

**PLANO DE ESTRUTURAÇÃO DE UMA CLÍNICA
OFTALMOLÓGICA PARA AUMENTO DA LUCRATIVIDADE E
QUALIDADE ASSISTENCIAL**

Ricardo Gomes Valente da Silva

Dissertação submetida como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre em Gestão

Orientador:

Prof. Doutor Renato Lopes da Costa, Prof. Auxiliar, ISCTE Business School, Departamento
de Marketing, Operações e Gestão Geral

Coorientador(a):

Prof. Dra. Claudia Herminia, Prof. Auxiliar, FGV, Departamento de Logística, Gestão em
Saúde

Outubro 2019

**PLANO DE ESTRUTURAÇÃO DE UMA CLÍNICA
OFTALMOLÓGICA PARA AUMENTO DA LUCRATIVIDADE E
QUALIDADE ASSISTENCIAL**

Ricardo Gomes Valente da Silva

Outubro 2019

**PLANO DE ESTRUTURAÇÃO DE UMA CLÍNICA OFTALMOLÓGICA PARA
AUMENTO DA LUCRATIVIDADE E QUALIDADE ASSISTENCIAL**

Ricardo Gomes Valente da Silva

RESUMO

O trabalho objetivou analisar os processos internos de uma clínica oftalmológica de pequeno porte utilizando ferramentas de gestão e definindo um plano de ação estratégica. Foi realizado um estudo observacional e comparativo, com oficinas de trabalho apoiada pelo manual Acreditação de Organizações de Saúde/2018 (ONA). Utilizou-se como ferramenta de estratégia de gestão o *Balanced Scorecard* (BSC), para analisar os processos internos/externos e ambientes internos/externos de uma clínica oftalmológica na região sudeste do Brasil. A seguir foi elaborado o Plano Estratégico de Ação (PEA), visando aumentar a lucratividade, promover o crescimento e participação da clínica no mercado e utilizado indicadores de monitoramento e performance organizacional para controle das ações. Os processos internos foram tabulados e interpretados a partir do BSC. Uma vez identificados pontos positivos e negativos, ameaças e oportunidades, foi definido o plano estratégico de ação, baseado nos pré-requisitos ONA, como método de monitoramento das ações para o crescimento e lucratividade da clínica. Conclui-se que a utilização de ferramentas de gestão possibilita a identificação, organização e consolidação das informações relevantes para auxiliar no gerenciamento e controle operacional, sendo fundamentais para o alcance do propósito estabelecido.

Palavras-chaves: Gestão; Acreditação/ONA; Balance Scorecard (BSC); Oftalmologia.

Classificação JEL:

I110 - Análise dos mercados de saúde

M110 – Gestão de projetos

ABSTRACT

The main purpose of the study was to analyze the internal processes of a small ophthalmology clinic, adopting management tools and organizational strategies to promote market share growth and profitability. This was an observational and comparative study. A performed workshop with company professionals was done focused on the Manual of Health Accreditation Organizations/2018 (ONA) analysis. As an organizational strategy tool, a Balanced Scorecard (BSC) was applied to analyze infrastructure, internal/external processes as well as internal and external environment, in an ophthalmology clinic in the southeast of Brazil. Subsequently, a Strategic Action Plan was prepared to promote market share growth and to enhance profitability. Finally, monitoring and organizational performance indicators were used to strategic action control. The internal processes were tabulated and interpreted from the BSC. Once the positive and negative points, threats and opportunities were properly identified, the strategic action plan was elaborated, based on the ONA endorsements, and defined as the method for monitoring actions for clinical growth and profitability. In conclusion, the use of management tools enables the identification, organization and consolidation of relevant information to assist in the management and operational control, being fundamental to achieve the established purpose.

Keywords: Management; ONA/Accreditation; Balance Scorecard (BSC); Ophthalmology.

JEL Classification:

I110 - Analysis of Health Care Markets

M110 - Production Management

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a Deus, amigo de todas as horas, por ter me dado essa oportunidade, sabedoria e força para concluir este trabalho. Agradeço a todos os meus familiares, que sempre me estimularam, principalmente, pai, mãe e irmã, por todo carinho e exemplo.

À minha filha Valentina, meu filho Enrico e minha amada esposa Roberta razões da minha existência e reais motivadores de todos os meus projetos. Aos meus pacientes pelo apoio e incentivo para minha jornada no Mestrado.

À equipe de amigos da BVC, em especial a minha sócia Marcella que se fizeram tão especiais em minha caminhada.

À Dra Tânia Furtado e Dra Generosa do Nascimento e todos os professores e funcionários do ISCTE e FGV.

Meu agradecimento especial à Dra Claudia Herminia minha co-orientadora querida, que com sua eficiência e carinho esteve comigo em todos os momentos. Ao meu orientador Dr Renato Lopes da Costa por sua confiança, assertividade e paciência.

A todos os colegas da turma de mestrado, pelo carinho, compreensão, companheirismo, cumplicidade.

“O impossível é apenas uma grande palavra usada por gente fraca, que prefere viver no mundo como ele está, em vez de usar o poder que tem para mudá-lo, melhorá-lo. Impossível não é um fato. É uma opinião. Impossível não é uma declaração. É um desafio. Impossível é hipotético. Impossível é temporário. O impossível não existe.”

Muhammad Ali

ÍNDICE

1.	INTRODUÇÃO	1
1.1.	MOTIVAÇÃO PESSOAL.....	2
1.2.	PROBLEMÁTICA DE INVESTIGAÇÃO.....	3
1.3.	OBJETIVOS.....	5
1.4.	ESTRUTURA DA TESE.....	6
2.	REVISÃO DE LITERATURA	7
2.1.	ESTRATÉGIAS DE GESTÃO.....	7
2.2.	QUALIDADE E ACREDITAÇÃO	21
2.3.	SAUDE E OFTALMOLOGIA	26
3.	METODOLOGIA	33
3.1.	CARACTERIZAÇÃO DO ESTUDO	33
3.2.	ASPECTOS ÉTICOS	34
3.3.	PROPOSIÇÃO.....	34
4.	RESULTADOS.....	35
4.1.	APRESENTAÇÃO DA EMPRESA	35
4.2.	ESTRUTURA ORGANIZACIONAL DA BVC.....	35
4.4.	CONSTRUÇÃO DO MAPA ESTRATÉGICO.....	51
4.5.	ELABORAÇÃO DO PLANO DE AÇÃO, SEGUNDO O BSC.....	53
4.6.	MAPEAMENTO DOS FLUXOS DE PROCESSOS ESTRATÉGICOS	58
5.	DISCUSSÃO DE RESULTADOS	61
6.	CONCLUSÃO	67
	BIBLIOGRAFIA.....	68

LISTA DE FIGURAS

Figura 1: Matriz SWOT/FOFA.....	15
Figura 2: <i>Cinco Forças de Porter</i>	17
Figura 3: Organograma - Barra Vision Center	40
Figura 4: Identidade Organizacional - Barra Vision Center	41
Figura 5: Matriz SWOT da BVC	50
Figura 6: Mapa Estratégico (BSC) - Barra Vision Center	52
Figura 7: Visão Geral do Plano de Ação	53
Figura 8: Perspectiva Financeira.....	54
Figura 9: Perspectiva dos Clientes.....	54
Figura 10: Perspectiva dos Processos Internos	55
Figura 11: Perspectiva de Aprendizado e Crescimento	55
Figura 12: Fluxo de Atendimento para Consultas (Recepção).....	58
Figura 13: Fluxo de Atendimento para Exames (Recepção).....	59

LISTA DE TABELAS

Tabela 1: Dilema do Preso: condenados A e B.....	9
Tabela 2: Planejamento da Dimensão de Tempo.....	12
Tabela 3: Lista de Documentos Necessários à Acreditação ONA.....	24
Tabela 4: Comparativo de Carga Horaria Mensal por Médico e Especialidade.....	36
Tabela 5: Diagnóstico Setorial da Clínica	39
Tabela 6: Relação das Principais Ameaças da BVC.....	46
Tabela 7: Relação das Principais Oportunidades da BVC.....	47
Tabela 8: Principais Pontos Positivos da BVC	48
Tabela 9: Principais Pontos Negativos da BVC	49
Tabela 10: Lista de Documentos Necessários à Acreditação ONA Disponíveis da BVC.....	60

LISTA DE ABREVIATURAS

- ANS** - Agência Nacional de Saúde Suplementar
- ABRAMGE** - Associação Brasileira de Medicina de Grupo
- AMB** - Associação Médica Brasileira
- ANAHP** - Associação Nacional Hospitais Privados
- BSC** - *Balance Scorecard*
- BVC** - *Barra Vision Center*
- CCIH** - Comissão de Controle de Infecção Hospitalar
- CIPA** - Comissão Interna de Prevenção de Acidentes
- CNS** - Confederação Nacional de Saúde
- CBO** - Conselho Brasileiro de Oftalmologia
- CFM** - Conselho Federal de Medicina
- CRM** - Conselho Regional de Medicina
- COOESO** - Cooperativa Estadual de Serviços Administrativos em Oftalmologia
- DMRI** - Degeneração Macular Relacionada a Idade
- EFQM** - *European Foundation for Quality Management*
- FNH** - Federação Nacional de Hospitais
- FENASAÚDE** - Federação Nacional de Saúde Suplementar
- IACs** - Instituições Acreditadoras Credenciadas
- IDH** - Índice de Desenvolvimento Humano
- IBGE** - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
- INAMPS** - Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social
- JCAHO** - *Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations*
- KPI** - *Key Performance Indicators*
- MEC** - Ministério da Educação
- OMS** - Organização Mundial da Saúde
- ONA** - Organização Nacional de Acreditação
- OPS** - Operadoras de Planos de Saúde
- OSS** - Organizações Sociais de Saúde
- PEA** - Plano Estratégico de Ação
- PIB** - Produto Interno Bruto

PIO - Pressão Intraocular

PPP - Parcerias Público Privadas

SUS - Sistema Único de Saúde

SBAC - Sociedade Brasileira de Análises Clínicas

Unidas - União Nacional das Instituições de Autogestão em Saúde

1. INTRODUÇÃO

Construir um novo modelo de saúde, quebrar antigos paradigmas e primar pelo alto nível de qualidade assistencial é um grande desafio atual no Brasil e no mundo. Desnecessário seria mencionar que o Brasil vem enfrentando diversas crises nas áreas da ética, política, economia, cultura com reflexos marcantes na sociedade, transformando o desafio de construção de um novo modelo de saúde em um desafio ainda maior. As empresas do setor, independentemente de seu porte, buscam sobreviver, mesmo que com baixa lucratividade e, nesse contexto, permanecem no mercado aquelas que, para além da qualidade assistencial, souberem administrar com maestria seus processos internos, racionalizar seus custos, desenvolver novas fontes de receitas, implantando estratégias adequadas para atrair e fidelizar clientes.

Segundo Drucker (2001) “administrar uma empresa significa ser capaz de produzir as mesmas mercadorias ou serviços que todos produzem, mas a um custo menor”. Adaptando essa macrodefinição a área da saúde, deveríamos adicionar à sustentabilidade organizacional e qualidade assistencial (que são dois importantes pilares para a permanência de uma empresa no mercado de saúde), a busca da excelência nos processos de qualidade e garantia de lucratividade, amparadas na adoção de técnicas modernas de gestão, aliadas a estratégias eficientes.

Ao entrar na denominada “Sociedade da Informação”, as empresas precisam adequar seus processos internos e formas de se relacionar com os clientes com vistas a atender um novo modelo de saúde, que tem nesse século XXI, um grande foco voltado para alta tecnologia e inteligência artificial. Criam-se assim, desafios adicionais, pois estamos em um cenário de enormes mudanças no setor de saúde, mudanças essas que ocorrem simultaneamente a inovações extremamente disruptivas nas tecnologias da qual o setor faz uso.

Outro fator de grande importância, tem a ver com as habilidades dos profissionais médicos e suas competências enquanto administradores. Médicos são profissionais extremamente bem preparados para o exercício de suas atividades finalísticas, não raramente exigindo mais de uma década para a obtenção de uma titulação que o habilite a atuar como especialista em uma determinada área de atuação. Por outro lado, são escassos os casos onde esses mesmos profissionais possuem um ferramental teórico e experiência prática para a administração

eficiente de suas próprias clínicas, independente de que porte sejam, obtendo resultados gerenciais que se somem aos resultados provenientes de sua atividade final na medicina.

Nesse contexto a presente dissertação busca demonstrar como a aplicação de técnicas modernas de gestão aliadas a melhores práticas de qualidade assistencial, podem contribuir para aumentar a lucratividade, atrair novos clientes e garantir sustentabilidade a uma clínica oftalmológica de pequeno porte, localizada em área da Zona Oeste do Rio de Janeiro podendo servir, adicionalmente, de modelo a centenas de empreendimentos semelhantes, na área da oftalmologia ou não, onde o problema conhecido das carências gerenciais da classe médica estejam presentes.

A oftalmologia é uma especialidade da medicina que se dedica ao estudo, diagnóstico e tratamento de doenças oculares. O mercado da assistência oftalmológica é formado por empresas dedicadas à realização de diversas atividades que vão desde consultas, exames e adaptações de lentes de contato até cirurgias de maior ou menor complexidade.

A empresa de que trata o presente estudo, tem atualmente, a maior parte de seu faturamento proveniente de operadoras de planos de saúde¹ (OPS), com outras parcelas menores relacionados à consulta e exames de pacientes particulares bem como a serviços de adaptação de lentes de contatos, o que até o presente momento, tem sido insuficiente para garantir a cobertura de todos os custos e uma remuneração justa aos acionistas, com o nível de crescimento tecnológico e de qualidade que se deseja alcançar. Nesse contexto, aumentar o faturamento e a lucratividade, sem afetar a excelência que a empresa prima na assistência oftalmológica a seus clientes constitui o grande desafio dessa proposta.

1.1. MOTIVAÇÃO PESSOAL

Nos últimos anos (2016-2019), o Brasil tem atravessado um período muito conturbado, devido à conjuntura política e econômica, levando diversas empresas a cessarem suas atividades. Entre os anos de 2014 e 2018, o país decresceu o seu Produto Interno Bruto (PIB) per capita em cerca de nove por cento, a maior crise que se tem conhecimento na história do Brasil Republicano.

¹ Modalidade de seguro saúde definida pelo artigo 1o da lei n 9.656/98

Os impactos sobre a renda das pessoas produziram uma enorme retração em todas as atividades empresariais, aí incluídos o número de brasileiros que contavam com um plano de saúde suplementar.

Assim, como grande parte do país a empresa, Barra Vision Center (BVC), entrou em uma grave crise financeira, expondo completamente os pontos fracos da organização. Nesse contexto os sócios não conseguiram encontrar soluções para manter seus ideais no atendimento de qualidade. A saída encontrada foi a realização de um diagnóstico preliminar que indicou que investir na profissionalização da gestão e na criação de processos para garantir uma acreditação conforme critérios da Organização Nacional de Acreditação (ONA), poderiam ser a solução.

Dessa forma foi contratada uma consultoria externa, a fim de, em conjunto com os sócios, realizar o diagnóstico situacional da empresa e propor novas estratégias para se implantar uma gestão otimizada dos processos de trabalho, redução de custos, melhor performance de gestão das receitas atuais, capturas de novas receitas e melhoria da qualidade assistencial. O processo de gestão deveria estar alinhado a adequação de todas as etapas relacionadas à prestação de serviços oftalmológicos prestados pela empresa.

1.2. PROBLEMÁTICA DE INVESTIGAÇÃO

A Barra Vision Center (BVC) – clínica oftalmológica é uma pequena empresa, constituída em 2009. O início das atividades, apenas como um consultório médico individual, foi em janeiro de 2010, alguns meses após sua fundadora Dra. Marcella Salomão ter voltado de sua especialização na *Cole Eye Institute – Cleveland Clinic* (Cleveland-EUA). Após alguns anos tentando fazer o consultório prosperar somente com seus esforços e sempre enfrentando a grande dificuldade de credenciamento de convênios médicos de saúde suplementar a Dra. Marcella passou por uma fase de incerteza e insegurança sobre a continuidade do seu projeto de clínica própria.

No ano de 2012 a empresa sofreu uma reformulação com a entrada de um sócio também oftalmologista, com investimento de capital e força de trabalho. Nesses últimos 7 anos houve o crescimento no número de médicos parceiros, pacientes e faturamento, mas sempre sem nenhum planejamento estratégico.

Cabe ressaltar que a missão inicial encontrada e acordada pelos dois sócios foi de atender pacientes de plano de saúde de uma forma diferenciada, realizando consultas e exames oftalmológicos com toda a qualidade técnica e avanço tecnológico possível, não perdendo o atendimento cortês e humanizado dispensado a pacientes particulares e individualizando cada atendimento.

A clínica foi montada na Zona Oeste da cidade do Rio de Janeiro, em um empreendimento moderno, diferenciado e de fácil acesso; as instalações foram idealizadas para oferecer aos pacientes, funcionários e médicos todo o conforto e comodidade. A Barra Vision Center caracteriza-se por desejar ser uma empresa bastante inovadora e disruptiva, porém apesar de diversos planos de crescimento, estes nunca se efetivaram.

As empresas de serviços médicos brasileiras depararam-se com diferentes problemáticas, tais como, a crise econômica, a diminuição do poder de compra dos indivíduos, o desemprego, a existência de mercados cada vez mais competitivos e as dificuldades de equilíbrio entre a baixa remuneração, os elevados custos em um mercado cada vez mais competitivo, além da já comentada limitação da classe médica em questões de ordem administrativa e gerencial.

O mercado vem se tornando cada vez mais competitivo, estruturar os processos, medir o nível da qualidade e satisfação dos clientes quando se é detentor de um grande diferencial competitivo e de equipamentos especializados deverá ser uma mais-valia para a empresa.

O contínuo aumento da expectativa de vida e a crescente queda na qualidade dos serviços oftalmológicos prestados no Brasil; associado a perspectiva da volta do crescimento econômico nos próximos anos para o país tem sido a vertente que os gestores da BVC têm apostado. Porém, a empresa possui carências, dentre as quais, recursos humanos, comunicacionais, comerciais e principalmente, de gestão.

Dessa forma realizar um plano de estruturação para aumento da lucratividade, participação de mercado e qualidade assistencial, com detalhado estudo das necessidades e medidas corretivas, se tornou mandatório. Objetivando anular essas falhas e alcançar a tão desejada “nova” clínica, onde os colaboradores tenham orgulho de trabalhar e os pacientes segurança de terem o melhor atendimento possível. Subsidiariamente, considerando que grande parte das clínicas de pequeno

e médio portes enfrentam situações similares, garantir a replicabilidade do modelo adotado, colaborando com outras clínicas e, se possível, gerando novas receitas a BVC.

1.3. OBJETIVOS

1.4.1 OBJETIVO GERAL

O presente projeto tem como objetivo analisar os processos internos da clínica oftalmológica BVC, identificando suas oportunidades de melhoria, para adoção de estratégias eficientes de gestão que possam, não somente corrigir falhas, mas promover crescimento e geração de maior lucratividade à empresa.

1.4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Pesquisar modelos e metodologias de gestão e qualidade que se adéquem à realidade do objeto de estudo.
- Realizar diagnóstico organizacional da Clínica Oftalmológica BVC, objetivando atender os critérios ONA para Acreditação Nível 1.
- Elaborar o mapa estratégico e o plano de ações propostas para a clínica em estudo.
- Utilizar indicadores de monitoramento para o alcance do objetivo proposto, a partir da implantação das ações estratégicas.

1.4. ESTRUTURA DA TESE

A fim de alcançar os objetivos propostos e responder às questões de pesquisa apresentadas, a elaboração da presente dissertação é composta por 6 capítulos, distribuídos na seguinte estrutura: introdução (1) com a motivação pessoal, definindo ainda a problemática da investigação e os objetivos gerais e específicos que motivaram a elaboração deste trabalho e a apresentação da estruturação do mesmo.

Em seguida, é feita uma revisão de literatura (2), apresentando as principais questões focadas na estratégia de gestão, nos critérios e justificativas para acreditação de uma clínica, um pouco sobre a saúde no Brasil e a importância da oftalmologia como especialidade médica.

Após apresentação da revisão da literatura, é feita referência à metodologia aplicada (3), especificando o modelo de investigação utilizado e a descrição da amostra deste estudo.

No capítulo 4 é apresentado o diagnóstico organizacional da clínica oftalmológica BVC, objetivando atender os critérios ONA para acreditação. Apresentando o seu contexto histórico e planejamento estratégico para estruturação da empresa. Adicionalmente, são ainda apresentados o mapa estratégico e o plano de ação propostos para a clínica.

Na discussão dos resultados (5), os dados obtidos são analisados e interpretados à luz da literatura contemporânea.

A dissertação se encerra pelas considerações finais da investigação científica relativas ao desenvolvimento de um estudo desta natureza, culminando nas principais conclusões e pelas contribuições para a estratégia empresarial, e ainda pelas limitações do estudo e sugestões para futuras investigações (6).

2. REVISÃO DE LITERATURA

Este capítulo apresenta a revisão de literatura das principais questões presentes e analisadas no projeto focadas na estratégia de gestão, nos critérios e justificativas para acreditação de uma clínica, um pouco sobre a saúde no Brasil e a importância da oftalmologia como especialidade médica.

2.1. ESTRATÉGIAS DE GESTÃO

2.1.1 CONCEITUANDO E ENTENDENDO AS ESTRATÉGIAS DE GESTÃO

Gestão é o conjunto das atividades desempenhadas para planejar, controlar, medir, negociar e melhorar os resultados propostos, que permeia a produção eficaz dos produtos e serviços (Cardoso *et al.*, 2010; Spiegel, *et al.*, 2014).

A estratégia é o domínio da gestão que integra os diversos saberes, competências e aptidões que o gestor necessita para assegurar às empresas viver e sobreviver de modo sustentado num ambiente de competição intensa e frequentemente hostil segundo excelente definição de Carvalho & Filipe (2014).

Ela envolve a tomada de decisão operacional em todos os níveis e implica na mudança de atitudes, tanto na alta gestão, quanto nas consultorias externas e nos demais participantes do processo. Desenvolve o espírito crítico, permitindo soluções estratégicas, administrativas e operacionais inovadoras, voltadas para melhor adaptação ao ambiente, e objetivando uma postura empreendedora.

O termo estratégia deriva da Grécia Antiga, onde a palavra “*strategia*” era usada como referência a um chefe magistrado, ou a uma alta patente das forças militares (Ghemawat, 2002). No mundo empresarial o termo só entrou em vigor no século XX sendo Drucker (1950) um dos primeiros autores utilizá-la e, somente na década de 60 foi reconhecida como disciplina autónoma na literatura de gestão (Ansoff, 1965).

Na década de 70, a explosão das consultoras estratégicas, como o caso da *Boston Consulting Group* e da *McKinsey*, tiveram um impacto enorme na gestão e permitiram a criação de modelos e matrizes de análise e planeamento estratégico, tão utilizados pelas empresas na criação de vantagem competitiva (Ghemawat, 2002).

A revisão mais contemporânea e completa da história da estratégia é a de Freedman (2013), que caracteriza como sendo três, os domínios da estratégia: Força, que trata da guerra e violência física, astúcia ou sagacidade, onde os menos privilegiados atingiram vantagens sobre os fisicamente mais fortes por serem astutos e o domínio, onde ocorre formação de coalisões, podendo até ser o objetivo maior.

Escolas voltadas para o estudo da gestão têm mais de um século de criação. Em 1881 foi criada a primeira escola de gestão: a *Wharton Business School* cujo objetivo primordial era a investigação e o ensino da gestão. Alguns anos mais tarde, em 1908, foi a vez da criação da *Harvard Business School*, escola que se mantém até hoje como referência em gestão (Ghemawat, 2002).

A evolução da estratégia de gestão e seus conceitos foram muito influenciados pela 2ª Guerra Mundial, através dos inúmeros desafios organizacionais que estimularam novos pensamentos estratégicos.

Inúmeras são as definições do conceito de estratégia (Baylis *et al.*, 2018). Embora exista convergência em alguns aspectos que estão na base do conceito, o conteúdo e os processos de formação são objeto de abordagens diversas, dependendo da concepção da organização e do seu funcionamento. Conforme Hambrick & Chen (2008), a estratégia é um conceito multidimensional e situacional e isso dificulta um conceito de consenso.

Porter (1980) com suas análises de estratégia competitiva definindo como ações ofensivas ou defensivas para criar uma posição defensável numa indústria, para enfrentar com sucesso as forças competitivas e assim obter um maior retorno ao investimento.

Outro bom exemplo da definição de estratégia é de Mintzberg (1988) que caracteriza como uma força mediadora entre a organização e o seu meio envolvente: um padrão no processo de tomada de decisões organizacionais para fazer face ao meio envolvente. Pode-se observar que as

principais referências no tema concordam com a ideia de ecossistema e necessidade de fortalecimento interno afim de atingir vantagens competitivas.

De acordo com as ideias de Baylis *et al.*, (2018), Costa (2012) faz uma observação em que qualquer que seja a definição, todas elas focam em um único objetivo final que é a criação de valor, sob o ponto de vista de mercado e da organização. Por mais que se busque alternativas ou se pretenda recriar o pensamento, a verdade é que a história econômica e empresarial converge sempre para o estabelecimento estruturado da noção de valor.

Ratificando seus conceitos Costa (2012) apresenta a cadeia de valor de Porter (1985) e finaliza com o estudo de Spangler (2003) apresentando o exemplo clássico do “dilema do preso” (Tabela 1).

Tabela 1: Dilema do Preso: condenados A e B

		B	
		B - Não confessa	B - Confessa
A	A - Não confessa	1 ano pra cada <i>(Win - Win)</i>	10 anos pra A e 3 meses pra B <i>(Win B – Lose A)</i>
	A - Confessa	3 meses pra A e 10 anos pra B <i>(Win A - Lose B)</i>	5 anos pra cada <i>(Lose - Lose)</i>

Fonte: Adaptado de Spangler (2003)

Para explicar esta teoria utilizou-se como modelo o dilema dos prisioneiros. Trata-se de um suposto caso policial: dois delinquentes são analisados sobre o prisma decisório de suas confissões diante de um crime praticado. Nenhum dos acusados sabe o que o outro irá dizer. O juiz do caso não tem provas e decide montar e apresentar a matriz aos presos. Os prisioneiros são colocados em salas diferentes e oferece aos dois o mesmo acordo:

1. Se um dos prisioneiros confessar (trair o outro) e o outro permanecer em silêncio, o que confessou sai livre enquanto o cúmplice silencioso cumpre 10 anos;
2. Se ambos ficarem em silêncio (colaborarem um com o outro), a polícia só pode condená-los a 1 ano cada um.
3. Se ambos confessarem (traírem o comparsa), cada um leva 5 anos de cadeia.

Esse raciocínio baseado na teoria dos jogos (desenvolvida inicialmente por Morgenstern e Von Neuman) foi o grande contributo da matemática para o pensamento estratégico, se concretizou com Nash *et al.*, (1950).

Este estudo mostra que jogar de forma colaborativa, com confiança e crença bilateral é a melhor opção. Não confessando o crime, ficando em silêncio, cada um contribui com o outro na obtenção de uma menor pena, perdendo um ano cada.

Com uma visão complementar aos conceitos de Porter, Mintzberg incluiu a importância de uma força mediadora entre a organização e o meio envolvente. Apresenta a necessidade de incentivar e envolver a participação de todos os integrantes de uma organização no planejamento estratégico, agregando vantagem competitiva à organização, sendo capaz de reunir várias escolas (Mintzberg *et al.*, 1988/2000/2004).

Em sua obra “Ascensão e Queda do Planejamento Estratégico” Mintzberg (2004) apresentou os tao citados 5Ps da estratégia: Plano, Pretexto, Padrão, Posição e Perspectiva, que auxiliam e organizam o processo de gestão.

A estratégia como um plano: precisa ser pensada antes de ser colocada em prática. Deve ser feita de forma consciente e não por impulsos. Como um pretexto: é utilizada quando se quer que a concorrência pense que você fara algo na sua empresa, mas na realidade você está pensando em fazer outra atividade – quer criar um processo confusional.

Como estratégia padrão, ela é realizada sem grandes alterações ao longo dos anos. Podendo ser deliberativa, quando parte dos líderes para os liderados, tentando resolver uma questão que precisa ser solucionada imediatamente.

O quarto modelo de estratégia é como uma posição, correspondendo a forma com que a organização se relaciona com os seus públicos e o *branding* de um modo geral.

Por último e não menos importante, é a estratégia como perspectiva, na qual deve-se ter uma visão geral dos sentimentos humanos das pessoas envolvidas no planejamento.

Brandenburger & Nalebuff (1997) introduziram uma nova dimensão na chamada arena competitiva: a colaboração. Os autores não se posicionaram como uma negação as Cinco Forças, mas, como uma proposta de enriquecimento dessas mesmas. Trazendo uma lógica de criação conjunta de valor, onde há sinergias importantes, abandonando uma visão apenas concorrencial, que conduz a jogos de soma nula.

A evolução do planejamento estratégico é remetida à administração estratégica e ao pensamento estratégico. Caminho encontrado, brilhantemente, por Ansoff *et al.*, (2018) e Mintzberg *et al.*, (2000) e Mintzberg (2004) e por muitos outros estudiosos para explicar a necessidade de incentivar e envolver a participação de todos os integrantes da organização no processo de implementação do planejamento estratégico.

Tendo em vista a intensificação da concorrência e das exigências de competitividade, o planejamento estratégico constitui instrumento indispensável na gestão das organizações modernas. Segundo Kunsch (2018), o planejamento estratégico permite desenvolver análises externas e internas capazes de produzir um diagnóstico organizacional.

Cabe ressaltar que na dimensão estratégica, planejar está relacionado à uma visão de longo prazo, estabelecida na grande maioria pela alta administração. No entanto, o planejamento estratégico não é estático. Ele precisa considerar as mudanças contínuas no ambiente, havendo muitas vezes, necessidade de ajustes para os componentes situacionais, conforme evidenciado por Kotler (2000).

Chiavenato (2007), afirma que como os meios para alcançar os objetivos envolvem a empresa como um todo é necessário atribuir incumbências a todos os níveis da empresa, assim o autor expõe as características do planejamento nos níveis institucional ou estratégico, intermediário ou tático e operacional, apresentando a dimensão de tempo relacionada a cada nível, segundo esquema abaixo (Tabela 2).

Tabela 2: Planejamento da Dimensão de Tempo

Níveis	Planejamento	Tempo
Estratégico	Longo Prazo	5 a 25 anos
Tático	Médio Prazo	1 a 5 anos
Operacional	Curto Prazo	Diário a 1 ano

Fonte: Adaptado de Chiavenato (2007)

2.1.2 UTILIZANDO AS ESTRATÉGIAS DE GESTÃO PARA MELHORAR A QUALIDADE E REDUZIR CUSTOS NA SAÚDE

Neste movimento de busca de soluções estratégica deve haver uma lógica que flui de dentro para fora, que deve buscar a raiz dos problemas e o limite das soluções, baseadas em análises internas e dependente de componentes intuitivos dos líderes do negócio.

Herrero (2017), apresenta uma estrutura para o planejamento estratégico, orientando: a identificação da visão, negócio, missão, valores, análise do ambiente interno e externo, levantamento de pontos fortes e pontos fracos, ações a serem empreendidas e plano de ação.

Outro enfoque é dado por Carvalho & Filipe (2014), que apresenta alguns questionamentos para o processo de gestão estratégica: Onde queremos ir? Qual caminho queremos seguir? Como podemos assegurar que estamos no bom caminho? Quais são as “janelas de oportunidade”? estes questionamentos facilitam a decisão de fazer ou não fazer, considerando o ambiente para concretizar a visão e atingir os objetivos, respeitando os princípios e visando cumprir a missão no seu negócio.

2.1.3 ANALISANDO PONTOS FUNDAMENTAIS PARA O NORTE DE UMA EMPRESA QUE SE PROPÕE PROSPERAR

Visão: Deve retratar como a empresa deseja estar no futuro. Deve antever o que ela almeja e como ela quer ser reconhecida a longo prazo. A visão desenvolve o senso de destino para os participantes da organização, é o que ela deseja alcançar (Herrero, 2017).

Representa a identidade da empresa a todos os seus parceiros. As alianças e cooperações são essenciais para o posicionamento competitivo, visto que possibilitam o acesso a recursos complementares que a organização necessita.

Corroborando com a estrutura proposta por Herrero, Tavares (2010), sugere considerar cinco fatores para uma visão empreendedora: Acumular e aplicar com criatividade lições sobre o mercado e seu ambiente; ser capaz de ter um posicionamento adequado na mente dos consumidores, através de uma marca (elas influenciam a posição que as empresas ocupam nas mentes dos consumidores); ter a capacidade de criar e administrar alianças, coalizões e parcerias; estimular o desenvolvimento de competências distintivas; além de desenvolver e explorar o potencial humano, como suporte aos fatores anteriores.

Além das competências básicas para estar no negócio, a organização precisa também desenvolver suas competências distintivas, isto é, conhecer e ampliar atributos que a diferenciem agregando vantagens em relação aos seus concorrentes. É importante que a empresa seja proativa as mudanças ambientais, principalmente as tecnológicas, demográficas, e culturais e deve perceber e atender as expectativas dos clientes, antes mesmo que eles consigam notá-las (Tavares, 2010).

Na elaboração da visão, a empresa necessita observar se está conseguindo dar significado ao trabalho e motivar as pessoas, estabelecer objetivos e metas, detalhar as ações, estabelecer a direção, e estar gerando entendimento por todos os membros da organização, além de ser orientada por valores e princípios éticos.

Missão: Representa a razão pela qual a empresa é criada. Ela norteia e delimita as ações empresariais (Oliveira *et al.*, 2011). A missão deve ter um caráter diferente da visão. Devendo ser anunciada para dentro e fora da organização os elementos que a tornam única perante as

demais, explicitando sua finalidade, quais são seus valores e princípios (Carvalho & Filipe, 2014).

Algumas grandes e conhecidas empresas definiram claramente suas missões, a saber: A **3M** definiu como missão: “Solucionar problemas ainda não solucionados”. A **Google** como “Organizar as informações do mundo todo e torná-las acessíveis e úteis em caráter universal”. Outra grande empresa, a **Ambev** definiu como sua missão: “Criar vínculos fortes e duradouros com os consumidores e clientes, fornecendo-lhes as melhores marcas, produtos e serviços.” Estas definições diferenciaram estas empresas de outras bem semelhantes de forma clara e elucidativa

Valores: Define os princípios da organização, ou seja, suas crenças mais importantes. São fontes de orientação e inspiração no trabalho, motivando e promovendo a coerência entre as ações da empresa (Hurd *et al.*, 2019). Os valores fundamentam as bases organizacionais, sendo adjetivos das organizações tão importantes quanto rapidez, agilidade, comprometimento entre outros (Carvalho & Filipe, 2014).

O negócio: pode ser definido em uma dimensão restrita ou ampliada e está relacionado com a área de atuação da empresa. Ele deve estar fundamentado no benefício esperado pelo cliente e não no produto, garantindo com isso, visão sustentada, de longo prazo para a empresa (Menezes Lobato *et al.*, 2017).

Um bom exemplo de estratégia de negócio de sucesso foi utilizado pela *Nike*. O grupo não definiu seu negócio com base no produto: “tênis”, mas sim em torno de um benefício para o cliente. Pensando nesta estratégia desenvolveram o slogan "Just do it". E deu certo!

A cultura: É a forma como a empresa absorve os valores, sentimentos, atitudes, comportamentos e expectativas transmissoras de significado, ordem e estabilidade à vida de todos os componentes dessa organização, sendo também um elemento decisivo na análise estratégica interna (Hurd *et al.*, 2019).

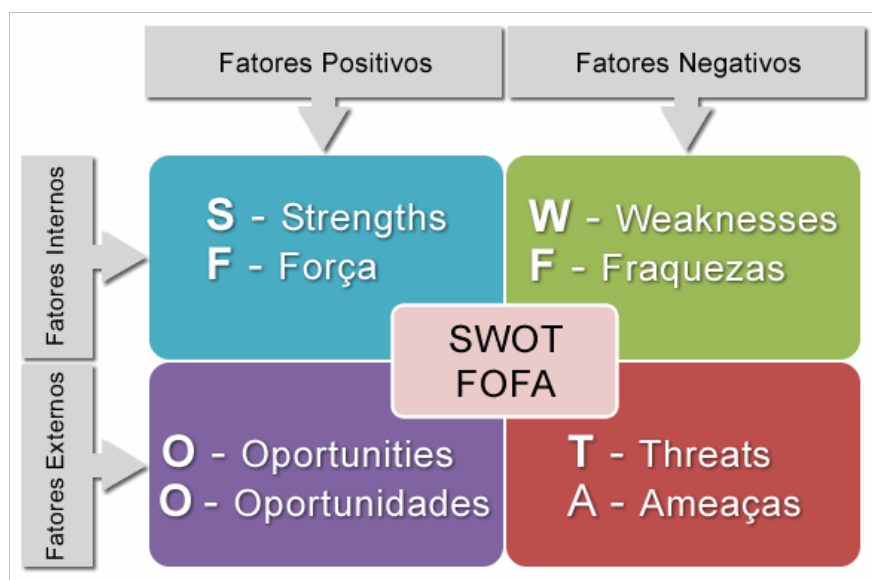
A definição do futuro requer escolhas e critérios cujo caminho não pode ser rígido. Ter em mente um objetivo requer uma atividade contínua, mas com reavaliações e mudanças estratégicas competitivas.

2.1.4 DESENVOLVENDO ANÁLISE DO AMBIENTE INTERNO E EXTERNO

A análise do ambiente é conceituada por Menezes Lobato *et al.*, (2017), como "o conjunto de técnicas que permitem identificar e monitorar permanentemente as variáveis competitivas que afetam a performance da empresa." Envolve a análise do ambiente externo e do ambiente interno.

A partir do modelo de estruturação sistemática de Ansoff (1965) e do modelo do conceito de estratégia corporativa de Andrews foi criada a matriz SWOT. Para se fazer a matriz SWOT é importante que sejam definidas forças e fraquezas, listada as oportunidades e enumeradas as ameaças. Feito estas escolhas, inclui-se os resultados dentro da matriz que possibilitará a correlação entre os fatores: Forças podem potencializar oportunidades e combater ameaças; Fraquezas podem prejudicar oportunidades e potencializar ameaças (Figura 1).

Figura 1: Matriz SWOT/FOFA



Fonte: Elaboração do Autor

A análise do ambiente, que faz parte da matriz SWOT, é conceituada por Hitt *et al.*, (2018), como "o conjunto de técnicas que permitem identificar e monitorar permanentemente as variáveis competitivas que afetam a performance da empresa."

O mercado e a competição definem oportunidades e ameaças. A empresa precisa então, analisar seu potencial, identificando seus pontos fortes e fracos e tomar decisões acertadas.

A partir do processo de planejamento, as organizações tornam-se capazes de identificar oportunidades e ameaças, pontos fortes e fracos, de modo a traçar os melhores caminhos para o seu desenvolvimento, além de estabelecerem objetivos e metas capazes de guiar suas ações. Pode-se concluir, portanto, que as organizações, a partir do planejamento estratégico, tornam-se mais competitivas e capazes de melhorar suas relações com o mercado em que estão inseridas.

2.1.5 ANALISANDO O AMBIENTE EXTERNO – OPORTUNIDADES E AMEAÇAS

A análise do ambiente externo não pode ser controlado, mas possibilita a organização, identificar as ameaças e oportunidades que estão se apresentando. Muitas empresas se deparam com ambientes externos extremamente conturbados, complexos e globais – condições que dificultam interpretá-los (Hitt *et al.*, 2018).

O ambiente externo pode ser dividido em direto e indireto. No primeiro, apesar de não haver controle sobre a variável, a empresa pode identificar, avaliar e medir a influência desta em seu ambiente interno. Já no ambiente indireto, a empresa pode até identificar, mas não possui meios para avaliar ou medir o grau de influência das inúmeras possibilidades sobre a empresa. Exemplos comuns deste caso são as variáveis demográficas ou sociais (Oliveira *et al.*, 2011).

Michael Porter (2008) demonstrou que além das áreas externas, que não podem ser controladas, existe um nível intermédio que fornece elementos determinantes da estratégia, introduzindo o conceito, das Cinco Forças de Porter, são eles: Rivalidade entre as Empresas Existentes, Ameaça da Entrada de Novos Competidores, Ameaça de Produtos Substitutos, Poder Negocial dos Clientes e o Poder Negocial dos Fornecedores (ver Figura 2).

Figura 2: *Cinco Forças de Porter*

Fonte: Elaboração do Autor

O modelo de Porter tem sido alvo de inúmeras críticas, estando as seguintes entre as mais relevantes:

- a) O poder do estado está disseminado nos fatores das cinco forças, quando poderá ser considerado, como vantagem, uma força independente.
- b) Modelo determinístico, pois propõe que a rentabilidade seja resultante da estrutura da indústria. Existem estudos que apontam que menos de 20% da rentabilidade das empresas seja explicada pela estrutura da indústria (Hawawini & Viallet, 2011).
- c) Produtos complementares não estão incluídos.

2.1.6 ANALISANDO O AMBIENTE INTERNO – PONTOS FORTES E PONTOS FRACOS

A abordagem interna se traduz como uma avaliação interessante dos recursos, da cultura e dos valores empresariais e deve, por isso, ser considerada fundamental no contexto da determinação de onde estamos e fazer parte integrante de todo o pensamento estratégico (Carvalho & Filipe, 2014) deve retratar os aspectos em que a organização precisa melhorar e quais lhe oferecem vantagens competitivas, de forma que a empresa possa se preparar, mais racionalmente, para cumprir sua missão e alcançar os objetivos propostos (Menezes Lobato *et al.*, 2017).

Menezes Lobato *et al.*, (2017), definem estes fatores como os recursos, as capacidades e as competências essenciais. O termo competência essencial é conceituado por Hitt *et al.*, (2018), como o "conjunto de habilidades ou tecnologias que a organização dispõe e que lhe serve de base para gerar benefícios aos clientes."

2.1.7 UTILIZANDO INDICADORES DE MONITORAMENTO CONTÍNUO APLICADOS A SAÚDE

Após serem definidas estratégias e os pontos fundamentais de direcionamento de uma empresa, deve ser assegurado a mensurabilidade. Para tal, podem ser utilizados indicadores periódicos formais. Dentre eles podem ser citados o *Key Performance Indicators* (KPI) e o instrumento global como afirmam Kaplan & Norton (1993), tipo *Balanced Scorecard* (BSC) que permitirão avaliar se o caminho traçado está de acordo com o escolhido e se conduz a empresa ao destino planejado (Carvalho & Filipe, 2014).

Entende-se como KPI indicadores que visam auxiliar os quadros diretivos a medirem e a acompanharem indicadores chave da gestão ao longo do tempo nos diversos segmentos da instituição, de modo a poderem analisar as tendências e a obter perspectivas que os ajudem na tomada de decisão (Jordan *et al.*, 2011).

Quanto ao BSC, este instrumento é capaz de fornecer informações sintéticas que permitem aos gestores compreenderem o desempenho da organização a um nível mais estratégico, através de múltiplos indicadores ao longo do tempo (Jordan *et al.*, 2011). Ele se baseia sob quatro

perspectivas: financeira (ou do acionista), dos clientes, dos processos internos, da aprendizagem e do desenvolvimento organizacional.

Estas quatro perspectivas estão ligadas entre si através de relações de causa e efeito, e permitem, segundo Jordan *et al.*, (2011), elaborar um mapa estratégico, de forma a proporcionar um equilíbrio entre os objetivos de curto e longo prazo, entre os resultados desejados e as determinantes desses resultados ou vetores de desempenho e entre indicadores financeiros e não financeiros.

O mapa estratégico é um resumo visual que consolida e descreve a estratégia de uma empresa. Inclui questões de planejamento estratégico para melhorar os negócios, conquistar mais clientes, melhorar as perspectivas financeiras, além de facilitar a comunicação por diferentes áreas de uma mesma empresa (Kaplan & Norton, 2018).

Utiliza-se um diagrama separado, geralmente, com base em quatro perspectivas, que integram as principais informações dessa estratégia em uma única página. Isso é o que faz com que essa espécie de síntese do planejamento estratégico empresarial seja fácil de compreender, uma vez que é apresentada de maneira clara e objetiva (Herrero, 2017).

É uma ferramenta que foi desenvolvida por docentes da *Harvard Business School* para melhor avaliar a performance empresarial, com base em indicadores mais assertivos. Segundo os criadores, não é possível gerenciar aquilo que não se mede, mas também não é possível medir o que não se descreve (Kaplan & Norton, 2018).

Para chegar à execução de fato de uma estratégia, o mapa estratégico se inspira em quatro principais perspectivas do BSC:

- a) Financeira;
- b) Clientes;
- c) Internas;
- d) Aprendizado e crescimento.

Financeira: tem relação com as metas da empresa, como aquelas ligadas ao aumento de receita ou produtividade. Quanto se deseja ganhar no próximo ano? No curto ou médio prazo? Vale destacar que a estratégia financeira costuma ser aquele objetivo principal da empresa, aquele que fica no topo de um mapa estratégico.

Cliente: traz metas de como você quer ser visto pelo seu consumidor. Aqui costuma-se traçar estratégias de fidelização, por exemplo. Pode estar relacionada a fidelização, a preços, tempos de atendimento, qualidade, funções. A ideia é melhorar a experiência do cliente.

Processos internos: essa perspectiva se relaciona a tarefas e ações de diferentes equipes, que devem ser definidas com clarezas. Esta estratégia é importante para que os objetivos anteriormente definidos, sejam de fato alcançados sem grandes problemas. Pode estar relacionada à gestão de inovação, operacional, de clientes e principalmente de processos.

Aprendizado e crescimento: relacionado ao desenvolvimento de pessoas e tecnologias, à capacitação das equipes, como treinamentos, cursos de aprimoramento e outros investimentos para que a empresa alcance seus objetivos. O foco sempre estará no progresso e no desenvolvimento, aliados ao alcance de novas metas.

Numa economia de forte competitividade, torna-se necessário uma permanente atenção dos gestores à forma como estão a decorrer as suas atividades e em que medida a estratégia da organização está a ser realizada ou comprometida. Na sua essência, o *Balanced Scorecard* deve ser entendido não só como um sistema de medição, mas também de clarificação, comunicação e alinhamento estratégico das organizações.

O processo de gestão deve recolher dados sobre a estratégia, testando-a, refletindo sobre seu desenrolar à luz dos novos desenvolvimentos e solicitando ideias a todos os membros da organização acerca das oportunidades, opções estratégicas e suas direções (Kaplan & Norton, 1996).

Herrero (2017) sustenta que o *Balanced Scorecard* tem sido difundido com sucesso em grande parte das organizações do mundo, como ferramenta eficaz de planeamento e controle estratégicos.

2.2. QUALIDADE E ACREDITAÇÃO

2.2.1 ENTENDENDO O SISTEMA DE ACREDITAÇÃO BRASILEIRO: ORGANIZAÇÃO NACIONAL DE ACREDITAÇÃO (ONA) E SUA CONTRIBUIÇÃO NO MONITORAMENTO CONTÍNUO

A associação de ferramentas da gestão da qualidade com a implantação do processo de Acreditação tem como objetivo a busca de uma excelência organizacional em gestão. A realização de um diagnóstico organizacional com o levantamento dos pontos críticos a serem melhorados na gestão, permite a definição de um plano de ação para realização das tarefas, que levem a melhorias dos processos de trabalho e, conseqüentemente, a uma melhoria da assistência prestada.

A avaliação de desempenho é processo utilizado pelas organizações, para assegurar que a sua atividade cumpra as metas e os objetivos estabelecidos. Para tal são utilizadas medidas para acompanhar, monitorizar, controlar e avaliar a sustentabilidade de negócio. Esta análise permite a especificação detalhada da performance organizacional, sobre a perspectiva financeira ou não financeira (Bhatti *et al.*, 2013).

Como Qualidade entende-se o grau no qual os serviços de saúde atendem as necessidades, expectativas e o padrão de atendimento dos pacientes (Samico *et al.*, 2010), envolvendo um “Conjunto de elementos que incluem: um alto grau de competência profissional, a eficiência na utilização dos recursos, um mínimo de riscos, um alto grau de satisfação dos pacientes e um efeito favorável na saúde” (Aquino, 2016).

Acreditação é um método de avaliação dos recursos institucionais, voluntário, periódico e reservado, que busca garantir a qualidade da assistência por meio de padrões previamente definidos. (ONA, 2018).

A preocupação com qualidade vem desde Hipócrates, mas pode-se afirmar que os primeiros modelos direcionados à gestão da qualidade da assistência médica, nos quais foi possível estabelecer uma relação com a Acreditação de hospitais, tiveram o seu início durante a Guerra da Criméia, em 1855, quando a enfermeira Florence Nightingale desenvolveu métodos de

coleta de dados que objetivaram a melhoria da qualidade do atendimento prestado aos feridos de guerra.

Florence Nightingale revolucionou a abordagem dos fenômenos sociais demonstrando que poderiam ser objetivamente medidos, avaliados e submetidos a análises matemáticas (Medeiros *et al.*, 2015).

No Brasil este processo demorou para acontecer, iniciando-se em 1970, quando o Ministério da Saúde desenvolveu o tema Qualidade e Avaliação Hospitalar, partindo de início da publicação de Normas e Portarias a fim de regulamentar esta atividade (Silva, 2008).

Com a Constituição de 1988, que criou o Sistema único de saúde brasileiro (SUS) e definiu a saúde como direito social universal e transferiu aos municípios a gestão dos serviços de saúde, passando-se a observar a importância do desenvolvimento de instrumentos gerenciais relacionados com a avaliação dos serviços oferecidos à população (Paim, 2018).

Diante da necessidade de um conjunto de regras, normas e procedimentos relacionados a um sistema de avaliação para a certificação dos serviços de saúde, foi constituída em 1999 a Organização Nacional de Acreditação (ONA), iniciando-se, a partir daí a implantação das normas técnicas, o credenciamento de instituições acreditadoras (aquelas que poderiam conferir às organizações a acreditação), código de ética e qualificação e capacitação de avaliadores (Oliveira *et al.*, 2009).

A ONA foi reconhecida em abril de 2001, pelo Ministério da Saúde, através da Portaria Nº 538, como a instituição competente e autorizada a operacionalizar o desenvolvimento do processo de Acreditação Hospitalar e de Organizações Prestadoras de Serviços de Saúde no Brasil.

Sua acreditação é voltada para serviços de saúde, ou seja, para organizações que prestam algum tipo de serviço de saúde ao cidadão, sejam hospitais, farmácias, laboratórios, serviços de imagem, serviços de hemoterapia, serviços de nefrologia, serviços ambulatoriais e serviços de *home care* com avaliações periódicas, voluntárias e reservadas, para o reconhecimento da existência de padrões previamente definidos na estrutura, processo e resultado, com vistas a estimular o desenvolvimento de uma cultura contínua da qualidade da assistência médico-hospitalar e da proteção da saúde da população.

A ONA é uma organização privada, sem fins lucrativos e de interesse coletivo, com sede em São Paulo e atuação em todo o território nacional. É constituída por entidades de âmbito nacional, que têm afinidade com os princípios, os ideais e as finalidades do processo de acreditação.

São membros fundadores e associados: Associação Nacional Hospitais Privados (ANAHP), Confederação Nacional de Saúde (CNS), Federação Nacional de Hospitais (FNH), Sociedade Brasileira de Análises Clínicas (SBAC), Associação Brasileira de Medicina de Grupo (Abramge), Confederação Nacional das Cooperativas Médicas (Unimed do Brasil), Federação Nacional de Saúde Suplementar (Fenasaude) e União Nacional das Instituições de Autogestão em Saúde (Unidas) (ONA, 2018).

A ONA normatiza e coordena o processo de acreditação implementado pelas Instituições Acreditoras Credenciadas (IACs) através do Manual Brasileiro de Acreditação, que varia de acordo com três segmentos: Organizações prestadoras de serviços de saúde, Serviços odontológicos e Serviços para saúde (Selo de Qualificação).

No momento vem sendo utilizado como base o padrão de “Gestão da Qualidade e Segurança” da versão 2018-2022 do Manual de organizações Prestadoras de Serviços de Saúde, que teve sua publicação realizada em julho de 2018.

O processo de revisão possui modelo participativo por meio de duas etapas: revisão por especialistas das IAC’s e de instituições de saúde reconhecidas no mercado e a segunda etapa realizada através de consulta pública por tempo determinado.

Os critérios para acreditação ONA são divididos em três níveis:

Nível 1: Atende ao princípio de “segurança” em todos os processos organizacionais;

Nível 2: Atende os princípios de Nível 1 e dispõe de um sistema de planejamento e organização focado na “gestão integrada”.

Nível 3: Atende os princípios de níveis 1 e 2 e demonstra uma cultura organizacional de melhoria contínua com maturidade institucional.

O padrão de “Gestão da Qualidade e Segurança” leva em consideração diretrizes para o planejamento e acompanhamento das atividades relativas à gestão e melhoria da qualidade e segurança do paciente, avaliando assim, os três níveis determinados pela ONA.

A lista de documentos exigidos para o processo de acreditação (Tabela 3) (ONA, 2018).

Tabela 3: Lista de Documentos Necessários à Acreditação ONA

LISTA DE DOCUMENTOS PARA ACREDITAÇÃO	
1	Alvará Vigilância Sanitária (todos os escopos)
2	Licença de funcionamento (incluindo a dos terceirizados)
3	Licença de conselhos de classe (CRM)
4	Responsável Técnico (Corpo Clínico)
5	Laudo do Corpo de Bombeiros
6	Plantas atualizadas e assinadas (física, elétrica e hidráulica)
7	Organograma
8	Planejamento Estratégico
9	Regimento Corpo Clínico oficializado e divulgado
10	Mapa de Risco
11	Rota de Fuga em todas as áreas
12	Fluxo para acidentes com material biológico e perfuro-cortante
13	Laudo potabilidade da água físico químico
14	Laudo Controle microbiológico da água
15	Laudo limpeza da caixa de água
16	Laudo de funcionamento do Para-raios
17	Laudo Radioproteção (serviço imagem) Se possuir
18	Contrato Controle de Pragas/atestado de controle de pragas com validade
19	Acompanhamento Vacinal dos colaboradores
20	Laudo calibração equipamentos (balanças e equipamentos de precisão)
21	Programa de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde aprovado
22	Termo de consentimento esclarecido e informado para os procedimentos de risco
23	Nomeação da Comissão de Farmácia e Terapêutica, 2 últimas atas e padronização mat. med.
24	Nomeação da CCIH e duas últimas atas
25	Nomeação da CIPA e duas últimas atas
26	Nomeação da Comissão de Segurança do Paciente/Comitê de Risco
27	Nomeação da Comissão de Óbito e duas últimas atas
28	Nomeação da Comissão de Ética e duas últimas atas
29	Nomeação da Comissão de Transplante e duas últimas atas
30	Nomeação da Comissão de revisão de prontuário e duas últimas atas
31	Plano de contingência (Para falta de água, energia, gás)
32	Nomeação do Núcleo de Gestão de Qualidade e duas últimas atas
33	Nomeação da Brigada de Incêndio e duas últimas atas
34	Comitê Gestor em funcionamento e duas últimas atas
35	Todas as políticas publicadas

Fonte: Elaboração do Autor

Para Schiesari (2014) os resultados das aplicações dos modelos de acreditação são muito variáveis, uma vez que para ser acreditado é preciso respeitar os padrões propostos. Entretanto, existe uma enorme diversidade na aplicação, explicando a grande variabilidade dos resultados encontrados.

A manutenção contínua dos processos, alinhados diariamente à gestão da qualidade, e a auditoria interna, feita periodicamente em toda a instituição, são fatores que motivam a melhoria contínua, resultando na percepção dos pacientes da existência de melhor assistência, a partir dos processos e padrões de segurança amplamente divulgados.

Um dos aspectos mais destacados é o enfoque educativo e não punitivo do controle da qualidade, feito pela gestão da qualidade. A manutenção do selo de acreditação é dependente de uma gestão da qualidade, alinhada às melhores práticas de assistência.

A acreditação melhora a segurança, contribui para a mudança da atuação no atendimento ao paciente, aprimora a comunicação e a documentação interna e externa, além de promover a atualização contínua.

A European Foundation for Quality Management (EFQM), na Europa, Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations (JCAHO), nos Estados Unidos e da ONA no Brasil tem contribuído no estabelecimento de padrões a serem seguidos, inclusive com a participação dos usuários, aprimorando assim, o controle e a transparência.

Submeter-se à avaliação externa, para serviços de saúde, é um ato voluntário, assumido após a consideração dos aspectos positivos e negativos dessa decisão. Quando essa avaliação é feita por especialistas, fornece uma ideia precisa da qualidade das condições em que a assistência é prestada, permitindo ressaltar as características de excelência dos serviços.

Por outro lado, essa abordagem implica ainda que áreas consideradas vulneráveis sejam apontadas, de forma a indicar caminhos potencialmente adotáveis pela direção, contribuindo para o direcionamento mais adequado das atitudes a tomar e melhorando idealmente a possibilidade de atingir os objetivos.

Apesar de ser um processo de certificação validado no Brasil desde 2001, neste ano de 2019, de um total de 6.702 hospitais apenas 347 apresentam o status de acreditado ONA, correspondendo a 5,18% dos hospitais do Brasil (Matarazzo & Zoca, 2019; ONA, 2019).

2.3. SAÚDE E OFTALMOLOGIA

2.3.1 UM POUCO SOBRE A SAÚDE NO BRASIL

Várias mudanças ocorreram na saúde pública brasileira nos últimos 30 anos, sendo a mais importante a criação do Sistema Único de Saúde em 1988, a partir da nova Constituição Federal (CF). Esta definiu saúde como: “Um direito de todos e dever do estado” e assegurou cobertura de saúde a todos as pessoas que estivessem em território nacional, com a participação das três esferas federativas (federal, estadual e municipal) (CF-Brasil, 1988).

O SUS passou a ser responsável pela promoção das ações e serviços públicos de saúde, de forma direta ou através de terceiros, de modo universal, com equidade, integralidade, caráter regionalizado e descentralização de suas ações (Paim, 2018).

Não se pode negar, que apesar dos problemas existentes, houve uma melhora no acesso à saúde depois da criação do SUS. Antes, menos de 20% da população brasileira tinha acesso à saúde. As modalidades de assistência eram feitas por clínicas privadas, pelo Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS), que só atendia os trabalhadores que contribuía com a previdência social e a grande maioria da população (80%), incluindo principalmente a menos favorecida, tinha que recorrer as Santas Casas, aos hospitais-escola ou as entidades de caridade (Souza *et al.*, 2019).

Embora a concepção do SUS seja perfeita, na prática não tem funcionado. A população brasileira continua a vivenciar os problemas e as dificuldades no acesso adequado aos programas e serviços de saúde e a insatisfação é geral. Apesar de todas as falhas, o investimento em saúde é semelhante ao de países referência em saúde pública.

Em 2018, investiu-se em torno de 8% do produto interno bruto, sendo 4,4% relacionados a gastos privados e 3,8% relacionados a gastos públicos o que não é muito diferente do Canadá e o Reino Unido (respectivamente 10,4 e 9,9%). Esse percentual tem se mantido nesses patamares nos últimos anos (Gionanella & Stegmüller, 2014; Celuppi *et al.*, 2019).

O investimento em saúde é expressivo. Entretanto, a distribuição destes recursos não condiz com as necessidades de uma boa gestão em saúde (Saldiva & Veras, 2018).

Um dos problemas é que grande parte do recurso destinado a saúde é aplicado no setor privado, que atende somente 23% da população e muitas vezes de forma desigual. O governo tem incentivado a criação de planos de saúde populares, com menor cobertura para doenças graves, consequentemente de menor custo a fim de reduzir a demanda nas unidades públicas de saúde.

Outro erro é o destino da receita. A menor parte é direcionada para os estados e municípios, que são os responsáveis pela atenção primária e secundária, correspondente a 80% de todo cuidado em saúde. Além dos aspectos financeiros, existem as especificidades regionais, uma vez que o Brasil é um país continental. Os atendimentos se realizam muitas vezes em regiões distantes e carentes, e que, não dispõem de um quadro técnico quantitativamente e qualitativamente adequados.

A remuneração de profissionais da saúde também precisa ser uma das preocupações governamentais. Uma consulta médica não pode valer R\$ 10,00 para o médico, como ocorre hoje. A baixa remuneração dos serviços aliada as péssimas condições de trabalho têm afastado os médicos e profissionais da saúde do serviço público e impulsionado sua migração para os planos e cooperativas de saúde. Apesar disso, os médicos e profissionais da saúde continuam insatisfeitos (CFM, 2017).

No final de 2018, o país tinha mais de 210 milhões de habitantes e o oitavo maior mercado de saúde do mundo. São cerca de 450.000 médicos, mais de 490.000 enfermeiros, mais de 6.800 hospitais, mais de 595.000 leitos, dos quais cerca de 44% privados e 56% públicos. Como outros países do mundo, o país tem observado um crescimento grande da expectativa de vida de seus habitantes que já alcança 75,8 anos, sendo 72,9 para os homens e 79,4 para as mulheres, mas enfrenta diferenças regionais que influenciam os cuidados à saúde e a qualidade de vida (Scheffer *et al.*, 2018).

Em termos institucionais, o sistema de saúde pode ser dividido em dois subsistemas: o público e o privado (Ramos & Miranda Netto, 2019). O subsistema público é representado pelo Sistema Único de Saúde e o subsistema privado é dividido em dois subsetores: o subsetor saúde suplementar e o subsetor liberal clássico (Cunha *et al.*, 2019).

No sistema liberal clássico os serviços particulares são autônomos, composto por clientela própria, captada por processos informais, no qual os profissionais da saúde estabelecem as condições de tratamento e de sua remuneração.

Na saúde suplementar os serviços são custeados pelas pessoas físicas e/ou jurídicas e prestados pelos planos de saúde oferecidos pelas Operadoras de Planos de Saúde ou Cooperativas e Seguros de saúde, oferecidos por Seguradoras.

No caso dos planos de saúde, as operadoras e cooperativas oferecem diretamente os serviços médicos em suas unidades (próprias ou conveniadas) e, em alguns planos, reembolso dos gastos efetuados pelo paciente. No caso do seguro saúde, as seguradoras garantem o reembolso das despesas de acordo com a montante segurado.

A gestão da saúde suplementar é privada, mas regulada pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS). Os prestadores de serviços de saúde (médicos, hospitais, dentre outros) são privados, credenciados pelos planos, cooperativas e seguros de saúde.

O modelo de regulação do setor de saúde suplementar brasileiro é diferenciado em relação à experiência internacional. Na maioria dos países, a regulação é feita a partir da atividade econômica em si, atuando sobre as empresas do setor e garantindo suas condições de solvência e a competitividade do mercado. No Brasil, diferentemente de vários países, existe forte regulação sobre o produto oferecido.

Como o setor público não vem alcançando seus objetivos, a ineficiência e as críticas são enormes. Por esta razão tem havido uma grande migração da população para os planos de saúde privados, que vem ampliando sua atuação no mercado e junto com população o aumento do número de médicos credenciados (Cunha *et al.*, 2019).

Há mais de dez anos o Conselho Federal de Medicina (CFM) realizou um censo que demonstrou que a grande maioria dos médicos trabalhava para ou junto a operadoras de planos de saúde e cooperativas médicas e menos de 2% viviam de suas clínicas privadas (CFM, 2017).

Dados da Agência Nacional de Saúde Suplementar de 2018 demonstraram haver 47.341.036 beneficiários de planos de saúde (22,8% da população brasileira) que buscaram este apoio devido a péssima qualidade do serviço público aliado, a necessidade de tratamento com tecnologias mais modernas que, na maioria dos casos, envolve custo cada vez maior (Miranda *et al.*, 2016). Desses beneficiários, mais de dois terços está na região sudeste, a mais rica do país (ANS, 2018).

A proteção aos beneficiários de planos de saúde tem apresentado avanços, mas ainda existem conflitos entre os beneficiários e as operadoras. Estes conflitos decorrem de uma grande heterogeneidade nos padrões de qualidade do setor, da fragmentação e descontinuidade da atenção que comprometem a efetividade e a eficiência do sistema como um todo, atingindo tanto a rede de cuidados básicos como a rede especializada e hospitalar.

Algumas tentativas têm sido feitas para melhorar a organização e a gestão, dentre elas a criação de Organizações Sociais de Saúde (OSS). Estas visam complementar as falhas do modelo proposto pelo SUS, onde os serviços eram geridos exclusivamente pelo estado de forma ineficiente e com resultados insatisfatórios. Todavia, este sistema também gera desigualdades, uma vez que serviços iguais são remunerados de forma diferente. Tem sido difícil gerir e uniformizar o atendimento à saúde das OSS.

Uma outra proposta que visa a melhor gestão na saúde são as Parcerias Público Privadas (PPP) baseadas em contratos e licitações que visam metas e resultados, onde cada parceiro pode definir sua estratégia. Nos últimos anos já foram criadas diversas PPP, concentradas na região sudeste e centro-oeste. Esta concentração em áreas mais favorecidas preocupa os governantes, quando se pensa em saúde pública. Regiões onde o índice de desenvolvimento humano (IDH) é mais baixo não tem atraído investidores privados, e são exatamente estas regiões que mais precisam de cuidados (Almeida, 2017).

Os desafios são, portanto, enormes. O sistema público de saúde, que deveria ser de qualidade e equitativo em todas as regiões brasileiras, tem tido dificuldades de cumprir sua missão. O

sistema privado tem atendido as populações de renda média ou superior e as geografias mais favorecidas economicamente, mas não atende aqueles de mais baixa renda e que vivem em regiões remotas do país.

Novas soluções estão sendo buscadas, até que a discussão do Pacto Federativo possa endereçar de forma definitiva a questão da repartição das receitas dos agentes federados e que a missão do SUS seja alcançada: “A saúde é um direito de todos e um dever do estado”.

2.3.2 IMPORTÂNCIA DA OFTALMOLOGIA COMO ESPECIALIDADE MÉDICA

A Oftalmologia, especialidade médica mais antiga no Brasil (1857) ocupa hoje o décimo lugar entre as especialidades mais procuradas no curso de medicina, perdendo apenas para as áreas básicas: ginecologia-obstetrícia, pediatria, clínica médica, cirurgia geral, e algumas especialidades como cardiologia, anestesiologia, ortopedia, dermatologia e urologia (CFM, 2018).

É uma especialidade cujo campo de abrangência é amplo, envolvendo indistintamente os gêneros, as raças, as condições sociais e as faixas etárias. O cuidado vai do prematuro de baixo peso, ao idoso e até post morte, com a retirada de a córnea e outras estruturas oculares para o transplante.

Os métodos e técnicas investigativas vão das mais simples as mais complexas, completando-se, quando necessário, com procedimentos cirúrgicos. A delicadeza e precisão dos exames complementares e técnicas cirúrgicas exigem continuado aperfeiçoamento tecnológico e altos custos, uma vez que são instrumentações caras e de obsolescência muito rápida.

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), os distúrbios oftalmológicos afetam quase 300 milhões de pessoas, dos quais, entre 60% a 80% dos casos podem ser evitados e tratados (Scheffer *et al.*, 2018). No Brasil, o Censo Demográfico de 2010 (IBGE, 2010) demonstrou

existir 190 milhões de pessoas, sendo que 18% desta população (35 milhões de pessoas) apresentava algum grau de dificuldade visual.

Na prática clínica as doenças oftalmológicas mais prevalentes são a Catarata, o Glaucoma, as Conjuntivites, a Retinopatia diabética, a Degeneração macular relacionada à idade e os Erros de refração (miopia, hipermetropia, astigmatismo e presbiopia ou vista cansada) (Ottaiano *et al.*, 2019).

A catarata, definida como qualquer opacificação do cristalino que atrapalhe a entrada de luz nos olhos, acarretando diminuição da visão pode levar desde pequenas distorções visuais até a cegueira. A catarata é responsável por 48% de todos os casos de cegueira no mundo (Ottaiano *et al.*, 2019).

O glaucoma é a segunda causa de cegueira. Afeta mais de 3 milhões de pessoas nos Estados Unidos e 60 milhões no mundo. A OMS estima que 4.5 milhões de pessoas no mundo são cegas devido ao glaucoma. Caracteriza-se por ser uma neuropatia óptica com repercussão característica no campo visual, cujo principal fator de risco é o aumento da pressão intraocular (PIO). Inúmeros trabalhos mostram que a prevalência do glaucoma se eleva significativamente com o aumento da idade, particularmente em latinos e afrodescendentes (AAOGP, 2015).

Outra doença, com importante relação à idade e a perda da visão é a degeneração macular relacionada à idade (DMRI). É uma doença degenerativa e progressiva que acomete a área central da retina (mácula), levando invariavelmente à perda da visão central.

A DMRI é a principal causa de cegueira irreversível em indivíduos com mais de 50 anos, acometendo cerca de 30% da população com mais de 75 anos. No Brasil, a prevalência de DMRI é de 2,2% na faixa entre 70-79 anos e de até 10,3% em indivíduos com 80 ou mais anos (Elias *et al.*, 2015).

A Organização Mundial de Saúde preconiza um médico para 1.000 habitantes. Se consideramos uma evolução histórica desde 1920, o número de médicos no país saltou de 14.031 para mais de 450 mil, crescimento de 2.219,8%, ou 32,2 vezes o número inicial. Entretanto, nesse período, a população passou de 30.635.605 para 207.660.929 habitantes, aumento de 577,8%, ou 6,8

vezes a população inicial, bem menor do que o crescimento médico, isto é, em 97 anos o número de médicos cresceu 3,7 vezes mais que o da população.

Segundo o Ministério da Educação (MEC), o Brasil dispõe de 337 escolas de Medicina, número muito superior ao de países mais populosos, ou desenvolvidos, como a China, os Estados Unidos, o Japão e a Rússia. Somente a Índia com suas 381 escolas tem um número superior ao Brasil (Freitas, 2018).

Só no período de um ano, entre 2017 e 2018 houve o incremento de quase quarenta mil médicos no mercado de trabalho. O número saltou de 414.831 em 2017, para 452.801 médicos cadastrados no Conselho Federal de Medicina (CFM), em janeiro de 2018. Este número corresponde à razão de 2,18 médicos por mil habitantes.

Em relação a necessidade de oftalmologistas por habitante, temos hoje uma proporção maior do que a recomendada pela OMS (1:20.000). Segundo o Conselho Brasileiro de Oftalmologia (CBO) existem 20.455 oftalmologistas em atividade no país, que se traduz em 1 profissional para cada 10.152 habitantes (Ottaiano *et al.*, 2019).

A alta prevalência de doenças que levam a perda de visão e os diversos procedimentos cirúrgicos fizeram com que os investimentos na assistência oftalmológica no Brasil em 2018, incluindo glaucoma e catarata, chegasse a R\$ 1,2 bilhão.

No tangente a especialidade oftalmologia, este envelhecimento da população está associado ao crescimento da prevalência de problemas visuais, em especial as doenças que mais causam cegueira como: catarata, glaucoma e degeneração macular relacionada à idade.

O desempenho do sistema de saúde só vai ser significativamente melhorado se os resultados forem mensurados e cada participante do sistema, responsabilizado pelos seus resultados. Afirma ainda que qualidade inferior não gera economia em a assistência à saúde, tampouco na maioria dos outros setores. Pelo contrário, baixa qualidade leva a complicações e à necessidade de tratamentos adicionais que elevam substancialmente os custos (Porter & Teisberg, 2006).

3. METODOLOGIA

3.1. CARACTERIZAÇÃO DO ESTUDO

Este é um estudo prospectivo, de caráter exploratório e descritivo, com análise qualitativa e quantitativa, que se constitui em uma proposta de intervenção com foco na implantação de estratégias eficientes de gestão organizacional e qualidade assistencial em uma clínica oftalmológica de pequeno porte, como formas de aumentar sua lucratividade com excelência na qualidade com vistas a garantir seu crescimento e permanência no mercado.

Para o diagnóstico das fragilidades e falhas será realizada análise observacional *in locu* da infraestrutura e processos, bem como análise do ambiente interno e externo em oficinas de trabalho com profissionais da empresa e análise do novo Manual ONA para Acreditação de Organizações de Saúde 2018.

Para as definições das estratégias e objetivos organizacionais será realizada a aplicação do *Balanced Scorecard*, com análise das perspectivas financeira, dos clientes e sociedade, dos processos internos e do conhecimento.

Para o alcance dos objetivos propostos no BSC e para o cumprimento dos requisitos ONA para Acreditação nível 1, serão elaborados Planos Estratégicos de Ação.

Os indicadores de monitoramento e de performance organizacional serão utilizados para o alcance dos objetivos propostos, a partir da implantação das ações estratégicas.

O presente estudo se limita ao município do Rio de Janeiro, com maior foco no bairro da Barra da Tijuca e especificamente à clínica Barra Vision Center.

O Brasil conta com 210.514.494 habitantes, o Estado do Rio de Janeiro com 17.264.943 habitantes, o Município do Rio de Janeiro 6.718.903 habitantes e região da Barra da Tijuca 394.037, segundo dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2019). Na BVC existem 16.000 pacientes cadastrados, correspondendo a 4% da população da região da Barra da Tijuca.

Para o levantamento bibliográfico e documental, foram utilizados os meios virtuais através de acesso pela internet, bem como pesquisas em livros e artigos de referência para a construção dos objetivos dessa presente proposta. Utilizou-se a base de dados Scielo, PubMed e Google Scholar, entre os anos 2010 e 2019. Os idiomas pesquisados foram inglês, espanhol e português. As palavras chaves utilizadas foram: gestão, saúde, acreditação/ONA, clínica/ofthalmológica; Balance Scorecard (BSC).

3.2. ASPECTOS ÉTICOS

O presente estudo, uma vez que utiliza apenas dados de origem interna da empresa e por ser um projeto de intervenção, não havendo dados coletados de pacientes, está dispensado de aprovação junto ao Comitê de Ética em Pesquisa, não se enquadrando, portanto, aos termos da resolução número 466, de 12 de dezembro de 2012 (Ministério da Saúde, 2013).

3.3. PROPOSIÇÃO

Espera-se, portanto, que as metodologias propostas nesse estudo sejam eficientes para se alcançar o objetivo geral proposto, bem como os objetivos específicos e que, no contexto global, contribuam para aumentar o conhecimento e domínio sobre o presente tema.

4. RESULTADOS

4.1. APRESENTAÇÃO DA EMPRESA

A Barra Vision Center (BVC) – clínica oftalmológica, é uma pequena empresa, criada em 2009 e ampliada em 2012 com a inclusão de um sócio. Nesses últimos 7 anos houve o crescimento no número de médicos parceiros, pacientes e faturamento, mas sempre sem nenhum planejamento estratégico.

Cabe ressaltar que a missão inicial encontrada e acordada pelos dois sócios foi de atender pacientes de plano de saúde de uma forma diferenciada, realizando consultas e exames oftalmológicos com toda a qualidade técnica e tecnológica possível, não perdendo a humanização e individualizando cada atendimento.

A clínica foi montada em uma área nobre da cidade do Rio de Janeiro, em um empreendimento moderno, diferenciado e de fácil acesso. As instalações foram idealizadas para oferecer aos pacientes, funcionários e médicos todo o conforto e comodidade. A Barra Vision Center caracteriza-se por ser uma empresa bastante inovadora e disruptiva, porém apesar de diversos planos de crescimento, os resultados não têm sido satisfatórios.

4.2. ESTRUTURA ORGANIZACIONAL DA BVC

2.3.3 DIAGNÓSTICO SITUACIONAL

A clínica é administrada por seus dois sócios, Dr. Ricardo Valente e Dra. Marcela Salomão. A parte administrativa é exercida por duas atendentes, que revezam o horário de trabalho. Realizando também a marcação de cirurgia, solicitação e entrega de lentes de contato.

A clínica conta com um total de 8 médicos, com carga horária heterogênea e maior participação de atendimentos pelos sócios, conforme apresentado abaixo (Tabela 4).

A operacionalidade se baseia em consultas de 30 minutos. Atualmente existem 2 consultórios ativos, com a capacidade de 24 atendimentos/dia durante a semana e aos sábados, não ocorrem atendimentos. Utilizando a capacidade total da clínica poderia haver o total de 480 atendimentos no mês. Atualmente a média de atendimentos mensais é inferior a 400 consultas, bem abaixo da capacidade total.

A análise da tabela de horários por profissionais demonstra que a clínica não está trabalhando com toda sua capacidade operacional. No entanto a recepção, conforme está organizada atualmente, não comporta aumento de demanda, o que comprometeria de forma expressiva o atendimento ao cliente.

Tabela 4: Comparativo de Carga Horaria Mensal por Médico e Especialidade

Médico	Sub-Especialidade	Horário Semanal			CH mensal (hs)	Participação (%)
		Dia da Semana	Horário	Frequência		
A B	Pálpebras	4ª feira	10:30 - 11:30 hs	Quinzenal	2	1
D J	Segmento anterior	6ª feira	9:30 - 12:30 hs	Semanal	12	5
K M	Retina	4ª feira	8:30 - 10:30 hs	Quinzenal	4	2
M S	Córnea, catarata, refrativa e lentes de contato	2ª feira	8:30 - 12:30 hs	Semanal	108	47
			13:30 - 18:00 hs			
		3ª feira	9:00 - 12:00 hs			
		4ª feira	9:00 - 12:30 hs			
			13:30 - 18:00 hs			
		5ª feira	14:00 - 17:00 hs			
6ª feira	8:30 - 13:00 hs					
M B	Retina	3ª feira	14:30 - 17:00hs	Quinzenal	5	2
Re B	Catarata	2ª feira	13:30 - 18:30 hs	Semanal	20	9
R V	Catarata, refrativa e lentes de contato	3ª feira	9:00 - 12:00 hs	Semanal	72	31
			14:00 - 18:00 hs			
		5ª feira	9:00 - 12:00 hs			
			14:00 - 18:00 hs			
		6ª feira	14:00 - 18:00 hs			
Ro B	Glaucoma e catarata	2ª feira	9:00 - 12:00 hs	Quinzenal	6	3

Fonte: Elaboração do Autor

Cálculo estimativo da capacidade operacional máxima da clínica: proposta de consultas de 20 minutos.

A clínica possui 2 consultórios, com a capacidade de 48 atendimentos/dia durante a semana e aos sábados, funcionando no turno da manhã, mais 18 consultas. Utilizando a capacidade total da clínica poderia haver o total de 1032 atendimentos no mês.

2.3.4 DIAGNÓSTICO SETORIAL (apresentado na tabela 5)

Recepção da clínica:

- Apesar de acolhedora e confortável, não repassa ao cliente a visão do “NEGÓCIO” da empresa que é a Saúde Ocular. O cliente aperta o interfone e aguarda a abertura da porta o que não é adequado pois gera um tempo de espera e aumenta o trabalho das atendentes.
- A missão, visão e valores da empresa ainda não foram definidos e não estão visíveis para os clientes e funcionários.
- Não existe nenhum documento exposto que comprove a idoneidade da empresa junto aos órgãos fiscalizadores, bem como sobre a expertise de seus profissionais. Não existem informações sobre os tipos de especialidades atendidas na clínica.
- Ao entrar na clínica o paciente não visualiza diretamente a recepção e sim o reflexo da televisão no espelho, o quê, em um primeiro momento, transmite ao cliente a sensação de insegurança até que consiga chegar ao guichê de recepção.
- Os pacientes erram a porta de entrada da clínica visto que no quadro da entrada do prédio constam salas 529 e 530.

Área destinada às atividades burocráticas e administrativas:

- Existe um subdimensionamento para atender a capacidade operacional da clínica, só comportando 1 atendente por vez;
- Uma impressora jato de tinta está instalada em local distante do alcance imediato das atendentes;

- O display do computador de mesa da recepção é grande e ocupa muito espaço sob a mesa;
- As atendentes se posicionam na mesa em local que dificulta a visualização imediata pelos clientes que entram na clínica.

Armazenamento de materiais:

- As caixas de lentes de contato para teste, não estão organizadas adequadamente havendo alto risco de erros;
- Em relação aos testes de lentes de contato, as atendentes informaram que os pacientes gostam das lentes, mas a maioria não volta para finalizar o pagamento do processo de adaptação;
- O extintor de incêndio está em local não demarcado segundo normas do corpo de bombeiros;
- A geladeira comporta alimentos e medicamentos, o que é proibido pela Anvisa.

Atividades administrativas:

As atendentes/administrativas são comprometidas e se esforçam para realizar todas as atividades de forma adequada, no entanto, pelo fato de acumularem várias funções, privilegiam as atividades administrativas/operacionais, deixando em segundo plano a atenção ao paciente.

São atividades das atendentes:

- 1) Atender telefone para dar informações e marcar consultas.
- 2) Liberar o paciente na portaria e na abertura da porta do consultório.
- 3) Receber o paciente para consulta sendo: paciente novo (necessário realizar o cadastro) e paciente já cadastrado (recolhe documentos e carteira do convênio).
- 4) Solicitar autorização de guias.
- 5) Instilar colírio para dilatação de pupila dos pacientes sempre que necessário.
- 6) Visualizar o paciente na agenda e iniciar o processo administrativo segundo regras dos convênios.
- 7) Registrar a consulta junto aos convênios: passar a carteira do convênio no sistema, ao término da consulta.
- 8) Emitir declaração de comparecimento e assinatura do médico, quando necessário.

- 9) Lançar os dados para o faturamento da clínica, segundo produção de cada médico.
- 10) Emitir relatório consolidado de produção/convênio/mês.
- 11) Conferir e-mails e informar ao paciente o agendamento de cirurgias e a chegada de lentes de contato.
- 12) Registrar o faturamento da empresa e emissão de relatórios para contadores.
- 13) Controlar os pedidos, armazenamento, rotulagem, entrega e controle de pagamentos dos processos de adaptação das lentes de contato.

Tabela 5: Diagnóstico Setorial da Clínica

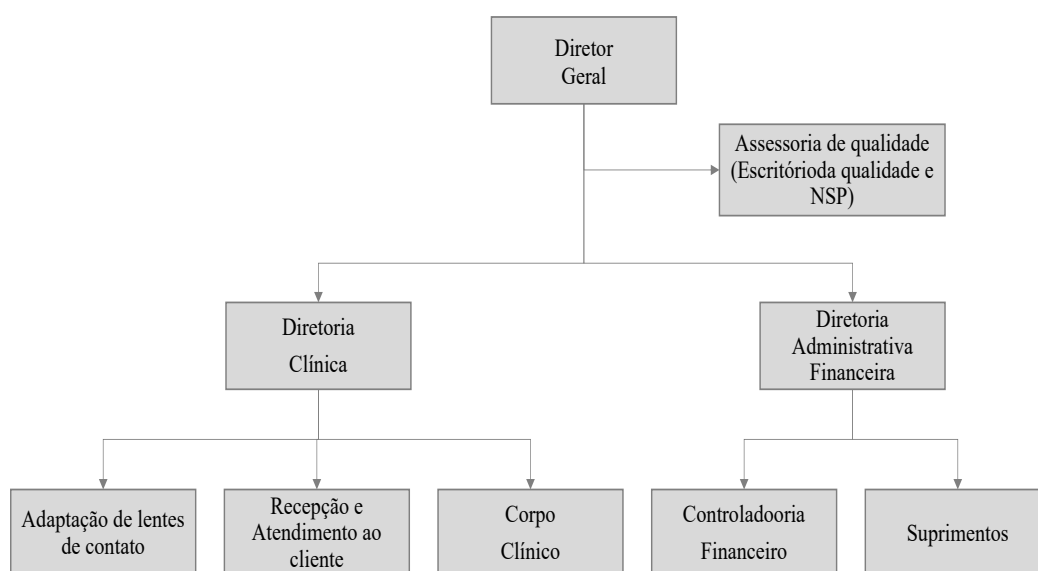
Atividade/Área	Pontos Positivos	Pontos Negativos
Porta de Entrada da clínica	Não se aplica	Possui 2 números de sala e a entrada é apenas por uma delas: confunde cliente
Recepção	Acolhedora, confortável, decoração e funcionários prestativos	Não define a visão, missão e valores
		Falta documento exposto que comprove a idoneidade da empresa
		Falta informação sobre as especialidades atendidas na clínica
Área das atividades burocráticas	Não se aplica	Subdimensionada: Só comporta 1 atendente por vez
		Impressora jato de tinta instalada distante das atendentes
		Display do computador de mesa da recepção ocupa muito espaço sob a mesa
		Atendentes se localizam fora do alcance dos clientes que entram na clínica
Armazenamento de materiais	Não se aplica	Falta organização das caixas de lentes de contato para teste, levando a erros
		Extintor de incêndio em local não demarcado segundo normas do corpo de bombeiros;
		Geladeira: alimentos e medicamentos juntos
Atendentes	Comprometidas, esforçadas e responsáveis	Privilegiam as atividades administrativas/operacionais
		Falta atenção adequada ao paciente
		Falta de controle dos valores pagos pelos convênios e datas de pagamento

Fonte: Elaboração do Autor

4.3. COMPONENTES ESSENCIAIS PARA O PLANEJAMENTO ESTRATÉGICO, BASEADO NO *BALANCED SCORECARD* (BSC)

4.3.1 ORGANOGRAMA DA EMPRESA (Figura 3)

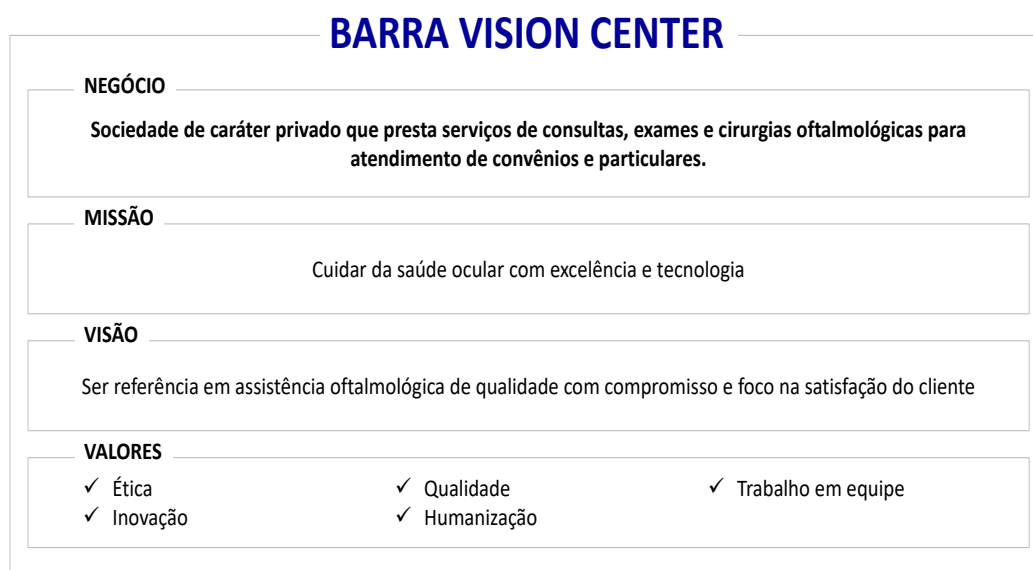
Figura 3: Organograma - Barra Vision Center



Fonte: Elaboração do Autor

4.3.2 DEFINIÇÃO DA IDENTIDADE ORGANIZACIONAL (Figura 4)

Figura 4: Identidade Organizacional - Barra Vision Center



Fonte: Elaboração do Autor

Visão: Ser referência em assistência oftalmológica de qualidade com compromisso e foco na satisfação do cliente.

Missão: Cuidar da saúde ocular com excelência e tecnologia avançada.

Valores: Ética, inovação, qualidade, humanização e trabalho em equipe

Negócio: É uma sociedade de caráter privado que presta serviços de consulta médica, exames e cirurgias oftalmológicas, com foco no atendimento a convênios e particulares. O benefício para o cliente se traduz pela qualidade da atenção prestada, quer a nível médico quanto a nível administrativo.

Cultura: De motivação e atualização constante, de acolhimento e de preocupação com toda equipe da BVC, bem como dos pacientes atendidos pela clínica.

4.3.3 ANÁLISE AMBIENTAL

a) Ambiente Externo – oportunidades e ameaças

O ambiente setorial da BVC é composto das seguintes variáveis: vigilância sanitária, entidades médicas, laboratórios farmacêuticos, clínicas para os quais são solicitados exames, clínicas concorrentes, fornecedores de materiais hospitalares e medicamentos, fornecedores de tecnologias médicas, operadoras de planos de saúde e clientes. Apresenta-se a seguir uma breve descrição dos agentes externos.

- Vigilância sanitária:

Órgão da esfera Estadual e Municipal, responsável pela regulamentação e fiscalização das prestadoras de serviços de saúde. Anualmente é realizado uma vistoria para ser concedido o alvará sanitário.

Exige a apresentação de: comprovante de dedetização e destinação dos resíduos sólidos (lixo hospitalar). A clínica utiliza a estrutura do Condomínio Le Monde, que recolhe diariamente o lixo, incluindo os resíduos hospitalares.

Situação da BVC = Todas as exigências da vigilância sanitária estão em dia e o Alvará Sanitário foi concedido a clínica e encontra-se válido.

- Entidades médicas:

O Conselho Federal de Medicina (CFM), o Conselho Regional de Medicina (CRM), a Associação Médica Brasileira (AMB), o Conselho Brasileiro de Oftalmologia (CBO) e a Cooperativa Estadual de Serviços Administrativos em Oftalmologia (COOESO), são os órgãos de a área médica, mais importantes para a BVC.

Situação da BVC = A empresa foi constituída respeitando todas as normas e diretrizes dessas instituições, mantém ótimo relacionamento com todas as envolvidas.

- Laboratórios farmacêuticos:

Os médicos recebem visitas de representantes, o que é positivo no sentido de se manterem atualizados quanto as novas drogas para tratamento das doenças.

Situação da BVC = Manter bom relacionamento pela constante atualização do arsenal farmacêutico e possibilidade de participação em congressos e feiras oferecidos pelos laboratórios.

- Laboratórios e clínicas para exames solicitados:

A clínica mantém pouco relacionamento com outros laboratórios e clínicas onde são realizados os exames de seus pacientes (laboratoriais, exames de imagem, eletrocardiogramas e avaliações de outras especialidades). Da mesma forma a BVC recebe poucos pacientes encaminhados de outros médicos para exames e tratamentos.

Situação da BVC = Considera um ponto fraco da empresa, devendo ser mais bem explorado, com a procura por criar uma atmosfera de cooperação entre as clínicas, prevalecendo o objetivo maior de fornecer ao cliente um melhor atendimento.

- Concorrentes diretos da Barra Vision Center:

No bairro da Barra da Tijuca atualmente, existem 64 médicos oftalmologistas trabalhando em clínicas especializadas em oftalmologia, segundo dados do site da Unimed Rio.

Quanto a variável preço, a empresa vem praticando um valor médio da consulta particular no bairro, sendo de R\$ 250,00 o valor praticado pela empresa. As variações no bairro se iniciam em R\$ 60,00 (clínica popular), podendo chegar ao valor de R\$ 800,00.

Analisando a concorrência verifica-se como preocupante o estacionamento do prédio onde está localizada a clínica pois só dispõe de serviço de manobrista, gerando custo excessivo.

Situação da BVC = Apresenta vantagens competitivas que a diferenciam das demais organizações do setor, sendo a principal a empatia do corpo clínico e das atendedoras com seus clientes. Existe e real necessidade de melhorar a análise dos concorrentes.

- Fornecedores de materiais hospitalares e medicamentos:

A clínica dispõe de cadastro com diversos fornecedores. Em geral o prazo de entrega é de sete dias, o que permite manter um nível de estoque baixo. No processo de compra são solicitadas cotações para no mínimo 3 fornecedores para que se possa obter melhores preços e condições de pagamento.

Situação da BVC = Boa relação com fornecedores e satisfação com os serviços prestados.

- Fornecedores de tecnologias médicas:

Um dos princípios fundamentais da organização é a excelência dos serviços médicos prestados, sendo que os proprietários têm uma forte preocupação com a qualidade dos serviços e com a atualização constante, o que se configura como um importante fator de competitividade no mercado de saúde.

Foi adquirido recentemente um equipamento para exame de retinografia que permite a realização do exame na clínica e em ambiente externo. A vantagem deste aparelho é o fato de poder ser transportado facilmente e proporcionar ao paciente um exame mais rápido e agradável.

Situação da BVC = Disponibilização de exames complementares.

- Operadoras de planos de saúde:

As empresas operadoras de planos de saúde representam, para a maioria das clínicas médicas, o negócio que movimenta maior volume de atendimentos.

Ha entre os médicos e os planos de saúde uma relação de interdependência bastantes conflituosas, considerando-se a constante luta da classe médica por melhores remunerações de seus honorários.

Os planos trabalham com tabelas padronizadas para pagamentos dos serviços médicos, e efetuam os pagamentos 60 (sessenta) dias após o atendimento, apesar de cobrarem antecipadamente de seus clientes e, com valores elevados e crescentes, muitas vezes em demandas judiciais. As operadoras justificam o aumento em função dos custos de operacionalização.

A Agência nacional de Saúde é o órgão regulador destas relação: cliente-clínica-operadora planos saúde, devendo coibir as cobranças abusivas por parte dos planos de saúde. Entretanto, existem falhas no controle da auditoria dos convênios e que, uma vez apontadas irregularidades, sejam tomadas as providências para que os convênios corrijam os pagamentos que porventura tenham sido feitos incorretamente.

A clínica trabalha com quatorze convênios médicos ou planos de saúde, com maior relevância para o Bradesco Saúde, Sul América Saúde e Unimed cooperativa médica.

Um problema enfrentado em relação as OPS são as glosas. Estas correspondem ao não pagamento à clínica ou profissional sem a devida justificativa.

Situação da BVC = Focar na busca de novos credenciamentos em convênios e planos de saúde; evitar as glosas e aumentar o controle do faturamento proveniente dos convênios/planos saúde.

- Clientes:

A primeira observação a ser feita refere-se à dificuldade da classe médica de ver seus pacientes como clientes, que, assim como consumidores de qualquer outra área de negócios tem aumentado seu nível de exigência quanto à qualidade dos serviços. Embora seja difícil para o paciente avaliar tecnicamente os serviços médicos ele não deixa de fazê-lo, baseando sua avaliação nas características que lhe são perceptíveis.

Neste sentido, a análise dos fatores associados à percepção dos clientes quanto à qualidade dos serviços prestados deverá ser submetida a uma pesquisa e avaliação mais detalhada por parte da empresa.

Situação da BVC = Trabalhar mais intensamente os conceitos da missão, visão e valores da clínica.

A seguir serão apresentadas duas tabelas resumidas com os principais fatores externos que podem interferir na BVC: Ameaças e oportunidades (Tabela 6 e Tabela 7).

Tabela 6: Relação das Principais Ameaças da BVC

Ameaças
Nível de exigência dos clientes cada vez maior;
Operadoras de planos de saúde:
1. Intervalo de 60 dias para pagamentos dos serviços médicos
2. Atraso no pagamento dos serviços médicos
3. Falta de atualização dos valores pagos pelos serviços prestados
Pouco relacionamento com outros laboratórios e clínicas de exames;
Falta de regulamentação adequada da ANS em relação as OPS;
Falta de encaminhamento de outros médicos e clínicas para a BVC;
Falta de controle nos horários de visitação Representantes da indústria farmacêutica;
Número de Clínicas Concorrentes;
Número excessivo de oftalmologista na região onde se localiza a BVC;
Estacionamento para clientes tem custo excessivo.

Fonte: Elaboração do Autor

Tabela 7: Relação das Principais Oportunidades da BVC

Oportunidades
Mostrar o diferencial da BVC;
Aumentar a divulgação da clínica para aumentar demanda e atrair mais clientes privados;
Melhorar o relacionamento e a divulgação da clínica;
Participar mais intensamente nas reuniões da ANS;
Intensificar a atualização quanto a novas drogas para tratamento;
Patrocínio em eventos científicos;
Precificar a consulta em um valor justo para o cliente e para o profissional;
Divulgar exames feitos na clínica;
Divulgar e demonstrar a empatia do corpo clínico e das atendentes com seus clientes;
Negociar com o condomínio valores diferenciados para os clientes da BVC.

Fonte: Elaboração do Autor

a) Ambiente Interno – Pontos Fortes e Fracos.

- **Pontos Fortes:**

Qualificação profissional dos médicos que são especializados no tratamento de doenças oculares e dispõem de equipamentos modernos para os mais diversos diagnósticos. Esta característica reforça-se pelo espírito empreendedor dos sócios no que se refere à busca do aperfeiçoamento e uso das mais avançadas tecnologias.

O aspecto fundamental nesta análise refere-se a reputação dos mesmos no mercado em que atuam, pois contam com uma excelente imagem. O carisma e atenção com os clientes complementam a competência apresentando-se como fator fundamental na fidelização dos seus clientes e gerando a "propaganda boca à boca" fundamental para as pequenas empresas.

Bom relacionamento que a empresa possui com fornecedores, operadoras de planos de saúde e classe médica em geral além da localização numa posição central da cidade, de fácil acesso, onde existe um núcleo com diversas outras clínicas e laboratórios.

Dedicação de seus colaboradores. Estes apresentam-se motivados e são bastante elogiados pelos clientes pela cordialidade demonstrada. Não menos importante cabe ressaltar as instalações físicas diferenciadas e bem atrativas para os clientes.

A Tabela 8, exposta em seguida, apresenta um resumo dos principais pontos fortes da BVC.

Tabela 8: Principais Pontos Positivos da BVC

Pontos Positivos
Médicos bem qualificados e atualizados;
Carisma e atenção aos clientes diferenciada;
Preocupação com a qualidade dos serviços prestados;
Aparelhagem moderna para exames;
Fornecedores pontuais na entrega dos produtos - bom relacionamento;
Busca por preços competitivos dos produtos de uso da clínica;
Respeito as normas técnicas do CFM;
Apresenta todos os documentos para o alvará sanitário atualizados;
Controle de resíduos e dedetização;
Instalações físicas modernas e agradáveis.

Fonte: Elaboração do Autor

- **Pontos Fracos:**

Localização no interior de um condomínio, impedindo a maior visibilidade de novos e antigos clientes. Gerando uma dependência muito grande de diferentes canais de marketing para alcançar o público.

Estacionamento realizado exclusivamente por intermédio de manobristas, o que resulta em um alto custo para os clientes e o desconforto de alguns que não se sentem tranquilos na utilização desse tipo de serviço.

Falta de integração da equipe médica com os processos de melhoria e ampliação da qualidade da clínica, por serem externos e com pouco comprometimento com o resultado final da empresa.

Limitação de espaço físico dificultando o crescimento, tanto no atendimento de um maior número de pacientes tanto na contratação de novos profissionais, que terão dificuldade de encontrar locais confortáveis para exercer suas atividades.

Falta de capital de giro impossibilitando investimentos e criação de novas áreas como marketing, qualidade, financeira e contábil. Assim como dificulta o crescimento do espaço físico, já mencionado, como um problema.

A maioria dos aspectos negativos levantados no ambiente interno, referem-se a atividades administrativas realizadas até o momento de forma bastante empírica, principalmente, por uma das funcionárias, que apesar de possuir formação apropriada executa muitas atividades ao mesmo tempo gerando baixa produtividade e ineficiência.

Assim torna-se imprescindível a contratação de um profissional com formação em administração de empresas, de forma que possa exercer as funções de planejamento, organização, coordenação e controle dos processos internos de forma que os esforços dos demais profissionais possam ser otimizados, gerando melhor desempenho para a organização como um todo. A seguir serão apresentados os principais pontos negativos na tabela 9.

Tabela 9: Principais Pontos Negativos da BVC

Pontos Negativos
Localização do consultório dentro de um prédio: pouca visibilidade;
Custo do estacionamento;
Falta de integração da equipe médica;
Espaço físico da clínica é limitado;
Falta de caixa para novos investimentos;
Pouco marketing;
Falta de sistema de controle de processos: armazenamento de medicamentos e materiais hospitalares;
Atraso no atendimento ao cliente;
Baixa produtividade das atendentes: excesso de atribuições.

Fonte: Elaboração do Autor

Figura 5: Matriz SWOT da BVC

	Fatores Positivos	Fatores Negativos
Fatores Internos	<p>Strengths (Forças)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Exigências sanitárias e de entidades médicas dentro das recomendações; 2. Atendimento de qualidade e diferenciado em relação às outras clínicas de oftalmologia; 3. Boa relação com fornecedores e representantes da indústria farmacêutica; 4. Disponibilidade de exames oftalmológicos modernos. 	<p>Weakness (Fraquezas)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Falta de controle do pagamento e do prazo de pagamento das OPS; 2. Estacionamento onde se situa a clínica com custo elevado; 3. Falta de integração entre a equipe médica; 4. Limitação do espaço físico; 5. Falta de capital de giro; 6. Falta de divulgação da visão, missão e valores da BVC.
Fatores Externos	<p>Opportunities (Oportunidades)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Aumento da divulgação da clínica; 2. Participação nas reuniões da ANS; 3. Atualização médica: participação eventos, congressos e etc.; 4. Atualização de funcionários administrativos: seminários, capacitações e etc.; 5. Divulgação dos serviços da BVC. 	<p>Threats (Ameaças)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Falta de parceria com outras clínicas de exames; 2. Escassez de credenciamento de planos de saúde; 3. Elevado Tempo de reembolso dos planos de saúde; 4. Falta de parceria com outra especialidades médicas (potenciais encaminhadores de pacientes); 5. Excessivo número de oftalmologias na área da BVC.

Fonte: Elaboração do Autor

4.4. CONSTRUÇÃO DO MAPA ESTRATÉGICO

O mapa estratégico segundo *Balanced Scorecard*, foi construído em conjunto com os gestores da clínica, após o diagnóstico situacional da empresa. O mapa estratégico (Figura 6) será o direcionador do Plano de Ação e contém as ações de qualidade para Acreditação.

O mapa estratégico se baseou primariamente na visão que a BVC quer passar ao público em geral que é “Cuidar da saúde ocular com excelência e tecnologia”.

Em relação aos aspectos financeiros, a meta é ampliar o faturamento; no aspecto clientes, mercado e sociedade a meta é fortalecer a marca da clínica no mercado e otimizar os custos de despesas a fim de aumentar o faturamento anual. Entretanto, fatores como qualidade de serviços e relacionamento com o cliente, cooperação com desafios socioambientais e ampliação dos negócios, não podem deixar de fazer parte deste escopo.

Nos processos internos, a meta implantar a política de qualidade com foco na gestão de riscos; o domínio tecnológico dos processos estratégicos e garantir reserva de caixa, para cobrir eventuais necessidades. A BVC busca excelência no desempenho destes processos.

Em relação ao aprendizado e crescimento: ter uma equipe qualificada, competitiva e satisfeita é busca constante, além de garantir uma infraestrutura adequada melhora na comunicação interna.

Figura 6: Mapa Estratégico (BSC) - Barra Vision Center

PERSPECTIVA	OBJETIVO	MACROAÇÃO
Financeira	Aumentar o faturamento anual	Fortalecer a marca da clínica no mercado
		Aumentar a participação no mercado
		Otimizar os custos e despesas
De Clientes	Fidelizar os clientes	Ter qualidade dos serviços percebida pelos clientes
		Cooperar com os desafios socioambientais
		Estreitar o relacionamento com os clientes
		Garantir a pontualidade para atendimento dos clientes
Processos Internos	Obter excelência no desempenho dos processos	Definir processos para garantir a correta execução das tarefas sem retrabalho
		Tornar os processos mais ágeis e eficientes melhorando a experiência do cliente
		Introduzir novas soluções para suporte aos negócios
		Otimizar a gestão de custos e investimentos
Aprendizado e crescimento	Criar um time de alta performance	Ser reconhecida como uma organização de excelência e ter forte compromisso com o cliente
		Atualizar e capacitar o conhecimento específico dos funcionários para oferecer os melhores produtos e serviços para o cliente
		Melhorar o processo decisório através do uso de ferramentas analíticas

Fonte: Elaboração do Autor

4.5. ELABORAÇÃO DO PLANO DE AÇÃO, SEGUNDO O BSC

Para viabilizar a execução das atividades e acompanhamento dos objetivos estratégicos da Mapa estratégico BSC da clínica Barra Vision Center, foi proposto um plano de ação abrangendo todas as perspectivas: **Figura 7.**

Figura 7: Visão Geral do Plano de Ação

PERSPECTIVA	OBJETIVO			
Financeira	Fortalecer a marca da clínica no mercado	Aumentar o faturamento anual	Otimizar os custos e despesas da empresa	
De Clientes	Ter a qualidade dos serviços percebida pelos clientes	Cooperar com os desafios socio-ambientais	Estreitar o relacionamento com os clientes	Ampliar a atuação do negócio
Processos internos	Implantar a política de qualidade	Realizar a gestão de riscos	Ter domínio tecnológico dos processos estratégicos	Manter reserva de caixa
Aprendizado e crescimento	Manter infraestrutura adequada	Criar, atrair e desenvolver competências	Melhorar a comunicação interna	Aumentar a satisfação do colaborador

Fonte: Elaboração do Autor

Figura 8: Perspectiva Financeira

Financeiro			
OBJETIVO	MACROAÇÃO	RESPONSÁVEL	STATUS
Fortalecer a marca da clínica no mercado	Concluir o site da empresa	Diretoria Geral	Concluída
	Investir no fortalecimento do marketing interno	Diretoria Geral e Clínica	Em Andamento
Aumentar o faturamento anual	Aumentar o número de consultas	Diretoria Geral	Em Andamento
	Realizar busca ativa de pacientes de retorno e lentes para novo agendamento	Diretoria Geral	Concluída
	Investir na estruturação e marketing da sala de lentes de contato	Diretoria Geral	Em Andamento
	Ampliar a carteira de convênios (Ex.: Amil)	Diretoria Geral	Em Andamento
	Aumentar a taxa de conversão de cirurgias	Diretoria Geral	Em Andamento
	Ampliar os tipos de exames realizados na clínica	Diretoria Geral	Em Andamento
Otimizar os custos e despesas da empresa	Buscar estratégias contábeis para redução de impostos	Diretoria Financeira	Concluída

Fonte: Elaboração do Autor

Figura 9: Perspectiva dos Clientes

Cliente, Mercado e Sociedade			
OBJETIVO	MACROAÇÃO	RESPONSÁVEL	STATUS
Ter a qualidade dos serviços percebida pelos clientes	Investir no fortalecimento do marketing interno	Diretoria Geral e Clínica	Em Andamento
	Investir no fortalecimento do marketing externo	Diretoria Geral, Clínica e Financeira	Em Andamento
	Implantar a gestão da qualidade	Diretoria Geral, Clínica e Qualidade	Em Andamento
Cooperar com os desafios socio-ambientais	Campanha social externa para pacientes de 3ª idade com foco na saúde visual preventiva (Ex.: Diabetes)	Diretoria Geral	Em Andamento
	Realizar o descarte correto dos resíduos conforme plano de gerenciamento de resíduos PGRSS do condomínio	Diretoria de Qualidade	Concluída
Estreitar o relacionamento com os clientes	Implantar a pesquisa de satisfação dos clientes e gestão de dados para ações de melhorias	Diretoria de Qualidade	Em Andamento
	Implementar disparo de e-mails para aniversário, natal e ano novo e informativos técnicos periódicos	Diretoria Geral e Qualidade	Concluída
	Orientar, avaliar e identificar possíveis eventos adversos pós cirúrgicos	Diretoria de Qualidade	Em Andamento
Ampliar a atuação do negócio	Estruturar serviço de adaptação de lentes de contato	Diretoria Geral e Clínica	Concluída
	Implantar a realização de novos exames na clínica	Diretoria Geral e Clínica	Em Andamento
	Ampliar as subespecialidades atendidas na clínica	Diretoria Geral e Clínica	Concluída

Fonte: Elaboração do Autor

Figura 10: Perspectiva dos Processos Internos

Processos internos			
OBJETIVO	MACROAÇÃO	RESPONSÁVEL	STATUS
Implantar a política de qualidade	Dar visibilidade à missão, visão e valores da empresa	Diretoria Geral e Qualidade	Concluída
	Capacitar os profissionais quanto aos princípios da qualidade	Diretoria de Qualidade	Em Andamento
Realizar a gestão de riscos	Nomear o comitê de risco, NSP e comitê de qualidade	Diretoria Geral e Clínica	Concluída
	Mapear os processos estratégicos, identificar os riscos de cada processo e definir classificação	Diretoria de Qualidade	Em Andamento
	Implantar fluxo de notificação de eventos adversos e tratativa dos eventos	Diretoria de Qualidade	Em Andamento
Ter domínio tecnológico dos processos estratégicos	Propor customização do sistema micrologos para fornecer indicadores que possam medir a eficiência dos processos estratégicos (recepção, consulta, controle contábil e financeiro, aquisição e gerenciamento de insumos, exames)	Diretoria de Qualidade	Em Andamento
Manter reserva de caixa	Organizar os processos internos com direcionamento adequado do recurso financeiro	Diretoria de Qualidade e Financeira	Em Andamento

Fonte: Elaboração do Autor

Figura 11: Perspectiva de Aprendizado e Crescimento

Processos internos			
OBJETIVO	MACROAÇÃO	RESPONSÁVEL	STATUS
Manter infraestrutura adequada	Cumprir os requisitos on a propostos pela consultoria	Diretoria Geral, Clínica e Qualidade	Em Andamento
Criar, atrair e desenvolver competências	Contratar gestora da qualidade e promover treinamentos periódicos conforme necessidade da clínica	Diretoria Geral e Qualidade	Concluída
Melhorar a comunicação interna	Implantar o protocolo de comunicação segura do NSP e comitê de qualidade	Diretoria de Qualidade	Em Andamento
Aumentar a satisfação do colaborador	Investir na melhoria da estrutura referente às condições de trabalho da recepção	Diretoria Geral	Concluída
	Investir no desenvolvimento profissional do colaborador	Diretoria Geral, Clínica e Qualidade	Em Andamento

Fonte: Elaboração do Autor

- **Propostas das ações estratégicas para fortalecer a imagem da clínica no mercado:**
 - ✓ Concluir o Site da clínica;
 - ✓ Investir no marketing interno (placas Visão, Logomarca, certificados dos médicos, TV com filme sobre atividades de oftalmologia e de médicos da clínica);
 - ✓ Folder e cartão de visita com campo para marcar data da próxima consulta ou período provável para retorno;
 - ✓ Campanha externa para atrair idosos e novos clientes;
 - ✓ Estruturar e divulgar a Sala de Lentes.

- **Propostas das ações estratégicas para adequações de infraestrutura:**
 - a) **Recepção:**
 - ✓ Identificar as portas dos banheiros;
 - ✓ Inserir validade nos frascos de álcool gel;
 - ✓ Retirar mesa de vidro do centro da recepção;
 - ✓ Aumentar a bancada das recepcionistas e afastar para a posição após o a entrada da porta para os consultórios;
 - ✓ Colocar a lixeira ao lado do café e identificar como resíduos comuns;
 - ✓ Colocar a placa com MISSÃO, VISÃO, VALORES na parte do vidro na parede lateral;
 - ✓ Colocar logomarca da Clínica na parede atrás do balcão da recepção;
 - ✓ Colocar placa com as especialidades atendidas na pilastra da recepção;
 - ✓ Retirar o excesso de almofadas;
 - ✓ Colocar afixado na parede o Alvará Sanitário e Responsável Clínico;
 - ✓ Delimitar área para Deficientes físicos;
 - ✓ TV com filme sobre oftalmologia e dar visibilidade ao trabalho da clínica e dos médicos;
 - ✓ Placa para Extintor de incêndio e delimitação do espaço;
 - ✓ Identificar todas as lixeiras;
 - ✓ Armário para estoque de medicamentos e lentes;

- ✓ Geladeira específica para medicamentos com controle de temperatura e mapa de registro diário;
- ✓ Termo higrômetro com registro diário de temperatura e umidade.

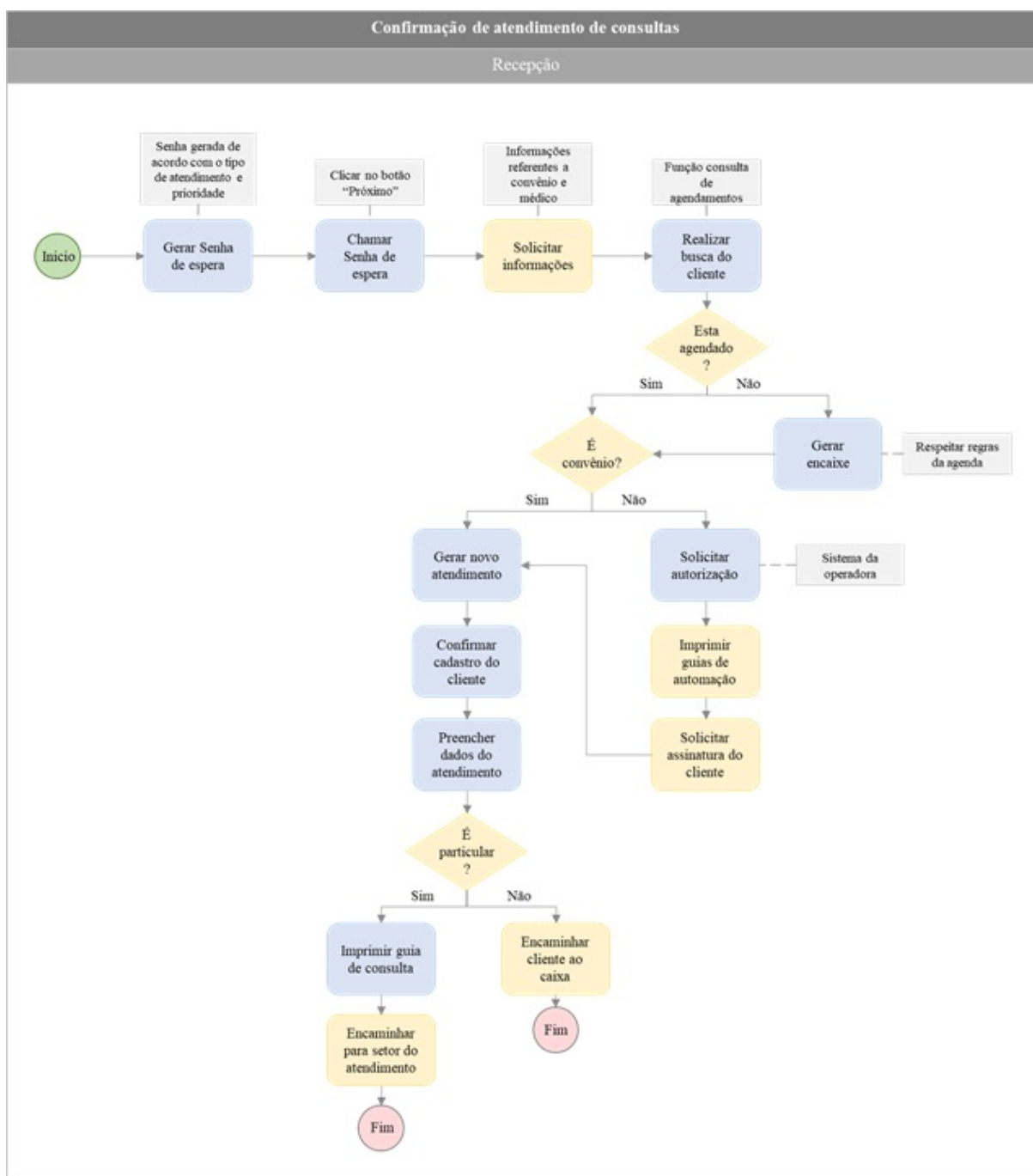
b) Consultórios:

- ✓ Etiquetar todos os colírios com validade após aberto
- ✓ Adquirir caixa acrílica para guardar os colírios em uso no consultório
- ✓ Identificar as lixeiras
- ✓ Etiquetar o Álcool a 70° GL
- ✓ Quadro para afixar certificados dos médicos que possibilite a troca por período
- ✓ Solicitar confecção de placas para as portas, sendo: (Consultórios, Consultório 1, Consultório 2 e Sala de Exame)
- ✓ Termo higrômetro com registro diário de temperatura e umidade

4.6. MAPEAMENTO DOS FLUXOS DE PROCESSOS ESTRATÉGICOS

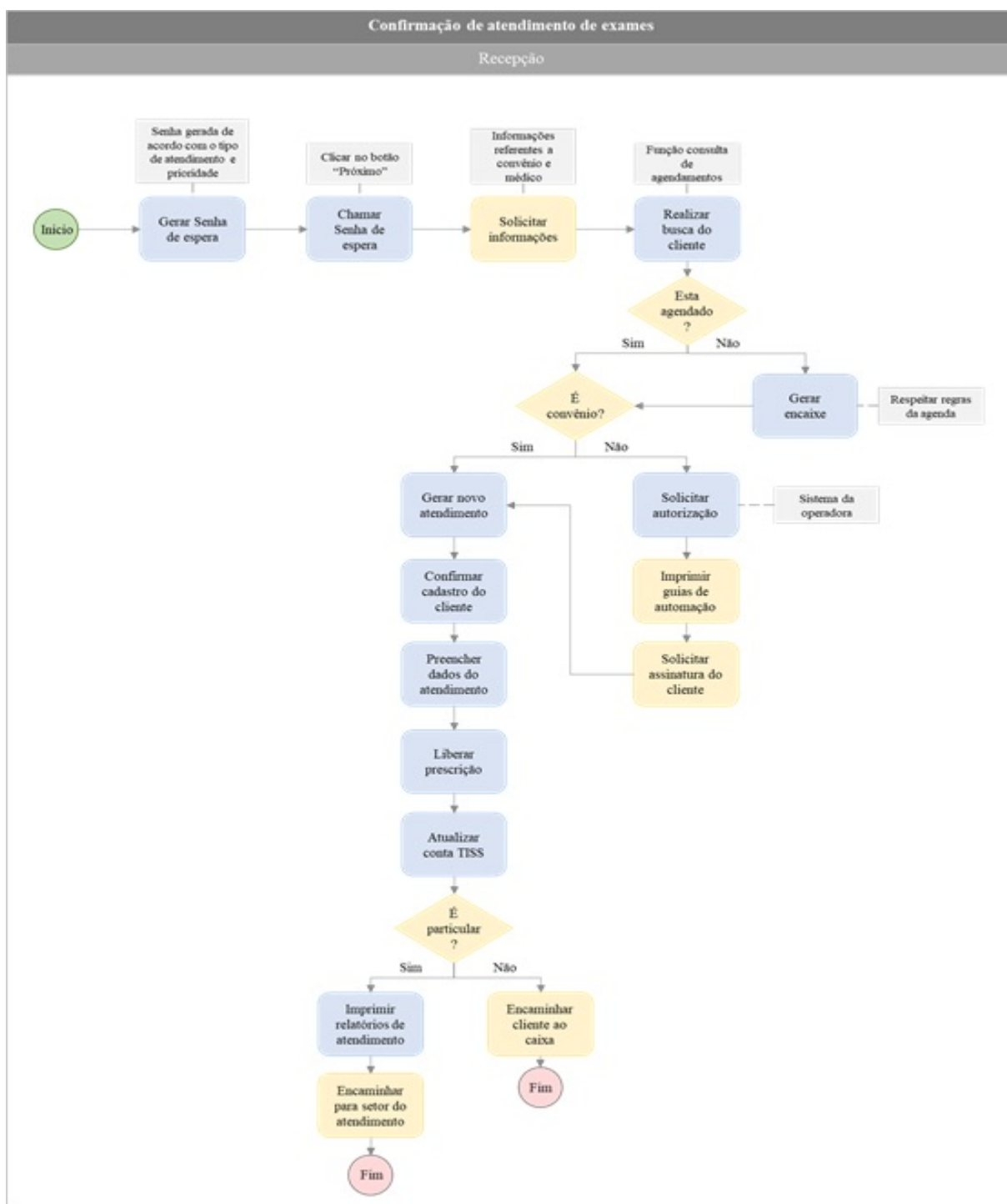
Foram mapeados os fluxos de dois dos principais processos estratégicos da clínica conforme modelo ideal e capacitado a gerente de qualidade (Figura 12 e Figura 13).

Figura 12: Fluxo de Atendimento para Consultas (Recepção)



Fonte: Elaboração do Autor

Figura 13: Fluxo de Atendimento para Exames (Recepção)



Fonte: Elaboração do Autor

4.7. AVALIANDO OS ITENS DISPONÍVEIS NA CLÍNICA PARA ACREDITAÇÃO DA ONA (Tabela 10)

A BVC acredita que o controle periódico de seu trabalho por órgãos competentes aumenta a confiança na instituição e por esta razão vem se empenhando em cumprir as exigências da ONA para sua acreditação. A seguir será apresentada a relação dos itens exigidos para a acreditação e o *check list* da BVC.

Tabela 10: Lista de Documentos Necessários à Acreditação ONA Disponíveis da BVC

LISTA DE DOCUMENTOS PARA ACREDITAÇÃO		Check List
1	Alvará Vigilância Sanitária (todos os escopos)	P
2	Licença de funcionamento (incluindo a dos terceirizados)	P
3	Licença de conselhos de classe (CRM)	P
4	Responsável Técnico (Corpo Clínico)	P
5	Laudo do Corpo de Bombeiros	P
6	Plantas atualizadas e assinadas (física, elétrica e hidráulica)	P
7	Organograma	P
8	Planejamento Estratégico	P
9	Regimento Corpo Clínico oficializado e divulgado	NP
10	Mapa de Risco	P
11	Rota de Fuga em todas as áreas	P
12	Fluxo para acidentes com material biológico e perfuro-cortante	NP
13	Laudo potabilidade da água físico químico	P
14	Laudo Controle microbiológico da água	P
15	Laudo limpeza da caixa de água	P
16	Laudo de funcionamento do Para-raios	P
17	Laudo Radioproteção (serviço imagem) Se possuir	NA
18	Contrato Controle de Pragas/atestado de controle de pragas com validade	P
19	Acompanhamento Vacinal dos colaboradores	NP
20	Laudo calibração equipamentos (balanças e equipamentos de precisão)	P
21	Programa de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde aprovado	A
22	Termo de consentimento esclarecido e informado para os procedimentos de risco	A
23	Nomeação da Comissão de Farmácia e Terapêutica das duas últimas atas	NP
24	Nomeação da CCIH e duas últimas atas	NA
25	Nomeação da CIPA e duas últimas atas	NA
26	Nomeação da Comissão de Segurança do Paciente/Comitê de Risco	NP
27	Nomeação da Comissão de Óbito e duas últimas atas	NA
28	Nomeação da Comissão de Ética e duas últimas atas	NP
29	Nomeação da Comissão de Transplante e duas últimas atas	NA
30	Nomeação da Comissão de revisão de prontuário e duas últimas atas	NT
31	Plano de contingência (Para falta de água, energia, gás)	P
32	Nomeação do Núcleo de Gestão de Qualidade e duas últimas atas	P
33	Nomeação da Brigada de Incêndio e duas últimas atas	NP
34	Comitê Gestor em funcionamento e duas últimas atas	NP
35	Todas as políticas publicadas	NP

Legenda: P = presente; A = em andamento; NP = Não está presente; NA = não se aplica

Fonte: Elaboração do Autor

5. DISCUSSÃO DE RESULTADOS

Em todas as atividades empresariais, é fundamental a existência de demanda para que estas atividades tenham sentido e possam desenvolver-se. Nesse contexto, a realização da presente dissertação situou-se em um momento extremamente desafiador pois foi única a crise vivenciada pela economia brasileira com reflexos evidentes na demanda de produtos e serviços e por consequência na atividade empresarial, em especial naquela desenvolvida pelas microempresas como são os consultórios e pequenas clínicas médicas (Oliveira & Coelho, 2018).

O setor de saúde no Brasil apresenta profundas distorções que vão desde uma deficiência sistêmica, fruto de seu modelo institucional, com carências no modelo de gestão da saúde pública aí incluídos o seu financiamento, repartição de recursos entre os entes federativos e gestão em geral, até a atratividade e sustentabilidade da prestação dos serviços de saúde pela iniciativa privada ai incluídas a viabilidade de um modelo baseado em Operadoras de Planos de Saúde e a carreira e o desenvolvimento profissional dos especialistas médicos (Paim, 2018).

São conhecidas, por outro lado, as carências de formação dos profissionais da medicina como gestores (Tomé, 2019), sejam em grandes estruturas da medicina como grandes hospitais e laboratórios ou em microestruturas como os consultórios médicos e as pequenas clínicas. As deficiências de formação como gestores dos médicos potencializa, indubitavelmente, os desafios de um setor de alta complexidade institucional em um momento de crise geral com reflexos evidentes na demanda dos serviços médicos e em sua remuneração.

O diagnóstico da situação presente da BVC em um contexto tão complexo como o descrito nos parágrafos acima não se constitui em tarefa fácil pois os agentes encontram-se no meio do processo, muitas vezes sem possibilidade de entender os reais problemas como um todo. Faz-se necessário, portanto, a adoção de ferramentas comuns em outros setores do mundo empresarial, porém tão raras em situações como as analisadas.

Na busca de ferramentas de planejamento estratégico a análise da BVC baseou-se na orientação de Herrero (2017) identificando a Visão, Missão, Valores, Negócio e Cultura. Foi entendido que as “janelas de oportunidade” podem estar nesta análise, simples, mas integral da empresa.

A Visão foi entendida como “ser referência em assistência médica oftalmológica de qualidade com compromisso e foco na satisfação dos pacientes”; a Missão foi definida como “cuidar da saúde ocular com excelência e tecnologia” com os Valores sendo a “ética, inovação, qualidade, humanização e trabalho em equipe”.

A obtenção das informações básicas para a realização do diagnóstico situacional, passando pela escolha dos dados a coletar, sua efetiva obtenção e tabulação, interpretação e caracterização como pontos fortes ou fracos, tarefa comum no mundo empresarial, constitui-se em grande desafio para o profissional médico. Apesar das dificuldades e com o uso da matriz SWOT, ferramenta também eficiente para avaliar empreendimentos na área da saúde (Basso *et al.*, 2018; Olyaeemanesh *et al.*, 2018), foram identificadas as forças e fraquezas no ambiente interno e externo da empresa.

Foi possível tabular a situação atual de oferta de horários, seus critérios de alocação (ou ausência deles) e confirmar sua criticidade no contexto geral, além de outros pontos relevantes como o fluxo interno de atividades, limitações físicas de espaço, custo de acesso a clínica (problemática do estacionamento), falta de integração da equipe médica, dentre outros, avaliados como fraquezas a serem endereçados e melhorados.

Ainda na análise do ambiente interno (Menezes Lobato *et al.*, 2017), foi possível identificar os predicados profissionais e relacionais diferenciados do corpo clínico como pilares de sustentação (forças) de um atendimento diferenciado e gerador de valor que, em conjunto com os equipamentos modernos disponíveis na BVC, são fatores internos positivos.

Adicionalmente, a busca de melhorias na integração da equipe deve ser baseada na definição de uma “equipe unida”, conforme preconizado por West & Lyubonikova (2013), onde o compartilhamento de objetivos comuns, suporte organizacional, liderança que contribua para a integração da equipe, entre outros, são condições a serem observadas.

O modelo de saúde privada atualmente existente no Brasil, promove uma concentração enorme dos atendimentos realizados nos consultórios e clínicas particulares a pacientes vinculados a algum plano de saúde. Por outro lado, as OPS e Cooperativas se valem desta posição de domínio e não atualizam os valores dos serviços médicos (que já são muito baixos), pagam os mesmos com prazos muito longos, incompatíveis com a musculatura financeira dos

microempresários e, adicionalmente, glosam o pagamento dos serviços prestados sem motivo justo.

Se considerarmos o mundo exterior, a dependência das OPS e Cooperativas foi identificada como uma ameaça importante, provavelmente a mais relevante entre todas identificadas nesse estudo. A partir dessa análise e considerando a impossibilidade de interferência nos sistemas de auditoria das OPS e Cooperativas, observa-se que, conforme apontado por Bichueti & Mere Jr (2016), um melhor controle nos frequentes equívocos operacionais no processo de apresentação de informações às OPS e Cooperativas, pode e deve ser corrigido.

Todas as dificuldades geradas pela forte dependência das pequenas clínicas privadas das OPS e Cooperativas, se acentuam com a forte competição existente entre os diversos profissionais médicos e as diversas pequenas clínicas concorrentes, em geral vivenciando igual dependência, com reflexos no valor dos serviços cobrados e até no atendimento oferecidos aos pacientes.

Com um entorno tão desafiador, algumas oportunidades foram identificadas dentre as quais, a divulgação das qualificações diferenciais da clínica, destacando os profissionais do corpo clínico, a modernidade dos equipamentos utilizados e a atenção e cortesia dispensada a todos seus pacientes, incluindo aqueles de planos de saúde.

Com a análise da situação atual, destacando pontos fracos, fortes, ameaças e oportunidades, foi possível construir o Mapa Estratégico a partir da utilização da ferramenta BSC, possibilitando a montagem do Plano de Ação que será o “Norte” para o processo de transformação da BVC.

O BSC é um instrumento de gerenciamento estratégico que visa estabelecer medidas de desempenho, tomando como base a Missão e a Visão da empresa (Kaplan e Norton, 1996, Herrero, 2017 e Ansoff, 2018).

A partir dessa conceituação e sendo entendido que se trata de uma ferramenta que vai além da visão de controle (envolvendo um sistema de comunicação, informação e aprendizado), foram definidas as ações baseadas nos princípios da ferramenta: componentes financeiros, os clientes, os processos internos e o aprendizado e o crescimento (Antonio & Costa, 2018).

Na perspectiva financeira, destaca-se o esforço para o aumento do número de consultas e do aumento da taxa de conversão de cirurgias.

Na perspectiva de clientes, são definidos esforços de divulgação e marketing sempre com o objetivo de, através da informação adequada, melhorar a satisfação dos clientes com o atendimento prestado.

Já na perspectiva de processos internos, a definição de indicadores que permitam a medição de eficiência dos processos estratégicos, valendo-se de sistema informático adequado, permitirá a implantação efetiva de uma política de qualidade com minimização dos riscos inerentes as atividades desenvolvidas na clínica.

Todas as ações planejadas serão sempre executadas por pessoas, sejam elas médicos extremamente qualificados ou profissionais administrativos que, muitas vezes, são os primeiros responsáveis por uma percepção positiva (ou não) da clínica pelos pacientes. Assim, a atenção com a formação, capacitação e boas condições de trabalho dos diversos colaboradores é elemento fundamental para que o aprendizado seja consistente e permanente.

De acordo com Kaplan e Norton (2018) a perspectiva de aprendizado e crescimento determinam a infraestrutura que a empresa deve construir para gerar crescimento e melhoria em longo prazo, devendo envolver todos os trabalhadores da empresa, independentemente da função exercida.

Neste sentido, a BVC tem como objetivos: mudanças estruturais arquitetônicas tornando a área de trabalho mais agradável tanto para os funcionários quanto para os clientes e realização de reuniões periódicas, com todos os funcionários, para alinhamento de informações, motivação e empoderamento. É entendido, como preconiza Kaplan, que estas medidas tornam os gestores mais aptos a tomar decisões de maneira racional, alcançando os objetivos pretendidos pela empresa.

Importante destacar que a ferramenta BSC tem servido como norte, não só para a BVC como para inúmeras outras instituições. Em artigo de revisão, Alvarez (2019), descreve a utilidade do BSC como uma ferramenta útil para a Administração de laboratórios clínicos, tanto para descrever a visão e estratégia de seus laboratórios quanto para gerenciar a implementação e avaliar as realizações de um plano estratégico.

Outro estudo que utilizou o BSC e o Mapa Estratégico, para facilitar a visualização dos planos de Ação, foi desenvolvido por Mendes *et al.*, (2019), no planejamento estratégico de uma Unidade Básica de Saúde, em um município do estado do Rio de Janeiro. Os resultados mostraram uma decisão acertada por parte da gerência em elaborar o planejamento estratégico da unidade, utilizar o mapa estratégico e os cartões *Balanced Scorecard* corroborando com a aplicabilidade da ferramenta na saúde.

A mudança de patamar no nível de atendimento, crescimento da clientela e melhoria da lucratividade da clínica devem ser perenes e, se possível, vislumbrar um processo de crescimento sustentado e contínuo.

Nesse contexto, a submissão da BVC a um processo de controle periódico externo, realizado por organismo independente, contribui para aumentar a confiança do público interno e externo nos bons propósitos da organização. Esse é o racional por trás do Processo de Acreditação junto a ONA, que leva em consideração o princípio de segurança de um sistema de planejamento e organização focado na gestão integrada e de uma cultura organizacional de melhoria contínua com maturidade institucional (ONA, 2019).

Entretanto, falhas existem. Segundo Schiesari (2014) os resultados das aplicações dos modelos de Acreditação são muito variáveis, por conseguinte, resultados diferentes podem ser encontrados para uma mesma análise.

Apesar de algumas limitações, a Acreditação sela a garantia de uma empresa e deveria ser buscado pela maioria das empresas do setor saúde. Oliveira *et al.*, (2017), em estudo realizado em 2014, com a participação de 96 trabalhadores de quatro hospitais do estado do Paraná, Brasil, no qual todos foram questionados sobre como estava o gerenciamento do hospital antes e depois da implantação da Acreditação, concluiu que todos reconhecem que a Acreditação acarreta mudanças gerenciais, operacionais, estruturais, financeiras.

Nesta direção o plano estratégico proposto para a BVC, considerando as exigências da Acreditação, foi focado em Mudanças Gerenciais Operacionais, visando a padronização de técnicas e procedimentos operacionais, aumentando a segurança do atendimento prestado, redesenhando o processo de trabalho e aumentando a produtividade.

Shaw *et al.*, (2014), corrobora a importância da Acreditação na saúde. Em um estudo realizado na China evidenciou que a padronização necessária para a Acreditação promoveu melhores prescrições e administração de medicamentos mais acertadas, melhorando a qualidade e reduzindo custos.

Outro aspecto da ONA envolve a segurança. Neste quesito, a BVC entende que é necessário qualificação e capacitação contínua de seus profissionais e garantia de tecnologias modernas, uma vez que a cada ano surgem melhores e mais modernas tecnologias em saúde.

A gestão financeira e de custos, se alinha com os princípios da Acreditação e faz parte do escopo da proposta de mudanças na clínica. Está claro que a relação direta entre os custos incorridos e a qualidade dos serviços prestados, sendo, portanto, fundamental a garantia de eficiência dos processos (Rabello, 2019).

6. CONCLUSÃO

O cenário geral da saúde privada no Brasil, em especial dos empreendimentos menores como consultórios e pequenas clínicas, é extremamente complexo devido à crise que o país atravessou, ao modelo institucional de forças desiguais entre as OPS e cooperativas e os microempresários da saúde, e pela formação empresarial deficiente da classe médica.

Nesse contexto, a transposição de técnicas e ferramentas usuais no mundo corporativo para o universo da saúde, em especial para os micro empreendimentos, reveste-se de fundamental importância com o objetivo de garantir a sustentabilidade dos negócios, sem prejudicar a qualidade do atendimento ao cliente, em sua grande maioria, vinculado a OPS e cooperativas.

A adoção de ferramentas de planejamento estratégico, metodologia SWOT, definição de Planos de Ação, BSC e processo de acreditação, demonstrou-se viável no caso BVC, destacando o conjunto de fatores internos e externos que, além dos fatores de cenário geral, contribuem para tornar ainda mais difícil a sustentabilidade do negócio.

Por outro lado, também permitiram identificar fortalezas e pontos positivos que, se adequadamente trabalhados, permitem antever soluções positivas para os objetivos da BVC e, adicionalmente, implementáveis no universo de empreendimentos similares do setor da saúde privada.

Por fim, há que se observar que, de forma similar a outras áreas empresariais, o processo de transformação digital promoverá grandes alterações no mundo dos negócios, em especial em setores que já utilizam de forma importante, tecnologias de ponta. A saúde é uma dessas áreas. Certamente a sobrevivência e sustentabilidade dos micro empreendimentos da saúde e, em particular da oftalmologia, dependerá em larga medida da capacidade dos atuais e futuros empreendedores de entender essa transformação e, usando as ferramentas adequadas, estar preparado para ele.

BIBLIOGRAFIA

Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS 2018. Disponível em: <http://www.ans.gov.br/perfil-do-setor/dados-gerais> acessado em 02/12/2018.

Almeida, C. 2017. Parcerias público-privadas (PPP) no setor saúde: Processos globais e dinâmicas nacionais. *Caderno de Saúde Pública*, vol. 33(2): 1-16.

Alvarez, L., *et al.* 2019. A balanced scorecard for assessing a strategic plan in a clinical laboratory. *Biochemia Medica*, vol. 29(2): 1-8.

Antonio, N. S., & Costa, R. L. 2018. *Aprendizagem organizacional ferramentas no processo de mudança*. Coimbra: Almedina.

American Academy of Ophthalmology Glaucoma Panel - AAOGP 2015. *Preferred practice pattern guidelines. Primary open-angle glaucoma*. Disponível em: <http://www.aaopt.org/preferred-practice-pattern/primary-open-angle-glaucoma-ppp-2015> acessado em 25/09/2019.

Ansoff, I. 1965. *Estratégia empresarial*. São Paulo: McGraw-hill, 1977(Trad. ed. 1965).

Ansoff, I., *et al.* 2018. *Implanting strategic management*. Switzerland: Springer.

Aquino, S. 2016. *Revista de Gestão em Sistemas de Saúde*, vol. 5(1): Editorial RGSS.

Basso, M. B., *et al.* 2018. A construção da rede de atenção à saúde bucal no Distrito Federal, Brasil. *Ciênc. Saúde Coletiva*, vol. 24(6): 2155-2165.

Baylis, J. *et al.* 2018. *Strategy in the contemporary world*. New York: Oxford University Press.

Bhatti, S. K., *et al.* 2013. The lady doth protest too much, methinks. *Mo Med*, Jan-Feb; 110(1): 17-20.

Bichuetti, J. L., & Mere Jr., Y. A. 2016. Modelos de remuneração na saúde. *Harvard Business Review Brasil*, vol. 91(10): 58-62.

Brandenburger, A. M., & Nalebuff, B. J. 1997. *Co-opetition: 1. A revolution mindset that combines competition and cooperation: 2. The game theory strategy that's changing the game of business*. New York: Currency.

Cardoso, R., Pagliuso, A. T., & Spiegel, T. 2010. *Gestão organizacional. O desafio da construção de modelos de gestão*. São Paulo: Saraiva.

Carvalho, J. C., & Filipe, J. C. 2014. *Manual de estratégia: Conceitos, prática e roteiro*. Lisboa: Edições Sílabo.

Celuppi, I.C., *et al.* 2019. 30 anos de SUS: Relação público-privada e os impasses para o direito universal à saúde. *Saúde Debate/RJ*, 43(121): 302-313.

Chiavenato, I. 2007. *Administração*. Rio de Janeiro: Elsevier Brasil.

Conselho Federal de Medicina (CFM – Brasil) 2017. *Médicos denunciam abandono do SUS, entregam dossiê com irregularidades e exigem providências*. Disponível em: https://portal.cfm.org.br/index.php?option=com_content&view=article&id=27064%3A2017-07-19-11-48-52&catid=3%3Aportal&Itemid=1 acessado em 10/10/2019.

Conselho Federal de Medicina (CFM - Brasil) 2018. *Especialidades médicas. Resolução nº 2.221/18*. Disponível em: www.portal.cfm.org.br/ acessado em 25/09/2019.

Constituição Federal do Brasil (CF-Brasil) 1988. **Constituição da República Federativa do Brasil de 5 de outubro de 1988**. Disponível em: <http://www.stf.jus.br/portal/constituicao/constituicao.asp> acessado em 10/10/2019.

Costa, R. L. 2012. *Estratégia organizacional e “outsourcing”: Os recursos estratégicos de competitividade empresarial*. Coimbra: Almedina.

Cunha, C.L.F., *et al.* 2019. Planos privados de saúde e a saúde dos trabalhadores do Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, 24(5): 1959-1972.

Drucker, P. F. 1950. *The new society: The anatomy of the industrial order*. New York, Harper e Brother.

Drucker, P. F. 2001. *O melhor de Peter Drucker: O homem*. São Paulo: Nobel.

Elias, F. T., *et al.* 2015. Treatment options for age-related macular degeneration: A budget impact analysis from the perspective of the brazilian public health system. *PLoS One*, vol. 10(10): e0139556.

Emídio, L. F. 2013. Acreditação hospitalar: Estudo de casos no Brasil. *Perspectivas em Gestão*, vol. 3(1): 98-113.

Freedman, L. 2013. *Strategy – A history*. New York: Oxford University Press.

Freitas, M. L. 2018. *O abismo das escolas médicas*. Disponível em: http://www.cremern.org.br/index.php?option=com_content&view=article&id=24335:2018-10-22-18-01-36&catid=3 acessado em 07/09/2019.

Ghemawat, P. 2002. Competition and business strategy in historical perspective. *Business History Review*, vol. 76(1): 37-74.

Gionanella, L., & Stegmüller, K. 2014. Crise financeira europeia e sistemas de saúde: universalidade ameaçada? Tendências das reformas de saúde na Alemanha, Reino Unido e Espanha. *Cad. Saúde Pública*, 30(11): 1-19.

Hambrick, D. C. & Chen, M. J. 2008. New Academic Fields as Admittance-Seeking Social Movements: The Case of Strategic Management. *Academy of Management Review*, vol. 33(1): 32-54.

- Hawawini, G., & Viallet, C. 2011. *Finance for executives: Managing for value creation*. Mason: Cengage Learning.
- Herrero, E. 2017. *Balanced scorecard e a gestão estratégica: Uma abordagem prática*. Rio de Janeiro: Alta Books Editora.
- Hitt, M. A., et al. 2018. *Administração estratégica: Competitividade e globalização*. São Paulo: Cengage Learning.
- Hurd, A. R. et al. 2019. *Leisure services management*. Champaign: Human Kinetics.
- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE 2010. *Censo Demográfico de 2010*. Disponível em: <http://www.censo2010.ibge.gov.br> acessado em 25/09/2019.
- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE 2019. *Projeção da população brasileira*. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/apps/populacao/projecao> acessado em 23/09/2019.
- Jordan, H., et al. 2011. *O Controle de gestão - Ao serviço da estratégia e dos gestores*. Áreas Editora 9a edição, 6: 227-272.
- Learned, E. P., et al. 1965. *Business policy: Text and cases*. Irwin: Homewood.
- Kaplan, R. S., & Norton, D. P. 1993. Putting the balanced scorecard to work. *Harvard Business Review*, 1o artigo da coleção Focusing your Organization on Strategy - with the balanced scorecard (2a edição): 2-18.
- Kaplan, R. S., & Norton, D. P. 1996. *The balanced scorecard: Translating strategy into action*. Boston: Harvard Business School Press.
- Kaplan, R. S., & Norton, D. P. 2018. *Mapas estratégicos – Balanced scorecard: Convertendo ativos intangíveis em resultados tangíveis*. Rio de Janeiro: Alta Books.
- Kotler, P. 2000. *Administração de marketing: a edição do novo milênio*. São Paulo: Prentice Hall.
- Kunsch, M. M. K. 2018. A comunicação estratégica nas organizações contemporâneas. *Media & Jornalismo*, vol. 18(33): 13-24.
- Matarazzo, H., & Zoca, B. 2019. *Cenário dos hospitais no Brasil*. Disponível em: <http://cnsaude.org.br/wp-content/uploads/2019/05/CenarioDosHospitaisNoBrasil2019CNSaudeFBH.pdf> acessado em 27/09/2019.
- Medeiros, A. B. A., et al. 2015. Teoria ambientalista de Florence Nightingale: Uma análise crítica. *Escola Anna Nery Revista de Enfermagem*, vol. 19(3): 518-524.
- Mendes, R. S., et al., 2019. Desenvolvimento de um planejamento estratégico para uma unidade básica de saúde. *Simpósio*, vol. 7, disponível em: <http://revista.ugb.edu.br/ojs302/index.php/simposio/article/view/1213> acessado em 17/10/2019.

Menezes Lobato, D. *et al.* 2017. *Gestão estratégica*. Rio de Janeiro: Editora FGV.

Ministério da Saúde (BR) & Conselho Nacional de Saúde 2013. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. *Diário Oficial da União da República Federativa do Brasil*, vol. 150(112).

Mintzberg, H. 1988. *“Opening up the definition of strategy”, in the strategic process – concepts, contexts and cases*. Prentice-Hall Inc.

Mintzberg, H., *et al.* 2000. *Safári de estratégia: um roteiro pela selva do planejamento estratégico*. Trad. de Nivaldo Montingelli Jr. Porto Alegre: Bookman.

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

Miranda, G. M. D., *et al.* 2016. O envelhecimento populacional brasileiro: Desafios e consequências sociais atuais e futuras. *Revista Brasileira Geriatria Gerontologia (RBGG)*, vol.19(3): 507-519.

Nash, J., *et al.* 1950. Equilibrium points in n-person games. *National Academy of Sciences*, vol. 36(1): 48-49.

Oliveira, B. R., *et al.* 2009. Processo e metodologia no prêmio Célio de Castro: uma análise pontual da política de gestão da qualidade hospitalar em Minas Gerais. RAHIS - *Revista de Administração Hospitalar e Inovação em Saúde* - Ano 2, No3, jul./dez, 14-28.

Oliveira, D. P. R., *et al.* 2011. *Administração estratégica*. São Paulo, Atlas.

Oliveira, G. F., & Coelho, M. G. 2018. A crise brasileira em revista: Discursos prescritivos e sentimentos mediados. *Cultura de Links: Conexão – Comunicação e Cultura*, vol. 17(34): 23-43.

Oliveira, J. L. C., *et al.* 2017. Mudanças gerenciais resultantes da acreditação hospitalar. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*, vol. 25 (e2851). Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010411692017000100312&lng=en&nrm=iso acessado 17 de outubro de 2019.

Olyaeemanesh, A., *et al.* 2018. Iran's health system transformation plan: A SWOT analysis. *Med J Islam Rep Iran*, vol. 32(39): 1-7.

ONA, 2018. *Manual das Organizações Prestadoras de Serviços de Saúde*. Brasília: Organização Nacional de Acreditação.

ONA, 2019. *Mapa de acreditação*. Disponível em: <https://www.ona.org.br/mapa-de-acreditacoes> acessado em 26/09/2019.

Ottaiano, J. A. A., *et al.* 2019. *As condições de saúde ocular no Brasil*. Conselho Brasileiro de Oftalmologia. Edição 1. In: http://www.cbo.com.br/novo/publicacoes/condicoes_saude_ocular_brasil2019.pdf acessado em 13/08/19.

- Paim, J. S. 2018. Sistema único de saúde (SUS) aos 30 anos. *Ciência & Saúde Coletiva*, vol. 23: 1723-1728.
- Porter, M. E. 1980. *Competitive strategy: Techniques for analysing industries and competitors*. New York: The Free Press.
- Porter, M. E. 1985. *Competitive advantage: Creating and sustaining superior performance*. New York: The Free Press.
- Porter, M. E., & Teisberg, E. 2006. *Repensando a saúde: Estratégias para melhorar a qualidade e reduzir os custos*. Porto Alegre: Bookman.
- Porter, M. E. 2008. The five competitive forces that shape strategy. *Harvard Business Review*, vol. 76(6): 77-90.
- Rabello, G. M. 2019. O foco no paciente é o principal pilar da transformação digital na saúde! *Rev. bras. geriatr. Gerontol*, vol. 22(1): editorial.
- Ramos, E. M. B., & Miranda Netto, E. B. 2019. O federalismo e o direito à saúde na Constituição Federal de 1988: Limites e possibilidades ao estabelecimento de um autêntico federalismo sanitário cooperativo no Brasil. *Revista Jurídica*, vol. 1(54): 425-451.
- Saldiva, P. H. N., & Veras, M. 2018. Gastos públicos com saúde: breve histórico, situação atual e perspectivas futuras. *Estudos Avançados*, vol. 32(92):47-61.
- Samico, I., et al. 2010. *Avaliação em saúde: Bases conceituais e operacionais*. Rio de Janeiro: MedBook.
- Shaw, C. D., et al. 2014. The effect of certification and accreditation on quality management in 4 clinical services in 73 european hospitals. *Int J Qual Health Care*, 26(1):100-107.
- Scheffer, M., et al. 2018. *Demografia médica no Brasil 2018*. São Paulo: FMUSP, CFM, Cremesp, 286.
- Schiesari, L. M. C. 2014. Avaliação externa de organizações hospitalares no Brasil: podemos fazer diferente? *Ciência & Saúde Coletiva*, vol. 19(10): 4229-4234.
- Silva, T. A. S. 2008. *Acreditação hospitalar: Fatores facilitadores e dificultadores do Processo no hospital Santa Rita*. Trabalho de Conclusão de Curso - Curso Administração – Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais, Belo Horizonte.
- Souza, R. R., et al. 2019. Trinta anos do sistema público de saúde brasileiro: O que fazer para torná-lo sustentável? *CIAIQ2019*, vol. 2: 889-898.
- Spangler, B. 2003. *Win-win, win-lose, and lose-lose situations*. Conflict Research Consortium, University of Colorado, Boulder.

Spiegel, T., *et al.* 2014. Uma proposta de método para explicitação do modelo de gestão de uma gerência orientado pelo MEG® da Fundação Nacional da Qualidade. **Sistemas & Gestão**, vol. 9(1): 88-103.

Tavares, M. C. 2010. **Gestão estratégica, 3ª edição**. São Paulo: Atlas.

Tomé, L. M. 2019. Relevante, porém, escasso: Panorama do ensino de empreendedorismo nas escolas médicas. **Dissertação (Mestrado profissional MPGC) – Fundação Getúlio Vargas**, Escola de Administração de Empresas de São Paulo, São Paulo.

Travagin, L. B. 2017. O avanço do capital na saúde: Um olhar crítico às organizações sociais de saúde. **Saúde Debate**, vol. 41(115): 995-1006.

West, M. A., & Lyubovnikova, J. 2013. Illusions of team working in health care. **J. Health Org. and Management**, vol. 27(1): 134-142.