

RITA DE CÁSSIA GARCIA ALLEVATO

**O Balanced Scorecard como modelo de gestão estratégica integrada. Proposta de uma metodologia de utilização em Hospitais com base no Estudo de Caso do Hospital Monte Sinai de Juiz de Fora.**

Dissertação apresentada ao curso de Mestrado em Sistema de Gestão da Universidade Federal Fluminense como requisito parcial para a obtenção do Grau de Mestre em Sistemas de Gestão. Área de Concentração: **Organizações e Estratégia**. Pesquisa: **Sistema de Gestão pela Qualidade Total**.

Orientador: Professor Marco Aurélio Cabral Pinto, D. Sc.

Niterói  
2007

RITA DE CÁSSIA GARCIA ALLEVATO

**O Balanced Scorecard como modelo de gestão estratégica integrada. Proposta de uma metodologia de utilização em Hospitais com base no Estudo de Caso do Hospital Monte Sinai de Juiz de Fora.**

Dissertação apresentada ao curso de Mestrado em Sistema de Gestão da Universidade Federal Fluminense como requisito parcial para a obtenção do Grau de Mestre em Sistemas de Gestão. Área de Concentração: **Organizações e Estratégia**. Pesquisa: **Sistema de Gestão pela Qualidade Total**.

Aprovada em:

BANCA EXAMINADORA

---

Prof. Marco Aurélio Cabral Pinto, D.Sc.  
Universidade Federal Fluminense

---

Prof. Marcius Hollanda Pereira da Rocha, D.Sc.  
Universidade Federal Fluminense

---

Prof. Jorge Ávila, D.Sc.  
Presidente do INPI

Niterói  
2007

## **DEDICATÓRIA**

Dedico este trabalho aos meus pais Kermy Almeida Garcia e Francisco Garcia Marcos, que com muito amor e dedicação sempre me apoiaram e incentivaram em todos os meus projetos;

Aos meus filhos Christiane Garcia Allevato e Alexandre Garcia Allevato que sempre compreenderam e estimularam a minha dedicação aos estudos.

## **AGRADECIMENTOS**

A Deus por me oferecer ambiente propício para a minha caminhada;

Aos meus irmãos; cunhadas e sobrinhos pelo carinho com que acompanham o meu trabalho;

Ao meu orientador Marco Aurélio pela paciência e incentivo na realização desta dissertação;

A Gisele Couto; José de Carvalho e Jamil Moyses Filho que me incentivaram na realização deste mestrado;

Aos diretores; associados; parceiros e participantes dos grupos de benchmarking do Instituto Nacional de Desenvolvimento e Excelência que contribuíram com debates sobre o tema;

Aos entrevistados e as pessoas que me apoiaram diretamente nesta pesquisa como Dra. Helidéa de Oliveira; Dr. José Mariano Soares de Moraes; Dr. Gustavo Ramalho; Stela Melquiades; Raquel Magalhães; Solange Carvalho; Rose Dias; Suely Aparecida; Dra. Nancy Mota; Dr. Josier Marques Vilar; Adriano Londres; Dr. Waldemir Rezende; Vanessa A. Thomas; Martha Lima; Dr. Evandro Rua; Dr. Antonio Monteiro; Dr. Francisco Balestrin; Dra. Katia Campos; Ana C. Gargalac; Luiz S. Santana; Cassiano Dezotti; José Fernando Silva; Dra. Rosamélia Queiroz; Vera Monken; Julio Isnard; Emerson Jamil Zarour; José Barbosa Reis; Antônio Carlos Pinto; Dr. Rogério Brant Martins entre vários outros;

A equipe do Latec e aos Colegas de Mestrado em destaque aos colegas da área de saúde como: Benjamin; Ronaldo e Linamar que me incentivaram no desenvolvimento deste tema.

E todos aqueles que de alguma forma contribuíram para a realização deste trabalho.

**MUITO OBRIGADA!**

“Medir é entender; entender é ganhar conhecimento; ter conhecimento é ter poder. Desde os primórdios dos tempos, o que distingue os seres humanos dos outros animais é sua capacidade de observar, medir, analisar e usar essas informações para realizar mudanças.”

Dr. H. James Harrington (1997)

## RESUMO

Este trabalho apresenta, sem a pretensão de esgotar o assunto, a tendência na profissionalização da gestão das organizações de saúde, mais especificamente dos Hospitais no Brasil. Esta tendência leva os gestores a encontrar ferramentas, metodologias ou modelos que ofereçam credibilidade e transparência na sua gestão. O BSC surgiu em 1990 nos EUA com o objetivo de desenvolver um novo modelo de medição de desempenho, surgiu como uma ferramenta de mensuração que se baseava não só em indicadores financeiros, como em indicadores não financeiros. O conceito do BSC é dinâmico e durante a sua evolução passou a ser percebido como uma Ferramenta de Implantação da Estratégia por comunicar a estratégia através de indicadores. A partir do aprendizado das empresas que implantaram o BSC, em 1996 passa a ser percebido como um Sistema de Gestão Estratégica, por seguir os cinco princípios das organizações orientadas pela estratégia: traduzir a estratégia em termos operacionais, alinhar a organização à estratégia, transformar a estratégia em processo contínuo e mobilizar a mudança por meio da liderança. Kaplan e Norton (autores do BSC) incorporaram ao BSC, os avanços da gestão, como por exemplo, a gestão do conhecimento. Devido a esta evolução o BSC atualmente tem sido percebido como um Modelo de Gestão Estratégica Integrada. Desta forma, este trabalho apresenta o Estudo de Caso do Hospital Monte Sinai, tendo como base os cinco princípios das organizações orientadas para a estratégia e os critérios de excelência das organizações de saúde destacando os prêmios / credenciações conquistados pelos hospitais e a busca crescente do conhecimento na aplicação do BSC. Ao final do trabalho é sugerida uma metodologia de implantação do BSC em Hospitais, com base no detalhamento das etapas apresentadas no Estudo de Caso do Hospital Monte Sinai de Juiz de Fora, MG.

**Palavras Chave:** Gestão Estratégica em Saúde; Indicadores de Desempenho; Cenário Balanceado de Indicadores.

## ABSTRACT

This paper focuses on the professional tendency of health organization management, more specially, in Brazil hospitals. Its main goal is to determine the requirements for achieving a successful implementation of Balance Scorecard in Brazilian hospitals environment, of course without pretension to exhaust the matter. This tendency leads the managers to find instruments, methodologies or models that offers credits and transparency in their administration. The Balanced Scorecard arises on 1990 in USA for develop a new model of performance measurement, it appears as a measurement tool that was based not just in financial indicative such as non-financial indicative too. The BSC concept is dynamic along its evolution it came to be perceived like a strategic implementation tool that shows the strategy trough indicators key. From the enterprises learning that inseminate BSC, in 1996 it passes to be discerned as a management strategic system cause follow the same five principles from the organizations guided by the strategic as follow, Translate the strategic in operational limits, line up whole organization with the main strategic, to transform the strategic in a process on going and mobilize all the change by leadership. At the end of this paper is suggested an implantation methodology of BSC in Hospitals, with base in the stages detail presented in the Study of Monte Sinai Hospital Case.

**Key-Words:** Heath Care Strategic Management; Key Performance Indicator; Balanced Scorecard

## LISTA DE FIGURAS

Figura 1	Mapa de Relacionamento de um Hospital	23
Figura 2	Evolução dos Prêmios / Acreditação na Saúde	28
Figura 3	PDCA de Deming correlacionado aos critérios de Excelência PNQ®	36
Figura 4	Evolução do conceito do BSC	40
Figura 5	Cinco (5) Princípios da Organização orientada para a Estratégia	43
Figura 6	Matriz Swot	46
Figura 7	Etapas e terminologia do BSC	47
Figura 8	Perspectivas do BSC	50
Figura 9	Diferença do Mapa Estratégico do setor privado para o público.	57
Figura 10	Correlação das Perspectivas de Negócios (PNQ x BSC)	62
Figura 11	Indicadores nos 03 níveis de desempenho	64
Figura 12	Desdobramento dos Indicadores – <i>Outcomes e Drives</i>	67
Figura 13	Loop duplo de gestão da estratégica	72
Figura 14	Circulação interna	85
Figura 15	Posto de enfermagem	85
Figura 16	Foto atual do Hospital	86
Figura 17	Projeto de Expansão	86
Figura 18	Divulgação da Missão e Valores	92
Figura 19	Painel de Comunicados	92
Figura 20	Painel de Indicadores	92
Figura 21	Orientação aos Médicos	92
Figura 22	Metodologia de aplicação do BSC e as Ferramentas utilizadas	100



## LISTA TABELAS

Tabela 1	Instituições acreditadas e re-acreditadas pelo CBA e em conjunto com a JCI	30
Tabela 2	Número de Hospitais Acreditados pela ONA por nível	32
Tabela 3	Relação de Hospitais Acreditados com Excelência (nível 3)	32
Tabela 4	Hospitais no País	33
Tabela 5	Número de leitos	79
Tabela 6	Número de funcionários	79
Tabela 7	Relação dos hospitais pesquisados e seus Prêmios de Qualidade conquistados	80
Tabela 8	Relação dos hospitais pesquisados e as Ferramentas de Gestão utilizadas	81

## LISTA DE SIGLAS

ABAH – Academia Brasileira de Administração Hospitalar  
ABRAMGE – Associação Brasileira de Medicina de Grupo  
ANAHP – Associação Nacional dos Hospitais Privados  
ANS – Agência Nacional de Saúde  
ANVISA – Agência Nacional de Vigilância Sanitária  
APM – Associação Paulista de Medicina  
BSC – Balanced Scorecard  
CBA – Consórcio Brasileiro de Acreditação  
CEP – Comitê de Ética e Pesquisa  
CIEFAS – Comitê de Integração de Unidades Fechadas de Assistência à Saúde  
CNEM – Comitê Nacional de Ética Médica  
CNS - Confederação Nacional de Saúde, Hospitais, Estabelecimentos e Serviços.  
CQH – Controle de Qualidade Hospitalar  
CRM – Conselho Regional de Medicina  
DATASUS – Departamento de Informática do SUS  
DEF - Dicionário de Especialidades Farmacêuticas  
FBH – Federação Brasileira de Hospitais  
FEHERJ – Federação dos Hospitais e Estabelecimentos de Serviços de Saúde do Estado do RJ  
FNQ – Fundação Nacional da Qualidade  
HBR – Harvard Business Review  
HMS – Hospital Monte Sinai de Juiz de Fora  
IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística  
JCAHO – Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organization  
JCI – Joint Commission International  
NRs – Normas Regulamentadoras  
ONA – Organização Nacional de Acreditação  
ONU - Organização das Nações Unidas  
PA – Pronto Atendimento  
PBQP – Programa Brasileiro de Qualidade e Produtividade  
PDCA – Plan – Do – Check - Action  
PIB – Produto Interno Bruto  
PNQ – Prêmio Nacional da Qualidade  
SINDHERJ – Sindicato dos Hospitais e Estabelecimentos de Serviços de Saúde no Estado do Rio de Janeiro  
SINDHRIO – Sindicato dos Hospitais, Clínicas e Casas de Saúde do Município do RJ.  
SUS - Sistema Único de Saúde  
SWOT – strengths (pontos fortes); weaknesses (pontos fracos); opportunities (oportunidades) e treats (ameaças).

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO</b>	13
1.1 CONTEXTO	13
1.2 FORMULAÇÃO DO PROBLEMA	17
1.3 OBJETIVOS	18
<b>1.3.1 Objetivo Geral</b>	18
<b>1.3.2 Objetivos Específicos</b>	18
1.4 DELIMITAÇÕES DO ESTUDO	19
1.5 RELEVÂNCIAS DO ESTUDO	19
<b>1.5.1 Contribuição Teórica</b>	19
<b>1.5.2 Contribuição para o Segmento</b>	20
<b>1.5.3 Contribuição para a Universidade</b>	20
<b>1.5.4 Contribuição Pessoal</b>	20
1.6 ESTRUTURA DA DISSERTAÇÃO	21
<b>2 FUNDAMENTOS TEÓRICOS</b>	22
2.1 ANÁLISE DO AMBIENTE HOSPITALAR	22
<b>2.1.1 Pressão da Conjuntura</b>	23
<b>2.1.2 Partes Interessadas com foco no resultado financeiro</b>	24
<b>2.1.3 Mercado Receptor</b>	24
<b>2.1.4 Mercado fornecedor</b>	25
<b>2.1.5 Concorrência</b>	26
<b>2.1.6 Modelo de Gestão</b>	26
2.2 EVOLUÇÃO DA QUALIDADE NA SAÚDE	27
<b>2.2.1 Acreditação Internacional</b>	28
<b>2.2.2 Acreditação Nacional</b>	30
<b>2.2.3 Modelo de Excelência do PNQ®.</b>	33
2.3 BALANCED SCORECARD	38
<b>2.3.1 Evolução do Conceito</b>	38
<b>2.3.2 Os princípios de uma Organização orientada para Estratégia</b>	41
2.3.2.1 Liderança Executiva para mobilizar a mudança para promover a transformação.	43
2.3.2.2 Traduzir a estratégia em termos operacionais	46
2.3.2.3 Alinhar a organização para criar sinergia	48
2.3.2.4 Transformar a estratégia em tarefa cotidiana de todos	48
2.3.2.5 Transformar estratégia em processo contínuo por meio do aprendizado	49
<b>2.3.3 Perspectivas do BSC</b>	49
2.3.3.1 Perspectiva financeira	51
2.3.3.2 Perspectiva do cliente	52
2.3.3.3 Perspectiva do processo interno	53
2.3.3.4 Perspectiva do aprendizado e crescimento	54
2.3.3.5 Correlação de Causa e Efeito	56
2.3.3.6 Perspectiva do BSC em relação ao PNQ®	61
<b>2.3.4 Indicadores de desempenho</b>	62
2.3.4.1 Níveis de Desempenho	63
2.3.4.2 Indicadores Estratégicos	65
2.3.4.3 Desdobramento dos indicadores	66

2.3.4.4 Benchmarking	69
2.3.4.5 Ficha de indicadores	71
<b>2.3.5 Loop duplo de gestão da estratégia</b>	72
<b>3 METODOLOGIA CIENTIFICA DA PESQUISA</b>	75
3.1 CONSIDERAÇÕES INICIAIS	75
3.2 TIPO, MÉTODOS E ESTRATÉGIA METODOLÓGICA.	76
3.3 DELINEAMENTO DA PESQUISA	77
<b>3.3.1 Etapas preliminares</b>	77
3.3.1.1 Pesquisa Bibliográfica	77
3.3.1.2 Situação Problema	77
3.3.1.3 Elaboração do Instrumento de pesquisa	78
3.3.1.4 Realização da pesquisa	78
3.3.1.5 Análise dos dados e escolha do Hospital para Estudo de Caso	78
<b>3.3.2 Etapa do Estudo de Caso</b>	81
<b>4 ESTUDO DE CASO DO HOSPITAL MONTE SINAI</b>	83
4.1 DESCRIÇÃO DO CASO	83
<b>4.1.1 Perfil do HMS</b>	83
<b>4.1.2 Estrutura Física do HMS</b>	84
<b>4.1.3 História da Qualidade do HMS</b>	86
4.2 ANÁLISE DA UTILIZAÇÃO DO BSC NO HMS	87
<b>4.2.1 Liderança Executiva para mobilizar a mudança do HMS.</b>	88
<b>4.2.2 Traduzir a estratégia em termos operacionais do HMS.</b>	89
<b>4.2.3 Alinhar a organização para criar sinergia do HMS</b>	91
<b>4.2.4 Transformar a estratégia em tarefa cotidiana de todos</b>	93
<b>4.2.5 Transformar estratégia em processo contínuo</b>	94
<b>5 METODOLOGIA DE APLICAÇÃO DO BSC EM HOSPITAIS</b>	99
<b>6 CONSIDERAÇÕES FINAIS</b>	101
6.1 ANÁLISE GERAL	101
6.2 CONCLUSÕES	103
6.2 SUGESTÕES PARA PESQUISAS FUTURAS	105
<b>REFERÊNCIAS</b>	107
<b>GLOSSÁRIO</b>	113
<b>APÊNDICES</b>	114
<b>ANEXOS</b>	122

# 1 INTRODUÇÃO

## 1.1 CONTEXTO

Historicamente, a área de saúde vem evidenciando sua incapacidade em solucionar os problemas para atender as necessidades da população. O desafio da saúde no Brasil tem o tamanho de sua dívida social; enquanto a medicina se superou com inúmeras descobertas científicas, novos equipamentos e novas tecnologias, os altos custos aí empregados inibem o acesso da maior parte da população aos benefícios dessa medicina avançada. (BORBA & OLIVA, 2004).

No setor de saúde há uma falta de capacidade de governança, não sendo observadas iniciativas inovadoras que criem para aqueles, com menor capacidade de geração de renda, oportunidade de escolha e de acesso a produtos e serviços que representem padrões de qualidade global, que proporcionaria a auto-estima, melhoria da dignidade e sustentabilidade social, cujo engajamento poderia representar uma carga ínfima da responsabilidade financeira empresarial com cenários ganha-ganha sustentáveis (PRAHALAD, 2005).

O grande desafio à ampliação da assistência médica hoje, segundo Thompson<sup>1</sup> (2006), é a busca do equilíbrio entre as receitas, quase sempre limitadas, e os gastos exponencialmente crescentes – decorrentes dos avanços científicos, das novas tecnologias aplicadas à medicina e do conseqüente e benéfico aumento da expectativa de vida da população, entre outros fatores.

Na prática, essa condição de acesso limitado à saúde, que exclui parcela da população, é um problema mundial, que se agrava mais nos países em desenvolvimento, que têm maior desigualdade social.

O Canadá e a Inglaterra possuem modelos de saúde exemplares, onde os hospitais são privados, mas o sistema é público e universal, cobrindo quase 90% dos gastos. Em agosto de 2005, no Rio de Janeiro, em um evento que reuniu a comunidade médico-hospitalar em torno do tema: Desafios e Perspectivas para a Saúde no Brasil, o ex-presidente Fernando Henrique Cardoso<sup>2</sup> mencionou que as soluções para a saúde exigem diálogo entre Estado e setor privado (CARDOSO, 2005).

---

<sup>1</sup> Tommy Thompson – ex-secretário de saúde e de serviços humanos dos Estados Unidos.

<sup>2</sup> Cardoso : Fernando Henrique Cardoso - ex-presidente do Brasil.

O Presidente do SINDHRIO, Adriano Londres, abriu este evento afirmando que o Brasil vive um dilema na saúde, com expectativas de 2005, recursos dos anos de 1980 (quando considerado o percentual do PIB alocado à área da saúde) e problemas da década de 1960. Neste mesmo evento, Cardoso (2005) afirmou que é preciso buscar eficiência, pois nessa nova fase em que passa o Brasil, a questão principal passa a ser a qualidade. É preciso então, melhorar a gestão aplicar melhor os recursos e com isso combater as fraudes e os desperdícios.

O Ministro da Saúde, José Carlos Temporão<sup>3</sup> em seu discurso de posse em março de 2007 frisou a importância do setor saúde no Brasil.

O setor representa cerca de 8% do PIB (Produto Interno Bruto) do país, o que equivale a mais de R\$150 bilhões, além de empregar 10% da população brasileira”. Nesse mesmo discurso apresentou as 22 prioridades de sua gestão, destacando que neste governo é preciso “melhorar a qualidade da atenção e inovar na gestão, melhorando a qualidade do gasto dando continuidade ao processo de redução das desigualdades sociais. (TEMPORÃO, 2007 apud CONFEDERAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE, 2007 p.4).

Em agosto de 2007 a revista Exame publicou uma matéria sobre saúde em que frisa a crise na saúde em todos os países do mundo; inclusive em países do primeiro mundo. Os Estados Unidos gastaram em 2005, 15,5% do PIB com saúde, algo como mil reais mensais por pessoa. (EXAME, 2007).

Porter & Teisberg (2006), lançaram o livro Repensando a Saúde que aborda a crescente crise da saúde e apresenta reflexões relevantes para o setor. Segundo eles, o sistema não funciona, pois não está focado em gerar valor aos pacientes. “Trata-se de um modelo competitivo baseado no repasse de custos, no aumento do poder de barganha para captar novos clientes e, visando cortar custos na restrição dos serviços oferecidos”. (EXAME, 2007 apud PORTER & TEISBERG, 2006).

O argumento deste livro é que como o produto oferecido é a saúde, quanto maior a qualidade, menor o custo com tratamentos. Assim, eles sugerem uma receita para uma área que convalesce de doença sistêmica - redefinir o modelo competitivo com foco na saúde das pessoas. (PORTER & TEISBERG, 2007).

Os altos custos do setor, a forte regulamentação, e principalmente a falta de uma gestão profissional levaram o setor hospitalar a uma crise sem precedentes. Inúmeras organizações privadas encerraram suas atividades e o setor público não atende satisfatoriamente a população. A relação entre os hospitais e as operadoras de saúde vem sendo objeto de inúmeras discussões. As operadoras afirmam que a agência reguladora

---

<sup>3</sup> Temporão – José Carlos Temporão é médico sanitário e ex-diretor do Instituto Nacional do Câncer.

somente autoriza cobranças abaixo da variação registrada nos índices de inflação e os hospitais alegam que a inflação do setor tem sido superior à média desses índices. (VASSALO, 1997).

Enquanto a reforma da saúde não ocorre, o sonho brasileiro da medicina de qualidade para todos, não pode ser alcançado. Segundo Cardoso (2005), o modelo adotado reforça as desigualdades, principalmente pela limitação de acesso em função da baixa renda, diferentemente de vários países do mundo onde essa discriminação já foi abolida.

O estudo da implantação de uma metodologia de gestão estratégica em um hospital privado como o Hospital Monte Sinai de Juiz de Fora - HMS, é uma proposta de ver a Saúde no Brasil por outro ângulo, em meio a um cenário de desesperanças, destacando o empreendedorismo como a força motriz para superar adversidades e conduzir mudanças estratégicas. O HMS é *Benchmark* na saúde, dando sinais de vitalidade e responsabilidade social em meio à desordem sistêmica.

Muito tem se falado da necessidade de utilização de ferramentas de gestão na área de saúde. É notório que o mercado não está mais disposto a pagar o custo da má qualidade da gestão dos hospitais. Inclusive, a incidência de erros na saúde são maiores do que nos outros setores. Segundo Porter & Teisberg, (2007), o Instituto Juran estima que aproximadamente 30% das despesas diretas com a assistência à saúde são decorrentes da má qualidade. “O Institute of Medicine estima que os erros médicos evitáveis chegam a US\$ 36,7 e US\$ 50 bilhões a cada ano sendo que mais da metade desta estimativa representa custos direto de tratamentos remediativos”. (PORTER & TEISBERG, 2007 p. 106).

O Médico Claudio Lottenberg, 2006 acha que o Brasil tem falado demais em desenvolvimentismo e infra-estrutura, esquecendo-se de que, sem saúde, todo o resto não funciona. Uma pessoa desestruturada nesse parâmetro mínimo não consegue se desenvolver. Com o foco nesse cidadão-paciente, Lottenberg, presidente do Hospital Israelita Albert Einstein, escreveu o livro: *A Saúde Brasileira Pode dar Certo* da Ed. Atheneu. Este livro procura mostrar que o atendimento médico de qualidade sustentável e acessível à população pode ser conseguido, desde que se usem ferramentas adequadas de gestão e que se apliquem os fundamentos desta obra com relação ao corte de desperdícios e não ao corte de custos.

Como forma de superar a crise, as instituições de saúde estão investindo em modelos de gestão com foco na excelência de seus resultados (BORBA & OLIVA, 2004). A questão principal que se discute é a eficácia da gestão e a redução dos desperdícios. A Chave para o

---

sucesso segundo Vilar (2005) seria o desenvolvimento de uma boa governança corporativa nas organizações de saúde com foco nos resultados.

A preocupação com a qualidade está deixando de ser um diferencial, uma opção para se tornar um imperativo, um pré-requisito fundamental para a sobrevivência e a competitividade das organizações no mundo moderno (NOGUEIRA, 2003). Nos dias de hoje, o diferencial está na excelência dos resultados relevantes da organização, abrangendo aspectos financeiros e não financeiros para o alcance do sucesso da organização. Para tal sucesso é preciso medir estes resultados e compará-los com os referenciais de excelência no mercado buscando ser *benchmark* no setor (KAPLAN & NORTON, 1992).

Vários movimentos na busca de melhores resultado no setor saúde podem ser percebidos estudando a evolução dos prêmios de qualidade conquistados pelos hospitais. A saúde no Brasil está mudando e a pergunta é, para onde? Quais as tendências do setor e mais especificamente dos hospitais?

O atual cenário da saúde no Brasil não é favorável à conquista de prêmios; para tal é necessária à utilização de ferramentas que mantenha o foco nos resultados pretendidos. O *Balanced Scorecard* é uma ferramenta de tradução da estratégia e que permite às Organizações manter este foco. O foco estratégico é o comprometimento com as metas de maneira sintonizada, é o planejamento e a execução de diretrizes e táticas que possibilitarão a organização uma posição mais vantajosa. (BORBA & OLIVA, 2004, p.251). A manutenção do foco na estratégia é pré-requisito para gerar resultados. Desta forma, ter foco significa manter-se fiel a um propósito vocacional com coerência de decisões. (KAPLAN & NORTON, 2001).

O processo de mensuração só tem valor se a administração puder aprender a partir dos resultados alcançados e agir sobre eles. As ligações causa-efeito embutidas no mapa estratégico do BSC permitem que a administração formule e ponha em experiência hipóteses sobre a estratégia e é nesse ponto que ocorre o aprendizado, diz Kaplan & Nevius (2002).

Várias Organizações de Saúde já estão utilizando a ferramenta do BSC para a melhoria de seus resultados. No Brasil pode-se citar como exemplos: Hospital Monte Sinai de Juiz de Fora/MG; Hemorio/RJ; Instituto Nacional de Cardiologia de Laranjeiras/RJ; Hospital Santa Rita/ Vitória; Hospital Moinhos de Vento/RS; Hospital Nove de Julho/SP entre vários outros.

Entretanto, muitas Organizações dizem ter o *Balanced Scorecard*, por possuírem indicadores financeiros e não financeiros, mas o BSC é muito mais do que isso (KAPLAN & NORTON, 2004). É uma ferramenta que traduz a visão de futuro em ações, através de um



conjunto balanceado de indicadores. O estudo do Hospital Monte Sinai/MG será analisado dentro deste cenário, a fim de identificar as vantagens e desvantagens na utilização desta ferramenta que já está sendo percebida como um modelo de gestão estratégica integrada (HERREIRO, 2005).

## 1.2 FORMULAÇÃO DO PROBLEMA

Um dos desafios na gestão hospitalar é gerenciar uma cadeia de processos complexa, que movimenta uma extensa rede de produtos e serviços, inserida em um contexto competitivo, tornando-a viável e interessante para os *stakeholders*. Enfim, o desafio está em ver a saúde como um negócio, respeitando as regulamentações do setor, perseguindo uma relação custo/benefício favorável nas decisões de investimento e criando valor, de modo a garantir qualidade que preferencialmente supere as expectativas para o setor, e que possam ser reconhecidas pelo mercado.

Segundo Lima (2006) a opção pelo foco na qualidade dos serviços de saúde se deve ao fato de que 99,9% de qualidade não são suficientes, uma vez que 0,01% de falhas nos Hospitais representam:

- 20 mil prescrições erradas de remédio/ano
- 15 mil quedas acidentais de Recém Nascidos em hospitais/ano
- 500 cirurgias incorretas/semana

Geralmente os prêmios de qualidade estabelecem padrões mínimos de excelência, descrevem *o que* as instituições precisam ter para serem consideradas de classe mundial ou serem consideradas com excelência em seus negócios, mas não dizem *o como fazer*, qual ferramenta utilizar. Apresentam a necessidade da análise dos indicadores de desempenho, mas não como medi-los. A necessidade de *Benchmarking*, mas não como comparar os indicadores, uma vez que em muitos casos não se tem indicadores de gestão na área de saúde que possam ser comparados. A questão é como gerenciar sem indicadores, pois segundo Juran (1992), quem não mede não controla e quem não controla não consegue gerenciar. Kaplan & Norton (2001) acreditam que os indicadores servem para comunicar a estratégia de forma a comprometer todos os colaboradores com os resultados a serem alcançados.

A tendência dos hospitais tem sido à busca de prêmios/acreditações como forma de obter a excelência na gestão e de superação da crise na saúde, mas como estes

prêmios/acreditações não prescrevem metodologias de gestão, o problema da pesquisa é identificar de que forma a ferramenta do *Balanced Scorecard* pode contribuir com a gestão dos hospitais no Brasil, levando-os ao alcance de suas metas.

### 1.3 OBJETIVOS

Para responder à questão formulada no problema, o presente estudo apresenta objetivo geral e alguns objetivos específicos:

#### 1.3.1 Objetivo Geral

Este estudo tem como objetivo analisar a aplicabilidade do BSC no Ambiente Hospitalar, tendo como base, a experiência do Hospital Monte Sinai de Juiz de Fora/MG.

#### 1.3.2 Objetivos Específicos

Para o alcance do objetivo geral, serão considerados os seguintes objetivos específicos:

- Descrever as tendências do mercado de hospitais na busca de modelos de gestão pela qualidade e excelência em seus processos rumo às Acreditações Hospitalares;
- Apresentar os critérios e fundamentos de excelências das organizações consideradas de Classe Mundial através do PNQ® e sua aplicação na Saúde;
- Identificar as vantagens e desvantagens da implantação do BSC em uma instituição *benchmark* na área de saúde como o Caso do Hospital Monte Sinai de Juiz de Fora/MG e;
- Apresentar a partir do Estudo de Caso do Hospital Monte Sinai de Juiz de Fora, uma metodologia de implantação do BSC em Hospitais.

## 1.4 DELIMITAÇÃO DO ESTUDO

O estudo pretende a partir dos resultados da pesquisa das melhores práticas do BSC desenvolvido por Kaplan & Norton (2001) identificar quais as práticas utilizadas pelo Hospital Monte Sinai de Juiz de Fora e traçar uma metodologia que possa contribuir com a implantação do BSC nos hospitais brasileiros. Não existe a intenção de se validar a ferramenta ou de se fazer à análise comparativa entre hospitais.

Esta dissertação não pretende analisar em detalhes os critérios e nem os itens de excelência do Prêmio Nacional da Qualidade e nem os padrões da Acreditação Hospitalar. O objetivo em mencionar os prêmios é apresentar em que contexto a ferramenta do BSC contribui para a gestão dos hospitais, levando a conquista de prêmios internacionais e nacionais de excelência na gestão, atendendo assim, as tendências do mercado hospitalar e levantando as possíveis limitações dessa ferramenta no contexto de um hospital particular.

Não foram mencionadas outras ferramentas de gestão que também estão sendo utilizados em Hospitais e que não fazem parte do estudo em questão, como: 5S; ISO9001/2000 entre outras. O *Benchmarking* na Saúde, apesar de ser uma ferramenta de comparação fundamental quando se fala de indicadores, foi apresentado, mas também não foi aprofundado por não ser o objeto de estudo neste momento.

## 1.5 RELEVÂNCIA DO ESTUDO

### 1.5.1 Contribuição Teórica

Porter & Teisberg, (2007, p.ix) em seu último livro *Repensando a Saúde* afirmam: “existe muita literatura sobre medicina e política de saúde.... a literatura sobre estratégia para organizações de saúde é quase inexistente”. O BSC vem sendo utilizado na indústria, no setor financeiro e em outros setores, mas no setor saúde poucos trabalhos são encontrados.

O estudo da aplicação da ferramenta do *Balanced Scorecard* em Hospitais contribui na apresentação ao mercado de saúde de um modelo de gestão estratégica integrada e de uma metodologia de aplicação em hospitais.

### **1.5.2 Contribuição para o Segmento**

Justifica-se a relevância do estudo da aplicabilidade do BSC em hospitais, pois hoje em dia já existem instituições debatendo a importância dos indicadores de gestão na saúde e os hospitais ainda carecem de ferramentas para alinhar e traduzir a estratégia em objetivos e medidas de forma a levantar os principais indicadores e estabelecer os referenciais comparativos para a conquista dos melhores resultados.

### **1.5.3 Contribuição para a Universidade**

Outro intento do trabalho é despertar o interesse acadêmico para pesquisas na área de gestão em saúde, abrindo caminhos e levantando alternativas de melhorias de desempenho para o segmento. O campo para pesquisa é vasto, considerando-se o limitado número de pesquisas e publicações nacionais no assunto. Trata-se de um novo segmento que precisa de pesquisadores com visão multidisciplinar.

A Universidade como um centro de excelência, voltada para a relação com o mundo e preocupada com os problemas da sociedade, pode trazer soluções concretas para a gestão dos estabelecimentos de saúde, cujos resultados poderão gerar reflexos bem mais amplos para o bem-estar e qualidade de vida da sociedade.

### **1.5.4 Contribuição Pessoal**

Cabe ainda considerar a relevância do estudo do tema para a pesquisadora. Atuando como consultora e docente em cursos de pós-graduação na área de saúde busca com esta

pesquisa, soluções para inúmeros problemas que são enfrentados no dia-a-dia das organizações de saúde.

## 1.6 ESTRUTURA DA DISSERTAÇÃO

Para a consecução dos objetivos propostos no capítulo 1, o estudo apresenta, no capítulo 2, os fundamentos teóricos onde está o embasamento da dissertação, que vai desde a análise da estrutura hospitalar e a evolução da gestão pelos modelos de qualidade, até a análise do Balanced Scorecard e a correlação com os modelos de qualidade apresentados.

O capítulo 3 apresenta a Metodologia Científica adotada e a sua fundamentação para a escolha do Hospital a ser estudado.

No capítulo 4 é analisada a Metodologia utilizada pelo Hospital Monte Sinai de Juiz de Fora/MG em cada um dos cinco princípios das organizações orientadas para a estratégia, como forma de identificar as práticas utilizadas nestas cinco etapas de implantação do BSC.

O capítulo 5 apresenta de forma resumida a Metodologia de Aplicação do Balanced Scorecard, destacando as principais etapas para a implantação do Balanced Scorecard, e as ferramentas que os Hospitais poderão utilizar em cada uma destas etapas.

No capítulo 6 são feitas as considerações finais, incluindo uma análise geral do estudo, as conclusões e as sugestões para pesquisas futuras.

Compõe ainda esta dissertação, as Referências como fontes de consulta para o desenvolvimento desse trabalho e o glossário, que disponibiliza o significado de termos incomuns e específicos da área de Saúde.

O apêndice apresenta o questionário utilizado na pesquisa de campo, a relação dos hospitais que responderam esta pesquisa e a representação da análise comparativa da organização com o ser vivo. Por fim nos anexos estão as ilustrações que ajudam na compreensão deste trabalho.

## 2 FUNDAMENTOS TEÓRICOS

Vivemos dentro de um sistema sócio-econômico guiado pela informação. Portanto, a administração de um serviço de saúde necessita dispor de ferramentas que permitam monitorá-lo, baseando-se sempre na informação. A maneira como a tecnologia vem transformando o comportamento da sociedade, a economia, as inter-relações entre novos padrões e as conexões nas mais diversas áreas de conhecimento estão diretamente relacionadas à velocidade da informação.

Os serviços hospitalares são complexos por possuírem peculiaridades como: intangibilidade (percepção do atendimento), inseparabilidade (produção e consumo simultâneo) e variabilidade (cada cliente gosta de ser tratado de forma diferenciada, não existe cliente igual). Há então demanda por ferramentas que possibilitem a garantia da qualidade dos serviços prestados, para que as empresas tornem-se competitivas e façam frente ao crescente aumento da concorrência no mercado (BORBA & OLIVA, 2004).

Não é fácil administrar uma unidade de saúde como um hospital, pois existem várias empresas funcionando em um hospital: o laboratório; a radiologia; a cardiologia entre outros serviços são negócios administrados separadamente, mas interdependentes. “O Administrador precisa ter conhecimento e talento multidisciplinar para reger esta grande orquestra”. (COUTO<sup>4</sup>, 2007 apud VILAR, 2007, pág. 80)

Porter e Teisberg (2007) consideram a complexidade do sistema de saúde assustadora. Os médicos são céticos em relação à contribuição de leigos pois a prática da medicina é misteriosa e complicada. Normalmente a frase que se ouve é: “a questão da saúde é diferente” ou “você não entende” (PORTER & TEISBERG, 2007 p. iv).

### 2.1 ANÁLISE DO AMBIENTE HOSPITALAR

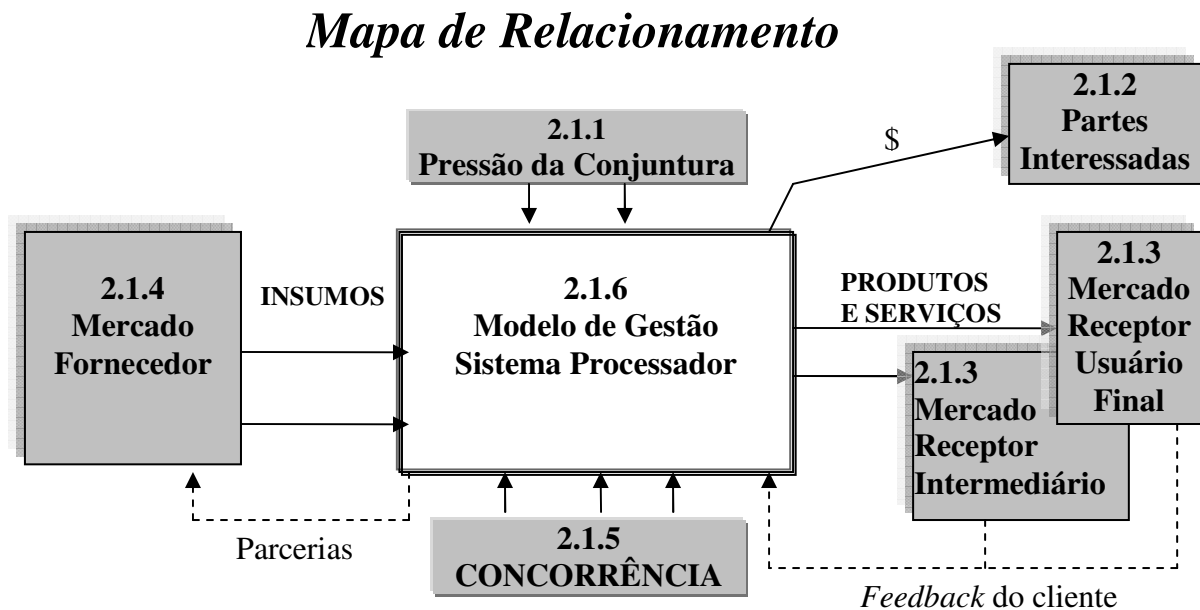
Em decorrência da complexidade dos hospitais, inspirada na cadeia de processos e na visão sistêmica, a análise do segmento hospitalar será feita através da metodologia de análise dos três níveis de desempenho de Rummler & Brache (1992), que propõe analisar as

---

<sup>4</sup> Couto – Gisele Couto é médica doutoranda em saúde pública.

organizações no nível estratégico através de um modelo mental chamado de Mapa de Relacionamento.

O Mapa de Relacionamento permite entender a dinâmica da organização através da identificação das partes e personagens deste cenário apresentado na Figura 1 e descrito nos itens 2.1.1 a 2.1.6:



**Figura 1:** Mapa de Relacionamento de um Hospital  
Fonte: adaptado de Rummler & Brache (1992)

### 2.1.1 Pressão da Conjuntura

Historicamente, a Saúde vem sendo impactada por diferentes contingências, originadas por entidades direta e indiretamente relacionadas, como por exemplo: Constituição Federal do Brasil; Normas Regulamentadoras - NRs; Conselhos de Medicina, de Enfermagem, de Arquitetura e de Administração; Código de Defesa do Consumidor; Estatutos do Menor e Adolescente, do Idoso e da Mulher; Leis gerais e específicas como a dos Planos de Saúde, nº. 9.656/98 e outras. Segundo Couto (2007) *apud* Vilar (2007), na saúde estas regulamentações são muito rígidas.

A Lei 9.961/00 de criação da Agência Nacional de Saúde - ANS foi o divisor de águas, responsável pela regulamentação do setor. Além de todas estas interferências, as empresas viveram a transição do Plano Real e o fim da ciranda financeira que marcou o início

da crise na saúde, decorrente de uma conjunção de fatores, com especial destaque para a competitividade, a falta de gestão qualificada e os custos crescentes.

### **2.1.2 Partes Interessadas com foco no resultado financeiro**

Na primeira edição do livro do Rummler & Brache (1992), não se analisava a cadeia de interlocutores *stakeholders*, com interesse na evolução financeira do negócio. O foco estava na percepção do cliente. Na realidade, a percepção da saúde como um negócio é relativamente recente posicionando os resultados financeiros de forma a tornar a instituição estimulante para acionistas e demais interessados nos resultados financeiros, como prestadores de serviços; fornecedores e outros, preservando uma condição inerente da iniciativa privada, de geração de lucro.

Até pouco tempo, na saúde só existiam obrigações, pois o conceito de saúde como negócio é bem recente. Somente após o Plano Real foi que o foco mudou para a eficácia e a eficiência da gestão. Entretanto, “de forma errônea, ainda existe quem acredite que a saúde por lidar com o bem-estar de pessoas e por lidar de forma especial com vidas – não deveria ter a preocupação com resultados financeiros e administrativos...” (LIMA<sup>5</sup>, 2007 apud VILAR, 2007, p.80).

### **2.1.3 Mercado Receptor**

O Mercado receptor é caracterizado pelos clientes intermediários (médicos, acompanhantes, convênios e SUS, empresas, organizações públicas entre outros) e usuários finais (pessoas físicas particulares, pacientes dos médicos, funcionários de empresas entre outros) que possuem necessidades específicas e muitas vezes conflitantes. Os pacientes e acompanhantes exigem resolutividade e qualidade no atendimento, mas também valorizam hotelaria, alimentação, higiene e limpeza. As operadoras de saúde exigem preços baixos e as equipes técnicas demandam alta tecnologia e um corpo de enfermagem qualificado (BORBA & OLIVA, 2004).



Porter e Teisberg (2007) acreditam que a agregação de valor aos pacientes possa alinhar os interesses de todos os participantes do sistema, que hoje frequentemente atuam com propósitos opostos.

É estratégico estabelecer parceria e um bom relacionamento com os médicos, comprometendo-os com os resultados do hospital e com a formação de uma carteira consistente de clientes. A questão crítica reside em conciliar a manutenção da qualidade no atendimento, alta tecnologia e preços baixos. (BORBA & OLIVA, 2004).

O Diretor da ANS, Alfredo Cardoso, 2007 destaca o papel do médico nesta relação e esclarece que a ética médica é responsável por justificar a postura dos médicos. Segundo Cardoso<sup>6</sup> (2007 apud VILAR, 2007, p.81), “o médico não se preocupa com o custo/benefício porque a morte é fato tão grave que, para ser evitada, justifica qualquer custo”.

#### **2.1.4 Mercado fornecedor**

No universo de fornecimento para o setor da saúde constam mais de 50.000 itens e os materiais técnicos são mais de 500 tipos diferentes. Um dado relevante é que a aquisição e distribuição de insumos médicos, desde materiais técnicos e medicamentos a sofisticados aparatos tecnológicos, representam 41% de todos os custos anuais dos hospitais<sup>7</sup> e movimentam uma economia crescente. O boletim PHOAHSA 43, de 2006, destaca a importância do gerenciamento de suprimentos hospitalares e mais precisamente a relevância da logística. Em média 26,7% dos custos hospitalares são gastos com consumo de materiais nos hospitais. Deste consumo, apenas 11% são materiais diversos, os outros 15,7% são materiais médicos; medicamentos e honorários médicos. (PROHASA, 2006).

O estabelecimento de parcerias com os fornecedores e prestadores de serviços, principalmente os fornecedores de materiais e medicamentos (mat./med) serve para ajudar no gerenciamento dos estoques, na logística hospitalar de forma a estabelecer estratégias de relacionamentos cooperativos, a fim de promover alianças para obtenção máxima de resultados mútuos (RIBEIRO, 2006). Aplicar programas de avaliação e qualificação de fornecedores segundo Ribeiro (2006) é uma importante ferramenta neste contexto, pois

---

<sup>5</sup> Lima – José Antônio Lima – diretor do Hospital Samaritano de São Paulo

<sup>6</sup> Cardoso – Alfredo Cardoso – diretor da Agência Nacional de Saúde- ANS 2007

<sup>7</sup> Fonte: Efficient Healthcare Consumer Response, Improving, the Efficiency of the Healthcare Supply Chain, CSC Consulting Group.

permite conhecimento da qualidade e das expectativas de cada um, revendo suas estratégias de negócios.

### **2.1.5 Concorrência**

Existe uma demanda reprimida de hospitais de boa qualidade, apesar da tendência à desospitalização. Na Saúde ainda há muita resistência em adotar estratégias que envolvam parcerias e compartilhamentos, embora a nova educação hospitalar tenha um forte componente empresarial, com adesão crescente de hospitais que investem em Gestão, para superar as adversidades conjunturais e as ameaças do mercado.

Segundo levantamento do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística de 1997 (IBGE, 2006) estima-se que na cidade de São Paulo existem mais equipamentos de ressonância magnética do que no Canadá inteiro, caracterizando uma relação oferta/demanda desequilibrada que ocasiona uma concorrência predatória, posiciona o preço dos produtos e serviços em um patamar desconfortável, interferindo nas projeções de retorno do investimento de aquisição de tal modo que, muitas vezes, o investimento anterior ainda não foi inteiramente pago e um novo investimento é demandado, por força da atualização tecnológica. Fatos como estes evidenciam os graves contrastes sociais que remetem o Brasil à classificação terceiro mundo e a crise na saúde.

Definir quem são os concorrentes é a base para a estruturação de estratégias: sólidas, coerentes e defensáveis. (LAET<sup>8</sup> apud VILAR, 2007).

### **2.1.6 Modelo de Gestão**

Os hospitais brasileiros ainda sofrem de um problema crônico: a administração (BORBA, 2004). A gestão amadora dos hospitais, que habitualmente acumula perdas por retrabalho, desperdício e roubo, se viu em apuros para enfrentar o movimento organizado das Operadoras (ABRAMGE, CIEFAS, etc.), mais preparadas para a Regulamentação. As operadoras não assumem mais o risco da má administração dos hospitais e instituem

auditorias para verificar a autenticidade dos serviços faturados, questionando a conduta médica e/ou exercendo poder de glosa.

O gerenciamento da organização, baseado na padronização dos processos, passou a se difundir através dos movimentos pela qualidade, principalmente pelo sistema de garantia da Qualidade das normas ISO 9000 (BERWICK; GODFREY; ROESSNER, 1994). A perda financeira decorrente da má gestão dos hospitais é relevante e a acreditação e os prêmios de qualidade são as tentativas de melhoria dos processos que vem sendo adotados pelos hospitais.

O conflito de interesses entre os usuários dos serviços; as fontes pagadoras e os hospitais criam uma pressão produtiva, que resulta na definição de protocolos médicos, e uma tensão negativa que gera enfraquecimento do modelo. Essa tensão se soma ao desconforto inflacionário, que supera a média dos índices de preços, em razão dos altos custos de manutenção e implantação.

Salles<sup>9</sup> 2007 (*apud* VILAR, 2007, p.47) acredita que a saúde não é diferente dos outros negócios e afirma: “... na saúde, como em qualquer outro setor, o que faz a diferença é a qualidade da gestão”. Entretanto, dentre as organizações de prestação de serviços, o hospital é uma das mais complexas, pois segundo o Diretor do Instituto Johns Hopkins, nos EUA (JHM, 2006), o segmento de saúde só perde em nível de complexidade e em número de itens para a indústria aeroespacial.

Drucker *apud* Bittar (2004) afirma que poucos processos industriais são tão complicados quanto o hospital que, além de complexo, comporta um alto risco inerente à atividade. Em decorrência desta complexidade e inspirada na cadeia de processos de Rummler & Brache (1992), os hospitais estão buscando modelos de gestão para o alcance dos melhores resultados.

## 2.2 EVOLUÇÃO DA QUALIDADE NA SAÚDE

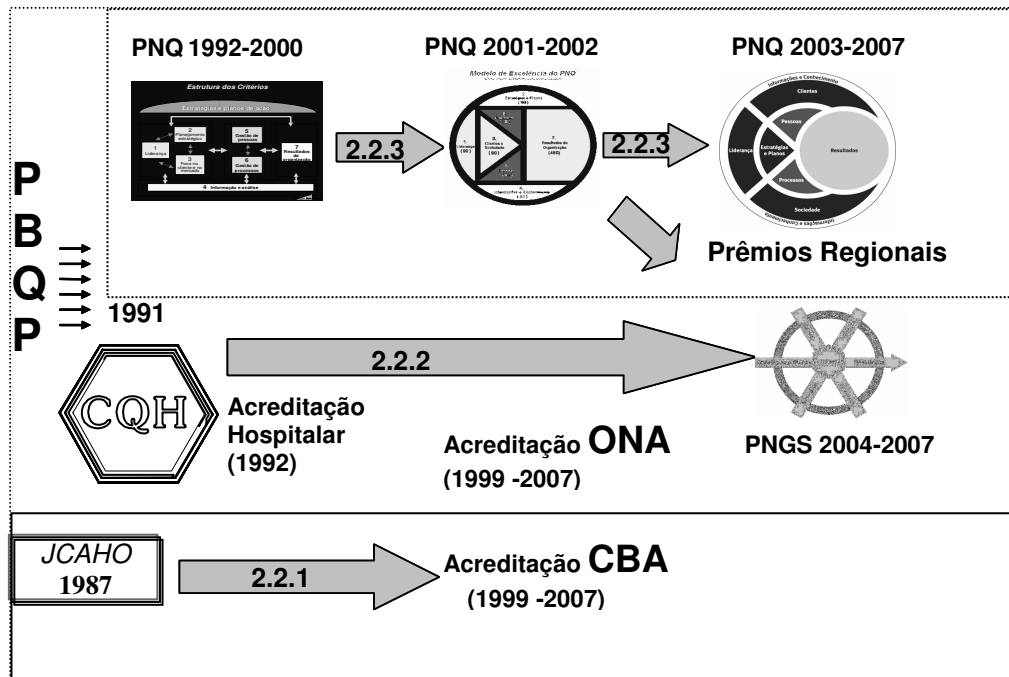
A Figura 2 serve de base para facilitar o entendimento da evolução dos modelos de gestão pela qualidade e sua aplicação na saúde. No item 2.2.1 está descrita a análise da evolução da Acreditação Internacional no Brasil. No item 2.2.2 está a evolução do modelo da

---

<sup>8</sup> Laet – Carlos Laet - Engenheiro Químico, trabalhou como diretor nas Ceras Johnson.

<sup>9</sup> Salles – Carlos Salles – ex-presidente da Xerox, hoje presidente do Conselho Superior do Movimento Brasil Competitivo.

Acreditação Nacional. No item 2.2.3 foi feito um paralelo ao Prêmio Nacional da Qualidade e sua inter-relação com o Prêmio Nacional de Gestão em Saúde (PNGS); os Prêmios Regionais e as tendências dos Hospitais na busca de certificações de gestão.



**Figura 2:** Evolução dos Prêmios / Acreditação na Saúde  
 Fonte: adaptado de Mota, 2003

**2.2.1 Acreditação Internacional**

Em 1951 o movimento de Acreditação teve início nos Estados Unidos com a parceria do Colégio Americano de Médicos, da Associação Médica Americana, da Associação Americana de Hospitais e da Associação Médica Canadense. O Colégio Americano de Cirurgiões constituiu a *Joint Commission on Accreditation of Hospitals*, agência acreditadora dos Estados Unidos, com sede em Chicago – EUA. Em 1987 houve a expansão para *Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organization* – JCAHO (CBA, 2003).

A partir de 1999 a Joint Commission, através de sua subsidiária, *Joint Commission International* (JCI), passou a avaliar hospitais em outros países, inclusive no Brasil, onde atua em parceria com o CBA - Consórcio Brasileiro de Acreditação. (CBA, 2003).

A JCAHO - *JOINT COMMISSION* 2006 define qualidade como “o grau de cuidado prestado ao paciente que minimiza a probabilidade de resultados indesejados em função do grau de conhecimento atual”. (CBA,2003)

Acreditação Internacional é “a metodologia de avaliação externa de serviços e sistemas de saúde, que utiliza padrões ótimos de desempenho, direcionados para os processos de cuidados ao paciente e gestão dos serviços” (CBA, 2003).

O principal objetivo da acreditação, segundo Costa.<sup>10</sup> (2007) é introduzir uma metodologia, seus conceitos e princípios, através de um manual de padrões, que contemple um conjunto de processos, capazes de dotar a instituição de saúde, de ferramentas e instrumentos que possibilitam promover a melhoria de desempenho de seus serviços.

Claudia Garcia, coordenadora do processo de Acreditação do Hospital Israelita Albert Einstein, em seu depoimento a Acreditação em Foco de março/2006 declarou que antes da acreditação o paciente se sentia utilizando vários hospitais. Não havia interação entre as unidades. A acreditação promove aos hospitais uma cultura de integração de interdisciplinaridade, onde todos são partes de uma corrente em que tanto funcionário quanto o serviço são interdependentes (CBA, 2007).

O movimento da Acreditação pelos padrões internacionais está se consolidando lentamente. A superintendente do CBA, Maria Manuela Alves<sup>11</sup> (*apud* Vilar, 2007, p.162) afirma que o setor possui características que impede que seja administrado como qualquer outra área de negócio, pois trabalha com vida e morte a cada ação.

O primeiro Hospital Acreditado pela JCI foi o Hospital Israelita Albert Einstein de São Paulo, em 1999, re-acreditado após 03 anos, em 2002, pela JCI e re-acreditada novamente em 2005 (CBA, 2006) pelo Consorcio Brasileiro de Acreditação – CBA, em parceria com a JCI. Outros hospitais seguiram este exemplo conforme apresentado na tabela 1.

O Ministro da Saúde, José Carlos Temporão declarou a equipe do CBA no III Seminário Internacional de Acreditação realizado em 23 de maio de 2007: “A acreditação é um estágio que precisa ser tomado como meta por todo mundo que está na área da saúde, pois apenas dessa forma poderemos atingir mais e mais qualidade no atendimento”. (TEMPORÃO, jul. 2007).

---

<sup>10</sup> Costa – Heleno Costa Junior coordenador de educação do CBA já analisou mais de sessenta hospitais brasileiros e vinte no exterior, de acordo com os padrões internacionais de qualidade.

Tabela 1 – Instituições acreditadas e re-acreditadas pelo CBA e em conjunto com a JCI.

<b>Hospital</b>	<b>Local</b>	<b>Primeira Acreditação</b>	<b>Re-acreditação em:</b>
Hospital Israelita Albert Einstein	São Paulo – SP	JCI em 1999	JCI em 2002 CBA em 2005
HEMORIO (Secretaria de Estado de Saúde)	Rio de Janeiro - RJ	2001	2003
Hospital Moinhos de Vento	Porto Alegre – RS	2002	2005
Sociedade Hospital Samaritano	São Paulo – SP	2004	-
Unidade Hospitalar do INTO	Rio de Janeiro - RJ	2005	-
Hospital do Coração - HCor	São Paulo - SP	2006	-

Fonte: CBA (2006)

### 2.2.2 Acreditação Nacional

Em 1990 surgem os primeiros movimentos de acreditação Hospitalar pela Associação Paulista de Medicina em parceria com outras Instituições. Em 1991 foi criado o Programa de Controle da Qualidade Hospitalar - CQH, gerando um grande amadurecimento da gestão dos hospitais participantes. Atualmente mais de 150 hospitais participam do CQH, com representação superior a 10% do universo de hospitais/leitos do Estado de São Paulo, além de hospitais localizados em outros Estados da Federação. (DUARTE, 2006).

Em 1996, o Ministério da Saúde, através do Departamento de Avaliação de Políticas de Saúde e também recomendado pelo Programa Brasileiro de Qualidade e Produtividade (PBQP), estabeleceu como prioridade estratégica a criação de um sistema de avaliação e certificação de serviços de saúde que se chamou Acreditação e que significa “a outorga a uma organização de um certificado que expressa a conformidade com um conjunto de padrões previamente estabelecidos” (ONA, 2004).

Em 1999, dada a necessidade da existência de um conjunto de regras, normas e procedimentos relacionados a um sistema de avaliação para a certificação dos serviços de saúde, é constituída em abril/maio de 1999, a Organização Nacional de Acreditação - ONA,

<sup>11</sup> Maria Manoela P. C. Alves dos Santos – superintendente do CBA

iniciando-se a partir daí a implantação das normas técnicas, o credenciamento de instituições acreditadoras, código de ética e qualificação e capacitação de avaliadores. (ONA, 2004).

A ONA utiliza níveis diferentes de acreditação. Segundo Neves (2004), os 03 níveis da acreditação preconizados pela ONA podem ser descritos conforme definição abaixo para cada nível:

- Nível 1: Acreditada – Princípio da segurança (Estrutura) - atendimento aos requisitos fundamentais de segurança para o cliente nas ações assistenciais e procedimentos médico-sanitários conforme prescreve a legislação e as melhores práticas.
- Nível 2: Acreditado Pleno - Princípio da organização (Processos) - além de cumprir os requisitos do nível 1, requer rotinas; normas e procedimentos documentados, atualizados e disponíveis; evidências de uma lógica de melhoria de processos nas ações assistenciais e nos procedimentos médico-assistenciais e evidências de atuação focalizada no cliente/paciente.
- Nível 3: Acreditado com Excelência -Princípio da Prática de Excelência (Resultados) - além de cumprir os níveis 1 e 2, exige evidências de ciclos de melhoria na organização de modo global e sistêmica em todas as áreas. Exige a utilização de sistema de informação com a base em indicadores consistentes, que permitam análises comparativas com referenciais compatíveis e a obtenção de informação estatística e sustentação de resultados; utilização de sistema de aferição da satisfação dos clientes (internos e externos) e existência de um programa institucional da qualidade e produtividade implantado, com evidências de impacto sistêmico.

O nível 3 é o que mais se aproxima da Acreditação Internacional e do Prêmio Nacional da Qualidade por ser o mais completo em termos dos requisitos de abordagem.,

Londres<sup>12</sup> (2006, p. 193) declarou que “nos Estados Unidos há cerca de 26 mil hospitais acreditados: no Brasil apenas 48”. Atualmente, em junho de 2007 o movimento da acreditação praticamente dobrou para 80 hospitais acreditados pela ONA, sendo 15 hospitais acreditados com excelência (ONA, 2007), conforme apresentado na tabela 2 e relacionados na tabela 3.

Tabela 2 – Número de Hospitais Acreditados pela ONA por nível

Acreditada – nível 1	24
Acreditada Pleno – nível 2	41
Acreditada com Excelência – nível 3	15
Total de hospitais acreditados	80

Fonte: ONA (2007)

Tabela 3 – Relação de Hospitais Acreditados com Excelência (nível 3)

<b>Hospital</b>	<b>Local</b>	<b>Validade</b>
Hospital Alemão Oswaldo Cruz	São Paulo/SP	30/04/2008
Biocor Hospital de Doenças Cardiovasculares	Nova Lima/MG	07/11/2008
Hospital Dia e Maternidade Unimed BH	Belo Horizonte/MG	06/02/2009
Hospital Vita Volta Redonda	Volta Redonda/RJ	05/06/2009
Hospital Márcio Cunha	Ipatinga/MG	07/08/2009
Hospital Geral de Pirajussara	Taboão da Serra /SP	07/08/2009
Hospital Estadual de Diadema	Diadema/SP	07/08/2009
Hospital Estadual de Sumaré	Sumaré/SP	07/08/2009
Hospital Anchieta	Brasília/DF	04/09/2009
Hospital Jorge Valente	Salvador/BA	04/12/2009
Hospital Santa Catarina	São Paulo/SP	04/12/2009
Hospital Mãe de Deus	Porto alegre/RS	04/12/2009
Hospital Vita Curitiba	Curitiba/PR	07/02/2010
Hospital Unimed de Limeira	Limeira/SP	05/03/2010
Hospital Pró Cardíaco	Rio de Janeiro/RJ	08/05/2010

Fonte: ONA (2007)

Londres (2006) esclarece em seu artigo: Acreditação Hospitalar no contexto de uma entidade de classe, publicado em seu livro: Saúde é coisa Séria – reflexões e caminhos para a saúde no Brasil, que essa diferença entre Brasil e EUA é proveniente da exigência dos hospitais nos Estados Unidos que precisam ser acreditados para funcionar e no Brasil isso ainda não é pré-requisito. Hoje em dia ser acreditado no Brasil ainda é um diferencial para os hospitais, mas a tendência é passar a ser exigência de funcionamento, diz Londres, 2006.

<sup>12</sup> Londres. Adriano Londres - Presidente do SINDHRIO,



Londres (2006) acrescenta que felizmente algumas iniciativas neste sentido já começaram a serem praticadas por algumas operadoras de saúde, como em Minas Gerais, onde hospitais estão tendo seus processos de acreditação financiados por operadoras de planos de saúde, tendo a garantia de uma melhor remuneração se obtida à certificação.

Operadoras de planos de saúde, além de seu próprio dever de casa, tenderão, no futuro, remunerar melhor aqueles prestadores cujos resultados sejam comprovadamente de excelência, recompensando a boa performance clínica. (LONDRES, 2006 p.194)

Os serviços Hospitalares acreditados pela ONA, apesar de ser um número bem maior se somados os 03 níveis de Acreditação do que os Hospitais com Acreditação Internacional, ainda é ínfimo se comparado aos 7.646 hospitais existentes no Brasil conforme dados apresentados na tabela 4.

Tabela 4 – Hospitais no País.

Hospitais Públicos	Federal	26	2.744
	Estadual	611	
	Municipal	2.107	
Hospitais Privados	Sem Fins Lucrativos	1.776	4.775
	Lucrativos	2.999	
Hospitais Universitários e de Ensino		127	127
TOTAL			7.646

Fonte DATASUS, mai. 2007 apud FBH, ago. 2007

De acordo com os dados estatísticos da Federação Brasileira de Hospitais existem 7.646 hospitais no Brasil, sendo que 36% dos hospitais brasileiros são públicos, 23% são filantrópicos; 39% são privados e 2% são Universitários e de Ensino (DATASUS, 05/2007 apud FBA 07/2007). Independentemente do tipo de gestão, as organizações hospitalares precisam obter resultados financeiros que garantam a sua sustentabilidade e a satisfação de seus usuários.

### 2.2.3 Modelo de Excelência do PNQ®.

Em paralelo aos movimentos de Qualidade da Saúde, também a partir dos movimentos de Qualidade e Produtividade no Brasil surge o Prêmio Nacional da Qualidade.

Na década de 1980, a alta competitividade, qualidade e produtividade das organizações japonesas estavam ameaçando o mercado americano, desta forma o governo dos Estados Unidos realizou um estudo em empresas americanas consideradas *ilhas de excelência* com o objetivo de identificar o que as organizações de sucesso possuíam em comum que as tornavam diferentes das outras organizações. Este estudo encontrou uma *cultura* organizacional praticada por todos os escalões. Encontrou valores que foram considerados como fundamentos para formar uma cultura de gestão voltada para resultados e uma gestão capaz de tornar as organizações mais competitivas. (FNQ, 2006).

Os fundamentos foram desdobrados em requisitos e agrupados por critérios, dando origem ao Prêmio Nacional da Qualidade *Malcolm Baldrige (Malcolm Baldrige National Quality Award - MBNQA)*. O modelo americano foi seguido dentro da mesma estrutura lógica, definindo prêmios nacionais e modelos de referência em gestão, por vários países, inclusive o Brasil. (FPNQ, 2004).

Atualmente esses Fundamentos da Excelência utilizados no Brasil são: 1. Pensamento sistêmico; 2. Aprendizado organizacional; 3. Cultura de inovação; 4. Liderança e constância de propósitos; 5. Orientação por processos e informações; 6. Visão de futuro; 7. Geração de valor; 8. Valorização das pessoas; 9. Conhecimento sobre o cliente e o mercado; 10. Desenvolvimento de parcerias e 11. Responsabilidade social (FNQ, 2007).

No Brasil 1991 é a data histórica que marca o início de uma Era de Qualidade. Nesse ano, 39 organizações entre privadas e públicas, reuniram-se e criaram a Fundação para o Prêmio Nacional da Qualidade (FPNQ, 2004), hoje FNQ – Fundação Nacional da Qualidade, que tem por objetivo administrar o Prêmio Nacional da Qualidade® - PNQ® e todas as atividades ligadas ao processo de premiação. A missão da FNQ, agora, é “disseminar os fundamentos da excelência em gestão para o aumento de competitividade das organizações e do Brasil”. (FNQ, 2006, p8).

O Prêmio Nacional da Qualidade tem por base 02 prêmios internacionais: o Prêmio *Deming Prize*, do Japão e o Prêmio *Malcolm Baldrige National Quality Award*, dos Estados Unidos, 1987. O Modelo é útil para avaliação, diagnóstico e orientação de qualquer tipo de organização, principalmente por não prescrever ferramentas e práticas de gestão específicas, por possuir uma simplicidade na linguagem e por ter flexibilidade. (FNQ, 2006).

O PNQ® já está sendo percebido pelos Hospitais como relevante para o negócio de saúde. A Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre conquistou o Prêmio Nacional da Qualidade em 2002, única organização sem fins lucrativos e da área de saúde a conquistar

este prêmio sendo considerada Organização de Classe Mundial, como são denominadas as ganhadoras do PNQ®, por se basear em modelos Internacionais.

Salles<sup>13</sup>, (*apud* Vilar, 2007) cita a Santa Casa de Porto Alegre como um exemplo na Saúde. Após fechar as portas em 1979 o hospital recebeu recursos externos e 02 anos depois fechou novamente por insolvência. Nova captação de recursos privados foi feita, mas desta vez, condicionado a mudança no estilo de gestão. Esta mudança levou a Santa Casa ser hoje superavitária; reconhecida pelo seu modelo de gestão hospitalar, além de ser referência em alguns serviços.

A Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre apresenta em seu Relatório de Gestão - RG Santa Casa (FPNQ, 2002b) a sua história. Em 1992 estabeleceu a qualidade total como política institucional e ao longo desses 10 anos até a conquista do PNQ® 2002, foram conquistados diversos prêmios em sua busca pela excelência como, por exemplo, Premio Qualidade RS que tem por base o PNQ®, exigindo metade dos pontos (500 pontos).

A Fundação Nacional da Qualidade estimulou a criação de diversas premiações setoriais, estaduais e regionais tais como o Prêmio Nacional da Gestão em Saúde - PNGS com a interpretação dos critérios para a área da saúde. Este prêmio criado por volta do ano de 2004, por iniciativa do CQH, para estimular organizações da área de saúde a avaliar e buscar melhorias contínuas de seus sistemas de gestão, reconhecendo aquelas organizações, que se destacam pela utilização de práticas de gestão e que apresentem resultados superiores de desempenho. (PNQ, jun. 2006).

Os critérios de avaliação do PNGS estão alinhados ao PNQ® podendo ser conquistado também com a metade dos pontos, conforme os Prêmios Regionais. Os hospitais já estão se interessando por este prêmio e no ciclo 2006-2007, o Hospital SEPACO de São Paulo foi vencedor do Prêmio Nacional da Gestão em Saúde, na Categoria Prata de Hospitais. (CQH, 2007).

Em 1930, o Ciclo do PDCA, utilizado pelo PNQ® foi desenvolvido por Walter A. Shewhart nos EUA que através de análise estatística dos processos criou um modelo para ser aplicado na solução de problemas. Em 1950, seu método foi adotado por Edwards Deming para desenvolver os conceitos de qualidade total no Japão e se popularizou (FNQ, 2006).

O PDCA é um método de gerenciamento de processos ou sistemas, sendo considerado um caminho para se atingir as metas (CAMPOS, 1998). A utilização do PDCA é uma forma de agregar valor ao produto ou serviço, através da execução dos quatro elementos inerentes ao

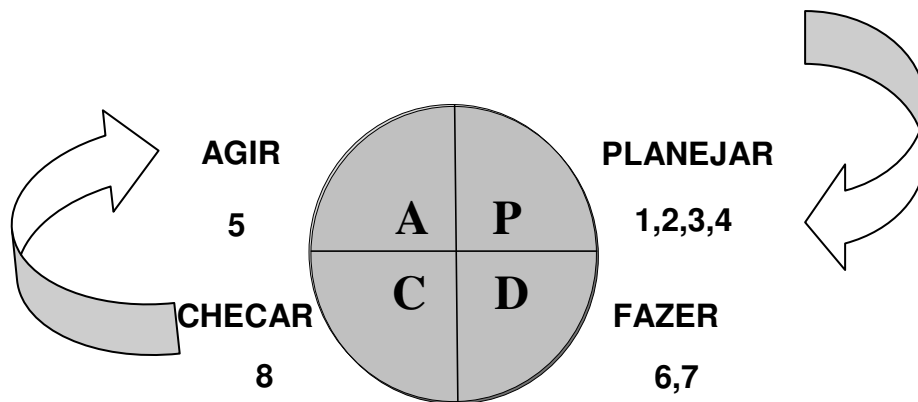
---

<sup>13</sup> Ex-presidente da Xerox e presidente do Conselho Superior do Movimento Brasil Competitivo.

método – Planejar, Executar, Controlar e Agir. O método PDCA é uma das ferramentas que permitem a implantação do Modelo de Excelência da Gestão. Ele está diretamente vinculado à premissa da qualidade e da melhoria contínua. (FNQ, 2006).

De acordo com este Prêmio, mais conhecido com Prêmio Deming do Japão, representado na Figura 3 pelo ciclo do PDCA (*Plan; Do; Check and Action*), a organização pode ser visualizada no Modelo de Excelência do PNQ® considerando:

- Critérios 1, 2, 3 e 4 - fase de planejamento (P)
- Critérios 6 e 7 - fase da execução (D)
- Critério 8 - etapa de verificação (C)
- Critério 5 – etapa de ação (A) que também pode ser representada pela etapa de retroalimentação para a análise crítica dos resultados.



**Figura 3:** PDCA de Deming correlacionado aos critérios de Excelência PNQ®  
Fonte: desenvolvido para representar o PDCA no PNQ®

O ANEXO A apresenta a representação gráfica do Modelo de Excelência do PNQ® que simboliza um modelo de relacionamento entre a organização, considerada como um sistema adaptável, processador de produtos e informações e seus ambientes organizacionais e tecnológicos. Segundo o Manual dos Critérios de Excelência da FPNQ (2004), a Figura (ANEXO A) “representa um ser vivo composto por elementos imersos num mesmo ambiente, que interagem de forma harmônica e sincronizada, e que, para sobreviver e se desenvolver, necessita de um perfeito relacionamento com outros seres vivos do ambiente externo”. Estes elementos são os Critérios de Excelência e o ser vivo representa a organização.

Fazendo então um paralelo com o Ser Vivo, a fim de facilitar o entendimento dos profissionais de saúde, com base FPNQ® (2004) é possível comparar a Organização ao Organismo, conforme representado no APÊNDICE C e descrito a seguir: o homem, por exemplo, é um ser vivo e tem suas características internas e de relacionamento com o meio

ambiente externo necessário para a sua sobrevivência tal qual uma Organização. Se esse "Ser Vivo" ingerir alimento contaminado, o processo de digestão representado pelo sistema digestivo compostos pela boca; esôfago; estomago; intestino..., terão seus funcionamentos afetados. O mau funcionamento deste sistema poderá afetar outros sistemas como o sistema nervoso, gerando assim uma má qualidade de vida. Este homem também vive em comunidade e deve se preocupar com o ecossistema e com a biosfera ou globalização dentro de uma visão holística do Ser Humano na inter-relação com o meio ambiente.

Os indicadores são os sinais vitais de um organismo. Eles servem para indicar o quanto este ser apresenta de qualidade de vida e de preocupação com o meio ambiente em que está inserido. Em se tratando de Organizações de saúde, a compreensão dessa correlação auxilia no entendimento da importância dos indicadores na gestão. O Monitor Cardíaco apresentado no APÊNDICE C é uma ferramenta de monitoramento do ser vivo; é através dos sinais vitais do paciente que o médico acompanha a evolução do mesmo em uma cirurgia ou na consulta clínica.

Os indicadores servem também para reforçar a idéia da gestão da saúde e prevenção; pois, caso contrário, a atuação do médico se limitaria a atuação de médico legista entendendo as causas da morte através da autópsia (KAPLAN & NORTON, 2002), sem possibilidade de interferir na sua recuperação; prevenção e geração de novas formas de qualidade de vida.

De acordo com os critérios de excelência do PNQ® (2003-2007), 450 pontos do total de 1000 pontos para a conquista do prêmio são dedicados aos resultados. O PNQ® aborda a questão de indicadores nos critérios mencionados abaixo e representado no ANEXO B.

- Critério 1: item 1.3 – análise do desempenho da organização para gerar um sistema de conseqüências (plano de ação)
- Critério 2: itens 2.2a – planejamento da medição do desempenho
- Critério 7: itens 7.1b e 7.2d solicitação de indicadores específicos como parte da gestão por processos;
- Critério 8: apresentação dos resultados.

A necessidade de medir o desempenho é crescente em todos os tipos de Organizações. A medição do desempenho global é um dos pontos chave dos critérios de Excelência do PNQ®. Os fatores que contribuem para esta necessidade são: distanciamento e exigência dos acionistas e investidores; a remuneração variável com base no desempenho e a velocidade na tomada de decisões e nos efeitos destas decisões. (FNQ, 2002a).

Como os critérios de excelência não prescrevem metodologias, as organizações utilizam referenciais teóricos, métodos absorvidos de consultorias e métodos próprios, sendo comum à

utilização de vários métodos simultâneos de forma a compor um sistema de gestão completo sobre a ótica dos critérios de excelência. Desta forma, as Organizações ganhadoras do Prêmio Nacional da Qualidade ou têm o *Balanced Scorecard* - BSC implantado ou a filosofia do BSC, pois o PNQ® exige a comprovação dos resultados; da implantação da estratégia e examina cada nível de desempenho em relação às informações comparativas pertinentes (FPNQ, 2005).

## 2.3 BALANCED SCORECARD

Conceito desenvolvido por David P. Norton da unidade de pesquisa da KPMG<sup>14</sup> do *Instituto Nolan, Norton e Company*, e Robert S. Kaplan, da *Harvard Business Scholl*. Ambos, co-fundadores da *Balanced Scorecard Colaborative, Inc.* - BSCol.

Campos (1998) costuma utilizar o termo: “Cenário Balanceado” para traduzir o BSC. No Brasil, apesar de terem sido feitas algumas tentativas para traduzir a expressão do idioma inglês para o português, a forma original *Balanced Scorecard* ou sua sigla BSC são habitualmente praticadas. (KALLÁS, 2003).

### 2.3.1 Evolução do Conceito

O BSC surgiu em 1990 como um novo modelo de medição de desempenho, como uma ferramenta de tradução e mensuração estratégica. O início dos estudos que deram origem ao *Balanced Scorecard* surgiu quando o Instituto Nolan Norton, uma unidade de pesquisa da consultoria KPMG, patrocinou um estudo de um ano com 12 empresas, denominado de *Measuring Performance in the Organization of the Future* motivados pela crença de que os métodos existentes de avaliação do desempenho empresarial, normalmente apoiados nos indicadores contábeis e financeiros dificultavam a capacidade das empresas de criação de valor econômico para o futuro das Organizações. David Norton foi o líder do grupo que teve Robert Kaplan como consultor acadêmico. Kaplan já era conhecido no meio acadêmico por

---

<sup>14</sup> KPMG - Consultoria multinacional de gestão norte-americana

suas publicações a respeito de critérios de mensuração, como o Custeio ABC – *Activity Based Cost* (COOPER & KAPLAN, 1988, 1991 apud KALLÁS, 2003).

A partir das conclusões destes estudos e com o objetivo de criar um novo modelo de medição de desempenho, Kaplan & Norton escreveram um artigo, publicado pela *Harvard Business Review* –HBR (1992), com o título: *The Balanced Scorecard – Measures that Drive Performance*. Como vários executivos solicitaram o apoio na implantação deste sistema de medição surgiu a necessidade de estabelecer um vínculo das medidas à estratégia levando a documentação das conclusões em outro artigo, também da HBR (1993) chamado: *Putting the Balanced Scorecard to Work*. (KALLÁS, 2003).

Em 1996 a partir das experiências na implementação do BSC foi constatado que os executivos utilizavam o BSC não só para esclarecer e comunicar a estratégia, mas também para gerenciá-la. Esta evolução da percepção do conceito, como um sistema de gestão foi documentado em outro artigo também da HBR (1996) chamado: *Using the Balanced Scorecard as a Strategic Management System*. (KALLÁS, 2003).

Devido a necessidade de informações complementares para a implantação do BSC e apesar de sentirem o quanto o conceito teria que evoluir, Kaplan & Norton (1996) lançam o livro: *A Estratégia em Ação: Balanced Scorecard*, baseado nestes 03 artigos.

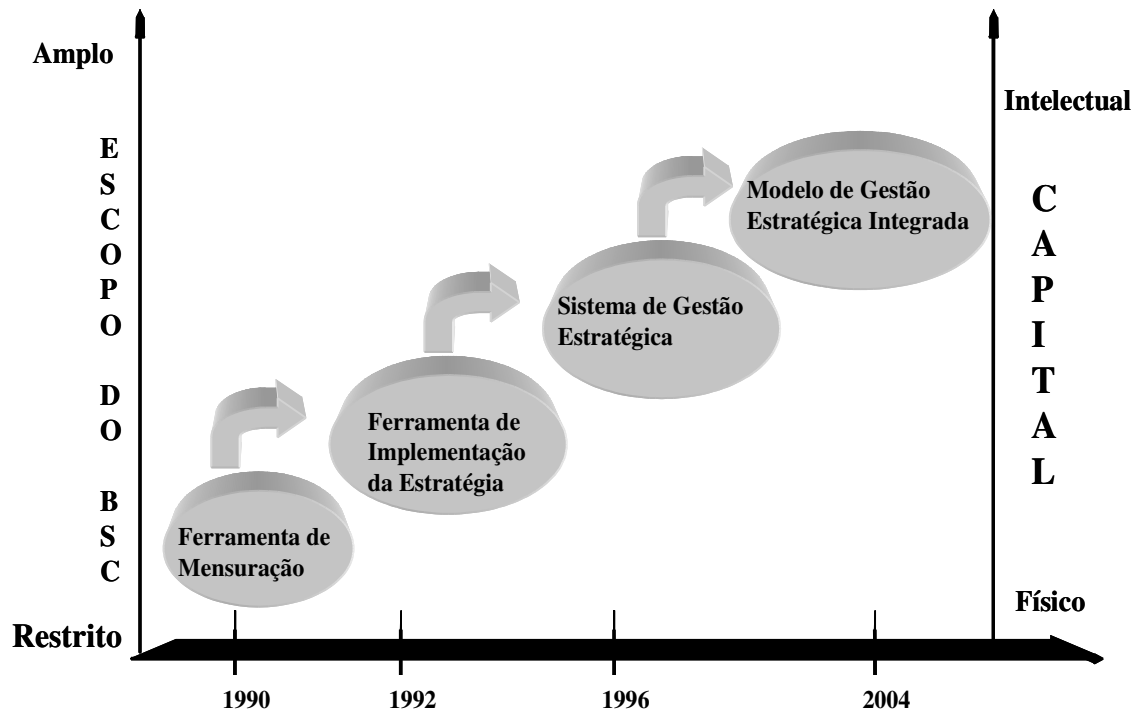
O segundo livro foi lançado em 2000, “A Organização Orientada para a Estratégia”, quando os autores enfatizam a necessidade de que o BSC não seja apenas uma ferramenta de mensuração, mas sim, uma ferramenta de gestão que permita a criação de um modelo organizacional (KALLÁS, 2003). Este livro foi traduzido em pelo menos 19 idiomas poucos meses após o seu lançamento.

O conceito foi formalmente trazido ao Brasil em 2000 pela consultoria Symnetics LTDA, quando estabeleceu uma parceria com o *Balanced Scorecard Collaborative* (BSCol) empresa de consultoria e capacitação focada exclusivamente no BSC (SYMNETICS, 2005)

O conceito do BSC é dinâmico e está sempre em evolução, acumulando aprendizado decorrente da implantação em centenas de empresas no mundo e pelo aprendizado nas pesquisas que Norton e Kaplan realizam em seu grupo de estudos, denominado *Balanced Scorecard Collaborative* ([www.bscol.com](http://www.bscol.com) apud HERREIRO, 2005), conforme apresentado na Figura 4.

Inicialmente o BSC foi definido como um sistema de mensuração de desempenho (1992 e1993), posteriormente como sistema de gestão estratégica (2000) e desde 2004 como um Modelo de Gestão Estratégica Integrada por integrar os avanços da gestão como, por exemplo, a gestão do conhecimento. (HERREIRO, 2005). Entretanto nota-se ausência de

rigor nas traduções das publicações, sendo possível encontrar diversas classificações para o BSC como modelo, sistema, instrumento e ferramenta. (KALLÁS, 2003).



**Figura 4:** Evolução do conceito do BSC  
Fonte: Herreiro, 2005

O ambiente balanceado do BSC demonstra como os executivos podem utilizar esta ferramenta para mobilizar toda a empresa no rumo dos seus objetivos estratégicos; mais do que um simples conjunto de indicadores constitui um sistema gerencial capaz de canalizar as energias, as habilidades e os conhecimentos específicos de indivíduos dos mais diversos setores da organização em busca da realização de metas estratégicas de longo prazo, ao invés de gerenciarem apenas resultados financeiros imediatos com o objetivo de produzir ganhos no curto prazo (KAPLAN & NORTON, 2001).

Desde 1998, Peter Senge já afirmava que muitos líderes têm visões pessoais que nunca são traduzidas em visões compartilhadas, importantes para estimular o alinhamento na organização. O que faltava então era uma ferramenta que possibilitasse esta tradução. (SENGE, 1998).

A partir do estudo realizado pela consultoria *Booz Allen Hamilton* com 50.000 empresas de todo o mundo, lançada em dezembro de 2003, foi detectado que 54% das



empresas avaliadas são incapazes de converter rapidamente uma decisão em ações. (SYMNETICS, 2005). Percebe-se então que o desafio das empresas não é vencer a concorrência ou aumentar os lucros, mas sim transformar as decisões tomadas por algum nível gerencial da diretoria até o funcionário do chão de fábrica, em ações efetivas.

Kaplan & Norton, (2005) afirmam que 9 entre 10 empresas falham na implantação da estratégia. Segundo a pesquisa da Symnetics de 2003 existem 04 barreiras na implantação da estratégia (SYMNETICS, 2005):

- Barreira da visão – apenas 5% do nível operacional compreendem a visão de futuro;
- Barreira das pessoas – apenas 25% das organizações brasileiras vinculam incentivos e remuneração à estratégia;
- Barreiras da gestão – 85% dos executivos passam menos de uma hora por mês discutindo a estratégia;
- Barreiras dos recursos – 60 % das empresas não vinculam o orçamento à estratégia.

Além dessas barreiras a Revista *Fortune* – June 21, 1999 - Why CEO's Fail, Ram Charam divulgou que na maioria das falhas de implantação da estratégia estima-se que 70%, do problema não estão na qualidade da estratégia e sim na sua implantação. “Menos de 10% das estratégias formuladas são efetivamente executadas”. (CHARAM, 1999 apud Symnetics, 2005 p.33)

Comparando novamente a organização ao sistema humano, quando observando um paciente gravemente enfermo, onde o cérebro não está funcionando (não se dedica tempo a estratégia), o corpo não recebe comando do cérebro (não há conexão entre intenção e ação estratégica), e os olhos não estão observando (não há *feedback*), se pergunta: “Com um sistema gerencial tão enfermo, será que chega a surpreender que tão poucas empresas sejam capazes de executar suas estratégias?” (KAPLAN & NORTON, 2001, p.288).

### **2.3.2 Os princípios de uma Organização orientada para Estratégia**

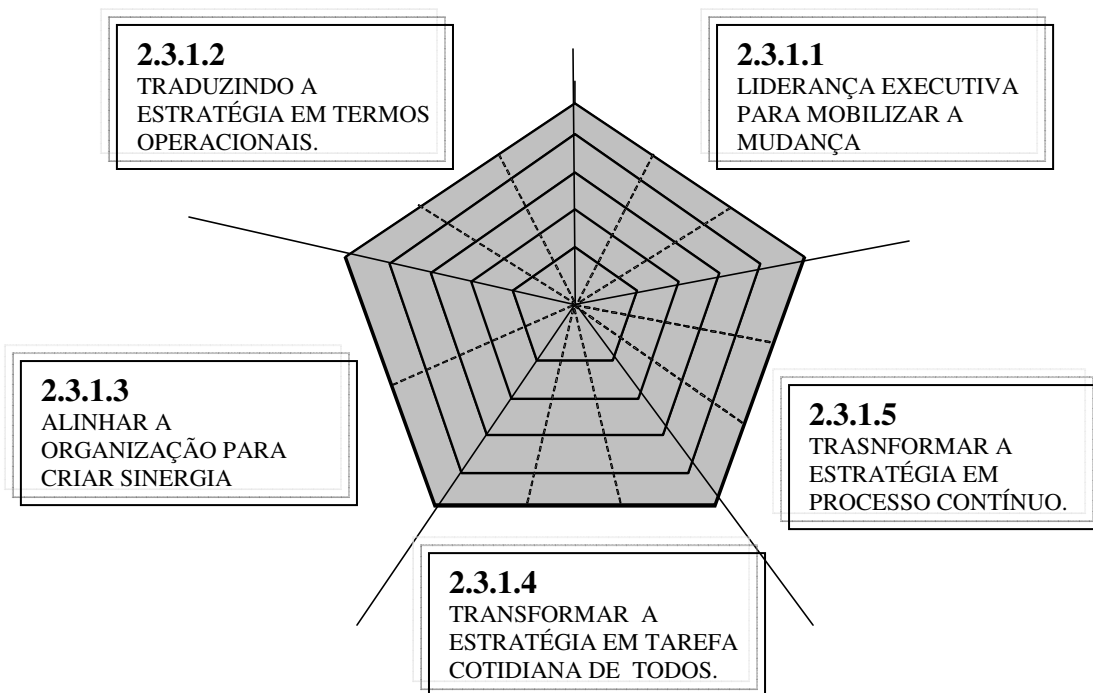
Em termos conceituais o BSC é uma metodologia de gestão que auxilia as organizações a traduzir a estratégia em objetivos operacionais direcionando comportamentos e desempenhos.

Já existem alguns Hospitais que foram reconhecidos através do Prêmio BSC *Hall of Fame*, criado pelo BSCol, na execução da estratégia através do BSC. Estes Hospitais estão usando o BSC para se tornar uma Organização focada na Estratégica e alcançar os melhores resultados. Os Hospitais ganhadores são: *Brigham and Women's Hospital* (BWH); *Duke Children's Hospital*; *Montefiore Medical Center* e *St. Mary's/Duluth Clinic Health System*.(BSCol, jul. 2007).

Algumas especulações foram feitas quanto à eficiência e efetividade deste método, pois imaginava-se que o BSC poderia ser apenas um modismo e como seria o resultados dessas organizações se não fosse utilizado o BSC? (KALLÁS, 2003).

A partir destas inquietações algumas pesquisas foram feitas para esclarecer a eficácia do BSC. Na década de 1990 surgiram os cinco princípios de uma Organização Orientada para a Estratégia, a partir de um estudo sobre a prática da implantação da Estratégica via Balanced Scorecard. Kaplan e Norton (2000) observam que as empresas bem sucedidas do BSC apresentaram um padrão comum, embora cada organização abordasse o desafio a sua própria maneira, em ritmo e seqüência diferentes.

Em continuidade a este trabalho de campo e avaliando a implantação da Estratégia em mais de 500 casos documentados na BSC Report (NORTON & RUSSEL, julho-agosto, 2004) foram identificadas quais as melhores práticas que levaram as organizações a obterem sucesso e benefícios tangíveis, dentro destes princípios, conforme apresentado na Figura 5 e descrita nos itens 2.3.1.1 à 2.3.1.5.



**Figura 5:** Cinco (5) Princípios da Organização orientada para a Estratégia  
Fonte: Symnetics, 2005.

#### 2.3.2.1 Liderança Executiva para mobilizar a mudança para promover a transformação.

Assim como no PNQ a liderança é o ponto de partida. Para realizar o BSC é preciso um patrocinador executivo da alta administração que assume como líder do processo. Este líder define com sua equipe a Missão (por que existimos? Onde estamos); a Visão (para onde vamos? Qual o nosso destino?); os valores (que crenças orientarão nosso comportamento?) e a estratégia (como seremos diferentes ao criar valor? (HERREIRO, 2005).

Nas melhores práticas das organizações focadas na estratégia o comprometimento da alta liderança está sempre presente; além de uma articulação clara do argumento a favor da mudança; envolvimento da equipe de liderança em todas as etapas do processo; esclarecimento da visão e da estratégia; a compreensão do novo estilo gerencial e a identificação do gerente de projeto. (NORTON & RUSSEL, 2004).

Para o aprofundamento do BSC se faz necessário entender o que é estratégia:

- Segundo Kaplan & Norton (1997) estratégia é um conjunto de hipótese sobre os

relacionamentos de causa e efeito entre: os objetivos e as ações necessárias para que eles sejam alcançados e entre os objetivos e as medidas do desempenho obtido no esforço de alcançá-los.

- De acordo com o PNQ ® (2005 p51), estratégia é o “Caminho escolhido para posicionar a organização de forma competitiva e garantir sua continuidade no longo prazo”.

Kaplan e Norton (1997) afirmam que sem uma estratégia clara e abrangente, os executivos não conseguem divulgar a estratégia entre si e compartilhar com os funcionários promovendo o alinhamento entre as metas individuais e as metas estratégicas da organização.

Segundo Cardoso<sup>15</sup> apud Vilar (2007) existe uma pressão na profissionalização da gestão do setor saúde pela presença de estrangeiros e de novos investidores de outros setores que exigem uma transparência na gestão. Desta forma, Vilar (2007) descreve em seu livro que a Governança Corporativa + Estratégia + Modelo de Gestão são os pilares de uma organização moderna independente de sua natureza. Implantar modelo de Governança Corporativa na saúde inspirado no Balanced Scorecard pode ser entendido como um sistema para a gestão estratégica (HERREIRO, 2005).

Lima<sup>16</sup> apud Vilar (2007) afirma que o conceito de saúde como negócio é bem recente. Acreditava-se que a saúde não poderia ser um negócio lucrativo por estar voltada para o bem estar de pessoas e por lidar com vidas. Hoje, o setor trabalha com as melhores práticas de atendimento e administração dos recursos na busca de padrões de qualidade definidos pelo mercado. Entretanto Vilar (2007 p. 94) propõe que “o mercado de saúde seja um negócio para salvar vidas e melhorar a vida das pessoas e não ser visto dentro de uma visão limitada de ser um hospital com foco no produto e não no cliente”.

A análise SWOT (*Strengths - forças, Weaknesses - fraquezas, Opportunities - oportunidades e Threats - ameaças*) é a base para a definição de estratégia sólida, coerente e defensável (LAET apud VILAR, 2007).

O cenário da Saúde mudou. A história do setor de saúde apresenta muitos hospitais filantrópicos e sem fins lucrativos, e alguns que nasceram familiares até se tornarem grandes grupos como se apresentam hoje (VILAR, 2007).

O cenário Macroeconômico da saúde já foi mencionado no Mapa de Relacionamento pela pressão da conjuntura (item 2.1.1) e pela concorrência (2.1.5) Esta análise ajuda na

---

<sup>15</sup> Alfredo Cardoso – diretor de Normas e Habilitação das Operadoras da ANS

<sup>16</sup> Jose Antonio Lima – diretor do Hospital Samaritano de São Paulo

seleção das tendências do mercado que define as oportunidades e ameaças e os pontos fortes e pontos fracos setoriais.

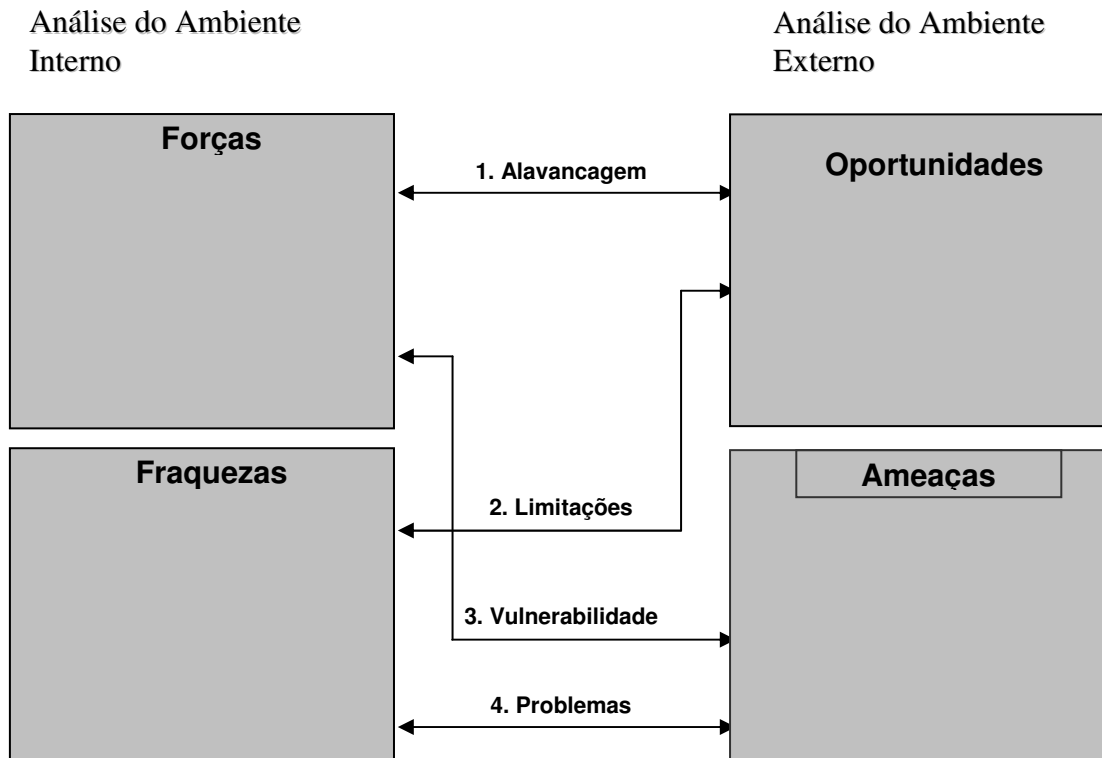
A análise SWOT é um instrumento de organização do planejamento estratégico, uma vez que por seu intermédio pode-se relacionar metodicamente, em um gráfico, quais as forças, as fraquezas, as ameaças e as oportunidades da organização (MIZUNO, 1993).

- Uma Força é algo que a organização faça bem ou que constitua uma característica que aumente sua competitividade: conhecimento técnico, ativos físicos, ativos humanos, ativos organizacionais, ativos intangíveis, capacidades competitivas, atributos específicos, alianças, parcerias corporativas, imagem da organização, etc.
- Fraqueza é algo que falta à organização, que ela executa mal ou que a ponha em desvantagem em relação a seus competidores. As fraquezas são, em geral, a falta dos elementos considerados como forças: ausência ou deficiência de conhecimento técnico, competências, etc.
- Oportunidade é o estado favorável da organização em relação a um aspecto ambiental externo. Por exemplo, uma necessidade do cliente em que a organização pode atuar com eficiência e rentabilidade.
- Ameaça é o estado desfavorável da organização em relação a um aspecto ambiental externo. Por exemplo, uma necessidade do cliente que a organização não consegue suprir adequadamente.

As alternativas estratégicas decorrem da análise SWOT que possibilita a montagem da Matriz SWOT conforme apresentado da Figura 6 e analisadas pelos itens a seguir:

- 1 Alavancagem: As alternativas estratégicas estarão associadas à utilização dos pontos fortes para aproveitamento de oportunidades.
- 2 Limitações: As alternativas estratégicas estarão associadas à correção dos pontos fracos identificados nas áreas em que a organização tem oportunidades.
- 3 Vulnerabilidade: As alternativas estratégicas estarão associadas ao controle das áreas onde foram identificados pontos fortes, mas a organização sofre ameaças.
- 4 Problemas: As alternativas estratégicas estarão associadas à eliminação de pontos

fracos, identificados em áreas nas quais a organização sofre ameaças.



**Figura 6:** Matriz Swot  
Fonte: Mizuno, 1993

Moll<sup>17</sup> (2007) *apud* Vilar (2007 p. 85) baseia a gestão do Grupo D'or na experiência acumulada ao longo dos anos e não apenas nos resultados financeiros. Diz ele “O resultado esperado tem que ser atingido, mas é interessante notar que esse ramo de Saúde precisa ser muito bem administrado porque as margens são apertadas e os resultados, limitados”. Desta forma, Moll (2007) afirma que é indispensável formular um Planejamento Estratégico consistente de forma a sustentar as decisões e os investimentos.

### 2.3.2.2 Traduzir a estratégia em termos operacionais

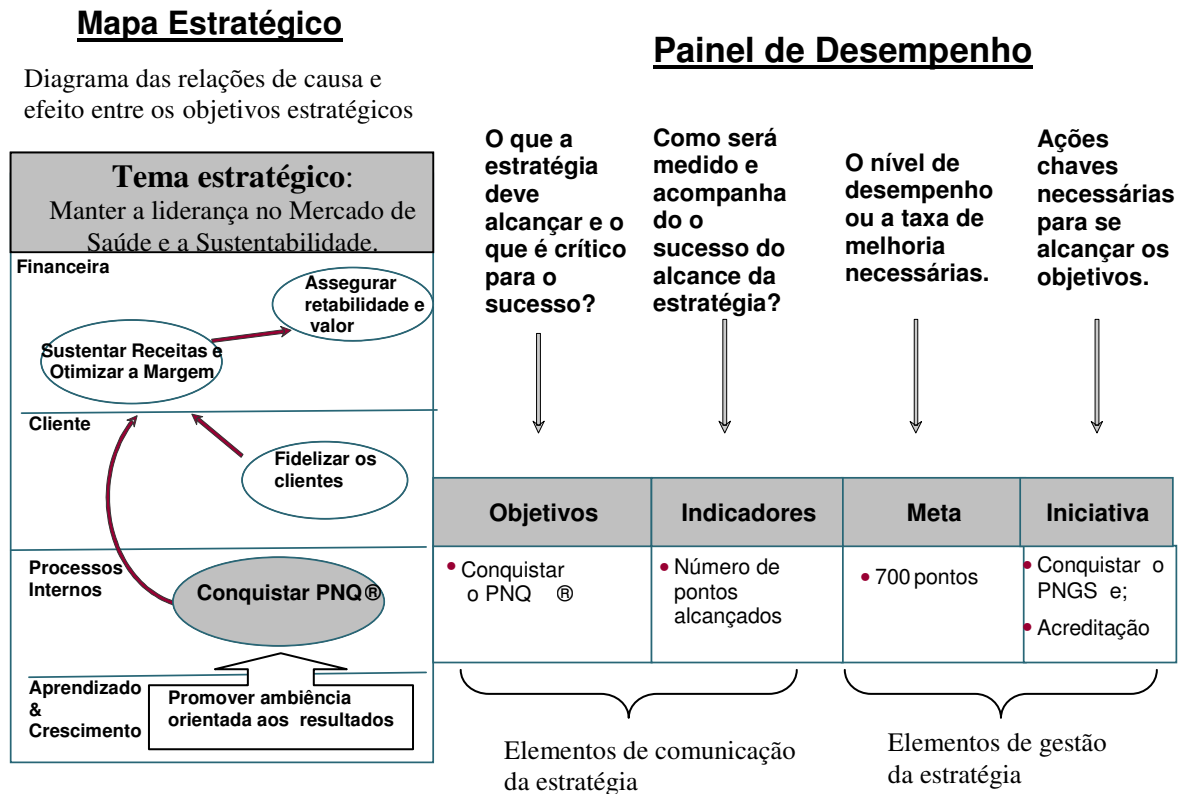
Nesta etapa é utilizado como instrumento de comunicação o Mapa Estratégico, conforme apresentado na Figura 7, para descrever a Estratégia e construir o scorecard de indicadores. É feito o estabelecimento de metas; a definição e priorização de iniciativas e a atribuição de responsabilidades de modo que todos possam entendê-las. O BSC traduz visão e

<sup>17</sup> Jorge Moll – diretor da Rede D'Or

estratégia em Objetivos e Medidas através de um conjunto equilibrado de perspectivas, incluindo medidas dos resultados desejados e dos processos capazes de assegurar a obtenção desses resultados no futuro. As perspectivas do BSC serão analisadas em detalhes no item 2.3.3.

Na criação do BSC é de suma importância que se defina claramente a visão de futuro da empresa para toda a organização, criando aspirações compartilhadas. Criar um modelo holístico da estratégia, comunicando aos funcionários como podem contribuir para o sucesso organizacional, com foco nos esforços de mudança. Se os objetivos e medidas certos forem identificados, haverá sucesso na implantação (KAPLAN & NORTON, 2004).

Para cada princípio existem práticas que devem ser alinhadas dentro destes cinco princípios. O BSC é o somatório do Mapa Estratégico com o Painel de Desempenho. No painel de Desempenho estão os elementos de comunicação (objetivos e indicadores) e os elementos de gestão (meta e iniciativas) conforme apresentado na Figura 7. O BSC é o todo, não existe BSC só com Mapa Estratégico nem só com Painel de Desempenho. (Symnetics, 2006).



**Figura 7:** Etapas e terminologia do BSC  
Fonte: Adaptado da Symnetics, 2006

Um dos desafios deste princípio é mostrar através da correlação de causa e efeito como os ativos intangíveis se transformam em resultados financeiros (tangíveis). (HERREIRO, 2005).

### 2.3.2.3 Alinhar a organização para criar sinergia

A sinergia deve ser criada a partir do envolvimento e comprometimento de todos. Nesta etapa é feita a definição do papel da corporação ou matriz, o alinhamento entre corporação, unidade de negócio, unidades de apoio; parceiros externos e conselho de administração. Nem sempre o desdobramento da estratégica segue a estrutura organizacional. O desdobramento pode ser feito por temas estratégicos (crescimento, inovação...); por objetivos específicos detalhados através dos fatores críticos de sucesso ou por processos de negócio. O desdobramento será apresentado no item 2.3.4.

O desafio segundo Herreiro (2005) é integrar as estratégias das Unidades de negócios; das áreas e dos indivíduos com a estratégia da organização, promovendo sinergia e utilizando os temas e prioridades estratégicas como instrumento de gestão e comunicação. Ao criar sinergias torna o todo maior que a soma de suas partes e estabelece o alinhamento de todas as partes interessadas entre si e de cada parte com o todo. (NORTON & RUSSEL, set-out. 2004).

### 2.3.2.4 Transformar a estratégia em tarefa cotidiana de todos

A Estratégia passa a ser tarefa de todos por meio da contribuição individual para a implementação. Nesta etapa é feita a promoção da consciência estratégica através de um trabalho de comunicação; além do alinhamento dos objetivos pessoais; o alinhamento dos incentivos pessoais vinculando as estratégias e o alinhamento do desenvolvimento de competências. O desafio é traduzir a estratégia em termos operacionais.

Herreiro (2005) estabelece como desafio para este princípio, a divulgação da estratégia da diretoria as equipes, educando toda a equipe sobre os conceitos de negócio e estratégia competitiva da organização. Definir scorecard individuais a partir do scorecard organizacional



e vincular ao sistema de remuneração e recompensa.

O Unibanco, por exemplo, construiu o seu BSC e desdobrou os mapas nos 03 níveis da Organização. O Unibanco já possui no *contrato de gestão*, uma ferramenta de gestão de desempenho aplicada a todos os funcionários (20.000 funcionários no Brasil). A Empresa adota a remuneração variável para recompensar os executivos (NORTON & RUSSEL, set-out, 2004).

#### 2.3.2.5 Transformar estratégia em processo contínuo por meio do aprendizado

Nesta etapa é feita a implantação do sistema de *reporting* do BSC; a realização de reuniões de aprendizado estratégico; a integração do planejamento de RH e TI à estratégia; a conexão entre compartilhamento de conhecimentos e gerenciamento da estratégica e a criação da unidade de gestão estratégica.

Neste quinto princípio cria-se o vínculo entre o planejamento e o orçamento e se desenvolve o sistema de *feedback*, a fim de testar a hipótese. Kaplan & Norton (2004) esclarece que este é o aspecto mais inovador e importante de todo o método, onde é feito o aprendizado organizacional em nível executivo.

Segundo Kaplan & Norton (2004), o BSC não deve apenas derivar da estratégia organizacional, mas tem que deixar transparecer essa estratégia. Os observadores ao olharem o Scorecard podem enxergar a estratégia que está por trás de seus objetivos e medidas. Portanto o BSC bem sucedido é aquele que transmite a estratégia através de um conjunto integrado de medidas financeiras e não financeiras.

#### 2.3.3 Perspectivas do BSC

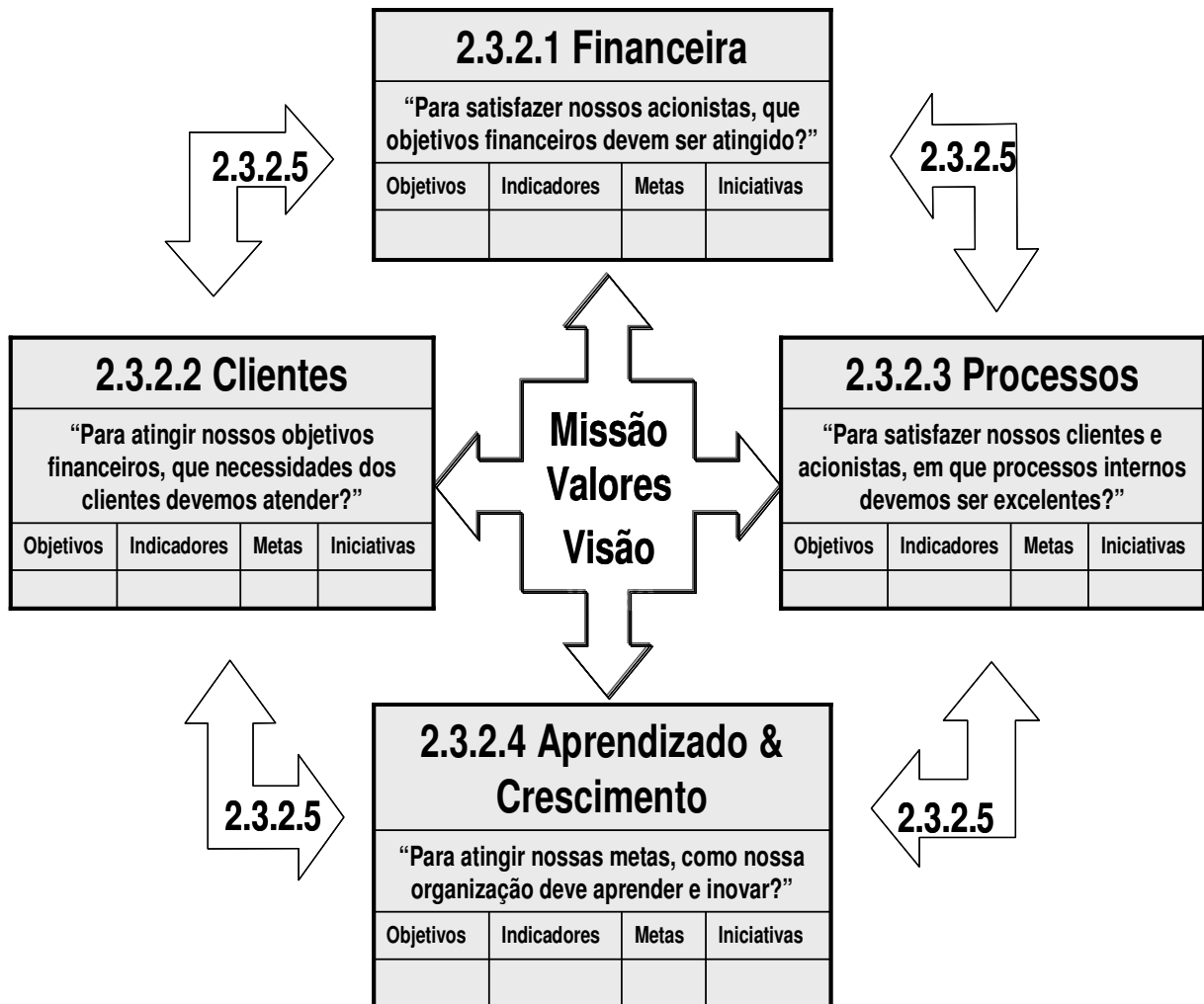
O BSC mede o desempenho organizacional sob quatro principais perspectivas: Financeira, Processos Internos, Clientes e Aprendizado e Crescimento e estabelece entre elas uma correlação de causa e efeito conforme apresentado no ANEXO C.

Este modelo de gestão permite que as empresas acompanhem o desempenho financeiro e não financeiro, e dissemine a estratégia por toda a empresa, monitorando os

resultados.

Com o BSC é possível avaliar até que ponto as unidades de um negócio podem gerar valor para os clientes atuais e futuros, e como se devem aperfeiçoar as capacidades internas e os investimentos necessários em pessoal, sistemas e procedimentos, visando a melhorar o desempenho futuro complementando as medidas financeiras.

O BSC tem início com um trabalho de equipe da alta administração para traduzir a estratégia de sua unidade de negócios em *Objetivos Estratégicos* específicos em cada uma das perspectivas. O BSC coloca a Visão (para onde iremos) e a estratégia (como iremos) no centro do processo gerencial. Estabelece os objetivos e assume que as pessoas deverão trabalhar para o alcance de seus objetivos em cada uma das 4 perspectivas apresentadas na Figura 8 e descritas nos itens 2.3.2.1 a 2.3.2.5.



**Figura 8:** Perspectivas do BSC  
 Fonte: Kaplan & Norton, 1997

### 2.3.3.1 Perspectiva financeira

Na perspectiva financeira, as medidas de desempenho indicam se a estratégia, sua implementação e execução estão contribuindo para a melhoria dos resultados financeiros. A pergunta chave para esta perspectiva é: Para satisfazer nossos acionistas, que objetivos financeiros devem ser atingidos? (KAPLAN & NORTON, 1997).

Os objetivos financeiros normalmente estão relacionados à lucratividade, medido pela Receita Operacional e representam a meta de longo prazo da empresa de como gerar retornos superiores a partir do capital investido na unidade de negócios. O BSC permite tornar os objetivos financeiros explícitos e ajustar os objetivos das unidades de negócios nas diferentes fases de seus ciclos de vida e crescimento (Crescimento, Sustentação e Colheita).

As organizações na fase de crescimento têm, por exemplo, como objetivo financeiro, o percentual de crescimento da receita e aumento das vendas; já as empresas em fase de sustentação têm por objetivos financeiros o foco na lucratividade e as empresas em fase de colheita tem por meta principal maximizar o fluxo de caixa. A agregação de valor para os acionistas em cada tipo de organização depende da fase em que a organização se encontra. (KAPLAN & NORTON, 1997).

Porter (1999) explicita que o retorno sobre o investimento é o ponto de partida para se chegar a uma boa estratégia. O desempenho de qualquer empresa é motivado pela rentabilidade derivada do negócio e da posição que a companhia ocupa no âmbito da sua competência principal.

Desta forma, os vetores da perspectiva financeira serão condicionados pelo setor de mercado, o ambiente competitivo e a estratégia da unidade de negócios.

No final, todos os objetivos e medidas das outras perspectivas do BSC deverão estar associados ao alcance de um ou mais objetivos na perspectiva financeira.

Segundo Kaplan & Norton (2000) toda medida selecionada para um Scorecard deve fazer parte de uma cadeia de relações de causa e efeito que termina em objetivos financeiros e representa um tema estratégico para a unidade de negócios. Dessa forma, o Scorecard deve contar a história da estratégia, partindo dos objetivos financeiros de longo prazo relacionando-os à seqüência de ações necessárias em relação aos processos financeiros, de clientes, de processos internos e, por fim, de funcionários e sistemas com o objetivo de produzir o desempenho econômico desejado de longo prazo.

A ênfase na perspectiva financeira para as organizações de saúde desperta a forma

profissional que estas instituições precisam ser gerenciadas. Os Hospitais: públicos; militares e filantrópicas apesar de não considerarem a perspectiva financeira como a primeira, trabalham nesta perspectiva para possibilitar a sua sustentabilidade e garantir assim, o alcance de seus objetivos sociais.

### 2.3.3.2 Perspectiva do cliente

Para entender e traçar os objetivos estratégicos para a perspectiva de clientes a pergunta chave é: Para atingir nossos objetivos financeiros, que necessidades dos clientes devemos atender? Além de enfatizar a imagem através da pergunta: como devemos ser vistos pelos clientes? (KAPLAN & NORTON, 1997).

Campos (1998) *apud* Kallás (2003) resume a perspectiva do cliente descrevendo que a estratégia deve indicar quem são os clientes e como a empresa cria valor para eles, ou que imagem as pessoas que trabalham na organização devem ter de seus clientes.

Kaplan & Norton (2004) afirmam que os executivos devem identificar o que os clientes dos segmentos-alvo valorizam e escolher a proposta de valor a ser oferecida. Os objetivos e medidas devem ser definidos a partir de três classes de atributos que, se atendidos, permitirão que a empresa retenha e amplie seus negócios. Este conjunto comum de atributos é dividido em 03 categorias:

1. Atributos de produtos e serviços: abrangem a funcionalidade dos produtos ou serviços, sua qualidade, tempo e preço.
2. Relacionamento com os clientes: refere-se a entrega do produto ao cliente, qualidade da experiência de compra e das relações pessoais.
3. Imagem e reputação: reflete os fatores intangíveis que atraem o cliente. A fidelidade do cliente é alcançada através da publicidade e qualidade do produto e que é representada pela Marca.

Conforme apresentado na análise do mercado receptor de um hospital (item 2.1.3), para a aplicação da perspectiva cliente, o mercado intermediário e o usuário final precisam ser pesquisados e através do *feedback* dos clientes identificar em cada mercado o que realmente agrega valor a estes clientes. O ideal é obter o equilíbrio na satisfação das diversas partes interessadas (médicos; pacientes; fontes pagadoras; familiares e outros) sem comprometer a perspectiva financeira. (BORBA, 2004).

Silva & Prochnik (2004) apresentam os médicos; planos de saúde e os pacientes como principais grupos de clientes de um hospital. No exemplo do *St. Mary's Duluth Clinic*, KAPLAN & NORTON, 2004, p.61 apresentam no mapa estratégico as proposições de valor em 03 tipos de clientes: 1) pacientes de tratamento básico que exigem uma estratégia de intimidade com o cliente; 2) os pacientes de tratamento especializado e os provedores e médicos (...) que demandam tratamento especializado e 3) os pagantes (...) que querem serviços de baixo custo e programas inovadores de cobertura de assistência médica.

No artigo sobre os sete desafios para a implantação do *Balanced Scorecard* em Hospitais, Silva & Prochnik (2004) propõe a construção de uma aliança entre médicos e gestores, estabelecendo um vínculo do sistema de mensuração do desempenho e o controle operacional. Stewart & Bestor (2000) apud Silva & Prochnik (2004) concordam que a integração entre médicos e gestores no caso do *Community Memorial Hospital* foi crucial para que os hospitais conseguissem a redução dos preços para os administradores de planos de saúde, ganhando em eficiência administrativa e diminuindo o número de prestadores de serviços a serem contratados pelas seguradoras.

### 2.3.3.3 Perspectiva do processo interno

Ao responder a pergunta chave desta perspectiva: Para satisfazer nossos clientes e acionistas, em quais processos internos devemos ser excelentes? E quais processos devemos focar? Os executivos identificam os processos internos críticos nos quais à empresa deve alcançar a excelência, a fim de atender aos objetivos dos acionistas e dos vários segmentos de clientes. (KAPLAN & NORTON, 1997).

Os sistemas convencionais de medição de desempenho focalizam a monitorização e a melhoria dos indicadores de custo, qualidade e tempo dos processos de negócios existentes. O BSC, por sua vez, procura identificar os requisitos do desempenho dos processos internos para atender as expectativas de participantes externos específicos. Para Kaplan & Norton, 1997 os sistemas de medidas de desempenho da maioria das empresas focalizam a quase todos os processos operacionais existentes.

Uma das evoluções recentes foi a incorporação do processo de inovação como um componente vital da perspectiva dos processos internos. Este processo ressalta a importância de identificar, primeiramente, as características dos segmentos de mercado que a empresa deseja atender com seus futuros produtos e serviços e, depois projetar e desenvolver produtos

e serviços que satisfaçam a esses segmentos específicos. Essa filosofia permite que a empresa atribua a devida importância a processos de pesquisa, projeto e desenvolvimento que gerem novos produtos, serviços e mercados.

Os processos operacionais continuam sendo importantes, e as empresas devem identificar as características de custos, qualidade, tempo e desempenho que lhes permitam oferecer produtos e serviços de qualidade superior a seus clientes atuais.

Na abordagem tradicional o foco está direcionado na melhoria dos processos existentes; na abordagem do BSC o foco procura identificar processos inovadores dos quais a empresa deve atingir a excelência para atender novas expectativas de seus clientes, criando meios para que se perceba um novo valor agregado em seus produtos.

Kaplan & Norton (1996) acreditam que a identificação dos processos críticos por meio do desempenho da cadeia de valor permite a seleção dos processos críticos. Os sistemas de contabilidade e custos tradicionais podem não estar preparados para medir os indicadores com a visão de processos. Kaplan & Norton (1996) enfatizam a importância da análise de custos baseado em atividades (*ABC costing*) que permite que as empresas meçam os custos dos processos.

Os sistemas de Acreditação Hospitalar mencionados nos itens 2.2.1 e 2.2.2 permitem entender os requisitos de qualidade necessários de um hospital para que o foco estratégico cumpra os requisitos da excelência de sua atividade-fim. Desta forma, trabalhar os processos de cuidado ao paciente, aliados aos processos de gestão permite levantar os processos críticos de uma instituição de saúde e definir prioridades estratégicas de curto e longo prazo sem perder o enfoque assistencial.

#### 2.3.3.4 Perspectiva do aprendizado e crescimento

Esta perspectiva está focada na pergunta: Para sustentar nossa visão como devemos sustentar nossa capacidade de mudar e melhorar? (KAPLAN & NORTON, 1997).

A perspectiva do Aprendizado e Crescimento identifica a infra-estrutura que a empresa deve construir para gerar crescimento e melhoria no longo prazo. O aprendizado e o crescimento provem de três fontes principais: Pessoas, Sistemas e Procedimentos Organizacionais. As perspectivas anteriores revelam lacunas entre as capacidades atuais das pessoas, sistemas, e procedimentos e o que será necessário para alcançar um desempenho inovador.

O objetivo de aprendizado e crescimento oferece a infra-estrutura que possibilita a realização de objetivos ambiciosos nas outras perspectivas (KAPLAN & NORTON, 1997)

Existem 03 categorias de objetivos para as perspectivas de aprendizado e crescimento:

- Competências estratégicas: é a capacitação dos funcionários de realizar atividades inovadoras, criar e agregar valor aos processos.
- Tecnologia: capacidade em sistemas de informação, novas tecnologias...
- Clima para ação: motivação, *empowerment* e alinhamento entre os funcionários são fundamentais para gerar a contribuição de todos com os resultados da organização.

O BSC estabelece um ambiente favorável à criação do conhecimento organizacional. Segundo Nonaka e Takeuchi (1997) o *aprender fazendo* seria a internalização, a transformação do conhecimento explícito em conhecimento tácito necessário para a geração do conhecimento. Em uma sociedade baseada no conhecimento, o *trabalhador do conhecimento* é o seu maior ativo. (DRUCKER, 2001).

Lima<sup>18</sup> apud Vilar (2007), afirma que o maior patrimônio do Hospital Samaritano de São Paulo são as pessoas. O investimento em capacitação e treinamento é de cerca de 170 mil horas. Ele acredita que para os funcionários prestarem um bom atendimento aos clientes necessitam “estar bem com suas funções e com os seus serviços”. (LIMA apud VILAR, 2007 p.84).

Na Rede D’Or existe também grande investimento em treinamento, os profissionais estão sempre se aperfeiçoando. Segundo Moll apud Vilar (2007), 60% dos funcionários de um hospital são enfermeiros. No Samaritano os enfermeiros ficam 23 dias em treinamento antes de entrarem realmente para a linha de frente.

A implantação do BSC em Hospitais exige equipes multidisciplinares, estabelecendo um estreitamento do relacionamento entre médicos, enfermeiros; farmacêuticos; fisioterapeutas; nutricionistas; administradores e outros profissionais da área. As responsabilidades dos profissionais de saúde se misturam, levando ao comprometimento de todos com os resultados da organização. (INAMDAR et al., 2002 apud SILVA & PROCHNIK, 2004),

A percepção do serviço prestado pelo paciente depende dos profissionais de saúde que segundo Couto<sup>19</sup> apud Vilar (2007) a relação é delicada uma vez que o cliente está normalmente doente, fragilizado e precisa ser mais bem tratado. “Quem não gosta de gente não deve vir para o setor de saúde”, afirma Couto (2007, p. 87). Selecionar bem os

---

<sup>18</sup> José Antonio Lima – Diretor do Hospital Samaritano de São Paulo.

<sup>19</sup> Gisele Couto – Médica doutoranda em Saúde Pública

profissionais, identificando profissionais com vocação, perfil e competência para o cargo e posteriormente continuar o trabalho de desenvolvimento de competências para o melhor resultado do atendimento é a base da gestão dos hospitais.

Kaplan & Nevius (2002) afirmam que um bom *Scorecard* encoraja o aprendizado e a ação. O processo de mensuração só tem valor se a administração puder aprender a partir dos resultados e agir sobre eles. As ligações causa-efeito embutidas no mapa da estratégia permitem que a administração formule e ponha em experiência hipóteses sobre a estratégia. É nesse ponto que ocorre o aprendizado.

A evolução do aprendizado e crescimento pode ser percebida no setor saúde através da procura por cursos e programas de especialização em gestão, que “apesar da procura ter se mantido constantes, o perfil tem incorporado 30% de outros profissionais além dos médicos” (LEITE,<sup>20</sup> *apud* VILAR, 2007, p.129).

O Grupo Amil há 16 anos lançou a Universidade Corporativa (UC) a fim de investir na capacitação dos seus 12 mil colaboradores. O objetivo na capacitação dos colaboradores é de alinhar os processos, estratégias e práticas para o atendimento das pessoas. Ele afirma que “o resultado só aparece com paixão, dedicação e foco e acrescenta: o grande segredo mesmo está nas pessoas”. (BUENO<sup>21</sup> *apud* VILAR, 2007, p.122)

Temporão (2007) acredita que a única forma de melhorar a gestão na saúde é com a adoção de um programa contínuo de formação e treinamento dos profissionais. Essa qualificação requer aperfeiçoamento técnico e também humanístico, visto que o atendimento de Saúde tem que ser, necessariamente e antes de tudo, humanizado. (Temporão, 2007)

#### 2.3.3.5 Correlação de Causa e Efeito

Kaplan & Norton (1996) afirmam que o *Scorecard* precisa conter um conjunto complexo de relações de Causa e Efeito entre as variáveis críticas, incluindo indicadores de fatos, tendências e ciclos de *feedback*, que descrevam a trajetória da estratégia. Essas associações devem incorporar tanto as relações de causa e efeito quanto às combinações de medidas de resultado e vetores de desempenho.

Kaplan & Norton (1996) salientam que o objetivo de qualquer sistema de mensuração deve ser motivar todos os executivos e funcionários a implementar com sucesso, a estratégia

---

<sup>20</sup> Heloisa Leite é coordenadora do MBA executivo em Saúde, mestre pelo Instituto de Pós-graduação e Pesquisa em Administração, COPPEAD/UFRJ

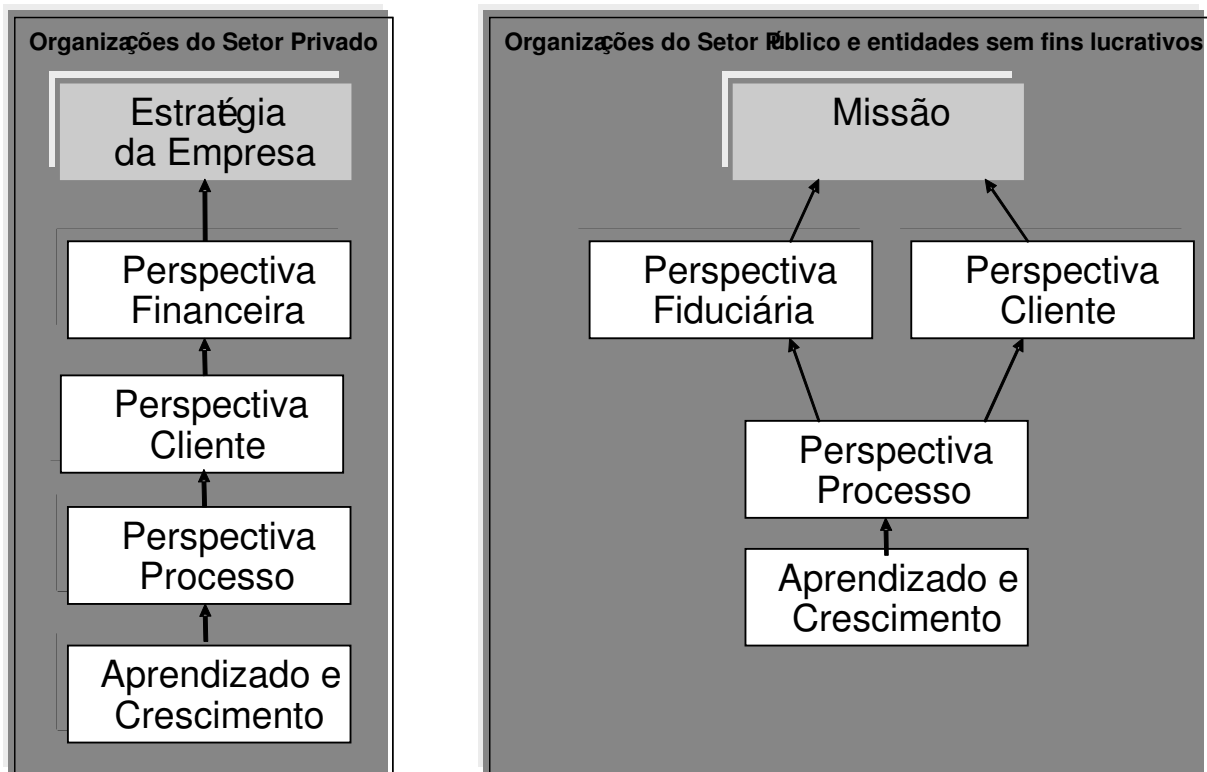


de sua unidade de negócios, com foco nos vetores críticos, permitindo-lhes alinhar investimentos, iniciativas e ações para realização de metas estratégicas.

As medidas selecionadas precisam ser um elemento de uma cadeia de relações de causa e efeito que comunique o significado da estratégia da unidade de negócios para a empresa. As relações causais de todas as medidas incorporadas ao *Scorecard* para estabelecer a correlação de causa e efeito precisam estar vinculadas a objetivos financeiros.

O intuito do *Balanced Scorecard* é contar a história da estratégia da organização; estas quatro dimensões (financeira; cliente; processos e aprendizado e crescimento) são suficientes para a maioria das empresas, entretanto para algumas organizações não só a ordem das perspectivas pode ser alterada como também a inclusão de novas perspectivas.

Kaplan & Norton (2000) não descartam a possibilidade de se utilizar outras perspectivas para a análise dos indicadores da Organização. Instituições filantrópicas, por exemplo, podem incluir a perspectiva social como sendo a perspectiva primeira de seu Mapa Estratégico. A Figura 9 apresenta a diferenciação do Mapa Estratégico do setor público para o privado. Há o destaque na Missão, no social, no setor privado do que na perspectiva financeiro.



**Figura 9:** Diferença do Mapa Estratégico do setor privado em relação ao setor público.  
Fonte: Kaplan & Norton (2004)

<sup>21</sup> Édson Bueno – Presidente do Grupo Amil, considerado um dos principais estrategistas do mercado de saúde.

Algumas organizações de atendimento médico entre as quais o *Duke Children's Hospital*, o *Montefiore Medical Center* e a *Saint Mary's Duluth Clinic Health System* saíram na frente ao utilizar o Balanced Scorecard para desenvolver sistema de gerenciamento de desempenho baseado nas suas estratégias próprias (KAPLAN & NEVIOUS, 2002). Nestas organizações, os executivos reconheceram que o sistema de administração baseado no BSC lhes oferecia inúmeros benefícios conforme descritos a seguir:

- Uma estrutura e um arcabouço pelos quais podem alinhar suas organizações ao redor de uma estratégia mais orientada para o mercado e concentrada no cliente. A estratégia os auxilia a fazer as coisas certas não apenas, fazer coisas de modo correto.
- Foco não apenas em áreas potenciais em corte de custos, mas em segmentos específicos do mercado que oferece aumento de receita, junto com a infra-estrutura necessária para ampliar o relacionamento consumidor-médico.
- Um poderoso mecanismo de comunicação e colaboração para todos os funcionários, com responsabilidade coletiva para se atingir os objetivos estratégicos.
- Um processo de administração para alocar recursos escassos de modo a obter os resultados visados.
- Um processo contínuo de *feedback*, revisão e aprendizagem para monitorar e aperfeiçoar a estratégia.
- Uma estrutura para adaptar a estratégia às mudanças dos ambientes: regulador, competitivo, tecnológico e de consumo.

Se o hospital acredita que o serviço prestado e o relacionamento com os pacientes são *a chave* que diferenciam sua estratégia, então deveria articular o que cada uma dessas coisas tem a ver dentro de cada uma das quatro perspectivas, e então medir os resultados. Se, dentro da perspectiva do aprendizado e crescimento, isso melhorar o processo de recrutamento e treinamento baseado em característica de relacionamento (cortesia, presteza, precisão) e se tal recrutamento e treinamento aperfeiçoar aqueles processos que envolvem o relacionamento (por exemplo, entradas de novos pacientes, educação do paciente, processo de apoio clínico e processo de faturamento), então a satisfação do paciente com o serviço deverá melhorar. (KAPLAN & NEVIOUS, 2002)

Porém suponha que os processos sejam bem executados e, no entanto, a satisfação do cliente/paciente não aumente. Neste caso a administração terá que aprender mais sobre os fatores determinantes da satisfação do cliente/paciente e colocá-los no centro da sua estratégia. (KAPLAN & NEVIOUS, 2002).

A implementação do BSC começa com uma equipe de projeto, geralmente formada por um grupo de clínicos e administradores que se reúnem para definir a estratégia da organização. “A equipe se defronta com um “toma-cá-da-lá” necessário para congregar as múltiplas missões e clientelas típicas das organizações de atendimento médico”. (KAPLAN & NEVIOUS, 2002). O *Duke Children’s Hospital*, por exemplo, definiu sua missão em termos de clientes – Nossos pacientes, suas famílias e os médicos da área - e o seu lema foi: Oferecer o melhor e mais compassivo tratamento e exceder nas artes da comunicação.

A missão é expressa no seu respectivo BSC com medidas para pacientes, famílias e médicos encarregados de atendimento inicial. Mas o *Scorecard* também reconheceu a saúde financeira, com seus objetivos de redução de custo e aumento de receita. Quando os prestadores de atendimento não conseguiam perceber os objetivos financeiros com a mesma prioridade estratégica dos objetivos de pacientes e médicos, o chefe do projeto, Dr. John Meliones repetiu seu mantra *No Margin, No Mission* (sem lucro, não há missão) (KAPLAN & NEVIOUS, 2002). O *Scorecard* ajudou a manter o foco em ambos, levando a reengenharia dos processos existentes e o desenvolvimento de novos que cumprissem a missão e rendessem melhorias substanciais em termos financeiros.

Silva & Prochnik (2004) em seu artigo sobre os sete desafios para a implantação do Balanced Scorecard em Hospitais descreveram o estudo empírico, a partir de um levantamento em 2004, de uma amostra de 15 hospitais de Belo Horizonte em comparação as dificuldades encontradas em hospitais de outros países.

O primeiro objetivo da pesquisa foi identificar a intimidade das organizações pesquisadas com a mensuração do desempenho. Nenhum dos hospitais pesquisados utilizavam, no período da pesquisa, o BSC e inclusive Silva & Prochnik (2004) mencionam não conhecer nenhum caso de hospital nacional utilizando o BSC, assim como Teles (2002) apud Silva & Prochnik (2004) havia advertido.

O segundo objetivo da pesquisa foi avaliar a aplicabilidade direta do BSC em hospitais como um modelo de ordenação dos indicadores existentes e usualmente difundidos. Silva (1998) apud Silva & Prochnik (2004) considera que a utilização de indicadores é uma necessidade intrínseca das organizações de saúde.

O terceiro objetivo foi fazer um paralelo entre a resenha utilizada sobre a literatura técnica e as peculiaridades apresentadas pelos hospitais pesquisados. Os pesquisadores concluíram que os problemas externos aos hospitais levaram a pressão por novos modelos de gestão e foram os responsáveis pela adoção de novas ferramentas, como o BSC nos hospitais estrangeiros. Entretanto, os problemas internos representaram barreiras na mudança na gestão

dos hospitais. Os 15 hospitais brasileiros estudados apesar de estarem habituados a utilizar indicadores (dados) não vinculam os indicadores de desempenho ao planejamento estratégico. (BITTAR, 2004).

Este estudo mostrou também que apesar dos hospitais utilizarem indicadores tradicionais e bem difundidos, existe um desequilíbrio quantitativo e qualitativo entre os indicadores dos hospitais. De um lado foram encontrados indicadores referentes às perspectivas financeiras e de processos internos e de outro as relacionadas às perspectivas dos clientes e aprendizado e crescimento. Meliones et al. (2001) *apud* Silva & Prochnik (2004) reforça o foco na excelência operacional; assistencial e desempenho financeiro. Os hospitais precisam administrar estas perspectivas. A maior parte dos custos hospitalares depende dos processos médicos, que de certa forma não são sensíveis a perspectiva financeira, pois não são afetados diretamente pelos resultados dos hospitais.

Por outro lado, a pesquisa de opinião, talvez devido a complexidade dos diversos grupos de clientes foi o único indicador da perspectivas de clientes encontrado nos hospitais. A falta de cooperação entre médicos e administradores foi identificada na falta de preocupação com a satisfação dos médicos e integrantes da equipe clínica, que são influenciados diretamente nos processos internos e os principais responsáveis pelos impactos financeiros. (SILVA & PROCHNIK, 2004).

Na perspectiva de aprendizado e crescimento a amostra brasileira apresentou que os administradores minimizam a importância desta dimensão. Inamdar *et al.* (2002) *apud* Silva & Prochnik (2004) afirma que os gestores não sabem mensurar as variáveis desta perspectiva, Foram encontrados, entretanto, indicadores de aprendizado e crescimento em alguns hospitais americanos.

Silva & Prochnik (2004) concluem que estes desequilíbrios nas perspectivas apresentam a ferramenta do BSC como um divisor de águas para o setor que estabelecer de uma forma balanceada a geração do equilíbrio das prioridades da gestão. Fato incomum na amostra foi percebido pelo número de indicadores não contábeis, o que segundo Silva & Prochnik (2004) contribui com a aplicação do BSC, que enfatiza os ativos intangíveis não avaliados pelos indicadores contábeis tradicionais.

O BSC mostrou-se então, não só uma resposta para as pressões externas aos hospitais, mas também uma ferramenta aplicável e capaz de trabalhar com os conflitos internos típicos dessas organizações (SILVA & PROCHNIK, 2004).

### 2.3.3.6 Perspectiva do BSC em relação ao PNQ®

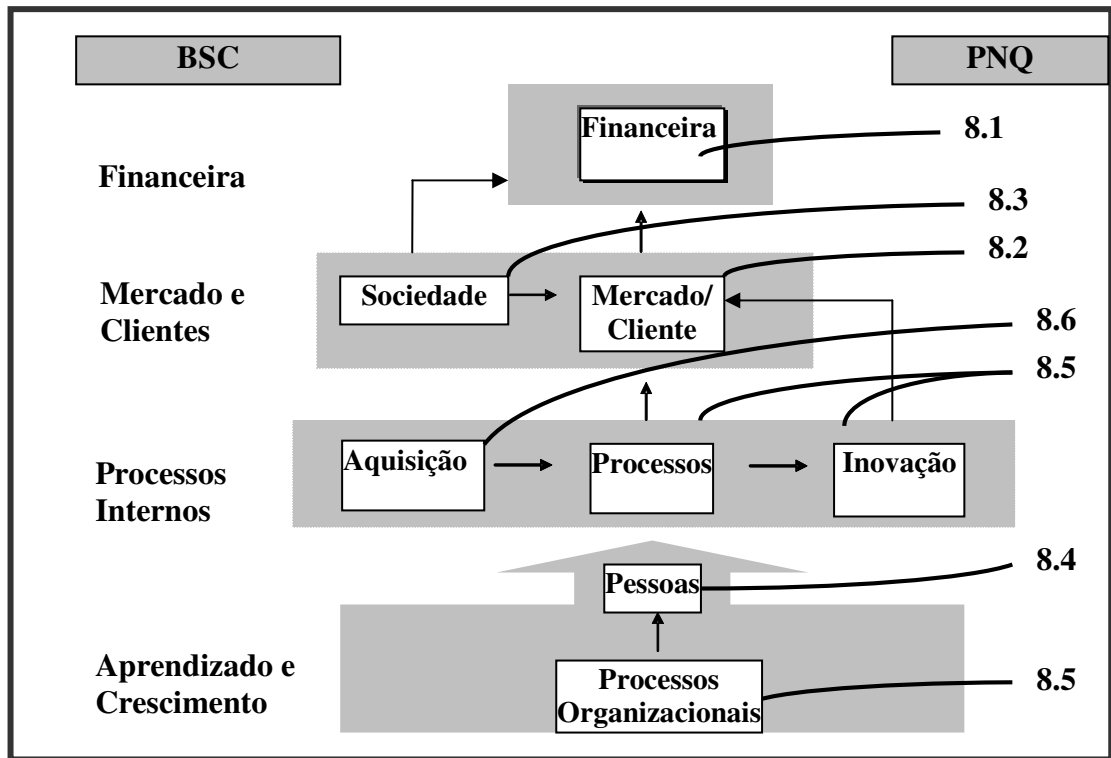
A aplicação da ferramenta do *Balanced Scorecard* auxilia na sustentação e manutenção de padrões de qualidade definidos pela Acreditação Hospitalar e apresentados nos Critérios de Excelência do PNQ®. Como menciona Kaplan & Norton (2004), o BSC deixou de ser um sistema de medição aperfeiçoado para se transformar em um sistema gerencial essencial.

Com base na Visão Sistêmica da Organização preconizada pelos critérios de Excelência do PNQ, o *Balanced Scorecard* pode ser utilizado como ferramenta de tradução estratégica (critérios 1, 2, 3, e 4 do PNQ®) e desdobrados nos níveis de processos (critério 6 do PNQ®) e pessoas (critério 7 do PNQ®), através de indicadores e medidas para alcance de resultados (critério 8 do PNQ®).

A experiência acumulada e o aprendizado adquirido constituem a memória histórica da organização e sua principal fonte de melhoria e inovação. As Informações e o Conhecimento (critério 5 do PNQ®) representam a inteligência da organização, propiciando a análise crítica e a tomada das ações necessárias, em todos os níveis. A gestão das informações e do capital intelectual são elementos essenciais para a jornada em busca da excelência.

O que define as perspectivas são as prioridades do negócio e as suas estratégias. As Organizações que possuem Prêmios de Qualidade com base nos critérios do PNQ® costumam utilizar os critérios de excelência conforme apresentado na Figura 10 e descritos a seguir:

- PNQ® - 6 perspectivas – financeira; cliente e mercado; sociedade; pessoas; fornecedores; processos relativos ao produto e de apoio.
- 
- BSC - 4 perspectivas – financeira; clientes; processos internos; aprendizado e crescimento. A perspectiva social pode ser acrescida ao modelo, correspondendo ao item sociedade no PNQ®, como por exemplo, é feito pelas organizações filantrópicas ou do governo.



**Figura 10:** Correlação das Perspectivas de Negócios (PNQ x BSC)

Fonte: adaptado do relatório do FPNQ 2003.

### 2.3.4 Indicadores de desempenho

Os Indicadores, também denominados indicadores de desempenho, compreendem os dados que quantificam as entradas (recursos ou insumos), os processos, as saídas (produtos), o desempenho de fornecedores e a satisfação das partes interessadas. (FNQ; 2007).

Segundo Graeml (2000) os indicadores de desempenho são informações que registram e retratam o comportamento de uma atividade, de uma função ou de toda uma organização. Normalmente são representados por valores e grandezas mensuráveis, absolutas ou relacionadas, que variam no tempo e/ou espaço.

“Os indicadores são de grande valia na fundamentação de tomada de decisões com base em análises quantitativas ao invés de qualitativas que, geralmente, nos leva a inferências e decisões equivocadas”. (QUINTELA, 2004 p. 45).

Juran (1992) concebia os indicadores como forma de gerenciar e controlar as organizações, pois segundo ele quem não mede, não controla; quem não controla não consegue gerenciar. Já Kaplan e Norton, (1997) ampliaram a importância dos indicadores afirmando que os indicadores servem também para comunicar a estratégia e alinhar os

pensamentos e ações dos profissionais das organizações. A avaliação do desempenho pode ser definida como uma técnica de transformação, uma vez que comunica e transforma a informação em juízo valorativo fundamentado.

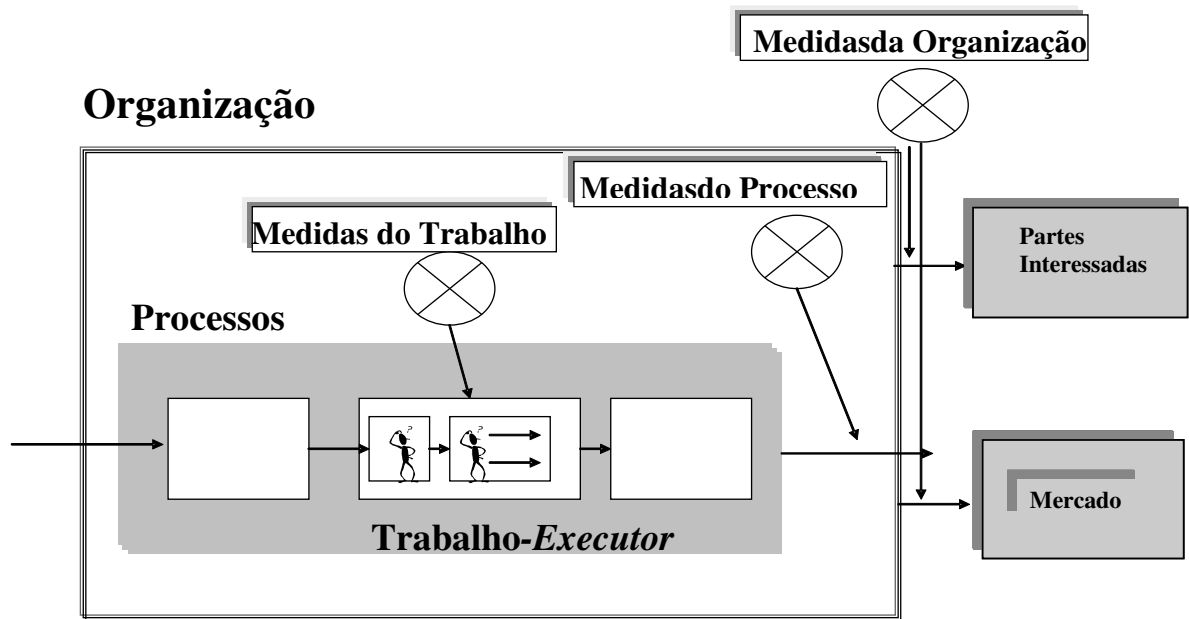
O comitê temático da FNQ sobre Medição do Desempenho recomenda um sistema de indicadores que contemple três níveis de desempenho: estratégico, gerencial e operacional (FNQ 2006).

#### 2.3.4.1 Níveis de Desempenho

Segundo Rummler & Brache (1995) as ferramentas para a melhoria da qualidade e da competitividade através da abordagem do desempenho das Organizações são definidas em três níveis: o nível Estratégico da Organização incluindo suas estruturas e práticas gerenciais; o nível dos processos de produção e administrativos e o nível do trabalho-executor, que diz respeito a cada indivíduo. As metodologias de trabalho desenvolvida nesses níveis são apresentadas nas variáveis do desempenho, expressa através de indicadores:

- Nível da Organização: nesse nível estão os indicadores estratégicos que refletem o desempenho em relação aos fatores críticos de sucesso para o alcance da visão de futuro da organização. Através do desenvolvimento do Mapa de Relacionamento é feita a definição do Perfil da Organização e de suas relações com o meio ambiente, influenciadas da conjuntura sócio-econômicas e externas.
- Nível de Processo – através da identificação dos processos e priorização são definidos os processos críticos para o seu mapeamento.
- Nível de Trabalho–Executor - neste nível operacional se faz a análise do perfil dos cargos e das competências essenciais para a função específica de cada processo no atendimento dos objetivos da Organização.

Indicadores nos 03 Níveis de Desempenho são identificados nas saídas (produtos e serviços) de cada nível e existe uma correlação de causa e efeito entre eles. A Figura 11 apresenta o desdobramento da medição do desempenho em cada um dos níveis de desempenho.



**Figura 11:** Indicadores nos 03 níveis de desempenho

Fonte: Rammler & Brache (1995)

Rummler & Brache (1995) afirmam que uma Organização é um sistema composto por pelo menos três níveis de desempenho e que devem ser gerenciados a fim de se obter saídas que sejam consistentes e de alto nível. Para isso é preciso medir, pois sem medição:

- O desempenho não está sendo gerenciado;
- Não se podem identificar adequadamente os problemas, nem estabelecer um conjunto de prioridades;
- As pessoas não podem compreender totalmente o que se espera delas;
- As pessoas não têm certeza de que seu desempenho é adequado ou não
- Não pode haver uma base objetiva e equitativa para recompensas (como aumentos, bônus, promoções) ou punições (como demissão);
- Não há gatilhos para as ações de aperfeiçoamento do desempenho;
- O gerenciamento é um conjunto de adivinhações desordenadas.

Adotar sistemas de medição eficientes e eficazes é fundamental para implementar o Modelo de Excelência da Gestão® (FNQ – 2006). Sistemas bem estruturados, com metodologia transparente, fazem parte das organizações de Classe Mundial. Os benefícios são inúmeros, em todos os níveis: estratégico, gerencial e operacional. A organização consegue detectar mais rapidamente os desvios e implementar as ações corretivas.

Na estruturação do sistema de medição, as organizações incorporam os obstáculos ao sucesso como fatores críticos para o sucesso, demonstrando, assim, foco no longo prazo e



percepção de eventuais dificuldades. “Fator crítico é aquilo que a organização tem por obrigação fazer muito bem feito para ter êxito em sua estratégia” (FNQ, 2006). É necessária atenção redobrada na identificação dos indicadores utilizados pela organização, pois eles têm forte reflexo sobre o desempenho e os resultados demonstrados.

#### 2.3.4.2 Indicadores Estratégicos

O BSC apresenta uma combinação de resultados (indicadores de ocorrências - *lagging*) e impulsionadores de desempenho (indicadores de tendências - *leading*) ajustados à estratégia da unidade de negócio. Kaplan & Norton (2001) recomendam um número limitado de métricas balanceadas de tendência e resultado a fim de viabilizar o processo de monitoramento e controle. Painel de controle ou mapa estratégico ou painel de bordo são os termos utilizados para designar o conjunto de indicadores de nível estratégico. (FNQ 2006).

Kaplan & Norton (2001) sugerem de 20 a 25 indicadores para o mapa estratégico e define como ideal de indicadores em cada perspectiva o seguinte percentual: Finanças – 22%; Mercado e Cliente 22%; Processo - 34% e Aprendizado e Crescimento - 22%.

O objetivo essencial da seleção de indicadores específicos para o BSC é a identificação dos indicadores que melhor comuniquem o significado da estratégia. Como cada estratégia é única cada *scorecard* deve ser único e conter vários indicadores únicos. (KAPLAN & NORTON, 1997).

Com esta nova percepção os indicadores passam a ser ferramenta de gestão na tangibilização do intangível através da tradução da visão de futuro em indicadores e medidas.

Muitas instituições de atendimento médico reagiram as pressões tentando tornar suas operações mais eficientes e com uma qualidade maior e mais consistente. Elas introduziram medidas de desempenho de qualidade, satisfação de paciente e índices de despesas. Estas medidas tradicionais de atendimento médico são, ou exigidas pela *Joint Comission on Accreditation of Heathcare Organization*, ou são medidas para as quais já existem dados (se eu posso medir o que quero então eu vou querer o que eu posso medir), mas segundo Kaplan& Nevius (2002, p. 2), medições operacionais são Insuficientes.

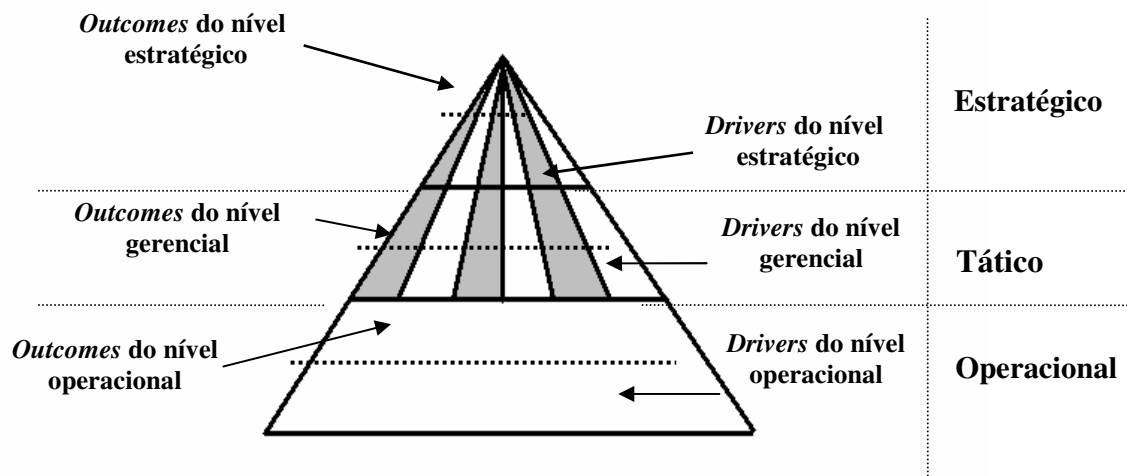
Os executivos precisam fazer escolhas estratégicas. Muitíssimas instituições de atendimento de saúde tentam ser tudo para todo o mundo, resultado natural de demandas freqüentemente conflitantes das suas múltiplas clientelas - não apenas pacientes e médicos,

mas órgãos governamentais, instituições religiosas, diretorias e outros. Os principais centros médicos acadêmicos, hospitais comunitários, instituições para atendimento de casos crônicos e de clínicas ambulatoriais; todos eles têm missões completamente diferentes uns dos outros e, por conseguinte, têm que ter estratégias muito diferentes. Essas estratégias precisam ser espelhadas nos seus sistemas administrativos e de medidas particulares a cada instituição. Uma abordagem do tipo tamanho-único para todos não consegue acomodar a diversidade do sistema de atendimento de saúde nos Estados Unidos. (KAPLAN & NEVIUS, 2002).

#### 2.3.4.3 Desdobramento dos indicadores

Segundo Kaplan & Norton (2004), normalmente a organização tem uma estratégia, independentemente de ser fruto de processo estruturado ou de estar formalizada. O desdobramento da estratégia em objetivos é necessário para comunicá-la e para gerar ação. A função de desdobrar o indicador estratégico é de buscar excelência no Desempenho dos Processos.

Os indicadores em cada um dos 03 níveis (Figura 12) podem ser classificados também como *outcome* e *drive* (Kaplan & Norton, 2004). Os *outcomes* são também chamado de *lagging*, resultados, efeito e controle, e os *drivers* são também chamados de *leading*, direcionadores, causadores e de verificação. Os *outcomes* (resultados) medem o efeito após certo tempo e os *drives* (direcionadores) medem a causa antes do efeito, são os indicadores de ação. Para cada *outcome*, Kaplan e Norton recomendam de dois a três *drives*, que são os indicadores que irão monitorar se as ações desenvolvidas estão levando aos resultados desejados. Os indicadores podem ser um *outcome* ou um *drive* dependendo do contexto. (KAPLAN & NORTON, 1996).



**Figura 12:** Desdobramento dos Indicadores – *Outcomes e Drives*

Fonte: PNQ, 2006

Os indicadores financeiros são do tipo *outcome*, ou seja, medem o resultado após o processo estar concluído. Segundo Kaplan e Norton (2002), não se podem avaliar as empresas como médicos legistas fazendo autópsias e estudando apenas indicadores financeiros de fatos ocorridos no passado, é necessário também entender os indicadores de futuro, que levarão do hoje ao amanhã, a concretização dos objetivos e metas estratégicas de longo prazo.

No processo de avaliação sempre existem comparações: com relação ao tempo ou com relação a parâmetros, normas, padrões, modelos ideais, reais ou desejados. O desenvolvimento de indicadores mostra-se, então, como uma resposta a esta necessidade, uma vez que, são instrumentos projetados e usados para avaliar uma situação ou para avaliar a consecução de objetivos e metas. São variáveis que permitem quantificar resultados e ações.

Um exemplo da utilização dos Indicadores de Desempenho na Gestão do ser humano como no caso do processo de emagrecer onde o indicador de resultado (*outcome*) é o peso e % de gordura (mostra se o objetivo foi alcançado) e indicador direcionador (*driver*) seriam: km caminhados e calorias consumidas (mostram se a disciplina esta sendo mantida, ou seja,

se as ações estão sendo tomadas conforme planejado).

A avaliação do desempenho pode ser definida como uma técnica de transformação, uma vez que transforma a informação em juízo valorativo fundamentado. No sentido amplo, representa o valor referente a uma ação, a uma direção tomada, baseada em objetivos.

Todas as instituições acreditadas possuem 18 áreas com indicadores que são construídos de acordo com o perfil da organização. Segundo Maria Manoella<sup>22</sup>, a JCH após 50 anos de atuação nos EUA está criando um banco de indicadores. Eles estão iniciando este processo com 02 indicadores pela complexidade do assunto e tendo o cuidado com a forma de medir os resultados. Hoje, ainda não se podem comparar duas unidades diferentes, mas após a implantação de um banco de indicadores internacionais, isso será possível.

A consistência de comparações entre instituições ocorre na medida em que os indicadores forem concebidos, aceitos e medidos de comum acordo, ou seja, quando houver padronização.

Segundo Ostenberg (1999) apud Neves (2004) a metodologia de avaliação através da acreditação hospitalar, a cada dois ou três anos não substitui o monitoramento constante de indicadores-chave da qualidade e de resultados.

Na era da informação e do conhecimento, onde se faz necessário tomar decisões cada vez mais complexas e mais rápidas em meio a mudanças e desafios, crises e oportunidades, os dirigentes e administradores hospitalares precisam estar alicerçados por informações confiáveis e oportunas. O discernimento para tomada de decisões deve estar embasado em conhecimento, habilidade, experiência e valor das informações que servem de suporte (CAMPOS, 1998). Estas informações são baseadas em dados, extraídos dos indicadores.

Existem no Brasil algumas instituições focadas na análise dos indicadores da saúde, são elas:

- SIPAGEH - Sistema de Indicadores Padronizados para Gestão Hospitalar.

O sistema do SIPAGEH criado 1998 está balizado pelos critérios do PNQ (Prêmio Nacional da Qualidade) e do Prêmio Gaúcho de Qualidade e Produtividade. Este sistema de indicadores diferencia-se dos demais, e desta forma propicia informações estratégicas de mercado para os hospitais. (NEVES, 2004). Atualmente já são 21 os indicadores padronizados e 147 os hospitais participantes (SIPAGEH, 2007).

- PROAHSA – Programa Assistencial Hospitalar e da Saúde

O Programa de Estudos Avançados em Administração Hospitalar e Sistemas de Saúde

---

<sup>22</sup> Maria Manoela - Superintendente do CBA - durante o Ciclo de Conferências Sobre Gestão em Saúde do Sindhrio.

(PROAHSA / São Paulo), que coleta dados e apresenta boletins bimensais referentes a caracterização do estabelecimento, distribuição dos custos hospitalares, mão-de-obra, pacientes / dia, taxa de ocupação, consumo de energia, água, gás e oxigênio, roupa lavada, número de exames e outros procedimentos, partos, cesáreas, número de refeições servidas, consultas ambulatoriais, terceirização, etc. (PROAHSA, 2006)

- CQH – Controle de Qualidade de Assistência Hospitalar.  
O Programa de Controle de Qualidade do Atendimento Médico-Hospitalar no Estado de São Paulo (APM / CREMESP) surgiu em 1991 e produziu o Manual de Orientação aos Hospitais Participantes e privilegia também os indicadores gerenciais. Atualmente existem aproximadamente 125 participantes (CQH, 2007)
- SINHA - Sistema Integrado de Indicadores Hospitalares.  
A ANAHP – Associação Nacional dos Hospitais Privados, constituída por 34 hospitais particulares e com qualidade reconhecida pelo mercado desenvolveu em 2002 o SINHA com o objetivo de oferecer aos Associados uma ferramenta de apoio à gestão, apresentando os principais indicadores de desempenho e suas fórmulas de medição. (LIMA – 2006).
- RENAICDE/ONA – Rede Nacional de Indicadores Comparativos, Desempenho e Excelência da ONA. No dia 15 de junho de 2007 foi feita a apresentação do sistema de indicadores da ONA / ANVISA no 1º Seminário Nacional de Indicadores Comparativos, Desempenho e Excelência na Feira HOSPITALAR 2007, no Pavilhão de Exposições Expo Center Norte, em São Paulo/SP. Este sistema de indicadores descreve e se propõem possibilitar o *benchmarking* dos 110 indicadores apresentados para a área de saúde.

Estas instituições apresentam fórmulas para os indicadores propostos, o que permite a comparação dos indicadores entre os associados e a comparação com os indicadores de outras instituições hospitalares. No ANEXO U foi feita uma comparação dos indicadores de RH/DP e Segurança do Trabalho e suas respectivas fórmulas utilizadas na saúde por algumas destas instituições.

#### 2.3.4.4 Benchmarking

Os Prêmios de Qualidade exigem a prática do *Benchmarking* o que mostra a

necessidade não só do conhecimento dos indicadores de desempenho, mas também, da possibilidade da comparação entre estes indicadores. Segundo Manoela (2007) do CBA (*apud* Vilar, 2007) é preciso implantar indicadores na saúde, para ser possível permanentemente se buscar o aprimoramento assistencial.

Algumas perguntas precisam ser respondidas para justificar a necessidade de um *Benchmarking* nas empresas, são elas: Por que fazer Benchmarking? Você sabe como está seu desempenho quando comparado com o dos outros? Você quer sair da *cegueira empresarial* e entender as perspectivas de seu negócio? Você pode estar tendo muito sucesso, mas você tem certeza que não poderia ser melhor?

O uso de *benchmarking* ou padrões de referência no processo de avaliação dos indicadores de desempenho é um meio para as empresas buscarem as melhores práticas utilizadas pelas companhias reconhecidamente líderes e consideradas de classe mundial, de forma a conseguir vantagens competitivas no mercado.

A competitividade mundial aumentou acentuadamente nas últimas décadas, obrigando as empresas a um contínuo aprimoramento dos seus processos, produtos e serviços, visando oferecer alta qualidade com baixo custo e assumir uma posição de liderança no mercado onde atua.

Na maioria das vezes, o aprimoramento exigido, sobretudo pelos clientes dos processos, produtos e serviços, ultrapassa a capacidade das pessoas envolvidas, por estarem elas presas aos seus próprios paradigmas. Neste caso, a solução é saber o que os líderes do mercado estão fazendo, de modo a alcançá-los e, de preferência, ultrapassá-los.

A técnica de *Benchmarking* visa, portanto, o desenvolvimento de estudos que comparem o desempenho com a concorrência e com referenciais de excelência, objetivando o alcance de uma posição de liderança em Qualidade. Estes estudos, organizados em projetos, devem identificar serviços e processos de alto nível de Qualidade em outras empresas, ou setores da própria Empresa, avaliar como tais resultados são obtidos, e incorporar o conhecimento, quando aplicável aos processos e serviços da Empresa.

Quando usada com o MASP – Metodologia de Análise e Solução de problemas, a técnica de Benchmarking é uma alternativa para auxiliar na identificação das causas fundamentais de um problema. Usada com a Metodologia de Gerenciamento de Processos, ela pode fornecer informações para tornar o processo mais eficiente.

Para assumir a liderança do mercado, é necessário considerar a técnica de *Benchmarking* como um processo contínuo de medição e de implantação de melhorias. Normalmente, não basta empregá-la uma única vez para alcançar a primeira posição e,

quando alcançada, sua exigência de aplicação será ainda maior para manter-se na liderança.

Podemos utilizar como definição de *Benchmarking* o que foi dito pelo executivo chefe da *Xerox Corporation*, David T. Kearns, quando esta organização começou a utilizar esta técnica: *Benchmarking* é o processo contínuo de medição de produtos, serviços e práticas em relação aos mais fortes concorrentes, ou às empresas reconhecidas como líderes em seus segmentos de atuação (*Benchmark* = marco de referência).

A teoria é importante e o conhecimento através de *Benchmarking* é fundamental para o sucesso. Nenhuma teoria ou experiência em uma organização garante o sucesso na aplicação em outra organização. Todo conhecimento deve ser analisado e adaptado à realidade de cada empresa conforme afirma Bismarck: Tolos são vocês... Que aprendem por experiência própria ... Eu prefiro lucrar com os erros dos outros e evitar pagar o preço do meu erro. (BISMARCK<sup>23</sup>, 2007).

As Organizações Acreditadoras, as Organizações de saúde, a ANVISA e a ONA realizaram alguns seminários a fim de criar uma Matriz de indicadores voltada para a comparabilidade e o *benchmarking* entre as organizações do setor saúde (GASTAL, 2006) conforme mencionado no item anterior.

#### 2.3.4.5 Ficha de indicadores

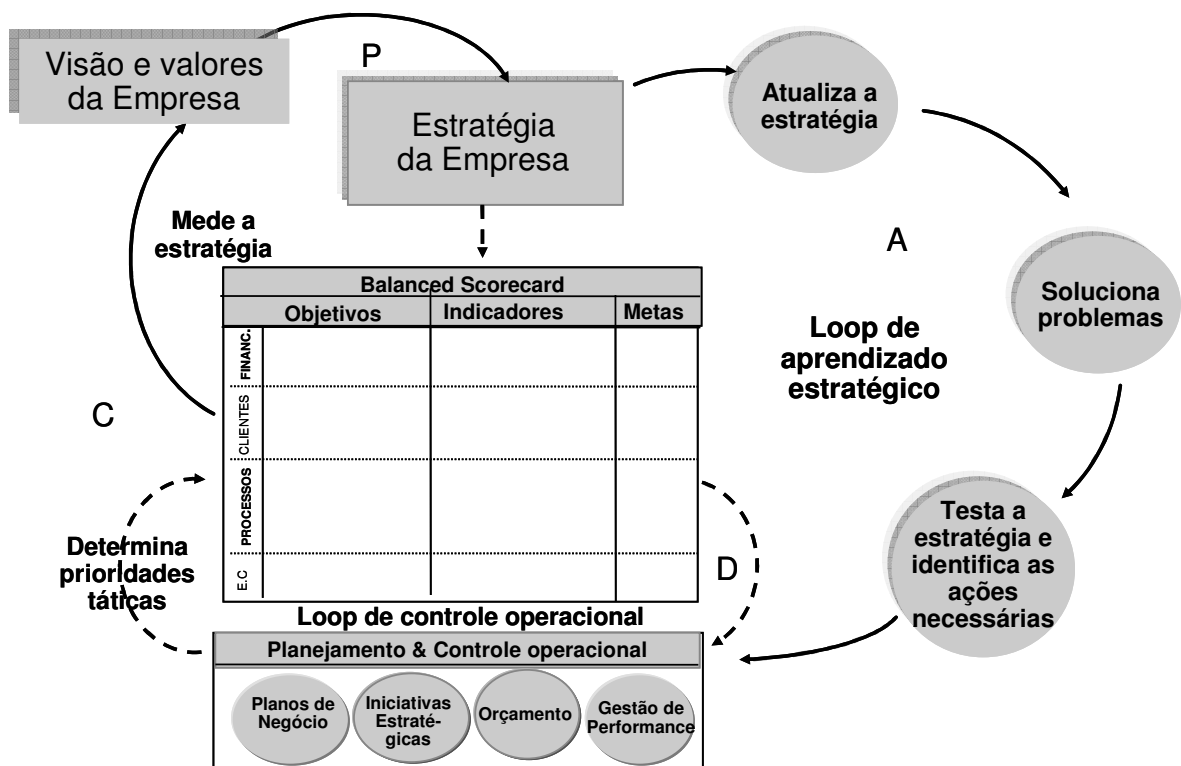
Para cada indicador definido mapeia-se sua origem de dados e qual área da instituição será responsável pelo fornecimento da informação. Cada indicador é descrito para que sua medição siga um critério único e seja padronizado ao longo do tempo, a fim de possibilitar uma comparação fidedigna. Como atributos necessários para descrever um indicador, destacam-se: nome, descrição do indicador, escalas, *benchmark* (referencial de excelência), e frequência ou periodicidade de mensuração. Estes dados devem fazer parte de uma ficha de indicador de forma a manter um padrão constante de medição ao longo do tempo e facilitar o *benchmarking* entre as organizações. (INDE, 2006) conforme exemplo de ficha de indicador do ANEXO D e P.

---

<sup>23</sup> Otto Bismarck - 1815 – 1898 - foi um dos mais importantes líderes nacionais do [século XIX](#); enquanto [primeiro-ministro](#) do reino da [Prússia \(1862-1890\)](#) unificou a [Alemanha](#), depois de uma série de guerras que levou a cabo com sucesso.

### 2.3.5 Loop duplo de gestão da estratégia

A metodologia do BSC na tradução da Estratégia em ação seria uma das ferramentas de Gestão utilizada para a conquista do Prêmio Nacional da Qualidade. A Figura 13 pode ser interpretada como a Organização que Aprende de Peter Senge, 1998 através da Estratégia em Ação de Kaplan & Norton, 2000. O *loop* duplo da gestão estratégica apresentada na Figura 13 mostra como ocorre este aprendizado.



**Figura 13:** Loop duplo de gestão da estratégia  
Fonte: KAPLAN & NORTON, 2000

As organizações focadas na estratégia utilizam um processo de *loop* duplo, que integra a gestão dos orçamentos e das operações com a gestão da estratégia. Este novo sistema focalizado na estratégia administra 03 remédios para restaurar a saúde do sistema gerencial: 1- conexão entre estratégia e orçamento; 2- fechamento do *loop* estratégico promovendo o processo de aprendizagem organizacional e 3- experimentação; aprendizagem e adaptação. O sistema gerencial estratégico de *loop* duplo fornece as bases para a conversão da estratégia em processo contínuo. (KAPLAN & NORTON, 2000).



Existem muitas definições para aprendizado organizacional. Em todas elas, o aprendizado é considerado um processo, ou seja, é uma competência que se desenvolve no tempo e em relação a vários fatores de um sistema, e implica em transformações.

Seja qual for a definição de aprendizado que uma organização adote, é importante ressaltar que este conceito precisa estar internalizado se ela deseja atingir um patamar de excelência, pois a força do processo está na integração.

O raciocínio sistêmico está sempre evidenciando que o todo pode ser maior que a soma de suas partes. Portanto, se a organização não aprende a aprender ela não terá consistência em suas ações. As maiores oportunidades de melhoria no desempenho estão nas interfaces funcionais – aqueles pontos em que o bastão é passado de um departamento para outro, se comparado a uma corrida de revezamento.

Com base na pesquisa de Silva & Prochnik (2004) os hospitais não possuem um sistema de indicadores de mensuração estruturado e formalmente constituído. Entretanto o costume de utilizar indicadores, aliado a ineficiências de transformar indicadores em informação e conhecimento, abre espaço à aplicação do BSC nos hospitais. O BSC, segundo Forgione (1997) apud Silva & Prochnik (2004) ajudaria o sistema de comunicação dos hospitais junto à sociedade, que poderia acompanhar a qualidade dos serviços disponibilizados.

Resumindo segundo Kaplan e Norton (2000) não se pode gerenciar algo que não se pode descrever e o BSC proporciona uma forma de traduzir visão e a estratégia em termos operacionais, na busca dos melhores resultados para o alcance da Visão de Futuro.

Normalmente os administradores colocam estas medidas em painéis KPI (*Key Performance Indicators* - indicadores chaves de desempenho) que concentram em melhorias operacionais do dia a dia mais podem não estar ligada à estratégia. Essas medidas táticas locais de qualidade e melhoria de serviço (por exemplo; índice de despesa, número de pacientes por médico por mês), não chegam a enfrentar o campo total de desafios administrativos que os executivos na área de saúde encontram. Elas concentram a atenção dos administradores no corte de custos. No entanto, sem uma estratégia abrangente, um corte de custos em todas as áreas pode levar à perda de capacidade atual e futura, com conseqüências potencialmente desastrosas para a instituição. As medidas de desempenho concentradas apenas em melhorias locais e operacionais também reforçam a comercialização do atendimento de saúde, onde as instituições competem apenas em preços ao invés de serviço, satisfação e segmentação do mercado.

Existem algumas possibilidades para o insucesso na implantação do BSC segundo

Kaplan & Norton (2001): 1- Falta de comprometimento da alta administração; 2- Envolvimento de poucas pessoas; 3- Estrutura *top-down* do *scorecard*, 4- BSC como projeto de mensuração e através de processos longos, 5- BSC como projeto da área de sistemas; 6- Apoio de consultores inexperientes e 7- Implantação com objetivo de remuneração.

A implantação do BSC em Hospitais também pode apresentar problemas como os citados pela literatura especializada na implantação do BSC em hospitais como o relacionado por Prochnik et al (2006) abaixo:

- Conflito de interesses entre os diferentes partes interessadas
- Baixo grau de difusão de métodos de mensuração do desempenho organizacional
- Deficiência de sistema de informações gerenciais
- Deficiência no modo de utilização do BSC – não existe modelo pré-estabelecido de BSC para hospitais de forma a implantá-lo como uma “receita de bolo”.
- Desafio na implantação de protocolos clínicos e planos de ação que estão diretamente relacionadas a parte operacional levando diminuição de custos.
- Dificuldade em estabelecer consenso com uma equipe multidisciplinar que apresenta diversidade de opiniões

O BSC foi escolhido pela revista Harvard Business Review como uma das práticas de gestão mais importantes e revolucionárias dos últimos 75 anos. (BSCol, ago. 2007). O comitê Temático do PNQ em 2001 elegeu o BSC como uma ferramenta de gestão para a excelência empresarial contribuindo com o alcance aproximado de 580 pontos nos critérios de excelência do PNQ. (BSCol, ago.2007).

### 3 METODOLOGIA CIENTIFICA DA PESQUISA

Neste capítulo serão apresentadas as fases que compuseram o trabalho; os métodos e técnicas utilizadas em cada uma delas, incluindo-se aí o instrumento de pesquisa aplicado no Estudo de Caso.

#### 3.1 CONSIDERAÇÕES INICIAIS

Na revisão bibliográfica que precede o estudo desta natureza ficou constatada a evolução da literatura brasileira sobre este assunto. O número de referenciais comparativos, entretanto, para a comparação com o estudo de caso, na área de saúde, não foi encontrado entre os hospitais pesquisados.

Na área de saúde, além das poucas instituições acreditadas com prêmios de qualidade e que utilizam ferramentas de gestão, a seleção das que já utilizavam o BSC há mais de 03 anos, foi feita através de pesquisa. Esta pesquisa enviada para aproximadamente 60 hospitais brasileiros teve o apoio da ANAHP; CQH; CBA e do SINDHRIO. Muitas organizações na saúde que já utilizam o BSC estão no início da implantação, o que dificultou a análise comparativa com o Hospital Monte Sinai, hospital escolhido para o Estudo de Caso por possuir experiência no BSC desde 2002.

Devido às poucas publicações, o levantamento das publicações e trabalhos sobre o assunto foi feito diretamente através da participação em congressos; workshops e seminários recentes a fim de buscar as informações mais atuais sobre o assunto.

No evento 2006 *Balanced Scorecard Latin American Summit* em São Paulo sobre Estratégia, Empreendedorismo e Resultados, foi possível assistir a apresentação dos casos nacionais e internacionais de implantação do BSC, além da possibilidade de conhecer as últimas experiências dos especialistas internacionais como David Norton, Robert Kaplan, Venkat Ramaswamy e Francis Gouillart.

Este evento propiciou também a participação em 02 clínicas:

1 - As melhores práticas em gestão da Estratégia com André Coutinho – diretor da Symnetics e executivo representante do GMP (Grupo de Melhores Práticas);

2 –A conexão entre a Estratégia e a Operação - como ajustar os processos de negócio às demandas estratégicas derivadas da proposição de valor ao cliente, com o diretor da Symnetics Reinaldo Manzini.

Outro momento de busca de informações sobre o assunto foi no workshop temático da FNQ 2006 sobre Planejamento do Sistema de Medição com Odair Quintella, especialista em Indicadores de Desempenho.

A busca por informações sobre a utilização do BSC continuou ao longo do trabalho e a cada dia novas publicações foram sendo descobertas.

### 3.2 TIPO, MÉTODOS E ESTRATÉGIA METODOLÓGICA.

O método utilizado nesta pesquisa foi o estudo de caso qualitativo. Segundo Yin (2006) o estudo de caso deve ser utilizado quando o pesquisador procura resposta para as perguntas como e por que, quando não acontece o controle dos eventos ambientais e quando se trata de um evento contemporâneo.

Este estudo de caso foi desenvolvido dentro da perspectiva de pesquisa qualitativa, que busca uma compreensão particular daquilo que estuda, conforme afirmam Martins & Bicudo (1989, p.23). A pesquisa qualitativa procura de forma rigorosa, o fenômeno, aquilo que se manifesta e se mostra em si mesmo. Não está preocupada em tecer generalizações, pois o seu objetivo não é a explicação do fenômeno e sim a compreensão de como ele se dá, de modo como ele se apresenta, o caráter individual.

Segundo Minayo (1994, p.21-22) esta pesquisa se preocupa nas ciências sociais com um nível de realidade que não pode ser quantificado, ou seja, ela trabalha com o universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes, o que corresponde a um espaço mais profundo das relações, dos processos e dos fenômenos que não podem ser reduzidos a operacionalização de variáveis.

O método utilizado na pesquisa também foi o indutivo, que segundo Santos (1998, p.77 *apud* Ferrão 2002, p.86) “dá a probabilidade do esperado e não a certeza do esperado”, e vai permitir, a partir de observações, levantamentos de determinados fatos, determinadas situações, inferir condições e situações gerais e esperadas.

Segundo Gil (1999, p.28) o método indutivo parte do particular e coloca a generalização como um produto posterior do trabalho de coleta de dados particulares. Nesse

método parte-se da observação de fatos ou fenômenos cujas causas se desejam conhecer. A seguir, procurasse compará-los com a finalidade de descobrir às relações existentes entre eles e finalmente parte-se para a generalização com base nos fatos e fenômenos observados.

### 3.3 DELINEAMENTO DA PESQUISA

Este estudo qualitativo e exploratório realizou uma análise da viabilidade da aplicação do BSC no setor saúde. A análise teve como foco principal o entendimento da contribuição da modelo de gestão estratégica do BSC para um Hospital no alcance de seus objetivos.

Este trabalho foi desenvolvido nas seguintes etapas:

#### **3.3.1 Etapas preliminares**

##### 3.3.1.1 Pesquisa Bibliográfica

Esta etapa incluiu o levantamento da bibliografia sobre indicadores; prêmios de qualidade e acreditação hospitalar e sobre a ferramenta do BSC; artigos e materiais sobre o tema e a experiência na aplicação do BSC, além da participação dos mais recentes eventos como o Summit, 2006 com a possibilidade de ouvir dos próprios idealizadores do BSC, Robert Kaplan e David Norton sobre suas recentes experiências na aplicação do modelo.

##### 3.3.1.2 Situação Problema

Foi feita a partir deste estudo bibliográfico a identificação das necessidades e tendências do mercado de saúde na busca de modelos e ferramentas de gestão para o alcance de metas, comprovadas pela conquista dos Prêmios de Qualidade.

### 3.3.1.3 Elaboração do Instrumento de pesquisa

Posteriormente foi feito um instrumento de pesquisa na busca dos hospitais brasileiros que conhecem a ferramenta do BSC e dos que já a utilizam.

O questionário de avaliação (APÊNDICE A) intitulado “Pesquisa sobre a utilização do Balanced Scorecard (BSC) em Hospitais” foi dividido em 03 partes:

Parte I - a primeira parte do questionário visa à identificação das características do hospital entrevistado, se o hospital utiliza o BSC e há quanto tempo. Os hospitais só responderão a Parte II e III se utilizarem o BSC há mais de 3 anos;

Parte II - A segunda parte do questionário visa o levantamento de informações sobre os detalhes da utilização do *BSC*;

Parte III - É a terceira parte, visa à apresentação das evidências objetivas dos resultados alcançados.

Ao final do questionário, os pesquisados preencheram uma autorização de divulgação das informações para fins acadêmicos.

### 3.3.1.4 Realização da pesquisa

A pesquisa iniciou-se em junho de 2006 e foi finalizada em abril de 2007. Neste período foram enviados por e-mail os questionários da pesquisa para mais de 60 hospitais brasileiros. A escolha dos hospitais para a participação nesta pesquisa foi feita através de contatos com responsáveis de instituições de saúde como: presidentes de sindicatos; diretores de associações e outros, que apoiaram a pesquisa enviando para alguns profissionais reconhecidos pela sua competência na gestão de seus hospitais.

Os questionários foram também enviados para alguns profissionais participantes de cursos de pós-graduação em gestão em saúde e que foram previamente contatados com uma breve explicação sobre a natureza da pesquisa.

### 3.3.1.5 Análise dos dados e escolha do Hospital para Estudo de Caso

Dos mais de 60 hospitais solicitados a participar do estudo, 22 preencheram a Parte I da pesquisa conforme relação de Hospitais apresentados no APÊNDICE B.

Para que o Estudo de Caso fosse feito em uma instituição que merecesse a credibilidade necessária para esta pesquisa, foram estabelecidos alguns critérios de escolha do hospital para Estudo de Caso, conforme apresentado a seguir:

- Ser certificado em Acreditação Hospitalar (ONA ou CBA) o objetivo deste critério foi o de comprovar a efetividade dos processos de atendimento ao cliente, atividade-fim de um hospital;
- Possuir o PNQ ou algum Prêmio Regional ou PNGS, o que atesta a qualidade na gestão do hospital podendo compará-lo a instituições de classe mundial, e;
- Utilizar o BSC há mais de 03 anos como forma de possibilitar a análise de tendência nos resultados apresentados.

A pesquisa foi preenchida por profissionais com curso superior, sendo que 7 deles possuem inclusive pós-graduação e 3 possuem também o mestrado.

Apenas uma das pesquisas respondidas não foi aproveitada pelo fato de a instituição não ter sido reconhecida como sendo realmente um hospital, objeto de pesquisa desta dissertação.

Os 21 hospitais pesquisados são hospitais de referência em sua região, sendo que 11 hospitais são de natureza jurídica privada; 04 são públicos e 6 são filantrópicos. 10 hospitais representando quase 50% da amostra se localizam no Rio de Janeiro; 5 em São Paulo; 2 no Paraná; 1 na Bahia; 1 no Rio Grande do Sul; 1 em Minas Gerais e 1 no Espírito Santo .

Em relação ao número de leitos, quase 80 % deles tem de 51 a 500 leitos, conforme apresentado na distribuição a seguir:

Tabela 5 – Número de leitos

Leitos	até 50	de 51 a 150	de 151 a 500	mais de 500	Total
Hospitais	2	10	6	3	21

Fonte: pesquisa realizada (jun. 2006 à abr. 2007)

Em relação ao número de funcionários, quase 50% dos hospitais pesquisados possuem mais de 1000 funcionários:

Tabela 6 – Número de funcionários

Funcionários	até 100	de 101 a 500	De 501 a 1000	Mais de 1000	Total
Hospitais	1	6	4	10	21

Fonte: pesquisa realizada (jun. 2006 à abr. 2007)

O resultado da pesquisa revelou que dos 21 hospitais de referência no mercado nacional de saúde que preencheram a pesquisa, 18 possuem histórico de qualidade comprovadamente reconhecido pelos Prêmios de Qualidade conquistados (Tabela 7)

Dos 18 Hospitais que possuem Prêmios de Qualidade (Tabela 7); 10 possuem algum Prêmio com base nos critérios de excelência do PNQ e 08 possuem alguma Acreditação Hospitalar (ONA/CBA). Dos que possuem a Acreditação, 04 possuem também algum Prêmio com base no PNQ (G, H, O e R).

Dos 21 Hospitais pesquisados, 10 disseram utilizar o BSC (Tabela 8), sendo que apenas 04 utilizam há mais de 03 anos (C, D, L e R).

O Hospital Monte Sinai de Juiz de Fora (R) foi o escolhido para a realização do Estudo de Caso por preencher os pré-requisitos necessários para a pesquisa.

Tabela 7 – Relação dos hospitais pesquisados e seus Prêmios de Qualidade conquistados

HOSP	Prêmios de Qualidade												Total
	ISO		SA	OHSAS	CQH	Base PNQ			Acreditação		Outros prêmios		
	9001	14001	8000	18001		PNQ	PQGF	PNGS	Prêmios Regionais	ONA		CBA	
A													0
B	x											x	2
C					x					x			2
D										x			1
E													0
F									x				1
G									x	x			2
H								x	x	x		x	4
I													0
J							x				x		2
L													0
M									x			x	2
N	x	x	x	x							x	x	6
O									x		x		2
P												x	1
Q									x				1
R	x								x	x		x	4
S							x		x			x	3
T	x	x						x					3
U	x						x	x	x				4
V													0
Total	5	2	1	1	1	0	3	3	9	5	3	7	

Fonte: pesquisa realizada (jun. 2006 à abr. 2007)



O Hospital Monte Sinai de Juiz de Fora (R) possui um histórico de qualidade pouco comum na área de saúde o que pode ser percebido pelos prêmios conquistados e pela busca constante por práticas de vanguarda em gestão. Além disso, foi o único hospital da pesquisa que preencheu os pré-requisitos e que utiliza a ferramenta do *BSC* há mais de 3 anos (desde 2002).

Tabela 8 – Relação dos hospitais pesquisados e as Ferramentas de Gestão utilizadas

HOSP	Ferramentas de Gestão Utilizadas pelos Hospitais											BSC
	BSC	Processo	5S	Benchmarking	PDCA	BI	Ishikawa	Fluxograma	Brinstorming	5w2h	Matriz GUT	
A		x										
B	X	x										em implantação
C	X	x		x	x							desde 2003
D	X	x	x	x	x					x		desde 2002
E		x										
F		x					x					
G		x	x				x					
H		x					x					
I		x					x					
J		x	x	x								
L	X			x								desde 2000
M	X											desde 2004
N	X	x	x	x	x		x	x				setores isolados
O	X	x		x	x							desde 2006
P				x		x						
Q	X	x	x	x								desde 2005
R	X	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	desde 2002
S	X	x	x	x	x			x	x	x	x	desde 2006
T		x		x	x							
U		x		x	x							
V		x		x		x						
Total	10	18	7	13	8	2	8	3	2	3	2	BSC = 10

Fonte: pesquisa realizada (jun. 2006 à abr. 2007)

### 3.3.2 Etapa do Estudo de Caso

Após o levantamento e escolha da organização *benchmark* no mercado de hospitais em BSC foi feito um contato direto com a Diretora do Hospital Monte Sinai solicitando a aprovação da participação do Hospital através desse Estudo de Caso.

Após a análise do questionário preenchido pela assistente administrativa do Hospital Monte Sinai, foram formulados alguns pontos de verificação para facilitar a entrevista que seria realizada no Hospital.

Durante a visita, foram realizadas entrevistas com uma das Diretoras do Hospital e a Assistente, além de visita às instalações a fim de levantar se a estratégica está desdobrada nos diversos níveis da Organização com uma comunicação clara dos indicadores e metas a serem alcançadas pelos setores.

Após alguns meses da visita foi constatado que uma nova visita se fazia necessária para concluir o estudo e buscar mais informações com os outros colaboradores e análise das partes interessadas (fornecedores, consultores, clientes).

Na segunda visita realizada em 10 de agosto de 2007 foram feitas algumas entrevistas com os seguintes profissionais do Hospital: Dr. José Mariano Soares de Moraes - Diretor Superintendente; Dr. Gustavo Ramalho, médico cardiologista, prestador de serviços responsável pelo serviço de Hemodinâmica; Raquel Magalhães de Mello - Gerente de RH; Solange Carvalho e Rose Dias atendentes do SAC e Suely Aparecida Silva Pinto - Coordenadora do SAC, além da própria Dra. Helidéa Lima, Diretora de Qualidade e Marketing e Stela Melquiades, Gerente de Qualidade. Estas entrevistas complementaram a pesquisa e possibilitaram a análise e conclusão do estudo de caso.

O Estudo de Caso, apresentado no capítulo 4 mostra a forma que o Hospital utiliza o BSC. O Estudo foi delineado com base nos 05 princípios das melhores práticas da Organização Orientada para a Estratégia de Kaplan & Norton (2001), apresentada no item 2.3.1

Segundo Norton & Kaplan (2001) as empresas bem sucedidas no *Balanced Scorecard* revelam um padrão consistente na consecução do foco e do alinhamento estratégico, embora cada organização aborde o desafio da implantação do BSC à sua própria maneira e em ritmos e seqüências diferentes.

Desta forma, o estudo de caso a seguir irá apresentar qual a metodologia utilizada pelo Hospital Monte Sinai de Juiz de Fora / MG na utilização do Modelo do *Balanced Scorecard*.

## 4 ESTUDO DE CASO DO HOSPITAL MONTE SINAI

O Estudo de Caso foi dividido em 02 subseções: no item 4.1 será apresentada a descrição do Caso com o perfil do hospital; suas instalações e Prêmios de Qualidade conquistados. No item 4.2 será descrita a análise e conclusão do estudo de caso.

### 4.1 DESCRIÇÃO DO CASO

#### 4.1.1 Perfil do HMS

O Instituto de Clínicas e Cirurgia de Juiz de Fora Ltda, mais conhecido como Hospital Monte Sinai, empresa prestadora de serviços de saúde com fins lucrativos, nasceu de um sonho de um grupo de médicos e da necessidade de abrir caminho para sair da estagnação da atividade médico-hospitalar da cidade de Juiz de Fora (HMSJF, 2007).

Segundo o Mariano<sup>24</sup> (2007), diretor superintendente do Hospital Monte Sinai, 12 médicos se reuniram e adquiriram um terreno em Dom Bosco em 1988 e idealizaram um Hospital. Chamaram colegas de várias especialidades e dividiram cada especialidade por cotas como, por exemplo, a anestesiologia teve 10% do total das cotas, o que correspondeu a 5 cotas. Cada especialidade ficou responsável de montar o seu setor. Num primeiro momento o hospital terceirizou e posteriormente estabeleceu parcerias adquirindo 50% do laboratório, 50% da medicina nuclear e assim por diante.

O Hospital foi fundado em 1º de outubro de 1988, com o objetivo de edificar um hospital que tivesse como paradigma a prestação de serviços médico-hospitalares de alta qualidade e que conciliasse os interesses organizacionais aos interesses de todos os prestadores de serviços envolvidos. Após muitos esforços, e contando unicamente com recursos próprios, o sonho dos médicos empreendedores concretizou-se em 26 de março de 1994, com a inauguração do Hospital Monte Sinai (MARIANO, 2007).

---

<sup>24</sup> Dr. José Mariano é médico, pós-graduado em Anestesiologia, e Medicina do Trabalho, além de MBA em Gestão Hospitalar e Sistema de Gestão

O Hospital é uma Sociedade por Quotas de Responsabilidade Limitada regida por um Contrato Social. A Assembléia Geral dos Cotistas (atualmente com 92 sócios) é o órgão soberano e a administração da Sociedade é assessorada por um Conselho Consultivo e fiscalizada por um Conselho Fiscal, sendo todos os seus membros eleitos dentre os sócios cotistas (LIMA, 2006).

Através do Organograma (ANEXO G), Mariano (2007) explicou a estrutura do Hospital hoje. Existe uma diretoria de serviços médicos que é subdividida em uma diretoria técnico I que cuida especificamente de todo o setor de parcerias e outra diretoria técnica II que cuida da assistência interna propriamente dita (estrutura operacional). A diretoria administrativa cuida de toda a parte de infra-estrutura hoteleira e de serviços (estrutura física). Por fim, a diretoria de superintendência trata do apoio da gestão financeira e de RH (Inteligência).

Aos 12 anos, o Monte Sinai é referência no mercado de saúde em alta complexidade; reconhecido nacionalmente pela diferenciação tecnológica e capacitação profissional e pelo seu novo e moderno modelo de gestão. Com o negócio baseado em parcerias de sucesso, focou as atividades-fim, delegando aos sócios às atividades meio para desenvolvimento de serviços auxiliares e diagnósticos. (MELQUIADES, 2006).

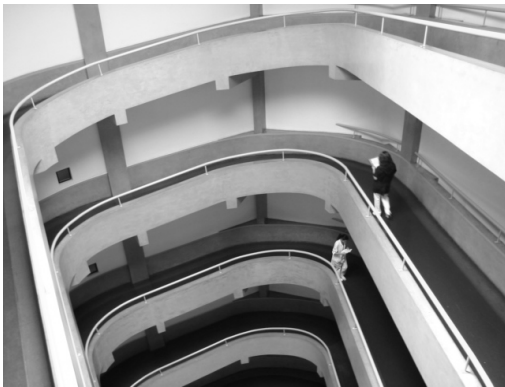
Em 2003, foi o primeiro de Minas Gerais com título de Hospital Acreditado e recebeu a medalha de prata no Prêmio Juiz de Fora de Qualidade e Produtividade (PJQP). Em 2004 recebeu a medalha de ouro e o troféu no PJFQP. Em 2005 foi re-certificado como Acreditado Pleno e recebeu reconhecimento do Prêmio Mineiro de Qualidade (PMQ) com a Faixa Prata. Em 2006 foi reconhecido com a Faixa Ouro do PMQ (ANEXO F).

#### **4.1.2 Estrutura Física do HMS**

O Hospital Monte Sinai (ANEXO E) foca o mercado da Zona da Mata; sudeste mineiro e cidades vizinhas do Rio de Janeiro atendendo pacientes particulares e de convênios. Com um corpo clínico aberto, disponibiliza o atendimento de 833 médicos que utilizam toda a infra-estrutura oferecida. Situa-se no bairro Dom Bosco, nas proximidades da UFJF (Universidade Federal de Juiz de Fora) e do aeroporto da cidade, em local de fácil acesso. Ocupa um terreno de 6.500 m<sup>2</sup>, com 16.000 m<sup>2</sup> de área construída, distribuída em dois blocos geminados, com moderno heliporto. Com uma capacidade operacional de 156 leitos, possui

28 leitos de cuidados intensivos, sendo 8 leitos na UTI Neonatal, 14 leitos UTI Adulto e 6 leitos de unidade coronariana, um moderno Centro Cirúrgico com 7 salas de cirurgia e 1 sala de recuperação pós-anestésica (RPA) com 8 leitos.

Um sistema pioneiro de circulação externa para visitantes, garante privacidade aos profissionais. O posto de enfermagem, localizado em área central, facilita a visualização de todos os leitos e o gerenciamento conforme apresentado nas Figuras: 14 e 15. O setor de Emergência mantém atendimento durante 24 horas, nas especialidades de Clínica Médica, Traumato-ortopedia, Pediatria e Cardiologia, Terapia Intensiva e sobre aviso nas outras especialidades.



**Figura 14:** Circulação interna



**Figura 15:** Posto de enfermagem

Fonte: fotos tiradas em visita ao Hospital – nov./2006

Atualmente possui 524 colaboradores e desenvolve uma política de responsabilidade social focada ao atendimento das necessidades da principal comunidade com a qual o Hospital se relaciona, o Bairro Dom Bosco, por meio de ações da Comissão de Voluntariado em parcerias com as entidades filantrópicas da região.

E para atender à crescente demanda, o grupo intenciona dobrar, até 2008, a capacidade de atendimento com o Complexo Hospitalar Monte Sinai. Segundo Lima (2006), o sonho se renova: revolucionar, mais uma vez, o mercado médico-hospitalar.

Melquiades (2006) afirma que o HMS é referência para 150 municípios inclusive de outros estados. É um hospital moderno, pioneiro em técnicas, possuindo os recursos avançados para todo tipo de tratamento e atendimento às urgências. Com uma equipe altamente qualificada, atende desde uma consulta, um exame de rotina às cirurgias de grande porte, são mais de mil profissionais trabalhando com apoio do mais completo centro de

diagnóstico e terapia. Infra-estrutura de qualidade, eficiência e excelência no trabalho, reconhecida pelos melhores centros e organizações da saúde.

Com o Projeto da Expansão do HMS, o Hospital será um dos maiores complexos hospitalares da América Latina (HMSJF, 2007). Com prédios interligados por passarelas elevadas, serão mais de 71 m2 contendo: 120 apartamentos; 220 leitos; 65 deles de alta complexidade; mais de 300 clínicas e consultórios; praça de alimentação; estacionamento para 850 veículos; áreas com anfiteatro; academia de ginástica e lojas de conveniências, conforme apresentado nas Figuras: 16 e 17.



**Figura 16:** Foto atual do Hospital

Fonte: HMS, abr. 2007



**Figura 17:** Projeto de Expansão

Fonte: HMS, abr. 2007

#### 4.1.3 História da Qualidade do HMS

Segundo Lima (2006) a grande preocupação do Hospital Monte Sinai de Juiz de Fora foi identificar a melhor gestão para o Hospital: Gestão da Qualidade ou Qualidade da Gestão? A busca da excelência pode ser acompanhada pelo histórico da sua jornada pela qualidade:

- **1998** - Movimentos em busca da excelência
- **1998** - 3°. Lugar no Top of Mind
- **1999** - 2°. Lugar no Top of Mind
- **2000** - 2°. Lugar no Top of Mind e Prêmio Top Quality no Programa 5"5".
- **2001** - 1°. Lugar no *Top of Mind*; Prêmio Top Quality no Programa 5"5" e Premio Excelência Programa 5"5" .
- **2002** - 1°. Lugar no *Top of Mind*; Prêmio *Top Quality* Ouro no Programa 5"5" e Premio Excelência Programa 5"5" .
- **2003** – 1°. Lugar no *Top of Mind*; Prêmio *Top Quality* Ouro no Programa 5"5" e Premio Excelência Programa 5"5" ; ISO 9001/2000 no Laboratório; Medalha de Prata

e Troféu PJFQP (Programa Juiz de Fora de Qualidade e Produtividade) e Acreditação Hospitalar (ONA).

- **2004** – 1º. Lugar no *Top of Mind*; Prêmio *Top Quality* Ouro no Programa 5”S” e Premio *Top* Diamante no Programa 5”S”; Medalha de Ouro e Troféu PJFQUP (Programa Juiz de Fora de Qualidade e Produtividade).
- **2005** – 1º. Lugar no *Top of Mind*; Prêmio *Top* Diamante no Programa 5”S”; ISO 9001/2000 na Hemodinâmica; Acreditação Hospitalar Plena (ONA) e Medalha de Prata PMQ (Premio Mineiro de Qualidade).
- **2006** – 1º. Lugar no *Top of Mind*; Prêmio *Top* Diamante no Programa 5”S”; Associação à ANAHP e Medalha de OURO PMQ (Premio Mineiro de Qualidade).

#### 4.2 ANÁLISE DA UTILIZAÇÃO DO BSC NO HMS

A Análise da implantação do BSC no Hospital Monte Sinai (HMS) foi feita seguindo os 05 princípios da melhores práticas da “Organização Orientada para a Estratégia” de Kaplan & Norton (2001) e já descrito no item 2.3.1.

Para facilitar o entendimento foi feita uma correlação entre teoria e prática da seguinte forma: os itens 2.3.2.1 a 2.3.2.4 correspondem respectivamente na prática do HMS aos itens 4.2.1 a 4.2.4.

Mariano (2007) explica de onde veio a sua vivência de qualidade e gestão. A área da saúde é atrasada em metodologias de gestão, mas como ele também atua como Médico do Trabalho em uma siderúrgica que já utiliza o BSC há vários anos e ganhou o Prêmio Nacional da Qualidade, ele pode aprender e trazer esta experiência para o Hospital. Em 1996 fez o 1º. Planejamento Estratégico do Hospital que já tinha muito haver com o que hoje se atualiza.

O Planejamento tem sido uma visão continua de aprendizado. No inicio todo o Planejamento era feito por parte da diretoria, mas focado na cabeça do Dr. Mariano, até pela cultura de gestão que lhe era familiar. Depois entraram na fase de democratização e expandiu muito a discussão estratégica, o que não se traduziu em benefícios, pois segundo ele: “Você começa a divagar muito e concluir pouco”. Atualmente, mais amadurecidos, possuem um comitê do planejamento, com um representante de cada perspectiva e mais o superintendente, como representante da diretoria. O Comitê participa do planejamento, além das chefias de unidades e eventualmente alguns coordenadores, junto com a diretoria. (MARIANO, 2007).

Lima (2006) afirmou que a implantação do BSC no HMS não foi tão difícil, pois já existia a “cultura de excelência” e a “cultura” de Planejamento Estratégico já estava consolidada.

Lima (2006) explica que o HMS escolheu a ferramenta do BSC por vários motivos, desdobrado em cada nível da organização, como apresentado a seguir:

1. Estratégico – a Estratégia passa a ser o principal item da agenda empresarial
2. Tático - todos os recursos e atividades da organização passam a ficar alinhadas com à estratégia, concentrando o foco em seus resultados estratégicos.
3. Operacional – a organização fornece a lógica e a arquitetura sobre quais as pessoas e os processos organizacionais se baseia para a realização da estratégica.

#### **4.2.1 Liderança Executiva para mobilizar a mudança do HMS.**

O HMS possui uma estrutura organizacional definida através de seu Organograma, conforme apresentado no ANEXO G, onde são definidas as funções e a hierarquia entre as funções. Pode ser identificada no histórico do HMS a presença de uma Liderança atuante e principalmente a constância de propósito pela evolução dos Prêmios de Qualidade conquistados e cumulativos. No Organograma é apresentada a Figura de uma Diretoria Adjunta de Qualidade e Marketing que se reporta diretamente a Diretoria Superintendência e que atua na busca do cumprimento de sua Visão; Missão e Valores. Os responsáveis pelos cargos de Diretoria são de responsabilidade dos Sócios cotistas do HMS.

Com o Auxílio de uma Consultoria, o HMS desenvolveu a sua Estratégia com base nas etapas e atividades do Planejamento Estratégico:

##### Etapa 1: Atividades Preparatórias

1. Entrevista com a Alta Direção sobre Missão, Valores e Visão de Futuro.
2. Identificação das Necessidades das Partes Interessadas.
3. Análise de Tendências Ambientais e Cenário mais Provável
4. Análise de Oportunidades e Ameaças
5. Análise das Forças e Fraquezas
6. Compilação das Entrevistas (consultor) e dos levantamentos (equipe interna)

Este Alinhamento Estratégico culminou com as seguintes definições:



**MISSÃO:** Proporcionar aos seus clientes atendimento de qualidade, por meio de tecnologia moderna e de profissionais altamente qualificados, comprometidos sempre com a presteza, humanização e ética.

**VALORES:**

**Qualidade:** prestar assistência médico-hospitalar de qualidade, atendendo as necessidades e expectativas de seus clientes.

**Ética:** agir de forma ética, respeitando o meio-ambiente e os valores da organização, dos indivíduos e da sociedade.

**Tecnologia:** investir continuamente em tecnologia e em capacitação de seu corpo clínico.

**Respeito:** desenvolver ações continuadas de melhoria organizacional, promovendo o comprometimento, a satisfação e a valorização de todos os funcionários.

**Profissionalismo:** desenvolver e manter parcerias com convênios, prestadores de serviços e fornecedores, baseados na confiança mútua, em ganhos compartilhados e visão de longo prazo.

**Responsabilidade:** desenvolver e estimular ações no campo social, procurando atender deficiências da comunidade local.

**Progresso:** otimizar a geração de recursos financeiros, compatíveis com os objetivos de desenvolvimento da instituição e de remuneração do capital investido.

**VISÃO 2010:** Ser reconhecido nacionalmente pela excelência na gestão de serviços de saúde.

#### **4.2.2 Traduzir a estratégia em termos operacionais do HMS.**

Após a conclusão da Etapa 1 foi feita a formulação da Estratégia conforme apresentado na próxima etapa.

Etapa 2: Formulação das Estratégias

7. Validação da Missão, dos Valores e da Visão de Futuro.
8. Elaboração da matriz SWOT

9. Identificação do Capital Intelectual
10. Elaboração do Mapa Estratégico (Perspectivas, Objetivos e Fatores Críticos de Sucesso)
11. Análise de coerência entre as Estratégias e as Necessidades das Partes Interessadas.

A Consultoria realizou o 1º. Workshop de Planejamento Estratégico com a Alta Direção e demais lideranças com duração de 16 horas sendo concluído com as seguintes definições:

12. Definição dos indicadores de desempenho
13. Determinação das metas de curto e longo prazo
14. Definição de iniciativas (Projetos e Planos Estratégicos)
15. Validação do painel de Bordo e das Iniciativas com a Alta Direção

Segundo Mariano (2007) é preciso ser inteligente e estratégico ao escolher os indicadores que se deve monitorar em cada perspectiva e em cada processo, para posteriormente aferir os resultados, comparar e desenvolver estratégias para chegar aos resultados. Mariano (2007) esclarece que um resultado muito melhor do que o nosso, não pode ser motivo de desânimo, achando que nunca vamos alcançá-lo ou de inveja, precisamos aprender com o outro e promover a melhoria contínua.

Hoje existe na ANAHP um projeto chamando SINHA que tem uma metodologia para aferir o resultado. A forma de apuração é sempre a mesma, o que facilita a comparação. Hoje o HMS tem por princípio buscar o *Benchmark nos* indicadores da ANAHP que possui de 40 a 50 indicadores e se eventualmente, se justifique outra comparação, os profissionais do HMS vão buscar outro parâmetro. Tem indicadores que o HMS compara com outras áreas, sem ser os indicadores de saúde. (MARIANO, 2007)

Segundo Mariano, ao longo da implantação do BSC no HMS foram encontradas várias dificuldades, sendo que a principal foi sensibilizar os pares para ter a preocupação com a qualidade dos resultados. A preocupação com a sensibilização ainda existe focada na preocupação com o planejamento e qualidade que começou desde o início da organização. Sensibilizar é uma coisa, mas o mais difícil é convencer diz Mariano. O BSC surgiu da necessidade de acompanhamento do Planejamento Estratégico. O que consagrou o “BSC” foi a aquisição de um sistema informatizado, que apoiou a implantação do BSC.

O HMS apresenta o seguinte balanceamento de indicadores por perspectivas: Finanças 25%; Mercado/Cliente e Sociedade – 21%; Tecnologia e Processos – 32% e Aprendizado e Crescimento (Pessoas) – 22%. O HMS apresenta os % de indicadores

coerentes com o preconizado por Robert Kaplan e David Norton que definem como ideal de indicadores em cada perspectiva: Finanças – 22%; Mercado e Cliente 22%; Processo - 34% e Aprendizado e Crescimento - 22%. (LIMA, 2003).

No ANEXO O, a evolução do equilíbrio das perspectivas nos anos de 2003 a 2006 são representadas graficamente e comparadas ao preconizado por Norton e Kaplan.

#### **4.2.3 Alinhar a organização para criar sinergia do HMS**

A Gestão do HMS é baseada no Modelo de Gestão por Processos conforme apresentado no ANEXO H, onde as principais partes interessadas (funcionários; médicos; pacientes; convênios e fornecedores) são contemplados.

Na Etapa 3 do Planejamento Estratégico foi feito o Desdobramento da Estratégia através:

16. Definição dos indicadores de desempenho setoriais
17. Determinação das metas setoriais de curto e longo prazo
18. Definição de iniciativas (Projetos e Planos Setoriais)

A Consultoria realizou então seu 2º. Workshop de Planejamento Estratégico com a Alta Direção e demais lideranças com duração de 8 horas sendo concluído com as seguintes definições:

19. Apresentação do Mapa Estratégico ou do Painel de Bordo da alta Direção (ANEXOS: I; J; L e M)
20. Validação do painel de indicadores e Metas Setoriais
21. Aprovação das iniciativas Setoriais.

Posteriormente foi feito:

22. Elaboração do Orçamento anual
23. Definição da sistemática de acompanhamento / revisão do Planejamento Estratégico

Na criação de sinergia, a comunicação é fator de preocupação do Monte Sinai. As informações são divulgadas em todo o Hospital através de cartazes, murais, sistema informatizado; jornais internos e lideranças, conforme apresentado nas Figuras: 18, 19, 20 e 21.



**Figura 18:** Divulgação da Missão e Valores

Fonte: Fotos tiradas em visita ao HMS, nov. 2006

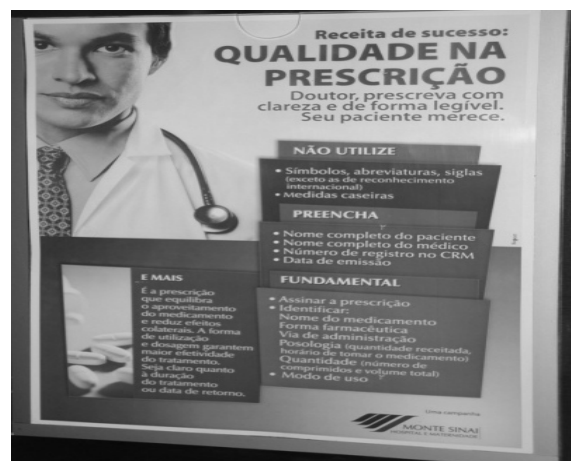


**Figura 19:** Painel de Comunicados



**Figura 20:** Painel de Indicadores

Fonte: Fotos tiradas em visita ao HMS, nov. 2006.



**Figura 21:** Orientação aos Médicos

A área de Qualidade e Marketing está interligada de forma a não só ser um Hospital de Qualidade, como também ser percebido como tal (LIMA, 2006). O programa “Portas Abertas” abre o hospital para que empresas de todos os setores e comunidade conheçam a estrutura e cultura organizacional do hospital, seu funcionamento e serviços. A partir da conquista da medalha de Ouro no PJFQP, o setor de Marketing, ao qual o projeto está ligado, registrou interesse crescente de empresas em conhecer a forma de organização do hospital. Programadas, as visitas são quinzenais e acompanhadas pelas gerências de cada setor, que detalha os processos e apresenta os ambientes da unidade (MELQUIADES, 2007).

A empresa visitante conhece da parte administrativa às sofisticadas técnicas de diagnóstico e terapia, e recebe informações dirigidas ao interesse de sua área de atuação.

Como forma de disseminar e ampliar o escopo da Gestão, o HMS faz encontros 2 vezes ao ano com os fornecedores, para falar sobre modelo de gestão e incentivar as práticas

de excelência, pois é benefício para o hospital e para o fornecedor no estabelecimento de uma parceria na busca dos melhores resultados para ambos, pois o fornecedor precisa e quer receber em dia, tanto quanto o Hospital. A maior receptividade no modelo de gestão das partes interessadas foi dos fornecedores (MELQUIADES, 2007).

#### **4.2.4 Transformar a estratégia em tarefa cotidiana de todos**

O HMS entendendo a importância de seus colaboradores nos resultados da Organização conseguiu desdobrar a sua Estratégia até Recursos Humanos, dando foco ao Aprendizado e Crescimento da Organização.

Lima (2006) explica que o desdobramento (ANEXO T) é realizado em 03 níveis da organização: estratégico, tático e operacional como, por exemplo: o diretor de Recursos Humanos é responsável pelo acompanhamento dos indicadores estratégicos relacionados a sua Perspectiva, o Gerente de Recursos Humanos é responsável pelo acompanhamento dos indicadores táticos e o Coordenador de Recursos Humanos responsável pelos indicadores operacionais, todos relacionados à Perspectiva Pessoas/Conhecimento.

Mariano (2007) menciona duas vertentes na educação corporativa, a vertente técnica que através da avaliação anual dos colaboradores é feito um mapeamento da capacitação técnica necessária e se coloca no orçamento para negociação com a diretoria. Outra é a educação corporativa na capacitação nas metodologias de gestão e no processo de informação de como a instituição está funcionando. Não tem como reunir os quase 600 colaboradores para estarem em contato direto com a diretoria no desdobramento da estratégia, logo os representantes das áreas participam das reuniões, além disso, existem outras metodologias que se utilizam para facilitar a comunicação interna, como: café com propostas; quadro de avisos, o jornal externo e outras.

A Gerente de RH, Raquel Mello é psicóloga e trabalha há 7 anos no hospital como responsável pela perspectiva pessoas e conhecimento, sendo responsável pelo pré planejamento e planejamento de metas de curto e longo prazo. Ela esclarece que a estratégia da sua área é valorizar e desenvolver pessoas. Esta estratégia é a mesma há 03 anos. A sua meta no treinamento é de 55 HH.

Segundo Mello (2007), os gerentes entendem mais do BSC do que a diretoria, pois eles estão mais focados nos indicadores estratégicos principais e os gestores no desdobramento. O gerente no nível tático tem seu processo relacionado com a estratégia

maior da empresa e precisa fazer o link do estratégico com o operacional. Segundo Melquiades (2007) o nível gerencial está muito maduro no BSC.

#### **4.2.5 Transformar estratégia em processo contínuo**

Mariano (2007) explica que o HMS realiza Reuniões de Análise Crítica com periodicidade mensal em dois níveis de abordagem: no nível tático e operacional com a presença de alguns gerentes e coordenadores e no nível estratégico com a direção e as gerências. As reuniões estratégicas são realizadas logo após a tática para que os pontos abordados possam ser avaliados pela diretoria e deliberados.

Anualmente é feita a Reunião de Planejamento Estratégico com a direção, gerências e áreas críticas. Foi criado um Comitê de Planejamento composto do Marketing, Qualidade, Direção e RH. Nestas reuniões anuais é quando se dá o aprendizado organizacional na avaliação e análise dos resultados alcançados ao longo do ano.

Cada perspectiva do BSC tem um coordenador que traz para a reunião os pontos fortes e as possibilidades de melhorias a serem implantados. Os gráficos de resultado dos ANEXOS: P; Q e R demonstram o panorama global do desempenho da organização e o panorama da evolução dos índices de satisfação de pacientes.

O ANEXO S demonstra a preocupação do HMS com os profissionais através do gerenciamento de pessoas nas perspectivas de aprendizagem e crescimento onde a base da gestão está na frase de Walt Disney: Você pode sonhar, criar, desenhar e construir o lugar mais maravilhoso do mundo... Mas é preciso ter pessoas para transformar o sonho em realidade! (LIMA, 2006).

A constância de propósito, um dos fundamentos da FNQ para as Organizações de Classe Mundial, pode ser percebido no HMS pela continuidade do processo estratégico apresentado pela evolução dos Mapas Estratégicos nos ANEXOS: I; J; L e M. HMS não autorizou a divulgação do Mapa Estratégico de 2007, desta forma só serão apresentados os Mapas de 2003 a 2006.

Segundo Lima (2006) os benefícios da implantação do BSC no HMS foram:

1. Planejamento Estratégico em Ação;
2. Gestão participativa;
3. Comprometimento das Lideranças;

4. Melhora considerável na qualidade do atendimento ao cliente;
5. Análise dos processos e melhoria continua;
6. Desenvolvimento, capacitação e retenção dos talentos humanos;
7. Desenvolvimento da Tecnologia da Informação;
8. Implantação do programa de Participação nos resultados;
9. Redirecionamento estratégico a partir da análise dos indicadores *drivers*.

O HMS conseguiu utilizar o BSC como uma metodologia de Gestão estratégica integrada agregando a Metodologia os padrões de excelência da Acreditação Hospitalar pela ONA; os fundamentos de excelência do FNQ, além de utilizar as diversas ferramentas de gestão como: Gestão por Processos; 5S; *Benchmarking*; PDCA; *Business Intelligence* - BI; *Ishikawa*; Fluxogramas; *Branstorming*; 5W2H e Matriz GUT.

Segundo Mariano (2007) estas ferramentas não são diferentes, elas se complementam, é preciso saber ser inteligente e buscar os melhores resultados na medição e comparar com os resultados existentes. Encontrar um resultado melhor que o do hospital não pode ser motivo de desânimo e sim parâmetro para a melhoria continua.

Em cada um dos 8 (oito) critérios de Excelência do PNQ ou dos Prêmios Regionais PJFQP e PMQ foram encontradas melhorias em seus resultados se comparados de 2003 as 2005, conforme apresentado no ANEXO N. Em 2003 o Hospital conseguiu 330 pontos, em 2004 conseguiu alcançar 403 pontos e em 2005 chegou aos 408,5 pontos. O processo de melhoria continua é percebido e a Implantação da Estratégia não foi conseguida por acaso.

As dificuldades enfrentadas na implantação e continuidade do BSC foram: interpretar a correlação de causa e efeito; estabelecer o comprometimento de todos os profissionais destacando o comprometimento das lideranças e de alguns médicos.

Dr. Gustavo Ramalho (2007) há 10 anos presta serviço na Hemodinâmica do HMS e explica que começou a utilizar o BSC na Hemodinâmica após ver os resultados alcançados pelo Hospital. O objetivo era alinhar o Planejamento da Hemodinâmica ao do Hospital criando a partir dele o seu próprio Planejamento Estratégico, o que propiciou um crescimento do movimento, um detalhamento dos processos, um maior relacionamento com clientes e interface com o operacional, que é o impulsionador da estratégia.

O serviço de Hemodinâmica é estratégico para o HMS, Ramalho (2007) participa das reuniões estratégicas do Hospital, pois é um dos serviços de maior faturamento. O serviço de Hemodinâmica possui vários prêmios de qualidade e Ramalho (2007) acredita que o BSC contribuiu com a conquista desses prêmios.

Seguindo os passos do Hospital a Hemodinâmica iniciou com a implementação dos 5S o que possibilitou um ambiente limpo e organizado de trabalho. Em seguida partiram para a definição dos processos, conquistando o Prêmio ISO 9000, sendo o classificado em 1ª lugar de Minas Gerais e o 2ª. do Brasil em serviço de Hemodinâmica há aproximadamente 02 anos. Com o ISO puderam colocar os processos em dia e o BSC foi considerado pelos auditores como o diferencial, pois o serviço para crescer precisa estar alinhado ao hospital.

Ramalho (2007) confessa que hoje é um dos maiores defensores do BSC, mas para chegar a quebrar os seus próprios paradigmas e aceitar a Gestão foi fazer MBA e adquirir mais conhecimentos.

A grande dificuldade para Ramalho (2007) na utilização do BSC e de todos os processos de gestão implantado no serviço de Hemodinâmica do HMS foi conseguir o envolvimento dos médicos. Os médicos estão talhados para fazer medicina e tem dificuldade de mexer com qualquer coisa diferente da medicina; eles só começam a se envolver quando estão abertos a novos conhecimentos, caso contrário ignoram a necessidade deste conhecimento. Todos os profissionais entrevistados mencionaram que os médicos são os que oferecem maior resistência aos modelos de gestão.

Como forma de solucionar esta dificuldade com os médicos, Melquiades (2007) explica que o Hospital fez reuniões com o corpo clínico e com as chefias de especialidades para sensibilizar os médicos, principalmente porque o hospital é de corpo clínico aberto (os médicos não são exclusivos do hospital e nem funcionários) e são mais de 800 médicos aproximadamente. O motivo da resistência dos médicos segundo Melquiades (2007) é que o controle gera procedimentos burocráticos que os médicos desconhecem e o médico é o responsável pelo movimento do hospital. Alguns indicadores da assistência não acontecem se os médicos não se envolverem.

A concepção de que o médico é quem direciona o paciente está mudando, pois com o movimento da qualidade e maior esclarecimento dos clientes, já ocorre do paciente exigir médicos que operam em hospitais de qualidade comprovada e tecnologia de ponta, diz Melquiades (2007).

Melquiades (2006), coordenadora de planejamento e marketing do HMS, recomenda aos hospitais a utilização do BSC com o objetivo de conseguir realmente colocar o Planejamento em Ação, com disseminação e entendimento de todos. Os benefícios da utilização do BSC no HMS foram: criar uma metodologia de gestão estratégica; facilitar a comunicação da estratégia; estabelecer um foco; ajudar na tomada de decisões e a possibilitar



implantar o programa de participação nos resultados – PPR, além de participar da ANAHP com indicadores comparativos.

O BSC é muito importante, pois é uma forma de organizar o Planejamento Estratégico, estruturando e disseminando para toda a organização. Uma área não é mais importante que a outra, se eu não consigo a qualidade provavelmente você também não vai conseguir, afirma Mello (2007). Os indicadores utilizados pelo Hospital são basicamente os indicadores da ANHAP; CQH e PROHASA. O principal é que a ANAHP possibilita o estabelecimento do referencial comparativo através do seu relatório trimestral. Este referencial é lançado no sistema de BSC.

O serviço de Hemodinâmica utiliza a prática de *Benchmarking* através da comparação dos processos, mas segundo Ramalho (2007) ainda está muito atrasado nos indicadores comparativos pertinentes. Hoje só existe um indicador específico da Hemodinâmica, que está presente na ANAHP, mas a base são os parâmetros internacionais.

O aprendizado adquirido com o BSC, diz Mello (2007) é que o gerenciar antes era feito por “achismo”, já o BSC pontua o que deve ser feito, ajuda na análise crítica, na tomada de decisões, na integração das ferramentas que se complementam. Acrescenta ela que a correlação de causa e efeito ainda está em processo de aprendizado.

Segundo Lima (2007) o que ajudou o BSC a acontecer foi o Sistema Informatizado de BSC utilizado, que apesar de não interagir com o sistema de gestão do Hospital facilitou o gerenciamento dos indicadores. Se não fosse este sistema a possibilidade do Planejamento Estratégico cair no gerenciamento comum seria enorme.

Alguns entrevistados mencionaram a preocupação com a continuidade da busca pela excelência e da utilização do BSC no HMS, devido a mudanças na cultura da organização provenientes do *turn over* dos profissionais e da mudança de pessoas fortemente envolvidas na manutenção do BSC. A liderança é tudo e ela precisa permanecer investindo nesse trabalho, estabelecendo um envolvimento de cima para baixo, facilitando assim a comunicação, pois o sistema precisa ser fortalecido de forma a impedir o rompimento dessa estrutura de trabalho (Lima, 2007).

Ramalho (2007) afirma que no início da implantação do BSC o *turn over* aumentou, mas os novos funcionários abraçaram a causa. A maior dificuldade na implantação do BSC foi o não entendimento da metodologia e a falta de treinamento. Apesar de todos perceberem que funciona ainda há a dificuldade no envolvimento de alguns.

As atendentes do serviço de atendimento ao Cliente SAC apresentaram o sistema de *feedback* do cliente através da pesquisa de satisfação. O indicador de satisfação de clientes era

estratégico até o ano de 2007, quando passou a ser tático, pois como o índice está de acordo com a meta de 99% há mais de 03 anos, não se faz necessário um foco estratégico. Esta é a lógica do BSC, ter foco no que pode agregar valor e gerar melhores resultados.

Ramalho (2007) afirma que os Prêmios conquistados é consequência, é apenas um reconhecimento, o que se pretende é criar um modelo de gestão eficiente. O que se pretende com o BSC é aprender a trabalhar, oferecendo maior tranquilidade para o funcionário, para o médico, para o cliente; desenvolvendo processos que diminua a burocracia, estabelecendo intercambio com o maior fornecedor de pacientes que é o convênio.

Qualquer coisa que se proponha a administrar precisa de indicadores, logo isso deve ser feito de forma sistematizada. A experiência do HMS com o BSC foi válida para educar os colaboradores a conseguir os melhores resultados. (MARIANO, 2007).

## 5 METODOLOGIA DE APLICAÇÃO DO BSC EM HOSPITAIS

O primeiro passo na implantação do BSC em Hospitais, como em qualquer outra área, é a definição da: Missão; Valores; Visão e a Estratégia desenvolvida a partir da utilização da análise de cenários, como no caso da Matriz SWOT. Existia uma lacuna entre a estratégia e o alcance de seus resultados e a ferramenta do BSC, se os cinco passos das organizações orientadas para a estratégica forem aplicados, poderá contribuir para a implantação da estratégia dos Hospitais. A meta é alcançar os melhores resultados estratégicos como: acionistas satisfeitos; clientes encantados; processos efetivos e pessoas motivadas e preparadas, conforme apresentado na Figura 22.

Ao desdobrar os objetivos do BSC em iniciativas estratégicas, outras ferramentas podem ser utilizadas como: Gestão de projetos; Gestão por processos e outras. No gerenciamento da Qualidade das Instituições de Saúde, os Padrões da ONA e/ou do CBA podem ser utilizados por estabelecer os padrões de excelência exigidos pelo mercado de saúde para o funcionamento dos Hospitais. Maria Manoela do CBA (2006), afirma que a saúde possui uma característica diferente de qualquer negócio, pois na saúde se lida com vida e morte a cada minuto e a acreditação hospitalar vai além de uma ferramenta, ela utiliza todas as ferramentas e agrega a base da qualidade de atendimento ao paciente – o objetivo final é o cuidado ao paciente.

No nível de pessoas, a Gestão do Conhecimento é a ferramenta recomendada por Kaplan & Norton.(2001).Esta metodologia de aplicação do BSC comprova a tendência do conceito em ser atualmente percebido como Modelo de Gestão Estratégica Integrada, pois consegue integrar ferramentas e modelos de gestão. Dentro deste contexto, o PNQ pode ser percebido como o pano de fundo necessário para o processo de gestão.

Um programa de BSC vitorioso começa com o reconhecimento de que não se trata de um projeto de indicadores, mas sim, de um processo de mudança (BSC SUMMIT - 2006) e estas etapas de implantação de forma integrada são necessárias para o sucesso do método em questão. Segundo Porter & Teisberg (2007 p. vii) “A solução para a crise na Saúde, ironicamente, está em trazer de volta o foco do sistema de saúde para a saúde” gerando valor para os clientes e conseqüente redução de custos, retrabalho e maior efetividade nos processos.

Como base para a geração de valor e o alcance dos resultados para os clientes e acionistas estão as pessoas, os profissionais da área, que ao serem preparados e motivados,

irão agregar valor aos processos críticos e estratégicos e, conseqüentemente, afetarão os resultados da qualidade assistencial e financeira para os acionistas.

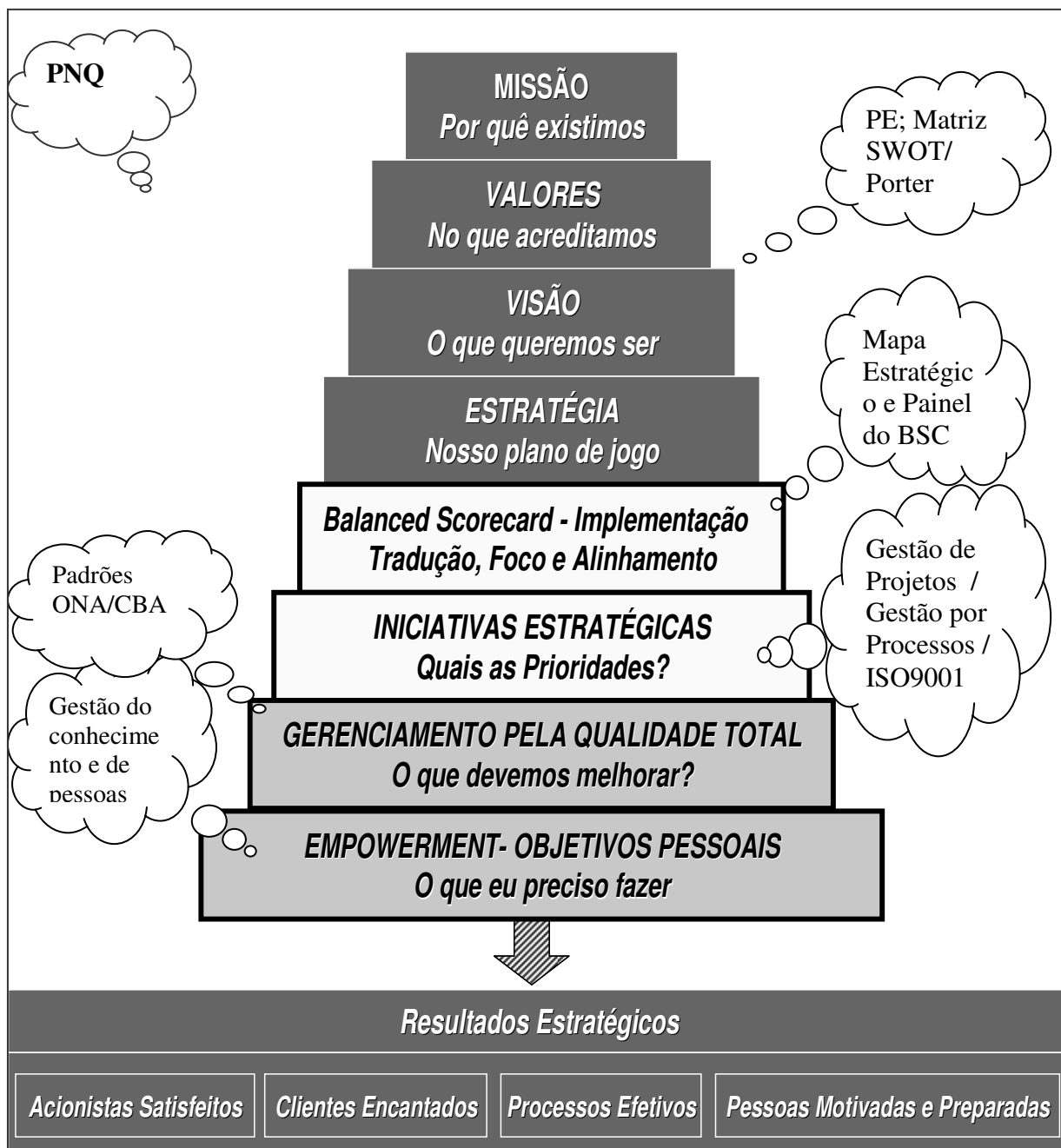


Figura 22: Metodologia de aplicação do BSC e as Ferramentas utilizadas

Fonte: Adaptado da Apresentação da Symnetics sobre BSC

## 6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Uma Visão sem Ação não passa de um Sonho.  
Uma Ação sem Visão é só Passatempo.  
Mas, Ação Com Visão pode transformar o Mundo.  
Joel A.Barker

### 6.1 ANÁLISE GERAL

A proposta desta dissertação parte do pressuposto de que o modelo do Balanced Scorecard poderia contribuir na Gestão Estratégica dos Hospitais brasileiros. O desenvolvimento dos capítulos desta dissertação seguiu um critério lógico de forma a facilitar o entendimento da aplicação do BSC na área de saúde. No capítulo 2 iniciou-se a análise das partes e personagens do Ambiente Hospitalar justificando assim, a complexidade da gestão em saúde.

Em seguida foi apresentada a Evolução da Qualidade na Saúde destacando a tendência do mercado em exigir padrões de qualidade dos hospitais. Dos 7.646 hospitais no Brasil aproximadamente 21 (0,27%) possuem qualidade comprovada pela ONA ou CBA, sendo 6 CBA e 15 ONA (nível 3). Aproximadamente 65 hospitais já possuem outros níveis de acreditação ONA e estão trabalhando para o alcance do nível 3, que é o máximo de qualidade. Este número é irrelevante se comparado aos Estados Unidos que já possuem acreditação em aproximadamente 26.000 hospitais.

Outra forma descrita no capítulo 2 de busca da excelência na gestão dos Hospitais foi através do PNQ. Em 2002, o exemplo da Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre que superou suas dificuldades utilizando os critérios de excelência do PNQ fez com que os Hospitais iniciassem a sua jornada pela Qualidade através dos prêmios regionais, que tem por base o PNQ. Como prova desta tendência dos Hospitais, em 2004 foi criado o PNGS – Prêmio Nacional de Gestão em Saúde, que além da base do PNQ, possui a interpretação para a área de Saúde.

Foi descrito ainda neste capítulo, as práticas da implantação da Estratégia via BSC, estudadas através dos cinco princípios das Organizações Orientadas para a Estratégia. Esta distribuição facilitou a compreensão da estrutura lógica do BSC. O BSC é composto pelo

Mapa Estratégico, onde é apresentado os principais objetivos e a correlação de causa e efeito entre eles e pelo Painel de Desempenho do BSC onde são desdobrados os objetivos em indicadores na composição dos elementos de comunicação da estratégia. Em seguida é feito o desdobramento em metas e iniciativas como elementos de gestão da estratégia.

As organizações que conquistaram o PNQ ou tem o BSC implantado ou a filosofia do BSC, pois o PNQ exige uma visão sistêmica das organizações sendo necessário então uma ferramenta que utilize esta mesma lógica de gerenciamento como é o caso do BSC.

O interesse pelo tema BSC em Hospitais cresce a cada dia devido a necessidade dos hospitais de se manterem neste mercado tão complexo e que lida com: vida; morte e bem estar (saúde) da nossa população. Um outro indicador da busca dos hospitais dos melhores resultados são os vários estudos publicados por instituições da área de saúde sobre os indicadores de desempenho. Estas instituições apresentam critérios e fórmulas de medição do desempenho dos hospitais permitindo assim, a prática do *benchmarking* entre eles.

A parte teórica foi concluída com a apresentação do *loop* duplo de gestão da estratégia, onde ao rodar o PDCA no nível operacional é feito um controle dos indicadores no monitoramento do alcance das metas de curto prazo e, ao rodar o PDCA no nível estratégico se estabelece o *loop* de aprendizado estratégico da organização. A organização então aprende (Peter Senge, 1998), com a Estratégia e Ação (Kaplan & Norton, 2000) dentro da visão sistêmica da organização (PNQ, 2000).

No capítulo 3 foram apresentados os critérios de seleção do Hospital Monte Sinai/MG para o estudo de Caso e toda a metodologia científica da pesquisa. O Hospital foi o único das 22 organizações pesquisadas que atendeu aos requisitos necessários para o estudo. Estes requisitos de seleção ajudam a comprovar a efetividade da metodologia do BSC. O critério exigido em possuir o prêmio de qualidade com base no PNQ, justifica a excelência da gestão deste hospital; o fato de possuir a acreditação hospitalar; comprova a qualidade do cuidado dispensado ao paciente e o fato de utilizar o BSC há mais de 03 anos, permite a análise de tendência dos resultados de sua gestão.

Com base no estudo teórico do capítulo 2, nas práticas utilizadas pelo BSC, no estudo de caso do HMS e seus resultados apresentados no capítulo 4 e nas entrevistas realizadas com os profissionais deste hospital, fica evidente que o BSC, através do alinhamento estratégico nos vários níveis da organização, teve um papel fundamental nos resultados alcançados pelo HMS.

Os fundamentos da Excelência do PNQ foram identificados no HMS, o que comprova ser o hospital um modelo de excelência, *benchmark* para o setor de saúde. Sendo assim a

Visão de Futuro do hospital esta sendo alcançada no reconhecimento nacional pela excelência. A partir da evolução dos prêmios de qualidade conquistados comprova-se a constância de propósito da liderança e seu aprendizado organizacional. Desde 1998, o HMS busca integrar as ferramentas de gestão do mercado, consolidando os seus objetivos estratégicos de ser referência em gestão.

A modelo de gestão estratégica integrada do BSC, como atualmente está sendo percebido, segue as etapas apresentadas no capítulo 5, onde a metodologia de aplicação é desdobrada e materializada pelas ferramentas de gestão indicadas para cada etapa. O BSC alcançou no HMS seus objetivos na tradução da estratégica para o alcance dos resultados almejados, conforme indicadores de desempenho apresentados pelos gráficos de satisfação de clientes (ANEXO Q) que se mantêm superior a 90% desde janeiro de 2007. O gráfico de educação corporativa (ANEXO R) mostra a preocupação com o aprendizado e crescimento dos profissionais. O ANEXO S apresenta uma prática de valorização do capital humano utilizada, o que ajuda a manter um clima organizacional favorável para o alcance dos melhores resultados.

Entretanto, com base no quinto princípio das organizações orientadas a estratégia, transformar a estratégia em processo contínuo é fator crítico de sucesso na perpetuação do BSC. Esta é uma preocupação dos líderes do HMS, que desde 2002 se mantêm fiel ao modelo de gestão adotado, mas têm percebido que, com o passar do tempo, mudanças nas lideranças estratégicas poderão levar a ruptura deste histórico.

Outra dificuldade encontrada inicialmente no Hospital foi conseguir a adesão dos médicos em participar deste método de trabalho, que para ter sucesso, requer o envolvimento de todas as partes interessadas.

## 6.2 CONCLUSÕES

A Saúde no Brasil e no Mundo está em crise, isto é fato, mas para superar esta crise se faz necessário trabalhar o conhecimento, gerando soluções inovadoras com integração entre os atores dessa historia.

As crises podem acontecer em qualquer organização. “Não é a ocorrência das mesmas que fica registrada na mente da opinião pública, mas a forma ética, responsável e transparente como a empresa se comportou durante o seu gerenciamento”. (VILAR, 2007 p.190 )

Além de enfrentar mudanças e desafios, crises e oportunidades, os dirigentes e administradores hospitalares precisam tomar decisões cada vez mais importantes e mais rápidas, alicerçados em dados e informações confiáveis e oportunas. O discernimento para tais decisões deve estar embasado no conhecimento, habilidade, experiência e valor das informações que lhe servem de suporte (CAMPOS, 1998).

Com base na teoria do conhecimento pode-se afirmar que a sinergia faz com que o todo possa ser maior que a soma de suas partes (SYMNETICS, 2006) e esta visão sistêmica aplicada na saúde requer uma metodologia de gestão que permita que este conhecimento se torne explícito para todos os níveis da organização, facilitando os seu gerenciamento.

As organizações de saúde estão buscando se modernizar não só no atendimento médico como também na gestão e o Balanced Scorecard – BSC tem sido a opção de algumas destas organizações. Nos dias de hoje, Modelo de Gestão e Estratégia são alguns dos pilares de uma organização moderna e focada em resultados.

A liderança sem foco e sem metodologia de gestão não consegue transmitir aos liderados uma linha de conhecimento necessário ao alcance dos melhores resultados. A habilidade de gerenciar está se tornando a habilidade crítica do executivo dessa era. (NONAKA & TOKEUCHI, 1997).

A organização que aprende (*Learnin Organizaton*), expressão de Peter Senge (1990), que se tornou um atrativo conceitual da nova organização de negócio, utiliza o raciocínio sistêmico para levar a mente, de uma visão das partes à visão do todo, pois o conhecimento tácito é altamente pessoal e difícil de formalizar, o que dificulta sua transmissão e o seu compartilhamento. (NONAKA & TOKEUCHI, 1997).

A ferramenta do BSC está sendo percebida como uma metodologia de gestão estratégica integrada, pois traduz a estratégia no nível médio de gerentes que atuam como ponte entre os ideais visionários do topo e a realidade quase sempre caótica do negócio enfrentado pelos funcionários da linha de frente. Resumindo, o papel da alta gerencia é criar uma teoria principal, uma hipótese (estratégia), enquanto a gerencia de nível médio cria uma teoria intermediária que possa ser testada empiricamente dentro da empresa com a ajuda dos funcionários da linha de frente. (NONAKA & TOKEUCHI, 1997).

A metodologia de gestão estratégica do BSC é um dos recursos já utilizado pelos hospitais para garantir a implantação da estratégia da Organização. A Acreditação Hospitalar é estratégica para todos os Hospitais que pretendem ser reconhecidos no mercado como um hospital de Qualidade. Desta forma, integrar ao BSC os padrões de qualidade da Acreditação agrega ainda mais valor aos resultados alcançados.



Apesar das dificuldades enfrentadas no HMS com a classe médica e a preocupação no processo de continuidade do BSC, ficou claro que a metodologia do BSC contribuiu e continua contribuindo para a agregação de valor no HMS. Esta resistência dos médicos ao método tem sido gradativamente superada, pois ninguém melhor do que eles para entender a importância do gerenciamento através de indicadores, uma vez que o ser vivo, objeto de seu trabalho, também requer o monitoramento de indicadores estratégicos (sinais vitais) para o alcance dos resultados esperados (cura de doenças, cirurgias eficazes, entre outros).

Ao desdobrar o BSC até o nível operacional em um Hospital fica evidente a teoria de Porter e Teisberg (2007) quando diz que o foco na superação da crise deve estar no resultado; pois se todos os envolvidos no atendimento ao paciente focassem na qualidade dos resultados de geração de valor para os pacientes como a cura e a prevenção (saúde), o custo seria bem menor, o que conseqüentemente agregaria valor para outras partes interessadas, como os acionistas.

A tendência dos Hospitais na busca do conhecimento em BSC pode ser facilmente percebido pela freqüência de profissionais (médicos e administradores hospitalares) em seminários sobre este assunto. Em 2006 foi realizado pelo Sindhrio com apoio do Senac/RJ e do INDE<sup>25</sup>/RJ um Seminário sobre o BSC em Organizações de Saúde que além da teoria foram apresentadas as experiências de 03 Instituições de Saúde com participação de 150 profissionais da área.

Mais recentemente, em junho de 2007, no Congresso Nacional de Administração Hospitalar da ADH2007, que teve como tema central: Saúde Brasileira – Um compromisso de todos para uma gestão transformadora e ética, foi destacado a apresentação teórica e prática do BSC na saúde o que garantiu uma platéia de mais de 400 profissionais de saúde. Este tema foi apresentado também no Congresso de Saúde do Rio de Janeiro no mês de outubro e no Congresso de Salvador no mês de novembro de 2007.

### 6.3 SUGESTÕES PARA PESQUISAS FUTURAS

Sugere-se para pesquisas futuras alguns temas que levarão ao aprofundamento deste estudo, saindo do nível empresarial para o pessoal e correlacionando ao nível cultural das organizações, conforme apresentado:

---

<sup>25</sup> INDE – Instituto Nacional de Desenvolvimento e Excelência – fundado em 1985 como Instituto Nacional de Desburocratização.

A teoria de Kaplan e Norton já apresentada, acrescida da teoria de Robert Wong<sup>26</sup> (2005) que escreveu o livro: O sucesso está no Equilíbrio da Editora Campus, e do trabalho de Rampersad (2006) que escreveu o livro *Balanced Scorecard Pessoal – O caminho para a Felicidade individual, integridade pessoal e eficácia organizacional* dará início ao estudo sobre a correlação de causa e efeito já apresentada na visão Organizacional

Robert Wong (2005) acredita que não somos vítimas de nada, somos causa e efeito de tudo que acontece. Desta forma faz um paralelo com a Organização e afirma que o executivo conhece o mercado, a conjuntura, a concorrência, tudo, mas o mais importante para poder ter resultados efetivos é conhecer a si próprio. Como vou poder fazer a gestão de outras pessoas se eu não sei nem mesmo fazer a minha gestão? Como posso conhecer os outros se não conheço a mim? Então, a busca começa com o dever de casa que é conhecer a si próprio, porque auto-conhecimento traz a característica mais essencial para o sucesso: a autoconfiança. Pessoa de sucesso tem equilíbrio em tudo na vida, tanto pessoal, quanto profissional, diz Wong.

### **Temas propostos:**

1. **Balanced Scorecard Pessoal dos Líderes das Organizações de Saúde** – A saúde pessoal interferindo na saúde organizacional – Uma análise do perfil dos líderes dos Hospitais Brasileiros. (objetivo: estabelecer a relação de causa e efeito e ir além entendendo a relação de sucesso dos líderes destas organizações)

2. **Influências culturais interferindo na percepção das vantagens e desvantagens desse modelo de gestão estratégica integrada.**

(Em recente visita a Universidade de *Tubingen* e a Universidade *Ulm* na Alemanha, foi iniciada uma pesquisa sobre a utilização do BSC nos Hospitais da Europa, fora do local de sua criação (EUA))

---

<sup>26</sup> Robert Wong foi presidente da Korn/Ferry, empresa que atua na área de recrutamento e seleção de executivos, e foi considerado pela revista americana "The Economist" um dos 200 headhunters mais expressivos do mundo.

## REFERÊNCIAS

BARKER, JOEL A. **A Visão de Futuro** – Vídeo produzido com exclusividade pela SIAMAR, a partir do resultado do estudo de Frederick Polak. Produtora ChartHouse. Disponível em DVD no site <http://www.siamar.com.br/dFilme.aspx?idF=4484>

BERWICK, D.; GODFREY, B.; ROESSNER, J. **Melhorando a qualidade dos Serviços Médicos, Hospitalares e da Saúde**. São Paulo: Makron Books, 1994.

BITTAR, Olímpio J. N. Indicadores de qualidade e quantidade em saúde. **Revista de Administração em Saúde**. v. 5, n.22, jan-mar, 2004. Disponível em: <http://www.cqh.org.br/?q=taxonomy/term/1&from=10>. Acesso em: 10 jun. 2007.

BISMARCK, E.L Otto **Biografia de Bismarck**. Disponível em: <http://www.dec.ufcg.edu.br/biografias/OttoBism.html>. Acesso em: mar. 2007

BORBA, Valdir; OLIVA, Flávio. **Balanced Scorecard**. Ferramenta gerencial para organizações hospitalares. 1. ed. São Paulo: Iátria, 2004

BRASIL, Lei n. 9656, de 3 de junho de 1998. **Dispõe sobre os Planos Privados de Assistência à Saúde**. Diário Oficial da Republica Federativa do Brasil. Brasília, DF, 4 de junho de 1998;

\_\_\_\_\_ Lei n. 9.961, de 28 de janeiro de 2000. **Cria a Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS e da outras providências**. Diário Oficial da Republica Federativa do Brasil. Brasília: DF, 29 jan 2000;

BSCol – Balanced Scorecard Colaborative - **Balanced Scorecard Hall of Fame** --Disponível em: [https://www.bscol.com/bsc\\_online/learning/hof/index.cfm](https://www.bscol.com/bsc_online/learning/hof/index.cfm) Acesso em: 16 jul. 2007

BSCol - Balanced Scorecard Colaborative e Symnetics – **O que é o Balanced Scorecard - Symnetics - Business Transformation**. Disponível em: [http://www.srsdocs.com/bsc/artigos/O\\_Balanced\\_%20Scorecard.pdf](http://www.srsdocs.com/bsc/artigos/O_Balanced_%20Scorecard.pdf). Acesso: 16 ago. 2007

CAMPOS, J.A. **Cenário Balanceado**: Painel de indicadores para gestão estratégica de negócio. São Paulo: Aquariana, 1998.

CARDOSO, F. H.: **Palestra proferida no seminário: Desafios e Perspectivas para a Saúde no Brasil** em 31 ago. 2005 e publicada no Informe no. 18 SINDHRIO. julho - agosto, 2005

CONSÓRCIO BRASILEIRO DE ACREDITAÇÃO DE SISTEMAS E SERVIÇOS DE SAÚDE - CBA. **Manual Internacional de Padrões de Acreditação Hospitalar**. Editado por CBA. Rio de Janeiro: CBA:UERJ, CEPESC, 2003

\_\_\_\_\_ **Empresas com Acreditação Hospitalar**. – Acreditação em Foco Disponível em: [http://www.cbacred.org.br/novosite/inst\\_acred.php](http://www.cbacred.org.br/novosite/inst_acred.php), Acesso em: 10 nov. 2006

\_\_\_\_\_ **Depoimentos sobre a Acreditação** Disponível em: <http://www.cbacred.org.br/site/portfolio.php>. Acesso em: 10 jul. 2007

CONTROLE DA QUALIDADE HOSPITALAR - CQH. **Prêmio Nacional de Gestão em Saúde PNGS** – Empresas Premiadas – Disponível em: <http://www.cqh.org.br/pngs>. Acesso em: 01 jul. 2007

CONFEDERAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE.- (Brasil) Publicação oficial da CNS – Ano IV – no.7 de abr, mai e jun 2007. Disponível em: [http://www.cns.org.br/cns/msau/2007/ed\\_01\\_07.pdf](http://www.cns.org.br/cns/msau/2007/ed_01_07.pdf) Acesso em: ago. 2007.

COSTA, J.H. A realidade dos Hospitais Brasileiros. Artigo publicado em 2006 Disponível em: <http://www.cbacred.org.br/site/artigos.php?artigoId=8&exibir=artigo>. Acesso em: 22 jul. 2007

DRUCKER, Peter: **O melhor de Peter Drucker**. A Administração. São Paulo: Nobel, 2001.

DUARTE, I. **10 anos de experiência em avaliação de hospitais brasileiros**. Disponível em: <http://www.apm.org.br/cqh>. Acesso em: 10 nov 2006

EXAME, Revista – **Em Busca da competição Saudável** – Estudo de Michael Porter revela que modelo competitivo do setor de saúde está equivocado e deve ser reformulado para que clientes, empresas e sociedade possam se beneficiar. Ano 41 no. 14. Edição 898. Ed. Abril, Rio de Janeiro, 1 ago. 2007

FERRÃO, M.S.R. **A qualidade como estratégia de competição nos Hospitais da rede privada de saúde**. Dissertação (Mestrado em Sistema de Gestão) UFF, Niterói – 2002

FEDERAÇÃO BRASILEIRA DE HOSPITAIS - Estatística do Setor de Saúde - Disponível em: [http://www.fbh.com.br/index.php?a=inf\\_estat.php](http://www.fbh.com.br/index.php?a=inf_estat.php). Acesso em: ago. 2007

FUNDAÇÃO NACIONAL DA QUALIDADE – (Brasil). **Critérios de Excelência 2006**. O estado da arte da gestão para a excelência do desempenho e o aumento da competitividade. 2ª. tiragem. São Paulo: FNQ, 2006

\_\_\_\_\_ **Critérios de Excelência: PNQ 2006**. São Paulo: Disponível em: <http://www.fnq.org.br/>. Acesso em: 02 mai. 2006

\_\_\_\_\_ **Prêmio Nacional de Gestão em Saúde PNGS (Ciclo 2006 – 2007)** - Rumo a Excelência – Critérios para a avaliação do desempenho e diagnóstico organizacional. São Paulo: FNQ 105/06 Rev 0 - Jun. 2006

FPNQ – FUNDAÇÃO PARA O PREMIO NACIONAL DA QUALIDADE – **Critérios de Excelência 2004 – O estado da arte da gestão para a excelência do desempenho e o aumento da competitividade**. - Rev. 1. São Paulo: FNQP, 2004.

\_\_\_\_\_ **Relatório de Gestão da Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre**. São Paulo: FNQP, 2002b.

\_\_\_\_\_ **Planejamento do sistema de medição do desempenho**. 2. ed. São Paulo: FPNQ 2002a.

\_\_\_\_\_ Apostila do Workshop sobre **“Planejamento do Sistema de Medição do Desempenho”** proferida pelo Docente Helio Neher de Souza - versão 2003.

\_\_\_\_\_. **Critérios de Excelência 2005** – O estado da arte da gestão para a excelência do desempenho e o aumento da competitividade. Rev.1. São Paulo: FNQP, 2005.

GASTAL, F.L (Coordenação). **Introdução a indicadores de desempenho**. Brasília: ONA, 2006.

GIL, Antônio Carlos. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 5. ed. São Paulo: Atlas, 1999.

GRAEML, A. R. **Sistemas de Informação** - O alinhamento da estratégia de TI com a estratégia corporativa. São Paulo: Atlas, 2000

HARRINGTON, H. James. **Gerenciamento Total da Melhoria Continua** – A nova geração de desempenho. São Paulo: Makron Books, 1997.

HERREIRO, Emílio Filho. **Balanced Scorecard e a Gestão Estratégica**: uma abordagem prática. 5. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2005.

HAMEL, G. e PRAHALAD, C.K. **Competindo pelo Futuro**. Rio de Janeiro: Campus, 1995.

HOSPITAL MONTE SINAI DE JUIZ DE FORA. **Histórico do Hospital** - Disponível em: <http://www.hospitalmontesinai.com.br> - Acesso em: jun. 2006 e abr 2007

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA - IBGE. Disponível em: [http://www.ibge.gov.br/home/#sub\\_indicadores](http://www.ibge.gov.br/home/#sub_indicadores). Acesso em: abr. 2006

INSTITUTO NACIONAL DE DESENVOLVIMENTO E EXCELÊNCIA (BRASIL) **Apresentações disponíveis sobre as Práticas de Excelência de Indicadores de Desempenho e de Gestão em Saúde** – Disponível em: <http://www.inde.com.br/downloads.htm> Acesso em 10 dez. 2006.

JOINT COMMISSION ON ACCREDITATION ON HEALTHCARE ORGANIZATIONS **Histórico da JCAHO** - Disponível em: <http://www.jointcommissioninternational.org/>. Acesso em: 12 nov. 2006

JOHNS HOPKINS MEDICINE. Disponível em: <http://webapps.jhu.edu/jhuniverse/medicine/> Acesso em: 20 jan 2006

JURAN, JOSEPH M. **Planejamento para a Qualidade**. São Paulo: Pioneira, 1992.

KALLÁS, David. **Balanced Scorecard: aplicação e impactos** – um estudo com jogos empresariais. Dissertação (Mestrado da Faculdade de Economia, Administração e Contabilidade) Universidade de São Paulo Federal, 2003.

KAPLAN, Robert S.; NEVIUS, Ann S. Relief for Healthcare Institutions: Articulating Strategy with the BSC – BSC Online Member’s Breifing.- **Balanced Scorecard Report**, vol. 3 n. 4 (fellows of Harvard College) maio 2002.

KAPLAN, Robert S.; NORTON, David. The Balanced Scorecard – Measures that Drive Performance. **Harvard Business Review**, Boston, 1992.

\_\_\_\_\_. Putting the Balanced Scorecard to Work. **Harvard Business Review**, Boston, 1993.

KAPLAN, Robert S.; NORTON, David. Using the Balanced Scorecard as a Strategic Management System. **Harvard Business Review**. Boston, 1996.

\_\_\_\_\_. **A Estratégia em Ação** (Balanced Scorecard). 2. ed. Harvard Business School Press Elsevier, 1997.

\_\_\_\_\_. **A Organização Orientada para a Estratégia**. 5. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2001.

\_\_\_\_\_. **Mapas Estratégicos: convertendo ativos intangíveis em resultados tangíveis**. 5. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2004;

LIMA, Helidea O. **Apresentação ao Grupo de Benchmarking do INDE sobre o Modelo de Gestão Estratégica do Hospital Juiz de Fora – MG**, 2006.

LIMA, José Antonio. **Apresentação do Presidente da ANAHP na Revista SINHA – Sistema de Indicadores Hospitalares ANAHP - Balanço 2002 a 2005**. 4. ed. São Paulo: Revista SINHA, 2006.

LONDRES, Adriano. **Saúde é coisa séria**. Reflexos e caminhos para a saúde no Brasil. Rio de Janeiro: Ediouro, 2006.

LOTTENBERG, Cláudio. Entrevista da Folha com o presidente do Hospital Israelita Albert Einstein - **Na saúde não se cortam gastos, mas desperdícios** São Paulo, 04 dez. 2006 <http://www1.folha.uol.com.br/fsp/brasil/fc0412200618>. Acesso em: nov 2006

MARTINS, J & BICUDO, M.A.V. **A Pesquisa qualitativa em psicologia: fundamentos e recursos básicos**. São Paulo: Moraes / EDUC, 1989.

MELQUIADES, Stela M. **Perfil do Hospital Monte Sinai de Juiz de Fora** e-mail recebido em novembro/2006 de [stela.planejamento@hospitalmontesinai.com.br](mailto:stela.planejamento@hospitalmontesinai.com.br).

MINAYO, M. Cecília de Souza et al. (Org.). **Pesquisa Social**. Teoria, Método e Criatividade. 2. ed. Rio de Janeiro: Vozes, 1994.

MIZUNO, Shigeru. **Gerência para a Melhoria da Qualidade - As Sete Novas Ferramentas de Controle da Qualidade**. Rio de Janeiro: LTC, 1993.

MOTA, Nancy. **Prêmio Nacional de Gestão em Saúde – PNGS – apresentação realizada para o Grupo de Benchmarking de Gestão em Saúde do Instituto Nacional de Desenvolvimento e Excelência – Rio de Janeiro**, 2003.

NEVES, W. Júnior. **Gestão Hospitalar: Programa Brasileiro de Acreditação e Sistemas de Indicadores** - Dissertação (Mestrado em Sistemas de Gestão) Universidade Federal Fluminense: Niterói, 2004.

NONAKA, Ikujiro; TAKEUCHI, Hirotaka. **Criação de Conhecimento na Empresa – Como as empresas japonesas geram a dinâmica da inovação**. 16. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 1997.

NOGUEIRA, L.C.L. **Gerenciando pela Qualidade Total**. 3. ed. Belo Horizonte: DG Editora, 2003.

NORTON, David & RUSSEL, Randall. **Melhores Práticas no Gerenciamento da Execução da Estratégia - Reflexões, idéias e experiências para Organizações orientadas para a Estratégia.** **Harvard Business Scholl Publishing – BSC Report**, jul-ago 2004

NORTON, David & RUSSEL, Randall. **Alinhar a Organização com a Estratégia - Reflexões, idéias e experiências para Organizações orientadas para a Estratégia.** **Harvard Business Scholl Publishing – BSC Report**, set-out 2004.

ORGANIZAÇÃO NACIONAL DE ACREDITAÇÃO (Brasil). **Manual das organizações prestadoras de serviços hospitalares.** 4. ed. Brasília: ONA, 2004.

\_\_\_\_\_. **Apresentação do sistema de indicadores da ONA / ANVISA - 1º Seminário Nacional de Indicadores Comparativos, Desempenho e Excelência**, realizado na Feira HOSPITALAR 2007, no Pavilhão de Exposições Expo Center Norte, em São Paulo/SP, 15 jun. 2007.

\_\_\_\_\_. Disponível em: <http://www.ona.org.br> Acesso em: 18 jun. 2007

PORTER, Michael E. **Competição: Estratégias Competitivas Essenciais, O que é Estratégia?** Rio de Janeiro: Elsevier, 1999.

\_\_\_\_\_; TEISBERG, Elizabeth – **Repensando a Saúde – Estratégias para Melhorar a Qualidade e Reduzir os Custos** – Porto Alegre: Bookman, 2007.

PROAHSA, **Programa de Estudos Avançados em Administração Hospitalar** – Boletim de Indicadores PROAHSA No. 43, julho / setembro - 2006 – Disponível em: [www.hcnet.usp.br/proahsa/index.htm](http://www.hcnet.usp.br/proahsa/index.htm). Acesso em: jun. 2007

PRAHALAD, C.K. **A Riqueza na Base da Pirâmide: Como erradicar a pobreza com lucro.** Porto Alegre: Bookman, 2005;

PRAHALAD, C.K.; HAMEL, Gary. **Competindo pelo Futuro.** Rio de Janeiro: Campus, 1995.

PRONEP. **Ciclo de Conferências Sobre Gestão em Saúde - O Caminho da Qualidade na Saúde - A Certificação pela Acreditação.** Rio de Janeiro, 2006

PROCHNIK, Vitor et al. **Balanced Scorecard no setor de Saúde.** Rio de Janeiro: Freitas Bastos Editora, 2006.

QUINTELA, Odair. **O Balanced Scorecard como ferramenta para o desenvolvimento de um sistema de medição do desempenho:** uma proposta de implantação. Dissertação apresentada ao curso de Mestrado em Sistema de Gestão da Universidade Federal Fluminense Niterói, 2004.

RIBEIRO, Sérgio – **Logística Hospitalar: desafio constante** - Notícias Hospitalares – Gestão de saúde em debate - Disponível em: <http://www.noticiashospitalares.com.br/mar2005>. Acesso em: 10 jun.2006 e Acesso em: 18 jun. 2007.

RUMMLER, Geary A.; BRACHE, Alan P. **Melhores Desempenhos das Empresas – Ferramentas para a Melhoria da Qualidade e da Competitividade**. São Paulo: Makron Books, 1992.

SENGE, Peter. **A Quinta Disciplina – Arte e Prática da Organização que Aprende**. 2. ed. São Paulo: Editora Best Seller, 1998.

SILVA & PROCHNIK. **Sete desafios para a Implantação do Balanced Scorecard em Hospitais** – artigo baseado na pesquisa realizada por alunos do MBA em Gestão da Saúde da Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais: 2004

SIPAGEH - **Sistema de Indicadores Padronizados para Gestão Hospitalar**. Disponível no site <http://www.economicas.unisinos.br/sipageh/dados.php> – Acesso em: abr. 2007

SYMNETICS educação – **Fazendo da Estratégia um Processo Contínuo** – Apostila do Curso realizado em São Paulo, 8 e 9 nov 2005.

SYMNETICS LTDA. **Sobre o Symnetics**. Disponível em: <http://www.symnetics.com.br> Acesso em: 20 nov 2006.

TEMPORÃO, J.G. **Palavra de Ministro da Saúde** no III Seminário Internacional de Acreditação, promovido pela *Joint Commission International* e o CBA. Disponível em: <http://www.cbacred.org.br/site/noticias.php?exibir=noticia&noticiaid=37>. Acesso em: 10 jul. 2007

THOMPSON, Tommy. **Sistema de Saúde dos EUA em colapso**. Palestra proferida pelo ex-secretário americano na FECOMÉRCIO e publicada no Informe SINDHRIO de Janeiro – Fevereiro, 2006.

VASSALO, Cláudia. Porque os hospitais são tão caros? **Revista Exame**, maio, 1997.

VILAR, J. M. Inovação e gestão; o desafio da saúde no cuidar. **Revista Home Care Brasil**. Ano I n. 2, set./out. 2005.

\_\_\_\_\_ (Coordenador). **Governança Corporativa em Saúde** – receita de qualidade para as empresas do setor. Ensaio de Antonio Carlos Vidigal. *et al.* 1. ed. Rio de Janeiro: Mauad Editora, 2007.

YIN, Robert K. **Estudo de Caso – Planejamento e Métodos**. 3. ed. Porto Alegre: Bookman, 2006.



## GLOSSÁRIO

**ACREDITAÇÃO** - Outorga a uma organização um certificado de avaliação que expressa a conformidade com um conjunto de padrões previamente estabelecidos. (ONA, 2003).

**ATIVOS INTANGÍVEIS** - Elementos não-materiais e que fazem parte do capital da organização e a valorizam, tais como a experiência acumulada, a competência da equipe, a imagem, credibilidade, etc. (PNQ 2006).

**BENCHMARKING** - Termo utilizado para apresentar as melhores práticas. Destaca empresas, setores ou procedimentos que, pela sua excelência, tornam-se modelo e referência para outras organizações. (PNQ 2006).

**EFICÁCIA** - Capacidade de atingir um determinado objetivo ou resultado esperado. É possível ser eficaz (atingir os objetivos) sem ser eficiente. (PNQ 2006).

**EFICIÊNCIA** - Capacidade de atingir os resultados ou objetivos determinados, otimizando o uso dos recursos disponíveis. Ou seja, eficiente é quem faz mais com menos. (PNQ 2006).

**EMPOWERMENT** – Empoderamento – poder de decisão. (Dicionário Novo Aurélio).

**FEEDBACK** - Retroalimentação. (Dicionário Novo Aurélio).

**GLOSA** - Cancelamento ou recusa, parcial ou total, dum orçamento, conta, verba, por ilegais ou indevidos. (Dicionário Novo Aurélio).

**STAKEHOLDER** - Termo que engloba todos os interessados em uma empresa: investidores, sócios, diretores, gerentes, fornecedores, funcionários, Governo e a comunidade em geral. (PNQ 2006).

## APÊNDICES

**APÊNDICE A: Pesquisa sobre a utilização do BSC em Hospitais.**



**UNIVERSIDADE FEDERAL FLUMINENSE  
CENTRO TECNOLÓGICO  
MESTRADO EM SISTEMAS DE GESTÃO  
Mestranda: Rita de Cássia Garcia Allevato**

**Pesquisa sobre a utilização do  
*Balanced Scorecard (BSC)* em Hospitais.**

Este questionário tem por objetivo obter dados consistentes que possibilitam levantar os motivos e os resultados da aplicabilidade da ferramenta do BSC na área da saúde, mais especificamente em hospitais.

As respostas do questionário terão fins puramente acadêmicos e jamais serão divulgadas informações isoladas sobre a empresa. O resultado desta pesquisa, descrita na dissertação de conclusão do Mestrado em Sistema de Gestão da Universidade Federal Fluminense, sobre a aplicação do *BSC* em hospitais, será enviado a todos os participantes.

A pesquisa foi dividida em 03 partes. A **Parte I** do questionário visa identificar as características do hospital e do entrevistado; a **Parte II** do questionário visa levantar informações sobre a utilização do *Balanced Scorecard* e a **Parte III** visa o levantamento dos resultados alcançados com a ferramenta.

As **Partes II e III** só serão enviadas aos hospitais que utilizam o *BSC* há mais de 03 anos. Este questionário encontra-se disponível no site [www.inde.com.br](http://www.inde.com.br). Favor enviar este questionário preenchido para o e-mail [ritaga@globocom.com](mailto:ritaga@globocom.com).

**Parte I:**

- Nome do entrevistado: \_\_\_\_\_
- E - mail: \_\_\_\_\_
- Celular: \_\_\_\_\_
- Cargo que ocupa: \_\_\_\_\_
- Formação Profissional: \_\_\_\_\_
- Grau acadêmico mais elevado: \_\_\_\_ Graduação; \_\_\_\_ Mestrado; \_\_\_\_ Doutorado.

- Nome do Hospital: \_\_\_\_\_
- Endereço: \_\_\_\_\_
- CEP: \_\_\_\_\_ Bairro: \_\_\_\_\_ Cidade: \_\_\_\_\_
- Fone Com.: \_\_\_\_\_ Ramal: \_\_\_\_\_
- Data inauguração: \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_
- O Hospital é:  Filantrópico  Privado  
 Público:  Civil  Militar
- Número de leitos: \_\_até 50; \_\_de 51 a 150; \_\_de 151 a 500; \_\_ mais de 500.
- Corpo clínico: \_\_ aberto; \_\_ fechado.
- Número de médicos cadastrados: \_\_\_\_\_médicos
- Força de trabalho: \_\_até 100; \_\_de 101 a 500; \_\_de 501 a 1.000; \_\_mais de 1.000
- O hospital é considerado referência na região? \_\_ Sim \_\_ Não
- Selecione os certificados de qualidade que o hospital já conquistou e o ano em que foram conquistados:

X	Prêmios	Ano
	ISO 9001/2000	Sistema de Gestão da Qualidade
	ISO 14001/2004	Sistema de Gestão Ambiental
	SA 8000/2001	Responsabilidade Social
	OHSAS 18001	Saude e Segurança Ocupacional
	SGI	Sistema de Gestão Integrada
	CQH	Controle de Qualidade Hospitalar
	PNQ	Prêmio Nacional da Qualidade
	PQGF	Prêmio Nacional de Gestão Pública
	PNGS	Prêmio Nacional de Gestão em Saúde
	Prêmio (regional)	Qual?
	Acreditação ONA	Nível?
	Acreditação CBA	
	Outros prêmios	Quais?

- Quais as vantagens dos prêmios de qualidade? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

- 
- Há quanto tempo o Hospital busca criar a cultura de qualidade? \_\_\_\_\_
  - Como foi esta evolução? \_\_\_\_\_
- 

- Quais as ferramentas de gestão utilizadas? \_\_\_\_\_ *Balanced Scorecard (BSC)*; \_\_\_\_\_ Gestão por Processos; \_\_\_\_\_ *Benchmarking*; \_\_\_\_\_ 5S; \_\_\_\_\_ outras. Quais? \_\_\_\_\_
- 

- Há quanto tempo utiliza o *BSC*? \_\_\_\_\_
  - Como ficou sabendo desta ferramenta? \_\_\_\_\_
- 

## Parte II:

- O BSC contribui com a conquista de prêmios da qualidade? \_\_\_\_\_ sim; \_\_\_\_\_ não;  
Qual a contribuição do BSC com a Acreditação e/ou Prêmio de Qualidade? \_\_\_\_\_
- 

Qual a contribuição do BSC com a melhoria continua e o aprendizado da organização?

---

- O BSC esta sendo utilizado na gestão hospitalar? \_\_\_\_\_ sim; \_\_\_\_\_ não;
- Como se deu a implantação da ferramenta do BSC?  
\_\_\_\_\_ com apoio da consultoria externa;  
\_\_\_\_\_ com os próprios profissionais internos
- Qual foi a dificuldade predominante na implantação do BSC?  
\_\_\_\_\_ não entendimento da metodologia;  
\_\_\_\_\_ falta de planejamento estratégico;  
\_\_\_\_\_ falta de apoio dos acionistas e/ou conselho consultivo;

\_\_\_\_\_ cultura da empresa resistente a novas metodologias;

\_\_\_\_\_ outros. Quais? \_\_\_\_\_

• O BSC ajuda na tomada de decisões? \_\_\_\_\_ sim; \_\_\_\_\_ não;

Por quê? \_\_\_\_\_

• Quais os benefícios de se utilizar o BSC?

\_\_\_\_\_ criar uma metodologia de gestão estratégica;

\_\_\_\_\_ facilitar a comunicação da estratégia;

\_\_\_\_\_ estabelecer um foco;

\_\_\_\_\_ ajudar na tomada de decisões;

\_\_\_\_\_ outros. Quais? \_\_\_\_\_

• Quais as perspectivas do BSC que foram utilizadas? \_\_\_\_\_

• Quais são os referenciais comparativos do Hospital? Como é feita a comparação dos indicadores com estes referenciais? \_\_\_\_\_

• Como é feito o acompanhamento dos indicadores? \_\_\_\_\_

• Como é feito o acompanhamento da correlação de causa e efeito? \_\_\_\_\_

• É utilizado algum software? Qual? \_\_\_\_\_

• Em quais níveis da organização os indicadores estão desdobrados? \_\_\_\_\_

- 
- 
- 
- Qual a contribuição que o Hospital pode oferecer em termos de aprendizado adquirido com esta experiência? \_\_\_\_\_
- 
- 
- 

- Recomendaria a utilização do BSC aos hospitais? Quais as restrições e/ou recomendações? \_\_\_\_\_
- 
- 
- 

### **Parte III:**

- A fim de comprovar os resultados alcançados com a utilização da ferramenta do BSC, solicito anexar o mapa estratégico, algumas planilhas e/ou gráficos.

Autorizo a Sra. Rita de Cássia Garcia Allevato (mestranda da Universidade Federal Fluminense) a utilizar as informações contidas neste questionário com fins exclusivamente acadêmicos,

Assinatura:

\_\_\_\_\_

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

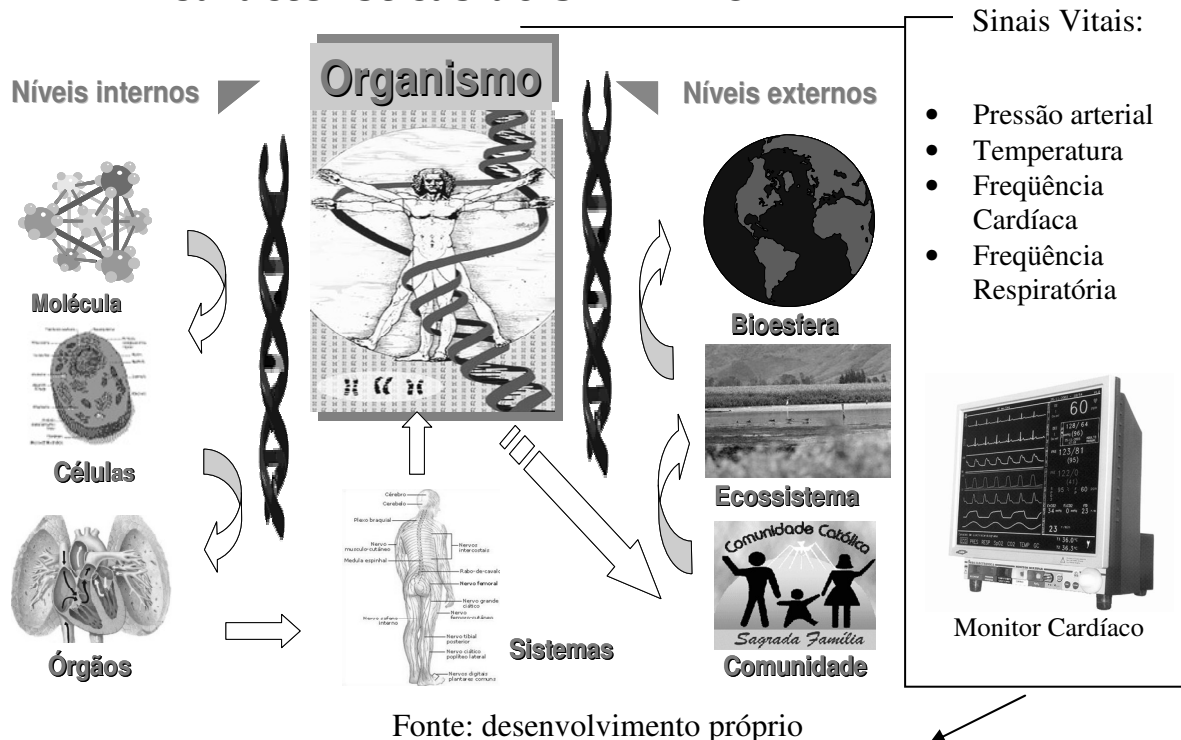
**APÊNDICE B: Relação de Hospitais Pesquisados**

1. **HOSPITAL MONTE SINAI DE JUIZ DE FORA / MG** (Estudo de Caso);
2. ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR MOINHOS DE VENTO / POA
3. CASA DE SAÚDE SÃO JOSÉ / RJ;
4. HOSPITAL E MATERNIDADE BRASIL S/A - SANTO ANDRÉ / SP;
5. HOSPITAL ESPANHOL/RJ;
6. HOSPITAIS INTEGRADOS DA GÁVEA / CLÍNICA SÃO VICENTE / RJ;
7. HOSPITAL ISRAELITA ALBERT EINSTEIN/SP;
8. HOSPITAL MEMORIAL FUAD CHIDID / RJ;
9. HOSPITAL OFTALMOLÓGICO DE SOROCABA / SP;
10. HOSPITAL PRÓ-CARDÍACO / RJ
11. HOSPITAL SANTA RITA- VITÓRIA / ES;
12. HOSPITAL SÃO VICENTE DE PAULA / RJ;
13. HOSPITAL VITA BATEL/CURITIBA / PR
14. HOSPITAL VITA CURITIBA / PR
15. HOSPITAL VITA VOLTA REDONDA / RJ
16. MATERNIDADE VITA VOLTA REDONDA / RJ
17. OSID - OBRAS SOCIAIS IRMÃ DULCE – SALVADOR / BA;
18. INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER / RJ;
19. INSTITUTO NACIONAL DE CARDIOLOGIA LARANJEIRAS / RJ;
20. INSTITUTO CENTRAL DO HOSPITAL DAS CLINICAS DA FACULDADE DE MEDICINA DA USP / SP;
21. INSTITUTO DO CORAÇÃO – InCor DO HOSPITAL DAS CLINICAS DA FACULDADE DE MEDICINA DA USP / SP;
22. HEMORIO - Instituto Estadual de Hematologia Arthur de Siqueira Cavalcanti.  
(não foi considerado nessa pesquisa por ser considerado um hospital, objeto desta pesquisa)



## APÊNDICE C: Comparação das características do Organismo X Organização

### Características do SER VIVO



### Indicadores de Desempenho

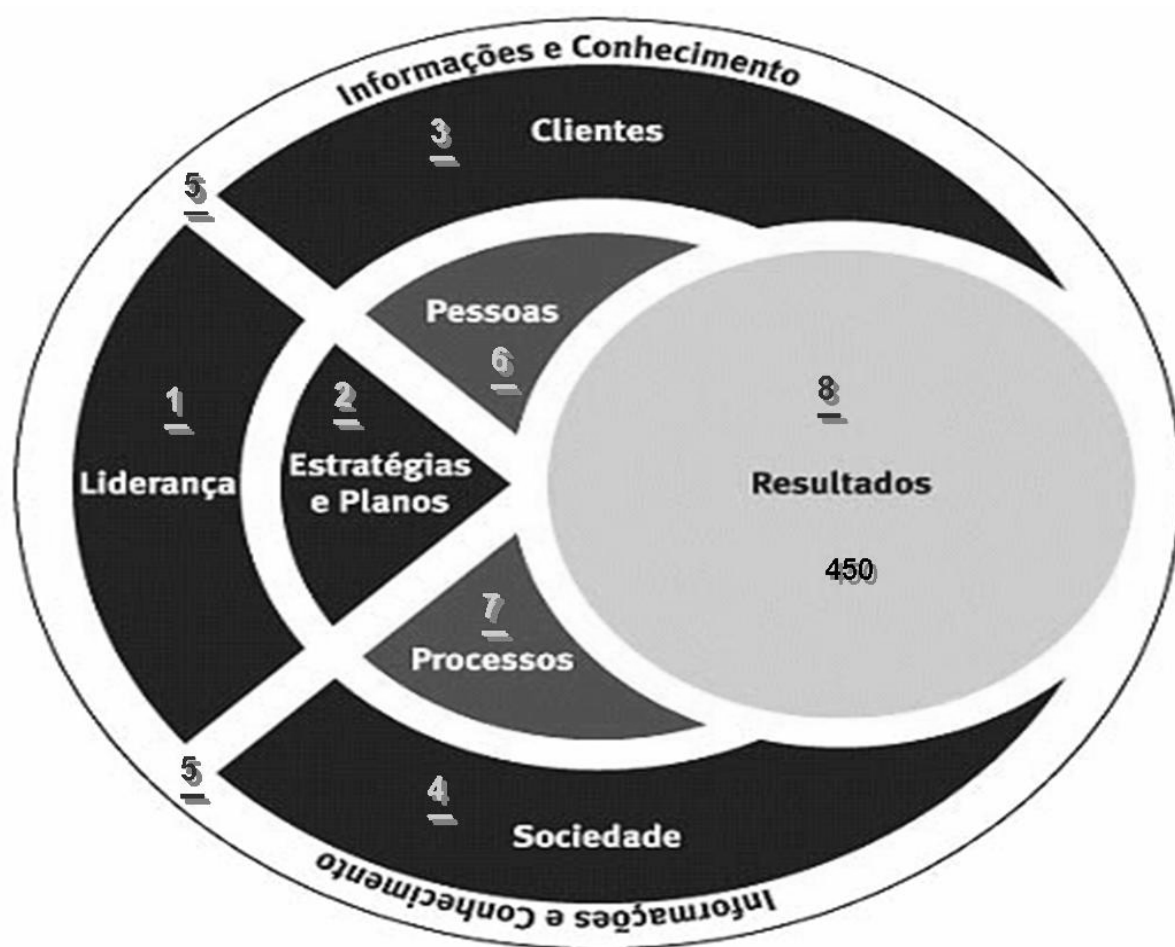
#### Organismo

- ✱ Financeiro: Patrimônio
- ✱ Cliente: filhos; marido; sociedade...
- ✱ Processo Internos:
  - Frequência Cardíaca
  - Frequência Respiratória
  - Pressão Arterial
  - Temperatura
  - Massa Corpórea
- ✱ Funcionamento dos Sistemas:
  - digestivo/respiratório/nervoso...
- ✱ Aprendizado e Crescimento:
  - formação participação de eventos culturais

#### Organização

- ✱ Financeiro: Patrimônio
- ✱ Cliente: satisfação médicos; sociedade; mercado
- ✱ Processo Internos:
  - Acreditação Hospitalar
  - Índice de Infecção Hospitalar
  - Tempo medio de permanência (dia)
  - Taxa de mortalidade
  - % de médicos c/ título de especialista
  - Relação enfermagem x leito
  - Taxa de mortalidade
- ✱ Aprendizado e Crescimento: índices de capacitação dos profissionais / educação / treinamento

## ANEXOS

**ANEXO A: Visão Sistêmica da Gestão Organizacional pelo PNQ®.**

Fonte: adaptado do FNQ (2003-2007)

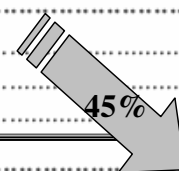
## ANEXO B: Perfil, Critérios, Itens e Pontuações Máximas do PNQ®.

### P - PERFIL DA ORGANIZAÇÃO

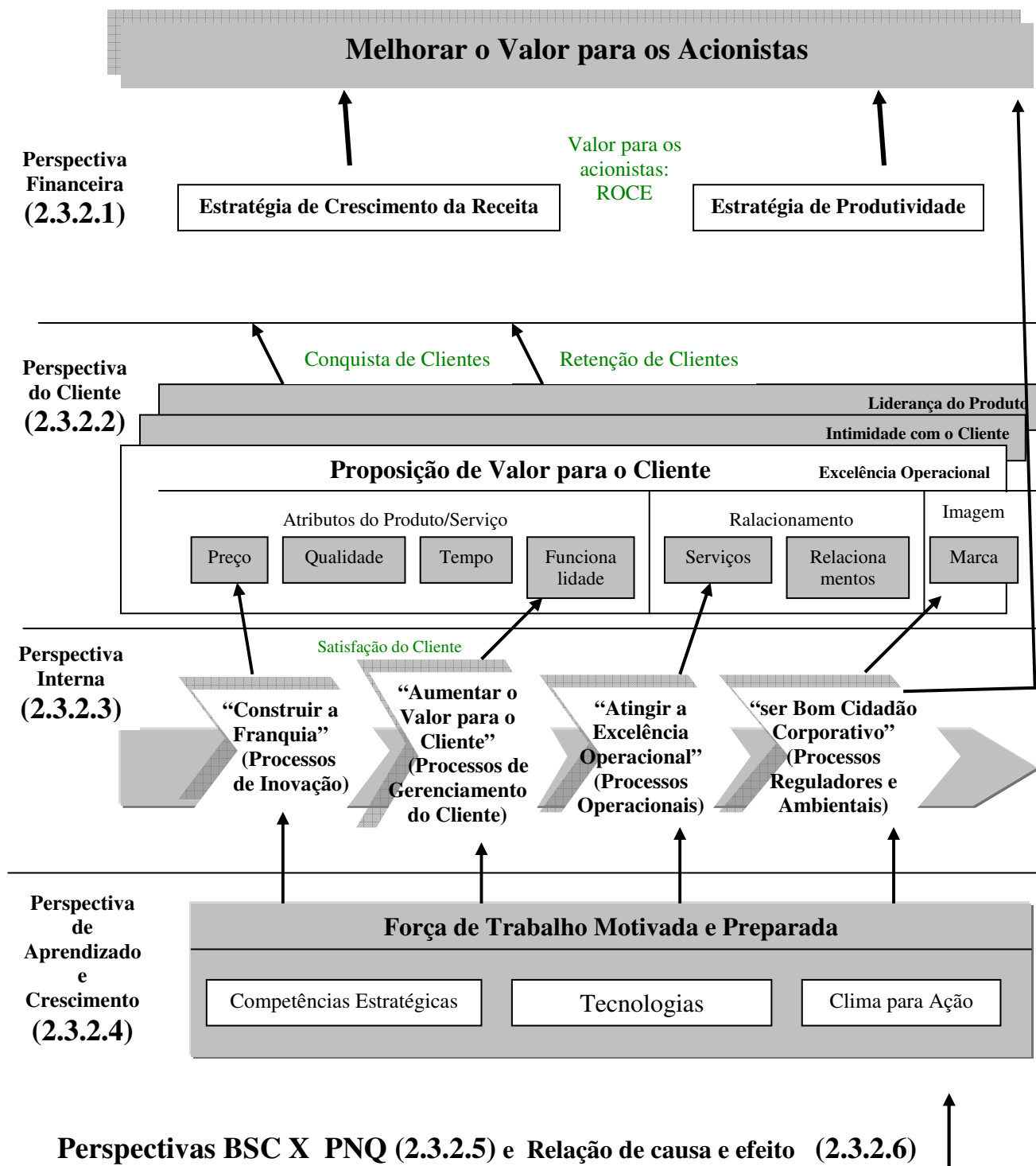
- P1 DESCRIÇÃO DA ORGANIZAÇÃO
- P2 CONCORRÊNCIA E AMBIENTE COMPETITIVO
- P3 ASPECTOS RELEVANTES
- P4 HISTÓRICO DA BUSCA DA EXCELÊNCIA
- P5 ORGANOGRAMA

### CRITÉRIOS E ITENS PONTUAÇÃO MÁXIMA

1. Liderança .....	110
1.1 Sistema de liderança .....	40
1.2 Cultura da excelência .....	40
1.3 Análise do desempenho da organização.....	30
2. Estratégias e Planos.....	60
2.1 Formulação das estratégias.....	30
2.2 Implementação das estratégias .....	30
3. Clientes .....	60
3.1 Imagem e conhecimento de mercado .....	30
3.2 Relacionamento com clientes .....	30
4. Sociedade.....	60
4.1 Responsabilidade socioambiental.....	30
4.2 Ética e desenvolvimento social.....	30
5. Informações e Conhecimento .....	60
5.1 Informações da organização .....	20
5.2 Informações comparativas .....	20
5.3 Ativos intangíveis.....	20
6. Pessoas .....	90
6.1 Sistemas de trabalho.....	30
6.2 Capacitação e desenvolvimento.....	30
6.3 Qualidade de vida.....	30
7. Processos.....	110
7.1 Processos principais do negócio e processos de apoio.....	50
7.2 Processos de relacionamento com os fornecedores.....	30
7.3 Processos econômico-financeiros.....	30
8. Resultados .....	450
8.1 Resultados econômico-financeiros .....	100
8.2 Resultados relativos aos clientes e ao mercado .....	100
8.3 Resultados relativos à sociedade.....	60
8.4 Resultados relativos às pessoas.....	60
8.5 Resultados dos processos principais do negócio e dos processos de apoio .....	100
8.6 Resultados relativos aos fornecedores .....	30
Total de pontos possíveis.....	1.000



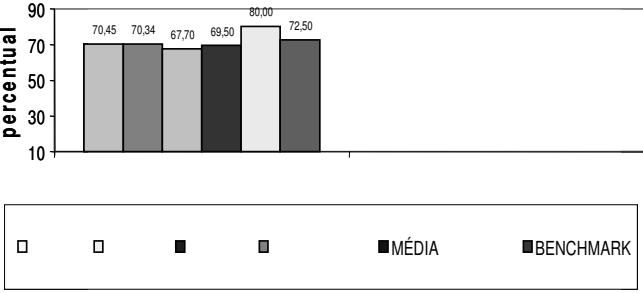
## ANEXO C: Modelo de Mapa Estratégico



Fonte: Kaplan e Norton, 2000.

## ANEXO D: Ficha de Indicadores

# Modelo de FICHA DO INDICADOR

<b>Título do Indicador:</b> Ex.: Satisfação dos clientes externos	<b>Orgão / Foco:</b> Departamentos / Gerências / Satisfação dos clientes															
<b>Definição</b> Este índice demonstra os níveis de satisfação/insatisfação dos clientes ...	<b>Objetivo:</b> Conhecer o nível de satisfação dos clientes em relação ...															
<b>Correlação</b>	<b>Fontes de dados:</b>															
<b>Apresentação gráfica:</b> (exemplo) <p style="text-align: center;"><b>Satisfação dos Clientes</b></p>  <table border="1" style="margin-top: 10px;"> <thead> <tr> <th>Item</th> <th>Valor</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1</td> <td>70.45</td> </tr> <tr> <td>2</td> <td>70.34</td> </tr> <tr> <td>3</td> <td>67.70</td> </tr> <tr> <td>4</td> <td>69.50</td> </tr> <tr> <td>5</td> <td>80.00</td> </tr> <tr> <td>6</td> <td>72.50</td> </tr> </tbody> </table>	Item	Valor	1	70.45	2	70.34	3	67.70	4	69.50	5	80.00	6	72.50	<b>Descrição da fórmula</b>     <b>Referencial Comparativo</b>	
Item	Valor															
1	70.45															
2	70.34															
3	67.70															
4	69.50															
5	80.00															
6	72.50															
<b>Frequência / Periodicidade:</b>	<b>Responsáveis:</b> Envolvidos / Compilação / Divulgação Envolvidos															
<b>Interessados:</b>	<b>Compilação:</b>  <b>Divulgação:</b>															
	<b>Versão.....:</b> 0,0	<b>Resp.....:</b>														
	<b>Atualizado em:</b>															

**ANEXO E: Foto do Prédio do HMS**



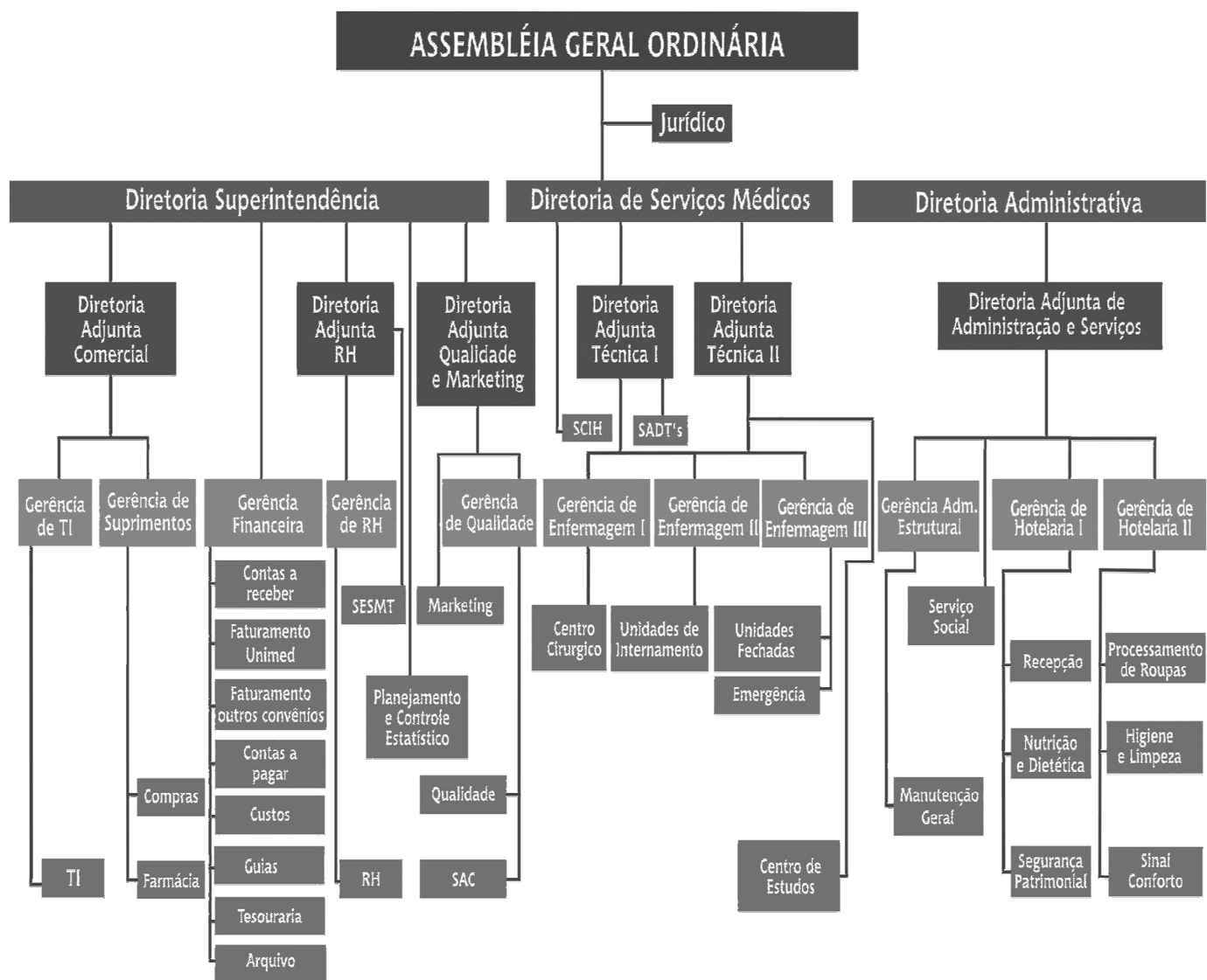
Fonte: Lima, 2006

**ANEXO F: Prêmios de Qualidade do HMS**



Fonte: LIMA, 2006

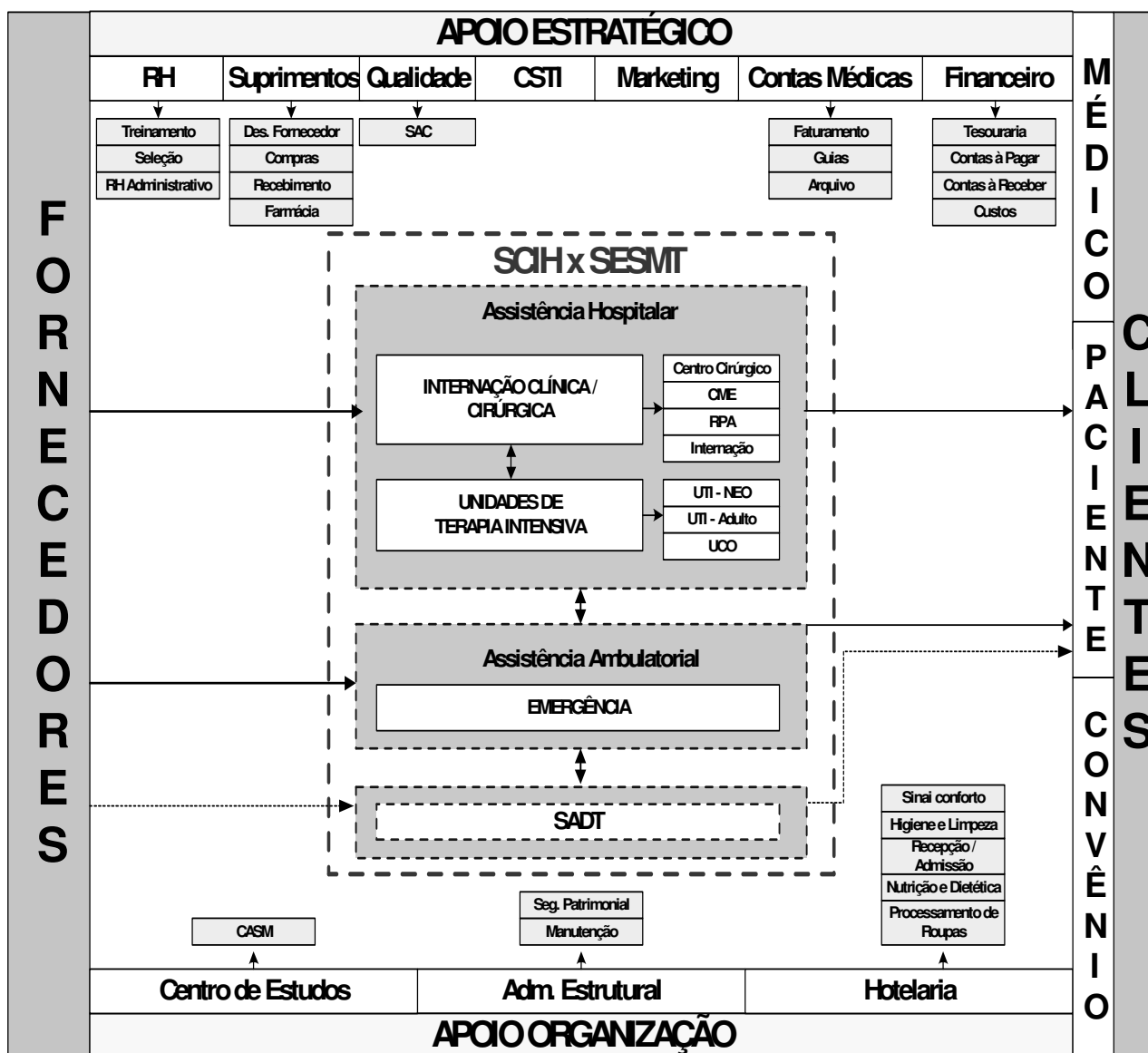
## ANEXO G: Organograma do HMS



Fonte: LIMA, 2007

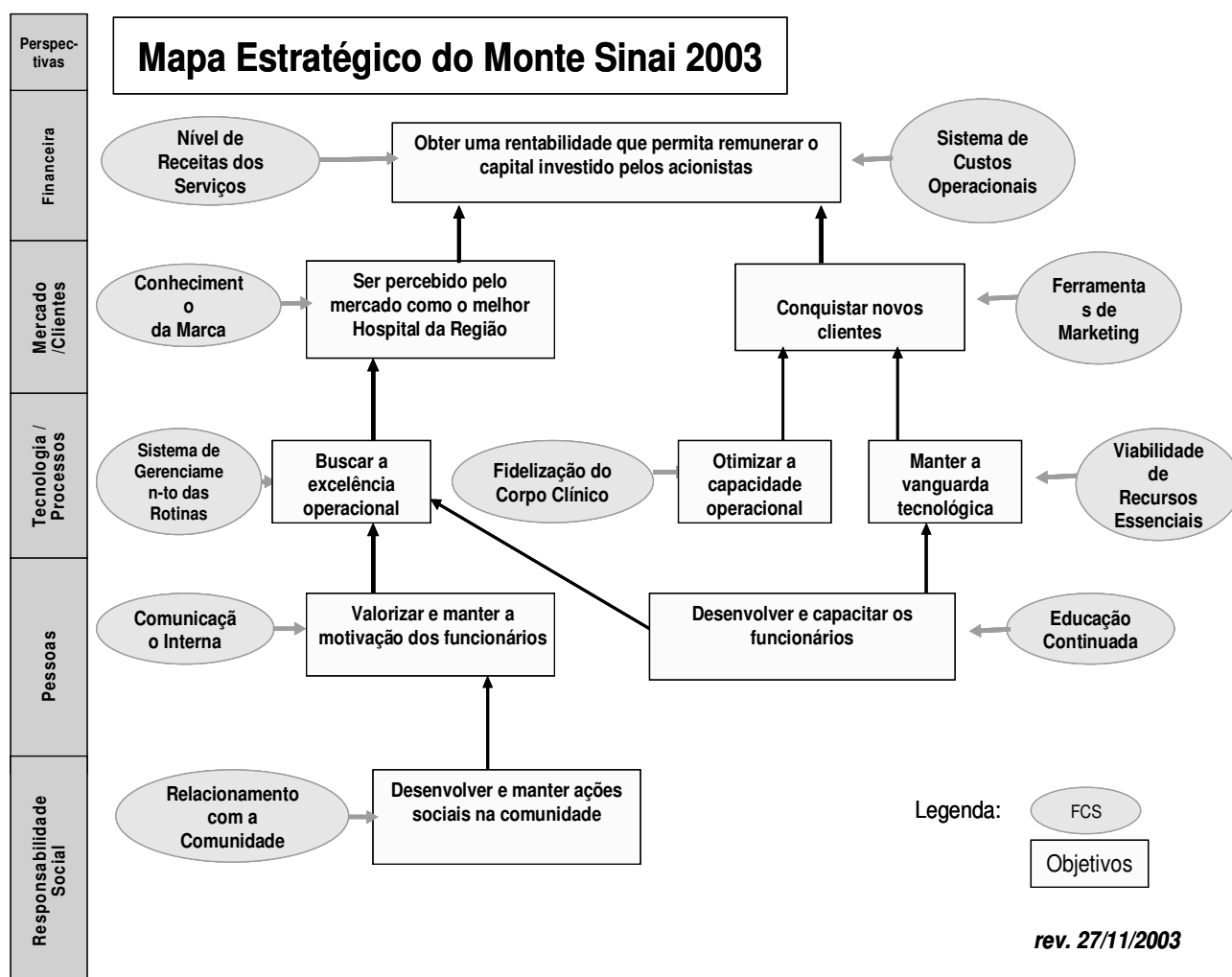


## ANEXO H: Gestão por Processos do Monte Sinai



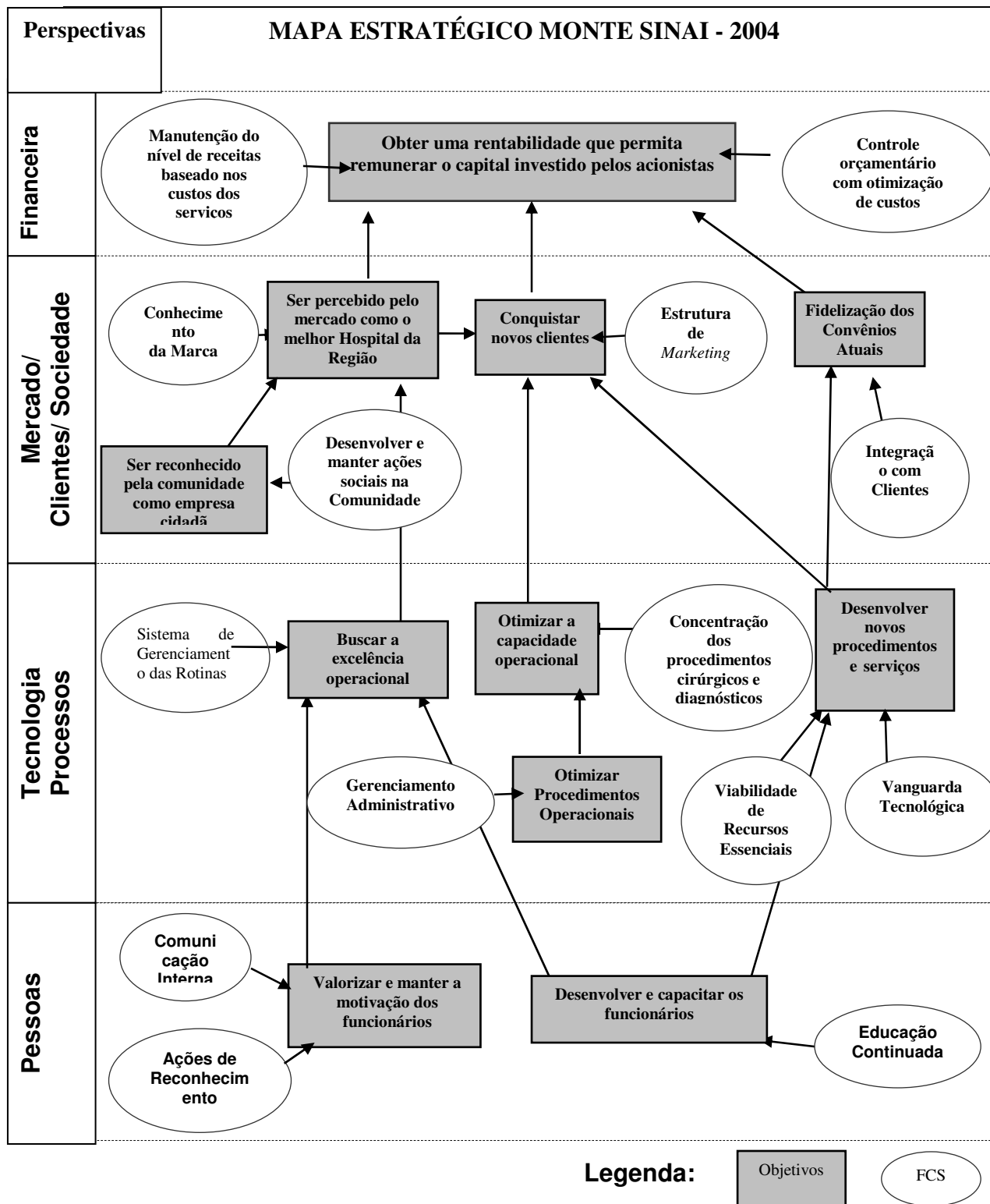
Fonte: LIMA, 2007

## ANEXO I: Mapa Estratégico do Monte Sinai 2003



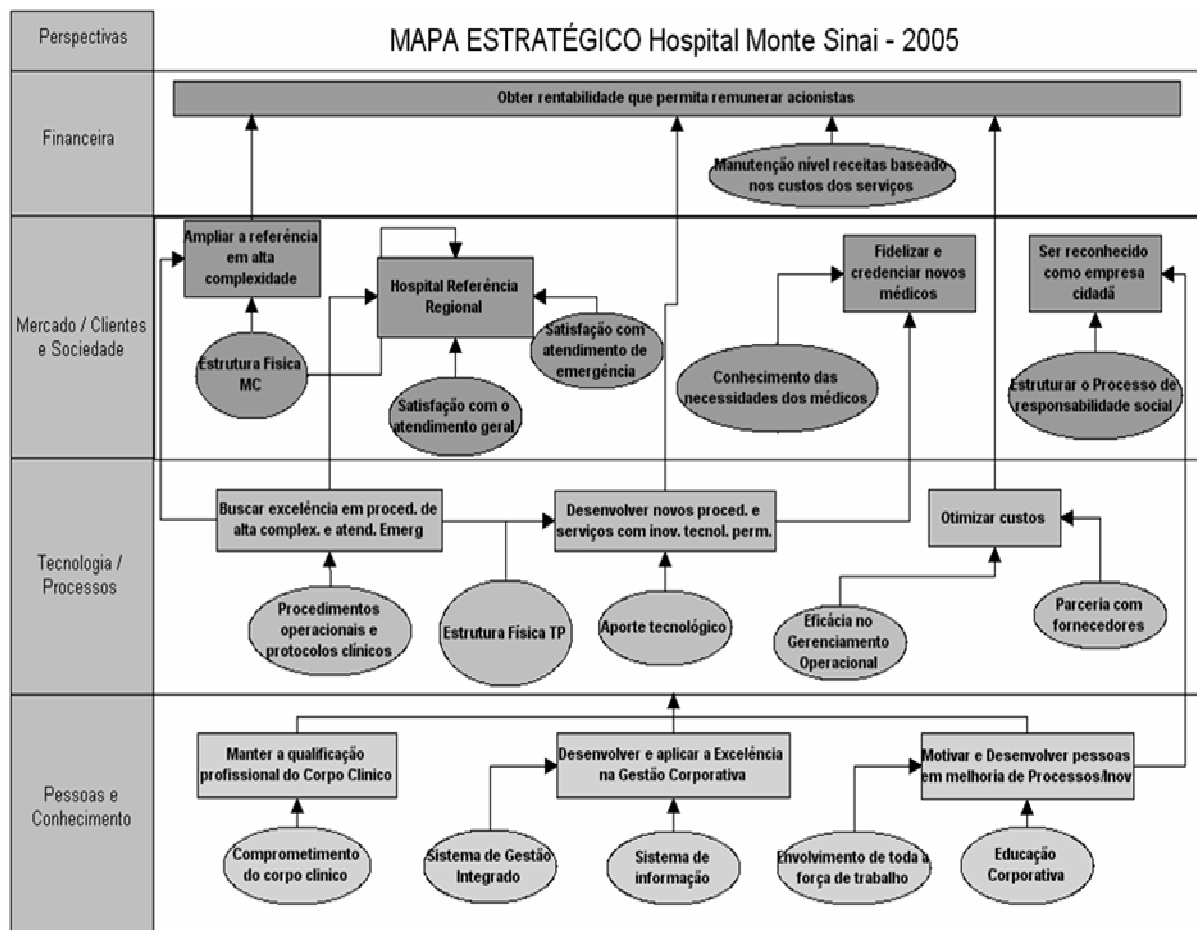
Fonte: LIMA, 2006

## ANEXO J: Mapa Estratégico do Monte Sinai 2004



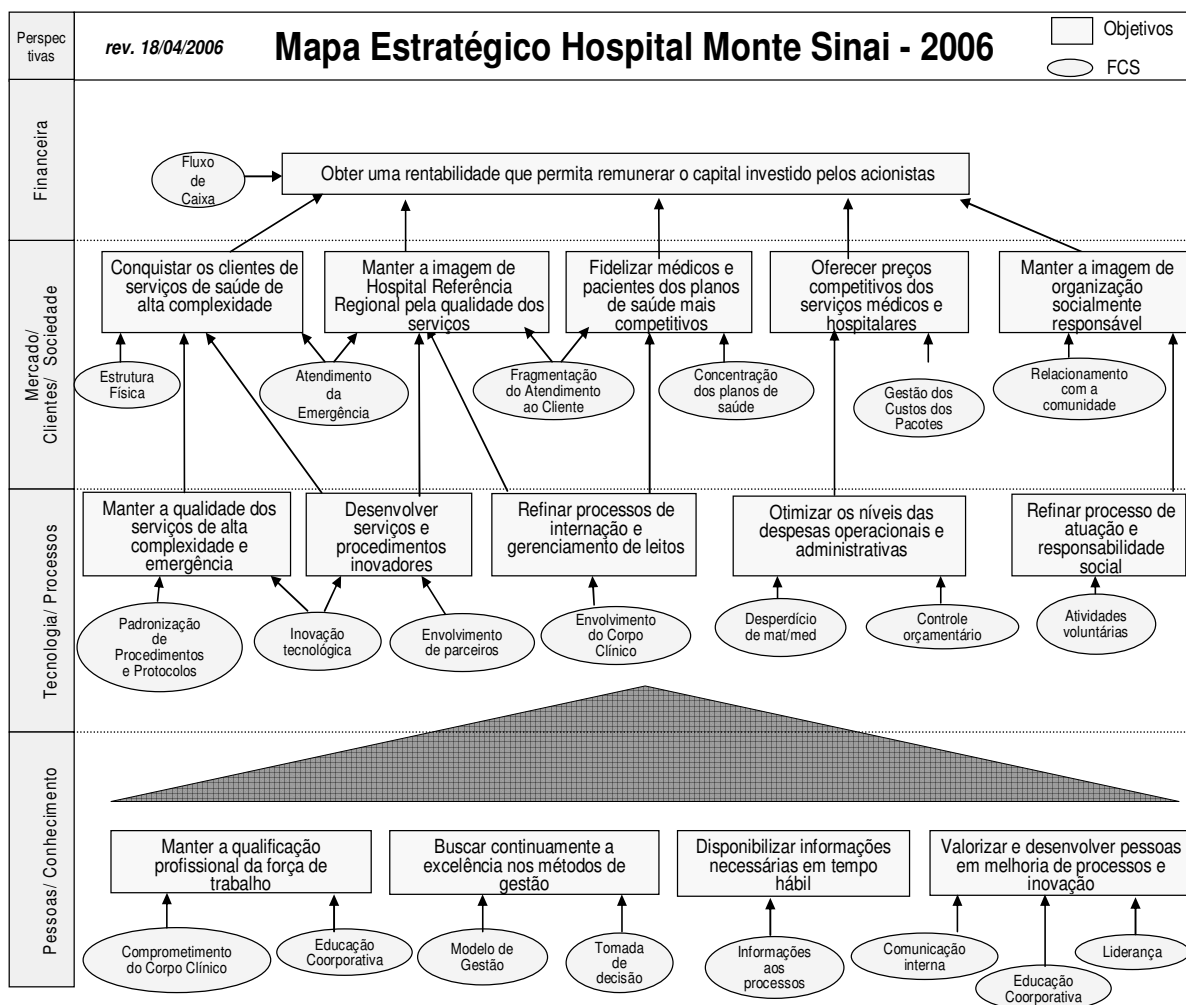
Fonte: LIMA, 2006

## ANEXO L: Mapa Estratégico do Monte Sinai 2005



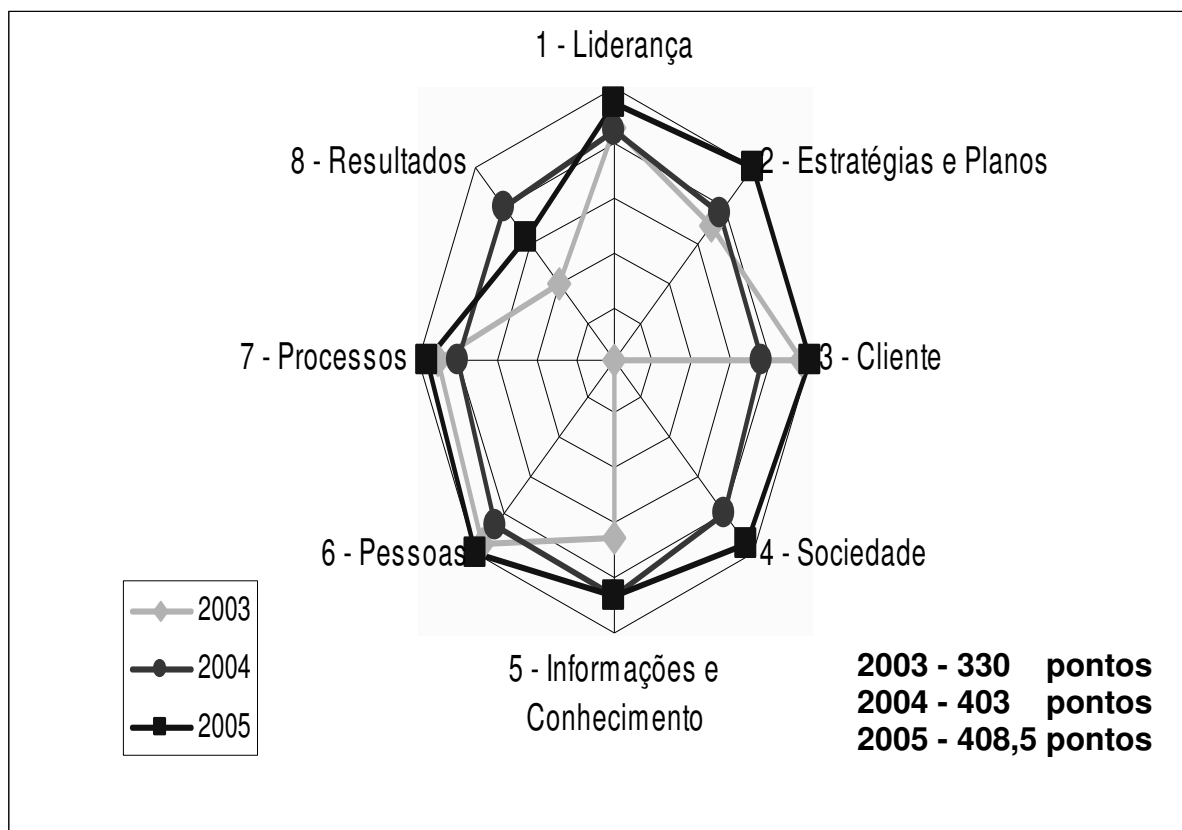
Fonte: LIMA, 2006

## ANEXO M: Mapa Estratégico do Monte Sinai 2006



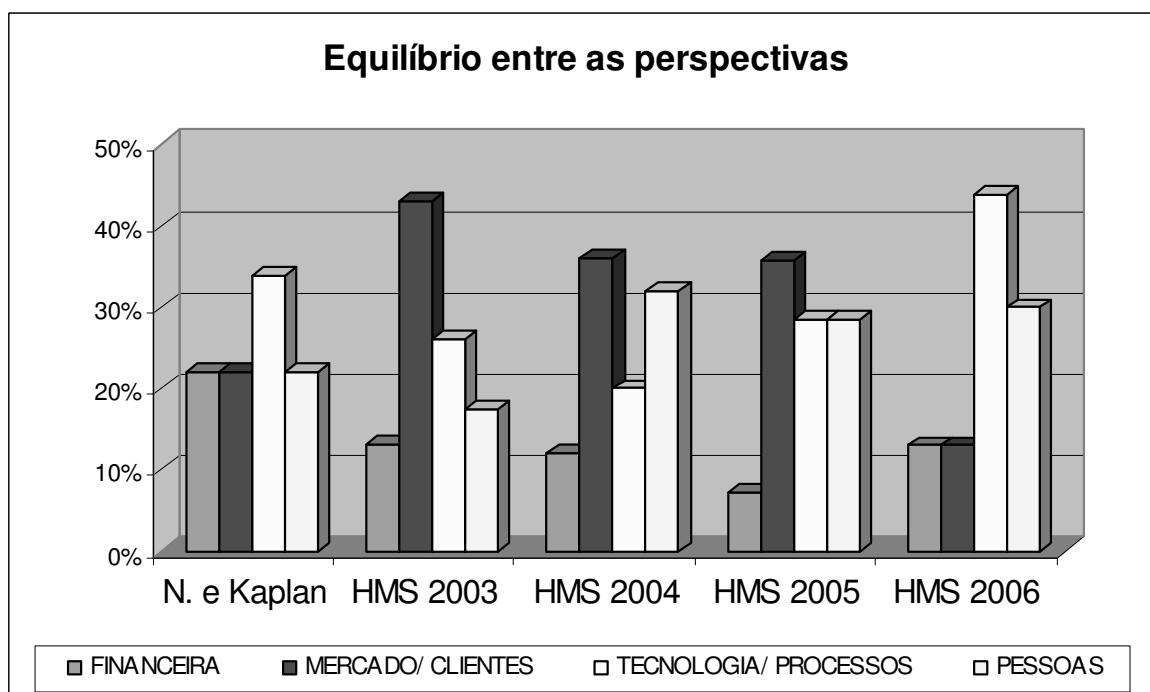
Fonte: LIMA, 2006

## ANEXO N: Resultados alcançados com relação às Perspectivas do PNQ



Fonte: LIMA, 2006

## ANEXO O: Equilíbrio entre as perspectivas



Fonte: LIMA, 2006

## ANEXO P: Ficha de indicador no sistema informatizado

**Indicadores**

HOSPITAL MONTE SINAI

Grade Colunar Método de Cálculo

Nome do Indicador: Índice de Treinamento

Descrição: índice que reflete as horas/homem de treinamento na instituição. É dividido em 60% corporativo e 40% setorial, ou seja:

Como Coletar: Registro de Treinamento

Unid. de Medida: hora/homem Frequência: Mensal

Perspectiva: Pessoas e Conhecimento Tipo: Tático

Responsável: RAQUEL Auxiliar:

Unidade Gerencial: Gerência de Recursos Humanos

Estratégia: Educação Corporativa

É Integrante do Painel de Bordo?

Corporativo:  Sim  Não

Setorial:  Sim  Não

Individual:  Sim  Não

Status:  Qto. Maior Melhor  Qto. Menor Melhor

Parâmetros de Monitoramento:

Faixa Crítica: 0

Faixa Atenção: 2

Faixa Ideal: 4,5

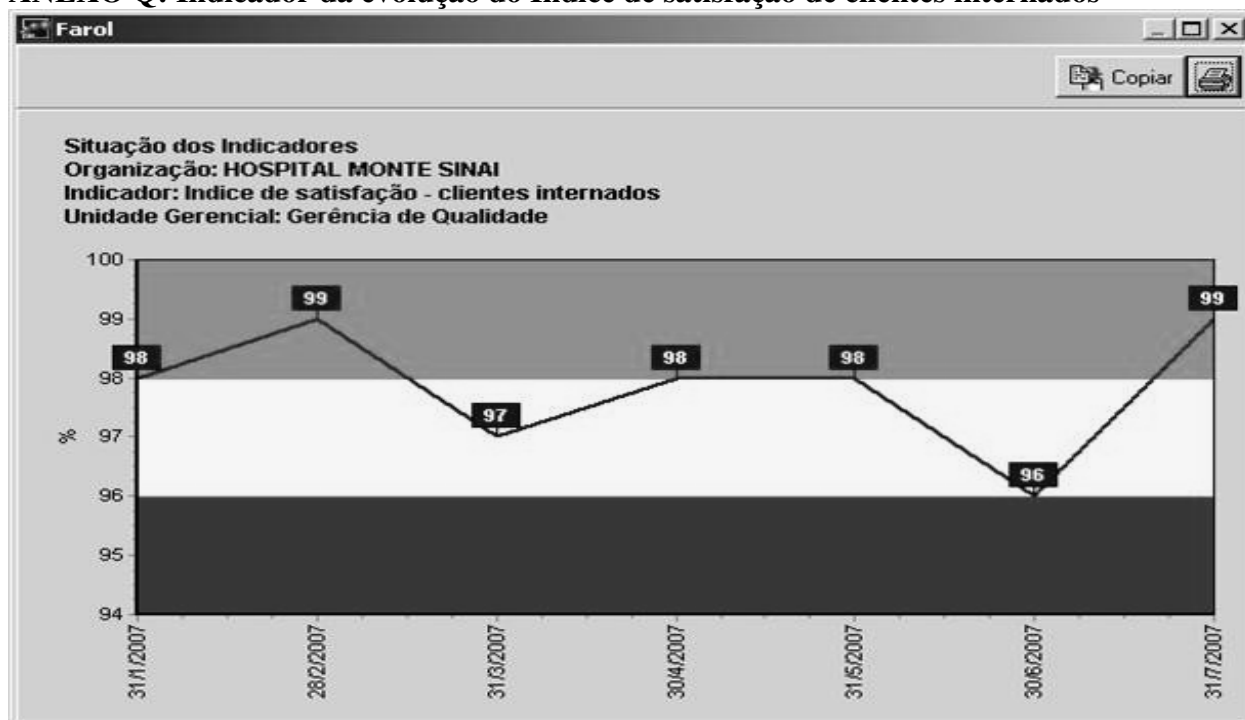
Faixa Ideal: 7

Referenciais Externos

Microsoft PowerPoint - [A...] SYSCORE Menu\_Principal 08:25

Fonte: LIMA, 2006

## ANEXO Q: Indicador da evolução do Índice de satisfação de clientes internados



Fonte: LIMA, 2006

## ANEXO R: Relatório de desempenho Estratégico



Fonte: LIMA. 2006



## ANEXO S: Gerenciamento de pessoas na perspectiva de Aprendizado e Crescimento

**Você pode sonhar, criar,  
desenhar e construir o lugar mais  
maravilhoso do mundo....  
Mas é preciso ter pessoas para  
transformar o seu sonho em  
realidade!**

**Walt Disney**



Fonte: LIMA, 2006

**ANEXO T: Exemplo de formulário para o Desdobramento da Estratégia ao nível operacional do HMS**

PAINEL DE BORDO DO HMS 2006								
Perspectiva	Objetivo Estratégico	Indicador Estratégico	Metas 2006	Fator Crítico de Sucesso	Indicador Tático	Metas 2006	Indicador Operacional	Metas 2006
Financeira	Obter uma rentabilidade que permita remunerar o capital investido pelos acionistas			Fluxo de Caixa				
Mercado/ Clientes/ Sociedade	Conquistar os Clientes de serviços de saúde de alta complexidade			Estrutura Física				
				Atendimento de Emergência				
	Manter a Imagem de Hospital referência regional pela qualidade dos serviços	Nº de inserções positivas na mídia	15	Fragmentação do Atendimento ao Cliente				
	Fidelizar médicos e pacientes dos planos de saúde mais competitivos			Concentração dos planos de saúde				
	Oferecer preços competitivos dos serviços médicos e hospitalares			Gestão dos Custos dos Pacotes				
	Manter a Imagem de organização socialmente responsável	Nº de inserções positivas na mídia (Social)	3	Relacionamento com a Comunidade	Nº de pessoas atendidas pelos Projetos	1010	XXXX	XXXX

Fonte: LIMA, 2006

**ANEXO U: Exemplo de Comparação entre Indicadores de RH, DP e Segurança do Trabalho já utilizado na Saúde:**

**Indicadores de RH - DP - Segurança do Trabalho**

	INDICADORES	CQH	SIPAGEH	
				SINHA
1.	Taxa de Absenteísmo	$\frac{\text{n}^\circ \text{ horas/ homem ausentes}}{\text{n}^\circ \text{ horas/ homem trabalhadas}} \times 100$	$\frac{\text{n}^\circ \text{ horas não trabalhadas}}{\text{Total de horas líquidas disponíveis}} \times 100$	X
2.	Taxa de Rotatividade de Recursos Humanos	$\frac{\text{n}^\circ \text{ de desligamentos}}{\text{n}^\circ \text{ funcionários contratados}} \times 100$	$\frac{(\text{Contratações} + \text{Demissões}) / 2}{\text{n}^\circ \text{ médio de colaboradores no período}}$	$\frac{(\text{Contratações} + \text{Demissões}) / 2}{\text{n}^\circ \text{ médio de colaboradores no período}}$
3.	Índice de Treinamento	$\frac{(\text{N}^\circ \text{ Funcionários ouvintes no curso 1} \times \text{Carga horária do curso 1}) + (\text{N}^\circ \text{ Funcionários ouvintes no curso 2} \times \text{Carga horária do curso 2}) + \dots + (\text{n}^\circ \text{ Funcionários ouvintes no curso n} \times \text{Carga horária do curso n})}{\text{n}^\circ \text{ de horas / homem trabalhadas}} \times 100$	$\frac{\text{Horas de treinamento}}{\text{N}^\circ \text{ de funcionários}}$	$\frac{\text{Horas de treinamento}}{\text{N}^\circ \text{ de funcionários}}$
4.	Horas de Treinamento por Funcionário	Não Pede	Não Pede	$\frac{\text{Horas de treinamento}}{\text{N}^\circ \text{ de Funcionários}}$
5.	Taxa de acidente de trabalho (%)	$\frac{\text{n}^\circ \text{ acidentes de trabalho}}{\text{n}^\circ \text{ funcionários contratados}} \times 100$	$\frac{\text{n}^\circ \text{ acidentes c/ afastamento}}{\text{Total de horas trabalhadas}} \times 106$	$\frac{\text{Acidentes c/ Afastamento}}{\text{Horas Trabalhadas}} \times 1000$

Fonte: INDE – Grupo de Benchmarking Gestão em Saúde (2007)