

**PLANEJAMENTO ESTRATÉGICO FERRAMENTA FUNDAMENTAL
PARA MELHORIA DO DESEMPENHO DA ORGANIZAÇÃO**

1 INTRODUÇÃO

Planejamento estratégico é um processo dinâmico que envolve várias fases indo da declaração de valores, missão, visão, análise do ambiente (interno e externo), objetivos, ação programática e avaliação.

Philip Kotler (1975) refere que “Planejamento Estratégico é uma metodologia gerencial que permite estabelecer a direção a ser seguida pela Organização, visando maior grau de interação com o ambiente”. E, Russel Ackoff (1996) acrescenta que “o Plano Estratégico é pertinente à organização como um todo, enquanto que os Planos Táticos estão relacionados com as diversas áreas da organização”, e “Para operacionalizar os Planos Táticos, são preparados os Planos Operacionais, que orientam a alocação de recursos para cada área dos Planos Táticos” (ALDAY, 2000, p. 10, 11).

A Mútua identificou, como problema, assistência fragmentada, causadora da insustentabilidade da Operadora, assim como identificou a necessidade de elaborar planejamento estratégico para conciliar os seus objetivos com os dos *stakeholders*, visando a sustentabilidade de todos. Inicialmente, definiu a missão da empresa, e a segmentou como estratégia de nicho, de forma a atender as necessidades dos associados (posicionamento), sendo essa a principal função do serviço em saúde prestado pela Mútua. E, com isso, se destacou no mercado de Saúde Suplementar pelo diferencial de padrão de atendimento, sempre atenta à valorização das competências do seu time e às inovações tecnológicas. Seguiu na direção de sua visão em ser reconhecida como Excelência em Saúde Suplementar, e para avaliação do ambiente interno e externo optou pela utilização da análise SWOT.

A análise do ambiente externo focou no comportamento dos associados, no desenvolvimento tecnológico, na legislação e nas tendências socioeconômicas e culturais; e a do ambiente interno, nas forças e fraquezas dos profissionais da operadora, suas capacidades e habilidades, assim como na qualidade do comprometimento da equipe (Time), conforme Figura 1.

Figura 1 – O Triângulo Estratégico: as Estratégias



Fonte: Costa, EA: Gestão Estratégica da Empresa que Temos para Empresa que Queremos (adaptado conforme ANSOFF), 2016.

A estratégia adotada foi a Verticalização Ambulatorial, tendo por foco a assistência em saúde personalizada aos associados e por base o *check-up* anual, e demais programas de saúde (atenção primária integrada conforme perfil epidemiológico. A execução da estratégia passou

pelo desdobramento da estratégia de acordo com os objetivos em ações programáticas (plano operacional) e definição dos controles por meio de indicadores de desempenho, conforme a metodologia *Balanced Scorecard*.

1.1 Objetivo

Demonstrar a importância do Planejamento Estratégico, Operacional e Programação em Saúde em proporcionar a sustentabilidade dos associados (qualidade de vida em saúde), da Mútua dos Magistrados (controle dos custos) e dos demais *stakeholders*, por meio de pesquisa no sistema de gestão da empresa, prontuário eletrônico dos associados, e publicação da ANS, no período de 2006 a 2016.

Foi o planejamento estratégico eficaz no sentido de melhorar o desempenho organizacional?

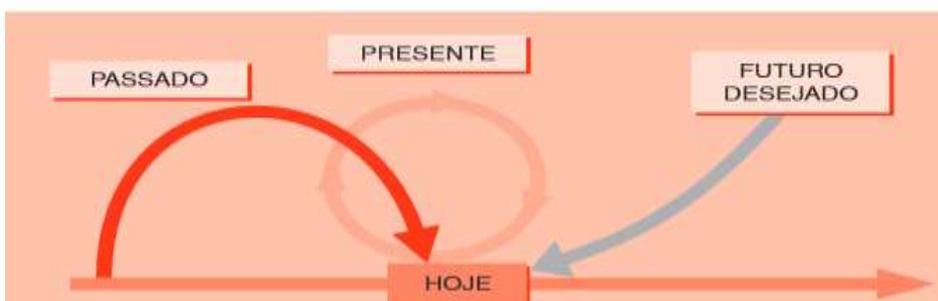
2 REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 Planejamento Estratégico

Neto e Malik (2016, p.116), referem que “De acordo com Ginter et al., gestão estratégica é o processo organizacional para identificar o futuro pretendido e desenvolver guias de decisão para alcançar esse futuro. O resultado do processo de planejamento estratégico é um plano ou estratégia”.

A estratégia tem função importante na utilização dos recursos financeiros, humanos e tecnológicos, pois é por meio dela que as ações voltadas para o futuro da empresa são traçadas, tendo por base seus objetivos e metas pré-estabelecidos. Nesse contexto, o planejamento estratégico é uma ferramenta utilizada pelas empresas bem-sucedidas (Figura 2).

Figura 2 – Atitude Estratégica: Olhar o Presente com os Olhos a partir do Futuro Desejado



Fonte: Costa, EA: Gestão Estratégica da Empresa que Temos para Empresa que Queremos, 2016.

Segundo Burmester e Aidar (2015, p. 10), para Porter “estratégia é a criação de uma posição única e valiosa, envolvendo um conjunto diferente de ações”. E “O termo planejar é adequado para a projeção de um conjunto de ações, com a finalidade de atingir um resultado claramente definido, quando há plena certeza em que as ações acontecerão e controle quase absoluto dos fatores que asseguram o sucesso no alcance dos resultados”.

Um planejamento para ter sucesso precisa levar em consideração a satisfação das necessidades de todos os envolvidos no processo (*stakeholders*), o que na área da saúde é

bastante desafiador, uma vez que os interesses, muitas vezes, entre pacientes, familiares, médicos, convênios, órgãos do governo, fornecedores, funcionários etc. são conflitantes, conforme figura 3.

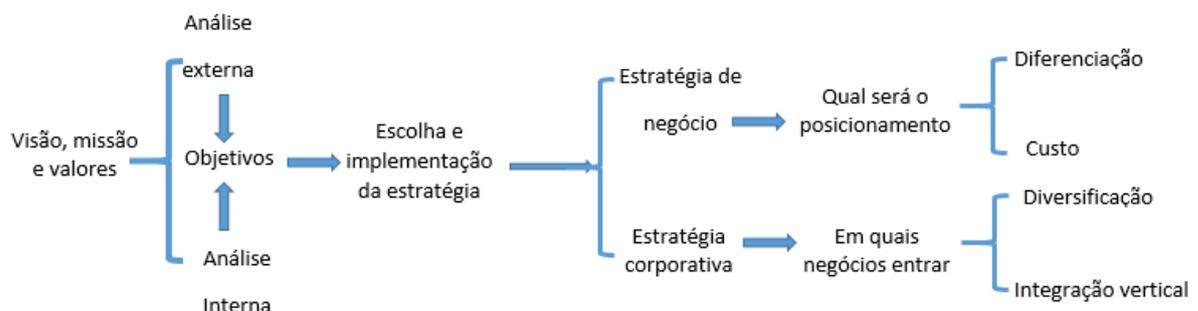
Figura 3 – A organização e seus *stakeholders*



Fonte: Burnester, H; Aidar MM; Série Gestão Estratégica de Saúde: Planejamento estratégico e competitividade na saúde, 2015.

Após identificação da assistência fragmentada sofrida pelos associados, a Mútua focou no ambiente externo, ou seja, no comportamento dos associados, no desenvolvimento tecnológico, na legislação e nas tendências socioeconômicas culturais; e no ambiente interno, nas forças e fraquezas dos profissionais da operadora, suas capacidades e habilidades, assim como na qualidade do comprometimento da equipe (Time). Definiu seus valores, missão, risco, objetivos e estratégia, objetivando a sustentabilidade de todos os envolvidos no processo da assistência.

Figura 4– Etapas para o planejamento estratégico



Fonte: Burnester, H; Aidar MM; Série Gestão Estratégica de Saúde: Planejamento estratégico e competitividade na saúde.

Para Burmester, Aidar (2015, p. 18), os objetivos estratégicos são traçados após a definição de sua visão, missão, valores (definições de longo prazo) e avaliação dos ambientes interno (pontos fortes e fracos) e externo (oportunidades e ameaças), e em sinergia com os valores

norteadores de condutas de seus profissionais e relacionamento com os clientes e demais *stakeholders*. Referem ainda, os autores, que “O objetivo é um estado futuro preciso e mensurável que uma empresa tenta atingir” (2015, p. 13). Acrescentando que

...para obter rentabilidade de longo prazo, é necessário ter clientes satisfeitos e fiéis. Clientes somente serão fidelizados se receberem um produto ou serviço de qualidade. Funcionários somente entregarão um bom serviço se forem capacitados e comprometidos com a organização. É dessa forma que devem ser compreendidos os objetivos nas diversas perspectivas do negócio.

A estratégia adotada foi a Verticalização Ambulatorial, tendo por foco a assistência em saúde personalizada aos associados e com base no *check-up* anual. A execução da estratégia passou pelo desdobramento da estratégia, de acordo com os objetivos, em ações programáticas (plano operacional) e definição dos controles por meio de indicadores de desempenho conforme *Balanced Scorecard* (BSC), método proposto por Kaplan e Norton (2008), que valoriza o foco na execução – Execução Premium. Esse modelo de gestão estratégica envolve 6 estágios: desenvolvimento da estratégia; planejamento da estratégia (definição dos objetivos estratégicos); alinhamento da organização em Unidades de Negócios integradas e objetivando otimizar os resultados; planejamento das operações, conectando as atividades diárias com a estratégia a longo prazo; monitoramento e aprendizado, testes e adaptação, consistindo no controle da estratégia por meio de “um sistema de *feedback* contínuo capaz de assegurar o progresso dos resultados na direção dos objetivos e metas traçados” e, se necessário, adoção de ações corretivas (NETO; MALIK, 2016, p. 125).

2.2 Modelo SWOT

O modelo Swot avalia as forças (*Strengths*) e as fraquezas (*Weaknesses*) da organização à luz das oportunidades (*Opportunities*) e das ameaças (*Threats*) do seu ambiente externo. É importante processo da formação da estratégia, buscando adequar as capacidades internas com as possibilidades externas, pois a estratégia é vista como a união entre qualificações e oportunidades que posiciona uma empresa em seu ambiente. As forças macro ambientais em regra não estão sobre controle direto das organizações (BURMESTER; AIDAR, 2015, p. 26).

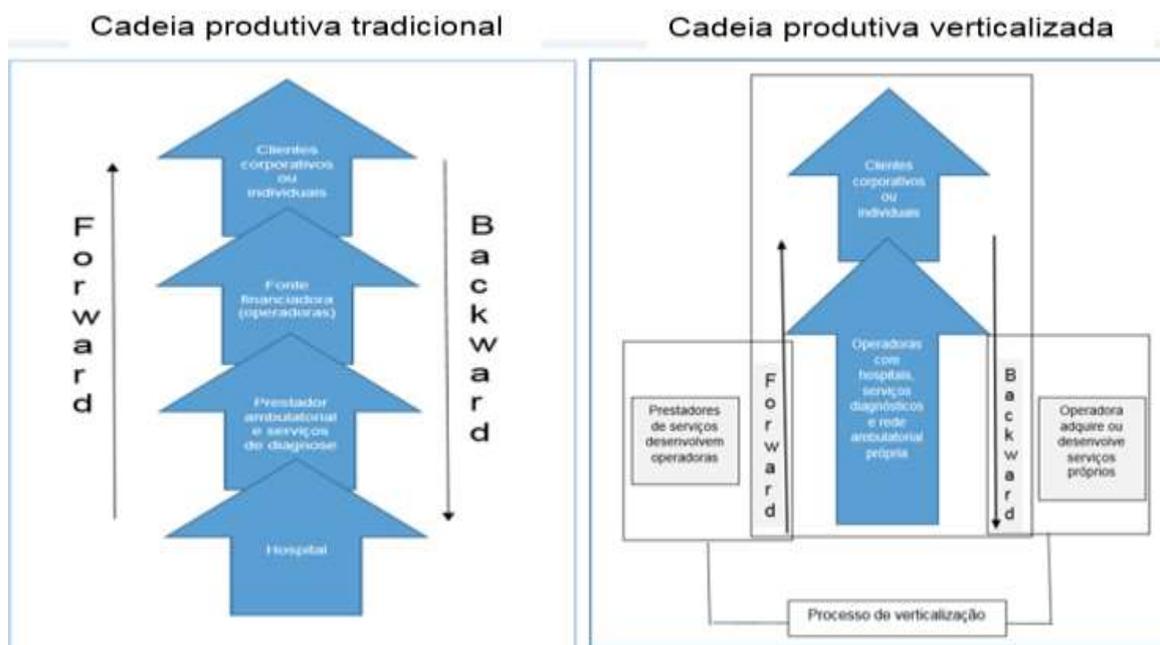
2.3 Estratégia adotada (verticalização ambulatorial com atenção integrada)

A integração vertical refere-se às etapas da cadeia de valores da empresa que adota a estratégia, uma vez que participa “da produção de insumos ou de prestação de serviços em mais etapas de sua cadeia, do início ao fim”. (BURMESTER; AIDAR, 2015, p. 98).

Segundo Ferreira, (2016, p. 24) a assistência médica encontra-se sobre crescentes pressões de custos, seguindo uma tendência mundial, nos âmbitos público e privado. A taxa de utilização dos serviços de saúde é alta, e a Associação Brasileira das Medicinas de Grupo ABRANGE, (2005) divulgou que seus 15,2 milhões de beneficiários realizam, em média, mais de seis consultas por ano, enquanto a Organização Mundial de Saúde preconiza, como faixa máxima, quatro por habitante por ano (ALBUQUERQUE, FLEURY, FLEURY, 2011, p. 45). O autor (2016, p. 24) refere que, no contexto de elevação dos custos, ZUCHI e FERRAZ (2010, p. 58, 59) sustentam que “Sistemas verticalizados que têm no ambulatório sua porta de entrada são, hoje, a forma adotada pelas operadoras, particularmente pela medicina de grupo, para controlar o sistema”. Acrescenta, ainda, que “Estudos mostram que 80% das pessoas que

procuram os serviços de urgência e emergência deveriam ser tratadas em serviços de atenção primária com a mesma eficiência e a um custo bem menor”, motivo pelo qual há um aumento na tendência das operadoras de investimento em recursos próprios (processo conhecido como verticalização), com a aquisição e/ou construção de hospitais, ambulatorios e centro de diagnósticos. Abaixo, esquema do modelo tradicional e da verticalização (Figura 6).

Figura 6: Modelos de Cadeia Produtiva Saúde Suplementar



Fonte: Albuquerque,GM; Fleury,MTL; Fleury AL. Integração Vertical nas Operadoras de Assistência Médica Privada: um estudo exploratório na região de São Paulo

Com relação ao grau de verticalização, Porter relata que existem três variantes, ou seja, a integração total (empresa controla toda a cadeia de suprimentos); a parcial (empresa produz apenas uma parte de suas necessidades e controla o resto); e a quase integração (empresa obtém as vantagens da integração, sem incorrer em seus custos com a criação de alianças interorganizacionais). A integração parcial é como se fosse uma redução da integral, isto é, a empresa se integra para frente ou para trás e continuará adquirindo o que for necessário do mercado externo, resultando em menor elevação dos custos fixos, porque a parcialização pode ser ajustada conforme o nível de risco que a empresa deseja assumir (ROMERO, *on line*, acesso em: 10 maio de 2016).

Estudo exploratório entre as maiores operadoras verticalizadas que atuam na região metropolitana de São Paulo, realizado por Albuquerque, Fleury, MTL e Fleury, AL (2010, p. 9), mostrou que os principais motivadores e benefícios da verticalização foram maior controle dos custos de produção, garantia ou melhoria da qualidade dos serviços prestados e economia de escala.

Os fatores relevantes para uma verticalização são: tamanho da carteira, capacidade de direcionar a clientela aos serviços próprios, capacidade de investimento, gestão profissional; e situação do mercado. Ramos (2011 p. 24) sustenta que uma operadora precisa ter uma carteira muito grande para ter sucesso no empreendimento de verticalização; as autogestões tem se apresentado como entrave, em razão do hábito na utilização de livre escolha (cultura e

costumes); o processo precisa de gestão profissionalizada (“expertise na gestão de hospital, clínica ou laboratório) e pôr fim a situação de mercado aponta ser a verticalização uma boa alternativa, desde que aplicada com cuidado, com base e muito profissionalismo.

Segundo Ferreira (2016, p.32), o resultado obtido pela Mútua dos Magistrados, Operadora de Saúde, modalidade de autogestão, pequeno porte, demonstrou que o fator crítico a ser considerado no seu desempenho assistencial econômico-financeiro foi a verticalização ambulatorial (estratégia de gestão) com gestão profissionalizada, e não o seu porte, o que não vai ao encontro do sustentado por Ramos.

2.3.1 Programação em Saúde: atenção primária integrada

É consenso mundial que a promoção à saúde e a prevenção de doenças são as únicas maneiras de proporcionar qualidade de vida aos clientes (pacientes), com equilíbrio na utilização dos recursos financeiros disponíveis (Relatório de Gestão – 2011 – Unimed São José dos Campos, *on-line*, acesso em: 10 de maio de 2016).

Balzan (2011, p.5,6) refere que as operadoras de saúde deveriam se comportar como gestoras da Saúde, os prestadores como produtores de cuidados e os beneficiários, desenvolver a consciência sanitária. Porém, a falta de conhecimento da epidemiologia dos atendimentos ambulatoriais torna difícil a mensuração das necessidades de internação e demanda para utilização dos vários níveis de assistência no sistema de Saúde.

De acordo com Porter e Teisberg (2007, p.155), os modelos de unidades de prática integrada são centrados no paciente e dirigidas por resultados e, não, nos procedimentos ou no médico; o atendimento é prestado por uma equipe, e a unidade “gerencia as informações, integra as decisões e assegura a continuidade dos repasses”.

A verticalização, favorece a ampliação dos programas de promoção de saúde, de prevenção de moléstias e de acompanhamento de casos crônicos, contribuindo para estabilizar os índices de sinistralidade. Porém, um fator que, por muitos anos, desestimulou investimentos em promoção de saúde e prevenção de doenças, caracterizadas por resultados de longo prazo, é a baixa de fidelização dos clientes. Em relação à terceira idade sabe-se que “o custo médico per capita dessa população com uma ou mais doenças crônicas é cinco vezes maior” (ALBUQUERQUE e FLEURY, 2011, p. 46).

Complementando a proposta de unidade prática integrada, Porter e Teisberg (2007, p.163 e 164), mencionam que medidas de resultados, avaliação das complicações, precisão de diagnóstico, registros em prontuário por longo período de tempo e *feedback* dos pacientes sobre a percepção do atendimento e resultados são passos e etapas que precisam ser seguidos para avaliação da estratégia de integração vertical. Acrescentam que o sucesso dos programas de prevenção depende do relacionamento com os clientes e médicos e, num sistema de confiança e parceria, os clientes ajudam no gerenciamento da sua saúde ao fornecer as informações necessárias. A estratégia se consolida à medida que as empresas mensurem o valor e os resultados na saúde, e não simplesmente os custos de curto prazo dos seus programas de benefício-saúde. “O valor ao paciente é a bússola que deve forçosamente guiar a estratégia e as escolhas operacionais de todo grupo de prestadores, hospital, clínica e prática médica” (2007, 145). Dessa forma, “A principal meta deve ser a excelência no valor ao paciente” (2007, p. 144).

A discussão sobre a importância da promoção da saúde como componente da qualidade de vida foi iniciada em 1978 na União das Repúblicas Socialistas Soviéticas, e se estendeu

gradativamente aos demais países, inicialmente focando na saúde pública e posteriormente alcançando o setor privado. A questão enfrenta desafios em todo o mundo, tendo em vista a limitação do percentual do comprometimento do PIB com os cuidados em saúde (RABELLO, 2010, p. 109).

2.4 *Balanced Scorecard* (BSC): metodologia de avaliação de desempenho

Mais do que um sistema de medidas táticas e operacionais, o BSC é um sistema de gestão estratégica que deve ser desenvolvido em quatro passos: estabelecer visão e estratégia; comunicar e associar objetivos e medidas estratégicas; planejar e estabelecer metas e alinhar às estratégias e melhorar o *feedback* e o aprendizado estratégicos. (BURDMESTER, AIDAR, 2015, p. 148).

Para Kaplan e Norton (1997 p. 154), “O *Scorecard* descreve a visão de futuro da empresa para toda organização, criando aspirações compartilhadas”. Acrescentam, os autores, que a metodologia “cria um modelo holístico de estratégia, mostrando a todos os funcionários como podem contribuir para o sucesso organizacional”, dando “foco aos esforços de mudança”, uma vez que “os objetivos e medidas certas forem identificados, a implementação provavelmente será bem-sucedida”.

Muitos gestores analisam desempenho de suas organizações apenas com base nas tradicionais medidas financeiras, porém a compreensão de todas as medidas que se correlacionam e impactam o desempenho geral, não são totalmente compreendidas por essas medidas. Conforme *Balanced Scorecard*, esses sistemas contábeis de medição apontam apenas as ações passadas, mas não mostram nada sobre atividades e tendências futuras da empresa.

Rezende (2003, p. 105) refere que “A integração do *Scorecard* à estratégia da organização se dá por meio de instrumentos que evoluíram do enfoque de desempenho equilibrado: a utilização de perspectivas para acompanhar a criação de valor a partir de suas diversas fontes e origens”.

As quatro perspectivas principais do BSC são: financeira (liquidez e rentabilidade); do cliente (satisfação, fidelização, retenção e captação); dos processos internos (inovações, indicadores assistenciais) e do aprendizado e crescimento (habilidades dos funcionários e do sistema de informação, motivação, *empowerment* e alinhamento dos funcionários à estratégia da empresa), conforme Figura 5. Assim, o BSC consiste em equilibrar os objetivos de curto prazo (resultado financeiro) com os de longo prazo (performance e desempenho competitivo (BURMESTER; AIDAR, 2015, P. 148). Segundo os autores, no modelo Critérios de Excelência da Fundação Nacional da Qualidade (FNQ), são considerados resultados de sistema de trabalho, capacitação e desenvolvimento, qualidade de vida, incluindo ainda absenteísmo, rotatividade, clima organizacional, acidentes de trabalho, entre outros (2015, p. 159).

Figura 5: As Perspectivas do *Balanced Scorecard*.



Fonte: Burmester; Aidar. Planejamento Estratégico Competitivo-Saúde (Adaptado de Kaplan e Norton (1997)), 2015.

2.5 Comunicação empresarial

A comunicação empresarial deve funcionar como um todo e abranger a comunicação interna (*endomarketing*), institucional (contato com a mídia e ouvidoria) e de *marketing* (divulgação dos serviços e da marca), de forma planejada e integrada (TAVARES, 2010, p.13). A comunicação empresarial integrada é vista como estratégia e, para que isso ocorra, a participação e todos na organização é fundamental. Assim, o público interno toma conhecimento das ações institucionais e de *marketing*; os clientes ficam sabendo de ações internas e institucionais; e a sociedade em geral das ações internas, institucionais e do *marketing* da organização.

Para Coriolano-Marinus, Queiroga, Ruiz-Moreno, Lima (2014, p.1356), a comunicação pode ser entendida como prática social que advém da integração entre seres humanos, sendo relevante entre os profissionais de saúde, os pacientes e os *stakeholders*, pois objetivo humanizar a assistência, evitar ou minimizar as barreiras à comunicação, buscar o diálogo e divulgar os objetivos da Operadora e seus resultados (compartilhar informações).

Neto e Malik (2016, p. 212, 213) sustentam que “a perspectiva do cliente é o que interessa para organizações com foco no conceito de *marketing*. Acrescentam que

Para Deshpande e Webster (1989), conceito de *marketing* define uma cultura organizacional distinta, que coloca o consumidor no centro de seu pensamento estratégico e operacional. Além desse foco central, Wrenn (1997) destaca que todas as áreas devem integrar seus esforços no sentido de buscar meios pelos quais, à medida que satisfaz as necessidades de seus clientes, a organização atinja seus objetivos mais eficientemente.

Dessa forma, a gestão da comunicação da Mútua objetivou garantir que as informações sobre os objetivos traçados pelo planejamento estratégico; as ações estratégicas (programas de saúde) e seus resultados fossem transmitidas adequadamente, sem apresentação de “ruídos”, a todos os *stakeholders*, e teve como foco o atendimento às necessidades em saúde do associado; o aumento da visibilidade institucional e a conscientização de seus associados em relação à excelência do atendimento prestado; o fortalecimento dos pontos fortes e eliminação

dos pontos fracos, objetivando possibilitar comportamento sinérgico das áreas funcionais da organização, e direcionar a empresa para um crescimento sustentável

Os processos de decisão, necessidade sentida; descrição de busca de satisfação; escolha de serviços profissionais; comportamento de uso; sentimento após uso; *feedback*, satisfação ou não, e retroalimentação das informações, foram considerados no planejamento da comunicação e *marketing*.

Os canais de distribuição dos serviços, visando a comunicação permanente e continua adotados pela Mútua foram: Boletins Informativos (semanais, conforme decisão da Alta Administração); Informativo (trimestral); *Facebook* (página de conteúdo); ouvidoria, e-mail *marketing*.

4 METODOLOGIA

Jacobsen refere que Lakatos e Marconi (2009, pag. 22) apontam ciência como “uma sistematização de conhecimentos, um conjunto de proposições logicamente correlacionadas sobre o comportamento de certos fenômenos que se deseja estudar”.

A presente pesquisa é quanto aos métodos empregados, isto é, segundo a natureza dos dados, quantitativa e qualitativa; quanto à área de conhecimento, Ciências da Saúde e da Gestão; quanto aos objetivos, exploratória e descritiva; quanto à finalidade, pesquisa aplicada; quanto ao grau de controle das variáveis, não experimental e em relação ao delineamento, é pesquisa bibliográfica e documental (GIL, 2010, p. 26 a 29).

Quantitativa, uma vez que busca traduzir opiniões e informações em números, para que essas possam ser classificadas e analisadas (JACOBSON, 2009, pag. 63).

Jacobsen (2009, pag. 63) ensina que “Para Fialho, Otani e Souza (2007, pag. 39), este tipo de pesquisa caracteriza-se pelo “emprego da quantificação tanto no processo de coleta de dados quanto na utilização de técnicas estatísticas para o tratamento dos mesmos”.

Outro fator importante sobre a pesquisa quantitativa é a existência da precisão dos resultados, e a possibilidade de se estabelecer associações e relações de causalidade entre as variáveis estabelecidas pelo pesquisador, a partir dos dados quantitativos, que entram para a realização da pesquisa.

Qualitativa, uma vez que busca estabelecer uma relação dinâmica entre o mundo real e a subjetividade dos indivíduos entrevistados (os associados de uma organização).

Jacobsen ensina que para Roesch (2009, p. 64), este é o tipo de pesquisa para se fazer uma

[...] avaliação formativa, quando se trata de melhorar a efetividade de um programa, ou plano, ou mesmo quando é o caso de proposições de planos, ou seja, quando se trata de selecionar as metas de um programa e construir uma intervenção, mas não é adequada para avaliar resultados de programas ou planos.

É exploratória, porque tem como finalidade sondar determinado assunto, permitindo que se amplie o conhecimento sobre a questão em estudo, isto é, é usada para esclarecer certos aspectos que ajudam o pesquisador a detectar e mensurar problemas.

Ainda conforme Jacobsen (2009, pag. 67)

De acordo com Hair Jr. et al (2005, p.84), este tipo de pesquisa é especialmente interessante em empresas inovadoras, que passam a adotá-la com vistas a descobrir novas ideias e tecnologias que atendam às suas necessidades ou as do consumidor.

Para Gil (2010, p. 27)

As pesquisas exploratórias têm como propósito proporcionar maior familiaridade com o problema, com vistas a torná-lo mais explícito ou a construir hipóteses. Seu planejamento tende a ser bastante flexível, pois interessa considerar os mais variados aspectos relativos ao fato ou fenômeno estudado.

É descritiva, pois pretende descrever as características de uma população ou fenômeno. E “Para Cervo e Bervian (1983, pag. 55) a pesquisa descritiva é aquela que se limita a observar, registrar, analisar e correlacionar os fatos e fenômenos (variáveis) sem manipulá-los” (JACOBSEN, 2009, pag. 67).

É aplicada, uma vez que “pretende gerar conhecimentos visando à aplicação prática e que sejam dirigidos à solução de problemas específicos”, segundo Vergara (JACOBSEN, 2009, pag. 67).

5 RESULTADOS

O planejamento estratégico possibilitou a operadora Mútua alcançar os objetivos estabelecidos. As ações foram implementadas e os resultados medidos de acordo com as perspectivas propostas pela metodologia BSC.

5.1 Perspectiva dos Processos Internos

5.1.1 Redução das internações dos participantes dos Programas.

5.1.1.1 Internações gerais (*check-up*)

Os participantes do *check-up* apresentaram percentual de internação menor do que os não participantes, ou seja, média de 21% contra 79%, respectivamente, considerando o período 2012/2015, conforme Tabela 1.

Tabela 1: Comparativo percentual das internações gerais (não participantes X participantes – *check-up*).

Ano	Total de Internações	associados sem <i>check-up</i>	associados com <i>check-up</i>
2012	1008	76,20%	23,80%
2013	942	79,10%	20,90%
2014	1028	82,70%	17,30%
2015	1119	78,00%	22,00%

Fonte: Sistema de Gestão da Mútua

5.1.1.2 Internações por doença cardiovascular

Os participantes do programa, desde 2010, em razão do acompanhamento não internaram, exceto 1 em 2014. No período 2008 a 2015, a média da internação foi de 6,02% dos acompanhados contra 93,98% dos não acompanhados, demonstrando que o acompanhamento específico e integrado proporcionou melhor qualidade de vida em saúde, (Tabela 2).

Tabela 2 – Comparativo das Internações por Doença Cardiovascular (participantes X não participantes).

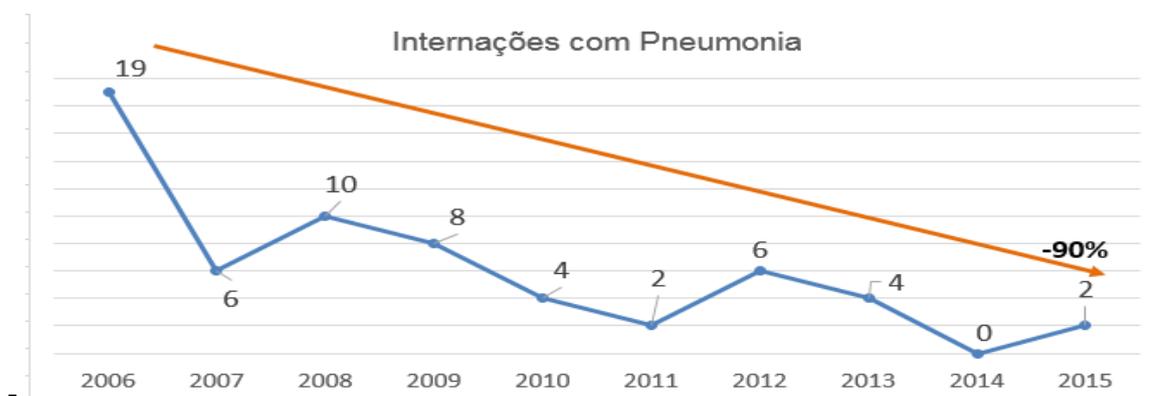
	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Associado atendidos no programa (DCV) n=	75	107	97	98	126	145	147	182
Total de internações por Doença Cardiovascular	54	46	48	37	30	32	23	29
Participantes internados	12	5	0	0	0	0	1	0
Não participantes internados	42	41	48	37	30	32	22	29

Fonte: Sistema de Gestão Mútua

5.1.1.3 Internações por pneumonia por pneumococo

Queda das internações por pneumonia comunitária (90%). A Cobertura vacinal contra pneumonia foi de 66,1% (população alvo: idade \geq 50 anos) no período (2006/2015), conforme Gráfico 1.

Gráfico 1 Internações por pneumonia

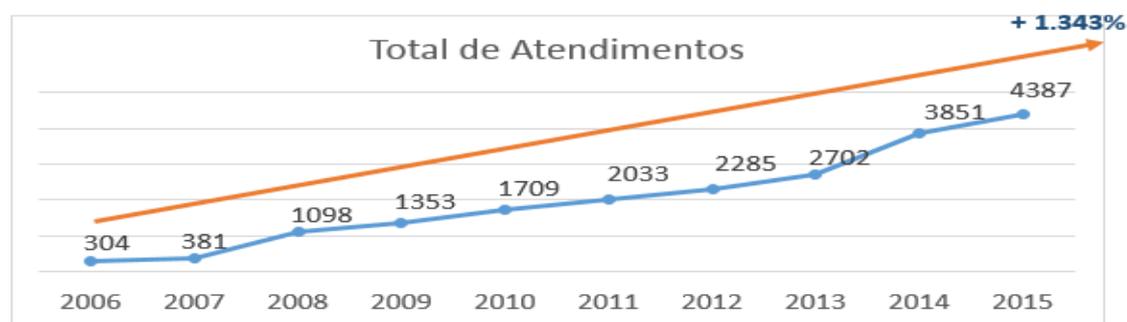


Fonte: Sistema de Gestão Mútua

5.1.2 Aumento na adesão e fidelização aos Programas

Aumento no atendimento em 1.343%, considerando todos os programas, foi verificado (Gráfico 2).

Gráfico 2 Adesões dos associados aos programas



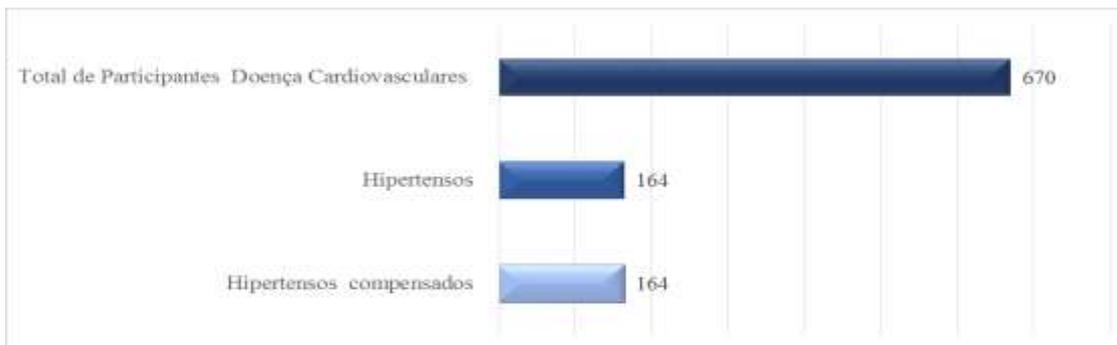
Fonte: Sistema de Gestão Mútua

5.1.3 Programas de Acompanhamento dos Portadores de Doenças Crônicas

5.1.3.1 Controle da hipertensão arterial

100% dos hipertensos participantes do programa, permaneceram com a pressão arterial compensada (Gráfico 3).

Gráfico 3 Hipertensos inscritos no programa de DCV

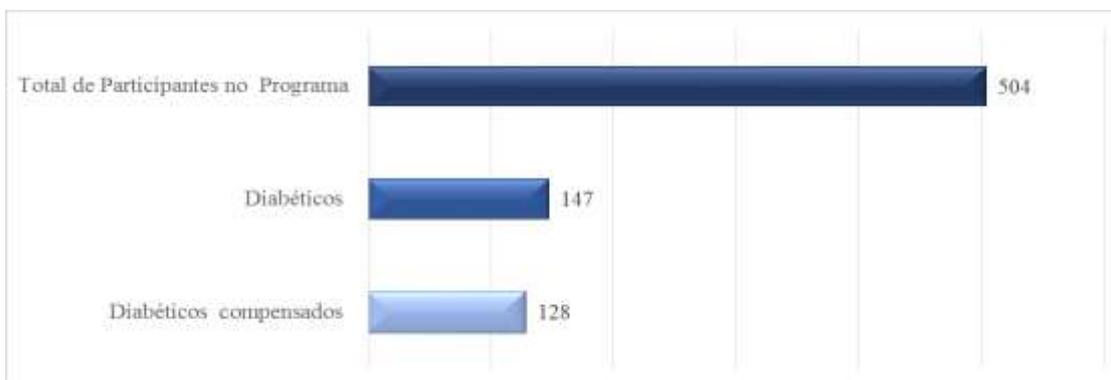


Fonte: Sistema de Gestão Mútua

5.1.3.2 Controle de Diabéticos *Mellitus*

Do total de diabéticos acompanhados no programa, 87,07% permaneceram compensados no período (2010 a 2015), conforme Gráfico 4.

Gráfico 4 – Diabéticos inscritos no programa de endocrinologia



Fonte: Sistema de Gestão Mútua

5.1.3.3 Programa de Nutrição (2013/2015)

Dos 467 associados com adesão inicial ao programa, 168 permaneceram aderidos após 6 meses e tiveram redução dos indicadores antropométricos. Estatística significativa ($p \leq 0,05$), exceto RCQ (Tabela 3).

Tabela 3 – Evolução antropométrica

Evolução Antropométrica (Teste de Student Pariado)							
N= 168	Avaliação Inicial		Avaliação Final (06 meses)		Diferença Média		Valor P
Variáveis	Média	Desvio padrão	Média	Desvio padrão	Diferença	Desvio padrão	
IMC	27,998	4,969	27,790	4,975	0,208	1,247	0,032
Peso	78,990	16,850	78,070	16,800	0,925	2,893	0,000
MGC	27,798	11,841	26,457	9,924	1,341	8,128	0,034
PGC	34,295	8,608	32,856	8,579	1,439	5,826	0,002
RCQ	1,468	6,794	0,935	0,068	0,533	6,793	0,311

Fonte: Sistema de Gestão Mútua. IMC (Índice de massa corporal); PGC (percentual de gordura corporal); RCQ (relação cintura quadril) e IGC (massa de gordura corporal)

O percentual de perdas de peso dos 168 associados participantes do programa por 6 meses foram: 47% dos participantes perderam peso, sendo que, destes, 32% até 5% de perda; 13%, entre 5% a 10% e apenas, 2%, obtiveram perda \geq 10% (Tabela 4).

Tabela 4 Percentual de perdas

Percentual de Perdas (Peso)				
Perdas	Associados (n168)	Percentual %	Idade Média	Desvio Padrão
\geq 10	4	2%	44,750	16,660
$>5 < 10$	22	13%	48,050	13,420
$>0 < 5$	55	32%	52,840	16,580
Sem perdas	87	51%	50,990	17,160

Fonte : Sistema de Gestão Mútua - Centro Diagnóstico e Tratamento

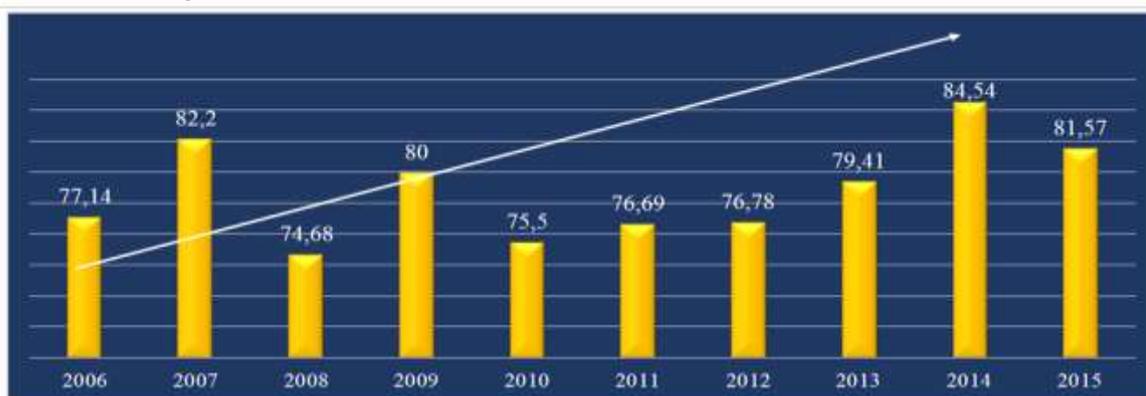
5.1.4 Aprovação de 12 programas pela ANS:

1. *Check-up* e Atenção Integral à Saúde;
2. Prevenção da Síndrome Metabólica na Infância e Adolescente;
3. Nutrição para Infância e Adolescência;
4. Nutrição para Adultos;
5. Acompanhamento de Portadores de Doenças Cardiovasculares;
6. Saúde do Homem;
7. Saúde da Mulher;
8. Integração Nutrição e Exercício Físico;
9. Prevenção de Câncer de Colo Uterino em Adolescentes;
10. Atenção e Acompanhamento Global do Idoso;
11. Prevenção de Câncer de Pele;
12. Prevenção Contra Pneumonia por Pneumococo.

5.1.5 Qualidade de vida e Longevidade dos associados

No início dos programas em 2006 a expectativa de vida dos associados era de 77,14 anos e, no período de 2014/2015, a expectativa média passou para 83 anos, valor acima da média nacional (74,9 anos).

Gráfico 5 – Expectativa de vida dos associados

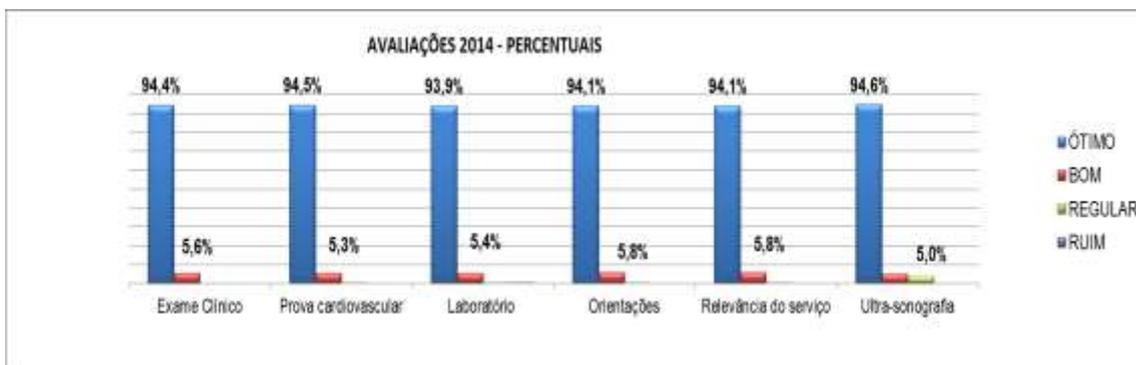


Fonte: Sistema de Gestão da Mútua

5.2 Perspectiva do Cliente

A Mútua alcançou os objetivos quanto ao atendimento às necessidades diagnósticas dos associados, conforme pesquisa de satisfação por meio de questionário respondido pelos participantes dos programas. Dos respondentes, 94% avaliaram a percepção de satisfação com os serviços prestados como ótima (Gráfico 6).

Gráfico 6 – Média da Avaliação de Satisfação dos Pacientes (n=1965)



Fonte: Sistema de Gestão Mútua

5.2.1 Comunicação Integrada

A evolução da Comunicação com os associados (2012 para 2015) mostrou aumento de 69,86% e 42,25%, respectivamente, para Informativo e recomendação de associados (comunicação boca a boca) conforme Tabela 5.

Tabela 5 - Tipos de comunicação

Tipos de Comunicação	2012 (n=374)	2013 (n=329)	2014 (n=377)	2015 (n=383)
Cartas	141	111	124	98
Telefone	64	52	36	34
Informativo	73	67	92	124
Recomendação de outros associados	47	46	76	67
Outros (e-mail marketing/facebook empresarial/ canal saúde / site)	49	53	49	60

n = Total de questionário respondidos

Fonte: Sistema de Gestão da Mútua

5.3 Perspectiva Financeira (sinistralidade; liquidez corrente; EBITDA, e reserva técnica)

5.3.1 Sinistralidade

Redução significativa da sinistralidade foi verificada nos participantes dos programas (Tabela 6).

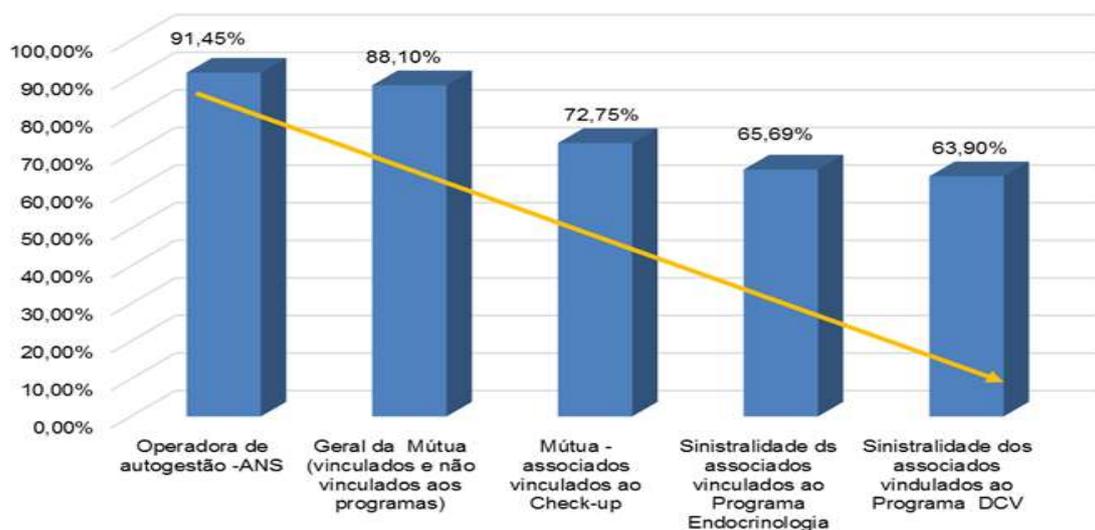
Tabela 6 – Comparação entre a sinistralidade Mútua (geral); participantes dos Programas e outras operadoras de autogestão (ANS).

	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Mútua Geral	98,16%	98,11%	88,60%	92,00%	89,00%	92,60%	97,91%	83,31%	88,31%	85,40%	83,08%	90,22%
Participantes nos Programas						80,40%	86,18%	81,84%	67,47%	59,84%	66,08%	67,48%
Outras Operadoras de Autogestão	90,50%	87,85%	83,10%	87,60%	91,60%	94,10%	89,10%	91,60%	93,90%	92,70%	90,95%	94,00%

Fonte: Caderno Prisma – ANS 2º trimestre de 2016 e Sistema de Gestão Mútua

Redução, também, verificada entre os participantes dos programas: *Check-up* (2009/2015, média 72,75%): DCV (média de 63,90%) e endocrinologia (média 65,69%) sinistralidade geral Mútua (média de 88,10%) e autogestões ANS (média de 91,45%) ambas, 2009/2015, conforme gráfico 7.

Gráfico 7 – Média da sinistralidade (2009/2015)



F

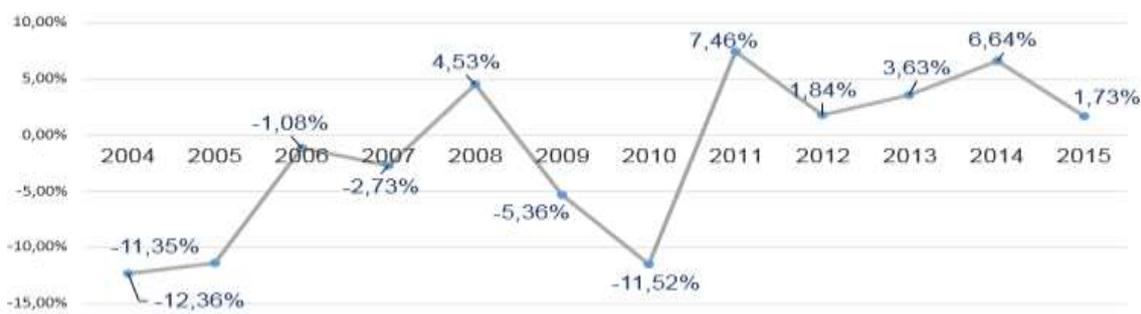
Fonte: Dados da Pesquisa, 2016. Publicação Anual da ANS (Caderno Prisma – 2º trimestre de 2015)

5.3.2 Liquidez Corrente; EBITDA e Reserva Técnica

Verificou-se liquidez corrente sustentável, ou seja, 8,43 (2012); 9,35 (2013); 9,16 (2014) e 7,74 (2015).

O EBITDA (lucro antes de juros, impostos depreciação e amortização), foi negativo em 2004/2005; tornou-se positivo a partir de 2007, exceto em 2010 (-11,52%), quando negativou em razão do aumento das despesas médicas ocasionado por um caso *outlier*. (Gráfico 8)

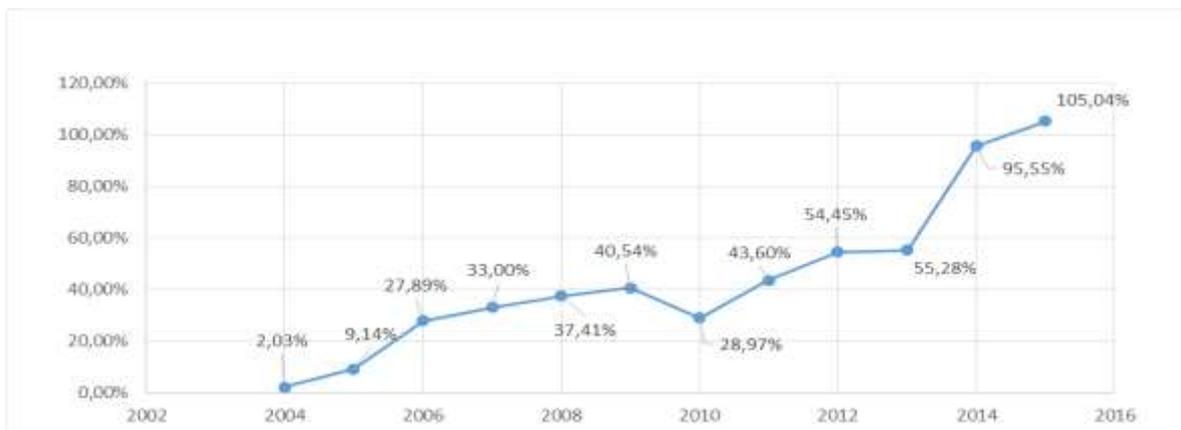
Gráfico 8 - Insustentabilidade antes da Verticalização Ambulatorial (2004/2005)



Fonte: Sistema de Gestão da Mútua

A reserva técnica apresentou aumento de 105,04% (2004/2015), conforme Gráfico 9. Aumento crescente ocorreu a partir de 2006 com o início da Verticalização Ambulatorial.

Gráfico 9 - Variação percentual da reserva técnica (2004/2015)



Fonte: Sistema de Gestão da Mútua

5.4 Perspectiva de Aprendizado e Crescimento

Verificou-se que a média de horas na capacitação dos colaboradores foi de 91,5h (Tabela 7)

Tabela 7 – Investimento na capacitação dos colaboradores

CAPACITAÇÃO				
ANO	CUSTO	HORAS	COLABORADOR	CUSTO/COLABORADOR
2012	R\$ 44.250,73	588	48	R\$ 921,89
2013	R\$ 15.779,73	378	52	R\$ 303,46
2014	R\$ 39.543,17	189	59	R\$ 670,22
2015	R\$ 30.017,99	612	58	R\$ 517,55

Fonte: Sistema de Gestão da Mútua

Houve baixa rotatividade (8,8%) e 90% dos estagiários foram admitidos após o término do estágio. Quanto a remuneração dos colaboradores, houve reajuste compatível com o mercado e, a dos prestadores de serviços ficou acima do mercado.

A Mútua apresentou 26 trabalhos em Congressos desde 2010, sendo Nacionais (19) e Internacionais (7); o artigo Gestão por Processos foi publicado na Revista Eletrônica do Consórcio Brasileiro de Acreditação (jun/2011); e recebeu duas premiações pelos trabalhos: Alterações Metabólica em Crianças e Adolescentes durante a Campanha de Rastreamento de Síndrome Metabólica – Congresso Brasileiro em Sistema de Saúde (CONBRASS – 2010) e Verticalização Ambulatorial: Gestão em Saúde, Prevenção de Doença e Sustentabilidade de Operadora de Saúde no Congresso Internacional de Qualidade em Serviço e Sistema de Saúde (Qualihosp mar/2017).

Quanto ao Índice de Desempenho de Saúde Suplementar (IDSS) obteve nota máxima (1) e Classificação de Risco foi apontada como Baixa, conforme Tabelas 8 e 9.

Tabela 8 - Índices de Monitoramento do Risco Assistencial (IDSS)

ANS Agência Nacional de Saúde Suplementar	
REGISTRO ANS:	418650
RAZÃO SOCIAL:	MÚTUA DOS MAGISTRADOS DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO
MUNICÍPIO:	RIO DE JANEIRO
UF:	RJ
MODALIDADE:	AUTOGESTÃO
Nº DE BENEFICIÁRIOS:	5.298
PORTE:	PEQUENO

PONTUAÇÃO DA OPERADORA

DIMENSÃO	NOTA
ASSISTENCIAL	0,9440
ATUARIAL	1,0000
ESTRUTURA E OPERAÇÃO	1,0000
INFORMAÇÃO	1,0000
RECLAMAÇÃO	1,0000
PONTUAÇÃO	0,9915
BONIFICAÇÃO PROMOPREV	0,0216
PONTUAÇÃO FINAL	1,000
STATUS	RISCO BAIXO

Fonte: Monitoramento do Risco Assistencial. Data da publicação: 2/3/2016. Período: dez/2015.

Tabela 9 Classificação de Risco Assistencial



REGISTRO ANS:	418650
RAZÃO SOCIAL:	MÚTUA DOS MAGISTRADOS DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO
MUNICÍPIO:	RIO DE JANEIRO
UF:	RJ
MODALIDADE:	AUTOGESTÃO
Nº DE BENEFICIÁRIOS:	5.298
PORTE:	PEQUENO

RESULTADO NO GRUPO

GRUPO:	MEDICINA HOSPITALAR
Nº DE OPERADORAS NO GRUPO:	858
POSIÇÃO NO RANKING DO GRUPO:	844 (*)

RESULTADO NO STATUS E NO GRUPO

STATUS:	RISCO BAIXO
Nº DE OPERADORAS NO STATUS:	632
POSIÇÃO NO RANKING DO STATUS:	623 (*)

(*) quanto MENOR a posição no ranking, MAIOR o Índice de RISCO ASSISTENCIAL

Fonte: Monitoramento do Risco Assistencial. Data da publicação: 2/3/2016. Período: dez/2015.

6 CONCLUSÃO

Concluimos que a administração estratégica iniciada, em 2006, com elaboração do planejamento estratégico possibilitou o diagnóstico do problema enfrentado pela Mútua (fragmentação da assistência). A utilização da matriz SWOT para avaliação do ambiente externo e interno foi fundamental para o referido diagnóstico. As ações implementadas (verticalização ambulatorial) e as avaliações posteriores, de acordo com os objetivos pré-estabelecidos, utilizando da metodologia *Balanced Scorecard*, possibilitou o monitoramento amplo em todas as perspectivas propostas BSC, facilitando o *feedback* e as correções programáticas necessárias.

Quanto à estratégia adotada, Verticalização Ambulatorial, esta, mostrou-se eficaz e eficiente, tendo em vista a satisfação do associado; a fidelização aos programas de saúde; a qualidade de

vida em saúde proporcionada aos associados (redução das internações e controle das comorbidades); os trabalhos científicos aprovados para a apresentação em Congressos (comprometimento e capacitação dos colaboradores) e a redução do custo (sustentabilidade da Mútua).

O planejamento estratégico refletiu a cadeia de valor da Mútua e a sua direção rumo à melhoria contínua, e foi a ferramenta que possibilitou a eficácia e eficiência do desempenho organizacional.

7 Referência Bibliográfica

AIDAR, MM; BURMESTER, HB (coord). Planejamento estratégico e competitividade na saúde. São Paulo: Saraiva, 2015.

ALBUQUERQUE, GM; FLEURY, MTL; FLEURY, AL. Integração vertical nas operadoras de assistência médica privada: um estudo exploratório na região de São Paulo. **Produção**, v. 21, n. 1, p. 39-52, jan. /mar. 2011.

ALDAY, HEC. O Planejamento Estratégico dentro do Conceito de Administração Estratégica. **Rev. FAE**, Curitiba, v. 3, n.2, p. 9-16, mai/ago, 2000.

AINSBURY, R; GRAYSON, D. **Business Critical: Understanding a Company's Current and Desired Stages of Corporative Responsibility Maturity.**

BALZAN, MV. O impacto do novo rol de procedimentos. **Revista do GVsaúde da FGV-EAESP**, número 11, p. 5-6, primeiro semestre de 2011.

BORBA, Valdir Ribeiro. **Estratégias e Plano de Marketing para Organizações de Saúde.** Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2009.

BRASIL. Agência Nacional de Saúde Suplementar. **Caderno de Informação de Saúde Suplementar Beneficiários, Operadoras e Planos**, Ano 10, n. 1 (mar.) 2016. Disponível em: <<http://www.ans.gov.br/materiais-publicado/periódicos>>. Acesso em: 10 de maio de 2016.

BULGACOV, S; SOUZA, QR; PROHMANN, JIP; COSER, C; BARANIUK, J. PIRES, PJ (col.) **Administração Estratégica: Teoria e Prática.** São Paulo: Atlas, 2007.

CERVO, AL; BERVIAN, PA. **Metodologia Científica.** 4ª ed. São Paulo: Makron, 1996.

CORIOLO-MARINUS, MWL; QUEIROGA, BAM; RUIZ-MORENO, L; LIMA, LS. **Comunicação nas Prática em Saúde: revisão integrativa da literatura.** **Saúde Soc. São Paulo**, v. 23, n. 4, p. 1356 – 1369, 2014. Acesso em: 22 de maio de 2017.

COSTA, EA. **Gestão Estratégica: da empresa que temos para empresa que queremos - 2ª edição** São Paulo: Saraiva, 2007

FERREIRA, TKM; Verticalização Ambulatorial: Gestão em Saúde, Prevenção de Doença e Sustentabilidade de Operadora de Saúde. Trabalho de Conclusão de Curso, MBA Gestão em Saúde, Universidade de São Paulo, São Paulo: USP 2016.

GIL AC. **Como elaborar Projetos de Pesquisa.** 5ªed. São Paulo: Atlas, 2010.

JACOBSEN, AL. Metodologia do trabalho científico. Florianópolis: Departamento de Ciências da Administração, UFSC, 2009.

NETO, GV; MALIK, AM. Gestão em Saúde. 2ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2016

PORTER, ME; TEISBERG, EO. BAZAN, C. (trad.). Repensando a Saúde: Estratégias para Melhorar a Qualidade e Reduzir os Custos. Porto Alegre: Bookman, 2007).

Relatório de Gestão 2011, Unimed São José dos Campos. **Pesquisa.** Disponível em: <<http://docplayer.com.br/14424551-2011-relatorio-de-gestao.html>>. Acesso em: 10 de maio de 2016.

RABELLO, LS. Promoção da Saúde: a construção social de um conceito em perspectiva comparada. Rio de Janeiro: Editora Ficruz, 2010.

RAMOS, I. Custos no Mercado de Saúde Suplementar. Revista do GV Saúde da FGV-EAESP, número 11, p. 22-26, primeiro semestre de 2011.

REZENDE, JF. Balance Scorecard e a gestão do Capital Intelectual: Alcançando a performance balanceada na Economia do Conhecimento. 6ª ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2003.

ROMERO, APRC. Desdobramentos e tendências atuais da Reestruturação Industrial. 2004. 25 f. Dissertação (Mestrado em Engenharia Industrial) - Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro, Certificação Digital 0212193/CA – 16/03/2005. Disponível em: <http://www.maxwell.vrac.puc-rio.br/Busca_etds.php?strSecao=resultado&nrSeq=6105@1>. Acesso em: 10 de maio de 2016.

TAVARES, M. Comunicação Empresarial e Planos de Comunicação: integrando teoria e prática. 3ª ed. São Paulo: Atlas, 2010.

ZARPELON, MI. Gestão e Responsabilidade Social: NBR 16.001/AS 8.000: Implantação e Prática. Rio de Janeiro: Qualitymark, 2006.

ZUCCHI, P; FERRAZ, MB. Economia e Gestão em Saúde. Guias de Medicina Ambulatorial e Hospitalar da UNIFESP – EPM. Baueri, SP: Manole, 2010.