

A utilização do Balanced Scorecard em hospitais: o caso do Hospital Nove de Julho

Fernanda De Medeiros Carvalho

Lidiane Nazaré Da Silva Dias

Victor Prochnik

Resumo:

A recente crise da saúde no Município do Rio de Janeiro, culminando em uma intervenção federal, trouxe a público a existência de fortes deficiências na gestão hospitalar pública. Também são notórios os problemas de gestão de muitos hospitais privados. Silva e Prochnik (2005), por exemplo, mostram que os hospitais da amostra examinada não têm sequer indicadores para um acompanhamento regular da gestão. Neste contexto, é relevante mostrar as iniciativas dos hospitais líderes por uma gestão de maior qualidade. Entre os hospitais brasileiros, destaca-se o Hospital Nove de Julho (H9J), detentor de vários prêmios de qualidade e atendimento. Assim, este trabalho procura identificar benefícios e dificuldades advindos da implantação e uso do ?Balanced Scorecard? (BSC) no H9J, um dos primeiros a implantar esta ferramenta de gestão no Brasil. Entre outras conclusões, o trabalho procura mostrar que: (1) o BSC é perfeitamente adaptável a hospitais brasileiros, podendo requerer algumas modificações para ajustar-se a realidade dos mesmos; (2) no H9J, o BSC foi muito útil para direcionar atividades no sentido da estratégia; e (3) uma dificuldade encontrada foi a adaptação cultural requerida para a utilização dos indicadores e para o gerenciamento de informações provenientes do modelo.

Área temática: *Controladoria*

A utilização do Balanced Scorecard em hospitais: o caso do Hospital Nove de Julho

Fernanda de Medeiros Carvalho (Universidade Federal do Rio de Janeiro – Brasil) fcarvalho@facc.ufrj.br

Lidiane Nazaré da Silva Dias (Universidade Federal do Rio de Janeiro – Brasil) lidiane@facc.ufrj.br

Victor Prochnik (Universidade Federal do Rio de Janeiro – Brasil) victor@ie.ufrj.br

Resumo

A recente crise da saúde no Município do Rio de Janeiro, culminando em uma intervenção federal, trouxe a público a existência de fortes deficiências na gestão hospitalar pública. Também são notórios os problemas de gestão de muitos hospitais privados. Silva e Prochnik (2005), por exemplo, mostram que os hospitais da amostra examinada não têm sequer indicadores para um acompanhamento regular da gestão. Neste contexto, é relevante mostrar as iniciativas dos hospitais líderes por uma gestão de maior qualidade. Entre os hospitais brasileiros, destaca-se o Hospital Nove de Julho (H9J), detentor de vários prêmios de qualidade e atendimento. Assim, este trabalho procura identificar benefícios e dificuldades advindos da implantação e uso do “Balanced Scorecard” (BSC) no H9J, um dos primeiros a implantar esta ferramenta de gestão no Brasil. Entre outras conclusões, o trabalho procura mostrar que: (1) o BSC é perfeitamente adaptável a hospitais brasileiros, podendo requerer algumas modificações para ajustar-se a realidade dos mesmos; (2) no H9J, o BSC foi muito útil para direcionar atividades no sentido da estratégia; e (3) uma dificuldade encontrada foi a adaptação cultural requerida para a utilização dos indicadores e para o gerenciamento de informações provenientes do modelo.

Palavras chave: Balanced Scorecard, Organizações de saúde, Implantação.

Área Temática: Controladoria.

1. Introdução

A recente crise da saúde no Município do Rio de Janeiro, culminando em uma intervenção federal, trouxe a público a existência de fortes deficiências na gestão hospitalar pública. Também são notórios os problemas de gestão de muitos hospitais privados. Silva e Prochnik (2005), por exemplo, mostram que os hospitais da amostra examinada não têm sequer indicadores para um acompanhamento regular da gestão.

Mas também se observa que o acirramento da concorrência, a pressão dos clientes (principalmente os planos de saúde) e o maior impacto da regulamentação e outros fatores estão fazendo com que os hospitais brasileiros procurem profissionalizar sua gestão.

Conforme Nathan e Pelfrey (2004, p.24) “os profissionais da área de saúde são incentivados continuamente a melhorar a qualidade de seus serviços médicos e ao mesmo tempo são pressionados a diminuir custos para permanecerem economicamente viáveis”. Desta forma, acreditam que os problemas pertinentes à administração dos hospitais são melhor visualizados e conseqüentemente mais rapidamente solucionados se estas possuírem um melhor gerenciamento estratégico.

Silva e Prochnik (2005) mostram que, no exterior, o *Balanced Scorecard* (BSC) vem sendo crescentemente empregado por hospitais que buscam estes objetivos.

Neste contexto, é relevante mostrar as iniciativas dos hospitais líderes por uma gestão de maior qualidade. Entre os hospitais brasileiros, destaca-se o Hospital Nove de Julho (H9J), detentor de vários prêmios de qualidade e atendimento. Assim, este trabalho procura identificar benefícios e dificuldades advindos da implantação e uso do Balanced Scorecard (BSC) no H9J, um dos primeiros a implantar esta ferramenta de gestão no Brasil.

Por fim, cabe mencionar que praticamente não há estudos sobre os resultados alcançados pela implantação do BSC em hospitais no Brasil. Ceretta e Quadros (2003) é uma das exceções e Teles (2003), ao não encontrar nenhum hospital que tivesse implantado o BSC, organizou sua dissertação em torno de entrevistas sobre o potencial desta ferramenta.

2. Metodologia

Inicialmente, foi realizada uma pesquisa bibliográfica sobre o tema e consultados especialistas, reunidos no “Seminário *Balanced Scorecard* em Organizações de Saúde” promovido pelo SINDHRIO (Sindicato dos Hospitais do Rio de Janeiro) em parceria com o SENAC Rio, em 18 de abril de 2005. No seminário, foi citado que o BSC está implantado apenas nos seguintes hospitais: H9J (SP), HEMORIO (RJ), INCA (RJ) e Monte Sinai (MG).

Assim, recorreu-se a um estudo de caso, tendo sido escolhido o H9J. O H9J é não apenas um dos primeiros hospitais a adotar o BSC no Brasil como, também, é reconhecido pela qualidade da sua administração, como indicam os prêmios recebidos, citados na seção 4.

No trabalho de campo, foi feita uma reunião com o Diretor Administrativo do H9J e a Gerente responsável pela implantação do BSC, para conhecer aspectos gerais do processo de implantação e uso desta ferramenta. Também foram feitas seis entrevistas com diferentes integrantes do corpo gerencial. As entrevistas foram realizadas com base no roteiro empregado por Soares e Prochnik (2004), tendo sido também aplicado o questionário desenvolvido por Pessanha e Prochnik (2004), comentado na seção 5 deste artigo.

3. BSC em Hospitais

Em essência, o BSC ajuda as organizações a clarificar sua visão e estratégia, traduzindo-as em objetivos tangíveis e mensuráveis (KAPLAN e NORTON, 2000 e 2004; e RADNOR e LOVELL, 2003). No entanto, seu uso por hospitais pode envolver modificações no modelo, visto que ele encontra-se bastante voltado para empresas de produção e estas possuem interesses diferentes dos de uma organização de saúde (ZELMAN *et al*, 2003; p. 6).

3.1. A Literatura Internacional

A literatura estrangeira indica a crescente utilização do BSC em hospitais. Por exemplo, o governo britânico incentiva, através do Sistema Nacional de Saúde, a disseminação do BSC nos hospitais ligados à rede de saúde pública (NATHAN e PELFREY, 2004, p.24).

Curtright *et al* (2000) *apud* Silva e Prochnik (2005, p. 8) apresentam o caso do BSC do hospital *Mayo Clinic* (Rochester, EUA). A ferramenta foi escolhida para ampliar o leque de informações disponíveis aos gestores. Como resultado, o “processo alinhou o conceito de mensuração do desempenho organizacional com a visão da *Mayo Clinic*, com seus valores fundamentais, seus princípios básicos e estratégias operacionais” .

O número de pesquisas estrangeiras estudando o uso do BSC em organizações de saúde vem crescendo rapidamente (SILVA e PROCHNIK, 2005). Na Califórnia, executivos de grandes hospitais se mostraram a favor da adoção desta ferramenta, indicando o aumento de implantações do BSC em hospitais (CHOW *et al*, 1998 *apud* SILVA e PROCHNIK, 2005).

Zelman *et al* (2003; p. 9), em estudo da aplicação da ferramenta em hospitais, apontam as diferenças entre a implantação do BSC em hospitais e em outros tipos de organizações:

1. Unidades de análise: a maioria dos BSC em organizações de saúde é projetada para a entidade como um todo e para suas unidades de negócios estratégicos (centros clínicos);
2. Finalidades: a finalidade preliminar da implantação do BSC em uma organização de saúde é a adaptação e a sobrevivência da mesma no longo prazo dentro do mercado em que está inserida, pois não era usual para este tipo de organização possuir uma visão administrativa de ponta;
3. Reuniões: quando uma organização de saúde implanta o BSC, ela necessita convocar gestores, médicos, e o *staff*, os grandes responsáveis pela efetiva implantação do BSC;
4. Métodos: os métodos para desenvolver um BSC na organização de saúde como um todo diferem dos usados para um centro clínico em particular pertencente à organização;
5. Modelo: uma organização de saúde pode vir a ter maior necessidade de adaptar o modelo do BSC devido às particularidades de seu negócio;
6. Resultados: as mudanças na organização de saúde só ocorrem se os gerentes administrativos, operacionais e o *staff* entenderem e aceitarem que tais mudanças são desejáveis. Diferentemente de uma fábrica, onde é grande o poder da hierarquia, os médicos de um hospital têm autonomia na execução de seu trabalho. Então só modificam o processo de atendimento se concordarem que tal mudança é realmente necessária.

3.2. Dificuldades na utilização do BSC em hospitais

As dificuldades encontradas na implantação do BSC em hospitais muitas vezes são as mesmas vividas por outros tipos de organização. A literatura em gestão hospitalar tende a confirmar este fato, enfatizando as deficiências da contabilidade gerencial nos hospitais.

Silva e Prochnik (2005) apresentam uma resenha sobre essas deficiências. Estes autores também examinam os indicadores contábeis utilizados em uma amostra de quinze hospitais de Belo Horizonte e, entre outras dificuldades, verificam que: (1) os hospitais estão acostumados com a utilização de indicadores. Estes porém não estão vinculados ao planejamento estratégico e nem são fruto de preocupação em medir seu desempenho, (2) os hospitais estudados convivem com sistemas de informação problemáticos e não possuem sistema de mensuração formalmente constituído, (3) há um desequilíbrio quantitativo e qualitativo entre os indicadores. Por exemplo, o número de indicadores relativos a clientes e a recursos humanos e cultura organizacional é muito pequeno, mostrando que os hospitais não acompanham, estatisticamente, seus clientes e funcionários, e (4) falta de cooperação entre médicos e administradores.

Abaixo são citados os principais problemas identificados pela literatura especializada (ZELMAN *et al*, 2003; SILVA e PROCHNIK, 2005):

1. Conflito entre interesses da administração e dos clínicos: Os clínicos, as vezes por não possuir cultura administrativa, colocam-se contra dispêndios de recursos em instrumentos administrativo-financeiros;
2. Conflito de interesses entre os diferentes grupos de clientes dos hospitais (usualmente médicos, planos de saúde e pacientes), levando a propostas de valor distintas;
3. Baixo grau de difusão de métodos de mensuração do desempenho: os indicadores de desempenho são vistos como mais uma obrigação a cumprir. Não há costume de trabalhar com indicadores, o que dificulta a criação de medidores que possam subsidiar a gestão;
4. Deficiências dos Sistemas de Informações Gerenciais: o modelo BSC exige o armazenamento (utilização) de uma quantidade substancial de informações do cotidiano da organização. Os hospitais, no entanto, dificilmente têm sistemas de processamento de dados capazes de fornecer as informações necessárias para sustentar decisões emanadas da

gestão estratégica (ZELMAN *et al*, 2003, p. 6). No Brasil, o H9J e o hospital Monte Sinai, de Juiz de Fora, começaram o uso do BSC com planilhas Excel e evoluíram para a aquisição de um *software* específico. O HEMORIO desenhou seu próprio sistema de informações;

5. Deficiência no modo de utilização do BSC: a maioria dos hospitais que tentam implementar o BSC como uma “receita de bolo”, sem levar em consideração as particularidades da organização e do ambiente no qual encontra-se inserido, não obtém o sucesso almejado. As organizações devem desenvolver seu próprio BSC, acompanhando e ajustando seus objetivos-chave e fatores críticos para o sucesso a sua realidade, pois o que é válido para uma realidade, pode não ser à outra;

6. Autonomia da parte operacional: o médico possui grande independência no seu trabalho. Um desafio para os hospitais é a disseminação de procedimentos específicos e padronizados para determinados casos clínicos (criação de protocolos clínicos), o que permite diminuir custos (ZELMAN *et al*, 2003, p. 6). A adoção desta prática está diretamente relacionada ao comprometimento do médico com o cumprimento de determinados planos de ação do BSC; e

7. Estabelecer consenso: é difícil chegar a um consenso, devido à diversidade de opiniões. Isto é válido tanto nos hospitais como em outros tipos de organização. Kaplan e Norton (1997; p. 12) informam que “em nossa experiência na criação de scorecards, nunca encontramos uma equipe gerencial que tivesse chegado a um consenso total quanto à importância relativa de seus objetivos estratégicos. Em geral, trabalhamos com equipes harmônicas em empresas bem gerenciadas.”

Além destas dificuldades de âmbito interno à organização, Silva e Prochnik (2005) observam os seguintes problemas originados no âmbito externo aos hospitais, no exterior, que também afetam a qualidade da gestão hospitalar: mudanças na regulamentação do setor, maior variedade de necessidade dos consumidores e maior pressão competitiva. Os autores concluem que esses desafios também são encontrados no Brasil.

Mas, “as causas mais comuns de fracasso na implantação do BSC não são falhas de projeto e, sim, deficiências nos processos organizacionais” - Soares Júnior e Prochnik (2004, p. 15),

Kaplan e Norton (2001; p. 369) apontam as seguintes possibilidades para o insucesso na implantação do BSC:

1. Falta de comprometimento da alta administração;
2. Envolvimento de muito poucas pessoas;
3. Encastelamento do scorecard no topo (estrutura *top-down*);
4. Processos de desenvolvimento muito longos;
5. Tratamento do BSC como projeto de área de sistemas;
6. Contratação de consultores inexperientes; e
7. Implantação do BSC apenas para fins de remuneração.

3.3. Potenciais benefícios do BSC à Gestão Hospitalar

Zelman *et al* (2003) afirmam que a teoria e os conceitos do BSC são relevantes aos hospitais, sugerindo que, para conectar práticas, resultados, qualidade, valor e custos, as organizações de saúde deveriam usar o modelo de gestão do BSC. Os autores vêem ainda uma oportunidade para a gestão hospitalar projetar, desenvolver, desdobrar e dirigir um planejamento estratégico consistente com os princípios de gerência da qualidade total.

O BSC propicia o alinhamento da estratégia organizacional com os planos de ação e a gerência do desempenho. Desta forma, ele poderá unir visão, valor, princípios e operações cotidianas da organização hospitalar.

Ao alinhar os itens mencionados acima, ele aproxima as atividades operacionais das administrativas, convergindo as ações num direcionamento único e permitindo, também, que as medidas promovidas a partir do BSC ocasionem o crescimento financeiro e de qualidade operacional, que envolve satisfação de pacientes, planos de saúde, governo e médicos (clientes) bem como dos funcionários, além de gerar melhoramento dos processos internos.

A ferramenta do BSC é mais do que uma mera combinação de indicadores financeiros e não-financeiros, se diferenciando de outros sistemas de mensuração, conforme Kaplan e Norton (1997, pg. 7 e 9), em dois importantes aspectos:

- Enfatiza explicitamente a necessidade de indicadores financeiros e não-financeiros serem informados aos funcionários de todos os níveis hierárquicos. Isto se faz necessário para que o *staff* possa entender as conseqüências de suas escolhas e ações, e para que os altos executivos possam compreender o resultado de suas decisões de longo prazo; e
- Procura identificar e alinhar os objetivos chaves (fatores críticos para o sucesso) que apontam ao caminho mais curto para que a estratégia de longo prazo seja atingida.

Os principais benefícios que um hospital pode obter ao usar o BSC são sintetizados em: clarificar e formar um consenso sobre a estratégia; transmitir a estratégia por toda a organização; alinhar os objetivos departamentais e pessoais à estratégia; ligar os objetivos estratégicos às metas de longo-prazo e ao orçamento anual; identificar e alinhar as iniciativas estratégicas; realizar a revisão estratégica periódica e sistemática; e promover *feedback* para aprofundar o conhecimento da estratégia e aperfeiçoá-la (KAPLAN e NORTON; 1997, p. 20).

O estudo de caso do H9J, apresentado a seguir, procurou verificar se os conceitos descritos acima também são confirmados na experiência vivenciada por este hospital.

4. Estudo de Caso

4.1. O H9J em dados e números

Fundado em 1955, o H9J possui 26,5 mil m² de área construída, 1,5 mil colaboradores - sendo 800 profissionais de enfermagem, três mil médicos cadastrados no Corpo Clínico, um Centro Médico com especialistas em mais de 50 áreas, 250 apartamentos, 50 leitos de Unidade de Tratamento Intensivo (UTI) geral e UTI cardiovascular, 50 leitos de terapia semi-intensiva e 14 salas de cirurgia. Por ano, o H9J realiza mais de 15 mil internações, 17 mil cirurgias, 110 mil atendimentos de emergência. Esta estrutura gerou uma receita líquida, em 2004, de aproximadamente R\$ 166 milhões (informações obtidas junto à administração do H9J).

Atualmente, o H9J é referência em terapia intensiva, cirurgias, atendimento de emergência, tratamento de dor, Central de Esterilização e controle de qualidade.

O H9J foi o primeiro hospital de São Paulo a receber o selo Nível Pleno da ONA (Organização Nacional de Acreditação), que analisa as operações do Hospital para lhe conceder o certificado de Creditação Hospitalar.

Em 2003, o H9J recebeu o Prêmio Marketing Best, tendo também sido eleito o melhor Hospital do Estado de São Paulo - Prêmio Top Hospitalar 2003, repetido em 2004. Em 2004 e 2005, o H9J foi vencedor do Prêmio Consumidor Moderno de Excelência em Serviços ao Cliente – Categoria Saúde (*Customer Service – SAC e Customer Call Service*).

4.2. Como surgiu a necessidade do BSC

Desde 1999, o Hospital realizava planejamento estratégico anual, porém sem o uso do BSC. O acompanhamento do processo contava também com o uso de indicadores, mas não tão estruturados como ao aplicar o BSC.

Posteriormente, a atividade de planejamento foi intensificada. Conforme a Gerência de Qualidade e Estratégia, o H9J passou a precisar identificar seus pontos fortes e pontos de melhoria, para estabelecer um posicionamento mais claro no mercado, porque sua posição se tornou mais sujeita a ameaças competitivas. Adicionalmente, segundo uma pesquisa de mercado, havia oportunidade de melhoria da comunicação do Hospital com o meio externo.

O Hospital decidiu, então, pela adoção do BSC, pois esta ferramenta parecia adequada para implantar o novo tipo de planejamento estratégico preconizado. A escolha do BSC foi influenciada também pela observação de inúmeros casos de sucesso em outras empresas (Unibanco e Pão de Açúcar, por exemplo).

4.3. Processo de implantação

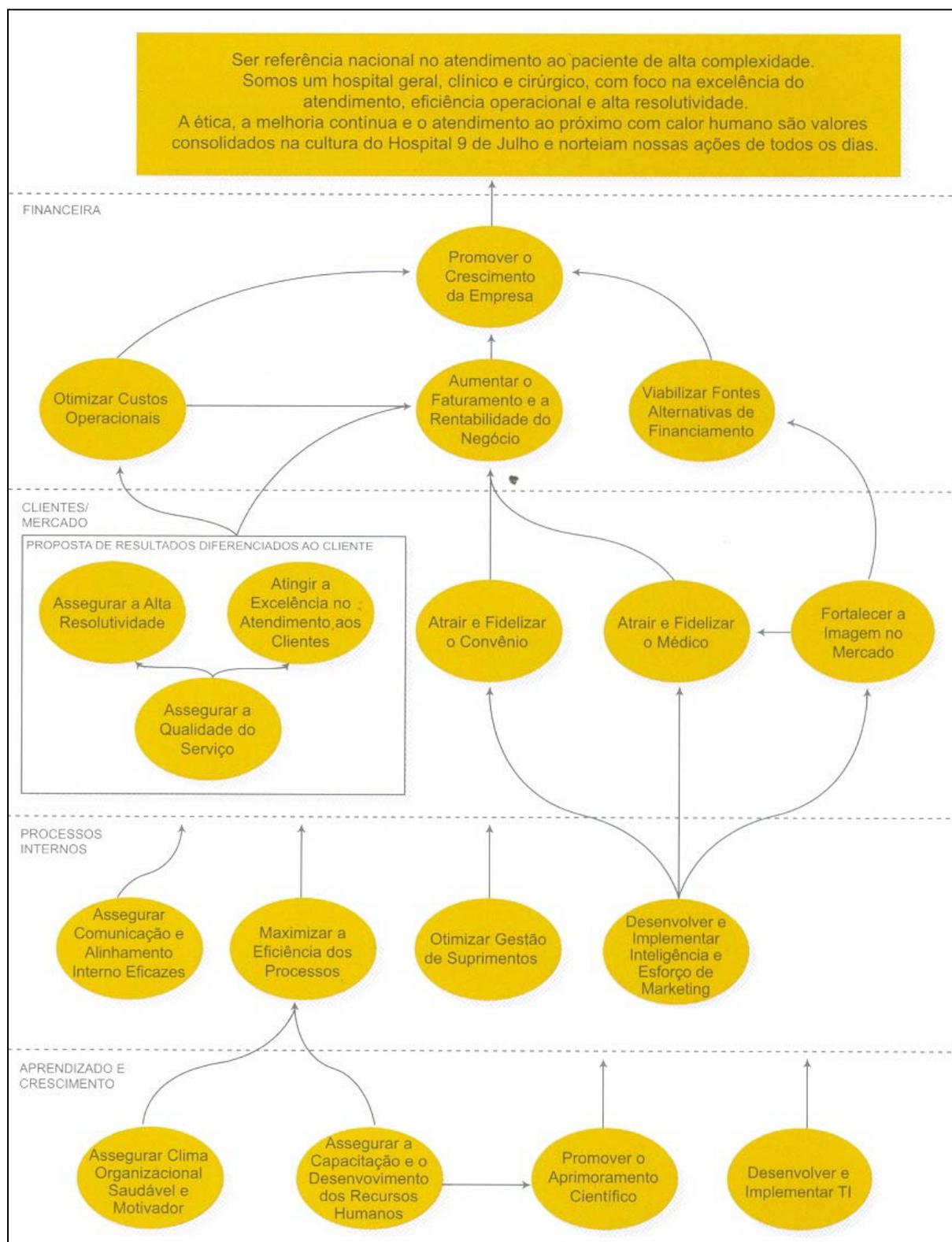
A implantação do BSC iniciou-se em novembro/dezembro de 2002. Foi feita uma pesquisa que mapeou a visão que médicos, pacientes, funcionários, convênios e fornecedores tinham do H9J. A partir desses dados, foi realizado um Diagnóstico Estratégico do Hospital. Cerca de 95% dos funcionários responderam à pesquisa, onde também foi identificado o clima organizacional. No caso do H9J, este era um grande foco de interesse visto que, na pesquisa com os clientes, o desempenho e atendimento do corpo de enfermagem foi apontado como sendo tão importante quanto o do corpo médico. Assim, a motivação dos funcionários passou a ser considerada um fator estratégico para o atendimento a muitas das expectativas dos clientes.

Na segunda etapa, ocorreu um *workshop*, reunindo diretoria, alta administração e convidados, totalizando 21 profissionais, onde foi discutido o Direcionamento Estratégico da instituição. Também foram elaboradas as diretrizes estratégicas principais, estratégia de diferenciação, visão de futuro e missão do Hospital. Para isso, o H9J contou com o auxílio de uma consultoria especializada, que norteou o processo, dando o suporte necessário para o entendimento do BSC e o andamento dos trabalhos.

Na terceira fase, foi construído o Mapa Estratégico da empresa, através do desdobramento do Direcionamento Estratégico em estratégias, com a definição dos objetivos, fatores críticos de sucesso e indicadores de desempenho, para monitorar a execução da implantação do BSC. Na quarta etapa, foram elaborados os Planos de Ação, com metas de desempenho para cada área. Na quinta e atual etapa, o H9J começa a revisar e refinar o seu Mapa Estratégico.

Desde a implantação até a fase atual, ocorreram: (1) o treinamento de patrocinadores, gestores; (2) a criação de dois níveis de responsabilidade, no processo de operação do BSC (pessoas que auxiliam diretamente os gestores, imputando dados, divulgando resultados etc.); (3) a divulgação da missão e estratégia para todos os níveis hierárquicos da organização, com a distribuição de livreto explicativo sobre o BSC; (4) reuniões periódicas; (5) a atualização de fichas do Plano de Ação de cada objetivo estratégico; e, por fim, (6) a análise de indicadores.

Foram criados dezoito objetivos estratégicos, divididos entre as quatro perspectivas propostas por Kaplan e Norton (2004; p. 32 a 34), conforme Mapa Estratégico abaixo.



Fonte: Hospital Nove de Julho

Figura 1: Mapa Estratégico do H9J

Os objetivos estão sendo implementados por dezoito grupos de trabalhos, sendo cada grupo formado por equipes multidisciplinares, compostas sempre por um gestor - responsável pelos

objetivos daquela área - e diferentes níveis de funcionários.

Para cada estratégia, foram desenvolvidos diversos indicadores de desempenho, que avaliam periodicamente o impacto das ações e o alcance dos objetivos propostos.

4.4. Considerações sobre a utilização do BSC até o momento

BSC corporativo x unidades de negócios

A leitura especializada sugere que sejam criados Mapas Estratégicos específicos para cada unidade de negócio, além do corporativo, que envolveria a empresa como um todo (HELES e PROCHNIK, 2004). No caso de um hospital, poderíamos citar as áreas de hotelaria, lavanderia e engenharia clínica, como exemplos de unidades de negócio. No H9J, isto não é verificado, principalmente em virtude da ferramenta ainda estar sendo aperfeiçoada. O H9J tem interesse de fazê-lo no futuro, embora acredite que, no momento isto seria uma atitude prematura, pois as unidades ainda não estão prontas para “andarem sozinhas”.

Comprometimento da alta administração

O comprometimento da alta administração, na implantação do BSC, é fundamental por ser este um projeto bastante abrangente. Sem tal comprometimento, o BSC se torna inviável. No H9J, a idéia foi trazida por uma pessoa da alta administração e aceita pelos gestores da época, que iniciaram o processo de desenvolvimento do modelo. Fato importante foi a mudança da direção administrativa em meados do processo de implantação do BSC. Contudo, a nova direção entendeu a necessidade e valor do projeto e, além de dar continuidade à idéia, vem incentivando ainda mais o comprometimento do corpo funcional com o BSC.

Benefícios quanto à utilização do BSC

Conforme opinião unânime dos entrevistados, o principal benefício foi o alinhamento aos objetivos da organização, que agora são compartilhados por todos. Foi testemunhado que o envolvimento de todas as áreas, influenciando na definição dos objetivos estratégicos acaba gerando um grau de comprometimento maior, porque é sabido o motivo da existência dos objetivos e como estes influenciam o alcance da estratégia. Anteriormente a esta ferramenta, cada área trabalhava com objetivos e planos de ação próprios, não interagindo, de modo geral, com as demais áreas, o que fazia com que o hospital exercesse esforços em direções contrárias, algumas vezes se distanciando da estratégia. Conforme um entrevistado, as constantes discussões trazem maior segurança na definição do que é preciso fazer, pois agora a visão do negócio é muito melhor do que quando se está isolado e cuidando somente de seu setor. Resumidamente, o BSC gerou maior sinergia entre pessoas e equipes.

Sistema de Informação Gerencial

O BSC é uma ferramenta que demanda uma constante atualização de dados, para que se possa acompanhar as ações executadas e verificar se estas estão levando ao alcance da estratégia. Para isto, inicialmente, o hospital utilizou fichas preparadas em Excel, o que se demonstrou um procedimento extremamente burocrático, pois as informações eram alimentadas de forma manual, o que desperdiçava muito tempo. Para solucionar este problema, foi comprado um software próprio para a implantação do BSC. O mesmo ainda está em fase de parametrização, mas já apresenta vantagens em relação ao antigo sistema utilizado.

Dificuldades enfrentadas

As dificuldades na implantação do BSC identificadas pelo H9J foram: baixo comprometimento do corpo de funcionários na fase inicial de implantação (ao contrário da gestão, que apoiou a implantação desde o começo), pela falta de consciência da importância da ferramenta, atualização e revisão de fichas manualmente (Excel), ausência de capacitação

técnica de gestores para criar fórmulas de indicadores e falta de costume na utilização de indicadores. Para solucioná-las, as seguintes ações foram adotadas: aquisição de sistema específico para implantação do BSC; novo treinamento, revisão dos objetivos, metas, iniciativas e indicadores; foco nas dificuldades de cada gestor na elaboração das fórmulas dos indicadores; e reuniões semanais para discussão do andamento do projeto (*feedback*).

Nas entrevistas estruturadas, foram feitas observações adicionais às colocadas pelo hospital. Foi observado que a primeira dificuldade é justificar o investimento, pois o BSC é um processo contínuo que tem vários custos significativos. O BSC demanda treinamento, aprimoramento de ferramentas de sistemas de informática e diversas outras atividades. No que tange aos indicadores, além da dificuldade de sua definição, também foi relatado que o excesso de indicadores elaborados inicialmente foi prejudicial, pois sua compreensão e análise demandava muito tempo. Foi relatado que o estabelecimento da relação de causa e efeito entre os objetivos ainda gera dúvidas e muitas pessoas ainda estão aprendendo este conceito. Alguns entrevistados notaram, como um aspecto negativo, a burocracia que a ferramenta gera num dado momento, visto que diversas novas ações gerenciais são incorporadas ao cotidiano do trabalho. Mas os entrevistados também disseram que esses problemas foram reconhecidos e estão sendo resolvidos, através da já mencionada aquisição de novo software, diminuição do número de indicadores etc.

Orçamento e Planejamento Estratégico

O modelo de Kaplan e Norton enfatiza que a elaboração do orçamento deve estar diretamente relacionada ao planejamento estratégico. Isto ainda não ocorre em sua totalidade no H9J, pois o mesmo encontra-se em fase de aprimoramento de seu orçamento. Pode até ocorrer que algumas ações individuais previstas nele estejam contempladas no BSC, mas esta não é regra.

Importância da Perspectiva Financeira

Um dos problemas da implantação do BSC, é o fato de algumas empresas darem maior ênfase à perspectiva financeira, deixando de lado as demais (clientes, processos internos e aprendizado e crescimento) o que, muitas vezes, levou ao insucesso da implantação desta ferramenta – ver resenha de Pessanha e Prochnik (2004). Este fato (ênfase na perspectiva financeira) não ocorreu no H9J, pois todas as quatro perspectivas foram igualmente contempladas e não há pressão extremada relacionada ao alcance de metas financeiras, conforme um dos entrevistados. Isto se dá, principalmente, pelo fato do hospital trabalhar com estratégia financeira, mas sem desconsiderar a busca pela qualidade total.

5. Críticas ao BSC sob a ótica do H9J

Pessanha e Prochnik (2004) resenham as críticas que o BSC vem recebendo na literatura especializada. As principais são citadas a seguir:

- **Objetivos e Medidas:** o BSC não se preocupa com os interesses dos demais *stakeholders* além dos acionistas, tais como: fornecedores, governo e comunidades locais (NORREKLIT, 2000). Para Malina e Selto (2001), a inadequação e subjetividade das medidas podem afetar negativamente a percepção dos gestores. O BSC requer a coleta de um volume adicional de informações, implicando em maior carga de trabalho e por isto gerando resistências adicionais. (EPSTEIN e MANSONI, 1998);
- **Estratégias e Planos:** segundo alguns autores, a estratégia precisa estar refletida nas relações de causa e efeito e é necessário que os funcionários a interpretem corretamente. No entanto, no modelo do BSC, “as relações de causa e efeito entre as medidas de desempenho são lineares e estáticas e não levam em consideração os efeitos circulares do *feedback*” (FERNANDES, 2002), *apud* Pessanha e Prochnik (2004) prejudicando a

análise da efetividade dos planos e estratégias. Além disso, as medidas de resultado (financeiras), comuns a toda organização, ainda são mais utilizadas do que as medidas de desempenho (qualitativas), que diferem entre as unidades de negócios distintas (LIPE e SALTEIRO, 2000);

- Metas: a metodologia existente para a implantação do BSC oferece pouco detalhe sobre como selecionar as medidas específicas de desempenho (OTLEY, 1999);
- Planos de Remuneração: para Otley (1999), a literatura acerca do BSC não deixa claro de que forma as medidas devem ser ligadas aos planos de remuneração. Além disso, Norreklit (2000) considera que esse tipo de ligação “é insuficiente para fazer com que indivíduos ajam de forma pró-ativa e sejam solucionadores criativos de problemas”, sendo mais “importante criar compromisso intrínseco com os funcionários” apud Pessanha e Prochnik (2004); e
- *Feedback*: o BSC é um modelo arriscado por ser rígido, além de não monitorar as ações e resultados alcançados pela concorrência (NORREKLIT, 2000). O BSC caracteriza-se por ser uma ferramenta mecânica, apresentando uma estrutura hierárquica tipicamente *top-down*, não permitindo que os empregados participem do processo de observação para descobrirem oportunidades e ameaças jamais enxergadas pelos gestores da empresa (NORREKLIT, 2000). Para Fernandes (2002), apud Pessanha e Prochnik (2004) “como o BSC simplifica hipóteses de relações de causa e efeito para traduzir a estratégia, não considerando os efeitos de *feedbacks* e *delays* entre as medidas de desempenho, qualquer problema só pode ser identificado e vir à tona durante a implantação”.

Pessanha e Prochnik (2004) utilizaram-se destas críticas para elaborar um questionário, aplicado a três empresas brasileiras. O mesmo questionário também foi empregado no estudo de caso do H9J, onde foram entrevistados: o diretor administrativo, gerente de informática, gerente de recursos humanos, coordenadora de engenharia clínica, coordenador do pronto socorro e o gerente de suprimentos e logística. Na tabela, cada entrevistado recebeu um número como identificação (entrevistado 1, 2, 3, 4, 5 e 6), não correspondendo à ordem das funções profissionais citadas acima, para não identificar os respondentes.

As respostas estão classificadas como:

- A = Discordo plenamente
- B = Discordo parcialmente
- C = Não concordo nem discordo
- D = Concordo parcialmente
- E = Concordo plenamente
- N/A = Não aplicável

Nº	AFIRMATIVAS	A	B	C	D	E	N/A
1	As quatro perspectivas propostas por Kaplan e Norton se adaptaram perfeitamente à realidade da empresa.	-	-	-	2	1,3,4,5,6	-
2	A implantação do <i>Balanced Scorecard</i> gerou um profundo choque sobre a cultura da empresa.	-	3	-	4	1,2	5,6 (*)
3	O <i>Balanced Scorecard</i> da empresa é resultado de um modelo consensual entre os gerentes.	-	-	-	-	1,2,3,4	5,6 (*)
4	O sucesso do <i>Balanced Scorecard</i> contou com a participação, o apoio e o comprometimento dos funcionários.	-	-	-	1,4	2,3,5,6	-
5	O <i>Balanced Scorecard</i> utiliza um número excessivo de medidas de desempenho que supera a capacidade de gestão dos gerentes.	2	-	-	1,3,4,5	6	-
6	As medidas de desempenho definidas no <i>Balanced Scorecard</i> são capazes de diferenciar a estratégia da empresa, tornando-a única.	6	-	-	5	1,2,3,4	-
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.	-	-	2	-	1,3,4,5,6	-
8	As relações de causa e efeito do <i>scorecard</i> tendem a simplificar a realidade; são lineares, unidirecionais e demoram a ser revistas.	1,3,4	-	-	2,5,6	-	-
9	Foi difícil, ou mesmo impossível, quantificar as relações de causa e efeito estabelecidas entre as medidas de desempenho.	-	1	-	2	3,4	5,6 (*)
10	Faltam explicações na literatura sobre como deve se dar o processo de estabelecimento de metas.	4	-	3,5,6	1,2	-	-
11	A alta administração tem dificuldades em estabelecer metas apropriadas.	4	3	5,6	1,2	-	-
12	O processo de estabelecimento de metas ainda obedece a um processo orçamentário tradicional.	-	-	1,6	-	2,3,4,5	-
13	Mesmo com o <i>Balanced Scorecard</i> , continua existindo uma pressão por resultados financeiros que pode afetar os benefícios do modelo.	1,5,6	2,3	-	4	-	-
14	Segundo a literatura, não está claro se a ligação entre as metas e os planos de remuneração devem ser feita de maneira objetiva ou subjetiva. Ela apenas serve de referência ao processo de tomada de decisão dos gerentes.	-	-	-	-	-	1,2,3,4,5,6 (**)
15	A ligação objetiva entre as medidas de desempenho e os planos de remuneração pode estar sujeita a alguma manipulação por parte dos gerentes.	-	-	-	-	-	1,2,3,4,5,6 (**)
16	O <i>Balanced Scorecard</i> pode deixar de lado algumas variáveis relevantes, desestimulando a observação de outras variáveis importantes fora do modelo.	2,4,5,6	-	-	1,3	-	-
17	O BSC é mecânico e apresenta estrutura hierárquica top-down, sendo difícil compatibilizá-lo com uma maior participação dos funcionários.	2,4	-	-	3	1,5,6	-
18	As medidas e as relações de causa e efeito permanecem inalteradas durante um bom período de tempo, limitando a validade do modelo inicial.	3,5,6	1,4	-	2	-	-

(*) Os referidos entrevistados não pertenciam ao quadro funcional no período anterior a implantação do BSC e não participaram de sua fase inicial. (**) Não há um sistema de remuneração por desempenho no H9J.

Tabela 1: Tabulação das respostas dos entrevistados do H9J

Junto à análise das respostas do H9J é realizada uma comparação com os resultados de Pessanha e Prochnik (2004) nas empresas pesquisadas, que não pertencem ao setor de saúde.

Pode-se fazer as seguintes considerações a respeito dos temas abordados na tabela acima:

Perspectivas propostas por Kaplan e Norton (crítica 1): cinco dos seis entrevistados concordam plenamente que as quatro perspectivas propostas pelos autores se adaptam a realidade do hospital, o que condiz com o fato de que o hospital não incluiu outras perspectivas e nem deixou de utilizar alguma no Mapa Estratégico. No estudo de Pessanha e Prochnik (2004) apenas o banco teve a necessidade de criar mais uma perspectiva, sendo esta voltada para a sociedade;

Choque cultural (crítica 2): os entrevistados que de alguma forma concordam com esta afirmativa dizem que o hospital como um todo não tinha a cultura de trabalhar com indicadores e que eles, de modo geral, não estavam familiarizados com o conceito de estratégia. No entanto, um dos entrevistados discorda parcialmente porque, embora não fosse institucional, algumas áreas já possuíam algum tipo de indicador, mesmo estes não estando ligados diretamente a estratégia da empresa. Pessanha e Prochnik (2004) observam que, de alguma forma, o BSC gerou forte impacto sob a cultura das três empresas;

BSC como resultado de consenso (crítica 3): todos os entrevistados que estiveram presente na fase inicial, concordam plenamente com o fato de que o BSC foi resultado de amplas discussões entre os gerentes, coordenadores e todos os envolvidos com sua elaboração. Já nos estudo de Pessanha e Prochnik (2004), as três empresas concordam parcialmente com esta afirmativa, sendo que a seguradora descreve o BSC como resultado de um processo mais democrático do que consensual;

Participação dos funcionários (crítica 4): dois dos seis entrevistados concordam parcialmente com a afirmativa porque, devido a utilização de uma estrutura *top-down*, não houve a participação de todos na fase de elaboração e implantação do BSC. Mesmo conhecendo a estratégia e a missão da empresa, nem todos os funcionários possuem a concepção de que determinada tarefa realizada está diretamente relacionada com o alcance dos objetivos traçados no Mapa Estratégico. Pessanha e Prochnik (2004) demonstram o mesmo resultado em sua pesquisa, onde em nenhuma das três empresas houve a participação irrestrita dos funcionários na fase de implantação do BSC;

Medidas de desempenho (críticas 5, 6 e 7): a maioria dos entrevistados acredita que, inicialmente, a tendência é a elaboração de um número excessivo de indicadores. Mas, como o BSC não é estático, no momento das revisões os mesmos são aprimorados, tornando-se mais objetivos, eficientes e menos numerosos. Por isto, concordam parcialmente. Sobre o fato destas medidas tornarem única a estratégia da empresa, quatro dos seis entrevistados concordam plenamente com a afirmativa. De modo geral, foi afirmado que as medidas adotadas refletem a missão e a estratégia do hospital em particular, o que dificulta a adaptação das mesmas à realidade dos concorrentes. A respeito da maior atenção aos indicadores corporativos em detrimento dos de cada unidade de negócio, dada pelos gestores, cinco dos seis entrevistados concordam plenamente porém não entendem este como um fator negativo, visto que são muito específicos para determinadas áreas e a análise de forma global facilita a compreensão dos resultados. Em empresas de outros setores, os entrevistados discordam da crítica de que o número de medidas de desempenho supera a capacidade de gestão dos gerentes e, em sua maioria, concordam com o fato de que a alta administração presta relativamente pouca atenção às medidas específicas de cada unidade de negócio (PESSANHA e PROCHNIK, 2004);

Relações de causa e efeito (críticas 8 e 9): para a maioria dos entrevistados, foi difícil estabelecer relações de causa e efeito entre as medidas de desempenho. Porém não acham que esta tenha sido uma “missão impossível” (expressão dos entrevistados), considerando apenas uma tarefa trabalhosa por não estarem habituados a lidar com esta lógica. Por um lado, eles concordam que estas relações de causa e efeito tendem a simplificar a realidade, mas, para eles, isto seria um “mal necessário”. Caso contrário, no mapa estratégico todos objetivos estariam “apontando para todas as direções”. Por outro lado, os mesmos acreditam que estas relações, em essência, não são nem lineares nem unidimensionais (mesmo que em alguns momentos pareçam), em virtude das relações de causa e efeito terem influência sobre todo o BSC. Pessanha e Prochnik (2004) receberam opiniões diversas das três empresas pesquisadas quanto a estas críticas;

Clareza na literatura do BSC (crítica 10): três dos seis entrevistados não concordam nem discordam desta afirmativa, em virtude de terem se detido nas informações recebidas dos consultores externos, em geral não buscando fontes alternativas para o aprimoramento do conhecimento desta metodologia;

Estabelecimento de metas (críticas 11 e 12): sobre a dificuldade da alta administração em estabelecer metas, observa-se uma grande distorção nas respostas, sendo esta ocasionada pelo fato de que a implantação do BSC ainda está em fase de execução e por isto os mesmos não avaliam com facilidade a adequação das metas estabelecidas. Quando se identifica uma inconsistência das metas, estas são imediatamente rediscutidas. Outro fato observado é que o orçamento ainda não é influenciado diretamente pelas metas provenientes do BSC, o que está sendo planejado para acontecer futuramente. A seguradora e a empresa de telefonia concordam com ambas as críticas (PESSANHA e PROCHNIK, 2004);

Pressão por resultados financeiros (crítica 13): a maioria dos entrevistados discordam de alguma forma desta afirmativa. Sendo que apenas um dos seis entrevistados concorda parcialmente com o fato de que mesmo com o BSC continua havendo forte pressão por resultados financeiros. Eles acreditam que a pressão ocorre, muita das vezes, pelo fato do orçamento ainda não ter sido consolidado. Se o orçamento tivesse sido pré-aprovado, bastaria manter os gastos na linha acordada. Mas como isto ainda não ocorre, qualquer gasto dá margem à discussão. Para o banco, a pressão por resultados financeiros ainda é muito forte (PESSANHA e PROCHNIK, 2004);

Metas e planos de remuneração (críticas 14 e 15): esta afirmativa não é aplicável ao caso do H9J porque ele ainda não trabalha com plano de remuneração atrelado ao alcance das metas. Mas, conforme o diretor administrativo, há interesse futuramente chegar a esta capacidade. No caso das empresas estudadas por Pessanha e Prochnik (2004) o BSC não promove ligação direta entre as metas e o plano de remuneração. No banco e na empresa de telefonia esta ligação ocorre indiretamente, entretanto as três empresas sinalizam a melhoria desta ligação;

BSC e a importância dada a algumas das variáveis (crítica 16): a maioria dos entrevistados não concorda com a afirmação de que o BSC pode deixar de lado algumas variáveis relevantes, desestimulando a observação de outras variáveis importantes fora do modelo, pois acreditam que, se houver um bom plano estratégico e boas metas, a empresa será capaz de reduzir este problema. Em geral, os entrevistados de Pessanha e Prochnik (2004) também discordam desta crítica da literatura especializada ao BSC;

Estrutura top-down (crítica 17): quatro dos seis entrevistados concordam parcialmente ou plenamente com a afirmativa de que o BSC é uma ferramenta pressupondo uma estrutura hierárquica top-down pois como o hospital possui uma grande quantidade de funcionários, acreditam que não haveria como fazer com que todos participassem do processo de elaboração e discussão da estratégia. As empresas entrevistadas por Pessanha e Prochnik

(2004) discordam desta crítica ao passo que acreditam que o BSC pode permitir o aumento da participação dos funcionários em sua implantação;

Feedback (crítica 18): cinco dos seis entrevistados discordam plenamente ou parcialmente desta afirmativa, em virtude de acreditarem que, caso não haja o *feedback* necessário, a culpa não é da ferramenta do BSC, mas sim da gestão. O banco também discorda desta afirmativa, a empresa de telecomunicações afirma que o modelo permite flexibilidade para a sua adaptação, enquanto que a seguradora acredita que o BSC pode e deve ser ajustado sempre que necessário (PESSANHA e PROCHNIK, 2004).

6. Conclusão

A teoria e os conceitos do BSC são adequados às organizações de saúde, mas o modelo pode ser adaptado, quando necessário, para atender a realidade vivida por estas organizações. O H9J não teve a necessidade de efetuar nenhuma alteração no modelo estrutural proposto por Kaplan e Norton.

Seria precipitado dizer que utilização do BSC pelo H9J já alcançou o sucesso almejado. No entanto, é inquestionável o fato de que a implantação do mesmo proporcionou o conhecimento da missão e da estratégia da organização para todos os setores do hospital, fazendo com que estes passassem a despender esforços voltados para a mesma direção.

Uma grande dificuldade encontrada refere-se à adaptação da cultura organizacional principalmente quanto à utilização de indicadores e quanto ao gerenciamento do elevado número de informações provenientes da utilização do BSC. Entretanto, pode ser visto o esforço do H9J em amenizar tais dificuldades.

Durante a pesquisa, também foi observado que, no exterior, o BSC é bastante utilizado em hospitais, fato este que não ocorre no Brasil.

Como sugestão para trabalhos futuros, seria útil analisar as Demonstrações Financeiras do Hospital comparativamente às ações propostas pela implantação do BSC, com o objetivo de verificar se tais ações proporcionaram os benefícios esperados. Para tal estudo, há de se considerar, adicionalmente, fatores internos e externos que podem vir a influenciar, direta ou indiretamente, os resultados financeiros obtidos pelo Hospital. Também seria interessante realizar estudos envolvendo o corpo clínico e o *staff* do H9J, pois o presente estudo de caso limitou-se a entrevistar a cúpula administrativa. Estudos mais abrangentes certamente seriam úteis para analisar várias outras questões nos campos da gestão de custos, estudos organizacionais etc. Em todos estes casos, espera-se que este trabalho forneça informações iniciais que sejam úteis.

Referências

- CERETTA, P. S. e QUADROS, C. J. Implementação do balanced scorecard: um caso prático. *Revista Eletrônica de Administração* - REAd/Ufrgs, Porto Alegre, v. 9, n. 4, p. 1-17, 2003.
- CHOW, W. *et al.* The BSC: A Potent Tool for Energizing and Focusing Healthcare Organization Management, *Journal of Healthcare Management*, 43:3, May/June, 1998.
- CURTRIGHT, J. W. *et al.* Strategic Performance Management: Development of a Performance of Measurement System at the Mayo Clinic, *Journal of Healthcare Management*, nº1, Jan/Feb, 2000.
- EPSTEIN, M e MANZONI, J. F. (1998). Implementing corporate strategy: from tableaux de bord to Balanced Scorecards. *European Management Journal*, v. 16, n. 2, pp. 190-203, 1998.
- FERNANDES, A. C. (2002). Mapas estratégicos do Balanced Scorecard: contribuições ao seu desenvolvimento. XXII ENEGEP – Encontro Nacional de Engenharia de Produção, Curitiba, 2002.
- KAPLAN, R S. e NORTON, D P. A Estratégia em Ação – BSC. Rio de Janeiro: Campus, 1997.
- KAPLAN, R S. e NORTON, D. P. Mapas Estratégico – Balanced Scorecard: convertendo ativos intangíveis em

resultados tangíveis. Rio de Janeiro: Campus, 2004 – 2ª Ed.

KAPLAN, R. S. e NORTON, D P. Organização Voltada para a Estratégia. Rio de Janeiro: Campus, 2000.

LIPE, M. G. e SALTERIO, S. E. (2000). The Balanced Scorecard: Judgmental Effects of Common and Unique Performance Measures. *The Accounting Review*, Sarasota, v. 75, n. 3, pp. 283-298, Jul. 2000.

MALINA, M A. e SELTO, F H. (2001). Communicating and controlling strategy: an empirical study of the effectiveness of the Balanced Scorecard. *Journal of Management Accounting Research*, v. 13, pp. 47-90, 2001.

NATHAN, K. e PELFREY, S. Strong Medicine for Failing Hospitals: A Balanced Scorecard Approach. *Cost Management*; Jan/Feb 2004; 18, 1; ABI/INFORM Global pg. 24 a 30.

NORREKLIT, H. (2000). The balance on the Balanced Scorecard – a critical analysis of some of its assumptions. *Management Accounting Research*, 11, pp. 65-88, 2000.

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

PESSANHA, D. e PROCHNIK, V. Obstáculos à Implantação do Balanced Scorecard em Três Empresas Brasileiras. In. XVIII ENAMPAD, Curitiba, setembro de 2004.

RADNOR, Z. e LOVELL, B. Defining, justifying and implementing the Balanced Scorecard in the National Health Service. *International Journal of Medical Marketing*. Londres: Junho 2003. Vol.3, Iss. 3; ABI/INFORM Global, página. 174 a 188.

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

SOARES JÚNIOR, H. e PROCHNIK, V. Experiências Comparadas de Implantação do Balanced Scorecard no Brasil. In. XVII Congresso Latino Americano de Estratégia, Santa Catarina, 28/30 abril de 2004.

TELES, J. P. S. Administração Estratégica de Hospitais: o BSC e suas contribuições. São Paulo: EAESP/FGV, 2003. (Dissertação de Mestrado apresentada ao curso de pós-graduação da EAESP/FGV, Área de Concentração: Administração Hospitalar e Sistemas de Saúde).

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; 29, 4; ABI/INFORM Global. pg. 1 a 16. <<http://www.h9j.com.br>> Acesso em: 15 abril 2005.