ISSN: 2316-607X

EMPREENDEDORISMO E GESTÃO DE CLÍNICAS DE SAÚDE: ADMINISTRAÇÃO, QUALIDADE E SATISFAÇÃO NO ATENDIMENTO

Adelair Mendes Conceição[1]
Cleize Maria de Barros Tavares[2]
Pablo Junior Pereira [3]
Angélica Cândida Ferreira[4]
Julio Cesar Santin[5]
Lilian Christian Domingues de Souza[6]

Resumo: Objetivo: analisar a produção científica sobre gestão e empreendedorismo em clínicas de saúde, identificando práticas administrativas, indicadores de qualidade e desafios enfrentados por profissionais que acumulam funções assistenciais e gerenciais. Método: revisão bibliográfica narrativa, de caráter qualitativo e analítico, fundamentada em publicações acadêmicas e documentos oficiais, com prioridade para o período de 2015 a 2026 e inclusão justificada de referências clássicas. A análise foi organizada em cinco eixos: empreendedorismo e estratégia, administração econômico-financeira, gestão de processos e pessoas, qualidade e segurança e experiência dos usuários. Resultados: a literatura examinada sustenta a relevância do planejamento estratégico, da mensuração de custos e resultados, da padronização de processos, da governança de dados, do desenvolvimento das equipes e da avaliação contínua da experiência do paciente. A satisfação dos usuários é multidimensional e não substitui a verificação de resultados clínicos e segurança. As evidências também alertam para riscos de modelos centrados exclusivamente em produtividade, controle financeiro ou reputação digital, quando dissociados do valor assistencial. Conclusão: a sustentabilidade de clínicas e consultórios depende da articulação entre viabilidade econômica, qualidade técnica, segurança, relações de cuidado e condições de trabalho. A interpretação requer cautela diante da heterogeneidade dos cenários estudados e da escassez de estudos especificamente dedicados a pequenos estabelecimentos de saúde no contexto brasileiro.

Palavras-chave: Administração de serviços de saúde. Empreendedorismo. Gestão da qualidade. Satisfação do paciente. Sustentabilidade financeira.

[1] Mestrado em Ambiente e Sistemas de Produção Agrícola pela Universidade do Estado de Mato Grosso, Brasil (2018).
[2] Especialização em psicopedagogia clínica pela União das Faculdades de Alta Floresta, Brasil (2013).
[3]Mestrado em Mestrado em Saúde da Família (PPGSF) pela Universidade Estácio de Sá, Brasil (2024).
[4]Doutorado em Biodiversidade pela Universidade Federal Rural de Pernambuco, Brasil (2020).
[5]Mestrado em Agronomia pela Universidade Federal de Mato Grosso, Brasil (2018).
[6]Doutorado em Agronomia (Produção e Tecnologia de Sementes) pela Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho, Brasil (2011).

Abstract: Objective: to analyze scientific literature on management and entrepreneurship in health clinics, identifying administrative practices, quality indicators and challenges faced by clinicians who also act as managers. Method: qualitative and analytical narrative literature review drawing on published academic sources and official documents, prioritizing 2015–2026 and incorporating seminal publications when conceptually necessary. The synthesis follows five themes: entrepreneurship and strategy, financial administration, process and workforce management, quality and safety, and patient experience. Findings: the literature supports the relevance of strategic planning, measurement of costs and outcomes, process standardization, data governance, workforce development and ongoing evaluation of patient experience. Patient satisfaction is multidimensional and should not replace clinical outcome and safety assessment. Sources also indicate potential harms of approaches based solely on productivity, financial metrics or digital reputation without attention to care value. Conclusion: the sustainability of outpatient practices requires integrating economic viability, technical quality, safety, caring relationships and working conditions. Conclusions should be interpreted cautiously given differences between health care settings and the limited evidence focused on small Brazilian outpatient clinics.
Keywords: Health services administration. Entrepreneurship. Quality management. Patient satisfaction. Financial sustainability.

1 INTRODUÇÃO

A administração de clínicas e consultórios de saúde apresenta uma singularidade em relação a outros serviços: decisões de custo, capacidade produtiva e posicionamento mercadológico repercutem em relações de cuidado marcadas por riscos assistenciais, assimetria de informações e expectativas de confiança. A criação de um empreendimento no setor não encerra apenas a abertura formal de uma empresa; envolve a organização de recursos, processos e responsabilidades capazes de sustentar uma prestação de serviços clinicamente adequada, financeiramente viável e socialmente legitimada. Nessa perspectiva, eficiência econômica e qualidade do atendimento devem ser tratadas como dimensões interdependentes, e não como objetivos necessariamente concorrentes (PORTER, 2010; KRUK et al., 2018).

O ambiente ambulatorial reúne organizações heterogêneas, que variam de consultórios de profissional único a clínicas multiprofissionais com processos complexos de agendamento, diagnóstico, realização de procedimentos e seguimento. A heterogeneidade exige prudência ao transpor experiências hospitalares para estruturas menores. Embora certas ferramentas — planejamento, controles gerenciais e indicadores de segurança — possam ser adaptadas, sua implantação depende de escala, especialidade, perfil epidemiológico, regime de financiamento e regras sanitárias pertinentes. A contribuição da literatura está menos em indicar uma fórmula gerencial universal e mais em explicitar princípios, condições de aplicação e possíveis efeitos indesejados (WORLD HEALTH ORGANIZATION; OECD; WORLD BANK, 2018).

A discussão sobre qualidade em saúde vai além de instalações, cordialidade e rapidez. Donabedian (1988) propõe compreender a qualidade a partir de relações entre estrutura, processos e resultados; posteriormente, a orientação para cuidado seguro, efetivo, centrado nas pessoas, oportuno, eficiente e equitativo foi consolidada no debate internacional (INSTITUTE OF MEDICINE, 2001). Para negócios de saúde, isso significa que a melhoria da percepção do atendimento precisa ocorrer simultaneamente ao acompanhamento da segurança dos procedimentos, da continuidade assistencial e de desfechos relevantes para os usuários.

No plano econômico, o aumento da complexidade dos cuidados e o emprego de tecnologias intensificam a necessidade de identificar custos por processo assistencial. Kaplan e Porter (2011) argumentam que decisões sustentáveis dependem de conhecer os recursos realmente consumidos no cuidado, evitando confundir volume de atendimentos com geração de valor. Em pequenos estabelecimentos, essa distinção pode se refletir no monitoramento de capacidade, tempo profissional, despesas fixas, glosas, inadimplência e necessidade de investimento; contudo, não se deve deduzir automaticamente que reduções de custo resultem em melhora clínica.

A experiência dos usuários constitui uma terceira dimensão indispensável. A revisão de Batbaatar et al. (2017) mostra que a satisfação depende de determinantes múltiplos, associados tanto à interação com profissionais quanto à organização dos serviços e a diferenças de expectativa. Isso dificulta interpretar uma única nota de satisfação como retrato integral da qualidade. A literatura também destaca que condições de trabalho e esgotamento profissional podem comprometer a experiência assistencial, o que torna gestão de pessoas

parte do problema administrativo e ético (BODENHEIMER; SINSKY, 2014; SHANAFELT et al., 2025).

Diante desse cenário, formula-se a pergunta norteadora: quais práticas de gestão, de empreendedorismo e de controle de qualidade são apontadas na literatura como determinantes para a sustentabilidade financeira e a satisfação dos usuários em clínicas e consultórios de saúde? O objetivo geral consiste em analisar a produção científica sobre gestão e empreendedorismo em clínicas de saúde, identificando práticas administrativas, indicadores de qualidade e desafios enfrentados por profissionais que atuam como gestores. Como objetivos específicos, busca-se discutir a integração entre estratégia e finanças, examinar processos de qualidade e segurança e confrontar perspectivas relativas à satisfação e ao trabalho em saúde.

A justificativa científica reside na necessidade de integrar campos que frequentemente são examinados separadamente: administração, gestão de serviços, economia da saúde e avaliação da qualidade. A relevância prática decorre da necessidade de traduzir conceitos em decisões factíveis para unidades ambulatoriais, sem transformar recomendações em supostas evidências causais. Ao reunir diferentes tradições, o artigo procura oferecer um marco interpretativo, útil tanto à formação de profissionais de saúde empreendedores quanto ao debate sobre organizações assistenciais de menor porte.

2 METODOLOGIA

Trata-se de uma revisão bibliográfica narrativa, com abordagem qualitativa, finalidade descritivo-analítica e síntese temática. A opção por esse delineamento decorre da amplitude interdisciplinar da questão, que abrange finanças, empreendedorismo, estratégia, qualidade assistencial, satisfação de usuários e gestão do trabalho. Conforme Snyder (2019), revisões precisam explicitar finalidade e percurso de obtenção da literatura, reconhecendo que diferentes modalidades oferecem níveis distintos de exaustividade e de controle de vieses. Assim, o estudo não é apresentado como revisão sistemática nem como metanálise.

O percurso de localização e conferência bibliográfica foi conduzido por buscas documentais na literatura indexada recuperável por PubMed e em páginas de editoras científicas, complementadas por repositórios institucionais e portais oficiais de normas brasileiras. Para eventual atualização editorial, são indicadas como fontes adicionais de rastreamento a SciELO, o Google Acadêmico e o Portal de Periódicos CAPES. Não se

declara aqui uma busca exaustiva ou auditada nessas três plataformas, pois não houve registro de exportação integral, deduplicação e triagem formal de resultados. Essa explicitação evita atribuir à revisão procedimentos que não foram efetivamente documentados.

As expressões de busca utilizadas ou orientadoras do rastreamento foram combinadas em português e inglês, incluindo “gestão de clínicas”, “administração de serviços de saúde”, “empreendedorismo em saúde”, “qualidade dos serviços de saúde”, “satisfação do paciente”, “segurança do paciente”, “custos em saúde”, “healthcare management”, “outpatient clinics”, “patient satisfaction”, “healthcare quality”, “healthcare costs” e “entrepreneurship”. Empregaram-se combinações conceituais com os operadores AND e OR quando disponíveis, além de rastreamento de referências de trabalhos centrais.

Estabeleceu-se recorte temporal preferencial de janeiro de 2015 a novembro de 2026. Foram admitidos trabalhos anteriores de caráter fundacional, sobretudo os que definem qualidade assistencial, valor em saúde, custo do cuidado e equilíbrio entre experiência, resultados e recursos. Foram elegíveis artigos científicos, revisões, livros e relatórios técnicos de organismos reconhecidos, bem como normas oficiais brasileiras diretamente relacionadas ao funcionamento de serviços de saúde e à proteção de informações. Foram excluídos textos sem autoria ou procedência identificável, materiais publicitários, opiniões sem sustentação conceitual e documentos que não contribuíssem para a pergunta norteadora.

A leitura interpretativa considerou a pertinência do contexto estudado, o desenho do trabalho, a natureza da evidência e a possibilidade de transferir conceitos para clínicas e consultórios. Os conteúdos foram agrupados em cinco eixos: empreendedorismo e planejamento estratégico; gestão econômico-financeira; processos, pessoas e tecnologia; qualidade e segurança; e satisfação, experiência e relacionamento com os usuários. Na discussão, privilegiou-se o confronto de proposições e limites de aplicabilidade, sem calcular frequências ou propor medidas quantitativas de efeito.

A revisão possui limitações metodológicas próprias do modelo narrativo. Não foi realizado protocolo registrado, seleção independente por revisores, avaliação formal de risco de viés nem levantamento censitário da produção científica; por isso, não são apresentados fluxogramas de seleção, números de estudos incluídos ou estimativas de associação. A síntese pretende ser conceitualmente fundamentada e verificável em suas fontes centrais, mas não substituir uma revisão sistemática específica sobre clínicas brasileiras.

3 REFERENCIAL TEÓRICO E DESENVOLVIMENTO

3.1 Empreendedorismo em saúde: proposta de valor e planejamento estratégico

O empreendedorismo em saúde envolve identificar necessidades de cuidado não adequadamente atendidas e estruturar uma organização capaz de responder a elas de modo responsável. Ao contrário da ideia de que empreender equivale a ampliar continuamente a clientela, a perspectiva de valor em saúde desloca a atenção para resultados significativos em relação aos recursos empregados. Porter (2010) situa a geração de valor na relação entre desfechos para os pacientes e custos necessários para produzi-los; no contexto de clínicas, essa formulação pode orientar escolhas de especialidades, linhas de cuidado, protocolos e investimentos tecnológicos.

Um plano estratégico coerente deve caracterizar o público atendido, a demanda assistencial, a oferta de serviços existentes, os diferenciais de competência e as restrições regulatórias. Recomenda-se traduzir essas decisões em objetivos operacionais verificáveis: quais condições clínicas serão acompanhadas, que grau de complexidade será assumido, quais riscos precisam ser controlados e que resultados justificarão os investimentos. A literatura sobre sistemas de alta qualidade destaca a importância da capacidade de produzir cuidado competente e percebido como confiável, e não apenas ampliar o acesso nominal a serviços (KRUK et al., 2018).

O posicionamento competitivo, por sua vez, deve respeitar o fato de que informação técnica não é distribuída igualmente entre prestadores e pacientes. A comunicação de diferenciais requer exatidão, transparência sobre serviços oferecidos e cuidado com promessas de resultado. A expansão comercial sem análise da capacidade de atendimento pode elevar espera, comprometer a continuidade do cuidado e aumentar cargas de trabalho. A questão central não é rejeitar o crescimento, mas subordiná-lo a processos que mantenham padrões de qualidade diante de flutuações de demanda (WORLD HEALTH ORGANIZATION; OECD; WORLD BANK, 2018).

A literatura não sustenta a existência de um único arranjo empreendedor ideal para todos os consultórios. Serviços de atenção longitudinal, procedimentos eletivos e clínicas diagnósticas enfrentam lógicas diferentes de custos, relações de consumo e riscos assistenciais. Em consequência, o planejamento deve ser revisável e incorporar avaliação periódica da viabilidade do portfólio. Estratégia, nesse contexto, pode ser compreendida como

a escolha explícita do que oferecer, a quem oferecer e sob quais condições de segurança e sustentabilidade, evitando decisões baseadas exclusivamente na imitação de concorrentes.

A dimensão ética é central à formulação do empreendimento. Quando o retorno econômico se torna o único critério de decisão, surgem incentivos para priorizar procedimentos de maior margem mesmo quando a necessidade assistencial é discutível. A noção de valor de Porter (2010) e a defesa internacional de cuidado efetivo e equitativo sugerem uma orientação distinta: oferecer serviços indicados, acompanháveis e consistentes com evidências, mantendo transparência sobre custos e limitações. Trata-se de referência normativa e analítica, não de prova de que toda iniciativa orientada por valor obtenha maior lucratividade.

3.2 Administração financeira: custos, precificação e sustentabilidade

A sustentabilidade financeira requer que receitas previsíveis sejam suficientes para remunerar o trabalho, custear obrigações e permitir reposição de equipamentos, qualificação e melhorias assistenciais. Essa noção é mais abrangente do que o saldo momentâneo de caixa: envolve liquidez, capacidade de investimento e exposição a riscos de concentração de receita. Kaplan e Porter (2011) destacam que o conhecimento do custo real do cuidado exige compreender como pessoas, espaços, equipamentos e insumos são mobilizados ao longo dos processos, superando cálculos baseados apenas em médias globais.

Para clínicas de menor porte, o raciocínio pode ser operacionalizado pela separação de custos fixos e variáveis e pela identificação dos custos associados a cada tipo de atendimento. Aluguel, sistemas, manutenção, pessoal administrativo e despesas de infraestrutura não desaparecem quando a agenda diminui; materiais, taxas ou exames podem variar com o volume de serviços. Essa distinção ajuda a estimar o ponto de equilíbrio e a antecipar consequências de faltas, ociosidade e descontos. Entretanto, a classificação depende da estrutura contratual e deve ser adaptada a cada negócio.

A precificação não pode ser reduzida à reprodução dos preços praticados pela concorrência. Ela precisa considerar gastos diretos e indiretos, tributos aplicáveis, tempo dos profissionais, risco de retrabalho, capacidade instalada e condições de pagamento. O custo é condição para decisões sustentáveis, mas não define sozinho o preço: acesso, regulação, contratos e valor percebido também influenciam a oferta. Kaplan e Porter (2011) alertam que conhecer custos de processos permite reconhecer desperdícios e oportunidades de redesenho;

em contrapartida, uma redução indiscriminada de tempos de consulta pode transferir custos para etapas posteriores ou comprometer resultados.

O controle gerencial deve reunir indicadores financeiros e assistenciais em ciclos regulares de análise. Entre as medidas financeiramente relevantes estão resultado operacional, fluxo de caixa projetado, prazo de recebimento, concentração por convênio ou serviço, taxa de faltas e capacidade efetivamente utilizada. Esses indicadores são propostas de aplicação gerencial derivadas do raciocínio de mensuração de custos e valor, não um conjunto empiricamente validado para todas as clínicas. Sua interpretação isolada é insuficiente: uma agenda ocupada pode coexistir com elevada incidência de atrasos, falhas de registro ou insatisfação dos usuários.

A análise de investimento também deve distinguir aquisição de tecnologia e efetiva geração de benefícios. Equipamentos com grande apelo mercadológico podem representar custos de manutenção, calibração, treinamento e depreciação que não se convertem em melhores desfechos. De modo semelhante, novos canais digitais podem ampliar acesso, mas exigem medidas de segurança informacional e reorganização da equipe. A perspectiva proposta por Porter (2010) recomenda avaliar resultados relevantes e recursos consumidos conjuntamente, antes de afirmar que determinada inovação é vantajosa.

Por fim, planejamento financeiro e acesso não devem ser tratados como polos excludentes. Modelos de negócios podem incluir formatos de atendimento, escalonamento de horários ou integração de serviços que aumentem conveniência sem eliminar critérios clínicos. Entretanto, a literatura reunida não permite estabelecer uma relação causal geral entre adoção de um sistema de custeio e aumento da satisfação, tampouco apontar uma margem financeira adequada para todas as especialidades. São necessários estudos por porte, segmento e modalidade de financiamento para testar essas relações.

3.3 Gestão de processos, equipes e infraestrutura informacional

A prestação de serviços em saúde combina processos assistenciais e administrativos, de forma que falhas aparentemente periféricas podem gerar repercussões no cuidado. Um agendamento inadequado ocasiona espera; uma comunicação incompleta dificulta preparo para procedimentos; e registros inconsistentes prejudicam continuidade e rastreabilidade. O modelo estrutura–processo–resultado de Donabedian (1988) ajuda a compreender tais

interações, pois a qualidade depende não apenas de competência individual, mas de condições organizacionais e do modo como o trabalho é efetivamente realizado.

A gestão por processos pressupõe descrever o percurso do usuário desde o primeiro contato até as orientações posteriores à consulta. Recomenda-se identificar responsabilidades, pontos de conferência, situações de risco, critérios para remarcação e mecanismos para registrar incidentes. Isso não implica burocratizar cada interação: o objetivo é reduzir variabilidade evitável e preservar tempo clínico para atividades que requerem julgamento profissional. As diretrizes de boas práticas da Anvisa estabelecem parâmetros organizacionais relevantes para serviços de saúde, cujo enquadramento concreto deve observar o tipo de estabelecimento (BRASIL, 2011).

A qualidade depende igualmente de mecanismos de coordenação entre recepção, equipes técnicas, profissionais assistenciais e direção. Instruções divergentes, ausência de passagem de informações e agendas sobrecarregadas podem gerar situações que nenhuma profissão resolve isoladamente. O estudo de Bodenheimer e Sinsky (2014) reforça que a experiência dos profissionais deve integrar as metas de melhoria dos serviços; o cuidado da equipe não constitui benefício periférico, mas condição organizacional associada à continuidade e à segurança do atendimento.

O desenvolvimento de equipes deve contemplar competências de comunicação, uso de sistemas, acolhimento, orientação de pacientes, proteção de dados e capacidade de reconhecer eventos adversos. Para profissionais que ingressam na gestão sem formação específica, a necessidade não se limita à aprendizagem de planilhas: inclui delegação, negociação de conflitos, análise de processos e liderança em ambientes de incerteza. Dyrbye et al. (2017) argumentam que a prevenção do esgotamento profissional exige intervenções organizacionais, não apenas estratégias individuais de resiliência.

A digitalização também configura oportunidade e risco. Prontuários eletrônicos, lembretes de consultas e soluções de comunicação podem favorecer continuidade e coordenação, desde que haja responsabilidades claras, treinamento e governança de acesso. No Brasil, a Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais estabelece requisitos para o tratamento de dados pessoais, inclusive os relativos à saúde, classificados como dados sensíveis. A adoção tecnológica, portanto, precisa considerar finalidade, necessidade, segurança e direitos dos titulares, não somente ganho administrativo (BRASIL, 2018).

Em serviços menores, as limitações de recursos humanos tendem a tornar as funções interdependentes: o mesmo profissional pode atender, supervisionar processos e decidir sobre compras. Essa concentração pode facilitar decisões, mas também produzir ausência de segregação de funções, baixa formalização e dependência de indivíduos-chave. A resposta não é reproduzir sem adaptação estruturas hospitalares complexas, mas dimensionar controles proporcionais ao risco, à capacidade e à exigência regulatória de cada clínica.

3.4 Qualidade assistencial, segurança do paciente e indicadores

A literatura oferece diferentes portas de entrada para o conceito de qualidade. Donabedian (1988) propõe uma análise que conecta recursos estruturais, práticas de cuidado e resultados. O Institute of Medicine (2001), por sua vez, formula seis finalidades para a melhoria: segurança, efetividade, centralidade no paciente, oportunidade, eficiência e equidade. Esses referenciais são complementares: o primeiro fornece uma arquitetura para observar qualidade; o segundo explicita atributos desejáveis para os serviços e seus processos.

Kruk et al. (2018) destacam que expandir acesso sem assegurar sistemas de cuidado de alta qualidade não produz necessariamente os benefícios esperados. A implicação para clínicas é que o indicador de número de consultas realizadas, isoladamente, não permite concluir que o serviço entrega bom cuidado. Avaliação consistente exige observar condições de infraestrutura, adesão a protocolos relevantes, capacitação, eventos de segurança, continuidade do seguimento e resultados percebidos e clínicos quando mensuráveis.

Indicadores de estrutura podem contemplar suficiência de equipamentos, manutenção, disponibilidade de insumos críticos, qualificação e condições de privacidade. Os indicadores de processo incluem cumprimento de rotinas de identificação, registros adequados, comunicação das orientações e acompanhamento de retornos. Indicadores de resultado envolvem incidentes, complicações, continuidade do tratamento e aspectos da experiência relatada. Essa classificação deriva do marco de Donabedian (1988); a seleção concreta deve refletir perfil clínico, riscos e viabilidade de coleta, e não seguir uma lista padronizada indistintamente.

No contexto brasileiro, a RDC nº 63/2011 da Anvisa trata dos requisitos de boas práticas de funcionamento dos serviços de saúde. A RDC nº 36/2013 institui ações de segurança do paciente, mas seu próprio texto exclui de seu âmbito os consultórios individualizados, laboratórios clínicos e certos serviços móveis e domiciliares. Dessa forma,

não é correto afirmar que toda exigência operacional dessa segunda norma alcança indistintamente qualquer consultório. O gestor precisa verificar enquadramento regulatório, atos específicos e orientações de vigilância sanitária aplicáveis ao seu serviço (BRASIL, 2011; BRASIL, 2013).

Programas de melhoria contínua devem associar medição a respostas organizacionais. A identificação repetida de atrasos, falhas de orientação ou problemas de registro exige investigação dos processos que produzem tais resultados, definição de responsabilidades e nova avaliação após intervenção. Uma cultura de segurança, em oposição à mera busca de culpados, favorece aprendizagem organizacional e notificação adequada. A orientação internacional para serviços efetivos, seguros e centrados nas pessoas reforça que governança clínica e gestão administrativa não são circuitos independentes (WORLD HEALTH ORGANIZATION; OECD; WORLD BANK, 2018).

Cabe distinguir indicadores facilmente disponíveis de indicadores efetivamente úteis. Muitas clínicas medem taxa de ocupação ou notas de avaliação online porque esses dados são acessíveis; já desfechos clínicos relevantes podem exigir acompanhamento longitudinal e padronização. A opção por medidas simples não deve ocultar limitações interpretativas. Uma avaliação positiva da recepção, por exemplo, não atesta correção diagnóstica, assim como uma redução de tempo médio pode refletir processo melhor ou uma consulta excessivamente abreviada. A triangulação de medidas é, portanto, condição prudencial para gestão da qualidade.

3.5 Satisfação, experiência do usuário e relacionamento de longo prazo

A satisfação do paciente é uma resposta avaliativa influenciada por expectativas, experiências anteriores, relações interpessoais, acessibilidade, organização e percepções de resultado. Batbaatar et al. (2017), ao examinar revisões e estudos sobre seus determinantes, identificam um campo heterogêneo e por vezes contraditório. Isso sugere que não existe fator único capaz de explicar satisfação em diferentes sistemas, especialidades e perfis de pacientes. A gestão precisa, portanto, interpretar avaliações à luz do contexto do serviço e do público.

É necessário distinguir satisfação global, experiência relatada e resultado clínico. A primeira sintetiza juízos subjetivos; a segunda descreve aspectos vivenciados, como clareza de informações e facilidade para marcar consultas; o terceiro depende de critérios

assistenciais e, quando cabível, de medidas técnicas. Embora relacionados, esses domínios não se equivalem. A tradição de avaliação proposta por Donabedian (1988) e as dimensões de qualidade do Institute of Medicine (2001) sustentam uma leitura que inclui experiência sem reduzir a qualidade ao contentamento imediato do usuário.

Na rotina ambulatorial, a formação de confiança começa antes da consulta: envolve disponibilidade de canais de contato, informações sobre serviços e pagamentos, preparo adequado, pontualidade razoável e acolhimento. Durante o atendimento, escuta e compreensão das orientações influenciam a percepção de respeito. Após a consulta, instruções claras, acesso ao retorno e tratamento responsável de reclamações podem fortalecer continuidade. Não se trata de afirmar que qualquer uma dessas ações aumente causalmente as receitas, mas de reconhecer que elas integram o processo de serviço avaliado pelos usuários (BATBAATAR et al., 2017).

O acompanhamento da experiência deve evitar incentivos a avaliações artificialmente positivas. Perguntas específicas sobre etapas do percurso podem ser mais acionáveis do que solicitar apenas uma nota geral. Reclamações sobre espera, dificuldade de contato ou informação contraditória podem ser classificadas por processo, discutidas com equipes e acompanhadas quanto à solução. É igualmente importante proteger a privacidade, principalmente quando ferramentas digitais de relacionamento manejam dados de saúde ou informações pessoais (BRASIL, 2018).

A reputação digital pode dar visibilidade a experiências, mas suas avaliações sofrem seleção de respondentes, diferenças de expectativa e influência de episódios singulares. Por isso, não constitui auditoria clínica nem instrumento suficiente de comparação de qualidade entre prestadores. A orientação de sistemas de alta qualidade enfatiza competência, confiança e bons resultados, dimensões que exigem instrumentos adicionais de monitoramento (KRUK et al., 2018). Gestores devem acolher manifestações, porém evitar conduzir condutas assistenciais segundo o objetivo exclusivo de obter avaliações favoráveis.

A satisfação também depende de condições concretas de trabalho. A exigência contínua de produtividade, associada a equipes insuficientes ou tarefas administrativas excessivas, pode deteriorar disponibilidade emocional e comunicação. Bodenheimer e Sinsky (2014) propõem agregar o bem-estar da força de trabalho aos objetivos de experiência, saúde e custos; resultados mais recentes sobre esgotamento médico reiteram a persistência do

desafio, embora suas taxas variem entre períodos e contextos (SHANAFELT et al., 2025). Logo, experiência do usuário e experiência do profissional devem ser discutidas em conjunto.

3.6 Competências do profissional de saúde gestor e desafios organizacionais

A passagem do exercício assistencial para a direção de clínica impõe mudanças de responsabilidades. A competência técnica necessária para diagnosticar, tratar ou reabilitar não assegura, por si só, domínio de precificação, gestão de pessoas, contratação de tecnologias e avaliação de desempenho. A gestão requer interpretar informações imperfeitas, ponderar interesses e adotar decisões com efeitos simultâneos sobre pacientes, trabalhadores e sustentabilidade econômica. A revisão das abordagens de valor e qualidade permite identificar esse conjunto como uma capacidade de coordenação organizacional, mais do que uma simples função burocrática (PORTER, 2010; KRUK et al., 2018).

Um desafio frequente consiste em compatibilizar autonomia profissional e padronização. Protocolos e rotinas procuram reduzir variações sem justificativa, mas não podem suprimir julgamento clínico diante de necessidades particulares. A perspectiva de Donabedian (1988) oferece suporte a essa conciliação: processos devem ser avaliados em sua capacidade de produzir resultados, e não tratados como objetivos administrativos autossuficientes. A liderança precisa comunicar por que determinada medida é adotada e prever formas de revisão diante de efeitos não desejados.

Outro desafio é a escassez de dados adequados à decisão. Clínicas podem registrar faturamento e número de atendimentos, mas não integrar essas informações com retrabalho, cancelamentos, incidentes e retorno de pacientes. Sem essa conexão, há risco de interpretar como crescimento saudável uma ampliação de volume que eleva sobrecarga e reduz tempo disponível por usuário. Kaplan e Porter (2011) defendem a compreensão do custo dos recursos empregados no ciclo de cuidado; em organizações menores, a ideia sugere integração progressiva entre dados financeiros e operacionais, respeitando capacidade técnica.

A proteção de informações sensíveis introduz responsabilidades gerenciais que atravessam contratação de sistemas, armazenamento documental, treinamento e comunicação. A LGPD não é apenas um obstáculo jurídico ao uso de dados: ela explicita a necessidade de organizar finalidades e práticas de tratamento. Em clínicas de saúde, medidas de acesso restrito, atualização de credenciais, gerenciamento de prestadores e orientação de equipes devem ser alinhadas às obrigações pertinentes ao contexto e ao risco (BRASIL, 2018).

A saúde do trabalhador completa o quadro das competências de gestão. Dyrbye et al. (2017) associam a crise de esgotamento a questões sistêmicas da organização do cuidado. O levantamento publicado por Shanafelt et al. (2025), relativo a médicos norte-americanos, indica que o fenômeno apresenta oscilações temporais e permanece importante; esses dados, contudo, não devem ser convertidos em prevalência para profissionais de clínicas brasileiras. A principal contribuição para este artigo é a necessidade de que desenho de processos e metas financeiras considerem efeitos sobre as equipes.

Por consequência, o gestor de serviços ambulatoriais necessita de aprendizagem contínua que reúna conhecimentos de planejamento, custos, legislação, qualidade, comunicação e liderança. Formação gerencial pode contribuir para decisões mais consistentes, mas a presente revisão não identifica ensaios específicos suficientes para afirmar qual modalidade de capacitação promove maior retorno financeiro. A recomendação mais defensável é estruturar formação e monitoramento segundo necessidades reais do estabelecimento, revendo-as à medida que serviços e riscos se modificam.

4 DISCUSSÃO

O confronto da literatura evidencia uma convergência expressiva: eficiência administrativa só constitui vantagem sustentável quando compatível com qualidade assistencial. Porter (2010) e Kaplan e Porter (2011) estabelecem a mensuração de custos e resultados como parte da gestão orientada por valor; Donabedian (1988) e Kruk et al. (2018) lembram que qualidade depende de estrutura, processos e resultados efetivos. Em conjunto, essas contribuições permitem sustentar que reduzir desperdício é desejável, mas cortar recursos ou acelerar atendimentos indiscriminadamente não representa, por si só, melhoria de desempenho.

A primeira tensão refere-se ao sentido de produtividade. A administração convencional tende a valorizar utilização de capacidade, tempo de ciclo e volume. Na saúde, entretanto, atendimentos mais numerosos não demonstram benefícios clínicos proporcionais. A proposta de valor em saúde relativiza a centralidade do volume e recomenda observar resultados vinculados ao custo dos recursos utilizados (PORTER, 2010). Ainda assim, essa perspectiva não elimina demandas de fluxo de caixa e de equilíbrio operacional, especialmente quando a remuneração é por procedimento. Gestores precisam trabalhar com um conjunto plural de indicadores em vez de escolher exclusivamente uma lógica.

A segunda tensão está na relação entre satisfação e qualidade. Batbaatar et al. (2017) apontam diversidade de determinantes e resultados encontrados na literatura, enquanto os referenciais de Donabedian (1988) e do Institute of Medicine (2001) exigem atenção a características técnicas, segurança e efetividade. Uma clínica pode registrar elevada satisfação por cordialidade e conveniência e, ao mesmo tempo, enfrentar deficiências de processo não percebidas pelo usuário. Também pode ocorrer insatisfação decorrente de expectativas irreais, mesmo em atendimento clinicamente apropriado. A solução metodológica consiste em combinar experiência relatada, medidas de processo e resultados adequados à especialidade.

A terceira tensão envolve controle organizacional e condições de trabalho. Metas detalhadas, novos sistemas de informação e protocolos podem ampliar rastreabilidade e coordenação, mas também produzir cargas administrativas adicionais. Bodenheimer e Sinsky (2014) defendem incorporar o bem-estar profissional ao modelo de melhoria; Shanafelt et al. (2025) mostram que o esgotamento é um fenômeno relevante e variável em sua evolução. Desse modo, tecnologias de monitoramento precisam ser avaliadas também quanto ao tempo de registro, à inteligibilidade e ao efeito sobre a autonomia e colaboração da equipe.

Em relação à transferência de evidências, é importante distinguir princípios robustos de sua implantação local. Os referenciais de sistemas de saúde e de custos foram desenvolvidos em múltiplos contextos, frequentemente hospitais e redes de atendimento; já a pergunta deste artigo se concentra em clínicas e consultórios. Não seria metodologicamente adequado atribuir aos autores demonstrações de causalidade especificamente nessas organizações quando elas não foram objeto central de seus estudos. O argumento construído é o de plausibilidade e coerência gerencial, condicionado à validação em contextos ambulatoriais.

Outra convergência diz respeito à centralidade da governança. Mesmo em serviços de pequeno porte, monitorar custos, protocolos, incidentes, satisfação e privacidade exige atribuição explícita de responsabilidades. Normas brasileiras fornecem parâmetros mínimos, mas sua aplicabilidade varia de acordo com o estabelecimento: a exclusão de consultórios individualizados do escopo da RDC nº 36/2013 ilustra por que generalizações normativas são inadequadas. A conformidade regulatória, isoladamente, também não prova desempenho superior; ela constitui um dos componentes necessários ao funcionamento responsável (BRASIL, 2011; BRASIL, 2013; BRASIL, 2018).

A síntese permite organizar um encadeamento analítico: o planejamento define público, escopo de serviços e metas; o controle econômico mapeia a sustentabilidade das operações; a gestão de processos e de pessoas viabiliza a entrega; a qualidade e a segurança delimitam o padrão assistencial; e a experiência do usuário oferece informação adicional para melhoria contínua. Esses elementos não formam cadeia causal verificada neste artigo, mas um modelo conceitual de relações que poderá ser submetido a testes empíricos. O principal avanço da integração é mostrar que indicadores econômicos, assistenciais e experienciais são mutuamente informativos, mas não intercambiáveis.

A revisão revela lacunas importantes. São escassos, no conjunto de fontes analisadas, estudos diretamente comparáveis sobre micro e pequenas clínicas brasileiras, com medidas simultâneas de fluxo financeiro, custos por serviço, segurança, satisfação e desfechos clínicos. Também permanecem pouco esclarecidas as consequências de diferentes modelos de contratação, remuneração e digitalização para a equidade do acesso e o bem-estar das equipes. Em razão da ausência de avaliação sistemática de viés e de síntese quantitativa, não é possível graduar a força causal de cada prática nem indicar hierarquia empírica de determinantes.

Essa limitação interfere inclusive na linguagem de recomendação: é defensável sugerir planejamento formal, monitoramento financeiro, protocolos proporcionais ao risco, escuta estruturada e capacitação contínua porque essas medidas são conceitualmente consistentes com as fontes; não é defensável prometer que sua adoção isolada elevará lucro, fidelização ou satisfação em magnitude previsível. Para fins de gestão, a contribuição mais sólida consiste em oferecer perguntas orientadoras, critérios de análise e cautelas sobre o uso de indicadores, permitindo decisões contextualizadas e transparentes.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A análise da literatura permite responder à pergunta norteadora afirmando que a sustentabilidade financeira e a satisfação dos usuários em clínicas e consultórios são favorecidas, do ponto de vista conceitual e das evidências disponíveis em serviços de saúde, pela integração entre planejamento estratégico, conhecimento dos custos, organização de processos, desenvolvimento de pessoas, gestão da qualidade, segurança assistencial e acompanhamento da experiência do usuário. Não se identificou prática única capaz de garantir tais resultados em todos os contextos; a contribuição dos referenciais examinados consiste em mostrar como essas dimensões devem ser analisadas conjuntamente.

O objetivo geral foi atendido mediante a articulação crítica de autores de administração, qualidade assistencial, economia da saúde e experiência dos pacientes. Identificaram-se como práticas relevantes a definição clara do escopo de serviços, o planejamento de capacidade, o monitoramento de receitas e custos, a avaliação de resultados e incidentes, a comunicação com os usuários e a governança das informações. Entre os desafios do profissional de saúde gestor destacam-se a multiplicidade de papéis, a necessidade de competências administrativas específicas, os limites de recursos e a conciliação entre metas produtivas e qualidade do cuidado.

A satisfação deve ser tratada como componente da avaliação, mas não como indicador substitutivo de segurança, efetividade ou desfechos clínicos. De forma semelhante, métricas financeiras não devem obscurecer efeitos sobre os profissionais e sobre o percurso assistencial. A proposição de uma gestão sustentável pressupõe reconhecer essas tensões e evitar tanto o tecnicismo econômico, que desconsidera necessidades de cuidado, quanto uma visão exclusivamente assistencial que negligencia a viabilidade organizacional.

As limitações incluem o caráter narrativo da revisão, a busca não exaustiva, a inexistência de avaliação formal do risco de viés e a heterogeneidade dos estudos, muitos dos quais não focalizam clínicas pequenas no Brasil. A delimitação temporal principal de 2015 a 2026 foi complementada por marcos anteriores, necessários à definição dos construtos. Por isso, as conclusões devem ser lidas como síntese interpretativa, e não como demonstração de relações de causa e efeito ou diretriz regulatória específica para toda modalidade de estabelecimento.

Para pesquisas futuras, sugerem-se revisões sistemáticas por tipo de clínica e especialidade, estudos longitudinais que observem indicadores econômicos e assistenciais simultaneamente, avaliação da implantação de modelos de custeio e governança clínica e investigações sobre efeitos da digitalização e do trabalho gerencial na experiência de pacientes e equipes. Especial atenção deve ser dada a desenhos que permitam distinguir associação de causalidade e avaliar práticas em diferentes realidades regionais brasileiras. Assim, poderá ser aprofundado o conhecimento sobre condições concretas em que desempenho econômico e qualidade do cuidado se reforçam mutuamente.

REFERÊNCIAS

BATBAATAR, Enkhjargal; DORJDAGVA, Javkhlanbayar; LUVSANNYAM, Ariunbat; SAVINO, Matteo Mario; AMENTA, Pietro. **Determinants of patient satisfaction**: a systematic review. Perspectives in Public Health, v. 137, n. 2, p. 89-101, 2017. DOI: https://doi.org/10.1177/1757913916634136. Acesso em: 12 nov. 2026.

BODENHEIMER, Thomas; SINSKY, Christine. **From triple to quadruple aim**: care of the patient requires care of the provider. Annals of Family Medicine, v. 12, n. 6, p. 573-576, 2014. DOI: https://doi.org/10.1370/afm.1713. Acesso em: 12 nov. 2026.

BRASIL**. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução da Diretoria Colegiada** – RDC nº 63, de 25 de novembro de 2011. Dispõe sobre os requisitos de boas práticas de funcionamento para os serviços de saúde. Brasília, DF: Anvisa, 2011. Disponível em: https://anvisalegis.datalegis.net/action/ActionDatalegis.php?acao=abrirTextoAto&numeroAto=00000063&orgao=RDC%2FDC%2FANVISA%2FMS&tipo=RDC&valorAno=2011. Acesso em: 12 nov. 2026.

BRASIL. **Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução da Diretoria Colegiada** – RDC nº 36, de 25 de julho de 2013. Institui ações para a segurança do paciente em serviços de saúde e dá outras providências. Brasília, DF: Anvisa, 2013. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2013/rdc0036_25_07_2013.pdf. Acesso em: 12 nov. 2026.

BRASIL. **Lei nº 13.709**, de 14 de agosto de 2018. Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais (LGPD). Brasília, DF: Presidência da República, 2018. Disponível em: https://www2.camara.leg.br/legin/fed/lei/2018/lei-13709-14-agosto-2018-787077-normaatualizada-pl.html. Acesso em: 12 nov. 2026.

DONABEDIAN, Avedis. **The quality of care: how can it be assessed?** JAMA, v. 260, n. 12, p. 1743-1748, 1988. DOI: https://doi.org/10.1001/jama.1988.03410120089033. Acesso em: 12 nov. 2026.

DYRBYE, Lotte N. et al. **Burnout among health care professionals**: a call to explore and address this underrecognized threat to safe, high-quality care. Washington, DC: National Academy of Medicine, 2017. Disponível em: https://nam.edu/perspectives/burnout-among-health-care-professionals-a-call-to-explore-and-address-this-underrecognized-threat-to-safe-high-quality-care/. Acesso em: 12 nov. 2026.

INSTITUTE OF MEDICINE. **Crossing the quality chasm**: a new health system for the 21st century. Washington, DC: National Academies Press, 2001. Disponível em: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK222271/. Acesso em: 12 nov. 2026.

KAPLAN, Robert S.; PORTER, Michael E. **How to solve the cost crisis in health care**. Harvard Business Review, v. 89, n. 9, p. 46-52, 54, 56-61, 2011. Disponível em: https://hbr.org/2011/09/how-to-solve-the-cost-crisis-in-health-care. Acesso em: 12 nov. 2026.

KRUK, Margaret E. et al. **High-quality health systems in the Sustainable Development Goals era**: time for a revolution. The Lancet Global Health, v. 6, n. 11, p. e1196-e1252, 2018. DOI: https://doi.org/10.1016/S2214-109X(18)30386-3. Acesso em: 12 nov. 2026.

PORTER, Michael E. **What is value in health care?** New England Journal of Medicine, v. 363, n. 26, p. 2477-2481, 2010. DOI: https://doi.org/10.1056/NEJMp1011024. Acesso em: 12 nov. 2026.

SHANAFELT, Tait D. et al. **Changes in burnout and satisfaction with work–life integration in physicians and the general US working population between 2011 and 2023**. Mayo Clinic Proceedings, v. 100, n. 7, p. 1142-1158, 2025. DOI: https://doi.org/10.1016/j.mayocp.2024.11.031. Acesso em: 12 nov. 2026.

SNYDER, Hannah. **Literature review as a research methodology**: an overview and guidelines. Journal of Business Research, v. 104, p. 333-339, 2019. DOI: https://doi.org/10.1016/j.jbusres.2019.07.039. Acesso em: 12 nov. 2026.

WORLD HEALTH ORGANIZATION; ORGANISATION FOR ECONOMIC CO-OPERATION AND DEVELOPMENT; WORLD BANK. **Delivering quality health services**: a global imperative for universal health coverage. Geneva: World Health Organization, 2018. Disponível em: https://www.oecd.org/content/dam/oecd/en/publications/reports/2018/07/delivering-quality-health-services-a-global-imperative_g1g8d7ed/9789264300309-en.pdf. Acesso em: 12 nov. 2026.