas pagam no Einstein, por exemplo. Qual a vantagem de ter Unimed apartamento aqui no nosso hospital? O quarto é pior que o da casa da pessoa isso não pode acontecer.</p>	<p>Está sim, porque se continuarmos a investir em nosso hospital muda muito nosso padrão de qualidade e vai trazer em consequência um volume maior de atendimento e junto a remuneração mais justa, vai gerar valor para o cliente, você vai poder cobrar mais.</p>

Fonte: A autora.

Quadro 5 – Exploração do material (Questões 5; 6 e 7)

(continua)

Alavancagem na qualidade de atendimento e excelência na prestação de serviços da saúde	Gerar valor para o médico cooperado	A verticalização em consonância com a visão da cooperativa
Participante MEDHU03		
<p>Sim certeza, você fica mais em evidência, isso agrega valor para o cooperado e para o beneficiário. Seria também uma alavancagem para a venda do plano de saúde. O cliente vai se sentir mais seguro, mais protegido, tem uma UTI por exemplo. Uma UTI neo para quem vai ganhar bebê. Gera credibilidade maior para o hospital.</p>	<p>Sim, conforme até já comentei. Agrega valor, mas muito dono o cachorro passa fome, quero dizer que acaba não acontecendo. Eu 'tô' fazendo um curso de conselheiro adm. E o professor reforça - você tem que servir a cooperativa e não a interesses próprios. Interesses próprios ainda influenciam, não em 100%, percebo muita gente comprometida com a cooperativa, mas muita gente nem sabe e nem procura se interessar e quando aparece a ideia ainda critica. A ampliação melhora a resolutividade e aumenta a complexidade. Um conflito muito forte hoje é a localização do hospital se continua ou vai para outro lugar. A Unimed em geral sempre tem buscado a melhoria por espaço físico desde que estou aqui. Eu confio no resultado. O prédio antigo tem suas limitações, mas o importante é acontecer, se no prédio antigo diminui custo ok... Conflitos por interesse tem mesmo, são sempre as mesmas pessoas envolvidas então você acaba direcionando para o que você pensa, não porque quer, mas a gente 'tá' todo dia. O pessoal vai na AGO <i>on line</i> agora, tudo com a câmara fechada, ninguém nem 'ta' sabendo muito, não julgo, fui ficar mais envolvida agora com o conselho fiscal.</p>	<p>Não lembro a missão e visão certinha, mas lembro o conteúdo e posso afirmar que vai ao encontro sim em ambos os aspectos, remuneração justa e a prestação de serviços de saúde com excelência.</p>

Fonte: A autora.

Quadro 5 – Exploração do material (Questões 5; 6 e 7)

(continua)

Alavancagem na qualidade de atendimento e excelência na prestação de serviços da saúde	Gerar valor para o médico cooperado	A verticalização em consonância com a visão da cooperativa
Participante MEDHU04		
<p>Representa sim uma alavancagem em qualidade de atendimento, quantidade, satisfação de serviço. Conseguiríamos fidelizar os clientes aqui. Melhorar também o atendimento de pediatria.</p>	<p>Sim, porque o paciente vai ficar em Paranavaí, nós vamos atender mais, vai gerar mais oportunidade. A cooperativa vai crescer.</p>	<p>Não me recordo com detalhes. O projeto de ampliação vai sim ao encontro da missão e visão, porém ainda é muito lento. A pandemia hoje fez com que todos os hospitais dessem um passo para atrás, cirurgias eletivas estão suspensas e o hospital vive basicamente de cirurgia. Mas eu acho que ainda existe um receio de dar um passo muito a frente e não conseguir arcar com isso tudo e entrar em dívida. Temos diversos cooperados e precisamos chegar numa decisão uniforme. Existem conflitos, e a gente precisa chamar para si essa responsabilidade e impulsionar.</p>
Participante MEDHU05		
<p>Certamente é uma alavancagem. Hoje existe o conflito da localização e eu acho que o financeiro também impede de o projeto se concretizar. O projeto está em andamento, mas ainda estão, por exemplo, tentando para ver se ganha o terreno, não sei se ganharia. A gestão atual quer construir em outro lugar. Foi enviado um projeto para a vigilância de uma proposta aqui nesse prédio, mas já sabemos que teve problemas por falta de espaço, teria que mudar inteiro, comprar mais terreno ao redor.</p>	<p>Para mim agrega valor sim, para minha especialidade agregaria um maior volume de atendimento, mais pacientes, por exemplo da infectologia interna pouco paciente, algumas doenças na minha área as pessoas não querem que fiquem sabendo. Da minha parte perde muito. HIV, hepatites, doenças assim eles vão para Maringá. Quem tem condição vai até Curitiba para se esconder, a doença dá uma questão de medo.</p>	<p>Vai ao encontro (visão), mas da parte da remuneração justa acho que não (missão). Pode oportunizar maior volume, mas talvez o valor da remuneração não. A pandemia fez com que déssemos um passo para trás, gerou certo atraso; a receita do hospital caiu bastante. Mas a nova diretoria quer muito a execução do projeto de ampliação.</p>

Fonte: A autora.

Quadro 5 – Exploração do material (Questões 5; 6 e 7)

(continua)

Alavancagem na qualidade de atendimento e excelência na prestação de serviços da saúde	Gerar valor para o médico cooperado	A verticalização em consonância com a visão da cooperativa
Participante MEDHU06		
<p>Eu acredito que sim, aumenta paciente particular, diminui gastos com pacientes para fora, por exemplo um serviço de hemodinâmica poderia atender até SUS, se a Unimed tiver recurso para isso. É uma regional de saúde que merece. Hoje a gente trata paciente grave em enfermaria. A gente precisa sair dessa condição de hospital puxadinho. Não existe reforma para isso. Seria muito bom construir do zero. Nós temos sérios problemas com a estrutura dos quartos. Reformou o corredor e já deu problema. Tem quarto que pelo amor de Deus. Tem problema de estacionamento nessa localidade, poderia até ganhar com estacionamento, seria melhor para o cooperado.</p>	<p>Para mim não ter uma UTI atrapalha muito se sai um paciente do CC ele vai para minha sala de emergência. Se chega uma emergência eu não tenho leito para atender esse paciente. Várias vezes fica paciente ali na sala de emergência. Fica uma equipe sem capacidade para cuidar de um paciente grave. Tem colegas que fazem cirurgias aqui que não deveria ser realizada. Aí eu fico três dias com um paciente grave. Eu fico sem recursos, porque meus recursos são usados em outros casos. O paciente cirúrgico mais grave tem que ir para uma UTI, não para sala de emergência. Então a ampliação mudaria muito para mim. Não sei o que trava até hoje, se é um medo de dar esse passo à frente. Conflito entre pessoas talvez! Não entendo. Fidelizaria o nosso paciente, tem um monte de reclamações do atendimento na Santa Casa. Algumas pessoas travam certamente. Não pode ser só financeiro. E tem que ser em outro lugar, é uma tendência! até as clínicas estão saindo da região central.</p>	<p>Certeza. Em primeiro lugar a excelência, ter um bom atendimento, na questão da remuneração talvez isso em longo prazo (missão), porque vai gastar dinheiro com outras coisas. A partir do momento que estiver tudo feito aí está na hora de ganhar mais. Nós mais novos temos que pensar no futuro para a cooperativa, o que vai virar. A gente tem que pensar que é bom para cidade é bom também para o cooperado.</p>

Fonte: A autora.

Quadro 5 – Exploração do material (Questões 5; 6 e 7)

(continua)

Alavancagem na qualidade de atendimento e excelência na prestação de serviços da saúde	Gerar valor para o médico cooperado	A verticalização em consonância com a visão da cooperativa
Participante MEDHU07		
<p>Certamente, sou pró-hospital desde sempre. Eu quero que tenha tudo, que tenha já. Nós vamos conversar novamente sobre o serviço de hemodinâmica. Quero que seja um prédio novo, gastaram um monte em um projeto no prédio atual, mas é inviável, pois não vai ao encontro das normativas, legislação atual. Inviável, apesar da diretoria anterior ter insistido, numa tentativa de tentar viabilizar sendo que o prédio tem 50 anos. Hoje o que mais impede de tudo isso se concretizar é o financeiro, somente o financeiro. Conflitos de interesse sempre tiveram e sempre vai ter, mas o principal é o financeiro.</p>	<p>Sim, pela oportunidade de trabalho.</p>	<p>Sim, certamente tanto na remuneração justa dita na missão quanto na busca pela excelência.</p>
Participante MEDHU08		
<p>Representa sim porque vai disponibilizar mais recursos para os pacientes e para os próprios médicos, mas também existem algumas experiências em que quanto maior a organização, tem maior inflexibilidade, principalmente nos protocolos assistenciais. Nesse sentido, fica muito restrito e também pode limitar um pouco a ação do médico.</p>	<p>Eu acho que a verticalização é melhor para o cooperado e para cooperativa de forma geral. Mais para cooperativa com a diminuição de custos e daí para o médico mais indiretamente.</p>	<p>A tendência é ir ao encontro sim. Mas ainda não acontece; por exemplo, o projeto do hospital talvez por falta de recurso ou até mesmo falta de vontade política, conflitos ainda talvez...</p>

Fonte: A autora.

Quadro 5 – Exploração do material (Questões 5; 6 e 7)

(continua)

Alavancagem na qualidade de atendimento e excelência na prestação de serviços da saúde	Gerar valor para o médico cooperado	A verticalização em consonância com a visão da cooperativa
Participante MEDHU9		
<p>Com certeza representa e é necessária, tem alguns pontos específicos para melhorar, tem que crescer, não podemos continuar no nosso bairrismo, tem que parar de pensar pequeno, Paranaíba sofre hoje por causa disso, a ortopedia hoje é o caso mais clássico, se fecha aí não deixa ninguém fazer e não cresce. A taxa de intercâmbio em ortopedia ainda é enorme.</p>	<p>O maior valor para mim é trabalhar com segurança, que até então aqui você sabe o quanto é complicado, tudo a gente bate no peito e segura principalmente na minha área, a gente faz cirurgias mais complexas e aí segura o rojão. Aqui para mandar um paciente para a UTI é um sofrimento, diferente de Maringá. Segura no HU e na SC também, segura a mesma coisa tem UTI e nunca tem vaga, mas nunca teve vaga; óbvio! 10 leitos para 300 mil habitantes. Eu acho que a Unimed Paranaíba ainda tem medo, insegurança em dar um passo desse, um passo maior que a perna.</p>	<p>Sim vai ao encontro da visão. Difícil, no final é o usuário e a concorrência você vê atendimento online a 44 reais/mês como nós vamos concorrer? Na verdade, o nosso salário vai achatar com a concorrência, não vão dar conta disso. Com o aumento do número de médicos formados vai ter mão de obra a vontade, a tendência é que o nosso prognóstico não é bom. Aí não sei até que ponto vai porque daqui a pouco mesmo na cooperativa estaremos igual funcionário. Eu não sei como a cooperativa vai dar conta, porque não é uma empresa, mas tem que funcionar como uma empresa. E aí como é que fica, vai dar conta dessas ameaças externas? Vai dar conta de manter uma remuneração justa? (missão)</p>
Participante MEDHU10		
<p>Sim. Com certeza um hospital maior, vai ter qualidade maior, mais especialidades, melhor atuação nossa, diversas especialidades não são atendidas em Paranaíba e a gente perde esse paciente para Maringá, cardio, hemodinâmica, oncologia, hematologia e várias outras. Hoje eu acredito que a maior dificuldade para a ampliação do Hospital Unimed acontecer é a questão da localização, o atual local é muito ruim. Aí tentaram viabilizar a ampliação nesse mesmo local. Vai ser sempre um puxadinho e nunca um hospital Unimed. Não tem para onde crescer, não conseguirá ter nada adequado e aí acho que desanimou todo mundo.</p>	<p>Sim como comentei, abrirá mais oportunidade de trabalho.</p>	<p>Sim certeza no campo de trabalho e melhor atendimento profissional, gente mais qualificada para atender ao padrão Unimed, mais especialistas. Um melhor atendimento de uma forma geral.</p>

Fonte: A autora.

4.1 TRATAMENTO DOS RESULTADOS

A partir das respostas coletadas por meio das entrevistas, e considerando a pré-análise que demonstrou de que forma o entendimento dos médicos cooperados se relaciona ao objeto de estudo destacado para essa pesquisa (Quadro 3 – Pré-análise dos dados); e considerando a exploração do material coletado, evidenciado no Quadro 4 (questões 2; 3 e 4 da entrevista) e no Quadro 5 (questões 5, 6 e 7 da entrevista), é possível realizar considerações e ponderações acerca da operacionalização da verticalização do hospital Unimed, no que diz respeito à ação de ampliação (Quadro 6). Assim, na sequência registra-se nossa análise.

Participaram da pesquisa 34% do corpo clínico do Hospital Unimed, envolvendo diversas especialidades entre clínicos e cirurgiões. A pandemia foi a maior dificuldade para a realização das entrevistas, pela indisponibilidade deles. O fechamento amostral se deu por saturação na inclusão do décimo participante. A pré-análise revelou que dos dez médicos cooperados entrevistados, 100% apresentam algum entendimento em relação ao objeto de estudo, a estratégia de verticalização, se referindo a não terceirização e investimento em recursos próprios. No entanto, no início, quando apresentada a palavra verticalização, 70% conheciam a terminologia utilizada para denominar a estratégia de crescimento, 30% afirmaram não ser uma terminologia comum a eles.

De forma geral, analisando as respostas sobre o que o cooperado entende acerca da verticalização de uma organização, foi verificado que vai ao encontro da fundamentação teórica utilizada na pesquisa. No sentido do que afirma Porter (1986), a decisão pela integração vertical ocorre em direção à não utilização de transações de mercado para utilizar transações internas, a não terceirização. A empresa passa a assumir total flexibilidade em suas tomadas de decisões a respeito de onde e como investir, quanto produzir, como distribuir seus produtos, a qualidade que quer oferecer aos seus clientes e, ainda, se aproxima destes. Segundo Porter (1986), a empresa toma para si a função de gerir toda a cadeia produtiva, o que se pode associar ao desejo da cooperativa de coordenar toda linha de cuidado do cliente, investindo cada vez mais em recursos próprios.

No que diz respeito aos principais motivos que podem justificar a verticalização da cooperativa, mais especificamente a ampliação do Hospital Unimed, extraímos 40 citações das respostas obtidas (na questão 02), nas quais se destacavam as

associações às razões mais fortes para os respondentes à integração vertical. Para facilitar foi utilizado o Software Atlas TI, foi associado às citações e/ou respostas codificações para nomear os participantes (exemplo: 1º participante código: MEDHU01 e, assim por diante para os demais), e uma codificação para identificar os trechos importantes acerca da verticalização por meio da ferramenta de aplicação de códigos (código: justificativas para verticalização), seguidamente de planilha elaborada por meio do gerenciador de citações para acuidade na interpretação.

Considerando, que um participante pode citar a justificativa por mais de uma vez em seus argumentos e, pontuar várias razões para verticalização, em primeiro ficou evidente nas citações a evasão do paciente para outros municípios, com destaque para Maringá, gerando intercâmbio e a perda da coordenação do cuidado, impactando em perda também para o cooperado que deixa de atender. Em segundo lugar, e em consequência da evasão, a necessidade de aumentar a complexidade e resolutividade para atender Paranavaí e a região. Em terceiro, foram mencionados pelos médicos em suas citações a diminuição de custos, a oportunidade e os problemas de estrutura física.

Foi observado que das justificativas mais citadas, 30% apontaram a diminuição de custos (3 respondentes); 20% apontaram evasão e oportunidade (2 respondentes). 10% associaram evasão, complexidade e resolutividade, oportunidade e estrutura física (1 respondente); 10% associaram à evasão, complexidade e resolutividade, estrutura e diminuição de custos (1 respondente); 10% associaram complexidade e resolutividade, oportunidade (1 respondente); 10% apontaram complexidade e resolutividade associada à estrutura (1 respondente); 10% apontaram outras razões que não estavam entre as mais citadas (1 respondente) (Quadro 6).

Quadro 6 – Tratamento dos resultados – parte 1

Participante	ID	Nome da Citação	Conteúdo de Citação	Comentário	Códigos	Categoria
MEDHU01	2:1	Aumentar Complexidade	ter um hospital com um centro cirúrgico mais amplo, um CC poderoso	No que diz respeito aos principais motivos que podem justificar a verticalização da cooperativa, mais especificamente a ampliação do Hospital Unimed, extraímos 40 citações das respostas obtidas (questão 02), nas quais se destacavam as associações as razões mais fortes para os respondentes. Considerando que um participante pode citar a justificativa por mais de uma vez em seus argumentos e pontuar várias razões para verticalização. Em primeiro ficou evidente nas citações a Evasão do paciente para outros municípios, com destaque para Maringá, gerando intercâmbio e a perda da coordenação do cuidado, impactando em perda também para o cooperado que deixa de atender. Em segundo lugar e em consequência da evasão, a necessidade de aumentar a complexidade e resolutividade para atender Paranavaí e a região. Em terceiro foi mencionado pelos médicos em suas citações a diminuição de custos, a oportunidade e estrutura física. Foi observado que das justificativas mais citadas, 30% apontou a diminuição de custos (3 respondentes). 10% associou evasão, complexidade e resolutividade, oportunidade e estrutura física (1 respondente). 10% associou Evasão, Complexidade e resolutividade, estrutura e diminuição de custos (1 respondente); 10% associou complexidade e resolutividade, oportunidade (1 respondente); 10% apontou complexidade e resolutividade associada a estrutura (1 respondente); 20% apontou evasão e oportunidade (2 respondentes). 10% apontou outras razões que não estavam entre as mais citadas (1 respondente).	Justificativas para verticalização	Verticalização
	2:2	Aumentar Complexidade	ter uma UTI			
	2:3	ambiente de trabalho mais seguro	ambiente de trabalho mais seguro			
2:4	Oportunidade	gera mais oportunidade.				
MEDHU02	2:5	Qualidade	nós gostaríamos de proporcionar um atendimento mais vip para o nosso cliente, essa é uma forte razão			
	2:8	Evasão	Deixaríamos de perder paciente para fora...			
	2:9	Gerar Valor e Promoção do Cooperado.	As pessoas estão pagando um convênio, as pessoas estão pagando particular, as pessoas pagariam mais sim por uma estrutura melhor e isso nos promoveria de uma forma geral.			
	2:10	Atendimento de outras especialidades e Oportunidade	não investindo em nosso serviço você bloqueia a vinda de outras especialidades para o nosso hospital, porque não tem sala cirúrgica, cadê a oportunidade para os cooperados porque não tem maior complexidade. Hoje nós perdemos os dois clientes o médico cooperado e o paciente.			
	2:11	Evasão	Paranavaí tem capacidade para muito mais entende, pois atende uma região toda.			
MEDHU03	2:12	Potencial/Regional de Saúde	Paranavaí tem capacidade para muito mais entende, pois atende uma região toda.			
	2:16	Estrutura	espaço físico é necessário			
	2:17	Produção Médica	a gente conseguia produzir mais			
	2:18	Complexidade	Pós Operatório de um paciente complicado, o paciente é um paciente para operar no Hospital Unimed se ele tem baixas chances de complicação, mesmo com a semi a gente não se sente seguro o suficiente em deixar o paciente lá.			
	2:19	Complexidade	O paciente com chance de complicar não é levado ao hospital Unimed, isso é uma perda, ele vai para o prestador.			
	2:20	Evasão e perda para o cooperado	Perde a cooperativa e perde o cooperado			
	2:21	atender outras especialidades	atender outras especialidades			
MEDHU04	2:22	Oportunidade	um cirurgião com menos volume tem menos oportunidade também			
	2:23	Estrutura	queixa em relação aos apartamentos, você percebe podia ser melhor.			
	2:25	Estrutura	falta de estrutura			
	2:26	Perda/ Evasão	deixaria de perder.			
	2:27	Resolutividade	aumentaria a resolutividade			
MEDHU05	2:28	diminuir custos	diminuiria o custo lá fora			
	2:30	Evasão	deixar de perder pacientes para Maringá.			
	2:31	Evasão	Perde para Santa Casa por não ter UTI.			
	2:32	Evasão	perde por não ter serviço de imagem dentro do hospital, laboratório também, tudo vai para fora daí.			
MEDHU06	2:33	Oportunidade	O médico perde também, o médico também é um cliente.			
	2:35	diminuir custos	reduz bastante custo			
	2:36	Qualidade	melhora muito a qualidade do atendimento			
	2:37	Resultados anteriores positivos	Nós tivemos uma experiência positiva com o PA, foi bom é uma coisa que deu certo, se a gente fizer mais coisas aqui, mais cirurgias, sermos menos dependente de outros serviços, pagar menos para Santa Casa, pagar menos para fora.			
	2:38	Resultados para o Hospital	vamos ter bons resultados			
	2:39	Aumento de Receita e gerar valor para o beneficiário	venderíamos mais planos, gera valor para o beneficiário			
	2:40	concorrência	concorrência			
MEDHU07	2:41	Consolidação	o nosso produto tem que ser muito bom, temos que estar consolidado			
	2:43	Competitividade	precisamos ter um outro hospital			
	2:44	Competitividade	não existe concorrência você não consegue ter uma boa dinâmica de serviço			
MEDHU08	2:45	atender outras especialidades	as especialidades como Uro, Neuro, Ortopedia, não cabem dentro do Hospital Unimed			
MEDHU09	2:47	diminuir custos	diminuir custos.			
MEDHU10	2:49	diminuir custos	Sobrevivência.			
	2:51	Qualidade	nosso Hospital Unimed não tem um padrão Unimed			
	2:52	Estrutura	problemas estruturais			
	2:53	Complexidade	A melhor razão é para se ter um hospital de grande porte pela regional de saúde que atendemos.			

O benefício frequentemente relacionado à estratégia de verticalização é a realização de economias e contenção de custos, conforme Porter (1986), que pode variar dependendo do setor, da estratégia e de seus pontos fracos e fortes. Indo ao encontro da ampliação do hospital nesse caso, que pode diminuir a evasão com o aumento da complexidade e resolutividade, diminuindo custos para a cooperativa.

Assumir a coordenação das atividades mitiga o comportamento oportunista que ocorre com outros agentes envolvidos por gerar maiores custos de transação. A centralização do controle e a integração de diferentes unidades de negócio podem gerar sinergia à atividade fim da empresa (KLEIN; CRAWFORD; ALCHIAN, 1978). Assim, podemos traçar um paralelo em relação à dependência de prestadores no intercâmbio, ou até mesmo no hospital de maior complexidade do município de Paranavaí, criando comportamento oportunista em relação à cooperativa, por isso a importância no investimento em nossas unidades de negócios como Hospital Próprio, Centro de Oncologia, Ambulatórios entre outros. Gerando sinergia por meio da coordenação do cuidado e excelência na prestação de serviços. Estes autores acima citados, conforme descrito, seguem ao encontro do que foi pontuado pelos médicos cooperados.

Em relação aos lugares de atuação dos médicos respondentes foi observado que 100% possuem clínica particular. Destes, 10% atuam em outros prestadores de serviço credenciado, sendo em outras clínicas credenciadas de serviço de apoio a diagnóstico e em outros hospitais no município de Maringá. Foi verificado que 70% atuam também no Hospital Santa Casa e 20% são exclusivos Hospital Unimed. Os dados foram tabulados conforme a resposta da questão 3, opções (a); (b); (c) e (d). Percebe-se ao longo da entrevista que isso interfere no posicionamento de alguns cooperados para o fortalecimento da estratégia na ação de ampliação do hospital. Relacionando-se ao comodismo de ter a outra instituição, quem está no Hospital Unimed apoia a ação, sensação de refém do sistema pelo Hospital Santa Casa dominar o mercado no município e conflitos de interesses, conforme o relato dos mesmos. Porém, 90% dos participantes afirmam que isso hoje não é um impedimento para concretização do projeto. O atual conflito apontado foi a decisão em ampliar no prédio atual ou construir em um novo terreno somado a questões financeiras para investir.

Para Porter (1986), a integração vertical traz economia e outros benefícios potenciais como tecnologia; garantir oferta e/ou demanda; eliminar barganha;

aumentar habilidade para diferenciação; aumentar barreiras de entrada e mobilidade; entrar em um negócio de alto retorno; defender-se contra fechamento do mercado. Embora seja um investimento alto, o aumento da complexidade vai gerar diminuição de custos e melhora de resultados, aumentar a oportunidade para o cooperado, eliminar o comportamento oportunista, agregar valor ao cliente, trazer competitividade e aumentar a barreira para entrada de outros planos assistenciais na região.

Na análise da questão 4, sobre as considerações a respeito da verticalização como uma estratégia interessante para o cooperado, extraímos 24 citações do conteúdo das entrevistas. A essas citações associamos o código: verticalização uma estratégia interessante para o cooperado, para sinalizar as falas mais relevantes de cada participante (utilizado o Atlas TI, ferramentas de exploração de citações), planilhadas as citações para se aprofundar na análise, utilizado o gerenciamento de códigos, em que 70% dos médicos apontaram a oportunidade de trabalho que se abre como o fator mais atrativo. Dos sete respondentes, um deles também considerou a relevância do atendimento de outras especialidades. Outros três deixaram em evidência no discurso o atendimento de outras especialidades (correspondendo a 30%) (Quadro 7).

Quadro 7 – Tratamentos dos resultados – parte 2

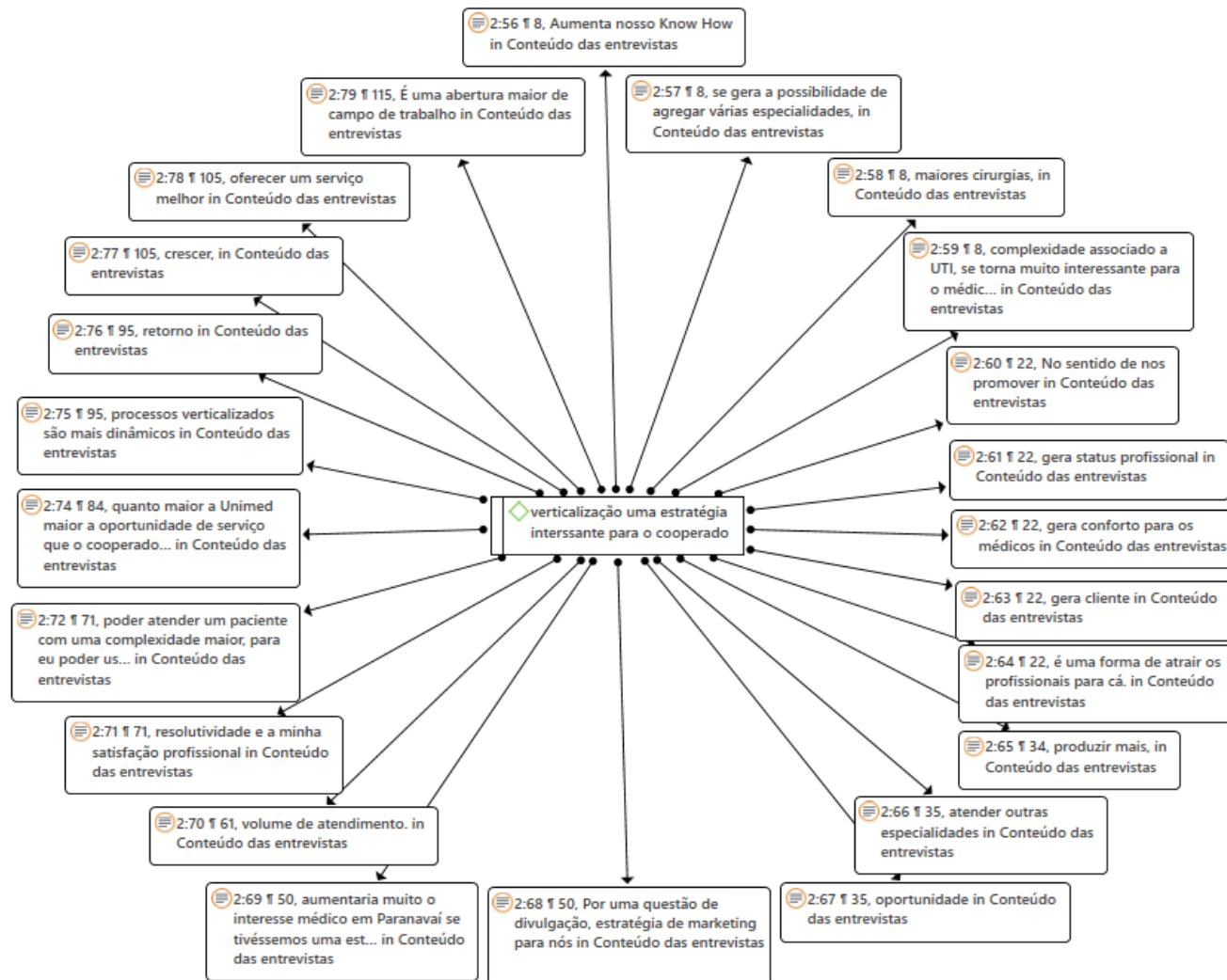
Participante	ID	Nome da Citação	Conteúdo de Citação	Comentário	Códigos	Categoria de Análise
MEDHU01	2:56	Conhecimento	Aumenta nosso Know How	70% dos médicos apontaram a oportunidade de trabalho atrativo. Dos 7 respondentes um deles também considerou a relevância do atendimento de outras especialidades. Outros três deixaram em evidência no discurso o atendimento de outras especialidades (correspondendo a 30%).	Verticalização uma estratégia interessante para o Cooperado	Verticalização: A verticalização de serviços de maior complexidade foi estabelecida como categoria de análise por representar a melhoria das condições de trabalho nas atividades realizadas pelos médicos cooperados e acesso à carteira de clientes que poderiam evadir para Maringá (município mais próximo com serviços mais complexos), pois o aumento da resolutividade e complexidade permite fidelizar o cliente no Recurso Próprio.
	2:57	atender outras especialidades	se gera a possibilidade de agregar várias especialidades,			
	2:58	complexidade.	maiores cirurgias,			
	2:59	complexidade e oportunidade	complexidade associado a UTI, se torna muito interessante para o médico, traz concorrência para o outro hospital. ^{[P]_{SEP}}			
MEDHU02	2:60	promoção	No sentido de nos promover			
	2:61	status profissional	gera status profissional			
	2:62	conforto para os médicos	gera conforto para os médicos			
	2:63	oportunidade	gera cliente			
MEDHU03	2:64	atender outras especialidades	é uma forma de atrair os profissionais para cá.			
	2:65	produção médica	produzir mais,			
	2:66	atender outras especialidades	atender outras especialidades			
MEDHU04	2:67	oportunidade	oportunidade			
	2:68	Por uma questão de divulgação, estratégia de marketing para nós	Por uma questão de divulgação, estratégia de marketing para nós			
	2:69	interesse médico em Pvaí	aumentaria muito o interesse médico em Paranavaí se tivéssemos uma estrutura maior. ^{[P]_{SEP}}			
MEDHU05	2:70	oportunidade	volume de atendimento.			
MEDHU06	2:71	resolutividade	resolutividade e a minha satisfação profissional			
	2:72	complexidade.	poder atender um paciente com uma complexidade maior, para eu poder usar o meu conhecimento, as vezes fico limitado			
	2:73	oportunidade	trazer um volume maior. ^{[P]_{SEP}}			
MEDHU07	2:74	oportunidade	quanto maior a Unimed maior a oportunidade de serviço que o cooperado tem			
MEDHU08	2:75	processos verticalizados são mais dinâmicos	processos verticalizados são mais dinâmicos			
	2:76	retorno	retorno			
MEDHU09	2:77	crescer,	crescer,			
	2:78	qualidade	oferecer um serviço melhor			
MEDHU10	2:79	oportunidade	É uma abertura maior de campo de trabalho			

Fonte: A autora.

Para análise das respostas foi elaborada uma rede por meio do Atlas TI, ferramenta abrir rede, para visualizar graficamente as falas e verificar as demais considerações ligadas ao interesse dos profissionais, em que é válido destacar o aumento do conhecimento técnico por estar em um hospital de maior complexidade, ser resolutivo em razão do acesso a um serviço de maior complexidade e tornar os processos mais dinâmicos por coordenar toda a produção assistencial. E, ainda, a promoção dos membros cooperados, pois segundo eles gera um status profissional, divulgação e marketing, satisfação por oferecer uma assistência à saúde qualificada. E, não menos importante, o ganho para o município de Paranavaí.

A visão de estratégia delimitada pode ser observada na Figura 4.

Figura 4 – Visão de estratégia



Fonte: A autora.

Após exploração de conteúdo nas questões 2 e 4, concebeu-se a categoria de análise verticalização.

Segundo Grosskopf (2010), a promoção dos membros é a maior máxima de toda sociedade cooperativa, o objetivo básico da cooperativa deve ser promover os interesses econômicos dos cooperados e/ou aspirações por meio de uma empresa de propriedade conjunta. No que diz respeito à ampliação do hospital, o cooperado fará uso em benefício dele, do cliente, mas também seria um crescimento sustentável para a cooperativa. A ampliação do Hospital Unimed vai ao encontro dos interesses e aspirações do cooperado conforme evidenciado nas respostas dos participantes, gerar oportunidade é uma forma de promover os membros de uma cooperativa.

Na análise da questão 05, no que diz respeito a atendimento às necessidades do paciente, do ponto de vista médico, a verticalização representa para 100% deles uma alavancagem no quesito qualidade e excelência na prestação de serviços da saúde. Pois, com a ampliação do hospital aumenta complexidade e resolutividade, recursos assistenciais, com conseqüente qualificação da assistência.

É necessário criar diferenciais competitivos para enfrentar as disputas no setor de saúde suplementar hoje, novas estratégias de crescimento e buscar pela qualidade de atendimento (SILVA, 2003).

Para análise de valor e percepção de valor (Quadro 8), por meio da questão 6, foi verificado que 100% dos cooperados acreditam que a estratégia de verticalização lhe atribui valor profissional. Foram analisadas 13 citações extraídas do conteúdo das respostas, após foi associado o código: Valor, os dados foram organizados em planilha para melhor interpretação. Foi verificado que o cooperado entende que a ampliação gera valor para o médico e o paciente. Então, concebeu-se como categoria de análise: Valor. Os médicos entendem como valor é gerar oportunidade de trabalho e atender as necessidades de saúde de maior complexidade por meio de um hospital de maior porte. Conforme Bowman e Ambrosini (2000, p. 3), o valor refere-se à qualidade de um produto percebido pelo cliente em relação aos seus interesses e necessidades. Ou seja, o valor de uso percebido pelo cliente, no que se trata em relação à ação de ampliação, resume-se à oportunidade para desenvolvimento de atividades médicas.

Quadro 8 – Análise de valor e percepção de valor – parte 1

Participante	ID	Nome da Citação	Conteúdo de Citação	Comentário	Códigos	Categoria de análise
MEDHU01	2:92	Gera valor e Sentimento de pertencer	you feel privileged to belong to a cooperative of this	100% dos médicos cooperados acreditam que gera valor por ter um hospital de maior complexidade. A verticalização agrega valor para os pacientes e profissionais médicos	valor	Valor
MEDHU02	2:94	gera valor	will attribute value to the beneficiary and to the cooperative			
	2:111	gera valor	For us that we are here it is clear, will attribute value to the beneficiary and to the cooperative			
MEDHU03	2:97	gera valor	Aggregates value but the dog is hungry, I want to say that it does not happen.			
	2:112	gera valor	aggregates value for the cooperative and for the beneficiary			
MEDHU04	2:98	gera valor fidelização	Yes because the patient will stay in Paranaíba,			
MEDHU05	2:100	gera valor	For me it aggregates value yes			
MEDHU06	2:102	gera valor pelo acesso aos recursos	the expansion would be a lot for me (it refers to resources for service).			
MEDHU07	2:116	gera valor	Yes, certainly.			
MEDHU08	2:114	gera valor	I think that verticalization is better for the cooperative and for the cooperative in general.			
	2:109	gera valor	Represents yes			
MEDHU09	2:105	gera valor, aumenta a segurança	The greatest value for me is to work with security			
MEDHU010	2:107	gera valor	Yes as I commented.			

Fonte: A autora.

Para realizar a análise sobre a percepção de valor, foram extraídas 12 citações obtidas na questão 6; foi associado o código percepção de valor; por meio do gerenciamento das citações foi elaborada outra planilha para clarividência das informações (Quadro 9). Verificado que 50% dos médicos têm como percepção de valor a oportunidade, gera valor ao profissional porque gera oportunidade de trabalho. Observado que 20% dos participantes associam a percepção de valor ao acesso a recursos (tecnologia). Os outros 30% apresentaram uma percepção distinta, um respondente expressou sobre o desejo de gerar experiência boa para o cliente e o médico por ter um serviço de referência, um respondente mencionou a promoção dos membros cooperados em relação às atividades desenvolvidas na assistência e, por fim, um respondente trouxe como percepção de valor o fator segurança para execução de procedimentos assistenciais. Concebeu-se aqui a categoria de análise percepção de valor.

Quadro 9 – Análise de valor e percepção de valor – parte 2

Participante	ID	Nome da Citação	Conteúdo de Citação	Comentário	Códigos	Categoria de análise
MEDHU01	2:93	promoção dos membros	você consegue ter uma promoção em relação as atividades que podem ser desenvolvidas.	<p>50% dos médicos tem como a percepção de valor a oportunidade, gera valor ao profissional porque gera oportunidade. 20% associam a percepção de valor ao acesso a recursos. Os outros 30% apresentaram uma percepção distinta.</p> <p>1 respondente expressou sobre o desejo de gerar uma experiência boa para o cliente e o médico, 1 respondente mencionou a promoção dos membros cooperados em relação as atividades desenvolvidas na assistência e por fim 1 respondente trouxe como percepção de valor o fator segurança para execução de procedimentos.</p>	percepção de valor	Percepção de Valor
MEDHU02	2:95	gerar uma boa experiência	Precisa gerar uma experiência boa para o paciente isso gera valor pra mim.			
	2:96	gerar valor pelo que é oferecido	Você pode cobrar, por isso as pessoas pagam no Aistein por exemplo.			
MEDHU03	2:113	oportunidade	um cirurgião com menos volume tem menos oportunidade também, quando tem o paciente o médico não tem o horário disponível para trabalhar... Vai dar mais oportunidade para o cooperado.			
MEDHU04	2:99	oportunidade	gerar mais oportunidade. A cooperativa vai crescer.			
MEDHU05	2:101	oportunidade	agregaria um maior volume de atendimento, mais pacientes, por exemplo da infectologia interna pouco paciente, algumas doenças na minha área as pessoas não querem que fiquem sabendo.			
MEDHU06	2:103	recursos	recursos,			
MEDHU07	2:104	oportunidade	Pela maior oportunidade de trabalho.			
MEDHU08	2:110	recursos	recursos para os pacientes e para os próprios médicos			
	2:115	custos	Mais para cooperativa com a diminuição de custos e daí para o médico mais indiretamente.			
MEDHU09	2:106	segurança	trabalhar com segurança			
MEDHU10	2:108	oportunidade	oportunidade de trabalho.			

Fonte: A autora.

Na análise da questão 7, verificou-se que 70% dos médicos entrevistados não se recordavam da visão de maneira detalhada, mas não desconheciam, 30% mostraram lembrar-se, sem pedir para que o pesquisador falasse. Foi observado que 80% comentaram além da visão, a missão da cooperativa. A visão é “Ser reconhecida como modelo de gestão integrada em saúde, por meio da inovação e qualidade”. Todos os respondentes acreditam que a integração vertical está em consonância com a visão norteadora (100%), pela coordenação de toda linha de cuidado e qualificação da assistência. A missão da cooperativa é “Oferecer serviços de promoção à saúde e assistência com qualidade aos nossos clientes, garantindo a justa remuneração ao médico cooperado de forma sustentável”. O fato que fez com que comentassem a missão, foi que eles ampliaram a discussão sobre o aspecto remuneração, aos quais 80% entendem que com a ampliação haverá também a melhora na remuneração de forma sustentável com a redução de custos, 20% acreditam que a cooperativa não conseguirá manter uma remuneração justa, por motivo de concorrência e impactos econômicos da pandemia.

A partir da análise do conteúdo das entrevistas conceberam-se três categorias de análise: verticalização, valor e percepção de valor. A verticalização remete às principais justificativas para integração vertical e o porquê a estratégia é interessante aos médicos. A verticalização de serviços de maior complexidade foi estabelecida como categoria de análise por representar o acesso à carteira de clientes que poderiam evadir para Maringá (município mais próximo com serviços mais complexos), abrindo maior oportunidade ao médico. Pois, o aumento da resolutividade e complexidade traz maior campo de trabalho, e, ainda, traz também a melhoria das condições de trabalho nas atividades realizadas pelos médicos cooperados pelo acesso aos recursos disponíveis com a ampliação. Verificou-se que 100% dos cooperados veem a verticalização como uma estratégia interessante, sendo a favor da ampliação do Hospital Unimed.

A ampliação é necessária e possibilita a diminuição de custos, atende ao problema de evasão para Maringá, elimina dificuldades enfrentadas por falta de estrutura física no hospital e traz juntamente a qualificação e a prestação de serviços com excelência.

O valor remete ao questionamento se a estratégia gera valor para o cooperado ou não. Todos os médicos cooperados afirmaram que a ampliação do Hospital Unimed lhe atribui valor, além de ser um privilégio pertencer a uma cooperativa que

possui recursos próprios, assistência de qualidade e referência, gera mais valor também para o cliente e fidelização, além de aumentar a credibilidade e a segurança nos serviços de saúde. O valor enquadra-se como categoria de análise, pois expressa o 'valor de uso' por parte do médico, possibilitando-lhe promoção enquanto membro da cooperativa. Dando-lhe acesso ao mercado de trabalho, carteira de clientes, oferecendo espaço adequado para a realização de suas atividades, no caso um hospital de média a alta complexidade com recursos para uso do cooperado.

A percepção de valor traz de que forma o cooperado tem o valor percebido em relação à ação de ampliação do Hospital Unimed. A percepção de valor se enquadra como categoria de análise, porque pode ser utilizada como elemento ou critério de avaliação do cooperado, quanto à ampliação dos serviços hospitalares, mostrando-lhe, se de acordo com seu contexto singular e coletivo, a oferta de serviços hospitalares mais complexos contribui ou não com todas as suas atividades e, não apenas com as que são realizadas no âmbito do hospital da Unimed. Do ponto de vista do médico cooperado, o valor atribuído ao profissional está fortemente associado à oportunidade de trabalho, que faz com que o membro da cooperativa seja promovido no que diz respeito às atividades desenvolvidas. O que reforça a busca pela concretização do projeto, mobilização da diretoria da Unimed Paranavaí para viabilizar a execução, visto que a cooperativa tem como objetivo gerar valor para o cooperado.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente trabalho teve como objetivo analisar de que forma a estratégia de verticalização, tomada pela Unimed de Paranavaí, acerca da ação de ampliação do hospital próprio, influenciou a percepção de valor da cooperativa pelos médicos cooperados; pretendeu, ainda, explicar de que forma essa percepção de valor se dava, buscando verificar se ocorria de maneira positiva ou negativa em relação ao hospital próprio da Unimed. Também, verificar se os cooperados conheciam a estratégia da Unimed Paranavaí; se percebiam as ações e decisões tomadas pela Unimed de Paranavaí como parte da estratégia de verticalização e, como os cooperados entendiam tal estratégia no desenvolvimento de suas atividades e nas atividades da cooperativa; por fim, se a verticalização de serviços de maior complexidade hospitalar geraria valor para o cooperado.

No caminho percorrido para o alcance do objetivo e, também, das buscas que se desdobraram a partir desse, foi realizado um estudo, em um primeiro momento, acerca das teorias que abordam e discutem a verticalização de hospitais, bem como os benefícios e desafios oriundos desse tipo de ação. Depois, foi executada uma investigação de campo, entrevistando médicos cooperados da Unimed de Paranavaí, a fim de coletar as impressões deles, em relação a essa estratégia no que diz respeito à percepção de valor dessa ação e, o quanto e como essa atitude impactaria na execução de suas atividades, estabelecendo valor para o cooperado.

Com base nos estudos teóricos e nas respostas coletas dos médicos cooperados, foram analisadas as mensagens expressas pelos entrevistados com base na análise de conteúdo utilizada por Bardin (1977), confrontando-as aos estudos teóricos; de modo a verificar se tais respostas vinham ao encontro das teorias estudadas, as quais se mostraram positivas quanto à verticalização enquanto estratégia de ampliação das estruturas hospitalares em cooperativas; ou se apresentavam contrárias ao posicionamento teórico.

Como fruto dessa análise, foi observado e registrado nesse trabalho que as impressões dos médicos cooperados se apresentavam em consonância com as teorias que validavam e positivaram a verticalização de hospitais como uma ação benéfica tanto para os cooperados, quanto para os usuários da operadora Unimed. Evidenciou-se que tanto em termos de estrutura física quanto em atendimento de maior complexidade, a verticalização do Hospital Unimed de Paranavaí, traria

benefícios para todos os envolvidos no processo, seja na diminuição de custos da prestação de serviços médicos, seja na qualidade dos atendimentos realizados, na segurança de trabalho prestado pelos médicos cooperados, quanto também no valor do cooperado, além de evitar a evasão de pacientes/usuários para outras cidades, como Maringá, onde haveria atendimentos com maior complexidade.

Para demonstrar todo o percurso realizado para a análise dessa temática, foram utilizadas categorias de análise que possibilitaram chegar às conclusões mencionadas. O uso de quadros e tabelas no tratamento dos dados coletados foram essenciais para que se pudesse visualizar a pró-análise e todo o caminho percorrido até chegar ao relatório que apresentou os resultados de forma analítica.

Ao fim do processo de pesquisa e análise do objeto de estudo, foi verificado que a verticalização do Hospital Unimed de Paranavaí é viável, atende a maior parte dos interesses dos envolvidos e traz ganhos para a cooperativa, ampliando sua abrangência de atendimento realizado com a qualidade almejada, respondendo assim a problemática levantada inicialmente. Pois, é notório que os cooperados percebem as ações de decisões tomadas pela Unimed de Paranavaí, como parte da estratégia de verticalização. Uma vez que visualizam a promoção e o atendimento dos seus interesses econômicos e a concretização de suas aspirações, tais como aumento do volume de atendimento e complexidade. Para a cooperativa, isso se traduz em crescimento sustentável. E, no que diz respeito aos usuários, esses alcançam o atendimento de suas plenas necessidades sem precisar de deslocamentos para outras cidades ou para outros hospitais.

Outro fator que revela que a verticalização do Hospital Unimed de Paranavaí é viável e válida, diz respeito ao desenvolvimento das atividades médicas. Nesse quesito, a percepção dos envolvidos, em um primeiro momento, dos médicos cooperados, vem pela ampliação dos recursos para execução de procedimentos, melhorando a condição de trabalho e, conseqüentemente, para os segundos envolvidos, os usuários no que trata do atendimento às suas necessidades e expectativas quanto ao plano de saúde. Para a cooperativa, diminui o custo assistencial. Por conseguinte, todos os envolvidos, ao perceberem tais fatos, reconhecem que ao alcançarem a execução de suas expectativas, a estratégia de verticalização, possibilita de fato, a ampliação do Hospital Unimed de Paranavaí ao mesmo tempo que alcança os interesses de todos.

Por fim, a ampliação do Hospital Unimed de Paranavaí se confirma como uma

estratégia pertinente, pois é possível afirmar que na medida que tal ampliação promove o atendimento das expectativas e interesses dos envolvidos, posiciona-lhes em condições vislumbradas quanto ao atendimento de qualidade, melhoria nas condições de trabalho e diminuição de custos, gera valor ao envolvidos e, conseqüentemente e simultaneamente, influencia diretamente na ampliação do hospital, em uma relação de interdependência, atuando concomitantemente como fator gerador e força motriz para realização de tal estratégia.

Portanto, quanto ao atendimento dos interesses dos envolvidos e sua percepção em relação a isso, é possível elencar os atendimentos da seguinte forma: quanto aos médicos cooperados, alcançaria a melhoria das condições de trabalho, oferecendo maiores recursos terapêuticos e de diagnóstico. Como, por exemplo, a disponibilização de recursos de imagem, exames laboratoriais, cuidados intensivos e tratamentos cirúrgicos, atendendo, inclusive, outras especialidades as quais não fazem parte do Hospital Unimed de Paranavaí na atualidade.

Já no que diz respeito aos usuários, esses poderiam passar a serem atendidos plenamente em suas necessidades no Hospital Unimed de Paranavaí, evitando, com isso, que precisem se deslocar para o Hospital Unimed de outras cidades, ou fazerem uso de outros hospitais prestadores de serviços médicos. Esse atendimento pleno ao usuário não evita apenas deslocamento do mesmo. Ele também reduz custos para a operadora Unimed, que não necessitará de custear atendimentos no intercâmbio.

Dessa forma, a cooperativa Unimed, no atendimento de seus interesses, contaria com a diminuição da taxa de evasão e o custo com o intercâmbio e/ou outros prestadores de serviços médicos; melhorando, ainda, o produto ofertado na venda dos planos de saúde.

Assim, verificou-se que essa estratégia adotada pela Unimed de Paranavaí influenciou a percepção de valor dos cooperados no que se refere à qualidade dos serviços e na diminuição dos custos nos referidos atendimentos, revelando-se como possível, válida, viável e legítima.

A seguir serão apresentadas as contribuições desse estudo para a concretização do projeto de ampliação do hospital Unimed, bem como caminhos para novas pesquisas.

5.1 LIMITAÇÕES DA PESQUISA

Na realização dessa pesquisa deparou-se com algumas dificuldades e limitações em sua execução.

A primeira dificuldade foi em relação ao agendamento das entrevistas com os médicos, pois diante da pandemia do Covid 19, houve aumento de demanda e os profissionais voltaram-se para o atendimento ao coronavírus nos serviços de referência e hospital de campanha.

Em virtude ainda dessa demanda, as entrevistas deveriam ser breves, muitas vezes entre os atendimentos, o que pode interferir na qualidade dos dados obtidos. Outro ponto seria a divagação na conversa dos participantes, necessitando retomar a pergunta do roteiro da entrevista em alguns momentos.

5.2 CONTRIBUIÇÕES TEÓRICAS E GERENCIAIS

O estudo apresenta como contribuições o levante de três pontos importantes, a serem considerados como elementos de potência motora, na concretização do projeto de ampliação do Hospital Unimed de Paranaíba. São eles: diminuição de custos na prestação de serviços médicos evitando a evasão de usuários para outras cidades; atendimentos médicos de maior complexidade com recursos tecnológicos e exames capazes de aferir patologias com maior precisão, favorecer diagnósticos médicos mais precisos; e, valor agregado aos médicos cooperados, oferecendo-lhes maiores e melhores condições de trabalho tanto no que diz respeito à estrutura física e tecnológica quanto na instalação e uso de UTIs; possibilitando-lhes maior evidência enquanto profissionais na área da saúde, Além de agregar mais especialidades clínicas.

Com relação à diminuição de custo na prestação de serviços médicos, a verticalização produz economia, pois elimina a barganha, aumenta barreiras de entrada e mobilidade e, se mostra um negócio de alto retorno, defendendo-se, inclusive contra fechamento do mercado. Além de aumentar a oportunidade para o cooperado, eliminando comportamento oportunista. Também possibilita competitividade e aumenta a barreira para entrada de outros planos assistenciais na região.

No que diz respeito à evasão dos usuários para outras cidades, isso seria

evitado com o aumento da complexidade e resolutividade para atender Paranavaí e a região. Desta forma, o usuário não necessitaria de se encaminhar para outras cidades a fim de conseguir um atendimento de maior complexidade, como exames mais sofisticados e com uso de grandes tecnologias; o que levaria a resultados mais precisos, promovendo a resolução dos problemas de saúde. Isso se aplicaria também ao caso do uso de UTIs. Pois, o usuário não precisaria se locomover para ter atendimento em unidades de UTI, e o médico poderia continuar acompanhando seu paciente de forma mais próxima e segura.

Quanto à maior visibilidade do profissional da saúde, o fato de a operadora possuir um hospital de maior complexidade, posiciona o médico cooperado em situação de destaque, uma vez que seu trabalho terá aporte tecnológico e estrutural permitindo-lhe a exploração mais aprofundada dos sinais e sintomas e patologias apresentadas pelo paciente, dando-lhe um índice de resolutividade maior e mais seguro. Isso daria maior destaque ao médico cooperado e melhores condições de trabalho, o que lhe agrega valor.

Por fim, seria possível ao usuário obter um leque de especialidades das quais ele poderia desfrutar, especialidades essas, que sem um hospital com bom aparato tecnológico, como aparelhos de exames de imagem sofisticados, impediria a adesão de médicos ortopedistas, por exemplo.

Assim, é notório que a verticalização do Hospital Unimed de Paranavaí não só se revela uma estratégia possível, como também um bom negócio para os envolvidos, sejam eles médicos cooperados, usuários e gestores. O estudo comprovou as teorias que defendem e apresentam a verticalização como uma excelente estratégia para cooperativas do ramo da saúde, pois ao serem confrontadas às respostas fornecidas pelos entrevistados, revelou que as possibilidades que se abrem diante dos envolvidos, são significativamente interessantes e promovem satisfação.

Essa comprovação se deu pelas respostas dos médicos cooperados, que por meio de suas práticas profissionais e impressões acerca dessa estratégia e, com base nas necessidades e desafios de sua atuação na realidade atual, demonstraram que a verticalização enquanto forma de ampliação do Hospital Unimed de Paranavaí, seria uma ótima oportunidade para suprir as necessidades por eles sentidas no que diz respeito à maior complexidade de atendimento, resolutividade de problemas e satisfação por parte dos usuários.

Portanto, concluiu-se que a verticalização do Hospital Unimed de Paranavaí

fortalece o movimento para a concretização do projeto de ampliação entre os cooperados que fazem parte do corpo clínico, levando, inclusive a uma mudança no posicionamento da gestão (Diretoria da Unimed Paranavaí). Como resultado, pode-se apontar dois produtos: um de caráter acadêmico científico resultante da pesquisa no âmbito de análise, que é a comprovação da hipótese inicial da viabilidade e validade da estratégia estudada. E o outro seria um 'portifólio' com elementos e dados importantes para se transpor as dificuldades e divergências quanto à ampliação do hospital Unimed; de modo a deixar para trás questões de como realizar a ampliação e os interesses individuais.

5.3 CAMINHOS PARA NOVAS PESQUISAS

Até aqui os estudos tiveram como foco a estratégia de verticalização do Hospital Unimed de Paranavaí, a fim de verificar sua validade e a percepção dos médicos cooperados quanto a isso. Para novas investigações, vemos como possibilidade um aprofundamento quanto a um dos aspectos pontuados nessa análise, podendo ser um dos três pontos evidenciados nas contribuições dessa pesquisa. No entanto, acreditamos que, na continuidade do intuito de concretizar o projeto de ampliação entre os cooperados que fazem parte do corpo clínico; entendemos que o ponto de maior interesse poderia ser a diminuição dos custos da prestação de serviços médicos, estabelecendo condições necessárias de sustentabilidade da prestação de serviços. Alcançando tal diminuição e promovendo a sustentabilidade, grande parte dos desafios vivenciados pela gestão na promoção das condições de trabalho dos médicos cooperados seria, se não eliminadas completamente, minimizados.

A sustentabilidade traria fôlego para as situações econômicas e, permitiria novos investimentos ampliando ainda mais, a resolutividade nos atendimentos médicos e a satisfação dos usuários da Unimed. Dessa forma, tem-se essa questão como uma possível continuidade dos estudos acerca da verticalização de hospitais em cooperativas do ramo da saúde.

REFERÊNCIAS

AAKER, D. A. **Administração estratégica de mercado**. 7. ed. Porto Alegre: Bookman, 2007.

AGENCIA NACIONAL DE SAUDE. **Dados gerais planos e seguros de saúde**. Brasília, DF, 2020. Disponível em: <https://www.ans.gov.br/perfil-do-setor/dados-gerais>. Acesso em: 10 maio 2020.

ALBUQUERQUE, C. *et al.* A situação atual do mercado da saúde suplementar no Brasil e apontamentos para o futuro. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 5, p. 1421-1430, out. 2008. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-812320080005000008&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 1 jul. 2020.

ALVES, S. L. **Concentração e verticalização no setor de saúde suplementar: uma análise econométrica**. São Paulo: LCTE, 2008.

AMATO NETO, J. A. Reestruturação Industrial, Terceirização e Redes de Subcontratação. **RAE**, Rio de Janeiro, v. 35, n. 2, p. 33-42, 1995.

ANDERSON, J.; NARUS, J. **Business Market Management: understanding, creating and delivering value**. New Jersey: Prentice-Hall, 1999.

ANDREWS, K. R. O conceito de estratégia empresarial. In: MINTZBERG, H.; QUINN, J. M. (org.). **O processo de estratégia**. 3. ed. Porto Alegre: Bookman, 2001.

ANDREWS, K. R. The concept of corporate strategy. 3.ed. Homewood: Irwin, 1987. 132p.

ANDREWS, K. **The concept of corporate strategy**. 3 rd. Homewood: Richard Irwin, 1980.

ANSOFF, H. I. **Corporate strategy: an analytic approach to business policy for growth and expansion**. New York: McGraw-Hill, 1965.

ANSOFF, H. I. The changing shape of the strategic problem. *In*: SCHENDEL D. E.; HOFER, C. W. (ed.). **Strategic management: a new view of business policy and planning**. Boston: Little, Brown and Company, 1979. p.117

ARGYRES, N. Evidence on the role of firm capabilities in vertical integration decisions. **Strategic Management Journal**, Haboken, v. 17, n. 2, p. 129, 1996.

AZEVEDO, P. F. Nova Economia Institucional: referências gerais e aplicação para a agricultura, **Agric**, São Paulo, v. 47, n.1, p.33-52, 2000.

BAIN, J. S. **Barriers to new competition: their character and consequences for manufacturing industries**. Boston: Harvard University Press, 1956.

- BAJS, I. P. Tourist perceived value, relationship to satisfaction, and behavioral intentions the example of the Croatian tourist destination Dubrovnik. **Journal of Travel Research**, Thousand Oaks, v. 54, n. 1, p. 122-134, 2015.
- BARBOSA, P. R. A gestão da saúde no brasil: Novas responsabilidades e novas práticas. *In*: GOULART, F. A. A.; CARVALHO, G. C. M. (Orgs.) **Os médicos e a Saúde no Brasil**. Brasília, DF: Conselho Federal de Medicina, 1998. p. 51-68.
- BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Portugal: Edições 70, 1977.
- BARNEY, J. Firm resources and sustained competitive advantage. **Journal of Management**, Stillwater, v. 17, n. 1, p. 99-120, 1991
- BARROS, P. M. A. **Determinantes da integração vertical**: uma análise de empresas Portuguesas. 2012. Dissertação (Mestrado em Economia Industrial e da Empresa) - Universidade do Minho, Portugal, 2012.
- BATALHA, M. O. (org). **Gestão agroindustrial**. 2. ed. São Paulo: Atlas, 2001.
- BESANKO, D.; DRANOVE, D.; SHANLEY, M. **Economics of strategy**. 2nd. ed. New York: John Wiley, 2000.
- BIALOSKORSKI NETO, S. **Economia e gestão de organizações cooperativas**. 2. ed. São Paulo: Atlas, 2012.
- BLOIS, K. Vertical Quasi-integration. **Journal of Industrial Economic**, Oxford, v. 20, n. 3, p. 253, Jul. 1972.
- BOWMAN, C.; AMBROSINI, V. Value creation versus value capture: towards a coherent definition of value in strategy. **British Journal of Management**, Chichester, v. 11, p. 1-15, 2000.
- BRANDENBURGER, A. M.; STUART, H. W. Value-based business strategy. **Journal Economy Manage strategy**, Cambridge, v. 5, n. 1, p. 5-24, 1996.
- BRITTO, J. Redes de cooperação entre empresas. *In*: KUPFER, D. **Economia industrial**: fundamentos teóricos e práticos no Brasil. Rio de Janeiro: Campus, 2002.
- BYRNE, M. M.; ASHTON, C. M. Incentives for Vertical Integration in Healthcare: the effect of reimbursement systems. **Journal of Healthcare Management**, Chicago, v. 44, n. 1, p. 34-44, Jan. 1999.
- CARVALHO, F. C.; MARQUES, S. A.; MAIA, M. L.; YOSHII, R. J. Estudo da integração vertical na agroindústria sucroalcooleira no estado de São Paulo. São Paulo: Agricultura em São Paulo, v. 40, n. 1, p. 157-182, 1993.

CLAUDINO, B. H. V. **Impacto da verticalização das operadoras de saúde no Brasil**: uma análise do retorno dos ativos do setor. 2019. Dissertação (Mestrado) - Fundação Getúlio Vargas, São Paulo, 2019. Disponível em: <https://bibliotecadigital.fgv.br/dspace/bitstream/handle/10438/28077/Bruno%20H.%20Cunha%20Claudino%20-%20Disserta%20c3%a7%20c3%a3o%20MPE%20FGV%20-%20IMPACTO%20DA%20VERTICALIZA%20c3%87%20c3%83O%20DAS%20OPERADORAS%20DE%20SA%20aDE%20NO%20BRASIL%20v.final%2016092019.pdf?sequence=3&isAllowed=y>. Acesso em: 26 set. 2021.

COASE, R. H. The nature of the firm. **Economica**, New Series, v. 4, n. 16, p. 386-405, Nov. 1937. Doi: <https://doi.org/10.1111/j.1468-0335.1937.tb00002.x>

COFF, R. W. The coevolution of rent appropriation and capability development. **Strategic Management Journal**, Hoboken, v. 31, n. 7, p. 711-733, 2010.

COSTA, E. A. **Gestão estratégica**. São Paulo, Saraiva, 2006.

DENZIN, N. K.; LINCOLN, Y.S. Introdução: a disciplina e a prática da pesquisa qualitativa. In: DENZIN, N. K.; LINCOLN, Y. S. **O planejamento da pesquisa qualitativa: teorias e abordagens**. 2nd. ed. Porto Alegre: Artmed, 2006. p. 193-217.

DIAS, R.; G. **A Judicialização da Saúde Suplementar no Estado do Rio de Janeiro**. 2014. Artigo Científico (Pós-Graduação Lato Sensu em Direito do Consumidor e Responsabilidade Civil) - Escola da Magistratura do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2014.

D'AVENI, R. A.; DAGNINO, G. B.; SMITH, K. G. Guest editors' introduction to the special issue: The age of temporary advantage. **Strategic Management Journal**, Hoboken, v. 31, p. 1371–1385, 2010.

EISENHARDT, K. Control: organizational and economic approaches. **Management Science**, Providence, v. 31, n. 2, p. 134, 1985.

FINK, A. **The survey handbook**. Thousand Oaks: The Survey Kit, 1995. v.1.

FISCHER, T.; SOJER, M. On the relationship of value, creation and value capture an empirical analysis. **Journal of General Management**, London, v. 41, n. 2, p. 79-106, 2015.

FREIRE, A. **Estratégia sucesso em Portugal**: integração vertical: evolução da estratégia de integração vertical. 9. ed. Lisboa: Ed. Verbo, 2003.

GALE, B. T. **Gerenciando o valor do cliente**: criando qualidade e serviços que os clientes podem ver. São Paulo: Pioneira, 1996.

GARCEZ, M. P. A seleção das estratégias de crescimento e diversificação: um estudo de casos na indústria petroquímica. In: EnANPAD., 30, Salvador. **Anais...** Salvador: [s.n.], 2006. Disponível em: <http://www.anpad.org.br/enanpad/2006/dwn/enanpad2006-esoa-3196.pdf>, 2006. Acesso em: 15 jun. 2020.

GERHARDT, T. E.; SILVEIRA, D. T. **Métodos de Pesquisa**. Rio Grande do Sul: Ed.

Da UFRGS, 2009.

GRANT, R. M. **Contemporary strategy analysis**: concepts, techniques, applications. USA: Blackwell Publishers, 2002.

GROSSKOPF, W. Promotion Mandate. *In*: DÜLFER, E. **International Handbook of Cooperative Organizations**. Germany: Vandenhoeck & Ruprecht in Göttingen, 1994. p. 740- 745.

GSCHWENDTNER, G. Verticalização e compartilhamento de processos como estratégia sustentável. **Revista Ampla**, Curitiba, 2017. Edição da Unimed, 44.

HARRIGAN, K. R. **Strategic flexibility, a management guide for changing times**. Washington, D. C.: Beard Books, 2003.

HARRIGAN, K. R. Vertical integration, outsourcing and corporate strategy. **Academy of Management Journal**, Haboken, v. 28, n. 2, 1985. Doi:10.5465/256208.

HARRISON, J. S. **Administração estratégica de recursos e relacionamentos**. Trad. Luciana de Oliveira da Rocha. Porto Alegre: Bookman, 2005.

HAYES, R. H. *et al.* **Em busca da vantagem competitiva**: produção, estratégia e tecnologia. São Paulo: Bookman, 2008.

HILL, C.; JONES, G. **O essencial da administração estratégica**: casos reais e aplicação prática da teoria. São Paulo: Saraiva, 2012.

HITT, M.; IRELAND, R. D.; HOSKISSON, R. E. (org.). **Administração estratégica**: competitividade e globalização. Trad. All Tasks. 2. ed. São Paulo: Thomson Learning, 2008.

JOSKOW, P. Vertical integration and long-term contracts: the case of coal burning electric generation plants. **Journal of Law, Economics and Organization**, New Haven, v. 33, n. 1, 1985.

KAPLAN, R. S.; NORTON, D. P. A. **Estratégia em ação**: Balanced Scorecard. Rio Janeiro: Elsevier, 1997.

KLEIN, B.; CRAWFORD, R.; ALCHIAN, A. Vertical integration, appropriable rents, and the competitive contracting process. **Journal of Law, Economics and Organization**, New Haven, v. 21, p. 297, 1978.

KON, A. **A economia industrial de crescimento**. São Paulo: Nobel, 1994.

KOTLER, P. **Administração de marketing**: análise, planejamento, implementação e controle. São Paulo: Atlas, 1998.

LAMBIN, J. J. **Marketing estratégico**. 4. ed. Lisboa: McGraw-Hill, 2000.

LEPAK, D. P. *et al.* Value creation and value capture: a multilevel perspective. **Academy of Management Review**, Ada, v. 32, n. 1, p. 180-194, 2007.

LIEBERMAN, M. B. Determinants of vertical integration: An empirical test. **Journal of Industrial Economics**, Oxford, v. 39, n. 5, set. 1991.

LOEPPKE, R.; HYMEL, P. Health and productivity enhancement. *In*: MOSER JÚNIOR, R (ed.). **Effective Management of Health and Safety Programs: a practical guide**. 3rd ed. Beverly: OEM Press, 2008. p. 225-243.

MAANEN, J. V. Reclaiming qualitative methods for organizational research: a preface, in administrative. **Science Quarterly**, Austin, v. 24, n. 4, dez. 1979.

MAHONEY, J. The choice of organizational form: vertical financial ownership versus other methods of vertical integration. **Strategic Management Journal**, Hoboken, v. 13, n. 8, p. 559, 1992.

McGrath, R. G. (2013). The end of competitive advantage: How to keep your strategy moving as fast as your business. Cambridge: Harvard Business Review Press, 2013.

MANUAL DE ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE DO SISTEMA UNIMED DO BRASIL. **Realinhamento das Ações de Promoção à Saúde e de Prevenção de Riscos e Doenças**. São Paulo: Unimed, 2013. v. 1.

MARX, K. **Capital: a critique of political economy**. London: Penguin Books, 1990. (Obra original publicada em 1867).

MINTZBERG, H. **Ascensão e queda do planejamento estratégico**. Porto Alegre: Bookman, 2004.

MINTZBERG, H.; LAMPEL, J. Reflexões sobre o processo estratégico. *In*: CUSUMANO, M. A.; MARKIDES, C. C. (ed.). **Pensamento estratégico**. Rio de Janeiro: Campus, 2002. p. 66-75.

MINTZBERG, H.; QUINN, J. B. **O processo da estratégia**. Porto Alegre: Bookman, 2001.

MIZIK, N.; JACOBSON, R. Trading off between value creation and value appropriation: the financial implications of shifts in strategic emphasis. **Journal of Marketing**, Chicago, 2003. Doi: <https://doi.org/10.1509/jmkg.67.1.63.18595>.

MOORE, M. H. Managing for value: organizational strategy in for-profit, nonprofit, and governmental organizations. **Nonprofit and Voluntary Sector Quarterly**, [s.l.], v.29, n.1, p.183-204, 2000.

MPOYI, R. Vertical integration: strategic characteristics and Competitive implications. **Competitiveness Review**, [s.l.], v. 13, n. 1, p. 44, 2003.

NASCIMENTO, F. P. **Classificação da pesquisa: natureza, método ou abordagem metodológica, objetivos e procedimentos**. 2016. Disponível em: <http://franciscopaulo.com.br/arquivos/Classifica%C3%A7%C3%A3o%20da%20Pesquisa.pdf>. Acesso em: 25 out. 2021.

NEVES, M. F. **Sistema agroindustrial citrícola: um exemplo de quase integração**

no agribusiness brasileiro. 1995. Dissertação (Mestrado em Economia) - Faculdade de Economia, Administração e Contabilidade da Universidade de São Paulo, São Paulo, 1995.

NEWBERT, S. L. Value, rareness, competitive advantage, and performance: a conceptual level empirical investigation of the resource-based view of the firm. **Strategic Management Journal**, Hoboken, abr. 2008. Disponível em: <https://doi.org/10.1002/smj.686>. Acesso em: 6 jan. 2019.

OKANO, M. T.; GOMES, J. G. C. Analysis of the virtualization of health services: an exploratory study on the supplementary health production system in Brazil. **Research, Society and Development**, Washington, DC, v. 9, n. 2, p. e147922151, 2020. Doi: 10.33448/rsd-v9i2.2151. Disponível em: <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/2151>. Acesso em: 26 set. 2021.

OLIVEIRA, D. P. R. **Planejamento estratégico**: conceitos, metodologia, práticas. 31. ed. São Paulo: Atlas, 2013.

PAIM, J. *et al.* O sistema de saúde brasileiro: história, avanços e desafios. **The Lancet**, Salvador, fascículo 1, maio. 2011. Disponível em: <http://download.thelancet.com/flatcontentassets/pdfs/brazil/brazilpor1.pdf>. Acesso em: 16 nov. 2018.

PARASURAMAN, A. Reflections on gaining competitive advantage through customer value. **Journal of the Academy of Marketing Science**, Greenvale, v. 25, n. p. 154 – 161, 1997.

PERRY, M. K. Vertical integration: determinants and effects. *In*: SCHMALENSEE, R.; WILLIG, R. (ed.). **Handbook of industrial organization**. Amsterdam: North, 1989. p. 183-255.

PINTO, G. A. **A organização do trabalho no século XX**: taylorismo, fordismo e toyotismo. 2. ed. São Paulo: Expressão Popular, 2010.

PINTO, L. F.; SORANZ, D. R. Planos privados de assistência à saúde: cobertura populacional no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 1, p. 85-98, 2004. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=. Acesso em: 12 jun. 2021.

PITELIS, C. The co-evolution of organizational value capture, value creation and sustainable advantage. **Organization Studies**, London, v. 30, n. 10, p. 1115-1139, 2009.

PORTER, M. E. **Competição**: estratégias competitivas essenciais. 8. ed. Rio de Janeiro: E. Campus, 1989.

PORTER, M. E. **Competitive advantage**: creating and sustaining superior performance. New York: Free Press, 1985.

PORTER, M. E. **Competitive strategy**. New York: Free Press, 1981.

PORTER, M. E. **Estratégia competitiva**. Rio de Janeiro: Campus, 1986.

PORTER, M. E. **Redefining health care**: creating value-based competition on results. Boston: Harvard Business School Press, 2005.

PORTER, M. E. **What is strategy**. Massachusetts: Harvard Business Review, 1996.

PORTER, M. E. **Saúde com base em valor**: uma avaliação global, Resumo executivo. Massachusetts: The Economist Intelligence Unit Limited, 2016.

PORTER, M. E. **What is strategy?** Massachusetts: Harvard Business Review, 1996.

PORTER, M. E. **Competitive advantage**: creating and sustaining superior performance. New York: Free Press, 1985.

PORTER, M. E. **Competição**: estratégias competitivas essenciais. 8. ed. Rio de Janeiro: Ed. Campus, 1989.

PORTER, M. E. **Estratégia competitiva**: técnicas para análise de indústrias e da concorrência. Rio de Janeiro: Ed. Campus, 1986.

PORTER, M. E. **Redefining health care**: creating value-based competition on results, 2005.

_____. **Estratégia competitiva**. Tradução: Elizabeth M. Pinto Braga. Rio de Janeiro: Ed. Campus, 1980.

_____. The contributions of industrial organization to strategic management. **Academy of Management Review**, Aida, v. 6, n.1, p. 609-620, 1981.

_____. **Estratégia competitiva**: técnicas para análise de indústrias e da concorrência. Rio de Janeiro: Ed. Campus, 2004.

_____. **Palestra expo management**. São Paulo, 2007. Disponível em: www.podbr/hsm/michaelporter. Acesso em: 12 set. 2021.

PORTH, S. J. **Strategic management**: a cross-functional approach. New Jersey: Prentice Hall, 2002.

PRAHALAD, C. K.; RAMASWAMY, V. **O futuro da competição**: como desenvolver diferenciais inovadores em parcerias com os clientes. Rio de Janeiro: Elsevier, 2004.

RUST, R. T.; LEMON, K. N.; ZEITHAML, V. A. Measuring customer equity and calculating marketing ROI. **Handbook of Marketing Research**. Thousand Oaks: Sage Publications, 2006. p. 588-601.

SALLES, M. B.; OLIVEIRA, S. B. Delineando a estratégia de integração vertical em um contexto de expansão dos serviços de concretagem: uma pesquisa exploratória. *In*: ENANPAD., 35, Rio de Janeiro, 2011. **Anais...** Rio de Janeiro: [s.n.], 2011. Disponível em: <http://www.anpad.org.br/admin/pdf/ESO2078.pdf>. Acesso em: 12 fev. 2021.

SCARPI, M. J. **Administração em saúde**: autogestão de consultórios e clínicas. Rio de Janeiro: E. Doc, 2010. p. 17-18.

SEVERO, A.S. *et al.* Gestão de custos assistenciais: um estudo de caso no setor de saúde. *In*: CONGRESSO NACIONAL DE EXCELÊNCIA EM GESTÃO, 6., Niterói: 2010. **Anais...** Niterói: [s.n.], 2010.

SHELANSKI, H. A.; KLEIN, P. G. Empirical Research in Transaction Cost Economics: a Review and Assessment. **Journal of Law, Economics, & Organization**, [s. l.], v. 11, n.2, p. 335- 361,1995.

SILVA, A. A. **Relação entre operadoras de planos de saúde e prestadores de serviços**: um novo relacionamento estratégico. Porto Alegre: Atlas, 2003. Disponível em:

http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/ans/6_AAAlvesdaSilva_RelacaoOperadorasPlanos.pdf. Acesso em: 1 jul. 2020.

SIMON, H. Theories of decision making in economics and behavioral science. **American Economic Review**, Nashville, v. 49, n.3, p. 253-283, jun. 1959.

SIRDESHMUKH, D.; SINGH, J.; SABOL, B. Consumer trust, value, and loyalty in relational exchanges. **Journal of Marketing**, Chicago, v. 66, n. 1, p. 15-37, 2002. Doi: <https://doi.org/10.1509/jmkg.66.1.15.18449>.

SLACK, N. *et al.* **Administração da produção**. São Paulo: Atlas, 1996.

SLACK, N. *et al.* **Gerenciamento de operações e de processos**: princípios e prática de impacto estratégico. Porto Alegre: Bookman, 2008.

SLACK, N.; CHAMBERS, S.; ROBERT, J. R. **Administração da produção**. 2. ed. São Paulo: Atlas, 2002.

STERN, L. W. **Marketing channels**. 5th ed. New Jersey: Prentice Hall, 1996.

SUTTER, M. B. *et al.* Estratégias de crescimento e competitiva: um estudo de caso sobre a evolução dos conceitos em uma empresa brasileira do ramo têxtil. SIMPOSIO NACIONAL, 15., SÃO Paulo, 2012. **Anais...** São Paulo, 2012. Disponível em: http://www.simpoi.fgvsp.br/arquivo/2012/artigos/E2012_T00262_PCN92038.pdf. Acesso em: 12 jul. 2021.

TAMADA, R. *et al.* **Modelos de gestão em saúde**: novas tendências, responsabilidades e desafios. Universidade de São Paulo. São Paulo: Unifesp, 2013.

TEIXEIRA, I.; ROMANO, A.; VALDES, E. Estratégia de operações no setor de serviços: o caso das cooperativas de saúde. *In*: SIMPÓSIO DE ENGENHARIA DE PRODUÇÃO., 18, Bauru, 2011. **Sustentabilidade na cadeia de suprimentos**. Bauru, 2011. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/313795404_ESTRATEGIAS_DE_OPERACOES_NO_SETOR_DE_SERVICOS_O_CASO_DAS

COOPERATIVAS_DE_SAUDE. Acesso em: 20 jul. 2020.

TISSOT, P. B. *et al.* Integração vertical nos sistemas de saúde suplementar: o caso de uma operadora de saúde na modalidade de autogestão. **Revista Gestão Industrial**, [s. l.], v. 12, n. 1, 2016. Disponível em: <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/2151/1787>. Acesso em: 26 set. 2021.

TOLEDO, G. L.; ANSELMO, E. Marketing estratégico: estratégias de crescimento e competitiva – um estudo de caso sobre a evolução dos conceitos em uma empresa metalúrgica. *In*: SEMINÁRIOS EM ADMINISTRAÇÃO. São Paulo, 2003. **Anais ...** São Paulo: FEA/USP, 2003.

UNIMED DE PARANAÍ. **Sobre a Unimed**. Paranaíba, 2019. Disponível em: <https://www.unimed.coop.br/web/paranavai/unimed>. Acesso em: 18 nov. 2019

UNIMED. **Cooperativismo na Unimed**. 2020. Disponível em: http://www.unimed.coop.br/pct/index.jsp?cd_canal=58672&cd_secao=58671. Acesso em: 12 maio 2020.

UNIMED. **Estatuto Social da UNIMED do Brasil**. Reformado em 28 de junho. São Paulo: UNIMED, 1996.

VARGO, S. L. *et al.* On value and value co-creation: a service system and service logic perspective. **European Management Journal**, London, v. 26, p. 145 -152, 2008.

VASCONCELLOS, L. H. R. **Planejamento estratégico da cadeia de suprimentos: uma contribuição aos modelos de decisões comprar/fazer através da aplicação de uma estrutura de análise de decisão no caso do Consórcio Modular em Rezende**. 2002. Dissertação (Mestrado em Administração) - FGV/EAESP, São Paulo, 2002.

VASCONCELLOS, P.; PAGNOCELLI, D. **Sucesso empresarial planejado**. Rio de Janeiro: Quality Mark, 1992.

VISCUSI, W.; VERNON, J.; HARRINGTON JÚNIOR, D. **Economics of Regulation and Company**. [S. l.]: Mit Press, 1992.

VITORINO FILHO, V.; PERESIN, G. L.; SACOMANO NETO, M. Vantagem competitiva: uma releitura teórica de Porter. *In*: CONGRESSO VIRTUAL BRASILEIRO DE ADMINISTRAÇÃO, 8., São Paulo, 2011. **Anais...** São Paulo: Convibra, 2011.

VIVAS AGUERO, P. H. **Avaliação econômica dos recursos naturais**. 1996. Tese (Doutorado em Teoria Econômica) - Faculdade de Economia, Administração e Contabilidade, Universidade de São Paulo, São Paulo, 1996.

WHEELWRIGHT, S. C. Manufacturing Strategy: defining the Missing Link. **Strategic Management Journal**, Haboken, v. 5, n. 1, p. 77-91, Jan./ Mar. 1984.

WOODRUFF, R. B. Customer value: the next source of competitive advantage. **Journal of Academy of Marketing Science**, Coral Gables, v. 25, n. 2, p. 142, Spring 1997.

WRIGHT, P. L.; KROLL, M. J.; PARNELL, J. **Administração estratégica**: conceitos. Trad. Celso A. Rimoli, Lenita R. Esteves. São Paulo: Atlas, 2000.

YIN, R. K. **Estudo de caso**: planejamento de métodos. 4. ed. Porto Alegre: Bookman, 2010.

YIN, R. K. **Estudo de caso**: planejamento de métodos. 5. ed. Porto Alegre: Bookman, 2015.

YIN, R. K. **Estudo de caso**: planejamento e métodos. 3. ed. Porto Alegre: Bookman, 2005.

ZAHERR, A.; VENKATRAMAN, N. Relational governance as an interorganizational. *In*: ZYLBERSZTAJN, D. Papel dos Contratos na Coordenação Agro-Industrial: um olhar além dos mercados. **RER**, Rio de Janeiro, v. 43, n. 3, p. 385-420, jul./set. 2005.

ZEITHAMAL, V. A. Consumer perceptions of price, quality, and value: a means-end model and synthesis of evidence. **Journal of Marketing**, London, v. 52, n. 3, p. 2-22, 1988.

ZYLBERSZTAJN, D. **Estruturas de Governança e Coordenação do Agribusiness**: uma aplicação da nova economia das instituições. 1995. Tese (Livre Docência) - Faculdade de Economia, Administração e Contabilidade da Universidade de São Paulo, São Paulo, 1995.

APÊNDICE

Questões para o levantamento de dados por meio da entrevista

- 1) O que você entende por verticalização de uma organização?
- 2) Quais seriam, em sua opinião, os motivos ou razões que poderiam justificar a verticalização de uma organização de caráter cooperativo?
- 3) Quais os lugares de atuação, além do hospital Unimed
 - a) Clínica particular ()
 - b) Prestador de serviço credenciado () Especifique _____
 - c) Hospital Santa Casa de Paranaíba ()
 - d) Exclusivo Hospital Unimed ()
- 4) Em que situação você consideraria a verticalização de uma organização cooperativa, como uma estratégia interessante para os médicos cooperados?
- 5) Do ponto de vista médico, no que se refere a atendimento às necessidades do paciente/cliente, você diria que a verticalização da Unimed de Paranaíba representaria uma alavancagem no quesito qualidade de atendimento e excelência na prestação de serviços da saúde?
- 6) Do ponto de vista do cooperado/médico, a verticalização da Unimed de Paranaíba lhe atribuiria um valor mais significativo enquanto profissional?
- 7) A verticalização da Unimed de Paranaíba, em sua opinião, estaria em consonância com a visão norteadora dessa organização?