

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS
CENTRO DE CIÊNCIAS EXATAS E DE TECNOLOGIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENGENHARIA DE PRODUÇÃO

Isabela Tatiana Teixeira

ESTRATÉGIAS DE OPERAÇÕES EM SERVIÇOS DE SAÚDE:
ESTUDO DE CASO EM UMA EMPRESA DO ESTADO DE SÃO PAULO

São Carlos – SP
2014

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS
CENTRO DE CIÊNCIAS EXATAS E DE TECNOLOGIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENGENHARIA DE PRODUÇÃO

Isabela Tatiana Teixeira

**ESTRATÉGIAS DE OPERAÇÕES EM SERVIÇOS DE SAÚDE:
ESTUDO DE CASO EM UMA EMPRESA DO ESTADO DE SÃO PAULO**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Engenharia de Produção da Universidade Federal de São Carlos – UFSCar – como parte dos requisitos para obtenção do título de Mestre em Engenharia de Produção.

Prof. Dr. Alceu Gomes Alves Filho

São Carlos – SP
2014

**Ficha catalográfica elaborada pelo DePT da
Biblioteca Comunitária da UFSCar**

T266eo Teixeira, Isabela Tatiana.
Estratégias de operações em serviços de saúde : estudo de caso em uma empresa do Estado de São Paulo / Isabela Tatiana Teixeira. -- São Carlos : UFSCar, 2014.
136 f.

Dissertação (Mestrado) -- Universidade Federal de São Carlos, 2014.

1. Estratégia em administração. 2. Estratégia de operações. 3. Setor de serviços. 4. Saúde. 5. Serviços de saúde. I. Título.

CDD: 658.4012 (20^a)

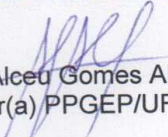


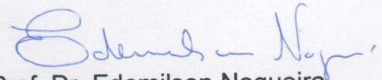
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENGENHARIA DE PRODUÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS
DEPARTAMENTO DE ENGENHARIA DE PRODUÇÃO
Rod. Washington Luís, Km. 235 - CEP. 13565-905 - São Carlos - SP - Brasil
Fone/Fax: (016) 3351-8236 / 3351-8237 / 3351-8238 (ramal: 232)
Email : ppgep@dep.ufscar.br

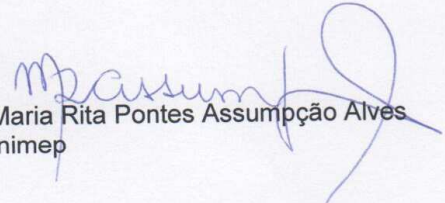
FOLHA DE APROVAÇÃO

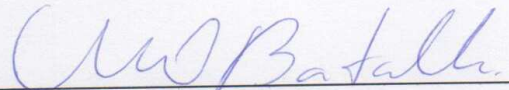
Aluno(a): Isabela Tatiana Teixeira

DISSERTAÇÃO DE MESTRADO DEFENDIDA E APROVADA EM 17/02/2014 PELA
COMISSÃO JULGADORA:


Prof. Dr. Alceu Gomes Alves Filho
Orientador(a) PPGE/UFSCar


Prof. Dr. Edemilson Nogueira
PPGE/UFSCar


Profª Drª Maria Rita Pontes Assumpção Alves
PPGE/Unimep


Prof. Dr. Mário Otávio Batalha
Coordenador do PPGE

À minha avó Cida, que me ensinou o valor das palavras;
à minha mãe, Angela, que me ensinou o valor dos sonhos;
ao André, que me ensinou o valor das realizações.

AGRADECIMENTOS

Ao meu querido amigo, revisor e companheiro André Luiz Romano, pelo apoio, orientação, afeto e paciência com que encara esse nosso projeto de vida.

Aos meus pais, Angela e Valdemar, pelo incentivo incondicional.

Ao Professor Dr. Alceu Gomes Alves Filho, por sua orientação, sua condução preciosa, e a paciência durante as diversas fases do trabalho.

Aos professores membros da banca examinadora, Edemilson Nogueira e Maria Rita Pontes Assunção Alves, por suas valiosas contribuições na conclusão da pesquisa.

Aos professores do Programa de Pós Graduação em Engenharia de Produção da Universidade Federal de São Carlos, pela colaboração no processo de amadurecimento da pesquisa, e aos funcionários da Pós Graduação, pelas inúmeras ajudas ao longo dos últimos anos.

Aos gerentes e diretores da empresa selecionada para a pesquisa de campo, por terem fornecido abertura necessária para o progresso da pesquisa.

Aos gerentes da corporação na qual exerço minhas atividades profissionais, pela oportunidade de conciliar a carreira na área administrativa com a carreira acadêmica.

À amiga Isabela Zani Donato, que dividiu as angústias vividas durante o Mestrado e todo o desenvolvimento da dissertação. À amiga Fernanda Jordão Poli, pelo incentivo na jornada acadêmica.

Às amigas e colegas de trabalho Maria Antonia Campilho de Godoy e Emanuelle Galhardo, que compartilharam a experiência profissional, e apoiaram a realização dessa pesquisa.

E a todos aqueles que, direta ou indiretamente, contribuíram ou se interessaram pela temática contida nesta pesquisa.

*A estratégia torna as escolhas sobre o que não fazer
tão importantes quanto as escolhas sobre o que fazer.*

Michel Porter

RESUMO

O intuito deste trabalho é discutir a estratégia de operações de uma operadora de planos de saúde localizada no Estado de São Paulo: seu conteúdo, associado às prioridades competitivas estabelecidas e às mudanças nas áreas de decisões estruturais e infraestruturais. A revisão de literatura elaborada aponta que a discussão das estratégias de operações em serviços não está esgotada; os serviços apresentam características específicas que o diferenciam das demais atividades produtivas, pois o contato direto com os clientes e a interferência quase simultânea destes nos processos diferencia as operações em serviços das operações industriais. A análise de dados secundários da área da saúde permitiu a construção do cenário econômico e de mercado em que as empresas que atuam na prestação de serviços de saúde estão inseridas: há aumento anual da busca pelos serviços particulares, porém o mercado tem se tornado mais concentrado; as barreiras à entrada e a atuação de uma agência de regulação também são fatores que condicionam a atuação das empresas. A empresa objeto do estudo de caso realizado conta operações diversificadas e significativa área de abrangência; por conta dos serviços personalizados que presta, e problemas de ordem administrativo-financeira das concorrentes, é líder de mercado. A qualidade e o atendimento são as prioridades competitivas explícitas, mas as exigências da agência reguladora também norteiam as operações; a busca por reconhecimento do padrão de serviço, com a certificação ONA, a estruturação da equipe de qualidade e aperfeiçoamento do atendimento ao cliente, a dispersão das instalações nas cidades de atuação da operadora são ações que vêm sendo implementadas pela empresa e comprovam o alinhamento entre suas estratégias concorrencial e de operações.

Palavras-chave: Estratégia de Operações, Serviços, Saúde, Operadora de plano de saúde.

ABSTRACT

The purpose of this paper is to discuss the operations strategy in a health care company located in São Paulo State: its content, associate with established competitive priorities, and the changes in the structural and infrastructural decisions areas. The literature review shows that the discussion about operations strategy in service area is not exhausted; services have specific characteristics, as direct contact with the customer and the almost simultaneous interference in this process and that differs services operation from manufacturing operation. A secondary health area data analysis allowed the construction of the economic and market environment, in which companies that operate in the provision of health services are inserted: there are annual increase in search for private services, but the market has become more concentrated; barriers to entry and the operation of a regulatory agency are also factors that affect the performance of the companies. The studied company has diversified operations and significant area; because of the personalized service that provides, and competitors with administrative and financial problems, the case is the market leader. Quality and service are the explicit competitive priorities, but the regulatory agency requirements also guide the operations. The search for service pattern recognition, with ONA certification, the organized quality team, the improvement of customer service and the dispersion of the facilities are actions that have been implemented by the company and confirm the alignment between their competitive and operations strategies.

Keywords: *Operations Strategy, Service, Healthcare, Health Care Company.*

Lista de figuras

Figura 1.1 – As bases teóricas da pesquisa.....	19
Figura 1.2 – Estruturação da pesquisa.....	22
Figura 2.1 – Modelo das 5 forças competitivas.....	31
Figura 2.2 – Hierarquias estratégicas	32
Figura 2.3 – Estratégias genéricas	33
Figura 2.4 - Modelo analítico de Grant	36
Figura 2.5 - Composição dos recursos no modelo VRIO.....	37
Figura 2.6 – Estratégia de operações: elo entre mercado e recursos internos	38
Figura 2.7 – Perspectivas da estratégia.....	40
Figura 2.8 – Operações em serviços: interações com cliente	45
Figura 2.9 – Sistema de operações em serviços = processo + resultado	46
Figura 2.10 - Complexo industrial da saúde - caracterização geral.....	54
Figura 3.1 – Levantamento de dados.....	60
Figura 4.1 – Evolução de beneficiários de plano de saúde 2000 - 2012 (em milhões).....	70
Figura 4.2 – Faixas de notas IDSS	74
Figura 4.3 – Taxa de cobertura dos planos privados de assistência médica por municípios ...	76
Figura 4.4 – Operadoras médico- hospitalares ativas 2000-2012	77
Figura 4.5 – Síntese das prioridades	90
Figura 4.6 – Impactos das prioridades competitivas nas decisões estruturais.....	100
Figura 4.7 – Organograma gerencial	102
Figura 4.8 – Organograma operacional simplificado	110
Figura 4.9 – Rede de prestadores simplificada.....	115
Figura 4.10 – Impactos das prioridades competitivas nas decisões infraestruturais	119

Lista de Tabelas

Tabela 1.1 – Evolução da população em idade ativa por ramo de atividade.....	17
Tabela 4.1 – Comparativo população x saúde suplementar (2000/ 2012).....	71
Tabela 4.2 – Operadoras em atividade por porte e modalidade –2012	74
Tabela 4.3 – Distribuição percentual dos beneficiários por modalidade 2003–2012.....	75
Tabela 4.4 –Beneficiários x Operadoras ativas com beneficiários (2000/ 2012).....	78

Lista de Quadros

Quadro 2.1 – Comparativo Escola do Posicionamento x Visão Baseada em Recursos.....	28
Quadro 2.2 – Áreas de decisão em estratégia de operação.....	43
Quadro 2.3 – Áreas de decisão em estratégia de operações em serviços	49
Quadro 3.1 – Recorte metodológico.....	61
Quadro 3.2– <i>Check list</i> para análise das áreas estruturais	63
Quadro 3.3– <i>Check list</i> para análise das áreas infraestruturais.....	64
Quadro 4.1– Resultado do <i>check list</i> para análise das áreas estruturais	100
Quadro 4.2– Resultado do <i>check list</i> para análise das áreas infraestruturais	118

Lista de Abreviaturas e Siglas

- ABNT – Associação Brasileira de Normas Técnicas
- ANS – Agência Nacional de Saúde Suplementar
- ANVISA – Agência Nacional de Vigilância Sanitária
- BNDES – Banco Nacional de Desenvolvimento
- BSC – *Balanced Scorecard*
- CCIH – Comissão de Controle de Infecção Hospitalar
- CLT – Consolidação das Leis Trabalhistas
- ECG – Eletrocardiograma
- EEG – Eletroencefalograma
- EMHO – Equipamentos e Materiais Médicos, Hospitalares e Odontológicos
- ERP – *Enterprise Resource Planning*
- ETT – Ecocardiograma Transtorácico
- IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
- IDSS – Índice de Desempenho de Saúde Suplementar
- OMS – Organização Mundial de Saúde
- ONA – Organização Nacional de Acreditação
- OPS – Operadoras de Plano de Saúde
- PEP – Planejamento Estratégico da Produção
- PF – Pessoa Física
- PJ – Pessoa Jurídica
- P&D – Pesquisa e Desenvolvimento
- RN – Resolução Normativa
- SADT – Serviço Auxiliar Diagnóstico e Terapia
- SUS – Sistema Único de Saúde
- UTI – Unidade de Terapia Intensiva

Sumário

1. INTRODUÇÃO	15
1.1 Apresentação	15
1.2 Problemática e objetivos da pesquisa	18
1.3 Pressupostos e proposições da pesquisa.....	20
1.4 Justificativas, limitações e delimitações da pesquisa	21
1.5 Estrutura do trabalho.....	22
2. ESTRATÉGIA E SERVIÇOS.....	24
2.1 Contexto da estratégia.....	24
2.2 Estratégias competitivas.....	27
2.2.1 <i>Trade-offs</i> e as estratégias competitivas	28
2.2.2 <i>Visão baseada em recursos</i>	34
2.3 Estratégia de Operações.....	38
2.3.1 Estratégia de Operações em Serviços	44
2.4 Serviços e a área de saúde.....	51
2.4.1 Características dos serviços	51
2.4.2 Área de saúde.....	53
2.4.2.1 Setor industrial: base mecatrônica e materiais.....	55
2.4.2.2 Setor industrial: base mecatrônica e materiais.....	55
2.4.2.3 Setor de serviços de saúde	56
3. MÉTODO DE PESQUISA	59
3.1 Escolha do caso estudado	62
3.2 Construção do questionário e roteiro de entrevistas	62
3.2.1 Questionário.....	64
3.2.2 Roteiro de Entrevistas.....	65
3.3 Coleta de dados	66
3.4 Análise dos dados.....	68
4. APRESENTAÇÃO DO CASO.....	70

4.1 Operadoras de Plano de Saúde.....	70
4.1.1 Forças competitivas na saúde suplementar.....	77
4.2 A estrutura da empresa.....	80
4.2.1 Ambiente concorrencial.....	82
4.3 Os serviços e operações	84
4.4 Análise documental.....	87
4.5 Consolidação das informações.....	89
4.5.1 Prioridades competitivas.....	89
4.5.2 Decisões nas áreas estruturais.....	93
4.5.3 Decisões infraestruturais.....	101
4.6 A dicotomia custo x qualidade.....	119
4.7 Síntese dos resultados obtidos.....	120
5. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	122
5.1 Respostas aos objetivos e questão de pesquisa	122
5.2 Limitações e trabalhos futuros	124
REFERÊNCIAS	126
ANEXO I.....	132
ANEXO II.....	135

1. INTRODUÇÃO

A apresentação do tema abordado e da problemática discutida neste trabalho, bem como das principais justificativas para a realização da pesquisa é feita neste primeiro capítulo, que contempla também os objetivos e a estrutura da dissertação.

1.1 Apresentação

A tomada de decisões gerenciais define o posicionamento de uma empresa no mercado, diante dos concorrentes e dos consumidores, com o estabelecimento de metas de curto e longo prazo para que os objetivos traçados sejam alcançados. A estratégia está envolvida com esse e outros aspectos do processo decisório empresarial.

A concepção do modelo estratégico esteve ligada, originalmente, às táticas de guerra, tendo se constituído em termo militar, sobretudo no que se refere ao planejamento das formas de se organizar, posicionar, distribuir, ocupar um território, abastecer, de modo a não somente vencer a batalha e derrotar os inimigos, como de conquistar novos territórios. Mudanças no processo produtivo, intensificadas após a 2ª Guerra Mundial, obrigaram as empresas a alterar sua forma de atuação no mercado (CÔRREA; CAON, 2002).

De acordo com Skinner (1969), as organizações possuem dificuldades em alcançar excelência de desempenho em todas as áreas de produção e mercados de atuação, o que faz com que os gerentes tenham que selecionar quais critérios estratégicos devem ser adotados. O conceito de estratégia de produção (*manufacturing strategy*, ou de estratégia de operações) foi definido na literatura em 1969, com a publicação do trabalho de Skinner, que cunhou o termo estratégia de manufatura (MAIA; CERRA; ALVES FILHO, 2005).

Andrews (2006), Hayes et al. (2008) e Porter (1999) definem a estratégia como o conjunto de decisões, metas e políticas que nortearão os esforços presentes e futuros de uma determinada organização. A estratégia está diretamente ligada à estrutura e cultura da empresa (ANDREWS, 2006; WHEELWRIGHT, 1984). Porter (1999) e Andrews (2006) afirmam que o sucesso de uma estratégia está associado à criação de uma posição exclusiva e valiosa, envolvendo um conjunto de atividades diferenciado.

Cabe aos administradores traduzirem os requisitos de mercado e as escolhas competitivas em estratégias de operações (SLACK; LEWIS, 2009). Faz-se necessário que as atividades da empresa estejam integradas e sejam compatíveis com a forma competitiva no mercado, e a fim de que a estratégia seja diferenciada e sustentada.

O debate acerca das estratégias ganhou uma visão desafiadora com Skinner (1969), que integrou a questão competitiva com as estratégias de operações: diferentes unidades de negócio possuem diferentes forças e fraquezas e muitas escolhem competir de diferentes maneiras, adotando diferentes padrões de sucesso; diferentes sistemas da produção resultam em características de desempenho diferentes; a função da produção é buscar um ajuste entre a estratégia competitiva escolhida por suas unidades de negócio e a maneira como a produção é projetada e gerenciada (HAYES et al., 2008).

A estratégia de operações é um conceito cuja relevância vem crescendo dentro da teoria e também na visão empresarial; encontra-se no debate entre a gestão de produção e a estratégia competitiva (HAYES; PISANO, 1996). Santos (2006) afirma que nem todas as organizações são capazes de reconhecer o papel da estratégia para a operacionalização do negócio, e a percepção dos impactos da estruturação da tomada de decisões é diferente de empresa para empresa.

A pesquisa acadêmica sobre estratégias e suas consequências esteve voltada, primordialmente, para a indústria. Segundo Santos, Varvakis e Gohr (2004), embora a estratégia de operações (termo que abrange a produção de bens e serviços) tenha se destacado nas áreas de gestão e produção, há uma produção ainda pequena, principalmente no Brasil, de trabalhos voltados para o setor de serviços. Os estudos de gestão se baseiam no modelo industrial, e os serviços possuem características produtivas diferenciadas (SANTOS, 2006).

Entre as tendências observadas nas últimas décadas, é possível notar a transição da economia intensiva em produção industrial, para a economia baseada em serviços (ABBAS, 2001). O setor de serviços reúne um conjunto de atividades econômicas que vão desde o comércio, prestações de assessoria que alteram a qualidade de vida da população, até mesmo a processos complementares para a produção industrial e agrícola (LEMOS; ROSA; TAVARES, 2002); a finalidade geral do setor é contribuir para o bem-estar da população (FITZSIMMONS; FITZSIMMONS, 2011). Conforme pode se observar na tabela 1.1, o setor foi responsável por mais de 60% dos empregos formais no Brasil, entre os anos de 2007-2011, índice semelhante ao de países industrializados como Estados Unidos e Japão. Além disso, a participação do setor no PIB manteve-se acima de 65% para o mesmo período, compondo importante parcela da riqueza gerada no país (IBGE, 2013).

Tabela 1.1 – Evolução da população em idade ativa por ramo de atividade

Setores/Ano	2007	2009	2011
Agropecuária	18%	17%	16%
Indústria	22%	22%	22%
Comércio e Serviços	60%	61%	63%
Total	100%	100%	100%

Fonte: Adaptado de IBGE (2013)

A execução de um serviço depende das especificações do cliente, do tempo de entrega, do volume a ser produzido, da estrutura física, dos recursos que são demandados e do nível mínimo de qualidade aceita. Fatores como as mudanças econômicas, sociais, tecnológicas, urbanas e populacionais influenciam a forma como é criado um serviço (CORRÊA; CAON, 2002). A revolução na tecnologia da informação, intensificada a partir dos anos 1960, é responsável pela transformação do significado de serviços (FITZSIMMONS; FITZSIMMONS, 2011).

Entre os fatores-chave para o sucesso das empresas, está a compreensão das estratégias adotadas e do impacto das decisões internas no curto e longo prazo, e esse cenário não é diferente para as empresas de serviços. O setor apresenta características que o tornam distinto dos demais setores produtivos: usualmente o resultado final é perecível e não estocável; intangível; as saídas são variáveis e não padronizáveis; há dificuldades de se mensurar a produtividade (ABBAS; POSSAMAI, 2008). Se na manufatura os problemas podem ser identificados e resolvidos ainda durante o processo, nos serviços os erros são percebidos diretamente pelo cliente, o que exige do setor um maior rigor em termos de qualidade (SANTOS, 2000). Esses fatores tornam difícil a mera replicação das estratégias criadas na manufatura para os serviços, e é necessário considerar as especificidades ao se analisar a forma como empresas de serviços estruturam suas decisões presentes e futuras.

Enquanto setor econômico, os serviços são compostos por atividades que compreendem as áreas de construção, comércio, alimentação, transporte e armazenagem, administração pública, serviços domésticos, serviços coletivos, educação, saúde, serviços sociais, entre outros; essas atividades compõem o setor terciário da economia (IBGE, 2013). Dentre essas áreas, destaca-se o papel da saúde para a qualidade de vida da população.

A área de saúde concentra um complexo heterogêneo de empresas baseadas em tecnologias distintas com necessidades específicas; essas estão concentradas em 3 grupos de atuação: farmacêutico, equipamentos e prestação de serviços (GADELHA, 2003). A prestação

de serviços está no final da cadeia da área da saúde: é nele que os usuários percebem os efeitos das inovações tecnológicas no sistema de atendimento.

A prestação de serviços de saúde no Brasil é segmentada em atendimento público e atendimento privado. O atendimento público é responsabilidade do Sistema Único de Saúde (SUS), criado em 1988 e que garante atendimento de saúde a todos os cidadãos brasileiros; o atendimento privado é regulamentado pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), e executado por operadoras de plano de saúde (OPS), que comercializam e prestam serviços médico, hospitalares e odontológicos; tanto o SUS quanto a ANS são ligados ao Ministério da Saúde (ANS, 2013).

Havia 47,9 milhões de beneficiários vinculados às operadoras em 2012, o que corresponde a 25% da população brasileira; no mesmo ano, as 1.121 operadoras ativas que compõem a prestação de serviços produziram uma receita de R\$95 bilhões (ANS, 2013). Apesar da relevância do setor, Abbas (2010) afirma que para parte das empresas a definição de estratégias não está clara, o que dificulta o posicionamento e atuação diante das concorrentes.

A falta de pesquisa de mercado e de conhecimento dos concorrentes diretos, a diferença no tamanho e na renda dos clientes, a alta administração ocupada por profissionais de áreas adjacentes a saúde, nem sempre com formação técnica necessária para administrar uma organização empresarial (ABBAS, 2001), o atendimento regionalizado, a falta de unidade entre as áreas de uma mesma empresa, o uso equivocado de Enterprise Resource Planning (ERP) e de softwares de informação (processos não esclarecidos e não bem definidos, quando acompanhados de um software, tendem a potencializar os problemas, e não resolvê-los), a pouca pesquisa na área, principalmente no Brasil, quanto à formulação das estratégias ou quanto à adoção de planos de negócios, o desconhecimento dos processos internos, entre outras, parecem ser dificuldades para a disseminação do conceito de estratégia e de sua efetiva aplicação por empresas no setor de saúde.

O estudo da estratégia de operações de uma empresa no setor de saúde é o cerne desta pesquisa.

1.2 Problemática e objetivos da pesquisa

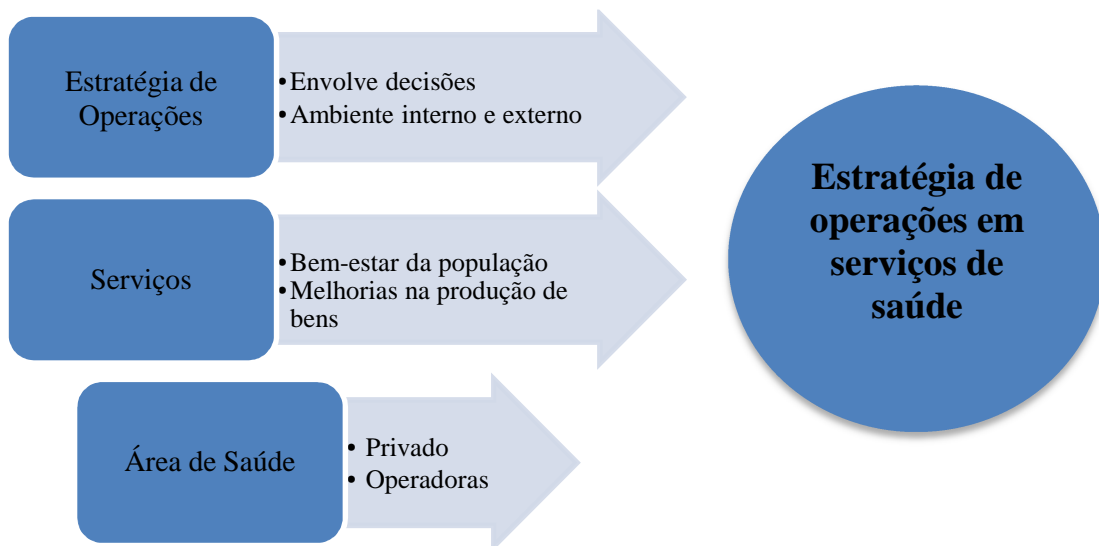
A estratégia adotada é uma solução única para cada empresa, diretamente ligada à cultura e forma de administração existente. Porter (1979) apresenta 3 papéis primordiais para a estratégia: criar uma posição exclusiva e valiosa, envolvendo um diferente conjunto de

atividades diferentes dos rivais; exercer opções excludentes na competição; escolher o que não fazer; e conceber a compatibilidade entre as atividades. O desenho da estratégia de operações tem relação com a forma como se deseja atuar no mercado: as estratégias determinadas para a competição influem na forma como a empresa opera internamente, e não é possível compreender a operação, sem compreender os critérios competitivos estabelecidos.

Operadoras de plano de saúde possuem vários concorrentes: além de concorrem entre si, disputam espaço com grupos médicos, rede particular e o SUS. Para manterem e ampliarem espaço no mercado, as empresas necessitam acompanhar diversas variáveis internas e externas: relação com clientes, integração com os fornecedores, comparação dos serviços prestados com aqueles ofertados no mercado, entendimento das necessidades regionais. Esses elementos são fatores determinantes do sucesso.

A questão colocada para essa pesquisa é: quais são as principais características da estratégia de operações de uma empresa do setor de saúde suplementar? O foco está no conteúdo da estratégia: identificar e caracterizar a estratégia de operação de uma operadora de plano de saúde.

Figura 1.1 – As bases teóricas da pesquisa



Fonte: Elaborado pelo autor

O objetivo desse trabalho é identificar e analisar a estratégia de operação de uma operadora de plano de saúde situada no Estado de São Paulo. Do objetivo geral, é possível também desdobrar os seguintes objetivos específicos:

- a) identificar e analisar as mudanças principais nas áreas de decisão da operação;

- b) identificar e analisar as prioridades competitivas de produção;
- c) identificar a estratégia competitiva adotada: liderança em custo, diferenciação ou foco.

A estruturação dos debates acerca de estratégia de operações e de serviços, que constituem os pilares teóricos para este trabalho, e a caracterização de uma empresa da área de saúde suplementar, cujas especificidades são identificadas na revisão da literatura, se encontram no cerne da pesquisa. Não é pretensão desse trabalho um aprofundamento das questões específicas do conceito de estratégia, mas sim a identificação das estratégias formuladas e desdobradas para a operação de uma empresa do setor de saúde suplementar.

1.3 Pressupostos e proposições da pesquisa

Segundo Martins (2010), as proposições são o resultado esperado pelo pesquisador, vista a teoria, os problemas de pesquisa identificados e o modelo de análise adotado. A construção das proposições está pautada na leitura e conhecimento do espaço teórico a ser pesquisado (DEMO, 2000); tem a finalidade de direcionar a pesquisa, pois aponta possíveis problemas e perguntas a serem respondidas. Ao longo da construção do trabalho, cabe ao pesquisador checar se as proposições inicialmente levantadas são coerentes ou não com as conclusões do estudo.

Essa pesquisa apresenta como objeto de análise a estratégia de operações de uma empresa que atua na comercialização e prestação de serviços de saúde privados, localizada no estado de São Paulo. Entre os serviços prestados pela empresa, estão: atendimento clínico em consultórios; medicina preventiva; terapias psicológicas e ocupacionais; análise de material laboratorial e patológico; atendimento hospitalar.

O exame da literatura sobre o tema possibilitou identificar que o foco em estratégias está presente no meio organizacional, mas, para as empresas da área de serviços, especialmente na saúde suplementar, ainda não está clara e sistematizada a forma como as decisões presentes afetarão o futuro, a estrutura e a infraestrutura. Embora a teoria não aborde de forma aprofundada a estratégia de operações em serviços de saúde, as empresas do setor possuem estratégias claras e definidas, principalmente para o corpo dirigente, que altera a forma como lidam com o mercado e operacionalizam suas atividades.

Tal identificação permite a construção da primeira proposição:

- P1) Há alinhamento na forma como a empresa estrutura suas decisões de operação e se posiciona no mercado: as decisões ligadas às áreas estruturais e infraestruturais

são tomadas considerando-se os fatores apontados como críticos para a competição.

Por se tratar de uma empresa de saúde, e cujas expectativas dos usuários são melhorias no padrão, estilo e tempo de vida, se espera que características como eficiência e eficácia operacional sejam requisitos tanto de quem contrata o serviço, quanto de quem o presta. Dessa forma, pode-se construir a segunda proposição:

P2) A qualidade deverá estar entre as prioridades competitivas que norteiam as ações da empresa.

1.4 Justificativas, limitações e delimitações da pesquisa

Embora a estratégia de operações seja um tema discutido na literatura há algumas décadas, o enfoque dos estudos se encontra quase exclusivamente na manufatura, e não há uma vasta discussão em gestão de serviços (SANTOS; VARVAKIS; GOHR, 2004).

Os serviços são uma atividade econômica cuja finalidade é o bem-estar e a qualidade de vida da população. Estudos da dinâmica do comércio, do varejo e dos transportes são cada vez mais frequentes: o foco está na compreensão da forma como atuam os clientes e os fornecedores, e como são estruturadas as estratégias para que haja identificação das operações e apresentem maior lucratividade; o crescimento do acesso a educação e a acentuação da procura por especialização da mão-de-obra também impulsionou estudos sobre a forma de atuação das instituições de ensino e pesquisa (SUZIGAN; ALBUQUERQUE, 2011).

A saúde no Brasil concentra excelência em conhecimento biológico e químico: a biotecnologia impulsiona as pesquisas do setor, cujos medicamentos, vacinas e soros produzidos possuem reconhecimento internacional (SUZIGAN; ALBUQUERQUE, 2011); contudo, o setor de saúde suplementar, que concentra as prestações de serviço, é pouco explorado, e é baixo o conhecimento a respeito da dinâmica de mercado e das estratégias operacionais das operadoras de plano de saúde, empresas que compõe o setor. Isso propicia o aprofundamento de estudos da estratégia de operações nessas empresas, levando em conta as peculiaridades, características e tendências da área.

Apesar da relevância das operadoras de planos de saúde, uma vez que as mesmas ocupam no mercado um papel que deveria ser provido pelo Estado, são escassos, no Brasil, estudos que abordam a forma como as mesmas operam e atuam. Trabalhos pioneiros, como os desenvolvidos por Alves (2008; 2009) e Yamaguchi e Ruas (2013) nos últimos 5 anos, se

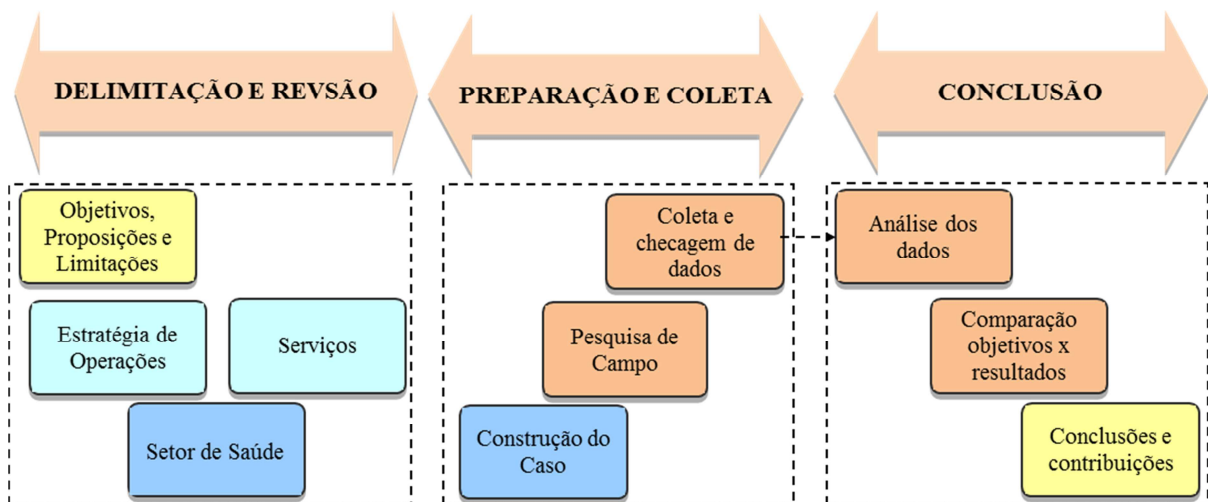
concentram na eficácia e na eficiência operacional; contudo não tratam especificamente da forma como as operadoras constroem sua estratégia de operação no mercado.

O presente estudo contribui para o entendimento da forma como as estratégias de operações em serviços de saúde se relacionam com a gestão empresarial, e este trabalho procura conciliar esses dois tópicos. A análise proposta é focada num estudo do caso específico de uma operadora, e não se pretende a generalização dos resultados para o setor. Também não se objetiva nesse trabalho esgotar as propostas e iniciativas existentes hoje para tratamento da estratégia de operações em serviços, mas sim contribuir de maneira preliminar para o desvendamento de estratégias de operações de empresas no setor de saúde.

1.5 Estrutura do trabalho

O trabalho está dividido em 5 capítulos. Conforme pode ser observado na figura 1.2, há três etapas para sua evolução: delimitação do tema e revisão da literatura, apresentados nos capítulos 1 e 2; a preparação para a coleta dos dados, que ocorre no capítulo 3; e o desenvolvimento da pesquisa, com descrição do setor e levantamento de campo, verificação dos dados coletados e a conclusão da análise do caso, partes que estruturam os capítulos 4 e 5.

Figura 1.2 – Estruturação da pesquisa



Fonte: Elaborado pelo autor

A apresentação do tema da pesquisa está presente no capítulo 1 - Introdução, que também traz a problematização envolvida, o objetivo geral, os objetivos específicos, justificativa e estrutura da pesquisa.

A discussão teórica que sustenta o trabalho ocorre no capítulo 2 – Estratégia e Serviços. O capítulo traz uma síntese da evolução do tema estratégia de operações na literatura, um debate sobre *trade off* e visão baseada em recursos, e a abordagem da estratégia em serviços. Também se caracterizam os serviços, com a descrição do setor de saúde, e suas principais oportunidades e limitações. A pesquisa bibliográfica sobre estratégia de operações e de serviços apontou a relevância de pesquisas em empresas prestadoras de serviços de saúde.

O desenho metodológico e a forma como a pesquisa foi conduzida estão presentes no capítulo 3 – Método de Pesquisa. Nesse capítulo se detalham os motivos para a escolha da abordagem qualitativa e da opção pelo estudo de caso; além disso, são expostos os critérios para a escolha da operadora analisada (em detrimento de outras), a forma como o questionário foi estruturado, e serviu como base para o roteiro de entrevistas, e como foi realizado o tratamento dos dados levantados.

A descrição do caso da pesquisa ocorre no capítulo 4 – Apresentação do Caso; se analisam as características da empresa (como a descrição da estrutura, dos serviços e das operações praticadas), as dimensões competitivas priorizadas pela diretoria, os impactos das decisões estruturais e infraestruturais. Também são discutidos possíveis *trade offs* entre prioridades competitivas e seus impactos no desempenho da operadora.

A síntese dos resultados do trabalho, e a descrição das limitações e desdobramentos da pesquisa são apresentadas no capítulo 5 – Considerações Finais.

2. ESTRATÉGIA E SERVIÇOS

O tema “estratégia” se tornou relevante tanto na literatura acadêmica como no meio empresarial. Embora a definição apresente variações conforme a corrente de pesquisa (autores alinhados com os *trade offs* ou autores com abordagem voltada para a visão baseada em recursos) há consenso de que a estratégia tem relação com a forma como a organização se relaciona com o seu entorno (SANTOS, 2006). A forma como a empresa delimita suas operações e trabalha seus recursos internos está diretamente relacionada com as decisões de posicionamento no mercado. Dessa forma, a definição da estratégia de operações é articulada com a estratégia competitiva. Esse capítulo apresenta o contexto da estratégia para o meio produtivo, o debate das estratégias competitivas genéricas e da visão baseada em recursos, a importância das estratégias competitivas para a construção da estratégia de operações, e o desdobramento desta para o setor de serviços.

2.1 Contexto da estratégia

A estratégia é um conceito inerente ao meio social desde seus primórdios: a sobrevivência da espécie num ambiente inóspito dependia do conjunto de decisões tomadas (HENDERSON, 1999). A palavra estratégia vem do grego antigo *stratègós* (de *stratos*, "exército", e *ago*, "liderança" ou "comando"); o termo esteve durante algum tempo ligado às articulações de guerra: na época da democracia ateniense, era usado para expressar "a arte do general" (MATTOS, 2005). Dependendo do contexto em que está inserida, pode se compreender a estratégia como um plano, um pretexto, um padrão, uma posição ou uma perspectiva (MINTZBERG, 2006).

O desenvolvimento da economia industrial, intensificado na segunda metade do século XX, aliado a mudanças nos contextos social e tecnológico desencadeou nos responsáveis pelas empresas um aumento nas preocupações com a forma como os negócios são administrados. Crescem as incertezas por parte das organizações, seja na determinação dos objetivos, ou no conhecimento do processo de transformação e de decisão, e se torna necessário planejar, executar, medir, avaliar as alternativas para atuar no mercado, nos bens e serviços produzidos (GOMES; SALAS, 1999). É nesse contexto que o conceito de estratégia de operações passa a ser usado na visão empresarial.

A década de 1980 foi marcada pela produção enxuta e a entrada massiva dos produtos japoneses no mercado mundial: alterações no processo produtivo, foco na qualidade,

facilidade de acesso e preços competitivos acirraram a competição global; os consumidores tornaram-se mais exigentes, o que forçou as empresas a adotarem novas tecnologias e filosofias de gerenciamento. A década de 90 marcou o desenvolvimento do assunto medição de desempenho – período denominado revolução da medição (NEELY, 1999) – e da transformação da economia causada pela tecnologia da informação; o controle é fundamental para assegurar que as atividades sejam realizadas adequadamente, contribuindo para a melhoria da posição competitiva. Com o objetivo de atingimento das metas, a administração se assegura de obter a informação e influenciar o comportamento das pessoas para atuar sobre as variáveis internas e externas de que depende o funcionamento do negócio (GOMES; SALAS, 1999).

De uma forma geral, as empresas, sejam elas públicas ou privadas, têm como finalidade otimizar o uso dos recursos e gerar lucro; cabe aos responsáveis (proprietários, acionistas, cooperados, diretores ou gerentes) a tomada das decisões que impactam no valor do mercado: escolher os produtos e serviços ofertados, a tecnologia a ser empregada, os esforços de marketing e os canais de distribuição mais adequados, as políticas de investimento, a estrutura da organização e a forma de associar esses fatores em estratégias (CORRÊA; CAON, 2002).

A literatura apresenta diferentes denominações sinônimas para estratégia, ligadas a realização de produtos e serviços: estratégia de manufatura, estratégia de produção e estratégia de operações (MAIA; CERRA; ALVES FILHO, 2005). Skinner (1969) inicia a discussão sobre o papel das estratégias no sucesso dos negócios, e ressalta a relação entre as decisões, a estratégia de produção e a estratégia de competição. Pode-se considerar que a estratégia de operações é um avanço do conceito das estratégias de manufatura, pois estende sua abrangência para setores como serviços e a agropecuária. A estratégia é uma das palavras de uso frequente nas organizações. Encontram-se abundantes referências na bibliografia, e é possível identificar duas escolas de pensamento, ligadas as decisões empresariais: i) planejamento e posicionamento estratégico (*trade-offs*) – a estratégia está pautada nas decisões que posicionam a empresa no curto e longo prazo; ii) visão baseada em recursos – a estratégia depende dos recursos internos, que tornam um negócio único (MAIA; CERRA; ALVES FILHO, 2005).

Skinner (1969), Henderson (1999) e Hayes et al (2008) associam a estratégia ao processo decisório que afeta o futuro da empresa. De acordo com Skinner (1969), a estratégia reúne o planejamento e as políticas internas, conjunto com o qual a empresa desenvolve

vantagens sobre os demais competidores do mercado; a tomada de decisão implica em *trade-offs*. Henderson (1999) define a estratégia como a busca deliberada de um plano de ação para desenvolver e ajustar a vantagem competitiva; a estratégia existe para se planejar a evolução de uma empresa.

O entendimento das operações passa pela forma como a alta administração faz a ligação das decisões a serem tomadas com a maneira como a mesma será conduzida no processo produtivo: é fundamental conhecer as demandas e restrições daqueles envolvidos diretamente no processo; contudo, a tomada de decisões está centrada na área gerencial, e a formulação das estratégias segue um processo *top-down*, da gerência para as unidades de negócio e as operações (SKINNER, 1969). Porter (1999) defende que a empresa deve buscar o aprofundamento em setores inexplorados, diferentes dos rivais, com atividades sob medida para os clientes. Com o objetivo de definir as metas a serem alcançadas, a empresa necessita definir qual é seu mercado (HENDERSON, 1999).

O sucesso da estratégia está ligado a um conjunto de fatores que vão além do conhecimento do mercado e da tomada de decisões; aspectos internos, como a estrutura, o grau de confiabilidade e a política de relacionamento com o cliente são fatores que também influenciam na formação dos objetivos da organização. As empresas apresentam competências únicas, que são responsáveis pelos fatores de diferenciação, em mercados semelhantes (PRAHALAD; HAMEL, 1999; BARNEY, 1991).

Prahalad e Hamel (1999) e Barney (1991) apresentam uma visão diferenciada da estratégia, cujo foco passa da relevância do meio externo nas metas da empresa, para as competências internas que diferenciam organizações semelhantes num setor. A visão baseada em recursos (VBR) é uma linha de pensamento fundamentada nos estudos de autores como Schumpeter e Penrose (KRETZER; MENEZES, 2006); consiste na discussão da forma como determinadas empresas atingem desenvolvimento superior em seu setor de atuação (diferentes recursos criam diferentes capacidades competitivas).

A estratégia não é um processo restrito a finalidade de vencer a competição com os concorrentes, mas deve ser focada em atender as necessidades do cliente (PORTER, 1999). O sucesso de sua implementação depende de um conjunto de fatores, tais como estrutura organizacional, divisão de trabalho, coordenação das equipes, sistemas de informação, motivação e recompensa para as equipes e liderança (ANDREWS, 2006).

Hayes et al.(2008) aprofundam o conceito de estratégia como o conjunto de metas e políticas de longo prazo, que determinam o direcionamento e a aplicação de recursos

investidos na produção e serviços para cumprir sua missão, além de conseguir vantagens sobre o adversário; a definição da estratégia competitiva é um guia para a estratégia de operações.

A compreensão da estratégia de operações está relacionada ao entendimento das estratégias competitivas; para a abordagem da estratégia de operações no caso analisado no trabalho, faz-se necessário o aprofundamento no debate de estratégias competitivas para o entendimento da dinâmica que afeta as operações.

2.2 Estratégias competitivas

Os tomadores de decisão têm por objetivo encontrar uma posição na qual a empresa possa melhor atuar num ambiente com as forças estratégicas do mercado ou influenciá-las em seu favor. A dificuldade na estruturação de um comportamento organizacional que torne a empresa uma entidade única, em termos monetários, está ligada a três aspectos: i) a incerteza sobre o impacto e influência de mudanças no resultado; ii) a influência de diferentes aspectos organizacionais; iii) a margem de autonomia, que poderá limitar a eficácia e a criatividade (GOMES; SALAS, 1999).

A estratégia competitiva se refere à forma como uma empresa direciona suas decisões para competir no mercado, de maneira a ganhar vantagens competitivas; é necessário que se construa defesas capazes de manter seu posicionamento, equilibre as ações externas perante as atividades internas e tenha capacidade de antecipar as mudanças competitivas (PORTER, 1978).

As estratégias possuem diferentes focos, de acordo com a linha de pensamento abordada; contudo, tanto a escola do posicionamento, representada por Porter, quanto a visão baseada em recursos afirmam que a vantagem competitiva de uma empresa é focada no valor entregue ao consumidor. Toni e Tonchia (2003) comparam o que denominam modelo tradicional (posicionamento) e o modelo das novas perspectivas estratégicas (visão baseada em recursos); com base na análise dos autores, é possível montar o quadro 2.2:

Quadro 2.1 – Comparativo Escola do Posicionamento x Visão Baseada em Recursos

Pontos de Análise	Posicionamento	Visão Baseada em Recursos
Objeto de Análise	A empresa	A firma
Características	Típicas do setor	Únicas
Fonte da Renda	A empresa	Recursos e competências
Empresa	Estabelecida, a estratégia deve se adequar a isso	Em evolução, difícil de se definir – competência dinâmica
Gerência	Portfólio do negócio	Portfólio das competências
Opções Estratégicas	Liderança em custo e em diferenciação	Depende das competências e dos produtos principais
Recursos	Alocados nas Unidades de Negócio	Transcorre para as Unidades de Negócio
Vantagem Competitiva	Baseado no valor para o consumidor	Baseado no valor para o consumidor
Sustentabilidade da vantagem competitiva	Depende das 5 forças (Porter)	Depende da heterogeneidade, mobilidade imperfeita, imitação e substituição de recursos

Fonte: Adaptado de Toni e Tonchia (2003)

A condução da pesquisa está relacionada com o entendimento de estratégias competitivas, pois essas atuam nas estratégias de operação, e faz-se necessário o aprofundamento das diferenças entre as linhas de pensamento para análise do caso que será avaliado.

2.2.1 *Trade-offs* e as estratégias competitivas

A estratégia é uma forma de criar uma posição exclusiva e valiosa, que envolve um diferente conjunto de atividades; faz-se necessário que tais atividades sejam compatíveis e apresentem interação entre si, a fim de que a estratégia seja diferenciada e sustentada (PORTER, 1999).

Empresas que atuam em segmentos semelhantes usam de diferentes estratégias para atingir o mercado, pois a estrutura produtiva, o bem final e o mercado-alvo são diferenciados; as decisões gerenciais implicam em *trade-off*, e a escolha das variáveis de atuação determinam o modo como a empresa deverá atuar (SKINNER, 1969).

Os *trade offs*¹ partem do princípio que as empresas não podem ser eficientes em todas as áreas de atuação, e a execução de uma atividade com perfeição implica na não realização de outras atividades. Cada decisão gerencial implica em escolhas de alternativas que determinarão a estratégia de produção (SKINNER, 1969). É possível identificar *trade offs* de primeiro (impacto no presente) e segundo (impacto no futuro) graus: a trajetória futura está condicionada as estratégias formuladas no presente (HAYES et al, 2008).

Identificar os pontos fortes e fracos, e saber diferenciá-los é essencial para a realização de um plano estratégico eficiente, pois permite aos gerentes aprender com os sucessos e fracassos da política empregada. As forças são o conjunto de características e recursos internos, que combinados geram vantagens competitivas; engloba desde a capacidade instalada, a qualidade dos serviços produzidos, a equipe de funcionários, até a forma como as atividades são executadas e que geram valor único para o cliente. As fraquezas correspondem a pontos de melhoria interna; áreas nas quais se verifica uma quantidade de recursos inferiores aos seus concorrentes, e fatores que após sua identificação, devem ser trabalhados internamente. Forças e fraquezas são pontos que pertencem ao âmbito interno, compostos de uma série de aspectos que diferenciam a empresa dos demais concorrentes, e são controlados pelos dirigentes de forma a direcionar esses aspectos às estratégias praticadas (ANDREWS, 2006).

É relevante ainda que a empresa conheça o ambiente externo do mercado no qual está inserida, para que seja capaz de reconhecer as ameaças, e trabalhe as oportunidades (ANDREWS, 2006; SKINNER, 1969). As oportunidades correspondem às chances de crescimento e conquista de mercado, fortalecimento e elevação dos lucros, por conta de mudanças tecnológicas, das preferências dos consumidos, concorrência pela melhor oferta de qualidade nos serviços. As ameaças são compostas por desafios decorrentes de fatores externos, como as condições no ambiente concorrencial, novas leis e medidas regulatórias, introduções tecnológicas.

A forma como uma empresa se posiciona no mercado influirá diretamente na forma como são estruturadas suas operações; foco em diversificar produtos, necessita de operações ágeis; foco na redução de custos, necessita de sistemas de operações que otimizem custos pela escala; essa relação de dependência mútua entre competição e operações leva à necessidade de compreensão da estratégia de operações, alinhada à estratégia competitiva.

¹ O termo *trade off* é uma referência ao conflito de escolhas: ao se tomar uma decisão referente ao negócio, as atividades são direcionadas, em detrimento a outras alternativas associadas às demais decisões possíveis.

A empresa deve buscar vantagens pela entrada em negócios estruturalmente atraentes (HAYES; PISANO, 1996). Porter (1999) defende que é necessário um posicionamento em nichos que não são explorados, diferentes dos rivais, com atividades sob medida para os clientes.

De acordo com Porter (1999), a empresa pode se posicionar de 3 formas distintas:

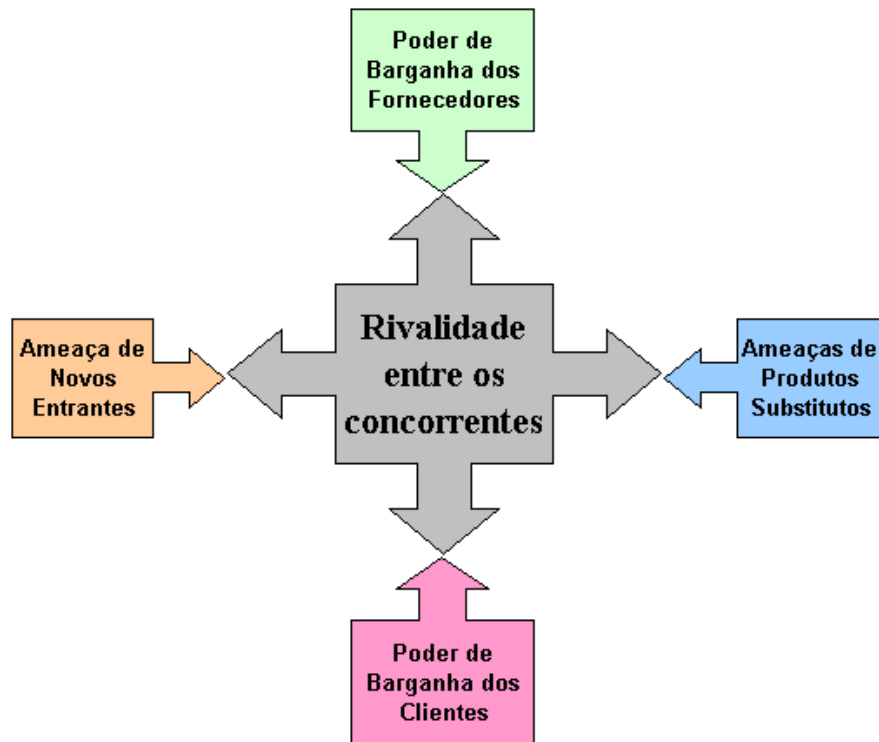
- a) posicionamento baseado na variedade – foco na segmentação de produtos e serviços, e não nos segmentos de clientes;
- b) posicionamento baseado nas necessidades – atender à maioria das necessidades de um grupo de clientes;
- c) posicionamento baseado no acesso – segmentação dos clientes por modalidade de acesso, seja esse geográfico ou por tamanho.

Posicionamento estratégico significa desempenhar atividades diferentes das praticadas pelos rivais, ou praticar as mesmas atividades de forma diferente. O posicionamento estratégico sustentável implica *em trade offs*: não é possível investir em diversos negócios, o que torna necessário escolher entre alternativas conflitantes; na análise de *trade offs*, tão importante quanto escolher o que fazer, é escolher o que não se deve fazer.

As empresas são afetadas pelo ambiente constituído à sua volta; mudanças nos valores transformam a tecnologia empregada, alteram a forma de lidar com o meio ambiente, provocam mudanças na economia e no mercado atuante, transformam a sociedade e as relações políticas entre países (ANDREWS, 2006). As decisões tomadas devem garantir que a alternativa selecionada esteja alinhada com uma estratégia que garanta competitividade no mercado (SKINNER, 1969).

Porter (1979) desenvolveu um modelo para a caracterização dos fatores determinantes da competitividade: as 5 forças competitivas, demonstradas na figura 2.1. As forças competitivas são uma ferramenta para suporte a uma estratégia empresarial robusta e eficiente, e correspondem a uma espécie de modelo simplificado; o entendimento do ambiente externo é fundamental para que se reconheça quais são, e como atuam os fatores de competitividade do mercado. No caso de mudanças em quaisquer dos cenários dessas forças, faz-se necessário estudar novamente as relações instaladas para avaliação do mercado para cada um dos itens das cinco forças (PORTER, 1979).

Figura 2.1 – Modelo das 5 forças competitivas



Fonte: Adaptado de Porter (1979)

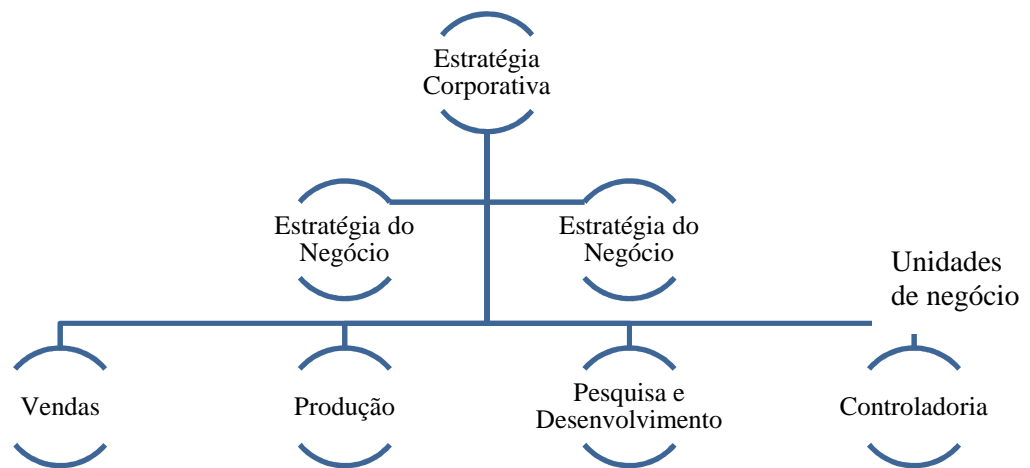
As forças competitivas de Porter são (PORTER, 1979): i) ameaça de novos entrantes – novas capacidades produtivas e inovativas para o mercado; contudo, enfrentam barreiras à entrada, explícitas, como escala e acesso a canais de distribuição, ou tácitas, como por exemplo política governamental; ii) poder de barganha do cliente – pressão para a baixa dos preços, exigência de maior qualidade, cobrança de melhor prestação de serviços; iii) ameaças de substitutos – produção de bens e serviços similares, que substituem perfeita ou imperfeitamente o que está no mercado (quanto maior for a opção excludente preço-desempenho); iv) poder de barganha dos fornecedores – quanto maiores e mais centralizados, maior a influência no preço e na qualidade dos bens e serviços; e v) rivalidade entre os concorrentes – considerada como a mais significativa das forças (SERRA; TORRES; TORRES, 2004), está relacionada com o número, o tamanho e o poder de influência dos concorrentes.

A compatibilidade diz respeito à integração de atividades complementares, o que gera valor econômico e afeta a estratégia que se adota; quanto maior a compatibilidade, maior a proteção da empresa contra as 5 forças competitivas, e mais difícil se torna imitá-la. Tal

característica nas atividades incentiva a melhora da eficácia operacional, e acentua os obstáculos para os imitadores (PORTER, 1999).

Há consenso entre os autores que existem 3 níveis hierárquicos para a formulação da estratégia, que abordam dos objetivos gerais até a operação dos negócios (SANTOS, 2006); tais níveis seguem uma orientação *top-down*, pois partem da gerência da corporação para a estrutura e a operacionalização do negócio, conforme pode ser observado na figura 2.2.

Figura 2.2 – Hierarquias estratégicas



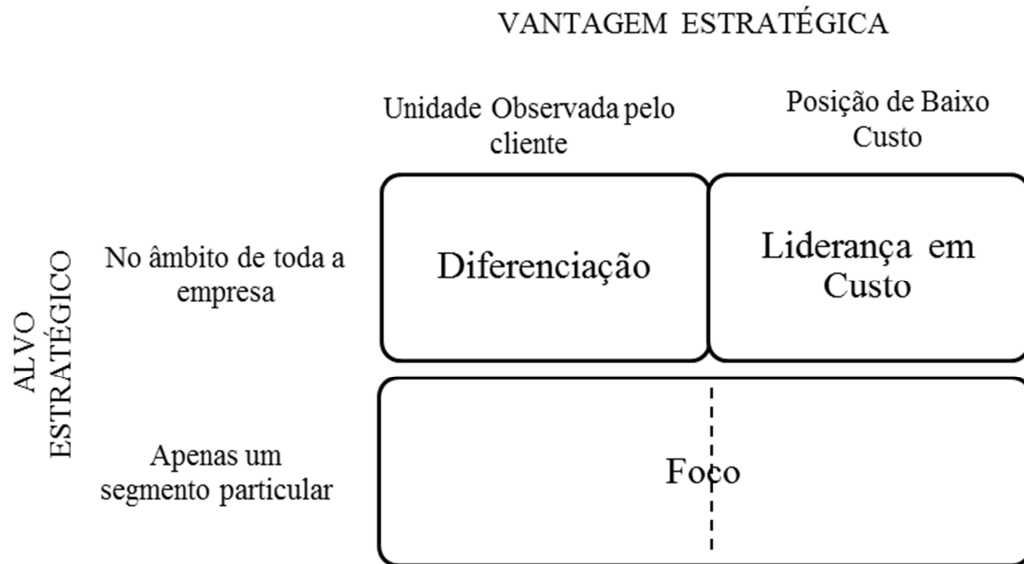
Fonte: Baseado em Wheelwright (1984)

Para Wheelwright (1984), a estratégia corporativa é responsável por definir o mercado no qual se vai ou não ingressar, e adquirir e desenvolver os recursos necessários; a estratégia do negócio relaciona o planejamento das unidades de negócio, e define o escopo de cada unidade e as formas de se manter a vantagem competitiva (preço, volume, inovação); a estratégia funcional é aquela que serve às atividades fim de uma empresa, e está subdividida em 4 áreas, que dão suporte à estratégia do negócio: vendas/marketing, manufatura, pesquisa e desenvolvimento, controladoria. A competição entre empresas, de acordo com Porter (1999), ocorre no nível das unidades de negócio.

A forma como uma empresa opera suas atividades se relaciona com as estratégias de competição adotadas, e a competição entre empresas está no cerne do paradigma das estratégias genéricas. De acordo com Porter (2004), há 3 estratégias genéricas, que podem ser

usadas juntas ou separadas, para criar uma posição defensável em longo prazo e superar os concorrentes.

Figura 2.3 – Estratégias genéricas



Fonte: Porter (2004)

As estratégias competitivas genéricas, apresentadas na figura 2.3, são compostas por:

- a) liderança no custo total – estratégia caracterizada pelo intenso controle de custos e despesas gerais, minimização de custos com marketing e pesquisa e desenvolvimento (P&D), redução de custos pela experiência, instalações em escala eficiente. Embora a redução do custo seja o enfoque, não se pode desconsiderar a qualidade dos produtos. Protege a empresa contra as 5 forças competitivas. Em geral, exige alta parcela do mercado e acesso privilegiado às matérias-primas, e por vezes, prejuízos no início do preço, a fim de consolidar o mercado;
- b) diferenciação – criação de um produto ou serviço único, sem similares no mercado, nos quais os custos não são o alvo principal. Abrange a dimensões projeto imagem da marca; tecnologia; peculiaridades; rede de fornecedores; serviços sob encomendas, entre outros. É uma estratégia que protege a empresa das forças competitivas por conta da lealdade dos consumidores. Em geral, não concentra uma grande parcela do mercado, pois os produtos trazem características exclusivas, que esbarram no fator preço;
- c) foco – visa atender à determinada parcela do mercado, de forma mais efetiva e eficiente que os concorrentes; foca ou nos compradores, ou nos produtos, ou no

mercado geográfico. Pode apresentar produtos diferenciados, ou liderança em custo, mas somente em determinado segmento. Envolve um *trade off*.

Em geral, quando a empresa foca em uma dessas estratégias, abandona a ideia de seguir as demais, pois cada qual implica em arranjos produtivos, processos, sistemas e lideranças diferentes. Porter (1999) destaca ainda que estratégias desestruturadas, ou a falta das mesmas, tem impactos na vantagem competitiva no setor em que a empresa apresentava uma zona de conforto (o alargamento das linhas de produtos e a imitação dos concorrentes, sem planejamento, podem eliminar o recurso valioso que torna a empresa e sua produção um diferencial único).

O aprofundamento da posição estratégica, da diferenciação das atividades, o fortalecimento da compatibilidade e a melhora da comunicação da estratégia aos clientes tem como resultado o crescimento dos lucros; a continuidade estratégica deve tornar mais eficaz a melhoria contínua (PORTER, 1979).

Na década de 1980 o corpo administrativo é exposto a um novo paradigma de gestão: a forma de produção japonesa coloca em xeque a necessidade de *trade offs*, ao trabalhar, conjuntamente, as perspectivas do *Lean Manufacturing*: baixo custo, alta qualidade, flexibilidade, P&D e novos produtos (HAYES; PISANO, 1996). Esse novo paradigma, tratado na próxima subseção, transfere a visão de posicionamento externo, para uma preocupação com as capacidades internas.

2.2.2 Visão baseada em recursos

O *trade off* custo *versus* qualidade é superado pela indústria japonesa na década de 1980 (SWEENEY, 1991); em contrapartida, cresce a importância dos recursos intangíveis, e a inclusão do capital humano para as competências (DANGAYACH; DESHMUKH, 2003).

A visão baseada em recursos é uma escola de pensamento cuja relevância se intensificou a partir de 1990, e que consiste na compreensão das competências e recursos que uma empresa possui, e lhe garantem vantagens competitivas frente a outras empresas (MAIA, CERRA, ALVES FILHO, 2005). De acordo com essa visão da estratégia, as empresas que são capazes de desempenhar uma atividade de forma mais eficiente do que os concorrentes detêm um conhecimento único e valioso, construído com base em sua experiência (COLLIS; MONTGOMERY, 1995).

A visão baseada em recursos é estruturada a partir de uma variante da abordagem de posicionamento, e é uma contribuição para a mesma; o foco da discussão visa à integração

das ameaças e oportunidades externas com as forças e fraquezas internas. A VBR trata a organização como um conjunto de recursos internos, capazes de gerar e manter vantagens competitivas, com lucratividade de longo prazo (WERNERFELT, 1984).

O acúmulo de experiência ao longo do tempo pode se transformar em uma competência diferenciada; as competências diferenciadas criam vantagens competitivas para as empresas que já estão no mercado, uma vez que essas possuem conhecimento para formatar o conteúdo e o processo operacional, e criar fatores competitivos do mercado (SLACK; LEWIS, 2009). Para Herzog (2000), contudo, não há garantia de que a vantagem competitiva se manterá ao longo do tempo, e também é difícil diferenciar oportunidades dos riscos do negócio, já que a empresa não controla todos os fatores que determinam seus recursos futuros.

Herzog (2000) considera que a heterogeneidade, perfil característico dos recursos e capacidades, a sustentabilidade, que envolve a heterogeneidade e a disponibilidade dos recursos, e a apropriabilidade, que consiste na manutenção das rendas geradas pela exploração dos recursos, são condicionantes para a manutenção da vantagem de uma empresa.

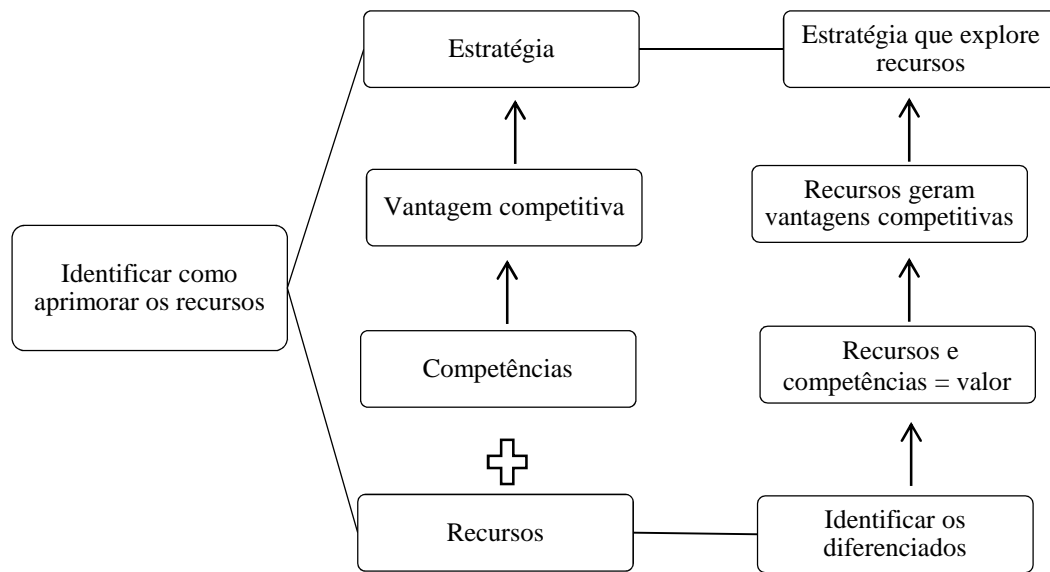
Na visão da escola de posicionamento, não se consideram os recursos adquiridos como uma vantagem competitiva, uma vez que estão à disposição de qualquer empresa que possua meios para obtê-los; além disso, os modelos de competição se restringem a liderança em custo, diferenciação ou enfoque. Contudo, a VBR avança nesse debate ao sugerir que não só é possível operar estratégias em custo e diferenciação, conjuntamente, como também é uma fonte de bons retornos de capital (SWEENEY, 1991); o desenvolvimento de dado recurso se relaciona a sua complexidade, e não é, portanto, possível de ser copiado.

Na VBR, as estratégias com foco exclusivamente no meio externo não se estruturam para o longo prazo; a acumulação dos recursos e competências formam uma base fundamentada para a obtenção de vantagens competitivas, e isso é descrito no modelo apresentado na figura 2.4 (GRANT, 1991); de acordo com o autor, o diferencial das empresas fica na identificação de quais recursos são valiosos e agregam os negócios, e quais não são parte estratégica para sobrevivência.

Grant (1991) chama os recursos mais valiosos de competências essenciais, que apresentam a capacidade de criar e sustentar vantagem competitiva; competências essenciais não são sinônimos de acúmulo de novas atividades ou negócios (PRAHALAD; HAMEL, 1990); na verdade, se estruturam através da coordenação de habilidades de produção, tecnologias, e a entrega de valor. Desenvolvidas à medida que são aplicadas e compartilhadas,

num processo de melhoria contínua e implementação que ocorre no longo prazo, podem ser identificadas através de 3 pontos: provêm acesso potencial ao mercado; contribuí com a percepção de valor para o produto final; deve ser de difícil imitação. Para sustentar a liderança das competências essenciais, é necessário maximizar a participação de mercado de produtos essenciais; posições dominantes em produtos essenciais implicam em evolução de aplicações tecnológicas e de mercados de produtos finais.

Figura 2.4 - Modelo analítico de Grant



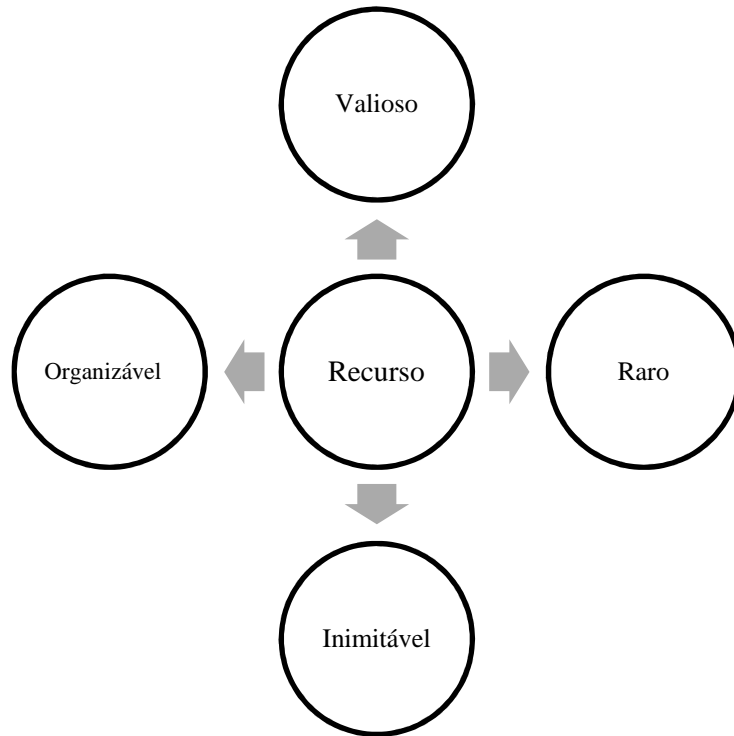
Fonte: Baseado em Grant (1991).

A valorização das competências requer que as empresas sejam capazes de apontar quais são seus recursos diferenciados (SLACK; LEWIS, 2009). Os recursos podem ser classificados em tangíveis, compostos pelos recursos físicos disponíveis, ou intangíveis, como marcas, capital intelectual, capital de giro, competência em processos (TEECE; PISANO; SHUEN, 1997; WERNERFELT, 1984); os recursos intangíveis são centrais para a VBR (SLACK; LEWIS, 2009).

Barney (2001) aponta 4 critérios para que a empresa possa identificar quais são seus recursos estratégicos: focar naquilo que lhe é valioso – capaz de gerar valor; buscar elementos raros – apresentam alta demanda e escassez no mercado; identificar o inimitável – difícil de ser copiado, imitado ou substituído pelos concorrentes; e que seja organizável – organizado de maneira a permitir a exploração; esses critérios compõem o modelo de recursos Valiosos,

Raros, Inimitáveis e Organizáveis (VRIO), descrito na figura 2.5, e cujo nome deriva das iniciais dos critérios.

Figura 2.5 - Composição dos recursos no modelo VRIO



Fonte: Baseado em Barney (2001).

Desenvolver vantagens competitivas sustentáveis envolve criação de valor, de modo que estas vantagens sejam raras e difíceis para os concorrentes imitarem (BARNEY, 1991; GRANT, 1991). Empresas que não investem em competências ou que deixam uma atividade de negócios e junto com ela abandonam as competências adquiridas encontrarão dificuldades de ingressar em mercados que estejam surgindo (PRAHALAD; HAMEL, 1990).

Cabe às empresas definir não apenas estratégias que possibilitem a exploração dos recursos, mas também a preocupação que a fonte de tais recursos seja renovável ou reproduzível, a fim de não eliminar, no longo prazo, a fonte da competência. Barney (2001) define essa visão como competências dinâmicas, cujo cerne favorece a ideia de que as competências estão orientadas em mudanças de seu ambiente, mas também consideram as inovações, as capacidades das empresas a responder e criação novas competências distintas.

Toda organização é distinta das demais, e cada uma precisa ter seu próprio caminho estratégico. A associação entre o conhecimento dos recursos tangíveis e intangíveis da empresa, o entendimento do mercado no qual a mesma tem pretensão de atuar, e também a

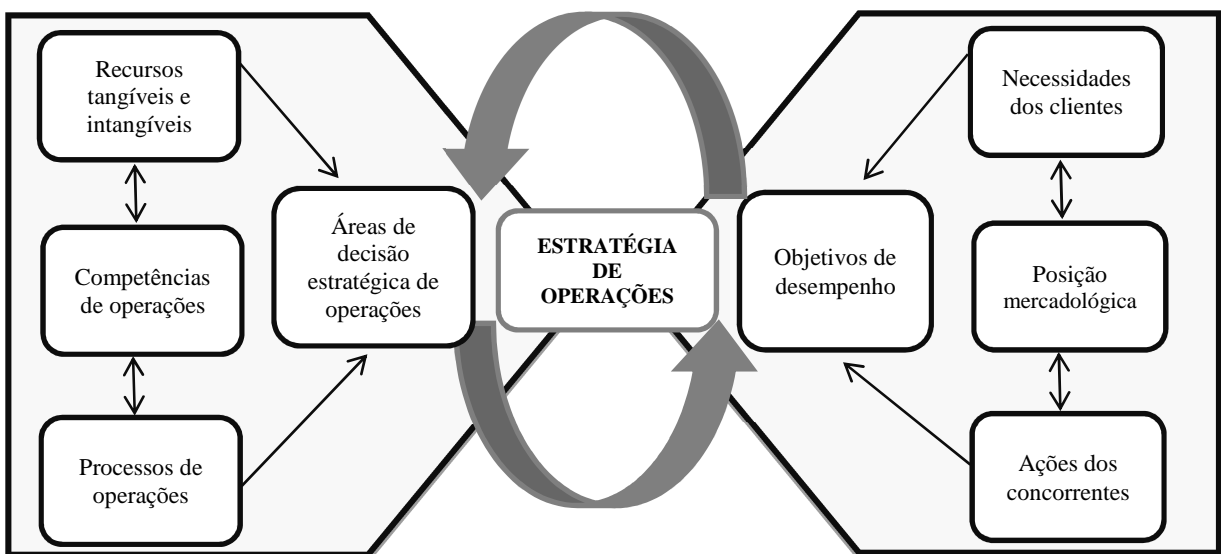
exploração com uso de recursos distintivos são formas de se viabilizar os objetivos estratégicos.

A estratégia competitiva, seja ela baseada nas capacidades exclusivas, seja ela focada no posicionamento do mercado, é balizada pela capacidade das operações atenderem as demandas; as decisões estruturais e infraestruturais são diretamente relacionadas com as prioridades competitivas definidas. Estruturada a estratégia competitiva, é necessário entender o foco da estratégia de operações, tema esse abordado na próxima subseção.

2.3 Estratégia de Operações

A estratégia de operações é condicionada por diversos fatores, e seu processo formulação e formação compõe o elo de ligação entre a estratégia competitiva e a gestão de produção, conforme representado na figura 2.6 (SLACK, LEWIS, 2009):

Figura 2.6 – Estratégia de operações: elo entre mercado e recursos internos



Fonte: Adaptado de Slack e Lewis (2009).

O desdobramento da estratégia competitiva para a estratégia de produção passa pela tradução dos objetivos externos do mercado em objetivos internos, que alteram o desempenho das operações (SANTOS; GOHR; VARVAKIS, 2012; CORRÊA; CAON, 2002; SLACK, LEWIS, 2009). O processo estratégico envolve tanto a competição no mercado, como a operação interna.

A importância da estratégia da operação para a competitividade foi relegada a condição secundária até a publicação do trabalho de Skinner (1969), que iniciou o debate sobre a relação operação–competição: de acordo com o autor, a estratégia global de uma empresa, e seu respectivo sucesso, são dependentes do alinhamento entre a forma como essa se posiciona no mercado e opera suas atividades.

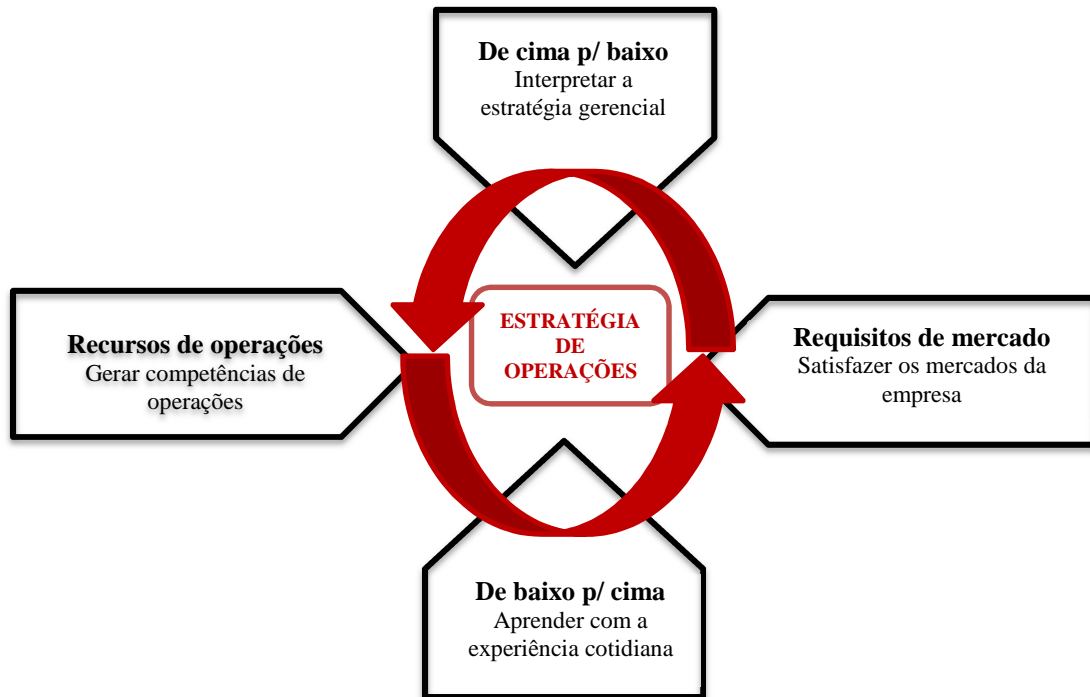
Wheelwright (1984) descreve a estratégia como um guia de atitudes que auxilia na comunicação aos funcionários sobre os objetivos, planos e políticas adotados no curto e longo prazo. Hayes et al (2008), Andrews (2006) e Wheelwright (1984) afirmam que a estratégia é um processo inseparável da estrutura e da cultura da empresa. Entre as características da estratégia de operações, pode-se citar (CORRÊA; CAON, 2002):

- a) reúne processo de tomada e manutenção das decisões;
- b) abrange perspectivas de longo prazo;
- c) abordagem agregada de decisões – linhas de produtos, unidades produtivas, segmentação de clientes; competências necessárias;
- d) enfatiza relações com o ambiente interno e externo;
- e) âmbito decisório restrito à alta direção;
- f) lida com conceitos gerais e formas não consolidadas – não são detalhados os processos produtivos, mas sim o resultado esperado;
- g) definem as características da gestão de operações.

As decisões em operações são considerada estratégicas pois têm efeito em diversos aspectos do negócio, e influenciam a forma como a operação atuará para a competição futura; definem a posição da organização com relação ao seu ambiente; trabalham para aproximar uma empresa de suas metas de longo prazo (CORRÊA; CAON, 2002). A estratégia de operações não deve ser confundida com a gestão de operações; a gestão está relacionada com o gerenciamento de recursos e processos produtivos, enquanto a estratégia é um reflexo da tomada de decisões da alta direção (CORRÊA; CAON, 2002).

De acordo com Slack e Lewis (2009), as operações não estão restritas a atividades operacionais: na verdade, tratam de transformações que envolvem a empresa como um todo. A estratégia de operações pode ser expressa como um conjunto de 4 perspectivas, descritas na figura 2.7: a forma como os gerentes especificam as metas (cima-baixo, ou *top-down*), as competências geradas pelos recursos internos, o acúmulo de experiências (baixo-cima ou *bottom-up*) e a satisfação dos requisitos do mercado e dos recursos.

Figura 2.7 – Perspectivas da estratégia



Fonte: Adaptado de Slack e Lewis (2009).

A estratégia de operações é formada por um ciclo. A perspectiva de decisões do nível gerencial para os demais níveis hierárquicos é a visão tradicional da estratégia de operações (de cima para baixo); decisões corporativas são informadas para as divisões de negócio, que deverão preparar as estruturas para que o nível operacional execute os planos (SLACK; LEWIS, 2009). Contudo, essa perspectiva, por si só, não explica a estratégia de operações: apesar de operar da forma como o nível gerencial determina, o nível operacional acumula experiências que não devem ser desprezadas no momento em que os planos são estabelecidos (de baixo para cima).

As operações podem ser alteradas na medida em que os anseios dos consumidores influenciam nos objetivos de desempenho; nessa perspectiva, se faz necessário conhecer quais os fatores críticos para o mercado, para que se possa traduzi-los em decisões que afetem as atividades da empresa (SANTOS, 2006). O entendimento dos requisitos deve influenciar na forma como a empresa gera e explora suas competências para nichos específicos de mercado, e essa perspectiva altera os recursos das operações.

Wheelwright e Hayes (1985) apontam 4 estágios da evolução do papel estratégico das operações de uma empresa: i) neutralidade interna – a estratégia não é clara e definida, e os tomadores de decisão não reconhecem os impactos das deliberações nas operações (foco na tecnologia empregada); ii) neutralidade externa – se reconhece a estratégia como a atuação de

forma similar aos concorrentes (os investimentos estão concentrados em novos produtos); iii) apoio interno – empresa competitiva, com estratégia formalizada, e que traduz suas expectativas em operações personalizadas; iv) apoio externo – as estratégias são claras, há planejamento e pesquisa para novos investimentos estruturais e infraestruturais, e as operações são a base para sucesso competitivo (busca de vantagens competitivas).

O foco da estratégia de operações deve estar nas atividades que as empresas possuem conhecimento de mercado e condução de negócio, e muitas apresentam dificuldades em enxergar e praticar a forma de se vencer a competição; a organização tem como tarefa criar produtos que os clientes necessitam mas não imaginaram ainda. Isso implica em mudanças radicais na gerência: o foco da estratégia passa da concorrência e da posição no mercado, para as competências internas que levam o mercado aos produtos e serviços ofertados (PRAHALAD; HAMEL, 1999).

A estratégia de operações resultada da combinação da perspectiva baseada em recursos, que valoriza as competências interno, com a perspectiva voltada para o mercado, que foca no posicionamento perante os concorrentes A estratégia requer que a empresa conheça não apenas suas operações e processos internos, mas também a forma como ocorre o relacionamento com os fornecedores, a capacidade para lidar com novas tecnologias e um novo mercado de trabalho, habilidades para a introdução de novos produtos e serviços, e também a compreensão do mercado, com as necessidades e expectativas dos clientes (SLACK; LEWIS, 2009).

É possível identificar 3 critérios utilizados pelos consumidores para a decisão de aquisição: critérios ganhadores de pedido (fatores críticos de sucesso), que contribuem para a decisão de compra, por serem a razão-chave de um negócio (as características do produto ou serviço são decisivas na hora da escolha); critérios qualificadores, formados pelos requisitos mínimos que um produto ou serviço devem apresentar para competir no mercado e atingir um grupo de clientes (critérios de aceitação); e critérios perdedores de pedido, formados por características que os consumidores não querem ao adquirir um produto ou serviço (FITZSIMMONS; FITZSIMMONS, 2011).

As perspectivas de mercado, e a forma como estas se relacionam com os recursos internos estão ligadas ao conteúdo da estratégia de operações, enquanto os anseios gerenciais com relação aos retornos das operações e a experiência diária de quem as executa estão relacionados com o processo da estratégia (SANTOS, 2006).

O conteúdo da estratégia é resultado das interações entre as prioridades competitivas e os tipos de decisões no âmbito das operações; dessa relação, nascem os objetivos de desempenho, as áreas de decisão, o foco de mercado; o conceito, relacionado às perspectivas externas, não pode ser implementado sem que haja um processo para produzi-lo. O processo se relaciona à maneira pela qual se forma e executa a estratégia de operações; agrega tanto a perspectiva de cima para baixo (gerencial), quanto a perspectiva de baixo para cima (nível operacional); envolve processos operacionais, de suporte, de direcionamento e gerenciais (SANTOS, 2006).

As operações envolvem recursos físicos e financeiros, capital humano e decisões que após colocadas em prática, são difíceis e caras de se reverter. Diferentes configurações demandam que a empresa foque em prioridades específicas, que variam conforme a estratégia que se adota. As prioridades competitivas são relacionadas com os objetivos considerados essenciais para o atingimento do sucesso, e que norteiam as decisões estruturais e infraestruturais da empresa ou do setor.

As primeiras prioridades competitivas que se identificou na literatura foram produtividade, serviço, qualidade e retorno sobre investimento (SKINNER, 1969), e desde então se apresentou diferentes combinações de modelos, com a inclusão das dimensões flexibilidade, confiabilidade, velocidade, custo, entrega e inovação. De acordo com Maia, Cerra e Alves Filho (2005), entre os modelos de prioridades existem, aquele construído por Garvin (1993) é um dos que apresenta ampla aceitação na literatura; o modelo desdobra as prioridades em subprioridades:

- a) custos – custo inicial, custo de operação, custo de manutenção;
- b) qualidade – desempenho, durabilidade, estética;
- c) entrega – acuracidade, velocidade, acessibilidade à informação;
- d) flexibilidade – volume, produto, processo;
- e) serviços – informação, suporte ao consumidor, suporte às vendas.

De acordo com Skinner (1969), a escolha das prioridades competitivas implica em *trade offs*: as operações geralmente não são capazes de atender a todos os objetivos simultaneamente, o que torna necessário aos gerentes verificar o conjunto de objetivos e a estrutura da empresa e focar naquelas relevantes ao negócio (MAIA; CERRA; ALVES FILHO, 2005); essa visão de *trade off*, contudo, é contestada por Ferdows e De Meyer (1990), que afirmam que as empresas conseguem tratar simultaneamente de um grupo de prioridades.

Segundo Garvin (1993), o modelo de estratégia de operação precisa ser mais dinâmico, e levar em conta o planejamento estratégico. O planejamento estratégico da produção (PEP) corresponde ao esforço na produção que busca melhorias ao longo de um período especificado, e pode ser aplicado em toda a organização; inclui metas quantitativas e qualitativas. O PEP é um modelo dinâmico, no qual se estabelece metas e objetivos constantemente revisados; apresenta dois papéis significativos, que são a melhoria contínua e substituição de políticas não consistentes com as prioridades estratégicas (GARVIN, 1993).

A estruturação dos objetivos competitivos implica na forma como as empresas delimitarão as decisões que a norteiam; as áreas de decisão em estratégia de operações podem ser divididas em 2 categorias, conforme apresentado no quadro 2.2 (HAYES et al, 2008):

Quadro 2.2 – Áreas de decisão em estratégia de operação

Decisões Estruturais	
Capacidade produzido	total que pode ser produzido
Instalações	unidades, localização e especialização
Tecnologia	equipamentos e sistemas utilizados
Integração vertical	atividades chave integradas ao escopo produzido dentro da empresa
Decisões infraestruturais	
Recursos humanos	forma de recrutar e preparar equipes;
Qualidade	controle de defeitos, garantias;
Planej. e controle da produção/ materiais	expectativa de produção e formas de lidar com fornecedores;
Novos produtos	processo para novos produtos;
Medidas de desempenho	uso de indicadores
Organização	estrutura interna da empresa.

Fonte: Adaptado de Hayes et al (2008)

As decisões estruturais se associam ao ambiente físico de uma empresa e investimentos de longo prazo: a capacidade de produção, as instalações, a tecnologia, e a intensidade de integração vertical; já as decisões infraestruturais estão ligadas a políticas e práticas operacionais da empresa, e envolve investimentos de curto, médio e longo prazo: recursos humanos, qualidade, planejamento, novos produtos, medidas de desempenho e a organização (HAYES et al, 2008). A estratégia de operações pode ser considerada o resultado da interação entre as prioridades competitivas e as decisões estratégicas (SANTOS, 2006).

O foco das decisões de uma empresa varia de acordo com o setor em que ela atua, e a forma como operacionaliza suas atividades; aquelas que produzem bens de consumo tem o custo pautado em suas prioridades; as de bem de capital focam no serviço oferecido ao cliente; de acordo com Aranda (2003), as decisões estruturais e infraestruturais que configuram a estratégia de operações em serviços são influenciadas pelo nível de flexibilidade do sistema de entrega.

A utilização do termo operações permite construções teóricas focadas inicialmente na produção industrial sejam replicadas para o setor de serviços. Por esse motivo, é possível afirmar que a competitividade das operações de serviços, assim como ocorre na produção industrial e agroindustrial, depende diretamente da estratégia de operações que a empresa adota. Dessa forma, a definição da estratégia de operações tem um papel essencial na melhoria do desempenho competitivo em serviços (SANTOS, 2006).

2.3.1 Estratégia de Operações em Serviços

Embora envolva o processo de entrega de produtos e serviços, as pesquisas acadêmicas acerca de estratégia de operações estão concentradas em setores econômicos específicos: maquinário, metalúrgico, automotivo, autopeças, automobilístico e de eletrodomésticos (DANGAYACH; DESHMUKH, 2003); o campo para a investigação da estratégia de operações em serviços é amplo (ARANDA, 2003). Os serviços apresentam características específicas que o diferenciam das demais atividades produtivas; o contato direto com o cliente e a interferência quase simultânea desse no processo diferenciam a operação em serviços da operação numa manufatura (SANTOS, 2006).

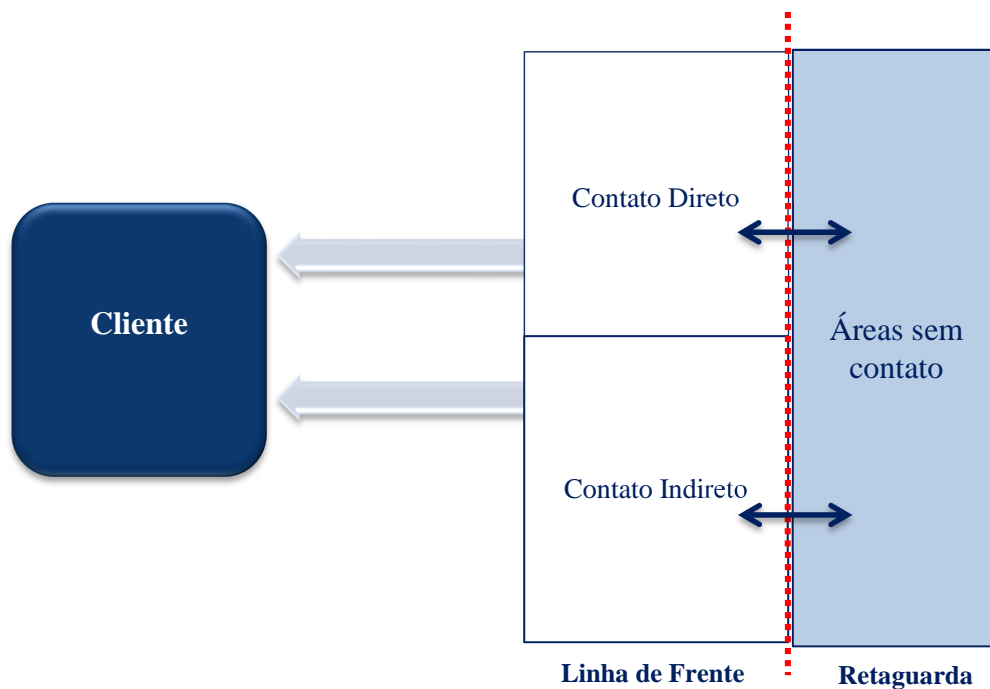
Decisões nas áreas de operações são onerosas, pois alteram configurações e requerem mudanças estruturais. Cabe aos gestores das operações em serviços uma visão além do curto prazo, reativo e introspectivo, e a adoção de uma posição de estratégia de longo prazo, cujo foco integre as relações com clientes, demais funções empresariais e parceiros internos e externos (CORRÊA; CAON, 2002).

De acordo com Fitzsimmons e Fitzsimmons (2011), a estratégia em serviços reúne o conhecimento do mercado-alvo, o conceito de serviços, da estratégia de operações e do sistema que envolve a prestação do serviço. As operações de serviços não se restringem ao setor, pois todas as empresas são compostas em sua estrutura por uma combinação de

produtos e serviços², que resultam no pacote final ofertado aos clientes (SANTOS; VARVAKIS; GOHR, 2004). As atividades são menos suscetíveis a ciclos econômicos, pois há uma propensão maior das pessoas abdicarem de bens, do que de acesso para qualidade de vida (FITZSIMMONS; FITZSIMMONS, 2011).

As operações em serviços são divididas entre a parte que mantém contato – linha de frente³ – e a parte que não tem acesso direto ao cliente – retaguarda⁴ (SANTOS, 2006), conforme pode ser observado na figura 2.8.

Figura 2.8 – Operações em serviços: interações com cliente



Fonte: Elaborado pelo autor

Na linha de frente ocorrem as interações entre a empresa e os clientes, e essa interação pode ser direta – estrutura de atendimento presencial – ou indireta – estrutura para atendimento remoto, como *call centers*⁵ e *chats*⁶ (CORRÊA; CAON, 2002); é nessa etapa da operação que os clientes percebem a qualidade e a rapidez. A retaguarda é uma etapa de apoio

²A servitização é um movimento das manufaturas, que visa incorporar serviços ao produto final, para agregar valor ao negócio (ALMEIDA; MIGUEL; SILVA, 2011).

³Do inglês *front office*

⁴Proveniente do inglês *back office*

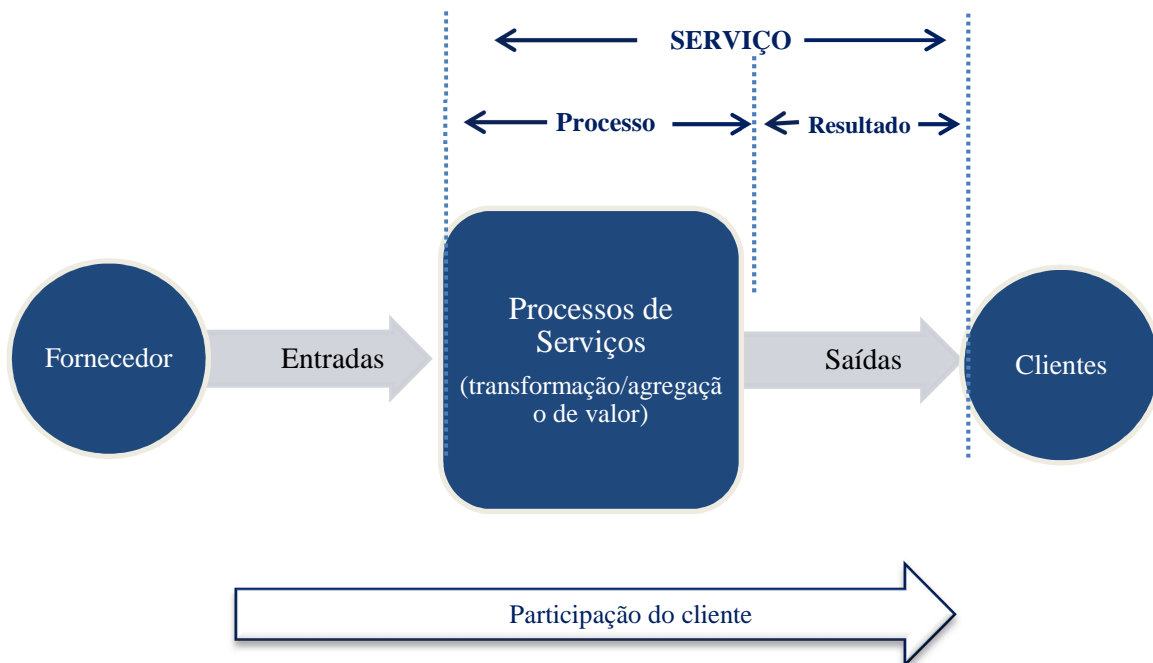
⁵Canal de comunicação, via telefone, no qual a equipe presta atendimento ao usuário.

⁶Canal de comunicação, via página da internet, no qual a equipe presta atendimento online e por escrito ao usuário.

na prestação de um serviço; os processos, em sua maioria administrativos, são semelhantes àqueles adotados nas manufaturas, com alto grau de padronização (CORRÊA; CAON, 2002).

Os sistemas de operação em serviços tem uma forma dinâmica, que resulta de duas dimensões: processo e resultado, conforme pode ser observado na figura 2.9 (SANTOS, 2006); o processo é uma etapa que, dadas as entradas e restrições do pedido, transforma e agrega valor ao serviço.

Figura 2.9 – Sistema de operações em serviços = processo + resultado



Fonte: Baseado em Santos (2006).

A garantia que o resultado tenha as características e qualidades necessárias ao cliente depende da forma como o processo é operacionalizado (CÔRREA; CAON, 2002). Diferente do que ocorre nas manufaturas, as entradas de transformação em serviços não são restritas a fornecedores (internos e externos), pois os próprios clientes podem ser vistos como entradas no processo; o setor é caracterizado pela participação do cliente na transformação e produção, e a implicação são os resultados do serviço (SANTOS, 2006).

Para Santos, Varvakis, e Gohr (2004), a estratégia de operações em serviços requer uma abordagem específica, pois além da fronteira entre bens e serviços não ser claramente definida, principalmente para os clientes, as características de entrega final e a variabilidade da demanda são diferenciadas. Entre as peculiaridades dos serviços, pode-se destacar

(FITZSIMMONS; FITZSIMMONS, 2011; CORRÊA; CAON, 2006; SANTOS, 2006; ARANDA, 2010):

- a) intangibilidade – a natureza dos serviços não permite que os mesmos possam ser tocados, como acontece com um bem final;
- b) simultaneidade – a produção do serviço é simultânea ao seu consumo, o que intensifica o controle de qualidade na execução, pois a percepção de valor do cliente é simultânea a produção do serviço;
- c) participação do cliente – o cliente aparece como parte do processo de produção; ainda que sua presença não seja obrigatória para execução⁷, é coprodutor por compartilhar informações que moldam o serviço;

Além dessas características, comuns a todos os serviços, há outras 2 peculiaridades presentes em parcela dos mesmos, em especial de serviços que não são realizados em escala (FITZSIMMONS; FITZSIMMONS, 2011; SANTOS, 2006):

- a) perecibilidade – os serviços, em geral, não podem ser estocados; quando o mesmo não é utilizado, se perde a capacidade de uso total do recurso; cabe aos gerentes criar mecanismos para ajustar a demanda com a capacidade, e dessa forma, evitar perdas de otimização⁸;
- b) heterogeneidade – a combinação da intangibilidade com a participação dos clientes resulta em serviços customizados, com características individuais de cliente para cliente; essa característica, contudo, não se aplica a todos os tipos de serviço, pois principalmente aqueles que lidam com o processamento de informações necessitam ser padronizados.

Ao executar e entregar uma atividade, a empresa é avaliada por todo o pacote de serviços que oferece: instalações, informações, benefícios implícitos e explícitos e informações (FITZSIMMONS; FITZSIMMONS, 2011). As prioridades que uma empresa que atua no setor tem são diferentes daquelas que atuam na indústria ou na agropecuária; os critérios competitivos variam de acordo com o tipo de serviço entregue por cada empresa, bem como a percepção dos clientes acerca de critérios que são ganhadores de pedido. Fitzsimmons e Fitzsimmons (2011) lista 9 prioridades usualmente presentes em serviços:

⁷ A ausência física dos clientes não significa que os mesmos não acompanhem, *online*, os processos de serviços, e não é incomum que os mesmos requeiram visitas às linhas de produção e às instalações fabris.

⁸ Embora se afirme que produtos podem ser estocados, e serviços devem ser consumidos imediatamente, há produtos cujo prazo de validade é imediato (caso de um sanduíche), e serviços que podem ser contratados para outros períodos (assistência a saúde); é necessário entender o que foi produzido e o tempo de estocagem.

- a) disponibilidade – facilidade de acesso ao serviço;
- b) conveniência – localização para facilidade de acesso físico e remoto (proximidade e conveniência ao cliente);
- c) confiabilidade – sazonalidade de acordo com o período;
- d) personalização – flexibilidade para customização, conforme especificidades dos clientes;
- e) custo – custo do serviço e competição em preço;
- f) qualidade – atingimento ou superação das expectativas em termos de materiais utilizados, atendimento e resultados auferidos;
- g) reputação – imagem associada a seus atos, tanto com clientes quanto com funcionários;
- h) segurança – bem estar e segurança na execução do serviço;
- i) rapidez – tempo de espera/resposta.

As mudanças no ambiente competitivo fazem da personalização (ou flexibilidade) a prioridade competitiva que a maioria das empresas de serviços têm de lidar para atender expectativas, pois as percepções dos indivíduos são únicas (ARANDA,2010). Corrêa e Caon (2002) acrescentam a essa lista outras 6 prioridades:

- a) consistência – ausência de variabilidade entre as especificidades do pedido e o serviço entregue;
- b) competência – capacidade da organização em prestar o serviço;
- c) atendimento: grau de atenção e simpatia dada pelos funcionários de contato (linha de frente);
- d) comunicação – forma clara e precisa de informar os clientes;
- e) limpeza – asseio e arrumação das instalações;
- f) estética e conforto – aparência e conforto do ambiente das instalações.

As decisões estruturais e infraestruturais que configuram a estratégia de operações em serviços influenciam diretamente o nível de flexibilidade do sistema de entrega (ARANDA, 2010); mais do que distinguir entre produtos e serviços, é importante entender o grau de interação e extensão do contato com o cliente.

As peculiaridades do setor de serviços implicam em uma discussão distinta no que se refere às áreas de decisões; o desdobramento da teoria da produção industrial, por si só, não atende às especificidades da prestação de serviços. Corrêa e Caon (2002) listam 14 áreas de

decisão (ou competência), apontadas no quadro 2.3, para praticar análises estratégicas em operações de serviços:

Quadro 2.3 – Áreas de decisão em estratégia de operações em serviços

Decisões Estruturais	
Capacidade demanda	total que se pode atender; ajustes; gestão da demanda.
Instalações	unidades; localização; especialização; layout; decoração
Tecnologia e processo	equipamentos; nível de automação; separação <i>front e back office</i>
Sistemas de informação	integração; acesso; trocas com fornecedores e clientes
Projeto do serviço	conteúdo, conceito e pacote a ser entregue
Decisões Infraestruturais	
Recursos humanos	forma de recrutar e preparar equipes; qualificar mão-de-obra
Qualidade	controle de falhas; garantias do serviço; padrão de atendimento
Planej. e controle das operações	expectativa de produção; orçamento; programação do serviço
Filas e fluxos	priorização das filas; configurações; gestão do cliente em fila
Relacionamento com cliente	fidelização; retenção; relacionamento; expectativas
Rede de suprimentos	estoque e ressuprimento; relacionamento com cadeia e fornecedores
Sistema de melhoria	política de aprendizado; gestão do conhecimento; reengenharia
Medidas de desempenho	uso de indicadores; mensuração e métricas
Organização	estruturação interna da empresa; estilo de liderança

Fonte: Adaptado de Corrêa e Caon (2002); Corrêa e Gianesi (1994)

As decisões de aspectos estruturais possuem relação direta com o projeto de um serviço e a forma como o mesmo é operacionalizado; o impacto de longo prazo e os recursos investidos estão ligados às áreas de capacidade de atendimento de demanda, instalações, tecnologias, sistemas e projetos, áreas essas que permitem que o serviço seja pensado e tenha estrutura para ser executado. Decisões estruturais envolvem, usualmente, alto investimento, o que dificulta sua reversão.

As decisões infraestruturais abrangem 9 áreas ligadas com a rotina de operações em serviços: recursos humanos, qualidade, planejamento e controle das operações, filas e fluxos, relacionamento com cliente, rede de suprimentos, sistema de melhoria, medidas de desempenho e organização; o funcionamento das áreas infraestruturais suporta as atividades

estruturais. Por envolver investimentos de baixo e médio valor, decisões infraestruturais ganham maior elasticidade para mudanças e alterações de projeto.

O foco da estratégia em serviços também passa pelo entendimento de como as empresas presentes nesse setor focam em determinadas prioridades competitivas, em detrimento de outras, e como estas influem nas decisões estruturais e infraestruturais. Fitzsimmons e Fitzsimmons (2011) listam razões que dificultam o ambiente competitivo no qual estão inseridas empresas que atuam em serviços:

- a) poucas barreiras à entrada de competidores – ideias inovativas são facilmente copiadas (baixo incentivo ao patenteamento);
- b) mínimas oportunidades de economias de escala – escoamento dos serviços ocorre em baixa escala;
- c) flutuações nas vendas – sazonalidade de acordo com o período;
- d) desvantagens de tamanho na negociação com compradores ou fornecedores – no setor de serviços, há casos em que a prestadora é menor do que suas parceiras ou fornecedoras, o que pode a colocar em desvantagem nas negociações;
- e) substituição de produtos – produtos inovadores podem substituir serviços prestados;
- f) fidelidade dos clientes – personalização de serviços fideliza clientes;
- g) barreiras à saída – a existência de uma empresa de serviços pode estar ligada a *hobbies* e satisfação pessoal, o que a manterá no mercado independentemente de sua lucratividade.

As atividades econômicas ligadas a serviços são incorretamente associadas a empregos mal remunerados – ainda que existam categorias profissionais que exigem alto nível de conhecimento técnico, tais como assistência social e atendimentos de saúde (FITZSIMMONS; FITZSIMMONS, 2011). A discussão acadêmica que aborda o setor não tem ainda o mesmo grau de maturidade que já se atingiu ao focalizar o setor industrial, e isto contribui para dificuldades conceituais dos princípios de gestão de operações em serviços (SANTOS; VARVAKIS; GOHR, 2004).

Dada a finalidade da atividade e as operações envolvidas, a área de saúde é considerada como uma das mais complexas em serviços (PEDROSO; MALIK, 2011). Contudo, pesquisas dessa área, em especial no que tange à forma como as empresas brasileiras que atuam na saúde suplementar operam suas estratégias, são escassas. O

tratamento do tema requer um entendimento das especificidades das atividades de serviços e daquilo que é entregue ao consumidor final, o que se abordará na próxima subseção.

2.4 Serviços e a área de saúde

O surgimento dos serviços enquanto setor da economia está ligado ao nascimento do conceito de sociedade, uma vez que reúne um conjunto de atividades que tem por finalidade o bem-estar da população (FITZSIMMONS; FITZSIMMONS, 2011). Os serviços são compostos por áreas heterogêneas, como a construção, comércio, alimentação, transporte, educação e saúde (IBGE, 2013) e a tomada de decisões, por parte dos dirigentes, deve levar em conta as especificidades do segmento. A saúde é uma área vital na economia: envolve procedimentos preventivos e qualidade de vida, e também é responsável por 8,4% do PIB brasileiro (PEDROSO; MALIK, 2011). Essa subseção apontará características do setor de serviços, e da área de saúde e, ainda, descreverá as características das empresas que compõem os serviços de saúde, as operadoras de plano de saúde.

2.4.1 Características dos serviços

Entre as diversas definições acerca de serviços presentes na bibliografia, todas apresentam em comum o consenso de intangibilidade e consumo imediato (FITZSIMMONS; FITZSIMMONS, 2011). Os serviços estiveram relegados a importância econômica secundária até meados do século XX, quando passou a ocupar crescente e destacado papel na economia (CÔRREA; CAON, 2002).

A relevância do setor de serviços na economia de uma nação se associa ao seu desenvolvimento econômico: enquanto numa sociedade industrial a atividade predominante é a produção de mercadorias, uma sociedade pós-industrial está associada a qualidade de vida, e atividade facilitadora. Entre os papéis dos serviços, na economia e na sociedade, se pode destacar (FITZSIMMONS; FITZSIMMONS, 2011):

- a) financeiro – processos que ocorrem para financiamentos, seguro, *leasing*;
- b) interno em manufatura – atividades de setores financeiros, contábil, jurídico, P&D;
- c) apoio aos negócios – suporte em consultoria, auditoria, recolhimento de lixo;
- d) infraestrutura – efetivação da comunicação, dos transportes, utilidade pública, e de serviços bancários;
- e) comercial – atividades de atacado, varejo e manutenção;

- f) governamental – suporte na formação militar, educacional, e manutenção jurídica e policial;
- g) pessoal – sustentação em saúde, hotelaria e alimentação;
- h) consumidor – autosserviço.

Os serviços prestados diferenciam-se de acordo com o nível de customização, a intensidade de contato com o cliente, a ênfase em pessoas ou equipamentos, a predominância de atividades de frente ou de retaguarda, todas essas variáveis relacionadas com o volume de clientes atendidos (TEIXEIRA; ROMANO; VALDES, 2011); podem ser classificados de acordo com o volume e o grau de customização para cada cliente (CORRÊA; CAON, 2002):

- a) serviços em massa – envolvem grande número de atendimentos, que são padronizados e visam ganhos de escala⁹;
- b) serviços profissionais – customizados para cada cliente em particular, de acordo com as necessidades no momento de contato¹⁰;
- c) serviços de massa – customizados, apresentam alto volume e utilizam tecnologias avançadas para automatização do processo¹¹;
- d) serviços profissionais de massa – há volume de atendimentos, mas a natureza exige personificação¹²;
- e) loja de serviços¹³ – volume intermediário de atendimentos, customização e intensidade de contatos, cuja ênfase se encontra na dicotomia linha de frente x retaguarda.

Cada empresa define o serviço de uma forma distinta, e entre os fatores que influenciam a dinâmica do setor, estão a urbanização, as mudanças demográficas e socioeconômicas, a sofisticação dos consumidores e as mudanças tecnológicas. (CORRÊA; CAON, 2002).

Para Abbas, Possamai e Leoncine (2010), entre as tendências do mundo empresarial está a transição da economia baseada na produção, para uma economia baseada em serviços. Além da função dentro do próprio setor, os serviços exercem importante papel em outros setores da economia, especialmente o industrial: apoia a criação de diferencial competitivo, pois atua na

⁹ A padronização é necessária para que o atendimento atinja volume e eficácia operacional, como no caso dos metrô.

¹⁰ Cada atendimento é conduzido de acordo com as necessidades dos usuários, como no caso dos pacientes em consultas médicas.

¹¹ Composto por atividades intensas em tecnologia, como as livrarias online.

¹² Apesar do alto volume, os atendimentos necessitam de personificação, como acontece nos hospitais

¹³ Atividades intensas em contato entre a linha de frente e o cliente, e cujas características mínimas devem ser padronizadas, como nas lojas de varejos, hotéis, restaurantes.

diferenciação do produto e na criação de valor; dá suporte às atividades de manufatura, uma vez que diversas funções dentro da manufatura são na verdade serviços prestados por outros setores ou empresas; gera lucros em empresas que o desenvolvimento atinge tal grau de sofisticação que o serviço torna-se um centro de lucros (CÔRREA; CAON, 2002).

Parte do pacote ofertado por muitas empresas inclui a junção de bens físicos e serviços. O gestor de operações deve conhecer o processo, o mercado, e o cliente, para uma administração voltada ao lucro (CORRÊA; CAON, 2002). As características inerentes ao processo tornam difícil avaliar a satisfação dos clientes com o serviço prestado, mas o uso de determinantes como confiabilidade, rapidez, tangibilidade, empatia, flexibilidade, acesso e disponibilidade podem ser indicadores para essa avaliação (ABBAS; POSSAMAI; LEONCINE, 2011).

A saúde é considerada por muitos especialistas como o setor de maior complexidade de gestão de serviços, dadas as questões que o caracterizam (PEDROSO; MALIK, 2011), e a obrigatoriedade de sua garantia para a população. As operações em saúde tem como objetivo oferecer aos consumidores serviços corretos, no momento necessário, na localização necessária e com os recursos apropriados; a forma como as operações em serviços de saúde são estruturadas e gerenciadas determina, em grande parte, a qualidade e os custos do sistema. Diferentes conceitos e técnicas de gestão de operações podem ser utilizados dada a importância do setor, em que há várias questões de gestão não resolvidas, e outras a respeito das quais não há consenso sobre como abordá-las (PEDROSO; MALIK, 2011).

2.4.2 Área de saúde

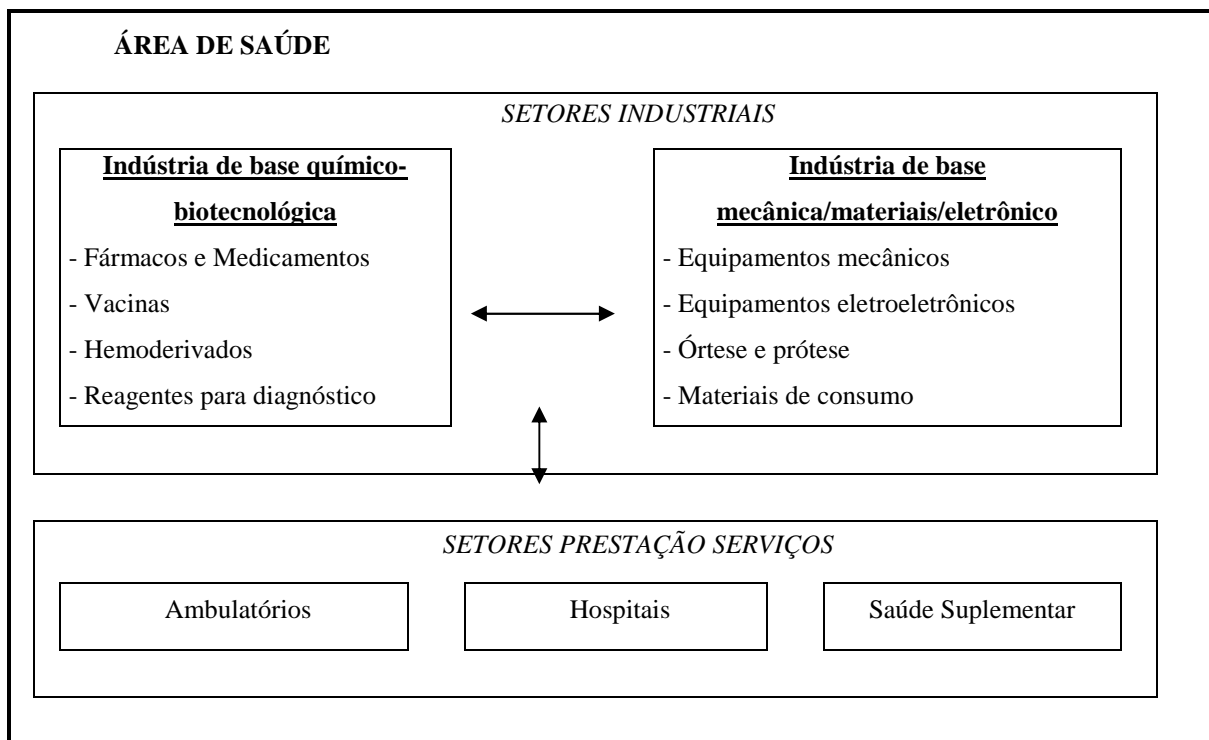
Mudanças tecnológicas, seja em insumo, processo, produto ou forma como o serviço é prestado, são capazes de alterar a forma como se desenvolve um setor, o que afeta não só o processo de produção, como também o padrão de vida da população. O aumento da expectativa de vida da população, a complexidade dos tratamentos e o desenvolvimento de novas tecnologias levam a uma tendência de constante investimento por parte das empresas que atuam nessa área; saúde também é uma preocupação das organizações em geral, pois compõe parte dos gastos com mão de obra (PEDROSO; MALIK, 2011).

O investimento em novas tecnologias pode alterar o perfil das atividades que se realiza, e otimizar recursos, tempo de recuperação, uso de materiais, além de melhorar a qualidade dos diagnósticos, tempo de tratamento e resultados obtidos. Entre as características peculiares da área, pode-se citar (PEDROSO, MALIK, 2011):

- a) escopo – abrange desde saúde e bem estar, até insumos químicos para medicamentos;
- b) consumo – diferente de outros produtos e serviços, o que se produz nessa área não é algo que os consumidores queiram, mas sim algo que necessitam;
- c) impacto na vida – impacta na mortalidade e na qualidade de vida da população;
- d) relevância social – é um recurso essencial e garantido por lei a população;
- e) relevância econômica – importância enquanto setor produtivo da economia;
- f) intensidade em conhecimento – área intensiva em pesquisa e conhecimento;
- g) cadeia de valor fragmentada – operações fragmentadas, e cadeias sem elo entre os participantes.

A área de saúde concentra um complexo dinâmico, formado por empresas heterogêneas, que estão baseadas em tecnologias distintas com necessidades específicas. Conforme descrito por Gadelha (2003) e observado na figura 2.10, a área de saúde pode ser dividida em três grupos distintos de atuação: o setor industrial com base química e biotecnológica, a indústria de base mecânica, de materiais e eletrônicos, e o setor de prestação de serviços.

Figura 2.10 - Complexo industrial da saúde - caracterização geral



Fonte: Adaptado de Gadelha (2003)

A área está subordinada a determinações de agências de regulação. O trabalho de agências governamentais, tais como Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) e Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), visa garantir a eficiência e a eficácia de novos produtos e serviços presentes no mercado.

2.4.2.1 Setor industrial: base química e biotecnológica

As atividades das indústrias de base biotecnológica incluem os subsetores químico e farmacêutico, que atuam no desenvolvimento e produção de remédios, vacinas, hemoderivados, reagentes laboratoriais, soros e nutrientes; dentro do grupo, a indústria farmacêutica é aquela que apresenta as maiores empresas, que são intensas em tecnologia (GADELHA, 2003). Segundo Gadelha, Quental e Fialho (2003), as líderes desse setor estão nos Estados Unidos e na Europa.

Para Santos (2010), as atividades em P&D na indústria farmacêutica brasileira foram incrementadas na década de 1990¹⁴; as empresas que compõem o setor se caracterizam por desenvolverem tanto pesquisas em laboratórios próprios, quanto em parceria com universidades que possuem cursos voltados para a área da saúde (como Farmácia e Bioquímica), e há transbordamento de tecnologia acadêmica para o meio produtivo (GADELHA, 2003).

A atratividade do segmento farmacêutico se encontra nos retornos financeiros capazes de gerar receitas tanto para as universidades pesquisadoras, quanto para as empresa produtoras; a formulação de novos componentes pode alterar o volume de escala e impactar nos royalties repassados durante o licenciamento; o segmento, contudo, não é o único que tem atraído o setor privado (EMERICK, 2004). Reconhecidos no meio acadêmico pela excelência na produção científica e pela base tecnológica (SUZIGAN; ALBUQUERQUE, 2011), o Instituto Butantã e o Instituto Oswaldo Cruz também tem sido foco de atenção por conta das vacinas e soros produzidos.

2.4.2.2 Setor industrial: base mecatrônica e materiais

A indústria de Equipamentos e Materiais Médicos, Hospitalares e Odontológicos (EMHO), cuja base inclui empresas que trabalham com materiais, mecânica e eletrônicos,

¹⁴ A criação das leis de Patente (1996) e dos Genéricos (1999) e a regulamentação da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) impactaram positivamente no setor (SANTOS, 2010).

compõe um grupo de segmentos industriais diversificado, e apresenta um papel de destaque no complexo industrial da saúde (PIERONI; REIS; SOUZA, 2010). Equipamentos e instrumentos eletroeletrônicos, desenvolvimento de aparelhos e instrumentais cirúrgicos, produção de órteses e próteses¹⁵ estão entre os bens produzidos por esse grupo do setor industrial.

O setor é intenso em conhecimento e caracterizado por esforços de inovação, que agregam tecnologias de diferentes áreas do conhecimento (PIERONI; REIS; SOUZA, 2010). Segundo Gadelha (2003), essas características lhe garante destaque na área de saúde, tanto por incorporar avanços da microeletrônica, que gera produtos inovadores, quanto por introduzir produtos que alteram a forma como os serviços são prestados¹⁶.

O complexo industrial das EMHO brasileiras, cujas tecnologias são dominadas por empresas transnacionais, principalmente americanas, é composto por pequenas e médias empresas, de médio e baixo nível tecnológico, localizadas principalmente no Estado de São Paulo, e cujo fomento advém do Banco Nacional do Desenvolvimento – BNDES (PIERONI; REIS; SOUZA, 2010). A proximidade desse polo industrial com centros e instituições de pesquisa em materiais, elétrica e eletrônica propicia um ambiente para pesquisas conjuntas entre universidades-empresas.

2.4.2.3 Setor de serviços de saúde

O crescimento da renda, o envelhecimento da população, as inovações tecnológicas, as mudanças de padrões epidemiológicos e a ineficiência do Estado no atendimento público de saúde põem em pauta a importância dos serviços em saúde (PEDROSO; MALIK, 2011). A qualidade de vida da população está diretamente ligada a estruturação dos serviços, setor que tende a crescer nos próximos anos. Lidar com as demandas crescentes da população e a limitação de recursos da sociedade exigirá cada vez mais eficiência e qualidade das organizações de saúde, públicas e privadas (YAMAGUCHI; RUAS, 2013).

O setor de serviços em saúde é pontuado por especificidades que o diferenciam dos demais setores da área de saúde: as características do que é produzido são distintas, de tal forma que comparações e exemplos para análise não se adequam às necessidades do setor;

¹⁵ Órteses são dispositivos que alteram ou melhoram as funções corporais, como aparelhos odontológicos; próteses são implantes que substituem as funções de determinados órgãos ou membros humanos, como os membros mecânicos.

¹⁶ Inovação em aparelhos de imagem e diagnóstico ampliam a expectativa de vida, agilizam o diagnóstico, alteram as técnicas cirúrgicas utilizadas, e reduzem o tempo de recuperação do paciente.

ausência de parâmetros criados para o setor; excelência na qualidade do serviço como fator chave de sucesso; resistência às mudanças; barreiras pessoais, nas quais as equipes não se consideram a mesma empresa (caso de operadoras/hospitais); regulação das atividades por agências governamentais: ANVISA e ANS; agilidade e qualidade no atendimento como fatores críticos de sucesso.

Os serviços em saúde englobam uma série de atividades: i) atendimento clínico (consultórios com médicos e dentistas); ii) saúde ocupacional e medicina preventiva (combate à obesidade, instruções para gestantes); iii) clínica de terapias (fisioterapia, psicologia e terapia ocupacional); iv) exames laboratoriais; v) clínicas e institutos de imagens (raio-x, tomografia, mamografia, contraste); vi) atendimento hospitalar (internações clínicas e cirúrgicas); vii) atendimento domiciliar; viii) pronto atendimento e pronto socorro; ix) atendimento odontológico; x) clínicas de radioterapia e quimioterapia, entre outros (TEIXEIRA; ROMANO; VALDES, 2011).

A maior parcela dos estudos em serviços relacionados à saúde se concentra na análise de hospitais e centros de enfermagens (YAMAGUCHI; RUAS, 2013); já a estruturação da saúde suplementar, e a forma de atuação das empresas desse setor são assuntos pouco explorados.

O ambiente econômico dos anos 1990, caracterizado por juros elevados e carência de crédito em longo prazo, e o aumento da obrigatoriedade de cobertura de procedimentos e de garantias financeiras¹⁷, foi especialmente delicado para as empresas do setor de saúde suplementar: a adequação exigiu mudanças organizacionais, e é possível observar, nos primeiros anos de 2000, um movimento de verticalização da produção, com a integração das operadoras e dos hospitais (ALVES, 2008).

A atuação da Agência Nacional de Saúde Suplementar, intensificada nos anos 2000, criou novos desafios para as operadoras de plano de saúde, as empresas que atuam no setor de saúde suplementar: adequação ao programa de qualificação ANS, certificação, a acreditação de hospitais, novas regras para o ressarcimento ao SUS¹⁸ e a criação de um fundo financeiro garantidor da liquidação das despesas no caso de falência (ALVES, 2008). Apesar dos desafios enfrentados, o Brasil é o 2º maior mercado mundial de saúde suplementar (YAMAGUCHI; RUAS, 2013).

¹⁷ Exigências observadas pelas OPS para equilíbrio econômico-financeiro, para reduzir os riscos de insolvência. As regras preveem recursos próprios e constituição de provisões técnicas (ANS, 2013).

¹⁸ Obrigação legal paga ao sistema único de saúde pelo atendimento de beneficiários das operadoras, que tiveram atendimento negado.

Com o crescimento da importância da saúde suplementar, torna-se necessária a estruturação de estratégias de negócios específicas para o setor (CORRÊA; CAON, 2002). Os fornecedores, nesse caso empresas do setor industrial (medicamentos, equipamentos ou materiais), são detentores de grande parte das inovações ofertadas na área, mas os serviços exercem um papel central, pois é sua dinâmica que determina quais dessas tecnologias serão ou não efetivamente incorporadas (GADELHA, 2003); se os centros de pesquisas e as áreas de P&D são os responsáveis pela produção de conhecimento, é no setor de serviços que ocorrem os reflexos tecnológicos (com transbordamento do conhecimento) para a população, pois é nele que os avanços são utilizados em pacientes.

A literatura, principalmente em língua portuguesa, é escassa em trabalhos que abordam a atuação de operadoras de planos de saúde; Silva (2003), Alves (2008; 2009) e Yamaguchi e Ruas (2013) são pioneiros em estudos que buscam compreender a atuação das principais empresas que compõe a saúde suplementar, as operadoras de planos de saúde.

3. MÉTODO DE PESQUISA

A adoção de um critério metodológico para a construção de um trabalho é fundamental para sua consistência. É ele que garante o embasamento científico mediante as características do assunto abordado e do direcionamento das perguntas a serem respondidas, de tal forma que a pesquisa adote a abordagem, método e condução mais adequados (MIGUEL, 2007). Não é uma tarefa simples conduzir uma pesquisa sem que ela receba críticas devido às fragilidades no método adotado e, nesse sentido, o detalhamento metodológico tem como função dar maior consistência ao trabalho.

O embasamento teórico tem o papel de fundamentar a evolução e as discussões atuais acerca de estratégias de operações. A varredura bibliográfica acerca de estratégia de operações e do setor de serviços apontou uma lacuna existente na literatura sobre estudos no setor de serviços de saúde (em especial, nas operadoras de plano de saúde), no Brasil, e a necessidade de pesquisas nessa área. O intuito de se explorar no trabalho o conteúdo principal da estratégia de operações de uma empresa do setor de saúde complementar caracteriza a pesquisa como de cunho exploratório.

O contexto econômico, histórico e social foram aspectos relevantes para a compreensão do ambiente em que a empresa está inserida. A perspectiva dos sujeitos envolvidos no processo de tomada de decisões (os diretores da empresa), bem como das equipes que coordenam as informações (gerentes/ supervisores) foram necessários para que o estudo pudesse abranger os objetivos e as decisões relacionadas às estratégias competitiva e de operações da empresa.

O método de pesquisa está pautado, segundo Yin (2001), em três condições distintas: quais são as perguntas a serem respondidas; qual o nível de controle do pesquisador mediante as variáveis; enfoque histórico ou contemporâneo. Dentre esses, o autor destaca que a escolha acerca das perguntas é a condição mais importante.

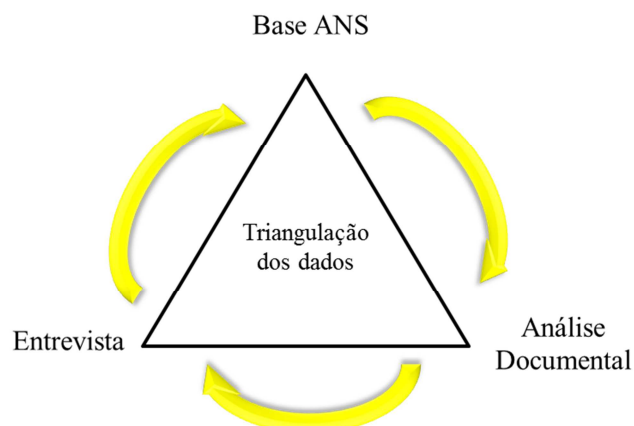
A escolha da abordagem de pesquisa constantemente direciona o método a ser adotado. Survey, modelagem, simulação, experimento e quase experimento são métodos usualmente empregados para conduzir trabalhos quantitativos, uma vez que não só lidam com variáveis bem definidas, como buscam generalização dos resultados obtidos. Estudos de casos e pesquisa-ação são métodos associados à pesquisa qualitativa, por enfatizarem a importância dos indivíduos que participam dos processos e do contexto, e não enfocarem necessariamente a replicação da forma adotada (MARTINS, 2010).

Dadas as características da pesquisa, com a ênfase nos indivíduos, a importância da contextualização da empresa e a fundamentação teórica, este trabalho, cuja abordagem é qualitativa, tanto poderia ter como método a pesquisa-ação quanto o estudo de caso. Para a condução de uma pesquisa-ação, seriam necessárias intervenções diretas do pesquisador, com alto grau de envolvimento com o caso pesquisado e realização de mudanças organizacionais. Contudo, o baixo grau de intervenção na empresa analisada, o foco no entendimento da forma como acontecem os eventos na empresa (observação da empresa analisada) e a não participação do pesquisador nas mudanças organizacionais tornam o estudo de caso o método mais apropriado para essa pesquisa.

De acordo com Voss et al (2002), há quatro propósitos de uso do estudo de caso: i) exploração – desenvolvimento de novas ideias e questionamentos; ii) construção de teoria – definição de termos, conceitos, relações; iii) teste da teoria – uso conjunto com survey; iv) refinamento da teoria – validação de resultados empíricos, quando associados a outros métodos de pesquisa. A finalidade da pesquisa foi o aprofundamento na pesquisa de campo e no caso analisado, de tal forma a explorar estratégia de operações em serviços de saúde.

As fontes de evidência utilizadas com maior frequência no estudo de caso são: documentação – documentos administrativos, cartas, jornais, minutas; registro em arquivos – computador; entrevistas; observações diretas – visita de campo; observação participante – participação ativa do pesquisador; artefatos físicos, além de filmes, fotografias, vídeos e testes psicológicos (YIN, 2001). A utilização de informações diversas, representada na figura 3.1, permitiu ao pesquisador comparar os elementos levantados na base da ANS, com os dados levantados na análise física/documental da empresa, as prioridades competitivas apontadas nos questionários e as respostas e percepções pessoais durante as entrevistas.

Figura 3.1 – Levantamento de dados



Fonte: Próprio autor

A análise de informações distintas auxiliou na validação dos dados, que contam com variáveis qualitativas e quantitativas. Voss et al (2002) e Yin (2001) afirmam que a vantagem no uso de fontes múltiplas de evidência está na convergência dos aspectos analisados, o que cria um processo de triangulação. A triangulação pode ampliar a validação das informações obtidas no estudo de caso, de tal forma que as evidências coletadas podem sinalizar tendências ou até divergências entre as fontes consideradas.

A descrição das características metodológicas do trabalho, resumidas no quadro 3.1, tem como intuito justificar as escolhas mediante as expectativas do pesquisador e as possibilidades usualmente tratadas na engenharia de produção:

Quadro 3.1 – Recorte metodológico

Abordagem da pesquisa	Qualitativa
Método de pesquisa	Estudo de caso
Objetivos da pesquisa	Averiguar estratégias de operação adotadas em uma empresa de serviços médico-hospitalares
Unidades de análise	1 operadora de planos de saúde que possui hospital próprio
Número de entrevistados	2 (Gerentes Gestão Estratégica e Mercado)
Questionário	5 (Diretores)
Fonte de dados	Primários: entrevistas semiestruturadas; observações pesquisador; análise documental; questionário Secundários: ANS; IBGE
Critérios para seleção do caso	Nº vidas; operações; localização; acesso; hospital próprio
Critérios para seleção dos respondentes	Cargo exercido na empresa
Lacunas teóricas tratadas	Estratégia de Operações em Operadoras de Plano de Saúde

Fonte: Elaborado pelo autor.

Com a definição do recorte metodológico da pesquisa, a revisão bibliográfica e o entendimento do cenário do setor balizaram a seleção do caso e a construção do questionário de classificação das prioridades competitivas em serviços de saúde. Por sua vez, esse questionário, associado com as observações documentais, compôs a base do roteiro utilizado nas entrevistas.

A construção do estudo de caso está detalhada nas próximas subseções.

3.1 Escolha do caso estudado

A opção pelo caso selecionado se deu pela relevância econômica, porte, abrangência de atendimento e permissão de comercialização de planos por parte da ANS. As empresas de grande porte localizadas na capital do Estado de São Paulo foram descartadas por apresentarem pendências financeiras ou regulatórias com a ANS, ou por focarem em outros segmentos além da área de saúde (seguros, bancário). A empresa selecionada está entre as 10 maiores do interior do Estado; não apresenta pendências com agências regulatórias, possui permissão de comercialização de planos e hospital próprio. A seleção da operadora deu-se seguindo critérios estabelecidos numa análise prévia da área; a empresa selecionada:

- a) possui uma carteira de usuários significativa (superior a 100.000 vidas) – o que garante se tratar de uma empresa de grande porte;
- b) apresenta um conjunto diversificado de operações e de atividades (médica, hospitalar, farmacêutica, ambulatorial, laboratorial, imagem, recuperação clínica);
- c) permitiu contato direto entre a pesquisadora e gerentes e analistas da empresa estudada;
- d) não apresenta pendências com agências reguladoras;
- e) possui hospital próprio para atendimento da carteira de usuários.

Além desses fatores, a taxa de cobertura apresentada, 30% da população total da área de atuação, é semelhante ao atendimento privado geral que se verifica no Estado de São Paulo, o que torna relevante a presença da empresa e a qualifica como líder de mercado no segmento em que atua. A operadora se mostrou receptiva ao estudo do pesquisador, e liberou acesso a base de dados produtivos (antes do processo de visitas e da construção do caso).

3.2 Construção do questionário e roteiro de entrevistas

A construção do questionário e, posteriormente, do roteiro de entrevistas, envolveu a compreensão de que a análise da estratégia na empresa de saúde necessita de foco em operações de serviços. Dessa forma, foram adotados conceitos específicos para a estratégia de operações em serviços, associados com a análise setorial da área de saúde suplementar, apresentada no capítulo 3, e do levantamento de dados em fontes secundárias.

A identificação do posicionamento competitivo serve como indicativo do vínculo da estratégia de operações com a estratégia competitiva (SANTOS, 2006). A compreensão da estratégia de operações adotada é diretamente afetada pela forma como a empresa está colocada e compete no mercado. Embora o foco do trabalho seja a análise das decisões que

afetam as áreas de decisão estruturais e infraestruturais da operadora e dos recursos únicos que a mesma possui, não é possível compreender as operações em sua totalidade sem compreender a estratégia competitiva adotada. Dessa forma, a relação entre a estratégia competitiva genérica adotada e a estratégia de operações foi abordada no cruzamento dos dados coletados de fontes secundárias com o questionário aplicado e as entrevistas realizadas.

Tanto a construção do questionário quanto a construção do roteiro de entrevistas abordam diretamente a forma como as decisões alteram aspectos estruturais e infraestruturais e modificam a estratégia adotada.

Para a análise das áreas de decisão estruturais se adotou o modelo proposto por Corrêa e Caon (2002) e Corrêa e Gianesi (1994). A partir dos modelos, foi elaborada uma listagem, apresentada no quadro 3.2, com as principais dúvidas para cada área analisada: capacidade de atendimento da demanda, instalações, tecnologia e processo, sistemas de informação e projeto de serviço. Tais áreas possuem relação direta com o projeto de um serviço e a forma como o mesmo é operacionalizado:

Quadro 3.2– *Check list* para análise das áreas estruturais

Capacidade de demanda	Instalações	Tecnologia e processo	Sistemas de informação	Projeto de serviço
Qual a capacidade de atendimento?	Em quais locais há unidades da empresa?	Qual o nível da tecnologia aplicada no serviço?	Quais os sistemas adotados?	Como se inicia um projeto?
Como a empresa atua para aumentar o atendimento?	Como é a estrutura das instalações?	Quais os ganhos com o uso da tecnologia?	Quais os benefícios com os sistemas?	Como a empresa o conduz?
Há exigências legais?	Estão adequadas para população?			Quem são os responsáveis?

Fonte: Elaborado pelo autor

Assim como para a análise das áreas de decisão estruturais, adotou-se o modelo proposto por Corrêa e Caon (2002) e Corrêa e Gianesi (1994) para a definição das questões relacionadas às áreas de decisão infraestruturais. Montou-se uma listagem, presente no quadro 3.3, com dúvidas em cada área: planejamento e controle da produção, qualidade, sistema de melhorias, medidas de desempenho, recursos humanos, organização, filas e fluxo, relação com clientes e rede de suprimentos. Tais áreas são afetadas por mudanças nas áreas estruturais.

Quadro 3.3– *Check list* para análise das áreas infraestruturais

Planejamento e controle	Qualidade	Sistema de melhoria	Medidas de desempenho	Recursos humanos	Organização	Filas e fluxos	Rel. com cliente	Rede de suprimento
Quais os responsáveis?	Como corre o controle da qualidade?		Quais indicadores se utiliza?	Quais os treinamentos dos funcionários?	Qual a estrutura da hierarquia?	Qual a ordem dos atendimentos?	Como a empresa mantém o contato?	Como a empresa controla a qualidade terceiros?
Como ocorre?	Como é garantida a qualidade em serviços?		Para quem são apresentados?	Quais os treinamentos dos cooperados?	Quais as atribuições?	Há critérios legais?	Quais as áreas de contato?	Como são as parcerias?
	Há projetos de melhoria contínua?		Para que servem?	Como é composta a mão-de-obra?		Há prioridades?		

Fonte: Elaborado pelo autor

A elaboração dos *check lists* teve como finalidade facilitar a identificação da estratégia de operações e de fatores relevantes relacionados às áreas de decisão estruturais e infraestruturais na empresa estudada.

3.2.1 Questionário

Questionários são instrumentos de pesquisas qualitativas e quantitativas, utilizados na coleta de informações; agregam um conjunto de perguntas, que podem ser abertas¹⁹ ou fechadas²⁰, e o preenchimento das respostas não ocorre na presença de um entrevistador. O uso de um questionário para a pesquisa teve como contexto averiguar com a direção da empresa quais as prioridades competitivas do negócio, se ocorreram mudanças nessas prioridades nos últimos 3 anos, e a forma como essas afetaram as decisões estruturais e infraestruturais.

Durante a construção das perguntas, se verificou roteiros de outros trabalhos de estratégia de operações, como Maia (2006) e Maia, Cerra e Alves Filho (2005), e os resultados obtidos com os questionários. Também se consultou funcionários da empresa para

¹⁹ O respondente utiliza suas próprias palavras para preencher as questões.

²⁰ O respondente escolherá, dentre as alternativas propostas, aquela que represente maior alinhamento com o que é praticado.

adequação das informações, de forma a reduzir questões que não pudessem ser compreendidas pelos 5 diretores.

A condução do trabalho não se limitou a replicar os questionários de outras pesquisas, pois os mesmos foram específicos para empresas de atuação na área industrial. Para isso, a composição do questionário contou com elementos específicos da teoria de estratégia de operações em serviços: se adotou as áreas de decisão estrutural e infraestrutural descritas por Côrrea e Caon (2002), e as prioridades competitivas listadas por Fitzsimmons e Fitzsimmons (2011) e Côrrea e Caon (2002) foram sintetizadas em 9 categorias. O questionário foi dividido em 3 seções:

- a) na primeira se solicitou que o diretor escolhesse em ordem crescente de importância as 9 prioridades competitivas listadas (a nota 1 foi considerada como a mais importante, e a nota 9 a com menor relevância); o intuito dessa sessão foi conhecer quais as prioridades mais relevantes para a empresa;
- b) na segunda, as prioridades foram desdobradas em subprioridades, e se requereu que os participantes indicassem o grau de importância de cada dimensão competitiva de sua empresa em 2010 e 2013 (grau 1 para muito importante, e grau 5 para aquela dimensão que não é importante); objetivou-se identificar possíveis dimensões que se tornaram relevantes ao longo do tempo;
- c) na terceira, se solicitou aos diretores que listassem as principais mudanças (estruturais e infraestruturais) implementadas, nos últimos 3 anos; essa última etapa teve por finalidade conhecer alterações na empresa decorrentes da estratégia adotada.

Finalizado o formato e as perguntas, encaminhou-se o questionário para o e-mail dos diretores, com uma mensagem explicativa da forma como o mesmo deveria ser preenchido. A secretária da diretoria foi avisada do envio do material, e se solicitou a ela ajuda para lembrar aos executivos do preenchimento. Após 1 semana, os 5 questionários retornaram preenchidos. A carta de apresentação e o questionário enviado estão disponíveis no Anexo I; as análises e conclusões obtidas são descritas no capítulo 4.

3.2.2 Roteiro de Entrevistas

Mediante a verificação do estado da arte, a consulta a fontes secundárias (necessárias para a construção do trabalho), e as respostas que se encontrou no retorno dos questionários

preenchidos pela diretoria, se elaborou o roteiro das entrevistas semiestruturadas, apresentado no Anexo II.

As entrevistas ocorreram com 2 gerentes da empresa, representantes das áreas de mercado e de gestão estratégica. O roteiro de entrevistas foi dividido em 2 seções:

- a) na primeira, que contemplou uma abordagem geral da empresa, se solicitou que os gerentes descrevessem os principais serviços prestados pela empresa, as características e diferenciais de tais serviços; nessa etapa, também se buscou abordar como ações de concorrentes, e mudanças na ANS afetam a forma de se operacionalizar os serviços; o intuito dessa sessão foi atualizar a listagem de serviços, averiguar se os diferenciais apontados pelos gerentes são os mesmos percebidos ao longo da análise documental;
- b) na segunda seção o foco foram questões específicas sobre estratégia, e se abordou o negócio (se compete em custo, se compete em diferenciação); essa parte teve como alvo identificar possíveis dimensões que se tornaram relevantes ao longo do tempo, verificar o alinhamento da estratégia entre direção e gerência, e também qual a forma como a operação aborda a qualidade (tratada tanto como prioridade, quanto como área de decisão).

Por questão de agenda e disponibilidade, as entrevistas ocorreram em conjunto com ambos os gerentes. Desenvolveu-se uma conversa aberta, e as perguntas foram tratadas como tópicos para essa condução. As entrevistas duraram aproximadamente 1h:30; como não houve autorização para gravações, se optou por anotar todas as respostas, e checar com ambos os entrevistados se o texto estava coerente com aquilo abordado. No decorrer da conversa, se abriu oportunidade para outras perguntas e discussões não previstas no roteiro; se seguiu o mesmo protocolo de anotar, tanto perguntas, quanto respostas; reações dos entrevistados, e observações acerca do ambiente também compõem as observações anexas a etapa.

3.3 Coleta de dados

A fase inicial consistiu no levantamento de informações de fontes secundárias, acessadas no Caderno de Informações de Saúde Suplementar, material trimestralmente publicado pela ANS em seu site, no site e nas publicações do IBGE, bem como dados apresentados no site da própria empresa, e cuja análise permitiram o entendimento da estrutura da empresa.

O passo seguinte foi buscar autorização para visitas, entrevistas e análises documentais nas áreas de informação da empresa. Nessa etapa, além de dados complementares do pesquisador, foi contextualizado junto ao responsável o caráter da pesquisa, a função e instituição de ensino a qual pertence o pesquisador e a relevância da empresa como caso analisado. Buscou-se esclarecer que o foco da coleta está na percepção das estratégias, e o nome dos profissionais entrevistados, bem como da empresa, não serão divulgados.

A coleta de dados foi composta por quatro etapas, que envolveram visitas à empresa, envio de questionário e entrevistas, para compreensão das principais atividades realizadas e da estrutura organizacional. A primeira etapa foi uma visita às unidades da empresa analisada, 1 dia no hospital e ambulatórios, e 1 dia para visita à sede administrativa. O intuito dessas visitas foi compreender a estrutura física da empresa, e como são as relações das áreas administrativas com a área operacional.

A segunda etapa envolveu a análise de documentos e registros da empresa, na qual se levantou a existência de: organograma; indicadores quantitativos (quais são, para quem são apresentados); cronogramas (formalização da data de entrega das informações gerenciais) e do cumprimento dos mesmos; relatórios de gestão ou outras formas de comunicação, anual, do desempenho da empresa; e-mails e quadros de comunicação dos eventos e conquistas da empresa para o nível operacional; a forma e a periodicidade com a qual são realizadas reuniões de planejamento estratégico; a elaboração anual do orçamento (e se o mesmo segue as diretrizes estabelecidas em reuniões de planejamento estratégico); oficialização das decisões gerenciais em atas de reuniões.

A terceira etapa consistiu no envio de questionários para os 5 diretores da empresa (presidente, diretor financeiro, diretor de mercado, diretor de assistência médica e diretor de recursos próprios). Nos questionários, foi solicitado aos diretores para apontarem as prioridades competitivas atuais e aquelas que compunham o escopo da empresa em 2009; solicitou-se também que os mesmos explicassem, em breves palavras, como o foco de tais prioridades influenciou na estrutura da empresa (se houve mudanças na organização).

A quarta e última etapa consistiu na realização das entrevistas. O critério de escolha dos entrevistados foi pautado no cargo exercido e no nível de responsabilidade profissional; nas conversas com o gerente de mercado e o gerente de gestão estratégica foram anotadas as respostas dos participantes e a percepção dos mesmos com relação ao tema abordado, mas não se permitiu a gravação das conversas.

3.4 Análise dos dados

A análise de dados trata da forma como as informações coletadas são interpretadas. Consistiu numa etapa detalhada da pesquisa, que incluiu desde a setorização da empresa, a formação e detalhamento do protocolo de levantamento de dados e entrevistas até o emprego de técnicas e ferramentas capazes de identificar tendências e variações nas informações obtidas.

Embora alguns autores defendam que, na pesquisa qualitativa, o rigor aplicado para análise de dados é menor do que aquele observado na pesquisa quantitativa (MARTINS, 2010), o entendimento de questões subjetivas e a análise de tendência, seja por codificação de termos, estruturação de tabelas e quadros, análise de repetição de termos, uso de softwares respaldam a validade das análises dos estudos de caso.

A fase de análise de dados consiste na exploração do material coletado: transcrição das entrevistas gravadas, averiguação da frequência da repetição de termos utilizados, codificação, interpretação, classificação e categorização das respostas.

A análise de conteúdo teve como intuito, primeiramente, verificar a coerência dos dados coletados, ou seja, se as informações passadas durante as entrevistas correspondem aos documentos formais (relatórios gerenciais, de gestão, setorial, livro de informações) e a estrutura da empresa.

Após o recebimento dos questionários, montou-se um quadro comparativo das respostas, de forma a avaliar a percepção dos respondentes quanto às prioridades competitivas e a forma como a estratégia é tratada na empresa:

- a) dados os critérios de classificação, em que 1 era a nota para a prioridade mais relevante, e 9 a nota para a prioridade menos relevantes, somou-se os valores classificados; a nota mínima possível para um item atingir era 5, e isso significaria que para todos os respondentes, uma determinada prioridade é unânime; a nota máxima possível era 45, e isso seria um reflexo que determinado item é o menos relevante para o negócio; os itens com as menores notas se considerou os mais prioritários;
- b) para se averiguar a mudança nas prioridades ao longo do tempo, para cada um dos itens listados se comparou se houve variações na relevância; se as notas mudaram 2 ou mais posições, mudaram as percepções; se as notas mudaram somente 1 posição, ou se mantiveram as mesmas, não ocorreram mudanças nas percepções de importância das prioridades;

- c) na parte 3 dos questionários, e nas anotações da entrevista, se averiguou se algum termo era repetido, e qual a frequência do mesmo (ou de seus sinônimos);
- d) se verificou se as práticas rotineiras da empresa (ou, no mínimo, declaradas), convergiam com as prioridades diagnosticadas na pesquisa.

Para se identificar as prioridades competitivas, procurou-se comparar as informações obtidas com a aplicação do questionário, mais evidências averiguadas durante as visitas e repetições de termos que se utilizou nas respostas da entrevista. O detalhamento do caso, a descrição das atividades e as considerações acerca dessa triangulação de informações são tratados no próximo capítulo.

4. APRESENTAÇÃO DO CASO

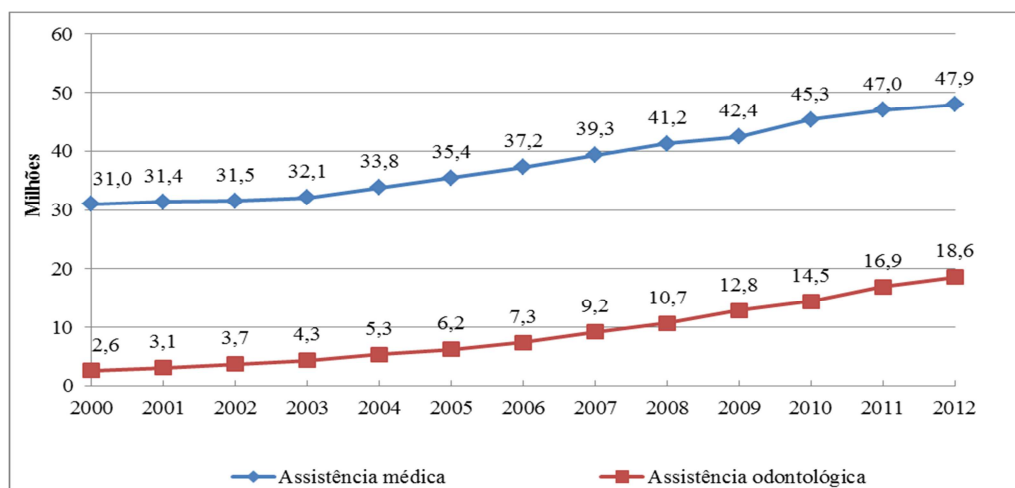
A contextualização da estratégia de operações, a caracterização dos serviços, a relevância da área de saúde e o papel das operadoras embasam o cenário em que se insere o caso em análise.

Essa etapa da pesquisa se destina à apresentação do caso estudado, incluindo as análises acerca das decisões, formas de atuação no mercado e da estratégia de operações adotada pela empresa. O capítulo inicia com contextualização econômica e de mercado das OPS; após o cenário, apresenta o panorama geral da empresa, área de atuação e composição da estrutura que sustenta os serviços prestados. A seguir, são descritas as operações executadas, tanto pelas equipes de contato com o público, quanto das equipes de suporte. São também relatadas as formas como as prioridades competitivas afetaram as decisões de mudanças estruturais e infraestruturais na empresa e, dessa forma, também suas operações, nos últimos 3 anos.

4.1 Operadoras de Plano de Saúde

Operadoras de plano de saúde são entidades privadas registradas e reguladas pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), e que operam a atividade comercial e de prestação de serviços de planos médico-hospitalares e odontológico.

Figura 4.1 – Evolução de beneficiários de plano de saúde 2000 - 2012 (em milhões)



Fonte: ANS (2013)

As operadoras ocupam um papel na sociedade que, primariamente, deveria ser exercido pelo Estado; a incapacidade administrativa do órgão público, os investimentos

insuficientes na estrutura e na infraestrutura, a adoção tardia de tecnologia, a falta de incentivos na capacitação profissional e a baixa remuneração (em comparação com o meio privado) e, também, o crescimento da renda da população, são fatores que criaram assimetrias nos serviços estatais e abriram oportunidades para o mercado das empresas privadas, conforme pode ser observado na figura 4.1 (SILVA, 2003).

No final de 2012, o mercado de saúde suplementar, formado pelas operadoras de plano de saúde, chegou a 47,9 milhões de beneficiários vinculados a planos de assistência médica e 18,6 milhões vinculados a planos de assistência odontológica (ANS, 2013). Ao se comparar os dados de 2000 com os de 2012, presentes na tabela 4.1, é possível observar um aumento de 55% no número de beneficiários de planos médico-hospitalares e de 615% de aumento nos beneficiários de planos odontológicos; nesse mesmo período, o crescimento da população brasileira não ultrapassou 14%.

Tabela 4.1 – Comparativo população x saúde suplementar (2000/ 2012)

Ano	POPULAÇÃO			Taxa beneficiários na Pop. Brasileira	
	Assistência médica	Assistência odontol.	População Brasileira	Médico	Odont.
2000	30.966.522	2.603.001	169.590.693	18%	2%
2012	47.943.091	18.606.149	193.946.886	25%	10%
Taxa crescimento	55%	615%	14%		

Fonte: Adaptado de ANS (2013) e IBGE (2012)

As operadoras foram responsáveis por 25% do atendimento médico-hospitalar e 10% do atendimento odontológico da população brasileira em 2012; comparado a 2000, é possível constatar o crescimento dessas empresas no mercado. As contratações dos serviços das operadoras podem ser individuais, acordadas por pessoa física²¹, ou coletivas, acordadas por pessoa jurídica²²; 80% dos contratos constituem relações entre operadoras e pessoas jurídicas. De acordo com a ANS (2013), as operadoras podem ser classificadas em 8 modalidades:

²¹ Pessoa física é um indivíduo, titular ou dependente, que possui direitos e deveres definidos em legislação e em contrato assinado com a operadora de plano privado de saúde, para garantia da assistência médico-hospitalar e/ou odontológica.

²² Pessoa jurídica é uma entidade empresarial que possui CNPJ, e que contrata, administra e é a responsável pelo pagamento da assistência médico-hospitalar e/ou odontológica contratados de uma operadora de plano de saúde (ANS, 2013).

- a) administradora de benefícios – empresa contratada por pessoas jurídicas para administrar a forma de prestação de serviços;
- b) autogestão – entidade ou empresa que opera ou é responsabilizada pelo plano privado de assistência à saúde, destinado, exclusivamente, a oferecer cobertura aos empregados ativos de uma ou mais empresas, associados integrantes de determinada categoria profissional, aposentados, pensionistas ou antigos empregados, bem como a seus respectivos grupos familiares;
- c) cooperativa médica – operadora, sem fins lucrativos, formada pela associação de médicos, e que comercializa e opera planos de saúde privados;
- d) filantropia – entidade que opera planos privados, sem fins lucrativos, e que possui certificado de filantropia emitido pelo Conselho Nacional de Assistência Social;
- e) medicina de grupo – sociedade que comercializa planos privados de saúde, e não se encontra nas modalidades autogestão, cooperativa, filantropia e seguradora;
- f) seguradora especializada em saúde – empresa que comercializa seguro, e oferece obrigatoriamente, reembolso de despesas médico-hospitalares;
- g) cooperativa odontológica – operadora, sem fins lucrativos, formada pela associação de dentista, e que comercializa e opera planos de saúde odontológicos;
- h) odontologia de grupo – operadora que se constitui sociedade, e comercializa e opera planos de saúde odontológicos.

As operadoras com registro ativo na ANS foram responsáveis pela geração de uma receita de R\$ 95 bilhões em 2012. As modalidades cooperativa odontológica e odontologia em grupo, formadas por operadoras exclusivamente odontológicas, foram responsáveis pela geração de uma receita de quase R\$2,5 bilhões. As demais modalidades são compostas por operadoras exclusivamente médico-hospitalares e geraram uma receita de R\$92,5 bilhões (ANS, 2013). A complexidade, o grau de atuação e a participação na receita gerada tornam relevante o aprofundamento da análise das operadoras médico-hospitalares. Este estudo não detalhará as operadoras exclusivamente odontológicas.

A ANS realiza a avaliação de desempenho do setor pelo índice de desempenho da saúde suplementar (IDSS). O índice pertence ao programa de qualificação da saúde suplementar, criado em 2007, e que tem por meta avaliar a qualidade das empresas que atuam em saúde suplementar, melhorar os atendimentos, garantir equilíbrio financeiro no mercado e servir de guia para a contratação de planos (ANS, 2013). A avaliação das operadoras ocorre em 4 dimensões:

- a) atenção à saúde – avalia a qualidade e as ações de promoção, prevenção e assistência à saúde prestada aos beneficiários de planos privados; é composta por 8 indicadores: índice de sessões de quimioterapia sistêmica por consulta médica; número de consultas médicas ambulatoriais por beneficiário; número de consultas médicas ambulatoriais selecionadas por beneficiário com 60 anos ou mais; proporção de consulta médica em pronto socorro; proporção de parto cesárea; taxa de citopatologia cérvico-vaginal oncótica; taxa de internação hospitalar; taxa de mamografia.
- b) econômico-financeira – acompanha o equilíbrio econômico das operadoras, e avalia a capacidade dessas no cumprimento das obrigações financeiras junto aos fornecedores; são 5 os indicadores da dimensão: enquadramento em garantias financeiras; liquidez corrente; patrimônio líquido por faturamento; prazo médio de pagamento de eventos; suficiência em ativos garantidores vinculados.
- c) estrutura e operação – afere se condições da oferta de rede de consultórios, hospitais, ambulatorios, laboratórios e centros diagnósticos oferecidos pelas operadoras estão dimensionados para o atendimento da quantidade de beneficiários em sua carteira; também avalia o cumprimento das obrigações técnicas e cadastrais das operadoras junto a ANS; os indicadores dessa dimensão são: dispersão da rede assistencial hospitalar; dispersão de procedimentos e serviços básicos; os de saúde; dispersão de serviços de urgência e emergência vinte e quatro horas; índice de regularidade de envio dos sistemas de informação; percentual de qualidade cadastral;
- d) satisfação ao cliente – controla os índices de reclamação, satisfação e desistência do plano de saúde; também averigua quais operadoras tiveram sanções jurídicas pelo não cumprimento das cláusulas contratuais; são indicadores para essa dimensão: índice de reclamações; pesquisa de satisfação dos beneficiários; proporção de beneficiários com desistência no primeiro ano; proporção de permanência dos beneficiários; sanção pecuniária em primeira instância.

O IDSS classifica as operadoras por meio de média ponderada das dimensões, e a pontuação, que varia de 0 a 1, é dividida em cinco faixas, conforme pode ser observado na figura 4.2: 0,00 a 0,19 – operadoras sem estrutura, garantias e qualidade que satisfaçam usuários e ANS; 0,20 a 0,39 – operadoras em situação precária em pelo menos 3 dimensões; 0,40 a 0,59 – operadoras medianas, que embora tenham estrutura e garantias, deixam de

atender a satisfação dos usuários; 0,60 a 0,79 – operadoras com estrutura equilibrada, mas com melhorias em alguma das dimensões; 0,80 a 1,00 – operadoras com estrutura operacional e financeira que garantem permanência no mercado e satisfação dos usuários (ANS, 2013).

Figura 4.2 – Faixas de notas IDSS



Fonte: ANS (2013)

A determinação do tamanho de uma operadora médico-hospitalar ocorre de acordo com o número de beneficiários ativos na base cadastral: pequeno porte – até 20.000 vidas; médio porte – entre 20.000 e 100.000 vidas; grande porte – acima de 100.000 vidas. Conforme pode ser observado na tabela 4.2, somente 83 operadoras ativas (7% do total) são de grande porte, e a cooperativa médica é a modalidade que concentra a maior quantidade de empresas desse tamanho; a maior parte das operadoras é de pequeno e médio porte. É possível averiguar também que há 160 operadoras que não possuem beneficiários (deverão pedir cancelamento de registro ou repassar a carteira nos próximos anos). Há concentração das operadoras, em sua totalidade, nas modalidades medicina em grupo, cooperativa médica e autogestão.

Tabela 4.2 – Operadoras em atividade por porte e modalidade –2012

Modalidade da	Total	Sem beneficiários	Pequeno porte (Até 20.000)	Médio porte (20.000 a 100.000)	Grande porte (Acima de 100.000)
Administradora de benefícios	94	94	0	0	0
Autogestão	214	18	154	32	10
Cooperativa médica	325	5	155	129	36
Filantropia	88	4	60	22	2
Medicina de grupo	387	39	229	92	27
Seguradora especializada	13	0	1	4	8
Total	1.121	160	588	279	83

Fonte: ANS (2013)

A contratação de uma modalidade está condicionada ao tipo de operadora presente no mercado em que está localizado o contratante; administradoras de benefícios não possuem beneficiários; seguradoras especializadas em saúde atuam principalmente em grandes centros urbanos, e as cooperativas médicas são mais presentes no interior do país, o que afeta a distribuição dos beneficiários por modalidade. Medicina em grupo e as cooperativas médicas concentram a maior parcela dos usuários de planos privados de saúde ao longo dos últimos 10 anos, conforme pode ser verificado na tabela 4.3. Há tendência de crescimento na participação por parte das cooperativas médicas, que em 2012 passaram a concentrar a maior parcela de beneficiários, e é notória também a redução no percentual de beneficiários das autogestões entre as modalidades.

Tabela 4.3 – Distribuição percentual dos beneficiários por modalidade 2003–2012

Modalidade/Ano	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Autogestão	17%	16%	15%	14%	14%	13%	13%	12%	11%	11%
Cooperativa médica	29%	30%	31%	32%	33%	34%	35%	36%	36%	37%
Filantropia	3%	3%	3%	3%	3%	3%	3%	3%	3%	3%
Medicina de grupo	38%	39%	40%	40%	39%	38%	37%	37%	37%	36%
Seguradora especializada	14%	13%	11%	11%	11%	12%	12%	12%	13%	13%
Total	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%

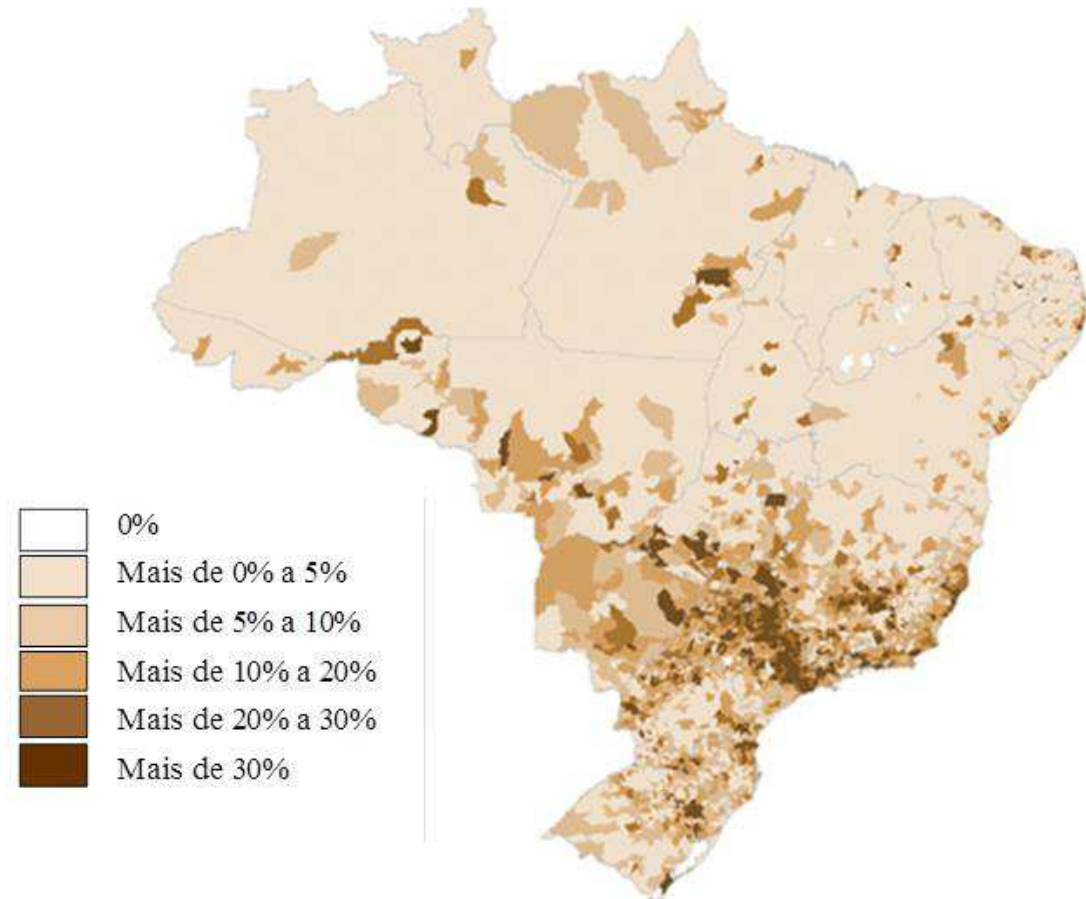
Fonte: ANS (2013)

Embora sejam empresas distintas, as 325 cooperativas médicas em atividade compõem um sistema de atendimento que forma uma rede unificada de assistência médica no país e que utiliza a mesma marca e segue padronizações enquanto nome, sistemas de informação, e facilitação no atendimento entre cooperativas. As 13 seguradoras especializadas em saúde são unidades de negócio de seguradoras, que visualizam na área de saúde suplementar oportunidades para expansão do mercado de atuação.

A saúde suplementar, assim como outras atividades produtivas, tende a se concentrar nas regiões economicamente desenvolvidas. De acordo o que se verifica na figura 4.3 (ANS, 2013), São Paulo é o Estado com maior percentual de abrangência dos planos privados, pois mais de 43% da população tem cobertura de atendimento; por sua vez, o Acre, seguido pelo

Tocantins, ocupam a última posição no ranking brasileiro, e somente 5,6% e 7% da população, respectivamente, tem cobertura privada.

Figura 4.3 – Taxa de cobertura dos planos privados de assistência médica por municípios



Fonte: ANS (2013)

A taxa de cobertura de planos privados, que aponta o percentual da população total de uma região que possui plano de saúde, é superior a 37% nos Estados do Sudeste. Nas regiões Norte e Nordeste, a taxa de cobertura privada é pequena, e está concentrada na capital dos Estados (ANS, 2013). É possível constatar que quanto maior a renda per capita dos Estados, maior é a taxa de cobertura de planos privados.

A região Sudeste concentra 65% das vidas cobertas nos planos médico-hospitalares²³, e o Estado de São Paulo, sozinho, abrange mais da metade dessas vidas²⁴ (ANS, 2013).

²³ A região totaliza 30.520.531 vidas.

²⁴ O Estado concentra 18.261.835 vidas.

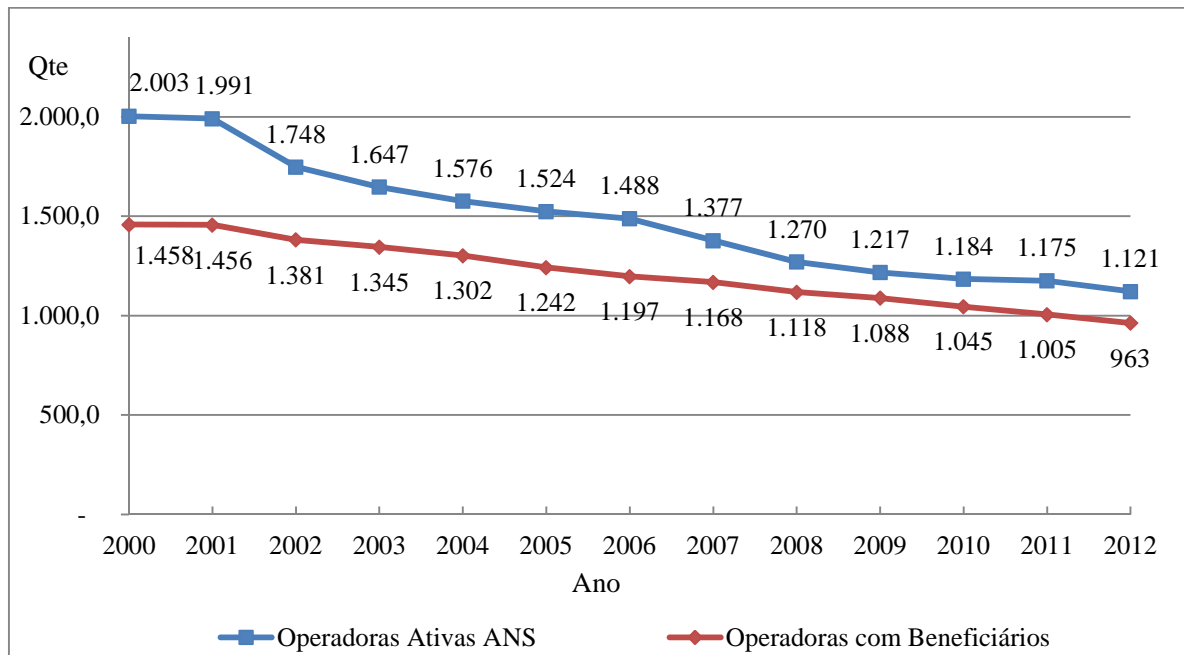
Compreender o setor de saúde suplementar vai além de conhecer as empresas, os beneficiários, a rede de prestadores e a influência dos concorrentes. É necessário relacionar a forma como essas variáveis atuam, conjuntamente, no mercado, e qual a força competitiva exercida por cada uma delas.

4.1.1 Forças competitivas na saúde suplementar

Porter (1979) sugere que o conhecimento das forças que atuam numa empresa auxilia o suporte a uma estratégia empresarial robusta e eficiente; segundo o autor essas forças correspondem a uma espécie de microambiente que permeia a empresa, e mudanças em quaisquer dessas forças, implicará no redimensionamento da dinâmica instalada para avaliação do mercado para cada um dos itens das cinco forças de Porter.

O entendimento da estratégia de operação de uma operadora de plano de saúde está condicionado à compreensão do ambiente no qual essa empresa está inserida. Conforme se pode averiguar na figura 4.4, há um decréscimo anual no número de operadoras, ativas e com beneficiários; comparados os anos de 2000 com 2012, houve redução de 44% das operadoras com registros ativos e 34% das operadoras ativas e com beneficiários (ANS, 2013).

Figura 4.4 – Operadoras médico- hospitalares ativas 2000-2012



Fonte: ANS (2013)

A redução na quantidade de operadoras ativas foi o inverso do crescimento do número de beneficiários ao longo dos últimos 12 anos, conforme pode ser observado na tabela 4.4. No ano 2000, havia, em média, 21.239 beneficiários por operadora ativa; em 2012, esse número mais que dobrou, e ultrapassou a média de 49.785 beneficiários por operadora ativa. A tendência de concentração no mercado competitivo é confirmada pelo fato de 320 das operadoras médico-hospitalares ativas com beneficiários serem responsáveis por mais de 90% dos beneficiários (ANS, 2013).

Tabela 4.4 –Beneficiários x Operadoras ativas com beneficiários (2000/ 2012)

Ano	Beneficiários	Operadoras.	Beneficiários/ Operadora
2000	30.966.522	1.458	21.239
2012	47.943.091	963	49.785
Taxa crescimento	55%	-34%	

Fonte: Adaptado de ANS (2013)

A competição entre as empresas existentes é uma força que independe da vontade e, portanto, não está sob controle das operadoras; a partir do momento em que a empresa se encontra no mercado, está sujeita a disputas com outras empresas já estabelecidas por reconhecimento de marca e rentabilidade do negócio.

Embora a redução das operadoras em atividade seja uma tendência do setor, o crescimento da receita auferida e a existência de um amplo mercado a ser explorado no interior do país são fatores que atraem novas empresas (IBGE, 2013). Entre os dificultadores para entrada nesse mercado, podem ser citados:

- a) diferenciação do serviço – as operadoras, já atuantes no mercado, possuem marca reconhecida, e ofertam serviços diferenciados para seus diversos nichos de clientes; as entrantes necessitarão primeiramente conhecer o mercado no qual atuarão;
- b) há altas barreiras à saída do setor – além dos custos fixos já existentes, as operadoras são obrigadas, por lei, a repassar toda sua carteira de usuários para outras operadoras antes do encerramento da empresa; é necessário, ainda, liquidar todos os passivos de dívidas com prestadores contratados;
- c) economias de escala – empresas já instaladas possuem experiência e produzem serviços em grande escala, o que lhes permite reduzir o custo e maximizar margem de retorno;

- d) exigências de capital – operadoras presentes no mercado já possuem estrutura física; as entrantes necessitam de capital para realizar os investimentos iniciais;
- e) desvantagem de custo – as empresas entrantes, que normalmente iniciam suas atividades com pequena escala, ingressam no mercado com desvantagens de custo e margens reduzidas;
- f) acesso a canais de distribuição – quanto maior o entrosamento das empresas já instaladas com os canais de venda, maiores as dificuldades de novas empresas ganharem espaço;
- g) política governamental – operadoras instaladas já estão com alvarás e documentações aprovadas e regulamentadas junto aos órgãos governamentais, ao passo que as entrantes necessitam regularizar toda sua estrutura de funcionamento.

O fornecedor é todo aquele que providencia *inputs* para a produção de bens e serviços, e influencia no preço e na qualidade da produção final. A saúde suplementar apresenta uma gama diversificada de fornecedores, que vão desde hospitais, indústrias farmacêuticas, laboratórios, ambulatórios, centros de terapias. Quanto maior o tamanho do fornecedor e seu raio de atuação, maior será o poder exercido para negociação de preços com as operadoras, devido a seus serviços exclusivos e diferenciados. Dentre as características que tornam fornecedores poderosos, pode-se citar: número reduzido e concentrado de fornecedores; inexistência de serviços substitutos diretos; os serviços prestados são primordiais para o funcionamento das operadoras; a mudança de fornecedores pode implicar na elevação dos custos ou na queda da qualidade (a operadora necessitará desenvolver novos fornecedores com a mesma qualidade dos fornecedores anteriores). Os contratos de prestação de serviços assinados entre operadoras e fornecedores devem ser cuidadosamente estudados e negociados, para reduzir insatisfações dos contratados, e que esse fator não influencie negativamente na estratégia competitiva da operadora.

Os clientes são detentores de uma força competitiva que possui uma ótica de análise semelhante ao poder dos fornecedores, porém voltada para a capacidade de negociação do cliente. As operadoras possuem dois grupos distintos de clientes: individuais e coletivos. Por conta de sua natureza, os contratos coletivos, associados à pessoa jurídica têm maior capacidade de negociação e barganha com as operadoras, pois a compra do serviço abrange expressivo número de clientes. Fatores como serviços básicos contratados (consultas/exames) pouco diferenciados entre si, alta sensibilidade ao preço e qualidade do serviço adquirido e operadoras concorrentes que operam num mesmo mercado (principalmente nos grandes

centros urbanos) aumentam o poder de escolha do cliente: os contratantes possuem informações sobre alternativas de mercado. Cabe às operadoras avaliar os fatores que influenciam a negociação do cliente e analisar a maior ou menor sensibilidade desse cliente ao preço, bem como sua disposição em manter-se fiel à empresa.

Os substitutos são serviços que atendem às necessidades dos clientes, e ocupam a posição, de forma total ou parcial, de outros serviços. Substitutos perfeitos, que suprem as expectativas de forma total, são raros em serviços, pois há diferenças no prestador que executa, na qualidade do que se efetua, nas instalações, no tempo de espera; embora supram de forma parcial e sem as mesmas características de qualidade, substitutos imperfeitos são aqueles presentes na área. As operadoras lidam com três principais substitutos: o SUS, os atendimentos particulares, e outras operadoras de planos de saúde; há fatores que levam os clientes a optarem pelos serviços substitutos: o substituto oferece serviços específicos e de maior qualidade (relação custo/benefício vantajosa), o serviço prestado pelo SUS apresenta custo zero para os clientes (fator esse que impacta num momento de instabilidade financeira).

O detalhamento das características das empresas presentes no setor de prestação de serviços médicos, em conjunto com a identificação das forças que atuam na competição de mercado, formam o embasamento para a construção do cenário no qual o caso de estudo do trabalho está inserido.

4.2 A estrutura da empresa

A descrição e análise da estrutura da empresa é resultado da primeira etapa da coleta de dados. O caso em análise neste trabalho compreende uma operadora de plano de saúde, modalidade cooperativa, formada por uma associação de médicos, cuja atuação no mercado ocorre há 42 anos. Localizada na região nordeste do estado de São Paulo, atua em 10 municípios que totalizam 422.064 habitantes (IBGE 2011); há 126 mil beneficiários cadastrados na base de dados governamentais – o que a classifica como sendo de grande porte (ANS, 2013).

Há 429 médicos cooperados, que realizam 600.000 consultas por ano e 10.000 procedimentos cirúrgicos. A estrutura de atendimento é sustentada por 1.100 funcionários, operacionais e administrativos, distribuídos entre as diversas unidades da empresa.

Todas as operadoras de plano de saúde são obrigadas, por lei, a cobrir o rol de procedimentos estabelecidos pelo governo e regulamentados pela ANS²⁵. Dessa forma, no caso de procedimentos que a operadora não ofereça ou que não tenha o conhecimento técnico adequado para prestar o serviço, ela é obrigada a encaminhar seus usuários para outros prestadores, hospitais ou clínicas, e todos os gastos com esse intercâmbio de usuários são de responsabilidade dela própria. A fim de minimizar os custos com esse intercâmbio, a operadora opta por uma adequação anual para os procedimentos do rol, e há esforços no sentido de incrementar ou implementar na estrutura a maior quantidade possível daquilo que é legalmente exigido.

A estrutura de atendimento e prestação de serviços da empresa abrange instalações físicas nos 10 municípios de sua atuação. Dispõe de 1 hospital próprio, localizado na cidade sede (que é a maior e a mais desenvolvida entre os 10 municípios), com 185 leitos; nesse hospital se realizam cirurgias eletivas, de emergência e cardíacas, internações em unidades de terapia intensivas (UTI), partos (normal e cesárea), pronto socorro (urgência e emergência), realização de diagnósticos por imagem (ultrassom, raios-X, ressonância magnética, tomografia), tratamento hiperbárico²⁶ e tratamento oncológico (aplicação quimioterápica).

Possui ainda convênio com 3 hospitais de grande porte credenciados²⁷ (1 deles também localizado na cidade sede, e os outros 2 presentes na segunda e terceira maiores cidades do raio de atuação); além de atendimentos eletivos e de emergência, 1 dos credenciados é especializado no atendimento de procedimentos ortopédicos, e o outro em tratamentos oncológicos com radioterapia.

Há na empresa três unidades próprias de prontos socorros, exclusivos para usuários conveniados, com instalações separadas dos hospitais, de urgência e emergência; 2 localizados na cidade sede (1 para adultos, e outro para pediatria) e 1 localizado numa cidade de menor porte (também no raio de atuação da empresa).

²⁵ A lista de consultas, exames e tratamentos que as operadoras são obrigadas por lei a oferecer é denominada rol ou conjunto de procedimentos e eventos; o rol descreve a cobertura mínima que deve ser oferecida, mas varia conforme o ano de contratação do plano de saúde; antes de 1999 (plano antes da lei), os planos não eram regulamentados, e por conta disso, há obrigação de oferecer somente o descrito em contrato; depois de 1999 (planos depois da lei), é obrigada a cumprir o rol completo, independente das cláusulas do contrato.

²⁶ Oxigenoterapia hiperbárica é um tratamento na qual um paciente é submetido à inalação de oxigênio puro, em uma pressão maior que a pressão atmosférica, dentro de uma câmara hermeticamente fechada com paredes rígidas.

²⁷ Serviços credenciados são uma forma de terceirização, que envolve uma relação contratual entre operadora e prestadores; esses últimos, por meio de pagamentos variáveis mensais (conforme quantidade de atendimentos), são habilitados a atender os usuários em diversos serviços: hospitalar, laboratorial, imagem. A operadora é a responsável legal por quaisquer problemas causados pelos credenciados a seus usuários.

Os usuários tem à disposição 1 laboratório próprio (localizado na cidade-sede da empresa) e 18 laboratórios conveniados espalhados pelos 10 municípios do raio de atuação, para realização de exames clínicos (hemograma, glicemia, colesterol) e exames patológicos (análises de peças amostrais para diagnóstico de anormalidades e malignidades).

As 50 especialidades médicas conveniadas ao plano (Ginecologia, Pediatria, Gastroenterologia, Oftalmologia, Urologia, Dermatologia, Neurologia, Ortopedia, Geriatria, entre outros) se espalham por 100 clínicas que se localizam na área de atuação. A entrada de novos especialistas, condicionada ao pagamento de uma cota financeira, é sujeita a aprovação de uma banca de análise; todos os equipamentos e funcionários contratados pelas clínicas são de responsabilidade dos médicos, e não da operadora.

A empresa também possuiu como recurso próprio 4 centros ambulatoriais, nos quais oferece atendimento médico, fisioterápico, psicológico e terapêutico integrados; pacientes idosos, acamados ou com a saúde debilitada recebem atendimento domiciliar. Há convênio com 20 clínicas de psicologia e terapia ocupacional, credenciadas para o atendimento de seus usuários.

As 2 clínicas de oncologia reúnem uma junta de médicos, nutricionistas e enfermeiros especializados em pacientes com câncer; uma está localizada na cidade-sede e a outra, inaugurada em 2013, na segunda maior cidade do raio de atuação da empresa.

Há 1 sede administrativa, que agrega áreas da linha de retaguarda da empresa (RH, contabilidade, TI, custos, financeiro, faturamento, jurídico, marketing, qualidade, etc.), e 4 postos de atendimento, localizados nas 4 maiores cidades em que a empresa atua, e que são responsáveis pela venda de planos de saúde e autorização de guias, encaminhamento de procedimentos dos usuários para hospitais ou consultórios, agendamento de consultas quando há dificuldades em se encontrar um especialista.

Até 2012, a empresa atuou no segmento de comercialização de medicamentos, e possuía drogarias presentes em 4 municípios; mudanças no foco gerencial levaram ao encerramento dessa atividade.

4.2.1 Ambiente concorrencial

Na região geográfica que a empresa examinada atua existem outras 4 operadoras, aqui denominadas de B, C, D e E: operadora B, de médio porte, com 35.000 vidas, e operadoras C, D e E, todas de pequeno porte, que somadas, não possuem mais que 20.000 vidas (ANS, 2013); uma quinta empresa, também de pequeno porte, teve sua carteira adquirida em 2011 pela operadora do caso e, portanto, não é tratada aqui de forma isolada, mas sim como parte

do grupo do estudo. Além dessas, pode-se considerar que há como concorrentes no raio de atuação a opção pelo tratamento particular e o atendimento público (SUS e postos de saúde municipal).

Nenhuma das operadoras concorrentes possuía, no período de análise, hospital ou recursos próprios (além das sedes administrativas), e se constatou que todos os serviços eram prestados com base em relações contratuais operadora-prestadores. A margem de atuação de tais OPS é restrita à cidade em que estão localizadas, e as internações ocorrem em hospitais locais, cujos procedimentos não são exclusivos para a OPS.

A empresa B, que no início dos anos 2000 tinha uma carteira com mais de 50.000 usuários e hospital próprio, e era vista como a principal concorrente, passou por problemas administrativos e financeiros ao longo da última década. Tais fatos, somados a dificuldades de pagamento aos prestadores, e atrasos no repasse de verbas do SUS (pelo uso de ala hospitalar), causaram problemas nos atendimentos aos usuários e recusa de agendamento por parte daqueles que prestavam serviços; ocorreram também disputas judiciais pelo controle administrativo do negócio, e esse cenário de instabilidade levou à perda de 15.000 usuários, que em sua grande maioria, migraram para a operadora do caso analisado; somado a esse fato, ocorreu uma fiscalização rigorosa da ANS. Há alguns anos a empresa B desvinculou o plano de saúde do hospital, e a administração da carteira de usuários passou para um grupo controlador; tais medidas, contudo, não se mostraram efetivas para sanar a instabilidade nos atendimentos.

A atratividade da microrregião, que conta com empresas de grande porte nos setores de bens de capital, aeronaves, alimentícia, agroindústria, vestuário, e o crescimento econômico poderiam ser fatores atrativos para que outras operadoras estudassem a entrada no mercado. No caso de cooperativas médicas, não é permitido que duas empresas de tal modalidade atuem na mesma região; a modalidade autogestão subcontrata os serviços da operadora, e não concorre com a mesma; as seguradoras, modalidade com maior crescimento geral nos últimos anos, encontram dificuldades na contratação de prestadores (principalmente pelo fato de grande parte dos médicos da localidade já serem cotistas de uma cooperativa, e não se interessam em trabalhar para concorrentes), e por essa razão não estão presentes no mercado.

O panorama do negócio, com dificuldades administrativas e diminuição da atuação das concorrentes, e as dificuldades de entrada de outras modalidades de empresa, propiciou um ambiente para que o caso analisado se tornasse líder do segmento na região de atuação.

4.3 Os serviços e operações

O conjunto de atividades da empresa inclui a entrega de diversos tipos de serviço, de acordo com o que é previsto em contrato; há personalização dos pacotes de serviço por abrangência de cobertura, tipo de quarto na internação, taxas administrativas e serviços prestados *in loco* (no caso de empresas que a contratam para administrar os ambulatórios médicos internos), mas o atendimento, em si, é padronizado para todos os usuários.

O plano de saúde mais simples comercializado é aquele restrito ao uso das dependências hospitalares, e não inclui atendimento laboratorial, ambulatorial, imagens, terapias, consultas médicas. O plano com maior comercialização é aquele que dá direito a todos os serviços básicos: internação em quartos coletivos, em regime de coparticipação, no qual o usuário arca com uma taxa no momento da utilização, a área de abrangência para busca por profissionais de saúde é restrita à área de atuação da operadora. A cobertura mais completa, usualmente contratada por pessoas jurídicas para os executivos, incluiu transporte aéreo, cobertura de hospitais de ponta e fora da área de atuação, quarto privativo; não há coparticipação.

As principais atividades do setor de serviços em saúde ocorrem na linha de frente, e isso não é diferente do observado no caso; há uma distinção entre as operações que se executa na linha de frente e as atividades de retaguarda; as operações ocorrem na presença do cliente, e o processo sofre intervenção direta do mesmo.

A linha de frente tem por característica as interações entre os representantes da empresa e os usuários; é nesse momento que ocorre a percepção de satisfação e de critérios como a qualidade e a rapidez; como o processo de execução do serviço ocorre próximo ao cliente, quaisquer erros são capazes de gerar insatisfações e distorções na reputação da empresa.

A maior parte das operações requer um alto grau de contato com os usuários, o que a caracteriza como intensiva em mão-de-obra nessa frente. Há 799 funcionários (73%) envolvidos diretamente com o atendimento ao público; desse total de funcionários, 80% são mulheres. Entre as atividades de linha de frente da empresa, estão:

- a) venda de planos – comercialização de convênio médico e hospitalar para usuários individuais e grupos empresariais;
- b) cadastro de usuários – cadastro, atualização de informações e entrega da carteirinha do plano;

- c) atendimento ao cliente – presencial ou por telefone, orienta clientes, auxilia na marcação de consultas;
- d) autorização de exames – procede com autorização de procedimentos cobertos pelo rol da ANS, encaminha guias médicas para perícia de auditoria;
- e) assistência social – suporte para casos que apresentam complicações (alteração de leito de internação, falecimento, acidentes, complicações cirúrgicas, procedimentos de emergência);
- f) recepção em consultórios, pronto socorro e unidades de internação – cadastro das informações do usuários; encaminhamento para a sala de observação;
- g) contas a receber – recebimento dos boletos bancários pagos em atraso;
- h) relacionamento corporativo – exclusivo para demandas empresariais (negociação de reajustes, alteração contratual, emissão de relatórios de utilização do plano);
- i) assistência de enfermagem – cuidados com usuário, administração medicamentosa, administração de alimentos;
- j) assistência psicológica – cuidados psicológicos com usuários, em clínica ou no período de internação;
- k) assistência fisioterápica – reabilitação de usuários com problemas crônicos ou pontuais, nas áreas cardiológica, respiratória e ortopédica;
- l) assistência pedagógica – cuidados com crianças, durante internação, que incluem no tratamento além da assistência de enfermagem, desenvolvimento de atividades pedagógicas;
- m) assistência à gestante – controle de glicemia, pressão arterial e curso de primeiros cuidados para as usuárias gestantes;
- n) assistência intensiva – cuidados com usuários internados em unidades de tratamento intensivo, que além da assistência de enfermagem, necessitam de monitoramento constante;
- o) atendimento domiciliar – controle de glicemia, pressão arterial e cuidados medicamentosos de usuários com saúde debilitada;
- p) atendimento comercial – assistência às usuárias com filhos de até 2 anos em shopping e centros comerciais (troca de fraldas, empréstimo de carrinho);
- q) instrumentação cirúrgica – assistência ao usuário e ao médico durante a realização de procedimentos cirúrgicos;

- r) oncologia – cuidados com usuários em tratamento contra o câncer (terminal e não-terminal); administração de medicamentos oncológicos, administração de alimentos intravenosos e orientações sobre procedimentos durante o tratamento;
- s) resgate de acidentados – resgate e primeiros socorros de usuários acidentados (acidentes domésticos, acidentes de trânsito, acidentes do trabalho);
- t) atendimento médico – exercem a função que concentra a maior percepção de valor sobre os serviços da empresa perante os usuários; examinam, avaliam, instruem acerca de procedimentos e medicamentos; os médicos são cooperados (proprietários), e não funcionários da empresa.

As funções da linha de frente possuem interfaces que as conectam: o atendimento ao cliente, em consultório ou hospital, só é possível após compra do plano, cadastro, autorização de procedimento e pagamento de boleto; o atendimento domiciliar é recomendado após avaliação médica; a assistência de enfermagem, a assistência fisioterápica e a assistência pedagógica atuam em conjunto na reabilitação infantil. Assim, as operações da empresa estão condicionadas a uma execução precisa de todas as etapas que compõem a linha de frente.

O conjunto variado de atividades da linha de frente, associado com diferentes perfis de usuários, que apresentam necessidades específicas de cuidados, dificultam a padronização do serviço; de fato, ainda que o resultado final esperado seja um padrão de usuários com problemas de saúde resolvidos, para o caso analisado a execução dos serviços tende a ser sempre customizada para situações e problemas específicos.

A retaguarda é uma etapa de apoio na prestação de um serviço; embora, por si só, as atividades possam não agregar valor no ponto de vista do usuário, elas são essenciais para o andamento dos serviços. Há 301 funcionários envolvidos com os trabalhos administrativos (27% do total); os processos, em sua maioria administrativos, incluem atividades de manutenção predial e de equipamentos, recursos humanos, finanças, qualidade, auditoria (análise de contas e guias médicas), jurídico, propaganda e marketing, tecnologia da informação, secretariado executivo, rouparia (serviço hospitalar para troca e reposição de enxoval) e almoxarifado. Essas atividades, no setor de serviços, possuem rotinas semelhantes às adotadas nas manufaturas, com alto grau de padronização.

A checagem da rotina administrativa e das operações comuns à operadora encerra a primeira etapa da coleta de dados; a análise partiu do cruzamento dos dados secundários com as informações coletadas durante as visitas às unidades da empresa (que por sua vez, propiciaram conversas informais com membros da equipe); nessa etapa se contou com

informações observacionais e descritivas, sem verificação documental ou entrevistas, pois as mesmas ocorreram em outras etapas da coleta.

4.4 Análise documental

A análise documental é oriunda da segunda etapa de coleta de dados, e envolveu a verificação de registros formais, mural de anúncios internos, cartazes da empresa, comunicados internos por e-mail, comunicados aos cooperados, certificados presentes na sala da diretoria, organograma exposto nas salas de gerência, folders publicitários, balanço social, relatório de gestão entregue aos cooperados, notas expostas em mídias locais (revista de saúde e revista social), relatório de indicadores, informações disponíveis na página institucional; também se consultou, nessa etapa, a menção do nome da empresa em páginas de críticas de redes sociais e no endereço eletrônico do Tribunal de Justiça de São Paulo. Dessa verificação, foi possível concluir:

- a) existem indicadores quantitativos, separados em 2 grupos – financeiro (capital circulante líquido, capital de giro, margem de contribuição, custo total, receita per capita por usuário, custo per capita, sinistralidade) e produtivos (quantidade de consultas, exames, internações, cirurgias, imagens, fisioterapias). Há reunião mensal para apresentação dos indicadores para a diretoria executiva e para o conselho fiscal e de administração; há apresentação anual dos indicadores, em assembleia, para todos os cooperados; esporadicamente, há encontro de coordenadores para exposição dos dados;
- b) há cronogramas formalizados com a data de entrega das informações gerenciais, cujo acesso é restrito às áreas envolvidas (financeiro, fiscal, contábil, faturamento das unidades da empresa, e revisão de contas médicas);
- c) o relatório de gestão é entregue anualmente a todos os cooperados, e contém a síntese de resultados financeiros, investimentos e projetos sociais do ano anterior;
- d) a convocação dos cooperados para reuniões ocorre através de comunicado público, com exposição nos murais, envio de cartas e publicação em jornais;
- e) a oficialização das decisões gerenciais se dá por registro das atas de reuniões em cartório;
- f) as regras da empresa, em especial no que se refere ao ingresso de novos cooperados e na postura médica, são descritas em estatuto registrado em cartório;

- g) atividades que exigem alto grau de padronização tem suas rotinas detalhadas em procedimentos e divulgadas para todas as áreas;
- h) há organograma atualizado e consistente, exposto nas salas dos gerentes, porém o mesmo é restrito aos funcionários que ocupam cargos de chefia ou confiança;
- i) o e-mail é ferramenta de comunicação entre empresa e funcionários; através dele, se anuncia os exames ocupacionais, o controle mensal de pressão arterial e glicemia, eventos corporativos e mensagens da diretoria;
- j) nos quadros, também canais de comunicação empresa-funcionário, há anúncio de falecimentos, pedidos de doação de sangue, e resultados dos projetos sociais que tanto empresa quanto os colaboradores participam;
- k) não se constatou anúncios de recrutamento e seleção interna por e-mail ou nos quadros de comunicação (durante as entrevistas, se confirmou que não se anunciam as vagas internas, a participação no processo se dá por convite);
- l) a seleção externa de profissionais se dá por divulgação em sites de recrutamento e banco de currículos;
- m) as reuniões de planejamento estratégico ocorrem no último trimestre do ano, em ambiente fora da empresa, e envolvem diretoria e gerência;
- n) o orçamento tem início após a finalização das atas de reunião de planejamento estratégico; os gerentes passam para os coordenadores as diretrizes gerenciais, e em conjunto, preparam o material para projeção de resultados do próximo ano; o orçamento é apresentado para a diretoria no início de janeiro;
- o) ações de marketing e projetos sociais são divulgados para os usuários e o público-alvo em revistas de circulação regional;
- p) no período da pesquisa, a empresa não mantinha conta ativa em redes sociais, e também não autorizava a manifestação dos colaboradores, publicamente, quando ocorriam reclamações ou elogios nas mesmas;
- q) há dois grupos de causas judiciais que citam a empresa como ré nos tribunais de São Paulo: trabalhistas (funcionários/ex-funcionários que exigem indenizações por invalidez, problemas de saúde ou demissões indevidas), e civis (usuários que exigem cobertura ou reembolso de procedimentos e tratamentos);
- r) o nome, endereço e especialidade dos cooperados e da rede credenciada para atendimento são disponibilizados aos usuários por meio da página eletrônica, e também em livretos enviados com o boleto de faturamento.

Nesta análise não foram incluídos documentos considerados confidenciais.

4.5 Consolidação das informações

O apontamento das prioridades competitivas e de seus impactos nas áreas de decisão são resultados da coleta de dados, e a composição da análise levou em consideração as etapas de coleta: visitas *in loco*, análise documental, questionário e entrevistas. As 3 primeiras etapas permitiram o conhecimento do funcionamento das áreas, da estrutura e infraestrutura, das características do serviço e da visão de negócio da diretoria; a quarta etapa foi importante para a obtenção de respostas das questões deixadas em aberto nas etapas anteriores, e também para verificar a forma como as prioridades competitivas da diretoria se traduzem em operações.

Para a consolidação das informações e a descrição da estratégia da empresa se utilizou uma adaptação das prioridades competitivas descritas em serviços por Fitzsimmons e Fitzsimmons (2011), e se adotou o modelo de decisões estruturais proposto por Corrêa e Caon (2002) e Corrêa e Gianesi (1994); as considerações sobre a estratégia da empresa serão descritas nas próximas discussões.

4.5.1 Prioridades competitivas

As prioridades competitivas são relacionadas com os objetivos essenciais para o atingimento do sucesso e norteiam as decisões estruturais e infraestruturais da empresa ou do setor. Uma vez que cada área foca os interesses a si relacionados, a expectativa ao se averiguar prioridades competitivas é encontrar respostas diferentes, de diretorias distintas. Também se espera que, embora a ordem de priorização seja diferente, exista um alinhamento entre os objetivos comuns.

A análise das prioridades é uma combinação das respostas dos questionários, na etapa 3, com a checagem das respostas dos gerentes, na etapa 4. Fatores prioritários que influenciam na competição mudaram de acordo com a visão e finalidade de cada área: se para um diretor a higiene/limpeza é relacionada aos itens prioritários, para outro o atendimento é essencial para o andamento da empresa, e para outro ainda, o fundamental é que todos os usuários encontrem profissionais disponíveis no momento que necessitam.

Os elementos essenciais para o negócio vão além de fatores competitivos e envolvem questões de obrigatoriedade legal e penalidades financeiras no caso de descumprimentos. Para cada prioridade competitiva em serviços, se solicitou que os diretores dessem notas de 01 a 09 (01 é o item mais lembrado, mais relevante, e o 09 o item menos relevante. As respostas dos

diretores foram agregadas e, para cada item, somaram-se as notas; a nota mínima possível para um item atingir era 5, e isso significaria que, para todos os respondentes, uma determinada prioridade é unânime; a nota máxima possível era 45, e isso seria um reflexo que determinado item é o menos relevante para o negócio. Dado o conjunto de prioridades, para se efetuar a checagem da relevância de cada, segregou-se o conjunto em 3 níveis distintos de importância:

- a) muita importância: consideradas como de muita relevância em termos de grau de prioridade, são os itens cujas notas são iguais ou inferiores a 20.
- b) alguma importância: se considera como de algum grau de relevância as prioridades competitivas cujas notas de importância se concentraram entre 21 e 40;
- c) pouca importância: se considera como de pouca relevância em termos das prioridades competitivas aquelas cujas notas de importância foram iguais ou superiores a 41.

De acordo com o critério que se adotou, há 4 prioridades que são de muita relevância para o negócio: qualidade, atendimento e comunicação, custo e consistência e competência. Os itens personalização e limpeza, estética, conforto e segurança possuem menor relevância, de acordo com o observado na figura 4.5:

Figura 4.5 – Síntese das prioridades

Prioridade	Muita	Alguma	Pouca
disponibilidade e conveniência			
personalização			
Custo			
qualidade e confiabilidade			
reputação			
rapidez			
consistência e competência			
atendimento e comunicação			
limpeza, estética e conforto e segurança			

Fonte: Elaborado pelo autor

Com a triangulação dos dados, notou-se que “qualidade” ou palavras sinônimas, tais como atributos essenciais para a confiabilidade e condições satisfatórias, foram os termos mais usualmente repetidos durante as entrevistas; é ainda o programa interno mais divulgado

na empresa. Para 80% da diretoria, a qualidade é a prioridade competitiva mais relevante para o negócio; embora o diretor financeiro aponte o custo como a prioridade mais importante, a qualidade não deixou de ser citada como um item relevante. Esse apontamento converge com a teoria, pois no levantamento bibliográfico verificou-se a associação entre a busca por saúde e a questão da qualidade.

Os diretores destacaram que a qualidade deve ser relacionada com a humanização no atendimento: fatores como a educação e atenção, a estrutura do ambiente, a disponibilidade de recursos tecnológicos e medicamentosos, associados com apoio psicológico e resultados efetivos para os problemas dos usuários são inseparáveis da qualidade, e a busca é que tais elementos sejam presença em todas as ocasiões. A questão da humanização como fator de qualidade, inclusive, é material de divulgação em folders e na página institucional da operadora.

Resolução dos problemas, disponibilidade do serviço, atenção e simpatia no momento do contato e informações precisas são particularidades de atendimento; tais características são consideradas prioritárias para a diretoria, e tem um papel importante para o negócio, pois complementam o item qualidade.

Ainda que a comunicação através de mídias sociais seja importante para corporações, esse item não ganhou relevância ao longo dos anos para o caso. Não há página própria nem canais de comunicação empresa-usuários via redes sociais. A divulgação de notícias na mídia e comunicados para os usuários e também para os cooperados ocorrem por meio de matérias publicadas em jornais, com o depoimento de diretores e gerentes. Dúvidas dos usuários são esclarecidas através de e-mail da ouvidoria, ou por atendimento telefônico.

O acúmulo de experiência ao longo do tempo é o responsável pela ampliação no grupo de atividades internalizadas ao longo dos últimos 3 anos; entre as internalizações, se destacam o laboratório próprio e a medicina hiperbárica. De acordo com os gerentes, os diferenciais da operadora são os recursos internos, que vão desde a infraestrutura dispersa por toda a área de atuação, até a formação dos colaboradores; além do aproveitamento da expertise, e da busca pela redução no custo assistencial²⁸, a internalização é vista como uma forma de se manter um controle mais rigoroso na qualidade do serviço prestado.

O foco do negócio não está na oferta do menor preço de mercado, ainda que o custo seja relevante para sua continuidade; o valor *per capita* cobrado é superior aquele praticado

²⁸ Custo dos eventos médico – hospitalares: honorários, plantões, imagens, exames laboratoriais, contas de internação, sessões de terapia.

pelos concorrentes regionais. Dentre os aspectos que justificam a situação, aponta-se diferenciação na qualidade do serviço prestado pela empresa; com rede de prestadores mais ampla, há a possibilidade de customização de pacotes de acordo com as necessidades dos clientes.

Na análise de dados, verificou-se que a customização de serviços está entre os itens menos prioritários para a competição da empresa, para 100% da diretoria. Embora pareça uma informação contraditória, isto se explica, pois a personalização é um item obrigatório, e não prioritário, e que, de fato, sequer é discutido com a diretoria, pois já integra a rotina de negociações da empresa.

A limpeza, estética e conforto foi outro item classificado como não prioritário para 80% da diretoria; se para a gestão hospitalar a higiene está relacionada com limpeza e esterilização do ambiente, itens críticos para o funcionamento do estabelecimento, os demais dirigentes entenderam que a limpeza é item que complementa o atendimento, e não necessita de foco específico.

Embora não seja item apontado na bibliografia que aborda as empresas de serviços, e nem fosse opção de escolha da diretoria, as respostas ao questionário, as respostas dos gerentes durante as entrevistas e também a análise documental apontaram que a empresa prioriza seguir as normas estabelecidas pela agência reguladora do setor, a ANS. Essa priorização tem relação com os riscos que podem afetar o negócio, como multas e punições impostas por essa agência. Esses riscos se apresentam como penalizações financeiras ou sanções para comercialização de planos.

Das fragilidades diagnosticadas, pode-se destacar que não existe preocupação declarada com a imagem (provavelmente, pela condição de liderança e não ameaça dos concorrentes), assunto esse sequer citado nas entrevistas ou nas respostas abertas dos questionários; não existem canais de comunicação diretos que averiguem problemas nas mídias sociais, e esse fato abre precedentes para fragilizar a imagem na era digital. A pouca exposição restringe a visualização de seu papel em projetos sociais municipais, que envolvem jovens, aprendizes e adolescentes com esportes.

Dado o desenho da análise, pode-se afirmar que a qualidade e o atendimento e comunicação são as prioridades declaradas da empresa, e que o atendimento às exigências legais é a prioridade implícita. Não se notou, ao longo das averiguações, mudanças nas prioridades da empresa ao longo dos últimos 3 anos; foi possível verificar que na visão

gerencial, não houve grandes mudanças na percepção ou na relevância das prioridades competitivas.

4.5.2 Decisões nas áreas estruturais

As decisões nas áreas estruturais reúnem características e mudanças que afetam a empresa no longo prazo. Questões como o envelhecimento da população, o crescimento da renda (que ampliam o acesso à saúde suplementar), o avanço nas pesquisas e tecnologias, e a renovação periódica de procedimentos exigidos pela agência regulatória alteram as necessidades de configuração estrutural; os custos despendidos em mudanças estruturais são altos, e a reversão ou alteração do processo, onerosa.

A capacidade de atender a demanda conta com 429 médicos cooperados, que em conjunto realizam 600.000 consultas; cada usuário realiza, em média, 5 consultas por ano. Há fatores que implicam em variações no nº de consultas por especialidade e por médico: cooperados que atendem somente usuários da operadora realizam mais consultas para a empresa do que aqueles que atendem outros planos de saúde. Há especialidades cuja procura é sazonal, como o caso da Pediatria e da Otorrinolaringologia, cuja procura aumenta no inverno; outras que a demanda ocorre somente em casos específicos, como a Oncologia; e há ainda especialidades cuja procura não apresenta sazonalidade, como no caso da Ginecologia.

A criação de centros de atendimento com diversas especialidades e a abertura da empresa para novos cooperados são formas para ampliar a capacidade de consultas eletivas. Essas medidas, por si só, representam uma redução do tempo em fila de espera, mas não um aumento de capacidade para atender novas demandas. Foram constatadas filas nos dermatologistas, reumatologistas e endocrinologistas, e uma ampliação dessas especialidades diminuiria o tempo de espera, aumentaria o nº de consultas mensais e equilibraria a oferta para a demanda já existente.

Com a finalidade de atender essa demanda reprimida, e respeitar a Resolução Normativa 259 (RN 259), a empresa criou uma estrutura que centraliza especialidades com filas em espaços chamados centros de referência; há 2 centros de referências em atividade na área de atuação da empresa, mas os usuários que optam pelo local não podem escolher os profissionais que os atenderão. Tais estruturas representam a preocupação da empresa em se adequar às normas regulatórias, e atender exigências legais.

A percepção de qualidade e confiabilidade como fatores prioritários levou a empresa a mudanças nas instalações físicas. Com o crescimento anual no número de usuários, que

passaram de 116.000 em 2009 para 126.000 em 2013 (8,6% de crescimento), e para que se mantivesse a taxa de ocupação em 80% (oferecer leitos disponíveis nos casos de emergência) e não se prejudicasse o conforto e as boas condições de atendimento, o hospital próprio foi ampliado em 2011; a nova ala hospitalar, construída em 3 pavimentos, ampliou o número de leitos em 30%. Há 185 leitos para internação no hospital próprio, e desses, 14 são UTI adulto e 10 UTI neonatal; o hospital funciona 24 horas, e dispõe para isso de 3 turnos; por mês, ocorrem 1.000 internações, 850 cirurgias (20% são de emergência, sem prévio agendamento) e 10.000 atendimentos de urgência e emergência.

Para cada consulta, são realizados, em média, 3 serviços auxiliares diagnósticos e terapia (SADT); a realização de exames e imagens depende da solicitação de um médico, que codifica os procedimentos em guias. Através do serviço de laboratórios e clínicas de imagem conveniados na área de atuação, são realizados entre 150.000 e 200.000 exames mensais. Anualmente, a área de relacionamento com a rede credenciada realiza estudos de demanda de SADT; caso os prestadores não atendam a demanda existente, a área credencia outras clínicas para a realização dos procedimentos.

As instalações físicas das operadoras de plano de saúde devem ser dimensionadas para atender, adequadamente, todos os usuários; de acordo com a ANS, as empresas do setor devem oferecer serviços em toda sua área de atuação, e não somente concentrar esforços em estrutura física e convênio de prestadores nas cidades-sede da empresa. A operadora dispõe de serviços em toda sua área de atuação: sede administrativa e hospitais em 4 municípios, consultórios médicos, laboratórios de exame clínico e patológico nas 10 cidades do raio de atuação (o usuário tem direito a uso dos recursos em quaisquer desses municípios); de acordo com o IDSS publicado pela ANS (2013), a empresa teve nota 0,89 (numa escala de 0 a 1) na dimensão “Estrutura e Operação”, o que indica que há descentralização (ou dispersão) na rede de prestadores de serviço.

De acordo com a ANS, a quantidade de consultas quimioterápicas deve corresponder a no mínimo 7% do total, e as consultas em pronto atendimento não devem ultrapassar 20%; quando estas ultrapassam, a agência compreende que há problemas estruturais de falta de especialistas ou número insuficiente; se as quimioterápicas são inferiores a 7%, no entendimento da Agência a operadora não tem especialistas em oncologia, e também não encaminha seus usuários para outros prestadores (o que inclui o SUS). Esses números compõem indicadores da dimensão “Atenção à Saúde” do IDSS.

A nota da operadora na dimensão “Atenção a Saúde” do IDSS, no período de 2010 a 2013, não superou 0,5, o que torna essa uma das dimensões mais problemáticas para a empresa atuar. Entre os itens que não pontuaram (nota zero), estão as consultas em quimioterapia (abaixo de 7% do total), e as consultas em pronto atendimento (atingiram 22,5% do total, e extrapolaram o limite). Dois projetos estavam em fase de conclusão durante a fase de visita da pesquisa, e cujas instalações e funcionamento tem impacto direto nos indicadores: a instalação das salas da quimioterapia, localizadas no prédio anexo do pronto atendimento da rede própria, em município fora da cidade-sede; e a criação de centro clínico.

Os centros clínicos agregam diversas especialidades médicas num único local; os atendimentos ocorrem em horário comercial, e a organização da agenda das especialidades é responsabilidade da operadora. A estrutura de tais centros requer sala de exames geral (pressão arterial, glicemia e colesterol de ponta de dedo, eletrocardiograma), sala de observação, recepção e consultórios para os especialistas, e é mais enxuta que um pronto atendimento, e tem também um objetivo pontual e específico. A estrutura visa atingir 2 objetivos: atender o prazo previsto na RN 259, e reduzir a busca em pronto socorro.

Todas as instalações físicas, sejam elas laboratórios, ambulatórios, consultórios, hospitais, farmácias ou sede administrativa, estão concentradas nas regiões central/comercial dos municípios; essa localização é estratégica para a empresa, pois facilita o acesso dos usuários aos serviços.

As unidades hospitalares e laboratoriais possuem acesso para deficientes físicos, porém as sedes administrativas demonstraram a falta dessas estruturas: não há rampas e nem elevadores de acesso, e caso precise de áreas específicas, como cadastral ou financeira, os funcionários se deslocam até o usuário. A empresa não possui também estacionamento para os usuários, em nenhuma de suas unidades: caso necessitem, esses precisam prover o espaço em ruas ou estacionamento particular. Os imóveis estão registrados na prefeitura, e todos possuem alvará de funcionamento do corpo de bombeiros.

Com relação à tecnologia e processo em saúde, as indústrias de equipamentos e materiais para a área, as EMHO, intensivas em conhecimento e esforços de inovação, incorporam avanços das engenharias de materiais e eletrônicas. Os investimentos em equipamentos hospitalares são requisitos obrigatórios para o controle de custos, e isso se torna mais relevante para a empresa, visto que se identificou que pelo menos 45% do custo total mensal provém de internações e procedimentos hospitalares; a obrigatoriedade contratual de

cobertura de procedimentos, somada à inexistência de equipamentos que realizem os mesmos obriga a compra de serviços de terceiros ou o envio de usuários para outras localidades.

Os progressos de microeletrônica e materiais nos equipamentos exigem investimentos em novas tecnologias, como foi o caso da aquisição da câmara hiperbárica, em 2011, do equipamento de eletroencefalograma, em 2012, e do ecógrafo, em 2013, e modernize aquelas já existentes, como no caso do ecocardiógrafo.

A câmara hiperbárica, utilizada no tratamento da medicina hiperbárica, é um tubo cilíndrico de metal, com porta vedada, e que pressuriza o ar em determinados níveis. É utilizada em tratamentos de queimados, e também no tratamento de diabéticos, para cicatrização de escaras²⁹. A aquisição da câmara foi um investimento que prioriza a qualidade do tratamento dos usuários, mas também reduz custos; antes da aquisição, os usuários eram encaminhados para Ribeirão Preto, o que gerava para a empresa, além dos gastos com deslocamento, o pagamento das clínicas fora de sua área de atuação. A estrutura hospitalar ganhou um novo centro de custos, com profissionais de enfermagem focados nessa atividade, anteriormente inexistente no raio de atuação da empresa.

O eletrocardiógrafo é um aparelho que realiza exames de eletrocardiograma (ECG), e cujas especificações são guiadas pela Associação Brasileira de Normas Técnicas (ABNT). Sua função é registrar as variações das atividades elétricas do coração; é composto por sensores e eletrodos, conectados ao tórax, abdômen pulso, e indicado para análise e prevenção de doenças cardíacas; o exame é efetuado por técnicos em enfermagem com especialidade em cardiopneumologia³⁰, e o laudo é assinado por um médico cardiologista. Por se tratar de um equipamento utilizado principalmente para suspeita de infarto, problemas coronarianos e acidentes vasculares cerebrais, torna os diagnósticos mais rápidos em atendimentos de urgência e emergência, e tria os usuários que necessitam de exames com o ecógrafo.

O ecógrafo é um aparelho que indica a anatomia e a morfologia do coração, num exame chamado ecocardiograma transtorácico (ETT). Um dispositivo é colocado na parede torácica externa, e os sensores conectados a um monitor de ultrassom; através de um scanner sonográfico³¹, o som do coração é registrado, e transformado em imagem. O exame, realizado por um médico cardiologista, detecta problemas de má-formação cardíaca, sopro, avalia

²⁹ Machucados em tecidos subcutâneos, músculos e articulações, comuns em diabéticos, e caracterizados pela falta de sensibilidade na região afetada e a dificuldade na cicatrização.

³⁰ Especialidade da área da saúde que estuda o conjunto de atividades do coração, vasos sanguíneos e pulmão.

³¹ Aparelho que processa os impulsos elétricos captados pelo ultrassom e os transforma em imagem digital.

artérias, aorta e veias cavas, trombose cardíaca. O uso do efeito *doppler*, função especial do aparelho, permite também avaliar o fluxo e a velocidade do sangue.

O eletroencefalo é o aparelho utilizado para realização do exame eletroencefalograma (EEG), e executa um estudo do registro gráfico das correntes elétricas que ocorrem no cérebro; é composto por eletrodos e sensores, conectados ao couro cabeludo, a superfície encefálica ou até mesmo diretamente na massa encefálica. O exame é efetuado por um técnico em enfermagem com especialidade em neurologia, e o laudo é assinado por um médico neurologista. As ondas cerebrais registradas no EEG são comparadas a um modelo padrão (expectativa do que se espera da média da população), e distorções podem ser indicativos ou confirmativos de problemas neurológicos ou mentais: crises epiléticas, estágios de coma, perda ou morte encefálica, intoxicações, meningites, encefalites, distúrbios metabólicos, distúrbios mentais, má formação cerebral e desvios de personalidade.

A aquisição do ecógrafo, do eletroencefalograma e da câmara, e a substituição do eletrocardiógrafo por aparelhos mais sofisticados, traz ganhos na rotina operacional, pois precisam os problemas, aceleram diagnósticos, previnem procedimentos cirúrgicos invasivos, reduz tempo de internação e exposição a infecções hospitalares e também possibilita a prevenção de doenças. Além disso, embora os equipamentos consumam recursos financeiros, os valores possíveis de se economizar com diárias de internação e órteses e próteses justificaram para os tomadores de decisão da empresa esses investimentos.

No que tange aos sistemas de informação, estes reúnem um conjunto de componentes computacionais que coletam, processam, armazenam, recuperam e distribuem informações utilizadas para se conhecer uma empresa: o que é feito, o volume que é feito, o local no qual é feito ou armazenado, e possibilita aos tomadores de decisão controlar, coordenar, armazenar e planejar. Os sistemas de informação revolucionaram a forma de gerenciar uma empresa nos últimos 20 anos, e isso não é diferente do que pode ser observado no caso analisado.

Para empresas de saúde, um sistema de informações auxilia no controle da produção mensal (quantidade de consultas, exames, internações e procedimentos realizados), no pagamento aos cooperados, prestadores e funcionários; no acompanhamento de casos que necessitam de atendimento fora da área de atuação, na autorização de procedimentos, no cadastro de informações de contratantes, na emissão de relatórios financeiros e balancetes contábeis, e também no envio de dados para a ANS e a Receita Federal.

Há na empresa 4 sistemas de informação integrados e um *Business Intelligence* (BI): um dos sistemas é voltado para as rotinas de folha de pagamento; o outro, para os

procedimentos hospitalares; outro para rotinas administrativas de compras, financeiro, contabilidade, custos, cadastros de informações de usuários; e há ainda um sistema de pagamento do cooperado e da rede prestadora de serviços.

A direção da empresa visitou hospitais de tecnologia de ponta em São Paulo, antes da implementação do sistema hospitalar, para verificar a consistência, o andamento e a eficácia operacional na rotina hospitalar. O sistema, implementado entre 2010 e 2011 no hospital próprio e nas unidades de pronto socorro, contribuiu para a consistência dos dados, na geração de relatórios detalhados e exportáveis para o Microsoft Excel e na automatização das rotinas administrativas; o sistema também colabora para a gestão do consumo x estoque, custos que anteriormente não eram controlados por centro de custos, e para a gestão de custos por procedimento. Além de alterar as rotinas administrativas, com o sistema se iniciou o uso do prontuário eletrônico, que reduziu retrabalhos de consultas ao médico para checagem de nomes e dosagens dos medicamentos.

Os BIs, sistemas com foco nos tomadores de decisão, apresentam informações estratégicas e operacionais do negócio, de forma padronizada, num layout gráfico que tem como objetivo facilitar o entendimento dos dados consolidados; o intuito de um BI é que os gerentes entendam e controlem melhor os custos e processos da empresa. Em 2013 a empresa implementou o sistema QlikView, BI voltado para a gestão da área da saúde, e cujo foco é o acompanhamento da sinistralidade³² dos contratos ao longo do tempo; de acordo com o que pode ser analisado, embora o BI seja uma ferramenta recente na empresa, seu uso já se tornou parte integrante da rotina dos gerentes e diretores, que afirmaram consultar o sistema semanalmente, para alterar as ações de corretivas para preventivas.

Um projeto em serviços nasce da associação de identificação de oportunidades no mercado, com exigências da agência reguladora e a necessidade de expansão da empresa. De acordo com o procedimento interno, antes de alterar ou iniciar novas atividades, é necessário que a área responsável defina o escopo do projeto, descreva os recursos para as principais estruturas que o comporão, levante uma previsão dos custos e os submeta para aprovação de gerência e de diretoria (dependendo do volume do investimento, é necessária a aprovação dos conselheiros fiscal e administrativo, e também dos demais cooperados).

³² O sinistro do contrato é a relação percentual do quanto os gastos com saúde consumiram da receita paga pelos usuários; de acordo com o estabelecido pela agência regulatório, o sinistro de uma empresa de saúde, e por consequência, de seus contratos, não deve ultrapassar 75% (ANS, 2013).

Nas reuniões de planejamento estratégico (realizadas no último bimestre do ano), definem-se:

- a) os objetivos globais para o período subsequente;
- b) a determinação dos responsáveis pelas operações;
- c) o calendário das atividades relativas à preparação, início e término do projeto;
- d) ações a serem tomadas a partir dos dados orçamentários;
- e) procedimento para a revisão orçamentária;
- f) divulgação do documento final;
- g) regras para efetuar alterações no orçamento.

O orçamento anual tem o escopo e o calendário definidos após a reunião de planejamento estratégico. De acordo com os projetos e as premissas estabelecidas pela diretoria executiva e os conselhos administrativo e fiscal, os gerentes, junto com suas respectivas coordenadorias, estabelecem suas estimativas de despesa e receitas, com base nos objetivos e metas definidas; os orçamentos setoriais são consolidados, alterados e aprovados pelo diretor da área; uma vez concluído, o orçamento será submetido à aprovação da diretoria executiva, a qual poderá tanto receber uma simples tabela com dados consolidados, como também documentos mais detalhados sobre cada atividade da empresa.

O grau de pormenorização depende das necessidades de informação que a diretoria e os conselhos julgarem necessários. As reuniões de aprovação de balanço patrimonial, planejamento estratégico, orçamento, diretorias e conselhos têm seus registros em atas oficializados em cartório; tanto no planejamento estratégico, quanto no orçamento anual, a empresa não conta com apoio de sistemas de informação.

Como resultado do *check list* para análise das áreas estruturais, apresentado no quadro 4.1, foi possível identificar: a demanda é dimensionada de acordo com a capacidade das especialidades, mas deve cumprir as exigências legais; as instalações são dispersas por todo o raio de atuação, e os prédios se localizam nas regiões centrais; o uso da tecnologia contribui com expectativas de redução de custos; os sistemas de informação suportam os dados dos usuários e da empresa, e são base de informações para tomada de decisões; a maneira como os projetos tomam formato depende de decisões da diretoria, associadas com adequações exigidas pela ANS.

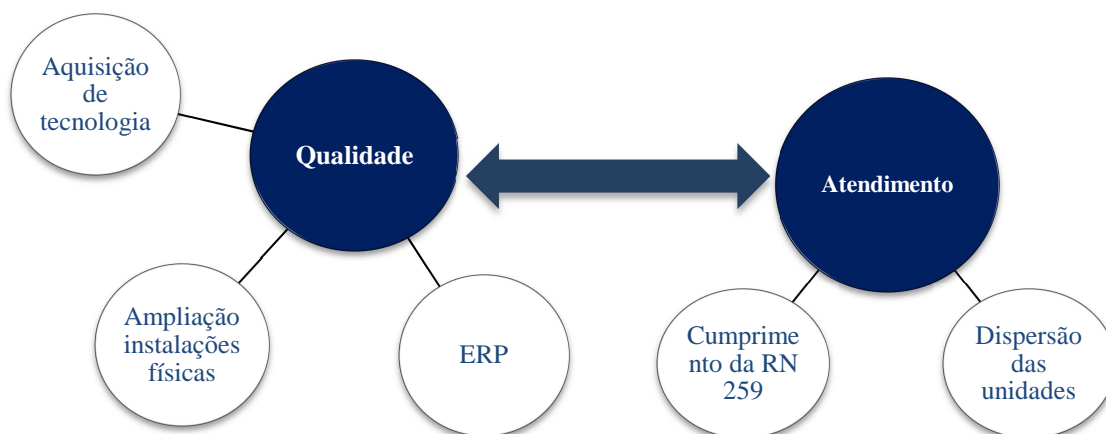
Quadro 4.1– Resultado do *check list* para análise das áreas estruturais

Capacidade de demanda	Instalações	Tecnologia e processo	Sistemas de informação	Projeto de serviço
5 consultas/ano 10.000 cirurgias/ano	Em todo o raio de atuação, na região central	Tecnologia de ponta, de acordo com ANS	ERP (4) e BI (1)	Decisões da diretoria/adequação ANS
Credenciamento serviços/ Cooperação médicos	Instalações distribuída no raio de atuação	Redução tempo internação/redução custo	Informação	Aprovação diretoria e conselhos/ comunicação gerentes
Exigências ANS/ RN 259	Há problemas de acesso dos deficientes aos serviços			Diretor e gerente da área

Fonte: Elaborado pelo autor

A estrutura é a base para funcionamento da empresa; delimita as relações e os componentes de funcionamento e dá suporte a toda a infraestrutura. Com o mapa das decisões estruturais delineado, é possível relacionar a forma como essas estão ou não ligadas à qualidade e atendimento, prioridades competitivas. Numa visão global, as decisões estruturais estão orientadas por prioridades competitivas definidas pela diretoria, numa relação que pode ser averiguada na figura 4.6.

Figura 4.6 – Impactos das prioridades competitivas nas decisões estruturais



Fonte: Elaborado pelo autor

A aquisição de novos aparelhos, ampliação e as adequações hospitalares, cuja soma de modernização e novas técnicas permitem procedimentos mais precisos e uma redução no tempo de internação, e o uso do ERP, que permite o acompanhamento das informações e um maior controle do que se executa na empresa, são características que suportam a existência do

alinhamento das prioridades competitivas com as operações; ao se averiguar o IDSS na dimensão “Estrutura e Operação” comprova-se que a nota da empresa, 0,89, está na faixa máxima (0,8-0,99), o que a coloca como cumpridora das metas da ANS.

As adequações e investimentos em estrutura, contudo, não levam em conta questões como problemas de acesso para portadores de deficiência e idosos, ou análises de demanda para verificar quais especialidades precisam de credenciamento, o que, de certa forma, não se alinha à questão de qualidade (ainda mais quando se leva em conta uma empresa voltada para a saúde).

A dispersão das unidades de atendimento no raio de atuação da empresa, e o arcabouço para cumprimento da RN 259, que inclui equipe voltada exclusivamente para adequar as demandas dos usuários às agendas dos prestadores, se mostram relevantes para o atendimento e a comunicação.

Com relação ao cumprimento às exigências legais, questão implícita nas prioridades, há problemas na capacidade de oferta, no que tange a quantidade de consultas em quimioterapia e em pronto atendimento, como se nota no item “Atenção à saúde” do IDSS. Ainda que os esforços de investimento em estrutura se voltem para essa questão, e a empresa não deixe de cumprir os requisitos da ANS, há um desalinhamento entre o que se prioriza, e a forma como as operações se estruturaram nesse sentido.

A análise das áreas de decisão estrutural é essencial para se iniciar a compreensão da estratégia da empresa. É necessário examinar também quais são, e como são conduzidas as decisões infraestruturais.

4.5.3 Decisões infraestruturais

As decisões infraestruturais reúnem aspectos da política e cultura da empresa para mudanças de curto e médio prazo. Questões como preparação das equipes para as especificidades da área de saúde, desenvolvimento de indicadores para a visão interna, planejamento para execução dos serviços e dimensionamento da demanda, respeito às exigências legais nas filas e fluxos e a satisfação dos clientes são peças-chave para o negócio. Os custos das decisões infraestruturais, comparados com os custos das decisões estruturais, são menores, e a reversão dos projetos mais fácil e menos onerosa.

A estruturação da empresa determina a forma como se delineiam as decisões infraestruturais. Por se tratar de uma cooperativa, a empresa conta com 429 cotistas que possuem igual participação nas decisões; a cada triênio tais cooperados elegem, por votação

secreta, os representantes que cuidarão do planejamento e do controle das operações. A diretoria executiva possui 5 diretores: diretor-presidente, diretor financeiro, diretor de mercado, diretor de assistência à saúde e diretor hospitalar; todas as deliberações da diretoria devem ser aprovadas pelos conselhos fiscal e de administração; o organograma da organização está presente na figura 4.7.

Figura 4.7 – Organograma gerencial



Fonte: Elaborado pelo autor

A composição do conselho fiscal conta com 6 membros cooperados, 3 efetivos e 3 suplementes, e as decisões tomadas ou acatadas por esse conselho necessitam da aprovação dos 6 eleitos; há no conselho administrativo 8 membros (cada membro representa uma especialidade médica), e cabe a esses conselheiros as aprovações e decisões finais. O conselho técnico, que conta com 6 cooperados, também eleitos em assembleia, conduz os processos de investigações de erros médicos e hospitalares, e as alterações de protocolos cirúrgicos e de uso de materiais que deverão ser seguidas pelas especialidades.

De acordo com o estatuto da empresa, os resultados financeiro e contábil são apresentados em assembleia geral anual, que também aprova o relatório de gestão com os custos anuais e determina a destinação das sobras dos resultados. Há encontros diários da diretoria, e reuniões semanais com pautas específicas de discussão (apresentação de indicadores operacionais, apresentação de resultados financeiros, dimensionamento de atendimentos/mês, análise de adequações requisitadas pela ANS). Os conselho de

administração e conselho fiscal se reúnem mensalmente para apresentação dos dados financeiros e da evolução operacional (quantidade de consultas, cirurgias, exames, especialidades médicas que mais consomem recursos da empresa).

O conselho técnico conduz reuniões trimestrais com especialidades médicas, para discutir denúncias de erros, negligência e omissão de socorro, e quais as medidas cabíveis para minimizar tais situações; também organiza comitês para discussão no âmbito cirúrgico:

- a) comitê técnico de materiais e medicamentos – reunião periódica com cooperados para discussão dos materiais e medicamentos do mercado nacional, e a qualidade para substituição dos importados (em especial, para órtese e prótese, materiais com custo elevado e cuja preferência é pelo uso do importado)
- b) comitê técnico-cirúrgico – reunião periódica com cooperados cirurgiões para aprovação de novas técnicas cirúrgicas, e os impactos dessas no tempo de recuperação dos usuários;

A formação dos comitês tem como premissa atualizar nos protocolos da empresa os procedimentos cirúrgicos, materiais e medicamentos utilizados nas intervenções; alinhados com a prioridade na qualidade, os membros do comitê focam que as mudanças dos processos proporcionam que os usuários tenham acesso a tecnologias de ponta, e permaneçam internados por um período de tempo reduzido. Embora não declarado, a alteração de protocolos também prevê queda nos custos da empresa: a redução no tempo implica na redução nos custos de internação.

A ANS preconiza no IDSS os índices de atendimento e humanização para as operadoras de plano de saúde (baseados em recomendações da Organização Mundial de Saúde - OMS); de acordo com o IDSS, os partos cesárea não podem ser superiores a 35% dos partos totais; os usuários deverão, em média, realizar 5 consultas/ano; os serviços devem estar dispersos entre todas as cidades da área de abrangência. Cabe aos diretores e conselheiros, após análise dos índices, apontarem aos gerentes quais as pretensões para a empresa, de forma que o planejamento estratégico e o orçamento contemplem possíveis alterações que melhorem o posicionamento da mesma mediante a ANS.

O planejamento estratégico e o controle orçamentário são processos que começaram em 2007 e, desde sua implementação, o uso é contínuo para o acompanhamento das operações. Para a empresa, orçamento é um reflexo financeiro do processo de planejamento da gestão; estabelece, da forma mais precisa possível, como se espera que transcorram os negócios das unidades de negócio e da operadora como um todo (geralmente no prazo

mínimo de um ano), dadas as expectativas gerenciais e as condições do mercado. Os dados, validados pela diretoria e pelos conselhos fiscal e de administração, permitem um acompanhamento anual daquilo que está planejado, e verificação de resultados previstos e realizados.

A qualidade em saúde é um conceito subjetivo, construído com base em parâmetros técnico-científicos, necessidades da população e valores culturais, e que se modifica conforme se transformam os parâmetros tecnológicos. Para OPS, que lidam com serviços de manutenção e melhoria na vida dos usuários, a qualidade é uma expressão que pode assumir diversas configurações, desde a maneira como são atendidos os usuários no guichê ou nas ligações telefônicas, a forma como um médico se porta durante uma consulta, até o *layout* dos quartos, os equipamentos cirúrgicos utilizados e o sabor das refeições servidas durante o período de internação; todas essas vertentes, no entanto, estão ligadas a forma como as decisões garantam que o processo de serviço seja entregue sem falhas, independente do local ou de quem o execute.

Por envolver precisão e segurança nos atendimentos, a busca pela melhoria contínua é uma expectativa para a empresa, em especial quando a qualidade é vista como prioridade. A melhoria contínua faz parte do programa de qualidade, que envolve a continuidade do fazer certo, melhor sempre; a qualidade foi a prioridade competitiva apontada pela diretoria como a mais relevante para o negócio.

Há uma área específica com o nome escritório da qualidade, criada em 2012, e que é responsável pela estruturação dos protocolos que devem ser seguidos nos serviços realizados, audita processos, organiza mudanças específicas (no hospital próprio), elabora planos de ação para as áreas e apresenta resultados mensais para as áreas envolvidas nas atividades de linha de frente. A área, que na sua criação tinha 2 analistas, contava com 6 profissionais focados no tema quando da visita à empresa.

A equipe realiza auditorias trimestrais nas diversas unidades da empresa (mas teve um foco especial nas operações no hospital próprio no biênio 2012-2013), a fim de certificar que os itens apontados estão em fase de correção, se as medidas previstas em procedimento são cumpridas, e se, mediante não conformidades, as equipes desenvolvem e seguem planos de ações. A expectativa dos tomadores de decisão da empresa é que as operações tenham foco no controle de falhas, em garantias do serviço e no padrão de atendimento, e que as melhorias na organização sejam contínuas, e não pontuais.

É ainda papel do escritório da qualidade organizar mudanças permanentes nos processos: a equipe conduz, em parceria com a área de recursos humanos, treinamentos para capacitação das equipes nas rotinas; realiza encontros com as lideranças de equipe para mostrar se os resultados de ações previstas para o mês atingiram ou não a meta; participa da organização no planejamento e execução do programa de qualidade total, para melhoria contínua dos procedimentos (o que envolve todas as áreas da empresa); o desafio da área, de acordo com o apurado, é engajar todos os funcionários no processo, para que a melhoria seja rotina, e administrar resistências às mudanças.

A infecção hospitalar é uma das principais falhas secundárias de processo de entrega de um serviço de saúde; independente do padrão, se a esterilização de roupas, materiais, ambientes e instrumentos cirúrgicos não ocorrer de forma adequada, compromete a qualidade de todo o processo. A operadora possui uma área denominada Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH), e que é responsável pelo acompanhamento de casos de infecção; há também uma central de esterilização, que opera a limpeza de materiais cirúrgicos em máquinas de autoclave; a baixa taxa de infecções e o seguimento dos procedimentos na esterilização dos materiais conferem a empresa a certificação de qualidade na esterilização de materiais hospitalares na avaliação anual da empresa 3M, resultado de melhores práticas e qualidade no monitoramento do processo de esterilização; o desenvolvimento do processo dessas áreas ocorreu pela atuação do escritório da qualidade.

O escritório de qualidade também é responsável pela acreditação do hospital próprio e da sede administrativa; acreditação é um processo de avaliação da Organização Nacional de Acreditação (ONA), realizado por uma entidade externa e não governamental, que segue um manual anualmente revisto. O processo visa analisar o grau de qualidade dos serviços de saúde prestados pelas empresas do setor em três vertentes: equipamentos, processos e humanização; quando certificada, podem ser atribuídos os selos ouro, prata ou bronze, de acordo com o nível de atingimento das metas pela empresa. No início de 2013, a empresa passou pelo primeiro processo de acreditação, que lhe conferiu o selo bronze; nesse processo, foram checados:

- a) a segurança para os pacientes e profissionais;
- b) a qualidade da assistência;
- c) a existência de equipe de melhoria contínua;
- d) a existência de instrumentos de gerenciamento;
- e) os incentivos para a melhoria contínua.

Há uma expectativa no mercado de saúde suplementar que a ANS permitirá uma tabela de cobrança diferenciada, em 2014, para as OPS com selo de acreditação ONA, e essa pode ser a motivação, além da mensuração da qualidade e da busca da melhoria contínua, para a empresa manter a certificação nos próximos anos.

A construção de indicadores e métricas que apontem o desempenho é uma meta das empresas, sejam elas operadoras de plano de saúde, indústrias, comércios ou agroindústrias, e isso não é diferente do verificado no estudo. A expectativa da operadora, quando se criou os primeiros indicadores em 2007, foi observar o comportamento das áreas de atuação da medicina assistencial; com o conhecimento dos números e o amadurecimento das informações, se viu que a medição também explicita tendências para meses subsequentes e fornece subsídio para análise e tomadas de decisões.

Os principais indicadores apresentados à diretoria são os financeiros, como resultado contábil, fluxo de caixa, capital circulante, liquidez corrente, margem de lucro, percentual das despesas sob a receita total e percentual dos custos sob a receita total. Há reuniões mensais, coordenadas pelos gerentes, para apresentação das medidas desempenho da empresa para conselhos de administração e fiscal, e uma reunião anual para aprovação do resultado contábil/financeiro.

Embora a mensuração seja como uma forma de se operacionalizar uma empresa, nem todos os gerentes entendem a importância de que o nível tático e, principalmente, o nível operacional acessem dados financeiros e de produção. Na empresa, os indicadores existentes, em especial os financeiros, são restritos ao nível gerencial e tático, e a informação não é expressa para o operacional.

Por conta do processo de acreditação, relacionado a busca por qualidade, a operadora passou, em 2013, a divulgar mensalmente os indicadores de desempenho e produção para as coordenações das equipes; junto a indicadores financeiros, como resultado, margem, capital circulante, (antes restritos aos diretores e conselheiros), se aponta dados de quantidade de erros em prontuário, número de casos epidemiológicos, quantidade de internação, avaliação percentual de satisfação, número de atendimentos de urgência e emergência, quantidade de cirurgias e de uso anestésico, número de cesáreas, partos normais e assistência obstétrica e neonatal, quantidade de imagens realizadas, volume de refeições de nutrição e dietética, quantidade de caixas de materiais esterilizados, peso de resíduos para descarte e índice de potabilidade da água.

A política de recursos humanos da empresa é corporativa; há na área uma equipe que cuida da parte dos funcionários que seguem a consolidação da lei do trabalho (CLT), e está subordinada ao gerente de gestão estratégica e ao diretor-presidente, e também uma equipe que trabalha em conjunto com a área de relacionamento interno, subordinada a diretoria financeira, e que conjuntamente cuidam das questões referentes aos cooperados. A estrutura organizacional, composta por 1.100 funcionários CLT e 429 médicos cooperados, é robusta, se comparada com o número médio de funcionários das demais empresas do setor (que é 500, de acordo com o informado pela operadora); há diferenciação na estrutura da rede própria de serviços: o hospital e laboratório são próprios (serviços internalizados), e os funcionários são CLT, e não terceirizados.

A remuneração média dos funcionários CLT, R\$1.650,00, está abaixo da média salarial regional geral do setor de serviços³³; as empresas instaladas em um raio de 150 km da operadora pagam, em média, R\$2.330,00 (FIESP, 2012); a equipe de linha de frente administrativa e os menores aprendizes, com 2º grau completo, recebem o menor salário, que é o mínimo de R\$ 678,00; o corpo de enfermagem, com formação técnica, recebe, em média, um salário de R\$1.500,00. Já a remuneração dos cooperados não é fixa, e o pagamento varia de acordo com a produção mensal (consultas + exames ambulatoriais + procedimentos + visitas hospitalares) e as funções administrativas cumulativas (diretores, conselheiros, auditores); o valor está acima da média repassada na região.

O nível mínimo de escolaridade exigido dos funcionários administrativos é o 2º grau completo (com exceção dos menores aprendizes, cujo vínculo pressupõe o 2º grau em andamento); dos funcionários de enfermagem se exige o 2º grau completo e a formação técnica em enfermagem completa; para analistas, líderes, coordenadores e supervisores de equipe a exigência é o ensino superior completo; para gerentes, além do ensino superior completo, a empresa exige especialização em gestão de saúde.

Com relação aos candidatos aptos para ingressar como cooperados, a exigência é a conclusão do ensino superior, a conclusão da residência e especialidade médica, possuir consultório e equipe para atendimento, e o pagamento de cota cooperada; além da formação acadêmica, o ingresso de médicos é condicionado à indicação de outros cooperados, e aprovação em conselho técnico (que avalia com as especialidades a necessidade de novos profissionais).

³³ Em áreas administrativas, o salário está abaixo do que é oferecido no mercado; quando se trata da área de enfermagem, o salário médio pago pela empresa é superior aos valores pagos por outras operadoras da região.

Os benefícios dos funcionários CLT são segregados por categoria, pois os filiados ao sindicato de cooperativas médicas (que em sua maioria, ocupam funções administrativas e de linha de frente no atendimento telefônico e de autorização de guias de procedimento) possuem acordos coletivos e jornadas de trabalho diferentes daqueles filiados ao sindicato de enfermagem (funcionários do hospital e do laboratório). Entre os benefícios oferecidos em ambas as categorias, estão: plano de saúde, plano odontológico, seguro de vida, auxílio-creche para as mães, vale-alimentação e bolsa de estudos; os funcionários ligados ao sindicato de cooperativas médicas também tem a participação nos resultados e a premiação por tempo de serviço.

A oferta de benefícios para os cooperados é diferenciada daquela praticada para os funcionários da empresa, e inclui: plano de saúde familiar – cobertura nacional, plano de saúde para secretárias, plano odontológico, seguro de vida, celular corporativo, plano de aposentadoria privada, convênio com drogarias, seguro por invalidez, consultoria jurídica, seguro de vida para usuários (erro médico).

A equipe de RH com foco nos interesses dos colaboradores CLT cuida do recrutamento e seleção interna, dos treinamentos, das promoções, das entrevistas de desligamento, da solicitação de bolsa de estudos, do pagamento de horas extras, da transferência interna, da descrição de cargos e salários e da folha de pagamentos. Todos os procedimentos seguidos pela área, apresentados na integração, estão divulgados na intranet e ao acesso de todos os funcionários. A área também é responsável por aplicar anualmente a pesquisa de clima organizacional e, com os resultados em mãos, direcionar cursos para aqueles tópicos apontados como problemáticos para os funcionários.

A rotatividade de funcionários e o absenteísmo nas funções do corpo de enfermagem são altos, se comparados com funções administrativas. Como o salário e os benefícios da categoria estão dentro da faixa da região, e essas funções requerem preparo físico e psicológico (principalmente para lidar com casos de internações infantis, casos terminais e oncológicos), os funcionários são mais propensos a problemas ocupacionais; há uma empresa de ergonomia que presta serviços para a operadora, e pratica atividades físicas 3 vezes na semana para fortalecimento físico da equipe hospitalar.

A empresa conta com o apoio de uma ferramenta de avaliação de desempenho dos funcionários; essa ferramenta associa informações como formação profissional, ambições pretendidas e a visão dos coordenadores sobre os membros da equipe, e pontua os

funcionários por função e faixa salarial, tendo como referência as faixas de mercado. Essa ferramenta é a base para promoções e aumentos salariais.

Como o setor de saúde é dinâmico, as alterações tecnológicas frequentes e todos os anos há novas normativas da ANS, um dos papéis do RH é atualizar e capacitar as equipes administrativas e operacionais; a área deve estar atenta a cursos, treinamentos, congressos e workshops que contribuam com a aprendizagem das equipes. Entre os treinamentos constantes, estão: seminário jurídico; seminário contábil; curso de custos hospitalares; workshop de intercâmbio; workshop de marketing e redes sociais; congresso de recursos humanos; curso em segurança do trabalho; workshop de ouvidoria; curso de gestão hospitalar; congresso de fisioterapia; simpósio de terapias; congresso de nutrição; congresso de atendimento em unidade de terapia intensiva; tratamento e treinamento para crianças autistas; técnicas para construção de brinquedos.

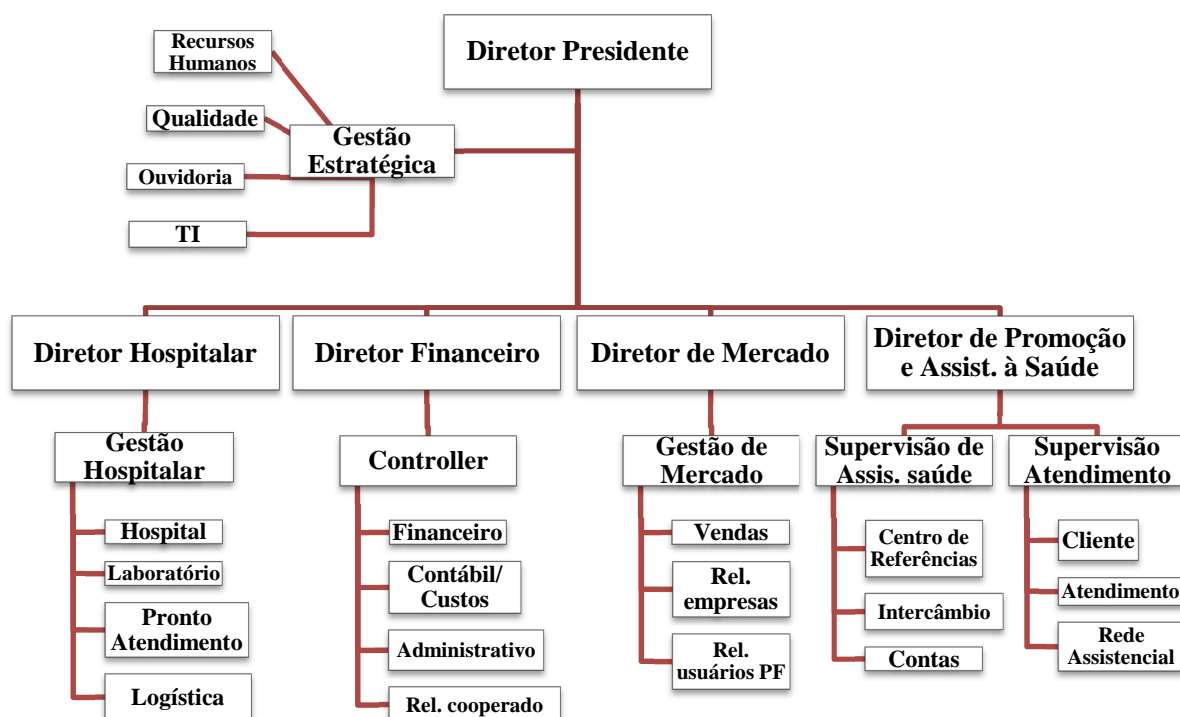
O RH é ainda responsável por divulgar aos médicos cursos, workshops e treinamentos específicos para cada especialidade; a cada 2 anos, a operadora paga um curso para cada um de seus cooperados, e entre esses cursos, estão: congresso de humanização da saúde; congresso de oncologia; conferência de urologia; congresso brasileiro de ginecologia e obstetrícia; congresso brasileiro de tratamento de feridas; congresso de medicina intensiva; curso teórico-prático de neuroendoscopia; jornada de neurologia; semana de atenção ao trauma. Os investimentos em formação e qualificação de funcionários e cooperados são reflexo das prioridades competitivas, e as iniciativas preparam as equipes para o atingimento do padrão de atendimento e qualidade dimensionados pela diretoria e exigidos pela ANS.

A área de recursos humanos responde também pelo desenho da organização; a compreensão dos elementos envolvidos nas atividades facilita a integração e a cooperação entre as áreas. Abaixo de cada diretoria, há um gestor ou supervisor, e abaixo desses, há analistas sênior e líderes, que coordenam a distribuição das tarefas entre as equipes – com exceção da promoção e assistência a saúde, que não tem gestor, e sim 2 supervisores, as demais áreas táticas tem um gestor, que responde por toda equipe.

Ao se analisar a estrutura do organograma da empresa, presente na figura 4.8, e a forma como são planejados os serviços, se nota que as decisões seguem uma orientação *top-down*, numa visão tradicional da estratégia, pois as decisões, que ocorrem no nível gerencial (diretores), são comunicadas diretamente ao nível tático (gestores), que decidirá quais informações deverão ser passadas a todo o nível operacional, e quais deverão ser comunicadas somente aos líderes.

A gestão hospitalar, subordinada ao diretor hospitalar, concentra todas as atividades que ocorrem dentro do hospital próprio, e também atividades das áreas subjacentes (mas interligadas ao hospital), como o pronto atendimento e o laboratório; a gestão de controladoria, representada pela figura do *controller*, e que responde ao diretor financeiro, reúne, além das áreas financeira e contábil, atividades administrativas de emissão de fatura para os clientes e impressão de carteiras para uso do plano.

Figura 4.8 – Organograma operacional simplificado



Fonte: Elaborado pelo autor

Voltada para a diretoria de mercado, a gestão de mercado reúne as áreas de venda e pós venda da empresa: comercialização do plano, relacionamento com empresas e pós-venda com clientes pessoa física.

A supervisão de assistência à saúde, subordinada ao diretor de promoção e assistência à saúde, concentra áreas responsáveis pela checagem da produção médica (contas e intercâmbio, responsáveis por apontar ou checar no sistema a produção dos médicos cooperados, da rede de prestadores, e serviços realizados fora da empresa) e os centros de referência (centros clínicos); a supervisão de atendimento, também subordinada ao diretor de promoção e assistência à saúde, agrega as atividades de atendimento ao cliente (presencial e

ao telefone), relacionadas a autorização de guias, encaminhamento ao consultório, agendamento de consultas dentro do prazo estipulado pela ANS e ouvidoria.

Diferente do que ocorre nos pedidos de manufaturas, nos quais as entregas estão associadas à entrada do pedido na fila ou cumprimento de prazo estabelecido em contrato, as filas e fluxos em saúde são organizadas de acordo com prioridades mediante a gravidade do caso, e também em respeito a legislação vigente.

A prioridade em filas para idosos é regulamentada desde 2003 pelo Estatuto do Idoso. De acordo com o estatuto, pessoas com idade acima de 60 anos possuem prioridade, comparados com as demais populações, independente da gravidade do caso³⁴. Para cumprimento do Estatuto, a empresa mantém em seus setores de atendimento (autorização de guia, entrada de internação, urgência e emergência) guichês exclusivos para essa população. No caso de procedimentos cirúrgicos e internações, a prioridade a idosos se mantém, e a empresa disponibiliza para a família leitos de acompanhamento ao usuário.

Para identificação de grau de prioridade em atendimentos de urgência e emergência, é utilizado um sistema de etiquetas, que são uma adaptação dos cartões Kanban³⁵. No momento de preenchimento dos dados³⁶, na recepção de emergência ou de internação, as atendentes verificam com os usuários dados como idade, razão da procura, histórico breve e tempo do problema e casos de gravidez; ainda na recepção, um enfermeiro faz triagem dos pacientes ao auferir a pressão arterial, checar os medicamentos utilizados nas últimas horas, e especificar o problema relatado; após essas etapas, o enfermeiro agrega etiquetas nas fichas de dados:

- a) etiquetas verdes – casos de menor gravidade, com baixo risco de óbito, e que não necessitam de atendimento médico imediato (podem esperar);
- b) etiquetas amarelas – casos com algum nível de gravidade, que necessitam de cuidados especiais, como no caso de grávidas ou diabéticos;
- c) etiquetas vermelhas – casos graves, com alto risco de óbito, e que necessitam de atendimento médico imediato, como no caso de acidentes de trânsito, acidentes domésticos, problemas cardíacos, problemas neurológicos e idosos.

³⁴ Mediante uma população de idosos, o critério de priorização a ser seguido pelas empresas de saúde está vinculado com a gravidade dos casos.

³⁵ O Kanban é uma ferramenta criada pela Toyota e utilizada na produção enxuta; pode assumir formato de cartões, etiquetas, anéis e placas que indicam para os operadores, através das cores, o nível de estoque de peças (FERNANDES; GODINHO FILHO, 2007).

³⁶ Em casos de acidentes de trânsito, acidentes domiciliares, infartos e acidentes vasculares cerebrais não há recepção prévia dos usuários, eles entram diretamente para o atendimento, e após os primeiros socorros, um acompanhante faz a entrada na recepção para procedimento interno de cadastro de dados.

A gestão de filas nos prontos socorros se dá através da adaptação da ferramenta de manufatura para o setor de saúde; essa é uma alternativa que a empresa encontrou, em visita a hospitais *benchmarking*, para uma identificação visual fácil e clara dos casos prioritários.

O tempo máximo de espera para consultas e realização de exames também é regulamentado, conforme a especialidade médica necessária. De acordo com a RN 259 da ANS (ANS, 2013), para especialidades consideradas essenciais, como Ginecologia e Obstetrícia, Pediatria Clínica Médica e Cirurgia Geral, as OPS têm um tempo máximo de 7 dias úteis para agendamento e atendimento do usuário; para especialidades consideradas auxiliares, o tempo máximo para a marcação de consultas e procedimentos é 14 dias úteis; o não agendamento acarreta em obrigação de reembolso ao usuário em até 30 dias úteis, pois caso contrário a operadora pode sofrer sanções como multas e proibição de comercialização por parte da ANS.

Com a finalidade de gerir as solicitações de agendamento, e também reduzir as sanções por conta das filas e tempo de espera, a empresa criou no final do 2º semestre de 2011 uma central telefônica responsável por atender aos pedidos dos usuários. Mediante uma solicitação de agendamento com determinada especialidade por um usuário, as atendedoras buscam na lista de cooperados e rede conveniada profissionais com a disponibilidade para o atendimento; no caso de sucesso, há retorno para o usuário com as informações do nome do especialista, horário e local; caso não consiga, o usuário é instruído a procurar um profissional que preste o serviço particular, e solicitar recibo para reembolso do valor gasto.

Ganhar a confiança dos consumidores e fidelizá-los a uma marca ou serviço não é tarefa trivial; além de uma equipe eficiente e eficaz nas vendas, o relacionamento do cliente com uma empresa está ligado a características que pontuam os itens ganhadores de pedido, como a percepção de preço compatível com o que é adquirido, o atendimento das expectativas, suporte e solução aos problemas, entrega do pedido realizado de forma correta e no prazo estipulado.

O cliente ou usuário é cada vez mais participativo, conhece e exige seus direitos, e faz uso de mídias sociais para divulgar suas experiências com uma empresa; o bom relacionamento com o cliente passa pelo entendimento das necessidades do mesmo, e no setor de saúde isso se torna sutil, pois as necessidades de uma pessoa são diferentes daquelas de outras pessoas em situações similares. A operadora conta com 3 equipes de relacionamento com o cliente, subordinadas à gerência e diretoria de mercado, localizadas em espaços físicos

distintos: relacionamento com pessoa física, relacionamento corporativo (com grupos empresariais), e ouvidoria; essa estrutura operacional é fruto da priorização do atendimento.

A existência de uma área de ouvidoria se tornou obrigatória nas OPS de grande porte a partir de 2013, por conta da RN 326; de acordo com a normativa, as empresas da área de saúde tem até 7 dias úteis para responder a demanda dos usuários. Por conta dessa questão, a empresa reestruturou sua área, e além do ouvidor, criou a função do secretário de ouvidoria, que mantém relações estreitas com os usuários:

- a) atende os clientes que procurarem a área;
- b) abre registro no sistema para as demandas recebidas (presencial, carta, telefone, e-mail e site);
- c) analisa os motivos de contato e, quando cabível, checa com os clientes se eles buscaram inicialmente tratar as demandas através de outras áreas de atendimento e, não o tendo feito, orientá-los a procurar primeiramente essas áreas, registrar a informação, fornecer o nº do protocolo ao cliente e acompanhar a solução da demanda para posterior finalização no sistema;
- d) realiza os contatos ou encaminhamentos necessários para a solução;
- e) acompanha o prazo legal para resposta e alertar o médico ouvidor sempre que este estiver se aproximando do final, a fim de evitar que não seja cumprido;
- f) disponibiliza para a ouvidoria da ANS, ao final de cada ano civil e após aprovação do médico ouvidor, as informações sobre os atendimentos realizados no período;
- g) retorna para o usuário as soluções, e as registra no sistema.

A ouvidoria também monitora reincidências de problemas e reclamações dos serviços prestados em redes sociais. O foco é que exista um estreitamento entre usuários e a empresa, e isso melhora o relacionamento entre as partes.

As 2 equipes responsáveis pelo pós-venda do plano, relacionamento com pessoa física e corporativo, esclarecem dúvidas relacionadas ao termos de contrato, cobertura do serviço e índices de reajuste contratuais. O relacionamento com pessoa física é um setor da empresa focado no pós-venda de planos de contratação individual; a área, desmembrada da equipe de vendas em 2012, dá ao usuário suporte sobre:

- a) reajuste contratual e por faixa etária – percentuais legais aplicados, e como os mesmos incidem em cada faixa etária;
- b) carência contratual – prazos de carência para cada grupo de procedimentos contratuais (consultas emergenciais – 24horas; consultas eletivas – 30 dias;

exames de baixo custo – 30 dias; exames de alto custo – 90 dias; procedimentos cirúrgicos: 360 dias);

- c) cobertura contratual – procedimentos cobertos pelo plano de saúde, em consonância com a ANS, e quais os prestadores da rede que o realizam;
- d) cobertura parcial temporária, em doença ou lesão pré-existente – instruções sobre cobertura de atendimentos de emergência e restrições/carências no caso de doenças pré-existentes informadas antes da contratação;
- e) cancelamento de plano – verificar quais os motivos que levam a rescisão, e se o mesmo pode ser contornado, orientar sobre prazos para utilização e recolhimento da carteira de utilização, e programar a exclusão no sistema;
- f) inclusão ou exclusão de dependentes e/ou produtos – quais os dados e documentos necessários; a área cadastra ou exclui os dependentes.

O relacionamento com pessoa jurídica é o setor da empresa cujo foco é o atendimento pós-venda de planos de contratação em grupo (planos empresariais); as empresas que compõe a carteira de usuários são repartidas entre os analistas da área, e cada um é responsável pelo contato com um determinado grupo (analista sênior é o contato das grandes empresas, analista pleno é o contato de empresas de médio porte, e os analistas júnior são responsáveis pelas empresas de micro e pequeno porte). Além do suporte de informações sobre carência e cobertura contratual, entre as funções da área, estão:

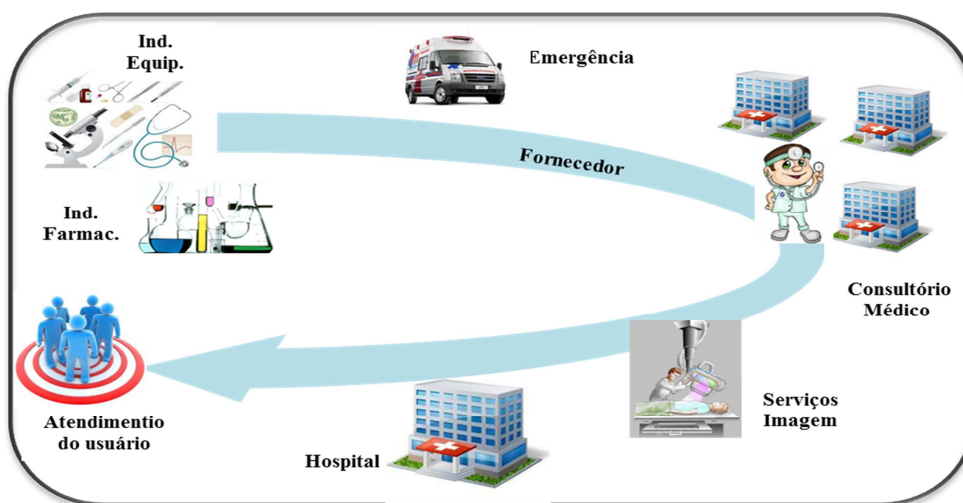
- a) analisar mensalmente o desempenho dos contratos;
- b) identificar casos com tendências a prejuízo;
- c) identificar as empresas que deverão ser reajustadas no próximo mês;
- d) analisar a relação custo x receita de empresas a serem negociadas;
- e) identificar o índice de reajuste a ser aplicado no período;
- f) visitar e realizar as negociações junto as empresas;
- g) intermediar novas negociações ou alterações de planos;
- h) repassar problemas de atendimento dos contratos empresariais para a ouvidoria.

A relação transparente, que garanta a sobrevivência da empresa no mercado, deve se balizar no longo prazo; a expectativa dos usuários e consumidores é que qualquer ação que coloque em dúvida a reputação ética dos produtos ou serviços oferecidos deve receber uma tratativa diferenciada, de forma a esclarecer a postura da empresa e as ações tomadas para ressarcir os prejudicados.

Além das áreas de relacionamento com o cliente, em casos de eventos adversos a empresa informou que prepara equipes focadas para a situação, como no caso da Ação Civil Pública de 2010. A rede que se criou para atendimento ao cliente, com a inclusão da ouvidoria, em 2013, e do relacionamento com pessoa física, no ano de 2012, são consequências diretas do foco em qualidade e das exigências da ANS nas operações.

A cadeia de suprimentos das empresas de saúde envolve um conjunto de fornecedores e prestadores cujas atividades-fim estão relacionadas ao bem-estar da população. Há inúmeros membros que compõe a cadeia da operadora estudada, e entre os principais, estão: indústria farmacêutica, indústria de equipamentos, serviço de remoção, serviços de imagem, laboratórios e hospitais credenciados, atendimento médico; a estrutura simplificada é descrita na figura 4.9.

Figura 4.9 – Rede de prestadores simplificada



Fonte: Elaborado pelo autor

O sucesso da operação está no funcionamento eficaz e integrado de todos os prestadores, sejam próprios ou terceirizados, para a entrega de serviços finais com valores reconhecidos pelos consumidores e no atingimento da satisfação dos mesmos. Para tal finalidade, há na empresa 3 setores que cuidam do relacionamento com a rede; são eles: logística, relacionamento com cooperado e relacionamento com a rede assistencial.

A operadora compreende a logística como a área responsável pelo contato com fornecedores de materiais e equipamentos; a relação ocorre em diversas etapas, como na avaliação do pedido, compra e no recebimento de materiais de escritório, higiene e limpeza, gêneros alimentícios, insumos de laboratório, material para manutenção predial,

rouparia/tecidos, materiais hospitalares, equipamentos médico/cirúrgicos, materiais de consumo e formulários. Entre as atribuições da área, estão:

- a) avaliar os fornecedores existentes, de acordo com critérios estabelecidos pela empresa, e buscar novos fornecedores;
- b) apresentar novos materiais e equipamentos presentes no mercado;
- c) acompanhar o nível de estoque e as solicitações de compra;
- d) disparar o processo de cotação para medicamentos, materiais hospitalares e demais itens, desde que as solicitações estejam aprovadas pelos gestores responsáveis;
- e) verificar as cotações;
- f) conferir no sistema se o pedido atende as exigências da empresa – marcas padronizadas, preço, prazo de entrega, condições de pagamento e as quantidades de acordo com as solicitadas;
- g) receber o pedido e checar documentação;
- h) armazenar no almoxarifado, separar os pedidos e distribuir para as áreas.

Como a integração vertical total do negócio é pouco viável, tanto por envolver investimento constante na troca de equipamentos, no treinamento das equipes, quanto na adequação às agências regulatórias, a empresa criou o mecanismo de credenciar atividades secundárias. O relacionamento com a rede assistencial é o setor que se relaciona com os cooperados e prestadores assistenciais³⁷ que atendem aos usuários. Cabe a área de relacionamento com a rede de prestadores:

- a) atender aos prestadores credenciados e não credenciados, dar orientações e receber solicitações e reclamações;
- b) montar o processo de credenciamento de prestadores ou serviços e encaminhar para análise da diretoria executiva;
- c) encaminhar os casos aprovados pela diretoria para análise pelo conselho técnico e aprovação do conselho de administração;
- d) realizar visitas técnicas necessárias e emitir relatórios;
- e) negociar valores para pagamento;
- f) formalizar as negociações através de contrato;
- g) emitir comunicados de credenciamento ou descredenciamento/ encerramento do serviço prestado.

³⁷ Prestador assistencial é a uma empresa (pessoa jurídica), credenciado a operadora, e que atua com serviços hospitalares ou auxiliares de diagnósticos e terapia.

O setor é responsável pela fiscalização dos estabelecimentos e da qualidade do serviço oferecido aos usuários: confere, em visitas periódicas e não agendadas, alvará de funcionamento, adequação do ambiente para deficientes, a existência de alvará do corpo de bombeiros, certificação de qualidade, a limpeza e o treinamento das atendentes, situação de contratação dos funcionários, manutenção nos equipamentos. No caso de notificações, multas ou processos, a operadora pode ser penalizada com o prestador.

Em atuação conjunta com o relacionamento com a rede, está o relacionamento com o cooperado; à área é cabe garantir a veracidade das informações referentes aos médicos cooperados, tais como o endereço e telefone de consultório, divulgações locais e no sistema; esclarecer dúvidas de áreas internas e usuários (inclusive para contatar o cooperado quando necessário); estabelecer o contato entre cooperados e operadora. Entre as funções da área, estão:

- a) atender aos cooperados;
- b) receber as solicitações de alterações de dados cadastrais;
- c) encaminhar solicitações para aprovação da diretoria executiva;
- d) encaminhar as alterações para alterações no sistema;
- e) divulgar cursos e treinamentos;
- f) atualizar dados referentes a especializações dos cooperados;
- g) conferir as listagens médicas;
- h) atualizar informações de alvará, licenças e equipamentos utilizados.

O setor é responsável ainda pela comunicação de mudanças organizacionais aos cooperados, pela convocação para assembleia e reuniões, e pela divulgação dos benefícios oferecidos aos cooperados. Em caso de problemas legais entre usuários e médicos, é também o relacionamento corporativo que intermedia as relações jurídicas.

A averiguação da infraestrutura, cujos resultados estão expressos no quadro 4.2, auxiliou na compreensão que as decisões seguem uma configuração *top-down*, e o planejamento e controle da produção em serviços são determinados predominantemente pelas decisões dos conselhos e da diretoria.

Tanto pelo crescimento da área, que passou de 2 para 6 analistas, quanto pelo raio de atuação em todas as unidades da empresa, e ainda pelas cobranças da agência regulatória, é notória a relação da prioridade competitiva com as operações da qualidade para padronização das atividades e para a obtenção do selo ONA, símbolos de uma empresa que busca a melhoria contínua; os indicadores de desempenho auxiliam que a diretoria e os conselhos

conheçam as características e recortes da empresa, e acompanhem as principais fontes de gastos e as especificidades dos usuários.

Quadro 4.2– Resultado do *check list* para análise das áreas infraestruturais

Planejamento e controle	Qualidade	Sistema de melhoria	Medidas de desempenho	Recursos humanos	Organização	Filas e fluxos	Rel. com cliente	Rede de suprimento
Diretores/ Gerentes	Há uma área que lida com precisão		Indicador financeiro	Seminários Congressos Workshops	Estrutura <i>top-down</i>	Acidente Idosos Grávidas	Diversas áreas, que variam de acordo com cliente	Área de rel. com rede assistencial
Orçamento/ Plan. Estra.	Conferência de processos		Gerentes Diretores Conselho	Bienal e específicos por especialidade	Conselho administrativo dá aval final	Há critérios ANS e estatuto idoso	Ouvidoria Rel. PF Rel. Corpor. Atendimento	Credenciamento de serviços
	Melhoria contínua está na certificação ONA		Acompanhamento/ Conhecimento	Funcionários CLT + cooperados		Idosos tem prioridade		

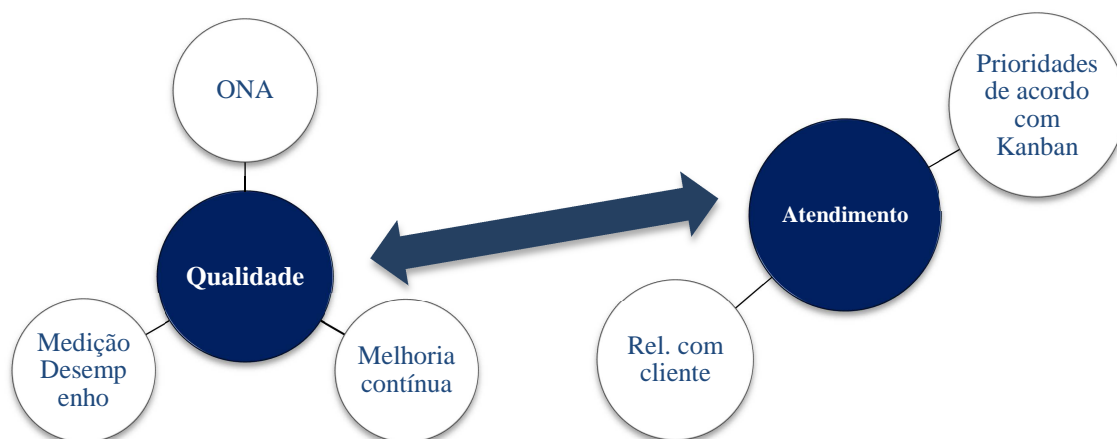
Fonte: Elaborado pelo autor

O *check list* também apontou que o quadro de colaboradores é formado por funcionários CLT (cujos benefícios variam de acordo com a filiação sindical das categorias de trabalho), e médicos cooperados. Tanto para a gestão de relação com o cliente, quanto na relação com os fornecedores e parceiros, há áreas específicas que cuidam do atendimento, das dúvidas e das negociações.

A configuração de formação de filas, seja em agendamentos telefônicos, seja em atendimentos de emergência, segue critérios instituídos pelo governo através de estatutos e resoluções; a empresa organiza as filas por grau de emergência, idade, e tempo máximo de espera, de forma que se sigam os critérios de prioridade implícitos e explícitos pela diretoria.

Os esforços em processos de melhoria contínua, a busca da certificação ONA para o hospital próprio, e o acompanhamento dos indicadores financeiros e operacionais que se relacionam diretamente com o foco em qualidade. Esses aspectos, que se somam às políticas de ordenação nas filas e à preparação de equipes de relacionamento com o cliente sustentam o atendimento, de tal forma que se pode afirmar que há alinhamento entre as prioridades competitivas e as principais decisões infraestruturais, conforme se observa na figura 4.10.

Figura 4.10 – Impactos das prioridades competitivas nas decisões infraestruturais



Fonte: Elaborado pelo autor

Ainda que não se identifique, por parte dos tomadores de decisão, alteração considerável na relevância das prioridades da empresa no período de 2010 a 2013 nota-se que parte das mudanças e adequações infraestruturais se volta para a intensificação da qualidade. No período entre 2012 e 2013, a empresa estruturou e ampliou a equipe do escritório da qualidade, se inscreveu no programa de acreditação hospitalar, ganhou a certificação bronze da ONA, implementou reuniões mensais para apresentação das ações de melhoria contínua e dos indicadores de desempenho; tal prioridade competitiva afetou diretamente a forma como se dão as operações da operadora.

Nota-se ainda que outras ações, em infraestrutura, tiveram como foco a melhora da visão gerencial, com uma estruturação hierárquica clara e os processos de planejamento estratégico e orçamento; isso pode ser entendido como um indicativo que a empresa busca uma melhora no conhecimento das capacidades internas.

4.6 A dicotomia custo x qualidade

Há na discussão conceitual o debate sobre as características de custo e qualidade serem variáveis antagônicas e gerarem *trade offs* para a gerência; empresas que buscam redução de custo por item produzido ou serviço prestado, em geral, não focam em qualidade; e aquelas que focam em qualidade, em geral, têm um custo de produção mais elevado, e por essa razão, um maior preço de venda, pois afirmam oferecer um pacote superior.

Na saúde suplementar, o *trade off* custo x qualidade se torna uma questão ainda mais delicada, pois a evolução da área depende de garantia da qualidade no que se pratica e de

investimentos em novos processos e equipamentos, e esses fatores geram gastos. É precipitado, contudo, considerar a substituição de técnicas, processos e equipamentos como um fator que aumenta o custo; de fato, o que se observa é que quanto melhor a tecnologia, melhores são os atributos ofertados e a humanização no tratamento, menor tende a ser o tempo de internação do paciente, mais curtos se tornam os tratamentos, menores doses de medicamento são administradas e, conseqüentemente, há redução nos custos totais.

Na operadora, há questões que são observadas nas decisões de investimentos: se aquela aquisição atenderá um item obrigatório no grupo de procedimentos ANS; se há aumento de demanda por esse equipamento nos últimos 12 meses; se há equipe com especialização no item em questão, e que a mesma seja capaz de garantir um tratamento humanizado aos usuários. No caso de procedimentos realizados por outras operadoras, de outras cidades, a análise custo x qualidade ganha novas vertentes: quando se mantém um usuário fora de sua área de atuação, se tem o desconforto do deslocamento, e o custo com transporte e pagamento de serviços externos; a decisão de internalizar uma atividade, para esses casos, se relaciona tanto ao aumento do conforto do usuário, como a redução do custo mensal, o que rompe com o *trade off* esperado.

Outra consideração que se verificou na empresa, e que também se observa no setor industrial, é que quanto maior a qualidade oferecida, maior tende a ser a disposição dos usuários em pagarem. O preço cobrado para contratação dos serviços, tanto para pessoa física quanto para pessoa jurídica, é superior aquele praticado pelas outras 4 operadoras que atuam no raio de atuação da empresa; ainda assim, a empresa é líder na região, e tem o triplo de usuários das demais operadoras juntas. As barreiras à entrada de novas empresas no setor, e a própria dificuldade de remodelação das empresas presentes, construiu ainda um cenário que tornou o caso o determinante do preço de venda do mercado regional.

4.7 Síntese dos resultados obtidos

A síntese dos resultados deriva das conclusões das etapas de coleta e análise de dados. Questões como tamanho e o cenário de instabilidade das concorrentes propiciaram que a empresa atingisse a liderança do mercado na região em que atua; o crescimento de sua estrutura, em contraponto ao tamanho e os problemas administrativos e financeiros das concorrentes, lhe suportam uma condição de conforto no ambiente concorrencial; dadas as barreiras à entrada, em especial as garantias financeiras exigidas pela ANS, e a ampliação no

grupo de procedimentos previstos, é possível que a empresa mantenha sua posição nos próximos anos.

A intervenção da ANS e a insatisfação dos clientes são variáveis que podem ameaçar a posição de liderança; omissão de socorro, negação ou demora no atendimento são fatores que, se comprovados, causam proibição da comercialização de planos e penalizações financeiras por parte da ANS; a insatisfação dos usuários, seja com relação à qualidade, tempo de fila, seja com relação aos preços do plano, são razões para busca por outras opções de atendimento, como o particular. Esses motivos tornam relevante a contínua adequação estrutural e infraestrutural, e a preparação das equipes de linha de frente, preocupações essas que se constatou ao longo das análises. Entre outras considerações, pode-se destacar:

- a) há estrutura administrativa e hierárquica
- b) há reuniões periódicas;
- c) falta comunicação entre áreas gerais e operacionais, quanto às expectativas das atividades;
- d) parte da equipe que executa as operações também faz parte da linha de contato com os usuários;
- e) qualidade e atendimento humanizado são termos recorrentemente utilizados;
- f) executar as atividades de acordo com a legislação tem preocupações ligadas ao custo por não fazê-lo;
- g) as operações seguem o padrão exigido pela ANS;
- h) o atendimento pode ser considerado como uma sub-prioridade ou desdobramento da qualidade;
- i) mudanças por conta da qualidade afetam a prioridade custos, pois interferem na forma como são executadas as atividades e utilizados os recursos.

Há relação entre o que se verifica na síntese das prioridades e aquilo que se averiguou nas áreas estrutural e infraestrutural: a qualidade e o atendimento afetam, de forma direta ou indireta, a maior parte das decisões da empresa; a estratégia de operações em serviços de saúde, para a empresa em questão, se relaciona com as decisões da gestão empresarial e as obrigаторiedades da agência regulatória.

A averiguação causa-efeito permite afirmar que há alinhamento entre as prioridades competitivas explícitas e as mudanças estruturais e infraestruturais, ainda que se note direcionamento nas adequações às exigências legais, prioridade essa implícita ao negócio.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O intuito desse capítulo é sumarizar os principais resultados obtidos com a realização da pesquisa relatada neste trabalho. São retomados a questão e os objetivos, procurando-se avaliar em que medida foram ou não alcançados e, ainda, se os resultados são satisfatórios da perspectiva da questão que motivou a realização da pesquisa. Ao final do capítulo são contempladas algumas das principais limitações do estudo e são indicados alguns possíveis desdobramentos e trabalhos futuros no tema abordado.

A pesquisa foi toda orientada para a realização de um estudo de caso em uma empresa operadora de planos de saúde com a finalidade de se identificar sua estratégia de operações. Isto foi alcançado fazendo-se, inicialmente, uma discussão da teoria sobre estratégia de operações e também das especificidades do setor de serviços de saúde, com a apresentação das principais características das operadoras de planos de saúde. Em seguida foi possível realizar propriamente o estudo de caso, identificando-se e analisando-se na empresa escolhida as prioridades competitivas de produção e as mudanças nas áreas de decisão estruturais e infraestruturais. Procurou-se ainda verificar a forma como as decisões afetam a forma de se executar as operações.

5.1 Respostas aos objetivos e questão de pesquisa

A questão que norteou o desenvolvimento do trabalho diz respeito às principais características da estratégia de operações de uma empresa do setor de saúde suplementar. Consideradas preliminarmente as características gerais do setor de serviços na área de saúde suplementar, pôde-se identificar nesta pesquisa algumas das principais características da estratégia de operações adotada pela empresa estudada.

Resumidamente, quanto ao contexto do setor em que a empresa atua e quanto a sua própria estratégia competitiva, foi possível identificar que:

- a) as barreiras à entrada e saída do mercado enfraqueceram as concorrentes, e fortaleceram a empresa estudada (líder na região que atua);
- b) a empresa estipula os preços de mercado pelo enfraquecimento das concorrentes;
- c) características como personalização não são vistos como prioridade, e sim como item obrigatório.

Quanto ao conteúdo da estratégia de operações da empresa analisada, foi possível identificar que:

- a) as prioridades competitivas da empresa são a qualidade e o atendimento;
- b) o desafio da empresa é adequar periodicamente a capacidade e o tipo de atendimento para cumprimento das exigências das agências reguladoras;
- c) a busca por reconhecimento externo, pela certificação, e a estruturação de equipes para atendimento a públicos específicos são programas que vêm sendo implementados.

Foi possível ainda identificar, quanto aos processos de planejamento e tomada de decisões que:

- a) as decisões são centralizadas e tomadas por um pequeno grupo de diretores e gerentes;
- b) as pessoas nas áreas de operações executam as atividades e pouco contato têm com os processos de planejamento estratégico e de tomada de decisões estratégicas.

No entendimento de que os objetivos norteiam a pesquisa e que, de acordo com os dados obtidos, pode-se ou não alcançá-los, é possível afirmar que, no se refere à proposta inicialmente formulada identificar e analisar a estratégia de operação de uma operadora de plano de saúde situada no Estado de São Paulo, o trabalho obteve êxito. Ao longo do processo de pesquisa, foi possível descrever o ambiente competitivo da empresa analisada, destacar os principais serviços e operações praticadas, analisar documentos e verificar como as prioridades competitivas afetam as decisões estruturais e infraestruturais.

A empresa mantém uma ampla equipe de linha de frente, e esta é responsável por garantir a qualidade dos serviços prestados. O direcionamento das atividades, somado à estrutura e infraestrutura também aponta para a humanização dos processos e o atendimento aos requisitos da ANS.

Com relação aos objetivos específicos, pode-se afirmar que, naquilo que se refere à identificação das prioridades competitivas de produção, foram identificadas as prioridades qualidade e aperfeiçoamento do atendimento. Com relação à identificação das mudanças principais nas áreas de decisão das operações, a empresa despense esforços no sentido de alcançar reconhecimento externo através de certificação e de promover a adequação do espaço físico e o cumprimento das regras impostas pela ANS. E quanto à identificação da estratégia competitiva adotada, a empresa atua no sentido de diferenciar seus “pacotes” de serviço, com personificações de acordo com as necessidades dos usuários.

Com relação às proposições, acerca do alinhamento entre decisões de operação e o posicionamento no mercado, se comprovou que as decisões relacionadas à estrutura e

infraestrutura, em especial no que tange às tecnologias, adequação da capacidade de demanda, planejamento, formação de equipes específicas para relacionamento com o cliente são ligadas aos fatores considerados críticos para competição, a qualidade e atendimento. A qualidade é a principal a prioridade competitiva que norteia as ações da empresa.

A dispersão das unidades de atendimento no raio de atuação da empresa, a ampliação das instalações e das atividades no hospital próprio (que propiciaram maior conforto e disponibilidade de leitos e de serviços aos usuários), os sistemas integrados e a melhoria nas informações, são alterações que modificaram a rotina na empresa; contudo, não se levou em conta questões como problemas de acesso para portadores de deficiência e idosos nas instalações administrativas. É possível concluir que, em termos de estrutura, a empresa caminha para o alinhamento da prioridade competitiva em qualidade e em atendimento com a estratégia de operações, mas ainda há ajustes necessários, principalmente no que tange aos detalhes de acessibilidade, para que se atinja plenamente tal alinhamento.

Mudanças e adequações infraestruturais também se voltaram para a intensificação da qualidade: estruturação da equipe, programa de acreditação hospitalar, certificação ONA, reuniões mensais para apresentação das ações de melhoria contínua e dos indicadores de desempenho; tal prioridade competitiva afetou diretamente a forma como se dão as operações da operadora. Pesquisa e gestão da empresa têm muito a caminhar para identificar e resolver problemas e possibilidades de melhoria para a formação de uma estratégia de operações robusta.

5.2 Limitações e trabalhos futuros

Este trabalho contém limitações de caráter técnico e metodológico que restringem a amplitude dos resultados. A análise foi feita a partir do estudo do caso específico de uma operadora, e não se pode generalizar os resultados obtidos e suas possíveis implicações, seja para outras empresas da região em que a empresa estudada está localizada, seja para empresas do setor de saúde suplementar que atuam no Estado de São Paulo ou no Brasil.

Outra limitação do trabalho relaciona-se à imersão pouco aprofundada na discussão teórica sobre estratégias competitivas e na própria análise – que poderia ser mais detalhada – da estratégia competitiva da empresa estudada. Não se analisou com profundidade o mercado em que a empresa se situa, nem a forma de atuação da concorrência. Ainda que esse não fosse o foco central do trabalho, o exame mais detalhado da estratégia competitiva poderia trazer maior robustez aos resultados dadas as inter-relações com a estratégia de produção.

Houve também limitações de acesso a informações da empresa: dados secundários que foram considerados pouco confiáveis, que foram descartados, e informações consideradas sigilosas e que não foram contempladas nas análises das estratégias.

Pode-se mencionar também que pelo foco do trabalho ser amplo, não foram detalhadas questões localizadas em níveis mais táticos ou operacional; uma análise com tal foco, em determinadas atividades, seria útil para o esclarecimento de como as mudanças tecnológicas e as prioridades competitivas podem alterar operações e processos específicos.

Como resultado da experiência adquirida com a realização deste trabalho e em função também das limitações encontradas, surgem possíveis desdobramentos da pesquisa. Algumas propostas para futuros trabalhos são:

- a) verificação regional/setorial da estratégia de operações em saúde suplementar, com a aplicação de um *survey* nas empresas do Estado de São Paulo;
- b) verificação da estratégia de operações nas empresas adjacentes à cadeia (laboratórios, clínicas de imagem);
- c) verificação do comportamento da estratégia de operações em uma empresa de serviços que tenha unidades prestadoras distintas;
- d) estudo comparativo entre estratégia de operações na indústria e nos serviços;
- e) estudo comparativo entre estratégias de operações de 2 serviços distintos;
- f) verificação regional/setorial da estratégia competitiva na saúde suplementar;
- g) verificação da estratégia competitiva nas empresas adjacentes à cadeia da saúde suplementar.

Pode-se afirmar que o tema estratégia de operações em empresas operadoras de planos de saúde é bastante relevante e atual e pode ser desdobrado em ampla agenda de pesquisa na área de planejamento estratégico e estratégia de operações.

REFERÊNCIAS

- ABBAS, K. **Gestão de Custos em Organizações Hospitalares**. 2001. 155 f. Dissertação (Mestrado em Engenharia de Produção) – Programa de Pós Graduação em Engenharia de Produção, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2001. Disponível em: < <http://www.gea.org.br/scf/ABC%20para%20hospitais.pdf>>. Acesso em: 30 mar. 2011.
- ABBAS, K.; POSSAMAI, O. Proposta de uma sistemática de alocação de recursos em ativos intangíveis para a maximização da percepção da qualidade em serviços. **Gestão e Produção**, São Carlos, v. 15, n. 3, p. 507-522, set.-dez. 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/gp/v15n3/06.pdf>>. Acesso em: 10 jun. 2013.
- ABBAS, K.; POSSAMAI, O.; LEONCINE, M. Proposta de identificação dos fatores relevantes que formam a qualidade percebida em serviços. In: Congresso Nacional de Engenharia de Produção - ENEGEP, 30, 2010, São Carlos. **Anais eletrônicos**. São Carlos: ABEPRO, 2010. Disponível em: < http://www.abepro.org.br/biblioteca/enegep2010_TN_STO_113_739_17310.pdf>. Acesso em: 10 jun. 2012.
- AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR. **Operadoras**. Rio de Janeiro, 2010. Disponível em: < <http://www.ans.org.br>>. Acesso em: 10 abr.2010.
- AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR. **Caderno de Informação de Saúde Suplementar**. Rio de Janeiro, mar. 2013. Disponível em: http://www.ans.gov.br/images/stories/Materiais_para_pesquisa/Perfil_setor/Caderno_informacao_saude_suplem_entar/2013_mes03_caderno_informacao.pdf. Acesso em: 15 mai 2013.
- ALMEIDA, L.; MIGUEL, P. A. C.; SILVA, M. T. Uma revisão da literatura sobre "servitização": bases para a proposição de um modelo conceitual de decisão. **Exacta**, São Paulo, v. 9, n. 3, p. 339-354, 2011. Disponível em: < <http://www.redalyc.org/pdf/810/81021140007.pdf>>. Acesso em: 26 nov. 2013.
- ALVES FILHO, A. G.; PIRES, S. R. I.; VANALLE, R. M. Sobre as prioridades competitivas da produção: compatibilidades e sequências de implementação. **Gestão e Produção**, São Carlos, v. 2, n. 2, p. 173-180, 1995. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/gp/v2n2/a05v2n2.pdf>>. Acesso em: 25 jun. 2013.
- ALVES, S. L. Eficiência das Operadoras de Planos de Saúde. **Revista Brasileira de Risco e Seguro**, Rio de Janeiro, v. 4, n. 8, p. 87-112, out. 2008. Disponível em: <<http://www.rbrs.com.br/paper/download/RBRS8-4%20Sandro%20Leal.pdf>>. Acesso em: 15 jul. 2013.
- ALVES, S. L. **Regulação, eficiência produtiva e qualidade das operadoras de planos de saúde no Brasil: uma análise das fronteiras eficientes**. IV prêmio SEAE. Brasília: Secretaria de Acompanhamento Econômico, 2009. Disponível em: < http://www.seae.fazenda.gov.br/conheca_seae/premio-seae/iv-premio/profissionais/monografia-1o-lugar-sandro-leal-alves-035p.pdf>. Acesso em: 15 jul. 2013.
- ANDREWS, K. R. O conceito de estratégia corporativa. In: MINTZBERG, H. et al. **O processo da estratégia: conceitos, contexto e casos selecionados**. 4. ed. Porto Alegre: Bookman, 2006, cap. 3.
- ARANDA, D. A. Service operations strategy, flexibility and performance in engineering consulting firms. **International Journal of Operations & Production Management**, v.23, n.11, p. 1.401-1.421, 2003.
- BARNEY, J. B. Firm resources and sustained competitive advantage. **Journal of Management**, v.17, n. 1, p. 99-120, 1991.
- BARNEY, J. B. Is the Resource-Based Theory a Useful Perspective for Strategic Management Research? Yes. **Academy of Management Review**, New York, v. 26, n. 1, p. 41-56, jan. 2001.
- BORGES, I. G. M; FERREIRA, L. N. **A Utilização do Balanced Scorecard - BSC como ferramenta de gestão em hospitais privados**. Artigo desenvolvido durante graduação em Ciências Contábeis, Universidade de Brasília, Brasília, 2006.

- BRYMAN, A. Barriers to integrating quantitative and qualitative research. **Journal of Mixed Methods Research**, v.1, n.8, 2007.
- COLLIS, D. J.; MONTGOMERY, C. A. Competing on resources. **Harvard Business Review**, Boston, v. 37, n. 4, p. 118-128, 1995.
- CORRÊA, H.L.; CAON, M. **Gestão de Serviços**: lucratividade por meio de operações e de satisfação dos clientes. 1 ed. São Paulo: Atlas, 2002. 479 p.
- CORREA, H. L.; GIANESI, I. G. **Administração estratégica de serviços, operações para a satisfação do cliente**. São Paulo: Atlas, 1994. 240 p.
- COUGHLAN, P; COUGHLAN, D. Action research for operations management. **International Journal of Operations & Production Management**, v.22, n.2, p. 220-240, 2002.
- DANGAYACH, G. S; DESHMUKH, S. G. Manufacturing strategy: literature review and some issues. **International Journal of Operations & Production Management**, v.21, n.7, p. 884-932, 2002.
- DEMO, P. **Metodologia do conhecimento científico**. São Paulo : Atlas, 2000, cap.7.
- FEDERAÇÃO DAS INDÚSTRIAS DO ESTADO DE SÃO PAULO. **Caderno humano**: departamento de ação regional. São Paulo, 2012. Disponível em: <<http://apps.fiesp.com.br/regional/DadosSocioEconomicos/InformacoesSetor.aspx?t=3>>. Acesso em: 1 nov. 2013.
- FERDOWS, K.; DE MEYER, A. Lasting improvements manufacturing performance: in search of a new theory. **Journal of Operations Management**, v. 9, n. 2, p. 168-194, 1990.
- FERNANDES, F. C. F.; GODINHO FILHO, M. Sistemas de coordenação de ordens: revisão, classificação, funcionamento e aplicabilidade. **Gestão e Produção**, São Carlos, v. 14, n. 2, p.337-352, mai.-ago. 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/gp/v14n2/10.pdf>>. Acesso em: 23 nov. 2013.
- FILA, S. B.; DROHOMERETSKI; E. Estratégia de operações: um modelo conceitual baseado nas áreas de decisão. In: Congresso Internacional de Administração – ADM 9, 2012, Ponta Grossa. **Anais eletrônicos**. Ponta Grossa: ADM, 2012. Disponível em: <<http://www.admpg.com.br/revista2012a/artigos/artigos/Producao/54-01340409003.pdf>>. Acesso em: 23 nov. 2013.
- FITZSIMMONS, J. A.; FITZSIMMONS, M. J. **Administração de serviços**: operações, estratégias e tecnologia da informação. 6. ed. Porto Alegre: Bookman, 2011. 584 p.
- FORZA, C. Survey research in operations management: a process-based perspective. **International Journal of Operations & Production Management**, v. 22, n. 2, p. 152-194, 2002.
- GARVIN, D. A. Manufacturing Strategy Planning. **California Management Review**, Berkeley, v. 34, n. 4, p. 85-106, sum. 1993.
- GADELHA, C. A. G. O complexo industrial da saúde e a necessidade de um enfoque dinâmico na economia da saúde. **Ciência & saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 2, p. 521-535, 2003. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v8n2/a15v08n2.pdf>>. Acesso em: 07 nov. 2012.
- GADELHA, C. A. G. Desenvolvimento, complexo industrial da saúde e política industrial. **Revista Saúde Pública**, v. 40, n. especial, p. 11-23, 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rsp/v40nspe/30617.pdf>>. Acesso em: 27 nov. 2012.
- GADELHA, C. A. G.; QUENTAL, C.; FIALHO, B. C. Saúde e inovação: uma abordagem sistêmica das indústrias da saúde. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 1, p. 47-59, jan-fev 2003. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v19n1/14904.pdf>>. Acesso em: 18 nov. 2012.
- GOMES, J.; SALAS, J. M. A. **Controle de gestão**: uma abordagem contextual e organizacional. 2 ed. São Paulo: Atlas, 1999. 192 p.

GRANT, R. M. The Resource-Based theory of competitive advantage: implications for strategy formulation. **California Management Review**, Berkeley, v. 33, n. 3, p. 114-135, 1991.

GUIMARÃES, R. Pesquisa em saúde no Brasil: contexto e desafios. **Revista Saúde Pública**, v. 40, n. especial, p. 3-10, 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.org/pdf/rsp/v40nspe/30616.pdf>>. Acesso em: 26 nov. 2012.

HAMEL, G.; PRAHALAD, C. K. A Competência Essencial da Corporação. In: MONTGOMERY, C. A.; PORTER, M.E. **Estratégia: a busca da vantagem competitiva**. Rio de Janeiro: Campus, 1999, p. 293-316.

HAYES, R. et al. **Produção, estratégia e tecnologia: em busca da vantagem competitiva**. 1 ed. Porto Alegre: Bookman Companhia, 2008. 384 p.

HAYES, R.; PISANO, G. Manufacturing strategy: at the intersection of two paradigm shifts. **Production and Operations Management**, v. 5, n. 1, p. 25-41, 1996.

HENDERSON, B. D. As Origens da Estratégia. In: MONTGOMERY, C. A.; PORTER, M.E. **Estratégia: a busca da vantagem competitiva**. Rio de Janeiro: Campus, 1999, p. 3-9.

HERZOG, L. T. **Aproximación a la ventaja competitiva a partir de recursos y capacidades**. 2000. Tese (Doutorado em Gestão) - Programa de Gestión Avanzada, Universidad de Deusto, Bilbao – Espanha, 2000.

IANSENTI, M.; CLARK, K. B. Integration and Dynamic Capability: Evidence from Product Development in Automobiles and Mainframe Computers. **Industrial and Corporate Change**, v. 3, n. 3, p. 557–605, 1994.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Pesquisa nacional por amostra de domicílios 2011 (PNAD2011)**. Brasília, 2011. Disponível em: <ftp://ftp.ibge.gov.br/Trabalho_e_Rendimento/Pesquisa_Nacional_por_Amostra_de_Domicilios_anual/2011/tablas_pdf/sintese_ind_4_1_9.pdf>. Acesso em 01 jun. 2013.

KRETZER, J.; MENEZES, E. A. A importância da visão baseada em recursos na explicação da vantagem competitiva. *Revista de Economia Mackenzie*, v. 4, n. 4, p. 63-87, 2006. Disponível em: <http://editorarevistas.mackenzie.br/index.php/rem/article/view/790>. Acesso em: 31 mai. 2013.

LEMONS, M. L. F.; ROSA, S. E. S.; TAVARES, M. M. **BNDES 50 anos – histórias setoriais: os setores de comércio e de serviço**. Brasília: BNDES, 2002. Disponível em: <http://www.bndes.gov.br/SiteBNDES/export/sites/default/bndes_pt/Galerias/Arquivos/conhecimento/livro_setorial/setorial07.pdf>. Acesso em: 03 jun. 2013.

MACÊDO, D. G.; LOPES JÚNIOR, E. P.; CAPELO JÚNIOR, E.; et al. Determinação do Custo Assistencial em Planos de Saúde Através de Simulação. In: Congresso Nacional de Engenharia de Produção - ENEGEP, 27, 2007, Fox do Iguazú. **Anais eletrônicos**. Fox do Iguazú: ABEPRO, 2007. Disponível em: <http://www.abepro.org.br/biblioteca/ENEGEP2007_TR590445_0022.pdf>. Acesso em: 17 abr. 2009>.

MAGALHÃES, G. F. Planos de assistência médica privada já contam com 44 milhões de beneficiários. **Caderno de Informação da Saúde Suplementar**. São Paulo, set. 2010.

MAIA, J. L. **Alinhamento entre a estratégia de operações e a gestão estratégica da logística: estudos de caso no setor automotivo**. 2006. 230 f. Dissertação (Mestrado em Engenharia de Produção) – Programa de Pós Graduação em Engenharia de Produção, Universidade Federal de São Carlos, São Carlos, 2006. Disponível em: <http://www.btd.ufscar.br/htdocs/tedeSimplificado//tde_busca/arquivo.php?codArquivo=3575>. Acesso em: 30 out. 2013.

MAIA, J. L.; CERRA, A. L.; ALVES FILHO, A. G. Inter-relações entre estratégia de operações e gestão da cadeia de suprimentos: estudos de caso no segmento de motores para automóveis. **Gestão e Produção**, São Carlos, v. 12, n. 3, p.377-391, set.-dez. 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/gp/v12n3/28026.pdf>>. Acesso em: 23 fev. 2012.

MATTOS, R. A. Um pouco de história. **Estratégia: a Construção do Futuro**. 2005. Disponível em: <http://www.emco.com.br/home_1280.htm>. Acesso em 08 out. 2010.

MARTINS, R. A. Princípios da pesquisa científica. In: MIGUEL, P. A. C. (org.). **Metodologia de pesquisa em engenharia de produção e gestão de operações**. Rio de Janeiro: Elsevier, 2010, p.5-29.

MARTINS, R. A. Abordagens quantitativa e qualitativa. In: MIGUEL, P. A. C. (org.). **Metodologia de pesquisa em engenharia de produção e gestão de operações**. Rio de Janeiro: Elsevier, 2010, p.45-61.

MIGUEL, P. A. C. Estudo de caso na engenharia de produção: estruturação e recomendações para sua condução. **Produção**, v. 17, n. 1, p. 216-229, Jan./Abr. 2007. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-65132007000100015&script=sci_arttext. Acesso em: 10. Jun. 2012.

MIGUEL, P. A. C.; HO, L. L. Levantamento tipo survey. In: MIGUEL, P. A.C (org.). **Metodologia de pesquisa em engenharia de produção e gestão de operações**. Rio de Janeiro: Elsevier, 2010, p.73-99.

MIGUEL, P. A. C; SOUSA, R. Adoção do estudo de caso na engenharia de produção. In: MIGUEL, P. A. C (org.). **Metodologia de pesquisa em engenharia de produção e gestão de operações**. Rio de Janeiro: Elsevier, 2010, p.129-143.

MINTZBERG, H. et al. **O processo da estratégia: conceitos, contexto e casos selecionados**. 4. ed. Porto Alegre: Bookman, 2006. 496 p.

MORABITO, R.; PUREZA, V. Modelagem e simulação. In: MIGUEL, P. A.C (org.). **Metodologia de pesquisa em engenharia de produção e gestão de operações**. Rio de Janeiro: Elsevier, 2010, p.165-194.

MOZZATO, A. R.; GRZYBOVSKI, D. Análise de conteúdo como técnica de análise de dados qualitativos no campo da administração: potencial e desafios. **RAC**, Curitiba, v. 15, n. 4, p. 731-747, jul.-ago. 2011. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/rac/v15n4/a10v15n4.pdf>>. Acesso em: 31 jul. 2012.

NAKANO, D. Métodos de pesquisa adotados na engenharia de produção e gestão de operações. In: MIGUEL, P. A. C. (org.). **Metodologia de pesquisa em engenharia de produção e gestão de operações**. Rio de Janeiro: Elsevier, 2010, p. 63-72.

NEELY, A. The performance measurement revolution: why now and what next? **International Journal of Operations and Production Management**, v.19, n.2, 1999, p. 205-228.

OHMAE, K. Voltando à Estratégia. In: MONTGOMERY, C. A; PORTER, M.E. **Estratégia – A Busca da Vantagem Competitiva**. Rio de Janeiro: Campus, 1999, p. 67-81.

PAVITT, K. What we know about the strategic management of technology. **California Management Review**, Berkeley, v. 32, n. 2, 1990.

PEDROSO, M. C.; MALIK, A. M. As quatro dimensões competitivas da saúde. **Harvard Business Review**, Brasil, v. 89, n.3, p. 54-63, 2011.

PIERONI, J. P.; REIS, C.; SOUZA, J. O. B. A indústria de equipamentos e materiais médicos, hospitalares e odontológicos: uma proposta de atuação do BNDES. **BNDES Setorial**, v. 31, p. 185-226, 2010. Disponível em: <http://www.bndes.gov.br/SiteBNDES/export/sites/default/bndes_pt/Galerias/Arquivos/conhecimento/bnset/set3105.pdf>. Acesso em: 30 nov. 2012.

PORTER, M.E. How competitive forces shape strategy. **Harvard Business Review**, March/April 1979

PORTER, M.E. **Competição: Estratégias Competitivas Essenciais**. Rio de Janeiro: Campus, 1999, cap. 1-2.

PORTER, M.E. **Estratégia Competitiva: técnicas para análise da indústria e da concorrência**. 2. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2004, p. 36-48. Disponível em: <<http://books.google.com.br/books?hl=pt-BR&lr=&id=SxvCKIh706gC&oi=fnd&pg=PR12&dq=estrat%C3%A9gias+competitivas+gen%C3%A9ricas+porter&ots=sU2PO63NBi&sig=niRNok51FRUQZLVjhNpxNOw309U#v=onepage&q=estrat%C3%A9gias%20competitivas%20gen%C3%A9ricas%20porter&f=false>>

PRAHALAD, C. K.; HAMEL, G. The Core Competence of the Corporation. **Harvard Business Review**, Boston, v. 68, n. 3, p. 79-91, may-jun 1990.

SANTOS, L. C. **Projeto e análise de processos de serviços**: avaliação de técnicas e aplicação em uma biblioteca. 2000. 110 f. Dissertação (Mestrado em Engenharia de Produção) – Programa de Pós Graduação em Engenharia de Produção, Universidade Federal de Santa Catarina – UFSC, Florianópolis, 2000. Disponível em: <<http://www.lgti.ufsc.br/public/luciano.pdf>>. Acesso em: 24 jan. 2013.

SANTOS, L. C. **Um modelo para formulação da estratégia de operações em serviços**. 2006. 319 f. Tese (Doutorado em Engenharia de Produção) – Programa de Pós Graduação em Engenharia de Produção, Universidade Federal de Santa Catarina – UFSC, Florianópolis, 2006. Disponível em: <<http://repositorio.ufsc.br/bitstream/handle/123456789/88593/237896.pdf?sequence=1>>. Acesso em: 24 jan. 2013.

SANTOS, L. C.; VARVAKIS, G.; GOHR, C. F. Por que a estratégia de operações de serviços deveria ser diferente? Em busca de um modelo conceitual. In: Congresso Nacional de Engenharia de Produção - ENEGEP, 24, 2004, Florianópolis. **Anais eletrônicos**. Florianópolis: ABEPRO, 2004. Disponível em: <http://www.abepro.org.br/biblioteca/ENEGEP2004_Enegep0703_1044.pdf>. Acesso em: 10 jun. 2011.

SANTOS, L. C.; GOHR, C. F.; VARVAKIS, G. Prioridades competitivas para a estratégia de operações de serviços: uma análise dos critérios de valor percebido de uma academia de ginástica. **Revista Produção Online**. Florianópolis, v.12, n. 1, p. 133-158, jan./mar. 2012. Disponível em: <www.anpad.org.br/enanpad/2006/dwn/enanpad2006-gola-0506.pdf>. Acesso em: 30 jun. 2013.

SANTOS, M.C.B.G.; PINHO, M. Estratégias tecnológicas em transformação: um estudo da indústria farmacêutica brasileira. **Gestão e Produção**, São Carlos, v. 19, n. 2, p. 405-418, 2012.

SERRA, F. A. R.; TORRES, M. C. S.; TORRES, A. P. **Administração Estratégica**: conceitos, roteiro prático e casos. Rio de Janeiro: Reichamn e Affonso Editores, 2004.

SILVA, A. A. Relação Entre Operadoras de Planos De Saúde e Prestadores de Serviços – Um Novo Relacionamento Estratégico. Porto Alegre: ANS, 2003. Disponível em: <http://www.ans.gov.br/portal/upload/biblioteca/TT_AR_6_AAlvesdaSilva_RelacaoOperadorasPlanos.pdf>. Acesso em: 24 jun. 2013.

SKINNER, W. Manufacturing : missing link incorporate strategy. **Harvard Business Review**, Boston, v. 47, n. 3, p. 136-145, 1969.

SLACK, N.; LEWIS, M. **Estratégia de Operações**. 2. ed. Porto Alegre: Bookman, 2009.528 p.

SUZIGAN, W.; ALBUQUERQUE, E. M. A interação entre universidades e empresas em perspectiva histórica no Brasil. In: SUZIGAN, W.; ALBUQUERQUE, E. M.; CARIO, S. A. F. **Em busca da inovação : interação universidade-empresa no Brasil**. Belo Horizonte: Autêntica, 2011.

SWEENEY, M. T. Towards a Unified Theory of Strategic Manufacturing Management. **International Journal of Operations & Production Management**, v. 11, n. 8, p.6 – 22, 1991.

TEECE, D. J.; PISANO, G.; SHUEN, A. Dynamic capabilities and strategic management. **Strategic Management Journal**, New York, v. 18, n. 7, p. 509-533. 1997.

TEIXEIRA, I.T.; ROMANO, A. L.; VALDES, E. E. Estratégias de operações no setor de serviços: o caso das cooperativas de saúde. In: Simpósio de Engenharia de Produção - SIMPEP, 18, 2011, Bauru. **Anais eletrônicos**. Bauru: SIMPEP, 2011.

TERENCE, A. C. F.; ESCRIVÃO FILHO, E. Abordagem quantitativa, qualitativa e a utilização da pesquisa-ação. In: Congresso Nacional de Engenharia de Produção - ENEGEP, 26, 2004, Fortaleza. **Anais eletrônicos**. Fortaleza: ABEPRO, 2006. Disponível em: <http://www.abepro.org.br/biblioteca/enegep2006_tr540368_8017.pdf>. Acesso em: 23 jun. 2012.

TONI, A.; TONCHIA, S. Strategic planning and firm's competencies: traditional approaches and new perspectives. **International Journal of Operations & Production Management**, v.23, n. 9, p. 947-976, 2003.

VOSS, C.; TSIKRIKTSIS, N.; FROHLICH, M. Case research in operations management. **International Journal of Operations & Production Management**, v.22, n.2, p. 195-219, 2002.

WERNERFELT, B. A resource-based view of the firm. **Strategic Management Journal**, New York, v. 5, n. 2, p. 171-180, 1984.

WHEELWRIGHT, S. C. Manufacturing Strategy: Defining the Missing Link. **Strategy Management Journal**, v. 5, p. 77-91, 1984.

WHEELWRIGHT, S. C.; HAYES, R. H. Competing through manufacturing. **Harvard Business Review**, Boston, v. 63, n. 1, p. 99-109, 1985. Disponível em: <<http://prof.usb.br/nbaquero/04%20-%20Competing%20Through%20Manufacturing%20-%20HBR.PDF>>. Acesso em: 25 jan. 2012.

YAMAGUCHI, M. M.; RUAS, M. C. Eficiência produtiva das operadoras de planos de saúde no Rio Grande do Sul, In: Encontro de Economia da Região Sul – ANPEC SUL, 16, 2013, Curitiba. **Anais Eletrônicos**. Curitiba: ANPEC SUL, 2013. Disponível em: <http://www.anpec.org.br/sul/2013/submissao/files_I/i7-6e4379afb81857b1f641a7a90f66cdf8.pdf>. Acesso em: 15 jul. 2013.

YIN, R. K. **Estudo de caso: planejamento e métodos**. 2. ed. Porto Alegre: Bookman, 2001. 212 p.

ZANON, C. J. **Alinhamento estratégico das operações: estudos de caso na interface com marketing**. 2011. 256 f. Tese (Doutorado em Engenharia de Produção) – Programa de Pós Graduação em Engenharia de Produção, Universidade Federal de São Carlos – UFSCAR, São Carlos, 2011. Disponível em: <http://www.btd.ufscar.br/htdocs/tedeSimplificado/tde_b_usca/arquivo.php?codArquivo=3930>. Acesso em: 12 nov. 2012.

ANEXO I

Questionário enviado por e-mail aos diretores da empresa:



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS – UFSCAR PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENGENHARIA DE PRODUÇÃO

Prezado entrevistado:

O objetivo dessa pesquisa é obter informações a respeito de Estratégia de Operações nas empresas que atuam na área de saúde; para isso, o foco está na identificação da forma como as prioridades estabelecidas pela diretoria, associadas a solicitações dos clientes, implicam em mudanças na estrutura e infraestrutura da empresa.

O foco da coleta está na percepção das estratégias, e o nome dos profissionais entrevistados, bem como da empresa, não serão divulgados nesse ou em próximos trabalhos realizados pela pesquisadora.

No roteiro apresentado a seguir, referente a sua empresa, você responderá:

- i) quais aspectos são prioritários;
- ii) apontará a evolução das prioridades competitivas ao longo do tempo;
- iii) descreverá as ações implementadas nos últimos 3 anos.

No caso de dúvidas ou maior detalhamento do trabalho, por favor entre em contato pelo e-mail isabelatteixeira@hotmail.com

Atenciosamente,

Isabela Tatiana Teixeira
Mestranda em Engenharia de Produção
(PPGEP – UFSCar)

1) Coloque em ordem de importância, os fatores que tem sido considerados prioritários pela empresa (1 é o mais importante, 9 menos importante).

- () disponibilidade e conveniência
- () personalização
- () custo
- () qualidade e confiabilidade
- () reputação
- () rapidez
- () consistência e competência
- () atendimento e comunicação
- () limpeza, estética e conforto e segurança

2) Prioridades Competitivas

Indique, utilizando as escalas abaixo, o grau de importância de cada dimensão competitiva para a sua empresa e o posicionamento de sua empresa em relação aos concorrentes.

	Importância p/ empresa
N ^{ro}	Significado
1	Muito importante
2	Importante
3	Importância média
4	Pouco importante
5	Não é importante

	Importância p/ Empresa	
	2010	2013
DIMENSÕES COMPETITIVAS		
Disponibilidade e conveniência		
Facilidade de acesso ao serviço		
Localização que facilite o encontro do cliente com o serviço		
Personalização		
Customização de serviço (capacidade de adaptação às necessidades dos clientes)		
Flexibilidade de volume (capacidade de responder a qualquer quantidade requerida)		
Custo		
Custo de produção do serviço (custo total do serviço vendido)		
Custos indiretos (administração, manutenção)		
Qualidade e confiabilidade		
Execução conforme expectativas do cliente		
Conformidade (serviços conforme especific. de projeto)		

Confiabilidade (controle nas falhas)		
Entregar o atendimento certo na quantidade certa e no prazo estipulado		
Reputação		
Preocupação da imagem da empresa com clientes e fornecedores		
Preocupação em esclarecer publicamente possíveis erros de atendimento		
Rapidez		
Tempo de espera para atendimento (tempo até a realização do pedido)		
Consistência e competência		
Ausência de variações entre o serviço solicitado e aquele entregue		
Capacidade da empresa prestar o serviço		
Atendimento e comunicação		
Resolução de problemas do cliente		
Atenção e simpatia dos funcionários		
Precisão nas informações passadas ao cliente/usuário		
Limpeza, estética, conforto e segurança		
Limpeza e esterilização		
Ambiente confortável e seguro		

3) Quais as principais ações implementadas pela empresa, nos últimos 3 anos, no que diz respeito a (Cite resumidamente a evidência referente a cada grupo de ações):

1. Capacidade das instalações:

2. Serviços prestados:

3. Qualidade:

4. Planejamento da operação (relatórios de gestão, orçamento, reuniões):

5. Funcionários:

6. Relacionamento com clientes:

ANEXO II

DADOS GERAIS DA EMPRESA

Quais os principais serviços prestados?

--

Quais as características desses serviços?

--

Quais os diferenciais desses serviços?

--

Quais as principais ameaças que sua empresa enfrenta? (concorrentes, ANS)?

--

Em sua opinião, o que leva os clientes a optarem pela contratação dos serviços da sua empresa?

--

DADOS ESPECÍFICOS DA EMPRESA

Os serviços prestados são únicos, ou facilmente imitáveis?

--

Os serviços prestados são diferenciados por clientes?

--

Você considera que a organização foca em:

diferenciar os serviços
competir por preços
as duas opções anteriores

Há reuniões para discussão de novas oportunidades de negócio?

--

Quais os fundamentos que nortearam as estratégias de operações da empresa nos 3 últimos anos?

--

Existe alinhamento entre as decisões competitivas e a forma como a empresa opera suas atividades?

A empresa comunica decisões e mudanças estratégicas para os funcionários?

Quais operações da empresa são estratégicas para o negócio?

Quais operações da empresa são estratégicas para o negócio?

Há mudanças na operação por conta de mudanças nas prioridades de negócio?

De que forma a qualidade dos serviços interfere nas operações da empresa?

Como a reputação interfere nas operações da empresa?

Quais as providências que a empresa toma quando ocorre um erro no serviço?