

UFRJ - UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO

FACC - Faculdade de Administração e Ciências Contábeis

GUSTAVO ROCHA NEIVA PEREIRA

BALANCED SCORECARD EM HOSPITAIS

RIO DE JANEIRO

2005

Livros Grátis

<http://www.livrosgratis.com.br>

Milhares de livros grátis para download.

GUSTAVO ROCHA NEIVA PEREIRA

BALANCED SCORECARD EM HOSPITAIS

Dissertação apresentada ao Corpo docente da Faculdade de Administração e Ciências Contábeis da Universidade Federal do Rio de Janeiro, como parte integrante dos requisitos necessários para obtenção do grau de Mestre em Ciências Contábeis.

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dr. Victor Prochnik – COPPE/UFRJ (Orientador)

Prof. Dr. Samuel Cogan – COPPE/UFRJ

Prof. Dr. José Ricardo Maia de Siqueira – COPPE/UFRJ

Prof. Dr. Ruthberg dos Santos – FEA/USP

Rio de Janeiro, 17 de Novembro de 2005

FICHA CATALOGRÁFICA

NEIVA, Gustavo

Balanced Scorecard em Hospitais / Gustavo Rocha Neiva Pereira.

Rio de Janeiro: UFRJ/FACC, 2005.

Viii, 75 p.

Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal do Rio de Janeiro,
Faculdade de Administração e Ciências Contábeis, 2005.

Orientador: Prof. Dr. Victor Prochnik

1. Balanced Scorecard. 2. Sistemas de Controle Gerencial.

3. Contabilidade Gerencial – Dissertação. I. Prochnik, Victor.

II. Universidade Federal do Rio de Janeiro, Faculdade de
Administração e Ciências Contábeis. III. Título.

AGRADECIMENTOS

Ao Prof. Victor Prochnik, pela disponibilidade, paciência e persistência na minha orientação.

Aos demais membros da banca, professores Samuel Cogan, José Ricardo Maia de Siqueira e Ruthberg dos Santos, pelas observações e recomendações que enriqueceram este trabalho.

Aos professores Frederico Fernandes e Ana Carolina Fonseca, pelas sugestões e forte incentivo.

À minha família e amigos, pela tolerância ao meu temperamento durante a execução desta dissertação e pelo estímulo para a conclusão da mesma.

RESUMO

Este trabalho tem como objetivo analisar a experiência de uma organização do setor de saúde no Brasil com a implementação do Balanced Scorecard, identificando as motivações que levaram os seus administradores a selecionarem este modelo, os processos de implementação, divulgação e acompanhamento adotados, as principais adaptações ao modelo proposto por Kaplan e Norton e os benefícios percebidos pelos entrevistados na utilização do mesmo.

Para atingir este objetivo, além das entrevistas com integrantes da organização selecionada, o desenvolvimento deste trabalho contou com uma pesquisa bibliográfica, onde através da revisão de artigos, dissertações e livros buscou-se apresentar e relacionar com a experiência do caso selecionado os conceitos básicos de formulação e implementação da estratégia, do modelo de Balanced Scorecard proposto por Kaplan e Norton e a experiência de organizações do setor de saúde no exterior com a implementação deste modelo.

Os resultados alcançados nos levam a acreditar que conceitos fundamentais do Balanced Scorecard de Kaplan e Norton são válidos e passíveis de aplicação com sucesso nas organizações de saúde, inclusive brasileiras. Variações no modelo e metodologia de implementação e acompanhamento não desqualificam o modelo. Muito pelo contrário, enriquecem e potencializam a ferramenta ao adaptá-la às particularidades culturais e do setor.

ABSTRACT

This study intends to analyze the experience of a health care organization in Brazil on the implementation of the Balanced Scorecard, including the reasons that led the organization to undertake this model, the main changes to Kaplan and Norton's model and respective contributions realized by interviewees.

In order to achieve this goal, besides interviewing some members of the select organization, this study also includes literature review, articles, thesis and books, to compare this case to Kaplan and Norton approach for the Balanced Scorecard and the experience of foreign health care organizations in implementing this managerial tool.

The results achieved so far have led to the conclusion that Balanced Scorecard's concepts and premises are valid and can be successfully applied to health care organizations, inclusive in Brazil. Changes on the implementation and management methodology don't prejudice tool contributions. Actually, adaptations to cultural and sector aspects can make this management tool even more powerful.

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	
1.1	Apresentação.....	1
1.2	Objetivo.....	4
2	REFERENCIAL TEÓRICO	
2.1	Estratégia	5
2.1.1	Conceitos Básicos	5
2.1.2	Formulação da Estratégia	9
2.1.3	Implantação da Estratégia	13
2.2	O <i>Balanced Scorecard</i> de Kaplan e Norton	17
2.2.1	Conceitos Básicos	17
2.2.2	Perspectivas	20
2.2.2.1	Perspectiva Financeira	21
2.2.2.2	Perspectiva do Cliente	21
2.2.2.3	Perspectiva dos Processos Internos	22
2.2.2.4	Perspectiva do Aprendizado e Crescimento	23
2.2.3	O Mapa Estratégico	24
2.2.4	Princípios da Organização Focalizada na Estratégia	25
2.2.4.1	Traduzir a Estratégia em Termos Operacionais	26
2.2.4.2	Alinhar a Organização à Estratégia	27
2.2.4.3	Transformar a Estratégia em Tarefa de Todos	28
2.2.4.4	Transformar a Estratégia em Processo Contínuo.....	30
2.2.4.5	Mobilizar a Mudança por Meio da Liderança Executiva	32
2.3	O Contexto Hospitalar	33
2.3.1	Duke Children's Hospital	34
2.3.2	Lawrence Hospital	36
2.3.3	Aplicação do BSC em Hospitais Canadenses	37

SUMÁRIO (CONTINUAÇÃO)

2.3.4	Avaliação do Desempenho em Instituições de Saúde	39
2.3.5	Implantação do BSC no Peel Memorial Hospital	40
2.3.6	Montefiore Medical Center	42
3	METODOLOGIA	
3.1	Tipo de Pesquisa	46
3.2	Organização Pesquisada	47
3.3	Coletas de Dados	47
3.4	Limitações da Pesquisa	48
4	PESQUISA DE CAMPO	
4.1	Apresentação da Organização	49
4.2	Objetivos do Projeto BSC	50
4.3	Processo de Implementação	52
4.3.1	Atividades Preparatórias	52
4.3.2	Formulação da Estratégia	55
4.3.3	Elaboração do Mapa Estratégico	55
4.3.4	Definição dos Indicadores, Metas e Iniciativas Estratégicas...	57
4.4	Divulgação e Acompanhamento dos Resultados	59
4.5	Benefícios Percebidos	60
5	CONCLUSÃO	64
6	BIBLIOGRAFIA	69
7	ANEXO.....	72

1 INTRODUÇÃO

1.1 Apresentação

O mundo dos negócios vem passando por profundas transformações decorrentes da rapidez da evolução tecnológica e do crescimento da competição. As empresas para manterem-se vivas dentro de seus mercados passaram a repensar suas técnicas de produção, distribuição e gerenciamento.

Durante séculos, a principal medida de avaliação de um negócio era o lucro e a atenção dos administradores estava fundamentalmente voltada para a busca do aumento da lucratividade pelo controle dos custos (Atkinson et al, 1997). Apesar das inovações administrativas desenvolvidas após a revolução industrial, até pouco tempo atrás os modelos de avaliação do desempenho continuavam baseados em medidas financeiras obtidas a partir dos sistemas contábeis da organizações (Kaplan e Norton, 1997).

Os sistemas contábeis tradicionais foram desenhados com objetivo principal de atender às demandas dos usuários externos à organização e, conseqüentemente, não contemplam a possibilidade de trabalhar com indicadores não-financeiros, reduzindo assim o seu potencial como fonte de informações úteis ao direcionamento estratégico da organização. São tantos os fatores em cena atualmente, que é arriscado fazer afirmações sobre a solidez de uma empresa e desempenho de seus gestores, a médio e longo prazo, através apenas de análises financeiras.

Dentro deste contexto, surgiram diversas pesquisas sobre as deficiências dos métodos de avaliação do desempenho de empresas e seus administradores. Independentemente dos sucessos ou fracassos na implementação dos diversos modelos sugeridos pelos teóricos nos últimos anos, as experiências e debates provocados por este processo contribuíram para conscientização dos gestores sobre a necessidade da busca incessante pela excelência

administrativa de modo a criar um ambiente em que a organização possa acompanhar a rapidez nas transformações do mundo atual, enfrentando e explorando as ameaças e oportunidades oriundas destas mudanças, como meio de garantir a sua sobrevivência.

Uma das áreas mais afetadas por recentes mudanças, sobretudo no Brasil, é a da saúde. Mudanças nas políticas governamentais, aumento da expectativa de vida da população, avanço tecnológico e, principalmente, crescimento das empresas intermediadoras da assistência médica estão interferindo significativamente no ambiente do negócio.

Diferentemente de outros setores da economia, onde a decisão de compra e respectivo pagamento são efetivados pelo consumidor, Teisberg, Porter e Brown (In: Porter, 1999) destacam a singularidade encontrada nos serviços de saúde, onde: a decisão de compra fica nas mãos dos médicos, que solicitam exames e procedimentos ao paciente; e, com as recentes transformações no setor, a responsabilidade pelo pagamento fica basicamente com o governo e instituições intermediadoras (empresas de medicina de grupo, seguradoras, empresas de autogestão e cooperativas).

Além dos potenciais atritos gerados por esta complexa relação de consumo, as organizações deste setor estão sujeitas a grande possibilidade de conflitos entre o seu objetivo histórico de proporcionar assistência médica de qualidade e a recente pressão pela redução de custos como forma de atingir objetivos financeiros, sendo o equilíbrio entre estes objetivos um dos fatores chaves para a sobrevivência da organização.

Na busca por um sistema de medição e controle do desempenho de empresas e seus administradores atualizado para a era do conhecimento, onde a geração de riqueza a partir de ativos intangíveis e não registrados pelos sistemas tradicionais ganhou extraordinária importância, e que não privilegiasse os objetivos de curto prazo em detrimento dos de longo, como observado nos

modelos focados em indicadores financeiros, Kaplan e Norton iniciam em 1990 uma pesquisa que resultou no desenvolvimento do *Balanced Scorecard* (BSC). Modelo organizado em quatro perspectivas (financeira, do cliente, interna e de inovação e aprendizado), que buscava o equilíbrio entre objetivos de curto e longo prazos, medidas financeiras e não-financeiras (operacionais), indicadores de tendências e ocorrências e entre as perspectivas internas e externas do desempenho.

O modelo inicialmente proposto por Kaplan e Norton no artigo "*The Balanced Scorecard – Measures That Drive Performance*" (Harvard Business Review, Jan/Fev 1992) foi sendo aprimorado pelas empresas pioneiras na utilização do BSC e pelo debate acadêmico, de tal forma que novas potencialidades foram descobertas, principalmente no que se refere à capacidade do modelo como ferramenta de gestão da estratégia organizacional. Com a publicação do artigo "*Using the Balanced Scorecard as a Strategic Management System*" na Harvard Business Review de Jan/Fev 1996, Kaplan e Norton assumem o *Balanced Scorecard* como um sistema de gerenciamento da estratégia, abandonando definitivamente a idéia do BSC apenas como um sistema aperfeiçoado de mensuração do desempenho.

Nas últimas duas décadas, os teóricos em gestão, os consultores gerenciais e a imprensa especializada se concentraram em como desenvolver (formular) estratégias capazes de gerar desempenho superior (Kaplan e Norton, 2001), acreditando que a formulação de uma estratégia correta seria suficiente para o sucesso da organização. No entanto, pesquisas indicam que a maior dificuldade dos administradores está na capacidade de executar a estratégia.

1.2 Objetivo

Este trabalho tem como objetivo analisar a experiência de uma organização do setor de saúde no Brasil com a implementação do *Balanced Scorecard*, identificando as motivações que levaram os seus administradores a selecionarem este modelo, os processos de implementação, divulgação e acompanhamento adotados, as principais adaptações ao modelo proposto por Kaplan e Norton e os benefícios percebidos pelos entrevistados na utilização do BSC. Para chegar a este objetivo, os seguintes passos servirão como referência para as várias etapas da pesquisa:

- a) Apresentar conceitos básicos sobre estratégia, sua formulação e implementação;
- b) Apresentar as principais características do modelo de BSC proposto por Kaplan e Norton;
- c) Na literatura recente sobre as experiências com este modelo em organizações do setor de saúde no exterior, identificar as motivações, obstáculos, soluções e benefícios destacados pelos autores;
- d) Descrever o processo de formulação da estratégia e implantação do BSC executado pela organização objeto deste estudo;
- e) Comparar o modelo implementado com o proposto por Kaplan e Norton, identificando principais discrepâncias e suas respectivas razões; e
- f) Comparar as críticas, dificuldades e soluções encontradas na implementação e gerenciamento da ferramenta da organização-objeto com as observações levantadas em pesquisas anteriores.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

A revisão bibliográfica deste trabalho está dividida em três seções:

- a) Estratégia - esta primeira seção apresenta de forma sintética conceitos básicos sobre estratégia, sua formulação e implementação, a partir da revisão da literatura de teóricos no assunto, como Ansoff, Ghoshal, Mintzberg, Porter e Quinn.
- b) *Balanced Scorecard* de Kaplan e Norton - Com base nos artigos e livros de Kaplan e Norton sobre o tema, esta seção apresenta uma revisão descritiva do modelo proposto por seus criadores, sua origem, conceitos básicos e processo de implementação.
- c) Contexto Hospitalar - após um breve relato sobre as particularidades do setor hospitalar que podem influir na administração da estratégia e aplicação do BSC, apresenta-se uma revisão descritiva da literatura recente, basicamente artigos e estudos de casos, sobre as experiências com esta ferramenta em organizações da área de saúde em outros países.

2.1 Estratégia

2.1.1 Conceitos Básicos

O termo estratégia teve sua origem na área militar. A palavra *Strategos* era utilizada para o papel executado pelos generais da Grécia antiga. Com Péricles, por volta de 450 AC, o significado desta palavra passou a ser utilizado também na área administrativa (Mintzberg, Quinn e Ghoshal, 1998).

Na década de 1950, as empresas americanas passaram a se preocupar mais com o ambiente de negócio. Técnicas administrativas da época se mostraram ineficazes para conter as quedas na procura por seus produtos, quando causadas pela competição de produtos substitutos que as novas tecnologias ofereciam ou pela entrada de novos competidores em seus mercados tradicionais. Neste contexto, algumas empresas acreditaram que a solução dos problemas relacionados com a falta de sintonia entre a oferta de produtos e o mercado que se destinavam a absorvê-los podia ser trabalhada através da estratégia e seu planejamento, análise racional das oportunidades oferecidas pelo meio, dos pontos fortes e fracos das empresas (Ansoff, Declerck, Hayes, 1990).

A partir da década de 1960, o uso do termo estratégia na administração se popularizou acentuadamente ao ser associado ao processo de planejamento de longo prazo. Desde então, a literatura sobre o assunto tem apresentado o conceito de estratégia nas mais diferentes formas.

Chandler (In: Whittington, 2002) definiu estratégia como a determinação de objetivos básicos de longo prazo, respectivas ações e decisões quanto alocação de recursos para que objetivos sejam atingidos.

Para Quinn (1980, In: Mintzberg e Quinn, 1996), estratégia é o padrão ou plano que integra os principais objetivos, políticas e iniciativas de uma organização em um todo coerente. Ajuda a ordenar e alocar os recursos de uma organização para a postura singular e viável, com base em suas competências e deficiências internas relativas, considerando as inter-relações com o ambiente externo.

Na definição de Hunger and Wheelen (2002), “a estratégia de uma corporação é um plano mestre abrangente que estabelece como a corporação irá alcançar os seus objetivos. Ela maximiza a vantagem competitiva e minimiza a desvantagem competitiva”.

Para Omaha (In: Júlio e Salibi Neto, 2002), estratégia é um “plano de ação elaborado a partir das necessidades do consumidor” e deve ser diferente do plano dos concorrentes.

Mintzberg e Walters (1985, In: Teles, 2002) afirmam que o conceito de estratégia como um plano não é suficiente, este pede uma definição mais ampla que abranja o comportamento resultante. Para os autores, a estratégia pode ser observada na consistência de um comportamento, tenha sido ela pretendida ou não.

Porter (1999) define estratégia como “a criação de uma posição de valor única, envolvendo um conjunto particular de atividades”. Segundo este autor, ter uma estratégia definida significa exercer opções excludentes na competição, pois a essência da estratégia é escolher o que não fazer.

Porter (In: Kaplan e Norton, 2004) argumenta que a estratégia é um meio de fixar limites, selecionar um conjunto de atividades em que a organização será excelente criando a diferenciação sustentável no mercado. A diferenciação decorre tanto da escolha das atividades, quanto da maneira como estas são executadas.

Hamel e Prahalad (In: Júlio e Salibi Neto, 2002) sugeriram que, em vez de se basear nas atividades (análise do setor), as estratégias deviam ser elaboradas a partir das competências essenciais das empresas, como forma de criar vantagem competitiva sustentável em sua cadeia de valor.

Para Oliveira (1999), “estratégia é a ação ou caminho mais adequado a ser executado para alcançar os objetivos e desafios da empresa”.

Andrews (In: Mintzberg e Quinn, 1996), inter-relaciona diversas destas idéias apresentando um conceito amplo, onde a estratégia seria o padrão de decisões de uma organização que define e revela seus objetivos, propósitos ou metas,

produz as principais metas, determina o nicho de mercado que a organização pretende atuar, o tipo de organização que é ou gostaria de tornar-se, e a natureza da contribuição econômica e não-econômica que esta organização se propõe a proporcionar a seus acionistas, empregados, clientes e comunidade.

No artigo “Os 5 Ps da Estratégia”, Mintzberg (1987, In: Mintzberg e Quinn, 1996) agrupou as diversas definições conhecidas para o termo estratégia em cinco grupos distintos:

- a) Estratégia como um plano – diretriz ou conjunto de diretrizes para lidar com uma determinada situação;
- b) Estratégia como um pretexto – diretriz ou conjunto de diretrizes elaboradas e divulgadas com a finalidade de enganar ou abalar a concorrência;
- c) Estratégia como um padrão – fluxo de ações ou padrões de comportamento que conduzem ao resultado desejado;
- d) Estratégia como posição – processo de harmonização da organização com os ambientes internos e externos; como forma de marcar posição ou definir território; e
- e) Estratégia como uma perspectiva – maneira pela qual uma organização passa a ser reconhecida pela sua predominância/ liderança em determinado aspecto.

Mintzberg reconhece que os cinco pontos de vista descritos acima não são independentes, seus conceitos e idéias se inter-relacionam, e não se pode afirmar que um seja superior ao outro.

2.1.2 Formulação da Estratégia

No interessante artigo “Todas as Partes do Elefante”, Mintzberg et al. (1998, In: Júlio e Salibi Neto, 2002) comparam a estratégia a um elefante de dez partes. Com essa analogia, dividem o pensamento estratégico em dez grandes escolas: concepção, planejamento, posicionamento, empreendedorismo, cognitiva, aprendizado, poder, cultura empresarial, ambiente e configuração. Em seu estudo, Ginter et al. (1998, In: Teles, 2002) organizaram o pensamento das diversas escolas em dois modelos básicos de administração estratégica:

- a) Analítico – modelo fundamentado no pensamento da escola clássica (concepção, planejamento e posicionamento), baseia-se nos métodos de natureza normativa, estruturada, do planejamento racional e seqüencial;
- b) Emergente ou Intuitivo – modelo baseado na intuição, criatividade e capacidade de adaptação e aprendizado da organização e seus líderes.

Para os fins a que se destina esta pesquisa, iremos nos concentrar nos conceitos da escola clássica, a predominante na literatura.

Segundo Hunger and Wheelen (2002), “formulação de estratégia é o desenvolvimento de planos de longo prazo para a gestão eficaz de oportunidades e ameaças ambientais, levando em consideração as forças e fraquezas da corporação. Inclui definir a missão da corporação, especificar os objetivos atingíveis, desenvolver estratégias e estabelecer as linhas mestras das políticas”.

Na prática corporativa, os processos de formulação e implementação da estratégia estão de tal forma interligados que se torna quase impossível separá-los. Neste trabalho, apenas como forma de facilitar a análise, trataremos em separado os processos de formulação e implementação da estratégia.

No modelo analítico de formulação da estratégia, a escola clássica expõe claramente sua tendência a racionalizar todo o processo do desenvolvimento estratégico. Para a maioria de seus representantes, a formulação da estratégia se inicia pela definição das diretrizes essenciais para o desenvolvimento da estratégia, chamadas por Ginter et al. (1998, In: Teles, 2002) de “estratégias direcionais”: missão, visão e valores da organização.

Segundo Kaplan e Norton (2004), a missão da organização fornece o ponto de partida na formulação da estratégia, ao definir por que a organização existe ou como a unidade de negócios se enquadra dentro das fronteiras da arquitetura organizacional total. A missão de uma organização deve ser uma declaração concisa da sua razão de ser, do propósito básico para o qual se direcionam suas atividades, dos valores e crenças essenciais que orientam as atividades dos empregados e, ainda, descrever como a organização espera competir no mercado e fornecer valor aos clientes. A missão e seus respectivos valores essenciais são bastante estáveis no tempo. A estratégia se desenvolve e evolui no tempo, para enfrentar as condições em mutação impostas pelo mundo real (Kaplan e Norton, 2004).

Na mesma linha de pensamento, Oliveira (1999) define missão como “a determinação do motivo central do planejamento estratégico, ou seja, a determinação de onde a empresa quer ir e de sua razão de ser. Corresponde a um horizonte dentro do qual a empresa atua ou poderá atuar”.

Drucker (1992, In: Lobato et al, 2005) destaca a dificuldade e o risco enfrentados na tarefa de se definir a missão de uma organização e reconhece a importância desta etapa como base o processo de formulação da estratégia.

Kaplan e Norton (2004) definem a visão como uma “declaração concisa que define as metas a médio e a longo prazos da organização” e acrescentam que esta deve representar a percepção externa, como a organização quer ser percebida pelo mundo.

Os valores de uma organização devem representar suas crenças fundamentais, sua filosofia de trabalho, de modo a orientar a tomada de decisão na organização. Para o sucesso do processo estratégico, é fundamental uma coerência entre as estratégias definidas e os valores culturais de um organização (Leitão, 1995).

A interação dessas três diretrizes forma a base para a formulação da estratégia. Elas afetam uma à outra e não podem ser tratadas de maneira distinta e desconectada (Teles, 2002).

A definição da missão, visão e valores de uma organização são fortemente influenciados pelos ambientes interno e externo. Na prática corporativa, os resultados apurados na análise dos ambientes interno e externo, próximo item a ser apresentado neste trabalho, muitas vezes forçam uma revisão destas diretrizes essenciais.

A matriz de SWOT é uma das ferramentas mais utilizadas na análise dos ambientes internos e externos. De grande importância principalmente durante a década de setenta (Mintzberg, Quinn e Ghoshal, 1998), esta ferramenta baseou-se no trabalho de Kenneth Andrews da Harvard Business School e procura transmitir a idéia de que a estratégia da organização deveria atingir um equilíbrio entre sua capacidade interna (*Strengths/* Forças; *Weakness/* Fraquezas) e o ambiente externo (*Opportunities/* Oportunidades; *Threats/* Riscos) para ter sucesso a longo prazo.

Para Porter (1999), a essência da formulação da estratégia está no enfrentamento da concorrência. Em sua abordagem, a construção da estratégia deve começar pela análise do ambiente externo, mais especificamente pela análise setorial. Para tanto, desenvolveu o modelo das cinco forças competitivas:

- Ameaça de novos concorrentes;

- Poder de negociação dos fornecedores;
- Ameaça de produtos ou serviços substitutos;
- Rivalidade entre os atuais concorrentes; e
- Poder de negociação dos consumidores.

Hunger e Wheelen (2002) sugerem a inclusão do poder de outros *stackholders* (governos, sindicatos, comunidades locais, etc) à teoria das forças competitivas de Porter.

Após uma cuidadosa análise destas forças externas que influenciam a competição no setor que a organização está inserida, Porter acredita que o grupo responsável pela formulação da estratégia terá melhores condições para analisar a capacidade interna da organização, identificando seu pontos fortes e fracos em relação às forças competitivas do seu setor. Dessa forma, as estratégias funcionariam como defesas às forças competitivas identificadas e permitiriam ainda que a organização encontrasse uma posição em seu setor de atuação onde estas forças fossem mais fáceis de serem enfrentadas.

Com as informações produzidas pela análise ambiental e definição das estratégias direcionais (missão, visão e valores), a escola clássica defensora do modelo analítico acredita que as organizações estarão aptas a tomar decisões estratégicas mais específicas, que definirão como exatamente as estratégias direcionais serão colocadas em prática.

Mesmos os mais críticos ao pensamento da escola clássica, que acredita no processo racional, bem estruturado, para construção de estratégias, reconhecem a importância das análises racionais e ferramentas administrativas por ela apresentadas. No entanto, os administradores não devem ignorar a intuição e criatividade, características do modelo emergente de administração da estratégia (Mota, 1991).

A complexidade e imprevisibilidade do mundo atualmente impede um controle total dos processos de formulação e implementação da estratégia. Segundo Mintzberg (1976, In: Hunger e Wheelen, 2002), “é mais freqüente um processo irregular, descontínuo, repleto de ajustes e recomeços. Há períodos de estabilidade no desenvolvimento da estratégia, mas também há períodos de constantes mudanças, investigações, tentativa e erro, mudanças em etapas e mudanças globais”. Muito provavelmente, não exista uma só organização que possa utilizar-se de um modelo puro na formulação de suas estratégias. No mundo atual, de incertezas e complexidade organizacional, o processo de formulação de estratégias deverá contar sempre com um pouco dos dois modelos, analítico e emergente. O planejamento estratégico estruturado e formalizado deve ser complementado pelos aspectos intuitivos como qualquer outro processo decisório (Oliveira, 1999).

2.1.3 Implantação da Estratégia

Na definição de Hunger and Wheelen (2002), “a implantação da estratégia é o total geral das atividades e escolhas necessárias para a execução de um plano estratégico, processo através do qual estratégias e políticas são postas em prática com o desenvolvimento de programas, orçamentos e procedimentos.”

Embora a maior parte da literatura sobre administração estratégica se concentre nas questões relacionadas à formulação da estratégia, pesquisas como as citadas nos artigos “*Corporate Strategists under Fire*”¹ e “*Why CEO’s Fail*”², indicam que a maior dificuldade dos administradores está na capacidade de executar a estratégia (Kaplan e Norton, 2001).

Segundo Leitão (1995), até pouco tempo atrás, acreditava-se que os problemas encontrados na fase de implementação da estratégia eram

¹ Kiechel, W. *Corporate Strategists under Fire*. Fortune, Dez 1982.

² Charan, R. Golvin, G. *Why CEO’s Fail*. Fortune, Jun 1999.

conseqüência de falhas na sua formulação. E, assim sendo, os pesquisadores se concentraram no desenvolvimento de métodos e teorias que auxiliassem os administradores na tarefa de formular a estratégia.

Praticamente todas as grandes organizações elaboram estratégias, seus administradores acreditam na sua importância como meio de alcançar os objetivos esperados. No entanto, pesquisas como da revista Fortune demonstram que apenas 25% das estratégias planejadas são colocadas em prática (Júlio e Salibi Neto, 2002). Levantamento realizado por esta mesma revista com 93 das 500 maiores empresas americanas revelou que mais de metade destas empresas enfrentaram os seguintes problemas quando tentaram implementar suas estratégias (Hunger and Wheelen, 2002):

- Implementação mais lenta do que planejada;
- Grandes problemas não previstos;
- Coordenação ineficaz de atividades;
- Atividades e crises concorrentes desviaram o foco da implementação;
- Capacidade insuficiente dos funcionários envolvidos no processo;
- Treinamentos inadequados aos funcionários de níveis inferiores;
- Fatores externos incontroláveis;
- Liderança e direção inadequadas;
- Definição precária de tarefas; e
- Monitoramento inadequado de atividades pelo sistema disponível.

Kaplan e Norton (1997) destacaram quatro importantes barreiras à implementação eficaz da estratégia:

- Visões e estratégias não executáveis;
- Estratégias não associadas às metas de departamentos, equipes e indivíduos;
- Estratégias não associadas à alocação de recursos a longo e curto prazos;

- *Feedback* tático, não estratégico.

Leitão (1995) aponta, como principal causa para o fracasso na implantação da estratégia, “a pouca atenção dada à administração de fenômenos humanos causados pela introdução de mudanças nos direcionamentos e/ou processos gerenciais da empresa, agravada pelo desconhecimento de possíveis choques entre as estratégias adotadas e os valores da cultura organizacional.”

Lenz e Lyles (1987, In: Leitão, 1995) destacam os seguintes itens, como principais problemas da administração estratégica relacionados ao comportamento humano:

- Resistência ao processo de mudança por medo de uma modificação na estrutura de poder da organização;
- Falta de aptidão ou treinamento dos gerentes para executar tarefas do processo estratégico; e
- Insegurança e falta de empenho (comprometimento) da média gerência ao promover o projeto a seus subordinados decorrente falta de apoio e coerência entre discurso e decisões tomadas pela alta administração.

Hunger and Wheelen (2002) observaram também a seleção e preparação dos líderes no processo de implementação da estratégia como questão fundamental para o sucesso da gestão estratégica. Destacam que na maioria das organizações as pessoas envolvidas na fase de implementação são distintas e em número muito maior das que participaram da formulação das estratégias, o que exige uma atenção especial dos líderes envolvidos no projeto com a comunicação de seus conceitos, objetivos e outras diretrizes estratégicas aos demais funcionários da organização. Como Kaplan e Norton (2001), acreditam que a gestão estratégica seja responsabilidade de todos, mas ressaltam o efeito dos líderes no resultado final do projeto.

Oliveira (1999) e Leitão (1995) também destacam este ponto. Para eles, a liderança desempenha papel vital no processo, pois tem influência direta e indireta nos outros componentes críticos para o sucesso da gestão estratégica como comunicação, treinamento, participação e comprometimento dos demais funcionários no processo.

Segundo Leitão (1995), os problemas que levam ao fracasso da organização na implantação de processos estratégicos decorrem direta ou indiretamente de falhas na participação da alta administração, seja do executivo de mais alto nível hierárquico dentro da organização ou dos demais diretores. Para evitar estes problemas, a alta administração deve assumir para si total responsabilidade pelo projeto e criar condições favoráveis para que as usuais resistências a processos de mudança sejam vencidas.

Para evitar ou, ao menos, minimizar os efeitos dos problemas causados pela reações negativas de indivíduos e/ou grupos à implementação de um novo plano estratégico, Leitão (1995) sugere uma maior participação dos funcionários encarregados pela implementação da estratégia, normalmente elementos da média gerência, na fase de sua formulação. Desta forma, estes líderes se sentiriam comprometidos com as estratégias definidas e mais motivados para promover o projeto de implementação a seus subordinados.

Chandler (In: Hunger e Wheelen, 2002), destaca ainda a importância da relação entre estratégia e estrutura organizacional. Assim sendo, um dos primeiros passos na implementação da estratégia costuma ser uma revisão da estrutura organizacional.

Os planos formulados pela alta administração normalmente são difíceis de aplicar. Os demais níveis da organização podem até compreender a estratégia, mas raramente sabem o que precisam fazer para transformar a estratégia em realidade. Para que a implementação seja eficaz, a estratégia formulada necessita ser traduzida em ações concretas, que deverão ser testadas e

aperfeiçoadas por todos os níveis da organização ao longo do processo (Hurst 2000, In: Júlio e Salibi Neto, 2002).

A utilização de ferramentas adequadas, o comprometimento da alta administração, a participação dos funcionários e a capacidade de aprender no decorrer do processo (melhoria contínua) são fatores-chaves para o sucesso na gestão estratégica. Para completar o modelo analítico de administração estratégica, faz-se necessário implementar sistemas de controle e avaliação da própria gestão estratégica. Algo que forneça um *feedback* aos administradores quanto aos resultados obtidos com as estratégias e processos de implementação utilizados, que permita a mensuração, comparação e avaliação das estratégias estabelecidas.

No capítulo seguinte será apresentado o modelo de *Balanced Scorecard* desenvolvido por Kaplan e Norton, que atualmente representa uma das ferramentas mais utilizadas para o controle e avaliação da estratégia de uma organização. As informações produzidas por esta ferramenta criam um ambiente que favorece uma desejável reavaliação contínua da estratégia definida e dos processos utilizados na sua implementação.

2.2 O *Balanced Scorecard* de Kaplan e Norton

2.2.1 Conceitos Básicos

Partindo da premissa de que a confiança exclusiva em indicadores financeiros estava levando as empresas a decisões errôneas, Kaplan e Norton (1997) iniciam em 1990 uma pesquisa com empresas americanas e canadenses, como Analog Devices, Bell South, Apple, EDS, General Electric, HP e Shell Canada, com o objetivo de resolver problemas de mensuração na era do conhecimento, que gera riquezas a partir de ativos intangíveis, não registrados pelos sistemas tradicionais, e problemas decorrentes da demasiada importância reservada aos objetivos de curto prazo em detrimento aos de

longo, como observado nos modelos focados apenas em indicadores financeiros.

A idéia inicial proposta por Kaplan e Norton no artigo “*The Balanced Scorecard – Measures That Drive Performance*” (Harvard Business Review, Jan/Fev 1992) evoluiu com a experiência das primeiras empresas a utilizar o BSC. Kaplan e Norton refinaram o conceito do BSC e passaram a apresentá-lo como um sistema de gestão da estratégia organizacional a partir da publicação do artigo “*Using the Balanced Scorecard as a Strategic Management System*” na Harvard Business Review de Jan/Fev 1996, abandonando definitivamente a idéia do BSC apenas como um sistema aperfeiçoado de medição do desempenho (Kaplan e Norton, 2001).

Nas últimas duas décadas, os teóricos e consultores na área da gestão se concentraram em como desenvolver estratégias capazes de gerar desempenho superior, acreditando que a formulação de uma estratégia correta seria suficiente para o sucesso da organização (Kaplan e Norton, 2001). No entanto, pesquisas indicam que a maior dificuldade dos administradores está na capacidade de executar a estratégia.

Kaplan e Norton observaram o importante papel que o modelo BSC, originalmente desenvolvido como sistema de análise e controle do desempenho, poderia ter na implantação e gerenciamento de estratégias. Pesquisas realizadas por estes revelaram que o BSC vem sendo utilizado com sucesso para administrar a estratégia de longo prazo (Kaplan e Norton, 1997). Colaborando para viabilizar processos gerenciais críticos, como:

- Esclarecer e traduzir a visão e a estratégia;
- Comunicar e associar objetivos e medidas estratégicas;
- Planejar, estabelecer metas e alinhar iniciativas estratégicas; e
- Melhorar o *feedback* e o aprendizado estratégico.

O processo de elaboração do *Balanced Scorecard* inicia-se pelo trabalho da alta administração para traduzir a estratégia de organização em objetivos estratégicos específicos e para identificar um pequeno número de vetores críticos (temas estratégicos) que influenciam de modo significativo os objetivos estratégicos. Apresentado pela primeira vez apenas em 2001 no livro "*The Strategy-Focused Organization*", os mapas estratégicos tornaram-se tão importantes quanto o próprio BSC na função de descrever a estratégia ao permitir uma representação visual clara das relações de causa e efeito entre os componentes da estratégia. O resultado deste trabalho inicial estabelece um certo nível de consenso entre os altos executivos, independente de suas experiências de trabalho anteriores ou de suas habilidades funcionais (Kaplan e Norton, 1997).

Uma vez traduzidas as estratégias em objetivos e identificados os temas estratégicos críticos, chega o momento da alta administração disseminar estas questões aos demais níveis da organização. A comunicação serve para mostrar a todos os funcionários a estratégia definida e os objetivos que devem ser alcançados para que esta seja bem sucedida. A participação e comprometimento de funcionários em todos os níveis com o processo de implementação da estratégia são considerados fundamentais para o sucesso de mudança demandado pela nova estratégia da organização. Apenas após compreenderem claramente questões estratégicas básicas como missão, visão e a própria estratégia da organização, seus funcionários serão capazes de estabelecer metas locais, específicas, que apoiem a estratégia geral da organização e de alinhar esforços e iniciativas individuais aos processos de mudanças requeridos pela nova estratégia definida para a organização (Kaplan e Norton, 1997).

A estratégia definida no início do processo, mesmo que formulada com metodologia adequada, com os melhores conhecimentos e informações disponíveis e as melhores intenções da alta administração, talvez deixe de ser adequada ou válida dentro de algum tempo. Em ambientes em constante

transformação, novas estratégias podem surgir do aproveitamento de oportunidades ou de resposta a ameaças não previstas na formulação do plano estratégico inicial.

O aprendizado estratégico proporcionado pelo esclarecimento e tradução da visão e estratégia, comunicação e associação dos objetivos e indicadores estratégicos e planejamento, definição de metas e alinhamento de iniciativas estratégicas, cria as condições necessárias ao desenvolvimento de um ambiente onde o saudável processo de *feedback* duplo entre os diferentes níveis da administração de uma organização torna-se possível (Kaplan e Norton, 1997).

2.2.2 Perspectivas

Partindo da definição da missão e visão da organização, dos objetivos estratégicos (temas estratégicos) necessários para a concretização destas e dos indicadores apropriados para a monitoração dos resultados, a construção do modelo sugerido por Kaplan e Norton segue com a elaboração de um mapa estratégico para descrever a distribuição e as conexões entre objetivos e indicadores nas quatro perspectivas do modelo (financeira, do cliente, processos internos e de aprendizado e crescimento).

As quatro perspectivas do modelo original de Kaplan e Norton buscam equilibrar os objetivos de curto e longo prazos existentes em qualquer organização, os resultados desejados e seus respectivos vetores de desempenho, as medidas objetivas e subjetivas (Kaplan e Norton, 1997).

2.2.2.1 Perspectiva Financeira

Apesar das críticas aos sistemas tradicionais baseados exclusivamente nos indicadores financeiros, o modelo reconhece a importância dos mesmos na perspectiva do acionista (financeira), onde os objetivos financeiros são representados no BSC e os indicadores permitem a verificação se a execução da estratégia está contribuindo para a melhoria dos resultados financeiros da organização (Kaplan e Norton, 1997).

Nas empresas com fins lucrativos, os objetivos e indicadores financeiros desempenham um duplo papel: “definir o desempenho financeiro esperado da estratégia e servir de meta principal para os objetivos e medidas” das outras perspectivas do *scorecard* (Kaplan e Norton, 1997).

Os objetivos financeiros podem diferir consideravelmente em cada fase do ciclo de vida de uma empresa. Empresas em crescimento, nos estágios iniciais de seus ciclos de vida, geralmente terão como objetivo financeiro os percentuais de aumento da receita. Na fase de sustentação, quando as empresas ainda conseguem atrair investimentos e reinvestimentos, mas são pressionadas a obter retornos sobre capital investido, a maioria das empresas estabelece objetivos financeiros relacionados com a lucratividade. Para organizações em fase de colheita, quando o projeto alcança uma determinada maturidade que seus acionistas desejam apenas colher os investimentos realizados nas duas fases anteriores, os objetivos financeiros enfatizarão o fluxo de caixa em benefício dos acionistas da empresa (Kaplan e Norton, 1997).

2.2.2.2 Perspectiva do Cliente

Na perspectiva do cliente são identificados os segmentos de clientes e/ou mercados nos quais a empresa decidiu focar suas atenções e as respectivas

medidas de desempenho da organização para as propostas de valor definidas em sua declaração de missão e visão (Kaplan e Norton, 1997).

Em suas pesquisas, Kaplan e Norton observaram que as empresas geralmente selecionam dois conjuntos de medidas para a perspectiva dos clientes. Um, chamado por eles de “Grupo de Medidas Essenciais”, contém as medidas comuns a todo tipo de empresa tais como participação de mercado, retenção, captação, satisfação e lucratividade de clientes. No outro, Grupo de Medidas Estratégicas, indicadores relacionados às propostas de valor definidas pela estratégia da empresa e apresentadas aos clientes através dos atributos dos seus produtos e serviços, imagem e reputação no mercado e relacionamento com os mesmos (Kaplan e Norton, 1997).

2.2.2.3 Perspectiva dos Processos Internos

Os objetivos e indicadores associados à perspectiva dos processos internos estão voltados para a busca da excelência nos processos considerados críticos para a satisfação de clientes e acionistas.

Enquanto as abordagens gerenciais tradicionais tentam controlar e melhorar os processos existentes, os princípios do BSC de Kaplan e Norton sugerem a busca por novos processos como forma de alcançar excelência nos processos internos e, conseqüentemente, colaborar para que objetivos estabelecidos nas perspectivas financeira e dos clientes sejam alcançados.

Outra diferença de abordagem apresentada pelo BSC foi a inclusão da inovação à perspectiva dos processos internos, demonstrando a devida relevância aos processos de criação e desenvolvimento de produtos. Para muitas empresas da era da informação, a inovação tornou-se um vetor de desempenho futuro mais importante do que as tradicionais questões

operacionais relacionadas com a produção e comercialização (Kaplan e Norton, 1997).

2.2.2.4 Perspectiva do Aprendizado e Crescimento

Na quarta perspectiva sugerida por Kaplan e Norton, perspectiva do aprendizado e crescimento, são alocados os objetivos e indicadores de desempenho que assegurem a criação de condições básicas relacionadas ao aperfeiçoamento de funcionários, sistemas e procedimentos para a consecução dos objetivos de longo prazo associados às outras três perspectivas.

O foco excessivo dos sistemas gerenciais tradicionais nos indicadores financeiros pode induzir a administração da organização a reduzir drasticamente os gastos com o desenvolvimento de funcionários e infraestrutura tecnológica como forma de atingir as metas financeiras desejadas de um determinado período, mesmo cientes que tal decisão poderá afetar os resultados de longo prazo.

Com a Perspectiva de Aprendizado e Crescimento, seus criadores buscaram enfatizar a importância do investimento no futuro da organização. Durante a era industrial, as organizações buscavam vantagem competitiva com a redução do custo de produção pela substituição de funcionários por máquinas. Na era da informação, investimentos de curto prazo em ativos físicos não mais asseguram vantagens competitivas sustentáveis. Além destes, as organizações devem alocar seus investimentos para ativos intangíveis relacionados a seus funcionários, clientes, processos operacionais e sistemas de informação, pois a capacidade de desenvolver e explorar estes recursos tornou-se uma vantagem competitiva vital para a criação de valor econômico no longo prazo.

Para Kaplan e Norton (1997), “nada exemplifica melhor a passagem do pensamento da era industrial para o da era da informação do que a nova filosofia gerencial de como os funcionários contribuem para a empresa.”

Drucker (1999) destaca o papel do conhecimento como principal recurso para que uma organização alcance resultados econômicos e sociais satisfatórios e acredita ser responsabilidade das próprias organizações proporcionar as condições necessárias para que o conhecimento existente possa ser melhor utilizado na busca dos resultados esperados.

As idéias que permitem melhorar processos e o desempenho para os clientes cada vez mais emanam dos funcionários da linha de frente, que se encontram mais próximos dos processos internos e dos clientes da organização (Kaplan e Norton, 1997).

2.2.3 O Mapa Estratégico

Definido por Kaplan e Norton (2001) como “uma arquitetura lógica e abrangente para a descrição da estratégia”, o Mapa Estratégico transformou-se na base fundamental de um projeto de *Balanced Scorecard*.

Inicialmente, a descrição da estratégia não mereceu atenção especial dos criadores do BSC. No primeiro livro publicado sobre o modelo, “A Estratégia em Ação: *Balanced Scorecard*”, Kaplan e Norton se dedicaram a questões relacionadas a medição e gerenciamento da estratégia. Ao acompanhar as experiências das primeiras empresas na implantação do *Balanced Scorecard* como ferramenta de gestão da estratégia, estes pesquisadores perceberam que, ao selecionar e distribuir os objetivos dos processos estratégicos pelas quatro perspectivas do BSC, os responsáveis pelo projeto instintivamente representavam por meio de setas a relação de causa e efeito entre estes objetivos. O diagrama resultante desta tarefa tornava-se, então, a principal

ferramenta da equipe de implantação para traduzir a estratégia da organização em termos operacionais.

Com a publicação do artigo *“Having Trouble with your Strategy? Then Map It!”* na Harvard Business Review em 2001, Kaplan e Norton apresentaram os conceitos básicos destes diagramas, que foram chamados pelos autores de “Mapas Estratégicos”, e passaram a dedicar uma maior importância ao tema. No segundo livro sobre *Balanced Scorecard*, “Organização Orientada para a Estratégia”, Kaplan e Norton destacam como os mapas estratégicos podem ser utilizados para descrever e comunicar a estratégia de uma organização, ou seja, descrever e comunicar como esta pretende criar valor a seus acionistas e clientes, e suas contribuições para outros pontos importantes para o sucesso na gestão estratégica, como a definição e o gerenciamento de objetivos estratégicos, indicadores e planos de ação.

Em 2004, com a publicação do livro “Mapas Estratégicos – *Balanced Scorecard: Convertendo Ativos Intangíveis em Resultados Tangíveis*”, Kaplan e Norton exploram em profundidade o processo de elaboração de mapas estratégicos e voltam a enfatizar, desta vez apresentado uma série de casos, os ganhos obtidos pelas organizações que utilizaram o mapa estratégico no desenvolvimento de sistemas de gerenciamento da estratégia baseados nos conceitos do *Balanced Scorecard*.

2.2.4 Princípios da Organização Focalizada na Estratégia

O sucesso de várias das primeiras organizações a aplicarem os princípios básicos do BSC na implementação de suas estratégias levou Kaplan e Norton a refinar os conceitos do modelo original a partir das experiências observadas nestes casos.

Em suas pesquisas com estas organizações, Kaplan e Norton observaram um padrão consistente entre a utilização do BSC e o sucesso na administração da estratégia. Ressaltando diferenças de abordagem, seqüência e ritmo, os autores afirmam terem observado a atuação de um padrão de sucesso na implementação do modelo que denominaram de “Princípios da Organização Focalizada na Estratégia” (Kaplan e Norton, 2001):

- Traduzir a estratégia em termos operacionais;
- Alinhar a organização à estratégia;
- Transformar a estratégia em tarefas de todos;
- Converter a estratégia em processo contínuo; e
- Mobilizar a mudança por meio da liderança executiva.

2.2.4.1 Traduzir a Estratégia em Termos Operacionais

Partindo da premissa de que não se pode gerenciar o que não se pode medir e que não se pode medir o que não se pode descrever, Kaplan e Norton consideram a tradução da estratégia formulada pela alta administração em termos operacionais, definidos pela relação entre um conjunto de objetivos almejados e os vetores de mudança (proposição de valor, processos de negócios e de infra-estrutura) que por hipótese contribuirão para a consecução dos resultados esperados, como o primeiro passo para implantar o *Balanced Scorecard* em uma organização.

Segundo Kaplan e Norton (2001), a formulação da estratégia pode ser vista como uma arte, mas a sua descrição não precisa ser uma. Assim, se a estratégia puder ser descrita de forma lógica e sistematizada, aumentam as chances de sucesso na sua implantação.

Com base na experiência dos primeiros projetos de implementação do *Balanced Scorecard*, Kaplan e Norton desenvolveram o conceito de mapa

estratégico como uma representação visual da estratégia, onde os objetivos dos processos estratégicos críticos (temas estratégicos) responsáveis pela criação de valor e os ativos intangíveis necessários para respaldá-los são demonstrados com clareza, de forma lógica e sistematizada.

Além de transformar-se na principal ferramenta para tradução da estratégia em termos operacionais, Kaplan e Norton (2001) observaram em seus estudos que os mapas estratégicos contribuem significativamente para outros processos gerenciais críticos para o sucesso na execução da estratégia da organização ao ajudar na comunicação desta estratégia e ao criar um ponto de referência comum e compreensível para todas as unidades e empregados.

2.2.4.2 Alinhar a Organização à Estratégia

Seja qual for o tipo e tamanho de uma entidade, a estrutura organizacional definida por seus administradores poderá ser agrupada em três categorias: (i) estrutura funcional, onde cada executivo é responsável por uma função específica; (ii) estrutura de unidade, onde o executivo de cada unidade é responsável por todas as atividades de sua respectiva unidade, como se esta fosse uma organização separada; e (iii) estrutura matricial, uma mescla das duas estruturas anteriores, onde a responsabilidade pelo desempenho de uma determinada atividade está dividida entre o executivo da unidade e o da respectiva atividade funcional (Anthony e Govindarajam, 2002).

Independentemente da estrutura organizacional escolhida, conflitos entre unidades e/ou grupos de funções surgirão, obrigando uma atenção especial dos sistemas de controle gerencial para a questão. A estrutura organizacional de grandes entidades tende a tornar-se complexa, com uma tendência para a estrutura matricial. Kaplan e Norton (2001) observaram que, normalmente, as organizações são estruturadas por especialidades. Cada função tende a criar um corpo próprio de conhecimentos, linguagem, valores, objetivos e cultura.

Ao comentar sobre as desvantagens das estruturas divididas em unidades, Anthony e Govindarajam (2002) sugerem que ao optar por esta estrutura, esta tendência de corpo próprio continuará existindo. Troca-se apenas o risco da formação de silos funcionais para o de unidades desalinhadas entre si e na relação com a corporação.

Ambas situações se transformam em grandes obstáculos à implementação e alinhamento da estratégia pela organização como um todo. Kaplan e Norton (2001) observaram que diversas organizações utilizaram, com sucesso, o BSC para contornar este problema.

A elaboração de um *scorecard* corporativo cria as bases para a construção dos *scorecards* de suas unidades e contribui para o alinhamento estratégico entre unidades. Os casos analisados por Kaplan e Norton sugerem que o desenvolvimento dos *scorecards* das unidades seja iniciado pelas unidades operacionais, deixando as unidades de apoio (serviços compartilhados) para um segundo momento. Esta seqüência facilita o alinhamento entre estratégias e objetivos das unidades de apoio com as das operacionais, proporcionando, conseqüentemente, maiores benefícios à organização como um todo. Apesar de suas atividades estarem voltadas para os clientes internos (unidades operacionais), os *scorecards* das áreas de apoio devem considerar alguns indicadores do *scorecard* das unidades operacionais, como forma de alimentar o comprometimento dos funcionários de apoio com o cliente final (externo), transformando as unidades de apoio em parceiros estratégicos das unidades operacionais (Kaplan e Norton, 2001).

2.2.4.3 Transformar a Estratégia em Tarefas de Todos

Tornar a discussão sobre estratégia uma atividade corriqueira dos funcionários permitirá o surgimento de iniciativas de um número maior de colaboradores para o alcance de objetivos estratégicos da organização. O caso Mobil

Speedpass descrito por Kaplan e Norton (2001) tornou-se um exemplo clássico. Após tomar conhecimento pelo BSC da importância da velocidade na transação de compra para a estratégia da Companhia, um funcionário desenvolveu sua idéia de com um simples chaveiro agilizar o processo de pagamento, eliminando a necessidade do uso de cartões de crédito, assinaturas, senhas, etc. Apesar do total entendimento da relevância da velocidade na transação de compra tinha para questões estratégicas como a satisfação de seus clientes e conseqüentemente retenção dos mesmos, dificilmente a alta administração seria capaz de identificar uma solução tão simples e inovadora quanto esta, por não ter conhecimento suficiente sobre a tecnologia disponível e sua possível aplicação na rotina operacional.

As organizações focalizadas na estratégia usam o BSC em três processos diferentes para o alinhamento dos empregados com a estratégia:

- a) Comunicação e Educação – os empregados devem conhecer e compreender a estratégia a fim de que contribuam para sua implementação. A promoção do conhecimento e da compreensão dos empregados é o objetivo de um processo de comunicação eficaz;
- b) Desenvolvimento de Objetivos Pessoais e de Equipes – os empregados devem compreender a maneira que são capazes de influenciar a implementação bem-sucedida da estratégia. Os gerentes devem ajudar os empregados a estabelecer metas individuais e de equipe, compatíveis com o êxito estratégico. É possível adaptar os planos de desenvolvimento pessoal à consecução desses objetivos;
- c) Sistemas de Incentivos e Recompensas – os empregados devem sentir que compartilham das recompensas provenientes dos êxitos da organização. Inversamente, quando a organização fracassa, é preciso que sejam penalizados. Os sistemas de incentivos e recompensa representam

a conexão entre desempenho organizacional e recompensas individuais (Kaplan e Norton, 2001).

A importância dos planos de incentivos e recompensas no alinhamento dos funcionários com os objetivos estratégicos da organização também é destacada por outros autores.

Segundo Oliveira (1999), a participação da média administração no planejamento estratégico cria uma situação de co-responsabilidade, pois os participantes terão a oportunidade de apresentar e debater a sua versão dos fatos e das expectativas inerentes à empresa. O processo de participação motiva e melhora o clima organizacional, bem como reduz o nível de resistência às mudanças. Na mesma linha, Balkin e Gomez-Mejia (In: Hunger e Wheelen, 2002) destacaram:

“Para garantir a congruência entre as necessidades da corporação como um todo e as necessidades dos funcionários como indivíduos, a alta administração e o conselho de administração devem desenvolver um programa de incentivos para recompensar o desempenho desejado. Os planos de incentivo devem ser vinculados de alguma maneira à estratégia corporativa ou da divisão”

2.2.4.4 Transformar a Estratégia em Processo Contínuo

Segundo Kaplan e Norton (2001), o orçamento tem pouca relação com a estratégia na maioria das organizações. A atenção da gerência se concentra em questões operacionais de curto prazo e não no planejamento estratégico de longo prazo.

Uma das propostas do BSC é estabelecer uma aproximação do processo orçamentário, alicerces dos sistemas de gestão tradicionais, com o planejamento estratégico das organizações, equilibrando assim objetivos de curto e longo prazos (Kaplan e Norton, 2001).

No período de elaboração do orçamento anual, com base em novas informações e no aprendizado com a ferramenta, as organizações aproveitariam para atualizar o *Balanced Scorecard*, determinar a validade de seus objetivos, indicadores, metas ou até mesmo da própria estratégia da organização. As reuniões mensais de revisão do orçamento passariam a ser aproveitadas também para monitoramento dos resultados apurados pelo BSC, contribuindo assim para o crescimento de um ambiente propício ao aprendizado estratégico e ao *feedback* da média e baixa gerência, o que possibilita a identificação e correção de premissas estratégicas errôneas antes da ocorrência de maiores danos (Kaplan e Norton, 2001).

Outro ponto importante na transformação do BSC e, conseqüentemente, da estratégia em um processo contínuo é o acesso à informação. Tradicionalmente, os relatórios sobre o desempenho são disponibilizados apenas para os níveis mais altos da administração. A alta administração deverá quebrar esta barreira e permitir o amplo compartilhamento da informação sobre os resultados apurados pelo BSC, de modo a promover o desenvolvimento de uma cultura organizacional voltada para os objetivos estratégicos (Kaplan e Norton, 2001).

Neste sentido, a equipe responsável pela implementação do BSC deverá estruturar um sistema de informação e análise de resultados que viabilize o processo de compartilhamento desta informação. As experiências relatadas por Kaplan e Norton (1997 e 2001), basicamente grandes grupos empresariais, apontam para o desenvolvimento ou aquisição de *software* específico como solução encontrada para esta questão. Ao permitir que seus funcionários tenham acesso permanente ao BSC, a organização aumenta a sua capacidade

de identificação e solução de problemas, criação de oportunidades e compartilhamento de conhecimentos (Kaplan e Norton, 2001).

2.2.4.5 Mobilizar a Mudança por Meio da Liderança Executiva

A experiência mostrou que os preceitos do planejamento estratégico são difíceis de ser transferidos para a prática. Não só a transferência é difícil, como também as tentativas de instalar uma disciplina estratégica rigorosa provocam uma resistência ao planejamento, inércia organizacional que parece frustrar todos os esforços e rejeitar as tentativas de planejamento. Como forma de vencer esta resistência, a dedicação da alta administração é fundamental (Ansoff, Declerck e Hayes, 1990).

Klapan e Norton (2001) corroboram esta crença. Com base em estudos profundos em mais de vinte casos reais, predominantemente grandes organizações norte-americanas, estes pesquisadores observaram um estilo de liderança semelhante nas organizações que implantaram com sucesso o modelo e consideraram este ponto como o mais importante para o sucesso na implementação e gestão da estratégia com o modelo do *Balanced Scorecard*.

Segundo estes, o modelo funciona melhor quando o estilo gerencial do principal executivo possui características fortes ligadas à comunicação, construção de equipes e capacitação de pessoal. A capacidade dos principais executivos em mobilizar seus subordinados, alinhar um grande número de funcionários e unidades em torno da estratégia formulada demonstrou ser o maior desafio para uma implementação bem-sucedida do *Balanced Scorecard*.

2.3 O Contexto Hospitalar

O grande destaque que a mídia tem proporcionado para a recente intervenção federal em hospitais públicos administrados pelo Município do Rio de Janeiro reabriu o debate sobre a qualidade dos serviços de assistência médica no Brasil. Tanto o sistema público, quanto o privado, culpam a insuficiente remuneração pelos serviços prestados como principal causa da falta de qualidade nos serviços prestados. Quando comparada pela mídia, a crise da saúde no Brasil parece ser muito mais grave do que a experimentada em outros países, porém a escassez relativa de recursos para o setor de saúde não é um problema exclusivo do Brasil.

Com a disseminação do pensamento econômico neo-liberal, organizações públicas em diversas partes do mundo passaram a conviver com uma redução significativa dos recursos financeiros para aplicação em gastos de custeio e investimentos de suas atividades, comprometendo diversas vezes a qualidade dos serviços prestados e em última instância a própria capacidade destas organizações cumprirem a sua missão. Organizações privadas, por sua vez, passaram a operar num ambiente muito mais complexo. Uma combinação de fatores, como consumidores cada vez mais exigentes, aumento crescente dos custos, fontes pagadoras mais poderosas e acirramento da concorrência, torna muitas vezes difícil que empresas deste setor alcancem os níveis de lucro e qualidade esperados por seus acionistas e clientes, respectivamente.

Os governos justificam a limitação dos repasses de recursos alegando a indisposição dos contribuintes em recolher mais tributos, o esgotamento da capacidade de endividamento e a conseqüente necessidade de reduzir o tamanho do estado. No setor privado, as operadoras especializadas em saúde alegam dificuldade no repasse a seus clientes dos aumentos de remuneração solicitados pelas prestadoras e, com toda a força que o seu *status* de principal fonte de recursos lhe assegura, geralmente acabam por determinar o valor da remuneração dos serviços prestados pelas organizações de saúde.

Neste contexto, os administradores de organizações públicas e privadas intensificaram a busca por eficiência na aplicação dos escassos recursos, através da utilização de princípios e técnicas administrativas mais avançadas. Muitas destas aplicadas por outros setores há anos como forma de manter a estrutura existente e a execução dos investimentos necessários ao cumprimento de sua missão.

Ginter et al. (1998, In: Teles, 2002), observam uma tendência mundial de incorporação mais lenta das novas técnicas e princípios gerenciais por parte do setor de saúde, decorrente talvez da falta de conhecimento na matéria por parte dos médicos que ainda são responsáveis pela administração da maioria das organizações do setor de saúde.

Apesar de um certo atraso em relação a outros setores da economia de seus países e ao contrário do Brasil, onde apenas recentemente surgiram iniciativas de implementação do *Balanced Scorecard* em organizações do setor de saúde, diversos hospitais canadenses e norte-americanos já acumulam alguns anos de experiência com o modelo.

2.3.1 Duke Children's Hospital

Dr. Jon Meliones, médico do Duke Children's Hospital (DCH), hospital infantil universitário nos Estados Unidos, liderou a implantação e desenvolvimento do *Balanced Scorecard* neste hospital e relata esta experiência no artigo "*Saving Money, Saving Lives*" (2000), incluindo observações sobre as circunstâncias que levaram a implementação desta ferramenta, problemas enfrentados durante o processo e alguns dos resultados obtidos.

Esta experiência foi também divulgada por Kaplan e Norton (2001) como exemplo de aplicação do modelo em organizações de assistência médica.

Na ocasião, o hospital atravessava uma crise financeira. Como forma de reverter uma situação de crescentes déficits, os administradores iniciaram um processo de redução de custos a partir do corte de funcionários, que acabou por aumentar a insatisfação dos clientes (pais dos pacientes) e médicos da organização. Para complicar ainda mais a situação, o corte de pessoal não estava gerando a economia esperada, pois a redução de funcionários especializados estava aumentando as despesas relacionadas ao uso de equipamentos e materiais.

Para Meliones (2000), o problema principal do hospital estava na forma que este era gerenciado. Cada grupo de funcionários visava apenas suas próprias metas, não existiam objetivos em comum.

Em organizações de saúde, normalmente, o corpo clínico se preocupa com a saúde dos pacientes e os administradores com a saúde financeira do hospital. Mas a falta de um mínimo de diretrizes básicas em comum tinha levado este hospital a uma situação financeira e operacional delicada.

Para alinhar os diferentes interesses, o hospital decidiu implantar o *Balanced Scorecard*. A estrutura organizacional foi modificada, os processos de trabalho foram redesenhados, um novo sistema de informações desenvolvido, objetivos para as quatro dimensões do BSC foram estabelecidos, mas a parte mais difícil, conforme destaca Meliones, foi convencer os funcionários da necessidade de trabalhar de forma diferente.

A nova forma de gerenciar o hospital, baseada no *Balanced Scorecard*, ajudou os administradores a identificar maneiras de melhorar o desempenho da organização como um todo e não apenas na questão financeira. Ao mesmo tempo em que reduções significativas de custos eram obtidas, os níveis de satisfação de clientes e funcionários melhoravam. A análise dos custos mais significativos sob o novo enfoque, permitiu a identificação de novos

procedimentos alternativos os quais reduziram fortemente os custos por paciente sem afetar a satisfação dos médicos, pacientes e seus familiares.

2.3.2 Lawrence Hospital

Publicado no Journal of Hospital Quality, o artigo *“The Role and Application of the Balanced Scorecard in Healthcare Quality Management”* de Castañeda-Méndez et al. (1998) procura demonstrar a importância e aplicabilidade dos conceitos apresentados pelo *Balanced Scorecard* (BSC) na administração hospitalar. Iniciando com as idéias básicas de Kaplan e Norton e de como estas poderiam ser adaptadas às peculiaridades da área de saúde, os autores apresentam neste artigo a experiência do Lawrence Hospital, instituição americana sem fins lucrativos com 280 leitos, com a implantação do BSC.

Segundo os autores, as instituições de saúde possuem três categorias interdependentes de valor: negócio (financeira), funcionários (processos internos) e pacientes (clientes). Cabe a estas identificar onde e como podem agregar valor a cada uma destas categorias e desenvolver métricas (indicadores) que permitam a mensuração do desempenho e o equilíbrio entre as três. A quarta perspectiva do BSC de Kaplan e Norton, aprendizado e crescimento, poderia ser incluída em uma ou mais das três categorias de valor.

Em 1992, com o apoio do conselho curador do hospital, iniciou-se um programa de qualidade total que envolveu os diversos níveis da organização. Anos mais tarde, a alta administração decidiu elaborar um plano estratégico para os cinco anos seguintes e um grupo de funcionários, liderados pelo presidente e vice-presidente dos setores de enfermagem e qualidade, foi encarregado de iniciar os debates sobre como desenvolver um BSC que favorecesse a definição das ações táticas necessárias, tendo em vista o plano estratégico estabelecido.

Num primeiro momento, com foco nos processos administrativos dos serviços clínicos, o grupo procurou identificar que mudanças no comportamento, desempenho e na percepção de terceiros eram necessárias para alcançar os objetivos do plano estratégico. Para tanto, comparou um levantamento da situação atual com a desejada.

Em seguida, buscando responder como mudanças de comportamento afetariam o valor adicionado a funcionários, pacientes e ao negócio, passaram a identificar os possíveis indicadores do BSC.

A partir dos indicadores selecionados, o grupo passou a estabelecer as ações táticas. Especificando, além da ação propriamente dita, os responsáveis pela mesma, quando esta deveria ser tomada e os motivos pelos quais esta seria necessária.

Ao final do artigo, não fica claro se os resultados obtidos pelo Lawrence Hospital foram satisfatórios. No entanto, parece ter agradado aos autores o caminho e metodologia empregados na implantação. Principalmente, ao identificar como fator crítico, no qual todos os indicadores deveriam estar focados, a modificação do comportamento/ atitude dos participantes.

2.3.3 Aplicação do *Balanced Scorecard* em Hospitais Canadenses

Segundo Chan e Ho (2000), durante muito tempo o governo Canadense procurou ser bastante generoso na alocação de recursos ao setor de saúde, de modo corresponder às expectativas de sua população, que notadamente atribui grande importância ao sistema de saúde pública. No entanto, esta política governamental vem apresentando mudanças desde os anos 90. Não apenas as verbas para a área de saúde foram reduzidas, como também uma maior cobrança sobre a aplicação das mesmas foi exercida sobre as instituições.

Como conseqüência desta mudança de atitude do governo, Chan e Ho (2000) notaram que os administradores deste setor passaram a buscar na implementação de novas técnicas e ferramentas de gestão um caminho para a solução das dificuldades financeiras de suas instituições, sem perda do nível de qualidade esperado pela população.

O *Balanced Scorecard* tem sido uma das novas experiências adotadas pelos administradores de hospitais no Canadá. No entanto, Chan e Ho, professores das universidades McMaster e Niagara, respectivamente, observaram que praticamente nenhuma análise científica sobre o uso desta ferramenta em organizações de saúde canadenses tinha sido realizada. Assim sendo, decidiram realizar uma ampla pesquisa com administradores de hospitais das províncias de língua inglesa no Canadá cujo objetivo principal era identificar o conhecimento destes sobre o modelo, o perfil dos hospitais que adotaram ou estavam por adotar a ferramenta e as experiências vivenciadas por estas organizações no processo de implementação do *Balanced Scorecard*.

Questionários foram enviados para 555 organizações de saúde das províncias de língua inglesa no Canadá, escolhidas aleatoriamente, das quais 121 responderam. Dentre os principais resultados apurados por esta pesquisa podemos destacar:

- a) Quanto ao conhecimento dos administradores sobre o modelo – 80% dos administradores já tinham ouvido falar do BSC;
- b) Quanto ao perfil dos hospitais que adotaram ou estavam por adotar o modelo – 35% das organizações que responderam o questionário tinham adotado o *Balanced Scorecard*, com uma predominância de grandes hospitais ligados a instituições de ensino; e

c) Quanto às experiências dos que já tinham implementado o *Balanced Scorecard*, Chan e Ho (2000) destacaram os seguintes pontos críticos:

- Fatores que contribuem para o sucesso
 - Comprometimento da alta administração e do *staff* clínico;
 - Facilidade na apuração dos dados; e
 - Suporte da infra-estrutura da organização, especialmente com o sistema de informação e no treinamento dos funcionários.

- Fatores que podem levar ao fracasso
 - Falta de comprometimento da administração com o projeto;
 - Falta de conhecimento da ferramenta; e
 - Dificuldade na definição e medição dos indicadores de performance.

2.3.4 Avaliação do Desempenho em Instituições de Saúde

Em mais um artigo sobre o tema, este publicado em 1999 na revista *Quality Digest*, Castañeda-Méndez enfatiza a necessidade urgente das instituições de saúde aprimorarem seus sistemas de avaliação de desempenho. Como resultado de suas pesquisas sobre a utilização do *Balanced Scorecard* (BSC) nestas organizações, o autor identifica falhas significativas na seleção dos indicadores, parte considerada crítica por ele para o sucesso da ferramenta, e apresenta sugestões para evitar estas falhas.

Segundo Castañeda-Méndez (1999), “muitas organizações estão falhando ao desenvolver as relações de causa e efeito entre os componentes estratégicos e, conseqüentemente, acabam gerando apenas listas de estratégias e metas como se estas fossem independentes umas das outras.” Para evitar este grave

erro, o autor sugere que os responsáveis pela implementação do modelo se orientem por quatro regras práticas:

- a) Definir projetos (iniciativas práticas) para cada objetivo estratégico, determinar formalmente os recursos necessários e comunicar adequadamente os projetos aos funcionários;
- b) Definir indicadores para avaliação de tempo, qualidade e custo dos processos. Para contornar a usual dificuldade na definição dos indicadores de qualidade, iniciar a tarefa pela elaboração dos objetivos de cada etapa dos processos;
- c) Implantar um sistema de informação que permita ao usuário alterar, com facilidade, os indicadores do BSC; e
- d) Testar sistematicamente a validade dos indicadores selecionados quanto à relação de causa/efeito.

2.3.5 Implantação do *Balanced Scorecard* no Peel Memorial Hospital

Artigo publicado na revista *Hospital Quarterly*, "*The Balanced Scorecard Solution at Peel Memorial Hospital*" foi elaborado a partir do estudo de Bruce Harber (1998) sobre a implementação do BSC durante sua gestão no Peel Memorial (PMH), um dos hospitais canadenses que, devido às dificuldades financeiras provocadas pelos cortes governamentais durante os anos 90, decidiu testar e adaptar novas práticas de gestão em instituições da área de saúde.

Além dos problemas causados pelas mudanças na política governamental canadense para o setor de saúde, Harber destaca a falta de conhecimento das diretrizes estratégicas básicas por parte dos funcionários do Peel Memorial

Hospital (PMH) como um dos fatores que motivaram a administração a adotar o *Balanced Scorecard* na organização.

As respostas que o modelo de Kaplan e Norton apresentavam para estas questões levaram os administradores a acreditar que este modelo seria uma boa opção para a cultura organizacional do PMH.

O processo de implementação iniciou-se pela aplicação da matriz de SWOT para identificar os pontos fortes e fracos do hospital. Ainda nesta fase inicial do processo, foram identificadas as diretrizes estratégicas e seis categorias do negócio e como elas se relacionavam entre si.

Na fase seguinte, iniciaram o delicado processo de estabelecer os indicadores de performance. Harber (1998) observa que “muito embora a maioria destes indicadores já estivessem disponíveis, uma análise criteriosa foi necessária para assegurar que os escolhidos estivessem alinhados com os objetivos estratégicos desejados”. Neste processo, observou-se a necessidade de rejeitar indicadores que:

- a) Não induziam qualquer mudança no desempenho;
- b) Não permitiam atribuição de responsabilidade; ou
- c) Eram de difícil mensuração ou interpretação dos seus resultados.

Como qualquer tentativa de mudança no comportamento de uma organização, a implantação do BSC depende da capacidade da liderança executiva em mobilizar os demais funcionários para a mudança. Para conseguir que a idéia fosse absorvida e ganhasse o comprometimento de todos os setores e níveis do Peel Memorial Hospital, tornou-se necessário uma ampla divulgação por parte da alta administração sobre as razões que levaram à implantação deste modelo, seus benefícios e envolvimento esperados. Harber (1998) destaca em seu artigo a elaboração de um manual sobre o *Balanced Scorecard* e a

utilização de um *software* específico como algumas das iniciativas adotadas pelo PMH para auxiliar a alta administração nesta tarefa.

Harber (1998) encerra seu artigo apresentando alguns dos primeiros benefícios atribuídos ao BSC e algumas sugestões para hospitais que estão considerando a possibilidade de aplicar o modelo, dentre os quais pode-se destacar:

a) Benefícios percebidos

- Melhora nos indicadores de satisfação dos clientes. A avaliação positiva dos pacientes aumentou de 89% para 95%;
- Melhora na tomada de decisão sobre investimentos/ alocação de recursos;
- Maior comprometimento dos funcionários com as iniciativas da administração. O nível de participação dos funcionários nas pesquisas de satisfação passou de 33% para 75%.

b) Sugestões a futuros usuários

- Não delegar a responsabilidade pela implantação e acompanhamento do BSC a uma única pessoa. O projeto deve ser responsabilidade de toda a alta administração;
- Testar as relações de causa e efeito entre os elementos estratégicos;
- Implantar um sistema de informação de fácil utilização.

2.3.6 Montefiore Medical Center

A experiência do Montefiore Medical Center (MMC) com o *Balanced Scorecard* foi relatada de forma sintética por Kaplan e Norton (2001) como exemplo de aplicação do modelo em organizações de assistência médica e com mais

detalhes no estudo de caso elaborado por Kaplan e Inamdar (2001) para Harvard Business School.

Em 1996, Montefiore Medical Center (MMC) contava com dois hospitais (Montefiore e Einstein), trinta e um postos comunitários de saúde, um centro de saúde domiciliar e um orçamento operacional anual superior a US\$ 1 bilhão, quando uma combinação de fatores como queda no faturamento, aumento da competição e insatisfação dos pacientes levaram a instituição a uma grave crise financeira. Na esperança de aproveitar sinergias entre os dois hospitais do grupo e, conseqüentemente, obter significativa redução nos custos, a alta administração decidiu pela fusão administrativa destas duas unidades e convidou Elaine Brennan, então diretora do setor de enfermagem, para assumir a vice-presidência do MMC e liderar o processo de fusão e enfrentar a crise financeira e operacional instalada.

A fusão dos hospitais permitiu uma redução significativa no número de funcionários, inclusive de nível gerencial, o que proporcionou imediata economia nos custos administrativos. No entanto, verificou-se também um aumento no estresse e na rotatividade dos funcionários. A significativa redução do quadro gerencial (150 cargos gerenciais foram eliminados) aumentou a responsabilidade dos médicos e gerentes remanescentes, criando uma preocupação geral quanto ao risco de queda na qualidade do atendimento. Adicionalmente, observou-se grande dificuldade na consolidação de unidades com culturas tão distintas. Montefiore era um hospital grande e burocrático, enquanto o Einstein era um hospital universitário de pequeno porte.

Não bastasse os problemas gerados pelo choque cultural e redução de funcionários decorrentes do processo de fusão, a economia anual de cerca de US\$ 15 milhões obtida com a fusão não seria suficiente para garantir a sobrevivência da organização no futuro. Sentiu-se, então, a necessidade de trabalhar numa estratégia de longo prazo. Um grupo de trabalho multidisciplinar

foi montado com este objetivo e acabou por formular uma nova estratégia para a organização:

- a) Desenvolver a capacidade de oferecer à população local um amplo atendimento médico; e
- b) Desenvolver centros de excelência em determinadas áreas da medicina para atrair pacientes de outras regiões.

Posteriormente, esta estratégia foi desmembrada em quatro temas estratégicos:

- a) Aumentar volume e participação no mercado;
- b) Conciliar corpo clínico e acadêmico;
- c) Investir nas instalações, sistemas e tecnologia; e
- d) Definir e alcançar objetivos.

Segundo Kaplan e Inamdar (2001), a vice-presidente da organização acreditava que “o sucesso de sua administração apenas seria obtido caso todos os funcionários aprendessem a pensar, agir e trabalhar focados nas estratégias estabelecidas.” Em 1998, durante um treinamento na Harvard Business School, ela teve a oportunidade de conhecer algumas experiências com o BSC e identificou nas premissas desta ferramenta um excelente referencial para um sistema de avaliação do desempenho dentro na nova estrutura organizacional.

Com a aprovação da alta administração, um grupo de alto nível foi formado para definir a arquitetura e coordenar a implementação do BSC. Durante seis meses, este grupo se reuniu para aprender e discutir sobre a ferramenta. Depois, auxiliados por uma consultoria externa, construíram um mapa estratégico, onde as relações de causa e efeito pudessem ficar claramente representadas, e desenvolveram objetivos e indicadores para quatro

perspectivas do BSC que melhor se adequassem às novas estratégias estabelecidas para a organização:

a) Inovação e Crescimento

- Participação de mercado;
- Pesquisa entre associados;
- Relação tempo de uso/ vida útil dos equipamentos;
- Percentual das receitas oriundas de novos programas;
- Médicos que encaminham pacientes; e
- Pacientes por médicos que encaminham pacientes.

b) Clientes

- Índices de satisfação;
- Relação reclamações/ agradecimentos; e
- Tempo para primeira consulta.

c) Operacional

- Tempo de permanência;
- Uso apropriado dos leitos;
- Taxa de ocupação: Orçado x Realizado;
- Índice de readmissão;
- Percentual de pacientes de convênios; e
- Tempo dos serviços.

d) Financeira

- Receita por unidade de serviço;
- Custo por unidade de serviço; e
- Unidades de serviço.

3 METODOLOGIA

3.1 Tipo de Pesquisa

Considerando o critério de classificação de pesquisa proposto por Vergara (2000), esta pesquisa enquadra-se como:

- a) Quanto aos fins - exploratória, porque embora o tema já tenha sido alvo de estudos anteriores, ainda há pouca pesquisa sobre a implantação do BSC em organizações brasileiras do setor escolhido pelo autor; e
- b) Quanto aos meios – bibliográfica e, ao mesmo tempo, um estudo de caso pois além de recorrer ao uso de material disponível ao público em geral, como artigos, dissertações e livros publicados, para atingir o objetivo dentro do tempo disponível e no nível de detalhe que esta pesquisa se propõe, o estudo circunscrito a uma única organização foi considerado o mais apropriado.

GIL (1996) considera que as pesquisas exploratórias proporcionam uma visão geral sobre determinado fato. Segundo Vergara (2000), as pesquisas exploratórias são indicadas para situações onde “há pouco ou nenhum conhecimento acumulado e sistematizado, por sua natureza de sondagem, não comporta hipóteses que, todavia, poderão surgir durante ou ao final da pesquisa”.

Definido por Young (In: Gil, 1996) como “um conjunto de dados que descrevem uma fase ou a totalidade do processo social de uma entidade, em várias relações internas e nas suas fixações culturais”, o estudo de caso segundo Yin (2001) contribui para o conhecimento do fenômeno organizacional e tem sido utilizado em diversas áreas, como administração, sociologia e psicologia. Permitindo uma visão das características significativas de eventos, tais como os processos organizacionais e gerenciais.

A essência de um estudo de caso, segundo Yin (2001), é esclarecer decisões ou grupo de decisões, por que elas foram tomadas, como elas foram implementadas e que resultados foram obtidos.

As razões de sua escolha baseiam-se, fundamentalmente, no interesse do autor em estender as pesquisas elaboradas por Soares Júnior (2003) e Pessanha (2004) sobre a implementação do *Balanced Scorecard* a outros setores da economia brasileira. Ambos concentraram seus estudos em grandes empresas privadas com atuação nos setores industrial e financeiro brasileiro.

3.2 Organização Pesquisada

Dentre os poucos hospitais brasileiros que identificamos terem trabalhado de alguma forma com as idéias do *Balanced Scorecard* de Kaplan e Norton, selecionamos o Hospital Monte Sinai, localizado em Juiz de Fora, Minas Gerais, pela maturidade de sua experiência com o BSC e pela abertura proporcionada pela administração da entidade para a realização das entrevistas.

3.3 Coleta dos Dados

Além das entrevistas, o desenvolvimento deste trabalho contou com instrumentos como a pesquisa bibliográfica, onde através da revisão de artigos, dissertações e livros buscou-se conhecer as teorias e práticas desenvolvidas sobre o tema no Brasil e no exterior com o objetivo de relacioná-las com o objeto desta pesquisa.

Ainda sobre as entrevistas, vale destacar que o autor optou pela realização de entrevistas semi-estruturadas com funcionários envolvidos diretamente no projeto do BSC, onde os pontos de particular interesse do entrevistador foram

listados de modo permitir a coleta de dados na profundidade necessária à execução desta pesquisa, sem correr o risco de que pontos importantes identificados na revisão da literatura deixassem de ser cobertos nas entrevistas, uma vez que a comparação entre o modelo teórico e o efetivamente implementado é exatamente um dos principais pontos que esta pesquisa deseja analisar. As entrevistas foram realizadas no primeiro trimestre de 2005, com Stela Melquiades, Coordenadora de Planejamento e Marketing, e Dra. Helidéa Lima, Diretora de Qualidade e Sócia do Hospital Monte Sinai.

3.4 Limitações da Pesquisa

Decorrente da própria natureza das pesquisas classificadas como estudo de caso, a principal limitação desta está na impossibilidade de aplicação das conclusões nela obtidas a outras organizações, mesmo que similares à selecionada para este trabalho.

Além disto, opiniões e percepções dos entrevistados tomadas como base para esta pesquisa podem ter sido influenciadas pelo profundo envolvimento dos mesmos com o processo de implementação e gerenciamento do *Balanced Scorecard* na organização selecionada para este estudo, existindo o risco de que pontos fracos e fortes observados tenham sido sub e/ou supervalorizados, respectivamente.

4 PESQUISA DE CAMPO - HOSPITAL MONTE SINAI

4.1 Apresentação da Organização

Inaugurado em Março de 1994, o Hospital Monte Sinai foi constituído por um grupo de médicos, com o objetivo de criar um hospital geral que proporcionasse à região serviços de alta qualidade e acesso aos mais modernos equipamentos disponíveis no mercado. Localizado em Juiz de Fora, cidade de porte médio (aproximadamente 500 mil habitantes), distante 180 Km da cidade do Rio de Janeiro, e principal cidade da zona da mata do estado de Minas Gerais, o Hospital Monte Sinai conta atualmente com 90 sócios quotistas, todos médicos; 146 leitos, incluindo 28 em suas unidades de tratamento intensivo; e cerca de 1.300 colaboradores, sendo aproximadamente 700 médicos, entre conveniados e associados, e 500 funcionários próprios e terceirizados para suporte dos setores administrativos e de enfermagem.

Em 2003, como parte de um planejamento de longo prazo, foram iniciadas as obras do projeto de expansão da estrutura física do HMS. A primeira fase das obras será concluída ainda em 2005 e adicionará 16.500 m² para abrigar as novas instalações da maternidade, berçário, UTI neonatal e setor de internações. Em 2007, quando totalmente concluído o projeto de expansão, dos atuais 146 leitos, distribuídos por 16.000 m² de área construída, o Hospital passará a contar com 71.000 m² e o dobro do número atual de leitos.

Além dos investimentos em infra-estrutura, para conquistar a preferência do seu público-alvo e tornar-se uma referência regional no atendimento hospitalar, o Monte Sinai vem realizando investimentos em treinamento, sistemas de informação e programas de gestão. Como resultado destas iniciativas, a administração do hospital destaca a conquista de diversos prêmios regionais de qualidade (Top Quality, Excelência no 5 S, Juiz de Fora de Qualidade e Produtividade) e a certificação recebida em 2003 pela Organização Nacional de Acreditação (ONA), instituição especializada na aferição da qualidade dos serviços de assistência médica com base em normas e critérios internacionais.

O Hospital Monte Sinai foi a primeira organização do setor de saúde em Juiz de Fora a implantar um modelo de gestão pela qualidade e o primeiro hospital do estado de Minas Gerais (16º no Brasil) a receber a certificação da ONA.

O desenvolvimento de programas de qualidade criou as bases necessárias, como a mobilização de médicos e funcionários para a mudança da cultura organizacional, para que o Monte Sinai se tornasse também pioneiro na implementação de ferramentas de administração estratégica. Pelas informações recebidas durante a execução deste estudo, o Hospital Monte Sinai tenha foi a primeira organização do setor de saúde em Minas Gerais a implementar o *Balanced Scorecard* como sistema de gestão da estratégia e, seguramente, está entre os hospitais brasileiros com mais experiência no uso do modelo no país.

4.2 Objetivos do Projeto BSC

Com o suporte de um consultor externo, a diretoria da organização vinha trabalhando com planejamento estratégico desde 1997. No entanto, este trabalho era nitidamente subutilizado. Discutia-se estratégia uma vez a cada dois anos em *workshops*, realizados em um hotel fazenda, com duração de dois ou três dias e a participação de um pequeno grupo formado apenas pelos principais executivos, onde normalmente limitava-se apenas a verificar se os objetivos estratégicos estabelecidos no evento anterior tinham ou não sido atingidos. Havia consenso na importância de estabelecer estratégias de longo prazo para a organização, mas não existia uma avaliação sistematizada da relação entre o desempenho apurado no período e as estratégias estabelecidas, nem sequer uma plano formal definindo as ações necessárias para que os objetivos estratégicos fossem alcançados.

Como na maioria das organizações de saúde, o Hospital Monte Sinai já contava na época com diversos indicadores, desde os financeiros tradicionais (receita bruta, lucro líquido, EBITDA, ROI, faturamento por tipo de atendimento,

custo da diária de internação, etc) até os não-financeiros oriundos de diversos projetos de qualidade operacional desenvolvidos no passado (índice de satisfação dos clientes, número de aparições positivas na mídia, duração média de consultas, taxa de ocupação, horas-homem de treinamento, tempo médio de internação, relação pessoal-leito, absenteísmo, rotatividade de pessoal, etc). Porém pouca ou nenhuma informação adicional era disponibilizada de modo a permitir uma análise acurada destes dados e não existia uma preocupação em verificar a relação destes indicadores com as diretrizes estratégicas da organização.

Outro aspecto interessante, que levou os administradores a reconhecer a necessidade de mudanças na gestão do hospital, foi a percepção, por alguns membros da diretoria, de que a importância delegada aos indicadores financeiros na tomada de decisão era excessiva e incoerente com os objetivos de longo prazo estabelecidos pelo planejamento estratégico da organização. Mesmo para uma diretoria formada apenas por médicos, havia um sentimento de que a análise do desempenho baseada fortemente nos resultados financeiros poderia comprometer os resultados futuros do Monte Sinai.

O processo de tomada de decisão também se apresentava cada dia mais conflituoso por conta do formato utilizado na constituição do Monte Sinai. Para viabilizar a construção e aparelhamento do hospital, além dos sócios, todos médicos, nas mais distintas especialidades e com responsabilidades e remuneração atreladas às suas respectivas áreas de atuação (unidades), os direitos de exploração de alguns setores do hospital, como o centro de diagnóstico por imagem e o laboratório de análises clínicas, foram totalmente transferidos a terceiros (médicos sem quotas de participação no hospital).

Interessante no primeiro momento, por facilitar o financiamento do projeto, este formato acabou criando um ambiente propício à formação de ilhas de interesse dentro da mesma organização, onde cada grupo de sócios ou parceiros tende a buscar o melhor para a sua unidade, sem preocupar-se muito com os

reflexos de suas decisões à organização como um todo. Ou, ainda, o hospital como um todo pode se ver prejudicado pelo desempenho insatisfatório de um dos setores cedidos a terceiros, sem que a administração geral do HMS possa intervir diretamente no problema. O falecimento, por exemplo, de um dos parceiros (médicos sem quotas de participação no hospital) permitiu a entrada de profissionais sem a devida qualificação para tal setor, prejudicando o bom desempenho dos demais setores e exigindo uma complexa negociação entre os sócios quotistas e os novos administradores deste setor.

Neste contexto, o consultor externo contratado para apoiar os administradores e sócios quotistas no planejamento estratégico, indicou o *Balanced Scorecard* de Kaplan e Norton como uma ferramenta que poderia auxiliar a liderança executiva a combater os problemas com a administração estratégica mencionados nas discussões. Textos técnicos desenvolvidos pela própria consultoria e os dois primeiros livros de Kaplan e Norton sobre o tema foram distribuídos aos diretores, que após analisar e discutir os principais conceitos da ferramenta aprovaram a implementação da mesma no Hospital Monte Sinai.

4.3 Processo de Implementação

4.3.1 Atividades Preparatórias

No segundo semestre de 2002, com a aprovação da alta administração, o projeto de implementação do *Balanced Scorecard* no Hospital Monte Sinai foi rapidamente iniciado com a formação de uma equipe interna multidisciplinar, posteriormente denominada Comitê de Planejamento, composta por seis líderes formais (diretores e gerentes) que, sob a orientação do consultor externo, assumiu a responsabilidade pela liderança do projeto.

Ainda numa fase preliminar, de estruturação do projeto, o consultor externo realizou entrevistas com a alta administração para verificar se as diretrizes estratégicas definidas no último ciclo de planejamento precisavam ser revisadas. De posse das respostas obtidas nestas entrevistas, o consultor se reuniu com o Comitê de Planejamento para discutir os resultados apurados e programar as demais atividades da fase inicial, consideradas preparatórias para o primeiro *workshop* de planejamento estratégico com aplicação dos conceitos do BSC de Kaplan e Norton.

Como resultado dos vários anos de trabalho com planejamento estratégico, a missão e os valores da organização já encontravam-se definidos e consolidados:

- a) **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“;
- b) **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; e
- Progresso - otimizar a geração de recursos financeiros, compatíveis com os objetivos de desenvolvimento da instituição e de remuneração do capital investido.”

Observou-se, apenas, a necessidade de uma atualização da **visão de futuro** da organização que foi modificada para: “ser referência regional, com reconhecimento em nível nacional, destacando-se pela excelência na prestação de serviços de saúde” e reflete a expectativa e compromisso da administração com o crescimento do hospital no período de 2003 a 2006.

Na seqüência deste trabalho, o consultor externo enviou apostilas sobre gestão estratégica e questionários desenvolvidos pela própria consultoria aos seis membros do Comitê de Planejamento para que estes pudessem fazer uma reflexão prévia sobre os objetivos estratégicos, tendências ambientais, oportunidades e ameaças relacionadas ao hospital como um todo e mais especificamente ao setor de cada membro. O Comitê de Planejamento se reuniu por algumas vezes para discutir estes temas e iniciar a identificação das partes interessadas e suas necessidades (objetivos), tendências, cenários, oportunidades e ameaças relacionadas ao negócio.

Encerrando esta fase preparatória, o consultor externo efetuou a compilação dos dados obtidos a partir das entrevistas com a alta administração e dos questionários e análises efetuadas pelo Comitê de Planejamento, e, em conjunto com a direção, agendou um *workshop* de dois dias fora das instalações do hospital.

4.3.2 Formulação da Estratégia

Em Outubro de 2002, com a participação de aproximadamente 30 pessoas consideradas chaves pelo comitê de planejamento, foi realizado o primeiro *workshop* de planejamento estratégico orientado pelos conceitos do BSC. Dentre os participantes, encontrava-se toda a liderança do hospital, liderança esta composta tanto por líderes formais (nove diretores e seis gerentes), quanto informais (funcionários que mesmo sem cargo de chefia foram identificados como pessoas chave dentro de seus respectivos setores pela capacidade de mobilização dos demais funcionários) e representantes de outras partes interessadas, como administradores dos setores terceirizados e médicos sem vínculo empregatício.

Neste *workshop*, consultor e comitê de planejamento apresentaram um resumo do trabalho desenvolvido até então e abriram o debate para validação da missão, valores e visão de futuro elaboradas na fase preparatória. Obtido o consenso neste item, as declarações sugeridas pelo comitê foram ratificadas e o grupo deu seqüência ao processo de formulação das estratégias.

Com base nos resultados levantados a partir dos questionários e nas análises preliminares efetuadas pelos membros do Comitê de Planejamento, os participantes do *workshop* elaboraram uma matriz SWOT e desenvolveram o primeiro mapa estratégico do Monte Sinai.

4.3.3 Elaboração do Mapa Estratégico

Neste primeiro mapa, elaborado para o ano de 2003, além das tradicionais quatro perspectivas sugeridas por Kaplan e Norton: Financeira; Clientes (Mercado e Clientes); Processos Internos (Tecnologia e Processos) e Aprendizado e Crescimento (Pessoas), optou-se pela adição de uma quinta perspectiva, Responsabilidade Social.

Na época, o hospital atravessava um período difícil no relacionamento com a comunidade em seu entorno. Construído fora da região central e mais desenvolvida da cidade, o Hospital Monte Sinai foi fisicamente cercado por uma comunidade carente de assistência médica e sem condições financeiras de acesso a um hospital privado. Atos hostis a funcionários e clientes começaram a demonstrar o descontentamento da população com a situação e por acreditar que estabelecendo uma perspectiva específica estariam refletindo melhor a ênfase entendida como necessária para os interesses desta comunidade com o hospital, decidiu-se pela adição desta quinta perspectiva (Responsabilidade Social), onde objetivos, iniciativas e métricas relacionados foram selecionados.

Como resultado deste enfoque, iniciativas selecionadas no mapa estratégico foram implementadas e contribuíram para uma maior interação do HMS com a comunidade. O projeto “Portas Abertas”, por exemplo, permite a visita da população às instalações do Hospital e oferece, em parceria com grupo de voluntários do HMS e organizações não-governamentais, palestras e cursos de capacitação profissional, qualidade de vida e promoção da saúde.

Posteriormente, observou-se que os interesses da comunidade poderiam ser bem representados dentro da perspectiva dos Clientes, que no Monte Sinai foi denominada de “Mercado, Clientes e Sociedade” e inclui os interesses de pacientes, seus familiares, médicos, planos de saúde e os interesses da sociedade, particularmente da comunidade no entorno do hospital. Dessa forma, os mapas de 2004 e 2005 passaram a contar com apenas as quatro perspectivas básicas sugeridas por Kaplan e Norton.

Dra. Helidéa Lima, Diretora de Qualidade e membro do Comitê de Planejamento, considerou o mapa estratégico um elemento essencial no processo de implementação do BSC no HMS. A representação visual dos objetivos estratégicos e seus fatores críticos distribuídos pelas perspectivas do negócio, assim como a inter-relação entre estes componentes, permitiu que a

estratégia fosse mais facilmente assimilada pelos funcionários, contribuindo para a mobilização dos mesmos ao projeto e facilitando a definição dos indicadores de desempenho e iniciativas estratégicas.

Definidos pela organização como “um componente simplificado (parcial) da estratégia, diretamente relacionado a uma das perspectivas do negócio”, os objetivos estratégicos são identificados durante o *workshop* anual e apresentados no mapa estratégico dentro de retângulos.

Para cada objetivo estratégico procura-se identificar um ou mais Fatores Críticos de Sucesso. Como Fatores Críticos de Sucesso (vetores críticos), a organização considerou as restrições que precisavam ser combatidas ou capacidades que deveriam ser desenvolvidas para que os objetivos estratégicos pudessem ser alcançados. No mapa estratégico estes fatores críticos foram apresentados dentro de elipses de modo a diferenciá-los dos objetivos e conseqüentemente facilitar o entendimento (visualização) da estratégia.

Com um esboço do mapa estratégico em mãos, o grupo inicia uma análise da coerência entre as estratégias definidas e as necessidades dos *stakeholders*. Segundo um dos entrevistados, este procedimento eliminou um grande problema existente no planejamento estratégico anteriormente desenvolvido, quando por muitas vezes foram estabelecidas estratégias que não atendiam os objetivos dos *stakeholders*.

4.3.4 Definição dos Indicadores, Metas e Iniciativas Estratégicas

Para cada objetivo estratégico e fator crítico de sucesso procurou-se identificar indicadores de desempenho que melhor refletissem os resultados esperados com a estratégia estabelecida.

A relação dos indicadores financeiros e não-financeiros, em uso no hospital antes mesmo do projeto BSC, com os objetivos e vetores críticos apresentados no mapa estratégico foi verificada e muitas destas medidas foram aproveitadas. Novos indicadores também foram incorporados. A seleção das medidas de qualidade, por exemplo, foi baseada nos indicadores da Associação Nacional de Acreditação (ONA). No entanto, todos os indicadores utilizados no *Balanced Scorecard* do HMS foram atrelados aos objetivos estratégicos (indicadores resultantes) ou aos fatores críticos (indicadores de tendência). Atualmente, o BSC do hospital trabalha com 87 indicadores, sendo 22 na perspectiva financeira (25%), 18 na de clientes (21%), 28 em processos internos (32%) e 19 em Aprendizado e Crescimento (22%).

As metas, tanto para os indicadores resultantes, quanto os de tendência, foram definidas com base nas séries históricas do próprio hospital e/ou métricas estabelecidas por organizações reguladoras dos serviços de saúde.

Para eliminar ou minimizar as restrições representadas pelos fatores críticos, planos de ação e projetos estratégicos, também chamados de iniciativas estratégicas, foram elaborados e analisados. Os projetos aprovados pela diretoria são atrelados ao orçamento da organização, de modo a garantir os recursos financeiros necessários à execução dos mesmos. Como exemplo, um de nossos entrevistados citou a implantação de um sistema de controle de custos operacionais realizada durante o ano de 2003. No mapa daquele ano, foi identificado como fator crítico a inexistência de controle de custos por unidade de negócio. Para vencer esta restrição o projeto de implantação de um novo sistema contábil foi apresentado à diretoria como uma iniciativa estratégica necessária.

Além dos planos de ação, todos os indicadores e metas selecionados durante as reuniões do comitê de planejamento e demais lideranças são apresentadas e validadas pela alta administração.

4.4 Divulgação e Acompanhamento dos Resultados

Os resultados apurados pelo *Balanced Scorecard* são divulgados mensalmente através de assembleias setoriais³, jornal interno, *intranet* e memorandos, chamados de “Gestão à Vista”, fixados nos quadros de aviso espalhados pelos corredores do hospital.

Adicionalmente, mesmo que de forma seletiva, os funcionários têm acesso aos resultados e outras informações sobre o *Balanced Scorecard* através do *software* adquirido especialmente para controlar a mensuração do desempenho. Além de comunicar a estratégia pela representação visual do mapa estratégico, este sistema funciona como banco de dados sobre o desempenho da organização e fonte de informações para a tomada de decisões dos administradores e a remuneração variável dos funcionários. A análise dos resultados pode ser atualizada e disponibilizada em tempo real para os funcionários selecionados, apoiando o aprendizado destes no uso da ferramenta e na própria gestão estratégica. Na opinião dos entrevistados a aquisição do *software* contribuiu de forma significativa para o sucesso do projeto. Segundo Dra. Helidéa Lima, este “alavancou o BSC na instituição”, ao viabilizar o difícil e importante processo de monitoramento e redirecionamento dos objetivos, indicadores e metas.

As análises dos resultados do sistema servem também de base para o acompanhamento formal dos resultados apurados pelo *Balanced Scorecard*, realizado através de reuniões mensais. Primeiro, os funcionários de cada setor se reúnem com o respectivo gerente (assembleias setoriais) para avaliar os resultados obtidos pelo respectivo setor, problemas encontrados, analisar o andamento dos planos de ação e propor sugestões de melhoria. Posteriormente, estes gerentes, em reunião com a diretoria, analisam os resultados de todas as perspectivas, apresentam explicações para os

³ Reuniões dos funcionários de cada setor realizadas mensalmente com seus respectivos supervisores e gerentes para analisar o desempenho do setor.

problemas encontrados e sugestões para possíveis soluções. Estas reuniões servem de canal para o desejável *feedback* dos níveis mais baixos para os mais altos da organização.

4.5 Benefícios Percebidos

Como toda iniciativa que proponha mudanças na cultura de uma organização, um projeto de *Balanced Scorecard* necessita de um considerável período de tempo para que os resultados possam ser bem avaliados e a alta administração do Hospital Monte Sinai tem consciência disso.

De toda forma, ao serem questionados sobre os principais benefícios percebidos após os três anos de trabalho com a ferramenta, os entrevistados destacaram os seguintes pontos:

- a) Melhora no processo de tomada de decisão, com a redução de conflitos e maior equilíbrio entre indicadores financeiros e não-financeiros;
- b) Importante indutor de mudança na cultura da organização;
- c) Implantação do programa de participação dos funcionários nos resultados da empresa (PPR), que contribuiu para o aumento do comprometimento dos funcionários com os resultados;
- d) Maior integração do planejamento estratégico com os controles gerenciais e operacionais, transformando-o em processo contínuo e com o envolvimento de todos os funcionários;
- e) Melhora considerável na qualidade do atendimento aos clientes; e
- f) Desenvolvimento da tecnologia da informação do hospital.

A utilização do BSC como referencial para a tomada de decisão sobre desembolsos do hospital com investimentos e despesas deu foco às reuniões da diretoria, reduzindo conflitos e tempo gasto pelo executivos no processo. Atualmente, existe consenso entre os diretores de que a aprovação de qualquer desembolso significativo passa necessariamente por uma análise da sua relação com as diretrizes estratégicas estabelecidas pelo BSC.

Assim sendo, antes de submeter qualquer solicitação à apreciação da diretoria, o solicitante verifica a validade do desembolso em relação ao BSC sob pena de ter seu pleito vetado antes mesmo de totalmente apresentado. Esta medida contribuiu para evitar a influência emocional e/ou política no processo de tomada de decisão.

Segundo a percepção dos entrevistados, a implantação do BSC ainda não proporcionou um equilíbrio pleno entre objetivos de curto e longo prazos, entre métricas financeiras e não-financeiras. Os indicadores financeiros ainda têm o peso mais forte na avaliação do desempenho e tomada de decisão, mas seguramente muito menor que o do passado. Constitui-se, assim, um avanço considerável sobre o ambiente anterior.

A capacidade do modelo, como indutor de mudanças na cultura organizacional, também foi destacada pelos entrevistados. Como exemplo, citaram a mudança na crença dos administradores de que as estratégias deveriam ser de conhecimento de apenas um seleto grupo, normalmente representantes da alta administração do hospital. Após conhecerem os conceitos do *Balanced Scorecard* e colherem os primeiros frutos com ele, compreenderam a importância da divulgação das estratégias para todos os membros da organização, como forma de maximizar as chances desta atingir os objetivos esperados.

Esta mudança de paradigma, somada à implantação do plano de participação dos funcionários nos resultados (PPR) e outras iniciativas decorrentes da

implementação do BSC criaram condições para o desenvolvimento de uma gestão mais participativa, onde os líderes setoriais e demais funcionários passaram a se sentir mais envolvidos com a administração do hospital e comprometidos com seus resultados.

A implantação de um plano de remuneração variável (PPR) atrelado aos resultados apurados pelo BSC e a opção dos administradores pelo pagamento de um mesmo valor para todos os funcionários, independente do setor e nível hierárquico, caso a organização como um todo alcance suas metas, evitou um acirramento nos conflitos entre unidades funcionais e conseguiu atrair a atenção os funcionários, inclusive os de menor grau de instrução, para o BSC e, conseqüentemente, para os resultados do hospital.

Como exemplo concreto destas mudanças, Dra. Helidéa Lima, uma das entrevistadas, citou a iniciativa de um funcionário que ao observar que os gastos administrativos estavam acima da meta estabelecida, sugeriu em uma das assembléias setoriais que o uso dos telefones pelos funcionários fosse permitido apenas mediante digitação de senha e que, ao final de cada mês, um relatório de utilização por funcionário fosse enviado ao supervisor dos mesmos. Como resultado desta simples sugestão, os custos com telefonia caíram cerca de 50%, um mês após a implementação da medida.

Outro benefício destacado pela entrevistada foi a capacidade do BSC de transformar a estratégia em um processo contínuo. O *software* adquirido especificamente para organizar e compartilhar as informações do BSC foi considerado, pela entrevistada, como fundamental neste processo. A visualização do desempenho da organização em relação à estratégia estabelecida tornou-se uma tarefa bem menos complicada, facilitando análises freqüentes e ajustes. A percepção de que o planejamento estratégico não era colocado em prática incomodava boa parte dos diretores e foi um dos principais fatores que motivaram os administradores a buscar no BSC uma solução para o problema.

Com a implementação do BSC e do sistema de informação, a quantidade e qualidade do tempo gasto pela administração com a estratégia da empresa foi consideravelmente ampliado. As discussões sobre a estratégia do hospital, que antes eram realizadas uma vez a cada dois anos em *workshops* com a participação de um pequeno grupo, com a implementação do modelo, passaram a ser mensais e contar com o envolvimento de todos os funcionários.

No processo de construção do BSC, deficiências na área de tecnologia da informação foram identificadas como fatores críticos que impediam ou dificultavam o alcance de certos objetivos estratégicos, o que justificou a aprovação, em orçamento, dos recursos necessários à implantação ou atualização de importantes programas, como o novo sistema contábil, a *intranet* e *software* que gerencia o próprio BSC.

5 CONCLUSÃO

Esta dissertação descreve a experiência do Hospital Monte Sinai com a implantação do *Balanced Scorecard* como ferramenta de gestão, destacando as motivações que levaram a direção a optar por este modelo, os processo de implementação, divulgação e acompanhamento dos resultados e os benefícios, decorrentes da adoção da ferramenta, observados até o momento.

Adicionalmente, buscou-se comparar e analisar as diferenças com as experiências de hospitais norte-americanos e canadenses que identificamos na literatura recente e verificar se, tendo como referência os cinco princípios destacados por Kaplan e Norton, podemos afirmar que o hospital Monte Sinai tornou-se uma organização orientada para a estratégia após a implementação do *Balanced Scorecard*.

A complexidade administrativa de uma organização de saúde nos dias de hoje exige uma transformação na gestão destas entidades, seja pela contratação de profissionais do mercado ou pela capacitação dos médicos que, com pouco ou nenhum conhecimento administrativo, ainda ocupam os principais cargos administrativos nas organizações do setor. No entanto, as particularidades do setor, notadamente a complexa relação provedor-tomador-pagador dos serviços de assistência médica, não retira do Hospital Monte Sinai a sua condição de empresa privada e conseqüente interesse de remunerar seus proprietários pelo capital investido.

A experiência dos hospitais norte-americanos e canadenses, assim como do brasileiro Monte Sinai, nos leva a acreditar que os conceitos fundamentais do BSC de Kaplan e Norton são válidos e passíveis de aplicação com sucesso nas organizações de saúde, inclusive brasileiras.

Variações no modelo e metodologia de implementação e acompanhamento não desqualificam o modelo. Muito pelo contrário, enriquecem e potencializam a ferramenta ao adaptá-la às particularidades culturais e do setor.

Dentre as discrepâncias entre o modelo implementado no HMS e o sugerido pela teoria, vale destacar a decisão da liderança executiva do Monte Sinai de partir desde o início do projeto para o desenvolvimento de um *Balanced Scorecard* corporativo, ao invés de iniciar a experiência com um programa-piloto em uma das unidades da organização.

Na opinião de Kaplan e Norton (1997), “dada a diversidade da maioria das empresas, a elaboração de um scorecard em nível corporativo talvez não seja a maneira mais fácil de começar”. Neste mesmo livro, mencionam terem observado, entre os exemplos considerados de sucesso, uma tendência de iniciar a implantação do BSC por uma unidade de negócio da organização sob a forma de um projeto piloto. Tal procedimento reduziria as resistências iniciais à implantação do modelo, pois os recursos humanos e financeiros, necessários para início do projeto, seriam significativamente menores, e permitiria que o aprendizado adquirido com o projeto-piloto fosse transferido a outras unidades, reduzindo conseqüentemente o tempo e custo de implementação da ferramenta.

Dentre os fatores que motivaram os administradores do Hospital Monte Sinai a implementar o BSC, foi a possibilidade deste criar um ambiente favorável à modificação de uma cultura de ilhas de interesse que se formou na organização em decorrência da própria maneira em que esta foi constituída. Neste sentido, o grupo encarregado pelo projeto entendeu que desenvolver apenas um BSC para toda a organização seria muito mais interessante para os objetivos esperados.

Criar *scorecards* para cada unidade do hospital poderia reforçar a indesejável cultura de silos funcionais, dificultando o desenvolvimento de uma identidade

corporativa única, a criação de sinergias entre as unidades capacidade e o próprio atingimento dos objetivos estratégicos da organização como um todo.

Há indícios de que a sugestão de Kaplan e Norton pela utilização de projetos-piloto em unidades de negócios, cuidadosamente selecionadas, antes do desenvolvimento do BSC corporativo decorre do tipo característico das organizações (grande porte e alta complexidade) utilizadas em seus livros e artigos como exemplo na implantação do BSC.

Soares Júnior (2003) também observou esta tendência entre as maiores e mais complexas organizações brasileiras por ele pesquisadas, como Siemens e Gerdau, de optar pela prática de projetos-piloto como forma de gerar aprendizado na metodologia antes iniciar o BSC corporativo.

Alguns dos primeiros benefícios atribuídos ao projeto BSC no Monte Sinai, como o combate à cultura de ilhas de excelência e ao desalinhamento dos interesses das unidades funcionais com os objetivos estratégicos do hospital como um todo, indicam ter sido acertada a opção adotada pela organização. E demonstram que adaptações à realidade do caso não prejudicam os ganhos com o modelo de Kaplan e Norton.

Outra discrepância observada, entre o modelo implementado no HMS e o sugerido pela teoria, foi o número de indicadores selecionados como estratégicos para o HMS. O atual BSC do hospital relaciona 87 indicadores. Com base em suas pesquisas com organizações que implantaram o BSC com sucesso, Kaplan e Norton (2001) acreditam que entre 20 e 25 indicadores distribuídos pelas quatro perspectivas sejam suficientes para a gestão da estratégia de uma organização.

Ainda que não represente uma variação ao modelo teórico, uma vez que os próprios Kaplan e Norton parecem não ter uma opinião formada a respeito, a decisão entre um sistema de incentivos e recompensas individual, coletivo ou

híbrido vale ser destacada. Influenciada, talvez, pela cultura norte-americana, onde a vitória individual tende a ser mais valorizada que a coletiva, a maioria dos exemplos citados por Kaplan e Norton (Cigna, Winterhur, Citicorp, etc) é composta por organizações que desenvolveram sistemas de premiação vinculados ao desempenho individual ou a uma combinação entre desempenho individual e da organização.

No HMS, a decisão dos administradores foi pela implantação de um plano de remuneração por resultados (PPR) que premiasse o grupo pelo desempenho da organização como um todo. Além de possíveis fatores culturais, esta decisão novamente representava a preocupação da alta administração com a formação de silos funcionais e desalinhamento das unidades com a estratégia corporativa. Adicionalmente, esta decisão acabou contribuindo positivamente na usualmente difícil tarefa de conseguir a participação dos funcionários de menor grau de instrução em novos projetos e iniciativas. Como o valor de recompensa distribuído é fixo por funcionário, percentualmente esta remuneração tornou-se mais significativa exatamente para este grupo de funcionários.

Também em linha com as sugestões de Kaplan e Norton, os administradores do hospital objeto deste estudo de caso decidiram pela contratação de uma consultoria para auxiliar o grupo interno encarregado pelo desenvolvimento do projeto BSC. Na verdade, foi o próprio consultor, que há alguns anos assessorava a alta administração no planejamento estratégico do Monte Sinai, quem sugeriu a implantação do *Balanced Scorecard* como solução para a subutilização do trabalho de planejamento estratégico percebida pela maioria dos administradores.

O conhecimento prévio da empresa e de seus administradores pelo consultor externo, os trabalhos anteriores com planejamento estratégico e programas de certificação da qualidade desenvolvidos pelo hospital e a aquisição de um *software* específico para o controle do modelo foram apontados pelos

entrevistados como os grandes facilitadores do processo de implementação e acompanhamento do *Balanced Scorecard* no Hospital Monte Sinai e, conseqüentemente, para o sucesso do projeto.

Nos trabalhos de Soares Júnior (2003) e Pessanha (2004) com grandes empresas dos setores industrial e financeiro da economia brasileira, a contratação dos serviços de uma consultoria externa para auxiliar no processo de implementação do BSC também foi observada na maioria (80%) dos casos estudados em profundidade. Quanto à utilização de sistemas de informação especificamente desenvolvidos para o monitoramento do BSC, não se verificou uma tendência definida.

Apesar do escopo limitado deste estudo de caso, as investigações e contatos realizados no decorrer desta pesquisa apresentam indícios de um grande potencial na aplicação do *Balanced Scorecard* em organizações brasileiras do setor de saúde. A grande participação, aproximadamente 150 pessoas, e o nível das experiências apresentadas no seminário "*Balanced Scorecard* em Organizações de Saúde", realizado no início deste ano pelo SINDRIO com apoio do Senac/RJ, e a iniciativa da filial fluminense do Instituto Nacional de Desenvolvimento e Excelência (INDE) de formar um grupo de alto nível para troca regular de experiências e informações sobre indicadores de desempenho e gestão em saúde, corroboram nossa percepção.

Desta forma, esperamos ter contribuído de alguma maneira para o desenvolvimento de novas pesquisas sobre a aplicação do BSC em organizações de saúde, que pelas experiências observadas, nos levam a acreditar no poder deste modelo de mensuração do desempenho e gestão da estratégia para uma melhor utilização dos escassos recursos disponíveis neste setor, o que, indiretamente, permitiria uma melhora nos serviços de assistência médica em nosso país.

6 BIBLIOGRAFIA

ANTHONY, Robert. Govindarajan, Vijay. **Sistemas de Controle Gerencial**. São Paulo: Atlas, 2001.

ASNOFF, Igor. DECLERCK, Roger. HAYES, Robert. (organizadores). **Do Planejamento Estratégico à Administração Estratégica**. São Paulo: Atlas, 1990.

ATKINSON, Anthony. et al. **Management Accounting**. 2^a ed. New Jersey: Prentice Hall, 1997.

CASTAÑEDA-MÉNDEZ, Kibab. MANGAN, Katherine. LAVERY, Anne M. **The Role and Application of the Balanced Scorecard in Healthcare Quality Management**. Journal for Hospital Quality, Jan/Fev 1998.

CASTAÑEDA-MÉNDEZ, Kibab. **Performance Measurement in Health Care**. Quality Digest, 1999.

CHAN, Yee-Ching. HO, Shih-Jen. **The Use of Balanced Scorecard in Canadian Hospitals**. Advances in Management Accounting, v. 9, 2000.

DRUCKER, Peter. **Sociedade Pós-Capitalista**. São Paulo: Pioneira, 1999.

ECO, Umberto. **Como se Faz uma Tese**. 15^a ed. São Paulo: Perspectiva, 1999.

FERREIRA, Luciana. **Controle Gerencial para Unidades de Negócios**. Dissertação de Mestrado, UFRJ/COPPEAD. Rio de Janeiro, 1999.

GIL, Antônio. **Como Elaborar Projetos de Pesquisa**. 3ª ed. São Paulo: Atlas, 1996.

HARBER, Bruce. **The Balanced Scorecard Solution at Peel Memorial Hospital**. Hospital Quarterly, Verão 1998.

HUNGER, David. WHEELLEN, Thomas. **Gestão Estratégica: Princípios e Práticas**. 2ª ed. Rio de Janeiro: Reichmann & Affonso Editores, 2002.

JÚLIO, Carlos Alberto. SALIBI NETO, José (Organizadores). **Estratégia e Planejamento: Autores e Conceitos Imprescindíveis**. São Paulo: Publifolha, 2002.

KAPLAN, Robert. INAMDAR, Noorein. **Montefiore Medical Center**. Harvard Business School Publishing, Abr 2001.

KAPLAN, Robert. NORTON, David. **A Estratégia em Ação: Balanced Scorecard**. 15ª ed. Rio de Janeiro: Campus, 1997.

_____. **Organização Orientada para a Estratégia**. 4ª ed. Rio de Janeiro: Campus, 2001.

_____. **Mapas Estratégicos – Balanced Scorecard: Convertendo Ativos Intangíveis em Resultados Tangíveis**. Rio de Janeiro: Elsevier, 2004.

LEITÃO, Dorodame. **Administração Estratégica**. Rio de Janeiro: Senai/Petrobras, 1995.

LOBATO, David. et al. **Estratégia de Empresas**. 4ª ed. Rio de Janeiro: Editora FVG, 2005.

MELIONES, Jon. ***Saving Money, Saving Lives***. Harvard Business Review, Nov/Dez 2000.

MINTZBERG, H. **O Progresso da Estratégia**. 3ª ed. Porto Alegre: Bookman, 2001.

MINTZBERG, H. QUINN, J.B. GHOSHAL, S. **The Strategy Process**. New Jersey: Prentice Hall, 1998.

OLIVEIRA, Djalma. **Excelência na Administração Estratégica**. 4ª ed. São Paulo: Atlas, 1999.

PORTER, Michael. **Vantagem Competitiva: Criando e Sustentando um Desempenho Superior**. 3ª ed. Rio de Janeiro: Campus, 1991.

_____. **Competição: Estratégias Competitivas Essenciais**. 3ª ed. Rio de Janeiro: Campus, 1999.

SCHVARZ SOBRINHO, Romeu. **Gestão Orçamentário-Financeira em Entidade Pública**. Dissertação de Mestrado, UFRJ/FACC. Rio de Janeiro, 2004.

TELES, João Pedro. **Administração Estratégica de Hospitais: *Balanced Scorecard* e suas Contribuições**. Dissertação de Mestrado, FGV/EAESP. São Paulo, 2002.

VERGARA, Sylvia. **Projetos e Relatórios de Pesquisa em Administração**. 3ª ed. Rio de Janeiro: Atlas, 2000.

7 ANEXO - ROTEIRO DAS ENTREVISTAS

Parte I – Informações sobre a Implementação do BSC

1. Quais as principais motivações ou objetivos que levaram a direção tomar a decisão de implementar o BSC? De quem partiu a iniciativa: alta, média gerência?
2. Quando o projeto do BSC foi iniciado? Como foi estruturado o processo de implementação?
 - Descrever processo;
 - O projeto foi dividido em fases? Quais? Foi estabelecido um cronograma? Caso disponível, cópia do cronograma seria útil;
 - Alguma unidade do hospital foi selecionada como projeto piloto? Qual? Por que? Um grupo interno foi formado para coordenar o projeto? Que funcionários formaram este grupo? Qual a frequência de reuniões? Alguma consultoria externa foi contratada para apoiar ou coordenar o projeto? Qual? Por que?
3. Qual o status do projeto atualmente? Se foi interrompido, por que?
4. Quais os principais problemas enfrentados no processo de implementação da ferramenta?
5. Durante as reuniões do grupo de implementação, houve muita dificuldade em se obter consenso na definição de objetivos, indicadores e metas entre diferentes grupos funcionais (médicos, enfermeiros, pessoal administrativo)? Conflitos? Exemplificar.

6. Quais as perspectivas utilizadas? Houve necessidade de adicionar e/ou remover alguma das quatro perspectivas sugeridas por Kaplan e Norton (Financeira, Clientes, Processos Internos, Aprendizado e Crescimento)? Quais os objetivos estratégicos (temas estratégicos), indicadores e metas selecionados?
7. Foram construídos Mapas Estratégicos? Caso disponível, uma cópia seria muito útil.
8. Quem participou do processo de desenho dos mapas estratégicos: grupo interno, consultoria externa, outros funcionários?
9. Que meios foram utilizados para divulgar a estratégia e o BSC entre os funcionários (reuniões, treinamentos, folhetos, intranet, etc)?
10. Após o início da divulgação da estratégia e BSC do hospital, foram realizadas pesquisas para medir o grau de conscientização (conhecimento, informação) dos empregados?
11. Existe algum programa de remuneração variável em função do desempenho dos funcionários? Caso positivo, existe relação entre este programa e os resultados apurados pelo BSC? Caso negativo, existe alguma intenção de implementar ou atrelar um sistema de recompensa aos resultados apurados pelo BSC?
12. O BSC influenciou de alguma forma o processo orçamentário tradicional? Houve um alinhamento deste com o planejamento estratégico da organização? Caso positivo, exemplificar.

13. Como funciona o processo de acompanhamento e revisão do BSC? Quem participa da revisão? Algum *software* específico foi desenvolvido ou adquirido com este propósito?
14. Que funcionários têm acesso aos resultados apurados? Como é feita esta divulgação?
15. Que benefícios foram proporcionados até o momento?

Parte II – Informações sobre o Planejamento Estratégico

1. Existe Visão e Missão do hospital formalmente definidas? Quais são?
2. Que meios são utilizados na divulgação da Missão, Visão e Objetivos/ Temas Estratégicos?
3. Quem participou do processo de definição da missão, visão e dos objetivos estratégicos?
4. Como foi o processo de formulação da estratégia?
 - Descrever processo;
 - Que tipo de análises foram efetuadas (SWOT, etc)?
 - Quem participou do processo?

Parte III – Informações gerais sobre o Hospital:

1. Qual a data da fundação/ início das atividades?
2. Qual o número de funcionários?

3. Qual o número de leitos?
4. Qual a área de atuação do hospital (especialidades)?
5. Quais as principais fontes de recursos? Ministério da Saúde (SUS), Seguradoras, etc?
6. Qual a formação do principal executivo do hospital? (Médico, administrador, etc).
7. Caso disponível, um planfleto e/ou relatório com informações gerais sobre o hospital seria muito útil para entender o contexto de operação.

Parte IV – Informações sobre os Entrevistados

1. Nome:
2. Cargo:
3. Cargo do superior imediato:
4. Tempo na organização:
5. Formação profissional:

Livros Grátis

(<http://www.livrosgratis.com.br>)

Milhares de Livros para Download:

[Baixar livros de Administração](#)

[Baixar livros de Agronomia](#)

[Baixar livros de Arquitetura](#)

[Baixar livros de Artes](#)

[Baixar livros de Astronomia](#)

[Baixar livros de Biologia Geral](#)

[Baixar livros de Ciência da Computação](#)

[Baixar livros de Ciência da Informação](#)

[Baixar livros de Ciência Política](#)

[Baixar livros de Ciências da Saúde](#)

[Baixar livros de Comunicação](#)

[Baixar livros do Conselho Nacional de Educação - CNE](#)

[Baixar livros de Defesa civil](#)

[Baixar livros de Direito](#)

[Baixar livros de Direitos humanos](#)

[Baixar livros de Economia](#)

[Baixar livros de Economia Doméstica](#)

[Baixar livros de Educação](#)

[Baixar livros de Educação - Trânsito](#)

[Baixar livros de Educação Física](#)

[Baixar livros de Engenharia Aeroespacial](#)

[Baixar livros de Farmácia](#)

[Baixar livros de Filosofia](#)

[Baixar livros de Física](#)

[Baixar livros de Geociências](#)

[Baixar livros de Geografia](#)

[Baixar livros de História](#)

[Baixar livros de Línguas](#)

[Baixar livros de Literatura](#)
[Baixar livros de Literatura de Cordel](#)
[Baixar livros de Literatura Infantil](#)
[Baixar livros de Matemática](#)
[Baixar livros de Medicina](#)
[Baixar livros de Medicina Veterinária](#)
[Baixar livros de Meio Ambiente](#)
[Baixar livros de Meteorologia](#)
[Baixar Monografias e TCC](#)
[Baixar livros Multidisciplinar](#)
[Baixar livros de Música](#)
[Baixar livros de Psicologia](#)
[Baixar livros de Química](#)
[Baixar livros de Saúde Coletiva](#)
[Baixar livros de Serviço Social](#)
[Baixar livros de Sociologia](#)
[Baixar livros de Teologia](#)
[Baixar livros de Trabalho](#)
[Baixar livros de Turismo](#)