



Universidade de Brasília - UnB

Faculdade de Economia, Administração, Contabilidade e Gestão de Políticas Públicas - FACE

Programa de Pós-Graduação em Economia

Área de Concentração: Gestão Econômica de Finanças Públicas

JULIANDERSON BANDEIRA DA SILVA

**Eficiência alocativa: Gestão e Economia da Empresa**

**Super Clinicas M.A**

Brasília

2019

JULIANDERSON BANDEIRA DA SILVA

# Eficiência alocativa: Gestão e Economia da Empresa Super Clinicas M.A

Dissertação de mestrado apresentado ao Programa de Pós-Graduação em Economia da Faculdade de Economia, Administração, Contabilidade e Gestão de Finanças Públicas da Universidade de Brasília como requisito parcial para obtenção do título de mestre em Gestão Econômica de Finanças Públicas.

**Orientador:** Prof. Dr. Antônio Nascimento Júnior

Brasília

2019

Julianderson Bandeira da Silva

# **Eficiência alocativa: Gestão e Economia da Empresa**

## **Super Clinicas M.A**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Economia da Faculdade de Economia, Administração, Contabilidade e Gestão de Finanças Públicas da Universidade de Brasília como requisito parcial para obtenção do título de mestre em Gestão Econômica de Finanças Públicas.

Aprovada em: \_\_ / \_\_ / \_\_\_\_

Comissão Examinadora:

Dr. Antônio Nascimento Júnior  
Professor Orientador

Prof. Dr. José Carneiro da C. O. Neto  
Professor Examinador

Prof. Dr. Roberto G. Ellery Junior  
Professor Examinador

## **AGRADECIMENTOS**

A Deus e a Nossa Senhora de Fátima, por ter me concedido a oportunidade da realização deste mestrado, bem como sabedoria e discernimento ao longo do mesmo.

A UnB, pela estrutura e apoio, e a todos os professores pelo conhecimento e experiências compartilhados.

Ao meu orientador Prof. Dr. Antônio Nascimento Júnior, pela brilhante condução durante o processo de construção deste trabalho.

Agradeço aos meus pais José Cláudio da Silva e Dilma Bandeira da Silva, ao meu irmão José Claudio Júnior e sua família em especial aos meus sobrinhos José Neto e João, e a Luís Rodolfo Sardinha Almeida, pois foram minha fonte de inspiração, pela compreensão e força durante essa jornada.

A todos meus colegas de turma pela convivência, apoio, incentivo e estudos em grupo em particular: Carla Ferreira, Mara Rúbia e Sandro.

A todos e todas, obrigado por colaborarem que esta dissertação seja uma realidade, pois o resultado da confiança e da fortaleza de cada um de vocês.

## RESUMO

No intuito de subsidiar a busca da melhoria da produtividade e qualidade de serviços de saúde, este trabalho propôs a implantação da metodologia de gestão da produtividade para avaliação de processos fundamentais da rede de Clínicas Populares SuperClínica localizada na cidade de São Luís no Estado do Maranhão. Para o desenvolvimento deste trabalho, e tendo em vista a exiguidade de tempo, foram selecionados indicadores comuns a todas as filiais da empresa com o objetivo de realizar um comparativo de produtividade entre as mesmas e identificar as melhores práticas. Os indicadores analisados foram os Custos Operacionais como *Inputs* e de Faturamento como *Outputs*, sendo utilizada a metodologia de Análise Envoltória de Dados (DEA), cujos os resultados indicaram a unidade COHAB I como a mais produtiva, servindo, portanto, de *benchmark* para as demais clínicas da rede. Estes resultados indicam a necessidade de aprofundar os estudos sobre esta unidade da empresa a fim de se verificar o modelo de gestão praticado e com isto padronizar os indicadores de performance para melhoria da produtividade e o alcance das metas estabelecidas pela empresa SuperClínica.

**Palavras-chave:** indicadores; produtividade em serviços de saúde; clínicas de saúde populares; gestão de produtividade.

## **ABSTRAC**

In order to support the pursuit of improving productivity and quality of health services, this work proposed the implementation of the productivity management methodology for the evaluation of fundamental processes of SuperClínica Popular Clinics chain located in São Luís, Maranhão. For the development of this work, and in view of the short time, common indicators to all branches of the company were selected in order to make a productivity comparison between them and identify the best practices. The analyzed indicators were Operating Costs as Inputs and Billing as Outputs, using the Data Envelopment Analysis (DEA) methodology, whose results indicated the COHAB I unit as the most productive, thus serving as a benchmark for the other clinics of the chain. These results indicate the need to deepen the studies on this company unit in order to verify the management model practiced and thus standardize the performance indicators for productivity improvement and the achievement of the goals established by the SuperClínica company.

Indicators; productivity in health services; popular health clinics; productivity management.

## **Lista de ilustrações**

Figura 1 – Desempenho Organizacional .....	27
Figura 2 – Procedimentos e exames e consulta por mês .....	28

## **Lista de quadros**

Quadro 1 – Valor por ordem de concordância das variáveis .....	31
----------------------------------------------------------------	----

## **Lista de tabelas**

Tabela 1 -Testes de Normalidade .....	32
Tabela 2 - Resumo dos Testes de Hipótese .....	38
Tabela 3 - Estratégia e Pessoas – Comparações por Método Pairwise Entre Grupos.....	39
Tabela 4 -Informações e Conhecimento- Comparações por Método Pairwise Entre Grupos.....	39
Tabela 5 - Processos de Trabalho - Comparações por Método Pairwise Entre Grupos.....	40
Tabela 6 – Liderança.....	40
Tabela 7 - Resumo dos índices de produtividade .....	41
Tabela 8 - Resumo dos resultados para unidade COHAB II.....	42
Tabela 9 - Resumo dos resultados para unidade Hortas.....	42
Tabela 10 - Resumo dos resultados para unidade Marcos Center.....	43
Tabela 11 - Resumo dos resultados para unidade Rua Grande.....	43

## **Lista de gráficos**

Gráfico 1 - Análise gráfica das médias por clínica.....	33
---------------------------------------------------------	----

Gráfico 2 - Análise gráfica das medianas por clínica.....	34
Gráfico 3 – Resultados do bloco liderança.....	34
Gráfico 4 – Resultados do bloco Estratégia e Planos.....	35
Gráfico 5 – Resultados do bloco Clientes.....	35
Gráfico 6 – Resultados do bloco Sociedade.....	36
Gráfico 7 – Resultados do bloco Informações e Conhecimento.....	37
Gráfico 8 – Resultados do bloco Pessoas.....	37
Gráfico 9 – Resultados do bloco Processo de Trabalho.....	38



## SUMÁRIO

<b>1. INTRODUÇÃO .....</b>	<b>9</b>
<b>2. PROBLEMA DE PESQUISA.....</b>	<b>11</b>
<b>3. OBJETIVOS.....</b>	<b>11</b>
3.1 Objetivo Geral.....	11
3.2 Objetivos Específicos.....	11
<b>4. REFERÊNCIAL TEÓRICO .....</b>	<b>11</b>
4.1 Gestão: fundamentos na busca da eficiência .....	11
4.2 Eficiência .....	16
4.3 Gestão de custos nos serviços de clínicas populares.....	18
4.4 Produtividade em serviços de saúde.....	21
4.5 Clínicas populares de saúde no Brasil.....	24
4.6 SuperClínica.....	26
<b>5. METODOLOGIA .....</b>	<b>29</b>
5.1 Dados e Estatística Descritiva.....	30
5.2 Procedimentos Estatísticos.....	31
<b>6. RESULTADOS .....</b>	<b>33</b>
<b>7. CONCLUSÃO.....</b>	<b>44</b>
<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....</b>	<b>46</b>

## 1. INTRODUÇÃO

O intenso processo da divisão do trabalho nas sociedades modernas, com a conseqüente especialização de funções, não se verificou apenas no setor produtivo, estendendo-se cada vez mais ao setor de serviços, este em nítida predominância na economia atual. A dificuldade em definir o que seja a produção na maioria das empresas de serviços reveste-se em um dos principais problemas para definir medidas de produtividade.

O setor saúde — parte constitutiva do setor de serviços— integra-se ao atual estágio da economia mundial mantendo suas principais características na organização da produção. Assim, o trabalho em saúde vem ocupando cada vez mais espaços institucionais e reunindo um contingente crescente de trabalhadores e tecnologia, aumentando assim as exigências de aumento de produtividade.

Nos serviços de saúde o conceito de produto pode ser um conceito pouco definido, pois apresentam algumas características que tornam este setor diferenciado, devido sua diversificação de processos de trabalho, que incluem ações que podem delimitar uma maior padronização e outras de difícil padronização.

Nogueira (1994) ressalta as particularidades da divisão do trabalho em saúde, identificando uma horizontalidade, que articula os diversos serviços — trabalho dividido entre médicos, equipe de enfermagem, equipe de laboratório etc. — e uma verticalidade, que subdivide o trabalho dentro de uma unidade produtora, integrando tarefas hierarquizadas no mesmo campo técnico — o trabalho dividido entre enfermeiros, auxiliares e atendentes de enfermagem, por exemplo. Assim, quando se discute produtividade nos serviços de saúde há dificuldade em se delimitar o campo de medida.

O processo de produção nos serviços de saúde pode ser caracterizado utilizando-se a proposição de Donabedian (1986) que identifica as variáveis de estrutura, de processo e de resultados. As variáveis de estrutura estão relacionadas com instalações físicas, equipamentos, instrumental normativo, recursos humanos qualificados, recursos financeiros, jurídicos, políticos necessários para desencadear o processo de produção. O processo envolve a realização das atividades e procedimentos desenvolvidos para a produção, que sofrem maior ou menor

padronização de acordo com o tipo de trabalho, como: consulta médica, realização de exames complementares, condutas terapêuticas como cirurgia, entre outras.

O resultado é o que se entrega para a população pela consulta realizada, exame aplicado e etc. Este resultado, porém, pode ser mensurado utilizando-se variáveis quantitativas (por ex. número absoluto de consultas), consulta processo e consulta resultado quando são agregadas variáveis de efetividade ao produto.

Portanto, este artigo visa responder a seguinte questão: como os indicadores de produtividade podem contribuir para a avaliação de desempenho das filiais da rede de Clínicas de Saúde Popular SuperClínica localizada em São Luís do Maranhão.

Para responder a esta questão, o trabalho, através de uma revisão literária sobre os conceitos que envolvem a avaliação da produtividade em serviços de saúde, propõe o estabelecimento um modelo de gestão da produtividade e qualidade nas filiais da SuperClínica, com base na avaliação de 2 (duas) variáveis selecionadas pelo autor para corroborar a teoria.

O método proposto para a análise dos dados foi a Análise Envoltória de Dados (Data Envelopment Analysis - DEA), que ao final, fornece um exemplo de sua aplicação mostrando como o método proposto pode estruturar a sequência dos passos requeridos para a definição, seleção e medição destes indicadores.

O trabalho está organizado em sete seções. Além desta introdução, é apresentado na segunda a problemática deste trabalho, na terceira, sucintamente é caracterizado o objeto de estudo e as variáveis selecionadas. Na quarta seção um quadro teórico e conceitual. Na quinta apresenta a metodologia utilizada. Na sexta seção, analisam-se os resultados da pesquisa. E, por fim, na sétima seção o estudo traz as conclusões.

## **2. PROBLEMA DE PESQUISA**

Identificar como os fatores de gestão e produtividade podem contribuir no desempenho da rede de Clínicas de Saúde Popular SuperClínica localizada em São Luís do Maranhão.

## **3. OBJETIVOS**

### **3.1 Objetivo Geral**

Identificar a eficácia dos indicadores de produtividade e gestão que podem contribuir no desempenho da empresa SuperClínica.

### **3.2 Objetivos Específicos**

Para atingir o objetivo geral, os seguintes objetivos específicos são necessários, entre eles:

- Realizar revisão da literatura acerca do tema
- Analisar a eficiência e produtividade entre as unidades
- Analisar os fatores do modelo de gestão da SuperClínica
- Realizar pesquisa de campo para coletar os dados necessários

## **4. REFERÊNCIAL TEÓRICO**

### **4.1 Gestão: fundamentos na busca da eficiência**

Gerenciar organizações transformou-se tema de estudos científicos a partir de 1880. Naquele momento, embora as empresas registrassem lucros fascinantes, o seu crescimento se mostrava desorganizado, com descontrole sobre as operações e desperdício desproporcional. As organizações decidiram substituir o empirismo por uma abordagem científica por necessidade de aumentar a sua eficiência. Por exemplo, a preocupação com produtividade foi o que levou Taylor a pesquisar minuciosamente os melhores métodos para a realização de tarefas para selecionar, treinar e motivar os trabalhadores. Já Fayol destacou em suas pesquisas sobre estrutura organizacional, as cinco funções do administrador de organizações: planejar, organizar, dirigir, coordenar e controlar. (NASCIMENTO, 2015).

Buscava-se, na verdade, o desenvolvimento de uma verdadeira ciência da administração, de modo que pudesse ser determinado o melhor método para realizar cada tarefa. Os conceitos desenvolvidos na administração científica continuam influenciando as organizações atuais. Ao longo de todas essas décadas sua contribuição foi fundamental para o progresso econômico.

A influência da gestão organizacional em um sentido amplo pode ser evidenciada por mais de cem anos da crescente produtividade (HAMEL, 2007). Como bem destaca Drucker (1998), o gerenciamento científico foi visto como solução para todos os problemas. Ainda hoje muitas organizações encontram na administração científica uma maneira de suplantar seus obstáculos.

No entanto, um considerável desafio foi lentamente se encorpando ao longo dos mesmos 150 anos. Desde o final do século XIX iniciou-se uma profunda transformação de ordem econômica, social e tecnológica. A produção em grande escala afetou diretamente a base natural sobre a qual ela se assentava. Estudos com diferentes graus de cientificidade convergiam crescentemente para resultados que indicavam esgotamento dos recursos renováveis e não renováveis devido ao modelo de crescimento, ao padrão tecnológico e à estrutura da demanda (BARBARÁ *et al*, 2007).

Apesar das organizações estarem ajustando seus modelos organizacionais às novas realidades, observa-se uma forte influência dos modelos de gestão clássicas nas organizações modernas. Hamel (2007) salienta que quando comparada às mudanças monumentais em tecnologia, estilo de vida e geopolítica que presenciamos nos últimos cinquenta anos, a prática da gestão parece ter evoluído a um passo extremamente lento. No entanto, ele também ressalta que avanços importantes na prática gerencial normalmente provocam mudanças significativas na posição competitiva e em geral conferem uma vantagem competitiva duradoura para as organizações pioneiras. Para Castells (1999), as organizações precisam inovar nos seus modelos organizacionais, para lidar com as incertezas causadas pelo ritmo veloz das mudanças no seu ambiente econômico, institucional, tecnológico e, tomamos a liberdade de acrescentar, natural.

Não pode ser esquecido que as inovações organizacionais resultam em mudanças no modelo de gestão praticado em uma organização. Modelo de gestão

consiste no conjunto de princípios, técnicas e explicações, que orientam a concepção e o modo de funcionamento de todos os elementos constituintes de uma organização, (PEREIRA & SANTOS, 2003).

Um “modelo de gestão” é uma simplificação da realidade, usado para transmitir relações complexas em termos fáceis de serem entendidos. É pressuposto que mudanças na prática da administração equivalem a mudanças no modelo e gestão e vice-versa.

As mudanças são relacionadas ao como fazer, que está atrelado aos princípios que orientam as técnicas, ou seja, muda a concepção. Portanto, deverá ser o diferenciador de uma organização. Portanto, a utilização de modelos de gestão é aplicável tanto a técnicas quanto às explicações e aos princípios administrativos. Pode ser aplicado aos aspectos tangíveis quanto aos aspectos intangíveis.

Gestão pode ser definida como um conjunto de atividades coordenadas para dirigir e controlar um grupo de pessoas e instalações com responsabilidade, autoridade e relações definidas (BARBARÁ et al., 2008). Os autores sugerem que gestão é um conjunto de atividades interligadas e que deve estar presente em todos os processos organizacionais, interagindo no planejamento, implantação, medição, monitoramento, avaliação e aprimoramento desses processos.

A gestão pode ser definida então como a administração de um negócio, empresa ou organização com o objetivo de alcançar metas e conquistar resultados positivos e rentáveis. A gestão relaciona-se ao com o ciclo de aprendizagem PDCA (*Plan, Do, Check, Act*), que significa um processo de: planejar, fazer, controlar e avaliar para uma possível reprogramação (PAGLIUSO; CARDOSO; SPIEGEL; 2010). Werkema (1995, p. 17), define o ciclo PDCA como um processo gerencial de tomada de decisões para garantir o alcance dos objetivos da empresa, a fim de garantir sua sobrevivência.

O Autor enfatiza que, Robert Owen e Charles Babbage, são pioneiros da teoria gerencial, no início do século XIX. Owen, industrial inglês, foi o primeiro a reconhecer a importância dos recursos humanos, até então uma simples ferramenta. Ele montou uma filiação na Escócia que era gerida pelos próprios operários e que oferecia educação, saúde e assistência social à comunidade.

Stoner & Freeman destacam o pioneirismo de Robert Owen ao enfatizarem que

Naquela época, as condições de trabalho e de vida eram muito ruins para a maioria dos trabalhadores. Homens, mulheres e crianças (muitas com apenas 5 ou 6 anos) trabalhavam até 14 horas por dia, seis dias por semana. Os salários eram baixos e as habitações eram apinhadas e sem qualquer higiene. Owen decidiu que os administradores deveriam representar o papel de reformadores. Construiu casa melhores para seus empregados e montou na empresa um armazém onde as mercadorias poderiam ser compradas mais barato. Reduziu a jornada diária de trabalho para 10 horas e recusou contratar crianças com menos de 10 anos. (STONER; FREEMAN, 1995, p. 22)

Segundo Antônio Junior (2017), Charles Babbage, buscava por intermédio de estudos científicos identificar a melhor maneira de aumentar a produtividade e baixar as despesas. O matemático inglês foi um dos primeiros defensores da divisão do trabalho, acreditando que cada operação de uma fábrica deveria ser analisada, de modo que pudessem isolar as várias habilidades que ela requeria. Assim a teoria da administração científica surgiu, da necessidade de se aumentar a produtividade e organizar os processos administrativos.

Em 1903, Taylor após uma pesquisa longa, apresenta seus estudos de como aumentar a produtividade e destaca o conceito do “homem certo no lugar certo”, o estudo dos tempos e movimentos e a racionalização da produção industrial.

Para Hammel (2007), os conceitos desenvolvidos na administração científica continuam influenciando a gestão nas organizações atuais e sua contribuição foi fundamental para o progresso econômico, além da gestão em um amplo sentido, podendo ser evidenciada por mais de cem anos da crescente produtividade. Entre 1890 e 1958, por exemplo, a produtividade industrial americana por hora trabalhada cresceu quase cinco vezes, e continuou a crescer desde então. Depreende-se que a perspectiva clássica que, de fato, moldou todo o estudo da gestão, da forma como hoje é conhecida.

Os modelos de gestão são formados, geralmente, de duas dimensões básicas: a forma – configuração organizacional; e a função – tarefas a serem cumpridas. O foco das primeiras abordagens administrativas permanecia sobre a forma; a visão era instrumental ou mecanicista, isto é, estabelecer um modelo de gestão significava definir estrutura, instrumentos, técnicas, recursos e até pessoas aos quais o comportamento organizacional estava subordinado. A forma era priorizada sobre a

função. Normas e procedimentos se sobrepunham aos objetivos organizacionais. O foco estava no “como”, e não no cumprimento da missão da organização (o quê).

Os modelos de gestão têm se voltado mais para a função. Isto porque, frente aos cenários cada vez mais dinâmicos em que se inserem, a modelagem organizacional muito voltada para a forma limita as mudanças e afeta a capacidade de adaptabilidade da organização às intempéries, ameaças e oportunidades do mundo contemporâneo. A visão atual é mais orgânica: viva, complexa, paradoxal, ambígua e contraditória.

Tais variáveis, por sua vez, são estabelecidas de acordo com a tarefa/função da organização. As diferentes abordagens de gestão que se estabelecem dentro destas dimensões organizacionais são o que define um modelo de gestão.

Independentemente dos elementos ou dimensões que diferentes especialistas afirmam compor um modelo de gestão, todos eles endossam que há interdependência entre estas variáveis e que deve haver coerência entre elas. Tal combinação deve ser compatibilizada não apenas com um contexto organizacional específico, mas depende do momento determinado em que será aplicada.

Sendo assim, o conceito fundamental de modelo de gestão faz alusão ao ato de estabelecer a coerência e compatibilização de diversas variáveis de maneira a garantir um bom desempenho organizacional (o qual é geralmente medido pela eficiência, eficácia, efetividade, flexibilidade e adaptabilidade da organização).

Desta forma, por meio da compatibilização das variáveis que compõem as diversas dimensões organizacionais é possível definir um modelo de gestão que mais se aproxime do atendimento às necessidades específicas de uma organização.

Os primeiros modelos de gestão foram definidos após a Segunda Revolução Industrial em 1840 e marcaram o início da administração científica. O contexto econômico-social se caracterizava pela mecanização associada à produtividade e ao retorno financeiro.

Os modelos classificados como estruturais, estabeleceram o conceito original de burocracia como a definição de uma lógica gerencial de comando e controle (normas impessoais, racionalidade dos processos decisórios, poder relacionado ao cargo, padronização do comportamento organizacional), além de um sistema



complexo e elaborado de estrutura, que subdivide funções específicas para cada unidade organizacional (HAMMEL, 2007).

Suas limitações estão associadas à desumanização do trabalho (trabalhador excessivamente especializado, tratado como um recurso qualquer) e à abordagem de gestão limitada, com pretensão de controle e previsibilidade (desconsiderava aspectos sociais, políticos, ambientais, culturais etc., estabelecendo fórmulas prescritivas e generalizantes, que não se “encaixam” a qualquer realidade).

Naturalmente, as limitações tanto do desempenho organizacional quanto da motivação do trabalhador nos modelos burocráticos levaram a uma evolução do pensamento administrativo, que passou a observar a importância dos aspectos psicossociais do trabalho e a forma como estes afetam a produtividade, dando origem à abordagem humanística de gestão. O modelo de “autoridade” começou a se transformar – o “poder autoritário” foi discutido, iniciando os primeiros estudos sobre “estilos de liderança”, como o de Rensis Likert (1903-1981), e a teoria da aceitação da autoridade (habilidade de influenciar, legitimar a autoridade) de Chester Barnard (1886-1961). Maslow (1908-1970) analisou o reflexo das necessidades humanas sobre o processo motivacional e Warren Bennis (1925-2014) revelou a inadequação dos modelos burocráticos diante de um cenário de imprevisibilidade (mudanças rápidas e inesperadas do mundo moderno), aumento e complexidade das organizações etc.

O acelerado desenvolvimento econômico, tecnológico e social do último século impactou significativamente os padrões gerenciais das organizações públicas e privadas. O cenário é de instabilidade, renovação constante, complexidade associada à precariedade de embasamento para tomada de decisões.

Desta forma, o estudo do processo de mudança e transformação organizacional passa a ser o foco dos modelos de gestão classificados como integrativos. O planejamento e a gestão estratégica ganham força como ferramentas que transformam a experiência do dia a dia em orientação para as decisões futuras. Ademais, começa-se a compreender as relações entre sociedade e organização, e o impacto mútuo de uma sobre a outra. Passa-se, então, a compatibilizar as necessidades sociais às necessidades técnicas das organizações. A busca da eficiência passa a ser um imperativo nas organizações atuais.

## 4.2 Eficiência

O conceito de eficiência apresenta uma grande diversidade conceitual, sendo utilizada em várias áreas do conhecimento, como economia, direito e administração. No campo da administração eficiência significa, conforme Drucker (1993), fazer as coisas certas de maneira correta, ou seja, trabalhar corretamente, evitando cometer erros. No direito público, eficiência está relacionada diretamente ao princípio da eficiência, que foi estabelecido com a promulgação da Emenda Constitucional nº 19 de 1998, e pode ser entendido, de acordo com Moraes, como

O que impõe à administração pública direta e indireta e a seus agentes a persecução do bem comum, por meio do exercício de suas competências de forma imparcial, neutra, transparente, participativa, eficaz, sem burocracia e sempre em busca da qualidade, primando pela adoção dos critérios legais e morais necessários para melhor utilização possível dos recursos públicos, de maneira a evitarem-se desperdícios e garantir-se maior rentabilidade social. (MORAES, 1999, p. 30)

Já no âmbito da economia, eficiência está relacionada com a maximização dos resultados para um determinado conjunto de recursos e o aumento do bem-estar social. Dessa forma, eficiência pode ser definida, conforme Sander apud Belloni (2000) como um critério econômico utilitário que revela a capacidade administrativa de produzir o máximo de resultados com o mínimo de recursos, energia e tempo. Ou seja, eficiência pode ser entendida como a relação entre os resultados e os custos para obtê-los (ALONSO, 1999).

Nesse sentido, convêm a compreensão de dois conceitos de eficiência que estão presentes na literatura econômica, que são, Eficiência de Pareto e Eficiência de Kaldor-Hickis.

A Eficiência de Pareto, também conhecida como Ótimo de Pareto, foi desenvolvida pelo francês Vilfredo Pareto em 1897 e enuncia que o bem-estar de uma sociedade é máximo se não existe outro estado tal que seja possível aumentar o bem-estar de um indivíduo sem diminuir o bem-estar dos demais, ou seja, ninguém pode melhorar de situação, sem prejudicar a situação de outro indivíduo<sup>1</sup>.

Dessa forma, surgiu a Eficiência de Kaldor-Hickis, também conhecida como Eficiência Potencial de Pareto. De acordo com esse critério se o aumento do bem-estar de um dos indivíduos for maior que a perda de bem-estar do outro, a decisão foi eficiente. Em outras palavras, para que ocorra a Eficiência de Kaldor-Hicks, o

---

<sup>1</sup> Definição retirada da apresentação do Livro Os economistas – Vilfredo Pareto – Manual de Economia Política, São Paulo, SP, 1996.

benefício da decisão tem que ser maior que o custo, ou seja, os benefícios de uma das partes têm que compensar a perda do bem-estar da outra parte. Nesse sentido, de acordo com Nied (2012) a eficiência de Kaldor-Hicks aumenta a utilidade da Eficiência de Pareto, viabilizando a sua aplicação em casos concretos.

Já nas organizações, eficiência é estudada sob a ótica econômica, ou sob a ótica das possibilidades físicas de produção, ou seja, eficiência alocativa ou eficiência produtiva/técnica, respectivamente.

Eficiência alocativa é a capacidade das organizações de combinar recursos e resultados em proporções ótimas, dados os preços vigentes dos insumos, dos fatores de produção e dos produtos finais (BELLONI, 2000). Já eficiência produtiva segundo Mankiw (2009), é a capacidade de se obter tudo o que se pode dos recursos escassos que se tem à disposição, sendo demonstrada pelos economistas por meio da fronteira de possibilidades de produção.

A fronteira de possibilidade de produção mostra as diversas combinações de produção, que podem ser produzidas dados os fatores de produção e a tecnologia produtiva disponíveis para transformar esses fatores em produtos (MANKIWI, 2009).

Segundo a autora a sociedade está usando toda a sua capacidade produtiva e demonstra o princípio econômico do trade-off, ou seja, ao direcionar mais recursos para a produção de um determinado bem implica em produzir menos de outro bem, tendo em vista a escassez dos recursos.

Os pontos sobre a fronteira de possibilidade de produção representam os níveis eficientes de produção, ou seja, são os pontos eficientes, onde a economia está obtendo tudo o que pode dos recursos escassos que tem à disposição e da tecnologia disponível. Pontos abaixo da fronteira são ineficientes, e os acima da fronteira são impossíveis de serem atingidos tendo em vista os recursos e a tecnologia disponíveis.

Um ponto que merece atenção é a confusão que frequentemente ocorre entre os conceitos de eficiência produtiva e produtividade. Nesse sentido, é importante entender que produtividade é definida como a quantidade de saídas entregues por unidade de insumo utilizado (mão de obra, serviços de capital e insumos comprados) (SULLIVAN ET AL, 2012). Já eficiência produtiva conota a capacidade de maximização dos resultados utilizando o mínimo de recursos possíveis na produção (LOVELL APUD BELLONI, 2000).

### **4.3 Gestão de custos nos serviços de clínicas populares**

Custo pode ser definido como o sacrifício financeiro que as organizações assumem no momento da utilização dos fatores de produção para a realização de um bem ou serviço.

Nesse sentido a apuração desses custos é importante para que as organizações possam medir o consumo de recursos na produção de um bem ou serviço (custo do produto) ou o consumo de recursos das suas atividades (custo da atividade ou de processo) (ALONSO, 1999).

Dessa forma, conforme Martins (2001), a apuração dos custos pode apresentar duas funções relevantes sendo elas, o auxílio no controle e à ajuda na tomada de decisões. Percebe-se com isso que as informações referentes aos custos podem servir como base para o estabelecimento de padrões, orçamentos e formas de previsão para os gastos das instituições, bem como, podem servir para acompanhar se o realizado está de acordo com os valores preestabelecidos (MAGALHÃES ET AL, 2010).

Nesse sentido, a apuração dos custos de uma organização auxilia também no alcance de um dos principais objetivos da economia, que é a alocação eficiente dos recursos escassos entre as necessidades que são ilimitadas.

Na administração pública federal, a apuração dos custos, colabora para a transparência dos gastos públicos e para uma alocação de recursos mais eficiente proporcionando com isso uma melhor gestão do dinheiro público. É importante ressaltar que a apuração dos custos também contribui, de acordo com Monteiro et al (sem data), com o avanço na melhoria da qualidade dos gastos, uma vez que propicia a efetiva mensuração do desempenho governamental.

Além disso, a apuração dos custos é importante para uma administração pública mais eficiente, já que essas medidas estão diretamente relacionadas. Conforme visto anteriormente, eficiência é a relação entre os resultados e os custos para obtê-los. Portanto, sem um sistema de custos a administração pública abre margem para encobrir a ineficiência dos seus serviços (ALONSO, 1999).

Custo representa o valor dos bens e serviços consumidos na produção de outros bens ou serviços. Dessa forma, em uma organização hospitalar, pode-se entender como custos os gastos incorridos para a obtenção de um serviço prestado como, por exemplo, o custo com salário de médicos. Assim definindo, parece fácil a

tarefa de apurar um custo, pois exige, apenas, a apuração de todos os recursos consumidos pela empresa e sua distribuição pelos produtos fabricados. Ao se considerar, porém, a complexidade dos recursos aplicados pela empresa, a existência de consumos indiretos para suporte –apoio- à produção, entre outros, percebe-se que essa ação não é nada simples.

ROCCHI (1982, p.19-20) afirma que “A apuração dos custos em estabelecimentos hospitalares é um trabalho complexo que exige, em outras condições, a perfeita delimitação dos centros de custo e um eficiente sistema de informações gerenciais”, consequência direta da diversidade dos serviços prestados.

Também destaca que, em qualquer hospital, o controle de custos visa fundamentalmente determinar e analisar o custo total dos serviços prestados a cada paciente, levando-se em consideração a finalidade do sistema, a apuração e a análise de um hospital, ou seja, o cômputo do custo de cada cliente e de cada tipo de serviço prestado.

No passado, muitas empresas viam a contabilidade de custos como um mal necessário, que tinha como objetivo apenas o de atender as exigências contábil-fiscais, deixando de ser explorada como ferramenta gerencial, devido a deficiências, principalmente relacionadas com agilidade e confiabilidade das informações, que conseqüentemente perdiam a utilidade como ferramenta de gerenciamento e tomada de decisão (BRIMSON, 1996).

Atualmente, devido à globalização da economia, a liderança em custos passou a ser uma vantagem competitiva das empresas, devendo fazer parte de sua estratégia. Para isso, os velhos conceitos da contabilidade de custos devem ser substituídos por novos conceitos. A perseguição ao menor custo, sem afetar a funcionalidade e a qualidade dos produtos/serviços, deve ser um objetivo permanente nas empresas que buscam a excelência empresarial.

Neste ambiente competitivo, percebe-se que uma das áreas que mais precisa se modernizar, principalmente no Brasil, é a de serviços de saúde, que ainda se utiliza de métodos contábeis tradicionais - quando muito -, que não levam ao efetivo conhecimento de seus custos, ou seja, grande parte dessas organizações não faz uso de nenhum sistema de custos que oriente e ofereça parâmetros para suas decisões administrativas, controle de atividades e investimentos. É carente tanto de uma

literatura especializada, quanto de pesquisas na área de formação de custos hospitalares.

A apuração e o controle dos custos hospitalares constituem uma absoluta necessidade dentro das instituições de saúde, pois enquanto a primeira serve de instrumento eficaz de gerência e acompanhamento dos serviços, a segunda permite a implantação de medidas corretivas que visem a um melhor desempenho das unidades, com base na possível redefinição das prioridades essenciais, aumento da produtividade e racionalização do uso de recursos dentre outras medidas administrativas.

A gestão de custo aplicada às instituições de saúde compreende uma extensão de benefícios que vai muito além das necessidades pertinentes ao ciclo da contabilidade de custos, cuja preocupação encerra-se na aplicação do custo dos produtos ou serviços com a finalidade de preparação de demonstrações contábeis, sob a configuração definida pela legislação (MAURIZ, 2014).

O processo de Faturamento deve possuir instrumentos rigorosos e eficazes de controlar desde o momento do início da prestação de serviços, até os insumos que irão ser utilizados no conjunto da assistência em saúde que o paciente receberá (MAURIZ, 2014). Pois o custo dos serviços prestados destaca-se como a expressão de custeio dos insumos utilizados nas atividades assistenciais e que foram itens de uso no momento da assistência ao paciente.

O faturamento hospitalar é uma das funções de maior importância na Administração Financeira de um Hospital ou Clínica Médica. Traduzindo em moeda corrente todas as operações de prestação de serviços assistenciais em saúde, materiais e medicamentos produzindo a conta hospitalar. O faturamento de serviços de saúde tem como objetivo possibilitar a administração, conhecer qual a rentabilidade dos serviços e clínicas podendo assim gerir custos, qualidade e receitas (MAURIZ, 2014).

#### **4.4 Produtividade em serviços de saúde**

Na manufatura tradicional, a premissa de que a qualidade permanece constante apesar do aumento da produtividade torna relativamente fácil estimar a produtividade. Entretanto, em serviços, as medições de produtividade devem incluir uma avaliação do modo como determinado recurso poderá afetar a qualidade

percebida do serviço e a própria capacidade de geração de receita para a organização. Além disso, essas medidas devem levar em conta o grau de variação da demanda e as consequências desse fato para a utilização da capacidade (GRÖNROOS, 2009).

Considerando o exposto na subseção anterior, é possível inferir que existem várias dificuldades potenciais na identificação dos *inputs* e *outputs* que sejam apropriados para a mensuração da produtividade em serviços, uma vez que: a produção, ou aquilo a ela equivalente, não possui uma unidade física de medida bem definida, ou não a possui de modo algum; uma grande variedade de serviços pode ser oferecida por uma mesma organização; é impossível dissociar quantidade de qualidade (VUORINEN; JARVINEN; LEHTINEN, 1998).

Portanto, a produtividade em serviços deve ser baseada em medidas que informem a quantidade e a qualidade dos *outputs* e *inputs*. Do ponto de vista prático, a organização deve responder adequadamente às seguintes perguntas: Como a quantidade de entradas (*inputs*) e saídas (*outputs*) pode ser medida.: Como a qualidade das entradas (*inputs*) e saídas (*outputs*) pode ser avaliada? (GRÖNROOS, 2009 e VUORINEN; JARVINEN; LEHTINEN, 1998)

Diante da dificuldade em escolher um único critério que abarque tantos aspectos e que informe a respeito da quantidade e da qualidade dos *outputs* e *inputs*, Johnston e Jones (2004) propõem que a mensuração da produtividade seja entendida por duas vertentes: (I) produtividade operacional e (II) produtividade do cliente.

A primeira é definida como uma função da taxa de saídas operacionais (recursos usados, clientes, receitas etc.) sobre as entradas (materiais, clientes, equipes, custos etc.), durante um dado período. A segunda é definida como uma função da taxa de saídas para o cliente (experiência, valores etc.) sobre as entradas demandadas (tempo, esforço, custos etc.). Para os autores, tanto uma quanto a outra devem ser utilizadas.

As medições físicas e financeiras são bastante utilizadas na avaliação da produtividade dos serviços. Usar apenas uma delas pode ser enganador, e utilizar medições combinadas também pode o ser.

Considerando a classificação proposta pelos autores McLaughlin e Coffey (1990), este estudo identificou que vários trabalhos mensuram a eficiência técnica produtiva utilizando o modelo determinístico conhecido como *Data Envelopment*

*Analysis (DEA)*. A eficiência produtiva é medida por meio do modelo de programação linear que busca, em suas orientações, a redução de *inputs* ou expansão de *outputs*. (AL-SHAMMARI, 1999)

A metodologia *DEA* é composta por um conjunto de modelos de programação linear utilizados para identificar a eficiência técnica produtiva de unidades tomadoras de decisão (*Decision Making Units - DMU*). Foi proposta por Charnes, Cooper e Rhodes, em 1978, para a avaliação de empresas públicas, mas rapidamente se expandiu e foi também aplicada na avaliação da eficiência de empresas privadas.

Embora o modelo CCR, como foi chamado, tivesse sua aplicabilidade restrita às empresas operando sob retornos constantes de escala, em 1984, os autores Banker, Charnes e Cooper estenderam a metodologia para avaliação de empresas sob diferentes retornos de escala (constante, crescente e decrescente) criando, então, o modelo BCC.

Sob a perspectiva desse método, a medida da produtividade de uma organização é similar à medição da eficiência de um sistema. Ela pode ser estabelecida como a razão das saídas pelas entradas. Torna-se possível comparar a eficiência de múltiplas unidades de serviço que fornecem serviços similares mediante a consideração explícita do uso de suas múltiplas entradas na produção de múltiplas saídas.

Portanto, utilizando-se desse método, pode-se comparar um grupo de unidades de serviço, a fim de identificar as unidades relativamente ineficientes, medindo a magnitude das ineficiências e, pela comparação das unidades ineficientes com as eficientes, descobrir formas para reduzir as ineficiências (HAKSEVER *et al.*, 2000).

Em um estudo sobre a relação entre gestão de processos e qualidade em saúde, Bittar (2000) observa que os processos hospitalares necessitam ser avaliados e controlados quanto a variáveis como eficácia, eficiência, produção, produtividade e qualidade, quanto à prevenção e redução da morbimortalidade e quanto à sua imagem perante usuários ou clientes despeito da relevância desta questão, mesmo em países como os Estados Unidos, existem estudos que admitem que a prática de medição e monitoramento de processos na área da saúde ainda é pouco desenvolvida, assim como a cultura de promover a melhoria de processos com base em sua avaliação sistemática (LOEB, 2004; WILLIAMS ET AL., 2005).



No Brasil, alguns estudos sugerem que há uma conscientização crescente sobre a importância do uso de indicadores de produtividade (BITTAR, 1996) e qualidade (KOTAKA et al., 1997) visando a melhoria do desempenho de processos de serviços de saúde.

A Portaria n.º 1101/GM, do Ministério da Saúde de 12 de junho de 2002, a qual estabelece os parâmetros assistenciais do Sistema Único de Saúde (SUS), define “parâmetros de produtividade” como aqueles destinados a estimar a capacidade de produção dos recursos, equipamentos e serviços de assistência à saúde, sejam eles humanos, materiais ou físicos, salientando sua importância como instrumentos de planejamento, controle, regulação e avaliação do SUS.

Visando a promoção da avaliação de serviços de saúde, a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) tem preconizado a adoção de indicadores padronizados, o que facilitaria comparações de dados e informações dentro dos hospitais e entre hospitais que têm como foco a produtividade.

A elaboração da versão inicial do Manual Brasileiro de Acreditação em 1998 foi fruto deste esforço que culminou na formação da Organização Nacional de Acreditação (ONA). Em sua versão de 2006, este manual preconiza, como um requisito fundamental do padrão de gestão das principais áreas de serviços hospitalares, a adoção efetiva de uma sistemática de medição e avaliação de processos (ANVISA-ONA, 2006).

Apesar deste processo de amadurecimento, pesquisas acadêmicas revelam que poucos serviços de saúde dispõem de indicadores para gestão hospitalar e menos ainda os utilizam (MALIK e TELES, 2001). Urge, portanto, desenvolver propostas que subsidiem o planejamento e a implementação de uma sistemática permanente de avaliação e melhoria tanto dos serviços de assistência à saúde como dos processos de administração nos hospitais e clínicas, estimulando-os a atingirem padrões mais elevados de desempenho.

#### **4.5 Clínicas populares de saúde no Brasil**

Segundo a Constituição Federal de 1988, é dever do Estado garantir saúde para toda a população. Para tanto, em 1990, o Governo criou o Sistema Único de Saúde (SUS), regido pela Lei n. 8.080. A Lei afirma que o SUS é composto por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais, da Administração direta e

indireta e das fundações mantidas pelo Poder Público e que a iniciativa privada poderá participar do SUS, em caráter complementar.

Porém, a Lei também afirma que os serviços de assistência à saúde são livres à iniciativa privada, desde que observados os princípios éticos e as normas expedidas pelo órgão de direção do SUS, que autoriza e controla os serviços privados de assistência à saúde, caracterizados pela atuação, por iniciativa própria, de profissionais liberais, legalmente habilitados, e de pessoas jurídicas de direito privado na promoção, proteção e recuperação da saúde.

As “clínicas populares” vêm-se confirmando enquanto um segmento do subsistema privado voltado à população de baixa renda. Objeto quase desconhecido do campo de conhecimento da Saúde Coletiva, é entendido como uma das manifestações da crise contemporânea na organização da prestação de serviços de saúde tendo em vista a crescente queda da renda dos trabalhadores, o setor se adapta ao baixo poder aquisitivo de amplos setores da população, organizando-se em mercado restrito e competitivo (VICTALINO, 2004).

De acordo com o artigo 1º da Resolução Nº 2.170, de 30 de outubro de 2017, as clínicas médicas de atendimento ambulatorial, incluindo as denominadas clínicas populares, são empresas médicas, conforme disposto no Manual de Procedimentos Administrativos, portanto são Pessoas Jurídicas de direito privado, que realizam consultas médicas, exames ou procedimentos médicos-cirúrgicos de curta permanência institucional, de forma particular ou por convênios privados.

Os diversos serviços médico-ambulatoriais privados ofertados por preços baixos pelas denominadas “clínicas populares”, se constituíram em uma alternativa de atendimento médico imediato, expressando a diversidade existente no setor.

Embora não existam dados oficiais sobre o crescimento real das clínicas populares, especialistas ouvidos por grandes veículos de comunicação afirma que elas são uma tendência no mercado brasileiro e ganharam força nos últimos anos, especialmente nos grandes centros. Na avaliação, elas teriam herdado os trabalhadores que, por conta da crise econômica, não conseguiram manter seus planos de saúde. Segundo dados da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), cerca de três milhões de pessoas deixaram de ser clientes das operadoras desde 2014 (CFM, 2018).

Já a migração de médicos para este nicho pode ser “uma reação à precarização dos contratos de trabalho com os serviços públicos, à baixa remuneração oferecida em concursos e à ausência de uma carreira de Estado para o médico”, avalia Carlos Vital. Além disso, pode ser reflexo ainda do desequilíbrio na correlação de forças entre prestadores de serviço e as operadoras de planos de saúde e má remuneração na saúde suplementar (CFM, 2018).

Na concepção de Ramires (2007, p. 173), o aumento do número de empresas privadas do setor da saúde está relacionado ao “[...] dinamismo econômico de muitas cidades brasileiras e à precarização dos serviços de saúde públicos, que têm levado ao crescimento do setor privado, com o surgimento de clínicas particulares e cooperativas médicas”

O crescimento do setor privado de saúde popular deve-se principalmente à instalação de clínicas médicas, consultórios médicos isolados, consultórios odontológicos, laboratórios de análises clínicas, além de hospitais filantrópicos que disponibilizam atendimentos particulares em diversas especialidades. (GODOY, 2018).

A prestação de serviços realizada pelas clínicas populares possui características físicas e organizacionais muito particulares, a partir das quais lhes foi atribuída a denominação “popular”. Por ser uma atividade de caráter público, os estabelecimentos de saúde precisam atender à algumas legislações específicas. Em termos gerais o setor é regulado pelas leis abaixo:

- Lei 8.080, de 19/9/1990 – Lei orgânica da Saúde que dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências e suas alterações através da Lei 9.836, de 23/9/1999, Lei 11.108, de 07/4/2005 e Lei 10.424, de 15/4/2002.
- Resolução CFM Nº 2.170, de 30 de outubro de 2017: Define as clínicas médicas de atendimento ambulatorial, incluindo as denominadas clínicas populares, como empresas médicas e determina critérios para seu funcionamento e registro perante os Conselhos Regionais de Medicina.

#### **4.6 SuperClínica**

Neste contexto, a empresa SuperClínica nasceu de uma forte demanda de mercado pela prestação de serviços na área de saúde no estado do Maranhão, se consolidando como a pioneira deste negócio com a inauguração de sua clínica matriz em 2003, seguida pela expansão da rede de atendimento com a abertura de 02(duas) filiais no bairro da COHAB, respectivamente abertas em 2004 e 2012, de mais uma unidade no Centro em 2009, e da mais recente filial localizada no bairro Renascença em 2017, totalizando 5 (cinco) unidades na Capital, equipadas com as mais modernas tecnologias disponíveis em Medicina para oferecer aos seus clientes, uma ampla e completa estrutura clínica em atendimento ambulatorial e exames.

A estrutura organizacional da SuperClínica é demonstrada através de organograma que descreve o sentido hierárquico da empresa e seu modelo gerencial. Conforme descrito abaixo.



Fonte: SUPERCLÍNICA (2019).

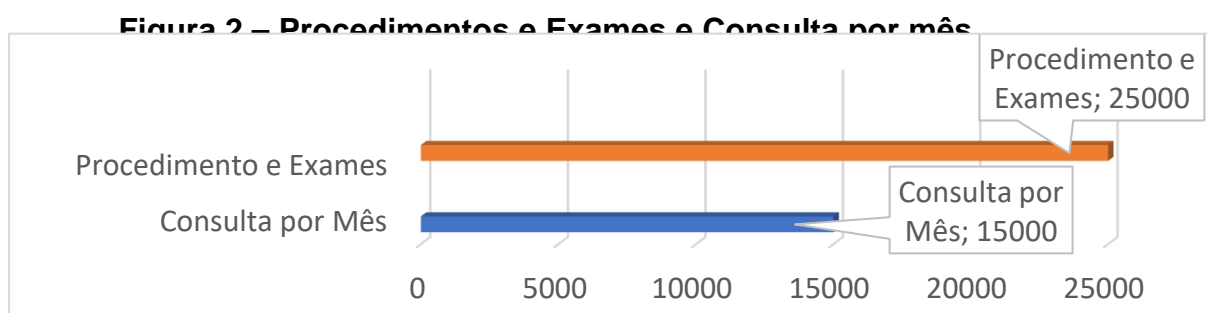
A SuperClínica tem como objetivo oferecer serviço médico de qualidade a preços populares, atendendo principalmente clientes que não possuem planos de saúde e que estão insatisfeitos com o Serviço Único de Saúde (SUS), tendo como vantagens do negócio:

- Os preços custam 50% dos valores cobrados por clínicas particulares;
- Disponibilidade de médicos devido os pagamentos serem realizado em 15 em 15 dias, diferente dos planos de saúde que possuem um prazo médio de 60 dias.

O tempo de espera no SUS, queixas no atendimento e os valores cobrados pelos planos de saúde, fizeram com que a população recorresse às clínicas populares em busca de atendimento médico de qualidade, com preços acessíveis e facilidades na forma de pagamento.

Com isto a SuperClínica com seu pioneirismo no Maranhão oferece um mix de especialidades médicas mais procuradas no mercado e atendimento humanizado, onde para implantação do negócio as estruturas foram pensadas em bairros com grande fluxo de pessoas e de fácil acesso ao público C e D.

A SuperClínica conta com uma central de agendamento e ouvidoria com 30 (trinta) posições de atendimento, além do site, para agendamentos de consulta, exames, retornos e serviço de tirar dúvidas dos clientes no pós-venda através do programa Alô Doutor. Contudo a SuperClínica gera 350 empregos diretos e quase 800 indiretos e como também, mensalmente, contabiliza:



Fonte: SUPERCLÍNICA (2019).

A logística de atendimento foi pensada em proporcionar a melhor experiência para o cliente, com conforto das instalações físicas, atendimento com hora marcada, acompanhamento individualizado durante todas as etapas de consultas/exames e garantia em até 15 dias para retorno sem custos adicionais.

A SuperClínica possui um setor de qualidade, que através da pesquisa de satisfação realizada junto aos clientes ao final de cada atendimento, mensura não só

sua satisfação, mas também oportunidades de melhoria, bem como a captura de novos serviços.

Considerando a expansão deste tipo de negócio no Brasil, a empresa vem empreendendo grandes esforços para se firmar como uma instituição de saúde de referência na área de consultas e exames médicos com preços acessíveis, buscando promover projetos de melhoria de seus padrões de atendimento e redução de custos, entendendo que o alcance deste objetivo precisa ser necessariamente sustentado por uma forma de gestão mais efetiva.

## **5. METODOLOGIA**

O presente trabalho pautou sua análise na rede de Clínicas Popular de Saúde o objeto de estudo foi a SuperClínica na cidade de São Luís – MA. O objetivo central da pesquisa foi analisar o modelo econômico e seu alinhamento estratégico na gestão da organização e o contexto da produtividade. A retroalimentação dar-se-á pelos resultados e sugestões para um sistema eficaz e eficiente de gestão.

Quanto à natureza da pesquisa, pode-se classificá-la como empírica, pois envolve necessariamente a coleta de dados. Foi realizado um estudo de caso com os colaboradores das SuperClínica na cidade de São Luís – MA. O estudo de caso consiste em uma pesquisa descritiva, que visa estudar um caso particular ou um sistema determinado, buscando o entendimento ou compreensão do funcionamento ou da evolução do objeto de estudo escolhido, sem visar a generalização deste entendimento para outros casos ou sistemas. De acordo com Gil (2002), a pesquisa descritiva “[...] tem como objetivo primordial a descrição das características de determinada população ou fenômeno, ou então, o estabelecimento de relações entre variáveis”.

E segundo Ponte (2006) o estudo de caso é uma investigação que se debruça deliberadamente sobre uma situação específica que se supõe ser única, pelo menos em certos aspectos, procurando descobrir a que há nela de mais essencial e característico e, desse modo, contribuir para a compreensão global de um certo fenômeno de interesse.

Para este trabalho foi adotada também uma abordagem quantitativa, pois a natureza dos dados é numérica. Creswell (2007) conceitua essa abordagem como o

método que utiliza instrumentos predeterminados que geram dados estatísticos, o uso de mensuração tanto na coleta de dados, como na sua análise. Richardson (1999) define o método quantitativo pelo emprego da quantificação e o emprego de técnicas estatísticas, usualmente, aplicados nos estudos descritivos, que procuram descobrir e classificar relações entre variáveis.

O levantamento de dados foi realizado por *Survey*, e Freitas et al. (2000, p.135) o define como a obtenção de dados ou informações sobre características, ações ou opiniões de determinado grupo de pessoas, indicado como representante de uma população-alvo, por meio de um instrumento de pesquisa, normalmente um questionário.

A pesquisa do tema envolveu numa primeira etapa o levantamento bibliográfico para compor o referencial teórico aqui descrito, bem como a análise de documentos corporativos da empresa a fim de identificar como está instituída formalmente. Posteriormente, foi realizado o levantamento de dados sobre a percepção do corpo de empregados a respeito do funcionamento prático da organização. A coleta de dados forneceu dados que identificaram, a partir da visão dos colaboradores, pontos relevantes sobre o modelo de gestão vigente.

O perfil amostral desse estudo é dos funcionários, compreendendo: gerentes de unidades, enfermeiras, técnicas de enfermagem e assistentes administrativos e pesquisas clínicas em questão, que são no total 103 participantes à época da coleta de dados. Com base no objetivo deste trabalho e no referencial teórico, os dados foram coletados por meio de questionário físico, entregues fisicamente em todas as unidades da organização e explicado presencialmente os itens que compõem o mesmo. O questionário aplicado é composto de itens parametrizados em uma escala Likert. Segundo Günther (1996, p. 399), a escala Likert é a mais “utilizada nas ciências sociais, especialmente em levantamentos de atitudes, opiniões e de avaliações”.

O questionário escolhido foi adaptado do modelo do Prêmio Nacional da Qualidade para a realidade da organização em questão, objetivando uma análise mais assertiva desta.

## **5.1 Dados e Estatística Descritiva**

Formulou-se um questionário de 103 afirmações com base em uma escala Likert, frequentemente usada em pesquisas de opinião, no qual os entrevistados especificam o seu nível de concordância ou não com as alegações do questionário (LIKERT, 1932). Como pré-requisitos para respondê-lo, todos os entrevistados devem estar ligados à rede de Clínicas Populares SuperClínica, sendo assim, foram selecionados funcionários pertencentes a todas as filiais da rede, totalizando 56 questionários.

As questões foram divididas em sete blocos distintos (Liderança; Estratégia e Planos; Clientes; Sociedade; Conhecimento; Pessoas e Processos de Trabalho). Para a pesquisa foram usados cinco níveis de concordância: discordo totalmente, discordo parcialmente, indiferente, concordo parcialmente e concordo totalmente. Para análise dos resultados foram atribuídos valores para cada concordância conforme quadro 1.

Quadro 1 - Valor por ordem de concordância das variáveis.

<b>Valor Crescente de Concordância</b>				
Discordo Totalmente	Discordo Parcialmente	Indiferente	Concordo Parcialmente	Concordo Totalmente
1	2	3	4	5

A escala Likert verifica o grau de concordância ou não das afirmativas, obtendo-se os resultados através da pontuação atribuída a cada resposta, com base na escala proposta de 5 pontos, as respostas com valor médio menor que 3 são consideradas discordantes, e devem ser trabalhadas, para as afirmativas com média maior que 3 são consideradas concordantes e devem manter uma manutenção constante (MESQUITA, 2005).

Utilizou-se também, a metodologia de Análise Envoltória de Dados (DEA), composta por um conjunto de modelos de programação linear utilizados para identificar a eficiência técnica produtiva de unidades tomadoras de decisão (*Decision Making Units - DMU*), onde foram selecionados indicadores comuns a todas as filiais da rede de forma que pudesse realizar um comparativo de produtividade entre as mesmas, sendo eles: Custos Operacionais como Input e Faturamento como *Output*.

## **5.2 Procedimentos Estatísticos**



Para análise estatística foi utilizado o software Statistical Package for Social Sciences (SPSS), versão 21.0. Inicialmente, testou-se o ajuste dos dados à distribuição normal pelo teste de Shapiro-Wilk para analisar a normalidade dos dados (tabela 1) e, para testar a existência ou não de igualdade das médias dos níveis de concordância dos funcionários de cada clínica em cada categoria, foi utilizada a Análise de Variância One-Way (ANOVA), quando as variâncias eram iguais, e o teste Kruskal-Wallis, quando as variâncias eram diferentes, ambos com o procedimento de Bonferroni para controlar o erro tipo I. Para todos os testes, o nível de significância adotado foi o de ( $p \leq 0,05$ ).

Para a condução da Análise Envoltória de Dados (DEA), analisou-se relatórios gerenciais obtidos diretamente de sistema informatizado da SuperClínica referente ao período de 2018/2019 para desenvolver um entendimento da situação da produtividade da organização.

Tabela 1 -Testes de Normalidade

	Shapiro-Wilk		
	Estatística	Gl	p-valor
Liderança	0,969	56	0,162
Estratégia e Planos	0,955	56	0,036
Clientes	0,927	56	0,002
Sociedade	0,978	56	0,406
Informações e Conhecimento	0,96	56	0,058
Pessoas	0,943	56	0,011

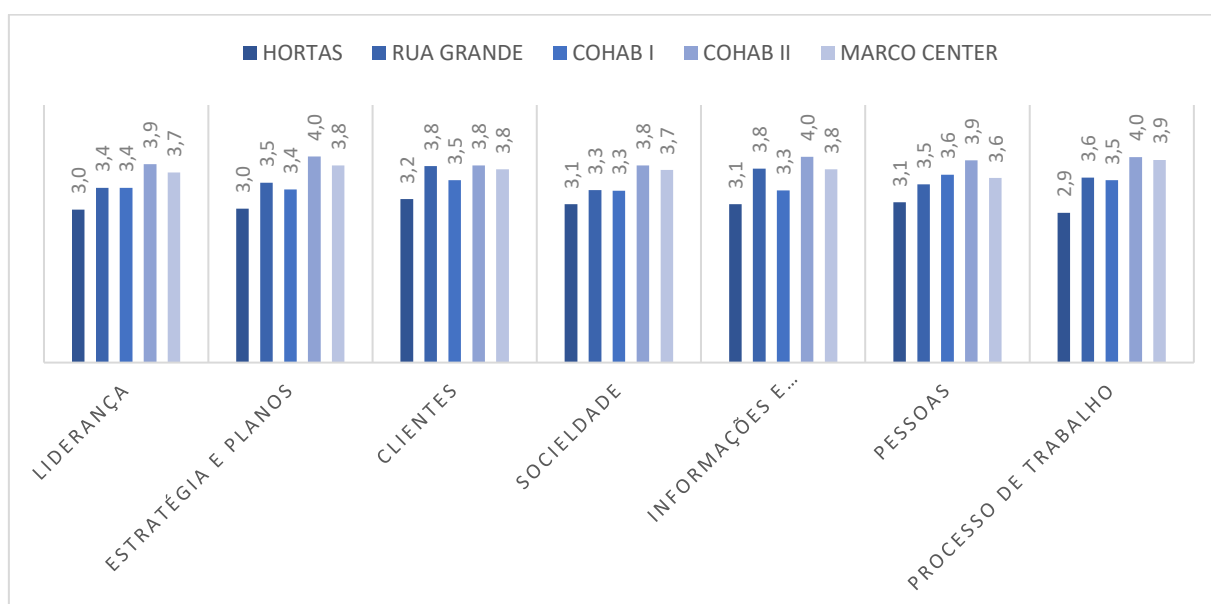
## 6. RESULTADOS

Segundo Perez Jr, Pestana e Franco (1997) o modelo de gestão é o instrumento mais significativo na empresa, pois é produto do subsistema institucional e tem como fundamento as crenças e valores dos líderes da empresa, os quais devem orientar os gestores na escolha das melhores alternativas para levar a empresa a cumprir sua missão com eficácia, servindo ainda, como referencial para orientar os gestores nos processos de planejamento, tomada de decisão e controle.

Com relação ao questionário aplicado aos colaboradores da SuperClínica, o mesmo abordava sete blocos de perguntas, afim de indicar qual o melhor modelo de gestão é adotado entre as unidades, bem como qual é a percepção dos colaboradores a respeito da gestão da empresa.

O gráfico 1 traz o desempenho médio por grupo, para cada unidade da rede SuperClínica.

Gráfico 1 - Análise gráfica das médias por clínica

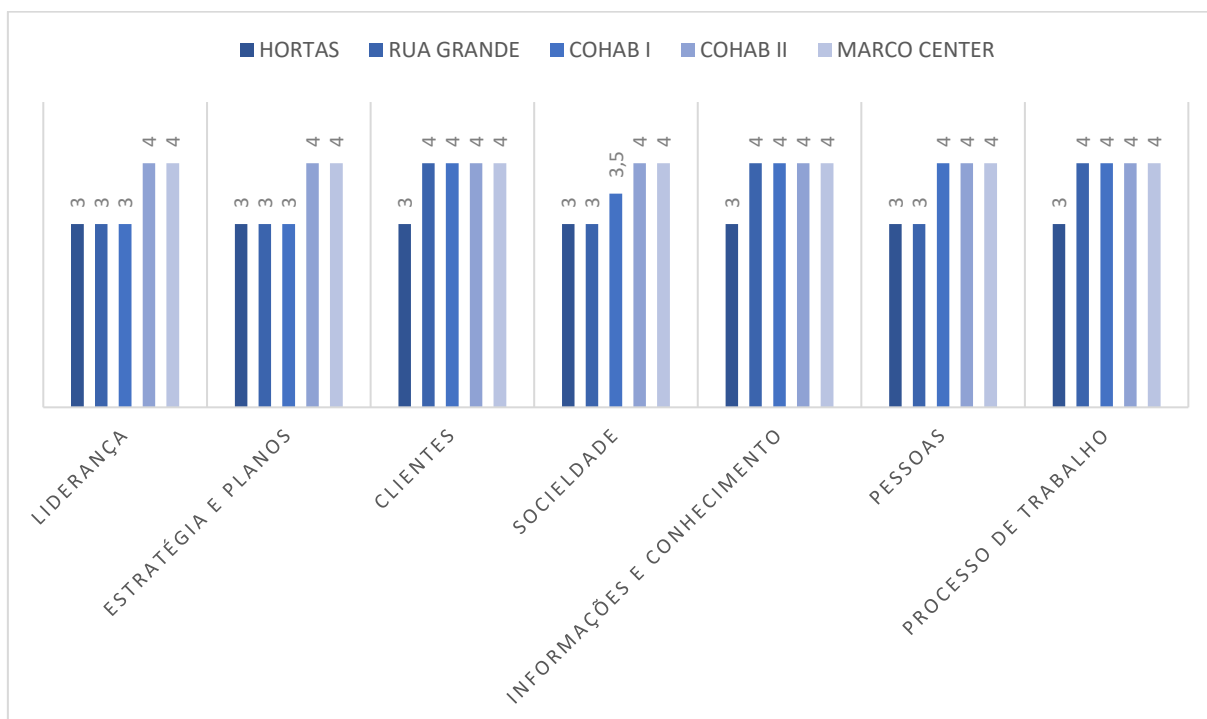


Nota-se que, para todas as variáveis analisadas, a clínica que apresenta as maiores médias é a COHAB II, seguida pela Marco Center. Dentre as filiais analisadas, a clínica Hortas apresenta as menores médias.

De acordo com gráfico 2, percebe-se que Marco Center e COHAB II também

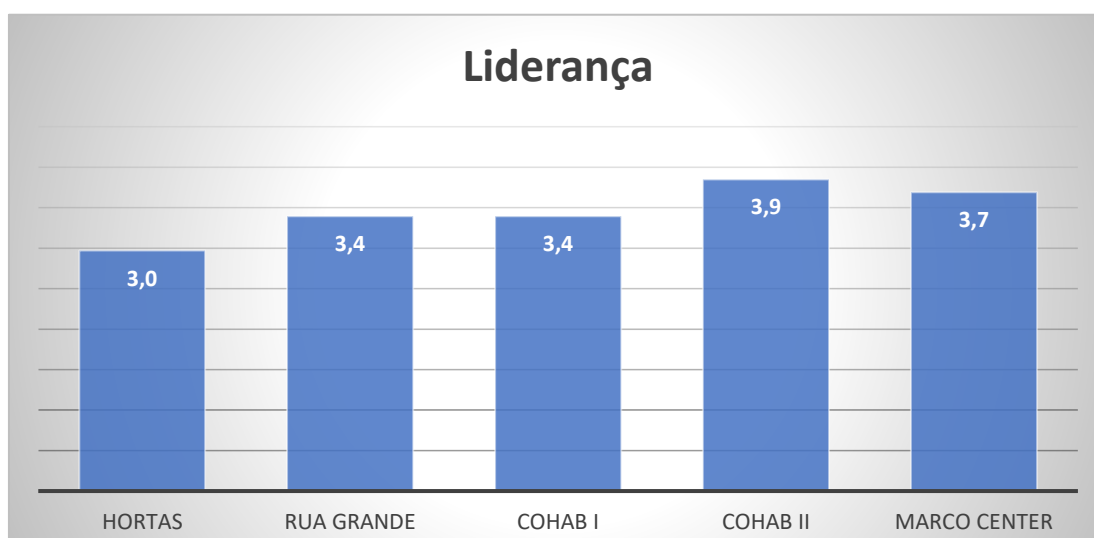
são as clínicas com melhor desempenho pois, apresentam as maiores medianas, enquanto clínica Hortas apresenta as menores. Rua Grande e COHAB I apresentam mediana igual a 3 nos quesitos de liderança e estratégia e planos, os quais dever receber maior atenção.

Gráfico 2 - Análise gráfica das medianas por clínica



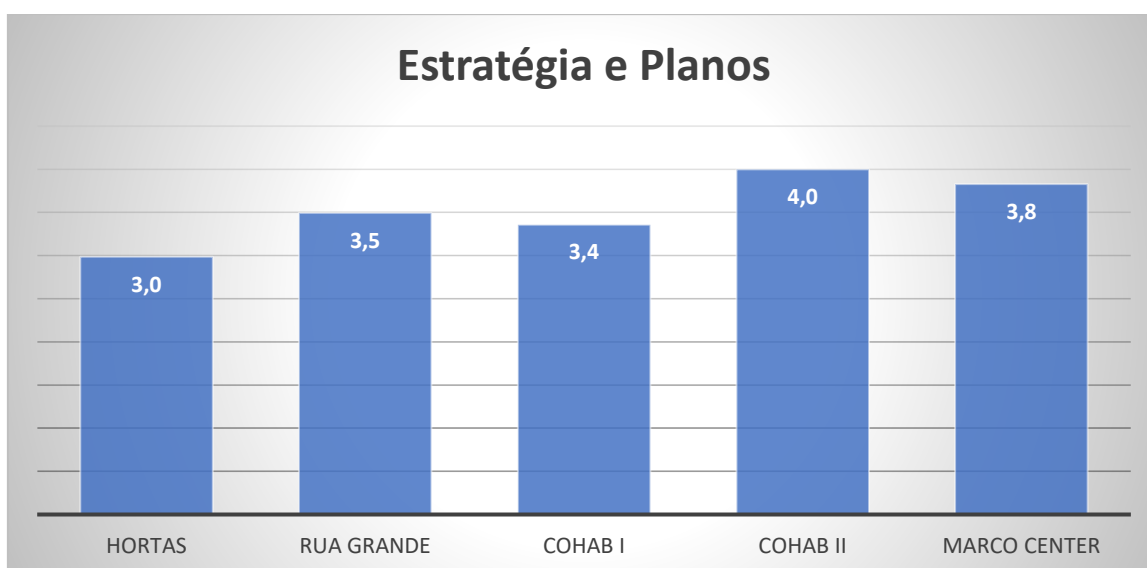
O gráfico 3 refere-se do bloco liderança, o qual era composto por 19 perguntas. Neste a unidade COHAB II obteve a maior média, ou seja, os colaboradores desta unidade reconhecem a liderança como modelo de gestão ético, transparente e que possibilita o envolvimento de todas as partes interessadas, afetando a gestão e a capacidade da empresa de alcançar os seus objetivos estratégicos.

Gráfico 3 – Resultados do bloco liderança



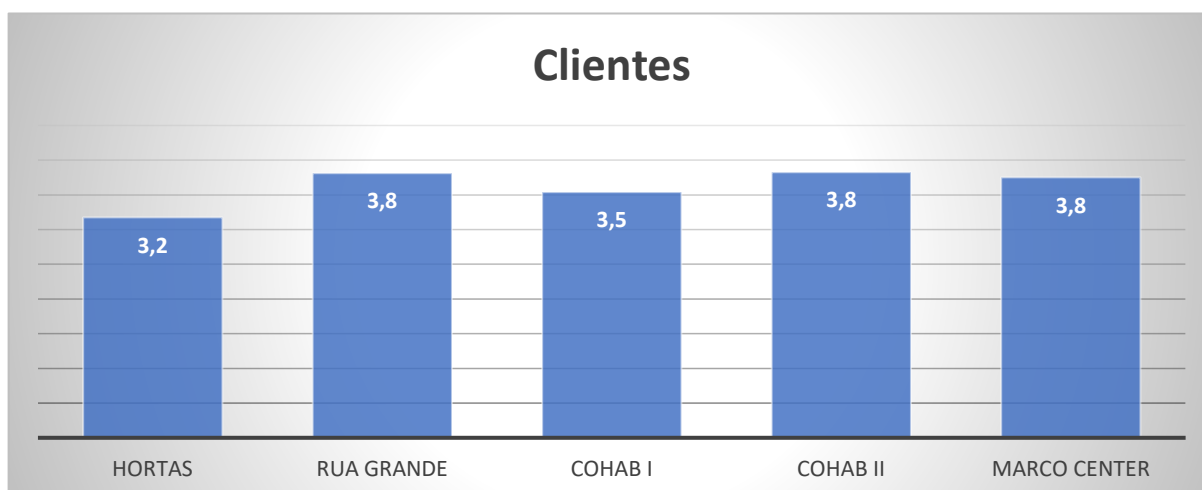
O gráfico 4 refere-se ao bloco de estratégias e planos, o qual era composto por 13 perguntas. Neste a unidade COHAB II obteve a maior média, destacando-se das demais unidades, o qual sugere que os departamentos e colaboradores se veem participando ativamente do planejamento estratégico da SuperClínica.

Gráfico 4 – Resultados do bloco Estratégia e Planos



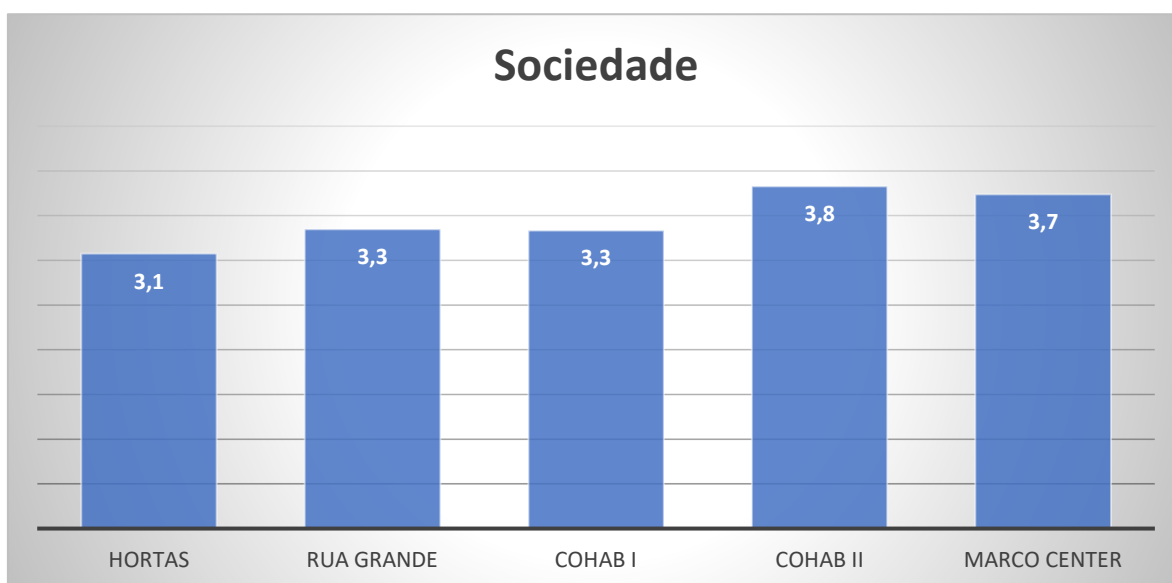
O gráfico 5 refere-se ao bloco clientes, o qual era composto por 12 perguntas. Neste as unidades Rua Grande, COHAB II e Marco Center obtiveram as maiores médias, resultando na percepção dos colaboradores que os processos e serviços, os padrões de atendimento, e as ações de melhoria da organização são trabalhados junto aos clientes de forma a criar credibilidade, confiança e imagem positiva da SuperClínica e com isto melhorar o nível da satisfação.

Gráfico 5 – Resultados do bloco Clientes



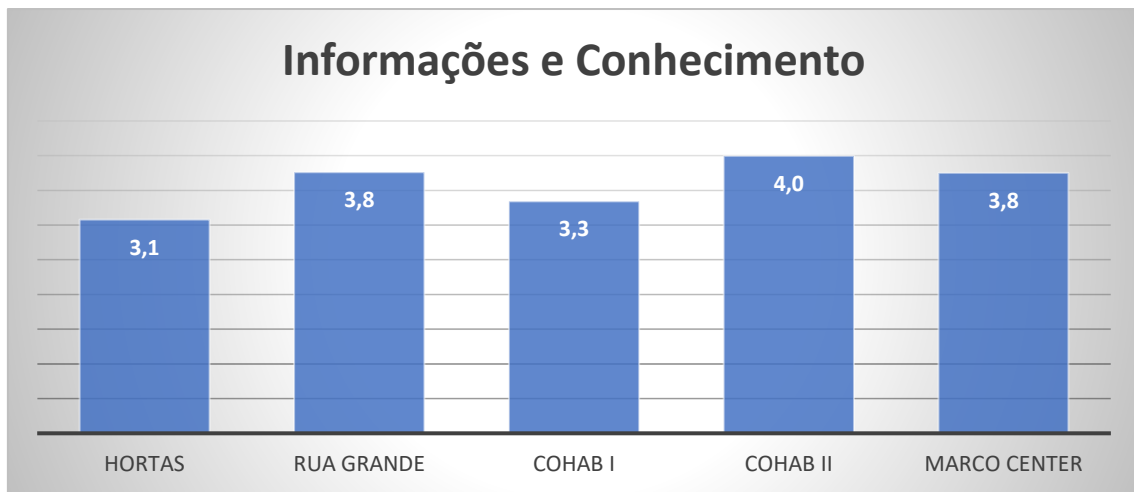
O gráfico 6 refere-se ao bloco sociedade, o qual era composto por 11 perguntas. Neste as unidades COHAB II e Marco Center obtiveram as maiores médias, resultando promoção de ações que envolvam a conservação de recursos não-renováveis, a preservação dos ecossistemas e a otimização do uso de recursos renováveis, bem como direcionamento de esforços para o fortalecimento da sociedade executando ou apoiando projetos sociais.

Gráfico 6 – Resultados do bloco Sociedade



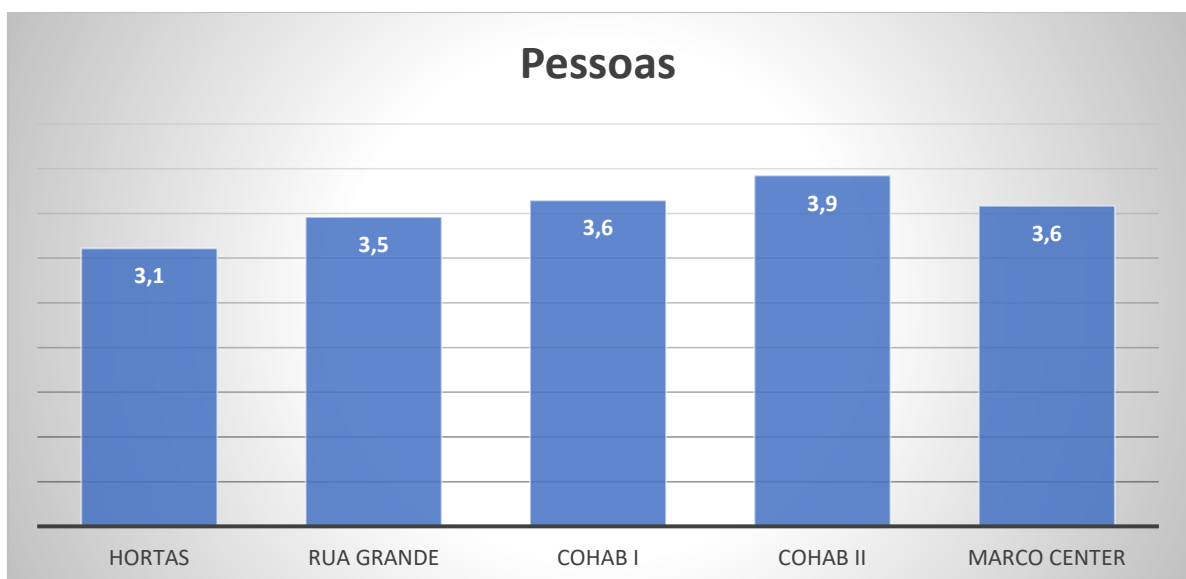
O gráfico 7 refere-se ao bloco informações e conhecimento, o qual era composto por 14 perguntas. Neste as unidades Rua Grande, COHAB II e Marco Center obtiveram as maiores médias, reconhecido pelos colaboradores que as necessidades de coleta, tratamento e armazenagem de informações são utilizadas para apoiar a gestão organizacional da SuperClínica e a gestão da informação é utilizada para apoiar o cumprimento da missão institucional e para promover a integração da Organização com seus clientes, sociedade, fornecedores e parceiros.

Gráfico 7 – Resultados do bloco Informações e Conhecimento



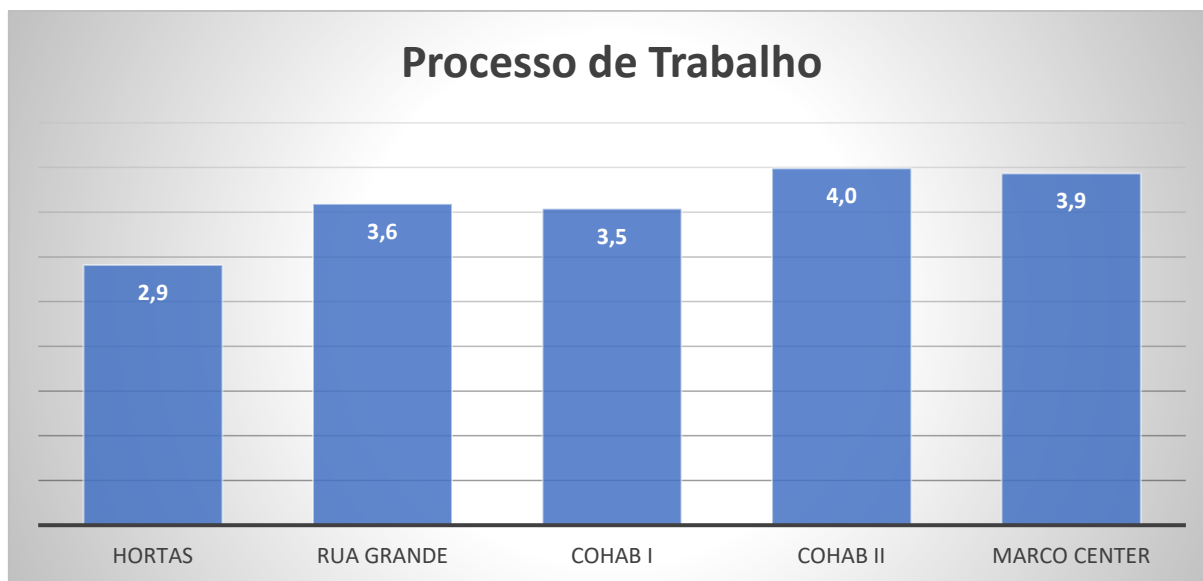
O gráfico 8 refere-se ao bloco pessoas, o qual era composto por 15 perguntas. Neste a unidade COHAB II alcançou a maior média, onde os colaboradores percebem que a SuperClínica estimula a integração, a cooperação e a comunicação eficaz entre as pessoas e entre as equipes, e possui sistemáticas para integrar os recém contratados e o desempenho das pessoas e das equipes é gerenciado de forma a estimular a obtenção de metas de alto desempenho, a cultura da excelência na SuperClínica e o desenvolvimento profissional.

Gráfico 8 – Resultados do bloco Pessoas



O gráfico 9 refere-se ao bloco processo de trabalho, o qual era composto por 19 perguntas. Neste as unidades COHAB II e Marco Center obtiveram as maiores médias. Os colaboradores acreditam que os processos orçamentários e financeiros são gerenciados para suportar as necessidades estratégicas e operacionais da SuperClínica, sendo monitorados regularmente.

Gráfico 9 – Resultados do bloco Processo de Trabalho



Com relação a análise estatística, segundo o teste de Shapiro-Wilk, apenas as variáveis de Liderança e Sociedade apresentam distribuição normal. Deste modo, realiza-se o teste paramétrico ANOVA para essas variáveis, enquanto para as demais utiliza-se o teste não paramétrico de Kruskal-Wallis. A tabela 1 traz os resumos dos testes de hipótese para cada variável.

Tabela 2 -Resumo dos Testes de Hipótese

Hipótese nula	Teste	Sig.	Decisão
A distribuição de Liderança é igual nas categorias de Grupo.	Amostras Independentes de Teste ANOVA	0,038	Rejeitar a hipótese nula.
A distribuição de Estratégia e Planos é igual nas categorias de Grupo.	Amostras Independentes de Teste de Kruskal-Wallis	0,01	Rejeitar a hipótese nula.
A distribuição de Clientes é igual nas categorias de Grupo.	Amostras Independentes de Teste de Kruskal-Wallis	0,392	Reter a hipótese nula.
A distribuição de Sociedade é igual nas categorias de Grupo.	Amostras Independentes de Teste ANOVA	0,103	Reter a hipótese nula.
A distribuição de Informações e Conhecimento é igual nas categorias de Grupo.	Amostras Independentes de Teste de Kruskal-Wallis	0,032	Rejeitar a hipótese nula.
A distribuição de Pessoas é igual nas categorias de Grupo.	Amostras Independentes de Teste de Kruskal-Wallis	0,136	Reter a hipótese nula.

A distribuição de Processos e Trabalho é igual nas categorias de Grupo.	Amostras Independentes de Teste de Kruskal-Wallis	0,031	Rejeitar a hipótese nula.
-------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------	-------	---------------------------

Percebe-se que para as variáveis *Liderança*, *Estratégia* e *Planos*, *Informações* e *Conhecimento* e *Processos de trabalho* os testes recomendam que rejeitemos a hipótese nula de que não há diferença entre os grupos. O método Pairwise é utilizado para identificar entre quais clínicas há diferença estatística, os resultados obtidos podem ser vistos nas tabelas abaixo.

Dentre as variáveis analisadas, todas apresentaram diferença estatística significativa entre as clínicas Hortas e COHAB II.

Tabela 3 - Estratégia e Pessoas – Comparações por Método Pairwise Entre Grupos

Sample 1-Sample 2	Estatística do teste	Erro Padrão	Estatística do teste Padrão	Sig.	Adj. Sig. <sup>a</sup>
Hortas-COHAB.I	9,258	6,796	1,362	0,173	1
Hortas-Rua.Grande	-10,424	6,796	-1,534	0,125	1
Hortas-Marco.Center	-17,841	7,565	-2,358	0,018	0,184
Hortas-COHAB.II	22,937	6,669	3,439	0,001	0,006
COHAB.I-Rua.Grande	-1,167	6,646	-0,176	0,861	1
COHAB.I-Marco.Center	-8,583	7,431	-1,155	0,248	1
COHAB.I-COHAB.II	-13,679	6,517	-2,099	0,036	0,358
Rua.Grande-Marco.Center	7,417	7,431	0,998	0,318	1
Rua.Grande-COHAB.II	12,513	6,517	1,92	0,055	0,549
Marco.Center-COHAB.II	5,096	7,316	0,697	0,486	1

Nota: Cada linha testa a hipótese nula em que as distribuições da Amostra 1 e Amostra 2 são iguais. As significâncias assintóticas (teste de dois lados) são exibidas. O nível de significância é 0,05. a. Os valores de significância foram ajustados pela correção Bonferroni para vários testes.

Tabela 4 -Informações e Conhecimento- Comparações por Método Pairwise Entre Grupos

Sample 1-Sample 2	Estatística do teste	Erro Padrão	Estatística do teste Padrão	Sig.	Adj. Sig. <sup>a</sup>
Hortas-COHAB.I	6,307	6,798	0,928	0,354	1
Hortas-Rua.Grande	-12,598	6,798	-1,853	0,064	0,638
Hortas-Marco.Center	-13,432	7,567	-1,775	0,076	0,759
Hortas-COHAB.II	20,297	6,672	3,042	0,002	0,023
COHAB.I-Rua.Grande	-6,292	6,649	-0,946	0,344	1
COHAB.I-Marco.Center	-7,125	7,433	-0,959	0,338	1
COHAB.I-COHAB.II	-13,99	6,519	-2,146	0,032	0,319
Rua.Grande-Marco.Center	0,833	7,433	0,112	0,911	1



Rua.Grande-COHAB.II	7,699	6,519	1,181	0,238	1
Marco.Center-COHAB.II	6,865	7,318	0,938	0,348	1

Nota: Cada linha testa a hipótese nula em que as distribuições da Amostra 1 e Amostra 2 são iguais. As significâncias assintóticas (teste de dois lados) são exibidas. O nível de significância é 0,05. a. Os valores de significância foram ajustados pela correção Bonferroni para vários testes.

Tabela 5 -Processos de Trabalho - Comparações por Método Pairwise Entre Grupos

Sample 1-Sample 2	Estatística do teste	Erro Padrão	Estatística do teste Padrão	Sig.	Adj. Sig. <sup>a</sup>
Hortas-Rua.Grande	-7,045	6,793	-1,037	0,3	1
Hortas-COHAB.I	9,379	6,793	1,381	0,167	1
Hortas-Marco.Center	-17,233	7,561	-2,279	0,023	0,227
Hortas-COHAB.II	19,661	6,666	2,949	0,003	0,032
Rua.Grande-COHAB.I	2,333	6,643	0,351	0,725	1
Rua.Grande-Marco.Center	10,188	7,427	1,372	0,17	1
Rua.Grande-COHAB.II	12,615	6,514	1,937	0,053	0,528
COHAB.I-Marco.Center	-7,854	7,427	-1,057	0,29	1
COHAB.I-COHAB.II	-10,282	6,514	-1,578	0,114	1
Marco.Center-COHAB.II	2,428	7,312	0,332	0,74	1

Nota: Cada linha testa a hipótese nula em que as distribuições da Amostra 1 e Amostra 2 são iguais. As significâncias assintóticas (teste de dois lados) são exibidas. O nível de significância é 0,05. a. Os valores de significância foram ajustados pela correção Bonferroni para vários testes.

Tabela 6 - Liderança

(I) Grupo	(J) Grupo	Diferença média (I-J)	Erro Erro	Sig.
<b>Hortas</b>	Rua.Grande	-8,04545	5,4266	1
	COHAB.I	-8,04545	5,4266	1
	COHAB.II	-16,69930*	5,32584	0,028
	Marcos.Center	-13,67045	6,04069	0,279
<b>Rua Grande</b>	Hortas	8,04545	5,4266	1
	COHAB.I	0	5,30732	1
	COHAB.II	-8,65385	5,20425	1
	Marcos.Center	-5,625	5,93376	1
<b>COHAB I</b>	Hortas	8,04545	5,4266	1
	Rua.Grande	0	5,30732	1
	COHAB.II	-8,65385	5,20425	1

	Marcos.Center	-5,625	5,93376	1
<b>COHAB II</b>	Hortas	16,69930*	5,32584	0,028
	Rua.Grande	8,65385	5,20425	1
	COHAB.I	8,65385	5,20425	1
	Marcos.Center	3,02885	5,84176	1
<b>Marcos Center</b>	Hortas	13,67045	6,04069	0,279
	Rua.Grande	5,625	5,93376	1
	COHAB.I	5,625	5,93376	1
	COHAB.II	-3,02885	5,84176	1

Com relação a Análise Envoltória de Dados (DEA) para as variáveis de custos operacionais e faturamento de cada clínica, obteve-se que das 05 unidades da SuperClínica, a unidade da COHAB I é que apresenta a maior produtividade, sendo a única que apresentou coeficiente 1, e *benchmark* para as demais unidades, de acordo com a tabela 1.

Tabela 7: Resumo dos índices de produtividade

<b>Firm</b>	<b>Descripción</b>	<b>Technical efficiency</b>
1	COHAB I	1.000
2	COHAB II	0.926
3	HORTAS	0.884
4	MARCOS CENTER	0.895
5	RUA GRANDE	0.931

A unidade COHAB II apresentou o segundo maior coeficiente de produtividade 0.926, tendo como oportunidade de melhoria um aumento em torno de R\$ 23K, ou seja, 8% no faturamento como meta. Comparado com a unidade referência COHAB I, a presente unidade possui uma performance de 80% orientado ao produto.

Tabela 8: Resumo dos resultados para unidade COHAB II

<b>Results for firm: COHAB II</b>				
Technical efficiency = 0.926				
PROJECTION SUMMARY:				
variable	original value	radial movement	slack movement	projected value
output 1	290.689.000	23263990	0.000	313.952.990
input 1	243.011.000	0.000	0.000	243.011.000
LISTING OF PEERS:				
	peer	lambda weight		
	1	0.801		

A unidade Hortas apresentou o menor coeficiente de produtividade 0.884, tendo como a maior oportunidade de melhoria com um aumento em torno de R\$ 44K, ou seja, 13% no faturamento como meta. Comparado com a unidade referência COHAB I, a presente unidade possui uma performance de 96% orientado ao produto.

Tabela 9: Resumo dos resultados para unidade Hortas

<b>Results for firm: HORTAS</b>				
Technical efficiency= 0.884				
PROJECTION SUMMARY:				
variable	original value	radial movement	slack movement	projected value
output 1	333.643.000	43794096	0.000	377.437.096
input 1	292.150.000	0.000	0.000	292.150.000
LISTING OF PEERS:				
	peer	lambda weight		
	1	0.963		

A unidade Marcos Center apresentou o quarto maior coeficiente de produtividade 0.895, tendo como oportunidade de melhoria um aumento em torno de R\$ 35K, ou seja, 11% no faturamento como meta. Comparado com a unidade referência COHAB I, a presente unidade possui uma performance de 85% orientado ao produto.

Tabela 10: Resumo dos resultados para unidade Marcos Center

<b>Results for firm: MARCOS CENTER</b>				
Technical efficiency= 0.895				
PROJECTION SUMMARY:				
variable	original value	radial movement	slack movement	projected value
output 1	300.225.000	35192101	0.000	335.417.101
input 1	259.625.000	0.000	0.000	259.625.000
LISTING OF PEERS:				
	peer	lambda weight		
	1	0.856		

A unidade Rua Grande apresentou o segundo maior coeficiente de produtividade 0.931, tendo como oportunidade de melhoria um aumento em torno de R\$ 18K, ou seja, 7% no faturamento como meta. Comparado com a unidade referência COHAB I, a presente unidade possui uma performance de 68% orientado ao produto.

Tabela 11: Resumo dos resultados para unidade Rua Grande

<b>Results for firm: RUA GRANDE</b>				
Technical efficiency= 0.931				
PROJECTION SUMMARY:				
variable	original value	radial movement	slack movement	projected value
output 1	250.408.000	18496713	0.000	268.904.713
input 1	208.142.000	0.000	0.000	208.142.000
LISTING OF PEERS:				
	peer	lambda weight		
	1	0.686		

## 7. CONCLUSÃO

A obtenção de indicadores é um assunto relativamente recente e importante na administração de instituições de saúde, e em especial para as Clínicas Populares tendo em vista a atual expansão de negócio no mercado.

A promoção da visão sistêmica nas organizações de serviços de saúde e o seu desdobramento pela via da gestão por processo jogam alguma luz sobre esta situação ao indicar um caminho que pode vir a balizar os esforços de aprimoramento da qualidade neste setor, orientando um planejamento estratégico eficiente e eficaz.

A revisão de literatura, traz a importância de determinar um modelo de gestão para as organizações, bem como para filiais de uma mesma empresa, pois é considerado um dos instrumentos mais significativos da empresa, que deverá estar em consonância com missão, visão, valores, procedimentos e legislação, os quais nortearão os gestores e propiciará os resultados desejados.

Por outro lado, a introdução desta abordagem no ambiente real de Clínicas Populares de Saúde, deve ser cercada de cuidados para assegurar a sua devida compreensão e aceitação, pois não devemos esquecer que se trata de um “negócio” com legislações e questões éticas bem particulares.

Através das respostas dos questionários, as unidades COHAB II e Marco Center, apresentaram os melhores resultados, sinalizando um alinhamento quanto a gestão e condução da liderança à frente dos liderados, reconhecido pelos mesmos de acordo com tais resultados.

Os menores resultados obtidos foi na unidade Hortas, sendo perceptível um descolamento quando comparado com as unidades de melhor performance, o que cabe uma investigação mais aprofundada com relação a gestão aplicada na unidade.

As unidades Rua Grande e COHAB I, obtiveram resultados na mediana, com destaque para unidade COHAB I nos blocos “clientes e informações e conhecimento”, pois obteve médias maiores significativas, mesmo assim possui oportunidades de melhoria comparado a gestão para os demais blocos.

É nítido que a empresa SuperClínica em seu modelo de negócio, adota um modelo de gestão desejável e padronizado, mas com os resultados apresentados, possui um desafio quanto ao atendimento do mesmo para todas as unidades da

empresa, necessitando de um trabalho a ser feito junto aos gestores e equipe operacional.

Com relação a produtividade, este trabalho propôs um método simples de aplicação de gestão de produtividade relevantes à avaliação dos processos fundamentais da empresa SuperClínica objeto deste estudo. A gestão da produtividade certamente apresenta-se como um dos desafios que melhor representam os alicerces desta pesquisa, onde concluiu-se que a unidade COHAB I é a mais produtiva com base nos resultados apresentados.

Assim será necessário continuar a estudá-la, para verificar o modelo de gestão que está sendo praticado nas unidades *benchmark*, a fim de verificar a replicação deste modelo para as demais unidades, com isto padronizar os indicadores de performance e alcançar a produtividade e metas diagnosticadas através da análise envoltória dos dados DEA.

Esta característica do modelo atende aos objetivos do trabalho, transformar o modo com que produtividade é vista atualmente e põe o modelo da unidade em local de destaque entre pontos importantes na gestão da empresa SuperClínica. Ainda que seja vital saber da produtividade, é ainda mais importante Ser Produtivo.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), Organização Nacional de Acreditação (ONA) *Manual de Acreditação das Organizações Prestadoras de Serviços Hospitalares*, 4ª ed., 2006. <

AL-SHAMMARI, M. A multi-criteria data envelopment analysis model for measuring the productive efficiency of hospitals. *International Journal of Operations and Production Management (IJOPM)*, v.19, n.09, p. 879-890, 1999.

ARMISTEAD, C.; MACHIN, S. Business process management: implications for productivity in multi-stage service networks. *International Journal of Service Industry Management (IJSIM)*, v.09, n.04, p. 323-336, 1998.

BITTAR, Olímpio J. N. V. *Produtividade em hospitais*. São Paulo: Escola de Saúde Pública/USP, 1994, (Tese de Livre Docência).

BOOG, Gustavo G. *O desafio da competência: como enfrentar as dificuldades do presente e preparar sua empresa para o futuro*. São Paulo: Nova Cultura, 1991.

BITTAR, O.J.N.V. Gestão de processos e certificação para qualidade em saúde. *Rev. Assoc. Med. Bras.*, v.46, n.1, Jan./Mar., 2000.

BERWICK, Donald M. et alii. *Melhorando a qualidade dos serviços médicos, hospitalares e da saúde*. São Paulo, Makron Books, 1995.

BRIMSON, James. *Contabilidade por atividades: uma abordagem de custeio baseado em atividades*; trad. Antonio T. G. Carneiro. São Paulo: Atlas, 1996.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA – CFM. CFM define critérios para funcionamento da clínicas populares Notícia de.24 de janeiro de 2018. Disponível em:

[https://portal.cfm.org.br/index.php?option=com\\_content&view=article&id=27394:2018-01-22-19-07-29&catid=3](https://portal.cfm.org.br/index.php?option=com_content&view=article&id=27394:2018-01-22-19-07-29&catid=3)>. Acesso em: 01 de maio de 2019.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA – CFM. Resolução Nº 2.170, de 30 de outubro de 2017: Define as clínicas médicas de atendimento ambulatorial, incluindo as denominadas clínicas populares, como empresas médicas e determina critérios para seu funcionamento e registro perante os Conselhos Regionais de Medicina.

GRÖNROOS, C. Marketing: gerenciamento e serviços. Rio de Janeiro: Elsevier, 2009.

GRÖNROOS, C.; OJASALO, K. Service productivity towards a conceptualization of the transformation of inputs into economic results in services. *Journal of Business Research*, v. 57, p. 414-423, 2004.

GODOY, C. V.; DA SILVA, J. B. O fenômeno de expansão das clínicas médicas populares: ressignificação do bairro centro em Fortaleza - Ceará. *Hygeia*, v. 14, n. 28, p. 32 - 49, 5 jul. 2018.

HAKSEVER, C. et al. *Service management and operations*. New Jersey: Prentice Hall, 2000.

JOHNSTON, R.; JONES, P. Service productivity towards understanding the relationship between operational and customer productivity. *International Journal of Productivity and Performance Management*, v.53, n.03, p. 201 -213, 2004.

JÚNIOR, Noel Torres; LOPES, Ana Lúcia Miranda. A produtividade em serviços: uma análise à luz da revisão sistemática de literatura. *Revista Produção Online*, v. 13, n. 1, p. 318-350, 2013.

KOTAKA, F.; PACHECO, M.L.; HIGAKI, Y. Avaliação pelos usuários dos hospitais participantes do programa de qualidade hospitalar do Estado de São Paulo. *Revista de Saúde Pública*, v.31, n.2, pp.171-177, 1997.



MALIK, A.M.; TELES, J.P. Hospitais e programas de qualidade no estado de São Paulo, *Revista de Administração de Empresas - RAE*, v.41, n.3, pp. 51-59, Jul./Set., 2001.

MAURIZ, Clarice. FATURAMENTO HOSPITALAR: UM PASSO A MAIS. Revista Inovação, v. 1, n. 1 p. 38-44, 2014.

MOREIRA, D. A. Medida da produtividade na empresa moderna. São Paulo: Pioneira, 1991.

MIRSHAWKA, Victor. *Hospital: fui bem atendido a vez do Brasil*. São Paulo: Makron Books, 1994.

RAMIRES, J. C. L. Cidades médias e serviços de saúde: algumas reflexões sobre os fixos e os fluxos. In: SPOSITO, M. E. B. Cidades médias: espaço em transição. 1. ed. Expressão Popular, São Paulo, 2007, p. 173-186.

ROCCHI, Carlos Antonio de. Apuração de custos em estabelecimentos hospitalares. *Revista Brasileira de Contabilidade*, Brasília, n. 41, p.19-27, 1982.

VICTALINO, A. P. V. D. Consultório privado para população de baixa renda: o caso das “clínicas populares” na cidade do Recife. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva). Recife. Universidade Federal de Pernambuco, 2004.

VUORINEN, I.; JARVINEN, R.; LEHTINEN, U. Content and measurement of productivity in the service sector: conceptual analysis with an illustrative case from the insurance business. *International Journal of Service Industry Management (IJSIM)*, v.9, n.4, p. 377-396, 1998.

WILLIAMS, S.C.; SCHMALTZ, S.P.; MORTON, D.J.; KOSSS, R.G.; LOEB., J.M. Quality of Care in U.S. Hospitals as Reflected by Standardized Measures, 2002–2004 *The New England Journal of Medicine*, n.353, pp.255-264, 2005.

- AKOFF, R. L. **A Concept of corporate planning** .Nova York: Wiley, 1970.
- ANSOF, H. Igor. **A nova estratégia empresarial**. São Paulo: Atlas, 1990.
- BASTOS, A. V. B.; GONDIM, S. N. G.; LOIOLA, E. Aprendizagem organizacional versus organizações que aprendem: características e desafios que cercam essas duas abordagens de pesquisa. In:**Revista de Administração da USP**, São Paulo, v. 39, n. 3, p. 220-230. jul./ago./set. 2004.
- CASTELLS, M. A sociedade em rede. In:**A era da informação, economia, sociedade e cultura**, v.1, São Paulo: Paz e Terra, 1999.
- CATELLI, Armando; DORNELLES, João Ademir. **A Controladoria Sob o Enfoque GECON – Gestão Econômica: A Experiência da Caixa Econômica Federal do Brasil**. Trabalho Apresentado a CONTHAB, Mar. 1997.
- CRESWELL, J. W. **Projeto de pesquisa: métodos qualitativo, quantitativo e misto**. Porto Alegre: Artmed, 2007.
- CROZATTI, Jaime. Modelo de gestão e cultura organizacional: conceitos e interações. In: **Cad. estud.**, ago. 1998, n.18, p.01-20. ISSN 1413-9251.
- CRUZ, Tadeu. **Sistemas, organização & métodos: estudo integrado das novas tecnologias de informação**. São Paulo: Atlas, 1997.
- DAVENPORT, T;PRUSAK,L. **Working Knowledge, Boston**. Boston: Harvard Business School Press, 1998.
- DEAL, Terrence E.; KENNEDY, Allen A. **Corporate cultures: the rites and rituals of corporate life**. Boston: Addison-Wesley, 1982.
- \_\_\_\_\_. Culture: a new look through old lenses. In: **The journal of applied behavioral science**, v.19, n. 4, 1993.
- DONAIRE, D. Considerações sobre a variável ambiental nas empresas. In: **Revista de Administração de Empresas**, v. 34 n. 2, mar./abr, 1994, p. 68-77.
- DRUCKER, Peter. **Desafios Gerenciais Para o Século XXI**. São Paulo: Pioneira, 1998

FERREIRA, V. C. P. et al. **Modelos de gestão**. Rio de Janeiro: FGV, 2005.

FREDERICK, W. Taylor. **Shop Management**. Nova York: Harper & Bros, 1903.

\_\_\_\_\_. **Princípios de Administração Científica**. São Paulo: Atlas, 1970.

FREITAS, Henrique et al. O método de pesquisa survey. **Revista de Administração**, São Paulo, v. 35, n. 3, p.105-112, jul. 2000. Trimestral. Disponível em: <[http://www.unisc.br/portal/upload/com\\_arquivo/o\\_metodo\\_de\\_pesquisa\\_survey.pdf](http://www.unisc.br/portal/upload/com_arquivo/o_metodo_de_pesquisa_survey.pdf)>. Acesso em: 20 mar. 2016.

GALBRAITH, Jay. **Organizational Design**. Reading, USA: Addison Wesley, 1977.

GIL, Antonio Carlos. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 4. ed. São Paulo: Atlas, 2002.

HAMEL, Gary. **O Futuro da Administração**. Rio de Janeiro: Campus, 2007.

HENRY, Fayol, **Administração Industrial e Geral**. São Paulo: Atlas, 1950.

KAPLAN, S R. NORTON P. D. **A estratégia em ação: balanced scorecard**. 4 ed. Rio de Janeiro: Campus, 1997.

KAST; ROSENZWEIG. **Organization and management - a systems approach**. Japan, Kogakusha, 1970.

LIKERT, R. A technique for the measurement of attitudes. *Archives in Psychology*, 140, p. 1-55, 1932.

MESQUITA, R, C. *Estratégias competitivas das empresas produtoras de sementes de soja: um estudo exploratório no Sul de Mato Grosso*. (Dissertação de Mestrado). CNEC/FACECA. Faculdade Cenecista de Varginha. 2005.

MICKLETHWAIT, J. ; WOOLDRIDGE, A. **The Witch Doctors: Making Sense of Management Gurus**. New York: Time Books, Random House, 1996.

MINTZBERG, Henry. **Criando organizações eficazes**. 2. ed. São Paulo: Atlas, 2003.

\_\_\_\_\_. **The rise and fall of strategic planning**. Nova York: Free Press, 2004.

MOTTA, P. Roberto. **Gestão Contemporânea**: a ciência e a arte de ser dirigente. Rio de Janeiro: Record, 2007.

PAGLIUSO, Antônio Tadeu; CARDOSO, Rodolfo; SPIEGEL, Thaís. **Gestão organizacional**. São Paulo: Saraiva, 2010.

PEREIRA, M. I & SANTOS, S.A. **Modelo de Gestão**: uma análise conceitual. São Paulo: Pioneira Thomson Learning, 2003.

PEREZ JUNIOR, José Hernandez; PESTANA, Armando Oliveira; FRANCO, Sérgio Paulo Cintra. **Controladoria de Gestão: teoria e prática**. 2. ed. São Paulo: Atlas, 1997.

PIDD, M. **Just Modeling Through**: a rough guide to modeling, department of management science. The Management School. Lancaster University, 1999.

PIRES, José Calixto de Souza; MACEDO, Kátia Barbosa. Cultura organizacional em organizações públicas no Brasil. In: **Rev. Adm. Pública** [online]. 2006, vol.40, n. 1, p. 81-104. ISSN 0034-7612.

PLANTULLO, Vicente L. **Teoria Geral da Administração - De Taylor às Redes Neurais**. Editora da FGV: Rio de Janeiro, 2002.

PONTE, João Pedro (2006). **Estudos de caso em educação matemática**. *Bolema*, 25, 105-132. Este artigo é uma versão revista e atualizada de um artigo anterior: Ponte, J. P. (1994). O estudo de caso na investigação em educação matemática. *Quadrante*, 3(1), pp3-18. (re-publicado com autorização)

PORTER, Michel E. **Clusters and the new economics of competition**. Boston: Harvard Business Review. v. 76, n. 6, p. 77-90, nov./dez., 1998.

RICHARDSON, R. J. et al. **Pesquisa social: métodos e técnicas**. São Paulo: Atlas, 1999.

RODRIGUEZ, V. R. Martius. **Gestão Empresarial: organizações que aprendem**. Rio de Janeiro: Editora Quality Mark, 2002.

STONER, J.A.F.; FREEMAN, R.E. **Administração**. Rio de Janeiro: Prentice-Hall do Brasil, 1995.

SVEIBY, K. **A nova riqueza das organizações:** gerenciando e avaliando patrimônio desconhecido, São Paulo: Campus, 1998.

TSANG, R.W.K. Organizational learning and the learning organization: a dichotomy between descriptive and prescriptive research. In: **Human Relations**, Nova York, v. 50, n. 1, 1997.

WERKEMA. M. C. C. Ferramentas estatísticas básicas para o gerenciamento de processos. Belo Horizonte: Fundação Cristiano Ottoni, 1995.

WOOD Jr. Thomaz. Fordismo, toyotismo e volvismo: os caminhos da indústria em busca do tempo perdido. In: T. Wood Jr. (org.) **Mudança organizacional:** aprofundando temas atuais em administração de empresas. São Paulo: Atlas, 1995.

YIN, R. K. **Case Study Research: design ed methods.** Thousand Oaks, 2a. ed. Nova York: Sage Publications, 2005.