

**PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DO PARANÁ
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM GESTÃO DE COOPERATIVAS
MESTRADO PROFISSIONAL EM GESTÃO DE COOPERATIVAS
ESCOLA DE NEGÓCIOS**

RENATO VINICIUS NISHIKAWA

**A RELAÇÃO DA ESTRATÉGIA DE INTEGRAÇÃO VERTICAL DE UMA
COOPERATIVA DE TRABALHO MÉDICO COM O NÍVEL DE DESEMPENHO
ECONÔMICO-FINANCEIRO E MERCADOLÓGICO SOB A ÓTICA DO CUSTO DE
TRANSAÇÃO**

RENATO VINICIUS NISHIKAWA

**A RELAÇÃO DA ESTRATÉGIA DE INTEGRAÇÃO VERTICAL DE UMA
COOPERATIVA DE TRABALHO MÉDICO COM O NÍVEL DE DESEMPENHO
ECONÔMICO-FINANCEIRO E MERCADOLÓGICO SOB A ÓTICA DO CUSTO DE
TRANSAÇÃO**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Gestão de Cooperativas da Pontifícia Universidade Católica do Paraná, como requisito à obtenção do título de Mestre em Gestão de Cooperativas.

Área de Concentração: Gestão em Cooperativas

Orientador: Prof. Dr. Eduardo Damião da Silva

Dados da Catalogação na Publicação
Pontifícia Universidade Católica do Paraná
Sistema Integrado de Bibliotecas – SIBI/PUCPR

N724r
2020 Nishikawa, Renato Vinicius
A relação da estratégia de integração vertical de uma cooperativa de trabalho médico com o nível de desempenho econômico-financeiro e mercadológico sob a ótica do custo de transação / Renato Vinicius Nishikawa ; orientador, Eduardo Damião da Silva. -- 2020
118 f.: il. ; 30 cm

Dissertação (mestrado) – Pontifícia Universidade Católica do Paraná, Curitiba, 2020.

Bibliografia: f. 97-103

1. Cooperativas - Administração. 2. Unimed - Serviços de promoção a saúde.
3. Cuidados médicos – Custos. 4. Saúde suplementar.
I. Silva, Eduardo Damião da. II. Pontifícia Universidade Católica do Paraná.
Programa de Pós- Graduação em Cooperativas. III. Título.

CDD. 20. ed. – 658.047

Biblioteca Central
Edilene de Oliveira dos Santos CRB-9/1636

TERMO DE APROVAÇÃO

A RELAÇÃO DA ESTRATÉGIA DE INTEGRAÇÃO VERTICAL DE UMA COOPERATIVA DE TRABALHO MÉDICO COM O NÍVEL DE DESEMPENHO ECONÔMICO-FINANCEIRO E MERCADOLÓGICO SOB A ÓTICA DO CUSTO DE TRANSAÇÃO

Por

Renato Vinicius Nishikawa

Dissertação aprovada como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre no Programa de Pós-Graduação em Gestão de Cooperativas, área de concentração em Gestão de Cooperativas, da Escola de Negócios da Pontifícia Universidade Católica do Paraná.



Prof. Dr. Alex Antonio Ferraresi,
Coordenador do Programa de Pós-Graduação em Gestão de Cooperativas.



Prof. Dr. Eduardo Damiano da Silva
Orientador



Prof. Dr. Ubiratã Tortato
Examinador



Prof. Dr. Elói Jr. Damke
Examinador

AGRADECIMENTOS

Gostaria de agradecer imensamente a todas as pessoas que participaram e influenciaram meu crescimento pessoal e profissional, dentre eles:

Primeiramente a Deus por espiritualmente participar de todos os momentos de minha vida e proteger meus caminhos em longas viagens até Curitiba-PR;

A minha família, como minha amada esposa Renata, sempre presente, incentivadora e compreensiva diante de minhas ausências, meus filhos e minha mãe;

A Unimed Paranaíba, por meio de sua diretoria, que me proporcionaram e viabilizaram a realização deste mestrado, sempre me apoiando e incentivando meu crescimento profissional, aos colaboradores sempre dispostos a me ajudarem na captação dos dados;

E ao meu professor Dr. Eduardo Damião da Silva, por me orientar e me conduzir no desenvolvimento desta dissertação.

RESUMO

A Unimed Paranaíba apresentou crescimento, ao longo do tempo, em número de clientes e em sua estrutura verticalizada, o mesmo movimento observou-se no cenário nacional do Sistema Unimed. Diversas cooperativas Unimeds estão verticalizando sua estrutura em serviços médicos e hospitalares, tais como clínicas especializadas, hospitais, laboratórios, entre outras. O objetivo geral da pesquisa foi identificar como a estratégia de integração vertical de uma cooperativa de trabalho médico influenciou o nível dos desempenhos econômico-financeiro e mercadológico sob a ótica do custo de transação. Essa teoria aborda conceitos ligados aos fatores determinantes para o processo de internalização de atividades, que se enquadra nos motivos pelos quais uma operadora de plano de saúde decide adquirir ou construir um hospital, em vez de comprar serviços de terceiros, por exemplo. Foram realizadas entrevistas semiestruturadas com os dirigentes que participaram do processo de verticalização e os dirigentes atuais e, por meio do método da análise de conteúdo e com o apoio do *software* Atlas/TI, os dados foram tratados. Os três principais fatores determinantes no processo de verticalização foram: a má qualidade oferecida pelos prestadores contratados, com 18% das citações, seguido pela capacidade operacional (falta de leitos para internamentos de clientes Unimed), com 12%, e pelas condições de trabalho médico (local para exercício de suas atividades), igualmente, com 12%. A estratégia adotada foi adquirir um hospital de pequeno porte que estava prestes a ser fechado por dificuldades financeiras e má gestão. O crescimento médio anual de beneficiários foi 57% maior no período anterior à integração vertical se comparado ao período posterior. Entretanto a quantidade média anual de novos membros cooperados aumentou após a verticalização, em 200%. Identificou-se que a verticalização atraiu novos cooperados, porém não influenciou na venda de novos planos de saúde, diferentemente do que acreditava a direção da cooperativa. Contudo as *performances* econômica e financeira foram melhores após a integração vertical. Os indicadores de liquidez foram superiores comparativamente ao período anterior, assim como o ROA, ROI e ROE apresentaram-se equivalentes ou superiores aos investimentos mais conservadores como a poupança. Mas, conforme os dirigentes entrevistados, o maior benefício, enquanto cooperados, foi o fato de possuírem um local apropriado para internarem pacientes e conseguirem trabalhar. Hoje, este hospital se tornou referência para a população de clientes Unimed, concentrando cerca de 75% dos atendimentos de pronto atendimento e 60% de internamentos de pacientes cirúrgicos e clínicos dos hospitais da cidade. Considerando a evasão antes da verticalização, cerca de 60% dos clientes se deslocavam para outras cidades para atendimentos em pronto atendimento, nos últimos anos, esse dado caiu para 20%. São resultados satisfatórios, visto que foi possível reter pessoas no município, proporcionando aos clientes atendimentos médicos e hospitalares na cidade de origem e, conseqüentemente, mais trabalho para os cooperados da singular, assim, exercendo o principal papel da cooperativa.

Palavras-chave: Custo de Transação. Serviços Próprios. Verticalização.

ABSTRACT

Unimed Paranavaí grew over time in the number of customers and in its vertical structure, the same movement was observed in the national scenario of the Unimed System. Several Unimed cooperatives are verticalizing their structure in medical and hospital services, such as specialized clinics, hospitals, laboratories, among others. The general objective of the research was to identify how the strategy of vertical integration of a medical work cooperative influenced the level of economic-financial and market performance from the perspective of the transaction cost. This theory addresses concepts linked to the determining factors for the process of internalizing activities, which fits into the reasons why a health plan operator decides to purchase or build a hospital, instead of buying services from third parties, for example. Semi-structured interviews were carried out with the managers who participated in the verticalization process and the current managers and, using the content analysis method and with the support of the Atlas / TI software, the data were processed. The three main determining factors in the verticalization process were: the poor quality offered by contracted providers, with 18% of citations, followed by operational capacity (lack of beds for hospitalizations of Unimed clients), with 12%, and by the conditions of medical work (place to exercise their activities), equally, with 12%. The strategy adopted was to acquire a small hospital that was about to be closed due to financial difficulties and poor management. The average annual growth of beneficiaries was 57% higher in the period prior to vertical integration compared to the subsequent period. However, the average annual number of new cooperative members increased after verticalization, by 200%. It was identified that verticalization attracted new members, but did not influence the sale of new health plans, differently from what the management of the cooperative believed. However, the economic and financial performances were better after vertical integration. The liquidity indicators were higher compared to the previous period, as well as the ROA, ROI and ROE were equivalent or superior to the more conservative investments such as savings. But, according to the officers interviewed, the biggest benefit, while cooperative, was the fact that they had an appropriate place to intern patients and be able to work. Today, this hospital has become a reference for the population of Unimed clients, concentrating about 75% of emergency care and 60% of hospitalizations for surgical and clinical patients in the city's hospitals. Considering evasion before verticalization, about 60% of customers moved to other cities for emergency care, in recent years, this figure has dropped to 20%. These are satisfactory results, since it was possible to retain people in the municipality, providing clients with medical and hospital care in the city of origin and, consequently, more work for singular members, thus exercising the main role of the cooperative.

Keywords: Transaction cost. Own Services. Verticalization.

LISTA DE FIGURAS

Figura 01 - Produto Interno Bruto dos últimos anos.....	13
Figura 02 - Evolução do índice de Sinistralidade na Saúde Suplementar (%).....	24
Figura 03 - Comparativo de Sinistralidade por modalidade de Operadoras (%).....	24
Figura 04 - Processos de Administração Estratégica.....	37
Figura 05 - Opções de diversificação relacionada para um fabricante.....	38
Figura 06 - Aspectos da análise de comprar ou fabricar.....	39
Figura 07 - Fluxo de informações entre produzir ou comprar.....	40
Figura 08 - Construto Valor.....	42
Figura 09 - Estrutura para Vantagem Competitiva.....	42
Figura 10 - Qualidade.....	67
Figura 11 - Capacidade Operacional.....	68
Figura 12 - Condições de Trabalho Médico.....	69
Figura 13 - Desempenho Econômico-financeiro e Mercadológico.....	70
Figura 14 - Evasão de Intercâmbio.....	72
Figura 15 - Geração de Valor.....	73
Figura 16 - Custos.....	74
Figura 17 - Gestão Estratégica.....	75
Figura 18 - Beneficiários (Vidas).....	76
Figura 19 - Oportunismo.....	77
Figura 20 - Rede de códigos.....	78
Figura 21 - Citações para Capacidade Operacional.....	79
Figura 22 - Citações para Condições de Trabalho Médico.....	80

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 01: Evolução de Serviços Próprios no Sistema Unimed.....	16
Gráfico 02: Evolução de Médicos Cooperados.....	61
Gráfico 03: Evolução de Beneficiários.....	62
Gráfico 04: Receitas Líquidas.....	62
Gráfico 05: Receita Operacional, Custo e Margem.....	63
Gráfico 06: Índice de Liquidez Corrente e Geral.....	63
Gráfico 07: Evolução de Médicos Cooperados após a verticalização.....	82
Gráfico 08: Evolução de Beneficiários após a verticalização.....	83
Gráfico 09: Receitas Líquidas.....	84
Gráfico 10: Índice de Liquidez Corrente e Geral após a verticalização.....	85
Gráfico 11: Índice de Liquidez Seca e Imediata após a verticalização.....	86
Gráfico 12: Quantidade de consultas de Pronto Atendimento.....	91
Gráfico 13: Representatividade de Consultas em percentual.....	92
Gráfico 14: Evolução das sobras para AGO.....	93

LISTA DE QUADROS

Quadro 1: Indicadores de Liquidez.....	45
Quadro 2: Esquema da Administração Estratégica de Mercado.....	50
Quadro 3: Codificação e Representação.....	59

LISTA DE TABELAS

Tabela 01: Perfil dos entrevistados.....	65
Tabela 02: Códigos de categorização.....	66
Tabela 03: Fala Dr. Bartolomeu Peres Silva - “D 2:5”.....	67
Tabela 04: Fala Dr. Luís Francisco Costa - “D 9:2”.....	68
Tabela 05: Fala Dr. Sari Omar - “D 6:15”.....	69
Tabela 06: Fala Dr. Luís Francisco Costa - “D 9:5 e 9:13”.....	70
Tabela 07: Fala Dra. Maria Angélica Ayres de Alencar Arrais - “D 11:8”.....	71
Tabela 08: Fala Dr. Luís Francisco Costa - “D 9:10”.....	72
Tabela 09: Fala Dra. Maria Angélica Ayres de Alencar Arrais “D 11:15”.....	73
Tabela 10: Fala Dr. Sari Omar “D 6:4”.....	74
Tabela 11: Fala Dr. Marcelo Sebastião Reis Campos Silva - “D 4:1”.....	75
Tabela 12: Fala Dra. Maria Angélica Ayres de Alencar Arrais - “D 11:22”.....	76
Tabela 13: Fala Dr. Marcelo Sebastião Reis Campos Silva - “D 4:10”.....	77
Tabela 14: Evolução em números da singular (Evolução de Cooperados).....	82
Tabela 15: Evolução em números da singular (Evolução de Beneficiários).....	83
Tabela 16: Receita Líquida.....	84
Tabela 17: Retorno (Indicador de ROA).....	87
Tabela 18: Retorno (Indicador de ROI).....	87
Tabela 19: Retorno (Indicador de ROE).....	88
Tabela 20: Retorno (Todos os Indicadores).....	89

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

ANS: Agência Nacional de Saúde Suplementar, agência reguladora vinculada ao Ministério da Saúde brasileiro, que regula o mercado de planos privados de assistência à saúde, por determinação da Lei nº 9.656 de 3 de junho de 1998.

IBGE: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

IESS: Instituto de Estudos de Saúde Suplementar

OCEPAR: Organização das Cooperativas do Estado do Paraná

PA: Pronto Atendimento.

PL: Patrimônio Líquido.

ROA: Do inglês *Return on Assets*, em português é chamado de Retorno sobre o Ativo, sendo indicador que apresenta como a organização é rentável, em relação ao seu total de ativos. É possível por essa análise ter uma visão do quão eficiente é a gestão na utilização de recursos para gerar ganhos.

ROE: Do inglês *Return on Equity*, em português é chamado de Retorno sobre o Patrimônio Líquido, com análise desse indicador é possível verificar a eficácia da organização na utilização de sua base capital, é relevante para indicar o quanto é gerado de retorno para cada centavo que os sócios aplicam.

ROI: Do inglês *Return on Investment*, em português é chamado de Retorno sobre o Investimento, se trata de indicador para determinar o lucro ou prejuízo obtido depois de um investimento. Comum que esse indicador seja utilizado para avaliar a viabilidade de investimentos operacionais, como aquisições.

UNIMED: União de Médicos

UTI: Unidade de Terapia Intensiva

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	12
1.1. Contextualização do Tema.....	15
1.2. Problema de Pesquisa.....	16
1.3. Objetivos da Pesquisa.....	17
1.3.1. Objetivo Geral.....	17
1.3.2. Objetivos Específicos.....	17
1.4. Justificativa Teórica e Prática.....	18
2. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA.....	20
2.1. Economia da Cooperação.....	20
2.2. Cooperativismo no Brasil.....	21
2.3. Sistema Unimed.....	22
2.4. Teoria dos Custos de Transação e Determinantes de Verticalização.....	25
2.4.1. Racionalidade Limitada.....	27
2.4.2. Complexidade e Incerteza.....	28
2.4.3. Oportunismo.....	28
2.4.4. Especificidade de Ativos.....	29
2.4.5. Benefícios Estratégicos da Verticalização.....	31
2.4.6. Custos Estratégicos da Verticalização.....	32
2.4.7. Integração Parcial.....	34
2.5. Teoria dos Custos de Transação e Verticalização na Saúde Suplementar.....	34
2.6. Estratégia Corporativa e Competitiva.....	36
2.6.1. Missão da Organização.....	37
2.6.2. Diversificação Relacionada.....	37
2.6.3. Produzir ou Comprar.....	39

2.7. Criação de Valor.....	40
2.8. Desempenho.....	43
2.8.1. Desempenho Econômico-Financeiro.....	43
2.8.2. Estratégia de Mercado.....	48
2.8.3. Competências e Percepção do Mercado.....	49
2.8.4. Implementação e Controle da Estratégia de <i>Marketing</i>	50
2.9. Relação da Teoria com a Prática.....	51
3. PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS.....	52
3.1. Especificação do Problema de Pesquisa.....	52
3.2. Formulação das Perguntas de Pesquisa.....	52
3.3. Categorias de Análise.....	53
3.3.1. Definições Constitutiva e Operacional de Categorias de Análise de Variáveis.....	53
3.4. Delineamento da Pesquisa.....	54
3.5. População e Amostra.....	55
3.6. Tipos de Dados.....	56
3.6.1. Dados Primários.....	56
3.6.2. Dados Secundários.....	57
3.7. Método de Análise dos Dados.....	57
4. ANÁLISE DE DADOS.....	60
4.1. Como Eram os Desempenhos Econômico-Financeiro e Mercadológico antes da Verticalização?.....	60
4.2. Quais Foram os Fatores Determinantes que Influenciaram o Posicionamento Estratégico na Decisão de Verticalização?.....	64
4.3. Como Foi o Processo de Implantação e Estratégia de Verticalização?.....	78
4.4. Como foram os Desempenhos Econômico-Financeiro e	

Mercadológico após a Integração Vertical? E como a Integração Influenciou no Desempenho da Cooperativa?.....	81
4.5. Evasão de Beneficiários.....	89
4.6. Sobras à Disposição da Assembleia Geral Ordinária.....	92
5. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	94
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	97
APÊNDICE A – Citações para o código Qualidade.....	104
APÊNDICE B – Citações para o código Capacidade Operacional.....	106
APÊNDICE C – Citações para o código Condições de Trabalho Médico.....	107
APÊNDICE D – Citações para o código Desempenho Econômico-financeiro e Mercadológico.....	109
APÊNDICE E – Citações para o código Evasão.....	110
APÊNDICE F – Citações para o código Geração de Valor.....	111
APÊNDICE G – Citações para o código Custos.....	113
APÊNDICE H – Citações para o código Gestão.....	114
APÊNDICE I – Citações para o código Beneficiários (Vidas).....	115
APÊNDICE J – Citações para o código Oportunismo.....	116
APÊNDICE K – Roteiro para entrevista semiestruturada.....	117
ANEXO A – Ata de Constituição de Filial (Recurso Próprio).....	118

1. INTRODUÇÃO

O Sistema de Saúde Suplementar no Brasil tem enfrentado grandes desafios nos últimos anos, e a ineficiência do Sistema Público, associada à falta de gestão, gera desastrosas consequências na saúde pública. É possível observar, diariamente, nos noticiários, o estado de calamidade no qual se vive, grandes filas para atendimentos médicos, a demora para realização de exames, bem como a falta de leitos e a superlotação nos serviços de urgência e emergência; tudo isso reflexo da má gestão do dinheiro público. Esse desserviço corrobora a insatisfação generalizada da população brasileira referente aos serviços prestados pelo Estado no que tange à saúde pública, que se vem arrastando por décadas no país. Na década de 1960, a medicina, no Brasil, passava por momentos turbulentos, oriundos das transformações da então Previdência Social. Somente com a implantação do Sistema Único de Saúde (SUS), surgiram mudanças na medicina do país que afetaram diretamente a medicina assistencial devido à exploração do profissional médico e à mercantilização da medicina. Esse conjunto de fatores reforçou o surgimento das medicinas de grupo e seguradoras de saúde (UNIMED BRASIL, 2019).

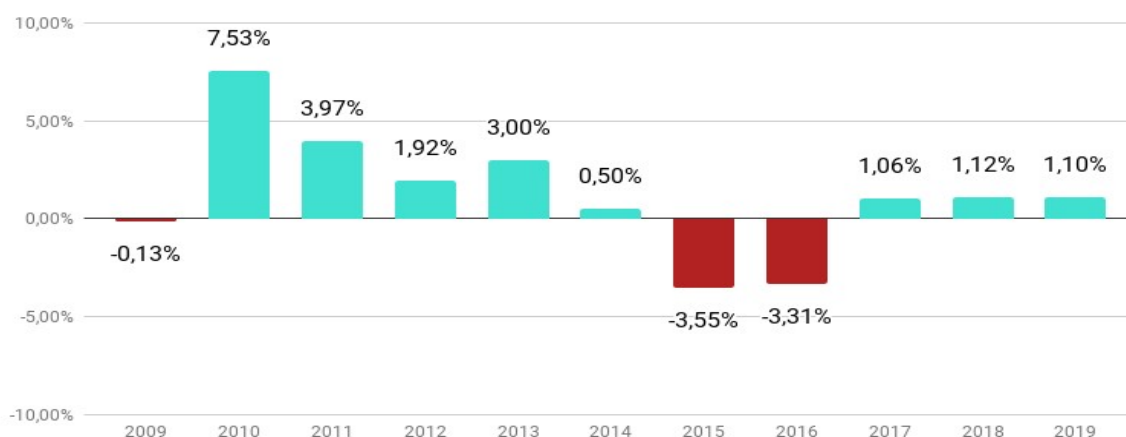
As sociedades cooperativas têm o seu surgimento normalmente associado a uma resposta a alguma imperfeição de mercado (FULTON, 1999). “Em resposta a este contexto surge a primeira Cooperativa de trabalho na área de medicina do país, e também das Américas: a União dos Médicos – Unimed, fundada na cidade de Santos, em 1967” (UNIMED BRASIL, 2019).

Após esse período de turbulência da saúde pública e com o crescimento acelerado das organizações de saúde complementar, na mesma época, a saúde suplementar passou a ser consolidada, fato advindo do crescimento econômico do país e do desenvolvimento do trabalho formal. Foi então criada a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), a partir de uma seção específica do Ministério da Saúde com o propósito de regulamentar o setor, coube a ela cumprir a Lei n.º 9.656, editada em junho de 1998. A agência foi estabelecida pela Lei n.º 9.961, de 28 de janeiro de 2000, como instância reguladora de um setor da economia sem padrão de funcionamento. A exceção ficava por conta do seguro de assistência à saúde e das seguradoras, sob o controle econômico-financeiro da Superintendência de Seguros Privados (SUSEP) (ANS, 2018).

Desde então, possuir um plano de saúde se tornou um objeto de desejo para a população brasileira, cada vez mais desacreditada quanto à saúde pública oferecida pelo governo; com isso, muitas empresas observaram uma oportunidade de mercado. Segundo a pesquisa do Instituto Brasileiro de Opinião e Estatística (IBOPE, 2017), feita a pedido do Instituto de Estudos de Saúde Suplementar (IESS), no ano de 2017, o plano de saúde foi a terceira conquista mais desejada pelos brasileiros, sendo que 74% dos entrevistados que não possuíam plano de saúde gostariam de tê-lo, perdendo apenas para a educação e a casa própria. Nesse sentido, a expectativa da população em busca da melhor prestação de serviços dos planos de saúde privados tem feito com que a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) regulamente cada vez mais o setor. Ainda segundo a pesquisa, o plano de saúde como benefício tem sido um fator determinante na hora do cidadão procurar um emprego.

Contudo o cenário econômico do país, associado ao modelo de remuneração existente, afeta diretamente o desempenho da saúde suplementar. Segundo a Associação Brasileira de Planos de Saúde (ABRANGE, 2018), o setor tem enfrentado queda no crescimento nos últimos anos, muito se deu em função da crise econômica que assolou a nação no ano de 2014. Somente a partir de 2017, o Brasil começou a apresentar um singelo crescimento e estabilizando na casa de 1%, nos anos subsequentes, conforme apresentado na figura que segue:

Figura 1: Produto Interno Bruto dos últimos anos



Fonte: IBGE, p.1 (2020)¹

¹ Disponível em <https://www.ibge.gov.br/estatisticas/economicas/contas-nacionais/9300-contas-nacionais-trimestrais.html?=&t=series-historicas&utm_source=landing&utm_medium=explica&utm_campaign=pib#evolucao-taxa>.

No ano de 2020, a mais recente crise econômica está associada ao novo Coronavírus (Covid-19), essa recessão reflete no aumento do desemprego, o que, por sua vez, diminui a contratação de planos de saúde.

Estimamos uma taxa de desemprego de 18,6% e uma redução de 2.736.296 vidas, sendo grande parte delas de beneficiários jovens e saudáveis, o que aumenta a sinistralidade das operadoras. As operadoras terão que usar de medidas de austeridade e aumentar a eficiência para que possam superar esse período de crise (BRANCO, 2020, p. 1).²

Dados da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS, 2018) apresentam o decréscimo no número de Operadoras de Planos de Saúde, sendo que, em 1999, eram aproximadamente 2.037 Operadoras Médico-Hospitalares e, em março de 2019, este número caiu para 918, uma redução de 55%, ou seja, mais da metade deixaram de existir.

O modelo de remuneração existente, o chamado *Fee-for-service*, baseado no pagamento por serviço executado, influencia no consumo exagerado dos insumos utilizados na prestação de serviços, esse modelo, associado ao cenário econômico, eleva a sinistralidade das Operadoras de Planos de Saúde e, conseqüentemente, causa o aumento das mensalidades ao consumidor final, além de comprometer a sustentabilidade da organização.

O Sistema Unimed originalmente foi constituído para dar condições de trabalho aos Médicos Cooperados e atuar como uma Operadora de Planos de Saúde. Entretanto, o passar dos anos, e o aumento de custos (na área da saúde, estes podem variar de 2 a 3 vezes mais que a inflação do país), fez com que as Unimeds deixassem de terceirizar alguns dos serviços assistenciais e iniciassem um processo de verticalização em Serviços Próprios, assim, proporcionando melhor gestão de custos, oferecendo melhores condições de trabalho ao médico cooperado e entregando aos beneficiários serviços de maior qualidade e segurança do que os contratados em sua Rede Prestadora.

² Disponível em <https://www.ibge.gov.br/estatisticas/economicas/contas-nacionais/9300-contas-nacionais-trimestrais.html?=&t=series-historicas&utm_source=landing&utm_medium=explica&utm_campaign=pib#evolucao-taxa>. Acesso em 28 de jul. de 2020.

1.1. Contextualização do Tema

O Sistema Unimed é dividido por Cooperativas de 1º, 2º e 3º graus. As de 1º grau são denominadas como singulares e atuam como Operadoras de Planos de Saúde de forma autônoma dentro do sistema. O sistema é dividido por áreas de ação dentro de cada estado, ou seja, cada Unimed é independente em sua gestão, utiliza a mesma marca e compartilha das mesmas regras institucionais das Cooperativas de 2º grau, ora denominadas Federação, bem como as de 3º grau, denominadas Confederação, e todas são reguladas pela Agência Nacional de Saúde de Suplementar (ANS).

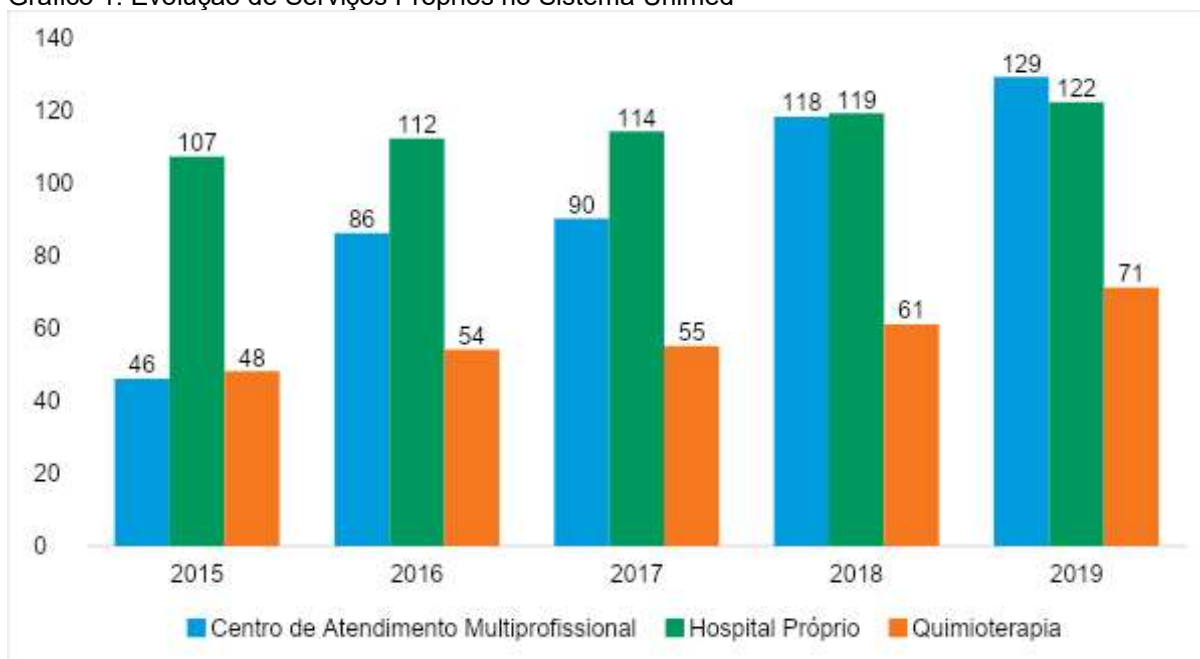
O desafio das Cooperativas de Trabalho Médico ou Operadoras de Planos de Saúde, de maneira geral, tem sido manter-se nesse mercado que se tornou altamente competitivo e regulamentado. Conhecer o processo decisório e o posicionamento estratégico das Cooperativas de Saúde em verticalizar serviços e as consequências dessa decisão proporcionam importantes contribuições. Assim, observa-se um movimento crescente no Sistema Unimed quanto à necessidade de integração vertical em Serviços Próprios. Hoje o sistema é composto por 348 cooperativas e, conforme o Catálogo de Serviços Próprios do Sistema Unimed de 2019, são diversas as unidades verticalizadas, sendo elas: 91 Serviços de Atendimento Domiciliar; 11 Unidades de Agência Transfusional; 183 Centros de Atendimentos Médico; 129 Centros de Atendimento Multidisciplinar; 153 Centros de Diagnósticos; 2 Centros de Treinamentos; 23 Cuidados Paliativos; 78 Farmácias; 38 Clínicas de Fisioterapias; 5 Unidades de Hemodiálises; 19 Unidades de Hemodinâmicas; 13 Hospitais-dias; 122 Hospitais Gerais; 20 Gerenciamento de Casos; 17 Gerenciamento de Crônicos; 124 Laboratórios; 03 Clínicas de Litotripsia Extracorpórea; 02 Clínicas de Medicina Nuclear; 169 Medicinas Preventivas/Espaços Viver Bem; 07 Óticas; 157 Postos de Coletas; 200 Pronto Atendimentos; 71 Quimioterapias; 02 Radioterapias; 96 Remoções de Ambulâncias simples; 124 Remoções de Ambulâncias avançadas; 76 Clínicas de Saúde Ocupacional; 03 Serviços Aeromédicos e 23 Clínicas de Vacinação.

A evolução dos Serviços Próprios no Sistema Unimed foi significativa, os Hospitais próprios cresceram 12% e os Centros de Diagnósticos cresceram 37%, entre 2015 e 2019. Os leitos próprios também aumentaram de 9.648, em 2018, para 9.760 em 2019.

1.2. Problema de Pesquisa

A Unimed de Paranaíba Cooperativa de Trabalho Médico está localizada na cidade de Paranaíba, estado do Paraná, e possui uma carteira de clientes de aproximadamente 23 mil beneficiários e, desde o ano de 2008, tem adotado uma estratégia de verticalização em recursos e serviços próprios assistenciais. Para o atendimento de seus usuários, outros planos de saúde e clientes particulares, a Unimed conta com: um Hospital Geral de pequeno porte, um Centro de Oncologia e uma unidade de atendimento médico para Atenção Primária em Saúde (APS) e Especialidades. Considerando apenas os recursos que a Unimed Paranaíba possui, é possível observar a evolução da verticalização dentro do Sistema Unimed, conforme apresentado no gráfico 1:

Gráfico 1: Evolução de Serviços Próprios no Sistema Unimed



Fonte: Unimed Brasil (2019)

Conforme apresentado no gráfico 1, analisando o período de 2015 a 2019, observa-se o crescimento do número de Hospitais, Serviços de Quimioterapias e Centros de Atendimentos Multiprofissionais próprios, dentro do Sistema Unimed Brasil.

De acordo com o Catálogo de Serviços Próprios do Sistema Unimed de 2019, a região Sul do país é composta pelos estados do Paraná, Santa Catarina e Rio Grande do Sul; e as unidades de Recursos Próprios são compostas por: 21

hospitais próprios, 39 Centros de Pronto Atendimento, 26 Laboratórios e 45 Centros de Diagnósticos. A região Sul, dentro do Sistema Unimed, é a segunda região mais verticalizada, ficando atrás somente da região Sudeste.

O Sistema Unimed como Operadora de Planos de Saúde necessita garantir e oferecer serviços em saúde como hospitais, laboratórios, clínicas de imagem e assim por diante, para tanto, é necessário contratualizar com uma rede prestadora e pactuar por esses serviços. Portanto, a premissa adotada foi a de que a estratégia da integração vertical esteja associada à Teoria dos Custos de Transação, por toda a relação envolvida na terceirização e os benefícios em internalizar esses processos. Com isso, visou identificar se o processo de integração vertical na Unimed Paranavaí trouxeram melhores desempenhos econômico-financeiros e mercadológicos, e se isso explica, em parte, o movimento em busca de recursos próprios dentro desta cooperativa. Definiu-se, então, o seguinte problema de pesquisa: Como a estratégia de integração vertical de uma Cooperativa de trabalho médico pode influenciar no nível de desempenho econômico-financeiro e mercadológico?

1.3. Objetivos da Pesquisa

Os objetivos da pesquisa são norteadores do trabalho e assim representam o que se pretende identificar ao final do estudo. Dessa maneira, são sistematicamente definidos entre objetivo geral e objetivos específicos.

1.3.1. Objetivo Geral

O objetivo geral da pesquisa foi identificar como a estratégia de integração vertical de uma Cooperativa de trabalho médico influencia no nível de desempenho econômico-financeiro e mercadológico, sob a ótica do custo de transação.

1.3.2. Objetivos Específicos

Os objetivos específicos apresentam-se como o desdobramento operacional do objetivo geral do estudo, sendo eles:

- a) Identificar o desempenho econômico-financeiro e mercadológico antes da integração vertical.
- b) Identificar quais os fatores determinantes que influenciaram o posicionamento estratégico na decisão de integração vertical.
- c) descrever o processo de implementação da estratégia de integração vertical.
- d) Identificar o desempenho econômico-financeiro e mercadológico após a integração vertical.
- e) verificar como a integração vertical influenciou no desempenho da cooperativa.

1.4. Justificativa Teórica e Prática

Há muito se fala, dentro do Sistema Unimed, sobre a integração vertical, entretanto paira no ar a dúvida entre os *stakeholders* de saber quando é a hora de verticalizar e a vantagem competitiva que esta estratégia pode proporcionar para a cooperativa. Em vários congressos do sistema Unimed, discute-se sobre a questão da verticalização como uma estratégia para a redução dos custos assistenciais em busca de melhor desempenho econômico-financeiro e mercadológico, mas realmente essa estratégia melhora o desempenho da cooperativa?

Em pesquisas de bases literárias, pouco se observa sobre o tema de integração vertical na saúde suplementar, sobretudo, no que tange aos benefícios e aos determinantes que levam as Cooperativas de trabalho médico ao processo de integração vertical. Nesse sentido, este trabalho pode contribuir para a literatura brasileira agregando novos dados aos prescritos da Teoria dos Custos de Transação, de modo a possibilitar, de maneira empírica, explorar o segmento de saúde, compreendendo o movimento de verticalização, principalmente em um cenário econômico instável como o do país, com mercado altamente competitivo e extremamente regulado pela Agência Nacional de Saúde, fazendo-se necessário estratégias que visem à sustentabilidade do negócio a longo prazo.

Sobretudo, do ponto de vista prático, a grande contribuição é apresentar aos cooperados da Unimed Paranaíba a relação da integração vertical com o desempenho da cooperativa, e para o próprio Sistema Unimed. A estrutura de governança do modelo cooperativista atual, nas cooperativas de trabalho médico, instituiu que a alta direção seja formada por médicos diretores e conselheiros,

entretanto o desafio maior é a inexperiência de gestão de alguns dirigentes que ocupam essa posição. O mercado se move rapidamente e o tempo de resposta é o divisor de águas entre o sucesso e o fracasso de uma organização, a Teoria dos Custos de Transação auxilia a compreender comportamentos e situações que possam contribuir no processo decisório de uma estratégia de integração vertical. Aos dirigentes em posse do conhecimento da literatura associada ao *case* de uma cooperativa do mesmo sistema, pode auxiliá-los quanto à estratégia.

Contribui também a compreender os fatores que levam ao processo de integração vertical e qual o impacto dessa decisão no desempenho da cooperativa, bem como entender as vantagens competitivas que a verticalização agregou para uma cooperativa de médio porte. Portanto, percebe-se que, com a integração vertical, houve uma influência na variação de determinados fatores como número de cooperados, número de beneficiários, desempenhos financeiros e econômicos. Outra contribuição é a de compreender, por meio da literatura, a estratégia competitiva e a geração de valor proporcionada ou não pela integração vertical.

2. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

Este capítulo dá suporte teórico aos conceitos que foram relacionados no problema de pesquisa. Para tanto, sendo fundamental conhecer a história do cooperativismo e como se iniciou esse modelo de organização no Brasil, inclusive, no que concerne à origem do Sistema Unimed, hoje a maior cooperativa médica do mundo. Para compreender o processo de verticalização é preciso aprofundar conhecimento na Teoria dos Custos de Transação e nos Determinantes da Integração Vertical, teoria esta que foi o alicerce para o problema de pesquisa proposto neste trabalho, compreendendo, então, o cenário do ramo de cooperativismo abordado. O posicionamento da organização voltado para a Integração Vertical é uma decisão fundamentada por meio da Estratégia Corporativa e Competitiva, na intenção de gerar vantagens competitivas, sejam elas na Criação de Valor aos agentes envolvidos ou influenciando no Desempenho Econômico-Financeiro e Mercadológico da cooperativa.

2.1. Economia da Cooperação

O cooperativismo e as formas de cooperação são atividades muito antigas com origens na pré-história, como exemplo, os homens das cavernas que, se não se unissem e cooperassem em busca de alimentos, certamente, morreriam de fome. Depois disso várias evidências de cooperação entre a humanidade foram registradas, porém o movimento mais expressivo de desenvolvimento cooperativo se deu no ambiente capitalista do século XIX, considerado como o marco moderno do cooperativismo.

No final do século XVIII e início do século XIX, o continente europeu mergulhava na chamada Revolução Industrial e via-se sob a concepção do liberalismo econômico dos autores clássicos. Adam Smith foi um dos principais autores da escola clássica com o seu liberalismo econômico; em um de seus trabalhos, o autor sintetiza que, ao satisfazer interesses particulares, cada pessoa tende a atender aos interesses da sociedade eficazmente, do que tendesse de fato defendê-lo (HUGON, 1970).

O pioneirismo do cooperativismo se deu após uma sofrida greve por melhores salários, não vitoriosa, e que obrigou um grupo de pobres operários

tecelões, de uma maneira desesperada, tentar fugir do estado de extrema miséria no qual se encontravam. Segundo Bialoskorski Neto (2012), em novembro de 1843, o grupo começou a discutir formas possíveis para combater aquele estado de desesperança e foi então que passaram uma lista e começaram a recolher dinheiro para formar um caixa com seus próprios e escassos recursos. Assim, em 1844, após terem juntado alguns recursos próprios, esses pobres tecelões de *Rochdale* registraram e fundaram uma sociedade, a *Rochdale Society of Equitable Pioneers* – uma cooperativa de consumo.

Charles Fourier apresenta, em sua obra, uma importante contribuição, em especial, a colocação da cooperação, não só no nível do fator de produção “trabalho”, mas, também, no nível de fator de produção “capital” e do talento – capital humano. Assim, há uma fórmula de repartição do produto da sociedade que seria, de acordo com o autor, 42% para o trabalho, 25% para o talento e 33% para o capital (LAMBERT, 1975).

Na concepção de Fourier, o ideal seria uma organização em que a sua constituição fosse livre: proprietários e capitalistas. Operários são “convidados” a pôr em sociedade suas terras, seu capital, seu trabalho, realizando, dessa forma, a associação voluntária dos três fatores de produção. Cada um receberá, em troca, um número de ações proporcional ao valor da sua contribuição (HUGON, 1970).

Nesse sistema, suprime-se o salário, fazendo com que o trabalhador receba proporcionalmente ao seu trabalho, e, assim, ele advoga que esse seria mais interessado tanto em seu trabalho como em sua própria empresa. Isso, de algum modo, antecipa o que acontece hoje, de modo comum, no mercado de trabalho (BIALOSKORSKI NETO, 2012). Portanto, um movimento de cooperação, na maioria das vezes, é motivado inicialmente pelo interesse individual e cabe a cada indivíduo identificar como a cooperativa pode contribuir para o seu desenvolvimento e desempenho.

2.2. Cooperativismo no Brasil

O cooperativismo no Brasil teve seu início pelo sul do país, com as missões jesuíticas, e, nos anos seguintes, surgiram associações de trabalhadores ao sudeste, principalmente no eixo Rio de Janeiro e São Paulo.

O movimento adquiriu impulso real no país a partir de 1932, com a edição do Decreto Federal nº 22.239. A medida estimulou o movimento cooperativista, que se desenvolveu mais ainda no governo do então presidente Getúlio Vargas (1930 – 1945), incentivando a criação de Cooperativas agrícolas de trigo e soja. Em 1971, foi promulgada a Lei nº 5.764 que, entre outras regras, exigia que todas as Cooperativas se registrassem previamente perante o Conselho Nacional do Cooperativismo. Apesar disso, a lei reconheceu a Organização das Cooperativas Brasileiras (OCB) – criada em 1969 – como representante do movimento no país e definiu as relações entre os cooperados e a cooperativa, o chamado Ato Cooperativo. Com o fim da ditadura militar e a promulgação da nova Constituição em 1988, o cooperativismo se livrou do controle estatal, iniciando a autogestão. (UNIMED BRASIL, 2019, p.1³).

De acordo com a OCB (2020), existem sete segmentos de cooperativismo no Brasil, sendo eles: Agropecuário, Crédito, Transporte, Trabalho, Produção Bens e Serviços, Saúde, Consumo e Infraestrutura. Nas cooperativas de saúde, destacam-se as de trabalho médico, como as Unimed, atualmente estruturadas como um sistema.

2.3. Sistema Unimed

O Sistema Unimed surgiu da necessidade de um grupo de médicos em relação à crise na assistência à saúde do final da década de 1960. Com as alterações nos modelos estruturais do governo, no que tange à assistência, e com a unificação dos Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAPs) no Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS), os médicos se sentiram proletarizados, com isso, decidiram unir-se para iniciar uma nova cooperativa de médicos capaz de proporcionar melhores condições e remunerações de trabalho médico. Fora a questão da queda de padrão de atendimento, também, ocorreu o surgimento de seguradoras de saúde, o que ocasionou a mercantilização da medicina, bem como o empobrecimento dos profissionais médicos, que tinham cerceada sua liberdade de atuação. A resposta encontrada foi o surgimento da primeira cooperativa de trabalho médico do país e das Américas, denominada de União dos Médicos (Unimed), fundada em Santos (SP), em 18 de dezembro 1967.

Baseada no conceito de Adam Smith, no que tange ao pensamento da livre atuação e defesa do privado, a nova experiência que se desvendava nasceu da

³ Disponível em <<https://www.unimed.coop.br/home/sistema-unimed/cooperativismo>>. Acesso em 10 ago. 2019.

iniciativa do Dr. Edmundo Castilho e de um grupo de médicos que desejavam evitar que outras organizações intermediassem a relação entre médico e paciente, no tocante a parte de negociações, bem como zelar pela autonomia enquanto atuação profissional em consultórios. O sucesso da Unimed Santos fez com que surgissem outras cooperativas médicas no interior do estado de São Paulo e, posteriormente, em âmbito nacional. Os fundadores da Unimed estimularam, por meio de visitas, as sociedades médicas interessadas, realizaram palestras e orientações. O cooperativismo médico se expandiu e, em 1975, surgiu a Confederação Unimed com intuito de congrega todas as federações e singulares.

Em 28 de novembro de 1975 foi criada a Confederação Nacional das Cooperativas Médicas (Unimed do Brasil), entidade máxima do Sistema Unimed, que congrega todas as federações e singulares. Atualmente o Sistema Unimed atua em 84% do território nacional e é formado por cerca de 348 Cooperativas médicas e mais de 114 mil médicos cooperados. (UNIMED BRASIL, 2019, p.14).

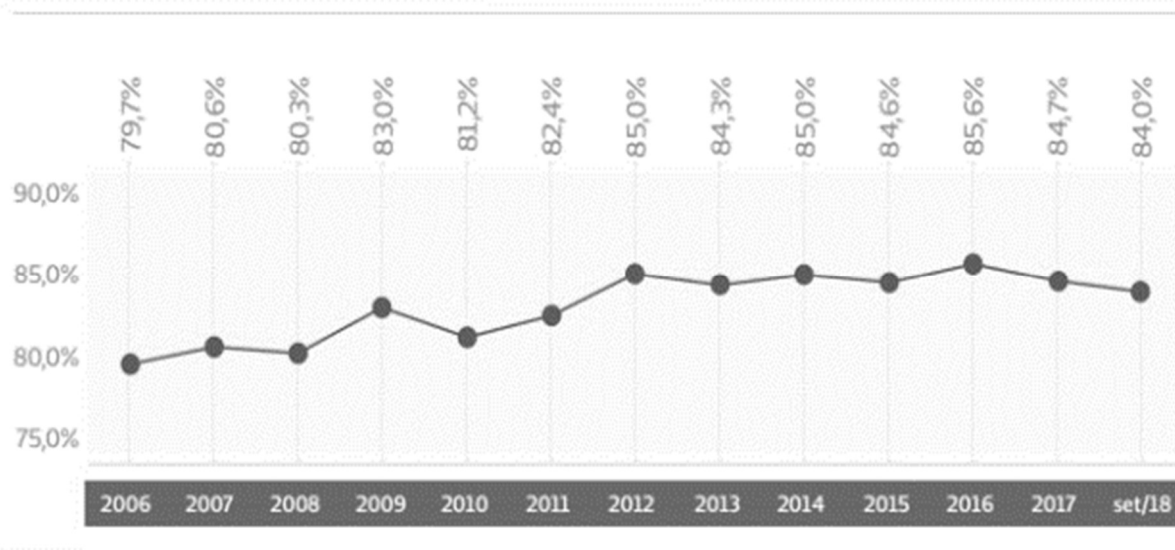
Segundo a Unimed Brasil (2019), as cooperativas médicas detêm o segundo lugar em distribuição de clientes entre as operadoras do país, com 37% do mercado, ficando atrás apenas das medicinas de grupo, que representam 39% do mercado.

Essa segunda posição proporciona 31,8% das receitas de contraprestações entre operadoras médico-hospitalares, o que equivaleu a R\$45,4 bilhões de reais no período de janeiro a setembro de 2018; e 30,2% dos custos assistenciais entre as operadoras médico-hospitalares, representando R\$36,3 bilhões de reais no mesmo período. Em contrapartida, a sinistralidade média do setor fechou, até setembro de 2018, com uma média de 84%, conforme apresentado no histórico da figura 2, desde o ano de 2016 (ANS, 2018). Considera-se oportuno definir o conceito de sinistralidade, o que, de acordo com a ficha técnica de indicadores da ANS, é definido como: “Índice de despesas assistenciais, ou despesas médicas, ou ainda, **sinistralidade**. Mostra a relação entre despesas assistenciais e o total das receitas com operação de planos de saúde (contraprestações efetivas).” (ANS, 2020, p.1).⁵

⁴ Disponível em: <<https://www.unimed.coop.br/home/sistema-unimed/cooperativismo>>. Acesso em 10 ago. 2019.

⁵ Disponível em: <http://www.ans.gov.br/images/stories/Plano_de_saude_e_Operadoras/informacoes_avaliacoes/diags/Ficha_Tecnica_dos_Indicadores_DIQS.docx#:~:text=SINISTRALIDADE-

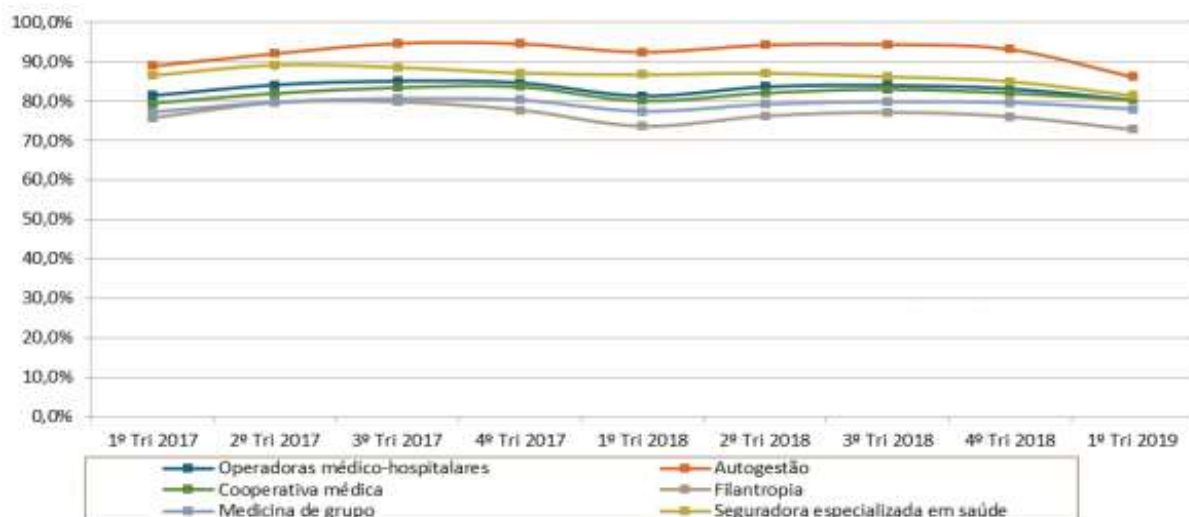
Figura 2: Evolução do índice de Sinistralidade na Saúde Suplementar (%)



Fonte: Agência Nacional de Saúde Suplementar (2018)

Conforme apresentado na figura 2, nota-se o aumento da sinistralidade do setor de Saúde Suplementar a partir da última década. Na continuidade, apresenta-se o comparativo por modalidade de operadoras médico-hospitalares.

Figura 3: Comparativo de Sinistralidade por modalidade de Operadoras (em %)



Fonte: Agência Nacional de Saúde Suplementar (2020)

Como ilustrado na figura 3, observa-se que, nas cooperativas médicas, até o primeiro trimestre de 2019, o índice de sinistralidade assinalou um crescimento a partir do segundo trimestre de 2018, com uma leve redução no início do primeiro

trimestre de 2019. Segundo a Unimed do Brasil (2018), a rede própria hospitalar do Sistema Unimed é a segunda maior do país, ficando atrás apenas das Santas Casas. Qualquer aumento de sinistralidade impacta o resultado da cooperativa e pode ser constituído por uma série de fatores, conforme explica a Teoria dos Custos de Transação, que se passa a explicar no próximo item.

2.4. Teoria dos Custos de Transação e Determinantes de Verticalização

Do ponto de vista da teoria econômica clássica, as relações de mercado são vivenciadas em um cenário perfeito, no qual as informações fluem suavemente entre os agentes, determinados como racionais, com eficiência de equipamentos e ambientes estáveis. Seus conceitos giram em torno de uma noção básica de como os mercados tendem a encontrar um equilíbrio econômico a longo prazo, ajustando-se às oscilações do mercado. Dessa forma, considera-se que os custos envolvidos nesse processo são mínimos; e as partes envolvidas atuam como forma de troca e operam de maneira autônoma e independente, sendo o mercado composto por indivíduos, e não por organizações, que compram e vendem interagindo diretamente uns com os outros (STILES; MICK; WISE, 2001).

A teoria neoclássica afirma que a organização é definida como uma unidade técnica, em que se produzem mercadorias de acordo com uma função de produção e diversos fatores são alocados entre diferentes usos e proporções determinados sempre pelo mecanismo de preço (BIALOSKORSKI NETO, 2012).

Entretanto, segundo Coase (1993), no cotidiano, tal ideia simplista não é o que as empresas vivenciam. O mesmo autor afirma que, nas organizações, existem processos e mecanismos de produção sem estarem diretamente relacionados ao preço, e que existe um custo associado ao usar o mecanismo de preço.

De acordo com Suno (2019), o custo de transação são valores ocasionados na organização, mediante transações para captação de recursos, ou meramente manutenção de atividades. Bialoskorski Neto (2012) aduz que é relevante considerar que outros custos de transação possam existir simplesmente pela incerteza de cada negociação, contrato e identificação de fornecedores, preços de vendas, entre tantas outras variáveis.

Apesar de a teoria econômica reconhecer a existência dos custos de transação, estes estavam associados especificamente aos custos de produção ou

ao simples ato de comprar e vender, não considerando os custos envolvidos nos demais processos da organização.

Todavia constituir uma empresa implica no reconhecimento de todos esses processos produtivos e de certa forma integrá-los dentro da mesma organização. A razão encontrada por Coase (1993) era de que existem etapas de um processo produtivo que estão inseridas dentro da organização e outras não, assim, é preciso admitir a existência de outros custos de transação que não poderiam ser ignorados.

Conforme Williamson (1996), esses custos de transação são definidos como os custos *ex ante* de se elaborar um instrumento contratual e os custos *ex post* dessa negociação. Também formula um modelo em que a especificidade de um ativo seria um dos determinantes dos custos de transação; e estes, da forma de governança da organização.

Para Williamson (1975), a integração vertical também pode ser influenciada pela busca de eficiência operacional e organizacional, que pode ser caracterizada como estrutura de governança.

A teoria dos custos de transação infere que a organização busca uma estrutura de governança que minimize tanto os custos de produção quanto os custos de transação. De acordo com Bucheli, Mahoney e Vaaler (2010), o objetivo prescrito é comparar os custos de produção e troca de bens e serviços, ao longo do tempo, entre indivíduos e um mercado *versus* estruturas alternativas nas quais indivíduos internalizam aspectos da transação via relação de emprego/hierárquica, ao invés de contratos com indivíduos externos à estrutura, substituindo mercados por hierarquias burocráticas.

Um dos objetivos da teoria dos custos de transação é justamente verificar em que circunstâncias optar por internalizar os processos ou não dentro da organização, ao invés de terceirizar e procurar o mercado externo. Araújo Jr. (2013, p. 43) define os custos de transação como:

À busca de parceiros adequados; à negociação do escopo dos contratos; ao estabelecimento de rotinas de controle de qualidade dos insumos adquiridos; à definição dos critérios de reajuste de preços em face de inovações tecnológicas e outras mudanças nas condições de mercado; à fiscalização das regras acordadas; e à escolha de mecanismos de solução de controvérsias.

Bialoskorski Neto (2012) discorre que, conforme o porte e a quantidade de

ativos, a empresa tende a internalizar alguns processos e atividades. O que, de acordo com Fiani (2008), corrobora o sentido de alguns fatores serem determinantes para os custos de transação, como (a) racionalidade limitada, (b) complexidade e incerteza, (c) oportunismo e (d) especificidade de ativos, todos os atributos estão associados aos pressupostos comportamentais.

2.4.1. Racionalidade Limitada

Ao rejeitar a hipótese neoclássica de que os agentes são dotados de racionalidade substantiva ou maximizadora (FAGUNDES, 1997), Williamson postula, a partir do trabalho de Simon (1959, 1976, 1979), que a racionalidade é limitada. Nesse sentido, o comportamento do ser humano sofre limitações neurofisiológicas e de linguagens; tendo-se as incertezas de um mundo moderno e competitivo, com suas complexidades econômicas e a falta de informações, por mais que se dedique na elaboração de contratos, eles não serão escritos de forma a antecipar todas as situações futuras, visto que há limitação de prevê-las e as variações de cenários que poderão ser envolvidas. Desse modo, os contratos são incompletos e sujeitos a renegociações e há possibilidade de comportamento oportunista (LEIBLEIN; MILLER, 2003).

Segundo Simon (1978), o dilema do indivíduo maximizador de utilidade só poderia ser resolvido de duas maneiras: a) mantém-se a hipótese de onisciência, racionalidade e maximização de utilidade, desde que a computação desta situação ótima fosse fácil o suficiente para torná-la possível; b) realizar um modelo que não englobasse uma solução maximizadora, mas sim que atendesse a necessidade do tomador da decisão.

O modelo clássico exige o conhecimento de todas as alternativas que estejam abertas à escolha. Ele exige o conhecimento completo de, ou pela capacidade de analisar, as consequências que se seguirão a cada uma das alternativas. Exige a certeza das avaliações, presentes e futuras, feitas pelo decisor a respeito destas consequências. Exige a habilidade de comparar as consequências, não importando quão diversas e heterogêneas, em termos de uma medida consistente de utilidade. A tarefa, então, era substituir o modelo clássico por um que descreveria como as decisões poderiam ser (e provavelmente eram) feitas quando as alternativas de pesquisa [de informações] tinham de ser procuradas, as consequências de escolher alternativas em particular eram conhecidas apenas de maneira muito imperfeita, devido tanto à capacidade limitada de análise quanto à incerteza do mundo exterior e o decisor não possuísse uma função de utilidade geral e consistente para comparar alternativas

heterogêneas. (SIMON, 1978, p. 353)

Percebe-se que o conceito de satisfação de necessidades se insere na análise de tomada de decisão. Ao contrário do conceito de maximização de utilidade, que coloca que o agente, antes de tomar uma decisão, possui um nível mínimo de aspiração de quão boa deve ser a alternativa escolhida (FERREIRA, 2013). Com isso, o indivíduo, ao atingir o nível satisfação em busca de suas aspirações, dar-se-á por encerrada sua busca por mais informações.

2.4.2. Complexidade e Incerteza

O fato de o indivíduo ser limitado racionalmente contribui para os custos de transação, principalmente por associar a complexidade e a incerteza do negócio.

Pode até ser que a teoria clássica possa ser consertada suficientemente para lidar com uma vasta gama de situações onde a incerteza e adivinhação não tenham um papel central – ou seja, lidar com o comportamento de economias que são relativamente estáveis e não estejam muito distantes do equilíbrio. Todavia, um forte argumento pró-substituição da teoria clássica por um modelo de racionalidade limitada começa a aparecer quando examinamos situações envolvendo a tomada de decisão sob incerteza e competição imperfeita. Estas situações, a teoria clássica jamais foi preparada para lidar e nunca lidou satisfatoriamente. (SIMON, 1978, p.349)

Para Ferreira (2013), ao deparar-se com uma situação complexa, a análise de todas as situações possíveis se mostra extremamente custosa e demorada, fazendo com que o tomador de decisão a tome sem avaliar pormenorizadamente os impactos de todas as alternativas.

Esse conjunto de situações entre a limitação racional, as incertezas e a complexidade contribui para a falta de informação, e, conseqüentemente, gera uma assimetria de informações estratégicas entre os agentes. Sendo assim, tais fatores podem influenciar o resultado de uma negociação.

2.4.3. Oportunismo

O oportunismo definido por Williamson (1985) é comparado à busca do interesse própria e maliciosamente, que decorre da presença de assimetria de informações e origina problemas de risco moral e seleção adversa. Já Fiani (2008)

explica que oportunismo é a transmissão de informações seletivas, distorcidas e promessas autodesacreditadas sobre o comportamento futuro do próprio agente. A ideia de oportunismo está associada à premissa do comportamento humano, que seria agir de acordo com os próprios interesses, desde pelo instinto de sobrevivência até as relações comerciais. Quando um agente detém mais informações que outro em um processo de negociação, surge a possibilidade de que não haja incentivos suficientes para que esse indivíduo se comporte de maneira eficiente. Essa ausência de incentivos é o que dá a origem ao chamado *moral hazard* (risco moral) (FAGUNDES, 1997).

No mercado, a negociação será mais custosa porque cada parte, de forma independente, pode agir, receber e interpretar de maneira diferente as intenções e de acordo com seus próprios interesses. Com isso, a tendência de se comportar de maneira oportunista também aumenta, e essa falta de confiança leva a cenários desfavoráveis para ambas as partes, gerando custos excessivos e favorecendo um processo de integração (FERREIRA, 2013). Nas situações sujeitas ao risco moral, portanto, uma das partes da transação pode adotar atitudes que afetam a avaliação do valor do negócio por parte de outros agentes envolvidos, sem que estes possam monitorar e/ou impor a execução perfeita de tais ações (KREPS, 1990). Nesse sentido, o oportunismo presente nas negociações pode elevar os custos de transação, a falta de informações e a confiança atrasam o processo. A real forma de reduzir o risco de oportunismo é elaborar um contrato complexo e que estabeleça o máximo de variáveis a fim de mitigar tais riscos, entretanto não é garantido que não haja intercorrências após a contratação.

2.4.4. Especificidade de Ativos

A definição de especificidade de ativos, segundo Williamson (1985), é explicada como sendo o grau no qual um dado ativo em uma transação é mais valioso em uma transação específica do que no seu segundo melhor uso, como, por exemplo, um fornecedor que possui um cliente em específico, mas este deixa de consumir bens ou serviços produzidos por ele, aquele, por sua vez, terá dificuldades em encontrar outro cliente, seja pelo baixo preço que o novo cliente estará disposto a pagar, seja pelo alto custo para deixá-lo mais atrativo. Diez-Vial (2007) define como o grau pelo qual os investimentos não reempregáveis são necessários para

dar suporte à troca entre dois estágios do processo produtivo. De acordo com Ferreira (2013), os problemas associados aos ativos específicos ocorrem porque, uma vez realizados os investimentos em tais ativos, comprador e vendedor passam a ter uma relação exclusiva ou quase exclusiva.

A especificidade de ativos exerce um papel importante dentro das organizações e é capaz de influenciar as decisões dos agentes econômicos e explorar seus efeitos na estrutura de capital e de valor da cooperativa. Williamson (1996) formula um modelo no qual a especificidade de um ativo seria um dos determinantes do custo de transação. A especificidade de um ativo considera o grau de especialização de determinado ativo que não permite que este seja, em diferentes graus, utilizado para outro fim que não ao qual ele é utilizado; e, segundo Bialoskorski Neto (2012), com uma especificidade maior de ativos, a organização tende a ter um nível também maior de custos de transação, que faz com que essa firma traga ao seu interior certas atividades, ou, de uma forma híbrida, procure um relacionamento contratualmente mais estável, de modo a, sempre, minimizar seus custos de transação. A integração vertical permitiria, nesses casos, anular as ineficiências geradas em virtude da necessidade de se resguardar do problema do refém e alinhar incentivos à criação de ativos específicos, por meio do acesso a controles administrativos que tornariam a transação mais frequente e cooperativa do que em um processo de troca via mercado (FERREIRA, 2013).

Um fornecedor que tenha realizado investimentos específicos se torna refém da transação para com o seu cliente, com isso, permitindo ao não investidor agir de forma oportunista. Para Williamson (1975), a integração vertical é uma boa resposta ao problema porque alinha os processos e interesses de troca das partes envolvidas e permite um processo decisório mais assertivo.

Entretanto, para que o risco gerado por ações oportunistas seja significativo, o investimento deverá ser específico, considerando que, no mercado, existem várias opções de produtos e benefícios que podem ser facilmente substituídos em caso de distrato. Na área da saúde, por exemplo: este risco específico pode ser considerado quando uma operadora de planos de saúde possui, em uma cidade específica, apenas um prestador de serviços assistenciais, como hospitais, laboratórios, serviços de imagem, etc.

A integração vertical é a combinação de processos de produção, distribuição, vendas e/ou outros processos econômicos tecnologicamente

distintos dentro das fronteiras de uma mesma empresa. Teoricamente, toda a cadeia produtiva que hoje é realizada por terceiros, existe a possibilidade de internalizar, sob o comando de uma mesma gerência. Entretanto essa estratégia pode trazer benefícios ou problemas para a organização, o importante é analisar essas variáveis no tocante ao custo x benefício da integração vertical. (PORTER, 2004, p. 313)

2.4.5. Benefícios Estratégicos da Verticalização

Com o objetivo de internalizar processos e diminuir os custos de transação, empresas optam pela integração vertical como estratégia competitiva, o que as deixa mais seguras contra incertezas e flutuações de mercado, assim, contribuindo para o desempenho da instituição. Essa estratégia facilita também o controle e a gestão das informações e dos processos em toda a cadeia produtiva, a seguir, elenca-se a relação de Porter (2004) quanto aos benefícios estratégicos que a integração vertical pode proporcionar.

Volume de Produção versus Escala Eficiente: Para que a verticalização ofereça benefícios, primeiramente dependem do volume de produtos/serviços comprado ou vendido pela organização em relação ao tamanho da instalação de produção.

Economias Possíveis com a Integração: Se o volume de produção for suficiente para obter economias de escala disponíveis, o benefício comum na verticalização é a realização de economias, ou contenção de custos.

Economias de Operações Combinadas: Ao reunir operações tecnologicamente distintas, a empresa pode, muitas vezes, ganhar eficiência.

Economias Derivadas do Controle e da Coordenação Internos: Os custos de programação, coordenação de operações e de resposta às emergências podem ser menores se a empresa for integrada.

Economias de Informação: As operações integradas podem reduzir a necessidade de coleta de alguns tipos de informações sobre o mercado, ou, que é mais provável, o custo da obtenção da informação.

Economias Obtidas ao se Evitar o Mercado: Com a integração, a empresa pode economizar em alguns dos custos de transações efetuadas no mercado como: custo de vendas, compras, negociações e transações.

Economias Devidas a Relacionamentos Estáveis: Tanto a integração para frente quanto para trás, tendo base que a compra e venda são estáveis, podem diminuir o risco de compradores e fornecedores pressionarem nas negociações ou serem trocados.

Características das Economias da Integração Vertical: A sua importância varia, claramente de empresa para empresa, a depender da estratégia de cada uma, assim como seus pontos fortes e fracos.

Aprofundamento da Tecnologia: Circunstancialmente, pode ser obtida familiaridade com a tecnologia dos negócios de integração para trás e integração para frente, o que é crucial para o sucesso da atividade básica;

uma forma de economia de informação tão importante que chega a merecer um tratamento em separado.

Assegurar Oferta e/ou Demanda: A verticalização assegura o recebimento dos suprimentos disponíveis em períodos difíceis de escassez ou que terá um meio de escoamento para os produtos em períodos de baixa demanda geral. Embora a integração vertical possa reduzir incertezas, a respeito da oferta e procura e proteger a empresa contra flutuações nos preços, isso não quer dizer que os preços de transferências internos não devam refletir as perturbações do mercado.

Compensação do Poder de Negociação e das Distorções nos Custos dos Insumos: Se organizações estiverem operando com clientes ou fornecedores que disponham de poder de negociação relevante e que colham retornos sobre o investimento acima do custo de oportunidade de capital, vale a pena a integração, ainda que não exista nenhuma outra economia no processo.

Maior Habilidade em Efetuar a Diversificação: A integração vertical pode melhorar a habilidade da empresa em diferenciar-se das demais oferecendo uma fatia maior do valor agregado sob o controle da gerencia.

Barreiras de Mobilidade e de Entrada Elevadas: Se a integração vertical conseguir alcançar algum desses benefícios citados acima, pode elevar as barreiras de mobilidade. Os benefícios propiciam à empresa integrada uma certa vantagem competitiva em relação à empresa que não é integrada, sob a forma de preços mais altos, custos mais baixos ou risco menor.

A Entrada em um Negócio com Retornos mais altos: Uma organização pode, algumas vezes, aumentar os seus retornos globais sobre os investimentos por meio da integração vertical. Se o estágio de produção no qual a organização está pensando em se integrar tiver uma estrutura que ofereça um retorno sobre o investimento maior do que o custo de oportunidade do capital para a empresa, a integração é, então, proveitosa, ainda que não existam economias na integração propriamente dita.

Defesa Contra o Fechamento: Mesmo inexistindo benefício na integração, pode ser necessário defender-se contra o fechamento do acesso a fornecedores ou a clientes, se os concorrentes forem integrados. Integração em ampla escala por parte dos concorrentes pode desbaratar muitas das fontes de suprimento, ou os clientes visados ou os pontos de venda a varejo. Ao avaliarmos os benefícios da integração vertical, é necessário considerar os custos estratégicos envolvidos na integração vertical. (PORTER, 2004, p. 316-323)

2.4.6. Custos Estratégicos da Verticalização

Entretanto há que se considerar que o processo de integração vertical também proporciona custos estratégicos, e, de acordo com Porter (2004), os custos estratégicos da verticalização aludem, de maneira basal, aos custos de entrada, flexibilidade, equilíbrio e habilidade na administração da organização integrada, bem como ao uso de incentivos organizacionais em oposição aos incentivos de mercado. Esse autor ainda indica uma relação de custos estratégicos oriundos da integração vertical.

Custo de Superação de Barreiras de Mobilidade: A integração vertical requer, obviamente, que a empresa supere as barreiras de mobilidade para poder competir no negócio seja de integração para trás ou integração para frente. Contudo, a superação de barreiras ocasionadas por vantagens de custo decorrentes de tecnologias patenteadas ou de fontes favoráveis de matérias-primas pode ser um custo da integração vertical.

Maior Alavancagem Operacional: A integração vertical eleva a proporção de custos fixos de uma empresa. Se a empresa produz internamente, a empresa terá de arcar com quaisquer custos fixos envolvidos na produção, e se adquirido no mercado, estes custos seriam variáveis.

Flexibilidade Reduzida para a Mudança de Sócios: A integração vertical implica que o bom êxito de uma unidade empresarial está ligado, pelo menos em parte, à habilidade do seu fornecedor ou cliente interno. Mudanças tecnológicas, mudanças no projeto do produto que envolvam componentes, falhas estratégicas ou problemas gerenciais podem criar uma situação no qual o fornecedor interno está fornecendo produtos ou serviços inadequados, inferiores ou com alto custo ou que o cliente ou o canal de distribuição interno estão perdendo posição em seu mercado e, portanto, a sua adequabilidade como comprador.

Exigências de Investimento de Capital: A integração vertical consome recursos de capital, os quais têm um custo de oportunidade dentro da empresa, ao passo que a negociação com entidades independentes utiliza capital de investimentos de terceiros. A integração vertical deve proporcionar retornos superiores ou iguais ao custo de oportunidade do capital da empresa, ajustando-se às considerações estratégicas, de modo que a integração possa ser considerada uma boa escolha.

O Fechamento do Acesso a Pesquisas e/ou Know-how dos Fornecedores ou Consumidores: Ao integrar-se, a organização pode excluir-se do fluxo de tecnologia de seus fornecedores ou clientes. A integração significa em geral que uma companhia tem de aceitar a responsabilidade pelo desenvolvimento de sua própria capacidade tecnológica em vez de escorar-se em outros. A necessidade de investimentos em novas tecnologias tende a aumentar o custo em pesquisas e desenvolvimentos.

Mantendo o Equilíbrio: As capacidades produtivas das unidades integradas para frente ou integradas para trás na organização devem ser mantidas em equilíbrio ou surgirão problemas potenciais. O estágio da cadeia vertical que dispuser de excesso de capacidade (ou excesso de demanda) tem de vender parte de sua produção final (ou comprar parte de seus insumos) no mercado aberto ou do concorrente, o que pode gerar um desequilíbrio e fortalecer a posição adversária.

Incentivos Desestimulantes: A integração vertical significa que as negociações de compra e de venda ocorrem por meio de um relacionamento cativo. Os incentivos para o desempenho da empresa integrada para frente podem ser desestimulantes porque ela vende internamente em vez de competir pelo negócio. Inversamente, o negócio que compra internamente de uma outra unidade da companhia pode não se empenhar em barganhas com tanta animação quanto o faria com vendedores externos.

Exigências Gerenciais Distintas: Os negócios podem diferir em estrutura, em tecnologia e administração, a despeito de terem uma relação vertical. A produção e a fabricação de metal primário são bastante diferentes. Negócios distintos, associados à falta de informação sobre o processo, podem ser um risco da integração. Após a apreciação dos benefícios e os custos estratégicos da integração vertical, Porter apresenta os modelos de integração parcial. (PORTER, 2004, p. 323-329)

2.4.7. Integração Parcial

Segundo Porter (2004), a integração parcial é uma conexão reduzida para frente ou para trás, em que a organização continua a adquirir o restante de suas necessidades no mercado aberto. Requer que a empresa esteja capacitada a mais do que apenas sustentar uma operação interna de dimensões eficientes, tendo ainda outras necessidades que sejam atendidas pelo mercado. Se o empreendimento não tiver o porte suficiente para que suas operações internas sejam eficientes, as desvantagens de pequena escala devem ser subtraídas dos benefícios líquidos proporcionados pela integração parcial. Uma integração parcial resulta em menor elevação de seus custos fixos do que a integração total, além de proporcionar o ajuste do nível de risco enfrentado no mercado.

Uma das armadilhas da integração vertical é o envolvimento em custos ou riscos quando muitos dos benefícios poderiam ter sido alcançados com negociações mais bem conduzidas com partes externas, como acontece na saúde suplementar.

2.5. Teoria dos Custos de Transação e Verticalização na Saúde Suplementar

Os custos de transação descritos pela teoria também podem ser observados frequentemente na área da saúde, em específico na saúde suplementar. O modelo de negócio exige que a operadora tenha uma relação contratual com diversos *stakeholders*, como hospitais, laboratórios, serviços de imagens, médicos e demais equipes multidisciplinares da área de saúde, tudo isso para assegurar o acesso à saúde e à prestação de serviços aos beneficiários contratantes do plano de saúde. Os agentes envolvidos nesses processos compõem uma cadeia produtiva que busca seus próprios interesses. Recursos são alocados de maneira subótima, e o ambiente é imprevisível, instável e altamente incerto (STILES; MICK; WISE, 2001).

De acordo com Ferreira (2013), as transações idealizadas internamente em unidades de saúde são complexas e imprevisíveis, visto que os processos no tocante à assistência à saúde ocorrem por meio de uma complicada interação de pacientes/clientes, prestadores e financiadores do negócio.

Outro fator que contribui para a elevação dos custos na área da saúde é o modelo de remuneração existente, o chamado *fee-for-service*, que, segundo Bessa

(2018), é um sistema de pagamento realizado de forma retrospectiva ou de pós-pagamento, tradicionalmente, mais utilizado para a remuneração do trabalho médico e dos serviços hospitalares. É uma forma de pagamento por procedimento individual, item a item, ou seja, quanto mais se utiliza, mais se recebe.

Do ponto de vista profissional, esse modelo tem a justificativa de garantir uma preocupação integral do médico ao paciente, dessa forma, permitindo ofertar-lhe tudo o que seja necessário, sem qualquer restrição, incluindo exames para diagnóstico e tratamentos, visto que o pagamento é feito após a prestação do serviço (JEGERS, 2002).

Não bastasse isso, um estudo realizado pelo Instituto de Estudos de Saúde Suplementar (2019) aponta que as fraudes em planos de saúde consomem R\$15,00 em cada R\$100,00, oriundas de contas hospitalares superestimadas, exames desnecessários, empréstimos de carteirinhas, reembolsos indevidos, entre outras irregularidades. O relatório acusa ainda um custo estimado em R\$ 20 bilhões, identificado como fraudes no ano de 2016, sendo que, deste valor, R\$ 11 bilhões se referiam a fraudes em contas hospitalares e R\$ 9 bilhões, a exames. O Instituto de Estudos de Saúde Suplementar calcula ainda que, por causa das burlas, os custos dos procedimentos médicos acabam sendo um terço a mais do que deveriam, e este tipo de problema torna ainda mais cara a mensalidade dos planos de saúde.

As Operadoras de Planos de Saúde, tanto quanto os prestadores de serviços de saúde, funcionam sob grandes imperfeições derivadas de assimetrias de informações e oportunismos. Segundo Ferreira (2013), o que essas operadoras pretendem ao verticalizarem-se é que a função de coordenação seja internalizada para a sua estrutura, de modo a tornar o processo mais eficiente em termos econômicos.

Conforme a Unimed Brasil (2019), a razão da existência dos recursos e serviços próprios é contribuir, aos princípios cooperativistas, para o desenvolvimento e a sustentabilidade do Sistema Unimed, por meio da prestação de serviços de saúde de qualidade ao beneficiário e do aumento do ambiente para o trabalho médico dos sócios cooperados.

2.6. Estratégia Corporativa e Competitiva

De acordo com Jhonson et al. (2011), o conceito de estratégia pode ser definido como a orientação e o alcance de uma organização a longo prazo, que conquista vantagens num ambiente inconstante por meio da configuração de recursos e competências com o intuito de atender às expectativas dos *stakeholders*. Barney e Hesterly (2011) definem como seria o meio para se obter vantagens competitivas, em que uma boa estratégia é aquela que realmente gera vantagens. Para Mações (2019), a estratégia se atenta na análise competitiva de cada negócio e sua atuação, de como se posicionar e como organizar recursos. Refere-se que, para isso, é relevante manter competitividade.

Em um ambiente corporativo, existem vários tipos de estratégias para diferentes tipos de empresas; e, de acordo com Andrews (1996), o conceito de estratégia corporativa pode ser definido como o padrão de decisões em uma organização que determina e revela objetivos, propósitos e metas, produz as principais políticas e os planos para alcançar essas metas, bem como define a gama de negócios da organização, visando alcançar o tipo de organização econômica e humana que é ou pretende ser e também a natureza da contribuição econômica e não econômica que pretende fazer aos seus acionistas, clientes e comunidades. Portanto, nesse contexto, a estratégia corporativa está relacionada ao comportamento da organização a um determinado negócio, frente a concorrentes no mercado em que atua, de maneira que possa concentrar seus recursos para converter competência distintiva em vantagem competitiva. Mações (2019) reforça essa ideia ao discorrer que a estratégia corporativa tem viés em se atentar à análise de negócios ou mercados em grau de envolvimento de cada negócio e suas inter-relações, com a preponderância em implementação a fim de maximizar o valor da organização.

A decisão estratégica que contribui para este tipo de padrão é aquela que é eficaz por um longo período de tempo, afeta a organização de maneira diferente e contribui de maneira significativa para os resultados esperados. O padrão resultante de uma série de decisões, provavelmente, irá definir a imagem de uma organização, a relação com seus membros e públicos, bem como a posição que vai ocupar no mercado (ANDREWS, 1996).

Segundo Porter (2004), a formulação de uma estratégia competitiva está

relacionada ao ambiente no qual a organização se encontra. Embora o meio ambiente relevante seja muito amplo, abrangendo tanto forças sociais como econômicas, o aspecto principal do ambiente é o mercado no qual se encontra. Uma operadora de planos de saúde, em seu ambiente externo, depara-se com diversos agentes no mercado no qual atua, como, por exemplo, sua rede de prestadores, a concorrência de outros produtos ou outros serviços de saúde. Essas as situações contribuem para a elaboração de uma estratégia de verticalização.

Escolher a melhor estratégia não é uma tarefa fácil, e esse processo deve ser feito de forma cuidadosa e sistemática, visando à redução de erros. O processo de administração estratégica é um conjunto sequencial de análises e escolhas que podem aumentar a probabilidade de uma organização escolher uma boa estratégia, ou seja, que gere vantagens competitivas (BARNEY; HESTERLY, 2011).

2.6.1. Missão da Organização

O processo de administração estratégica inicia quando uma empresa define sua missão, sendo esse o propósito de longo prazo. Missões definem tanto o que a empresa aspira ser no longo prazo quanto o que ela pretende evitar (BARNEY; HESTERLY, 2011). A figura 4 representa o processo de administração estratégica.

Figura 4: Processo de Administração Estratégica



Fonte: Barney e Hesterly (2011, p. 4)

Uma estratégia, inicialmente, é definida como uma missão da organização conforme apresentado na figura supra, e para conseguir alcançar tais objetivos é necessário realizar uma análise interna e externa.

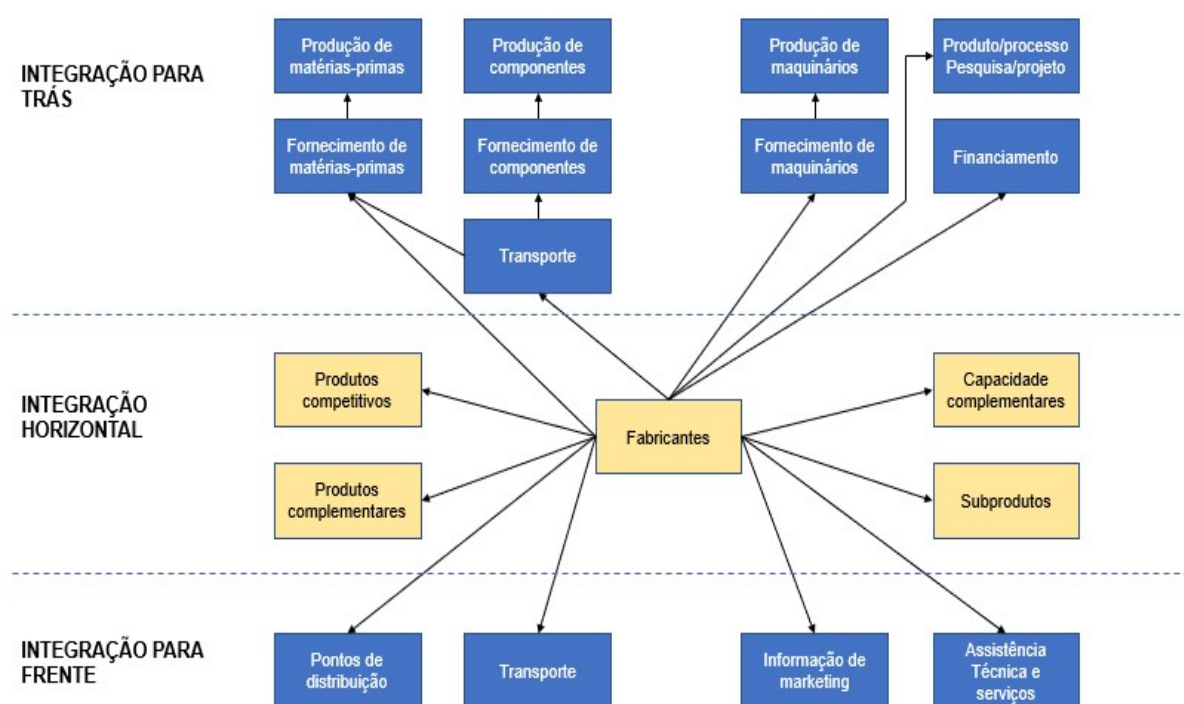
2.6.2. Diversificação Relacionada

A diversificação, no contexto da estratégia corporativa, significa a presença

empresarial em mais de um setor e tem o intuito de reduzir as incertezas e dificuldades enfrentadas por organizações que atuam em somente um setor. Quando se dá em negócios não relacionados (conglomerados), é motivada pelo desejo de capitalização das oportunidades de lucros em qualquer setor. Já a diversificação relacionada implica a atuação em negócios com semelhanças ou complementaridades entre si, em importantes dimensões estratégicas, resultando geralmente em ganhos sinérgicos e em riscos e incertezas menores (WRIGHT; KROLL; PARNELL, 2000). Portanto, o conceito de diversificação relacionada ocorre quando uma organização amplia ou aumenta a produção ou seu mercado, ou seja, a empresa começa a produzir um novo produto ou entra em um novo mercado relacionado com sua atividade.

Da teoria de custos de transação, Besanko et al. (2012) contribuem ao mencionar que é relevante a diversificação por fusões ou aquisições, e a teoria econômica sugere que as empresas devem diversificar quando os benefícios para os acionistas excedem aos custos e, então, examinar as evidências empíricas sobre esse ponto, assim, a figura 5 ilustra opções de diversificação relacionadas para um fabricante:

Figura 5: Opção de diversificação relacionada para um fabricante



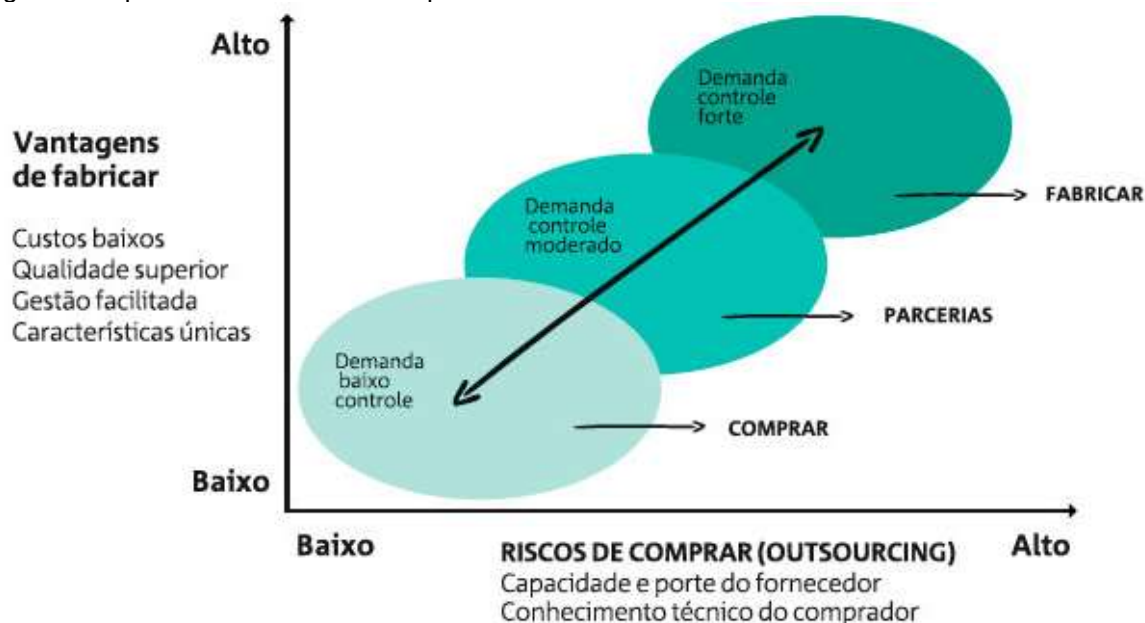
Fonte: Johnson et al. (2011, p. 205)

As opções de diversificação relacionada para um fabricante, conforme apresentado na figura, são representadas entre integração para trás, integração horizontal e integração para frente, e o posicionamento estratégico da diversificação deve estar associado à vantagem competitiva.

2.6.3. Produzir ou Comprar

Esta é uma importante decisão estratégica que a maioria das organizações enfrenta diariamente – saber qual a hora de fabricar bens ou serviços internamente ou terceirizar a atividade. Maestrelli (2018) apresenta, conforme ilustra a figura 6, os aspectos da análise para decidir entre comprar e fabricar:

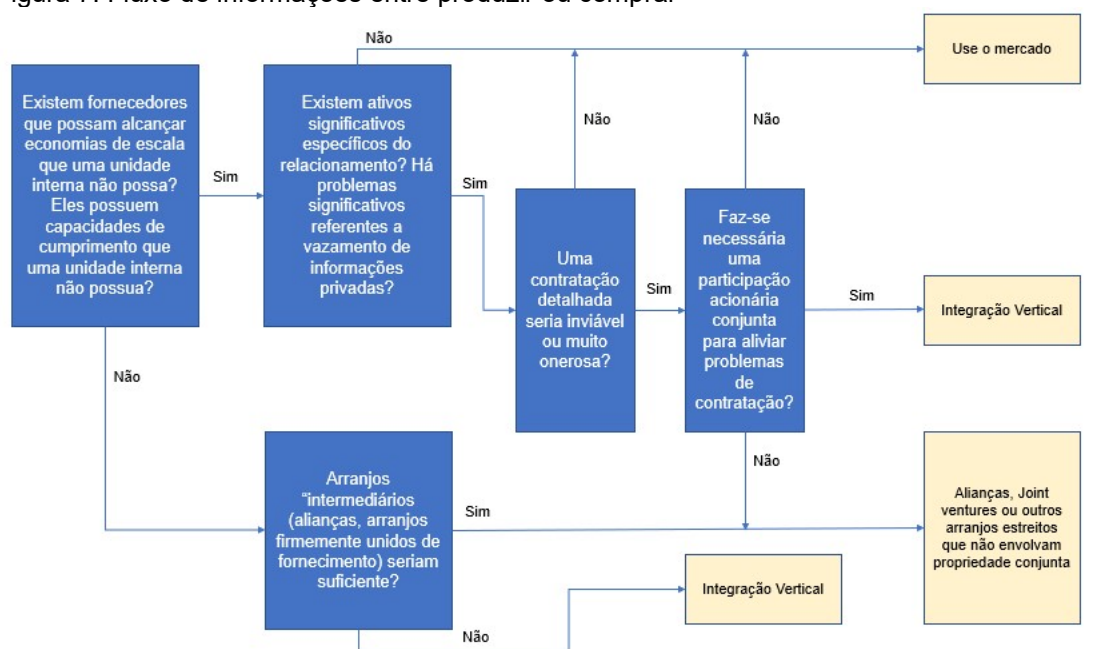
Figura 6: Aspectos da análise de comprar ou fabricar



Fonte: Maestrelli (2018, p. 1)

Na figura 6, expõem-se, de forma resumida, as vantagens e desvantagens de cada opção, relacionando a decisão com as características da demanda dos produtos ou serviços envolvidos. Outra maneira de análise é dada por Besanko et al. (2012), apresentando o fluxo de informações para auxiliar na tomada de decisão, conforme apresentado na figura 7.

Figura 7: Fluxo de informações entre produzir ou comprar



Fonte: Besanko et al. (2012, p. 164)

O fluxo apresentado na figura 7 auxilia na tomada de decisão sobre a estratégia a ser tomada entre produzir ou comprar, elencando, de maneira sistêmica, as informações necessárias para tal. Conforme apresentado nas figuras 6 e 7, a relação existente com o fornecedor, capacidade produtiva e o relacionamento são fatores determinantes para o posicionamento da organização. Contudo, havendo grande demanda e dificuldades no relacionamento, uma alternativa é a integração vertical.

Ter uma estrutura com integração vertical dá a organização maior poder de barganha nas negociações, uma vez que a assimetria de informações é reduzida. Proporcionando, a partir de então, conhecimento sobre a estrutura de custos de seus fornecedores (FERREIRA, 2013, p. 193).

2.7. Criação de Valor

Com relação à vantagem competitiva por meio da criação de valor, Besanko et al. (2012) assinalam que os negócios visam criar e entregar valor econômico. Eles sobrevivem e prosperam quando capturam uma fração desse valor sob a forma de lucro. Os negócios que são bem-sucedidos em criar mais valor do que os concorrentes alcançam uma posição de vantagem em relação aos concorrentes no mercado. Os ativos intangíveis têm exercido um papel importante na criação de valor para as empresas, especialmente porque são importantes fontes de

vantagens competitivas. O valor percebido pelo cliente pode tornar-se uma fonte de barreira de novos entrantes no mercado, como afirma Porter (2004), em meio ao posicionamento estratégico da organização.

Segundo Nonaka (1991), em uma economia marcada pela incerteza, o conhecimento é a única fonte segura e duradoura de vantagem competitiva, assim o poder da marca e do produto é capaz de assegurar a confiabilidade e percepção do cliente. A fonte de riqueza e do valor econômico das empresas não está mais na produção de bens materiais, mas na criação e produção de bens intangíveis (CAÑIBANO et al., 2000).

De acordo com Teh et al. (2007), existem pelo menos três tipos de valores associados a uma empresa, a saber: valor contábil, intrínseco e de mercado. O valor contábil deve ser apurado de acordo com as regras contábeis. Os valores de mercado, para as empresas de capital aberto, são apurados segundo os valores de suas ações. Frezatti (2003) ressalta que o valor de mercado corresponde a uma aproximação, porque em uma transação de venda efetiva, pode haver prêmios e circunstâncias de difícil determinação.

Neste trabalho, a proposta de criação de valor está associada ao valor percebido pelo cliente em decorrência do processo de integração vertical e como isso pode ser revertido em vantagem competitiva e melhores desempenhos para a cooperativa, e a chave para a criação desse valor está relacionada ao gerenciamento do seu valor intrínseco. Copeland et al. (2002) afirmam que criar valor é obter retornos sobre o capital investido superiores ao custo de oportunidade do capital. Para tanto, os autores consideram que a empresa deve escolher estratégias de forma que maximize o valor presente dos fluxos de caixa previstos ou o lucro econômico. A escolha dessas estratégias depende da identificação dos fatores ou direcionadores de criação de valor da empresa.

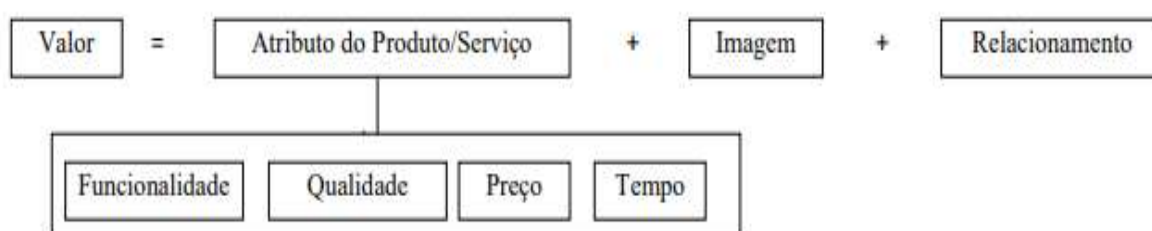
De acordo com Ito et al. (2012), existem diferentes conceitos de valor e, apesar da recorrência de algum tipo de conceituação de valor nas investigações da vantagem competitiva, as contribuições ou assumem o valor como dado e exploram os limites da imitabilidade deste pela reprodução de recursos ou emitem definições que o confundem com a disposição a pagar ou com a receita total da teoria econômica.

Portanto, a estratégia pode ser vista como a arte de criar valor (NORMANN; RAMIREZ, 2005). Segundo Porter (1985), o conceito de valor consiste naquilo que

compradores se dispõem a pagar, de acordo com o que a empresa pode oferecer, sendo que cada indivíduo estabelece um valor do produto ou serviço em função do benefício agregado a ele. Para Prahalad e Ramaswamy (2004), o valor é concomitante às experiências, sendo que os produtos e serviços facilitam experiências individuais.

De acordo com Kaplan e Norton (1997), o valor é visto como um construto que pode ser expresso pela figura que segue:

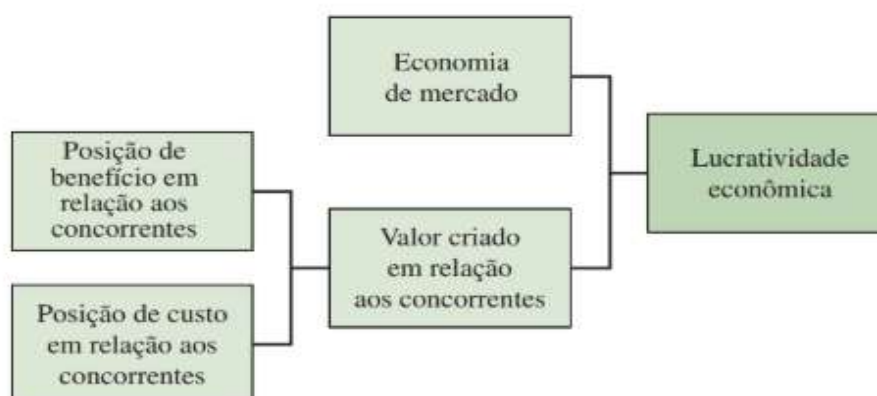
Figura 8: Construto Valor



Fonte: Kaplan e Norton (1997, p. 79)

Nesse sentido, o conceito de valor está relacionado aos atributos qualitativos do indivíduo na relação de troca entre cliente e fornecedor. Em uma situação de competição, os clientes fazem escolhas com base em suas percepções *value-for-money* (JHONSON et al., 2011), e a estrutura para vantagem competitiva apresentada por Besanko et al. (2009) é representada na figura a seguir:

Figura 9: Estrutura para Vantagem Competitiva



Fonte: Besanko et al. (2009, p. 375)

A lucratividade de uma organização depende conjuntamente da economia de mercado e seu sucesso em criar mais valor do que seus concorrentes, que, por sua vez, depende de sua posição em relação aos seus custos-benefícios.

2.8. Desempenho

Segundo Oyadomari et al. (2018), o conceito de desempenho é como a empresa avalia se os resultados estão melhores ou piores em relação a algum parâmetro, e podem ser os resultados anteriores, os resultados orçados e os resultados dos concorrentes. Empresas com sistema de controle gerencial mais formalizado, geralmente, utilizam o orçamento como base de avaliação de desempenho, e o alcance desses objetivos orçamentários tem implicações na avaliação do desempenho. Empresas com sistema de controle gerencial informal e que não utilizam orçamento, conceituam desempenho como uma evolução dos resultados, comparando os resultados realizados *versus* os resultados anteriores, com uma postura de melhoria contínua.

Para avaliar o desempenho é preciso mensurar os resultados pretendidos e realizados. A ideia básica é refletida no paradigma da mensuração, que é: "diga como sou medido, que lhe direi como vou agir" (OYADOMARI et al. 2018).

2.8.1. Desempenho Econômico-Financeiro

A análise das demonstrações financeiras é útil para análises internas e externas à organização. Para os analistas internos, essa apreciação permite visualizar a condição geral da organização, antevendo condições futuras bem como ponto de partida para o planejamento de ações. Para analistas externos, a referida análise tem como objetivo a previsão de futuro, avaliando possíveis pontos de investimentos (BRIGHAM; HOUSTON, 1999). Segundo Assaf Neto (2014), a análise das demonstrações financeiras visa, fundamentalmente, ao estudo do desempenho econômico-financeiro de uma empresa, em determinado período do passado, para diagnosticar, em consequência, sua posição atual e produzir resultados que sirvam de base para previsão de tendências futuras.

Os indicadores de desempenho econômico-financeiro são caracterizados como ferramentas de gestão organizacional e têm por finalidade verificar tendências e comparar com padrões preestabelecidos (MATARAZZO, 2007). Segundo Pinho (1986), a análise do desempenho é feita por meio de indicadores econômico-financeiros, tendo como foco o aspecto empresarial da sociedade cooperativa, sendo, segundo a autora, necessário o equilíbrio entre os indicadores econômicos

e os sociais, uma vez que cooperativas são feitas por pessoas e ao mesmo tempo necessitam ser sustentáveis.

Deve-se referir que, conforme a Lei n.º 5.764, de 16 de dezembro de 1971 (Lei Geral do Cooperativismo), em seu Capítulo II, Art. 3º “Celebram contrato de sociedade Cooperativa as pessoas que reciprocamente se obrigam a contribuir com bens ou serviços para o exercício de uma atividade econômica, sem objetivo de lucro.” (BRASIL, 2019, p. 1). Segundo Bialoskorski Neto (2012, p.155), “a organização Cooperativa deverá apresentar benefícios e serviços perceptíveis ao cooperado para que ele tenha incentivo econômico para transacionar com a Cooperativa e participar”, ou seja, o desempenho econômico-financeiro não se limita ao resultado obtido ao final do exercício e quanto se gerou de lucro/sobras, mas incide em analisar uma série de fatores que envolve o desempenho como um todo, a exemplo da política de remuneração e benefícios oferecidos aos cooperados, contudo é necessário acompanhar e analisar os indicadores econômico-financeiros. Lauermann (2016) afirma que esses indicadores são calculados a partir de uma base de dados extraídos dos balanços contábeis das cooperativas e facilmente quantificáveis e operacionalizáveis nas filiadas às Organizações das Cooperativas Brasileiras (OCB).

Diante do exposto e de acordo com Marion (1998), os índices são relações que se estabelecem entre duas grandezas e que facilitam o trabalho dos analistas, o apreciado de relações ou percentuais é mais relevante que a observação de montantes. Portanto, alguns indicadores foram elencados para apreciação.

- a) Índices de Liquidez
- b) ROA – (*Return On Assets*) Retorno sobre Ativos
- c) ROI – (*Return On Investments*) Retorno sobre Investimentos
- d) ROE – Retorno sobre o Patrimônio Líquido

Observa-se que a estratégia das organizações e os indicadores de desempenho estão interligados.

Índice de Liquidez: de uso frequente no ambiente contábil financeiro, o termo está associado à velocidade com que um ativo pode ser convertido em dinheiro. Essa velocidade é normalmente influenciada por alguns fatores econômicos (CANITO;

COSTA; CAMPOS, 2018). Para Marion (2010), a capacidade de pagamento pode ser avaliada por meio de quatro indicadores, a saber: Índice de Liquidez Corrente (ILC), Índice de Liquidez Seca (ILS), Índice de Liquidez Geral (ILG) e Índice de Liquidez Imediata (ILI), que são obtidos diretamente do Balanço Patrimonial. No quadro a seguir, resumem-se os indicadores, sua classificação e sua forma de cálculo:

Quadro 1: Indicadores de Liquidez

Indicador de Liquidez	Classificação	Cálculo	Parâmetro
Corrente (ILC)	Curto Prazo	$\frac{\text{Ativo Circulante}}{\text{Passivo Circulante}}$	≥ 2
Seca (ILS)	Curto Prazo	$\frac{(\text{A.C.} - \text{Estoques})}{\text{Passivo Circulante}}$	≥ 1
Geral (ILG)	Longo Prazo	$\frac{(\text{A.C.} + \text{R.L.P.})}{(\text{P.C.} + \text{P.N.C.})}$	≥ 1
Imediata (ILI)	Imediato	$\frac{\text{Disponíveis}}{\text{Passivo Circulante}}$	≥ 1

Fonte: O autor (2019)

O ILC mede a capacidade de pagamento a curto prazo.

Mede a relação existente entre o ativo circulante e o passivo circulante, ou seja, de \$ 1,00 aplicado em haveres e direitos circulantes (disponível, valores a receber e estoques, fundamentalmente), quanto a empresa deve também a curto prazo (duplicatas a pagar, dividendos, impostos e contribuições sociais, empréstimos a curto prazo etc.). (ASSAF NETO, 2014, p. 122)

“Tradicionalmente, é considerado como ideal um ILC acima de 2 e desejável uma tendência crescente em seu comportamento.” (HOPP; LEITE, 1989, p. 65). Já para o cálculo do ILS são desconsiderados os estoques.

É reconhecido que os estoques, apesar de serem classificados como itens circulantes (curto prazo), não apresentam normalmente liquidez compatível com o grupo patrimonial em que estão incluídos. Sua realização é, na maioria das vezes, mais demorada e difícil que a dos demais elementos que compõem o ativo circulante. As despesas pagas antecipadamente, por sua vez, não representam valores a receber, mas, basicamente, serviços, utilidades e benefícios a receber. Assim, são muitas vezes eliminadas para o cálculo do índice de liquidez. (ASSAF NETO, 2014, p. 123)

O cálculo se dá pelo ativo circulante menos os estoques e dividido pelo passivo circulante. Seu resultado indica o quanto a empresa dispõe (menos os estoques), em reais, para saldar cada R\$1,00 (um real) de dívidas de curto prazo.

“É desejável um ILS maior ou igual a 1” (HOPP; LEITE, 1989, p. 65). Já o ILG é um indicador que reflete a capacidade de pagamento a longo prazo, considerando tudo o que se converterá em dinheiro (circulante e não circulante) e relacionando com tudo o que já se assumiu como dívidas (circulante e não circulante) (CANITO; COSTA; CAMPOS, 2018). O cálculo é obtido pela somatória do ativo circulante mais o realizável no longo prazo e dividido sobre a somatória do passivo circulante mais o passível não circulante.

Por fim, o ILI considera os valores que formam o grupo de disponíveis, ou seja, caixa, bancos e aplicações financeiras de curto prazo (CANITO; COSTA; CAMPOS, 2018). Por essa razão, pode ser considerado um indicador mais conservador, pois despreza os ativos ainda não convertidos em dinheiro. O cálculo pode ser obtido por meio dos disponíveis divididos sobre o passivo circulante. Para este trabalho foi utilizado para análise os índices de LG (Liquidez Geral), LC (Liquidez Corrente), LS (Liquidez Seca) e LI (Liquidez Imediata).

ROA – Return On Assets ou Retorno sobre Ativos

O ROA significa a “taxa de retorno gerado pelas aplicações realizadas por uma empresa em seus ativos. Indica o retorno para cada R\$1,00 investido na empresa” (ASSAF NETO, 2014, p. 18). Logo é calculado da seguinte forma:

$$\text{ROA} = \frac{\text{Lucro Operacional}}{\text{Ativo Total Médio}}$$

Para Wernk (2008, p. 281), ROA pode ser definido como “o indicador que evidencia o retorno conseguido com o dinheiro aplicado pela empresa em ativos em um determinado período”. Assim, o ROA é um indicador que calcula a capacidade de uma organização gerar lucro a partir de seus ativos. Com esse indicador, investidores e analistas avaliam o retorno de um negócio e a eficiência de seus gestores.

ROI – Retorno sobre o Investimento

Para Assaf Neto (2014, p 18.), o ROI “é uma alternativa ao uso do ROA para

avaliar o retorno produzido pelo total de recursos aplicados por acionistas e credores nos negócios”. O ROI é uma medida que afeta o desempenho financeiro e informa sobre o uso adequado dos recursos à disposição da empresa, também serve como métrica geral de comparação entre operações dentro da própria empresa ou de diferentes empresas ou, ainda, entre aplicações alternativas dos recursos de investimentos (DEARDEN, 1969). De acordo com Wernke (2008, p. 281), “o interesse por esse indicador deve-se ao fato de que este combina fatores de lucratividade (como receitas, custos e investimentos) e os transforma em taxa percentual”. Assim, possibilita a comparação com a taxa de retorno de outros investimentos, internos ou até mesmo externos. O retorno sobre o investimento é um indicador que mede a rentabilidade operacional do investimento feito pela empresa. A fórmula básica é:

$$\text{ROI} = \frac{\text{Lucro Operacional (antes do imposto de renda)}}{\text{Investimento Médio (Passivos Onerosos + Patrimônio Líquido)}}$$

Para calcular o investimento médio, calcula-se:

$$\text{Investimento} = \text{Ativo Total} - \text{Passivo de Funcionamento}$$

Ou

$$\text{Passivo Oneroso} + \text{Patrimônio Líquido}$$

O passivo de funcionamento são aqueles recursos que não são efetivamente investidos na empresa como salários, encargos sociais, fornecedores, impostos, etc. (VIEIRA et al., 2012). Portanto, a utilização do ROI serve para avaliar a rentabilidade operacional da empresa, ou em estruturas descentralizadas que operam com o conceito de unidades de negócios para avaliar a rentabilidade do portfólio de negócios, como no caso das integrações verticais. (OYADAMORI et al., 2018).

Retorno sobre o Patrimônio Líquido (ROE)

Segundo Wernke (2008, p. 267), “o ROE evidencia o retorno do capital próprio (PL) aplicado na empresa”. Ou seja, os acionistas são os que mais se

interessam em acompanhar o desempenho deste indicador, uma vez que se trata do retorno sobre o investimento que foi feito, analisando se foi superior a outras alternativas ou se ultrapassou as taxas de rendimento do mercado financeiro (WERNKE, 2008).

Para Assaf Neto (2014, p. 18), “o ROE trata-se da mensuração do retorno que a empresa tem dos recursos aplicados pelos acionistas, ou seja, para cada R\$1,00 de recursos próprios investidos na empresa, quanto é o retorno”. Para o cálculo do ROE, utiliza-se:

$$\text{ROE} = \frac{\text{Lucro Líquido}}{\text{Patrimônio Líquido Médio}}$$

Para interpretar o ROE, segundo Assaf Neto (2014, p. 18), “deve ser sempre comparado com a taxa de retorno mínima exigida pelo acionista”.

2.8.2. Estratégia de Mercado

É possível identificar vários conceitos de *marketing* nos mais variados autores; e Cides (1997) refere que o *marketing* é o conjunto contínuo de ações e atividades que culminam no objetivo de vender mais, de cada organização, até que se alcance lucratividade. Baker (2005) refere que se trata também da ação de orientar e gerenciar desde que esteja concomitante à filosofia dos negócios – para entender *marketing* é essencial distinguir claramente as duas.

As definições de *marketing* indicam sobre a melhor estratégia utilizada pela alta direção nos negócios da organização. Desempenho mercadológico é a forma de mensuração de como se comporta a organização, e estes indicadores estão relacionados ao desempenho da estratégia adotada e direcionada ao mercado. A adoção de estratégias direcionadas e guiadas pela lógica de que todas as decisões estratégicas do negócio devem começar com um entendimento claro dos mercados, clientes e concorrentes. Evidentemente, fornecer valor adicional ao cliente significa construir a rota primordial para a entrega de valor aos acionistas (CRAVENS; PIERCY, 2008). Esse conceito sugere que a estratégia direcionada para o mercado é que os clientes que o compõem devem ser os pontos de partida da formulação de uma estratégia empresarial. A principal vantagem de se tornar orientado para o

mercado é entender o mercado e considerar suas prováveis mudanças futuras.

Uma organização orientada para o mercado coleta continuamente informações sobre clientes, concorrentes e mercado, analisa essas informações sob uma perspectiva totalmente empresarial, decide como oferecer valor adicional ao cliente e age para fornecer esse valor (CRAVENS; PIERCY, 2008).

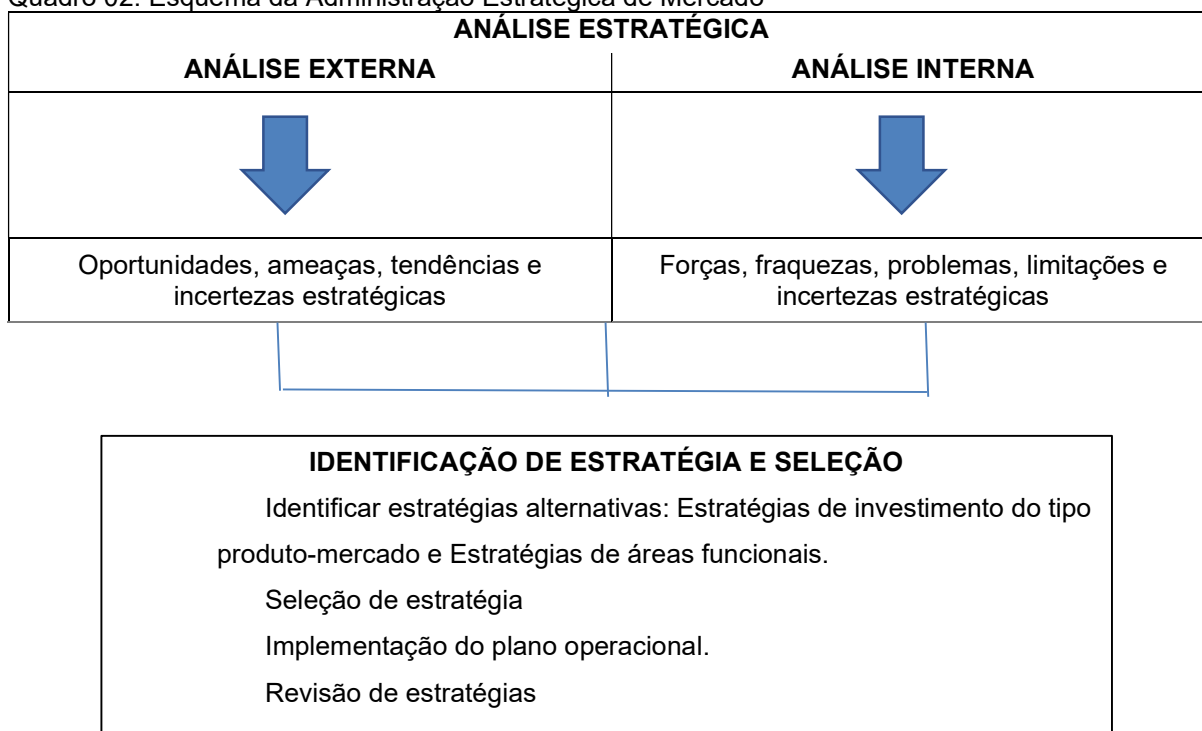
Conceitualmente, *marketing* se inicia com as necessidades e os desejos dos clientes e envolve toda a organização no processo de satisfação; ferramentas como pesquisas de satisfação podem sugerir um direcionamento estratégico eficaz. A organização orientada para o mercado entende as preferências e as exigências dos clientes e efetivamente mobiliza competências e recursos para satisfazê-los. Para orientar o mercado é preciso descobrir o que os compradores anseiam para ajudá-los a alcançar. Visando determinar a satisfação do cliente, a experiência de uso do produto pelo comprador é comparada às suas expectativas.

2.8.3. Competências e Percepção do Mercado

As empresas direcionadas para o mercado têm processos eficazes de aprendizagem de seus mercados, segundo Cravens e Piercy (2008), percepção envolve muito mais que a coleta de informações, é preciso que as informações sejam compartilhadas entre as funções e interpretadas para determinar quais ações devem ser iniciadas. Porém, conforme Aaker (2001), a administração estratégica de mercado é, muitas vezes, frustrante porque é difícil a compreensão bem como prever seu ambiente. A comunicação e as escolhas necessárias na organização podem criar resistência e tensão interna.

Apesar disso, conhecer o mercado auxilia a administração tanto na antecipação quanto na tomada de decisões, mesmo que isso gere algum desconforto no clima organizacional, uma decisão estratégica de mercado envolve criação, mudança ou manutenção de uma estratégia. O quadro 2 representa um apanhado das análises interna e externa, o que fornece elementos iniciais para o desenvolvimento da estratégia e para o conjunto de decisões estratégicas.

Quadro 02: Esquema da Administração Estratégica de Mercado



Fonte: Adaptado de Aaker (2001, p. 30)

2.8.4. Implementação e Controle da Estratégia de *Marketing*

O desempenho das decisões e a escolha do mercado-alvo e do posicionamento dependem de quão bem a estratégia de *marketing* é implementada e gerenciada continuamente. Colocar a estratégia em prática e eliminar as discrepâncias de desempenho são fundamentais para o sucesso.

Pesquisas recentes destacam a influência de dois conjuntos de fatores sobre a implementação da estratégia de *marketing*: as questões estruturais, inclusive, as funções de *marketing*, os sistemas de controle e as diretrizes políticas da organização; e as questões comportamentais, referentes às habilidades de *marketing* dos gerentes para barganhar e fazer negociações, alocar recursos e desenvolver arranjos organizacionais informais. Um bom processo de implementação explica claramente as atividades a serem executadas, sendo responsável pela implementação, o tempo e o local e como estas serão efetivadas.

A avaliação e o controle mantêm a estratégia focalizada no alvo e mostram quando ajustes são necessários. A incansável busca de redução de custos e de aumento de valor ao cliente, por meio de ajustes estratégicos, é uma realidade para os negócios atuais. Exige analisar a informação para medir o desempenho e pôr em

prática as iniciativas necessárias para manter os resultados no caminho certo. Os gerentes precisam monitorar continuamente o desempenho e, quando necessário, revisar suas estratégias em razão de ocasiões mutáveis (CRAVENS; PIERCY, 2008).

2.9. Relação da Teoria com a Prática

A teoria e a prática caminham juntas e uma complementa a outra, cooperativas de trabalho médico possuem diversos processos e seu produto principal consiste em entregar saúde aos seus beneficiários, por meio de sua rede de prestadores como hospitais, laboratórios, clínicas de imagem, médicos cooperados, não cooperados e equipes de profissionais das mais diversas áreas. E todo esse arranjo produtivo implica no reconhecimento de custos de troca (transação), sejam eles pelo fato de negociar, elaborar e redigir contratos, ou pela simples falta de informações ou oportunismo existente nas transações, é o que explica a Teoria dos Custos de Transação.

Conforme Mahoney (2005), a Teoria dos Custos de Transação tem raízes teóricas em várias disciplinas, dentre as quais, destacam-se economia, estratégia empresarial e teoria das organizações. Procurou-se, neste estudo, abordar o conceito teórico dessas disciplinas na intenção de contribuir para a compreensão do movimento dos dirigentes na estratégia de verticalização dentro do Sistema Unimed, no sentido de identificar se estão relacionadas à Teoria dos Custos de Transação e qual o reflexo no desempenho econômico-financeiro e mercadológico da cooperativa.

3. PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

Neste capítulo é apresentada a metodologia utilizada no desenvolvimento da presente dissertação. O método de análise empregado foi o de conteúdo. A descrição da metodologia aplicada a esta pesquisa foi desdobrada em tópicos: especificação do problema de pesquisa; formulação das perguntas de pesquisa; categorias de análise (definição constitutiva e operacional); delineamento da pesquisa; população e amostra; tipos de dados (primários e secundários) e, por fim, o método de análise dos dados.

3.1. Especificação do Problema de Pesquisa

A premissa adotada foi a de que a estratégia de verticalização nessa cooperativa estaria associada à Teoria dos Custos de Transação e de que a integração vertical na Unimed Paranaíba promoveu melhores desempenhos econômico-financeiros e mercadológicos. Dessa forma, explicando, em parte, o movimento em busca de recursos próprios. Portanto, objetivou-se responder ao problema de pesquisa: Como a estratégia de integração vertical de uma cooperativa de trabalho médico influenciou no nível de desempenho econômico-financeiro e mercadológico sob a ótica do custo de transação?

3.2. Formulação das Perguntas de Pesquisa

Pretendeu-se analisar a estratégia de integração vertical da Cooperativa de Trabalho Médico Unimed Paranaíba, bem como identificar o desempenho econômico-financeiro e mercadológico antes e depois da integração vertical. Em seguida, visou-se identificar a relação entre a estratégia de integração vertical com a possível variação no desempenho econômico-financeiro e mercadológico da cooperativa. A partir da base teórica, buscou-se desenvolver as seguintes perguntas de pesquisa, cujos conceitos envolvidos foram relacionados aos objetivos específicos deste trabalho.

- a) Como era o desempenho econômico-financeiro e mercadológico antes da integração vertical?

- b) Quais foram os fatores determinantes que influenciaram o posicionamento estratégico na decisão de integração vertical?
- c) Como foi o processo de implantação da estratégia de integração vertical?
- d) Como foi o desempenho econômico-financeiro e mercadológico após a integração vertical?
- e) Como a integração vertical influenciou no desempenho da cooperativa?

3.3. Categorias de Análise

Nesse tópico, descrevem-se as definições constitutiva e operacional das categorias de análise que representam o conceito e a forma como foram mensuradas no presente estudo. Assim, a definição constitutiva pode ser definida a partir de uma abordagem teórica presente na literatura, já a definição operacional é o detalhamento das atividades necessárias para as realizar operacionalmente. Conforme Mendes (2016) esclarece, a definição constitutiva é considerada geral, ampla, enquanto a definição operacional é restrita, voltada diretamente para aspectos do objeto, possibilitando a observação e/ou a mensuração das variáveis envolvidas no fenômeno. A seguir, apresentam-se as definições constitutiva e operacional das variáveis deste trabalho.

3.3.1. Definições Constitutiva e Operacional de Categorias de Análise de Variáveis

INTEGRAÇÃO VERTICAL: (DC) - Segundo Porter (2004), a integração vertical é a combinação de processos de produção, distribuição, vendas e/ou outros processos econômicos, tecnologicamente distintos, dentro das fronteiras de uma mesma empresa. Teoricamente, é toda a cadeia produtiva realizada por terceiros, existindo a possibilidade de internalizar, sob o comando de uma mesma gerência.

(DO) - Observação realizada da estrutura de integração vertical existente na Cooperativa de Trabalho Médico Unimed Paranaíba, com elo de integração para trás, consistindo em uma unidade hospitalar de pequeno porte, uma unidade ambulatorial de centro de oncologia e uma unidade ambulatorial de atendimento médico com atenção primária em saúde e especialidades básicas de pediatria e ginecologia.

DESEMPENHO ECONÔMICO-FINANCEIRO: (DC) - O conceito de desempenho econômico-financeiro é o resultado da comparação entre o valor criado pela organização e o valor esperado pelos sócios. Ou seja, é o resultado equivalente ao esperado, valor superior, que é o resultado superior ao esperado e valor inferior, em que o resultado abaixo do esperado pode ser mensurado por alguns indicadores econômico-financeiros (MATARAZZO, 1997).

(DO) - Mensurado a partir dos dados secundários e retirados das informações econômico-financeiras dos balanços e demonstrações contábeis disponibilizados pela cooperativa, calculados os índices de liquidez corrente, liquidez geral, liquidez seca, liquidez imediata, ROA, ROI e ROE, e analisado o desempenho antes da integração vertical e após a integração vertical, nos anos de 2001 a 2019.

DESEMPENHO MERCADOLÓGICO: (DC) - Os fatores críticos para o sucesso, na perspectiva mercadológica, podem estar no posicionamento e preço adequados do produto e na satisfação das expectativas do cliente (KRISHNAN; ULRICH, 2001). Uma visão sobre o desempenho mercadológico implica aceitar e acreditar que os clientes não compram apenas um produto e suas características físicas, mas, também, um conjunto de outros benefícios que inclui demais valores percebidos, como, por exemplo, a marca e a sua imagem perante o mercado, além de serviços que agreguem valor ao produto (TONI; BOEHE; MILAN, 2007).

(DO) - Mensurado a partir de dados secundários disponibilizados pela cooperativa, como quantidade de vidas existentes na carteira de beneficiários e quantidade de cooperados antes e após a integração vertical, nos anos de 1988 a 2019.

3.4. Delineamento da Pesquisa

Esta pesquisa se caracterizou como exploratória e descritiva, realizada por meio de um estudo de caso. Segundo Yin (2005), o estudo de caso é uma investigação empírica de determinado fenômeno contemporâneo em seu contexto real, especialmente quando os limites entre o fenômeno e o contexto não estão claramente definidos. Fenômeno que ocorreu da integração vertical e a relação com o desempenho econômico-financeiro e mercadológico de uma cooperativa de

trabalho médico. Para atingir os objetivos propostos neste trabalho, predominantemente qualitativo, houve coletas de dados, conforme discorrido no item 3.6. A primeira integração vertical para trás da Unimed Paranaíba foi no ano de 2008, adquirindo um hospital já existente, portanto, foi adotado um estudo longitudinal por meio de análise quantitativa dos relatórios contábeis e mercadológicos, a partir do ano de 2001, para avaliar os indicadores econômico-financeiros e mercadológicos antes da integração vertical e avaliar como se comportou ao longo do tempo.

A escolha da organização, foco do presente trabalho, deveu-se a algumas características, sendo a Unimed de Paranaíba Cooperativa de Trabalho Médico, localizada na cidade de Paranaíba, estado do Paraná, possuidora de uma carteira de clientes de aproximadamente 23 mil beneficiários. Desde 2008, a Unimed tem adotado uma estratégia de verticalização em recursos próprios assistenciais para atendimento de seus clientes usuários Unimed, outros planos de saúde e clientes particulares. Conta com: um hospital geral de pequeno porte, um centro de oncologia e uma unidade de atendimento médico para atenção primária em saúde e especialidades. O critério de escolha desta Cooperativa para aplicação do estudo foi devido à estrutura de integração vertical existente, levando em consideração os seguintes requisitos:

- a) Possuir unidades de recursos próprios, com estrutura de integração vertical para trás.
- b) Ser acreditada pela RN277 nível ouro, com base na ISO 9001:2015 de Gestão de Qualidade.
- c) Possuir indicadores de desempenho e relatórios contábeis auditados por auditoria independente.
- d) O pesquisador exercer a função de gerente-geral na cooperativa, o que facilita o acesso às informações e pesquisas com cooperados, e a participação no processo de integração vertical de alguns serviços.

3.5. População e Amostra

A população foi constituída por todos os membros integrantes do conselho de administração e diretoria-executiva da Unimed de Paranaíba Cooperativa de

Trabalho Médico nos anos de 2008 e 2020, composto por seis conselheiros e três diretores de cada ano.

Dessa forma, foi realizada a amostra não probabilística de caráter intencional com dois diretores do ano de 2008 e três diretores do ano de 2020, considerando como requisito: envolvimento no projeto de verticalização.

3.6. Tipos de Dados

As informações necessárias para o desenvolvimento deste trabalho foram obtidas pela coleta de dados primários e secundários. Dados primários são documentos originais que não foram utilizados em nenhum estudo ou pesquisa, podendo ser coletados mediante entrevistas, questionários e observação (LAKATOS; MARCONI, 2003). Dados secundários são aqueles que já foram coletados, tabulados e ordenados e, às vezes, até analisados e que estão catalogados à disposição dos interessados (MATTAR, 1996).

Para coleta foram realizadas entrevistas semiestruturadas com a intenção de coletar informações da alta direção no processo de implementação da estratégia de verticalização e relacionar com a Teoria dos Custos de Transação, verificar se a internalização de determinados serviços influenciou no desempenho econômico-financeiro e mercadológico da cooperativa. Também foi utilizada pesquisa observacional e pesquisa documental, os dados coletados foram disponibilizados pela própria cooperativa, fontes da Agência Nacional de Saúde, OCEPAR e Unimed Paraná. No presente trabalho, o caso em estudo foi o processo integração vertical e a relação com o desempenho econômico-financeiro e mercadológico da Unimed Paranaíba.

3.6.1. Dados Primários

Os dados primários foram obtidos por meio de entrevistas semiestruturadas e observação de acontecimentos, comportamentos e atributos dos membros da alta direção. Foram entrevistados três diretores do ano vigente e dois ex-diretores do ano de 2008, totalizando cinco entrevistados.

3.6.2. Dados Secundários

Os dados secundários foram obtidos por meio de análise documental, com coleta de informações. Relatórios emitidos pelo sistema de gestão do hospital como: relatório de ocupação hospitalar, relatório de número de atendimentos em pronto atendimento, relatório de atendimentos de pacientes internados. Relatórios emitidos pela operadora como base cadastral de cooperados, pesquisas de satisfação de cooperados, beneficiários e colaboradores, relatórios contábeis como balanço patrimonial, demonstrativo do resultado do exercício, relatórios de índices de liquidez, relatório de atendimentos de beneficiários dentro e fora da área de ação e demais relatórios de controladoria da própria cooperativa que auxiliaram na pesquisa. Também foram utilizadas informações e dados dos recursos próprios disponibilizados pela Unimed Brasil e Unimed Paraná, relatórios de sinistralidade da Agência Nacional de Saúde Suplementar e relatórios de indicadores de gestão da OCEPAR.

3.7. Método de Análise dos Dados

A análise de conteúdo é “um conjunto de técnicas de análise das comunicações, o qual utiliza procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens” (BARDIN, 1994 p. 18). Segundo Bardin (1994), as diferentes fases da análise de conteúdo organizam-se em torno de três polos cronológicos:

A pré-análise: na pré-análise, realizou-se a organização e a sistematização das ideias iniciais, de forma a orientar, para um esquema seguro do desenvolvimento de ações contínuas em um plano de análise. Consiste em um processo de escolha de documentos, formulação das perguntas de pesquisa e elaboração dos indicadores que influenciam na interpretação final (BARDIN, 1994).

A exploração do material: a exploração do material, segundo Bardin (1994), é a análise sistemática das informações, esta fase, longa e fastidiosa, consiste essencialmente de operações de codificação, desconto ou enumeração, em função de regras previamente formuladas, para então realizar o tratamento dos resultados.

O tratamento dos resultados, a inferência e a interpretação: os resultados obtidos foram tratados de maneira a serem significativos e válidos. É nesta fase que se é estabelecido o tratamento dos resultados, a condensação e o destaque das informações, assim, culminando nas informações inferenciais, que, inclusive, podem servir de base para novas dimensões teóricas.

Para a análise dos dados secundários foi feita a sua coleta por meio de registros internos da cooperativa e fontes externas e, posteriormente, eles foram tabulados, descritos e analisados. A análise documental foi efetuada utilizando gráficos, quadros e tabelas de frequência de maneira que permitiram a interpretação na busca de existência de relação entre os dados, como comportamento dos indicadores econômico-financeiros e mercadológicos no período analisado, bem como outros dados relevantes ao processo de integração vertical.

Para a análise dos dados primários, coletados via entrevistas semiestruturadas, foram realizadas as transcrições de dados, para, então, proceder a análise de conteúdo, dessa forma, visando categorizar e identificar as informações mais relevantes em busca de respostas ao problema de pesquisa. A categorização é, portanto, uma classificação dos elementos de uma mensagem, para tanto, seguindo determinados critérios. Ela facilita a análise da informação, mas deve fundamentar-se numa definição precisa do problema, dos objetivos e dos elementos utilizados na análise de conteúdo (MORAES, 1999). Toda a transcrição foi inserida no *software* ATLAS.ti para codificação e categorização dos códigos. Quando os códigos são definidos, *a priori*, a validade ou a pertinência pode ser construída a partir de um fundamento teórico.

Uma categorização válida deve ser significativa em relação aos conteúdos dos materiais que estão sendo analisados, construindo-se numa reprodução adequada e pertinente desses conteúdos (MORAES, 1999). Foram elaboradas redes no ATLAS.ti, que ilustraram o conteúdo das categorias que subsidiaram a discussão das inter-relações. Buscou-se elaborar códigos para a pesquisa qualitativa a fim de auxiliar na compreensão da linguagem em suas diferentes facetas e verificar a frequência com que determinadas palavras aparecem nas entrevistas, além de permitir a comparação com outras linguagens. Codificação é a forma como se define sobre o que se trata os dados em análise. Envolve a identificação e o registro de uma ou mais passagens de texto ou outros itens dos dados, como partes do quadro geral que, em algum sentido, exemplificam a mesma

ideia teórica e descritiva (GIBBS, 2009). Portanto, *a priori* e considerando as categorias de análises, foram utilizados códigos que poderiam auxiliar a localizar o registro nos documentos ou nas entrevistas, como exemplo:

Quadro 3: Codificação e Representação

Códigos	Representação	Origem
Custos	Representa os custos envolvidos nas transações com a cooperativa	Base teórica
Oportunismo	Representa as relações oportunistas com os públicos envolvidos	Base teórica
Evasão	Representa o impacto da saída de beneficiários para outras regiões fora de sua área de ação	Dados primários
Qualidade	Representa o nível de qualidade assistencial oferecido pela rede prestadora de serviços	Dados primários
Condições Trabalho Médico	Representa as condições proporcionadas aos médicos cooperados	Dados primários
Desempenho financeiro e Mercadológico	Representa o desempenho da cooperativa econômico-financeiro e mercadológico	Base teórica e dados primários
Beneficiários (Vidas)	Representa a relação com os beneficiários	Dados primários
Gestão Estratégica	Representa a estratégia da cooperativa em busca do diferencial competitivo.	Base teórica
Capacidade Operacional	Representa a capacidade instalada da cooperativa em atender a demanda de atendimentos dos beneficiários	Base teórica
Geração de valor	Representa o valor que a cooperativa proporciona aos seus públicos envolvidos	Base teórica

Fonte: O autor (2019)

A categorização e codificação foram baseadas em conceitos e, segundo Gibbs (2009), são esses conceitos que os códigos representam e podem vir da literatura da pesquisa, de estudos anteriores, de tópicos no roteiro da entrevista, de percepções sobre o que está acontecendo e assim por diante. Entretanto Ritchie e Lewis (2003) reconhecem que o pesquisador precisará ajustar a lista de códigos durante a análise à medida que novas ideias e novas formas de categorizar forem detectadas no texto; e, conforme apresentado no quadro 3, foi possível identificar quais códigos e categorias emergiram da base teórica e quais foram dos dados primários.

4. ANÁLISE DE DADOS

Ao considerar o norteador de futuro da cooperativa e o processo de administração estratégica apresentado por Barney e Hesterly (2011), a missão da Unimed Paranaíba é definida como: “Oferecer serviços de promoção à saúde e assistência com qualidade aos clientes da Unimed Paranaíba, garantindo a justa remuneração ao Médico Cooperado de forma sustentável” (UNIMED PARANAÍBA, 2020, p.1).⁶ Dado o exposto, considerou-se importante conhecer a definição de missão da cooperativa para compreender e relacionar as respostas apresentadas nas perguntas de pesquisa. A premissa visou encontrar justamente essas respostas, de modo que seja possível explicar os resultados encontrados. Portanto, elencou-se por meio de tópicos as perguntas de pesquisa realizadas no item 3.2 deste trabalho.

Para a análise dos dados primários foram observadas as entrevistas semiestruturadas com a amostra da alta gestão da cooperativa nos períodos precedentes ao da integração vertical e vigente.

O objetivo foi realizar a análise de conteúdo das entrevistas e dos documentos, por conseguinte, procurando-se construir o conhecimento a partir da análise das falas dos ex-dirigentes e da atual gestão da cooperativa. Por meio da ferramenta Atlas.ti foram transcritas todas as entrevistas semiestruturadas e realizou-se a categorização e codificação das mensagens. Com os dados secundários, executou-se a análise e apresentação de gráficos e planilhas, agregando a formatação da construção dos resultados.

4.1. Como Eram os Desempenhos Econômico-Financeiro e Mercadológico antes da Verticalização?

A Unimed de Paranaíba, cooperativa de trabalho médico, teve como início de suas atividades o ano de 1988, por iniciativa de um grupo formado por 53 médicos, com o firme propósito de retirar pacientes das filas do Sistema Público de Saúde para serem atendidos nos consultórios particulares, com o direito de escolher

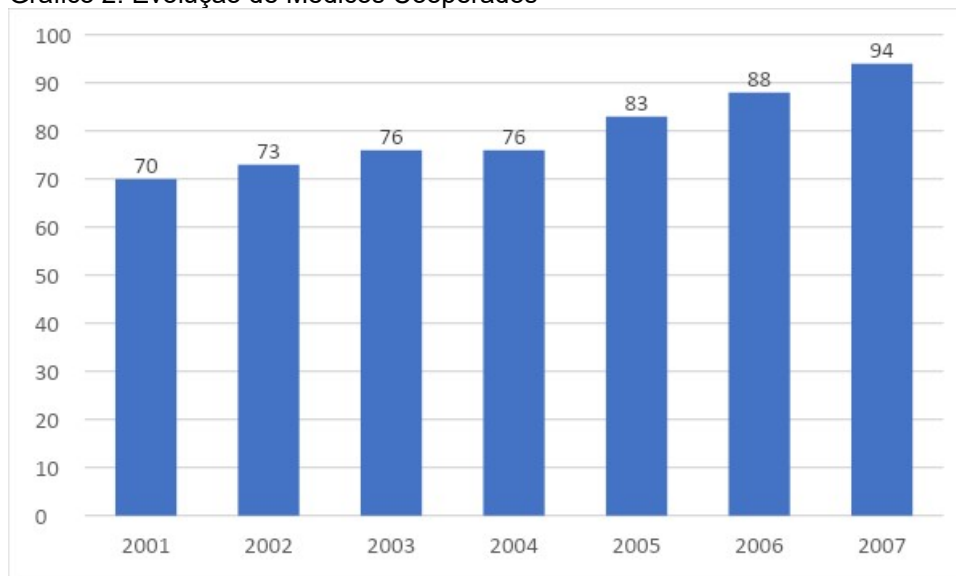
⁶ Disponível em: <<https://www.unimed.coop.br/web/paranavai/unimed/nossa-missao>>. Acesso em 28 ago. 2020.

livremente os médicos cooperados que quisessem. Desde a sua fundação, a cooperativa atua como operadora de plano de saúde, garantindo acesso à saúde conforme preconizado pela Agência Nacional de Saúde (ANS) e obedecendo às cláusulas contratuais pactuadas com os beneficiários; e, para isso, foi necessário estabelecer uma rede credenciada apta a prestar os serviços aos seus clientes, com hospitais, laboratórios, clínicas de imagem, entre outros estabelecimentos da área da saúde.

Para responder a essa questão, utilizou-se dos dados secundários, com análise documental, como relatório do crescimento do número de cooperados, crescimento do número de beneficiários e relatórios contábeis da controladoria fornecidos pela Cooperativa e OCEPAR.

No ano de 2008 foi realizada a primeira integração vertical da Unimed Paranaíba, uma unidade hospitalar, portanto, de acordo com os dados disponibilizados pela cooperativa, considera-se o período anterior à integração vertical os anos entre 2001 a 2007. Nesse período, o número de médicos cooperados passou de 70 para 94, um crescimento de 34% em 7 anos. Conforme apresentado no gráfico que segue.

Gráfico 2: Evolução de Médicos Cooperados

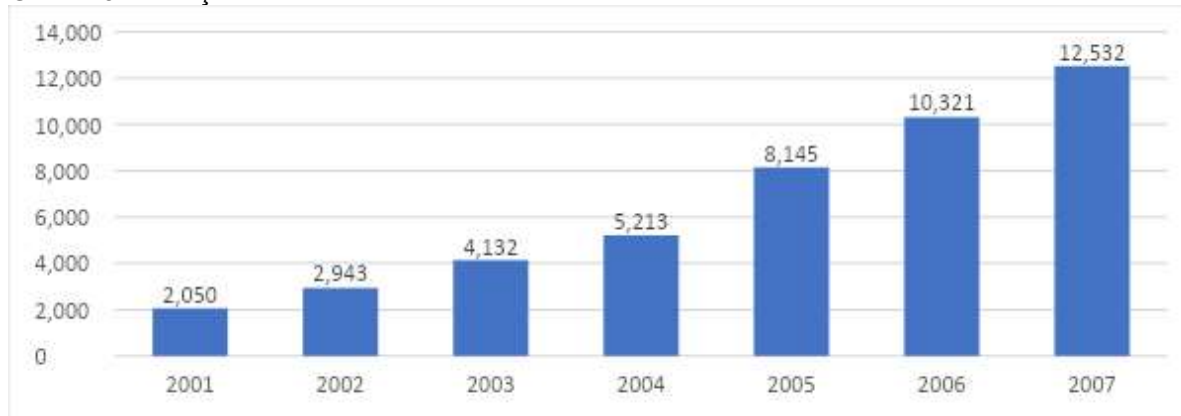


Fonte: O autor (2019)

No gráfico 2 é possível observar o crescimento de 34% no número de médicos cooperados em um período de 7 anos, o que equivale a um aumento médio de três novos cooperados a cada ano. O número de beneficiários segue o mesmo

critério, considerando o período de 2001 a 2007, a carteira evoluiu de 2.050 beneficiários, no ano de 2001, para 12.532 ao final do ano de 2007.

Gráfico 3: Evolução de Beneficiários

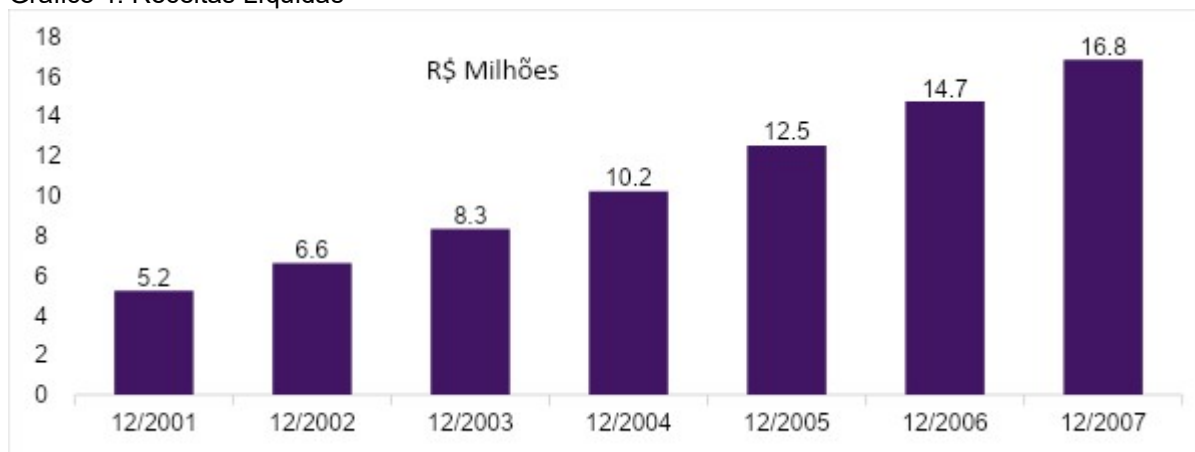


Fonte: O autor (2019)

No gráfico 3, observa-se o crescimento exponencial do número de beneficiários em um período de 7 anos, o que representa um aumento médio de 1.497 novas vidas por ano.

Para as informações econômicas e financeiras apresenta-se o desempenho entre 2001 a 2007, também, período anterior à primeira integração vertical na singular. O gráfico que segue ilustra o crescimento da receita líquida nesse período.

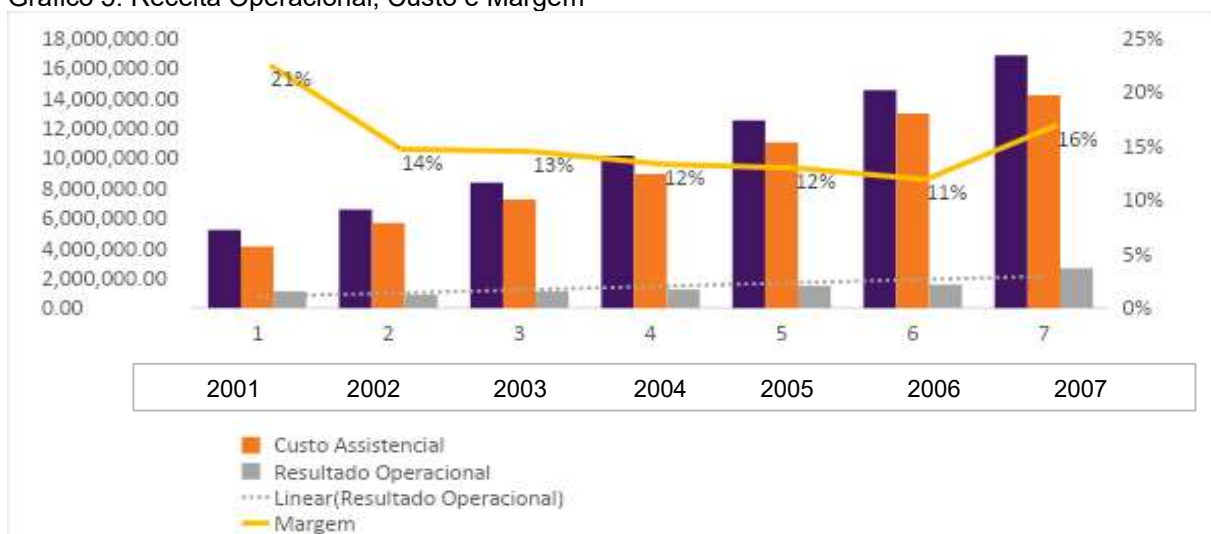
Gráfico 4: Receitas Líquidas



Fonte: OCEPAR (2019)

É possível individualar o crescimento nas Receitas Líquidas da cooperativa de 5,2 milhões, no ano de 2001, a 16,8 milhões no ano de 2007. Analisou-se também a receita operacional e o custo assistencial, considerando o resultado operacional e a margem bruta do período, conforme apresentado no gráfico 5:

Gráfico 5: Receita Operacional, Custo e Margem



Fonte: O autor (2019)

A receita operacional nesse período passou de 5,2 milhões, em 2001, para 16,8 milhões, em 2007, um crescimento de 223%, entretanto o custo assistencial acompanhou esse crescimento, saindo da casa de 4,1 milhões para 14,2 milhões em 2007, um aumento de 246%. O resultado operacional também variou de 1,1 milhão, em 2001, para 2,6 milhões, em 2007, e uma margem bruta na média de 14%.

Nesse período a operadora, em alguns momentos, não apresentou margens líquidas positivas, logo, sua liquidez corrente e geral atingiu índices abaixo de 1,00. Com falta de recursos para pagamentos a curto e longo prazo, conforme apresentado no gráfico que segue.

Gráfico 6: Índice de Liquidez Corrente e Geral



Fonte: OCEPAR (2019)

O gráfico 6 representa que a Unimed Paranaíba não conseguiu, em alguns anos, arcar com suas obrigações financeiras a curto e longo prazo. Conforme indicado, observa-se que antes da verticalização a singular vinha com um crescimento de beneficiários, o que proporcionou o aumento de receitas, mas as despesas acompanharam o crescimento das receitas, de modo que a capacidade de pagamento a curto e longo prazo, no período de 2001 a 2007, fosse negativa.

Ao considerar o que foi observado nesse período, conclui-se que, embora tenha havido um crescimento nas receitas, os custos assistenciais também aumentaram significativamente, e esses custos estavam relacionados principalmente aos custos assistenciais, o que reduziu a capacidade de pagamento no curto e longo prazo da cooperativa. O aumento no número de clientes e cooperados não representou melhoras significativas no desempenho econômico-financeiro no período analisado.

4.2. Quais Foram os Fatores Determinantes que Influenciaram o Posicionamento Estratégico na Decisão de Verticalização?

Do ponto de vista da Teoria dos Custos de Transação, considerou-se que esta questão poder-se-ia relacionar aos fatores determinantes dessa teoria. Entender os motivos que levaram a alta direção desta cooperativa, no sentido de evoluir, para um processo de verticalização, contribuiu para a conclusão deste trabalho e, conseqüentemente, para avaliar os resultados que a estratégia agregou para a Unimed Paranaíba.

Realizaram-se, nesse sentido, entrevistas semiestruturadas com os diretores e ex-diretores da cooperativa da gestão vigente no processo de integração vertical e da atual. Por meio da ferramenta Atlas.ti, procurou-se organizar as informações recebidas, categorizando e codificando, em busca da resposta ao problema de pesquisa.

Segundo Bardin (1995, p.103), “torna-se necessário saber a razão por que é que se analisa, e explicitá-lo de modo a que se possa saber como analisar”. A codificação corresponde a uma transformação, e esta poderá ser por recorte, agregação e enumeração, permitindo a representação do conteúdo, ou da sua expressão, suscetível de esclarecer ao analista as características do texto (BARDIN, 1995).

A organização da codificação objetivou a categorização de modo a transformar a análise qualitativa em dados quantitativos. Procurou-se obter as unidades de registro por meio de recortes a níveis linguísticos, ou seja, buscando palavras ou frases compatíveis a fatores que pudessem ser decisivos para a estratégia de verticalização. Do mesmo modo, foram abordadas as unidades a fim de entender e codificar as unidades de registro, com frases que estivessem dentro de um mesmo contexto.

O número de entrevistados se apoiou no critério intencional de escolha (MAXWELL, 2005), que foi definido com base no interesse principal da pesquisa de sistematizar as categorias dos vínculos organizacionais ao nível de dirigentes, sendo que o limite de entrevistados foi considerado suficiente para a confiabilidade por meio da identificação da saturação dos discursos durante a análise de conteúdo. De acordo com Bauer e Aarts (2002), o processo de construção de um *corpus* como princípio alternativo na coleta de dados qualitativos é equivalente à amostragem estatística defendida nos métodos quantitativos. O perfil dos entrevistados pode ser visualizado na tabela 1.

Tabela 1: Perfil dos entrevistados

Cód. Atlas.ti 8	Gênero	Cargo	Gestão
D2	M	Diretor de Provimento de Saúde	2018 – 2021
D4	M	Vice-Presidente	2006 – 2009
D6	M	Vice-Presidente	2018 – 2021
D9	M	Diretor-Presidente	2006 – 2009
D11	F	Diretora-Presidente	2018 – 2021

Fonte: Dados primários (2019)

Após a realização de todas as transcrições das entrevistas semiestruturadas na ferramenta Atlas.ti, foi possível categorizar e codificar todas as mensagens relevantes do texto que representaram os principais fatores determinantes para a integração vertical. Dessa forma, apresenta-se a incidência de maneira decrescente dos códigos:

Tabela 2: Códigos de categorização

Nome	Magnitud e	Percentu al
Qualidade	26	18%
Capacidade Operacional	18	12%
Condições de Trabalho Médico	18	12%
Desempenho Econômico-Financeiro e Mercado	15	10%
Evasão (Intercâmbio)	13	9%
Geração de Valor	13	9%
Gestão	12	8%
Beneficiários (Vidas)	12	8%
Custos	11	7%
Oportunismo	9	6%
Total	147	100%

Fonte: O autor (2019)

Conforme apresentado na tabela 2, foram identificadas ao todo 147 citações, sendo o fator qualidade o de maior incidência (importante mencionar que o atributo qualidade é no sentido da má qualidade oferecida pelos prestadores existentes), com 26 citações, então, representando 18%, observa-se, pela fala dos dirigentes, que a falta de qualidade da estrutura e dos serviços prestados no maior hospital existente na cidade foi o principal fator no posicionamento de integração vertical, seguido de capacidade operacional e condições de trabalho médico, ambos com 18 citações, 12% cada, a capacidade operacional se deu pela insuficiência de leitos disponíveis para internamentos dos pacientes para procedimentos cirúrgicos e internamentos clínicos, fator que acabou influenciando nas condições de trabalho médico, logo, se não há leitos para internar os pacientes, o médico cooperado fica impedido de exercer sua atividade médica, por conseguinte, os beneficiários acabam buscando esse atendimento em outras cidades, o que gera a chamada evasão por intercâmbio. E desempenhos econômico-financeiro e mercadológico, com 15 citações, sendo 10%, somados representam 52% do total. As categorizações completas encontram-se nos apêndices de A à J deste trabalho, e os exemplos e critérios de análise deram-se da seguinte maneira:

Qualidade: buscou-se identificar frases e palavras relacionadas à qualidade, momento no qual o dirigente atribui ao fator qualidade; sendo a falta dela nos serviços existentes a época antes da verticalização ou a sua busca com a integração vertical.

Tabela 3: Fala Dr. Bartolomeu Peres Silva - "D 2:5"

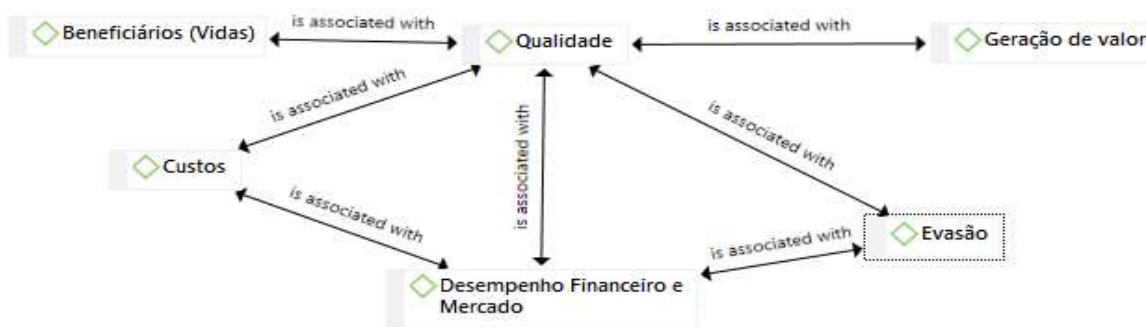
Código	Descrição
D 2:5	"Tínhamos falta de leitos e na época a qualidade era muito baixa...".

Fonte: Dados primários (2019)

Hospitais exercem um papel muito importante para a sociedade, o objetivo de restaurar a saúde e a vida do cidadão está fortemente associado à qualidade dos serviços prestados.

Constata-se, na literatura específica e na prática, a existência de diferentes abordagens para "Qualidade". Algumas valorizam a produtividade e o equilíbrio da organização, outras estão mais voltadas ao desenvolvimento do potencial humano. Tais tendências se mostram presentes nos planos e nas ações das organizações que atuam no segmento saúde, independentemente do seu porte (BONATO, 2011). A avaliação da qualidade de serviços ganhou importância na área da saúde em todo o mundo, sendo impulsionada pela demanda de financiadores, prestadores, profissionais e do público. O desenvolvimento e a implementação de metodologias nessa área têm sido recorrentes e relacionam-se com os esforços para garantir transparência nos gastos, controlar os custos assistenciais crescentes, prestar cuidados adequados e equânimes e reduzir variações na prática clínica (MACHADO et al., 2013). Segundo anuário realizado pelo Instituto de Estudos da Saúde Suplementar (IESS) e da Faculdade de Medicina da UFMG, eventos adversos matam mais que câncer no Brasil, relatando dados que a cada 5 minutos, três brasileiros morrem nos hospitais por falhas evitáveis (UFMG, 2019). Nesse sentido, a categoria "qualidade" está associada aos custos, ao desempenho econômico-financeiro, ao beneficiário, à evasão, à geração de valor e às condições de trabalho médico.

Figura 10: Qualidade



Fonte: Dados primários (2019)

Capacidade Operacional: esta categoria está relacionada com a capacidade da rede prestadora, como hospitais, em absorver a demanda de internamentos dos beneficiários da cooperativa, antes da verticalização, como exemplo a fala do Dr. Luís Francisco Costa, ex-diretor-presidente da Unimed Paranaíba:

Tabela 4: Fala Dr. Luís Francisco Costa - “D 9:2”

Código	Descrição
D 9:2	“A Santa Casa tinha 12 ou 14 leitos disponíveis ao todo pra convênios e particulares e isso mais os leitos do hospital São Lucas, e este iria fechar, então foi uma necessidade que a gente tinha para nossos beneficiários internarem e para os cooperados trabalharem...”.

Fonte: Dados primários (2019)

Segundo Figueiredo (2001), a gestão da capacidade em um sistema prestador de serviços é um dos principais desafios gerenciais. Para muitos especialistas em temas de serviços, a forma como a capacidade é questionada pode determinar se um negócio é rentável ou não. Nesse sentido, a categoria “capacidade operacional” está associada às categorias de gestão estratégica e desempenhos econômico-financeiro e mercadológico, conforme apresentado na figura que segue:

Figura 11: Capacidade Operacional



Fonte: Dados primários (2019).

Condições de Trabalho Médico: este código refere-se às condições que o médico cooperado possuía para exercer sua atividade profissional, no sentido de haver um local para operar ou internar o seu paciente, no caso, beneficiário da Unimed Paranaíba. Segundo Bialoskorki Neto (1998), a forma de organização da empresa cooperativa faz com que ela busque maximizar os serviços aos seus associados, e não o resultado das operações. Exemplo disso é a fala do Dr. Sari Omar, diretor

administrativo/financeiro da atual gestão da Unimed Paranaíba:

Tabela 5: Fala Dr. Sari Omar - "D 6:15"

Código	Descrição
D 6:15	"Já tivemos profissionais e especialistas que chegaram em Paranaíba e não ficaram por falta de condições hospitalares...".

Fonte: Dados primários (2019).

Dias (2015), em seu artigo, cita um estudo clássico: "Os médicos no Brasil um retrato da realidade", publicado em 1997, que desvela aspectos interessantes do perfil dos médicos brasileiros, destacando a tendência de urbanização, a concentração dos profissionais nos grandes centros e nas regiões mais ricas do país. Mostra também as precárias condições de trabalho, hospitais sucateados e jornadas extenuantes. Essa categoria se associa à capacidade operacional e à qualidade, sendo itens considerados importantes para o médico no exercício de sua profissão. Conforme apresentado na figura a seguir:

Figura 12: Condições de Trabalho Médico



Fonte: Dados primários (2019).

Desempenhos Financeiro e Mercadológico: neste código, buscou-se identificar no entrevistado a percepção de como eram os desempenhos financeiro e mercadológico apresentados pela cooperativa antes da integração vertical e após a integração vertical, de maneira que fosse possível influenciar na estratégia. Como relatado pelo ex-diretor-presidente da Unimed Paranaíba, Dr. Luís Francisco Costa:

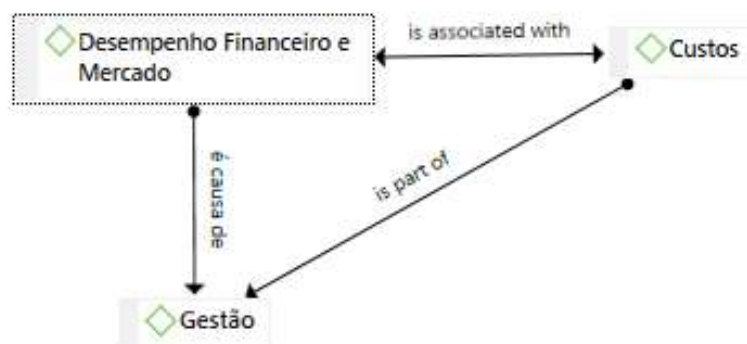
Tabela 6: Fala Dr. Luís Francisco Costa - “D 9:5 e 9:13”

Código	Descrição
D 9:5	“O crescimento era muito pequeno e questionávamos se iríamos continuar vendendo plano para o beneficiário ser atendido em Maringá...”.
D 9:13	“...basta olhar os nossos números antes de ter o recurso próprio, quando chegamos a ter que diminuir valor de consultas e hoje não precisamos mais disso...”.

Fonte: Dados primários (2019).

Pletscha et al. (2015), em seu artigo, apresenta resultados que demonstram a relação entre as estratégias empresariais com o nível de desempenho econômico-financeiro e mercadológico das empresas analisadas. Assim, esta categoria está associada aos custos e é causa da gestão, como segue:

Figura 13: Desempenhos Econômico-Financeiro e Mercadológico



Fonte: Dados primários (2019).

Evasão de Intercâmbio: este código refere-se aos beneficiários que necessitam ou necessitavam de atendimento médico em outras cidades, principalmente em Maringá-PR, cidade próxima e com maior número de habitantes, o que se atribui à maior oferta de prestadores de serviços médicos. Essa evasão, para a cooperativa, é considerada ruim, embora exista um Sistema Unimed que permite que os beneficiários sejam atendidos em todo o território nacional, esse intercâmbio, além de gerar taxas administrativas para a singular de origem, também atribui a

ingerência sobre os procedimentos que serão realizados em outras regiões, o que pode elevar os custos. Outro fator desfavorável é o descontentamento do beneficiário, que, por sua vez, tem de se deslocar para outras cidades em busca de resolutividade ao seu problema de saúde. Conforme relatado pela atual presidente da cooperativa, Dra. Maria Angélica Ayres de Alencar Arrais:

Tabela 7: Fala Dra. Maria Angélica Ayres de Alencar Arrais - "D 11:8"

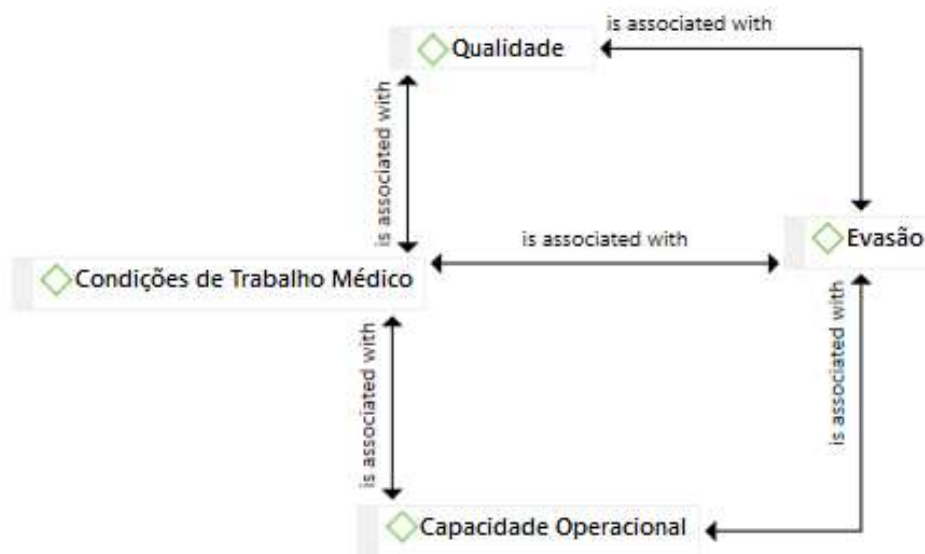
Código	Descrição
D 11:8	"Antes de termos o recurso próprio, nós tínhamos uma evasão grande de todo o contingente, do médico, do beneficiário, do prestador, todos que procuravam assistência médica, acabavam indo pra fora daqui".

Fonte: Dados primários (2019).

Esse tema é controverso e complexo dentro do Sistema Unimed, um dos princípios cooperativistas é a intercooperação, para tanto, criou-se o termo chamado de intercâmbio, o que atribui um diferencial competitivo na hora de vender planos, pelo fato de poder ser atendido em todo o território nacional, pela capilaridade das cooperativas no país e pela reciprocidade de atendimento aos clientes, por sua vez, esse intercâmbio pode ser positivo ou negativo: positivo quando a cooperativa importa beneficiários mais do que exporta; e o negativo é justamente o contrário. Atribui-se que as cooperativas de maior porte e em maiores centros possuam intercâmbio positivo pela maior oferta de médicos e maior complexidade nos atendimentos de saúde, e as cooperativas em centros menores possuem uma tendência de serem mais exportadoras.

Essa evasão citada pela presidente refere-se ao intercâmbio de pacientes da cidade de Paranaíba, que buscam por atendimentos em outras cidades, principalmente na cidade de Maringá-PR, que é um centro maior e apenas a 70km de distância. Ela está associada à capacidade operacional da cooperativa de origem, a condições do trabalho do médico cooperado ou à maior oferta dela, bem como à qualidade e resolutividade nos serviços prestados, conforme apresentado na figura que segue:

Figura 14: Evasão de Intercâmbio



Fonte: Dados primários (2019).

Geração de Valor: este código refere-se à percepção dos beneficiários e cooperados em relação à cooperativa. Procurou-se compreender, a partir da visão dos dirigentes e conselheiros, como eles percebiam a relação desse público com a cooperativa e o seu nível de satisfação. Conforme relatado pelo ex-presidente Dr. Luís Francisco Costa:

Tabela 8: Fala Dr. Luís Francisco Costa - "D 9:10"

Código	Descrição
D 9:10	"O que me surpreendeu muito depois de adquirir e ter feito as reformas necessárias foi a visão externa, não só dos cooperados, mas a comunidade viu com muito bons olhos e o crescimento foi significativo depois da aquisição. Os comentários sempre foram elogiosos pelo fato de ter o hospital da Unimed...".

Fonte: Dados primários (2019).

A atual diretora-presidente, Dra. Maria Angélica Ayres de Alencar Arrais, também relatou:

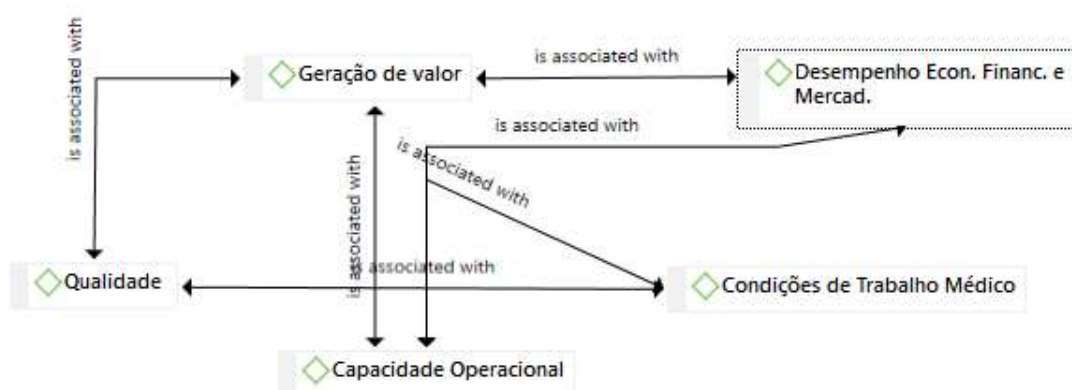
Tabela 9: Fala Dra. Maria Angélica Ayres de Alencar Arrais “D 11:15”

Código	Descrição
D 11:15	“...a percepção que a gente tem dentro do consultório, não como presidente, mas como médica, de uns 6 anos pra cá, houve uma identificação do beneficiário com o hospital, com o pronto atendimento, como um local para eles serem atendidos e como um local que ele pudesse ser assistido sem estar misturado com os pacientes do SUS. Então, para o beneficiário, isso foi uma conquista enorme e uma qualidade assistencial que eles têm ali...”

Fonte: Dados primários (2019).

A geração de valor pelas empresas como ativo, atualmente, tem uma base significativamente superior de intangibilidade, o que traz ainda mais elementos desafiadores para a mudança de paradigma, da visão do capital apenas financeiro para outros capitais reconhecidamente (mas não quantificados) importantes, como o intelectual, humano, natural e social (FERREIRA; CORBAN, 2019). Há, nesse sentido, a contribuição de Rosa et al. (2011), que, em seu artigo, identifica a relação entre a resolutividade do problema de saúde com o nível de satisfação dos pacientes, portanto, a geração de valor nesse contexto está associada à qualidade, à capacidade operacional, às condições de trabalho médico e, por consequência, aos desempenhos econômico-financeiro e mercadológico. Conforme apresentado na figura que segue:

Figura 15: Geração de Valor



Fonte: Dados primários (2019).

Custos: este código refere-se ao custo de transação envolvido na prestação de serviços médicos e hospitalares com a rede credenciada. As operadoras de planos

de saúde devem comprar serviços de assistência médica e hospitalar de terceiros, seguindo o conceito da Teoria dos Custos de Transação. Procurou-se identificar, por meio das entrevistas, se o custo nessa relação de consumo seria um fator determinante na estratégia de integração vertical, como mencionado pelo Dr. Sari Omar, atual diretor administrativo/financeiro da Unimed Paranaíba:

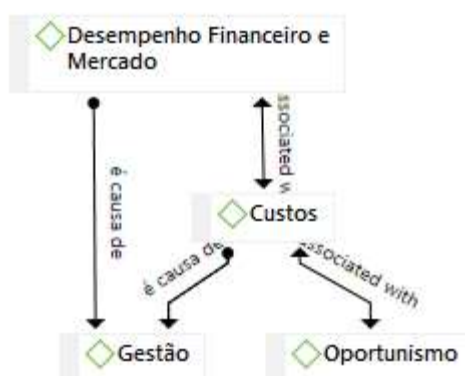
Tabela 10: Fala Dr. Sari Omar “D 6:4”

Código	Descrição
D 6:4	“...porque o custo dos serviços comprados por terceiros é muito alto...”

Fonte: Dados primários (2019).

Segundo a Teoria dos Custos de Transação, a possibilidade de existência de oportunismo nas relações contratuais gera a necessidade de providências para tentar evitar situações que elevem os custos das instituições. Exige que estratégias sejam adotadas para minimizar os custos de transações. O custo é causa da gestão, que está associada ao desempenho econômico-financeiro e ao oportunismo. Conforme figura que segue:

Figura 16: Custos



Fonte: Dados primários (2019).

Gestão: este código refere-se ao processo de gestão desenvolvido pela cooperativa, capaz de atender às necessidades e aos objetivos de seus *stakeholders*. De acordo com Monks e Minow (2004), a governança corporativa se refere às relações entre os diversos atores envolvidos – alta administração, gerência, cooperados, funcionários, consumidores, credores e fornecedores. Para determinar os objetivos e desempenho pelos quais a corporação se orienta. Dr. Marcelo Sebastião Reis Campos Silva, ex-vice-presidente da Unimed Paranaíba

indicou:

Tabela 11: Fala Dr. Marcelo Sebastião Reis Campos Silva - “D 4:1”

Código	Descrição
D 4:1	“Talvez escolher o maior fator, era que, em Paranaíba ao longo dos anos foram desaparecendo os hospitais, então o motivo é que nós ficamos em determinado momento de gerência da sinistralidade com as mãos e pés atados, os componentes desse gerenciamento era que a gente não conseguia que o cooperado tivesse o bom senso de usar o que é necessário...”.

Fonte: Dados primários (2019).

De acordo com Lobato et al. (2017, p. 5), “os objetivos e as medidas financeiras informam se a formulação e a implementação de estratégias estão contribuindo para a melhoria dos resultados financeiros da organização”. Portanto, o desempenho da cooperativa ao final do exercício é causa direta da gestão, conforme a figura 17:

Figura 17: Gestão



Fonte: Dados primários (2019).

Beneficiários: no quesito beneficiário, este código refere-se às relações da cooperativa com seus clientes, de maneira que fosse possível identificar, nas entrevistas realizadas, momentos nos quais os dirigentes relacionaram como um

fator determinante para a estratégia de integração vertical, ou seja, o cliente no centro do negócio. Dra. Maria Angélica de Ayres, atual presidente, colocou:

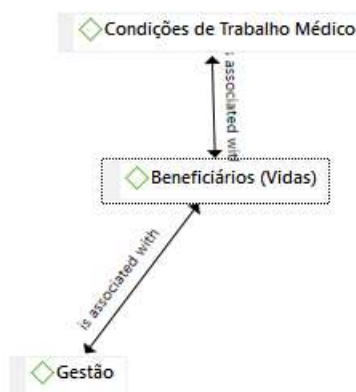
Tabela 12: Fala Dra. Maria Angélica Ayres de Alencar Arrais - “D 11:22”

Código	Descrição
D 11:22	“Eu penso assim, a gente investiu em um recurso, o investimento neste recurso trouxe aquelas pessoas que tinham dúvidas em comprar um plano de saúde, eles passaram a ter certeza”

Fonte: Dados primários (2019).

Ao longo do tempo, o foco em estratégia de vendas, produção e distribuição passou por diferentes modificações. Antes, o foco era no produto; em outro momento, a produção passou pelo microscópio do mercado consumidor, e, atualmente, o cliente se encontra no centro da estratégia (SISPRO, 2019). Nesse sentido, esta categoria está associada às condições de trabalho para o médico cooperado e à gestão da cooperativa.

Figura 18: Beneficiários (Vidas)



Fonte: Dados primários (2019).

Oportunismo: este código está embasado nos conceitos de Williamson (1985) e Fiani (2008), pelos quais se pretendeu identificar atitudes nas relações que poderiam se apresentar como fatores decisivos na estratégia de verticalização. Conforme relatado pelo Dr. Marcelo Sebastião Reis Campos Silva, ex-vice-presidente da Unimed Paranaíba:

Tabela 13: Fala Dr. Marcelo Sebastião Reis Campos Silva - "D 4:10"

Código	Descrição
D 4:10	"Os únicos votos contrários eram de alguns colegas que não atendiam e não atendem até hoje em hospitais, porém em termos de significância de produção médica é irrisória e os colegas da cidade de Loanda, por esses já possuírem hospital próprio..."

Fonte: Dados primários (2019).

Este código está associado ao código de custos por ser influenciado diretamente em questões de interesses próprios.

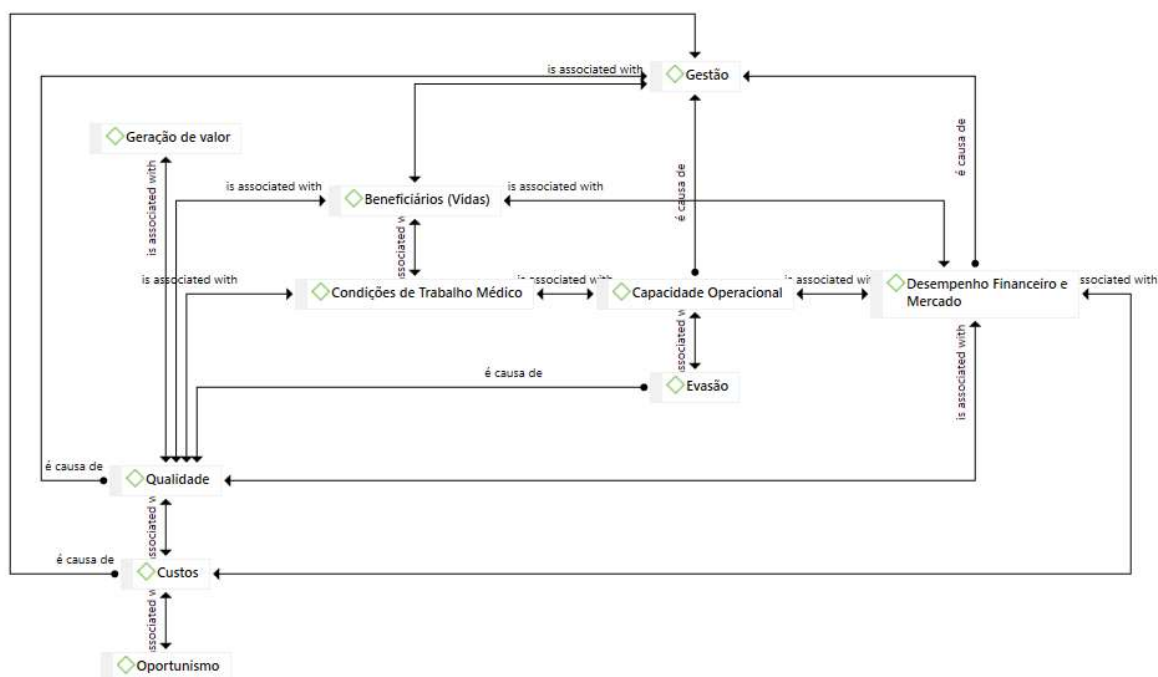
Figura 19: Oportunismo



Fonte: Dados primários (2019).

Todos os códigos apresentados transacionam em determinados momentos formando uma rede, conforme apresentado na figura que segue:

Figura 20: Rede de códigos



Fonte: Dados primários (2019).

4.3. Como Foi o Processo de Implantação e Estratégia de Verticalização?

Por meio das entrevistas semiestruturadas com os dirigentes da época, observou-se a necessidade de leitos para internamento dos pacientes e clientes da cooperativa, bem como criar condições de trabalho para os médicos cooperados desta organização. Tendo em vista os aspectos observados, o conselho de administração definiu estratégias para minimizar os problemas, mas infelizmente as atas das reuniões foram extraviadas, portanto, foi possível coletar somente as informações repassadas pelos entrevistados. Em Paranaíba, existiam dois hospitais, ambos credenciados à rede hospitalar da Unimed, sendo um de grande porte e outro de pequeno porte, o primeiro era a Santa Casa de Paranaíba, hospital filantrópico com atendimento SUS (maior concentração de atendimentos), convênios e particulares – restavam poucos leitos para atendimento Unimed. Devido à precariedade dos apartamentos e das enfermarias disponíveis, a Unimed, no início dos anos 2000, reformou uma ala com 18 leitos e negociou a exclusividade dos internamentos.

O segundo hospital era de pequeno porte, com cerca de 19 leitos de internamentos entre apartamentos e enfermarias, o Hospital São Lucas, e estava

prestes a ser fechado por dificuldades financeiras. Existia também outra situação, um grupo de médicos começara a construção de um hospital com o projeto inicial para cerca de cem leitos, entretanto o projeto foi interrompido por dificuldades financeiras. Para a falta de leitos de internação dos pacientes da Unimed foram codificados como “capacidade operacional”, apresentando 18 citações, conforme apresentado a seguir:

Figura 21: Citações para Capacidade Operacional

18 citações para Capacidade Operacional

Pesquisar Citações

ID	Nome	Iniciar	Fim
2:24	Na época o que foi discutido e...	149	226
2:25	tínhamos falta de leitos,	304	328
2:26	Tínhamos falta de leitos e na ...	721	755
2:27	ficou mais fácil ao acesso hos...	2147	2183
2:28	eles enxergam uma opção de lei...	2513	2546
2:29	youê pode ver que começaram a ...	2998	3113
4:16	ao longo dos anos foram desapa...	102	152
4:17	internamentos,	1156	1170
4:18	ser atendido em outra cidade.	1595	1623
6:1	só que esses hospitais foram f...	422	458
6:6	Portanto o que levou de inicio...	982	1104
6:14	necessidade de hospital e leit...	2144	2191
9:2	Na Santa Casa tinha 12 ou 14 l...	345	607
9:8	Tivemos uma sensibilização sob...	1439	1629
9:9	Tivemos um ou dois contrários,...	1751	2192
11:3	Na época nós tínhamos como pre...	284	562
11:5	Não é um fator isolado, mas se...	655	937
11:8	Antes de termos o recurso próp...	1455	1655

Fonte: Dados primários (2019).

Com relação ao trabalho dos médicos, o código “condições de trabalho médico” apresentou também 18 citações, conforme apresentado a seguir:

Figura 22: Citações para Condições de Trabalho Médico

18 citações para Condições de Trabalho Médico

Pesquisar Citações

ID	Nome	Iniciar	Fim
2:2	tínhamos falta de leitos	304	327
2:6	principalmente trabalho pro mé...	788	821
2:20	o cooperado que participa a ge...	2320	2765
2:23	Melhorou os valores das consul...	3378	3580
4:6	Em resumo, Local de trabalho p...	1070	1228
4:9	foi afinilando e até ampliou o...	1923	1989
4:14	A verticalização do hospital d...	3054	3311
6:6	Portanto o que levou de inicio...	982	1104
6:15	Já tivemos profissionais e esp...	2299	2493
6:21	Sinceramente não vejo outra sa...	3563	3855
9:1	o hospital foi pela necessidad...	194	343
9:2	Na Santa Casa tinha 12 ou 14 l...	345	607
9:9	Tivemos um ou dois contrários,...	1751	2192
11:5	Não é um fator isolado, mas se...	655	937
11:7	Deu essa força e sabem que pod...	1287	1453
11:9	Nossos próprios cooperados e p...	1656	1898
11:...	Quem procura o nosso hospital ...	5123	5721
11:...	Eu penso assim, a gente invest...	6589	7007

Fonte: Dados primários (2019).

A situação para os dirigentes da época era a seguinte: ou aumentavam o número de leitos para internamento dos pacientes da Unimed, com isso, oportunizando condições de trabalho aos médicos cooperados, ou paravam de vender planos de saúde, o que comprometeria o crescimento da cooperativa. A dificuldade em internar pacientes fez com que muitos médicos cooperados não ficassem na cidade, tendo em vista não conseguirem internar seus pacientes, é o que afirma o Dr. Luis Francisco Costa, ex-diretor-presidente da cooperativa: “O crescimento era muito pequeno e questionávamos se iríamos continuar vendendo plano para o beneficiário ser atendido em Maringá”. Dr. Bartolomeu Peres Silva, membro do conselho de administração da gestão da época da integração vertical e atual diretor de provimentos de saúde, definiu: “Era comum médicos virem para cidade, não ter local para internar e ir embora para outra cidade, o quadro de médicos não aumentava”.

Diante desse cenário, o conselho estudou algumas frentes, uma delas era: adquirir o hospital de um grupo de médicos que estava em fase de construção e com as obras paralisadas por dificuldades financeiras. Entretanto a cooperativa contratou uma consultoria para realizar um estudo de viabilidade econômico-financeira e esse estudo avaliou que era inviável. Conforme relato do Dr. Luís

Francisco Costa: “Fizemos um estudo para adquirir o outro hospital, Noroeste, mas a consultoria ao final do estudo demonstrou que da maneira como ele estava construído seria inviável para a cooperativa”.

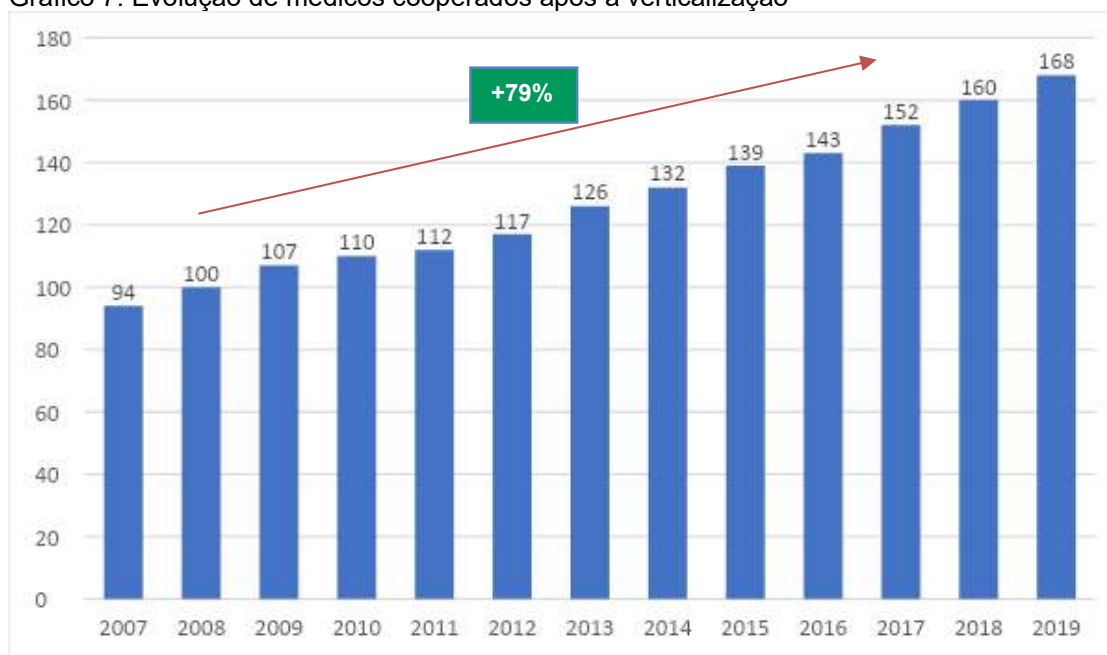
Então, inviabilizada a primeira opção, o conselho optou pela compra do segundo hospital em funcionamento da cidade, de pequeno porte, chamado de Hospital São Lucas. Após as negociações de valores e formas de pagamento, marcaram, para o dia 4 de junho de 2008, a 40ª Assembleia Geral Extraordinária (AGE) para aprovação da constituição de filial para implantação de Recursos Próprios, conforme ata anexa. Atas de reuniões do conselho, anteriores à assembleia, não foram localizadas.

Por meio de observação das entrevistas realizadas, pôde-se constatar que a especificidade de ativos foi determinante nessa estratégia, com poucos fornecedores de leitos hospitalares e sem condições de oferecer mais, e, com a qualidade dos serviços prestados questionável, fizeram com que os dirigentes estudassem melhores opções para seus clientes e médicos cooperados. A aquisição, na visão do ex-vice-presidente Dr. Marcelo Sebastião Reis Campos Silva, é a de que: “Os comentários que tinham na época eram as fusões e incorporações e se não fizéssemos isso não saberia se ainda existiria a Unimed Paranaíba”.

4.4. Como foram os Desempenhos Econômico-Financeiro e Mercadológico após a Integração Vertical? E como a Integração Influenciou no Desempenho da Cooperativa?

De acordo com o mesmo critério de análise e indicadores dos dados antes da integração vertical, e do ponto de vista mercadológico, apresenta-se o número de cooperados que passou de 94, existentes no ano de 2007, para 168 no ano de 2019. Conforme apresentado no gráfico 7.

Gráfico 7: Evolução de médicos cooperados após a verticalização



Fonte: O autor (2019)

Observa-se, no gráfico, o crescimento de 79% no número de médicos cooperados em um período de 11 anos, o que equivale a um aumento médio de sete novos médicos cooperados a cada ano, crescimento duas vezes maior se comparado ao período antes da integração vertical.

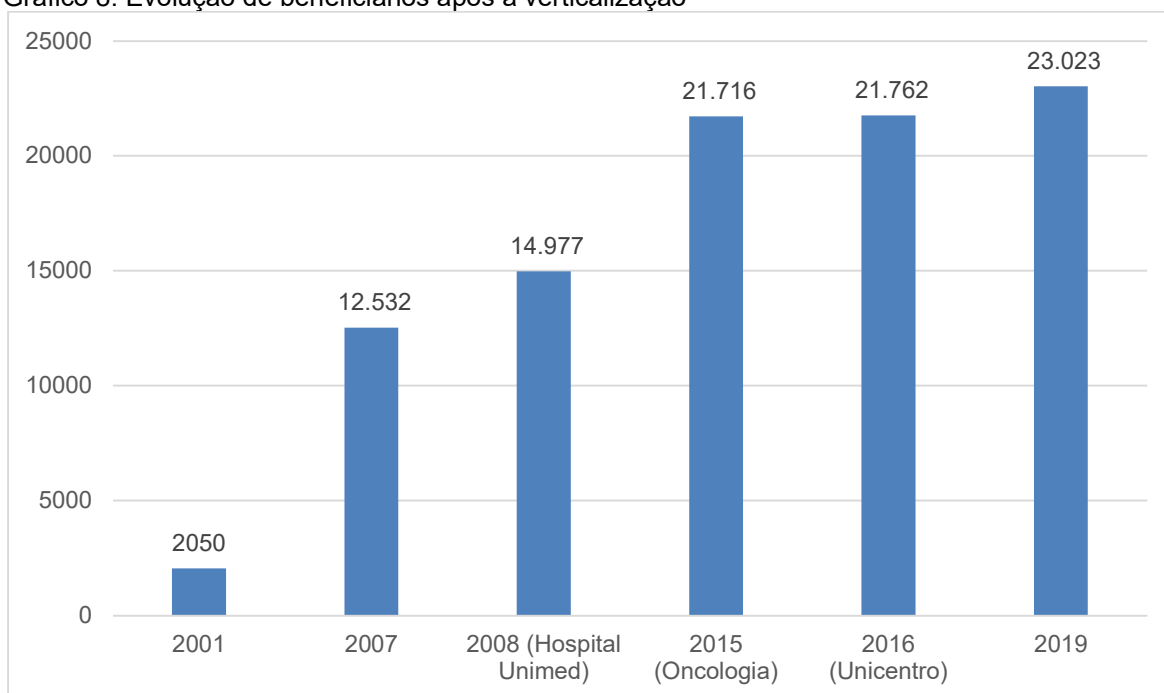
Tabela 14: Evolução em números da singular (evolução de cooperados)

Cooperados	Quantidade	Crescimento	Período de tempo	Aumento Médio anual
2001 – 2007	94	34%	7 anos	3
2008 – 2019	168	79%	11 anos	7

Fonte: O autor (2019)

No período de 2007 a 2019, o número de beneficiários chegou a 23.023, dado extraído por meio de documentos secundários da própria cooperativa até setembro de 2019. Conforme apresentado no gráfico 8:

Gráfico 8: Evolução de beneficiários após a verticalização



Fonte: O autor (2019)

Verifica-se, nesse gráfico, o crescimento no número de clientes da Unimed Paranavaí no período de 2007 a 2019, totalizando um acréscimo de 10.491 beneficiários em 11 anos, um aumento médio de 953,73 vidas por ano. Entretanto o crescimento de beneficiários anualmente foi maior no período anterior à integração vertical em 57% se comparado ao período posterior.

Tabela 15: Evolução em números da singular (evolução de beneficiários)

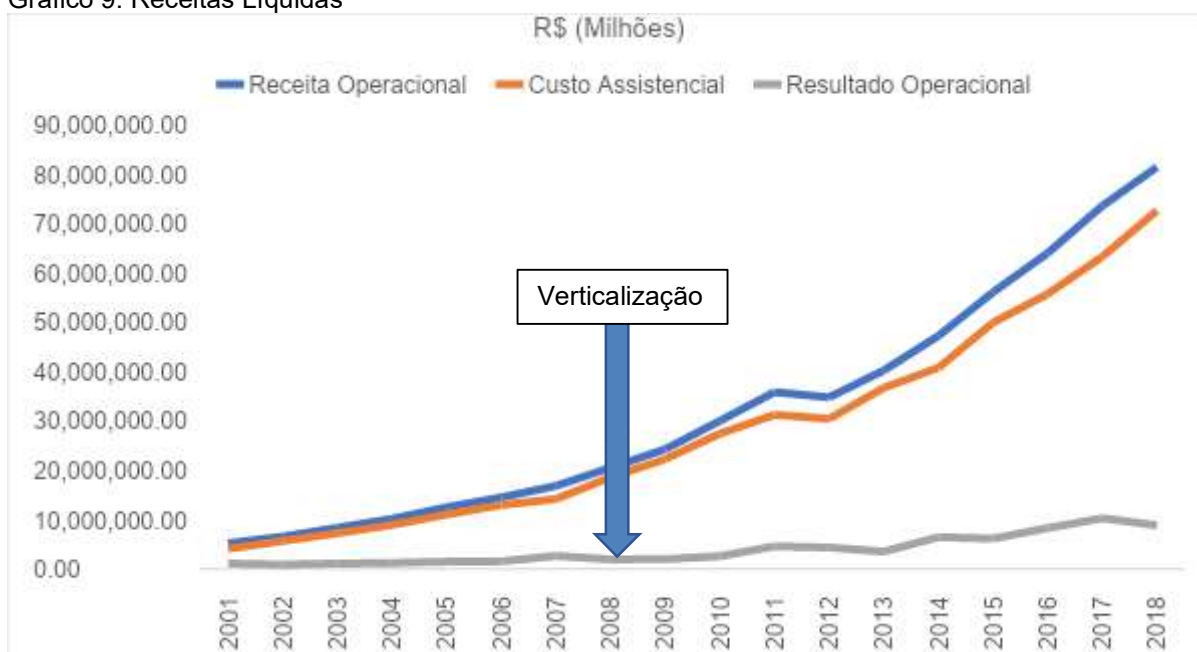
Cooperados	Quantidade	Crescimento	Período de tempo	Aumento Médio anual
2001 – 2007	12.532	511%	7 anos	1497
2008 – 2019	23.023	84%	11 anos	954

Fonte: O autor, 2019

Observa-se uma maior expansão de clientes no período anterior à integração vertical, o que pode estar relacionado a outros fatores externos que não contemplem o objetivo deste trabalho.

O crescimento no número de médicos cooperados e beneficiários impactou também nos relatórios econômicos e financeiros da cooperativa, conforme apresentado no gráfico 9, com a receita operacional, o custo assistencial, o resultado operacional e a margem bruta do período de 2001 a 2018:

Gráfico 9: Receitas Líquidas



Fonte: OCEPAR (2019)

No gráfico, vê-se crescimento nas receitas líquidas da cooperativa de 5,2 milhões, no ano de 2001, para 81,5 milhões no ano de 2018, um crescimento expressivo de aproximadamente 1.467%. Contudo considera-se o período antes da integração vertical, de 2001 a 2007, com um crescimento nas receitas operacionais de 223%, e, no período de 2008 a 2018, o crescimento apresentado foi de 297%. O custo assistencial cresceu no período anterior à verticalização em 246% *versus* os 290% no período ulterior. E, por fim, o crescimento do resultado operacional foi de 136% para 354% no período ulterior. Importante considerar que o período analisado antes do processo de integração vertical foi de 7 anos e, após, de 11 anos, e para tanto foi considerado o crescimento médio anual, conforme apresentado na tabela que segue:

Tabela 16: Receita Líquida

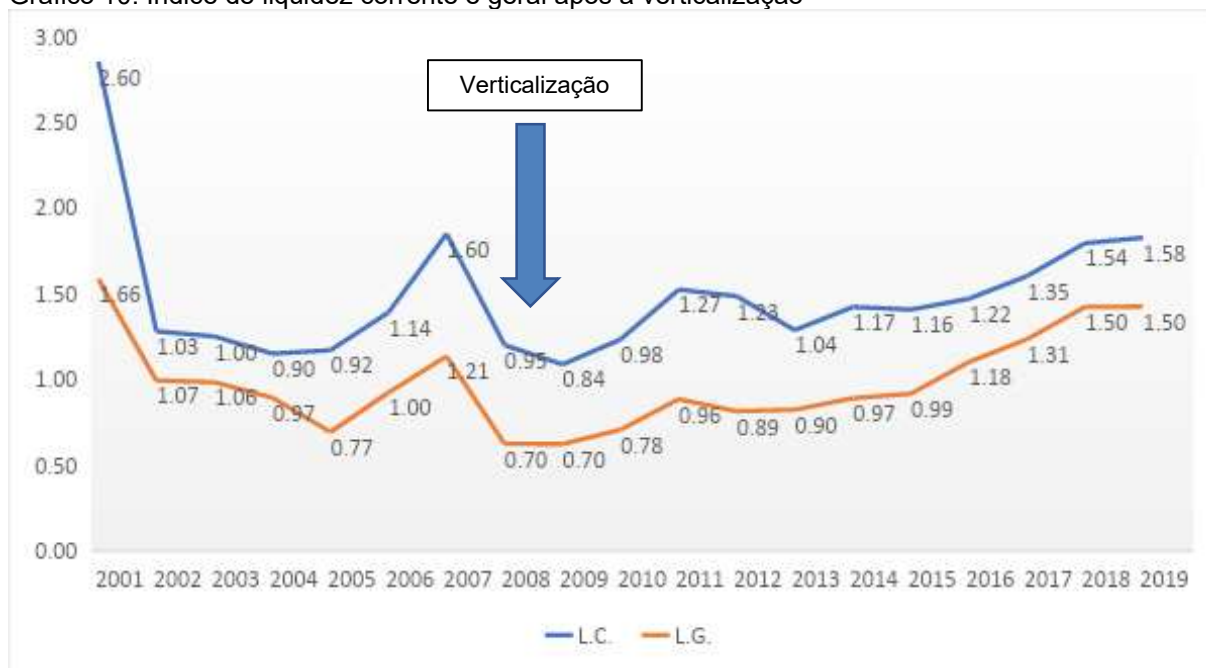
Período	Receita Op.	Média Anual	Custo Assist.	Média Anual	Result. Op.	Média Anual
2001 – 2007	12m	1,71m	10m	1,43m	1,5m	0,21m
2008 – 2018	61m	5,55m	54m	4,91m	6,9m	0,63m

Fonte: Dados secundários, o autor (2019).

Ao analisar os valores em milhões de reais é possível observar que o crescimento médio anual após a integração vertical foi maior se comparado ao

período anterior, o que impactou diretamente na média do resultado operacional. Essa melhora na performance da cooperativa é representada também por meio dos indicadores de liquidez corrente e geral, conforme gráfico 10:

Gráfico 10: Índice de liquidez corrente e geral após a verticalização

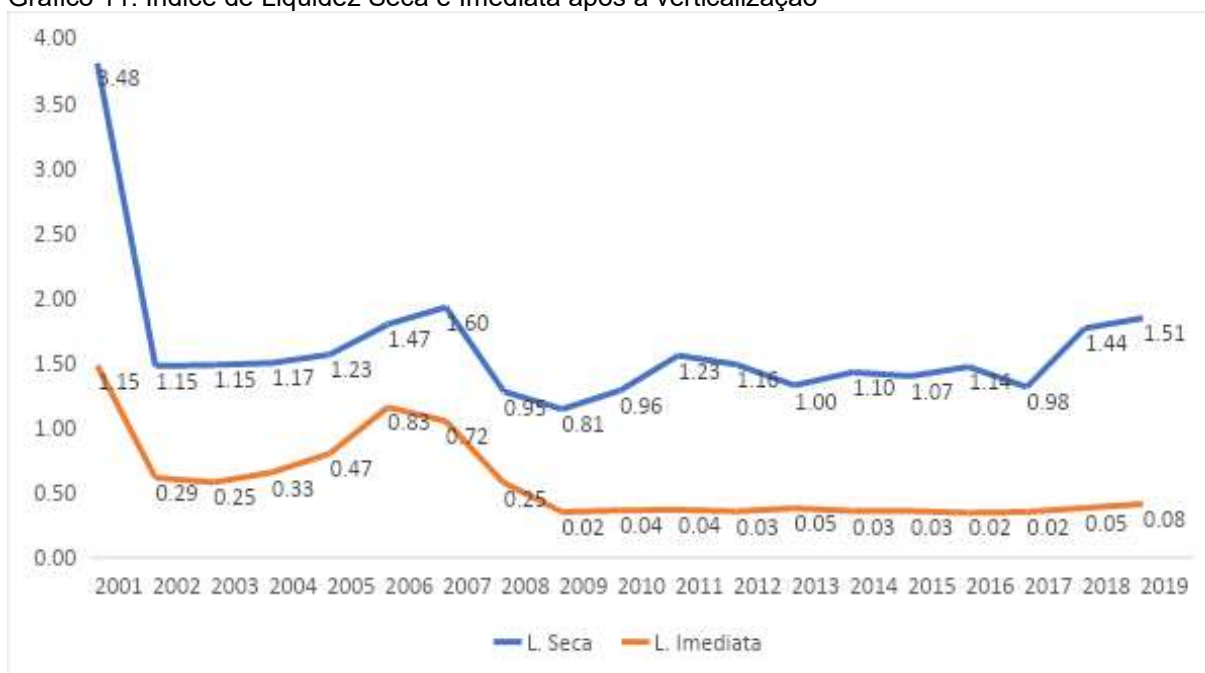


Fonte: OCEPAR (2020)

No gráfico 10 é possível observar que, a partir do ano de 2011, a cooperativa começou a apresentar índices de liquidez corrente positivos; após a integração vertical no ano de 2008 a 2010, os índices ainda se encontravam abaixo de R\$1,00 em decorrência do investimento realizado para a compra do hospital e utilização de parte do capital próprio disponível e parte do capital de terceiros.

O índice de Liquidez Seca também é classificado como um indicador de curto prazo (MARION, 2010), entretanto desconsidera o estoque do cálculo e o índice de Liquidez Imediata considera apenas os valores que formam o grupo de disponíveis, ou seja, caixa, bancos e aplicações financeiras de curto prazo (CANITO; COSTA; CAMPOS, 2018). Assim é um indicador mais conservador por considerar apenas os recursos disponíveis, já que despreza os ativos ainda não convertidos em dinheiro, conforme apresentado no gráfico 11:

Gráfico 11: Índice de Liquidez Seca e Imediata após a verticalização



Fonte: O autor (2020)

Conforme o índice de Liquidez Seca, observa-se uma queda acentuada entre os anos de 2001 a 2002, com estabilidade até o ano de 2008, data da aquisição do hospital, após esse período, o indicador apresentou leve redução, com melhoras a partir do ano de 2018. Já quanto ao Índice de Liquidez Imediata, observa-se que a cooperativa procurou capitalizar recursos disponíveis para a aquisição do hospital, e, a partir do ano de 2008, o índice apresentou queda e manteve-se estável até o momento, entretanto abaixo de R\$1,00.

Em relação ao retorno sobre os investimentos, são apresentados, a seguir, o ROA, ROI e ROE, assim, identificando os percentuais das três modalidades de retorno, na sequência, é comparado com outras taxas de mercado a fim de analisar um comparativo com outras modalidades de investimentos.

O ROA significa a taxa de retorno gerado pelas aplicações realizadas por uma empresa em seus ativos. Indica o retorno para cada R\$1,00 investido na empresa, conforme apresentado na tabela 17:

Tabela 17: Retorno (Indicador de ROA)

ROA	(Lucro Líquido/Ativo Total) x 100			
	Ano	%	Lucro Líquido	Ativo total
	2007	13,91%	R\$ 576.427,42	R\$ 4.143.626,69
	2008	5,60%	R\$ 377.907,52	R\$ 6.749.426,28
	2009	0,10%	R\$ 7.391,09	R\$ 7.381.587,93
	2010	0,68%	R\$ 53.853,68	R\$ 7.951.413,01
	2011	14,66%	R\$ 1.480.123,84	R\$ 10.094.318,79
	2012	4,62%	R\$ 718.013,74	R\$ 15.548.534,77
	2013	-5,34%	-R\$ 1.025.649,12	R\$ 19.207.088,00
	2014	6,33%	R\$ 1.201.560,98	R\$ 18.988.158,01
	2015	1,78%	R\$ 400.326,39	R\$ 22.480.270,30
	2016	12,93%	R\$ 3.569.185,84	R\$ 27.611.364,73
	2017	11,65%	R\$ 3.317.721,58	R\$ 28.479.704,40
	2018	4,45%	R\$ 1.415.162,85	R\$ 31.825.910,79
	2019	5,54%	R\$ 1.945.559,19	R\$ 35.149.151,29

Fonte: O autor (2020)

Na tabela 17 é possível identificar os percentuais aferidos referentes ao ROA no período de 2007 a 2019, representando o retorno sobre os ativos, além deste, pode-se avaliar o retorno sobre o investimento (ROI), indicador que mede a rentabilidade operacional do investimento feito pela empresa, como apresentado na tabela que segue:

Tabela 18: Retorno (Indicador de ROI)

ROI	% Lucro Operacional/Investimento Médio (Passivo Oneroso+PL)		
2007	41,74%	R\$619.415,39	R\$1.483.886,73
2008	16,54%	R\$423.342,94	R\$2.559.008,38
2009	3,43%	R\$84.235,67	R\$2.455.940,19
2010	4,36%	R\$109.377,41	R\$2.506.877,53
2011	44,99%	R\$1.674.208,30	R\$3.721.450,96
2012	17,83%	R\$885.164,19	R\$4.965.334,85
2013	-22,52%	-R\$877.236,68	R\$3.895.344,19
2014	34,95%	R\$1.695.820,38	R\$4.852.391,84
2015	16,27%	R\$863.150,82	R\$5.305.074,71
2016	47,45%	R\$4.450.645,13	R\$9.378.887,07
2017	27,32%	R\$3.564.785,36	R\$13.046.957,44
2018	9,48%	R\$1.415.162,85	R\$14.922.008,53

2019	10,81%	R\$1.945.559,19	R\$17.992.135,90
-------------	---------------	-----------------	------------------

Fonte: O autor (2020)

Na tabela 18 é possível individualizar os percentuais do retorno adquirido sobre os investimentos realizados pela cooperativa, e a seguir é apresentado o ROE, que trata da mensuração do retorno que a empresa tem dos recursos aplicados pelos cooperados, ou seja, para cada R\$1,00 de recursos próprios investidos na empresa, quanto é o retorno.

Tabela 19: Retorno (Indicador de ROE)

ROE	(Lucro Líquido/Patrimônio Líquido) x 100		
Ano	%	Lucro Líquido	Patrimônio Líquido
2007	38,85%	R\$ 576.427,42	R\$ 1.483.886,73
2008	19,97%	R\$ 377.907,52	R\$ 1.892.403,08
2009	0,38%	R\$ 7.391,09	R\$ 1.964.313,80
2010	2,62%	R\$ 53.853,68	R\$ 2.053.060,04
2011	41,71%	R\$ 1.480.123,84	R\$ 3.548.831,67
2012	16,08%	R\$ 718.013,74	R\$ 4.465.974,17
2013	-28,49%	-R\$ 1.025.649,12	R\$ 3.599.411,26
2014	24,76%	R\$ 1.201.560,98	R\$ 4.852.391,84
2015	7,55%	R\$ 400.326,39	R\$ 5.302.809,27
2016	38,06%	R\$ 3.569.185,84	R\$ 9.378.887,07
2017	25,43%	R\$ 3.317.721,58	R\$ 13.046.957,44
2018	9,48%	R\$ 1.415.162,85	R\$ 14.922.008,53
2019	11,25%	R\$ 1.945.559,19	R\$ 17.297.691,48

Fonte: O autor (2020)

Na tabela 19 apresenta-se o ROE no período de 2007 a 2019.

Conforme apresentado e identificado nos percentuais do ROA, ROI e ROE, é possível comparar esses indicadores a outros do mercado, de modo a avaliar a taxa de retorno sobre o investimento realizado na verticalização da cooperativa. Na tabela 20, é exposto um comparativo com o indicador da poupança que se atribui ao índice mais conservador de investimento e a alíquota de inflação atrelada ao índice de preço ao consumidor.

Tabela 20: Retorno (todos os Indicadores)

Período	ROA	ROI	ROE	Poupança	IPCA
2007	13,91%	41,74%	38,85%	7,8%	4,5%
2008	5,60%	16,54%	19,97%	7,7%	5,9%
2009	0,10%	3,43%	0,38%	7,1%	4,3%
2010	0,68%	4,36%	2,62%	6,8%	5,9%
2011	14,66%	44,99%	41,71%	7,5%	6,5%
2012	4,62%	17,83%	16,08%	6,6%	5,8%
2013	-5,34%	-22,52%	-28,49%	6,3%	5,9%
2014	6,33%	34,95%	24,76%	7,0%	6,4%
2015	1,78%	16,27%	7,55%	7,9%	10,7%
2016	12,93%	47,45%	38,06%	8,3%	6,3%
2017	11,65%	27,32%	25,43%	7,0%	2,9%
2018	4,45%	9,48%	9,48%	6%	4%
2019	5,54%	10,81%	11,25%	4,3%	4,3%
Média	5,92%	19,43%	15,97%	6,95%	5,65%

Fonte: O autor (2020)

Ao analisar a tabela 20, constata-se que a média do período do ROA é próximo de um ponto percentual abaixo que a média da poupança e próximo ao IPCA médio do período, entretanto o ROI e ROE apresentam percentuais acima da média da poupança e IPCA. Tais fatores representam que o retorno sobre os ativos está abaixo de outro investimento mais conservador, neste caso a poupança, e equivalente à inflação média do período, porém o retorno do investimento e o retorno sobre o capital do cooperado apresentaram percentuais superiores aos sugeridos para comparação de 2 a 3 vezes superior. Dado o exposto, conclui-se que os indicadores de aumento de cooperados e econômico-financeiro foram superiores se comparados ao período anterior à verticalização. Assim, infere-se que o posicionamento estratégico da cooperativa Unimed Paranaíba, na integração vertical, foi assertivo e representou vantagens competitivas significantes.

4.5. Evasão de Beneficiários

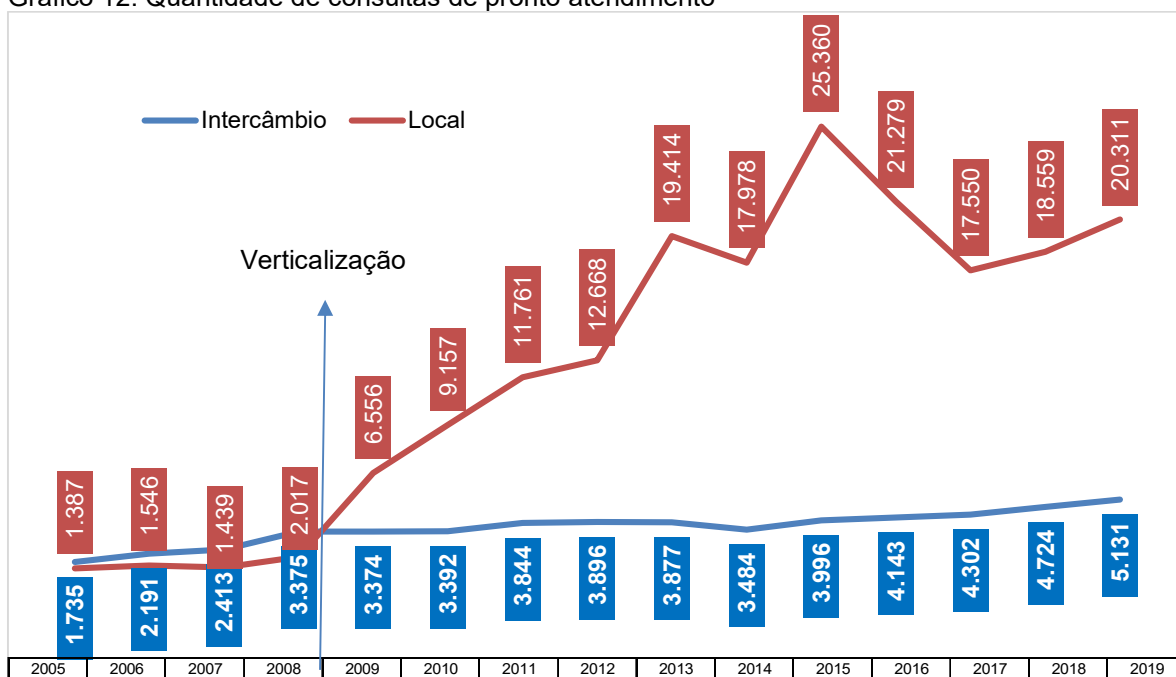
O objetivo deste trabalho foi analisar o impacto da verticalização nos desempenhos econômico-financeiro e mercadológico da cooperativa, porém, no decorrer da pesquisa, observou-se uma preocupação dos dirigentes e conselheiros no que tangia ao tema evasão, então, para entender melhor, procurou-se analisar

como a estratégia de verticalização influenciou esse dado.

O Sistema Unimed é composto por 348 cooperativas, embora exista a sua singularidade e independência na gestão, existe uma relação de prestação de serviços entre si, pois cada usuário da Unimed pode ser atendido em qualquer local do Brasil, desde que os estabelecimentos sejam prestadores do Sistema Unimed e respeitando as condições contratuais. Assim, quando um cliente Unimed sai de sua origem e é atendido em outra localidade, é chamado de intercâmbio, e este fenômeno é conhecido como evasão de beneficiários. Para o beneficiário é interessante o fato de ser atendido em qualquer localidade que desejar, mas, para a singular de origem, isso tem um custo, tanto no aspecto financeiro, visto que é paga uma taxa de administração em torno de 5% sobre a fatura gerada pela Unimed executora dos serviços, quanto social, do ponto de vista que esses usuários normalmente se deslocam para outras cidades e acabam beneficiando médicos, laboratórios, clínicas de imagens, hospitais, comércio e estabelecimentos, fora de sua origem.

De acordo com o depoimento dos dirigentes sobre o tema evasão, buscou-se evidenciar se a integração vertical contribuiu para a retenção desses clientes na área de ação da cooperativa, para tanto, consideraram-se as consultas de pronto atendimento realizadas no período de 2005 (antes da integração vertical) até o ano de 2019, conforme apresentado no gráfico 12:

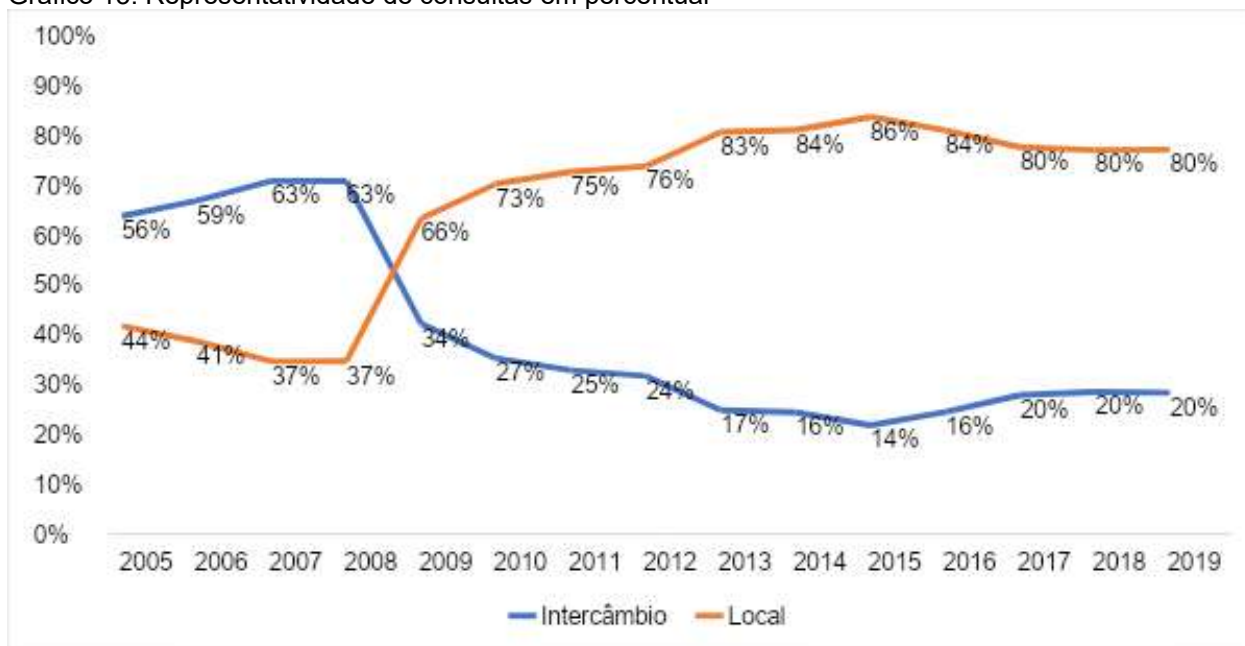
Gráfico 12: Quantidade de consultas de pronto atendimento



Fonte: O autor (2020)

Nesse gráfico é possível observar que, no período de 2005 a 2008, período antes da integração vertical, a maioria das consultas de PA era realizada fora da área de abrangência da Unimed Paranaíba, a quantidade de atendimentos de intercâmbio se manteve estável apesar do crescimento do número de beneficiários na carteira da cooperativa. Observa-se ainda que, após o ano de 2008, o número de atendimentos locais aumentou significativamente, justificando a estratégia de reter os beneficiários na origem. A seguir, apresenta-se a proporção dos atendimentos entre intercâmbios e locais:

Gráfico 13: Representatividade de consultas em percentual



Fonte: O autor (2020)

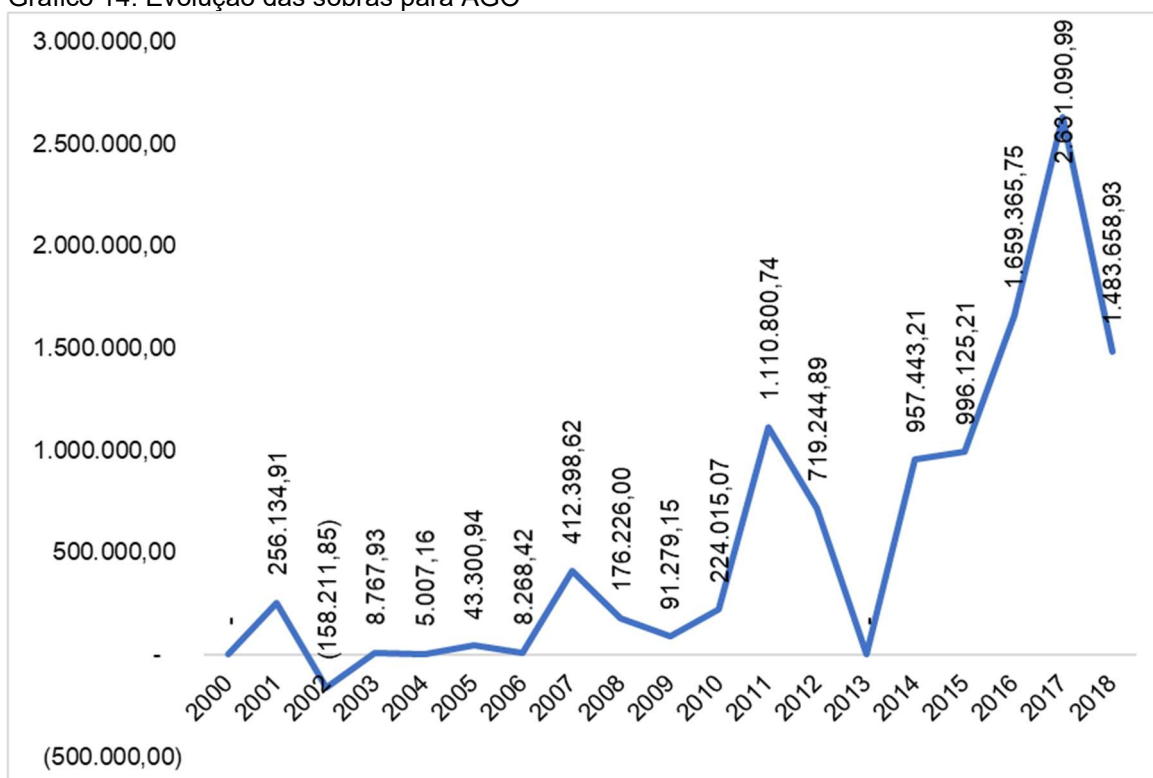
No período de 2005 a 2008, cerca de 60% dos atendimentos de PA eram realizados fora da área de ação da cooperativa. Após a integração vertical, e nos dias atuais, esse percentual diminuiu para 20% do total de atendimentos prestados pela Unimed Paranavaí.

Segundo os benefícios estratégicos da integração vertical mencionados por Porter (2004), se comparados ao volume de produção, nesse caso, entenda-se por consultas médicas de PA, infere-se que a decisão estratégica foi eficaz, conforme representada ao longo do tempo.

4.6. Sobras à Disposição da Assembleia Geral Ordinária

As sobras são os resultados mensuráveis aparentes, os reflexos de uma boa administração, depois de descontados os valores que irão integrar os fundos e reservas, que retornam aos associados na proporção da movimentação efetuada pelo cooperado, portanto, as sobras, como excedente das retenções, são de direito dos mesmos cooperados. Uma vez apuradas e rateadas as sobras, a assembleia decidirá por sua devolução total em espécie, pela incorporação total das sobras ao capital dos sócios, ou em reinvestimento da cooperativa. A seguir, apresenta-se o gráfico da evolução do montante de sobras disponíveis para a AGO no período do ano 2000 a 2018:

Gráfico 14: Evolução das sobras para AGO



Fonte: O autor (2020)

Observa-se que, no período do ano 2000 a 2006, a cooperativa não apresentava sobras significativas e os resultados, praticamente, estáveis; a partir do ano de 2007, os valores começaram a apresentar uma linha crescente. Conforme apurado na cooperativa, no ano de 2013, houve troca de sistema operacional, o que trouxe transtornos à apuração contábil, e nesse ano não houve fechamento do balanço em tempo hábil, assim, ficando com resultado zerado. Entretanto observa-se que a cooperativa, após a integração vertical, conseguiu gerar sobras substanciais se comparado ao período anterior, outro dado importante a considerar é a política de benefícios que a cooperativa conseguiu proporcionar aos seus cooperados nos últimos anos, considerados como antecipação de sobras.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Neste trabalho, o tema apresentado foi a relação da estratégia de integração vertical de uma cooperativa de trabalho médico com o nível dos desempenhos econômico-financeiro e mercadológico, sob a ótica do custo de transação. A justificativa para analisar esse tema se deu devido ao crescente número de operadoras do Sistema Unimed optando pelo processo de verticalização para suas cooperativas. Coube, perante tal conjuntura, analisar se esse movimento estratégico alterou o nível dos desempenhos econômico-financeiro e mercadológico de maneira positiva ou negativa se comparado com o período anterior à verticalização, bem como quais vantagens competitivas foi capaz de proporcionar. Observou-se que a primeira e principal integração vertical da Unimed Paranavaí foi a aquisição de um hospital de pequeno porte, sendo que na cidade de Paranavaí existia, até então, poucos prestadores de serviços hospitalares.

Em consideração a esses aspectos, o objetivo geral da pesquisa foi cumprido com a análise dos resultados apresentados, conforme os objetivos específicos.

Os objetivos específicos eram justamente identificar como se davam os desempenhos econômico-financeiro e mercadológico da cooperativa antes da integração vertical e após esta. Ainda, buscou-se identificar quais foram os fatores que influenciaram o posicionamento estratégico na decisão de integração vertical, além de descrever o processo de implementação da estratégia de verticalização e como a integração vertical influenciou no desempenho da cooperativa.

Portanto, pode-se afirmar que, no caso da Unimed Paranavaí, após comparar o período anterior e posterior à integração vertical, o desempenho mercadológico foi superior no quesito novos membros cooperados, entretanto o aumento de beneficiários foi maior no período anterior à integração vertical. Percebeu-se que a integração vertical influenciou de maneira positiva no aumento de médicos cooperados, porém a performance na venda de novos planos de saúde foi melhor nos anos anteriores à integração vertical, diferente do que acreditava a direção da Unimed Paranavaí, pois a percepção era de que o hospital atraísse novos clientes, e isso pode estar relacionado a diversos outros fatores não abordados no presente estudo. Todavia o desempenho econômico-financeiro foi superior após a integração vertical, inclusive, no que se referia às sobras da cooperativa, o que não acontecia nos anos anteriores. E por se tratar de uma sociedade cooperativa de trabalho

médico, proporcionar melhores condições de trabalho aos cooperados já justificaria a estratégia de integração vertical.

Evidenciou-se, neste estudo, a concentração de atendimentos em um prestador de serviços hospitalares na cidade de Paranaíba antes da integração vertical, e a especificidade de ativos foi determinante para a estratégia de integração vertical, logo, os três principais fatores para verticalização identificados mediante as entrevistadas foram: a má qualidade oferecida pelo prestador existente na cidade de Paranaíba; a capacidade operacional (falta de leitos para internamento dos pacientes dos médicos cooperados); e as condições de trabalho médico (local para os médicos exercerem sua profissão).

Com mais uma opção de hospital na cidade e sendo da própria cooperativa, o médico fica mais confortável em internar seu paciente em uma instituição que, segundo os dirigentes, oferece melhor qualidade nos serviços prestados. A oferta de hospital na cidade de Paranaíba reduz também a evasão de beneficiários em busca de procedimentos médicos em outras cidades, o que, de acordo com os entrevistados, é ruim para a cooperativa, seja no aspecto mercadológico (é ruim vender um plano de saúde para as pessoas serem atendidas em outra cidade) ou mesmo social (fomento da economia de outras regiões e o dinheiro deixa de circular na cidade de origem).

O método de análise que foi empregado nesta pesquisa foi o de conteúdo, com coleta de dados primários e secundários. Os dados primários foram obtidos por meio de observação de acontecimentos e entrevistas semiestruturadas com amostras de dirigentes antes e após a integração vertical. Para dos dados secundários, buscou-se informações na própria Unimed Paranaíba e em fontes como Ocepar, Unimed Brasil, Unimed Paraná e *sites* afins.

Faz-se necessário acrescentar que a Unimed Paranaíba já estuda ampliar sua unidade hospitalar, passando de 23 leitos para 70 leitos, sendo 10 leitos de UTI, o aumento da complexidade, segundo os dirigentes, aumentará a resolutividade na cidade e, conseqüentemente, a satisfação de médicos e beneficiários.

Entende-se que a limitação encontrada para a execução desta dissertação foi a escassez de informações e dados referentes ao processo de integração vertical nas instituições de saúde, sobretudo, em cooperativas médicas. Detectou-se, apenas, muito conteúdo nas áreas de cooperativas agroindustriais, nesse sentido, este trabalho pode auxiliar os gestores das cooperativas de saúde na análise

estratégica de sua instituição. Outra limitação a ser indicada foi o período de 2020 em função da Pandemia do Coronavírus (Covid-19), que assolou o país e o mundo de maneira geral, e, por conseguinte, com faculdades e bibliotecas fechadas e trabalhadores em *home office*, o acesso a determinadas informações foi prejudicado.

Também é importante considerar a ausência de estudos e análises da interferência de outros fatores externos (*players* de mercado, política governamental, etc.) que possam influenciar os indicadores de maneira positiva ou negativa.

É preciso, ainda, constatar a falta de análise referente ao desempenho financeiro para os médicos cooperados após o processo de integração vertical, contudo pôde-se identificar a melhora nas condições de trabalho, o que faz pressupor que a cooperativa oportunizou ao cooperado melhores condições para desenvolver suas atividades, logo, proporcionalizando uma melhora na produção médica. Portanto, fica a sugestão de novos estudos relacionados a este tema.

Faz-se necessário aprofundar novos estudos e análises de conteúdo, ao passo que existem diferenças significativas entre as operadoras Unimed no Brasil, sejam elas, por regiões demográficas, por porte, por número de clientes, número de cooperados e a rede prestadora existente em sua área de atuação. Recomenda-se comparar com outras singulares que optaram pela integração vertical, analisando esses e outros indicadores complementares, bem como aprofundar pesquisas quanto aos fatores determinantes no processo de integração vertical, o que sugere ser diferente em cada região do país.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AAKER, D. A. **Administração estratégia de mercado**. Porto Alegre: Bookman, 2001.

ANDREWS, K. R. The concept of corporate strategy. In: McKiernan, Peter (ed.). **Historical Evolution of Strategic Management**. Vol. I. Brookfield, Dartmouth Publishing Company, 1996. p.15-44.

ANS. **Resolução Normativa nº 277**. Disponível em: <<http://unimed.me/100610>>. Acesso em: 01 mai. 2019.

AON Empower Results. **Relatório Global de Tendências Médicas**. Disponível em: < <https://www.aon.com/brasil/pesquisa-de-beneficios-aon.jsp>>. Acesso em: 20 de dezembro de 2018.

ARAÚJO JR., J. T. **Fragmentação da produção e competitividade internacional: o caso brasileiro**. Revista Brasileira de Comércio Exterior, ano XXVII, n. 115, p. 42-51

ASSAF NETO, Alexandre. **Curso de Administração Financeira**. São Paulo: Atlas, 2014.

BAKER, M. J. **Administração de Marketing**. Rio de Janeiro: Campus, 2005.

BALAKRISHNAN, S. AND WERNERFELT, B. Technical change, competition and vertical integration. **Strategic Management Journal** , 7: 347-359, 1986.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 1994.

BARNEY, J. B.; HESTERLY, W. S. **Administração Estratégica e Vantagem Competitiva: conceitos e casos**. São Paulo, Pearson, 2011.

BAUER, M.W.; AARTS, B. **A construção do corpus: um princípio para a coleta de dados qualitativos**. In: BAUER, Martin; GASKELL, George (org.). Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som. Petrópolis: Vozes, 2002.

BESANKO, D; DRANOVE, D.; SHANLEY, M.; SCHAEFER, S. **A economia da estratégia**. Ed. 5. Porto Alegre: Bookman, 2009, 2012.

BESSA, R. O. **Análise dos modelos de remuneração médica no setor de saúde suplementar Brasileiro**. Dissertação de Mestrado. Escola de Administração de Empresas de São Paulo. Fundação Getúlio Vargas. São Paulo, 2011.

BIALOSKORSKI NETO, S. **Economia e gestão de organizações cooperativas**. São Paulo: Atlas, 2012.

BONATO, VERA LÚCIA. **Gestão de qualidade em saúde: melhorando assistência ao cliente**. O Mundo da Saúde, São Paulo, 2011. Disponível em:

<<http://www.cofen.gov.br/wp-content/uploads/2017/03/Bonato-2011.pdf>>. Acesso em: 10 de agosto de 2019.

BUCHELI, M.; MAHONEY J. T.; VAALER, P. M. Chandler's Living History: *The visible hand of vertical integration in nineteenth century america viewed under a twenty-first century transaction cost economics lens*. Journal of Management Studies, p. 859-883, jul. 2010. Disponível em: <<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/j.1467-6486.2010.00927.x>>. Acesso em: 15 de julho de 2019.

BRANCO, Adriel. **Operadoras de saúde podem perder mais de 2 milhões de beneficiários com a crise**. Saúde Business. São Paulo, 9 de abr. de 2020. Disponível em: <<https://saudebusiness.com/mercado/operadoras-de-saude-podem-perder-mais-de-2-milhoes-de-beneficiarios-com-a-crise/>>. Acesso em: 28 de julho de 2020.

BRASIL, Lei n.º 5764, de 16 de Dezembro de 1971, **Capítulo II – Das Sociedades Cooperativas**, Art. 3º. Disponível em: <<http://unimed.me/Wa0Wy>>. Acesso em: 15 de dezembro 2019.

BRIGHAM, Eugene F.; HOUSTON, Joel F. **Fundamentos da Moderna Administração Financeira**. Trad.: Maria Imilda da Costa e Silva. Rio de Janeiro: Campus, 1999.

CAÑIBANO, L.; GARCÍA-AYUSO, M.; SANCHEZ, P. *Accounting for intangibles: a literature review*. In: **Journal of Accounting Literature**, Gainesville, v. 19, p. 102-130, 2000.

CANITO, A. R. R.; COSTA, M. J. G e CAMPOS, M. F. D.: Análise de Balanço: Uma discussão sobre as limitações na interpretação dos indicadores de liquidez. **Revista Negócios em Projeção**, v 9, nº1. p. 14. 2018.

CIDES, S. **Introdução ao Marketing**. São Paulo: Atlas. 1997.

COASE, R. H. Nobel lecture: the institucional structure of production. In: WILLIAMSON, O. E.; Winter, S. G. (Org.) **The nature of the firm: origins, Evolution, and development**. New York: Oxford University Press, Company, 1993. p. 36-49.

COPELAND, T.; KOLLER, T.; MURRIN, J. **Avaliação de empresas – valuation: calculando e gerenciando o valor das empresas**. 3. ed. São Paulo: Makron Books, 2002.

CRAVENS, D. W.; PIERCY, N. F. **Marketing Estratégico**. São Paulo. 2008.

DIAS, E. C. **Condições de trabalho e saúde dos médicos: uma questão negligenciada e um desafio para a Associação Nacional de Medicina do Trabalho**. Biblioteca Virtual em Saúde, 2015. Disponível em: <<https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-775887>>. Acesso em: 15 de agosto de 2019.

DOSI, G. **Souces, Procedures, and Microeconomics effects of Innovation**. 1988.

DRUCKER, P. F. **Introdução a Administração**. São Paulo: Ed. Pioneira. 1977.

EL CHECK, Roberto. **Como elaborar uma estratégia de comercialização**. Belo Horizonte: SEBRAE/MG, 2007. Disponível em: <[Estratégia de Comercialização](#)>. Acesso em: 31 de março de 2019.

FAGUNDES, J. **Economia Institucional: Custos de Transação e Impactos sobre Política de Defesa da Concorrência**, 1997.

FERREIRA, D. Q. G. **Os Determinantes da Integração Vertical na Saúde Suplementar Segundo a Teoria dos Custos de Transação**. Tese de Doutorado. Instituto COPPEAD de Administração, Universidade Federal do Rio de Janeiro, 2013.

FERREIRA, M.F.; CORBAN, K. A criação de valor empresarial, por meio do processo de relato integrado. FIESP, 2019. Disponível em: <<https://www.fiesp.com.br/indices-pesquisas-e-publicacoes/relatointegrado/>>. Acesso em: 15 de agosto de 2019.

FIANI, R. Teoria dos custos de transação. In: KUPFER, D.; RASENCLEVER, L. **Economia Industrial: Fundamentos Teóricos e Práticas no Brasil**. Ed. Campus, cap. 12, p. 267-286, 2008.

FIGUEIREDO, K. **Gestão da capacidade e da demanda de serviços logísticos**. Disponível em: <<http://unimed.me/Wa0eC>>. Acesso em 02 dezembro de 2019.

FREZATTI, F. **Gestão de valor na empresa: uma abordagem abrangente do valuation a partir da contabilidade gerencial**. São Paulo: Atlas, 2003.

FULTON, M. Cooperatives and member commitment. **Finnish Journal of Business Economics**, n. 48(4), p. 418-417, 1999.

GHOSHAL, S.; MORAN, P. *Bad for practice: a critique of the transaction cost theory*. **Academy of Management Review**, vol. 21, n. 1, p. 13-47, 1996.

GIBBS, Graham. **Análise de dados qualitativos**. Porto Alegre: Artmed, 2009.

HANSEN, D. R.; MOWEN, M. M. **Gestão de custos: contabilidade e controle**. 1 ed. São Paulo: Pioneira Thomson Learning, 2003.

HOPP, J. C.; LEITE, H. P. Artigo: O Mito da Liquidez. **Revista de Administração de Empresas**. São Paulo: FGV, p. 63-69, 1989. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-5901989000400006>. Acesso em 10 dez. 2019.

HUGON, P. **História das doutrinas econômicas**. São Paulo: Atlas, 1970.

IESS. Notícias, A cada 5 minutos, 3 brasileiros morrem nos hospitais por falhas que poderiam ser evitadas. Disponível em: <<https://iess.org.br/?p=imprensa&categoria=noticia&id=168>>. Acesso em 03 de agosto de 2019.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA A ESTATÍSTICA. **Sistema de Contas Nacionais Trimestrais**. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/estatisticas/economicas/contas-nacionais/9300-contas-nacionais-trimestrais.html?=&t=series-historicas&utm_source=landing&utm_medium=explica&utm_campaign=pib#evolucao-taxa>. Acesso em 28 de Julho de 2020.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GOVERNANÇA CORPORATIVA. **Governança Corporativa**. Disponível em: <<https://monitormercantil.com.br/plano-de-saude-e-terceiro-maior-desejo-do-brasileiro-aponta-ibope>>. Acesso em: 09 de Agosto 2019.

ITO N. C.; HAYASHI JUNIOR P.; GIMENEZ F. A. P.; FENSTERSEIFER J. E. **Valor e Vantagem Competitiva: Buscando Definições, Relações e Repercussões**. RAC, Rio de Janeiro, v. 16, n. 2, art. 7, pp. 290-307, Mar./Abr. 2012.

JEGERS, M. **A typology for provider payment systems in health care**. Health Policy, 60(3), 255-273, 2002.

JOHNSON, G; SCHOLLES, K.; WHITTINGTON, R. **Fundamentos de Estratégia**. São Paulo: Bookman, 2011.

KAPLAN, R. S.; NORTON, D. P. **A estratégia em ação: balanced scorecard**. Rio Janeiro: Elsevier, 1997.

KRISHNAN, V.; ULRICH, K. **Product development decisions: a review of the literature**. Management Science, v. 47, n. 1, p. 1-21, Jan. 2001.

LAKATOS, E. M.; MARCONI, M de A. **Fundamentos de Metodologia Científica**. 5. Ed. São Paulo: Atlas, 2003.

LAMBERT, P. **La doctrina cooperativa**. Buenos Aires: Intercoop, 1975.

LOBATO. D. M. et al. **Gestão estratégica**. 2. Ed. Rio de Janeiro: FGV, 2017.

MACHADO J.P.; MARTINS A.C.M.; MARTINS M.S. **Avaliação da qualidade do cuidado hospitalar no Brasil: uma revisão sistemática**. Caderno de Saúde Pública. 2013; 29(6): 1063-82

MAÇÃES, M. A. R. **Marketing Estratégico**. Lisboa: Editora Actual. 2019.

MAESTRELLI, N. **Comprar ou Produzir (Make or Buy)? Uma decisão estratégica**. Disponível em: <<https://www.manufaturaemfoco.com.br/comprar-ou-produzir-make-or-buy-uma-decisao-estrategica/>>. Acesso em: 29 março de 2019.

MAHONEY, J. T. ***Economic Foundations of Strategy***. Thousand Oaks, CA: Sage, 2005.

MARION, J. C. **Análise das Demonstrações Contábeis: contabilidade empresarial**. 6. ed. São Paulo: Atlas, 2010.

MATARAZZO, C.D. **Análise Financeira de Balanços**. 6ed. São Paulo, 2007.

MATTAR, F. N. **Pesquisa de Marketing**. São Paulo: Atlas, 1996. Memorial Lecture, 1978. Disponível em: <<http://www.nobel.se>>. Acesso em: 10 agosto de 2011.

MAXWELL, J. A. ***Qualitative research design: An interactive approach*** (2. ed.). Thousand Oaks, CA: Sage, 2005.

MONKS, R. A.G.; MINOW, N. ***Corporate governance***. Oxford: Blackwell, 2004.

MORAES, R. Análise de conteúdo. **Revista Educação**. Porto Alegre, v. 22, n. 37, p. 7-32, 1999.

NONAKA, I. ***The knowledge-creating company***. Harvard Business Review, Boston, v. 69, n. 6, p. 96-104, Nov./Dec. 1991.

OCB. Sistema OCB, c2020. Ramos. Disponível em: <<https://www.ocb.org.br/ramos>>. Acesso em 29 de juho de 2020.

OYADOMARI J. C. T.; NETO O. R. M.; DULTRA-DE-LIMA R. G.; NISIYAMA E. K.; AGUIAR A. B. **Contabilidade Gerencial: Ferramentas para a melhoria do desempenho empresarial**. São Paulo: Editora Atlas, 2018.

PALMER, Adrian. **Introdução ao Marketing: teoria e prática**. São Paulo: Ática, 2006.

PIB DO BRASIL: histórico e evolução em gráficos. Gazeta do Povo. São Paulo, 29 de abr. de 2019, Disponível em: <https://infograficos.gazetadopovo.com.br/economia/pib-do-brasil/>. Acesso em 28 de julho de 2020.

PINHO, D. B. **A empresa cooperativa: análise social, financeira e contábil**. São Paulo: Coopercultura, 1986.

PLETSCHA, C. S.; MAGROA, C. B. D.; SILVA, A.; LAVARDA, C. E. F. **Revista de Contabilidade e Organizações**, Blumenau, p. 16-30, 2015.

PORTER, M. E. (orgs.) **Estratégia: a busca da vantagem competitiva**. Rio de Janeiro: Elsevier, 2004.

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

PRAHALAD, C. K.; RAMASWAMY, V. Co-creation experiences: the next practice in value creation. **Journal of Interactive Marketing**, 18(3), 5-14. 2004. Doi: 10.1002/dir.20015.

RITCHIE, J.; LEWIS. J. **Qualitative Research Practice**. London: Sage, 2003.

ROSA R. B.; PELEGRINI, A. H. W.; LIMA, M. A. D. S. Resolutividade da assistência e satisfação de usuários da Estratégia Saúde da Família. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, vol.32, n.2, jun. 2011.

SEGATTO, C. **Planos de saúde investem em médicos de família**. Disponível em: <<https://epoca.globo.com/saude/noticia/2017/09/planos-de-saude-investem-em-medi-cos-de-familia.html>>. Acesso em 11 março de 2019.

SIMON, H. A. *Rational decision making in business organizations*. **Nobel Memorial Lecture**, 1978. Disponível em: <http://huascarpessali.weebly.com/uploads/3/1/7/5/3175476/simon_1979.pdf>. Acesso em 10 de abril de 2019.

SISPRO. **Cliente no centro da estratégia: descubra a importância**. Disponível em: <<https://www.sispro.com.br/blog/gestao-empresarial/cliente-no-centro-da-estrategia/>>. Acesso em 10 de agosto de 2019.

STILES, R.A.; MICK, S.S; WISE, C. G. *The logic of transaction cost economics in the health care organization theory*. **Health Care Management Review**, vol. 26, n. 2, p. 85-92, 2001.

SUNO. **Market Share: Entenda o Conceito e como Aplicá-lo em sua Empresa**. Disponível em: <<https://www.sunoresearch.com.br/artigos/market-share/>>. Acesso em: 31 mar. 2019.

TEH, C. C.; KAYO, E. K.; KIMURA, H, Marcas, Patentes e Criação de Valor. 2007. **Revista de Administração Mackenzie**, v. 9, n. 1, p. 86-106, 2008.

TONI, D.; BOEHE, D. M.; MILAN, G. S. **Fatores Mercadológicos, Estratégicos e Operacionais e sua Influência no Desempenho do Processo de Desenvolvimento de Novos Produtos – PDNP, EnANPAD**. Rio de Janeiro, 22 a 26 de set. de 2007.

UNIMED BRASIL. Unimed: Cooperativismo, c2019. Página Home/Sistema Unimed/Cooperativismo. Disponível em: < <http://unimed.me/cooperativismo> > . Acesso em 10 de agosto de 2019.

UNIMED PARANAÍ. Nossa Missão, c2020. Página Nossa Missão. Disponível em: < <https://www.unimed.coop.br/web/paranavai/unimed/nossa-missao> >. Acesso em 28 de agosto de 2020.

VIEIRA, E. M. M. et al. Melhores grupos de índices e demonstrações contábeis para análise da situação econômico-financeira das empresas na percepção de analistas do mercado de capitais. **Contabilidade, Gestão e Governança**, v. 17, n. 3, 2012.

WERNKE, R. **Gestão Financeira: Ênfase em Aplicações e Casos Nacionais/ Rodney Wernke**. Rio de Janeiro: Saraiva, 2008.

WILLIAMSON, O. E. ***Markets and hierarchies: analysis and antitrust implications***. New York: Free Press, 1975.

_____. ***The Economic Institutions of Capitalism***. New York: Free Press, 1985.

_____. ***The Mechanisms of governance***. New York: Free Press, 1996.

WRIGHT, P.; KROLL, M. J.; PARNELL, J. **Administração Estratégica: conceitos**. São Paulo: Atlas, 2000.

YIN, R. K. **Estudo de Caso: Planejamento e Métodos**. trad. Daniel Grassi. 3.ed. Porto Alegre: Bookman, 2005.

APÊNDICE A – Citações para o código Qualidade

ID	Nome da Citação	Conteúdo de Citação	Referência
2:3	Unimed investiu na reforma de ...	Unimed investiu na reforma de uma ala na Santa Casa para melhorar o atendimento	332 - 410
2:5	Tínhamos falta de leitos e na ...	Tínhamos falta de leitos e na época a qualidade era muito baixa	721 - 783
2:11	havia uma recusa muito grande ...	havia uma recusa muito grande dos beneficiários serem atendidos na Santa Casa	1132 - 1208
2:14	Tinha uma rejeição muito grand...	Tinha uma rejeição muito grande	1249 - 1279
2:15	porque quando as pessoas eram ...	porque quando as pessoas eram atendidas na Santa Casa, ficavam misturadas com as pessoas de SUS por exemplo.	1282 - 1389
2:19	Para os colaboradores eu acho ...	Para os colaboradores eu acho que foi muito bom, pois aumentou a quantidade deles e virou uma família mais numerosa, ficou mais fácil ao acesso hospitalar, aumentou a oferta de trabalho, tínhamos 2 universidades de enfermagem e com isso conseguimos reter aqui em Paranavaí essa mão de obra	2030 - 2318
2:21	Ajudou internamente na questão...	Ajudou internamente na questão dos cooperados darem valor para a cooperativa, e aos beneficiários em enxergar valor. Tem-se a impressão que o Hospital Próprio estimulou uma concorrência com a Santa Casa que ocasionou na melhoria, você pode ver que começaram a correr atrás de verbas para reformas, ampliações e melhoria na qualidade assistencial.	2768 - 3113
4:4	e na época fizemos uma reforma...	e na época fizemos uma reforma em uma ala inteira na Santa Casa, e tinha o São Lucas em situação de decadência para fechar	531 - 653
4:7	Acho que foram as duas coisas,...	Acho que foram as duas coisas, penso que ninguém merece ter que se deslocar, e o terceiro motivo que era a força de mercado, de vender, que ninguém queria comprar um plano de saúde e ser atendido em outra cidade.	1412 - 1623
4:12	Hoje tenho muito pouca movimen...	Hoje tenho muito pouca movimentação em hospitais, mas o que as pessoas dizem, e o que me satisfaz particularmente é quando falam que eu estive na Unimed, então estar no hospital Unimed é uma coisa normal, ficou pertencente a cidade. Pra mim foi um case de sucesso	2372 - 2634
6:2	sentiu na pele que ela tinha q...	sentiu na pele que ela tinha que entregar para a população os serviços hospitalares,	472 - 555
6:7	A evasão ocorre em toda a popu...	A evasão ocorre em toda a população, mas se o usuário tiver um serviço de assistência de qualidade ele não precisa ir pra outra cidade.	1106 - 1240
6:8	ela aprimorou e profissionaliz...	ela aprimorou e profissionalizou	1397 - 1428
6:10	controle de qualidade	controle de qualidade	1661 - 1681
6:16	mas a grande maioria ve com bo...	mas a grande maioria ve com bons olhos, e a nossa comunidade ve com bons olhos e acha que a Unimed está melhorando, gera um valor, não porque sou diretor, mas proque sou fundador, e me deixa orgulho.	2763 - 2961
6:18	nós conseguimos ter o dobro de...	nós conseguimos ter o dobro de crédito no serviço que a gente presta	3169 - 3236
9:4	mas na época não era porque nã...	mas na época não era porque não tínhamos como atender aqui, mas sim porque as condições que nós tínhamos eram muito precárias, e sabíamos que se investíssemos em um recurso próprio com melhores hotelarias, qualidade e segurança para o paciente isso seguraria mais o nosso beneficiário em Paranavaí.	657 - 954
9:10	O que me surpreendeu muito dep...	O que me surpreendeu muito depois de adquirir e ter feito as reformas necessárias foi a visão externa, não só dos cooperados mas a comunidade viu com muito bons olhos e o crescimento foi significativo depois da aquisição. Os comentários sempre foram elogiosos pelo fato de ter o hospital da Unimed. Para os colaboradores criou-se um campo e condições de trabalho melhores e acredito que até hoje ainda a repercussão é positiva.	2308 - 2735
11:2	o segundo ponto foi melhoria n...	o segundo ponto foi melhoria na qualidade na prestação de serviços. A demanda exigia uma melhor qualificação e melhor qualidade na prestação de serviços.	130 - 282

11:5	Não é um fator isolado, mas se...	Não é um fator isolado, mas se tivermos que estratificar seria esses: Reduzir despesas, dar um local para o médico trabalhar e um local para o beneficiário ser atendido, e em função disto melhorar a qualidade assistencial, tanto para o beneficiário quanto para o cooperado trabalhar.	655 - 937
11:1 1	O São Lucas inicial, há 30 ano...	O São Lucas inicial, há 30 anos ele teve uma força de expressão local, então era um hospital que concorria indiretamente com a Santa Casa, e tinha sua clientela, sua população e seus médicos ali, depois de um tempo, a qualidade assistencial ali decaiu, com a estrutura e tudo, pois não houve investimento em estrutura, equipamentos, em nada.	2384 - 2725
11:1 3	ele surpreendeu em nível de me...	ele surpreendeu em nível de melhoria, houve investimento na estrutura, equipamentos, então isso aí deu um outro ponto	3310 - 3426
11:1 5	a percepção que a gente tem de...	a percepção que a gente tem dentro do consultório, não como presidente, mas como médica, de uns 6 anos pra cá, houve uma identificação do beneficiário com o hospital, com o pronto atendimento, como um local para eles serem atendidos e como um local que ele pudesse ser assistido sem estar misturado com os pacientes do SUS. Então para o beneficiário, isso foi uma conquista enorme e uma qualidade assistencial que eles têm ali, ninguém reclama.	3899 - 4343
11:1 8	Quem procura o nosso hospital ...	Quem procura o nosso hospital e o colega e usa ali, está muito satisfeito. O colaborador também, esses dias recebi um paciente que foi operar a vesícula no hospital e ficou encantado com o atendimento, ele disse que nunca foi tão bem atendido na vida dele quanto no hospital, então esse "feedback" essa demonstração do colaborador, demonstra que ele está satisfeito de trabalhar ali. Ele demonstra isso com relação ao cuidado que ele está tendo com o beneficiário. O beneficiário gosta porque ele sabe que o cara que está cuidando dele, tanto o médico, o colaborador, eles estão trabalhando felizes.	5123 - 5721
11:1 9	Antes do hospital você vendia ...	Antes do hospital você vendia o plano de saúde e colocava como principal prestador um hospital geral, com assistência múltipla, hoje depois da aquisição do nosso hospital, você tem a venda e ele alavanca a venda, o beneficiário vê isso como um benefício assistencial.	5942 - 6208
11:2 0	É um divisor de água, você obs....	É um divisor de água, você observa a qualidade de venda, do ponto de vista do beneficiário ele enxerga o agregar de valores que o hospital trouxe.	6209 - 6356

Fonte: O autor (2019).

APÊNDICE B – Citações para o código Capacidade Operacional

ID	Nome da Citação	Conteúdo de Citação	Referência
2:2 4	Na época o que foi discutido e...	Na época o que foi discutido era de não ficar dependendo apenas da Santa Casa,	149 - 226
2:2 5	tínhamos falta de leitos,	tínhamos falta de leitos,	304 - 328
2:2 6	Tínhamos falta de leitos e na ...	Tínhamos falta de leitos e na época	721 – 755
2:2 7	ficou mais fácil ao acesso hos...	ficou mais fácil ao acesso hospitalar	2147 – 2183
2:2 8	eles enxergam uma opção de lei...	eles enxergam uma opção de leitos	2513 – 2546
2:2 9	você pode ver que começaram a ...	você pode ver que começaram a correr atrás de verbas para reformas, ampliações e melhoria na qualidade assistencial.	2998 – 3113
4:1 6	ao longo dos anos foram desapa...	ao longo dos anos foram desaparecendo os hospitais,	102 – 152
4:1 7	internamentos,	internamentos,	1156 – 1170
4:1 8	ser atendido em outra cidade.	ser atendido em outra cidade.	1595 – 1623
6:1	só que esses hospitais foram f...	só que esses hospitais foram fechando	422 – 458
6:6	Portanto o que levou de início...	Portanto o que levou de início era local para internar os pacientes e por consequência para o trabalho do médico cooperado.	982 – 1104
6:1 4	necessidade de hospital e leit...	necessidade de hospital e leitos era preeminente	2144 – 2191
9:2	Na Santa Casa tinha 12 ou 14 l...	Na Santa Casa tinha 12 ou 14 leitos disponíveis ao todo pra convênios e particulares e isso mais os leitos do hospital São Lucas, e este iria fechar, então foi uma necessidade que a gente tinha para nossos beneficiários internarem e para os cooperados trabalharem	345 – 607
9:8	Tivemos uma sensibilização sob...	Tivemos uma sensibilização sobre o que estava acontecendo, por conta da falta de leitos e a evasão de pacientes para Maringá, oportunidade de negócio com aquisição e mostrado a necessidade.	1439 – 1629
9:9	Tivemos um ou dois contrários,...	Tivemos um ou dois contrários, eles viam como necessário, alguns por comodidade e outros por amor, preferiram a Santa Casa, por conta das relações profissionais constituídas naquele hospital. Alguns tinham problemas com brigas antigas com o São Lucas, mas mesmos estes eram favoráveis a ter um hospital da Unimed, pois do contrário eles teriam dificuldades em internar na Santa Casa em função do número de médicos utilizando o mesmo hospital.	1751 – 2192
11: 3	Na época nós tínhamos como pre...	Na época nós tínhamos como prestadora serviços apenas a Santa Casa e tinha suas restrições em quantidade de leitos, disponibilidade de vagas no bloco cirúrgico, isso tudo somado a redução de despesas, porque muitos pacientes quando não tinham vaga na Santa Casa, iam para Maringá	284 – 562
11: 5	Não é um fator isolado, mas se...	Não é um fator isolado, mas se tivermos que estratificar seria esses: Reduzir despesas, dar um local para o médico trabalhar e um local para o beneficiário ser atendido, e em função disto melhorar a qualidade assistencial, tanto para o beneficiário quanto para o cooperado trabalhar.	655 – 937
11: 8	Antes de termos o recurso próp...	Antes de termos o recurso próprio nós tínhamos uma evasão grande de todo o contingente, do médico, do beneficiário, do prestador, todos que procuravam assistência médica, acabavam indo pra fora daqui.	1455 – 1655

Fonte: O autor (2019).

APÊNDICE C – Citações para o código Condições de Trabalho Médico

ID	Nome da Citação	Conteúdo de Citação	Referência
2:2	tínhamos falta de leitos	tínhamos falta de leitos	304 – 327
2:6	principalmente trabalho pro mé...	principalmente trabalho pro médico	788 – 821
2:20	o cooperado que participa a ge...	o cooperado que participa a gente tem uma percepção boa deles, e lógico que tem alguns problemas de segmentação, mas mesmo o grupo que atende na Santa Casa eles aceitam bem o Hospital Unimed, eles enxergam uma opção de leitos no caso da Santa Casa não ter vaga, aumentou a oportunidade de trabalho do médico também, era comum médicos virem para cidade, não ter local para internar e ir embora para outra cidade, o quadro de médicos não aumentava	2320 – 2765
2:23	Melhorou os valores das consul...	Melhorou os valores das consultas para os cooperados, a percepção dos cooperados também melhorou e uma coisa leva a outra. O hospital gera um resultado negativo, mas o prejuízo seria muito maior sem ele.	3378 – 3580
4:6	Em resumo, Local de trabalho p...	Em resumo, Local de trabalho para o médico, evitar evasão e controle sobre os valores, internamentos, valor das diárias, saber quanto custa., gestão de custos.	1070 – 1228
4:9	foi afunilando e até ampliou o...	foi afunilando e até ampliou o mercado de trabalho para os médicos.	1923 – 1989
4:14	A verticalização do hospital d...	A verticalização do hospital deu um valor para cidade muito grande, não só pratico, mas de repercussão perante o próprio sistema Unimed, ela se torna respeitada a partir disto também. Gerou mais empregos, vendeu mais e gerou trabalho para o médico cooperado.	3054 – 3311
6:6	Portanto o que levou de inicio...	Portanto o que levou de inicio era local para internar os pacientes e por consequência para o trabalho do médico cooperado.	982 – 1104
6:15	Já tivemos profissionais e esp...	Já tivemos profissionais e especialistas que chegaram em Paranavaí e não ficaram por falta de condições hospitalares. Então a Unimed tomou uma atitude que foi a melhor possível para aquela época.	2299 – 2493
6:21	Sinceramente não vejo outra sa...	Sinceramente não vejo outra saída, o ponto negativo da verticalização é que alguns deles não dá lucro, mas não dá lucro financeiro, mas profissional, geração de emprego, cooperados trabalhando, e mais que isso melhorou a remuneração dos médicos, no montante aumentou muito o ganho dos médicos.	3563 – 3855
9:1	o hospital foi pela necesidad...	o hospital foi pela necessidade que a gente tinha na época de ter leitos disponíveis para nossos beneficiários e local onde os cooperados trabalhem.	194 – 343
9:2	Na Santa Casa tinha 12 ou 14 l...	Na Santa Casa tinha 12 ou 14 leitos disponíveis ao todo pra convênios e particulares e isso mais os leitos do hospital São Lucas, e este iria fechar, então foi uma necessidade que a gente tinha para nossos beneficiários internarem e para os cooperados trabalhem	345 – 607
9:9	Tivemos um ou dois contrários,...	Tivemos um ou dois contrários, eles viam como necessário, alguns por comodidade e outros por amor, preferiram a Santa Casa, por conta das relações profissionais constituídas naquele hospital. Alguns tinham problemas com brigas antigas com o São Lucas, mas mesmos estes eram favoráveis a ter um hospital da Unimed, pois do contrário eles teriam dificuldades em internar na Santa Casa em função do número de médicos utilizando o mesmo hospital.	1751 – 2192
11:5	Não é um fator isolado, mas se...	Não é um fator isolado, mas se tivermos que estratificar seria esses: Reduzir despesas, dar um local para o médico trabalhar e um local para o beneficiário ser atendido, e em função disto melhorar a qualidade assistencial, tanto para o beneficiário quanto para o cooperado trabalhar.	655 – 937
11:7	Deu essa força e sabem que pod...	Deu essa força e sabem que podem contar com a cooperativa, ela pode oferecer mais recursos, condições de trabalho, melhor remuneração ao cooperado e redução de custos.	1287 – 1453

11:9	Nossos próprios cooperados e p...	Nossos próprios cooperados e prestadores precisavam de serviço. Creio eu que nestes 10 anos, conseguimos mostrar a melhora assistencial no nosso serviço e isso trouxe uma melhora enorme em relação a esta postura do cooperado com a cooperativa.	1656 – 1898
11:18	Quem procura o nosso hospital ...	Quem procura o nosso hospital e o colega e usa ali, está muito satisfeito. O colaborador também, esses dias recebi um paciente que foi operar a vesícula no hospital e ficou encantado com o atendimento, ele disse que nunca foi tão bem atendido na vida dele quanto no hospital, então esse “feedback” essa demonstração do colaborador, demonstra que ele está satisfeito de trabalhar ali. Ele demonstra isso com relação ao cuidado que ele está tendo com o beneficiário. O beneficiário gosta porque ele sabe que o cara que está cuidando dele, tanto o médico, o colaborador, eles estão trabalhando felizes.	5123 – 5721
11:22	Eu penso assim, a gente invest...	Eu penso assim, a gente investiu em um recurso, o investimento nesse recurso trouxe aquelas pessoas que tinham duvida em comprar um plano de saúde, eles passaram a ter certeza. O numero de beneficiários que aumentou, ele proporcionou melhorias no nosso recurso, melhorou o nosso recurso, aumentou mais o número de beneficiários e o médico não ficou amarrado no Santa Casa, ele tem uma segunda possibilidade de trabalho.	6589 – 7007

Fonte: O autor (2019).

APÊNDICE D – Citações para o código Desempenho Econômico-financeiro e Mercadológico

ID	Nome da Citação	Conteúdo de Citação	Referência
2:9	mudou bem a cooperativa dali p...	mudou bem a cooperativa dali pra cá	1026 - 1060
2:12	em numero de planos	em numero de planos	1071 - 1089
2:22	Eu vejo a melhora na Unimed, m...	Eu vejo a melhora na Unimed, melhorou tudo, aumentou as vendas em função da verticalização e com isso melhorou os resultados	3252 - 3375
4:7	Acho que foram as duas coisas,...	Acho que foram as duas coisas, penso que ninguém merece ter que se deslocar, e o terceiro motivo que era a força de mercado, de vender, que ninguém queria comprar um plano de saúde e ser atendido em outra cidade.	1412 - 1623
4:13	Olha, em termos de negócio, o ...	Olha, em termos de negócio, o único desempenho que não esteja excelente, seja o financeiro,	2716 - 2806
4:14	A verticalização do hospital d...	A verticalização do hospital deu um valor para cidade muito grande, não só pratico, mas de repercussão perante o próprio sistema Unimed, ela se torna respeitada a partir disto também. Gerou mais empregos, vendeu mais e gerou trabalho para o médico cooperado.	3054 - 3311
6:20	alavancou as vendas e é possív...	alavancou as vendas e é possível observar até pelo numero de usuários nos consultórios.	3441 - 3527
6:21	Sinceramente não vejo outra sa...	Sinceramente não vejo outra saída, o ponto negativo da verticalização é que alguns deles não dá lucro, mas não dá lucro financeiro, mas profissional, geração de emprego, cooperados trabalhando, e mais que isso melhorou a remuneração dos médicos, no montante aumentou muito o ganho dos médicos.	3563 - 3855
9:5	O crescimento era muito pequen...	O crescimento era muito pequeno e questionávamos se iríamos continuar vendendo plano para o beneficiário ser atendido em Maringá.	956 - 1084
9:12	O hospital pertence a cooperat...	O hospital pertence a cooperativa e a singular tem que estar bem, se você quer que o hospital esteja bem, a singular não estará bem, porque quem paga pelos serviços prestados no hospital é a singular e na maioria das vezes é mais que 50% de usuários da própria singular, se você quiser que o hospital de lucro a cooperativa irá mal, é muito importante olhar como um todo, analisar o desempenho da cooperativa, basta olhar os nossos números antes de ter o recurso próprio, quando chegamos a ter que diminuir valor de consultas e hoje não precisamos mais disso.	3122 - 3680
11:1	Redução de custos, o primeiro ...	Redução de custos, o primeiro foco foi reduzir despesas,	73 - 128
11:1 4	Acredito que não tinha a credi...	Acredito que não tinha a credibilidade da possibilidade de sucesso, principalmente nos primeiros anos, porque sempre foi deficitário, então todas as vezes que apresentavam os valores nas reuniões de conselho era aquela dificuldade.	3509 - 3739
11:1 9	Antes do hospital você vendia ...	Antes do hospital você vendia o plano de saúde e colocava como principal prestador um hospital geral, com assistência múltipla, hoje depois da aquisição do nosso hospital, você tem a venda e ele alavanca a venda, o beneficiário vê isso como um beneficio assistencial.	5942 - 6208
11:2 1	Essa verticalização foi um suc...	Essa verticalização foi um sucesso, não pelo retorno financeiro direto, mas pelo intangível, você observa a diferença hoje quando você conversa com o beneficiário no consultório o que era antes e o que é hoje, virou uma referência	6357 - 6586
11:2 2	Eu penso assim, a gente invest...	Eu penso assim, a gente investiu em um recurso, o investimento nesse recurso trouxe aquelas pessoas que tinham duvida em comprar um plano de saúde, eles passaram a ter certeza. O numero de beneficiários que aumentou, ele proporcionou melhorias no nosso recurso, melhorou o nosso recurso, aumentou mais o número de beneficiários e o médico não ficou amarrado no Santa Casa, ele tem uma segunda possibilidade de trabalho.	6589 - 7007

Fonte: O autor (2019).

APÊNDICE E – Citações para o código Evasão

ID	Nome da Citação	Conteúdo de Citação	Referência
2:2	tínhamos falta de leitos	tínhamos falta de leitos	304 - 327
2:7	tínhamos uma evasão muito gran...	tínhamos uma evasão muito grande,	824 - 856
2:1 3	aumentava ainda mais a nossa e...	aumentava ainda mais a nossa evasão	1212 - 1246
4:5	somando se a isso a nossa evas...	somando se a isso a nossa evasão que continua existindo, embora menos, por exemplo pacientes que iam fazer cesárea, apendicectomia e outros procedimentos básicos em Maringá	656 - 827
4:6	Em resumo, Local de trabalho p...	Em resumo, Local de trabalho para o médico, evitar evasão e controle sobre os valores, internamentos, valor das diárias, saber quanto custa., gestão de custos.	1070 - 1228
4:1 8	ser atendido em outra cidade.	ser atendido em outra cidade.	1595 - 1623
6:7	A evasão ocorre em toda a popu...	A evasão ocorre em toda a população, mas se o usuário tiver um serviço de assistência de qualidade ele não precisa ir pra outra cidade.	1106 - 1240
9:3	Sempre tivemos uma evasão gran...	Sempre tivemos uma evasão grande para Maringá,	610 – 656
9:4	mas na época não era porque nã...	mas na época não era porque não tínhamos como atender aqui, mas sim porque as condições que nós tínhamos eram muito precárias, e sabíamos que se investíssemos em um recurso próprio com melhores hotelarias, qualidade e segurança para o paciente isso seguraria mais o nosso beneficiário em Paranaíba.	657 – 954
9:8	Tivemos uma sensibilização sob...	Tivemos uma sensibilização sobre o que estava acontecendo, por conta da falta de leitos e a evasão de pacientes para Maringá, oportunidade de negócio com aquisição e mostrado a necessidade.	1439 – 1629
11: 3	Na época nós tínhamos como pre...	Na época nós tínhamos como prestadora serviços apenas a Santa Casa e tinha suas restrições em quantidade de leitos, disponibilidade de vagas no bloco cirúrgico, isso tudo somado a redução de despesas, porque muitos pacientes quando não tinham vaga na Santa Casa, iam para Maringá	284 – 562
11: 4	então esse custo que a gente c...	então esse custo que a gente conseguiu evitar com a evasão foi um dos principais fatores.	565 – 653
11: 8	Antes de termos o recurso próp...	Antes de termos o recurso próprio nós tínhamos uma evasão grande de todo o contingente, do médico, do beneficiário, do prestador, todos que procuravam assistência médica, acabavam indo pra fora daqui.	1455 – 1655

Fonte: O autor (2019).

APÊNDICE F – Citações para o código Geração de Valor

ID	Nome da Citação	Conteúdo de Citação	Referência
6:16	Mas a grande maioria vê com bo...	Mas a grande maioria vê com bons olhos, e a nossa comunidade vê com bons olhos e acha que a Unimed está melhorando, gera um valor, não porque sou diretor, mas porque sou fundador, e me deixa orgulho.	2763 – 2961
6:17	A diferença antes de termos os...	A diferença antes de termos os recursos próprios e após é gritante	3101 – 3166
6:19	um serviço de oncologia que é ...	um serviço de oncologia que é respeitado, recebo elogio de pacientes, nosso PA tem um movimento fabuloso e de referencia, isso é uma resposta a essa atitude que a Unimed tomou,	3264 – 3439
9:7	Sempre tivemos uma evasão gran...	Sempre tivemos uma evasão grande para Maringá, mas na época não era porque não tínhamos como atender aqui, mas sim porque as condições que nós tínhamos eram muito precárias, e sabíamos que se investíssemos em um recurso próprio com melhores hotelarias, qualidade e segurança para o paciente isso seguraria mais o nosso beneficiário em Paranavaí	610 - 953
9:10	O que me surpreendeu muito dep...	O que me surpreendeu muito depois de adquirir e ter feito as reformas necessárias foi a visão externa, não só dos cooperados mas a comunidade viu com muito bons olhos e o crescimento foi significativo depois da aquisição. Os comentários sempre foram elogiosos pelo fato de ter o hospital da Unimed. Para os colaboradores criou-se um campo e condições de trabalho melhores e acredito que até hoje ainda a repercussão é positiva.	2308 - 2735
9:11	O fato de ter RP fez com as pe...	O fato de ter RP fez com as pessoas pensassem da seguinte forma: eu sei que se eu comprar um plano de saúde da Unimed, eu sei que ela tem um hospital e sei aonde eu posso ser atendido	2873 - 3055
11:6	Do ponto de vista do cooperado...	Do ponto de vista do cooperado, nestes 10 11 anos do primeiro recurso próprio, houve uma confiança do cooperado na cooperativa, ele viu que seria possível a gente construir alguma coisa, solidifica a marca, melhora a visão tanto do cooperado quanto do beneficiário.	1021 - 1285
11:9	Nossos próprios cooperados e p...	Nossos próprios cooperados e prestadores precisavam de serviço. Creio eu que nestes 10 anos, conseguimos mostrar a melhora assistencial no nosso serviço e isso trouxe uma melhora enorme em relação a esta postura do cooperado com a cooperativa.	1656 - 1898
11:15	a percepção que a gente tem de...	a percepção que a gente tem dentro do consultório, não como presidente, mas como médica, de uns 6 anos pra cá, houve uma identificação do beneficiário com o hospital, com o pronto atendimento, como um local para eles serem atendidos e como um local que ele pudesse ser assistido sem estar misturado com os pacientes do SUS. Então para o beneficiário, isso foi uma conquista enorme e uma qualidade assistencial que eles têm ali, ninguém reclama.	3899 - 4343
11:18	Quem procura o nosso hospital ...	Quem procura o nosso hospital e o colega e usa ali, está muito satisfeito. O colaborador também, esses dias recebi um paciente que foi operar a vesícula no hospital e ficou encantado com o atendimento, ele disse que nunca foi tão bem atendido na vida dele quanto no hospital, então esse "feedback" essa demonstração do colaborador, demonstra que ele está satisfeito de trabalhar ali. Ele demonstra isso com relação ao cuidado que ele está tendo com o beneficiário. O beneficiário gosta porque ele sabe que o cara que está cuidando dele, tanto o médico, o colaborador, eles estão trabalhando felizes.	5123 - 5721
11:20	É um divisor de água, você obs...	É um divisor de água, você observa a qualidade de venda, do ponto de vista do beneficiário ele enxerga o agregar de valores que o hospital trouxe.	6209 - 6356
11:21	Essa verticalização foi um suc...	Essa verticalização foi um sucesso, não pelo retorno financeiro direto, mas pelo intangível, você observa a diferença hoje quando você conversa com o beneficiário no consultório o que era antes e o que é hoje, virou uma referência	6357 - 6586

11:2 2	Eu penso assim, a gente invest...	Eu penso assim, a gente investiu em um recurso, o investimento nesse recurso trouxe aquelas pessoas que tinham duvida em comprar um plano de saúde, eles passaram a ter certeza. O numero de beneficiários que aumentou, ele proporcionou melhorias no nosso recurso, melhorou o nosso recurso, aumentou mais o número de beneficiários e o médico não ficou amarrado no Santa Casa, ele tem uma segunda possibilidade de trabalho.	6589 - 7007
-----------	-----------------------------------	---	----------------

Fonte: O autor (2019).

APÊNDICE G – Citações para o código Custos

ID	Nome da Citação	Conteúdo de Citação	Referência
2:4	mas o projeto era inviável	mas o projeto era inviável	500 - 525
4:3	mas além dessa questão, era ao...	mas além dessa questão, era aonde nós tínhamos os recursos aplicados, e na época tínhamos o Hospital São Lucas e o hospital Santa Casa	395 - 528
4:6	Em resumo, Local de trabalho p...	Em resumo, Local de trabalho para o médico, evitar evasão e controle sobre os valores, internamentos, valor das diárias, saber quanto custa., gestão de custos.	1070 - 1228
4:7	Acho que foram as duas coisas,...	Acho que foram as duas coisas, penso que ninguém merece ter que se deslocar, e o terceiro motivo que era a força de mercado, de vender, que ninguém queria comprar um plano de saúde e ser atendido em outra cidade.	1412 - 1623
6:4	porque o custo dos serviços co...	porque o custo dos serviços comprados por terceiros é muito alto	716 - 779
6:5	então ela se obriga a minimiza...	então ela se obriga a minimizar os custos e investir em recursos próprios	907 - 979
6:9	sem ficar na dependência de co...	Sem ficar na dependência de comprar serviços de outros	1507 - 1558
6:12	custos de seus serviços.	custos de seus serviços.	1701 - 1724
9:12	O hospital pertence a cooperat...	O hospital pertence a cooperativa e a singular tem que estar bem, se você quer que o hospital esteja bem, a singular não estará bem, porque quem paga pelos serviços prestados no hospital é a singular e na maioria das vezes é mais que 50% de usuários da própria singular, se você quiser que o hospital de lucro a cooperativa irá mal, é muito importante olhar como um todo, analisar o desempenho da cooperativa, basta olhar os nossos números antes de ter o recurso próprio, quando chegamos a ter que diminuir valor de consultas e hoje não precisamos mais disso.	3122 - 3680
11:1	Redução de custos, o primeiro ...	Redução de custos, o primeiro foco foi reduzir despesas,	73 - 128
11:5	Não é um fator isolado, mas se...	Não é um fator isolado, mas se tivermos que estratificar seria esses: Reduzir despesas, dar um local para o médico trabalhar e um local para o beneficiário ser atendido, e em função disto melhorar a qualidade assistencial, tanto para o beneficiário quanto para o cooperado trabalhar.	655 - 937
11:7	Deu essa força e sabem que pod...	Deu essa força e sabem que podem contar com a cooperativa, ela pode oferecer mais recursos, condições de trabalho, melhor remuneração ao cooperado e redução de custos.	1287 - 1453

Fonte: O autor (2019).

APÊNDICE H – Citações para o código Gestão

ID	Nome da Citação	Conteúdo de Citação	Referência
2:1	pois não tínhamos o gerenciame...	pois não tínhamos o gerenciamento lá,	228 - 264
4:1	Talvez escolher o maior fator ...	Talvez escolher o maior fator era que em Paranavaí ao longo dos anos foram desaparecendo os hospitais, então o motivo é que nós ficamos em determinado momento de gerência da sinistralidade com as mãos e pés atados,	51 - 265
4:8	a mais séria foi o Hospital No...	a mais séria foi o Hospital Noroeste, porém foi mal conduzida	1796 - 1856
6:2	sentiu na pele que ela tinha q...	sentiu na pele que ela tinha que entregar para a população os serviços hospitalares,	472 - 555
6:3	sentimos a necessidade de ampl...	sentimos a necessidade de ampliar os recursos próprios	659 - 713
6:11	Efetividade	efetividade	1684 - 1694
9:2	Na Santa Casa tinha 12 ou 14 l...	Na Santa Casa tinha 12 ou 14 leitos disponíveis ao todo pra convênios e particulares e isso mais os leitos do hospital São Lucas, e este iria fechar, então foi uma necessidade que a gente tinha para nossos beneficiários internarem e para os cooperados trabalharem	345 - 607
9:6	Fizemos um estudo para adquiri...	Fizemos um estudo para adquirir um outro hospital Noroeste, mas a consultoria ao final do estudo demonstrou que da maneira como ele estava construído seria inviável para a cooperativa e após isso o pessoal do São Lucas nos procurou para oferecer o hospital para a Unimed.	1086 - 1355
9:8	Tivemos uma sensibilização sob...	Tivemos uma sensibilização sobre o que estava acontecendo, por conta da falta de leitos e a evasão de pacientes para Maringá, oportunidade de negócio com aquisição e mostrado a necessidade.	1439 - 1629
11:10	A visão de um grupo de coopera...	A visão de um grupo de cooperados que estão desde o começo e há mais de 30 anos em Paranavaí e como já tinha tido aquele insucesso na construção de um hospital próprio, eles viam essa possibilidade de insucesso também não daria certo.	2149 - 2382
11:11	O São Lucas inicial, há 30 ano...	O São Lucas inicial, há 30 anos ele teve uma força de expressão local, então era um hospital que concorria indiretamente com a Santa Casa, e tinha sua clientela, sua população e seus médicos ali, depois de um tempo, a qualidade assistencial ali decaiu, com a estrutura e tudo, pois não houve investimento em estrutura, equipamentos, em nada.	2384 - 2725
11:12	Só que também eram cooperados ...	Só que também eram cooperados e eram pessoas que não tinham experiência com administração hospitalar e de repente, ele afundou também. Houve uma melhoria? Houve, porém com o passar dos anos ele afundou e ficou inviável,	2989 - 3207

Fonte: O autor (2019).

APÊNDICE I – Citações para o código Beneficiários (Vidas)

ID	Nome da Citação	Conteúdo de Citação	Referência
2:8	com recurso próprio a impressã...	com recurso próprio a impressão para o cliente melhora muito.	860 - 920
2:10	percepção das pessoas	percepção das pessoas	1109 - 1129
2:22	Eu vejo a melhora na Unimed, m...	Eu vejo a melhora na Unimed, melhorou tudo, aumentou as vendas em função da verticalização e com isso melhorou os resultados	3252 - 3375
4:12	Hoje tenho muito pouca movimen...	Hoje tenho muito pouca movimentação em hospitais, mas o que as pessoas dizem, e o que me satisfaz particularmente é quando falam que eu estive na Unimed, então estar no hospital Unimed é uma coisa normal, ficou pertencente a cidade. Pra mim foi um case de sucesso	2372 - 2634
4:14	A verticalização do hospital d...	A verticalização do hospital deu um valor para cidade muito grande, não só pratico, mas de repercussão perante o próprio sistema Unimed, ela se torna respeitada a partir disto também. Gerou mais empregos, vendeu mais e gerou trabalho para o médico cooperado.	3054 - 3311
6:2	sentiu na pele que ela tinha q...	sentiu na pele que ela tinha que entregar para a população os serviços hospitalares,	472 - 555
9:1	o hospital foi pela necessidade...	o hospital foi pela necessidade que a gente tinha na época de ter leitos disponíveis para nossos beneficiários e local onde os cooperados trabalhem.	194 - 343
9:5	O crescimento era muito pequen...	O crescimento era muito pequeno e questionávamos se iríamos continuar vendendo plano para o beneficiário ser atendido em Maringá.	956 - 1084
11:8	Antes de termos o recurso próp...	Antes de termos o recurso próprio nós tínhamos uma evasão grande de todo o contingente, do médico, do beneficiário, do prestador, todos que procuravam assistência médica, acabavam indo pra fora daqui.	1455 - 1655
11:18	Quem procura o nosso hospital ...	Quem procura o nosso hospital e o colega e usa ali, está muito satisfeito. O colaborador também, esses dias recebi um paciente que foi operar a vesícula no hospital e ficou encantado com o atendimento, ele disse que nunca foi tão bem atendido na vida dele quanto no hospital, então esse "feedback" essa demonstração do colaborador, demonstra que ele está satisfeito de trabalhar ali. Ele demonstra isso com relação ao cuidado que ele está tendo com o beneficiário. O beneficiário gosta porque ele sabe que o cara que está cuidando dele, tanto o médico, o colaborador, eles estão trabalhando felizes.	5123 - 5721
11:20	É um divisor de água, você obs...	É um divisor de água, você observa a qualidade de venda, do ponto de vista do beneficiário ele enxerga o agregar de valores que o hospital trouxe.	6209 - 6356
11:22	Eu penso assim, a gente invest...	Eu penso assim, a gente investiu em um recurso, o investimento nesse recurso trouxe aquelas pessoas que tinham duvida em comprar um plano de saúde, eles passaram a ter certeza. O numero de beneficiários que aumentou, ele proporcionou melhorias no nosso recurso, melhorou o nosso recurso, aumentou mais o número de beneficiários e o médico não ficou amarrado no Santa Casa, ele tem uma segunda possibilidade de trabalho.	6589 - 7007

Fonte: O autor (2019).

APÊNDICE J – Citações para o código Oportunismo

ID	Nome da Citação	Conteúdo de Citação	Referência
2:18	mas de uma boa parte houve res...	mas de uma boa parte houve resistência, eles achavam que íamos investir em uma coisa que não precisava, pois eles não tinham conhecimento do mercado, principalmente aqueles que não utilizavam o hospital, como alguns clínicos, ouvíamos a conversa de alguns médicos que tinham hospital que eram contra, pois era o dinheiro deles para um investimento que eles não iriam utilizar.	1539 – 1914
4:2	os componentes desse gerenciam...	os componentes desse gerenciamento era que a gente não conseguia que o cooperado tivesse o bom senso de usar o que é necessário,	266 – 393
4:10	Os únicos votos contrários era...	Os únicos votos contrários eram de alguns colegas que não atendiam e não atendem até hoje em hospitais,	1991 – 2094
4:11	e os colegas da cidade de Loan...	e os colegas da cidade de Loanda, por esses já possuem hospital próprio.	2158 – 2232
4:15	Ainda estar nas mãos de alguns...	Ainda estar nas mãos de alguns colegas médicos, que constituem pequenos feudos dentro dos hospitais, que acabam criando algumas amarras que prejudicam o desempenho.	3327 – 3490
6:13	os cooperados que tinham algum...	os cooperados que tinham algum vínculo com hospital ou hospital não só daqui, mas da região, foram contrários.	1908 – 2017
9:9	Tivemos um ou dois contrários,...	Tivemos um ou dois contrários, eles vieram como necessário, alguns por comodidade e outros por amor, preferiram a Santa Casa, por conta das relações profissionais constituídas naquele hospital. Alguns tinham problemas com brigas antigas com o São Lucas, mas mesmos estes eram favoráveis a ter um hospital da Unimed, pois do contrário eles teriam dificuldades em internar na Santa Casa em função do número de médicos utilizando o mesmo hospital.	1751 – 2192
11:1 6	Do médico cooperado tem dois g...	Do médico cooperado tem dois grupos: um grupo que sempre foi contra e permanece contra que não faz parte, não utiliza o hospital como benefício, é indiferente a presença do hospital pra ele	4343 – 4532
11:1 7	Alguns médicos tem uma reserva...	Alguns médicos tem uma reserva com a Santa Casa, eles preferem a Santa Casa porque eles falam que foram acolhidos pela Santa Casa e lá eles possuem o respaldo necessário, e isso inclui outras clinicas (especialidades), mas isso é uma condição pessoal	4871 – 5120

Fonte: O autor (2019).

APÊNDICE K – Roteiro para entrevista semiestruturada

O objetivo desta entrevista semiestruturada é obter informações relevantes referente ao processo de integração vertical na Unimed de Paranaíba.

As informações coletadas serão de uso exclusivo para o desenvolvimento do trabalho de dissertação de mestrado, como respectivo tema: **A RELAÇÃO DA ESTRATÉGIA DE INTEGRAÇÃO VERTICAL DE UMA COOPERATIVA DE TRABALHO MÉDICO COM O NÍVEL DE DESEMPENHO ECONÔMICO-FINANCEIRO E MERCADOLÓGICO SOB A ÓTICA DO CUSTO DE TRANSAÇÃO.**

- 1) Qual o fator(es) que motivou a decisão de investir em Recursos Próprios?
- 2) Por que a estratégia de verticalização é ou foi importante para a cooperativa?
- 3) Como foi a participação e percepção do cooperado quando optaram por investir em verticalização? Houve resistência?
- 4) Em sua visão, como é hoje a percepção do cooperado, beneficiário e colaboradores em relação a verticalização?
- 5) A verticalização foi importante para o desempenho da cooperativa? Que tipo de desempenho? (Econômico-Financeiro, mercadológico, etc.)

ANEXO A – Ata de Constituição de Filial (Recurso Próprio)



**ATA DA 40ª ASSEMBLÉIA GERAL EXTRAORDINÁRIA
UNIMED DE PARANAVAI COOPERATIVA DE TRABALHO MÉDICO
CNPJ 81.076.069/0001-09 NIRE 414.00001750**


JUNTA COMERCIAL
DO PARANÁ

Em 04 de Junho de 2008, com início às 19:30 horas, no Auditório Dr. Caio Kimura da 14ª Regional de Saúde, sito à Rua Bahia, nº 17 - centro, na Cidade de Paranavai, Estado do Paraná, reuniram-se em 1ª convocação os Cooperados da UNIMED DE PARANAVAI COOPERATIVA DE TRABALHO MÉDICO, em número de 23 (vinte e três), conforme assinaturas no livro de presença. Assumiu os trabalhos o Presidente da Cooperativa Dr. Luis Francisco Costa, que convidou a Sra. Antonia de Souza Menino para servir como secretária. O Presidente solicitou na sequência que Dr. Marcelo Salasino Reis Campos Silva Diretor Vice-Presidente fizesse a leitura do Edital de Convocação, publicado na sede da Cooperativa, e publicado no Jornal Diário do Noroeste no dia 27/05/2008 página 14, transcrito a seguir: "Edital de Convocação; Assembléia Geral Extraordinária; O Diretor Presidente da UNIMED DE PARANAVAI COOPERATIVA DE TRABALHO MÉDICO, no uso de suas atribuições que lhe confere o Art. 19 do Estatuto Social, CONVOCA os médicos cooperados, cujo número de ativos nesta data é de 131 (cento e trinta e um), para a ASSEMBLÉIA GERAL EXTRAORDINÁRIA a ser realizada no dia 04 de Junho de 2008 (quarta-feira) no Auditório Dr. Caio Kimura da 14ª Regional de Saúde, sito à Rua Bahia, nº 17 centro em Paranavai - PR, às 17:30 horas em 1ª convocação com a presença de 2/3 (dois/terços) dos cooperados; às 18:30 horas em 2ª convocação com a presença de metade mais um dos cooperados e às 19:30 horas com a presença de no mínimo 10 (dez) cooperados, para deliberar sobre a seguinte Ordem do Dia: 1) CONSTITUIÇÃO DA FILIAL DA UNIMED DE PARANAVAI PARA IMPLANTAÇÃO DE RECURSOS PRÓPRIOS, colocada em votação fica aprovada por unanimidade a constituição da Filial da UNIMED DE PARANAVAI COOPERATIVA DE TRABALHO MÉDICO, que será estabelecida nesta cidade de Paranavai estado do Paraná a Rua Luiz Spigolon 1901 Centro, CEP 87.705-130 e terá como atividade principal a de serviços Hospitalares e pronto-atendimento. Nada mais havendo a tratar, o Sr. Presidente encerrou a Assembléia Geral Extraordinária, e eu Antonia de Souza Menino, servi como secretária, lavrei a presente Ata que vai assinada por mim, e pelo Presidente, Paranavai - PR., 04 de junho de 2008. Certifico que a presente é cópia fiel da ata lavrada em livro próprio registrado na Jucepar.



Luis Francisco Costa
Presidente

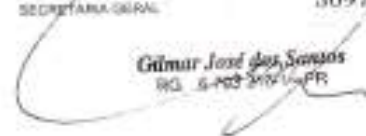

Antonia de Souza Menino
Secretária

JUNTA COMERCIAL DO PARANÁ
AGÊNCIA REGIONAL DE PARANAVAI
CERTIFICADO DE REGISTRO EM 13/06/2008
SOB NÚMERO 20092396132
Protocolo: 08/239615-2, DE 10/06/2008
REGISTRADO E DEPOSITO E
NOME DO REGISTRADO/DEPOSITANTE DE
309740


MARIA THERESZA LOPES SALOMAO
SECRETARIA GERAL

JUNTA COMERCIAL DO PARANÁ
AGÊNCIA REGIONAL DE PARANAVAI
CERTIFICADO DE REGISTRO EM 13/06/2008
SOB NÚMERO 41901042850
Protocolo: 08/239615-2, DE 10/06/2008
REGISTRADO E DEPOSITO E
NOME DO REGISTRADO/DEPOSITANTE DE
309747


MARIA THERESZA LOPES SALOMAO
SECRETARIA GERAL


Gilmar José das Neves
RG. 6-103-3171-PR