

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO
FACULDADE DE ADMINISTRAÇÃO E CIÊNCIAS CONTÁBEIS
PROGRAMA DE MESTRADO EM CIÊNCIAS CONTÁBEIS

MARCOS GOMES CORREA

***BALANCED SCORECARD* EM HOSPITAIS: uma avaliação das críticas associadas ao
modelo a partir do estudo de caso em duas organizações hospitalares brasileiras**

RIO DE JANEIRO

2008

MARCOS GOMES CORREA

BALANCED SCORECARD EM HOSPITAIS: uma avaliação das críticas associadas ao modelo a partir do estudo de caso em duas organizações hospitalares brasileiras

Dissertação, apresentada ao Programa de Mestrado em Ciências Contábeis, da Universidade Federal do Rio de Janeiro, como parte dos requisitos necessários à obtenção do título de Mestre em Ciências Contábeis.

Orientador: Prof. Dr. Victor Prochnik– IE/UFRJ.
Co-orientadora: Prof^ª. Dr^ª. Aracéli Cristina de Sousa Ferreira– FACC/UFRJ.

Rio de Janeiro

2008

B824 Corrêa, Marcos Gomes.

Balanced scorecard em hospitais : uma avaliação das críticas associadas ao modelo a partir do estudo de caso em duas organizações hospitalares brasileiras / Marcos Gomes Corrêa. Rio de Janeiro : UFRJ, 2008.

170 f. 30 cm.

Orientador: Victor Prochnik, co-orientadora Aracéli Cristina de Souza Ferreira.

Dissertação (mestrado) – FACC/ Programa de Pós-Graduação em Ciências Contábeis, 2008.

Bibliografia: f. 132-136.

1. Contabilidade gerencial. 2. Balanced scorecard. 3. Hospitais - Contabilidade. I. Prochnik, Victor. II Ferreira, Aracéli Cristina de Souza. III. Universidade Federal do Rio de Janeiro. Faculdade de Administração e Ciências Contábeis.

CDD 658.1511

MARCOS GOMES CORREA

BALANCED SCORECARD EM HOSPITAIS:
UMA AVALIAÇÃO DAS CRÍTICAS ASSOCIADAS AO MODELO A PARTIR DO
ESTUDO DE CASO EM DUAS ORGANIZAÇÕES HOSPITALARES BRASILEIRAS

Este trabalho foi julgado adequado à obtenção do grau de mestre em Ciências Contábeis e aprovado em sua forma final pelo Curso de mestrado em Ciências Contábeis da Faculdade de Administração de Ciências Contábeis da Universidade Federal do Rio de Janeiro.

Rio de Janeiro, em 28 de agosto de 2008.

Professor e orientador Victor Prochnik, Dr.
Instituto de Economia / Universidade Federal do Rio de Janeiro

Professora e co-orientadora Aracéli Cristina de Sousa Ferreira, Dr.^a
Faculdade de Administração e Ciências Contábeis / Universidade Federal do Rio de Janeiro

Professor Ruthberg dos Santos, Dr.
Faculdade de Administração e Ciências Contábeis / Universidade Federal do Rio de Janeiro

Professor Marcelo Álvaro da Silva Macedo, Dr.
Coordenação de Núcleo de Estudos em Gestão e Estratégia em Negócios / Universidade
Federal Rural do Rio de Janeiro

*Dedico este trabalho a Marcia Andreia Barge Loução
Terra e Flora Terra Corrêa pelo privilégio que a vida me
concedeu de conviver com essas duas mulheres
maravilhosas.*

AGRADECIMENTOS

Aos meus pais pela educação e formação indispensáveis à condução e conclusão deste trabalho.

Ao Prof. Victor Prochnik pelo constante apoio, incentivo e confiança.

À Profª. Araceli pelos apoio e contribuição decisivos.

Ao meu amigo Carlos Siqueira pelo incentivo decisivo para iniciar o mestrado.

Aos Almirantes Edésio e Ilques pela confiança e pelo apoio decisivos.

Ao Comandante Carvalho Fonseca pelo apoio concedido durante o desenvolvimento deste trabalho.

A todos os professores e funcionários da FACC/UFRJ pelas contribuições diretas ou indiretas.

Aos membros da banca pela disponibilidade, observações precisas e contribuições acadêmicas que muito enriqueceram este trabalho.

Aos médicos, enfermeiros e demais funcionários do Instituto Nacional de Cardiologia e do Hospital Monte Sinai

A toda minha família e aos meus amigos pela compreensão e incentivos.

Aos meus colegas de mestrado da turma 2006 pelo companheirismo e apoio.

A verdade não existe fora do poder ou sem poder [...]. A verdade é deste mundo; ela é produzida nele graças a múltiplas coerções e nele produz efeitos regulamentados de poder. Cada sociedade tem seu regime de verdade, sua “política geral” de verdade: isto é, os tipos de discurso que ela acolhe e faz funcionar como verdadeiros; os mecanismos e as instâncias que permitem distinguir os enunciados verdadeiros e falsos, a maneira como se sanciona uns e outros; as técnicas e os procedimentos que são valorizados para a obtenção da verdade; o estatuto daqueles que têm o encargo de dizer o que funciona como verdade. (Michel Foucault)

RESUMO

CORRÊA, Marcos Gomes. ***Balanced Scorecard em Hospitais: uma avaliação das críticas associadas ao modelo a partir do estudo de caso em duas organizações hospitalares brasileiras***. Rio de Janeiro, 2008, 171 f. Dissertação (Mestrado em Ciências Contábeis) – Faculdade de Administração e Ciências Contábeis, Programa de Mestrado em Ciências Contábeis, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2008.

Esta dissertação avalia, comparativamente, a implantação e a utilização do *Balanced Scorecard* (BSC) no Instituto Nacional de Cardiologia (INC) e no Hospital Monte Sinai (HMS). A resenha teórica - que relaciona tanto problemas associados à operação dos hospitais, caracterizados como burocracias profissionais, e críticas ao BSC - levou a um questionário adaptado ao contexto hospitalar e aplicado a 42 funcionários (médicos, enfermeiros, administradores e os responsáveis pela implantação do BSC). O trabalho conclui que, em ambos casos, o BSC superou as disfuncionalidades e problemas típicos da organização hospitalar, contribuindo para uma maior participação dos profissionais no gerenciamento estratégico. O BSC permitiu reduzir o principal problema dos hospitais, a falta de integração entre profissionais e demais funcionários, sem afetar a principal força da organização profissional: a concentração de poder no núcleo operacional. Apenas cinco respondentes discordaram que o BSC se aplica ao contexto hospitalar e diversas críticas e problemas associados ao emprego desta ferramenta, encontrados na literatura, foram rejeitados no resultado. As quatro perspectivas foram consideradas adequadas à realidade desses hospitais. Também houve forte concordância que o BSC permitiu a diferenciação estratégica, enquanto a literatura enfatiza que os administradores deste tipo de organização têm dificuldade em estabelecer uma estratégia particular. Poucas críticas ao BSC foram confirmadas em ambas as organizações. Confirmou-se a imposição cultural do BSC. Entretanto, isto foi considerado um aspecto positivo pelos respondentes. Também foram relatadas dificuldades no estabelecimento de metas. Os resultados também indicam que a configuração estrutural dos hospitais influenciou na percepção de seus funcionários com relação ao BSC, verificando-se

que os dois hospitais se diferenciaram quanto à ênfase em algumas respostas. O INC, o hospital que mais se aproxima da configuração profissional, demonstrou maior resistência à ferramenta. Apenas os respondentes deste hospital confirmaram as seguintes críticas ao BSC: a ligação entre as metas e o plano de remuneração deve ser efetuada de maneira subjetiva, deixando claro que o BSC não contempla todos os aspectos necessários à tomada de decisão; o holismo seletivo, no qual algumas variáveis importantes ficariam fora do modelo; a falta de dinâmica na alteração das medidas e relações de causa e efeito; e o BSC ainda foi caracterizado como sendo mecânico, e de estrutura *top-down* no INC. Por fim, no INC ainda notou-se uma acentuada diferença de percepção entre os médicos e os demais funcionários.

Palavras-chave: *Balanced Scorecard*, Hospitais, Saúde, Críticas, Problemas.

ABSTRACT

CORREA, Marcos Gomes. *Balanced Scorecard in Hospitals: an evaluation of the critics associates to the model from the study of case in two Brazilian hospital organizations*. Rio de Janeiro, 2008, 171 f. Dissertation (Master in Science Accounting) - Master in Science Accounting Program, Federal University of Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2008.

This dissertation studies the use of Balanced Scorecard (BSC) in the National Institute of Cardiology (INC) and in the Hospital Sinai Mount (HMS). The theoretical summary - that it related problems that was associates to the hospitals, characterized as professional bureaucracy, and critics to the BSC - led to a suitable questionnaire to the context hospital and applied to the 42 employees, between doctors, nurses and administrators, including the responsible ones for the implementation of the BSC. The work concludes that the BSC surpassed the typical problems of the hospital organization, contributing for a larger participation of the professionals in the strategic management. The BSC allowed reducing the main problem of the hospitals, the lack of integration between the professionals and the others employees, without affecting the main force of the professional organization: the concentration of political power in the operating core. Only five respondents had disagreed that the BSC is applicable to the hospital context, and diverse critical and problems associates to the use of this tool, that was found in the literature, had been rejected in the result. The four perspectives had been considered adjusted to the hospital reality. Also it had fort agreement that the BSC allowed the strategic differentiation, while literature emphasizes that the administrators of this type of organization have difficulty in establishing a particular strategy. Few critical ones to the BSC had been confirmed in both the organizations. It was confirmed cultural imposition of the BSC. However, this was considered a positive aspect for the respondents. Also difficulties in the establishment of goals had been told. The results also indicate that the structural configuration of the hospitals influenced in the perception of its employees with regard to the BSC, and it was verified that the two hospitals had different

points of view, as it was showed by the emphasis in some answers. The INC, the hospital that is closer to the professional configuration, demonstrated to greater resistance to the tool. Just the interviewed ones of this hospital had confirmed following the critical ones: the linking between the goals and the plan of remuneration must be effected in subjective way, leaving clearly that the BSC does not contemplate all the necessary points to the decision taking; the selective holism, in which some important variable would be outside of the model; the lack of dynamics in the alteration of the measures and relations of cause and effect; e the BSC still was characterized as being mechanic, and top-down. Finally, in the INC, there was one accented difference of perception between the doctors and the employees

Keywords: Balanced Scorecard, Hospitals, Healthcare, Critics, Problems.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Traduzindo a missão em resultados almejados	41
Figura 2 – Distribuição de frequência dos respondentes do HMS.....	68

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 – Medianas das respostas da assertiva 1 no HMS.	82
Gráfico 2 – Medianas das respostas da assertiva 2 no HMS.	83
Gráfico 3 – Medianas das respostas da assertiva 3 no HMS.	83
Gráfico 4 – Medianas das respostas da assertiva 4 no HMS.	84
Gráfico 5 – Medianas das respostas da assertiva 5 no HMS.	84
Gráfico 6 – Medianas das respostas da assertiva 6 no HMS.	85
Gráfico 7 – Medianas das respostas da assertiva 7 no HMS.	85
Gráfico 8 – Medianas das respostas da assertiva 8 no HMS.	86
Gráfico 9 – Medianas das respostas da assertiva 9 no HMS.	86
Gráfico 10 – Medianas das respostas da assertiva 10 no HMS.	87
Gráfico 11 – Medianas das respostas da assertiva 11 no HMS.	87
Gráfico 12 – Medianas das respostas da assertiva 12 no HMS.	88
Gráfico 13 – Medianas das respostas da assertiva 13 no HMS.	88
Gráfico 14 – Medianas das respostas da assertiva 14 no HMS.	89
Gráfico 15 – Medianas das respostas da assertiva 15 no HMS.	89
Gráfico 16 – Medianas das respostas da assertiva 16 no HMS.	90
Gráfico 17 – Medianas das respostas da assertiva 17 no HMS.	90
Gráfico 18 – Medianas das respostas da assertiva 18 no HMS.	91
Gráfico 19 – Medianas das respostas da assertiva 19 no HMS.	91
Gráfico 20 – Medianas das respostas da assertiva 20 no HMS.	92
Gráfico 21 – Medianas das respostas da assertiva 21 no HMS.	92
Gráfico 22 – Medianas das respostas da assertiva 22 no HMS.	93
Gráfico 23 – Medianas das respostas da assertiva 23 no HMS.	93
Gráfico 24 – Medianas das respostas da assertiva 1 no INC.	96
Gráfico 25 – Medianas das respostas da assertiva 2 no INC.	97
Gráfico 26 – Medianas das respostas da assertiva 3 no INC.	97
Gráfico 27 – Medianas das respostas da assertiva 4 no INC.	98
Gráfico 28 – Medianas das respostas da assertiva 5 no INC.	98
Gráfico 29 – Medianas das respostas da assertiva 6 no INC.	99
Gráfico 30 – Medianas das respostas da assertiva 7 no INC.	99
Gráfico 31 – Medianas das respostas da assertiva 8 no INC.	100

Gráfico 32 – Medianas das respostas da assertiva 9 no INC.....	100
Gráfico 33 – Medianas das respostas da assertiva 10 no INC.....	101
Gráfico 34 – Medianas das respostas da assertiva 11 no INC.....	101
Gráfico 35 – Medianas das respostas da assertiva 12 no INC.....	102
Gráfico 36 – Medianas das respostas da assertiva 13 no INC.....	102
Gráfico 37 – Medianas das respostas da assertiva 14 no INC.....	103
Gráfico 38 – Medianas das respostas da assertiva 15 no INC.....	103
Gráfico 39 – Medianas das respostas da assertiva 16 no INC.....	104
Gráfico 40 – Medianas das respostas da assertiva 17 no INC.....	104
Gráfico 41 – Medianas das respostas da assertiva 18 no INC.....	105
Gráfico 42 – Medianas das respostas da assertiva 19 no INC.....	105
Gráfico 43 – Medianas das respostas da assertiva 20 no INC.....	106
Gráfico 44 – Medianas das respostas da assertiva 21 no INC.....	106
Gráfico 45 – Medianas das respostas da assertiva 22 no INC.....	107
Gráfico 46 – Medianas das respostas da assertiva 23 no INC.....	107
Gráfico 47 – Medianas das respostas da assertiva 24 no INC.....	108
Gráfico 48 – Comparação entre as medianas das respostas da assertiva 1.....	115
Gráfico 49 – Comparação entre as medianas das respostas da assertiva 2.....	116
Gráfico 50 – Comparação entre as medianas das respostas da assertiva 3.....	116
Gráfico 51 – Comparação entre as medianas das respostas da assertiva 4.....	117
Gráfico 52 – Comparação entre as medianas das respostas da assertiva 5.....	117
Gráfico 53 – Comparação entre as medianas das respostas da assertiva 6.....	118
Gráfico 54 – Comparação entre as medianas das respostas da assertiva 7.....	118
Gráfico 55 – Comparação entre as medianas das respostas da assertiva 8.....	119
Gráfico 56 – Comparação entre as medianas das respostas da assertiva 9.....	119
Gráfico 57 – Comparação entre as medianas das respostas da assertiva 10.....	120
Gráfico 58 – Comparação entre as medianas das respostas da assertiva 11.....	120
Gráfico 59 – Comparação entre as medianas das respostas da assertiva 12.....	121
Gráfico 60 – Comparação entre as medianas das respostas da assertiva 13.....	121
Gráfico 61 – Comparação entre as medianas das respostas da assertiva 14.....	122
Gráfico 62 – Comparação entre as medianas das respostas da assertiva 15.....	122
Gráfico 63 – Comparação entre as medianas das respostas da assertiva 16.....	123
Gráfico 64 – Comparação entre as medianas das respostas da assertiva 17.....	123
Gráfico 65 – Comparação entre as medianas das respostas da assertiva 18.....	124

Gráfico 66 – Comparação entre as medianas das respostas da assertiva 19.....	124
Gráfico 67 – Comparação entre as medianas das respostas da assertiva 20.....	125
Gráfico 68 – Comparação entre as medianas das respostas da assertiva 21.....	125
Gráfico 69 – Comparação entre as medianas das respostas da assertiva 22.....	126
Gráfico 70 – Comparação entre as medianas das respostas da assertiva 23.....	126

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Parâmetros delineadores da estrutura:.....	29
Tabela 2 – Tipos de descentralização:	30
Tabela 3 – Organização invertida:	34
Tabela 4 – Respostas do BSC às questões de Otley (1999) e as críticas de outros autores a estas respostas.	43
Tabela 5 – Assertivas do questionário de Pessanha e Prochnik (2004) relacionadas com as críticas ao BSC.....	59
Tabela 6 – Tabulação das opiniões de Pessanha e Prochnik (2004).....	61
Tabela 7 – Tabulação (por nº de respostas) dos respondentes no Hospital Nove de Julho.....	62
Tabela 8 – Configuração da montagem do novo questionário	64
Tabela 9 – Tabela cruzada dos respondentes do Hospital Monte Sinai (formação acadêmica X função)	68
Tabela 10 – Distribuição de frequência dos respondentes do INC por formação acadêmica...75	
Tabela 11 – Tabela cruzada por função	75
Tabela 12 – Tabela cruzada por setor	75
Tabela 13 – Tabela cruzada dos profissionais por experiência e curso em gestão	75
Tabela 14 – Tabela comparativa - Hospital Monte Sinai e o Instituto Nacional de Cardiologia	114

LISTA DE ABREVIATURAS

BSC – *Balanced Scorecard*

HMS – Hospital Monte Sinai

INC – Instituto Nacional de Cardiología

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	20
1.1	APRESENTAÇÃO DO PROBLEMA	20
1.2	DELIMITAÇÃO DO PROBLEMA	21
1.3	JUSTIFICATIVA	21
1.4	OBJETIVOS DA PESQUISA.....	23
1.5	VARIÁVEIS DA PESQUISA	24
1.6	HIPÓTESES.....	24
1.7	ESTRUTURA DA PESQUISA.....	25
2	REFERENCIAL TEÓRICO	26
2.1	AS ORGANIZAÇÕES HOSPITALARES	26
2.1.1	<i>A Teoria das Configurações Estruturais das Organizações</i>	<i>26</i>
2.1.1.1	Os mecanismos de coordenação	26
2.1.1.2	O delineamento da estrutura	27
2.1.1.3	As cinco configurações básicas	30
2.1.2	<i>Hospitais: organizações profissionais.....</i>	<i>32</i>
2.1.2.1	Complexidade em quatro grupos	36
2.1.2.2	Problemas e disfuncionalidades.....	37
2.2	O <i>BALANCED SCORECARD</i>	39
2.2.1	<i>Críticas ao Balanced Scorecard.....</i>	<i>43</i>
2.2.2	<i>O Balanced Scorecard aplicado às organizações de saúde.....</i>	<i>50</i>
2.2.2.1	<i>Redesenhando o Balanced Scorecard para aplicação em hospitais.....</i>	<i>53</i>
2.3	VARIÁVEIS SELECIONADAS.....	54
3	METODOLOGIA.....	57
3.1	MÉTODO	57
3.2	AMOSTRA.....	57
3.3	o INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS	59
3.3.1	<i>O questionário de Pessanha e Prochnik (2004) e análise dos casos estudados ..</i>	<i>59</i>
3.3.2	<i>Elaboração do questionário da pesquisa</i>	<i>63</i>
3.4	LIMITAÇÕES DA PESQUISA.....	66
4	CARACTERIZAÇÃO DOS CASOS	67
4.1	HOSPITAL MONTE SINAI.....	67
4.1.1	<i>Dados Gerais</i>	<i>67</i>
4.1.2	<i>O Balanced Scorecard do Monte Sinai.....</i>	<i>70</i>
4.2	O INSTITUTO NACIONAL DE CARDIOLOGIA (INC)	72
4.2.1	<i>Dados Gerais</i>	<i>72</i>
4.2.2	<i>O Balanced Scorecard do INC</i>	<i>76</i>
5	ANÁLISE E INTERPRETAÇÃO DA APLICAÇÃO DOS QUESTIONÁRIOS.....	82
5.1	HOSPITAL MONTE SINAI.....	82
5.2	O INSTITUTO NACIONAL DE CARDIOLOGIA (INC)	96
5.2.1	<i>Resultados.....</i>	<i>96</i>
5.2.2	<i>Análise</i>	<i>108</i>
5.3	ANÁLISE COMPARATIVA	113
6	CONSIDERAÇÕES FINAIS	128
	REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	133
	ANEXO A – ROTEIRO DA ENTREVISTA PARA COLETA DE DADOS PRIMÁRIOS	138
	138

ANEXO B – INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS UTILIZADO NO HOSPITAL MONTE SINAI	142
ANEXO C – INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS UTILIZADO NO INSTITUTO NACIONAL DE CARDIOLOGIA	145
ANEXO D – DISTRIBUIÇÃO DE FREQUÊNCIA DAS RESPOSTAS DO MONTE SINAI	148
ANEXO E – COMPARAÇÃO ENTRE MEDIANAS DAS RESPOSTAS DO MONTE SINAI (MÉDICOS E OUTROS PROFISSIONAIS).....	150
ANEXO F – DISTRIBUIÇÃO DE FREQUÊNCIA DAS RESPOSTAS DO INSTITUTO NACIONAL DE CARDIOLOGIA.....	152
ANEXO G – COMPARAÇÃO ENTRE MEDIANAS DO INC (MÉDICOS E DEMAIS PROFISSIONAIS).....	154
ANEXO H – COMPARAÇÃO ENTRE MEDIANAS DO INC (CURSO NA ÁREA DE GESTÃO)	156
ANEXO I – COMPARAÇÃO ENTRE MEDIANAS DO INC (EXPERIÊNCIA EM GESTÃO)	158
ANEXO J – COMPARAÇÃO ENTRE MEDIANAS DO INC (POR FUNÇÃO)	160
ANEXO K – COMPARAÇÃO ENTRE MEDIANAS DO INC (POR COORDENAÇÃO)	162
ANEXO L – COMPARAÇÃO ENTRE OS RESULTADOS DO HOSPITAL MONTE SINAI E DO INSTITUTO NACIONAL DE CARDIOLOGIA.....	164
ANEXO M – COMPARAÇÃO ENTRE MEDIANAS DO HOSPITAL MONTE SINAI E DO INSTITUTO NACIONAL DE CARDIOLOGIA	167
ANEXO N – COMPARAÇÃO ENTRE MEDIANAS DOS MÉDICOS DO HOSPITAL MONTE SINAI E DO INSTITUTO NACIONAL DE CARDIOLOGIA	169

1 INTRODUÇÃO

O *Balanced Scorecard* (KAPLAN e NORTON, 1997, 2000, 2004) tem sido implantado com sucesso em muitos hospitais de diferentes países, conforme relatos encontrados na literatura especializada (MACSTRAVIC, 1999; INAMDAR et al, 2002; MELIONES et al, GORDO et al, HARBER, JONES e FILIP, WATCHTEL et al apud ZELMAN ET AL, 2003; PEREIRA, 2005; NEIVA, 2005; PEREIRA, 2005; CHAN, 2006; CHEN et al, 2006). Além dos trabalhos citados, cabe mencionar também os de Aidemark (2001) e Funck (2007), que investigaram a utilização do BSC nas organizações de saúde, considerando as características profissionais das mesmas, e defenderam sua utilização nesse complexo ambiente.

Mas, numa resenha mais ampla, que considerou a literatura sobre organizações de variados setores econômicos, Pessanha e Prochnik (2004) mostram as críticas ao *Balanced Scorecard* (BSC) que podem ser encontradas na literatura técnica. Eles agrupam as críticas em 18 categorias diferentes. Além destas críticas e problemas citados no uso desta ferramenta, levantados neste trabalho, também existem problemas específicos da organização hospitalar, tal como os descritos por Mintzberg (2001a, 2001b, 2001c, 2003). Estes problemas, os gerais e os particulares das organizações hospitalares, permitem colocar em questão a eficácia da aplicação do BSC em hospitais, tornando-se relevante investigar como vêm se procedendo tais implantações.

1.1.1.1 Apresentação do problema

Inicialmente, as organizações hospitalares são caracterizadas como organizações profissionais, o que trouxe à tona as características desse contexto organizacional, caracterizado pelo poder concentrado no núcleo operacional (médicos), que dificulta a coordenação através de controles tecnocráticos (MINTZBERG, 2001a; 2001b; 2001c; 2003). Outro ponto exposto refere-se à complexidade do ambiente hospitalar que, segmentado em diferentes mundos (grupos profissionais), não favorece a colaboração e a coordenação (GLOUBERMAN E MINTZBERG, 2001a;b).

Em paralelo, o BSC é apresentado na perspectiva das críticas ao modelo encontradas na literatura especializada, especialmente aquelas que o enquadram como sendo uma ferramenta tecnocrática e instrumental e que não possui a flexibilidade necessária para contemplar um adequado gerenciamento estratégico (BESSIRE e BAKER, 2005; WEHMEIER, 2006; EDENIUS e HASSELBLADH, 2002).

Uma análise preliminar dessas duas interpretações poderia levantar a hipótese de o BSC não ser adequado para utilização em hospitais. Entretanto, como anteriormente citado, foram encontradas, na literatura especializada, diversas experiências bem sucedidas de implantação do BSC em organizações de saúde (ver também a subseção 2.2.2).

Assim, emerge o problema desta pesquisa, que consiste em investigar como os hospitais, caracterizados como organizações profissionais, utilizam o BSC, em relação tanto às dificuldades e críticas, apontadas pela literatura especializada, com às disfuncionalidades descritas por Mintzberg (2003).

1.2 DELIMITAÇÃO DO PROBLEMA

Conforme já exposto na seção 1.1, esta dissertação apresenta um estudo de caso comparativo entre duas organizações hospitalares. A delimitação espaço-temporal foi condicionada pelo limite do tempo disponível para conclusão da dissertação, bem como pelos recursos financeiros disponíveis.

Portanto, face às delimitações impostas ao problema original, o mesmo fica formulado da seguinte forma:

“Investigar como o Instituto Nacional de Cardiologia e o Hospital Monte Sinai utilizam o BSC, em relação às dificuldades e críticas, apontadas pela literatura especializada, e pelas disfuncionalidades descritas por Mintzberg (2003).”

1.3 JUSTIFICATIVA

A saúde, tida pelo senso comum, como o supremo bem de um ser humano, é constituída por uma dimensão social, observada através do papel do Estado, que deveria garantir as necessárias condições legais, técnicas e materiais.

A Constituição Federal de 1988, apelidada de “a Constituição cidadã”, garantiu aos brasileiros diversos direitos que nos permitiriam ser chamados de “cidadãos”, na mais completa acepção que o termo poderia encerrar. Em seu Art. 6º, declara:

São direitos sociais a educação, a saúde, o trabalho, a moradia, o lazer, a segurança, a previdência social, a proteção à maternidade e à infância, a assistência aos desamparados, na forma desta Constituição. (Brasil, 1988)

Mais adiante, no inciso IV do seu Art. 7º, institui como direito dos trabalhadores um salário mínimo, que deveria ser capaz de atender às suas necessidades vitais básicas e as de sua família com a saúde, entre outras. No seu Art. 23, atribui como competência comum da

União, dos Estados, Distrito Federal e Municípios, “cuidar da saúde e assistência pública, da proteção e garantia das pessoas portadoras de deficiência”. Sobre a ordem social, cujo objetivo é o bem-estar e a justiça sociais, a Carta Magna dedica uma seção inteira à saúde, na qual afirma ser o direito de todos e o dever do Estado, onde merece destaque o “acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação”.

Entretanto, apesar dos nobres anseios constitucionais, a realidade é outra, como explicitam os problemas enfrentados por brasileiros na experiência cotidiana do cidadão. A exposição constante de tais mazelas, efetuada pela imprensa, reforça a tese de que os direitos de cidadania, no Brasil, são cada vez mais desrespeitados. Se a tentativa de ampliação das possibilidades de um brasileiro ser, na prática, um cidadão, fica cada vez mais distante da realidade, isto fica mais evidente na área da saúde, com o tão noticiado “sucateamento” das instituições públicas.

Em decorrência desta falência do sistema público, a atividade saúde deixou de ser uma problemática social, para assumir uma natureza eminentemente econômica. Cada vez mais fraco frente aos movimentos neoliberais, deflagrados nos anos 70, o Estado sucumbe frente à força avassaladora do capital transnacional do novo mundo globalizado, que, munido dos avanços tecnológicos proporcionados pela lógica instrumental do capitalismo, mercantiliza a saúde, obrigando os “cidadãos” a pagarem duplamente pela sua saúde: a parte contida na carga tributária imposta e a parte dos planos de saúde privados, cada vez mais indispensáveis. Nesta lógica, como poucos detêm condições de suportar a este custo adicional no orçamento particular, o país abriga uma imensa população que, desamparada e sem alternativa, depende do insuficiente e ineficaz sistema de saúde público. Mas a globalização ainda impõe uma severa restrição ao país: funcionar conforme a lógica do capital transnacional. E isto, significa, adequar os custos ao reduzido orçamento anual, mesmo em áreas vitais e básicas como a saúde. Evidentemente, em um país considerado “em vias de desenvolvimento”, as restrições orçamentárias são inevitáveis e mais severas.

Em contrapartida ao quadro da saúde pública, a iniciativa privada, apesar de tornar a atividade cada vez mais cara e inacessível à maioria da população brasileira, tem trabalhado com excelentes padrões de qualidade e custo, devido à assimilação rápida das inovações tecnológicas, aliada ao desenvolvimento de modernos métodos de gestão.

Entretanto, longe de a solução dos problemas da saúde pública concentrarem-se somente em recursos financeiros e materiais e técnicas avançadas, entende-se que a dimensão política não somente pode ser desconsiderada mas alinhada aos mecanismos de gestão. Esta

hipótese sugere falhas na definição da estratégia e deficiências no gerenciamento do sistema de saúde pública.

Em face ao acima exposto, novos modelos de gestão, que privilegiem não só a otimização dos recursos, mas também a melhoria constante da qualidade dos serviços podem ser uma alternativa viável para a resolução, ou pelo menos amenização, deste grave problema social. Nos últimos anos tem-se verificado que as organizações de saúde buscam novos modelos de gestão que pudessem dar conta do complexo ambiente hospitalar (TEMPORÃO, 2006).

Face ao crescente interesse dos hospitais brasileiros pelo BSC e tendo em vista sua larga utilização em hospitais e sistemas de saúde pelo planeta, esta pesquisa justifica-se por buscar a avaliação das críticas e problemas associados à aplicação do modelo em hospitais, através de estudos de caso em organizações hospitalares brasileiras, contemplando, desta forma, a realidade do país.

Esta dissertação ganha maior relevância em função do problema da pesquisa erigido, que se foca no contraste de posicionamentos teóricos. De um lado, a ineficácia das tentativas de implantação, em hospitais, de mecanismos de coordenação diferentes da padronização de habilidades, há resultados de trabalho científicos que permitem atribuir valor à utilização de sistemas de controles no contexto profissional (MINTZBERG, 2003); e de outro, as implantações bem-sucedidas encontradas na literatura (MACSTRAVIC, 1999; INAMDAR et al, 2002; MELIONES et al, GORDO et al, HARBER, JONES e FILIP, WATCHTEL et al apud ZELMAN ET AL, 2003; PEREIRA, 2005; NEIVA, 2005; PEREIRA, 2005; CHAN, 2006; CHEN et al, 2006), reforçadas pela conclusão de Esteves (2005, p. 247), a partir de um estudo de casos de hospitais do norte do Paraná: “a falta de instrumentos necessários ao controle do trabalho profissional deixa os grupos profissionais à vontade para exercerem de modo desordenado seus poderes profissionais”.

1.4 OBJETIVOS DA PESQUISA

Esta dissertação se insere em uma linha de pesquisa – grupo de trabalho “Estratégia de organizações e mensuração do desempenho organizacional, com ênfase na avaliação da difusão do BSC no Brasil” – cujo objetivo geral é investigar como as organizações hospitalares brasileiras estão utilizando o BSC em relação às dificuldades, limitações e críticas ao modelo apontadas pela literatura especializada (PROCHNIK e FONSECA, 2006). A fim de se alcançar esse objetivo geral, esse grupo de pesquisa optou por fazer uma série de

estudos de caso, porque o número de hospitais que usam o BSC no Brasil é relativamente pequeno e, também, pelo esforço de pesquisa que requer o conhecimento do uso e dos impactos dessa ferramenta em um hospital.

Dentro dessa concepção, o objetivo geral desta dissertação é avaliar a utilização do BSC em hospitais sob a perspectiva das críticas ao modelo, a partir do estudo de caso em duas organizações hospitalares. As duas organizações estudadas são:

- O hospital privado Monte Sinai (Juiz de Fora-MG), um caso de sucesso, a medir pelos prêmios que recebeu e a pressão da demanda, que está levando o hospital a expandir significativamente suas atividades;
- O Instituto Nacional de Cardiologia (Rio de Janeiro-RJ), uma organização pública, que é outro caso de sucesso, face aos resultados alcançados e ao reconhecimento nos âmbitos governamental e da cardiologia, como será visto adiante.

A fim de se alcançar esse objetivo geral, traçou-se os seguintes objetivos específicos que servirão como referência para as etapas de pesquisa:

- a) Descrever a estrutura da organização hospitalar, sob o enfoque das relações de poder entre os grupos atuantes e as possibilidades de coordenação e controle;
- b) Efetuar uma revisão de literatura sobre o *Balanced Scorecard*, especialmente no que concerne à sua utilização em organizações de saúde e às suas críticas e limitações;
- c) Atualizar o questionário desenvolvido por Pessanha e Prochnik (2004), bem como adequá-lo ao contexto específico das organizações hospitalares; e
- d) Verificar, a partir da aplicação desse novo questionário a funcionários das duas organizações hospitalares, como são percebidas, nessas organizações, as críticas e limitações ao modelo.

1.5 VARIÁVEIS DA PESQUISA

As variáveis da pesquisa foram retiradas das questões referentes aos problemas do BSC e daquelas referentes aos problemas específicos do contexto hospitalar, conforme será exposto no capítulo 3.

1.6 HIPÓTESES

Como o objetivo desta dissertação é descrever um determinado fenômeno - a utilização do BSC por hospitais públicos - trata-se de um estudo exploratório, não haveria necessidade de que as hipóteses fossem enunciadas formalmente (GIL, 1996, p. 43), muito

embora as hipóteses deste trabalho tenham sido formuladas a partir do referencial teórico e explicitadas no instrumento de coleta de dados (questionário).

1.7 ESTRUTURA DA PESQUISA

Para o cumprimento dos objetivos propostos, esta dissertação foi dividida em sete capítulos, descritos brevemente a seguir.

No presente capítulo, faz-se a introdução do trabalho, fornecendo uma visão geral e apresentando seus problemas, objetivos gerais e específicos.

No segundo capítulo, apresenta-se o referencial teórico, sendo dividido em duas seções. A primeira, seguindo principalmente Mintzberg (2003), realiza a caracterização do hospital como uma organização profissional, apontando seus principais problemas e disfuncionalidades. A segunda faz uma resenha do BSC, destacando suas principais críticas e problemas, apontados pela literatura especializada, bem como sua aplicação nas organizações de saúde.

No terceiro capítulo, são apresentados os aspectos metodológicos da dissertação, explicando seus métodos e caracterizando a amostra.

No quarto capítulo, é mostrado como foi configurado o questionário utilizado, elaborado a partir daquele desenvolvido por Pessanha e Prochnik (2004), devidamente atualizado e adequado aos objetivos desta dissertação.

O quinto capítulo tem o propósito de caracterizar as organizações selecionadas para esta dissertação (o Hospital Monte Sinai e o Instituto Nacional de Cardiologia), apresentando seus dados gerais e detalhando a implantação e a utilização do BSC nesses locais.

O sexto capítulo apresenta a análise dos resultados alcançados de cada organização, bem como a análise comparativa.

O sétimo e último capítulo contém considerações finais acerca dos resultados da pesquisa e suas implicações.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

De modo a cumprir os dois primeiros objetivos específicos, são analisadas nesta seção as características das organizações hospitalares, a partir da teoria das configurações estruturais das organizações (MINTZBERG, 2001a, 2003) e, posteriormente, uma resenha do *balanced scorecard* (BSC), apresentando as principais críticas a esta ferramenta e explorando sua aplicação em instituições de saúde.

2.1 AS ORGANIZAÇÕES HOSPITALARES

Para a compreensão dos movimentos de poder que ocorrem no interior das organizações hospitalares na busca do controle político-administrativo especialmente entre médicos e administradores, é utilizada a teoria das configurações estruturais de Mintzberg (2003), que é apresentada nesta seção. As duas primeiras subseções introduzem os conceitos centrais (os mecanismos de coordenação, as partes da organização, os parâmetros essenciais e os fatores contingenciais) que permitiram ao citado autor expor as cinco configurações básicas de uma organização eficaz.

2.1.1 A Teoria das Configurações Estruturais das Organizações

2.1.1.1 Os mecanismos de coordenação

Para apresentar as cinco configurações, Mintzberg (2003, p. 11) introduz alguns conceitos preliminares que fundamentam a construção de seu quadro de referência. Os primeiros conceitos são concernentes aos mecanismos básicos pelos quais as organizações alcançam a coordenação. Os mecanismos de coordenação, relacionados também com o controle e a comunicação, são apresentados por Mintzberg (2003, p. 12), conforme:

- Ajuste mútuo – onde a coordenação provém da comunicação informal;
- Supervisão direta – coordenação obtida por meio de uma pessoa tendo responsabilidade pelo trabalho de outros, através de instruções e monitoramento;
- Padronização de processos de trabalho – o conteúdo do trabalho é especificado ou programado;
- Padronização de resultados – resultados (dimensões ou desempenho final) especificados; e

- Padronização de habilidades – o treinamento necessário para execução do trabalho é padronizado.

Mintzberg (2001a) ainda apresenta um sexto mecanismo, a padronização das normas, de modo que a socialização estabeleça valores e crenças comuns aos membros da organização (o autor cita como exemplo as corporações japonesas).

2.1.1.2 O delineamento da estrutura

Em relação ao delineamento da estrutura, Mintzberg (2003, p. 17) divide a organização em cinco partes:

- Núcleo operacional – membros que executam o trabalho básico para produção de bens e/ou serviços;
- Cúpula estratégica – alta gerência que supervisiona toda organização;
- Linha intermediária – composta pelos gerentes, cuja hierarquia encontra-se a meio caminho da cúpula estratégica e do núcleo operacional;
- Tecnoestrutura – são os analistas que programam e controlam formalmente o trabalho dos demais membros organizacionais, posicionando-se fora da linha hierárquica; e
- Assessoria de apoio – exerce atividades de apoio (serviços indiretos à organização).

Mintzberg (2001a) posteriormente considerou a ideologia como sendo a sexta parte de uma organização, representada pela cultura organizacional, assim como ressaltou a importância de serem consideradas as influências externas (proprietários, fornecedores, clientes, etc.) que são denominados coalizão externa, podendo ser passiva, dominadora ou dividida.

Para o delineamento da estrutura, Mintzberg (2003, p. 32) ainda observa que alguns parâmetros essenciais (tabela 1) devem ser levados em conta, bem como alguns fatores contingenciais ou situacionais, que condicionam a utilização desses parâmetros, relacionados pelo autor com as seguintes hipóteses (possíveis efeitos):

- Idade e tamanho:
 - H1: quanto maior a idade da organização, mais formalizado será seu comportamento;
 - H2: a estrutura reflete a época da criação do ramo industrial;

- H3: quanto maior a organização, mais elaborada é a estrutura (tarefas mais especializadas, unidades mais diferenciadas e componentes administrativos mais desenvolvidos);
 - H4: quanto maior a organização, maior o tamanho médio de suas unidades; e
 - H5: quanto maior a organização, mais formalizado será seu comportamento.
- Sistema técnico (não é tecnologia - base do conhecimento, mas relaciona-se com os instrumentos utilizados no núcleo operacional):
 - H6: quanto mais regulador (tarefas simples e definidas) o sistema técnico, mais formalizado será o trabalho operacional e mais burocratizada a estrutura do núcleo operacional;
 - H7: quanto mais sofisticado o sistema técnico, mais elaborada a estrutura não operacional; e
 - H8: a automação do núcleo operacional transforma uma estrutura administrativamente burocrática em uma orgânica.
- Ambiente (relacionado com estabilidade, complexidade, diversidade de mercado e hostilidade):
 - H9: quanto mais dinâmico o ambiente, mais orgânica será a estrutura;
 - H10: quanto mais complexo o ambiente, mais descentralizada a estrutura;
 - H11: quanto mais diversificados forem os mercados da organização, maior a propensão para ela se dividir em unidades por mercado;
 - H12: a extrema hostilidade em seu ambiente leva qualquer organização a centralizar temporariamente a sua estrutura; e
 - H13: disparidades no ambiente encorajam a organização a descentralizar seletivamente em constelações diferenciadas de trabalho.
- Poder – controles externos e normas sociais (moda):
 - H14: quanto maior o controle externo sobre a organização, mais sua estrutura é centralizada e formalizada;
 - H15: a necessidade de poder de seus membros tende a gerar estruturas que são excessivamente centralizadas; e

-H16: a moda (e a cultura) favorece a estrutura do momento, algumas vezes mesmo quando inapropriada.

A partir do relacionamento dessas hipóteses, Mintzberg erigiu os parâmetros delineadores da estrutura (tabela 1) e os tipos de descentralização (tabela 2).

Tabela 1 – Parâmetros delineadores da estrutura:

<u>Agrupamento</u>	<u>Parâmetro delineadores</u>	<u>Conceito</u>
Delineamento de posições individuais	Especialização da tarefa	Número de tarefas em um determinado cargo e o controle dos funcionários sobre essas tarefas
	Formalização do comportamento	Padronização de processos de trabalho pela imposição de instruções operacionais, descrição de cargos, regras, etc.
	Treinamento	Uso de programas instrucionais formais para estabelecer e padronizar nas pessoas as habilidades necessárias e os conhecimentos para executar determinados trabalhos
	Doutrinação	Programas e técnicas pelas quais as normas são padronizadas de modo a se tornarem suscetíveis às suas necessidades ideológicas
Delineamento da superestrutura	Agrupar unidades	Bases para agrupamento de posições
	Dimensões da unidade	Número de posições
<u>Agrupamento</u>	<u>Parâmetro delineadores</u>	<u>Conceito</u>
Delineamento das ligações laterais	Sistemas de planejamento e controle	Padronizar os resultados
	Instrumentos de interligação	Mecanismos usados para encorajar o ajuste mútuo: posições de ligação, forças-tarefa e comitês, gerentes de integração e estrutura mestra.
Delineamento do sistema da tomada de decisões	Descentralização vertical	Detalhes na tabela 2
	Descentralização horizontal	Detalhes na tabela 2

Fonte: Mintzberg, 2003.

Tabela 2 – Tipos de descentralização:

Centralização	Poder concentrado na cúpula estratégica
Descentralização horizontal limitada	A cúpula estratégica divide algum poder com a tecnoestrutura
Descentralização horizontal e vertical	Os gerentes das unidades têm delegação de autoridade, controlando a maioria das decisões concernentes à sua unidade
Descentralização vertical limitada	O maior poder reside no núcleo operacional
Descentralização seletiva	O poder sobre as diferentes decisões é disperso pela organização

Fonte: Mintzberg, 2003.

2.1.1.3 As cinco configurações básicas

A partir desses elementos de sua teoria das estruturas organizacionais, Mintzberg (2003, p. 153) apresenta as cinco configurações básicas das organizações eficazes; as organizações, conforme suas características, tornam-se eficazes estruturando-se nas seguintes configurações arquetípicas:

- Estrutura simples ou organização empreendedora:
 - Principal mecanismo de coordenação: supervisão direta;
 - Parte chave da organização: cúpula estratégica;
 - Principais parâmetros para delinear: centralização, estrutura orgânica;
 - Fatores situacionais: pequena e jovem; sistema técnico sem sofisticação; ambiente dinâmico; possivelmente hostilidade extrema ou grandes necessidades de poder do gerente de topo; não acompanha moda; e
 - Caso clássico: organização empreendedora.

- Burocracia¹ mecanizada ou organização maquinal:
 - Principal mecanismo de coordenação: padronização dos processos de trabalho;
 - Parte chave da organização: tecnoestrutura;
 - Principais parâmetros para delinear: formalização do comportamento; especialização do trabalho vertical e horizontal; comumente agrupamento por função; unidade operacional com grande dimensão; centralização vertical e descentralização horizontal limitada; planejamento para a ação;

¹ Conceito, de origem Weberiana, que define a estrutura cujo comportamento é pré-determinado ou previsível (padronizado).

- Fatores situacionais: madura e grande; sistema técnico regulado e não automatizado; ambiente simples e estável; controle externo; não seguidora de moda; e
 - Caso clássico: empresas de produção em massa, empresas de serviços com tarefas simples e repetitivas.
- Burocracia profissional ou organização profissional:
 - Principal mecanismo de coordenação: padronização de habilidades;
 - Parte chave da organização: núcleo operacional;
 - Principais parâmetros para delinear: treinamento; especialização do trabalho horizontal; descentralização vertical e horizontal;
 - Fatores situacionais: ambiente estável e complexo; sistema técnico não regulado e não sofisticado; acompanha a moda; e
 - Caso clássico: universidades, hospitais de clínicas, sistemas de escolas, firmas de auditoria e contabilidade, órgão sociais do trabalho e empresas de produção artesanal.
- Forma divisionalizada ou organização diversificada:
 - Principal mecanismo de coordenação: padronização de resultados;
 - Parte chave da organização: linha intermediária;
 - Principais parâmetros para delinear: agrupamento por mercado; sistema de controle do desempenho; descentralização vertical limitada;
 - Fatores situacionais: mercados diversificados; com idade e grande porte; gerentes da linha intermediária necessitam poder; acompanha moda; e
 - Caso clássico: grandes corporações, Governo.
- Adhocracia ou organização inovadora:
 - Principal mecanismo de coordenação: ajuste mútuo;
 - Parte chave da organização: assessoria de apoio (na adhocracia operacional, divide com o núcleo operacional);
 - Principais parâmetros para delinear: instrumentos de interligação; estrutura orgânica; descentralização seletiva horizontal; especialização do trabalho; treinamento; agrupamento concorrentemente funcional e por produto;

- Fatores situacionais: ambiente complexo e dinâmico; jovem; sistema técnico sofisticado e muitas vezes automatizado; segue a moda; e
- Casos clássicos:
 - i. Operacional: inova e resolve problemas precisamente do interesse de seus clientes. Ex. agências de propaganda, firmas de consultoria criativa, fabricante de protótipos de engenharia; e
 - ii. Administrativa – empreende projetos para servir a si mesma. Ex. empresas petrolíferas e químicas.

Mintzberg (2001a) posteriormente ainda relacionou duas configurações possíveis:

- Organização missionária:
 - Principal mecanismo de coordenação: padronização de normas;
 - Parte chave da organização: ideologia;
 - Tipo de descentralização: descentralização
- Organização política:
 - Principal mecanismo de coordenação: nenhum;
 - Parte chave da organização: nenhum;
 - Tipo de descentralização: variada

2.1.2 Hospitais: organizações profissionais

Os hospitais se tornaram organizações profissionais quando os médicos, peritos formados nas universidades, se inseriram naquele contexto, iniciando um movimento de tomada do poder, baseado no conhecimento técnico-científico. Foucault (1979, p. 109) descreve a ascensão dos médicos ao poder na transformação dos hospitais em organizações profissionais, ainda que não utilize este termo:

A partir do momento em que o hospital é concebido como um instrumento de cura e a distribuição do espaço se torna um instrumento terapêutico, o médico passa a ser o principal responsável pela organização hospitalar.

Analisando o hospital moderno, enquanto organização profissional, Glouberman e Mintzberg (2001a) ressaltam que todos os seis mecanismos de coordenação são utilizados, de alguma forma, pela maioria das organizações e que o favorecimento de um desses

mecanismos em relação aos demais influencia significativamente a estrutura a ser adotada. Devido às instituições de saúde operarem em um ambiente ao mesmo tempo complexo e estável, elas dependem predominantemente da padronização de habilidades e conhecimentos, face à admissão, no núcleo operacional, de especialistas fortemente treinados e doutrinados (os profissionais). Assim, para realizarem suas complexas tarefas (que garantem o caráter discricionário da atividade) com eficácia, tais organizações abrem mão de grande parte do poder para seus profissionais e para as associações profissionais, que os selecionam, treinam e doutrinam. Em decorrência, os profissionais gozam de considerável liberdade e autonomia. Nesse trabalho individualizado, a principal relação de dependência não reside na relação com outros profissionais, mas sim naquela com o cliente. A principal tarefa do médico (profissional) é o diagnóstico, isto é, o enquadramento ou classificação de uma contingência nos padrões apreendidos para posterior aplicação de um procedimento padrão. Estas características implicam no enfraquecimento do poder hierárquico - diretamente relacionado com o cargo - em detrimento do fortalecimento do poder da perícia do profissional.

Embora a base de conhecimento de um hospital seja extremamente sofisticada, seu sistema técnico é extremamente simples ou, pelo menos, sofre grande resistência, por parte dos profissionais, para ser sofisticado. Esta resistência é explicada por Mintzberg (2003, p. 202) em função de quanto mais sofisticado for o sistema técnico, menos autônomo se torna o médico, dependendo do apoio de outros especialistas, bem como facilitando a monitoração de seu trabalho.

Esta configuração dos hospitais é comumente interpretada como sendo uma “oligarquia dos profissionais”, pois estes procuram obter o controle coletivo sobre as decisões administrativas, através de comissões, conselhos e a ocupação de cargos administrativos por profissionais (MINTZBERG, 2003, p. 196). Há forte resistência à supervisão direta. Portanto, as decisões não são fruto de um embate democrático entre os membros da organização, mas de um grupo privilegiado: os profissionais. Paralelamente a esta estrutura, orbita uma burocracia mecanizada, na área administrativa e assessoria de apoio.

Quinn et al (2001), em sua classificação, considera os hospitais, como “organizações invertidas” – a estrutura administrativa é da forma de uma pirâmide invertida, onde os operadores profissionais ficam no topo e os administradores, abaixo para suprir suas necessidades (medicamentos, manutenção etc.). Suas dimensões são esboçadas na tabela 3.

Tabela 3 – Organização invertida:

<u>Dimensões</u>	<u>Conceito</u>	<u>Característica</u>
Definição de nóculo	Local onde ocorre a ação, o atendimento das necessidades dos clientes	Individual
Local do intelecto	Principal esfera dentro da organização na qual reside o profundo conhecimento de suas disciplinas fundamentais	Nódulos
Local da novidade	Lugar principal onde o intelecto é convertido para soluções inovadoras	Nódulos
Modo de ligação	Direção do fluxo de informações e como o local do intelecto e o local da novidade são conectados	Nenhum
Fonte de alavancagem	Como a organização alavanca sua base de <i>know-how</i>	Distributivo

Fonte: Quinn et al, 2001.

Desenvolvida na formação e no treinamento dos profissionais, autonomia característica dos médicos, aparentemente não justificaria sua adesão a uma organização hospitalar, visto que naturalmente parte desta autonomia seria perdida em prol dos interesses organizacionais. Entretanto, os seguintes benefícios permitem justificar a importância do hospital para os médicos: compartilhamento de recursos, aprendizado mútuo, treinamento de novos profissionais, captação de clientes, necessidade de vários serviços diferenciados ao mesmo tempo (Ex. radiografia, tomografia computadorizada, nutricionista etc.) e facilidade de transferência do paciente entre especialidades.

Face às características profissionais, a estrutura da organização hospitalar é delineada da seguinte forma:

- O núcleo operacional tende a ser hipertrofiado, com os profissionais trabalhando de forma autônoma, graças ao processo de encasulamento²;
- A cúpula estratégica não controla diretamente a atividade dos profissionais, em função da autonomia profissional. Em decorrência, a cúpula estratégica detém um poder fortemente instável (condicionados às expectativas dos médicos) e que, somente de forma lenta, flui do núcleo operacional para ela. Isso decorre do fato de que o administrador conquista poder nos momentos em que o profissional torna-se seu dependente, o que se dá nas incertezas ocasionadas no sistema. Embora não exerça o controle direto, a alta gerência detém um considerável poder indireto que advém dos

² Os programas padronizados (habilidades adquiridas na formação do profissional) são aplicados nas contingências, também padronizadas. O diagnóstico é a tarefa fundamental do profissional (Mintzberg e Quinn, 2001b, p. 273).

seguintes papéis (GLOUBERMAN e MINTZBERG, 2001b; MINTZBERG e QUINN, 2001b, p. 275):

- facilitar o autogerenciamento das atividades dos profissionais, lidando com as perturbações na estrutura;
 - gerenciar as condições limítrofes da organização, onde conflitam interesses dos profissionais e das partes interessadas (governo, comunidade), buscando apoio e amenizando pressões; e
 - lidar com as decisões que envolvem toda a organização, como, por exemplo, destinação de aplicação dos recursos.
- A linha intermediária é bastante reduzida, pois as unidades operacionais são grandes e há pouca necessidade de supervisão direta ou ajuste mútuo;
 - A tecnoestrutura praticamente inexistente, em função da limitada necessidade de planejamento e formalização do trabalho. Ela restringe-se, assim, às áreas de apoio (setores de pessoal, financeiro, manutenção do prédio, cozinha, lavanderia, segurança, etc.). Como os padrões são gerados fora da organização por associações autogovernadas – que regulam a aprendizagem formal (faculdade), treinamento no serviço (residência), especialização, desenvolvimento da perícia (leituras/congressos/outros treinamentos) – há pouca necessidade de controle externo sobre o trabalho dos profissionais. Outrossim, os processos de trabalho são por demais complexos para serem padronizados por um analista, dificultando sua formalização, bem como a implantação de um sistema para planejamento e controle por processos ou resultados; e
 - A assessoria de apoio é ampla e elaborada de modo a permitir o suprimento das necessidades dos profissionais. Geralmente, são administradas hierarquicamente pela alta gerência, funcionando sob a estrutura das burocracias mecanizadas.

A formulação da estratégia, nas organizações de saúde, não segue o padrão convencional da formulação prévia, nem se trata de uma estratégia oriunda da alta gerência. Planejamento e implantação não são termos adequados à estratégia das organizações profissionais. Sua estratégia manifesta-se como “padrão em ação” (MINTZBERG, 2001a, p.277), na qual “as discussões e ações [...] se ordenam em padrões ao longo do tempo”. As estratégias predominantemente emergem de cada profissional membro da organização, assim como das associações profissionais externas (Conselho Federal de Medicina, Associação

Médica Brasileira, etc.). As estratégias, portanto, se desenvolvem através de negociação, em um processo político que se aproxima do modelo democrático. Entretanto, algumas áreas claramente pertencem ao domínio estratégico do hospital: os *inputs* ao sistema (escolha de profissionais, fatia de mercado, fundos externos), meios necessários, estrutura e formas de governança e meios de apoio à missão (MINTZBERG, 2001a). O próprio processo decisório restringe a atuação dos administradores nos termos de um gerenciamento nos moldes mecanizados. O valorizado poder da perícia e a considerável autonomia dos profissionais condicionam as decisões ao âmbito individual ou às decisões coletivas, onde as comissões responsabilizam-se pelas decisões que afetam a coletividade. Esta característica confere importante papel ao mecanismo de ajuste mútuo nas questões administrativas de uma organização profissional. Apesar de a fragmentação de atividades e a política interna e externa implicarem em constantes mudanças no nível restrito (serviços, procedimentos), as estratégias tendem a ser extremamente estáveis em nível mais amplo, em face da dificuldade de serem estabelecidas “revoluções estratégicas” (MINTZBERG, 2001a).

Duas situações podem alterar a configuração do hospital, levando-o a uma configuração híbrida com características profissionais e inovadoras (Adhocracia profissional, na qual o profissional é forçado a trabalhar em equipes multidisciplinares): a crescente utilização de equipamento sofisticados nos hospitais ou o incremento da pesquisa científica nos hospitais. Entretanto, esta tendência é contida pela característica fundamental dos hospitais: preocupação com a segurança, isto é, somente pode-se utilizar o que já é comprovado cientificamente.

2.1.2.1 Complexidade em quatro grupos

Anthony e Govindarajan (2001) consideram que as empresas do serviço de saúde representam casos de empresas prestadoras de serviços que, em função de características especiais, acarretam variações no controle gerencial tradicional, em especial por produzirem e comercializarem ativos intangíveis.

Glouberman e Mintzberg (2001a) desvelam a heterogeneidade do gerenciamento hospitalar. Tais organizações são analisadas pelos autores em quatro diferentes grupos:

- Cura – composto pelos médicos, que são organizados em chefias e comitês, gozando de significativa autonomia em relação à hierarquia administrativa do hospital;

- Assistência – composto principalmente pelos enfermeiros, que apóiam os médicos, sendo baseado na hierarquia da autoridade, mas com algumas características profissionais de autonomia (poder da perícia);
- Controle – representa a administração convencional, que carece de poder frente aos médicos; e
- Comunidade – provedores, governo, público e voluntários, que não pertencem ao hospital, mas que exercem significativa influência na organização.

Os quatro grupos observados conferem ao hospital uma complexa matriz de dinâmicos inter-relacionamentos, com coalizões e conflitos. A principal característica dessas organizações é a alta diferenciação conjugada a falta de integração (GLOUBERMAN e MINTZBERG, 2001a).

Entretanto, essa integração não é impossível de ser conseguida. O hospital, em sua multiplicidade, possui um sentido, que emerge pela conveniência e peculiaridade do trabalho, fruto do sentido conferido pela resolução dos conflitos entre seus mundos. A saúde é o sentido que o sistema hospital encerra. Assim, algumas forças agem no sentido de integrar esses mundos:

- Compromisso com o propósito, isto é, a tendência altruísta da atividade;
- Desejo de avançar no conhecimento, apesar de também ser causa da diferenciação entre cura e assistência; e
- Urgência, onde as crises e a luta contra o tempo facilitam a integração.

2.1.2.2 Problemas e disfuncionalidades

Mintzberg (2003, p. 209) afirma que, embora a democracia e autonomia representem a força das burocracias profissionais, paradoxalmente, também são sua maior fraqueza, na medida em que podem desenvolver os seguintes problemas (MINTZBERG e QUINN, 2001b, p. 280):

- Problemas de coordenação – a padronização de habilidades é um fraco mecanismo de coordenação interna no hospital. O encasulamento e o individualismo profissional faz com que se gerem constantes conflitos no interior dessas organizações, potencializados pelo alto grau de diferenciação interna dos hospitais;
- Problemas de autonomia ou julgamento – como o julgamento fica concentrado nas mãos do profissional, há grande dificuldade em se lidar com profissionais

incompetentes e inescrupulosos. Há também a possibilidade de inversão dos meios e fins, onde as necessidades dos clientes e da organização são ignoradas em detrimento das necessidades e interesses individuais dos profissionais, principalmente, enquanto pesquisador; e

- Problemas de inovação – a padronização de habilidade confere um caráter inflexível aos hospitais. O individualismo e o raciocínio dedutivo e convergente, característico dos médicos, chocam-se frontalmente com a necessidade, nas organizações inovadoras, de trabalho em equipes multidisciplinares, baseadas em raciocínio indutivo, e conseqüentemente divergente dos padrões.

Tais problemas fazem com que os grupos adjacentes aos profissionais, especialmente o público, tente exercer controle externo sobre os médicos e a profissão médica, através de outros mecanismos de coordenação: supervisão direta, padronização dos processos e padronização de resultados. Entretanto, a utilização dos controles tecnocráticos sobre os médicos pode gerar as seguintes disfuncionalidades (MINTZBERG, 2003, p. 211):

- Sufocar a consciência profissional, desmotivando o comportamento responsável;
- Desconcertar o relacionamento médico-paciente, retirando-lhe o caráter pessoal desimpedido, para conferir-lhe impessoalidade e ineficácia (o médico serviria ao hospital e não ao paciente); e
- Tornar, o já fraco, incentivo para inovação e aperfeiçoamento, ainda mais reduzido, através de um processo de progressiva passividade dos médicos.

Glouberman e Mintzberg (2001b) identificaram dois tipos de problemas sistêmicos:

- Coordenação: como fazer com que os quatro grupos da organização de saúde funcionem em um caminho coerente? e
- Colaboração: como levar os quatro grupos a trabalharem colaborativamente?

Para resolver estes problemas, os autores sugerem o fortalecimento de uma cultura que leve as ações individuais em direção às necessidades coletivas. As soluções não advêm de intervenções gerenciais, nem através de soluções oriundas exclusivamente de quaisquer dos mundos: os líderes devem buscar superar as individualidades, fomentando uma cultura de mútuo respeito e colaboração.

As atuais contingências políticas, econômicas, sociais e tecnológicas exercem pressão para alterações na estrutura do hospital. A tradicional organização profissional deve-se adequar à era da informação, através de uma estrutura que, em vez de perpetuar o poder do clã médico, busque uma forma de organização na qual a cooperação e a competição (conciliação da ideologia com a política) sejam as forças que ditem a estratégia organizacional. Glouberman e Mintzberg (2001b) concluem que as estruturas organizacionais do hospital deveriam ser baseadas em um gerenciamento em rede através de um controle coletivo. Mintzberg e Quinn (2001b, p. 282) sugerem que mudanças em um hospital são conseguidas somente através de um processo lento de pressões dirigidas às associações profissionais, de modo a promover alterações na seleção, formação e especialização dos médicos e não através de grandes reformas administrativas.

Apesar dessas considerações, que apontam a ineficácia das tentativas de implantação, em hospitais, de mecanismos de coordenação diferentes da padronização de habilidades, há resultados de trabalho científicos que permitem atribuir valor à utilização de sistemas de controles no contexto profissional. Esteves (2005, p. 247) conclui, a partir de um estudo de casos de hospitais do norte do Paraná, que “a falta de instrumentos necessários ao controle do trabalho profissional deixa os grupos profissionais à vontade para exercerem de modo desordenado seus poderes profissionais”. Desta forma, o contraste de teorias a cerca da pertinência da utilização de sistemas de controle em hospitais permite atribuir relevância ao estudo proposto nesta dissertação sobre a utilização do BSC em hospitais.

2.2 O BALANCED SCORECARD

O *Balanced Scorecard* (Kaplan e Norton, 1992, 1993, 1996, 1997, 2000) é um instrumento de comunicação da missão e da estratégia da organização, traduzindo metas de longo prazo em medidas e indicadores, multidimensionais, de modo a criar a estrutura necessária de um sistema de gerenciamento estratégico.

Urrutia e Erksen (2005) dividem o desenvolvimento histórico do *Balanced Scorecard* (BSC) em três fases, que o direcionam de uma ferramenta essencialmente tática para um sistema de gerenciamento estratégico. Lawrie e Cobbold (2004) também assinalam a evolução do BSC de controle gerencial ao controle estratégico, em três gerações. Para esta concepção, a segunda geração reforçou o BSC como uma ferramenta de controle estratégico, na medida em que apresentou as seguintes inovações: vinculação das medidas aos objetivos estratégicos e

representação gráfica do relacionamento causal entre os objetivos estratégicos – o mapa estratégico.

Desenvolvido no início dos anos noventa por Kaplan e Norton (1992), fruto de uma pesquisa motivada pela descrença nos indicadores financeiros da contabilidade tradicional, o BSC nasceu com o objetivo principal de resolver um problema de mensuração na era da informação: segundo seus criadores, os sistemas de gerenciamento até então eram simplistas e careciam de foco estratégico. O BSC, então, foi concebido como ferramenta de mensuração, combinando indicadores balanceados (curto e longo prazo, financeiros e não-financeiros), organizados em perspectivas (financeira, clientes, processos internos e aprendizado e crescimento) que seriam relacionadas logicamente através de uma ligação de causa-e-efeito. Seu principal foco era operacional e tático. As primeiras organizações a adotarem o BSC obtiveram êxito na implantação de novas estratégias, conseguindo sinergia para alcançarem retornos positivos em curto espaço de tempo (KAPLAN e NORTON, 2000).

O sucesso do BSC foi atribuído às novas demandas das organizações da chamada “era da informação”, que atribuem considerável importância à formulação da estratégia. A própria organização interna das empresas já não é mais tão centralizada como na era industrial, resultando em estratégias que mais eram emanadas exclusivamente da alta cúpula, superando a lacuna entre o nível operacional-gerencial e o nível estratégico. O BSC se propõe, pois, a ser uma ferramenta que comunica a estratégia, os processos, sistemas, além de fornecer a retroalimentação necessária à transformação da estratégia. Por todas estas conclusões, seus criadores perceberam que a verdadeira importância dessa ferramenta era medir a estratégia e não somente ativos intangíveis e, assim, os objetivos e indicadores do *balanced scorecard* deveriam “emanar da visão e da estratégia da organização” (KAPLAN e NORTON, 2000). Assim, o BSC fazia-se como um novo sistema de controle gerencial que possuía três dimensões: Estratégia, Foco e Organização. Com estas três dimensões, o BSC transformava as empresas em organizações focalizadas na estratégia. Alinhamento e foco foram as palavras-chave a partir da qual seus criadores delinearam os princípios da organização focalizada na estratégia (KAPLAN e NORTON, 2000):

- Traduzir a estratégia em termos operacionais – etapa baseada na montagem dos mapas estratégicos e *scorecards*. O mapa estratégico é uma “arquitetura lógica e abrangente para a descrição da estratégia”, servindo como um referencial geral para a descrição e implantação de estratégias, fornecendo fundamentos para a elaboração do BSC. Sua lógica consiste em estabelecer as relações de causa e efeito que permitem a transformação dos ativos intangíveis em tangíveis, bem como o trajeto da criação de

valor do curto para o longo prazo. O mapa estratégico e o BSC são o ponto de referência comum a toda organização. O referencial para análise estratégica a fim de permitir a criação de valor compunha-se na proposta original de quatro perspectivas:

- Financeira – crescimento, rentabilidade e risco sob a perspectiva do acionista.
- Clientes – criação de valor e diferenciação, sob a perspectiva do cliente.
- Processo internos – prioridades estratégicas de vários processo de negócio, que criam satisfação para os clientes e acionistas.
- Aprendizado e crescimento – desenvolvimento de um clima propício à mudança organizacional, à inovação e ao crescimento.

- Alinhar a organização à estratégia – a palavra-chave aqui é sinergia, entendida como a meta mais abrangente de um projeto organizacional. O *balanced scorecard* conseguiria ultrapassar as barreiras impostas pelos chamados silos funcionais³ através de temas e objetivos estratégicos que, a partir do *scorecard* central, fariam parte de todos os *scorecards*, norteando as estratégias das unidades, fornecendo comunicação e coordenação. O *Balanced Scorecard* proporcionaria que o todo, através da sinergia, excedesse a soma das partes. Kaplan e Norton (2000) consideram a estratégia uma etapa de um encadeamento lógico que liga a missão de alto nível ao procedimento operacional individual de modo a permitir o alcance dos resultados esperados (Figura 1). A missão e os valores seriam estáveis no tempo e a visão apresentaria o quadro desejado futuro.

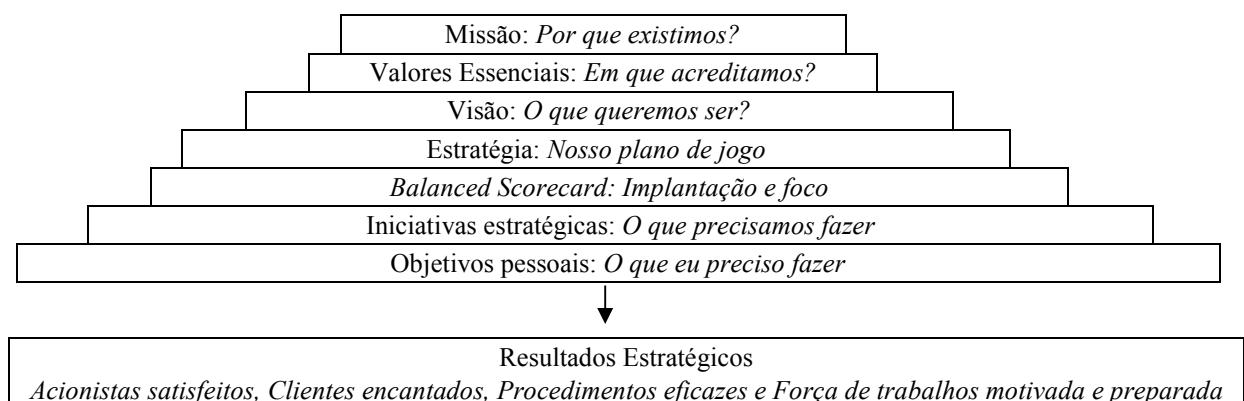


Figura 1 – Traduzindo a missão em resultados almejados

Fonte: Adaptado de Kaplan e Norton (2000, p. 85)

³ Grupos de profissionais de alguma área funcional que defendem os interesses da área, por vezes em detrimento dos interesses da organização.

- Transformar a estratégia em tarefa de todos – proceder a divulgação da estratégia no estilo *top-down*⁴ de modo a que todos os funcionários compreendam a estratégia, norteando suas tarefas de acordo. Isto necessita de um esforço de treinamento a cerca dos principais pontos-chave da estratégia. Desta forma, o BSC torna-se a ferramenta que “comunica a estratégia e educa a organização”, numa abordagem holística. A fim de obter congruência de objetivos entre empresa e funcionário, permitindo o interesse pelos componentes da estratégia, bem como pelos conhecimentos necessários para atingi-los, os criadores relatam experiências bem-sucedidas de planos de remuneração vinculados ao BSC.
- Converter a estratégia em processo contínuo – os criadores da ferramenta citam a implantação de um processo de gerenciamento de estratégia: o processo de *loop* duplo, que integra os aspectos táticos e estratégicos, sendo ininterrupto e contínuo. Para isto as organizações devem: conectar a estratégia ao processo orçamentário; implantar reuniões gerenciais simples para avaliação da estratégia e construir um processo constante de aprendizado e adaptação da estratégia.
- Mobilizar a mudança por meio da liderança executiva – o programa do BSC deve ser conduzido com envolvimento ativo da cúpula executiva, a fim de transformar a empresa em uma organização focalizada na estratégia. Para isto, deve ser estabelecido um programa de mudança, o qual consistirá de três fases: mobilização, governança e estabelecimento de um novo sistema de controle gerencial (estratégico).

Com indicadores extraídos diretamente da estratégia da organização, ligados em uma relação de causalidade, o BSC deixa de ser simplesmente uma ferramenta de mensuração e informação para tornar-se uma ferramenta de gerenciamento estratégico. Isto fica mais nítido através dos mapas estratégicos - a ferramenta gráfica do BSC, que explicita a estratégia em sua relação causal através das perspectivas – nos quais o planejamento estratégico é comunicado através da organização, de modo a permitir foco e aprimoramento estratégico (KAPLAN e NORTON, 2001a, 2001b, 2004). Othman (2006) sugere que o desenvolvimento de um BSC com relações de causa e efeito afeta a implantação da ferramenta, evitando problemas.

⁴ Método de projeto e programação que parte da cúpula estratégica para o núcleo operacional.

O BSC mantém o foco comum nos objetivos da organização, possibilitando ao mesmo tempo, mudanças no gerenciamento estratégico da organização. Outro ponto importante diz respeito à consideração de relacionamentos comunitários e os investimentos sociais no mapa estratégico incorporando, desta forma, os relacionamentos externos à organização, extremamente importantes no pensamento estratégico. Inamdar et al (2000) ressaltam que o BSC não é um projeto de mensuração, mas sim de mobilização, governança e gerenciamento estratégico, progressivamente.

2.2.1 Críticas ao Balanced Scorecard

Johanson et al (2006) observaram que a maioria dos problemas associados ao BSC encontrados na literatura não é exclusividade desse modelo, mas pertence à natureza da problemática do controle gerencial e já foram identificados anteriormente. Entretanto, isto não impede a análise dessas questões sob o enfoque das peculiaridades teóricas e empíricas do BSC.

Pessanha e Prochnik (2004) resenhou os principais obstáculos, críticas e dificuldades na implantação do *Balanced Scorecard* (BSC), encontradas na literatura especializada até 2003. As principais críticas encontradas foram organizadas segundo a taxonomia de Otley (1999), que se apresentam em forma de resenha na tabela 4.

Tabela 4 – Respostas do BSC às questões de Otley (1999) e as críticas de outros autores a estas respostas.

Questões	Propostas do <i>Balanced Scorecard</i>	Críticas ao <i>Balanced Scorecard</i>
Definições dos objetivos e medidas	<ul style="list-style-type: none"> • Abordagem multidimensional • Múltiplos objetivos baseados na estratégia • Objetivo e medidas equilibrados 	<ul style="list-style-type: none"> • Alguns <i>stakeholders</i> ficam de fora • A cultura, a missão e os jargões são negligenciados • Há falta de apoio da alta administração, dos gerentes e dos empregados • Há dificuldades de se chegar a um modelo consensual • O número de medidas é excessivo
Definição das estratégias e planos	<ul style="list-style-type: none"> • Relações de causa e efeito • Medidas de resultado e vetores de desempenho • Relação com objetivos financeiros 	<ul style="list-style-type: none"> • Faltam métodos para definir medidas específicas • Há pouca influência das medidas específicas sobre a avaliação de desempenho e tomada de decisão • Há dificuldade para se estabelecer relações de causa e efeito • As relações de causa e efeito simplificam a realidade: são lineares, estáticas, unidirecionais e não consideram ônus sistemáticos

Questões	Propostas do <i>Balanced Scorecard</i>	Críticas ao <i>Balanced Scorecard</i>
Estabelecimento de metas	<ul style="list-style-type: none"> • Tradução das metas de longo prazo em metas de curto prazo • Metas de superação, quantificáveis e de longo prazo 	<ul style="list-style-type: none"> • Há poucas explicações sobre como se deve dar este processo • O estabelecimento de metas não apropriadas • Permanece uma ligação forte com o orçamento • Pressão por resultados financeiros
Planos de Remuneração	<ul style="list-style-type: none"> • Ligação dos planos de remuneração variável às metas 	<ul style="list-style-type: none"> • Não específica como esta ligação deve ser feita: de maneira objetiva ou subjetiva • Sujeito à manipulação • Trabalha principalmente com base em motivação externa: não fomenta o desenvolvimento de funcionários criativos e solucionadores de problemas
<i>Feedback</i>	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Feedback</i> e duplo <i>feedback</i> • Teste de viabilidade e validade da estratégia • Processo contínuo 	<ul style="list-style-type: none"> • Não incentiva o acompanhamento de variáveis fora do modelo (ex. o desenvolvimento tecnológico e da concorrência) • Mecânico e apresenta estrutura hierárquica <i>top-down</i>: incompatível com a participação maciça dos empregados • As medidas e as relações de causa e efeito podem permanecer estáticas durante um bom período

Fonte: Pessanha e Prochnik (2004).

Após o trabalho de Pessanha e Prochnik (2004), novas críticas surgiram na literatura especializada, com destaque para alguns problemas e dificuldades do BSC, que são discutidos a seguir.

Seguindo princípios da Teoria da Coerência Humana (NIFLE apud BESSIRE e BAKER, 2005), uma organização pode ser analisada a partir de três dimensões da realidade: a política (subjetiva), a estratégica (racional) e a econômica (objetiva). A dimensão política corresponde à dimensão subjetiva da realidade organizacional, representando o vetor intencional. Este vetor seria expresso pela missão que a organização adota escolhe para si mesma, sendo a razão de ser e o motivo de qualquer ação da empresa.

Sob esse enfoque, Bessire e Baker (2005) consideram que a principal limitação do BSC é sua subteorização⁵, que fica clara no que diz respeito às dimensões política e estratégica. Primando pela objetividade, Kaplan e Norton (1996) definiram a missão como sendo princípios que guiarão as ações. No entanto, os exemplos de missão e visão fornecidos pelos seus criadores são considerados por Bessire e Baker (2005) como sendo relacionados mais a objetivos ou estratégias do que propriamente missões – por exemplo, “ser a mais bem sucedida empresa no negócio de ...” (KAPLAN e NORTON, 1996). Daí decorre que tais formulações não provocam a inspiração típica da dimensão política. Ao evitar tratar da

⁵ A teoria não contempla elementos indispensáveis do contexto organizacional.

dimensão política contida no estabelecimento da missão, Kaplan e Norton (1996) a resumem ao processo *top-down* estabelecendo, assim, um conflito entre as dimensões políticas e estratégicas. Conforme Weimeier (2006), a filosofia do BSC consiste primeiramente em gerar objetivos estratégicos de negócios, que são comunicados *top-down* dentro da organização, para lá serem parcialmente refinados e implantados, com critérios mensuráveis, no nível gerencial. Assim, Bessire e Baker (2005) concluem que a falta de uma base teórica do BSC consistente, que não produza ambigüidade em relação à dimensão política do controle gerencial, reduz a possibilidade do consenso⁶ dentro da organização. Esta conclusão aponta para a necessidade de se apelar a consultores para que a ferramenta ganhe a aceitação interna, possibilitando a geração dos resultados esperados. Evidentemente, isto provoca um aumento nos custos de implantação.

Desta forma, atestam os autores que o sucesso e a contribuição do BSC não se encontram na própria ferramenta, mas no consenso criado, no esforço conjunto para prover aprendizado e entendimento acerca dos relacionamentos entre objetivos e estratégia, o que explicita e reforça a falha da crença em um BSC imposto no formato *top-down*. Johanson et al (2006) perceberam o dilema⁷ que a idéia de implantação representa: a implantação de um novo modelo pressupõe a imposição de uma mentalidade advinda do topo que não abre espaços para uma efetiva participação dos funcionários. Entretanto, ao mesmo tempo, a própria idéia de implantação pode se constituir em uma barreira insustentável, na medida em que necessita da assimilação dos membros da organização.

Corroborando as análises de Bessire e Baker (2005), Wehmeier (2006) e Edenius e Hasselbladh (2002) consideram o BSC como um exemplo do mito da racionalidade e do controle, que é adotado pelas organizações, a fim de legitimá-las, interna e externamente, como uma organização racional. O principal problema apontado pelos autores é o holismo seletivo⁸. Os autores afirmam que o BSC apesar de ter sido criado como solução para a abordagem clássica da contabilidade gerencial, é fundado em uma abordagem tecnocrática⁹ e

⁶ Bessire e Baker (2005) consideram que os desafios de um sistema de controle gerencial são mais complexos do que uma metáfora mecânica possa sugerir. Seu sucesso dependeria da habilidade dos gerentes em lidar com as interdependências e articularem a coletividade para a ação desejada.

⁷ Problemas que não possuem uma clara e evidente solução.

⁸ As quatro perspectivas têm a pretensão de abarcar tudo aquilo que o gerente necessita saber.

⁹ Tecnocracia: sistema de organização política e social baseado na predominância dos técnicos, isto é, que procura soluções meramente técnicas ou racionais (FERREIRA, 1988, pg. 627). Relaciona-se com os seguintes conceitos: convencionalismo (“tendência mundial”), objetividade e racionalismo, planejamento e controle, e despolitização.

instrumental¹⁰, desconsiderando as circunstâncias e os impactos sociais causados pela aplicação dessa tecnologia. Isso geraria a ilusão do controle dentro da organização ou dependendo da sua estrutura, sua utilização poderia gerar disfuncionalidades (MINTZBERG, 2003, p. 211). Utilizando a base teórica de Mintzberg (2003), o ajuste mútuo é prejudicado, no momento em que se privilegia a tecnoestrutura dentro da organização. Este enfoque sugere grandes dificuldades em se lidar com o intenso ambiente político característico das organizações hospitalares.

Segundo Weimeier (2006) o BSC produz dados quantitativos, em função de sua filosofia de considerá-los como uma base mais objetiva para suas ações e decisões estratégicas, em vez das opiniões subjetivas e qualitativas, que seriam baseadas na experiência e na intuição. Neste sentido, Bessire e Baker (2005) expuseram a contradição teórica existente na teoria do BSC, na medida em que seus criadores inicialmente valorizaram a medição como sinônimo de gerenciamento (metáfora do painel do avião), e posteriormente defenderam a avaliação qualitativa e subjetiva dos impactos à organização.

Este “véu de objetividade” posto em um ambiente caracterizado pelo embate político pode mascarar os movimentos internos de poder. Como assinala Brignal (2002), muitos BSC não são equilibrados e nem integrados, sendo intencionalmente “desintegrados”, contemplando as vertentes de poder desigual que atuam sobre a organização. Isto pode afetar os relacionamentos entre indicadores através das dimensões diferentes do desempenho, dependendo do grau de desintegração.

Em relação aos objetivos principais do BSC, Bessire e Baker (2005) observam uma falta de consistência dos criadores, oscilando entre duas noções: ora atribuindo valor à perspectiva financeira (colocada no topo do mapa estratégico), ora dividindo essa primazia com a perspectiva dos clientes (OTLEY e ATKINSON et al apud BESSIRE e BAKER, 2005). Os mesmos autores ainda criticam as perspectivas do BSC em virtude de não serem baseadas em nenhuma teoria de estratégia, tratando-se de objetivos (perspectivas financeira e clientes) e dos meios para atingi-los (processos internos e aprendizado e crescimento). Voelpel et al (2006) argumentam que o BSC é uma ferramenta de medição relativamente rígida. As quatro perspectivas são as categorias principais, de acordo com os fatores de sucesso definidos. Em consequência, o BSC tende a focar os indicadores para dentro de uma

¹⁰ Considera a teoria um instrumento para produzir novas previsões e técnicas para controlar acontecimentos, sem que seja verdadeira ou falsa. (MORA, 1998). Relaciona-se com os seguintes idéias: cibernética (ciência dos sistemas de controle e comunicação), rejeita a subjetividade (regras objetivas do pensamento), e como se constitui instrumento e não representação, admite que as críticas não possuem valor em si.

das quatro perspectivas. Nesse sentido, Brignal (2002) observa que os aspectos sociais e ambientais do desempenho organizacional são uma das principais omissões do BSC e deveriam ser incluídos como uma quinta perspectiva. Citando Nørrelik (2003), Chang (2007) afirma que caso o modelo estratégico preferencial dos gerentes seja diferente das quatro perspectivas, a organização teria séria dificuldades na implantação.

Voelpel et al (2006) ainda ressaltam que o BSC é fundado em uma mentalidade mecanicista. A mentalidade predominante que se conecta à aplicação do BSC é aquela de pensar mecanicista e linear, dificultando sua utilização em um mundo interconectado e *networked*¹¹. Segundo os autores, a realidade dos negócios atualmente envolve atividades não-lineares e interativas, que consideram os fatores do sistema por inteiro, não somente os diretos e os visíveis, mas também aqueles que residem despercebidos dentro do ambiente em que ocorrem.

Outro ponto refere-se à estrutura lógica do BSC – contexto organizacional analisado em perspectivas ligadas por uma relação linear de causa e efeito – que tem sido alvo de críticas por não conseguir integrar o cenário interno e externo da organização de forma adequada, gerando uma gestão estratégica deficiente. Esta corrente lógica que liga as perspectivas é considerada uma simplificação da realidade (BESSIRE e BAKER, 2005). Brignal (2002) observa que os inter-relacionamentos possíveis entre variáveis do desempenho não são confinados a uma corrente válida de causa e efeito, de sentido único universal, nem a uma série das interdependências. O autor prefere considerar que há cinco classes de relacionamentos possíveis, além da possibilidade de não haver nenhum relacionamento em tudo. O autor ainda percebe a dificuldade da inclusão de tais perspectivas, que aumentariam a fluidez e a indeterminação. Uma alternativa considerada seria a de abandonar o atual desenho dos mapas estratégicos, adotando-se a forma de um círculo, no qual a seqüência imaterial das perspectivas facilitaria a visualização de múltiplos modos de conexão, não se limitando à linear conexão causal proposta pelos criadores do BSC.

Também foram observadas críticas que denunciavam os efeitos do BSC no sentido de minar a mobilização, a criatividade e a inovação nas organizações, a despeito do que pregam seus criadores e defensores. Na filosofia do BSC, estaria contida a concepção pragmática e cognitiva, na qual seus criadores assumem que os gerentes encontram um mundo pré-dado e que a meta do sistema é criar a mais precisa representação desse mundo (WEHMEIER, 2006; EDENIUS e HASSELBLADH, 2002). Nessa concepção, não há liberdade para criação.

¹¹ Refere-se a um tipo de estrutura organizacional, cuja coordenação vai além dos limites de cada organização.

Johanson et al (2006) percebe o dilema presente no fato de o BSC buscar o aprendizado e a criatividade para melhorar a produtividade, enquanto que, para isto, trata os empregados como objeto, castrando a sua subjetividade. O aprendizado e processo criativo pressupõem liberdade, motivação e criatividade que, por sua vez, despertam experiência de inteligibilidade, *empowerment* e significância. Desta forma, os empregados não podem ser forçados ou comandados por um processo *top-down*. Este foco nas medidas aliena a individualidade dos empregados, castrando o entendimento, a criatividade e o aprendizado.

Voelpel et al (2006) baseiam suas críticas ao BSC em função das suposições subjacentes e cada vez mais inválidas fundamentadas na economia industrial, já ultrapassada pela economia da inovação. Primeiramente, os autores consideram que o BSC é limitado no modo como lida com a geração de conhecimento, a aprendizagem e o crescimento. Isto se deve ao fato de seguir a lógica tradicional da inovação pertencente ao R&D¹² interno, que trabalha em uma inovação do início ao fim, mantendo-a sigilosa ao ambiente externo e, em especial, aos concorrentes. Em função de o BSC enquadrar a inovação na perspectiva dos processos internos, a mesma se transforma em uma atividade rotineira ao invés de ser considerada como esforço criativo coletivo da organização, devendo ser praticada em todas as áreas de negócio. Argumentam os autores que o BSC cria uma imobilidade que tende a conflitar com os desafios da dinamicidade e competitividade do mundo dos negócios. No BSC, como a estratégia definida é traduzida em determinadas medidas que alinham todas as atividades da organização de modo a conseguir seus objetivos, o que proporciona aumento do foco. Entretanto, o gerenciamento estratégico é prejudicado, na medida em que são limitadas todas as atividades e iniciativas que extrapolem os objetivos originais e suas metas, castrando a inovação e criatividade. Os autores ainda consideram que o BSC impede a conexão com a inovação externa, o que representa uma limitação crítica em sua habilidade de esclarecer o ambiente externo e os enlaces sistêmicos. Assim, o BSC seria uma ferramenta da gerência e da medida que seja concernida primeiramente com "dirigir o desempenho" e "traduzir a estratégia na ação" eficientemente dentro de uma organização, ignorando extensamente as necessidades de uma economia interconectada e altamente *networked*¹³ da inovação em que as organizações co-evoluem e de onde a competição está dando em parte a maneira ao *co-opetition*¹⁴. Os autores entendem que o cliente final é o único "externo" contemplado pelo BSC.

¹² *Research and development*, em português, Pesquisa e Desenvolvimento.

¹³ Refere-se a um tipo de estrutura organizacional, cuja coordenação vai além dos limites de cada organização.

¹⁴ Neologismo próprio do mundo dos negócios inventado para descrever a competição cooperativa.

Em outra abordagem interessante, Johanson et al (2006) ressaltam que o BSC, assim como outros sistemas de controle gerencial, apresenta problemas em sua aplicação em lógicas organizacionais variadas. Como exemplo, os autores colocam em dúvida a possibilidade do balanceamento das perspectivas nas organizações públicas, em especial sob restrições orçamentárias, alegando que, sob tais condições, a perspectiva financeira tende a tornar-se principal, subordinando os objetivos principais da organização. Os autores consideram que o BSC pode também desviar o foco do processo de controle gerencial dominante nas organizações públicas: o processo orçamentário. Isso não necessariamente representa uma crítica, pois, desta forma, o BSC poderia permitir a tais organizações o foco nos resultados. Foi observado, também, que o BSC favorece a centralização, o que nas organizações públicas poderia representar um benefício, face aos problemas advindos da descentralização, observados pelos autores. Os autores ainda alertam para o dilema de o BSC ser um instrumento de mudanças, entretanto, no caso das organizações públicas, possuir dificuldades em lidar com os rígidos rituais da contabilidade gerencial pública. Outro problema observado relaciona-se com o fato BSC foi concebido e testado em empresas de grande porte. Nas empresas de médio e pequeno porte e nas organizações públicas, o BSC necessitaria de muitas alterações, pois se for aplicado como previsto pode levar a disfuncionalidades que afetam o aprendizado. O BSC, assim percebido, é conceituado como um pretense modelo *one-size-fits-all*.

Neely e Mivheli; Lipe e Salterio apud Chang (2007) indicam que o BSC pode ser problemático na promoção de um diálogo estratégico entre a matriz e a filial para atrelar as operações locais aos objetivos de longo prazo. O autor ainda critica a não contemplação de vários *stakeholders*, desprezando as relações de poder e os conflitos entre os envolvidos. Mas o autor ataca frontalmente o fato de o BSC falhar em apreender a complexidade do contexto organizacional e político das organizações públicas, que não poderiam ser captadas com simples medidas em uma estrutura considerada simples. Malina e Selto (2001) reportam que o BSC causa conflito e tensão entre a chefia e as unidades de negócio quando as suas medidas são subjetivas ou incorretas, a comunicação é mediante a abordagem *top-down* e *benchmarks* são inapropriados para avaliação de desempenho.

Marr et al (2004) concluem que Kaplan e Norton tiveram que readaptar o conceito de ativos intangíveis para que coubesse no modelo proposto (BSC), de modo que despreza os anseios de vários *stakeholders*, bem como aspectos referentes a problemas ambientais e sociais.

Chang (2007) critica relação causal entre as perspectivas, pois considera tais relações interdependentes e não causais, especialmente em determinados contextos. Numa organização mais complexa, em especial nas organizações públicas, seria mais difícil incorporar relacionamentos causais entre os múltiplos objetivos e indicadores de desempenho em uma simples estrutura de BSC. Os supostos relacionamentos causais dificultam a ligação entre os propósitos estratégicos do governo central e local. No setor público, o autor ainda complementa que as pressões para que haja conformidade com as normas sociais e legais tornam o problema bem mais complexo do que nas organizações privada.

Também foram verificadas críticas direcionadas à dimensão temporal do BSC, ainda que uma das principais conquistas do BSC tenha sido a contemplação da dimensão temporal do longo prazo, o que os tradicionais sistemas de controle não permitiam gerenciar (KAPLAN e NORTON, 1992). Tennant e Tanoren apud Johanson et al, 2006 concluem que uma determinada organização não será orientada para curto ou longo prazo mediante a inclusão de perspectivas visto que, nas médias empresas, não foi observada tendência para focar o longo prazo.

Johanson et al (2006) apontam a falta de uma dimensão temporal bem definida que permita contemplar o impacto de diferentes atividades em diferentes instâncias do tempo, ainda que a produção de medidas em base regular e sistemática possa amenizar essa carência. Os mesmos autores observam outro aspecto interessante da dimensão temporal, cuja análise se baseia nas noções de tempo da Grécia Antiga: *chronos* e *kairos*. *Chronos* seria o tempo abstrato e, como o próprio radical grego diz, cronológico, isto é seqüencial e linear. Nele estão contidos os conceitos de antes e depois e é neste conceito de tempo que o BSC contempla as metas (tempo cronológico). Já em relação ao *kairos*, que diz respeito ao momento crítico, tempestividade, oportunidade, o BSC não deixa clara sua percepção, embora seja tão cara à atividade econômica.

2.2.2 O *Balanced Scorecard* aplicado às organizações de saúde

Uma primeira comparação entre a organização hospitalar, tal como apresentada na seção 2.1, e as análises críticas expostas na subseção anterior, sugere uma incompatibilidade do BSC nos hospitais (AIDEMARK, 2001; NORTHCOTT e FRANCE, 2005; FUNCK, 2005): como o BSC foi caracterizado como tecnocrático e instrumental (WEHMEIER, 2006; EDENIUS e HASSELBLEDH, 2002), a sua utilização em organizações hospitalares poderia gerar respostas disfuncionais. Entretanto, a literatura especializada tem relatado casos de

sucesso na implantação de BSC em hospitais (MELIONES et al, GORDO et al, HARBER, JONES e FILIP, WATCHTEL et al apud ZELMAN et al, 2003; PEREIRA, 2005).

Chow et al (1998) defendem o uso do BSC em organizações de saúde, a fim de promover o gerenciamento estratégico adequado. Inamdar et al (2002) pesquisaram nove organizações de saúde e concluíram que o BSC poderia se tornar uma valiosa ferramenta para gerenciamento desse tipo de ambiente, o qual caracterizaram como sendo altamente complexo e com alto grau de incertezas. Suas conclusões advieram de entrevistas com executivos das organizações.

Atkinson e McCrindell, Silk, Kloot e Martin, Cameron, Chan e Ho, Chan *apud* Chan (2006) atestam que o BSC vem ganhando adeptos nas organizações sem fins lucrativos, especialmente nos governos, onde a mensuração e o gerenciamento do desempenho têm sido um problema aos administradores públicos. Zelman et al (2003), Chang et al (2002) e Northcott e France (2005) assinalam o uso do BSC nas organizações de saúde pública dos Estados Unidos, Canadá, Reino Unido, Austrália e Nova Zelândia. Northcott e France (2005) argumentam que, na saúde pública, algumas perspectivas são difíceis de mensurar e, quando são mensuráveis, estas informações tem um alto custo. Todos apontam para alterações no BSC, para seu uso nas organizações de saúde pública. Alguns autores até consideram que o resultado dessas modificações fica tão distante do modelo original de Kaplan e Norton (1996), que nem poderia ser assim conceituado.

MacStravic (1999) argumenta que o BSC pode gerar benefícios às organizações de saúde:

- Adicionar a visão dos clientes;
- Refocalizar sobre as operações internas;
- Energizar as partes interessadas internas;
- Envidar esforços para captação, relacionamento e lealdade do cliente.

Chan (2006) advoga que o BSC fornece, às organizações de saúde, não somente, um instrumento de *accountability*¹⁵, mas um sistema de gerenciamento estratégico. Chan e Ho *apud* Chan (2006) reportam que, dos 43 hospitais canadense que adotaram o BSC, 75% indicaram que tem sido esta uma experiência bem-sucedidas.

Chen et al (2006) concluem que o BSC facilita a comparação do desempenho entre hospitais, mesmo entre países diferente, sendo de muita utilidade para o gerenciamento da política de saúde pública.

¹⁵ Termo da língua inglesa, sem tradução exata para o português, que remete à obrigação de membros de uma organização de prestar contas a instâncias controladoras ou a seus representados.

Voelker et al (2001) concluem que, apesar de o BSC poder representar beneficios, em especial com relação aos administradores e partes interessadas externas, requer-se comprometimento a longo prazo para seu sucesso. Seu custo, sua complexidade, a resistência inicial, o apoio da gerência de topo, o trabalho em equipe, a comunicação aberta são dificuldades e requisitos necessários.

Zelman et al (2003) chegam a diversas conclusões significativas, em uma revisão bibliográfica, acerca da utilização do BSC nas organizações de saúde:

- O BSC é relevante, mas alterações fazem-se necessárias para que possa refletir a realidade organizacional e contextual;
- O BSC vem sendo utilizado vastamente;
- O BSC tem sua utilização relacionada com o gerenciamento estratégico;
- O BSC necessita de inclusão de novas perspectivas;
- O BSC potencializa a necessidade de informações válidas, compreensivas e oportunas.

Silva e Prochnik (2005) relacionaram sete desafios (quatro internos e três externos) inerentes à mensuração de desempenho em hospitais, os quais serão relacionados ao caso específicos dos hospitais públicos:

a) Internos:

- Conflito entre os interesses da administração e dos clínicos – explicita a dialética entre a gestão dos limitados e insuficientes recursos orçamentários e a qualidade dos atendimentos: cada grupo visa sua própria meta;
- Conflito de interesse entre os grupos de clientes dos hospitais – para o caso de instituições de saúde pública, considerar-se-ão os seguintes grupos: médicos, pacientes de tratamento básico e pacientes de tratamento especializado;
- Baixo grau de difusão de métodos de mensuração do desempenho - os sistemas de controle gerencial de um hospital baseados em mensuração de desempenho são estigmatizados como uma tentativa dos administradores de controlar o desempenho, em especial financeiro (custos) do corpo médico, os quais não recebem facilmente uma avaliação ou críticas por parte dos gestores, a respeito dos procedimentos utilizados; e
- Deficiências dos Sistemas de Informações Gerenciais – propiciando avaliações imprecisas, aumentando os conflitos acima listados.

b) Externos: mudanças na regulação do setor; alterações na demanda; e acirramento do ambiente competitivo.

Neiva (2005), em um estudo de caso realizado através de entrevistas com pessoas envolvidas no processo de implantação do BSC, relatou os seguintes benefícios percebidos:

- Melhora no processo de decisão, com redução de conflitos e maior equilíbrio entre indicadores financeiros e não-financeiros;
- Foram induzidas mudanças na cultura organizacional;
- Melhora no comprometimento dos funcionários;
- Integração do planejamento estratégico nos níveis gerencial e operacional
- Melhora na qualidade do atendimento; e
- Desenvolvimento de tecnologia da informação.

Prochnik et al (2006) aplicaram o mesmo questionário no Hospital Nove de Julho, concluindo que a teoria e os conceitos do BSC são adequados às organizações de saúde, necessitando de adaptações.

Ainda que alguns destes trabalhos apresentem dados empíricos, baseados em comparações de indicadores e questionários (a maioria dirigida aos administradores), não se observa uma análise sobre a eficácia do BSC frente aos problemas apresentados na seção 2.1, no que concerne à complexidade da organização hospitalar. Exceção seja feita aos trabalhos de Aidemark (2001) e Funck (2007), que investigam a utilização do BSC nas organizações de saúde, considerando as características profissionais das mesmas.

2.2.2.1 Redesenhando o *Balanced Scorecard* para aplicação em hospitais

De acordo com Mintzberg (2001b, p. 363), uma organização pode ser entendida como um sistema, composto pelas seguintes forças: direção (direciona para a forma empreendedora), eficiência (direciona para a forma maquinal), proficiência (direciona para a forma profissional), responsabilidade (direciona para a forma diversificada) e aprendizado (direciona para a forma inovadora). Além destas forças outras duas atuam sem estarem associadas a nenhuma configuração: cooperação e competição.

Na concepção de Aidemark (2001), o BSC, originalmente, trata-se de um mecanismo de controle hierárquico *top-down*, e como toda reforma nos mecanismos de controle pressupõe movimentos nas relações de poder, é razoável perceber um movimento de tomada de controle pelos administradores. O BSC, confrontando os dois autores retrocitados, pode ser

compreendido como movimento que se utiliza da força eficiência dentro do sistema hospitalar. Como apresentado na revisão teórica de Mintzberg (2003), esta seria uma força inadequada para dominar este sistema organizacional.

Desta forma, Aidemark (2001) defende o redesenho do BSC para atender os anseios dos profissionais, pois essa ferramenta abriga uma ambigüidade: apesar de o contexto profissional não ser adequado a ser controlado através de medidas, o BSC permite aos profissionais o ajuste das medidas financeiras subordinadas às medidas tipicamente médicas. O controle sobre o fluxo de recursos financeiros, sob a ótica da restrição, deixa de representar uma das fontes de poder dos administradores, conforme citado na seção 2.1 desta dissertação. Frente à crescente pressão por resultados e medição, impulsionada pelo novo contexto mundial globalizado, o BSC permite aos médicos não se subordinarem aos recursos financeiros, mas os controlarem mediante as prioridades pertinentes às suas atividades. O BSC, então, passa a significar a congruência, entre as perspectivas a serem mensuradas bem como entre as metas dos diferentes “mundos” do hospital. A ambigüidade presente no BSC, representado pelo autor como uma “mistura de mecanismos de controle”, permite o dialogo no diferenciado sistema organizacional de um hospital. As forças dominadoras passariam a ser competição e colaboração. Para seu sucesso no contexto profissional, portanto, o autor defende uma reconstrução de alguns de seus conceitos basilares, abrangendo os seguintes tópicos: gerenciamento e medição, reconstrução dos relacionamentos entre as perspectivas, inversão do controle *top-down*, mudanças estratégicas das condições do clã profissional, processo de planejamento hospitalar, e planejamento de longo prazo.

2.3 VARIÁVEIS SELECIONADAS

Face às questões levantadas por Mintzberg (2003), Mintzberg e Quinn (2001a,b) Glouberman e Mintzberg (2001a,b), abordadas neste capítulo (problemas típicos e disfuncionalidades), as seguintes variáveis foram selecionadas das críticas e problemas vislumbrados pela utilização do BSC nas organizações hospitalares:

- a aplicação do BSC em hospitais sufoca a consciência profissional do médico, desmotivando o comportamento responsável;
- a aplicação do BSC em hospitais desconcerta o relacionamento médico-paciente, retirando-lhe o caráter pessoal desimpedido, para conferir-lhe impessoalidade e ineficácia (o médico serviria ao hospital e não ao paciente);

- a aplicação do BSC em hospitais torna, o já fraco, incentivo para inovação e aperfeiçoamento, ainda mais reduzido, através de um processo de progressiva passividade dos médicos;
- a aplicação do BSC em hospitais favorece a coordenação, colaboração e cooperação internas no hospital, reduzindo conflitos, e diminuindo o alto grau de diferenciação interna dos hospitais,
- a aplicação do BSC em hospitais facilita o trato com profissionais inescrupulosos e incompetentes;
- a aplicação do BSC em hospitais reduz a possibilidade de inversão dos meios e fins, onde as necessidades dos clientes e da organização são ignoradas em detrimento das necessidades e interesses individuais dos profissionais; e
- a aplicação do BSC em hospitais confere flexibilidade, diminuindo a tendência do individualismo e do raciocínio dedutivo e convergente, característico dos médicos.

Referentes às críticas ao BSC, além dos problemas apontados por Pessanha e Prochnik (2004), constituíram-se como variáveis da pesquisa as principais novas críticas que foram discutidas neste capítulo, relacionadas abaixo:

- o BSC não considera a dimensão política das organizações, reduzindo a possibilidade de consenso (BESSIRE e BAKER, 2005; WEIMEIER, 2006; JOHANSON et al., 2006; EDENIUS e HASSELBLADH, 2002; BRIGNAL, 2002);
- a estrutura lógica do BSC não permite um adequado gerenciamento estratégico, por não conferir a flexibilidade necessária (WEIMEIER, 2006; BESSIRE e BAKER, 2005; VOELPEL et al., 2006; CHANG, 2007; BRIGNAL, 2002);
- o BSC implicitamente gera um “holismo seletivo”, no qual as quatro perspectivas teriam a pretensão de abarcar toda a realidade. Nesta acepção, não seriam necessária a análise de outras dimensões nem o recurso a outros instrumentos de gestão. Esta visão, para os autores citados, inibe a mobilização, criatividade e inovação nas organizações (WEHMEIER, 2006; EDENIUS e HASSELBLADH, 2002; JOHANSON et al., 2006; VOELPEL et al., 2006);
- o BSC é um modelo *one-size-fits-all*, dificultando seu uso em diferentes lógicas organizacionais (JOHANSON et al., 2006; NEELY e MIVHELI; LIPE e

SALTERIO apud CHANG, 2007; MALINA e SELTO, 2001; MARR et al., 2004); e

- o BSC dificulta a tomada de ações tempestivas (TENNANT e TANOREN apud JOHANSON et al, 2006).

3 METODOLOGIA

3.1 MÉTODO

Conforme explícito na introdução, esta dissertação compreendeu dois momentos: a pesquisa bibliográfica e os estudos de caso com levantamento.

Quanto aos procedimentos técnicos utilizados, a primeira parte da pesquisa foi exclusivamente bibliográfica, pois se concentrou em livros e trabalhos científicos (GIL, 1996, p. 48). A pesquisa bibliográfica, o primeiro momento, permitiu o cumprimento dos dois primeiros objetivos específicos da pesquisa, pelo capítulo 3, de forma que o referencial teórico exposto proporcionou a formulação do problema da pesquisa de forma clara.

Quanto aos objetivos, a pesquisa de campo pode ser classificada como descritiva (GIL, 1996, p. 47), por visar descrever as características de determinada população ou fenômeno ou o estabelecimento de relações entre variáveis. É uma pesquisa descritiva, pois terá como objetivo observar, registrar, analisar, classificar e interpretar os fatos, sem que haja influência do pesquisador sobre ele.

Gil (1996, p. 58) define o estudo de caso com sendo:

[...] caracterizado pelo estudo profundo e exaustivo de um ou de poucos objetos, de maneira que permita o seu amplo e detalhado conhecimento, tarefa praticamente impossível mediante os outros delineamentos considerados.

Segundo Gil (1996) o estudo de caso se aplica nas pesquisas exploratórias cujo objeto pode ser enquadrado num tipo ideal, no caso deste trabalho, o enquadramento dos hospitais na configuração burocracia profissional, bem como a caracterização do BSC como sendo ferramenta tecnocrática. Este método permitiu manter a flexibilidade no planejamento da pesquisa, estimulando novas descobertas, possibilitou o foco multidimensional sobre o problema e ainda contou com levantamento através de procedimentos simples (coleta e análise dos dados).

3.2 AMOSTRA

No Brasil, poucos hospitais implantaram o BSC (PROCHNIK et al, 2006). Entre eles, foram escolhidos o Instituto Nacional de Cardiologia (INC) e o Hospital Monte Sinai (HMS).

Dentro de cada organização hospitalar procurou-se contemplar na amostra os diferentes setores internos, os diferentes grupos profissionais (especialmente médicos, enfermeiros e administradores) e os diferentes níveis hierárquicos, de forma a permitir uma melhor análise utilizando-se a base teórica das organizações profissionais. Neste sentido, esta

dissertação diferenciou-se dos trabalhos sobre a utilização de BSC em hospitais encontrados na literatura especializada, que ou resumem-se a proposta de indicadores ou baseiam suas amostras em vários hospitais, entretanto com poucos entrevistados em cada (em sua maioria apenas um).

No HMS, foram realizadas três entrevistas, abrangendo também a aplicação do questionário, com os líderes do processo de planejamento do hospital, baseadas em um roteiro previamente elaborado. O questionário também foi aplicado a outros oito gerentes e diretores. Os onze respondentes fazem parte de um universo de vinte pessoas com cargos semelhantes, mas os outros nove não se disponibilizaram a atender o entrevistador. As três entrevistas livres foram feitas com: 1) a Diretora Adjunta de Qualidade e Marketing, Dra. Helidéa de Oliveira Lima, que exerce, cumulativamente, o cargo de Subsecretária de Políticas e Ações de Saúde na Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais (SES); 2) a Coordenadora de Planejamento e Controle Estatístico, Sra. Stela Maris do Nascimento Melquiades; e 3) e o Diretor do Serviço de Hemodinâmica (serviço terceirizado pelo Monte Sinai, que também utiliza o BSC), Dr. Gustavo de Moraes Ramalho.

No INC, foi realizada uma entrevista auto-administrada baseada em um mesmo roteiro prévio, com a Dra. Mônica Vasconcelos, membro da Coordenação de Planejamento do Instituto, que participou da implantação do BSC no INC e incluiu também a aplicação do questionário. O mesmo questionário também foi aplicado a outros 30 (trinta) funcionários, retirados dos diversos setores da organização e abrangendo os diversos grupos profissionais (médicos, enfermeiros, administradores). A Dra. Mônica encaminhou o pesquisador às quatro coordenações em que se divide o hospital, coordenação de planejamento (09 questionários respondidos), coordenação hospitalar (19 questionários respondidos), coordenação de ensino e pesquisa (02 questionários respondidos) e de administração (01 questionário respondido).

O questionário foi desenvolvido a partir da literatura técnica sobre a utilização do BSC em hospitais, onde foram buscadas críticas ao BSC e relatos de dificuldades encontradas na sua utilização no meio hospitalar. Procurou-se agregar estas críticas e relatos em categorias, de forma a rever o questionário desenvolvido por Pessanha e Prochnik (2004), construído no mesmo espírito. A revisão efetuada também procurou tornar o questionário voltado para a análise do ambiente hospitalar, conforme pode ser observado na seção 3.3 desta dissertação. Esta dissertação se diferenciou em pelo menos dois aspectos do trabalho de Pessanha e Prochnik (2004): foi realizada a revisão do questionário, incluindo novas críticas ao modelo e problemas associados às organizações de saúde e também se procurou modificar as questões

de forma a delimitar a análise à implantação e o uso do BSC somente em instituições de saúde.

3.3 O INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

O questionário utilizado foi baseado na pesquisa desenvolvida por Pessanha e Prochnik (2004), que analisou a implantação do *Balanced Scorecard* em empresas brasileiras face aos principais obstáculos encontrados na literatura especializada até então. Entretanto, este trabalho não se limitou a ser uma extensão da citada pesquisa, pois se diferenciou por:

- Ter sido ampliado no que concerne às críticas ao modelo surgidas em períodos posteriores à pesquisa de Pessanha e Prochnik (2004);
- Analisar a implantação e o uso do *Balanced Scorecard* somente em instituições de saúde, face às críticas mais recentes, direcionadas ao *Balanced Scorecard*, bem como àquelas específicas a sua utilização nas organizações de saúde.

3.3.1 O questionário de Pessanha e Prochnik (2004) e análise dos casos estudados

Pessanha e Prochnik (2004) formulou, a partir das críticas encontradas (já apresentadas na seção 2.2.1), as 18 assertivas para o questionário que foi aplicado nas organizações estudadas (uma empresa de telefonia, um grupo de seguro e um banco). Na tabela 5 as assertivas são relacionadas com as críticas resenhadas por Pessanha e Prochnik (2004).

Tabela 5 – Assertivas do questionário de Pessanha e Prochnik (2004) relacionadas com as críticas ao BSC.

Assertivas	Críticas ao BSC
1 – As quatro perspectivas propostas por Kaplan e Norton se adaptaram perfeitamente à realidade da empresa	Alguns <i>stakeholders</i> ficam de fora
2 - A implantação do BSC gerou forte choque cultural na empresa.	A cultura, a missão e os jargões são negligenciados
3 - O BSC é resultado de um modelo consensual entre os gerentes	Dificuldade de se chegar a um modelo consensual
4 - O sucesso do BSC contou com a participação, apoio e comprometimento dos funcionários.	Falta de apoio da alta administração, dos gerentes e dos empregados
5 - O BSC usa um número excessivo de medidas de desempenho que supera a capacidade de gestão dos gerentes.	Número excessivo de medidas
6 - As medidas de desempenho definidas no BSC são capazes de diferenciar a estratégia da empresa, tornando-a única	Falta de métodos para definir medidas específicas

Assertivas	Críticas ao BSC
7 - Na avaliação de desempenho, os gerentes prestam relativamente pouca atenção às medidas específicas de cada unidade de negócios (ou segmento), detendo-se mais nas medidas comuns.	Pouca influência das medidas específicas sobre a avaliação de desempenho e tomada de decisão
8 - As relações de causa e efeito do BSC, tendem a simplificar a realidade; são lineares, unidirecionais e demoram a serem revistas.	Relações de causa e efeito simplificam a realidade: lineares, estáticas, unidirecionais e não consideram ônus sistemático
9 - Foi difícil, ou mesmo impossível, quantificar as relações de causa e efeito estabelecidas entre as medidas de desempenho.	Dificuldade para se estabelecer relações de causa e efeito
10 - Faltam explicações na literatura sobre como deve se dar o processo de estabelecimento de metas.	Pouca explicação sobre como deve se dar este processo
11 - A alta administração tem dificuldades em estabelecer metas apropriadas.	Estabelecimento de metas não apropriadas
12 - O processo de estabelecimento de metas ainda obedece a um processo orçamentário tradicional.	Permanência de uma ligação forte com o orçamento
13 - Mesmo com o BSC, continua existindo uma pressão por resultados financeiros que pode afetar os benefícios do modelo. Mesmo com o BSC, continua existindo uma pressão por resultados financeiros que pode afetar os benefícios do modelo.	Pressão por resultados financeiros
14 - Segundo a literatura, não está claro se a ligação entre as metas e os planos de remuneração deve ser feita de maneira objetiva ou subjetiva. Ela apenas serve de referência no processo de tomada de decisão dos gerentes.	A literatura não especifica como esta ligação deve ser feita: de maneira objetiva ou subjetiva
15 - A ligação objetiva entre medidas de desempenho e planos de remuneração pode estar sujeita a alguma manipulação por parte dos gerentes.	Sujeito à manipulação
16 - O BSC pode deixar de lado algumas variáveis relevantes, desestimulando a observação de outras variáveis importantes fora do modelo.	Não incentiva o acompanhamento de variáveis fora do modelo (ex. o desenvolvimento tecnológico e da concorrência)
17 - O BSC é mecânico e apresenta estrutura hierárquica <i>top-down</i> , sendo difícil compatibilizá-lo com uma maior participação dos funcionários	Mecânico e apresenta estrutura hierárquica <i>top-down</i> : incompatíveis com a participação maciça dos empregados
18 - As medidas e as relações de causa e efeito permanecem inalteradas durante longo tempo, limitando a validade do modelo inicial	As medidas e as relações de causa e efeito podem permanecer estáticas durante um bom período

Fonte: Pessanha e Prochnik (2004), p. 35.

As respostas a estas questões foram padronizadas em uma classificação ordinal com cinco possibilidades (escala *Likert* de cinco pontos): discordo plenamente; discordo parcialmente; não concordo, nem discordo; concordo parcialmente; e concordo plenamente.

Os questionários então foram aplicados em três empresas brasileiras (uma empresa de telefonia, um grupo de seguro e um banco), culminado em um quadro de opiniões, explicitado na tabela 6.

Tabela 6 – Tabulação das opiniões de Pessanha e Prochnik (2004).

Opiniões que apóiam as críticas dos autores pesquisados	Opiniões Mistas	Opiniões que divergem das críticas dos autores pesquisados
A implantação do BSC gerou forte choque cultural na empresa	As medidas de desempenho definidas no BSC são capazes de diferenciar a estratégia da empresa, tornando-a única	As quatro perspectivas propostas por Kaplan e Norton se adaptaram perfeitamente à realidade da empresa
O BSC é resultado de um modelo consensual entre os gerentes	Faltam explicações na literatura sobre como deve se dar o processo de estabelecimento de metas	O sucesso do BSC contou com a participação, apoio e comprometimento dos funcionários
Na avaliação de desempenho, os gerentes prestam relativamente pouca atenção às medidas específicas de cada unidade de negócios (ou segmento), detendo-se mais nas medidas comuns	Segundo a literatura, não está claro se a ligação entre as metas e os planos de remuneração deve ser feita de maneira objetiva ou subjetiva. Ela apenas serve de referência no processo de tomada de decisão dos gerentes	O BSC usa um número excessivo de medidas de desempenho que supera a capacidade de gestão dos gerentes
As relações de causa e efeito do BSC, tendem a simplificar a realidade; são lineares, unidirecionais e demoram a serem revistas	A ligação objetiva entre medidas de desempenho e planos de remuneração pode estar sujeita a alguma manipulação por parte dos gerentes	O BSC é mecânico e apresenta estrutura hierárquica <i>top-down</i> , sendo difícil compatibilizá-lo com uma maior participação dos funcionários
Foi difícil, ou mesmo impossível, quantificar as relações de causa e efeito estabelecidas entre as medidas de desempenho	O BSC pode deixar de lado algumas variáveis relevantes, desestimulando a observação de outras variáveis importantes fora do modelo	As medidas e as relações de causa e efeito permanecem inalteradas durante longo tempo, limitando a validade do modelo inicial
A alta administração tem dificuldades em estabelecer metas apropriadas		
O processo de estabelecimento de metas ainda obedece a um processo orçamentário tradicional		
Mesmo com o BSC, continua existindo uma pressão por resultados financeiros que pode afetar os benefícios do modelo		

Fonte: adaptada de Pessanha e Prochnik (2004).

As principais conclusões de Pessanha e Prochnik (2004) foram:

- as organizações estudadas tiveram grandes dificuldades em balancear as medidas financeiras e não-financeiras, mesmo com a utilização do *Balanced Scorecard*; e

- a utilização de medidas não financeiras nas instituições financeiras tendia a gerar forte impacto sobre a cultura destas organizações.

O mesmo questionário foi aplicado por Prochnik et al (2006) a seis executivos do Hospital Nove de Julho e os resultados encontram-se expostos no tabela 7.

Tabela 7 – Tabulação (por nº de respostas) dos respondentes no Hospital Nove de Julho.

N	ASSERTIVAS (1 = discordo plenamente, 2 = discordo parcialmente, 3 = não concordo nem discordo, 4 = concordo parcialmente, e 5 = concordo plenamente)	1	2	3	4	5	Ñ
1	As quatro perspectivas propostas por Kaplan e Norton se adaptaram perfeitamente à realidade da empresa.				1	5	
2	A implantação do BSC gerou forte choque cultural na empresa		1		1	2	2
3	O BSC é resultado de um modelo consensual entre os gerentes					4	2
4	O sucesso do BSC contou com a participação, apoio e comprometimento dos funcionários				2	4	
5	O BSC usa um número excessivo de medidas de desempenho que supera a capacidade de gestão dos gerentes	1			4	1	
6	As medidas de desempenho definidas no BSC são capazes de diferenciar a estratégia da empresa, tornando-a única	1			1	4	
7	Na avaliação de desempenho, os gerentes prestam relativamente pouca atenção às medidas específicas de cada unidade de negócios (ou segmento), detendo-se mais nas medidas comuns			1		5	
8	As relações de causa e efeito do BSC, tendem a simplificar a realidade; são lineares, unidirecionais e demoram a serem revistas	3			3		
9	Foi difícil, ou mesmo impossível, quantificar as relações de causa e efeito estabelecidas entre as medidas de desempenho		1		1	2	2
10	Faltam explicações na literatura sobre como deve se dar o processo de estabelecimento de metas	1		3	2		
11	A alta administração tem dificuldades em estabelecer metas apropriadas	1	1	2	2		

N	ASSERTIVAS (1 = discordo plenamente, 2 = discordo parcialmente, 3 = não concordo nem discordo, 4 = concordo parcialmente, e 5 = concordo plenamente)	1	2	3	4	5	Ñ
12	O processo de estabelecimento de metas ainda obedece a um processo orçamentário tradicional		2			4	
13	Mesmo com o BSC, continua existindo uma pressão por resultados financeiros, que pode afetar os benefícios do modelo	3	2		1		
14	Segundo a literatura, não está claro se a ligação entre as metas e os planos de remuneração deve ser feita de maneira objetiva ou subjetiva. Ela apenas serve de referência no processo de tomada de decisão dos gerentes						6
15	A ligação objetiva entre medidas de desempenho e planos de remuneração pode estar sujeita a alguma manipulação por parte dos gerentes						6
16	O BSC pode deixar de lado algumas variáveis relevantes, desestimulando a observação de outras variáveis importantes fora do modelo	4				2	
17	O BSC é mecânico e apresenta estrutura hierárquica <i>top-down</i> , sendo difícil compatibilizá-lo com uma maior participação dos funcionários	2			1		3
18	As medidas e as relações de causa e efeito permanecem inalteradas durante longo tempo, limitando a validade do modelo inicial	3	2		1		

Fonte: adaptada de Prochnik et al (2006)

3.3.2 Elaboração do questionário da pesquisa

Como visto, foi feito um trabalho de pesquisa para atualização do questionário proposto por Pessanha e Prochnik (2004) e também para conformá-lo às peculiaridades das organizações hospitalares, especificamente no que se refere à sua caracterização estrutural como organização profissional. O nível de mensuração utilizado permaneceu a escala ordinal de cinco pontos, do tipo *Likert* (1 = discordo totalmente, 2 = discordo parcialmente, 3 = nem concordo, nem discordo, 4 = concordo parcialmente, e 5 = concordo totalmente). Procurou-se também alternar assertivas positivas e negativas (em relação ao BSC) a fim de evitar possíveis tendências nas respostas.

Seguindo estas premissas, o novo questionário, visando coletar as percepções dos profissionais do hospital acerca da utilização do BSC, foi composto por 23 assertivas, além de algumas questões sobre o respondente (grupo profissional e função). As alterações efetuadas podem ser contempladas na tabela 8.

Nessa tabela, as 23 assertivas que compõem o novo questionário são a soma das “Assertivas remanescentes” (coluna 2) com as “Novas assertivas” (coluna 3). As “Novas assertivas” foram desenvolvidas a partir das novas críticas ao BSC e as hipóteses, apresentadas na seção anterior, bem como algumas das “Assertivas desprezadas” já estavam presentes em certas “Assertivas remanescentes”.

A configuração da montagem do novo questionário encontra-se exposta na tabela 8. As assertivas remanescentes foram reformuladas de modo a contemplarem a realidade hospitalar. As seguintes questões do questionário original foram retiradas pelos motivos indicados a seguir:

- O BSC usa um número excessivo de medidas de desempenho que supera a capacidade de gestão dos gerentes – os seus criadores alegam que o mapa estratégico confere foco e alinhamento suficientes para que todas as medidas selecionadas sejam relevantes;
- Foi difícil, ou mesmo impossível, quantificar as relações de causa e efeito estabelecidas entre as medidas de desempenho – considerou-se que esta assertiva já teria sido explorada naquela referente às relações de causa e efeito;
- Faltam explicações na literatura sobre como deve se dar o processo de estabelecimento de metas – o público-alvo do questionário não, necessariamente, seria familiarizado com a literatura do BSC, mas teria sido provavelmente adestrado na própria organização; e
- Mesmo com o BSC, continua existindo uma pressão por resultados financeiros que pode afetar os benefícios do modelo – esta assertiva foi aglutinada àquela referente ao processo orçamentário em face de a presente pesquisa ter incluído uma organização de saúde pública, sendo que os “resultados financeiros” foram substituídos por “controle de custos”.

As variáveis retiradas da revisão de literatura desta dissertação geraram novas assertivas, apresentadas na terceira coluna da Tabela 8.

Tabela 8 – Configuração da montagem do novo questionário

Assertivas desprezadas	Assertivas remanescentes	Novas assertivas
O BSC usa um número excessivo de medidas de desempenho que supera a capacidade de gestão dos gerentes	As quatro perspectivas do BSC se adaptaram perfeitamente à realidade do hospital.	O BSC proporcionou uma melhor avaliação da competência dos profissionais.

Assertivas desprezadas	Assertivas remanescentes	Novas assertivas
Foi difícil, ou mesmo impossível, quantificar as relações de causa e efeito estabelecidas entre as medidas de desempenho	O BSC é mecânico e apresenta estrutura hierárquica <i>top-down</i> - na qual a alta gerência gera os macro processos principais e, depois, detalha os processos que os compõem, descendo-se na estrutura hierárquica da organização - sendo difícil compatibilizá-lo com uma maior participação dos funcionários.	O uso do BSC fez com que os processos de trabalho no hospital se tornassem mais coerentes com a estratégia geral da organização.
Faltam explicações na literatura sobre como deve se dar o processo de estabelecimento de metas	A definição do BSC contou com a participação dos grupos profissionais do hospital (especialmente, de médicos, enfermeiros e administradores).	A implantação do BSC aumentou a prática da colaboração e cooperação entre os grupos profissionais internos (médicos, enfermeiros e administradores), diminuindo conflitos e facilitando a formação de equipes multidisciplinares.
Mesmo com o BSC, continua existindo uma pressão por resultados financeiros que pode afetar os benefícios do modelo	O BSC é resultado de um modelo consensual entre os grupos profissionais do hospital (especialmente, de médicos, enfermeiros e administradores).	O BSC orienta as ações para um melhor foco nas necessidades dos pacientes.
	O BSC foi capaz de diferenciar a estratégia do hospital, reforçando sua singularidade perante as demais organizações hospitalares.	A implantação do BSC reduziu o caráter pessoal e desimpedido do relacionamento médico-paciente
	Na avaliação de desempenho, os gerentes (chefes ou supervisores) prestam relativamente pouca atenção às medidas específicas de cada unidade (departamento ou centro de responsabilidade), detendo-se mais nas medidas comuns do hospital.	A implantação do BSC fomentou a mobilização, a inovação e a criatividade.
	As relações de causa e efeito entre as medidas ao longo das perspectivas do BSC tendem a simplificar a realidade hospitalar: são lineares, unidirecionais e demoram a serem revistas.	A implantação do BSC reduziu o grau de autonomia (liberdade de tomada de decisões no processo de trabalho com base na competência técnica) dos profissionais.
	Houve dificuldades no estabelecimento de metas apropriadas.	A implantação do BSC incrementou a motivação dos funcionários para o trabalho.
	Mesmo com o BSC, o processo de estabelecimento de metas ainda obedece a um processo orçamentário tradicional, com peso no controle de custos.	O BSC não possui a flexibilidade necessária para contemplar alterações súbitas da estratégia.
	A ligação entre as metas do BSC e os planos de remuneração variável (por desempenho) deve ser feita de maneira subjetiva, servindo apenas de referência no processo de tomada de decisão dos gerentes.	O BSC se aplica ao contexto hospitalar.

Assertivas desprezadas	Assertivas remanescentes	Novas assertivas
	<p>O BSC pode deixar de lado algumas variáveis relevantes, desestimulando a observação de outras variáveis importantes fora do modelo.</p> <p>A implantação do BSC gerou choque cultural no hospital.</p> <p>As medidas e as relações de causa e efeito entre as medidas ao longo das perspectivas do BSC permanecem inalteradas durante longo tempo, limitando sua validade.</p>	

Em função de, durante a pesquisa de campo no HMS, ter-se percebido questionamentos em relação à dificuldade de gerenciar um grande número de indicadores, foi novamente incluída a referida assertiva no questionário aplicado ao INC. Desta forma, o novo questionário, aplicado ao Instituto Nacional de Cardiologia, foi composto por 24 (vinte e quatro) perguntas.

3.4 LIMITAÇÕES DA PESQUISA

Como todo estudo de caso, o presente trabalho possui dificuldades em generalizar os resultados obtidos (GIL, 1996, p. 60). Neste trabalho, não foram consideradas as diferenças culturais entre os hospitais públicos e privados. Entretanto, isto não invalida a pesquisa na medida em que os médicos de ambas as instituições são formados faculdades de medicina que estão sujeitas aos mesmos códigos de ética e reguladas pelas associações profissionais, além de exercerem o mesmo tipo de serviço. Este enfoque sugere que os problemas e as configurações estruturais são os mesmos.

Entretanto, além das limitações decorrentes – especialmente, em relação à generalização – o número de respondentes no Hospital Monte Sinai foi de 11 funcionários, sendo 03 médicos. Este tamanho de amostra foi decorrente das características do hospital (corpo clínico aberto) e da pesquisa ter sido dirigida a um universo de 20 diretores e altos gerentes, que compõem a cúpula estratégica e a linha intermediária.

4 CARACTERIZAÇÃO DOS CASOS

4.1 HOSPITAL MONTE SINAI

4.1.1 Dados Gerais

O Monte Sinai, criado em 1994, por um grupo de médicos, no município de Juiz de Fora, é hoje um hospital de referência no Estado de Minas Gerais em gestão de serviços de saúde. Possui, atualmente, 96 apartamentos, 146 leitos (11 na Maternidade, 14 na UTI, oito na UTI Neonatal, seis na Unidade Coronariana, cinco na Emergência e seis para o sistema Hospital/Dia), 461 funcionários administrativos e no setor de enfermagem, 955 médicos (em regime aberto), 49 funcionários terceirizados e 43 instituições conveniadas. Algumas unidades e serviços auxiliares são terceirizados, o que explica a baixa relação funcionários/leitos, em relação a outros hospitais. Como a atual estrutura não consegue atender à demanda existente, estão sendo iniciadas obras de expansão, que aumentarão sua capacidade de atendimento e anexarão uma estrutura com aproximadamente 320 consultórios e clínicas, além de outros serviços complementares.

O Hospital Monte Sinai (HMS) é dirigido por uma Assembléia Geral Ordinária, composta pelos 92 médicos cotistas que se revezam no exercício de titular de suas Diretorias (Superintendência, Serviços Médicos e Administrativa). Na linha de subordinação do organograma do hospital, seguem-se cinco Diretorias Adjuntas e onze Gerências. Os serviços auxiliares no Monte Sinai são terceirizados para os próprios cotistas. Desta forma, equipes de médicos possuem pequenos negócios inseridos em um grande negócio conjunto (o hospital), contribuindo para o sucesso do hospital, segundo os respondentes.

O HMS é um hospital dirigido por médicos e possui administradores profissionais em sua tecnoestrutura, assessoria de apoio e linha intermediária. Seu núcleo operacional, que seria o principal alvo das análises em uma organização profissional, é extremamente reduzido, em função do regime aberto do seu corpo clínico. Além disso, suas clínicas e unidades são terceirizadas, sendo chefiadas por médicos cotistas. O hospital é pois um provedor de serviços e instalações para que médicos, com ou sem vínculo, atuem nas suas dependências. Assim, para os objetivos desta dissertação, os médicos foram enquadrados, para análise, nas seguintes categorias:

- Médicos-diretores - médicos cotistas que exercem cargos de diretores do HMS e das clínicas e unidades terceirizadas;

- Médicos-cotistas – aqueles que possuem cotas, mas não exercem cargo administrativo, compondo o núcleo operacional (aberto) e
- Médicos-clientes – aqueles que não possuem vínculo empregatício com o HMS, apenas utilizando as instalações para a realização de procedimentos que necessitem da estrutura hospitalar (núcleo operacional em regime aberto). São clientes porque um dos principais responsáveis por angariar clientes para o hospital, na medida em que encaminham seus pacientes oriundos de suas clínicas para realizarem os procedimentos necessários nas instalações do HMS.

A tabela 9 caracteriza a amostra em função de sua formação acadêmica e cargo ocupado, demonstrando que os respondentes representam bem a configuração do HMS. A amostra foi escolhida entre os diretores e administradores do hospital. Nota-se que os respondentes médicos, enquadram-se na categoria de médicos-diretores, considerados pelos entrevistados como sendo mais comprometidos com o BSC do que os demais, em virtude de estarem mais envolvidos com aspectos da gestão estratégica.

Tabela 9 – Tabela cruzada dos respondentes do Hospital Monte Sinai (formação acadêmica X função)

Categoria profissional	Função		Total
	Diretoria	Gerência	
Médicos	3	0	3
Outros profissionais	1	7	8
Total	4	7	11

Fonte: pesquisa de campo

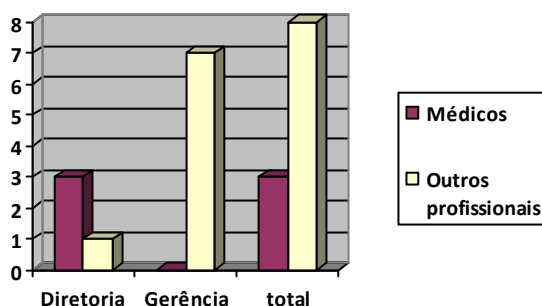


Figura 2 – Distribuição de frequência dos respondentes do HMS

Fonte: Pesquisa de campo

Em 2000, foi implantado o programa **5S**, que, na percepção da Dra. Helidéa, foi a mais significativa, em termos de melhoria da qualidade, ferramenta utilizada no hospital. No ano

seguinte, iniciou-se o processo de acreditação¹⁶, que rendeu os primeiros frutos em 2003, ano em que foi implantado o BSC. A busca pela ISO foi iniciada, porém logo descartada, por julgar-se que seus critérios não seriam adequados ao ambiente hospital.

Fruto do seu esforço gerencial e com a ajuda das ferramentas adotadas, o Monte Sinai conquistou diversos prêmios de qualidade (*Top Quality*, Excelência no 5S, Medalha de ouro no prêmio Juiz de Fora de Qualidade e Produtividade, Faixa ouro no prêmio mineiro de qualidade). Conquistou o *Top Rubi Special*, maior título concedido pela MFC Consultoria e que avalia a qualidade de uma organização de acordo com o Programa 5S, além de todo o sistema de gestão. Foi, inclusive, acreditado em nível 3 (máxima avaliação) pela DNV (*Det Norske Veritas*), credenciada pela Organização Nacional de Acreditação, fazendo parte de um seleto grupo de 17 hospitais em todo Brasil. Em 2005, recebeu o segundo lugar entre 150 empresas que disputavam o prêmio de gestão e qualidade. O Monte Sinai participa ainda da Associação Nacional de Hospitais Privados, sendo comparado aos melhores hospitais do Brasil. O patamar alcançado permitiu ao hospital almejar o *Joint Comission International*, de modo a ter reconhecimento nacional e internacional. Notou-se que todos os prêmios conquistados pelo HMS referem-se aos aspectos concernente à gestão de processos; não foram observados prêmios referentes a desenvolvimento técnico-científico relativos à área médica.

Por fim, ao se efetuar uma análise do HMS, sob a perspectiva das características da organização profissional, tal como descrita na revisão de literatura, observa-se:

- o HMS não depende da padronização de habilidades, em função de seu núcleo operacional ser reduzido (corpo clínico aberto). Percebe-se que o mecanismo de coordenação privilegiado é a padronização de processos de trabalho e padronização de resultados, associada às clínicas terceirizadas;

- o poder concentra-se na cúpula estratégica e não no núcleo operacional, em virtude de seu regime aberto. Ainda que os sócios e diretores sejam médicos, não se configura, no HMS, a organização profissional, visto que se aproxima da burocracia mecanizada, tendendo à organização diversificada;

- a formação da estratégia não obedece ao “padrão em ação” (MINTZBERG, 2001a, p.277), mas nasce de formulação prévia (emanada dos cotista e da diretoria), onde planejamento e implantação são termos mais do que adequados;

¹⁶ Acreditação é um processo de avaliação externa, de caráter voluntário, através do qual uma organização, em geral não-governamental, avalia periodicamente as instituições de saúde para determinar se as mesmas atendem a um conjunto de padrões concebidos para melhorar a qualidade do cuidado ao paciente.

- a busca pelo topo do mercado não faz com que a estratégia tenda a estabilidade como nas burocracias profissionais. Ela ganha a dinâmica da competitividade e das inovações tecnológicas;

- a alta diferenciação e a falta de integração não são grandes problemas, visto que o hospital funciona para atender aos anseios de médicos, considerados, muito apropriadamente, clientes.

4.1.2 O *Balanced Scorecard* do Monte Sinai

Desde 1997 trabalhando com planejamento estratégico, o hospital terminou a implantação do BSC em março de 2003. O processo de implantação do planejamento estratégico e do BSC contou com o suporte de um consultor externo. O mapa estratégico do Monte Sinai é composto por quatro perspectivas: Financeira; Mercado, Clientes e Sociedade; Tecnologia e Processos; Pessoas (havia no início uma quinta perspectiva, Responsabilidade Social, posteriormente incluída na de Clientes).

Para controlar a mensuração do desempenho no BSC foi adquirido o *software* Syscore da Itaotec. Todos os entrevistados consideraram extremamente importante, para o sucesso do BSC no ambiente hospitalar, a utilização de programas informatizados a fim de possibilitar um efetivo monitoramento do planejamento estratégico. Outro ponto explorado nas entrevistas foi a questão da importância de consultores externos na implantação do BSC. Os entrevistados ressaltaram que a presença do consultor fez-se mais relevante na elaboração do planejamento estratégico do hospital. Um dos entrevistados ressaltou que a presença do consultor representou uma figura neutra no ambiente conflituoso do contexto hospitalar, favorecendo, assim, a adesão dos funcionários ao BSC. Vislumbrou-se que, se o projeto fosse disseminado por um membro da organização, poderia haver possíveis problemas, oriundos das disputas políticas internas, gerando potenciais focos de resistência.

Os entrevistados também fizeram coro quanto à importância do mapa estratégico que fez, de maneira eficaz, com que cada funcionário soubesse qual seu papel dentro da estratégia da organização, orientando, desta forma, suas ações, de modo a alinhá-las com o planejamento estratégico. O BSC, na opinião dos entrevistados, representou para o Monte Sinai, principalmente, foco e coerência nos processos de trabalho, facilitando a visão sistêmica do hospital.

A principal dificuldade do BSC no contexto hospitalar, segundo os entrevistados, foi relacionada à oposição cultural de os médicos se comprometem com a gestão e se

submeterem a inovações, preferindo se restringir às funções assistenciais. Um dos entrevistados declarou inclusive que o BSC dificilmente chegará ao nível do corpo clínico, pois “a maioria dos médicos ou não entendem, ou não querem entender de gestão”. Este cenário somente seria alterado se a cultura do médico for mudada (ação direta na formação). Outro entrevistado ressaltou que esta dificuldade é potencializada pelo fato de o hospital trabalhar com regime aberto em relação ao corpo clínico, especialmente em relação ao, nesta dissertação denominado, médico-cliente. O mercado de trabalho favorável, segundo esse entrevistado, permite ao médico gozar de considerável autonomia e, com isso, não se comprometer com os objetivos do hospital. Além disso, é o médico-cliente o principal fornecedor de clientes do hospital, o que lhe confere uma enorme parcela de poder na relação médico-hospital. Este quadro levou o hospital a incluir estes médicos na perspectiva “Cientes”, de seu mapa estratégico, de modo a permitir um melhor gerenciamento desta parte interessada.

Em relação às partes interessadas (*stakeholders*) externas, o hospital tem conseguido incluí-las na filosofia do BSC, de modo que seu planejamento estratégico contemple a dimensão externa à organização. Fornecedores participam dos *workshops*, influenciando e sendo influenciados estrategicamente. Ao ter sido contemplada no mapa estratégico, a comunidade carente vizinha ao hospital - antiga fonte de problemas – diversas ações foram desencadeadas, de modo a melhorar esse relacionamento, não só evitando problemas, como permitindo criação de valor para o Monte Sinai.

Outro problema citado refere-se à falta de comprometimento, não somente do corpo clínico (já comentado), mas da alta direção, composta por médicos cotistas. Poucos efetivamente conhecem bem o BSC e participam ativamente do gerenciamento estratégico, o que dificulta resultados mais ousados, como o *Joint Commission International*¹⁷. Este foi outro problema relacionado, pelos entrevistados, com a cultura da profissão médica, caracterizada como avessa aos assuntos afetos à gestão.

Uma constatação dos entrevistados foi que o BSC não se configurou como a solução simples de todos os problemas da organização, o único impulsionador de resultados para o hospital. O BSC favoreceu o foco e a coerência, a visão sistêmica, facilitou o trabalho de gerência, mas veio acompanhado de outras ferramentas de gestão (o programa 5S, por exemplo), que foram definidas a partir de um diagnóstico mais preciso da organização. O

¹⁷ A *Joint Commission*, uma organização americana não governamental, é considerada a mais importante entidade mundial para a acreditação de padrões assistenciais da qualidade de serviços de saúde.

ponto mais importante para os entrevistados é a questão da liderança, de modo a conduzir as pessoas a exercerem ações alinhadas com a estratégia do hospital. Em suma, o BSC sem comprometimento não funciona e isso implica em um incessante trabalho de liderança. Todos foram unânimes em frisar que esse ponto é potencializado no ambiente hospitalar, face aos conflitos internos, à complexidade da atividade, e, especialmente, à cultura médica de autonomia.

Embora todos entrevistados tenham considerado as políticas de recompensas não financeiras relevantes para o sucesso do BSC, dois entre os entrevistados assinalaram a importância das recompensas financeiras, para fazer com que os médicos, especialmente os aqui denominados médicos-cliente, assimilem a filosofia do BSC, facilitando o consentimento de seu monitoramento, permitindo-se dirigir suas ações em consonância com a estratégia do hospital.

4.2 O INSTITUTO NACIONAL DE CARDIOLOGIA (INC)

4.2.1 Dados Gerais

O Instituto Nacional de Cardiologia (INC), subordinado ao Ministério da Saúde, é sediado no Rio de Janeiro, no bairro de Laranjeiras, e tem como atividade principal a cardiologia de alta complexidade, prestando serviços de assistência (Prevenção, Diagnóstico, tratamento clínico-cirúrgico das afecções Cardiovasculares e Reabilitação), ensino e pesquisa. Possui 172 leitos em funcionamento, 04 salas de cirurgia e 03 salas para angioplastias e cateterismos. Em 2006, realizou 3.979 internações, 84.464 consultas médicas, 966 cirurgias, 4.141 cateterismos, 785 angioplastias e 711 intervenções hemodinâmicas infantis. Possui, ainda, 1.144 funcionários, 967 profissionais de saúde e 332 médicos. O orçamento de 2007 foi R\$ 63.668.800,00. O INC, desde 2000, é um Centro de Referência do Ministério da Saúde para a realização de treinamento, pesquisa e formulação de políticas de saúde e iniciou em 2006 o processo de acreditação pelo Consórcio Brasileiro de Acreditação e pela *Joint Commission International*.

O INC está estruturado funcionalmente nas seguintes coordenações, cujas atribuições são expostas a seguir:

- a. Coordenação Hospitalar – com foco na melhoria constante do atendimento ao usuário e o alcance dos objetivos médico-assistenciais estabelecidos segundo o perfil e inserção do INC no Sistema Único de Saúde, gerencia a atividade dos diversos setores vinculados (Departamentos de cirurgia cardíaca, cardiologia da infância e da

- adolescência, miocardiopatias, doenças orovalvares, doenças coronarianas, de hipertensão arterial, de arritmias e unidades de tratamento intensivo). É o principal componente do núcleo operacional do INC;
- b. Coordenação de Planejamento – responsável por elaborar a programação físico-financeira e a proposta orçamentária, além de acompanhar a execução do orçamento aprovado, produzir os indicadores assistenciais e gerenciais para o acompanhamento da atividade global e resultados, oferecer informações relevantes para a elaboração de cenários e alternativas de trabalho e auxiliar a Direção Geral na gestão do desempenho do INC. É a tecnoestrutura do Instituto;
 - c. Coordenação de Ensino e Pesquisa – responsável por assessorar a direção de INC na formulação das prioridades estratégicas nas áreas de ensino e pesquisa, acompanhar as atividades de ensino desenvolvidas no INC, tais como as sessões clínicas, cursos, pós-graduação e residências na área de cardiologia, acompanhar as atividades de pesquisa dos diversos setores do INC, assessorando a execução de estudos institucionais, multicêntricos, nacionais e internacionais, estimular e apoiar o INC na participação em congressos estaduais, nacionais e internacionais, e assessorar o Comitê de Ética e Pesquisa do INC. Compõe, juntamente com a Coordenação Hospitalar, o núcleo operacional do Instituto, embora com menor representação e importância, que vêm aumentando nos últimos anos, com a fomentação da pesquisa no INC; e
 - d. Coordenação de Administração – responsável por executar a administração geral e financeira do INC segundo as diretrizes de gestão e a proposta orçamentária aprovadas, estabelecer as prioridades da esfera administrativa do INC, de modo a viabilizar as atividades e objetivos estabelecidos para a esfera assistencial, e introduzir técnicas de administração avançadas e coerentes com os compromissos de eficiência e transparência do serviço público. É a assessoria de apoio do INC.

Embora goze de considerável autonomia orçamentária, o INC não tem autonomia para contratar funcionários. Essa característica, ao longo dos anos, ocasionou um déficit considerável na área de pessoal, cuja necessidade de manutenção da sua capacidade operacional, para atendimento satisfatório da demanda, levou seus gestores a incrementarem a contratação indireta de mão-de-obra, via uma fundação de apoio (a FUNDACOR – Fundação Pró-coração), a qual ainda facilitaria a implantação de um novo modelo de gestão que, entre outras coisas, permitiria a utilização, de maneira mais eficiente, da mão-de-obra disponível.

A FUNDACOR foi constituída em 1996, por meio de escritura pública. Possui personalidade jurídica de direito privado, é dotada de autonomia patrimonial, administrativa e financeira, e não tem fins lucrativos, destinando-se, especificamente, a colaborar com o INC em programas de desenvolvimento e intercâmbio tecnológico, ensino e pesquisa na área de ciências da saúde, especificamente aquelas ligadas às doenças do coração e correlatas, inclusive visando à divulgação científica dos resultados obtidos através de pesquisa conjunta.

Esta fundação viria a tentar equacionar os problemas que o INC vinha experimentando relativos a pouca disponibilidade de pessoal, evasão e demora na reposição. Este quadro, comum entre as instituições de saúde (MACIEL et al , 2005), somado ao aumento da complexidade dos procedimentos, ao aumento populacional e a inexistente resposta tempestiva do governo, tornava essencial a iniciativa de uma parceria com a FUNDACOR. Assim, o INC utilizou deste convênio para efetuar contratações indiretas de pessoal, sem concurso público, bem como promover complementação salarial (planos de incentivos) vinculadas às metas dos indicadores do novo modelo de gestão (BSC).

Essa flexibilidade gerencial permitiu ao INC alcançar os níveis esperados de eficiência, visto que os limites gerenciais atribuídos pela opinião pública (TEMPORÃO, 2006) aos órgãos da administração pública foram superados (limites na contratação, remuneração, concessão de incentivos, treinamentos e demissões).

Mas esta parceria foi interrompida, recentemente, em função de uma auditoria realizada pelo Tribunal de Contas da União (TCU), com “o propósito de verificar a conformidade do relacionamento dos hospitais públicos federais localizados no Rio de Janeiro com entidades privadas que lhes prestam suporte, incluindo fundações de apoio” (Tribunal de Contas da União, 2006), na qual foram constatadas irregularidades concernentes a: contratação irregular de pessoal, prestação de serviços a terceiros e pagamento de gratificações não-previstas em lei.

Em relação aos respondentes do INC, a caracterização da amostra pode ser observada nas tabelas de 10 a 13, que apresentam a distribuição de frequência dos respondentes, discriminando por: formação acadêmica, cursos em gestão realizados, experiência em cargos de gestão, função exercida, setor (coordenação) a que pertencem. Também foram confeccionadas tabelas cruzadas referentes à distribuição dos profissionais por coordenação. Todos os respondentes trabalhavam sob o regime de rotina, isto é, não foram aplicados questionários aos funcionários que trabalhavam sob o regime de plantão.

Tabela 10 – Distribuição de freqüência dos respondentes do INC por formação acadêmica

Formação acadêmica	Freqüência	%
Medicina	19	61,3
Enfermagem	9	29,0
Administração/C.contábeis/Economia	1	3,2
Outra	2	6,5
Total	31	100,0

Fonte: Pesquisa de campo.

Tabela 11 – Tabela cruzada por função

Função	Médicos		Médicos e Enfermeiros		Curso em gestão		Experiência em gestão		Total	%
	Sim	Não	Sim	Não	Sim	Não	Sim	Não		
Operacional	7	3	8	2	4	6	6	4	10	32,3
Supervisão	2	2	4	0	2	2	2	2	4	12,9
Gerência	7	6	12	1	6	7	11	2	13	41,9
Diretoria	3	1	4	0	3	1	4	0	4	12,9
Total	19	12	28	3	31	23	23	8	31	100,0

Fonte: Pesquisa de campo.

Tabela 12 – Tabela cruzada por setor

Setor	Formação profissional		Curso em gestão		Experiência em gestão		Total	%
	Médicos	Outros profissionais	Sim	Não	Sim	Não		
Planejamento	4	5	7	2	7	2	9	29,0
Administração	1	0	1	0	1	0	1	3,2
Hospitalar	13	6	7	12	13	6	19	61,3
Ensino e Pesquisa	1	1	0	2	2	0	2	6,5
Total	19	12	15	16	23	8	31	100,0

Fonte: Pesquisa de campo.

Tabela 13 – Tabela cruzada dos profissionais por experiência e curso em gestão

Função	Experiência em gestão		Curso em gestão		Total
	Sim	Não	Sim	Não	
Médicos	14	5	8	11	19
Outros profissionais	9	3	7	5	12
Total	23	8	15	16	31
%	74,2	25,8	48,4	51,6	100

Fonte: Pesquisa de campo.

Por fim, ao se efetuar uma análise do INC, sob a perspectiva das características da organização profissional, tal como descrita na revisão de literatura, observa-se:

- o INC depende da padronização de habilidades, em função de seu núcleo operacional altamente especializado e fortemente treinado. Percebe-se que o mecanismo de coordenação privilegiado é a padronização de habilidades;

- grande parte do poder concentra-se no núcleo operacional, embora se perceba uma tecnoestrutura forte que ganhou ainda mais poder com a implantação do BSC;
- embora a formação da estratégia obedeça ao “padrão em ação” (MINTZBERG, 2001a, p.277), há uma tendência para a formulação prévia, emanada dos órgãos públicos de saúde, propiciando atividades de planejamento e implantação;
- a estratégia tende à estabilidade como nas burocracias profissionais, ainda que o hospital seja de alta complexidade, buscando inovações tecnológicas e fomentando a pesquisa. O INC aproxima-se da configuração adhocracia;
- percebe-se neste ambiente, a alta diferenciação e a falta de integração características deste ambiente, embora as ferramentas de gestão utilizadas tenham facilitado a integração.

4.2.2 O *Balanced Scorecard* do INC

O INC montou seu planejamento estratégico alinhado à Política Nacional de Saúde, cujos pilares da nova missão hospitalar eram: orientação ao usuário, melhoria contínua e procura da excelência, e autonomia responsável no contexto de coordenação e integração de redes assistenciais.

A primeira reunião para elaboração do planejamento estratégico foi realizada em 2001, tendo sido desenvolvido pela Coordenação de Planejamento, com o apoio de consultores externos e a participação de representantes dos demais setores do INC. O planejamento foi traduzido em:

- Missão (Por que existimos) – “Oferecer as melhores soluções em saúde cardiovascular”;
- Valores Essenciais: “Ética, Humanização e Comprometimento”;
- Visão - “Ser um Centro de Excelência e Vanguarda, com Reconhecimento da Sociedade”; e
- Objetivos Estratégicos:
 - “Oferecer procedimentos de alta complexidade na área das doenças cardiovasculares, com equidade no acesso, resolutividade e com garantia de qualidade por meio de uma prática humanizada”
 - “Gerar e disseminar conhecimento na área das doenças cardiovasculares através de pesquisas, treinamento e formação de recursos humanos para o SUS”;

Em virtude de sua complexidade, o INC foi organizado em 34 Centros de Responsabilidade assim definidos: Cirurgia Cardíaca, Anestesiologia, Unidade de Tratamento Cardio-Intensivo Cirúrgico, Unidade de Pós-Operatório Infantil – POI, Unidade Coronária, Unidade Cardio-Intensiva Clínica, Hemodinâmica, Arritmia, Cardiopediatria, Coronariopatia, Orovalvar, Miocardiopatia, Hipertensão Arterial, Serviço de Pronto-Atendimento, Eco cardiografia, Patologia Clínica, Hemonúcleo, Radiologia, Anatomia Patológica, Medicina, Nuclear, Ergometria, Pareceristas, Farmácia, Nutrição e Dietética, Serviço Social, Odontologia, Fisioterapia, Comissão de Controle de Infecção Hospitalar, Projetos Nacionais, Enfermagem, Coordenação de Ensino e Pesquisa, Coordenação Hospitalar, Coordenação de Planejamento e Coordenação de Administração.

A necessidade de uso de indicadores de desempenho surgiu no INC em setembro de 2002, com a finalidade de avaliar e medir as principais rotinas desempenhadas no hospital, visando melhoria de qualidade no atendimento ao público. Novas reuniões de planejamento estratégico foram realizadas em 2003 e 2004, sendo que nessa última, foi introduzida a idéia de se reduzir os indicadores, de modo a permitir a conciliação com as ações e inovações decorrentes da adoção da Política de Humanização da Saúde com a sustentabilidade das competências técnicas. Para esse fim, o BSC foi escolhido como base para criação de um novo modelo de gestão em função de sua característica de permitir o balanceamento de indicadores, demonstrando de forma mais adequada o desempenho das rotinas nos centros de responsabilidade. Desta forma, o INC implantou uma gestão balanceada da *performance* nos seus Centros de Responsabilidade (antigas unidades de produção), baseada no BSC. Contou, para isso, com a parceria e o convênio com a FUNDACOR (Fundação Pró-coração) e utilizou, como sistema de informação gerencial, o INFOSAÚDE, desenvolvido internamente.

Para a implantação do BSC foi contratado um consultor externo, entretanto seu trabalho resumiu-se a orientar teoricamente um grupo de estudos, composto de membros da Coordenação de Planejamento. Na montagem dos *Scorecards*, o BSC foi adaptado à realidade do INC, não se utilizando as quatro perspectivas para avaliação propostas por Kaplan e Norton (1997), rotulando-as conforme abaixo relacionado:

- Custos e Produtividade – avalia as conseqüências econômico-financeiras imediatas das ações consumadas. É a perspectiva financeira clássica sob o enfoque do custeio e da produtividade, em função de se tratar de um órgão público.
- Cidadania – permite a identificação dos cidadãos que o INC atenderá sob as medidas de satisfação do usuário, retenção de usuários e aquisição de novos usuários.

- Qualidade – permite identificar os processos internos críticos que influenciam, através de relações de causa-efeito, a estratégia do INC nas perspectivas anteriores.
- Aprendizado e Conhecimento – permite identificar a infra-estrutura necessária para gerar crescimento e melhoria em longo prazo.

A representante do INC entrevistada, a Dra. Mônica Vasconcellos, relatou que não houve resistência à implantação do BSC, tendo sido observado, inclusive, um interesse no seu funcionamento relacionado à política de gratificações financeiras que funcionava na organização através do convênio com a FUNDACOR. O BSC possibilitou que a política de recompensas fosse atrelada às metas erigidas para os indicadores, tornando as avaliações de desempenho mais objetivas e claras. Este fato não somente facilitou a implantação do BSC, como foi considerado pela entrevistada como sendo fundamental para o sucesso de um sistema de controle por desempenho.

O plano de remuneração do INC, propiciado pelo convênio com a FUNDACOR, era organizado por equipes, vinculado ao planejamento estratégico do hospital (setores considerados estratégicos), e variava conforme a especialização. Ainda que tenha tido um elemento fortalecedor do BSC na instituição, a plano de remuneração representava a solução para o problema salarial de uma organização pública de saúde, permitindo remunerar pelo desempenho. Esta questão foi considerada pela entrevistada como sendo a principal dificuldade para implantação de um sistema de gestão por desempenho em instituições públicas. O software de apoio não foi considerado um elemento dificultador, mas, antes, um facilitador, que permitiu dar clareza e objetividade aos parâmetros que serviriam de base para a política de remuneração variável do Instituto. Antes, os critérios não eram muito claros e poderiam estar sujeitos a considerações pessoais. Para que pudessem ser evitadas as chamadas “maquiagens” nos resultados – isto é, o lançamento de dados inverídicos no sistema, para possibilitar cumprimento de metas ou aumento da remuneração variável - foi montado um esquema no qual quem controla o lançamento não é quem executa o serviço.

Apesar de ter sido concebido e desenvolvido na Coordenação de Planejamento (que com isso adquiriu considerável parcela de poder), os indicadores e metas, bem como seus pesos relativos, depois de pré-selecionados eram discutidos com representantes dos setores envolvidos, e, desta forma, compactuados com as chefias. Mensalmente foram realizadas reuniões para análise e apreciação dos resultados e possíveis redefinições. Foi relatado que no início estas reuniões eram improdutivas e desagregadoras, com os setores responsabilizando outros setores pelos seus fracassos relativos às metas. Além de uma maturidade adquirida com

o tempo, tais problemas foram equacionados com o compartilhamento de metas, de modo que além de evitar comportamentos desagradáveis e improdutivos, fomentou o trabalho em equipe e a visão holística da organização. Mas o BSC ainda não é fruto de um consenso interno. De um modo geral, aqueles que não contribuíam para o consenso, revelando falta de comprometimento com o projeto, eram os mais despreparados, especialmente os médicos, com relação aos assuntos afetos à gestão.

Ainda que contenha uma preocupação estratégica referente ao alinhamento com a Política Nacional de Saúde, o BSC do INC é predominantemente uma ferramenta gerencial, corretora de processo, enquadrando-se ainda na primeira geração (LAWRIE e CODDBOLD, 2004). Não há mapa estratégico no INC, dificultando a visão e o foco estratégicos que essa ferramenta proporciona à organização. Por um lado, a menor preocupação das chefias com o longo prazo faz com que a falta desta ferramenta não seja tão sentida; por outro lado, a ausência dificulta a visão e o foco estratégico que o mapa proporciona à organização, colaborando para solidificar um estilo de gestão voltado para o curto prazo. Um mapa estratégico poderia ser um elemento útil para modificar esta forma de administração como observado no hospital Monte Sinai. (ver subseção 5.2.1)

Também foi observada uma discrepância relevante entre o BSC e o planejamento estratégico do INC. Este último continha objetivos relacionados ao fomento das atividades de ensino e pesquisa (ter o quadro titulado, fazer com que todas as clínicas desenvolvendo pesquisas científicas, etc.). Pretendia-se que as atividades de ensino e pesquisa chegassem a ser tão importantes quanto a prática clínica. Entretanto, os indicadores do BSC estavam longe de refletir a importância estratégica desta atividade para o hospital. Como percebeu-se no INC este incremento na atividade de pesquisa, ficou claro que o BSC não vinha participando das alterações estratégicas. Uma das razões para o BSC encontrar-se no nível gerencial, alegada pela entrevistada, é o fato de a organização ter suas gerências e chefias compostas por médicos, cuja ascensão não se deve à capacidade administrativa, mas sim técnica. Não havia gerenciamento estratégico no INC e o principal papel do BSC era diagnosticar e corrigir problemas nos processos internos. Outra limitação do BSC do INC é que, além de não ser acompanhado do mapa estratégico, não contempla partes interessadas externas, reduzindo a efetividade de seu gerenciamento estratégico. Mas a consolidação da ferramenta (com quatro anos de utilização) já aponta para uma guinada do BSC em direção ao gerenciamento estratégico, que já foi iniciada na última reunião de planejamento estratégico, realizada em 2007, na qual foi discutido novo rumo para o BSC, de modo a alinhá-lo com os objetivos

mais amplos do INC: consecução da acreditação hospitalar e maior ênfase na pesquisa e no ensino.

Outra dificuldade apontada na entrevista foi a dificuldade do corpo médico incorporar ferramentas gerenciais, em decorrência do despreparo nos assuntos afetos à gestão. A entrevistada relatou que em uma instituição de saúde há poucos gerentes, e os cargos de chefia são ocupados não pelo funcionário que tem maior capacidade administrativa, mas pelo que tem maior capacidade técnica. Outra característica das instituições de saúde é a dificuldade de se trabalhar os funcionários em regime de plantão, que não convivem diariamente na organização, não sendo incorporados pela revolução cultural propiciada pelo BSC. De fato, no INC, o BSC abarca efetivamente a gerência de mais alto escalão, embora, em decorrência de seu enfoque gerencial, ter sido mais importante para a gerência média, na medida em que permitiu avaliar os profissionais subordinados em função de sua competência (relacionada aos resultados operacionais).

Dificuldades de mensuração foram relatadas pela entrevistada, especialmente, aquelas relativas à perspectiva “aprendizado e conhecimento”. A questão da dimensão temporal, já abordada na subseção 2.2.1, também foi constatada no Instituto. Vislumbra-se um redimensionamento em relação à periodicidade das análises dos indicadores (as reuniões mensais). Alguns indicadores foram considerados como sendo propícios de serem analisados mensalmente, outros, semestralmente, e mesmo anualmente. Mais ainda o BSC apresentou dificuldades para lidar com as eventualidades, denotando uma falta de flexibilidade da ferramenta no INC. Apesar dessa dificuldade, a entrevistada considera que o BSC deve continuar sendo predominantemente mecânico, de modo a permitir o foco estratégico.

Alguns pontos positivos, advindos da utilização do BSC, foram relatados pela entrevistada. O principal ponto positivo relatado foi que o BSC tem orientado as ações do Instituto, fornecendo foco à estratégia e sinalizando gargalos operacionais, facilitando a coordenação. Além de melhorar a coordenação do INC, o BSC proporcionou alterações na sua dimensão política. Os demais profissionais (assistentes sociais, enfermeiros, etc.), que antes orbitavam na configuração estrutural, tipicamente profissional (GLOUBERMAN e MINTZBERG, 2001a), passaram a ter voz ativa, em função de seu papel nas reuniões, adquirindo poder e motivação. Isso ainda demandou outra mudança cultural significativa: favoreceu o trabalho em equipes multidisciplinares e multicêntricas. Outra mudança cultural, considerada positiva, foi a assimilação da gestão por desempenho, especialmente por se tratar de órgão público, pois os funcionários do INC não somente se acostumaram a terem seu desempenho mensurados, como a serem recompensados por ele, o que gerou melhorias

diversas nos processos internos. Assim, impulsionados pela gratificação variável os funcionários incorporaram a tarefa de preencher prontuários e atualizar o sistema. O enfoque no controle de custos também representou um forte choque cultural no INC, na medida em que os funcionários passaram a trabalhar o custo com foco na qualidade. Entretanto, a entrevistada reconheceu que ainda falta visão estratégica aos funcionários, o que pode ser atribuída a não utilização do mapa estratégico pelo Instituto.

Embora, nos últimos meses, percebeu-se um enfraquecimento do BSC no INC, tanto pela mudança na Diretoria-geral quanto pela interrupção do convênio com a FUNDACOR, a mudança cultural proporcionada nesses quatro anos de experiência fez com que os funcionários não só continuassem a preencher os prontuários e a atualizarem o sistema, como cobrassem a Direção para a realização de novas reuniões (em seis meses, houve apenas duas).

A assimilação cultural do BSC pelo Instituto e o recente reconhecimento e interesse do Ministério da Saúde no modelo de gestão do INC impulsionaram uma retomada no projeto pela nova Diretoria, vislumbrando-se um novo BSC.

5 ANÁLISE E INTERPRETAÇÃO DA APLICAÇÃO DOS QUESTIONÁRIOS

Os resultados da aplicação do questionário nas duas organizações estudadas são apresentados e analisados neste capítulo. Para que os dados fossem visualmente compreendidos com maior facilidade foi efetuada a transformação de dados referente a algumas variáveis, revertendo-se o código das assertivas redigidas favoravelmente ao BSC, de forma que todas representem a confirmação dos respectivos problemas e críticas associados à utilização do BSC em hospitais.

5.1 HOSPITAL MONTE SINAI

A análise dos resultados foi efetuada de forma geral, abrangendo todos os respondentes, e também de forma estratificada, de modo a tentar observar tendências desiguais entre os grupos profissionais – as principais diferenças foram observadas entre médicos e não-médicos. Estes dois grupos praticamente se confundem, respectivamente, com diretores (cúpula estratégica) e demais funcionários, em decorrência de os médicos respondentes pertencerem à categoria, erigida nesta dissertação, de médicos-diretores.

As respostas ao questionário foram tabuladas para análise (anexos D e E) e apresentam-se graficamente dispostas nos gráficos a seguir:

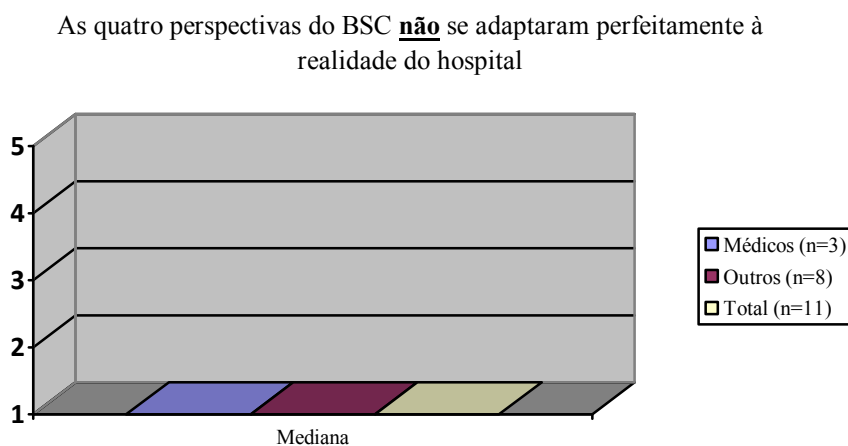


Gráfico 1 – Medianas das respostas da assertiva 1 no HMS.

Fonte: pesquisa de campo

A implantação do BSC gerou choque cultural no hospital

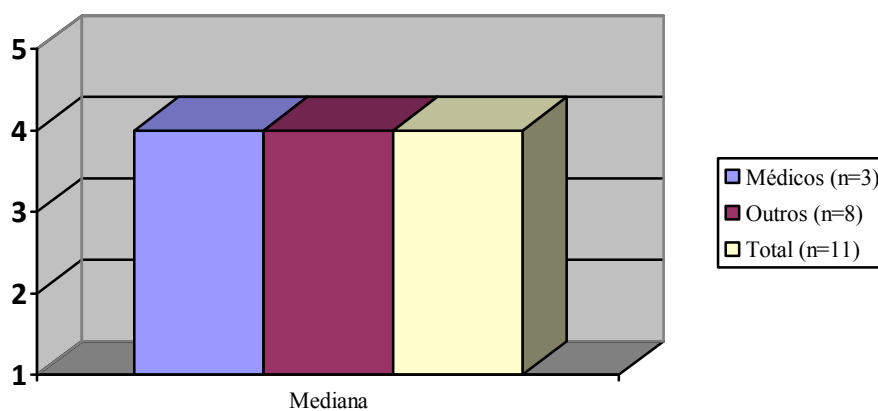


Gráfico 2 – Medianas das respostas da assertiva 2 no HMS.

Fonte: pesquisa de campo

A definição do BSC não contou com a participação dos grupos profissionais do hospital (especialmente, de médicos, enfermeiros e administradores)

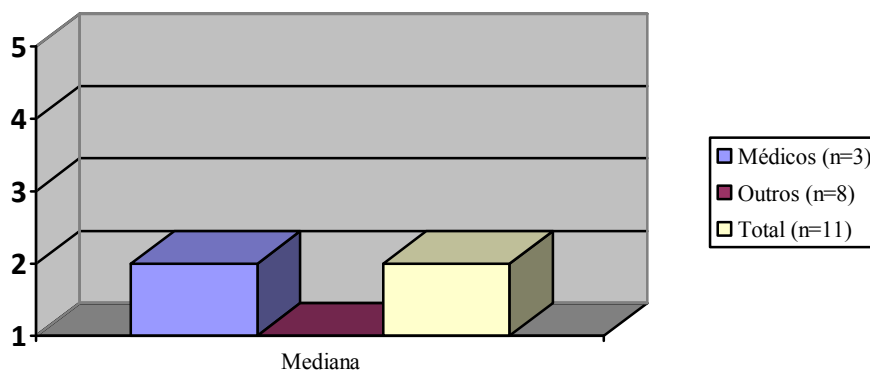


Gráfico 3 – Medianas das respostas da assertiva 3 no HMS.

Fonte: pesquisa de campo

O BSC não é resultado de um modelo consensual entre os grupos profissionais do hospital (especialmente, de médicos, enfermeiros e administradores)

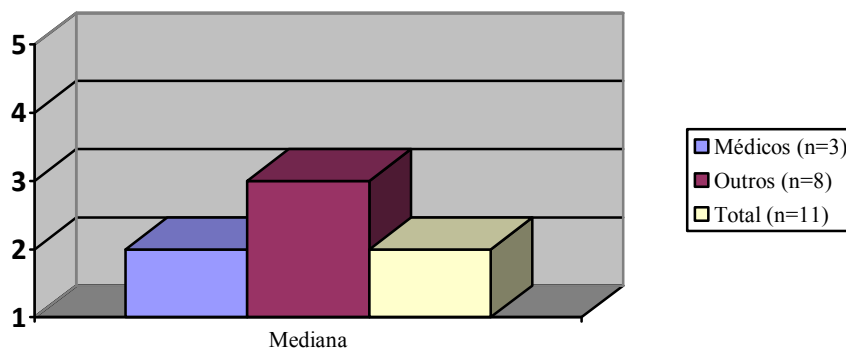


Gráfico 4 – Medianas das respostas da assertiva 4 no HMS.

Fonte: pesquisa de campo

O BSC não foi capaz de diferenciar a estratégia do hospital, reforçando sua singularidade perante as demais organizações hospitalares

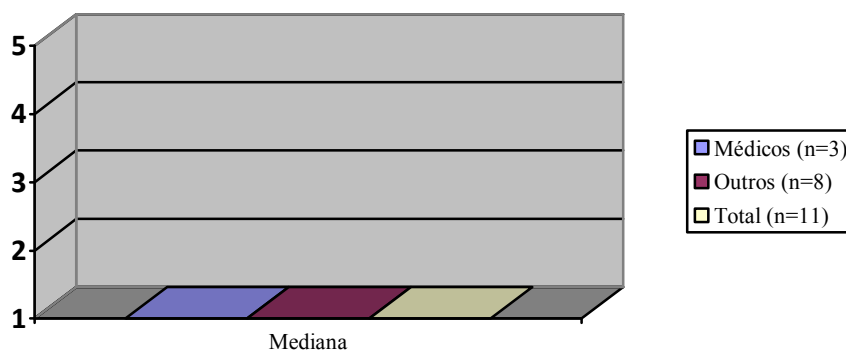


Gráfico 5 – Medianas das respostas da assertiva 5 no HMS.

Fonte: pesquisa de campo

Na avaliação de desempenho, os gerentes (chefes ou supervisores) prestam relativamente pouca atenção às medidas específicas de cada unidade, detendo-se mais nas medidas comuns do hospital

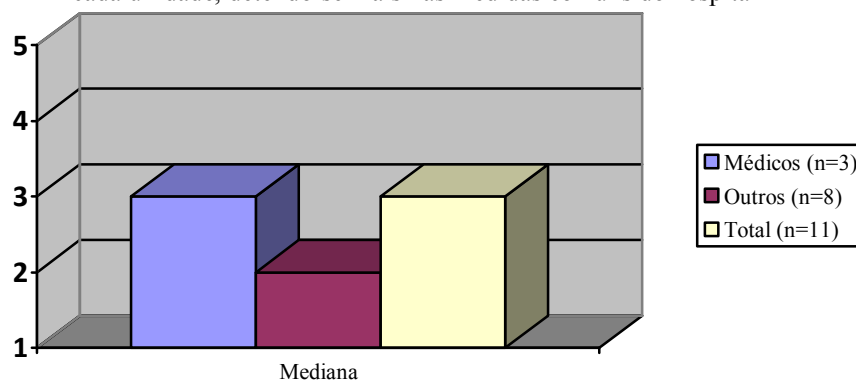


Gráfico 6 – Medianas das respostas da assertiva 6 no HMS.

Fonte: pesquisa de campo

As relações de causa e efeito entre as medidas ao longo das perspectivas do BSC tendem a simplificar a realidade hospitalar: são lineares, unidirecionais e demoram a serem revistas

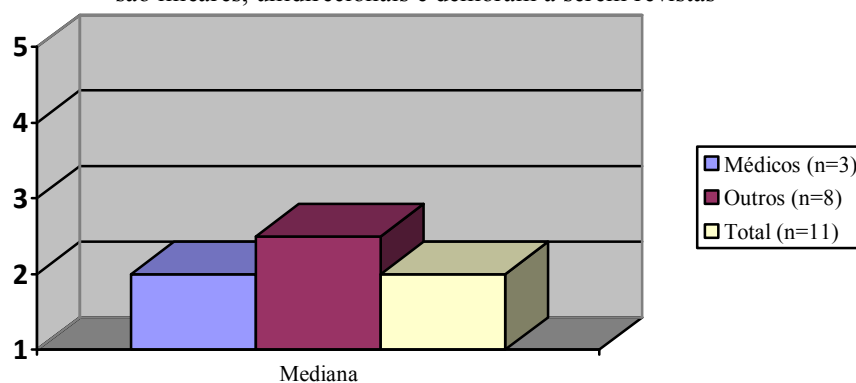


Gráfico 7 – Medianas das respostas da assertiva 7 no HMS.

Fonte: pesquisa de campo

Houve dificuldades no estabelecimento de metas apropriadas

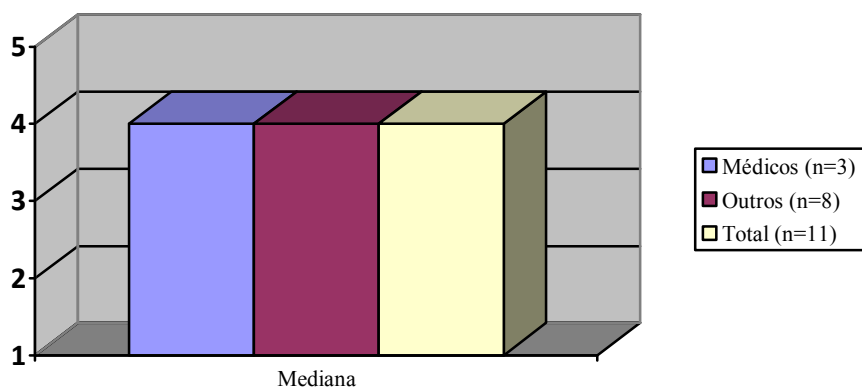


Gráfico 8 – Medianas das respostas da assertiva 8 no HMS.

Fonte: pesquisa de campo

Mesmo com o BSC, o processo de estabelecimento de metas ainda obedece a um processo orçamentário tradicional, com peso no controle de custos

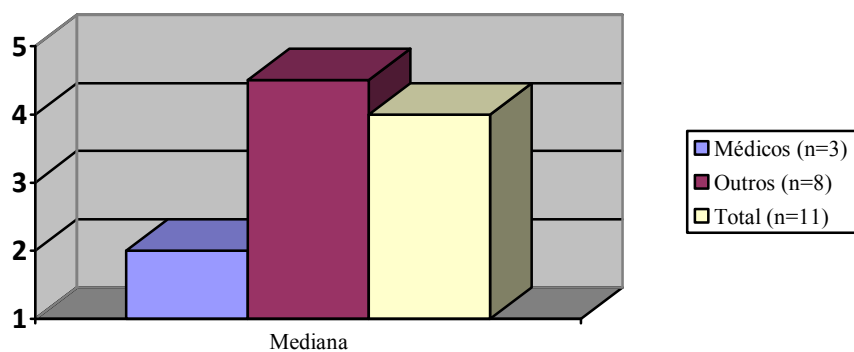


Gráfico 9 – Medianas das respostas da assertiva 9 no HMS.

Fonte: pesquisa de campo

A ligação entre as metas do BSC e os planos de remuneração variável (por desempenho) deve ser feita de maneira subjetiva, servindo apenas de referência no processo de tomada de decisão dos gerentes

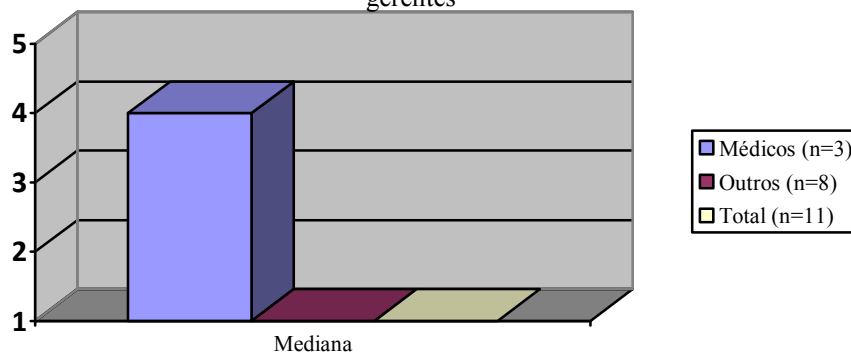


Gráfico 10 – Medianas das respostas da assertiva 10 no HMS.

Fonte: pesquisa de campo

O BSC não proporcionou uma melhor avaliação da competência dos profissionais

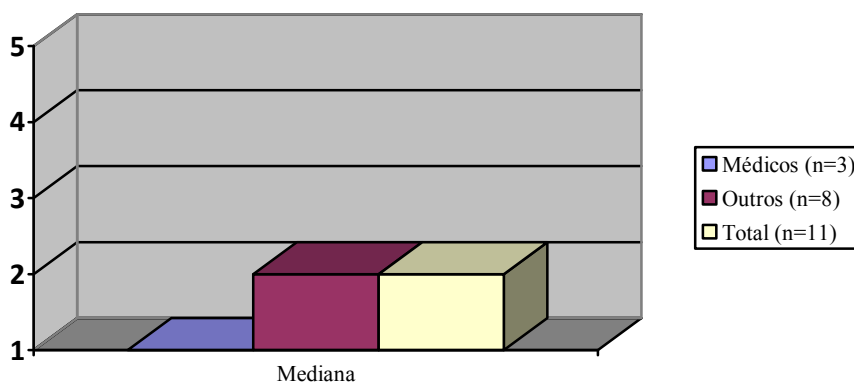


Gráfico 11 – Medianas das respostas da assertiva 11 no HMS.

Fonte: pesquisa de campo

O BSC pode deixar de lado algumas variáveis relevantes,
desestimulando a observação de outras variáveis importantes fora
do modelo

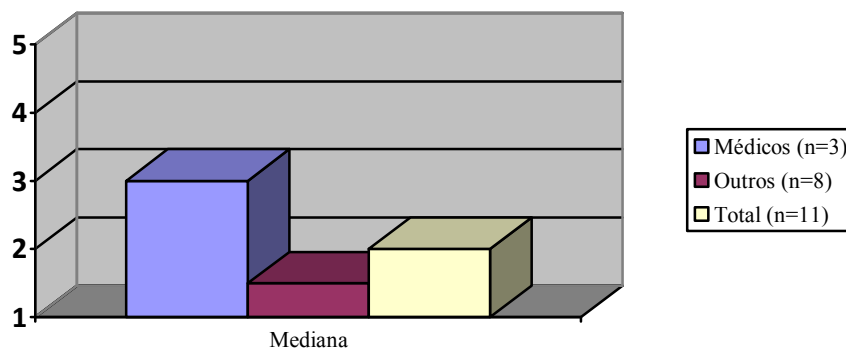


Gráfico 12 – Medianas das respostas da assertiva 12 no HMS.

Fonte: pesquisa de campo

O BSC é mecânico e apresenta estrutura hierárquica top-down
sendo difícil compatibilizá-lo com uma maior participação dos
funcionários

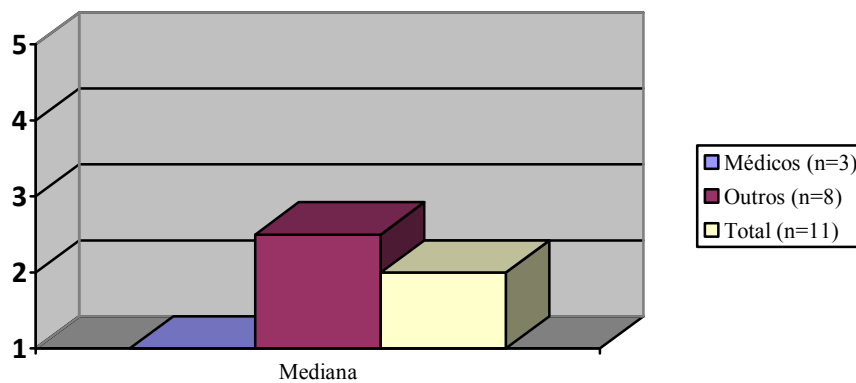


Gráfico 13 – Medianas das respostas da assertiva 13 no HMS.

Fonte: pesquisa de campo

As medidas e as relações de causa e efeito entre as medidas ao longo das perspectivas do BSC permanecem inalteradas durante longo tempo, limitando sua validade.

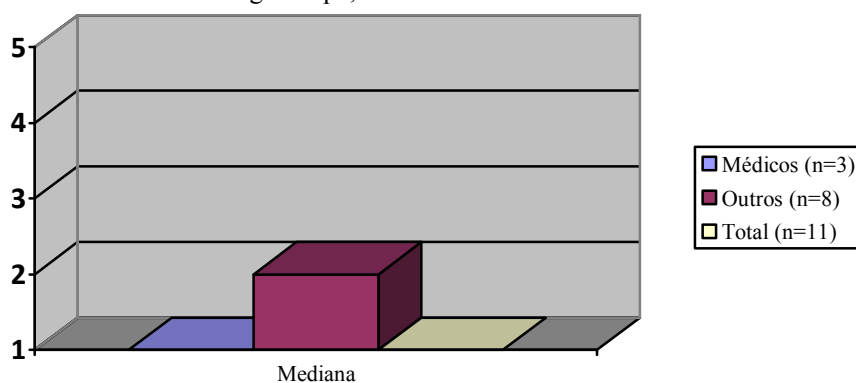


Gráfico 14 – Medianas das respostas da assertiva 14 no HMS.

Fonte: pesquisa de campo

O uso do BSC não fez com que os processos de trabalho no hospital se tornassem mais coerentes com a estratégia geral da organização

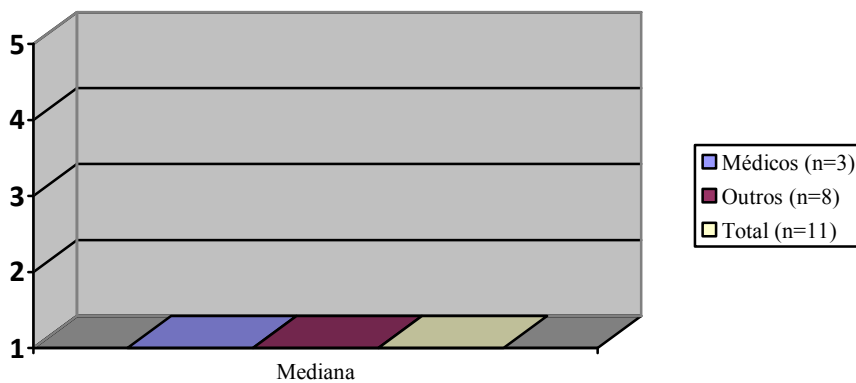


Gráfico 15 – Medianas das respostas da assertiva 15 no HMS.

Fonte: pesquisa de campo

A implantação do BSC não aumentou a prática da colaboração e cooperação entre os grupos profissionais internos (médicos, enfermeiros e administradores), diminuindo conflitos e facilitando a formação de equipes multidisciplinares

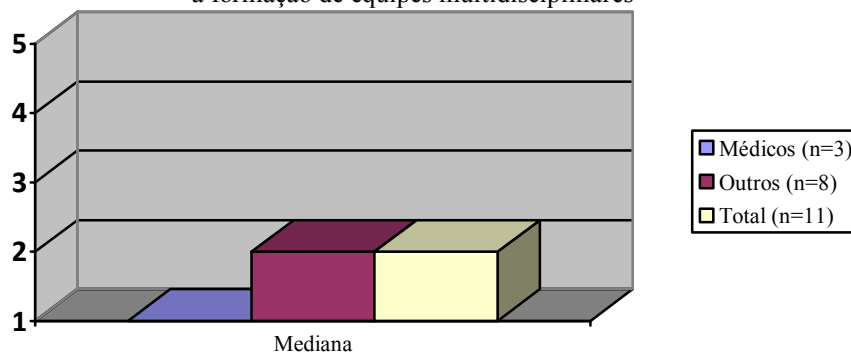


Gráfico 16 – Medianas das respostas da assertiva 16 no HMS.

Fonte: pesquisa de campo

O BSC não orienta as ações para um melhor foco nas necessidades dos pacientes

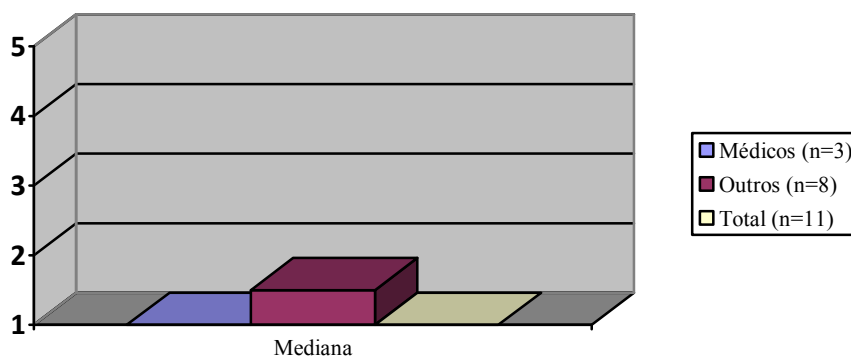


Gráfico 17 – Medianas das respostas da assertiva 17 no HMS.

Fonte: pesquisa de campo

A implantação do BSC reduziu o caráter pessoal e desimpedido do relacionamento médico-paciente

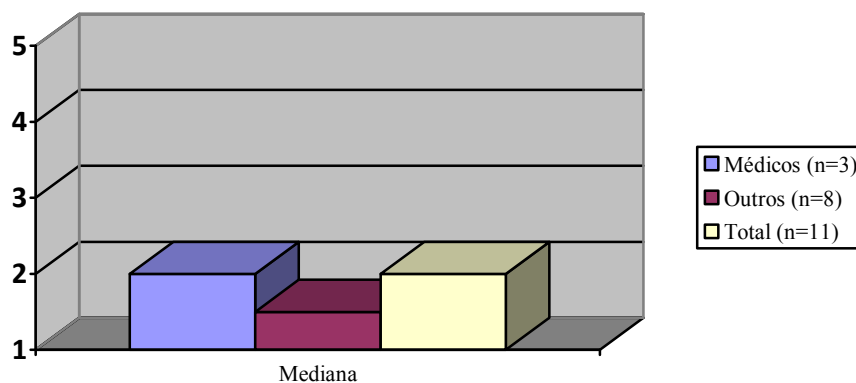


Gráfico 18 – Medianas das respostas da assertiva 18 no HMS.

Fonte: pesquisa de campo

A implantação do BSC não fomentou a mobilização, a inovação e a criatividade

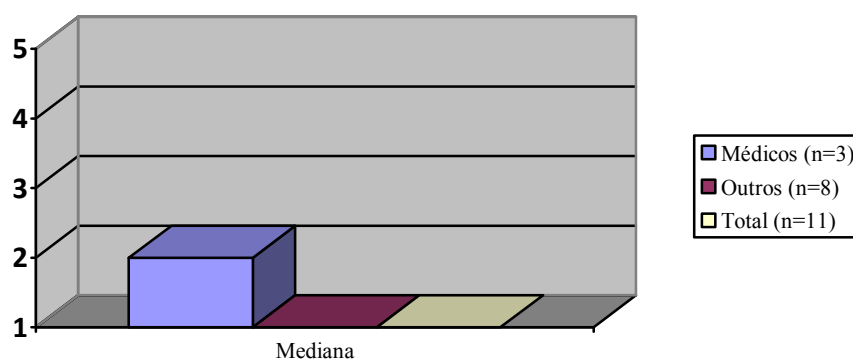


Gráfico 19 – Medianas das respostas da assertiva 19 no HMS.

Fonte: pesquisa de campo

A implantação do BSC reduziu o grau de autonomia (liberdade de tomada de decisões no processo de trabalho com base na competência técnica) dos profissionais

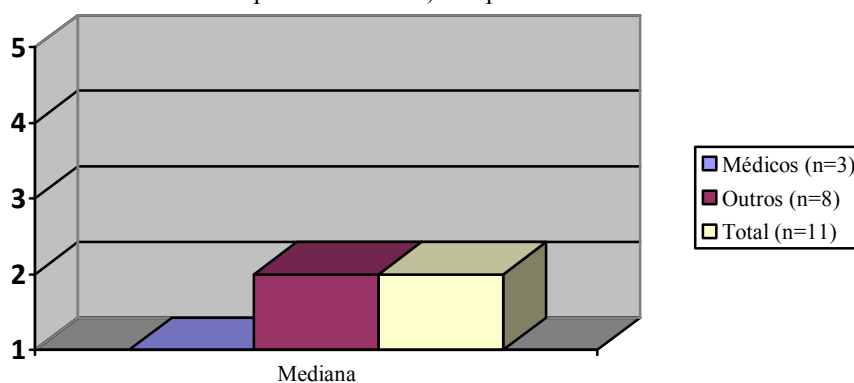


Gráfico 20 – Medianas das respostas da assertiva 20 no HMS.

Fonte: pesquisa de campo

A implantação do BSC não incrementou a motivação dos funcionários para o trabalho

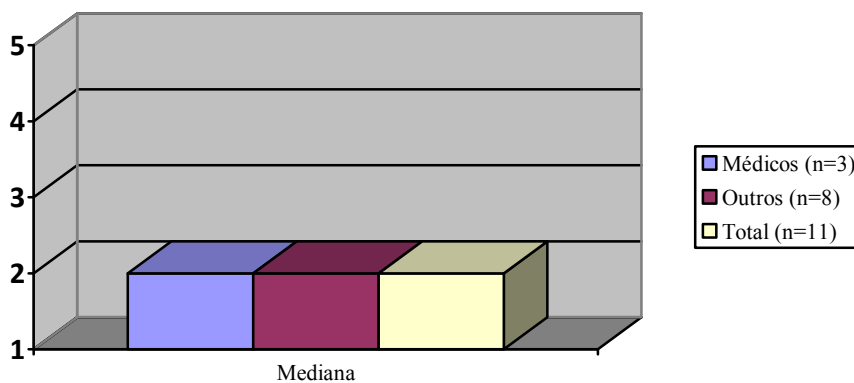


Gráfico 21 – Medianas das respostas da assertiva 21 no HMS.

Fonte: pesquisa de campo

O BSC não possui a flexibilidade necessária para contemplar alterações súbitas da estratégia

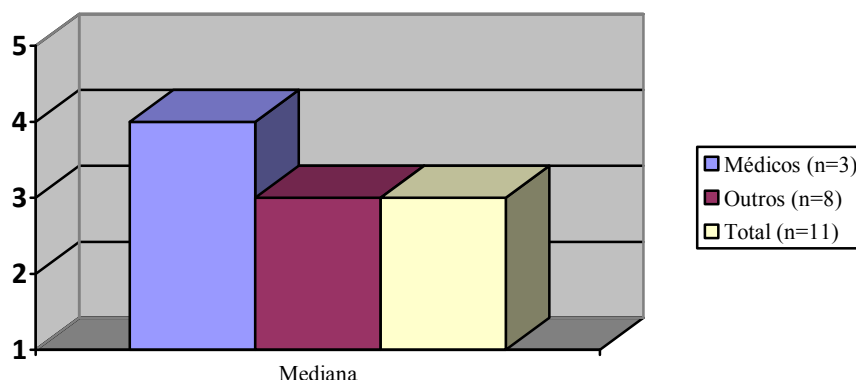


Gráfico 22 – Medianas das respostas da assertiva 22 no HMS.

Fonte: pesquisa de campo

O BSC não se aplica ao contexto hospitalar

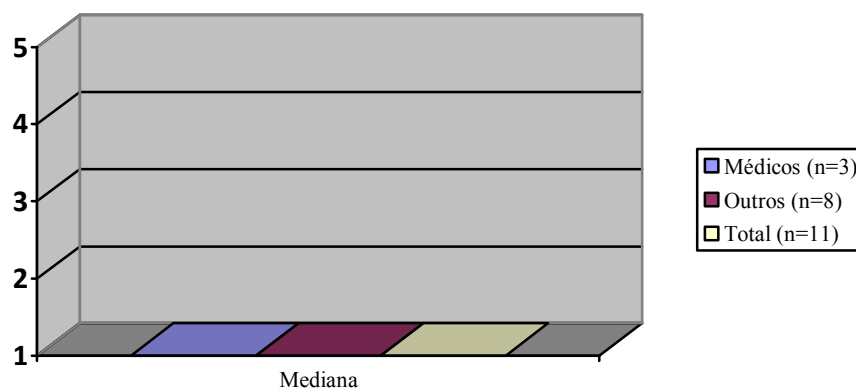


Gráfico 23 – Medianas das respostas da assertiva 23 no HMS.

Fonte: pesquisa de campo

Os gráficos acima (1 a 23) evidenciam que a maioria das críticas ao BSC e possíveis problemas a sua implantação apontados na literatura técnica, selecionados como variáveis desta pesquisa, não foram confirmados pelos respondentes do Hospital Monte Sinai. A título de avaliação geral, note-se, nas respostas à pergunta 23, que dez dos onze respondentes

concordaram que o BSC se aplica ao contexto hospitalar. Entretanto, houve concordância com algumas críticas. Segue-se a análise dos resultados.

A rigidez das quatro perspectivas, apontada por Voelpel *et al* (2006), não foi confirmada pelos respondentes. Durante a implantação do BSC, o Hospital havia erigido uma quinta perspectiva (Responsabilidade Social), que com o passar do tempo mostrou-se desnecessária, permitindo ser incluída na perspectiva “clientes”. As respostas corroboram a decisão da Diretoria.

Os respondentes tenderam a concordar com o choque cultural propiciado pela implantação do BSC, considerado positivo, embora tenha ficado claro durante as entrevistas que este impacto não afetou o corpo clínico, em função do regime aberto. Alguns entrevistados reforçaram que para que haja mudança cultural nos médicos (corpo clínico – que atuam no núcleo operacional), ela deve ser iniciada nas instituições acadêmicas. Quase unânime também foi a confirmação da capacidade de o BSC diferenciar a estratégia do hospital, bem como tornar os processos de trabalho mais coerentes com esta estratégia. Aqui, o problema apontado por Mintzberg (2001a, p.277), referente à formação da estratégia em hospitais (as estratégias são formadas fora da estrutura organizacional), foi superado pelo BSC. Estes resultados foram traduzidos pelos entrevistados através da ênfase no poder de o BSC conferir foco à organização e de singularizar sua estratégia.

Embora as respostas tenderam a não caracterizar o BSC como sendo uma ferramenta mecânica e de estrutura *top-down*, apontando, ainda, para uma maior participação dos funcionários, observou-se que houve uma ligeira diferença entre as respostas dos médicos e demais funcionários. Esta pequena diferença pode ser observada em uma entrevista, onde o funcionário relatou que “muitas iniciativas adotadas como desdobramento do BSC ficam paralisadas, dependendo de autorização de Diretores”. Entretanto, apesar desta crítica particular, a assertiva referente à imobilidade das relações de causa e efeito foi rechaçada pelos respondentes, demonstrando o dinamismo do BSC, talvez fruto das reuniões periódicas, conforme extraído das entrevistas.

De uma forma geral, os respondentes concordam que o BSC tenha proporcionado uma melhor avaliação da competência dos profissionais, ainda que os médicos e demais funcionários discordem em relação ao papel do BSC no sistema de bonificações. Os médicos (quase todos os diretores) tendem a defender uma ligação subjetiva entre as metas e o bônus, enquanto que os demais funcionários defendem uma relação objetiva. Este resultado sugere que o BSC pode ter um papel importante na redistribuição de poder, quando os funcionários passam a ser avaliados com base objetiva, retirando grande parte do poder da cúpula. Por

outro lado, sob a visão dos médicos, o BSC não é capaz de abarcar todas as informações necessárias a uma perfeita avaliação. Outro ponto observado foi o peso das medidas específicas de cada unidade que se mantêm fortes em relação às medidas comuns para efeito de avaliação de desempenho.

O BSC mostrou-se eficiente em relação às disfuncionalidades decorrentes da utilização de sistemas de controles que utilizam outro mecanismo de coordenação, que não a padronização de habilidade, para solução de problemas típicos da organização profissional – conforme exposto por Mintzberg (2003, p. 211). Os respondentes de uma forma geral concordaram que o BSC:

- forneceu maior foco nos pacientes;
- não reduziu o caráter pessoal e desimpedido do relacionamento médico-paciente;
- fomentou a mobilização, inovação e criatividade; e
- não reduziu o grau de autonomia dos profissionais; e ainda incrementou motivação para o trabalho.

Apenas uma crítica foi confirmada pelos funcionários do Monte Sinai, ainda que de forma mais contundente pelos médicos: a dificuldade no estabelecimento de metas. Remete-se aqui ao caráter discricionário e à complexidade da atividade-fim do hospital.

Entre os médicos, a crítica confirmada foi aquela referente à falta de flexibilidade do BSC para contemplar alterações súbitas na estratégia. Sendo o Monte Sinai um hospital que se propõe a altas ambições estratégicas (procurou-se, durante a aplicação dos questionários, diferenciar alterações estratégicas de mudança nos procedimentos médicos) e, sobretudo, inserido em um ambiente estratégico dinâmico, com constantes inserções de novas tecnologias e processos, é compreensível que os médicos (quase todos os diretores) exijam do BSC maior flexibilidade. Entretanto, o resultado sugere dificuldades do BSC para lidar com ambientes dinâmicos e instáveis.

Entre os demais funcionários, quatro críticas e problemas foram confirmados. A maioria não concorda que o BSC tenha sido fruto de um modelo consensual, contrastando com as respostas concordantes dos médicos. Este resultado desvela o BSC como fruto de grupo específico que alia as características profissionais ao poder da cúpula estratégica. Outra crítica confirmada pelo grupo, que corrobora a análise, é aquela referente ao peso da perspectiva financeira. Claramente, delineia-se o quadro da diretoria que impõe controles de custo, que são encarados como restrições pelos subordinados.

Houve alguns respondentes não-médicos que confirmaram as críticas referentes ao fato de BSC deixar de lado algumas variáveis importantes ao modelo. Talvez se possa

relacionar esta crítica, com aquela referente à falta de participação, e especialmente, àquela referente ao modelo consensual. É bem provável que as “variáveis fora do modelo” seja aquelas vislumbradas pelo funcionário que se sente excluído do processo do BSC.

Por fim, a assertiva referente ao aumento da colaboração e cooperação (diminuindo conflitos e fomentando equipes multidisciplinares) teve alta concordância, confirmando o sucesso do BSC em permitir que áreas que antes “não se falavam” passassem a trabalhar conjuntamente, resolvendo um dos principais problemas da organização hospitalar: a alta diferenciação conjugada a falta de integração (GLOUBERMAN e MINTZBERG, 2001a).

5.2 O INSTITUTO NACIONAL DE CARDIOLOGIA (INC)

5.2.1 Resultados

O questionário (anexo C) foi aplicado, de forma não probabilística, a 31 funcionários. Neste questionário, foi reincluída uma assertiva referente à dificuldade de gerenciamento de um grande número de indicadores. Também foram utilizados outros critérios para caracterização dos respondentes, em virtude de amostra disponível conter extratos dos diversos grupos e setores do hospital, diferentemente do que ocorrera no HMS, onde todos os respondentes eram diretores ou gerentes. Durante sua aplicação, procurou-se atingir os diversos setores do hospital, bem como as diversas categorias profissionais.

As respostas ao questionário foram tabuladas para análise (anexos F a K) e apresentam-se graficamente dispostas nos gráficos a seguir:

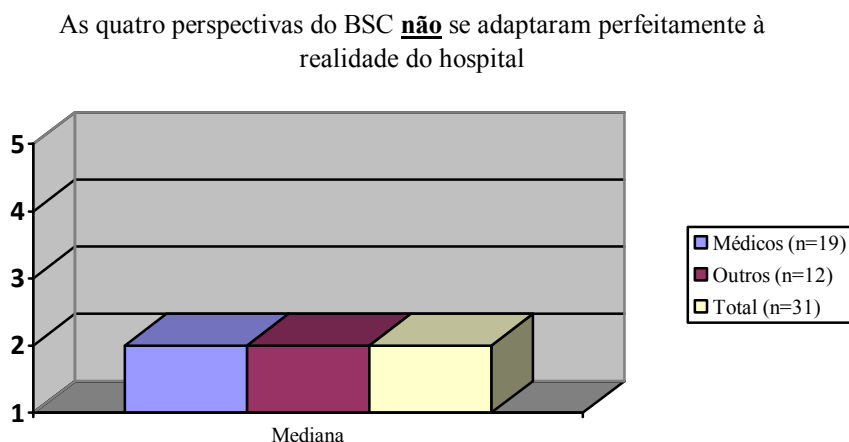


Gráfico 24 – Medianas das respostas da assertiva 1 no INC.

Fonte: pesquisa de campo

A implantação do BSC gerou choque cultural no hospital

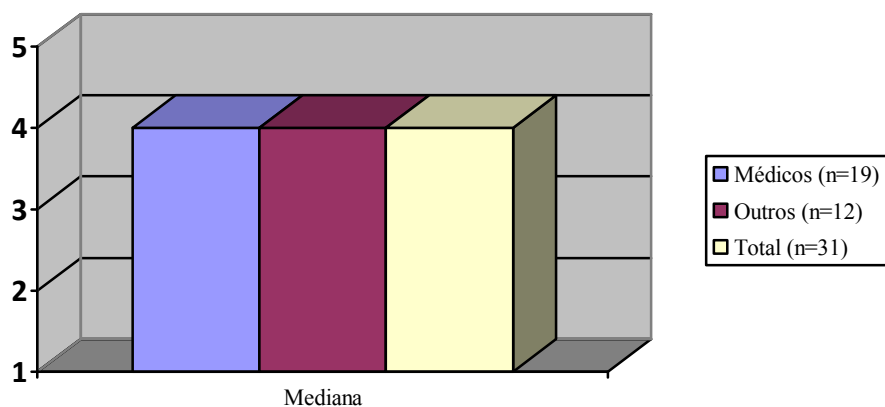


Gráfico 25 – Medianas das respostas da assertiva 2 no INC.

Fonte: pesquisa de campo

A definição do BSC não contou com a participação dos grupos profissionais do hospital (especialmente, de médicos, enfermeiros e administradores)

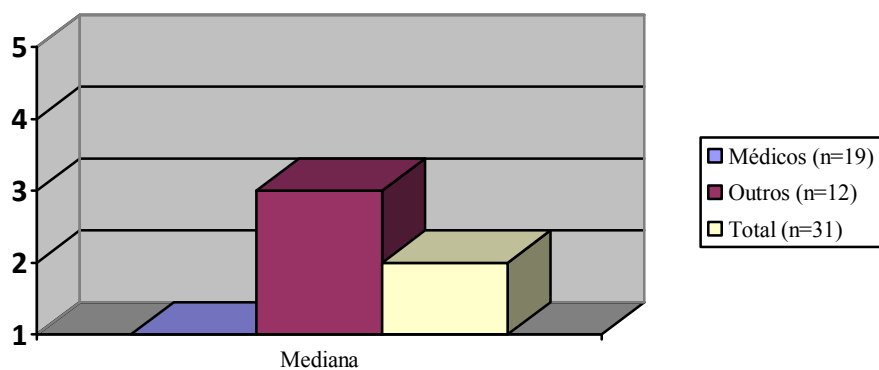


Gráfico 26 – Medianas das respostas da assertiva 3 no INC.

Fonte: pesquisa de campo

O BSC não é resultado de um modelo consensual entre os grupos profissionais do hospital (especialmente, de médicos, enfermeiros e administradores)

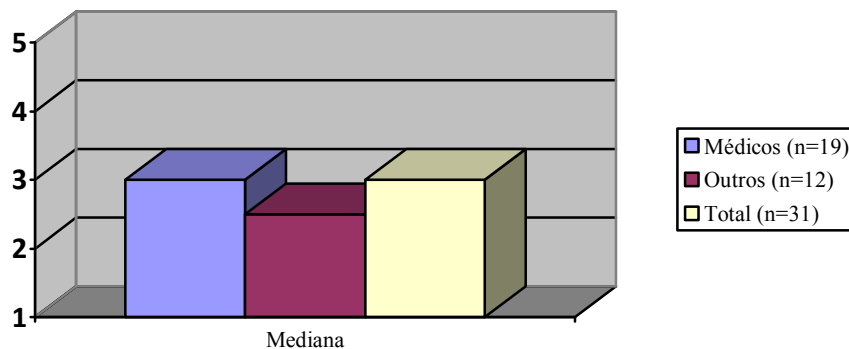


Gráfico 27 – Medianas das respostas da assertiva 4 no INC.

Fonte: pesquisa de campo

O BSC não foi capaz de diferenciar a estratégia do hospital, reforçando sua singularidade perante as demais organizações hospitalares

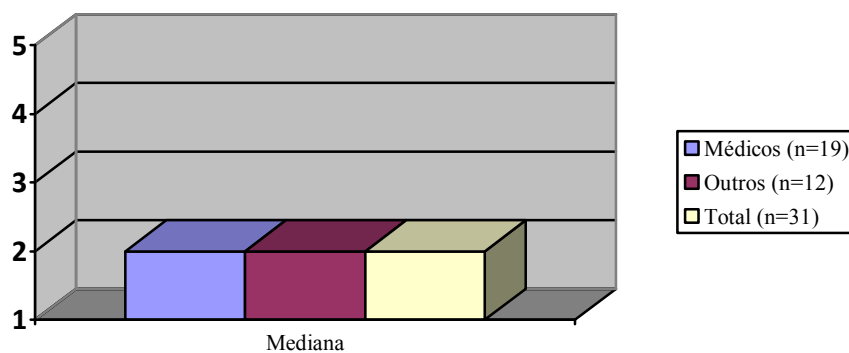


Gráfico 28 – Medianas das respostas da assertiva 5 no INC.

Fonte: pesquisa de campo

Na avaliação de desempenho, os gerentes (chefes ou supervisores) prestam relativamente pouca atenção às medidas específicas de cada unidade, detendo-se mais nas medidas comuns do hospital

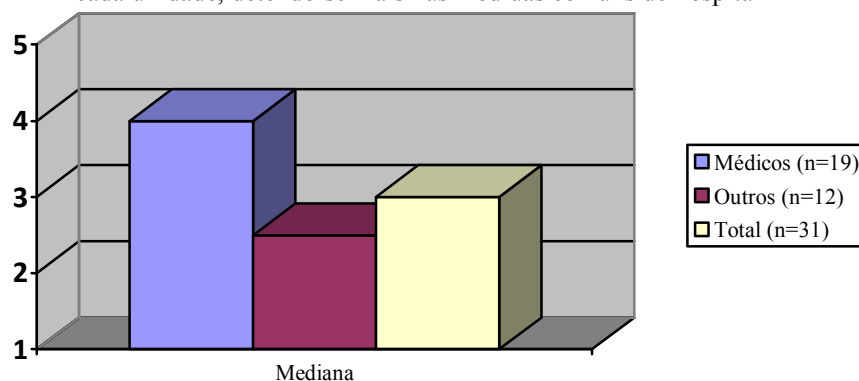


Gráfico 29 – Medianas das respostas da assertiva 6 no INC.

Fonte: pesquisa de campo

As relações de causa e efeito entre as medidas ao longo das perspectivas do BSC tendem a simplificar a realidade hospitalar: são lineares, unidirecionais e demoram a serem revistas

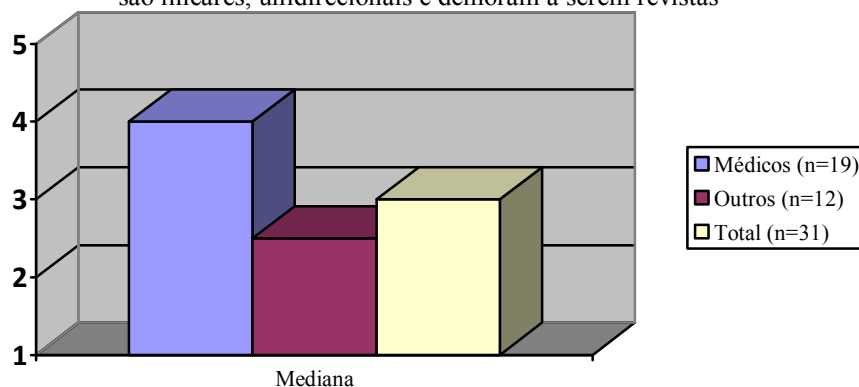


Gráfico 30 – Medianas das respostas da assertiva 7 no INC.

Fonte: pesquisa de campo

Houve dificuldades no estabelecimento de metas apropriadas

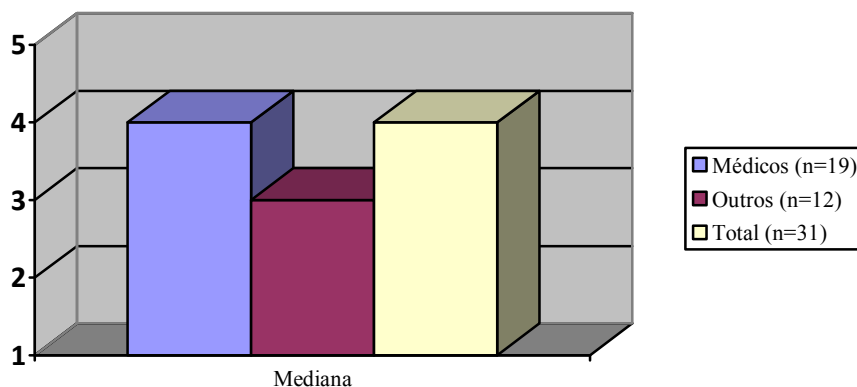


Gráfico 31 – Medianas das respostas da assertiva 8 no INC.

Fonte: pesquisa de campo

Mesmo com o BSC, o processo de estabelecimento de metas ainda obedece a um processo orçamentário tradicional, com peso no controle de custos

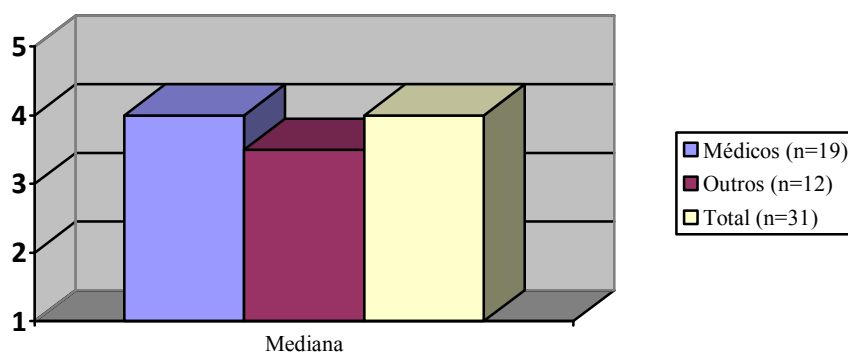


Gráfico 32 – Medianas das respostas da assertiva 9 no INC.

Fonte: pesquisa de campo

O BSc usa um número excessivo de medidas de desempenho que supera a capacidade de gestão dos gerentes

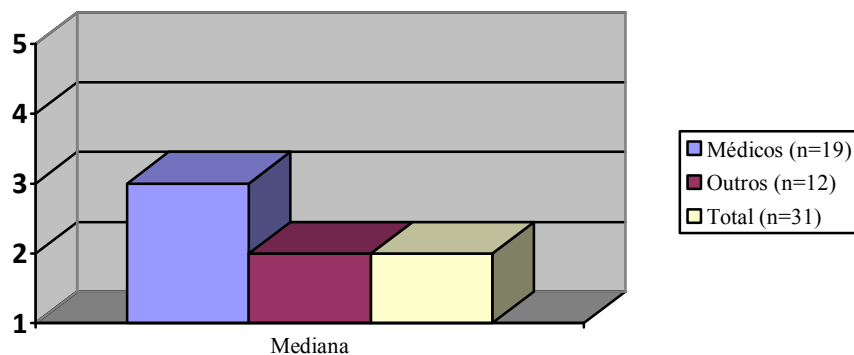


Gráfico 33 – Medianas das respostas da assertiva 10 no INC.

Fonte: pesquisa de campo

A ligação entre as metas do BSC e os planos de remuneração variável (por desempenho) deve ser feita de maneira subjetiva, servindo apenas de referência no processo de tomada de decisão dos gerentes

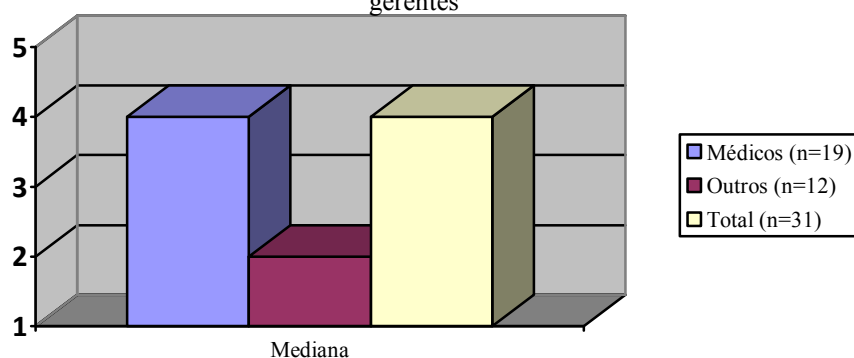


Gráfico 34 – Medianas das respostas da assertiva 11 no INC.

Fonte: pesquisa de campo

O BSC não proporcionou uma melhor avaliação da competência dos profissionais

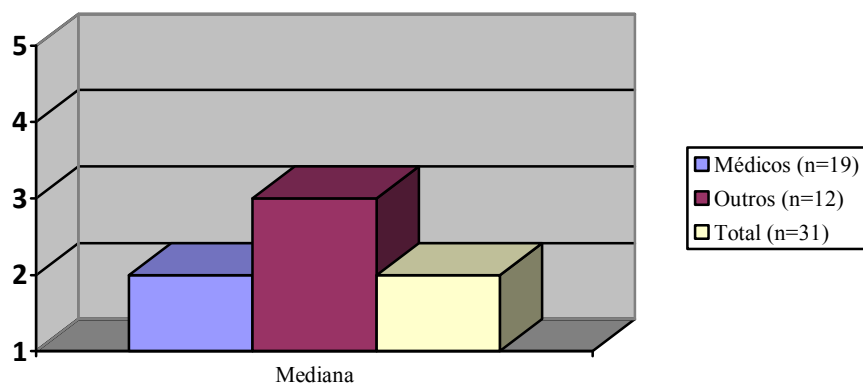


Gráfico 35 – Medianas das respostas da assertiva 12 no INC.

Fonte: pesquisa de campo

O BSC pode deixar de lado algumas variáveis relevantes, desestimulando a observação de outras variáveis importantes fora do modelo

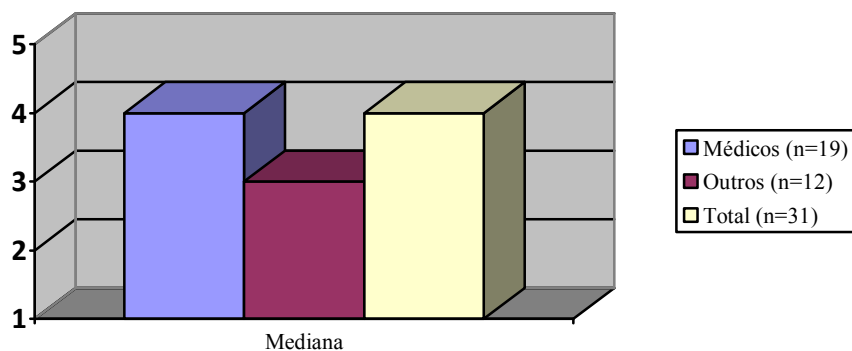


Gráfico 36 – Medianas das respostas da assertiva 13 no INC.

Fonte: pesquisa de campo

O BSC é mecânico e apresenta estrutura hierárquica top-down sendo difícil compatibilizá-lo com uma maior participação dos funcionários

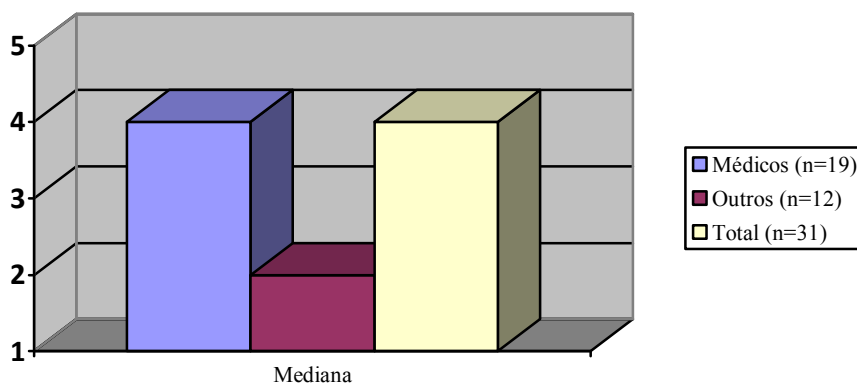


Gráfico 37 – Medianas das respostas da assertiva 14 no INC.

Fonte: pesquisa de campo

As medidas e as relações de causa e efeito entre as medidas ao longo das perspectivas do BSC permanecem inalteradas durante longo tempo, limitando sua validade.

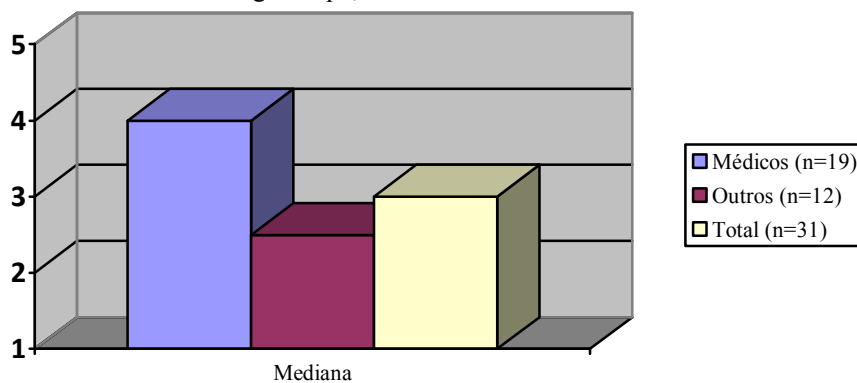


Gráfico 38 – Medianas das respostas da assertiva 15 no INC.

Fonte: pesquisa de campo

O uso do BSC não fez com que os processos de trabalho no hospital se tornassem mais coerentes com a estratégia geral da organização

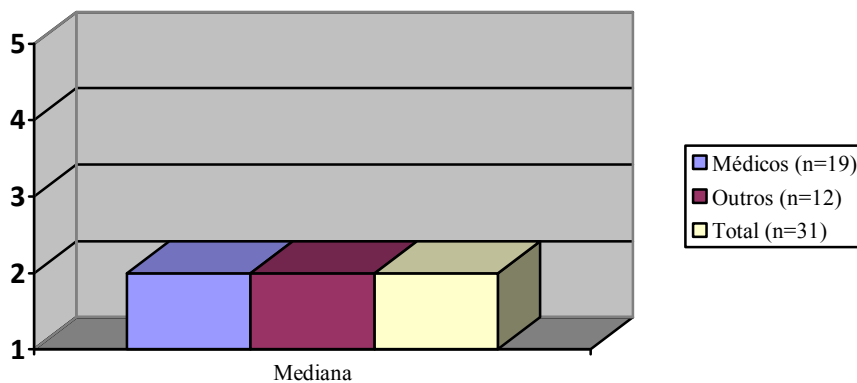


Gráfico 39 – Medianas das respostas da assertiva 16 no INC.

Fonte: pesquisa de campo

A implantação do BSC não aumentou a prática da colaboração e cooperação entre os grupos profissionais internos (médicos, enfermeiros e administradores), diminuindo conflitos e facilitando a formação de equipes multidisciplinares

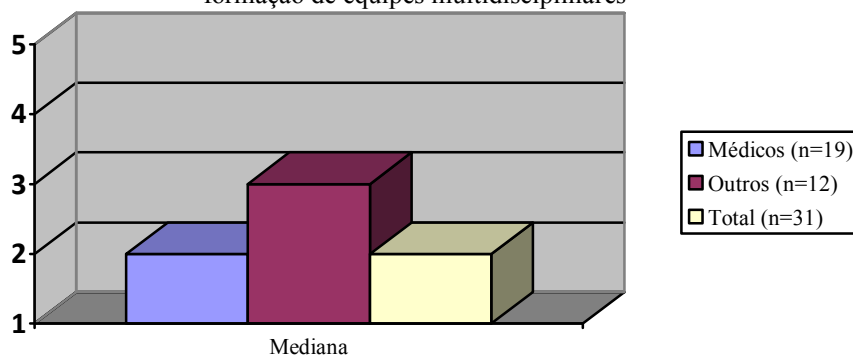


Gráfico 40 – Medianas das respostas da assertiva 17 no INC.

Fonte: pesquisa de campo

O BSC não orienta as ações para um melhor foco nas necessidades dos pacientes

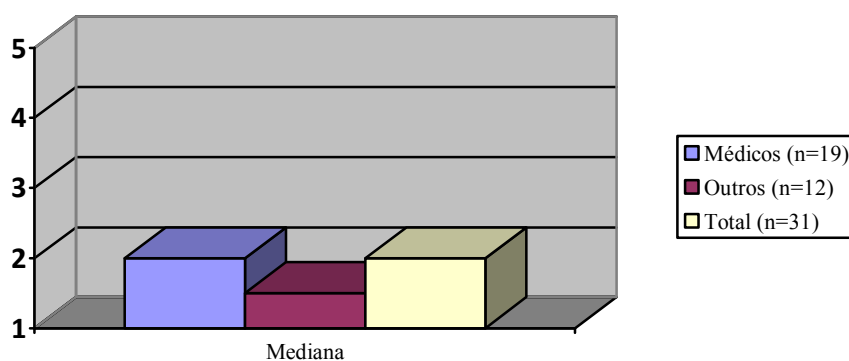


Gráfico 41 – Medianas das respostas da assertiva 18 no INC.

Fonte: pesquisa de campo

A implantação do BSC reduziu o caráter pessoal e desimpedido do relacionamento médico-paciente

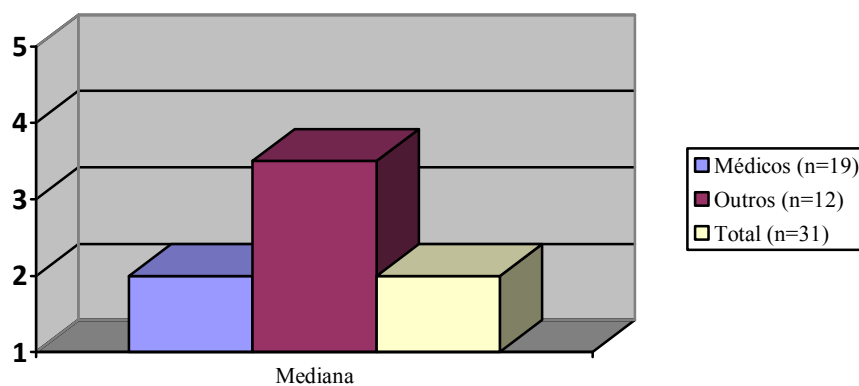


Gráfico 42 – Medianas das respostas da assertiva 19 no INC.

Fonte: pesquisa de campo

A implantação do BSC não fomentou a mobilização, a inovação e a criatividade

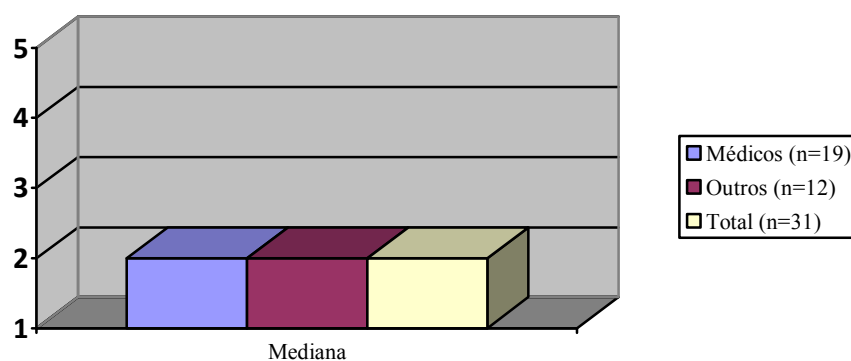


Gráfico 43 – Medianas das respostas da assertiva 20 no INC.

Fonte: pesquisa de campo

A implantação do BSC reduziu o grau de autonomia (liberdade de tomada de decisões no processo de trabalho com base na competência técnica) dos profissionais

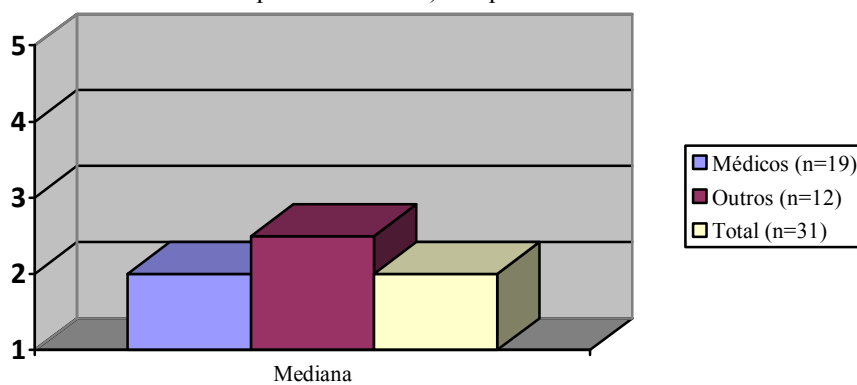


Gráfico 44 – Medianas das respostas da assertiva 21 no INC.

Fonte: pesquisa de campo

A implantação do BSC não incrementou a motivação dos funcionários para o trabalho

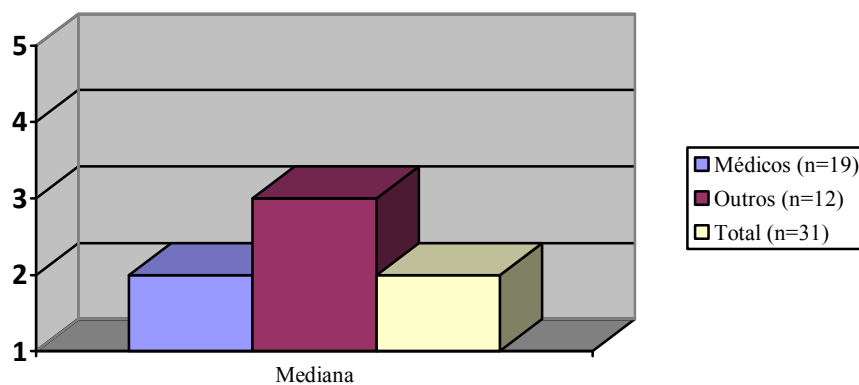


Gráfico 45 – Medianas das respostas da assertiva 22 no INC.

Fonte: pesquisa de campo

O BSC não possui a flexibilidade necessária para contemplar alterações súbitas da estratégia

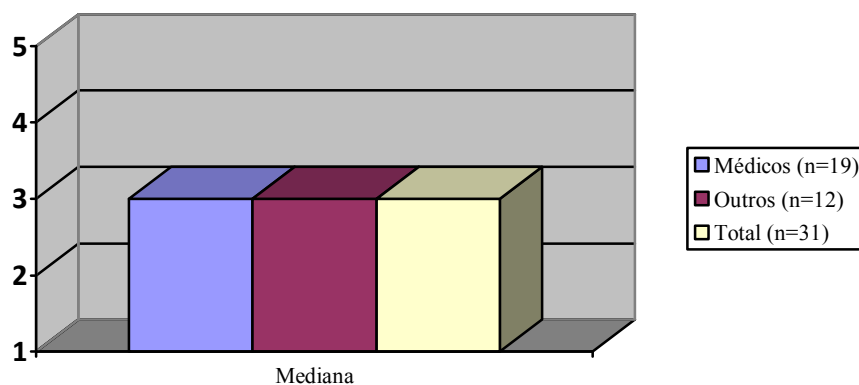


Gráfico 46 – Medianas das respostas da assertiva 23 no INC.

Fonte: pesquisa de campo

O BSC não se aplica ao contexto hospitalar

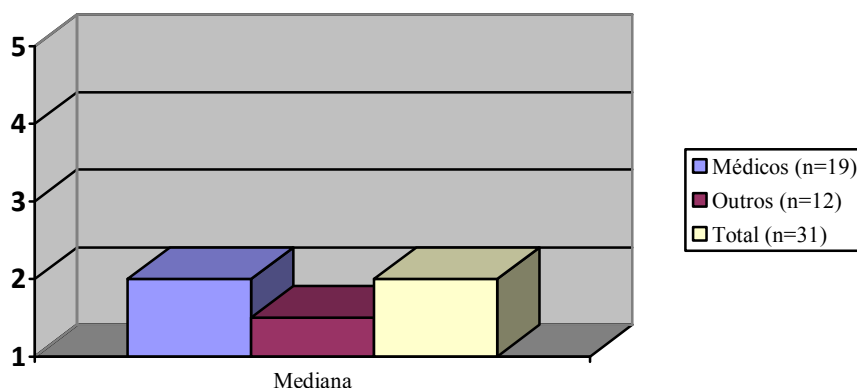


Gráfico 47 – Medianas das respostas da assertiva 24 no INC.

Fonte: pesquisa de campo

5.2.2 Análise

Pode-se verificar que, de forma geral, os respondentes concordam com a aplicabilidade do BSC em hospitais (assertiva 24), embora algumas críticas ou problemas, destacados nas assertivas propostas, tenham sido percebidos pelos funcionários participantes da pesquisa.

Houve um alto índice de concordância em relação à ocorrência de dificuldades no estabelecimento de metas apropriadas, principalmente entre os médicos, visto que nos demais profissionais as respostas se mostraram mais equilibradas. Este quadro sugere a confirmação do ambiente conflituoso entre os profissionais (médicos) de um hospital, citada por Glouberman e Mintzberg (2001b), permitindo considerar que o BSC não desconsiderou a dimensão política do INC, ainda que tenha ficado restrita ao “clã” médico. Mas o resultado remete principalmente à dificuldade de definição de metas de desempenho ou resultados derivada da complexidade da atividade médica. Esta dificuldade já havia sido mencionada na caracterização da organização profissional, especialmente no tocante ao caráter discricionário da profissão.

As respostas também apontam para a confirmação da crítica referente ao peso da perspectiva financeira, no caso da instituição pública em lide, entendida como controle de custos e vinculação ao processo orçamentário. Deixando de lado as questões referentes às peculiaridades da gestão pública, este índice de concordância é alavancado pelos médicos, não se repetindo nas demais categorias profissionais. Características de uma burocracia profissional, onde os profissionais tendem a se focar nas suas atividades específicas, desprezando as questões gerenciais. Comparando este resultado com os resultados das assertivas referentes ao foco nos pacientes e à própria impressão geral a cerca da melhoria advinda da utilização do BSC, pode-se considerar que o BSC vem conseguindo impor aos médicos a preocupação com os custos, sem constituir uma barreira nas relações entre diretoria (cúpula estratégica) e médicos (núcleo operacional). Importante ressaltar a diferenciação das respostas em relação ao setor. A Coordenação de Ensino e Pesquisa tendeu a discordar da assertiva, resultado que se relaciona com a maior ênfase conferida pelo hospital à pesquisa, com conseqüente aporte de recursos. A Coordenação Hospitalar e a Coordenação de Administração tenderam a concordar, permitindo-se, para este resultado, utilizar as análises efetuadas para as respostas dos médicos. Em relação à neutralidade da Coordenação de Planejamento (a tecnoestrutura do INC), pode-se associá-la à sua efetiva intenção de busca do equilíbrio na relação entre indicadores financeiros e não-financeiros.

O caráter estático das relações de causa e efeito não foi confirmado de forma geral, entretanto alguns resultados tenham sido evidenciados quando os respondentes foram separados pelos critérios utilizados. Conforme já explorado na revisão de literatura, os profissionais de saúde - especialmente aqueles concentrados nas funções operacionais e de gerência da Coordenação Hospitalar - tenderam a concordar com a assertiva, confirmando a complexidade da atividade de saúde e sua dificuldade em ser enquadrada em posturas mais racionalistas, baseadas em relações de causalidade. Entretanto, apesar deste parecer, considera-se que esta dificuldade poderia ser superada com a apreensão pelo INC de um dos cinco princípios da organização focada na estratégia, erigidos pelos criadores do BSC: converter a estratégia em processo contínuo (KAPLAN E NORTON, 2000, p. 24). Desta forma, conectando-se a estratégia ao processo orçamentário, implantando reuniões gerenciais simples para avaliação da estratégia e estabelecendo-se um processo de aprendizado e adaptação da estratégia, o BSC do INC poderia ganhar um maior dinamismo, possibilitando um adequado gerenciamento estratégico, mesmo para a complexa área da saúde. O BSC também proporcionou a diferenciação da estratégia do hospital, sugerindo que tenha sido

contornado o problema apontado por Mintzberg (2001a, p.277), referente à formação da estratégia em hospitais (as estratégias são formadas fora da estrutura organizacional).

As críticas referentes à linearidade das relações de causa e efeito, simplificando, desta forma, a realidade (OTLEY *apud* PESSANHA, 2004), obtiveram respostas que divergiram entre categorias profissionais, os setores e as funções. Os médicos e os funcionários do núcleo operacional concordaram com a assertiva, o que corrobora com as críticas de Bessire e Baker (2005), Wehmeier (2006) e Edenius e Hasselbladh (2002), referentes ao mito da racionalidade encerrado pelo BSC. Pode-se explicar essa percepção dos médicos invocando o arcabouço teórico de Mintzberg (2003), no qual é explicitado a complexidade da atividade profissional como um dificultador da utilização de controles tecnocráticos. Interessante notar que a única coordenação que concordou com a assertiva foi a de Planejamento; justamente a tecnoestrutura do hospital, núcleo do delineamento e implantação do BSC. Faz-se notar que aqueles que arquitetaram o BSC do INC puderam perceber com mais clareza a dificuldade de contemplar a realidade hospitalar em cadeias de relacionamentos causais.

Outro resultado que sugere confirmação das críticas foi aquele referente à assertiva que trata de variáveis importantes excluídas do BSC: o chamado holismo seletivo, onde as quatro perspectivas teriam a pretensão de abarcar toda a realidade (EDENIUS e HASSELBLADH, 2002). Ressalta-se que as percepções favoráveis à crítica foram concentradas nos profissionais de saúde. Pode-se justificar este quadro, evocando, mais uma vez, as complexidades da atividade profissional. Observou-se também um índice de concordância na Coordenação de Ensino e Pesquisa, o que claramente se relaciona com a postura mais propícia a uma percepção menos rígida, típica dos setores de pesquisa. A falta de flexibilidade do BSC foi confirmada especialmente pelos profissionais de saúde que atuam em funções operacionais e de gerência, corroborando as críticas efetuadas por Tennant e Tanoren *apud* Johanson *et al* (2006).

Situação interessante pode ser verificada na assertiva referente à caracterização do BSC como sendo uma ferramenta *top-down*, que inibe a participação. O que já havia sido constatado pelas entrevistas (o fato de o BSC ter sido implantado e utilizado sob um formato *top-down*, com a tecnoestrutura - a coordenação de planejamento - tendo sido a condutora do processo) foi confirmado pelos médicos, entretanto não o fora pelos demais grupos. Verificou-se confirmação também na Coordenação de Administração e Hospitalar, bem como nos funcionários que exercem função de gerência. Como esta crítica não foi confirmada nos setores e categorias “não-profissionais”, no sentido utilizado por Mintzberg (2003), pode-se relacionar este resultado ao fato de o BSC ter conseguido “democratizar” a estrutura

hospitalar, conferindo aos funcionários e setores não-profissionais maior poder na política interna da organização.

As assertivas referentes à colaboração, cooperação e diminuição de conflitos na definição corroboram para essa última análise, ainda que se tenha obtido resultado mais satisfatório naqueles funcionários que já possuíam experiência em gestão, talvez pela maior “sensibilidade” administrativa. A questão sobre participação na definição do BSC apesar de, no geral, ter obtido resultado positivo, os médicos e diretores tenderam a concordar plenamente, enquanto que o resultado diminuía em razão direta ao nível hierárquico. Os resultados sugerem que ainda se pode observar certa distância de poder entre o clã médico e os demais grupos da estrutura organizacional do Instituto.

Durante as entrevistas, foi sempre ressaltada a cultura diferenciada do INC, com muitos funcionários, inclusive, relacionando a excelência do Instituto à cultura organizacional e não à implantação do BSC. Entretanto, o resultado da aplicação dos questionários mostrou que os respondentes concordaram que o BSC representou choque cultural no hospital. Ainda que impulsionado pela política de recompensas, foi relatado que a principal influência no hospital pode ser sentida na questão do trabalho por desempenho, antes não tão claro na organização, especialmente por ser pública (onde salários e benefícios não são diretamente relacionados com a *performance*). Interessante notar os índices de discordância encontrados nos administradores e na Coordenação de Administração, que podem ser relacionados às suas características burocráticas, onde os procedimentos formais de controle já se encontram interiorizados. Este quadro confirma a visão de Mintzberg (2003), que expõe o hospital como sendo um núcleo operacional composto por profissionais ao qual funciona, paralelamente, uma burocracia mecanizada para fins de apoio. Outro ponto forte observado nas respostas foi o foco que o BSC conferiu ao trabalho dos funcionários do INC, tornando seus processos mais coerentes com a estratégia. O BSC do INC apropria-se das palavras alinhamento e foco, na linha descrita por Kaplan e Norton (2000, p. 18). Nesta assertiva, verificou-se discordância apenas entre os administradores, sugerindo que o BSC resolveu com sucesso a dificuldade de os profissionais de saúde se submeterem à estratégia do hospital.

Os problemas decorrentes da implantação de sistemas de controle por desempenho e resultados em organizações profissionais não foram confirmados, de uma forma geral, pelos respondentes, como pode ser observado nas respostas às assertivas referentes ao relacionamento médico-paciente; foco nos pacientes; inovação, mobilização e criatividade; autonomia profissional e motivação. Entretanto, foram observadas algumas percepções diferenciadas entre os respondentes, quando separados pelos critérios utilizados. Os

enfermeiros tendem a concordar com a assertiva referente à diminuição do caráter pessoal e desimpedido relacionamento médico-paciente, o que permite apontar uma maior rigidez dos indicadores relacionados com a referida categoria profissional, o que não se observou em relação aos médicos, que efetivamente não foram afetados com relação à autonomia. Os administradores não perceberam incremento da mobilização, criatividade, inovação e da motivação decorrente da utilização do BSC. Mais uma vez, a análise recorre à característica desta categoria, já inserida no contexto burocrático dos controles formais. Em relação à motivação, aqueles que não possuíam experiência em gestão não perceberam aumento da motivação, o que se pode relacionar à falta de “sensibilidade” administrativa, a qual os impediu de captar as possibilidades e benefícios de melhoria do gerenciamento estratégico advindos do BSC.

A assertiva que causou opiniões mais diversas foi aquela referente ao plano de remuneração. Apontado como o principal fator impulsionador do BSC no INC, paradoxalmente, também foi o fruto de conflitos e desmotivação. Os critérios de rateio da bonificação eram diferentes conforme o setor - estabelecidos pelos chefes de setores. Alguns dividiam igualmente, outros premiavam o melhor desempenho. Percebeu-se que os médicos e aqueles com experiência em gestão apresentaram um maior nível de concordância em relação à subjetividade da referida ligação. Este resultado corrobora para a confirmação da complexidade e do caráter discricionário da atividade médica, bem como de sua preocupação com a manutenção da autonomia, visto que um plano de remuneração atrelado objetivamente às metas do BSC retiraria grande parte da “margem de manobra” dos profissionais, bem como conferiria ao hospital maior distribuição de poder. Deve-se ressaltar que estes são problemas pertinentes aos sistemas de bonificação de forma geral e não problemas específicos do BSC. O fato mais relevante para o cumprimento dos objetivos desta dissertação é o sistema de bonificação ter sido um fator impulsionador e facilitador da implantação do BSC.

Sobre a possível melhoria da avaliação dos profissionais – tida como um problema nas organizações profissionais, face à dificuldade em se lidar com profissionais incompetentes e inescrupulosos – foram percebidas opiniões diversas, embora a tendência geral tenha sido positiva. Os enfermeiros discordam da assertiva, corroborando com as dificuldades apontadas pela literatura especializada (Mintzberg, 2003), apesar de os médicos terem concordado. Entre as Coordenações, apenas a de Planejamento (a tecnoestrutura do INC) concordou, resultado que sugere um BSC criado, pelo menos em parte, para efetuar um maior controle dos profissionais, através de avaliações mais objetivas.

A assertiva referente à adequação das quatro perspectivas obteve concordância entre os respondentes, bem como confirmou sua capacidade de refletir adequadamente, através das quatro perspectivas, a heterogeneidade do processo de gerenciamento hospitalar, conforme exposta por Glouberman e Mintzberg (2001a). Em relação ao BSC como resultado de um consenso, os diretores discordam, enquanto que os que exercem funções de gerência e operacionais tendem a concordar. Este quadro reflete o avanço que o BSC proporcionou ao permitir uma maior participação dos funcionários no seu delineamento, ainda que, conforme percebido nas respostas dos diretores, não se tenha chegado a um perfeito consenso, com grande parte do delineamento tendo sido efetuado pela Diretoria.

A assertiva referente à proeminência das medidas gerais nos *scorecards*, apontada por Lipe e Salterio *apud* Pessanha e Prochnik (2004), obteve um resultado geral neutro. Entretanto, foram obtidos índices de concordância entre aqueles que possuíam curso ou experiência na área de gestão, atestando a percepção destes funcionários em relação à importância das medidas específicas de cada unidade, essenciais para um perfeito gerenciamento estratégico do INC. Os médicos também concordaram com esta assertiva, impulsionados pelas peculiaridades de cada especialidade do hospital que, conforme já exposto na sua caracterização, foi dividido em Centros de Responsabilidade, justamente para facilitar a captação da estratégia de cada unidade.

A assertiva reincluída no questionário aplicado ao INC, referente ao número de medidas, não obteve concordância dos respondentes.

5.3 ANÁLISE COMPARATIVA

Neste capítulo será efetuada uma análise comparativa dos dois hospitais deste estudo de caso (INC e HMS) com o propósito de verificar possíveis percepções congruentes para além das diferenças estruturais observadas entre as duas organizações hospitalares.

A partir dos dados apresentados na Tabela 14, pode-se perceber a tendência do INC à aproximar-se da configuração profissional, em quanto que o HMS tende a ser uma forma divisionalizada, onde a parte chave da organização é a linha intermediária (chefes das clínicas, em sua maioria terceirizadas, mas fazendo parte de um grande conglomerado) e o principal mecanismo de coordenação é a padronização de resultados, embora haja forte padronização de processos de trabalho, levando-o à configuração mecanizada. Diante desse contraste de estruturas, pretende-se analisar comparativamente os resultados alcançados.

Tabela 14 – Tabela comparativa - Hospital Monte Sinai e o Instituto Nacional de Cardiologia

Parâmetro	HMS	INC
Regime jurídico	Privado	Público
Corpo clínico	775 em regime aberto	332 em regime fechado
Nº Funcionários	461 (53% - corpo assistencial, 32% - áreas de apoio, 15% - áreas administrativas)	1144
Nº de leitos	146	172
É referência	Sim	Sim
Acreditação	Acreditado com excelência (nível 3)	Não possui
Tempo de BSC	05 anos	04 anos
Missão	Proporcionar aos seus clientes atendimento de qualidade, por meio de tecnologia moderna e de profissionais altamente qualificados, comprometidos sempre com a prestação, humanização e ética.	Oferecer as melhores soluções em saúde cardiovascular
Visão	Ser reconhecido nacionalmente pela excelência na gestão de serviços de saúde	Ser um centro de excelência e vanguarda, com reconhecimento da sociedade
Valores	<ul style="list-style-type: none"> • Qualidade • Ética • Tecnologia • Respeito 	<ul style="list-style-type: none"> • Profissionalismo • Responsabilidade • Progresso
Objetivos	<ul style="list-style-type: none"> • prestar assistência médico-hospitalar de qualidade, atendendo as necessidades e expectativas de seus clientes • agir de forma ética, respeitando o meio-ambiente e os valores da organização, dos indivíduos e da sociedade • investir continuamente em tecnologia e em capacitação de seu corpo clínico • desenvolver ações continuadas de melhoria organizacional, promovendo o comprometimento, a satisfação e a valorização de todos os funcionários • desenvolver e manter parcerias com convênios, prestadores de serviços e fornecedores, baseados na confiança mútua, em ganhos compartilhados e visão de longo prazo. • desenvolver e estimular ações no campo social, procurando atender deficiências da comunidade local. • aperfeiçoar a geração de recursos financeiros, compatíveis com os objetivos de desenvolvimento da instituição e de remuneração do capital investido 	<ul style="list-style-type: none"> • oferecer procedimentos de alta complexidade na área das doenças cardiovasculares, com equidade no acesso, resolutividade e com garantia de qualidade por meio de uma prática humanizada • gerar e disseminar conhecimento na área das doenças cardiovasculares através de pesquisas, treinamento e formação de recursos humanos para o SUS.
Configuração sugerida	Burocracia mecanizada, tendendo à forma divisionalizada	Burocracia profissional, tendendo à adhocracia

Fonte: Pesquisa de campo.

Os gráficos de a detalhamento nos (anexos L e M) expõem a comparação entre os resultados e medianas do HMS e do INC, demonstrando o alinhamento das respostas de ambas as organizações com exceção de algumas assertivas que merecem alguns comentários. Em relação aos planos de remuneração, os respondentes do INC tendem a concordar com a subjetividade do plano de remuneração, enquanto os do HMS defendem a ligação objetiva. Isto permite se reconhecer uma das mais relevantes características profissionais - o caráter discricionário da atividade – na organização que mais se aproxima da configuração profissional: o INC. Os respondentes do INC também concordaram com as críticas referentes ao holismo seletivo (desprezo de variáveis importantes) e à caracterização do BSC como sendo mecânico e *top-down*.

As quatro perspectivas do BSC **não** se adaptaram perfeitamente à realidade do hospital

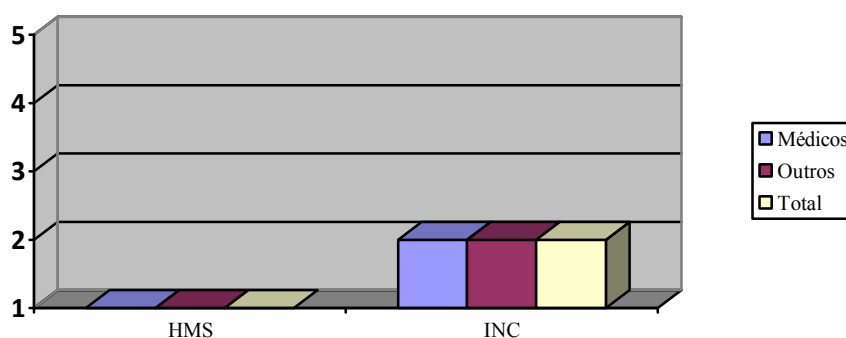


Gráfico 48 – Comparação entre as medianas das respostas da assertiva 1.

Fonte: pesquisa de campo

A implantação do BSC gerou choque cultural no hospital

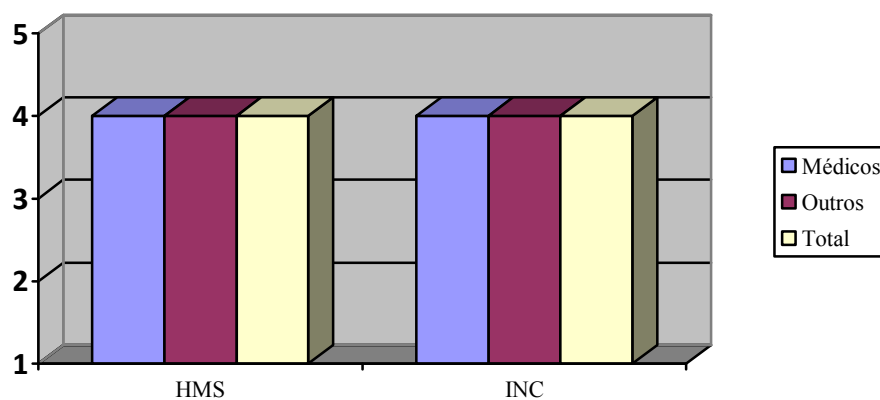


Gráfico 49 – Comparação entre as medianas das respostas da assertiva 2.

Fonte: pesquisa de campo

A definição do BSC não contou com a participação dos grupos profissionais do hospital (especialmente, de médicos, enfermeiros e administradores)

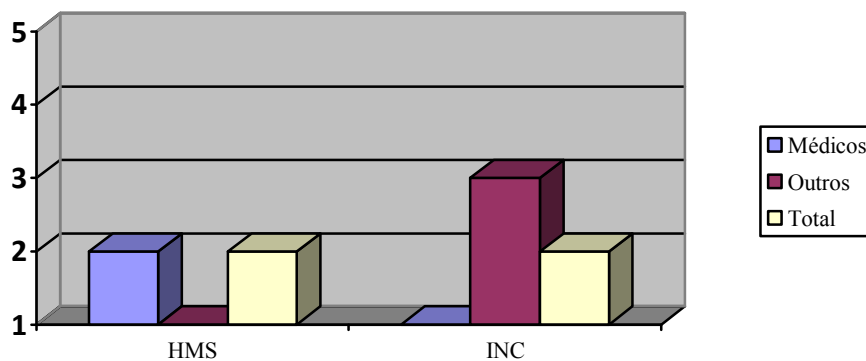


Gráfico 50 – Comparação entre as medianas das respostas da assertiva 3.

Fonte: pesquisa de campo

O BSC não é resultado de um modelo consensual entre os grupos profissionais do hospital (especialmente, de médicos, enfermeiros e administradores)

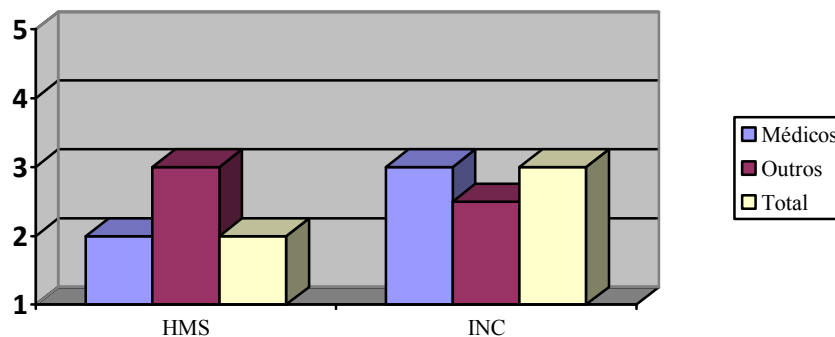


Gráfico 51 – Comparação entre as medianas das respostas da assertiva 4.

Fonte: pesquisa de campo

O BSC não foi capaz de diferenciar a estratégia do hospital, reforçando sua singularidade perante as demais organizações hospitalares

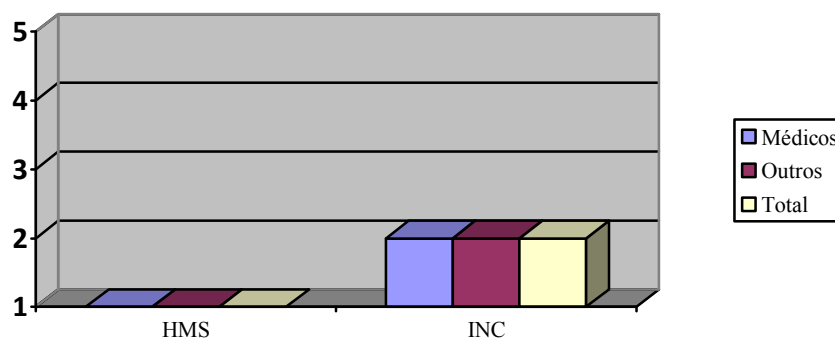


Gráfico 52 – Comparação entre as medianas das respostas da assertiva 5.

Fonte: pesquisa de campo

Na avaliação de desempenho, os gerentes (chefes ou supervisores) prestam relativamente pouca atenção às medidas específicas de cada unidade, detendo-se mais nas medidas comuns do hospital

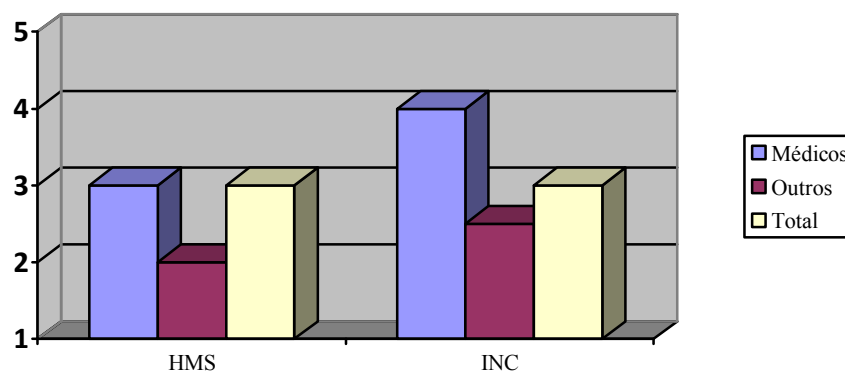


Gráfico 53 – Comparação entre as medianas das respostas da assertiva 6.

Fonte: pesquisa de campo

As relações de causa e efeito entre as medidas ao longo das perspectivas do BSC tendem a simplificar a realidade hospitalar: são lineares, unidirecionais e demoram a serem revistas

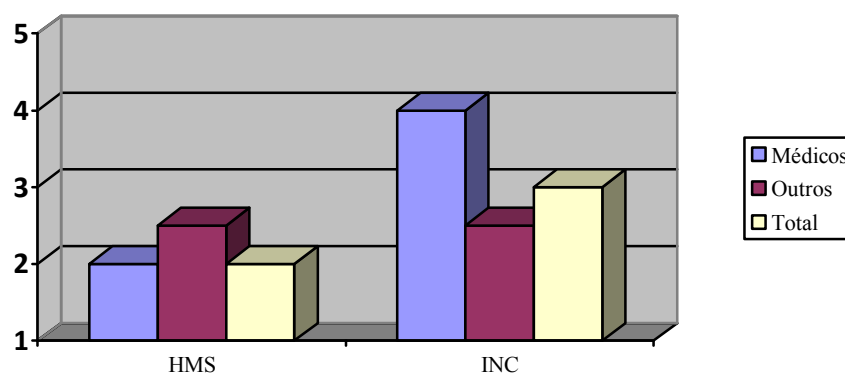


Gráfico 54 – Comparação entre as medianas das respostas da assertiva 7.

Fonte: pesquisa de campo

Houve dificuldades no estabelecimento de metas apropriadas

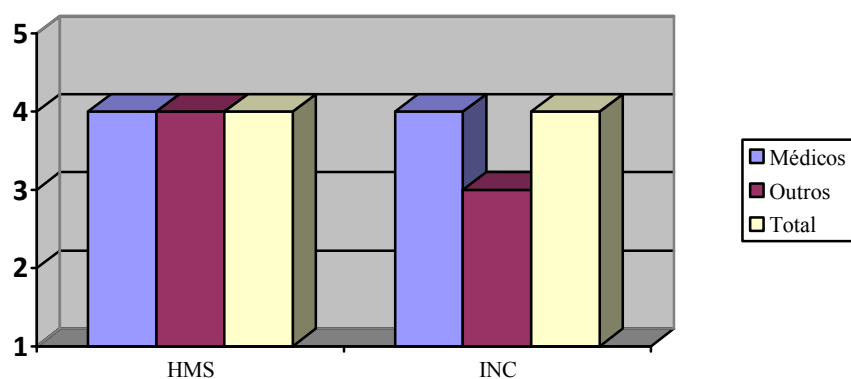


Gráfico 55 – Comparação entre as medianas das respostas da assertiva 8.

Fonte: pesquisa de campo

Mesmo com o BSC, o processo de estabelecimento de metas ainda obedece a um processo orçamentário tradicional, com peso no controle de custos

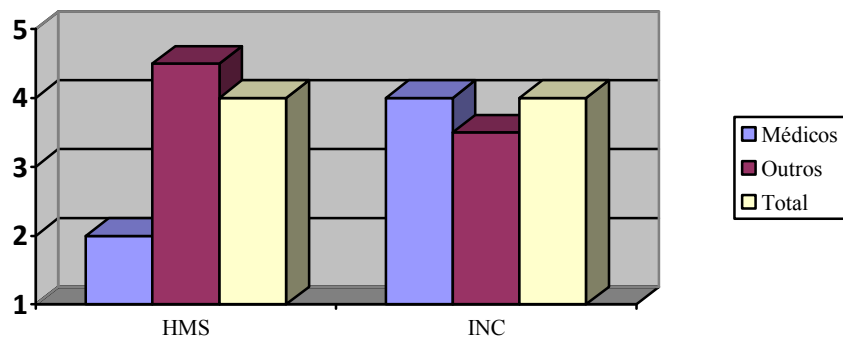


Gráfico 56 – Comparação entre as medianas das respostas da assertiva 9.

Fonte: pesquisa de campo

A ligação entre as metas do BSC e os planos de remuneração variável (por desempenho) deve ser feita de maneira subjetiva, servindo apenas de referência no processo de tomada de decisão dos gerentes

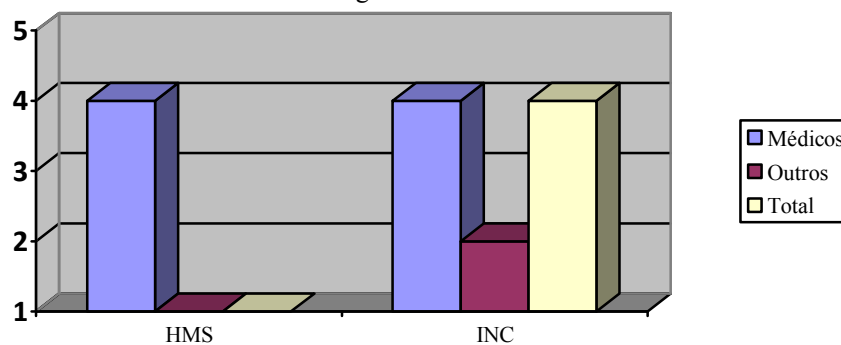


Gráfico 57 – Comparação entre as medianas das respostas da assertiva 10.

Fonte: pesquisa de campo

O BSC não proporcionou uma melhor avaliação da competência dos profissionais

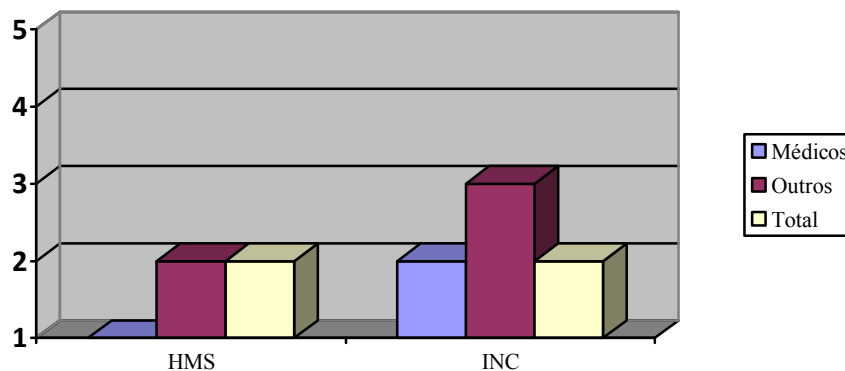


Gráfico 58 – Comparação entre as medianas das respostas da assertiva 11.

Fonte: pesquisa de campo

O BSC pode deixar de lado algumas variáveis relevantes, desestimulando a observação de outras variáveis importantes fora do modelo

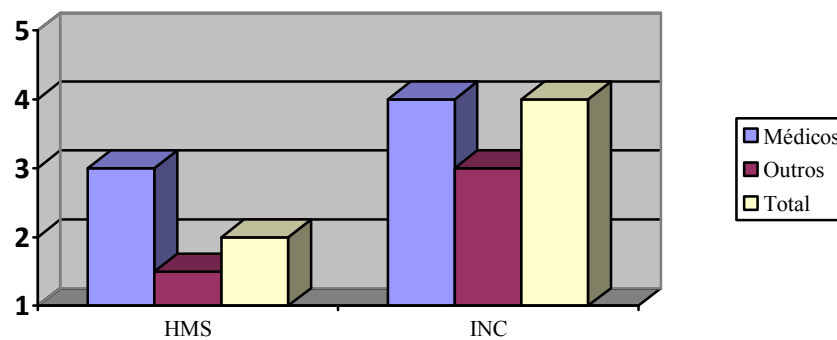


Gráfico 59 – Comparação entre as medianas das respostas da assertiva 12.

Fonte: pesquisa de campo

O BSC é mecânico e apresenta estrutura hierárquica top-down sendo difícil compatibilizá-lo com uma maior participação dos funcionários

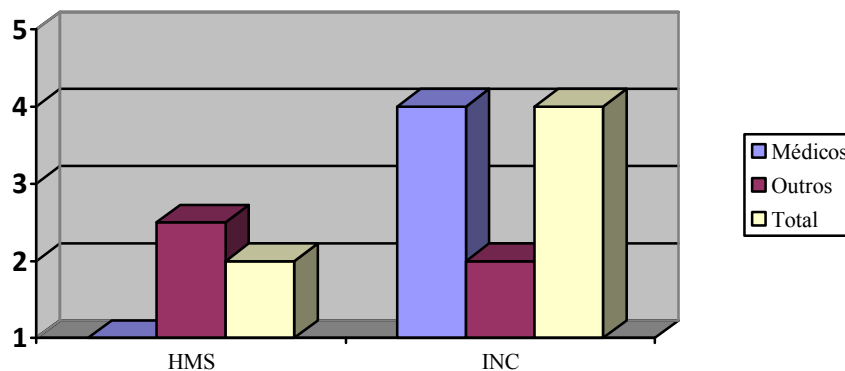


Gráfico 60 – Comparação entre as medianas das respostas da assertiva 13.

Fonte: pesquisa de campo

As medidas e as relações de causa e efeito entre as medidas ao longo das perspectivas do BSC permanecem inalteradas durante longo tempo, limitando sua validade.

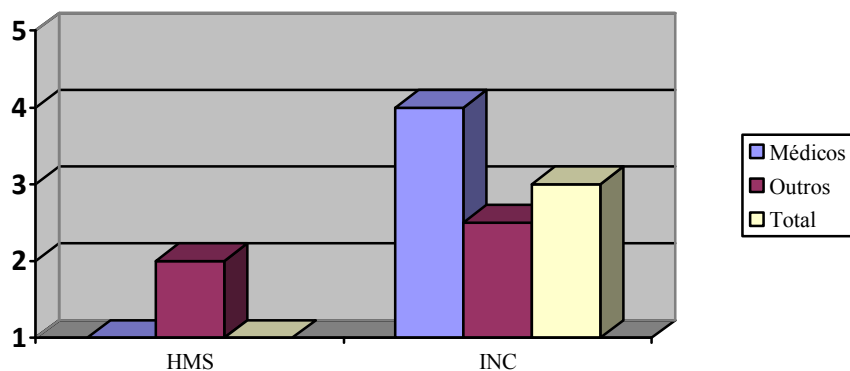


Gráfico 61 – Comparação entre as medianas das respostas da assertiva 14.

Fonte: pesquisa de campo

O uso do BSC não fez com que os processos de trabalho no hospital se tornassem mais coerentes com a estratégia geral da organização

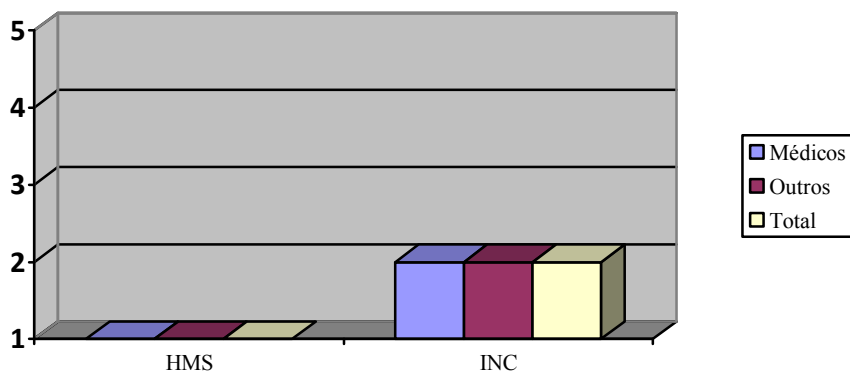


Gráfico 62 – Comparação entre as medianas das respostas da assertiva 15.

Fonte: pesquisa de campo

A implantação do BSC não aumentou a prática da colaboração e cooperação entre os grupos profissionais internos (médicos, enfermeiros e administradores), diminuindo conflitos e facilitando a formação de equipes multidisciplinares

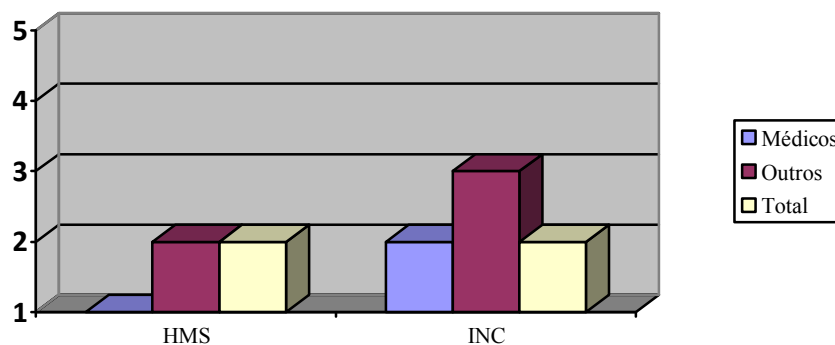


Gráfico 63 – Comparação entre as medianas das respostas da assertiva 16.

Fonte: pesquisa de campo

O BSC não orienta as ações para um melhor foco nas necessidades dos pacientes

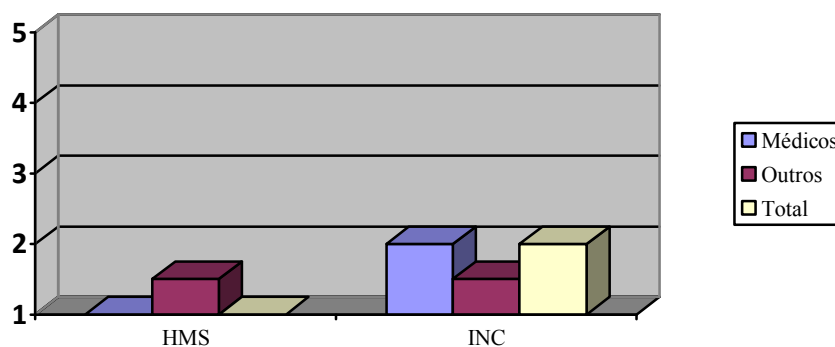


Gráfico 64 – Comparação entre as medianas das respostas da assertiva 17.

Fonte: pesquisa de campo

A implantação do BSC reduziu o caráter pessoal e desimpedido do relacionamento médico-paciente

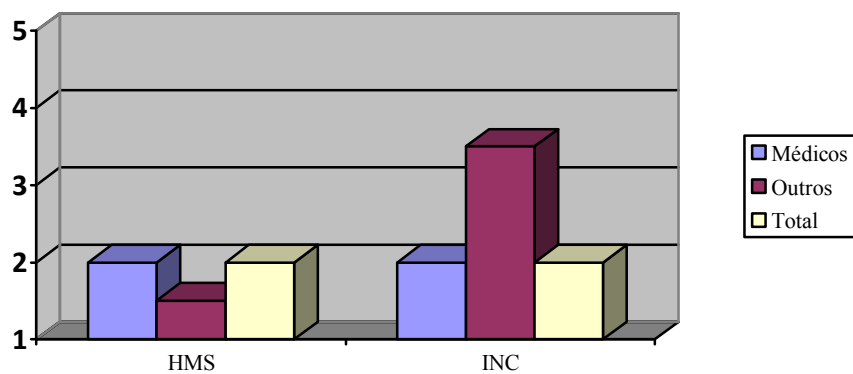


Gráfico 65 – Comparação entre as medianas das respostas da assertiva 18.

Fonte: pesquisa de campo

A implantação do BSC não fomentou a mobilização, a inovação e a criatividade

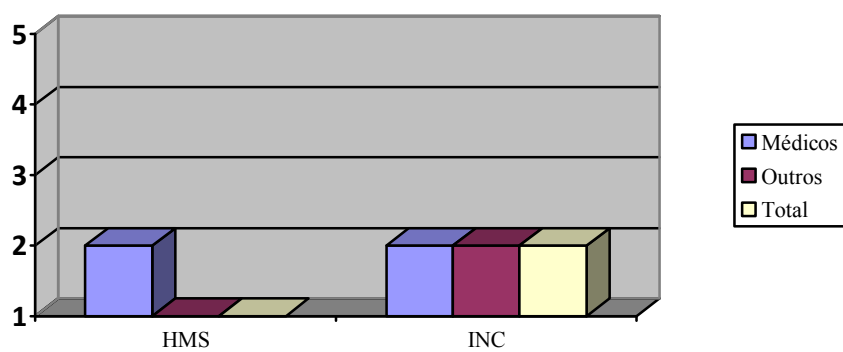


Gráfico 66 – Comparação entre as medianas das respostas da assertiva 19.

Fonte: pesquisa de campo

A implantação do BSC reduziu o grau de autonomia (liberdade de tomada de decisões no processo de trabalho com base na competência técnica) dos profissionais

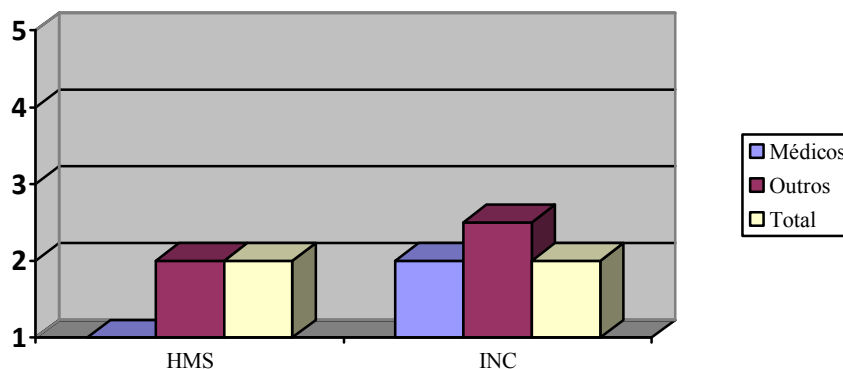


Gráfico 67 – Comparação entre as medianas das respostas da assertiva 20.

Fonte: pesquisa de campo

A implantação do BSC não incrementou a motivação dos funcionários para o trabalho

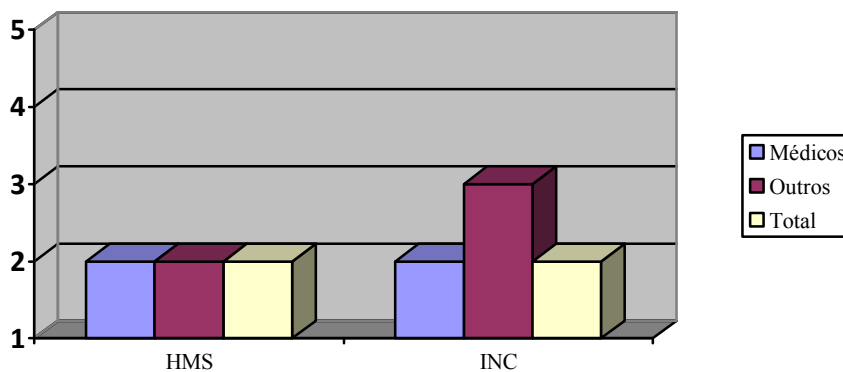


Gráfico 68 – Comparação entre as medianas das respostas da assertiva 21.

Fonte: pesquisa de campo

O BSC não possui a flexibilidade necessária para contemplar alterações súbitas da estratégia

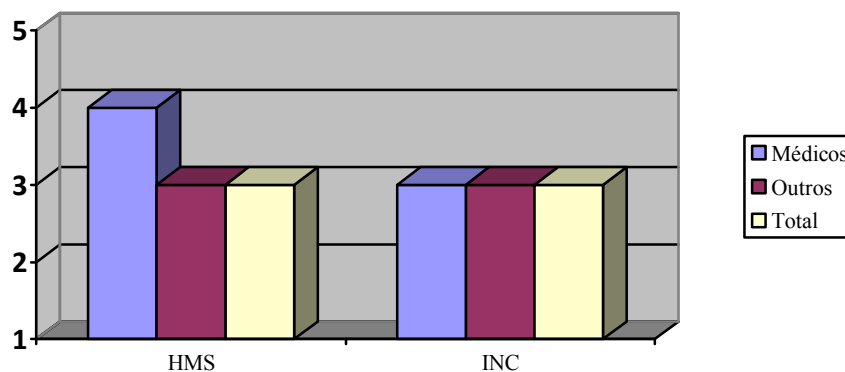


Gráfico 69 – Comparação entre as medianas das respostas da assertiva 22.

Fonte: pesquisa de campo

O BSC não se aplica ao contexto hospitalar

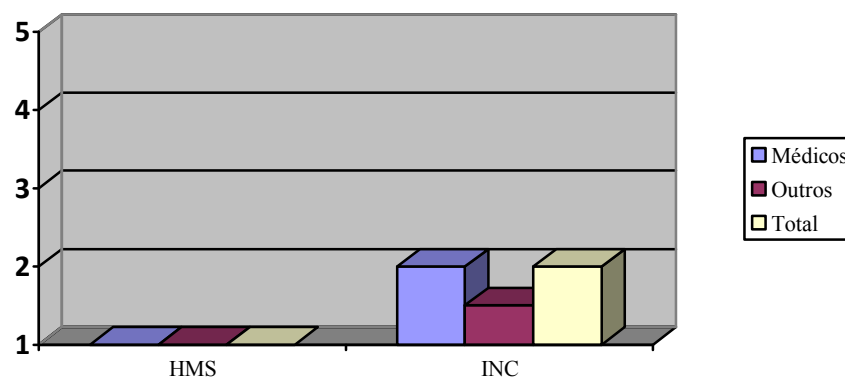


Gráfico 70 – Comparação entre as medianas das respostas da assertiva 23.

Fonte: pesquisa de campo

No anexo N é mostrada a comparação entre medianas dos médicos dos dois estabelecimentos. Percebem-se algumas percepções diferentes, corroborando com as diferenças de perfis dos médicos do INC e do HMS - os respondentes médicos do HMS faziam parte da diretoria, enquanto que os médicos do INC compõem o núcleo operacional

em sua maioria. Foram confirmadas pelos médicos do INC as críticas referentes às relações de causa e efeito (simplificariam a realidade), ao estabelecimento de metas (peso da perspectiva financeira), ao mecanicismo e à estrutura *top-down* (dificultaria a participação), e ao holismo seletivo (desprezo de variáveis importantes). Os médicos-diretores do HMS discordam dessas críticas, enquanto os médicos do INC (em sua maioria pertencentes ao núcleo operacional) concordam com essas características que são potencializadas no contexto profissional, face aos aspectos marcantes dessa configuração: autonomia, complexidade da atividade e seu caráter discricionário.

Por fim, notou-se dificuldades na resposta à algumas perguntas em ambos os hospitais, o que sugere uma relação direta entre o despreparo e a ignorância com assuntos afetos à gestão, decorrendo daí falta de comprometimento com o projeto do BSC (talvez decorrente deste despreparo). Embora tenha se verificado que o BSC foi bem aceito de forma geral (conforme as respostas da última assertiva do questionário), foram notados fortes elementos motivadores (planos de recompensas financeiras, no caso do INC) ou mesmo forte cultura organizacional para a inovação e a busca pela qualidade (no caso do HMS).

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esta dissertação estudou comparativamente a utilização do BSC em dois hospitais brasileiros, Hospital Monte Sinai e Instituto Nacional de Cardiologia, procurando verificar as reações dos membros de ambas instituições em relação às dificuldades, limitações e críticas apontadas pela literatura especializada ao uso do BSC. Este objetivo geral foi desdobrado em vários objetivos específicos. No Capítulo 3 (Referencial teórico), foram descritas a estrutura da organização hospitalar, caracterizando-a como uma burocracia profissional (MINTZBERG, 2003), apresentando seus problemas estruturais. No mesmo capítulo, foi efetuada uma resenha das críticas ao BSC, revendo e atualizando Pessanha e Prochnik (2004). No Capítulo 4, a partir desse conjunto de limitações, problemas e críticas, foi elaborado um questionário para aferir a percepção dos funcionários dos hospitais acerca da utilização do BSC no contexto hospitalar (Capítulo 4). O Capítulo 5, caracterizou os dois hospitais, à luz das características estruturais apresentadas no Capítulo 3. O questionário foi aplicado a 42 funcionários dos dois hospitais e os resultados foram apresentados e analisados no Capítulo 6.

Na análise da literatura sobre a utilização do BSC em hospitais, foram explorados aspectos concernentes à estrutura da organização, especialmente em relação aos grupos que repartem e disputam o poder político interno. Procurou-se verificar a utilização do BSC nesse tipo peculiar de organização sob a perspectivas dos problemas associados tanto à implantação e ao uso dessa ferramenta, como à organização hospitalar (enquanto organizações profissionais). Nesse sentido, o trabalho de Mintzberg (2003) foi um dos pilares teóricos desta dissertação.

Buscou-se diferenciar este trabalho dos demais, não somente por explorar a aplicação do BSC em uma estrutura organizacional caracterizada como sendo uma burocracia profissional (MINTZBERG, 2003), mas também por utilizar-se de uma amostra que procurou retratar a diferenciação interna de um hospital, contemplando seus grupos profissionais, níveis hierárquicos e setores (na revisão de literatura verificou-se que os trabalhos sobre a aplicação de BSC em hospitais encontrados somente baseavam-se em coleta de dados ou entrevistas dirigidas a um ou poucos diretores ou gerentes).

A análise das repostas permitiu observar que algumas críticas e problemas associados ao BSC e a sua aplicação em hospitais foram rejeitados pelos respondentes. Apenas cinco dos 42 respondentes declararam que o BSC não se aplica ao contexto hospitalar.

Vários pontos positivos foram realçados pelas respostas. As quatro perspectivas mostraram-se adaptáveis à realidade hospitalar, ainda que, nos dois hospitais estudados, não

tivesse sido utilizada a nomenclatura proposta por Kaplan e Norton (1996). No caso do HMS, ainda que no projeto original tivesse sido contemplada uma quinta perspectiva, no decorrer de sua implantação a mesma foi descartada.

Outro problema vislumbrado durante a revisão de literatura, referente à participação dos diversos grupo profissionais na montagem do BSC, foi descartado pelos respondentes de ambos hospitais.

O BSC também se mostrou eficaz ao facilitar a implantação da estratégia de cada hospital. A revisão de literatura evidenciou a dificuldade de os hospitais formularem uma estratégia particular. Suas opções que ficariam restritas a algumas áreas: os *inputs* ao sistema (escolha de profissionais, fatia de mercado, fundos externos), meios necessários, estrutura e formas de governança e meios de apoio à missão (MINTZBERG, 2001a). Assim, nestas organizações, as estratégias predominantemente emergiriam de cada profissional membro da organização, assim como das associações profissionais externas. É o que foi caracterizado como “estratégia em ação”, fruto de intenso debate interno. Entretanto, as respostas ao questionário evidenciaram que o BSC foi capaz de diferenciar a estratégia do hospital das demais organizações hospitalares. Depreendeu-se dessas respostas que o BSC não somente permitiu o embate político entre os profissionais, como também permitiu extrair deste conflito uma estratégia gerenciável. Nessa mesma linha de raciocínio, as respostas também evidenciaram que o BSC forneceu foco à organização, tornando os processo de trabalho mais coerentes com a estratégia organizacional.

Em relação aos problemas de julgamento e autonomia, destacados na revisão da literatura como típicos da organização hospitalar, o BSC mostrou-se eficaz, proporcionando uma melhor avaliação da competência dos profissionais. A inversão de meios e fins, onde as necessidades dos clientes e da organização são ignoradas em detrimento das necessidades e interesses individuais dos profissionais, foi também tida como superada pelo BSC, como ficou evidenciado pelas respostas positivas à assertiva sobre o foco nos clientes. A autonomia profissional, que poderia estar comprometida com a implantação de um sistema de controle e gerenciamento, não foi afetada, bem como ficou evidenciado um incremento na motivação dos funcionários com a implantação do BSC. Outro ponto positivo que foi realçado refere-se à capacidade de o BSC não reduzir o valorizado caráter pessoal e desimpedido do relacionamento médico-paciente. Nas duas organizações, as respostas indicaram que o BSC fomentou a mobilização, a inovação e a criatividade de seus membros.

Entretanto, apesar dos diversos pontos positivos realçados e da impressão geral de que o BSC se aplica ao contexto hospitalar, algumas críticas e problemas relacionados com a utilização do BSC em organizações hospitalares foram confirmados pelos respondentes.

Uma das críticas confirmadas foi a referente ao aspecto cultural, o qual seria negligenciado pelo BSC. Tal qual observado por Pessanha e Prochnik (2004): “o modelo de Kaplan e Norton é muito rígido para se adaptar à cultura organizacional e aos jargões de todas as empresas”. Reforçando esta concepção, Glouberman e Mintzberg (2001b) concluíram que as estruturas organizacionais do hospital deveriam ser baseadas em um gerenciamento em rede através de um controle coletivo. Mintzberg (2001b, p. 282) sugeriram que mudanças em um hospital são conseguidas somente através de um processo lento de pressões dirigidas às associações profissionais, de modo a promover alterações na seleção, formação e especialização dos médicos, e não através de grandes reformas administrativas. Os resultados indicaram que o BSC gerou em ambos hospitais um choque cultural. Ressalta-se, entretanto, que apesar de caracterizada a imposição cultural do BSC, os respondentes não a relacionaram como algo negativo; ao contrário, foi exposto que o BSC gerou maior comprometimento e foco, além de trazer, ao olhar de cada funcionário, uma visão multidimensional da organização. Nos dois hospitais, os entrevistados e os respondentes declararam que o BSC representou um choque cultural positivo aos hospitais, incrementando aspectos considerados fracos e falhos na cultura dessas organizações (Ex. o BSC proporcionou que os profissionais de saúde adquirissem uma visão gerencial do hospital).

Os respondentes apontaram para a confirmação da crítica referente ao peso da perspectiva financeira, no caso da instituição pública (INC), entendida como controle de custos e vinculação ao processo orçamentário e, no caso do HMS, entendida como sendo o valor para os acionistas (lucro). Tratando-se de instituições de saúde, onde os profissionais caracterizam-se por restringirem-se às questões técnicas e científicas, compreendeu-se que a perspectiva financeira pareceu-lhes ter um peso excessivo, representando uma restrição ao trabalho. Entretanto, ao analisarmos a questão sob o aspecto do contexto atual das organizações de saúde – ambiente competitivo, altos custos, incremento constante de tecnologia – percebe-se que esta resposta apresenta-se como um aspecto positivo do BSC. Acrescenta-se a esta análise o fato de esta ferramenta não desprezar as demais perspectivas (clientes, processos internos e aprendizado e crescimento).

Também houve diferenças significativas de percepção, em algumas assertivas, entre os respondentes do HMS e do INC. Os respondentes do INC, ao contrário daqueles pertencentes ao HMS, consideraram que a ligação entre as metas e o plano de remuneração deva ser

efetuada de maneira subjetiva, deixando claro que o BSC não contempla todos os pontos necessários à tomada de decisão. O holismo seletivo, no qual algumas variáveis importantes ficariam fora do modelo, foi denunciado pelas respostas do INC. A falta de dinâmica na alteração das medidas e relações de causa e efeito foi apontada pelos respondentes do INC. O BSC ainda foi caracterizado como sendo mecânico, e de estrutura *top-down* no INC. Atribuiu-se todas essas diferenças às estruturas organizacionais: o INC é mais próximo da burocracia profissional, sugerindo que tais críticas e problemas se apliquem a este tipo de organização hospitalar, dotada de maior complexidade.

Ao compararmos apenas os médicos (“profissionais”) das duas organizações notamos algumas diferenças em relação ao resultado geral. A simplificação da realidade hospitalar pelas relações de causa e efeito foi denunciada pelos médicos do INC. E os médicos de ambos hospitais mostraram-se concordantes com o holismo seletivo que o BSC proporciona. As assertivas em questão referem-se às características associadas às limitações dos sistemas de controle gerenciais clássicos, entendidos como sendo tecnocráticos e instrumentais – classificação atribuída ao BSC por Bessire e Baker (2005), Wehmeier (2006) e Edenius e Hasselbladh (2002).

Entretanto, ainda que algumas críticas e problemas tenham sido confirmados pelos respondentes de ambos os hospitais, o resultado geral demonstrou que o BSC superou grande parte das disfuncionalidades previstas para a aplicação dessa ferramenta na organização hospitalar, corroborando com as análises de Aidemark (2001) e Funck (2007). Como visto, estes autores defenderam o BSC como sendo uma ferramenta adequada à complexidade do contexto profissional, na medida em que se configura como um instrumento de controle e gerenciamento estratégico que permite maior participação dos funcionários, mantendo, com isso, grande parte do poder interno no núcleo operacional, que declinava nas últimas décadas, com a pressão dos gestores hospitalares, acionistas e governos por resultados financeiros.

As observações da pesquisa realizada sugerem que o BSC, ainda que supostamente montado em uma lógica mecanicista, tecnocrática e instrumental, atende aos anseios do ambiente hospitalar, na medida em que favorece o diálogo interno, promovendo integração e, principalmente, sem afetar a principal força da organização profissional: a concentração de poder no núcleo operacional. Desta forma, os resultados apontam para um BSC que facilita o gerenciamento estratégico num ambiente, em que a estratégia tradicionalmente se estabelece como “padrão em ação”, isto é, através de um processo político de negociação entre as partes - especialmente, os profissionais. (MINTZBERG, 2001a, p. 277). Estas considerações

corroboram Aidemark (2001), quando cita a ambigüidade presente no BSC como sendo propícia ao gerenciamento estratégico do ambiente hospitalar.

Por fim, ressalta-se que no INC, o hospital que mais se aproxima da configuração profissional, percebeu-se maior resistência à ferramenta. Assim, as diferenças entre as percepções dos membros das duas organizações, ainda que restrita a poucas assertivas, conforme exposto na seção referentes à análise comparativa, sugerem que a estrutura organizacional afeta a percepção dos funcionários sobre o BSC, bem como altera sua influência.

Esta dissertação se insere no esforço coletivo da linha de pesquisa que tem como objetivo investigar como as organizações brasileiras estão utilizando o BSC em relação às dificuldades, limitações e críticas. Assim, buscando a continuidade da pesquisa, sugere-se novos trabalhos que busquem:

- efetuar novos estudos de casos em outros hospitais;
- efetuar análises comparativas entre os casos; e
- estender a pesquisa aos hospitais estrangeiros, de modo a permitir ampliação das perspectivas de análise.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AIDEMARK, L-G. The meaning of balanced scorecard in the health care organization. *Financial Accountability & Management*, 2001, vol. 17, no. 1, p. 23-40.

ANTHONY, R N.; GOVINDARAJAN, V. *Sistemas de Controle Gerencial*. São Paulo: Atlas, 2001.

BESSIRE, D.; BAKER, C.R. The French tableau de bord and the American balanced scorecard: a critical analysis. *Critical Perspectives on Accounting*. 16 (2005), p. 645-664.

BRASIL. *Constituição da República Federativa do Brasil de 1988*. Disponível em: <https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Constitui%C3%A7ao.htm>. Acesso em: 03 out. 2006.

BRASIL. Lei n.º 4.320, de 17 de março de 1964. Institui normas gerais de direito financeiro para elaboração e controle dos orçamentos e balanços da União, dos Estados, dos Municípios e do Distrito Federal. Disponível em: <https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L4320.htm>. Acesso em: 03 out. 2006.

BRASIL. Lei n.º 8.666, de 21 de junho de 1993. Regulamenta o art. 37, inciso XXI, da Constituição Federal de 1988, institui normas para licitações e contratos da Administração Pública e dá outras providências. Disponível em: <https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L8666cons.htm>. Acesso em: 03 out. 2006.

BRASIL. Lei complementar n. 101, de 04 de maio de 2000. Estabelece normas de finanças públicas voltadas para a responsabilidade na gestão fiscal e dá outras providências. Disponível em: <https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/LCP/Lcp101.htm>. Acesso em: 03 out. 2006.

BRASIL. Lei n.º 11.079, de 30 de dezembro de 2004. Institui normas gerais para licitação e contratação de parceria público-privada no âmbito da administração. Disponível em: <https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2004-2006/2004/Lei/L11079.htm>. Acesso em: 03 out. 2006.

BRIGNALL, S. The unbalanced scorecard: a social and environmental critique. *Performance Measurement and Management Research and Action*. 2002.

CHAN, Y.L. An analytic hierarchy framework for evaluation balanced scorecards healthcare organizations. *Canadian Journal of Administrative Sciences*. Vol 23, No 2, Jun 2006.

CHANG, L. The NHS performance assessment framework as a balanced scorecard approach: limitation and implication. *International Journal of Public Sector Management*. Vol. 20, No 2, 2007.

CHEN, X.; YAMAUCHI, A.; KATO, K.; NISHIMURA, A.; ITO, K. Using the balanced scorecard to measure Chinese and Japanese hospital performance. *International Journal of Health Care Quality Assurance*; Vol. 19, 4, p. 339-350, 2006.

CHOW, C.W.; GANULIN, D.; HADDAD, I.K.; WILLIANSO, J. The Balanced Scorecard: a potent tool for energizing and focusing healthcare organization management. *Journal of healthcare management*, vol. 43, 3, p. 263-280, 1998.

ESTEVEZ, M.G. *Organizações hospitalares e o controle do trabalho profissional: estudo de múltiplos casos em hospitais da região norte do Estado do Paraná*. Dissertação – Departamento de Administração, Universidade Estadual de Londrina. Londrina, 2005.

EDENIUS, M.; HASSELBLADH, H. The balanced scorecard as an intellectual technology. *Organization* 2002; 9; p. 249.2002

FOUCAULT, M. *O nascimento do hospital*. In: A microfísica do poder. Trad. Roberto Machado. Rio de Janeiro: Graal, 1979, p. 99-111

FUNCK, E. The balanced scorecard equates interests in the healthcare organizations. *Journal of Accounting & Organizational Change*, 2007, vol. 3, no. 2, p. 88-103.

GIL, A.C. *Como elaborar projetos de pesquisa*. São Paulo: Atlas, 1996.

GLOUBERMAN, S., MINTZBERG, H. Managing the care of health and the cure of disease – Part 1: Differentiation. *Healthcare Management Review*, Winter, p. 55-69.

_____, ____; _____, _____. Managing the care of health and the cure of disease – Part 2: Integration. *Healthcare Management Review*, Winter, p. 70-84.

HAIR, Jr., J.F.; BABIN, B.; MONEY, A.H., SAMOUEL, P. *Fundamentos de métodos de pesquisa em administração*. Trad. Lene Belon ribeiro. Porto Alegre: Bookman, 2005.

INAMDAR, N.; KAPLAN, R.S.; JONES, M.L.H.; MENITOFF, R. The balanced scorecard: a satrategic management system for multi-sector collaboration and satrategy implementation. *Quality Management in Health Care*; 8; 4; p. 21-39, 2000.

INAMDAR, N.; KAPLAN, R.S.; REYNOLDS, K. Applying the balanced scorecard in the healthcare provider organizations. *Journal of Healthcare Management*; Mai/Jun 2002; 47; 3; p. 79.

ITTNER, C.D.; LARCKER, D.F.; MEYER, M.W. Subjectivity and the weighting of performance measures: evidence from a balanced scorecard. *The Accounting Review*, Vol. 78 No 3, pg. 725-768, 2003,

JOHANSON, U.; SKOOG, M.; BACKLUND, A.; ALMQVIST, R. Balancing dilemmas of the balanced scorecard. *Accounting, Auditing & Accountability Journal*. Vol. 19, No 6, 2006, pg. 842-857.

KAPLAN, R S.; NORTON, D P. The Balanced Scorecard - Measures That Drive Performance. *Harvard Business Review*. Boston: Jan-Fev 1992. Vol. 70, Num. 1; p. 71

_____; _____. Putting the *Balanced Scorecard* to work. *Harvard Business Review*, Set-Nov, p. 134-142, 1993.

_____; _____. Using the balanced Scorecard as a Strategic Management System. *Harvard Business Review*, Jan-Fev, p. 75-84, 1996.

_____; _____. *A Estratégia em Ação – BSC*. Rio de Janeiro: Campus, 1997.

_____; _____. *Organização Voltada para a Estratégia*. Rio de Janeiro: Campus, 2000.

_____; _____. Transforming the *Balanced Scorecard* from Performance Measurement to Strategic Management: Part I. *Accounting Horizons*; 15.1; Mar 2001: p87.

_____; _____. Transforming the *Balanced Scorecard* from Performance Measurement to Strategic Management: Part II. *Accounting Horizons*; 15.2; Jun 2001: p147.

_____; _____. *Mapas Estratégico – Balanced Scorecard: convertendo ativos intangíveis em resultados tangíveis*. Rio de Janeiro: Campus, 2004 – 2ª Ed.

_____; _____. Response to S. Voelpel et al., “The tyranny of the *Balanced Scorecard* in the innovation economy”, Vol 7 No 1, 2006, pp. 43-60. *Journal of Intellectual Capital*; 2006; Vol. 7, No.1; p. 43-60.

_____; _____. Response to S. Voelpel et al., “The tyranny of the *Balanced Scorecard* in the innovation economy”, Vol 7 No 1, 2006, pp. 43-60. *Journal of Intellectual Capital*; 2006; Vol. 7, No.1; pg. 43-60.

LAWRIE, G; COBBOLD, I. Third-generation balanced scorecard: evolution of an effective strategic control tool. *International Journal of Productivity and Performance Management*. Vol. 53, No. 7, 2004.

MACIEL, B.C.; WICHERT, M.A.A.L.; PRÓSPERO, U.S.; PERONI, S.P. *Fundações de apoio a hospitais públicos universitários: um mecanismo de gestão em parceria público-privado*. *Revistas de Administração da Universidade de São Paulo*, vol.40, n. 4, Out/Nov/Dez 2005.

MACSTRAVIC, S. A really balanced scorecard. *Health Forum Journal*, vo. 42, no. 3, p. 64-67, 1999.

MALINA, M.A.; SELTO, F.H. Communicating and controlling strategy: an empirical study of the effectiveness of the balanced scorecard. *Journal of management accounting research*, Vol 13, 2001.

MINTZBERG, H. A estrutura das organizações. In: MINTZBERG, H.; QUINN, J.B. *O processo da estratégia*. 3ed. Porto Alegre: Bookman, 2001a, p. 140-157.

_____, _____. A organização profissional. In: MINTZBERG, H.; QUINN, J.B. *O processo da estratégia*. 3ed. Porto Alegre: Bookman, 2001b, p. 272-282.

_____, _____. Além da configuração. In: MINTZBERG, H.; QUINN, J.B. *O processo da estratégia*. 3ed. Porto Alegre: Bookman, 2001c, p. 363-369.

_____, _____. *Criando organizações eficazes: estruturas em cinco configurações*. Trad. Ailton Bomfim Brandão. São Paulo: Atlas, 2003.

MARR, B., ADAMS, C. The balanced scorecard and intangible assets: similar ideas, unaligned concepts. *Measuring Business Excellence*, 2004, Vol. 8 No.3, pp.18-27.

NEIVA, G. *Balanced Scorecard em hospitais*. Dissertação – Faculdade de Administração e Ciências Contábeis, UFRJ. Rio de Janeiro, 2005.

NØRREKLIT, H. The balanced scorecard: what is the score? A rhetorical analysis of the balanced scorecard. *Accounting, Organization, and Society*, Vol. 28, pg. 591-619, 2003.

NORTHCOTT, D.; FRANDE, N. The Balanced Scorecard in health sector performance management: dissemination or diffusion? *European Accounting Association 28th Annual Congress*, Göteborg, 2005.

OTHMAN, R. Balanced Scorecard and causal model development: preliminary findings. *Management Decision*, vol. 44, n. 5, p. 690-702, 2006.

OTLEY, D. Performance management: a framework for management control systems research. *Management Accounting Research*, 10, p. 363-382, 1999.

PEREIRA, Gustavo R.N. *Balanced Scorecard em Hospitais*. Dissertação – Faculdade de Administração e Ciências Contábeis, UFRJ. Rio de Janeiro, 2005.

PESSANHA, D.; PROCHNIK, V. Obstáculos à Implantação do Balanced Scorecard em Três Empresas Brasileiras. Anais do XXVIII Encontro Nacional da ANPAD. Curitiba, 2004

PROCHNIK, V.; CARVALHO, F.M.; DIAS, L.N.S., 2006. A utilização do Balanced Scorecard em Hospitais: o caso do Hospital Nove de Julho. In: *BALANCED SCORECARD NO SETOR DA SAÚDE*, Rio de Janeiro: Editora Freitas Bastos, 2006.

PROCHNIK, V. ; FONSECA, A. C. . *Balanced Scorecard* no setor da saúde . Rio de Janeiro: Editora Freitas Bastos, 2006

QUINN, J.B.; ANDERSON, P.; FINKELSTEIN, S. Novas formas de organização. In: MINTZBERG, H. QUINN, J.B. *O processo da estratégia*. 3. ed. Porto Alegre: Bookman, 2001. p. 363-369.

URRUTIA, L.; ERIKSEN, S.D. Application of the balanced scorecard in spanish private healthcare management. *Measuring Business Excellence*; 2005; 9; 4; p. 16.

SILVA, B. F. G. e PROCHNIK, V. Sete Desafios para a Implantação do *Balanced Scorecard* em Hospitais. Artigo apresentado na *3rd Conference on Performance Measurement and Management Control - Improving Organizations and Society*, Nice, França, Setembro 22-23, 2005.

TEMPORAO, J. G. Gestão Hospitalar. *Jornal O Globo*, Rio de Janeiro, 12 ago. 2006.

TRIBUNAL DE CONTAS DA UNIÃO. *Decisão TC-012.588/2005-0*. Ata n.º 29 de 19/07/2006. Disponível em: <<http://www.tcu.gov.br/Consultas/Juris/Docs/judoc/Acord/20060725/TC-017-738-2005-2.doc>>. Acesso em: 03 out. 2006.

TROSA, S. *Gestão pública por resultados: quando o Estado de compromete*. Trad. Maira Luíza de Carvalho. Rio de Janeiro: Revan; Brasília, DF: ENAP, 2001.

VOELKER, K.E.; RAKICH, J.S.; FRENCH, G.R.. The balanced scorecard in healthcare organizations: A performance measurement and strategic planning methodology. *Hospital Topics*; Summer 2001; 79, 3; p. 13

VOELPEL, S.C.; LEIBOLD, M.; ECKHOFF, R.A.; DAVENPORT, T.H. The tyranny of the *Balanced Scorecard* in the innovation economy. *Journal of Intellectual Capital*; 2006; vol. 7, No 1; p. 43-60.

WEHMEIER, S. Dancers in the dark: the myth of rationality in public relations. *Public Relations Review*; 2006, no. 32, p. 213-220.

ZELMAN, W. N. e PINK, G. H. e MATTHIAS, Catherine B. *Use of the Balanced Scorecard in health care*. *Journal of Health Care Finance*; Summer 2003.

ANEXO A – ROTEIRO DA ENTREVISTA PARA COLETA DE DADOS PRIMÁRIOS

1. Data e Local da Entrevista
2. Identificação do Hospital
3. Identificação do Entrevistador
4. Identificação do Entrevistado
 - a. Nome
 - b. Escolaridade
 - c. Formação Acadêmica principal
 - i. Graduação
 - ii. Pós-graduação
 1. Especialização
 2. Mestrado
 3. Doutorado
 - d. Tempo de trabalho em geral
 - e. Funções que ocupou
 - f. Tempo de trabalho em hospitais
 - g. Funções que ocupou
 - h. Tempo de trabalho neste hospital
 - i. Funções/cargos que ocupou
 - j. Função atual
 - k. Tempo na função atual
 - l. Como chegou à função atual (fez carreira no hospital, indicação de membros do hospital, processo de seleção, eleição, indicação política, etc.)
5. Caracterização do hospital
 - a. Forma jurídica (privado, público, outros)
 - b. Número de leitos
 - c. Quantidade de profissionais em exercício
 - i. Médicos
 - ii. Enfermeiros
 - iii. Pesquisadores
 - iv. Administradores, contadores e analistas de sistema
 - v. Outros
 - d. Total de funcionários

- e. O hospital tem missão definida? Qual?
 - f. Os objetivos estão definidos? Qual lhe parece mais importante no momento?
 - g. Como está organizada a hierarquia dos enfermeiros?
 - h. Como está organizado o corpo clínico (médicos e demais profissionais, só médicos por especialidade, só médicos em conjunto)?
 - i. Existem chefes por áreas profissionais ou por especialidades?
 - j. Como foi elaborado o regimento Interno?
 - k. Como os médicos ingressam no hospital?
 - l. O Regimento Interno prevê regras para o desligamento de profissionais? Com que frequência são aplicadas?
 - m. Existem comissões e/ou comitês? Cite alguns.
 - n. A sociedade em geral exerce algum papel formal de controle sobre o ápice estratégico? Qual?
6. Implantação do *Balanced Scorecard* (ou o modelo de gestão utilizado)
- a. Quando o hospital optou pelo BSC?
 - b. O que existia antes no lugar do BSC?
 - c. Quais são os objetivos do BSC dentro do hospital?
 - d. Quais setores do hospital possuem um BSC?
 - e. Qual é o comprometimento da alta administração com o projeto?
 - f. Quais as principais dificuldades encontradas na implantação do BSC?
 - g. Existe alguma melhoria que o hospital desejava implantar?
7. Definição dos objetivos e medidas
- a. Descreva como se deu o processo de seleção de objetivos estratégicos e de medidas de desempenho em seu hospital.
 - b. Como foi formada a equipe que participou do processo de seleção dos objetivos estratégicos e de medidas de desempenho em seu hospital.
 - c. Quais são as perspectivas que o *Balanced Scorecard* (ou o modelo de gestão utilizado) possui? Quantos são os objetivos estratégicos e as medidas de desempenho que o *Balanced Scorecard* (ou o modelo de gestão utilizado)?
 - d. Como os dados do *Balanced Scorecard* (ou o modelo de gestão utilizado) são coletados? Quem são os responsáveis pela coleta e processamento dos dados?
 - e. Quais são as críticas, divergências e resistências que têm sido enfrentadas no processo de seleção dos objetivos e medidas?
8. Definição da estratégia

- a. Descreva como se deu o processo de definição da estratégia em seu hospital.
- b. Quais são as principais dificuldades envolvidas na seleção e utilização de medidas específicas de desempenho para cada setor?
- c. Como as relações de causa e efeito foram validadas e calculadas? Quais são as principais dificuldades envolvidas no estabelecimento e utilização de relações de causa e efeito entre os objetivos?
- d. A estratégia é mantida em segredo pela alta administração ou é compartilhada entre todos os funcionários? A quem a estratégia é comunicada?
- e. Como você avalia o sucesso da sua organização na implementação de estratégias, antes e após o *Balanced Scorecard* (ou o modelo de gestão utilizado)?

9. Estabelecimento de metas

- a. Descreva como se dá o processo de estabelecimento de metas no hospital.
- b. Quais foram as críticas, divergências e resistências que têm sido enfrentadas no processo de estabelecimento de metas?
- c. Todos os funcionários, do nível hierárquico mais baixo ao mais elevado, compreendem como as ações individuais contribuem para a realização dos objetivos de seus setores e do hospital?
- d. Em sua opinião, quais as principais dificuldades para que os funcionários, em todos os níveis, assumam a estratégia como parte fundamental do seu trabalho diário? O que foi e tem sido feito para superar essas dificuldades?
- e. O processo de planejamento estratégico é integrado ao processo anual de orçamentação para avaliação do progresso em curto prazo? As metas são monitoradas e revistas pelo nível hierárquico superior?
- f. Em que medida a pressão por controle de custos de curto prazo prejudica a busca de equilíbrio que deve caracterizar o desenvolvimento do *Balanced Scorecard* (ou o modelo de gestão utilizado)?

10. Remuneração e incentivos

- a. Descreva a política de remuneração e incentivos do hospital.
- b. Como se efetua a avaliação de desempenho dos profissionais, antes e depois do *Balanced Scorecard* (ou do modelo de gestão utilizado)?
- c. O hospital planeja elaborar programas de remuneração que liguem as medidas do *Balanced Scorecard* (ou do modelo de gestão utilizado) aos sistemas de recompensa? Por quê?

- d. Quais foram as críticas, divergências e resistências que têm sido enfrentadas em relação à política de remuneração?

11. *Feedback*

- a. Descreva como se dá o processo de *feedback* no hospital.
- b. A participação dos funcionários no desenvolvimento do *Balanced Scorecard* (ou do modelo de gestão utilizado) vem sendo esporádica ou freqüente? Houve alguma sugestão interessante?
- c. Qual a parcela de tempo dos principais executivos e das equipes gerenciais alocada na discussão das estratégias, antes e depois do *Balanced Scorecard* (ou do modelo de gestão utilizado)?
- d. Existe uma agenda para reuniões, encontros e discussões para o aprendizado estratégico?
- e. O que mudou no processo de aprendizado estratégico de sua organização, antes e após o início do *Balanced Scorecard* (ou do modelo de gestão utilizado)?
- f. Quais são as principais dificuldades para implantação de um sistema de gerenciamento da estratégia, ou seja, para a transformação da estratégia em processo contínuo e não esporádico? O que foi e tem sido feito para superar essas dificuldades?
- g. Como se dá o processo de troca de medidas e objetivos dentro do *Balanced Scorecard* (ou do modelo de gestão utilizado) ou de mudança nos *trade-offs* entre medidas e os objetivos?

ANEXO B – INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS UTILIZADO NO HOSPITAL MONTE SINAI

Este questionário destina-se a compor uma pesquisa sobre a utilização do *Balanced Scorecard* no Monte Sinai. Suas respostas serão anônimas. Desde já agradecemos sua participação neste esforço coletivo para o aprimoramento gerencial das unidades hospitalares, contribuindo para o desenvolvimento da saúde no Brasil, atendendo aos anseios dos profissionais, governo e sociedade.

INFORMAÇÕES SOLICITADAS: Para responder as questões abaixo, marque com **X** no espaço referente ao número que melhor expressa *sua opinião* em relação a essa organização (apenas **uma** opção deve ser marcada), de acordo com a escala abaixo.

1	2	3	4	5
Discordo totalmente	Discordo parcialmente	Nem discordo nem concordo	Concordo parcialmente	Concordo totalmente

1	As quatro perspectivas do <i>Balanced Scorecard</i> (ou do modelo de gestão utilizado) se adaptaram perfeitamente à realidade do hospital.	1	2	3	4	5
2	A implantação do <i>Balanced Scorecard</i> (ou do modelo de gestão utilizado) gerou choque cultural no hospital.	1	2	3	4	5
3	A definição do <i>Balanced Scorecard</i> (ou do modelo de gestão utilizado) contou com a participação dos grupos profissionais do hospital (especialmente, de médicos, enfermeiros e administradores).	1	2	3	4	5
4	O <i>Balanced Scorecard</i> (ou o modelo de gestão utilizado) é resultado de um modelo consensual entre os grupos profissionais do hospital (especialmente, de médicos, enfermeiros e administradores).	1	2	3	4	5
5	O <i>Balanced Scorecard</i> (ou o modelo de gestão utilizado) foi capaz de diferenciar a estratégia do hospital, reforçando sua singularidade perante as demais organizações hospitalares.	1	2	3	4	5
6	Na avaliação de desempenho, os gerentes (chefes ou supervisores) prestam relativamente pouca atenção às medidas específicas de cada unidade (departamento ou centro de responsabilidade), detendo-se mais nas medidas comuns do hospital.	1	2	3	4	5
7	As relações de causa e efeito entre as medidas ao longo das perspectivas do <i>Balanced Scorecard</i> (ou do modelo de gestão utilizado) tendem a simplificar a realidade hospitalar: são lineares, unidirecionais e demoram a serem revistas.	1	2	3	4	5
8	Houve dificuldades no estabelecimento de metas apropriadas.	1	2	3	4	5
9	Mesmo com o <i>Balanced Scorecard</i> (ou o modelo de gestão utilizado), o processo de estabelecimento de metas ainda obedece a um processo orçamentário tradicional, com peso no controle de custos.	1	2	3	4	5
10	A ligação entre as metas do <i>Balanced Scorecard</i> (ou do modelo de gestão utilizado) e os planos de remuneração variável (por desempenho) deve ser feita de maneira subjetiva, servindo apenas de referência no processo de tomada de decisão dos gerentes.	1	2	3	4	5
11	O <i>Balanced Scorecard</i> (ou o modelo de gestão utilizado) proporcionou uma melhor avaliação da competência dos profissionais.	1	2	3	4	5

12	O <i>Balanced Scorecard</i> (ou o modelo de gestão utilizado) pode deixar de lado algumas variáveis relevantes, desestimulando a observação de outras variáveis importantes fora do modelo.	1	2	3	4	5
13	O <i>Balanced Scorecard</i> (ou o modelo de gestão utilizado) é mecânico e apresenta estrutura hierárquica <i>top-down</i> - na qual a alta gerência gera os macro processos principais e, depois, detalha os processos que os compõem, descendo-se na estrutura hierárquica da organização - sendo difícil compatibilizá-lo com uma maior participação dos funcionários.	1	2	3	4	5
14	As medidas e as relações de causa e efeito entre as medidas ao longo das perspectivas do <i>Balanced Scorecard</i> (ou do modelo de gestão utilizado) permanecem inalteradas durante longo tempo, limitando sua validade.	1	2	3	4	5
15	O uso do <i>Balanced Scorecard</i> (ou do modelo de gestão utilizado) fez com que os processos de trabalho no hospital se tornassem mais coerentes com a estratégia geral da organização.	1	2	3	4	5
16	A implantação do <i>Balanced Scorecard</i> (ou do modelo de gestão utilizado) aumentou a prática da colaboração e cooperação entre os grupos profissionais internos (médicos, enfermeiros e administradores), diminuindo conflitos e facilitando a formação de equipes multidisciplinares.	1	2	3	4	5
17	O <i>Balanced Scorecard</i> (ou o modelo de gestão utilizado) orienta as ações para um melhor foco nas necessidades dos pacientes.	1	2	3	4	5
18	A implantação do <i>Balanced Scorecard</i> (ou do modelo de gestão utilizado) reduziu o caráter pessoal e desimpedido do relacionamento médico-paciente	1	2	3	4	5
19	A implantação do <i>Balanced Scorecard</i> (ou do modelo de gestão utilizado) fomentou a mobilização, a inovação e a criatividade.	1	2	3	4	5
20	A implantação do <i>Balanced Scorecard</i> (ou do modelo de gestão utilizado) reduziu o grau de autonomia (liberdade de tomada de decisões no processo de trabalho com base na competência técnica) dos profissionais.	1	2	3	4	5
21	A implantação do <i>Balanced Scorecard</i> (ou do modelo de gestão utilizado) incrementou a motivação dos funcionários para o trabalho.	1	2	3	4	5
22	O <i>Balanced Scorecard</i> (ou o modelo de gestão utilizado) não possui a flexibilidade necessária para contemplar alterações súbitas da estratégia.	1	2	3	4	5
23	O <i>Balanced Scorecard</i> (ou do modelo de gestão utilizado) se aplica ao contexto hospitalar.	1	2	3	4	5

INFORMAÇÕES DE QUALIFICAÇÃO DO RESPONDENTE: Marque com **X** na opção mais adequada.

1. Formação acadêmica principal:

() Medicina () Enfermagem () Administração/C. Contábeis/Economia

() Outra. Qual: _____

2. Função ou cargo ocupado:

() Operacional () Supervisão () Gerência () Direção

3. Regime de trabalho:

4. Nome (facultativo): _____

Comentários adicionais, críticas e/ou sugestões: _____

**ANEXO C – INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS UTILIZADO NO
INSTITUTO NACIONAL DE CARDIOLOGIA**

Este questionário destina-se a compor uma pesquisa sobre a utilização do *Balanced Scorecard* (autogerenciamento) no INC. Suas respostas serão anônimas. Desde já agradecemos sua participação neste esforço coletivo para o aprimoramento gerencial das unidades hospitalares, contribuindo para o desenvolvimento da saúde no Brasil, atendendo aos anseios dos profissionais, governo e sociedade.

INFORMAÇÕES SOLICITADAS: Para responder as questões abaixo, marque com **X** no espaço referente ao número que melhor expressa *sua opinião* em relação a essa organização (apenas **uma** opção deve ser marcada), de acordo com a escala abaixo.

1	2	3	4	5
Discordo totalmente	Discordo parcialmente	Nem discordo nem concordo	Concordo parcialmente	Concordo totalmente

1	As quatro perspectivas do <i>Balanced Scorecard</i> (ou do modelo de gestão utilizado) se adaptaram perfeitamente à realidade do hospital.	1	2	3	4	5
2	A implantação do <i>Balanced Scorecard</i> (ou do modelo de gestão utilizado) gerou choque cultural no hospital.	1	2	3	4	5
3	A definição do <i>Balanced Scorecard</i> (ou do modelo de gestão utilizado) contou com a participação dos grupos profissionais do hospital (especialmente, de médicos, enfermeiros e administradores).	1	2	3	4	5
4	O <i>Balanced Scorecard</i> (ou o modelo de gestão utilizado) é resultado de um modelo consensual entre os grupos profissionais do hospital (especialmente, de médicos, enfermeiros e administradores).	1	2	3	4	5
5	O <i>Balanced Scorecard</i> (ou o modelo de gestão utilizado) foi capaz de diferenciar a estratégia do hospital, reforçando sua singularidade perante as demais organizações hospitalares.	1	2	3	4	5
6	Na avaliação de desempenho, os gerentes (chefes ou supervisores) prestam relativamente pouca atenção às medidas específicas de cada unidade (departamento ou centro de responsabilidade), detendo-se mais nas medidas comuns do hospital.	1	2	3	4	5
7	As relações de causa e efeito entre as medidas ao longo das perspectivas do <i>Balanced Scorecard</i> (ou do modelo de gestão utilizado) tendem a simplificar a realidade hospitalar: são lineares, unidirecionais e demoram a serem revistas.	1	2	3	4	5
8	Houve dificuldades no estabelecimento de metas apropriadas.	1	2	3	4	5
9	Mesmo com o <i>Balanced Scorecard</i> (ou o modelo de gestão utilizado), o processo de estabelecimento de metas ainda obedece a um processo orçamentário tradicional, com peso no controle de custos.	1	2	3	4	5
10	O <i>Balanced Scorecard</i> usa um número excessivo de medidas de desempenho que supera a capacidade de gestão dos gerentes	1	2	3	4	5
11	A ligação entre as metas do <i>Balanced Scorecard</i> (ou do modelo de gestão utilizado) e os planos de remuneração variável (por desempenho) deve ser feita de maneira subjetiva, servindo apenas de referência no processo de tomada de decisão dos gerentes.	1	2	3	4	5

12	O <i>Balanced Scorecard</i> (ou o modelo de gestão utilizado) proporcionou uma melhor avaliação da competência dos profissionais.	1	2	3	4	5
13	O <i>Balanced Scorecard</i> (ou o modelo de gestão utilizado) pode deixar de lado algumas variáveis relevantes, desestimulando a observação de outras variáveis importantes fora do modelo.	1	2	3	4	5
14	O <i>Balanced Scorecard</i> (ou o modelo de gestão utilizado) é mecânico e apresenta estrutura hierárquica <i>top-down</i> - na qual a alta gerência gera os macro processos principais e, depois, detalha os processos que os compõem, descendo-se na estrutura hierárquica da organização - sendo difícil compatibilizá-lo com uma maior participação dos funcionários.	1	2	3	4	5
15	As medidas e as relações de causa e efeito entre as medidas ao longo das perspectivas do <i>Balanced Scorecard</i> (ou do modelo de gestão utilizado) permanecem inalteradas durante longo tempo, limitando sua validade.	1	2	3	4	5
16	O uso do <i>Balanced Scorecard</i> (ou do modelo de gestão utilizado) fez com que os processos de trabalho no hospital se tornassem mais coerentes com a estratégia geral da organização.	1	2	3	4	5
17	A implantação do <i>Balanced Scorecard</i> (ou do modelo de gestão utilizado) aumentou a prática da colaboração e cooperação entre os grupos profissionais internos (médicos, enfermeiros e administradores), diminuindo conflitos e facilitando a formação de equipes multidisciplinares.	1	2	3	4	5
18	O <i>Balanced Scorecard</i> (ou o modelo de gestão utilizado) orienta as ações para um melhor foco nas necessidades dos pacientes.	1	2	3	4	5
19	A implantação do <i>Balanced Scorecard</i> (ou do modelo de gestão utilizado) reduziu o caráter pessoal e desimpedido do relacionamento médico-paciente	1	2	3	4	5
20	A implantação do <i>Balanced Scorecard</i> (ou do modelo de gestão utilizado) fomentou a mobilização, a inovação e a criatividade.	1	2	3	4	5
21	A implantação do <i>Balanced Scorecard</i> (ou do modelo de gestão utilizado) reduziu o grau de autonomia (liberdade de tomada de decisões no processo de trabalho com base na competência técnica) dos profissionais.	1	2	3	4	5
22	A implantação do <i>Balanced Scorecard</i> (ou do modelo de gestão utilizado) incrementou a motivação dos funcionários para o trabalho.	1	2	3	4	5
23	O <i>Balanced Scorecard</i> (ou o modelo de gestão utilizado) não possui a flexibilidade necessária para contemplar alterações súbitas da estratégia.	1	2	3	4	5
24	O <i>Balanced Scorecard</i> (ou do modelo de gestão utilizado) se aplica ao contexto hospitalar.	1	2	3	4	5

INFORMAÇÕES DE QUALIFICAÇÃO DO RESPONDENTE: Marque com **X** na opção mais adequada.

5. Formação acadêmica principal:

() Medicina () Enfermagem () Administração/C. Contábeis/Economia

() Outra. Qual: _____

6. Possui cursos na área de gestão:

() Não () Sim. Quais: _____

7. Possui experiência na área de gestão:

Não Sim. Cite uma: _____

8. Função ou cargo ocupado:

Operacional Supervisão Gerência Direção

9. Regime de trabalho:

Rotina Plantão. Periodicidade: _____

10. Coordenação a que pertence:

Planejamento Administração Hospitalar Ensino e Pesquisa

11. Nome (facultativo): _____

Comentários adicionais, críticas e/ou sugestões: _____

ANEXO D – DISTRIBUIÇÃO DE FREQUÊNCIA DAS RESPOSTAS DO MONTE SINAI

<u>Assertivas sobre o <i>Balanced Scorecard</i></u>		Opiniões dos médicos (n=3)					Opiniões de toda amostra (n=11)				
Classificação das respostas: 1 = discordo plenamente, 2 = discordo parcialmente, 3 = não concordo nem discordo, 4 = concordo parcialmente, e 5 = concordo plenamente.		1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
1	As quatro perspectivas do BSC não se adaptaram perfeitamente à realidade do hospital.	2	1	-	-	-	8	2	1	-	-
2	A implantação do BSC gerou choque cultural no hospital.	-	-	-	2	1	-	-	3	6	2
3	A definição do BSC não contou com a participação dos grupos profissionais do hospital (especialmente, de médicos, enfermeiros e administradores).	-	2	1	-	-	5	2	1	2	1
4	O BSC não é resultado de um modelo consensual entre os grupos profissionais do hospital (especialmente, de médicos, enfermeiros e administradores).	-	2	-	1	-	3	3	-	4	1
5	O BSC não foi capaz de diferenciar a estratégia do hospital, reforçando sua singularidade perante as demais organizações hospitalares.	3	-	-	-	-	9	2	-	-	-
6	Na avaliação de desempenho, os gerentes (chefes ou supervisores) prestam relativamente pouca atenção às medidas específicas de cada unidade (departamento ou centro de responsabilidade), detendo-se mais nas medidas comuns do hospital.	1	-	1	1	-	5	-	2	4	-
7	As relações de causa e efeito entre as medidas ao longo das perspectivas do BSC tendem a simplificar a realidade hospitalar: são lineares, unidirecionais e demoram a serem revistas.	-	3	-	-	-	1	6	1	2	1
8	Houve dificuldades no estabelecimento de metas apropriadas.	-	-	-	2	1	-	1	2	4	4
9	Mesmo com o BSC, o processo de estabelecimento de metas ainda obedece a um processo orçamentário tradicional, com peso no controle de custos.	-	2	-	1	-	-	2	1	4	4
10	A ligação entre as metas do BSC e os planos de remuneração variável (por desempenho) deve ser feita de maneira subjetiva, servindo apenas de referência no processo de tomada de decisão dos gerentes.	1	-	-	2	-	6	1	1	2	1
11	O BSC não proporcionou uma melhor avaliação da competência dos profissionais.	2	1	-	-	-	3	6	1	-	1
12	O BSC pode deixar de lado algumas variáveis relevantes, desestimulando a observação de outras variáveis importantes fora do modelo.	1	-	2	-	-	5	1	2	3	-
13	O BSC é mecânico e apresenta estrutura hierárquica <i>top-down</i> - na qual a alta gerência gera os macro processos principais e, depois, detalha os processos que os compõem, descendo-se na estrutura hierárquica da organização - sendo difícil compatibilizá-lo com uma maior participação dos funcionários.	2	-	-	1	-	5	1	1	2	2

<u>Assertivas sobre o <i>Balanced Scorecard</i></u>		Opiniões dos médicos (n=3)					Opiniões de toda amostra (n=11)				
		1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
Classificação das respostas: 1 = discordo plenamente, 2 = discordo parcialmente, 3 = não concordo nem discordo, 4 = concordo parcialmente, e 5 = concordo plenamente.											
14	As medidas e as relações de causa e efeito entre as medidas ao longo das perspectivas do BSC permanecem inalteradas durante longo tempo, limitando sua validade.	3	-	-	-	-	6	4	-	1	-
15	O uso do BSC não fez com que os processos de trabalho no hospital se tornassem mais coerentes com a estratégia geral da organização.	3	-	-	-	-	9	1	1	-	-
16	A implantação do BSC não aumentou a prática da colaboração e cooperação entre os grupos profissionais internos (médicos, enfermeiros e administradores), diminuindo conflitos e facilitando a formação de equipes multidisciplinares.	2	1	-	-	-	4	4	-	-	3
17	O BSC não orienta as ações para um melhor foco nas necessidades dos pacientes.	3	-	-	-	-	7	2	1	-	1
18	A implantação do BSC reduziu o caráter pessoal e desimpedido do relacionamento médico-paciente	1	1	-	1	-	5	2	2	2	-
19	A implantação do BSC não fomentou a mobilização, a inovação e a criatividade.	1	2	-	-	-	7	3	-	-	1
20	A implantação do BSC reduziu o grau de autonomia (liberdade de tomada de decisões no processo de trabalho com base na competência técnica) dos profissionais.	2	1	-	-	-	5	4	1	-	1
21	A implantação do BSC não incrementou a motivação dos funcionários para o trabalho.	1	2	-	-	-	3	5	1	-	2
22	O BSC não possui a flexibilidade necessária para contemplar alterações súbitas da estratégia.	1	-	-	2	-	2	2	3	4	-
23	O BSC não se aplica ao contexto hospitalar	2	-	-	-	1	8	2	-	-	1

Fonte: pesquisa de campo

ANEXO E – COMPARAÇÃO ENTRE MEDIANAS DAS RESPOSTAS DO MONTE SINAI (MÉDICOS E OUTROS PROFISSIONAIS)

Assertivas	Médicos n=3	Outros n=8	Total n=11
1 – As quatro perspectivas do BSC não se adaptaram perfeitamente à realidade do hospital.	1,00	1,00	1,00
2 - A implantação do BSC gerou choque cultural no hospital.	4,00	4,00	4,00
3 - A definição do BSC não contou com a participação dos grupos profissionais do hospital (especialmente, de médicos, enfermeiros e administradores).	2,00	1,00	2,00
4 - O BSC não é resultado de um modelo consensual entre os grupos profissionais do hospital (especialmente, de médicos, enfermeiros e administradores).	2,00	3,00	2,00
5 - O BSC não foi capaz de diferenciar a estratégia do hospital, reforçando sua singularidade perante as demais organizações hospitalares.	1,00	1,00	1,00
6 - Na avaliação de desempenho, os gerentes (chefes ou supervisores) prestam relativamente pouca atenção às medidas específicas de cada unidade (departamento ou centro de responsabilidade), detendo-se mais nas medidas comuns do hospital.	3,00	2,00	3,00
7 - As relações de causa e efeito entre as medidas ao longo das perspectivas do BSC tendem a simplificar a realidade hospitalar: são lineares, unidirecionais e demoram a serem revistas.	2,00	2,50	2,00
8 - Houve dificuldades no estabelecimento de metas apropriadas.	4,00	4,00	4,00
9 - Mesmo com o BSC, o processo de estabelecimento de metas ainda obedece a um processo orçamentário tradicional, com peso no controle de custos.	2,00	4,50	4,00
10 - A ligação entre as metas do BSC e os planos de remuneração variável (por desempenho) deve ser feita de maneira subjetiva, servindo apenas de referência no processo de tomada de decisão dos gerentes.	4,00	1,00	1,00
11 - O BSC não proporcionou uma melhor avaliação da competência dos profissionais.	1,00	2,00	2,00
12 - O BSC pode deixar de lado algumas variáveis relevantes, desestimulando a observação de outras variáveis importantes fora do modelo.	3,00	1,50	2,00
13 - O BSC é mecânico e apresenta estrutura hierárquica <i>top-down</i> sendo difícil compatibilizá-lo com uma maior participação dos funcionários	1,00	2,50	2,00
14 - As medidas e as relações de causa e efeito entre as medidas ao longo das perspectivas do BSC permanecem inalteradas durante longo tempo, limitando sua validade.	1,00	2,00	1,00
15 - O uso do BSC não fez com que os processos de trabalho no hospital se tornassem mais coerentes com a estratégia geral da organização.	1,00	1,00	1,00
16 - A implantação do BSC não aumentou a prática da colaboração e cooperação entre os grupos profissionais internos (médicos, enfermeiros e administradores), diminuindo conflitos e facilitando a formação de equipes multidisciplinares.	1,00	2,00	2,00
17 - O BSC não orienta as ações para um melhor foco nas necessidades dos pacientes.	1,00	1,50	1,00

Assertivas	Médicos n=3	Outros n=8	Total n=11
18 - A implantação do BSC reduziu o caráter pessoal e desimpedido do relacionamento médico-paciente	2,00	1,50	2,00
19 - A implantação do BSC não fomentou a mobilização, a inovação e a criatividade.	2,00	1,00	1,00
20 - A implantação do BSC reduziu o grau de autonomia (liberdade de tomada de decisões no processo de trabalho com base na competência técnica) dos profissionais.	1,00	2,00	2,00
21 - A implantação do BSC não incrementou a motivação dos funcionários para o trabalho.	2,00	2,00	2,00
22 - O BSC não possui a flexibilidade necessária para contemplar alterações súbitas da estratégia.	4,00	3,00	3,00
23 - O BSC não se aplica ao contexto hospitalar	1,00	1,00	1,00

Fonte: pesquisa de campo

ANEXO F – DISTRIBUIÇÃO DE FREQUÊNCIA DAS RESPOSTAS DO INSTITUTO NACIONAL DE CARDIOLOGIA

<u>Assertivas sobre o <i>Balanced Scorecard</i></u> Classificação das respostas: 1 = discordo plenamente, 2 = discordo parcialmente, 3 = não concordo nem discordo, 4 = concordo parcialmente, e 5 = concordo plenamente.		Opiniões dos médicos (n=19)					Opiniões de toda amostra (n=31)				
		1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
1	As quatro perspectivas do BSC não se adaptaram perfeitamente à realidade do hospital.	4	8	2	5	-	8	12	4	7	-
2	A implantação do BSC gerou choque cultural no hospital.	3	1	3	6	6	3	2	7	10	9
3	A definição do BSC não contou com a participação dos grupos profissionais do hospital (especialmente, de médicos, enfermeiros e administradores).	11	3	1	2	2	15	4	3	4	5
4	O BSC não é resultado de um modelo consensual entre os grupos profissionais do hospital (especialmente, de médicos, enfermeiros e administradores).	5	4	1	3	6	6	9	3	4	9
5	O BSC não foi capaz de diferenciar a estratégia do hospital, reforçando sua singularidade perante as demais organizações hospitalares.	7	8	1	3	-	12	11	4	3	1
6	Na avaliação de desempenho, os gerentes (chefes ou supervisores) prestam relativamente pouca atenção às medidas específicas de cada unidade (departamento ou centro de responsabilidade), detendo-se mais nas medidas comuns do hospital.	4	4	1	10	-	5	9	2	13	2
7	As relações de causa e efeito entre as medidas ao longo das perspectivas do BSC tendem a simplificar a realidade hospitalar: são lineares, unidirecionais e demoram a serem revistas.	1	5	2	9	2	3	9	5	11	3
8	Houve dificuldades no estabelecimento de metas apropriadas.	1	2	3	8	5	1	6	6	12	6
9	Mesmo com o BSC, o processo de estabelecimento de metas ainda obedece a um processo orçamentário tradicional, com peso no controle de custos.	2	1	5	3	8	3	4	7	5	12
10	O BSC usa um número excessivo de medidas de desempenho que supera a capacidade de gestão dos gerentes	4	5	3	5	2	8	8	5	7	3
11	A ligação entre as metas do BSC e os planos de remuneração variável (por desempenho) deve ser feita de maneira subjetiva, servindo apenas de referência no processo de tomada de decisão dos gerentes.	4	2	2	10	1	9	4	2	14	2
12	O BSC não proporcionou uma melhor avaliação da competência dos profissionais.	5	6	2	2	4	7	9	4	5	6
13	O BSC pode deixar de lado algumas variáveis relevantes, desestimulando a observação de outras variáveis importantes fora do modelo.	-	3	1	6	9	2	6	3	9	11

Assertivas sobre o <i>Balanced Scorecard</i> Classificação das respostas: 1 = discordo plenamente, 2 = discordo parcialmente, 3 = não concordo nem discordo, 4 = concordo parcialmente, e 5 = concordo plenamente.		Opiniões dos médicos (n=19)					Opiniões de toda amostra (n=31)				
		1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
14	O BSC é mecânico e apresenta estrutura hierárquica <i>top-down</i> - na qual a alta gerência gera os macro processos principais e, depois, detalha os processos que os compõem, descendo-se na estrutura hierárquica da organização - sendo difícil compatibilizá-lo com uma maior participação dos funcionários.	1	3	3	9	3	6	6	3	11	5
15	As medidas e as relações de causa e efeito entre as medidas ao longo das perspectivas do BSC permanecem inalteradas durante longo tempo, limitando sua validade.	1	5	2	8	3	3	9	4	9	6
16	O uso do BSC não fez com que os processos de trabalho no hospital se tornassem mais coerentes com a estratégia geral da organização.	8	7	1	1	2	13	9	2	5	2
17	A implantação do BSC não aumentou a prática da colaboração e cooperação entre os grupos profissionais internos (médicos, enfermeiros e administradores), diminuindo conflitos e facilitando a formação de equipes multidisciplinares.	5	8	2	1	3	9	9	4	5	4
18	O BSC não orienta as ações para um melhor foco nas necessidades dos pacientes.	5	11	-	2	1	11	12	2	3	3
19	A implantação do BSC reduziu o caráter pessoal e desimpedido do relacionamento médico-paciente	8	5	1	3	2	12	5	3	8	3
20	A implantação do BSC não fomentou a mobilização, a inovação e a criatividade.	6	6	1	4	2	10	9	3	7	2
21	A implantação do BSC reduziu o grau de autonomia (liberdade de tomada de decisões no processo de trabalho com base na competência técnica) dos profissionais.	5	8	1	4	1	7	12	3	8	1
22	A implantação do BSC não incrementou a motivação dos funcionários para o trabalho.	4	9	3	1	2	7	11	6	4	3
23	O BSC não possui a flexibilidade necessária para contemplar alterações súbitas da estratégia.	1	3	6	6	3	4	6	6	12	3
24	O BSC não se aplica ao contexto hospitalar	8	10	1	-	-	14	11	2	4	-

Fonte: pesquisa de campo

ANEXO G – COMPARAÇÃO ENTRE MEDIANAS DO INC (MÉDICOS E DEMAIS PROFISSIONAIS)

Assertivas	Médicos	Outros	Total
1 - As quatro perspectivas do BSC não se adaptaram perfeitamente à realidade do hospital.	2,00	2,00	2,00
2 - A implantação do BSC gerou choque cultural no hospital.	4,00	4,00	4,00
3 - A definição do BSC não contou com a participação dos grupos profissionais do hospital (especialmente, de médicos, enfermeiros e administradores).	1,00	3,00	2,00
4 - O BSC não é resultado de um modelo consensual entre os grupos profissionais do hospital (especialmente, de médicos, enfermeiros e administradores).	3,00	2,50	3,00
5 - O BSC não foi capaz de diferenciar a estratégia do hospital, reforçando sua singularidade perante as demais organizações hospitalares.	2,00	2,00	2,00
6 - Na avaliação de desempenho, os gerentes (chefes ou supervisores) prestam relativamente pouca atenção às medidas específicas de cada unidade (departamento ou centro de responsabilidade), detendo-se mais nas medidas comuns do hospital.	4,00	2,50	3,00
7 - As relações de causa e efeito entre as medidas ao longo das perspectivas do BSC tendem a simplificar a realidade hospitalar: são lineares, unidirecionais e demoram a serem revistas.	4,00	2,50	3,00
8 - Houve dificuldades no estabelecimento de metas apropriadas.	4,00	3,00	4,00
9 - Mesmo com o BSC, o processo de estabelecimento de metas ainda obedece a um processo orçamentário tradicional, com peso no controle de custos.	4,00	3,50	4,00
10 - O BSC usa um número excessivo de medidas de desempenho que supera a capacidade de gestão dos gerentes	3,00	2,00	2,00
11 - A ligação entre as metas do BSC e os planos de remuneração variável (por desempenho) deve ser feita de maneira subjetiva, servindo apenas de referência no processo de tomada de decisão dos gerentes.	4,00	2,00	4,00
12 - O BSC não proporcionou uma melhor avaliação da competência dos profissionais.	2,00	3,00	2,00
13 - O BSC pode deixar de lado algumas variáveis relevantes, desestimulando a observação de outras variáveis importantes fora do modelo.	4,00	3,00	4,00
14 - O BSC é mecânico e apresenta estrutura hierárquica <i>top-down</i> sendo difícil compatibilizá-lo com uma maior participação dos funcionários	4,00	2,00	4,00
15 - As medidas e as relações de causa e efeito entre as medidas ao longo das perspectivas do BSC permanecem inalteradas durante longo tempo, limitando sua validade.	4,00	2,50	3,00
16 - O uso do BSC não fez com que os processos de trabalho no hospital se tornassem mais coerentes com a estratégia geral da organização.	2,00	2,00	2,00

Assertivas	Médicos	Outros	Total
17 - A implantação do BSC não aumentou a prática da colaboração e cooperação entre os grupos profissionais internos (médicos, enfermeiros e administradores), diminuindo conflitos e facilitando a formação de equipes multidisciplinares.	2,00	3,00	2,00
18 - O BSC não orienta as ações para um melhor foco nas necessidades dos pacientes.	2,00	1,50	2,00
19 - A implantação do BSC reduziu o caráter pessoal e desimpedido do relacionamento médico-paciente	2,00	3,50	2,00
20 - A implantação do BSC não fomentou a mobilização, a inovação e a criatividade.	2,00	2,00	2,00
21 - A implantação do BSC reduziu o grau de autonomia (liberdade de tomada de decisões no processo de trabalho com base na competência técnica) dos profissionais.	2,00	2,50	2,00
22 - A implantação do BSC não incrementou a motivação dos funcionários para o trabalho.	2,00	3,00	2,00
23 - O BSC não possui a flexibilidade necessária para contemplar alterações súbitas da estratégia.	3,00	3,00	3,00
24 - O BSC não se aplica ao contexto hospitalar	2,00	1,50	2,00

Fonte: pesquisa de campo

ANEXO H – COMPARAÇÃO ENTRE MEDIANAS DO INC (CURSO NA ÁREA DE GESTÃO)

Assertivas	Não	Sim	Total
1 - As quatro perspectivas do BSC não se adaptaram perfeitamente à realidade do hospital.	2,50	2,00	2,00
2 - A implantação do BSC gerou choque cultural no hospital.	4,00	4,00	4,00
3 - A definição do BSC não contou com a participação dos grupos profissionais do hospital (especialmente, de médicos, enfermeiros e administradores).	1,50	2,00	2,00
4 - O BSC não é resultado de um modelo consensual entre os grupos profissionais do hospital (especialmente, de médicos, enfermeiros e administradores).	2,00	3,00	3,00
5 - O BSC não foi capaz de diferenciar a estratégia do hospital, reforçando sua singularidade perante as demais organizações hospitalares.	2,00	2,00	2,00
6 - Na avaliação de desempenho, os gerentes (chefes ou supervisores) prestam relativamente pouca atenção às medidas específicas de cada unidade (departamento ou centro de responsabilidade), detendo-se mais nas medidas comuns do hospital.	2,50	4,00	3,00
7 - As relações de causa e efeito entre as medidas ao longo das perspectivas do BSC tendem a simplificar a realidade hospitalar: são lineares, unidirecionais e demoram a serem revistas.	3,00	3,00	3,00
8 - Houve dificuldades no estabelecimento de metas apropriadas.	4,00	3,00	4,00
9 - Mesmo com o BSC, o processo de estabelecimento de metas ainda obedece a um processo orçamentário tradicional, com peso no controle de custos	3,00	4,00	4,00
10 - O BSC usa um número excessivo de medidas de desempenho que supera a capacidade de gestão dos gerentes	2,50	2,00	2,00
11 - A ligação entre as metas do BSC e os planos de remuneração variável (por desempenho) deve ser feita de maneira subjetiva, servindo apenas de referência no processo de tomada de decisão dos gerentes	3,00	4,00	4,00
12 - O BSC não proporcionou uma melhor avaliação da competência dos profissionais	3,00	2,00	2,00
13 - O BSC pode deixar de lado algumas variáveis relevantes, desestimulando a observação de outras variáveis importantes fora do modelo	4,00	4,00	4,00
14 - O BSC é mecânico e apresenta estrutura hierárquica <i>top-down</i> sendo difícil compatibilizá-lo com uma maior participação dos funcionários	4,00	3,00	4,00
15 - As medidas e as relações de causa e efeito entre as medidas ao longo das perspectivas do BSC permanecem inalteradas durante longo tempo, limitando sua validade.	4,00	3,00	3,00
16 - O uso do BSC não fez com que os processos de trabalho no hospital se tornassem mais coerentes com a estratégia geral da organização.	2,00	2,00	2,00

Assertivas	Não	Sim	Total
17 - A implantação do BSC não aumentou a prática da colaboração e cooperação entre os grupos profissionais internos (médicos, enfermeiros e administradores), diminuindo conflitos e facilitando a formação de equipes multidisciplinares.	2,50	2,00	2,00
18 - O BSC não orienta as ações para um melhor foco nas necessidades dos pacientes.	2,00	2,00	2,00
19 - A implantação do BSC reduziu o caráter pessoal e desimpedido do relacionamento médico-paciente	2,00	2,00	2,00
20 - A implantação do BSC não fomentou a mobilização, a inovação e a criatividade.	2,00	2,00	2,00
21 - A implantação do BSC reduziu o grau de autonomia (liberdade de tomada de decisões no processo de trabalho com base na competência técnica) dos profissionais.	2,00	2,00	2,00
22 - A implantação do BSC não incrementou a motivação dos funcionários para o trabalho.	2,50	2,00	2,00
23 - O BSC não possui a flexibilidade necessária para contemplar alterações súbitas da estratégia.	4,00	3,00	3,00
24 - O BSC não se aplica ao contexto hospitalar	2,00	1,00	2,00

Fonte: pesquisa de campo

ANEXO I – COMPARAÇÃO ENTRE MEDIANAS DO INC (EXPERIÊNCIA EM GESTÃO)

Assertivas	Não	Sim	Total
1 - As quatro perspectivas do BSC não se adaptaram perfeitamente à realidade do hospital.	2,50	2,00	2,00
2 - A implantação do BSC gerou choque cultural no hospital.	3,50	4,00	4,00
3 - A definição do BSC não contou com a participação dos grupos profissionais do hospital (especialmente, de médicos, enfermeiros e administradores).	3,00	1,00	2,00
4 - O BSC não é resultado de um modelo consensual entre os grupos profissionais do hospital (especialmente, de médicos, enfermeiros e administradores).	3,50	3,00	3,00
5 - O BSC não foi capaz de diferenciar a estratégia do hospital, reforçando sua singularidade perante as demais organizações hospitalares.	2,00	2,00	2,00
6 - Na avaliação de desempenho, os gerentes (chefes ou supervisores) prestam relativamente pouca atenção às medidas específicas de cada unidade (departamento ou centro de responsabilidade), detendo-se mais nas medidas comuns do hospital.	2,00	4,00	3,00
7 - As relações de causa e efeito entre as medidas ao longo das perspectivas do BSC tendem a simplificar a realidade hospitalar: são lineares, unidirecionais e demoram a serem revistas.	4,00	3,00	3,00
8 - Houve dificuldades no estabelecimento de metas apropriadas.	3,50	4,00	4,00
9 - Mesmo com o BSC, o processo de estabelecimento de metas ainda obedece a um processo orçamentário tradicional, com peso no controle de custos.	3,00	4,00	4,00
10 - O BSC usa um número excessivo de medidas de desempenho que supera a capacidade de gestão dos gerentes	3,00	2,00	2,00
11 - A ligação entre as metas do BSC e os planos de remuneração variável (por desempenho) deve ser feita de maneira subjetiva, servindo apenas de referência no processo de tomada de decisão dos gerentes.	2,50	4,00	4,00
12 - O BSC não proporcionou uma melhor avaliação da competência dos profissionais.	2,50	2,00	2,00
13 - O BSC pode deixar de lado algumas variáveis relevantes, desestimulando a observação de outras variáveis importantes fora do modelo.	4,50	4,00	4,00
14 - O BSC é mecânico e apresenta estrutura hierárquica <i>top-down</i> sendo difícil compatibilizá-lo com uma maior participação dos funcionários	4,00	3,00	4,00
15 - As medidas e as relações de causa e efeito entre as medidas ao longo das perspectivas do BSC permanecem inalteradas durante longo tempo, limitando sua validade.	4,00	3,00	3,00
16 - O uso do BSC não fez com que os processos de trabalho no hospital se tornassem mais coerentes com a estratégia geral da organização.	2,50	2,00	2,00

Assertivas	Não	Sim	Total
17 - A implantação do BSC não aumentou a prática da colaboração e cooperação entre os grupos profissionais internos (médicos, enfermeiros e administradores), diminuindo conflitos e facilitando a formação de equipes multidisciplinares.	4,50	2,00	2,00
18 - O BSC não orienta as ações para um melhor foco nas necessidades dos pacientes.	2,00	2,00	2,00
19 - A implantação do BSC reduziu o caráter pessoal e desimpedido do relacionamento médico-paciente	1,50	2,00	2,00
20 - A implantação do BSC não fomentou a mobilização, a inovação e a criatividade.	2,00	2,00	2,00
21 - A implantação do BSC reduziu o grau de autonomia (liberdade de tomada de decisões no processo de trabalho com base na competência técnica) dos profissionais.	3,00	2,00	2,00
22 - A implantação do BSC não incrementou a motivação dos funcionários para o trabalho.	3,50	2,00	2,00
23 - O BSC não possui a flexibilidade necessária para contemplar alterações súbitas da estratégia.	4,00	3,00	3,00
24 - O BSC não se aplica ao contexto hospitalar	2,00	2,00	2,00

Fonte: pesquisa de campo

ANEXO J – COMPARAÇÃO ENTRE MEDIANAS DO INC (POR FUNÇÃO)

Assertivas	Operacional	Supervisão	Gerência	Direção
1 - As quatro perspectivas do BSC não se adaptaram perfeitamente à realidade do hospital.	2,00	3,00	2,00	2,00
2 - A implantação do BSC gerou choque cultural no hospital.	3,00	4,00	4,00	4,00
3 - A definição do BSC não contou com a participação dos grupos profissionais do hospital (especialmente, de médicos, enfermeiros e administradores).	1,00	2,50	2,00	5,00
4 - O BSC não é resultado de um modelo consensual entre os grupos profissionais do hospital (especialmente, de médicos, enfermeiros e administradores).	2,00	3,50	2,00	5,00
5 - O BSC não foi capaz de diferenciar a estratégia do hospital, reforçando sua singularidade perante as demais organizações hospitalares.	1,00	2,50	2,00	2,00
6 - Na avaliação de desempenho, os gerentes (chefes ou supervisores) prestam relativamente pouca atenção às medidas específicas de cada unidade (departamento ou centro de responsabilidade), detendo-se mais nas medidas comuns do hospital.	4,00	2,00	3,00	4,00
7 - As relações de causa e efeito entre as medidas ao longo das perspectivas do BSC tendem a simplificar a realidade hospitalar: são lineares, unidirecionais e demoram a serem revistas.	4,00	3,50	2,00	2,50
8 - Houve dificuldades no estabelecimento de metas apropriadas.	4,00	4,00	3,00	4,00
9 - Mesmo com o BSC, o processo de estabelecimento de metas ainda obedece a um processo orçamentário tradicional, com peso no controle de custos.	3,50	4,00	4,00	3,00
10 - O BSC usa um número excessivo de medidas de desempenho que supera a capacidade de gestão dos gerentes	2,00	2,50	3,00	1,50
11 - A ligação entre as metas do BSC e os planos de remuneração variável (por desempenho) deve ser feita de maneira subjetiva, servindo apenas de referência no processo de tomada de decisão dos gerentes	4,00	1,00	4,00	4,00
12 - O BSC não proporcionou uma melhor avaliação da competência dos profissionais.	2,00	3,50	3,00	3,50
13 - O BSC pode deixar de lado algumas variáveis relevantes, desestimulando a observação de outras variáveis importantes fora do modelo.	4,00	4,50	4,00	3,50
14 - O BSC é mecânico e apresenta estrutura hierárquica <i>top-down</i> sendo difícil compatibilizá-lo com uma maior participação dos funcionários	2,50	3,00	4,00	3,50

Assertivas	Operacional	Supervisão	Gerência	Direção
15 - As medidas e as relações de causa e efeito entre as medidas ao longo das perspectivas do BSC permanecem inalteradas durante longo tempo, limitando sua validade.	4,00	2,50	4,00	2,50
16 - O uso do BSC não fez com que os processos de trabalho no hospital se tornassem mais coerentes com a estratégia geral da organização.	1,00	3,00	2,00	1,50
17 - A implantação do BSC não aumentou a prática da colaboração e cooperação entre os grupos profissionais internos (médicos, enfermeiros e administradores), diminuindo conflitos e facilitando a formação de equipes multidisciplinares.	1,00	3,50	3,00	2,00
18 - O BSC não orienta as ações para um melhor foco nas necessidades dos pacientes.	2,00	1,50	2,00	2,00
19 - A implantação do BSC reduziu o caráter pessoal e desimpedido do relacionamento médico-paciente	2,00	2,50	3,00	1,50
20 - A implantação do BSC não fomentou a mobilização, a inovação e a criatividade.	2,00	2,00	3,00	2,00
21 - A implantação do BSC reduziu o grau de autonomia (liberdade de tomada de decisões no processo de trabalho com base na competência técnica) dos profissionais.	2,00	2,00	2,00	1,50
22 - A implantação do BSC não incrementou a motivação dos funcionários para o trabalho.	2,00	3,00	3,00	2,00
23 - O BSC não possui a flexibilidade necessária para contemplar alterações súbitas da estratégia.	3,00	4,00	2,00	4,00
24 - O BSC não se aplica ao contexto hospitalar	1,00	2,00	2,00	2,00

Fonte: pesquisa de campo

ANEXO K – COMPARAÇÃO ENTRE MEDIANAS DO INC (POR COORDENAÇÃO)

Assertivas	Planejamento	Administração	Hospitalar	Ensino e Pesquisa
1 - As quatro perspectivas do BSC não se adaptaram perfeitamente à realidade do hospital.	2,00	2,00	2,00	2,50
2 - A implantação do BSC gerou choque cultural no hospital.	4,00	1,00	4,00	4,50
3 - A definição do BSC não contou com a participação dos grupos profissionais do hospital (especialmente, de médicos, enfermeiros e administradores).	2,00	5,00	1,00	1,50
4 - O BSC não é resultado de um modelo consensual entre os grupos profissionais do hospital (especialmente, de médicos, enfermeiros e administradores).	4,00	5,00	3,00	1,50
5 - O BSC não foi capaz de diferenciar a estratégia do hospital, reforçando sua singularidade perante as demais organizações hospitalares.	1,00	2,00	2,00	1,50
6 - Na avaliação de desempenho, os gerentes (chefes ou supervisores) prestam relativamente pouca atenção às medidas específicas de cada unidade (departamento ou centro de responsabilidade), detendo-se mais nas medidas comuns do hospital.	4,00	4,00	3,00	3,00
7 - As relações de causa e efeito entre as medidas ao longo das perspectivas do BSC tendem a simplificar a realidade hospitalar: são lineares, unidirecionais e demoram a serem revistas.	4,00	2,00	3,00	2,50
8 - Houve dificuldades no estabelecimento de metas apropriadas.	3,00	4,00	4,00	3,00
9 - Mesmo com o BSC, o processo de estabelecimento de metas ainda obedece a um processo orçamentário tradicional, com peso no controle de custos.	3,00	5,00	5,00	1,50
10 - O BSC usa um número excessivo de medidas de desempenho que supera a capacidade de gestão dos gerentes	2,00	2,00	3,00	1,50
11 - A ligação entre as metas do BSC e os planos de remuneração variável (por desempenho) deve ser feita de maneira subjetiva, servindo apenas de referência no processo de tomada de decisão dos gerentes.	4,00	4,00	4,00	1,50
12 - O BSC não proporcionou uma melhor avaliação da competência dos profissionais.	2,00	5,00	3,00	3,50

Assertivas	Planejamento	Administração	Hospitalar	Ensino e Pesquisa
13 - O BSC pode deixar de lado algumas variáveis relevantes, desestimulando a observação de outras variáveis importantes fora do modelo.	4,00	5,00	5,00	1,50
14 - O BSC é mecânico e apresenta estrutura hierárquica <i>top-down</i> sendo difícil compatibilizá-lo com uma maior participação dos funcionários	2,00	5,00	4,00	2,00
15 - As medidas e as relações de causa e efeito entre as medidas ao longo das perspectivas do BSC permanecem inalteradas durante longo tempo, limitando sua validade.	2,00	3,00	4,00	3,50
16 - O uso do BSC não fez com que os processos de trabalho no hospital se tornassem mais coerentes com a estratégia geral da organização.	1,00	1,00	2,00	2,50
17 - A implantação do BSC não aumentou a prática da colaboração e cooperação entre os grupos profissionais internos (médicos, enfermeiros e administradores), diminuindo conflitos e facilitando a formação de equipes multidisciplinares.	2,00	2,00	3,00	3,00
18 - O BSC não orienta as ações para um melhor foco nas necessidades dos pacientes.	1,00	5,00	2,00	3,00
19 - A implantação do BSC reduziu o caráter pessoal e desimpedido do relacionamento médico-paciente	2,00	1,00	3,00	2,50
20 - A implantação do BSC não fomentou a mobilização, a inovação e a criatividade.	1,00	4,00	2,00	3,00
21 - A implantação do BSC reduziu o grau de autonomia (liberdade de tomada de decisões no processo de trabalho com base na competência técnica) dos profissionais.	2,00	1,00	2,00	2,50
22 - A implantação do BSC não incrementou a motivação dos funcionários para o trabalho.	2,00	2,00	3,00	2,50
23 - O BSC não possui a flexibilidade necessária para contemplar alterações súbitas da estratégia.	3,00	3,00	4,00	3,50
24 - O BSC não se aplica ao contexto hospitalar	1,00	2,00	2,00	2,50

Fonte: pesquisa de campo

ANEXO L – COMPARAÇÃO ENTRE OS RESULTADOS DO HOSPITAL MONTE SINAI E DO INSTITUTO NACIONAL DE CARDIOLOGIA

	Assertivas sobre o <i>Balanced Scorecard</i>										HMS					INC														
	Classificação das respostas: 1 = discordo plenamente, 2 = discordo parcialmente, 3 = não concordo nem discordo, 4 = concordo parcialmente, e 5 = concordo plenamente.										Opiniões dos médicos (n=3)					Opiniões de toda amostra (n=11)														
	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5										
1	As quatro perspectivas do BSC não se adaptaram perfeitamente à realidade do hospital.										2	1	-	-	-	8	2	1	-	-	4	8	2	5	-	8	12	4	7	-
2	A implantação do BSC gerou choque cultural no hospital.										-	-	-	2	1	-	-	3	6	2	3	1	3	6	6	3	2	7	10	9
3	A definição do BSC não contou com a participação dos grupos profissionais do hospital (especialmente, de médicos, enfermeiros e administradores).										-	2	1	-	-	5	2	1	2	1	11	3	1	2	2	15	4	3	4	5
4	O BSC não é resultado de um modelo consensual entre os grupos profissionais do hospital (especialmente, de médicos, enfermeiros e administradores).										-	2	-	1	-	3	3	-	4	1	5	4	1	3	6	6	9	3	4	9
5	O BSC não foi capaz de diferenciar a estratégia do hospital, reforçando sua singularidade perante as demais organizações hospitalares.										3	-	-	-	-	9	2	-	-	-	7	8	1	3	-	12	11	4	3	1
6	Na avaliação de desempenho, os gerentes (chefes ou supervisores) prestam relativamente pouca atenção às medidas específicas de cada unidade (departamento ou centro de responsabilidade), detendo-se mais nas medidas comuns do hospital.										1	-	1	1	-	5	-	2	4	-	4	4	1	10	-	5	9	2	13	2
7	As relações de causa e efeito entre as medidas ao longo das perspectivas do BSC tendem a simplificar a realidade hospitalar: são lineares, unidirecionais e demoram a serem revistas.										-	3	-	-	-	1	6	1	2	1	1	5	2	9	2	3	9	5	11	3
8	Houve dificuldades no estabelecimento de metas apropriadas										-	-	-	2	1	-	1	2	4	4	1	2	3	8	5	1	6	6	12	6
9	Mesmo com o BSC, o processo de estabelecimento de metas ainda obedece a um processo orçamentário tradicional, com peso no controle de custos.										-	2	-	1	-	-	2	1	4	4	2	1	5	3	8	3	4	7	5	12

Assertivas sobre o <i>Balanced Scorecard</i>	HMS					INC				
	Opiniões dos médicos (n=3)					Opiniões de toda amostra (n=11)				
	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
Classificação das respostas: 1 = discordo plenamente, 2 = discordo parcialmente, 3 = não concordo nem discordo, 4 = concordo parcialmente, e 5 = concordo plenamente.										
10 A ligação entre as metas do BSC e os planos de remuneração variável (por desempenho) deve ser feita de maneira subjetiva, servindo apenas de referência no processo de tomada de decisão dos gerentes.	1	-	-	2	-	6	1	1	2	1
11 O BSC não proporcionou uma melhor avaliação da competência dos profissionais.	2	1	-	-	-	3	6	1	-	1
12 O BSC pode deixar de lado algumas variáveis relevantes, desestimulando a observação de outras variáveis importantes fora do modelo.	1	-	2	-	-	5	1	2	3	-
13 O BSC é mecânico e apresenta estrutura hierárquica <i>top-down</i> - na qual a alta gerência gera os macro processos principais e, depois, detalha os processos que os compõem, descendo-se na estrutura hierárquica da organização - sendo difícil compatibilizá-lo com uma maior participação dos funcionários.	2	-	-	1	-	5	1	1	2	2
14 As medidas e as relações de causa e efeito entre as medidas ao longo das perspectivas do BSC permanecem inalteradas durante longo tempo, limitando sua validade.	3	-	-	-	-	6	4	-	1	-
15 O uso do BSC não fez com que os processos de trabalho no hospital se tornassem mais coerentes com a estratégia geral da organização.	3	-	-	-	-	9	1	1	-	-
16 A implantação do BSC não aumentou a prática da colaboração e cooperação entre os grupos profissionais internos (médicos, enfermeiros e administradores), diminuindo conflitos e facilitando a formação de equipes multidisciplinares.	2	1	-	-	-	4	4	-	-	3
	4	2	1	1	1	2	10	1	1	2
	5	2	3	4	5	1	2	3	4	5
	9	4	2	14	2	7	9	4	5	6
	2	9	4	5	6	2	6	3	9	11
	6	6	3	9	3	1	3	3	9	3
	3	9	4	9	6	1	5	2	8	3
	6	3	9	6	3	6	6	3	11	5
	3	9	4	9	6	1	5	2	8	3
	6	3	9	6	3	6	4	-	1	-
	3	9	4	9	6	9	1	1	-	-
	2	9	4	5	2	4	4	-	-	3
	13	9	4	5	2	8	2	1	3	9
	5	2	3	4	5	5	8	2	1	3
	2	5	2	14	2	9	9	4	5	4

ANEXO M – COMPARAÇÃO ENTRE MEDIANAS DO HOSPITAL MONTE SINAI E DO INSTITUTO NACIONAL DE CARDIOLOGIA

Assertivas	HMS	INC
1 - As quatro perspectivas do BSC não se adaptaram perfeitamente à realidade do hospital	1,00	2,00
2 - A implantação do BSC gerou choque cultural no hospital.	4,00	4,00
3 - A definição do BSC não contou com a participação dos grupos profissionais do hospital (especialmente, de médicos, enfermeiros e administradores).	2,00	2,00
4 - O BSC não é resultado de um modelo consensual entre os grupos profissionais do hospital (especialmente, de médicos, enfermeiros e administradores).	2,00	3,00
5 - O BSC não foi capaz de diferenciar a estratégia do hospital, reforçando sua singularidade perante as demais organizações hospitalares.	1,00	2,00
6 - Na avaliação de desempenho, os gerentes (chefes ou supervisores) prestam relativamente pouca atenção às medidas específicas de cada unidade (departamento ou centro de responsabilidade), detendo-se mais nas medidas comuns do hospital.	3,00	3,00
7 - As relações de causa e efeito entre as medidas ao longo das perspectivas do BSC tendem a simplificar a realidade hospitalar: são lineares, unidirecionais e demoram a serem revistas.	2,00	3,00
8 - Houve dificuldades no estabelecimento de metas apropriadas.	4,00	4,00
9 - Mesmo com o BSC, o processo de estabelecimento de metas ainda obedece a um processo orçamentário tradicional, com peso no controle de custos.	4,00	4,00
10 - A ligação entre as metas do BSC e os planos de remuneração variável (por desempenho) deve ser feita de maneira subjetiva, servindo apenas de referência no processo de tomada de decisão dos gerentes.	1,00	4,00
11 - O BSC não proporcionou uma melhor avaliação da competência dos profissionais.	2,00	2,00
12 - O BSC pode deixar de lado algumas variáveis relevantes, desestimulando a observação de outras variáveis importantes fora do modelo.	2,00	4,00
13 - O BSC é mecânico e apresenta estrutura hierárquica <i>top-down</i> sendo difícil compatibilizá-lo com uma maior participação dos funcionários	2,00	4,00
14 - As medidas e as relações de causa e efeito entre as medidas ao longo das perspectivas do BSC permanecem inalteradas durante longo tempo, limitando sua validade.	1,00	3,00
15 - O uso do BSC não fez com que os processos de trabalho no hospital se tornassem mais coerentes com a estratégia geral da organização.	1,00	2,00
16 - A implantação do BSC não aumentou a prática da colaboração e cooperação entre os grupos profissionais internos (médicos, enfermeiros e administradores), diminuindo conflitos e facilitando a formação de equipes multidisciplinares.	2,00	2,00
17 - O BSC não orienta as ações para um melhor foco nas necessidades dos pacientes.	1,00	2,00
18 - A implantação do BSC reduziu o caráter pessoal e desimpedido do relacionamento médico-paciente	2,00	2,00

Assertivas	HMS	INC
19 - A implantação do BSC não fomentou a mobilização, a inovação e a criatividade.	1,00	2,00
20 - A implantação do BSC reduziu o grau de autonomia (liberdade de tomada de decisões no processo de trabalho com base na competência técnica) dos profissionais.	2,00	2,00
21 - A implantação do BSC não incrementou a motivação dos funcionários para o trabalho.	2,00	2,00
22 - O BSC não possui a flexibilidade necessária para contemplar alterações súbitas da estratégia.	3,00	3,00
23 - O BSC não se aplica ao contexto hospitalar	1,00	2,00

Fonte: pesquisa de campo

ANEXO N – COMPARAÇÃO ENTRE MEDIANAS DOS MÉDICOS DO HOSPITAL MONTE SINAI E DO INSTITUTO NACIONAL DE CARDIOLOGIA

Assertivas	HMS	INC
1 - As quatro perspectivas do BSC não se adaptaram perfeitamente à realidade do hospital	1,00	2,00
2 - A implantação do BSC gerou choque cultural no hospital.	4,00	4,00
3 - A definição do BSC não contou com a participação dos grupos profissionais do hospital (especialmente, de médicos, enfermeiros e administradores).	2,00	1,00
4 - O BSC não é resultado de um modelo consensual entre os grupos profissionais do hospital (especialmente, de médicos, enfermeiros e administradores).	2,00	3,00
5 - O BSC não foi capaz de diferenciar a estratégia do hospital, reforçando sua singularidade perante as demais organizações hospitalares.	1,00	2,00
6 - Na avaliação de desempenho, os gerentes (chefes ou supervisores) prestam relativamente pouca atenção às medidas específicas de cada unidade (departamento ou centro de responsabilidade), detendo-se mais nas medidas comuns do hospital.	3,00	4,00
7 - As relações de causa e efeito entre as medidas ao longo das perspectivas do BSC tendem a simplificar a realidade hospitalar: são lineares, unidirecionais e demoram a serem revistas.	2,00	4,00
8 - Houve dificuldades no estabelecimento de metas apropriadas.	4,00	4,00
9 - Mesmo com o BSC, o processo de estabelecimento de metas ainda obedece a um processo orçamentário tradicional, com peso no controle de custos.	2,00	4,00
10 - A ligação entre as metas do BSC e os planos de remuneração variável (por desempenho) deve ser feita de maneira subjetiva, servindo apenas de referência no processo de tomada de decisão dos gerentes.	4,00	4,00
11 - O BSC não proporcionou uma melhor avaliação da competência dos profissionais.	1,00	2,00
12 - O BSC pode deixar de lado algumas variáveis relevantes, desestimulando a observação de outras variáveis importantes fora do modelo.	3,00	4,00
13 - O BSC é mecânico e apresenta estrutura hierárquica <i>top-down</i> sendo difícil compatibilizá-lo com uma maior participação dos funcionários	1,00	4,00
14 - As medidas e as relações de causa e efeito entre as medidas ao longo das perspectivas do BSC permanecem inalteradas durante longo tempo, limitando sua validade.	1,00	4,00
15 - O uso do BSC não fez com que os processos de trabalho no hospital se tornassem mais coerentes com a estratégia geral da organização.	1,00	2,00
16 - A implantação do BSC não aumentou a prática da colaboração e cooperação entre os grupos profissionais internos (médicos, enfermeiros e administradores), diminuindo conflitos e facilitando a formação de equipes multidisciplinares.	1,00	2,00
17 - O BSC não orienta as ações para um melhor foco nas necessidades dos pacientes.	1,00	2,00
18 - A implantação do BSC reduziu o caráter pessoal e desimpedido do relacionamento médico-paciente	2,00	2,00

Assertivas	HMS	INC
19 - A implantação do BSC não fomentou a mobilização, a inovação e a criatividade.	2,00	2,00
20 - A implantação do BSC reduziu o grau de autonomia (liberdade de tomada de decisões no processo de trabalho com base na competência técnica) dos profissionais.	1,00	2,00
21 - A implantação do BSC não incrementou a motivação dos funcionários para o trabalho.	2,00	2,00
22 - O BSC não possui a flexibilidade necessária para contemplar alterações súbitas da estratégia.	4,00	3,00
23 - O BSC não se aplica ao contexto hospitalar	1,00	2,00

Fonte: pesquisa de campo