



**UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA  
ESCOLA DE ADMINISTRAÇÃO  
NÚCLEO DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ADMINISTRAÇÃO  
MESTRADO ACADÊMICO EM ADMINISTRAÇÃO**

**LUIZ INÁCIO CARIBÉ CINCURÁ DE ANDRADE**

**INOVAÇÃO GERENCIAL NO SETOR SAÚDE:  
UM ESTUDO SOBRE A APLICAÇÃO DO *BALANCED  
SCORECARD* EM UM HOSPITAL PRIVADO  
SITUADO EM SÃO PAULO - SP.**

**Salvador  
2008**

# **Livros Grátis**

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

Milhares de livros grátis para download.

**LUIZ INÁCIO CARIBÉ CINCURÁ DE ANDRADE**

**INOVAÇÃO GERENCIAL NO SETOR SAÚDE:  
UM ESTUDO SOBRE A APLICAÇÃO DO *BALANCED  
SCORECARD* EM UM HOSPITAL PRIVADO SITUADO EM  
SÃO PAULO - SP**

Dissertação apresentada ao Núcleo de Pós-Graduação em Administração, Escola de Administração, Universidade Federal da Bahia, como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre em Administração.

Orientadora: Prof<sup>a</sup>.Dr<sup>a</sup> Vera Lúcia Peixoto Santos Mendes

**Salvador  
2008**

**LUIZ INÁCIO CARIBÉ CINCURÁ DE ANDRADE**

**INOVAÇÃO GERENCIAL NO SETOR SAÚDE:  
UM ESTUDO SOBRE A APLICAÇÃO DO *BALANCED  
SCORECARD* EM UM HOSPITAL PRIVADO SITUADO EM  
SÃO PAULO - SP.**

Dissertação aprovada como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre em Administração, Universidade Federal da Bahia, pela seguinte banca examinadora:

Maria do Carmo Lessa Guimarães \_\_\_\_\_  
Doutora em Administração, Universidade Federal da Bahia  
Universidade Federal da Bahia

Paulo Bastos Tigre \_\_\_\_\_  
Doutor em Política Científica e Tecnológica, *University of Sussex*  
Universidade Federal do Rio de Janeiro

Vera Lúcia Peixoto Mendes – Orientadora \_\_\_\_\_  
Doutora em Administração, Universidade Federal da Bahia.  
Universidade Federal da Bahia.

Salvador, 16 de maio de 2008.

**A Deus, pela vida. A meus pais, Gilberto Cincurá (*i.m.*) e Cristina Caribé, pelo legado dos princípios que tem norteado a minha vida. A minha esposa Margarete, pelo amor refletido na compreensão e irrestrito apoio para realização do mestrado. A minha pequenina filha Luana, por enriquecer o meu processo de aprendizagem.**

## **AGRADECIMENTOS**

O presente trabalho foi realizado com o apoio do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico - CNPq - Brasil.

À minha orientadora, Professora Doutora Vera Mendes, pelo competente e dedicado trabalho de orientação deste estudo e por ter colaborado no valioso processo de aprendizagem e conquista de novos conhecimentos.

Ao Professor Doutor Marcelo Dantas, pela primeira oportunidade no mestrado como aluno ouvinte e pelas orientações iniciais no meu anteprojeto de pesquisa.

Aos demais professores e aos funcionários do Núcleo de Pós-Graduação em Administração.

A Professora Mestra Maria Rita de Oliveira e Oliveira, pelo valioso apoio nos meus primeiros passos na atividade docente e pela contribuição na Normalização deste trabalho.

Aos Mestres Adelmo Ferreira da Silva, Kleber Pimentel e ao Professor Nélon Mello, pelo apoio, estímulo e amizade.

Ao Professor Mestre Pedro Augusto Cerqueira pelo apoio e incentivo.

Aos dirigentes e ex-dirigentes do hospital pesquisado, pelo irrestrito apoio, em especial à ex-Presidente, pela autorização para realização da pesquisa.

Ao atual e ao ex-Gerente de Qualidade do hospital pesquisado, pelo acompanhamento mais próximo e apoio às necessidades do estudo.

Aos gestores que participaram colaborativamente como entrevistados no presente estudo.

*A mente que se abre a uma nova idéia jamais  
voltará ao seu tamanho original.*

**Albert Einstein**

## RESUMO

O desafio de encontrar novos meios de avaliar o desempenho empresarial, os quais não estivessem limitados aos indicadores financeiros e contábeis, foi a grande motivação para o surgimento do *Balanced Scorecard (BSC)*. Trata-se de um sistema de gestão estratégica que traduz a missão e a estratégia de organizações em um conjunto abrangente de medidas de desempenho organizacional, alocadas sob as seguintes perspectivas: desempenho financeiro, conhecimento do cliente, processos internos, aprendizado e crescimento. Além do acompanhamento do desempenho financeiro, o BSC monitora, ao mesmo tempo, a evolução dos ativos intangíveis, como a aquisição e o desenvolvimento de capital intelectual, o que permite o fortalecimento da capacidade organizacional em gerar lucros sustentados aos acionistas, assim como benefícios aos seus clientes, necessários para o crescimento futuro. Este estudo de caso objetiva conhecer e analisar como foi implantado e quais os principais resultados da primeira aplicação do *Balanced Scorecard (BSC)* em uma organização hospitalar no Brasil, realizada em um hospital privado, de grande porte, situado na cidade de São Paulo, e voltado para atendimentos de alta complexidade. Esta pesquisa é classificada como estudo de caso único, do tipo caso-exemplo, com metodologia dedutiva e qualitativa, de caráter exploratório e descritivo. O estudo é composto de pesquisa bibliográfica, análise documental e entrevistas semi-estruturadas, aplicadas junto a profissionais de setores estratégicos e táticos da organização. A análise de dados utilizou a técnica de análise de conteúdo e o critério semântico de categorização. O período considerado para análise iniciou-se em janeiro de 2003 e concluiu-se em outubro de 2007. O estudo também analisa se o BSC pode ser considerado uma inovação gerencial e se cumpriu esse papel no hospital estudado, considerando o seu contexto de mudança organizacional. Os resultados encontrados afirmam a caracterização do BSC como uma inovação gerencial. O processo de produção assistencial do hospital estudado também é considerado inovador, embora a aplicação do BSC não tenha permitido essa aferição, uma vez que sua eficácia prejudicou-se por ocorrências na formulação de alguns indicadores e por intensas mudanças ocasionadas na organização hospitalar. O estudo permite ainda inferir que o *BSC* se insere na problemática do setor saúde como uma inovação gerencial capaz de dar suporte à competitividade, à qualidade e como uma nova perspectiva em gestão estratégica, mas que reafirma a posição central do homem no processo decisório e a necessidade de se refletir sobre os limites de contribuição deste sistema de gestão estratégica.

Palavras-chave: *Balanced Scorecard*; Competitividade; Estratégia Organizacional; Gestão Hospitalar; Inovação Gerencial; Mudança Organizacional.



## **ABSTRACT**

The challenge of finding new ways to appraise company performance, which are not limited to accounting and financial indicators, was a great motivation for the development of the Balanced Scorecard (BSC). It is a strategic management system, which translates organizational mission and strategy into a broad group of organizational performance measurements as allocated under the following perspectives: financial performance, knowledge of the client, internal processes, learning and growth. In addition to following financial performance, the BSC at the same time monitors the evolution of intangible assets, such as the acquisition and development of intellectual capital, which permits the strengthening of the organizational capacity to generate sustained profits for shareholders, as well as benefits for its clients, necessary for future growth. This case study seeks to know and analyze the implantation and the principal results of the first application of the Balanced Scorecard in a hospital organization in Brazil, carried out in a large private hospital, located in the city of São Paulo, and focused on high complexity procedures. This research is classified as a single case study of the case-example type, with qualitative and deductive methodology of a descriptive and exploratory nature. The study is composed of bibliographical research, documental analysis and semi-structured interviews made with the professionals of the strategic and tactical sectors of the organization. The data analyses used the content analysis technique and semantic categorization criteria. The period under study started in January 2003 and ended in October 2007. The study also analyzes if the BSC can be considered a management innovation and if it fulfilled this role in the hospital studied, considering its organizational change context. The results obtained affirm the characterization of the BSC as a management innovation. The assistance production process of the hospital under study is also considered innovative, although the application of the BSC did not permit this appraisal, since its efficacy was hindered by occurrences in the formulation of some indicators and by intense changes that occurred in the hospital organization. The study also permits to infer that the BSC fits the health sector issues context as a management innovation capable of giving support to competitiveness, to quality and as a new strategic management strategy perspective, but reaffirms the central position of man in the decision making process and the need to reflect on the limits of contribution of this system of strategic management.

**Key Words:** Balanced Scorecard; Competitiveness; Organizational Strategy; Hospital Management; Management Innovation; Organizational Change.

## LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Perspectivas do <i>Balanced Scorecard</i>	20
Figura 2 – Processo de comercialização da inovação	81
Figura 3 – Alavancas para os três tipos de inovação	83
Figura 4 – Exemplo de plataformas de inovação e unidades de negócios	90
Figura 5 – <i>Balanced Scorecard</i> – Histórico e Desenvolvimento	106
Figura 6 – Integração de tópicos essenciais para o alcance da missão e visão	109
Figura 7 – A solução: converter a estratégia em processo contínuo	117

## LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 – Índice de Resolutividade	170
Gráfico 2 – Índice de satisfação do cliente externo acompanhado pela Diretoria de Enfermagem	174
Gráfico 3 - Índice de satisfação do cliente externo acompanhado pela Gerência Médica	176
Gráfico 4 – Desvios críticos em processos acompanhados pela Gerência de Qualidade	178

## LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Tipos e usos de estudos de casos em administração

139

## LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Número de Hospitais no Brasil por razão social e esfera de governo	31
Tabela 2 – Certificados ISO 9001 Válidos	53
Tabela 3 - Certificados ISO 9001 emitidos no Brasil por Ano Calendário	203
Tabela 4 – Quantidade de hospitais certificados no Brasil pela CQH,ONA e <i>Joint Commission/CBA</i>	56
Tabela 5 – Hospitais certificados pela ONA	57
Tabela 6 – Competências centrais no gerenciamento da inovação	85
Tabela 7 - Empresas, total e as que implementaram inovações, com indicação das mudanças estratégica e organizacionais implementadas, segundo faixas de pessoal ocupado nas atividades selecionadas dos serviços - Brasil - período 2003-2005.	94

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABNT	Associação Brasileira de Normas Técnicas
ABNT/CB-25	Comitê Brasileiro da Qualidade da Associação Brasileira de Normas Técnicas
ANS	Agência Nacional de Saúde Suplementar
ANVISA	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
BSC	<i>Balanced Scorecard</i>
BSCol	<i>Balanced Scorecard Collaborative</i>
CBA	Consórcio Brasileiro de Acreditação
CCHSA	Conselho de Acreditação de Serviços de Saúde
CEO	<i>Chief Executive Officer</i>
CFM	Conselho Federal de Medicina
CQH	Compromisso com a Qualidade Hospitalar
DRGs	<i>Diagnosis Related Groups</i>
ECT	Economia dos Custos de Transação
FINEP	Financiadora de Estudos e Projetos
HBR	<i>Harvard Business Review</i>
HCPA	Hospital de Clínicas de Porto Alegre
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IBICT	Instituto Brasileiro de Informação em Ciência e Tecnologia
ISCE	Índice de satisfação do cliente externo
ISO	<i>International Organization for Standardization</i>
JCAHO	<i>Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations</i>
JCI	<i>Joint Commission International</i>
OECD	<i>Organisation for Economic Co-operation and Development</i>
OMS	Organização Mundial de Saúde
ONA	Organização Nacional de Acreditação
ONGs	Organizações não-governamentais
PIB	Produto Interno Bruto
P&D	Pesquisa e Desenvolvimento
PINTEC	Pesquisa de Inovação Tecnológica
PNQ	Prêmio Nacional da Qualidade

SE	Setor estratégico
SEAE	Secretaria de Acompanhamento Econômico
SPC	<i>Structure-Conduct-Performance</i>
ST	Setor tático
SUS	Sistema Único de Saúde
TPP	Inovações Tecnológicas de Produtos e de Processos
UBS	Unidade Básica de Saúde
UTI	Unidade de Terapia Intensiva

## SUMÁRIO

<b>RESUMO</b>	<b>07</b>
<b>ABSTRACT</b>	<b>08</b>
<b>LISTA DE FIGURAS</b>	<b>09</b>
<b>LISTA DE GRÁFICOS</b>	<b>10</b>
<b>LISTA DE QUADROS</b>	<b>11</b>
<b>LISTA DE TABELAS</b>	<b>12</b>
<b>ABREVIATURAS E SIGLAS</b>	<b>13</b>
<b>INTRODUÇÃO</b>	<b>18</b>
<b>CAPÍTULO I: AS ESPECIFICIDADES DA ORGANIZAÇÃO HOSPITALAR</b>	<b>24</b>
1.1 A GÊNESE DO HOSPITAL MODERNO	24
1.2 HOSPITAIS NO BRASIL	31
1.3 CRITÉRIOS DE CLASSIFICAÇÃO DOS HOSPITAIS	32
1.4 FONTES PAGADORAS DE SERVIÇOS HOSPITALARES	35
1.5 HIERARQUIA DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE NO BRASIL	37
1.6 O PROCESSO DE PRODUÇÃO E INOVAÇÃO EM ORGANIZAÇÕES HOSPITALARES	38
1.7 FALHAS DE MERCADO E REGULAÇÃO DA ATIVIDADE PRIVADA NO SETOR SAÚDE	43
<b>CAPÍTULO II: QUALIDADE EM GESTÃO HOSPITALAR</b>	<b>52</b>
2.1 ISO NO BRASIL	52
2.2 O DILEMA DA QUALIDADE	53
2.3 QUALIDADE NA ÁREA HOSPITALAR	55
<b>CAPÍTULO III: INOVAÇÃO, ESTRATÉGIA E COMPETITIVIDADE</b>	<b>60</b>
3.1 BREVE ANÁLISE COMPARATIVA ENTRE INVENÇÃO E INOVAÇÃO	61
3.2 O IMPACTO DA INOVAÇÃO NA ORDEM VIGENTE	63
3.3 CONCEITOS E DISTINÇÕES ENTRE TÉCNICA E TECNOLOGIA	63
3.4 TRANSFERÊNCIA DE TECNOLOGIA	64



3.5 INOVAÇÃO TECNOLÓGICA	65
3.5.1 Lançamentos de Produtos e Serviços	65
3.5.2 Processos Tecnológicos	66
3.5.3 Tecnologias Capacitadoras	66
3.6 EVOLUÇÃO HISTÓRICA DA INOVAÇÃO TECNOLÓGICA EM DIÁLOGO COM TEORIAS SOBRE INOVAÇÃO E A TEORIA DA FIRMA	66
3.7 INOVAÇÃO GERENCIAL	77
3.7.1 Proposição de Valor	78
3.7.2 Cadeia de Suprimentos	78
3.7.3 Cliente Alvo	79
3.7.4 Inovando o modelo de Inovação	79
3.8 TIPOS GERAIS DE INOVAÇÃO	80
3.9 GESTÃO DA INOVAÇÃO	83
3.10 SISTEMA DE INOVAÇÃO NO SETOR SAÚDE	91
3.11 INOVAÇÃO NO BRASIL	93
3.12 ESTRATÉGIA E VANTAGEM COMPETITIVA	95
3.13 HISTÓRICO E DESENVOLVIMENTO DO <i>BALANCED SCORECARD</i>	105
3.14 PRINCÍPIOS PARA O ÊXITO DO <i>BALANCED SCORECARD</i>	111
3.15 INTEGRAÇÃO DO BSC À ESTRATÉGIA E AS ORGANIZAÇÕES BRASILEIRAS	119
<b>CAPÍTULO IV: MUDANÇA ORGANIZACIONAL</b>	<b>123</b>
4.1 A MUDANÇA ORGANIZACIONAL EM HOSPITAIS	135
<b>CAPÍTULO V: METODOLOGIA</b>	<b>138</b>
5.1 TIPO DE ESTUDO	138
5.2 CARACTERÍSTICAS DE PESQUISAS DO TIPO ESTUDO DE CASO	140
5.3 FASES DA PESQUISA	142
5.4 FASE EXPLORATÓRIA	142
5.5 <i>LOCUS</i> DO ESTUDO	143

5.6 INVESTIGAÇÃO E COLETA DE DADOS	144
5.7 PLANO DE ANÁLISE E TRATAMENTO DOS DADOS	146
5.8 O TRATAMENTO DOS RESULTADOS, A INFERÊNCIA E A INTERPRETAÇÃO	151
5.9 CODIFICAÇÃO E CATEGORIZAÇÃO DOS DADOS	152
5.9.1 Aspectos Éticos	152
<b>CAPÍTULO VI: APRESENTAÇÃO, ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS</b>	<b>153</b>
6.1 COMPONENTES DA ESTRATÉGIA E DO BSC	153
6.2 COMO FOI IMPLANTADO O BSC	159
6.3 ANÁLISE DOS RESULTADOS DA UTILIZAÇÃO DO BSC	164
6.4 RESULTADOS DO PRIMEIRO PERÍODO DE MUDANÇAS	165
6.4.1 Implantação e Desenvolvimento do BSC	165
6.4.2 Condução do Hospital Face às Contínuas Mudanças	168
6.5 RESULTADOS DO SEGUNDO PERÍODO DE MUDANÇAS	178
6.5.1 Novo Modelo de Gestão e Redirecionamento da Ação Gerencial	178
6.5.2 O Que Motivou a Mudança de Modelo de Gestão	179
<b>CAPÍTULO VII: CONSIDERAÇÕES FINAIS</b>	<b>185</b>
REFERÊNCIAS	190
APÊNDICES	199
ANEXOS	205

## INTRODUÇÃO

Em geral, nos últimos anos, os hospitais brasileiros têm passado por uma situação financeira caracterizada por elevado nível de endividamento. (CALLEGARI, 2004) Em consequência, verifica-se dificuldade em manter a qualidade dos serviços prestados e em realizar a manutenção e atualização de equipamentos.

A crise de financiamento do setor saúde é ampla e envolve tanto o SUS como a esfera privada, incluindo as operadoras de convênios médicos.

Callegari (2004) afirma que o SUS tem dado diversas demonstrações de limitações financeiras, devido ao congelamento do pagamento de procedimentos médicos e consultas, observado nos últimos anos, nas tabelas. Por outro lado, as seguradoras de saúde revisaram suas políticas de negócios e tomaram uma série de medidas voltadas para redução de custos, devido, principalmente, à promulgação da Lei 9.656/98, responsável pela regulamentação da saúde suplementar. Entre as medidas de contenção, pode-se citar o aumento do rigor nas auditorias realizadas pelas operadoras junto aos hospitais, provocando conflitos e redução de autonomia prescritiva dos médicos.

Soma-se a isso fatores conjunturais da economia, que, nos últimos anos, têm tido um crescimento muito limitado. Observa-se que, no período entre 1985 e 2003, o PIB médio, referente ao conjunto saúde e educação, foi de 2,5%, de acordo com dados do IBGE. Segundo Costanzi (2006), de 1985 a 2002, o PIB real brasileiro cresceu à taxa de 2,3% ao ano, e a ocupação formal variou 2% ao ano.

Há uma estabilidade continuada na economia brasileira; há mais de dez anos temos inflação baixa, porém o País e as organizações têm dificuldades de considerar essa estabilidade como oportunidade de negócios. A elevada taxa de juros inibe a obtenção de créditos para conversão em investimentos, além do fato de que há um altíssimo endividamento público. Segundo Aguiar (2006), em 2005, a dívida pública representou 54,28% do PIB nacional. A política fiscal restritiva, em 2005, esteve representada por um superávit primário de 4,8%. Esses fatores macroeconômicos dificultam as ações de governos e das organizações no Brasil.

Essa realidade trouxe, em consequência, uma queda na renda da população brasileira, aumentando o contingente de pessoas sem acesso aos planos privados

de saúde e reduzindo a clientela de hospitais privados que não dispõem de atendimento SUS.

Para completar o quadro desfavorável, a desvalorização cambial do Brasil, em 1999 e em 2002, elevou os custos de aquisição de equipamentos hospitalares importados, que representam um grande número de aquisições dos hospitais de alta tecnologia.

Diante da realidade exposta, os hospitais perceberam que os modelos de gestão até então utilizados não mais estavam gerando as respostas necessárias em termos de resultados. A complexidade da situação exigia encontrar modelos inovadores de gestão, que possibilitassem, além dos resultados financeiros, uma perspectiva de longo prazo, voltada para a longevidade. Assim, a inovação gerencial se insere neste cenário como uma importante medida para viabilizar a competitividade e a qualidade.

Conforme exposto, o ambiente de incertezas e a necessidade de superar diversas gestões amadoras, conduzidas por profissionais não especializados e responsáveis por endividamento crescente, têm provocado movimentos em prol da profissionalização da gestão dos hospitais, cujo alicerce tem base no planejamento estratégico. Entretanto não basta formular a estratégia, é preciso fazê-la funcionar no dia a dia.

Rezende (2003) defende que a formulação e a implementação de estratégias devem ter como curso de ação a capacitação reconhecida em monitorar e realizar ajustes. Para isto são necessárias iniciativas inovadoras. A metodologia *Balanced Scorecard (BSC)* de gestão apresenta-se como uma nova opção evolutiva para gestão de hospitais.

De acordo com Kaplan e Norton (1997), o *Balanced Scorecard* é uma revolucionária metodologia de gestão do desempenho que realiza medições e fornece indicadores de desempenho em quatro categorias: desempenho financeiro, conhecimento do cliente, processos internos, aprendizado e crescimento. O propósito dessas medições é alinhar iniciativas individuais, organizacionais e interdepartamentais, com o objetivo de alcançar metas estratégicas de longo prazo. Espera-se desenvolver novos processos que venham a atender aos objetivos de clientes e acionistas. Na página seguinte, é apresentada figura 1, contendo as quatro perspectivas do BSC. Em cada perspectiva os autores apresentam uma

pergunta norteadora, visando colaborar na construção de objetivos, indicadores, metas e iniciativas.

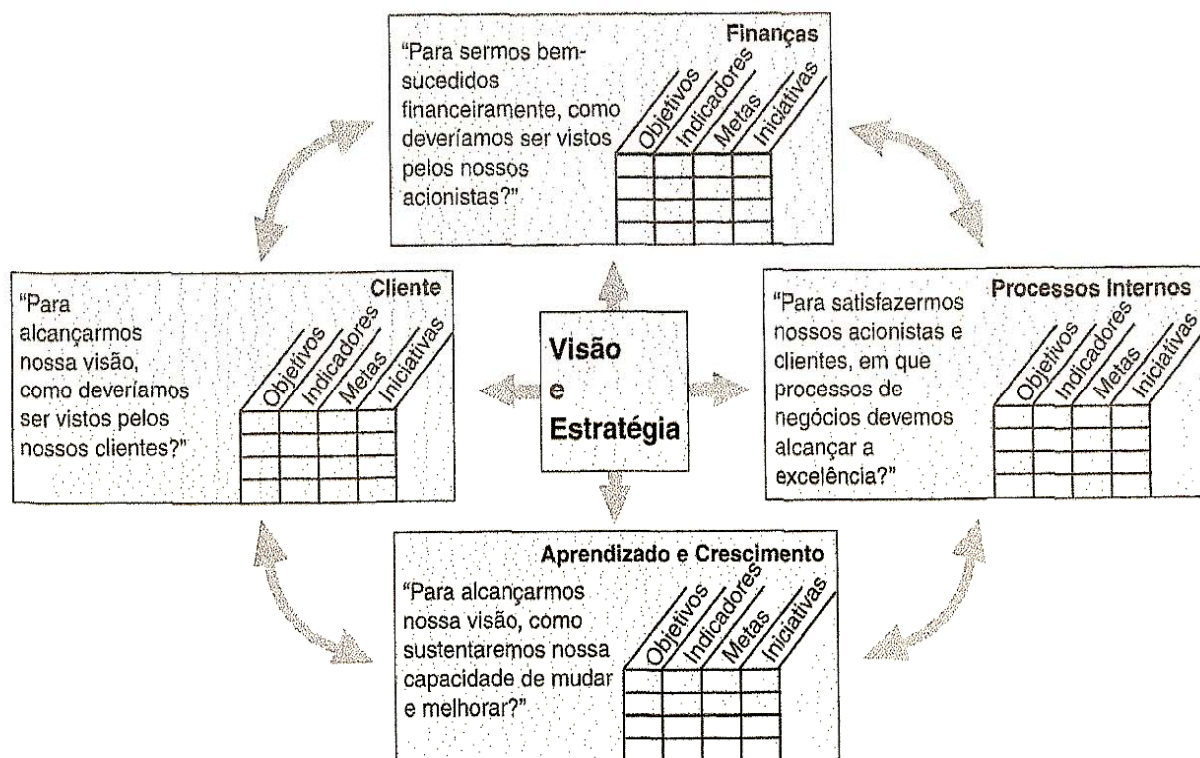


Figura 1 – Perspectivas do BSC  
Fonte: Kaplan e Norton (1997, p.10)

Diante do contexto de dificuldades levantado e dos supostos benefícios à gestão hospitalar, vinculados à aplicação do *Balanced Scorecard*, esta pesquisa pretende elucidar a seguinte questão:

Como foi implantado e quais os principais resultados da aplicação do *Balanced Scorecard* no HOSPITAL HGX<sup>1</sup>, considerando a mudança organizacional que nele ocorreu?

<sup>1</sup> Devido à restrição apresentada pela referida organização hospitalar quanto à divulgação do seu nome, será utilizado o nome fictício "HOSPITAL HGX"

Com o intuito de ajudar a responder ao problema apresentado, optou-se por utilizar a afirmação que defende que a mudança organizacional repercute nas possibilidades de inovação e nos resultados da gestão estratégica do Hospital HGX.

O pesquisador considera ser possível que essa afirmativa ajude a elucidar o problema, utilizando-a como pressuposto.

O objetivo geral é conhecer como foi implantado o *Balanced Scorecard* e quais os resultados da sua aplicação no HOSPITAL HGX, considerando a mudança organizacional que nele ocorreu. O objetivo específico será analisar a contribuição do *Balanced Scorecard* para o desenvolvimento da gestão do HOSPITAL HGX.

A presente pesquisa, enfim, direciona-se ao estudo da gestão inovadora de um hospital geral privado, baseada na aplicação do *Balanced Scorecard*. O referido Hospital localiza-se na cidade de São Paulo e é um dos 2.999 hospitais brasileiros configurados como organização privada e com fins lucrativos, que atendem a pacientes particulares e segurados de convênios privados. De acordo com o Jornal Folha de São Paulo (2007), somente na capital paulista existem 343 hospitais. Deste total, 45 são públicos, 28 filantrópicos e 270 privados, com pelo menos 51 mil médicos em atuação. De acordo com o IBGE (2007b), estima-se que a população residente da cidade de São Paulo é de 10.886.518 habitantes. O alicerce teórico que sustenta o tema da pesquisa refere-se ao conceito de inovação em gestão hospitalar, composto da dimensão *Balanced Scorecard*, assim como os conceitos de mudança organizacional e as especificidades do setor saúde.

Um ponto importante do presente trabalho é esclarecer a aplicabilidade do conceito de cliente - uma das perspectivas do *Balanced Scorecard* - para aqueles atendidos por organizações hospitalares. Mendes (2000, p. 62) faz esse questionamento:

Pode indagar-se, mesmo no setor privado de saúde, é facultado ao usuário o poder de escolha sobre quais serviços recorrer, que profissional demandar, quais medicamentos tomar, qual alimentação usar, enfim, em que medida ele “participa” das decisões sobre seu diagnóstico e tratamento ou se ele é um agente passivo, um instrumento na complexa cadeia de produção de serviços de saúde, sujeito às pressões de consumo.

Há de se concordar com Mendes (2000) sobre a significativa redução de autonomia do **cliente** de serviços de saúde em relação ao cliente convencional, o que leva a autora a decidir pelo uso da expressão **usuário** ao invés de cliente, para designar demandantes de serviços de saúde. Devido a isso, no presente trabalho

será utilizada a expressão usuário, embora de forma limitada. O uso da expressão cliente estará presente em diversas passagens, com o intuito de manter a originalidade das falas, pois é o termo utilizado genericamente pela abordagem do BSC, seguido pelo Hospital HGX na aplicação desta metodologia de gestão estratégica.

A escolha do tema teve como motivação principal o fato de o pesquisador ser administrador de empresas, especialista em Administração Hospitalar, com experiência administrativa na área hospitalar e assim desejar continuar contribuindo para o desenvolvimento da gestão de organizações hospitalares.

Por se tratar de um estudo de caso, espera-se que o presente trabalho possa ser útil para a organização hospitalar pesquisada avaliar as conquistas e as necessidades de ajustes, advindas da aplicação do *Balanced Scorecard*.

Espera-se também que outras organizações hospitalares privadas e também públicas (ressalvando-se os aspectos adaptativos) conheçam os resultados do presente estudo e os utilizem como uma referência encorajadora. Entretanto deve haver uma reflexão sobre as necessidades de mudanças, passo inicial para se conquistar maior satisfação e conforto dos usuários e abrir-se perspectiva de maior longevidade de suas atividades.

Este estudo está ordenado em sete capítulos, assim distribuídos:

O capítulo introdutório objetiva não só descrever os principais fatores históricos que contribuíram para a gênese do Hospital moderno, como também apresentar as especificidades da organização hospitalar, o que inclui o processo de produção e inovação em organizações hospitalares e as principais falhas de mercado presentes no setor saúde, além de apresentar ainda uma breve inserção em aspectos gerais da regulação do referido setor. Além disso, oferece informações sobre o quantitativo, as fontes pagadoras de serviços hospitalares, os critérios de classificação de hospitais no Brasil e apresenta uma visão geral sobre a hierarquia de assistência à saúde no País.

O segundo capítulo apresenta resultados de iniciativas que objetivam aprimorar a qualidade de organizações brasileiras; de modo mais específico, aborda o avanço do tema na área hospitalar.

O terceiro capítulo apresenta a inovação como elemento central na geração de competitividade e lastro de longevidade de organizações. Além de enfatizar as distinções entre invenção e inovação; enfatiza também a relação de

complementaridade entre inovações tecnológicas e gerenciais e a contribuição das firmas para a inovação, numa abordagem por meio da teoria da firma. Além disso, o *Balanced Scorecard* é apresentado como uma inovação gerencial capaz de introduzir mudanças nas organizações hospitalares e de se integrar à estratégia de uma organização. Também se abordará o modo como está se desenvolvendo a aplicação do BSC em organizações no Brasil.

O quarto capítulo apresenta uma diversidade de pensamentos sobre o significado de mudança organizacional, com o propósito de permitir um entendimento mais abrangente sobre o tema. Em abordagem mais específica, o capítulo tratará também da mudança organizacional em hospitais e as dificuldades decorrentes desse processo, já que há uma grande barreira figurada pela estrutura de poder das organizações hospitalares.

O quinto capítulo, além de fornecer uma revisão teórica sobre a caracterização e realização de pesquisas do tipo estudo de caso, apresenta também informações gerais e específicas sobre como foi realizada esta pesquisa. Isso inclui informações sobre o tipo de estudo, suas características, as fases e sujeitos da pesquisa, o *locus* do estudo, o plano de análise e tratamento dos dados e aspectos éticos sobre a codificação e categorização dos dados.

O sexto capítulo objetiva apresentar a análise e discussão dos resultados. Ao longo do capítulo serão apresentadas falas de sujeitos entrevistados, de acordo com os seus setores de atuação, distribuídos em dois grupos. O primeiro grupo é formado por ocupantes de cargos estratégicos: os superintendentes, os diretores e os gerentes. O segundo grupo está representado por ocupantes de cargos táticos: supervisores e analistas. O capítulo prossegue com a análise da implantação e dos principais resultados da aplicação do *Balanced Scorecard* no Hospital HGX, considerando a mudança organizacional que nele ocorreu.

O sétimo e último capítulo apresenta as considerações finais vinculadas à questão de pesquisa e ao trabalho como um todo; apresenta também as limitações encontradas para o tipo de pesquisa realizada, as implicações para a prática e recomendações para futuras pesquisas, que poderão ser derivadas dessa pesquisa.



## CAPÍTULO I

### 1 AS ESPECIFICIDADES DA ORGANIZAÇÃO HOSPITALAR

Este capítulo objetiva descrever os principais fatores históricos que contribuíram para a gênese do Hospital moderno e apresentar as especificidades da organização hospitalar, o que inclui o processo de produção e inovação em organizações hospitalares, as principais falhas de mercado presentes no setor saúde e uma breve inserção em aspectos gerais da regulação do referido setor. Além disso, oferece informações sobre o quantitativo, as fontes pagadoras de serviços hospitalares, os critérios de classificação de hospitais no Brasil, e apresenta uma visão geral sobre a hierarquia de assistência à saúde no País.

#### 1.1 A GÊNESE DO HOSPITAL MODERNO

Para Gonçalves (2006), é imperativo saber a respeito da origem, evolução e funcionamento dos hospitais, caso se deseje conhecer as forças que definem o planejamento estratégico em saúde. Desta forma, a busca pelo sentido epistemológico da palavra hospital já permite uma primeira revelação: é proveniente da forma latina culta *hospitale*, cujo significado é “relativo a hóspede ou hospitalidade”, que por sua vez gerou as palavras *hospitalis* e *hospitium*, que denotam o local, na antiguidade, onde eram acolhidos os enfermos, viajantes e peregrinos, como também representava o local que atendia pobres, incuráveis e insanos, dando origem à palavra hospício. Gonçalves (2006) também esclarece que nosocômio, sinônimo de hospital, deriva da palavra grega *nosocomium*, que pode ser entendida como **lugar para tratar doentes ou asilo de enfermos**.

A Enciclopédia Delta Universal (1980) diz que os primeiros hospitais foram edificadas no Oriente: no século III A.C., os budistas criaram hospitais na Índia. Gonçalves (2006) informa que há registros que relatam a existência de hospitais em outras civilizações antigas, como a egípcia, a grega e a romana. Gonçalves (2006) também relata a construção de hospitais na antiguidade, edificadas em Cesaréia, capital da Capadócia, na sociedade medieval da segunda metade do século IV, sob a responsabilidade de São Basílio. Segundo Bispo de Cesaréia, São Basílio atuou organizando a Ordem Monástica, fundada por volta do século III. De acordo com

Machado (200-?), a referida Ordem estabeleceu as seguintes regras centrais: vida em comum nos mosteiros; votos de pobreza, de castidade e de obediência ao abade; união da oração; trabalho, como, por exemplo, hospedar viajantes e cuidar de doentes, ocupar-se com os pobres e o com o ensino. Machado (200-?) também comenta que os mosteiros estavam instalados nas grandes propriedades da Igreja, a qual, além de possuir servos para realizar os trabalhos, também era considerada a maior proprietária de terras na Idade Média. Desse modo, conclui que esses fatos históricos posicionavam a Igreja Cristã como forte detentora de poder econômico e de poder intelectual.

O primeiro hospital das Américas foi construído em 1503, pelo governador espanhol de Hispaniola, cujas ruínas, ainda existentes, podem ser vistas em São Domingos, na República Dominicana. A cidade do México ganhou um hospital em 1524, por decisão do explorador espanhol Hernando Cortés. As Santas Casas de Misericórdia são consideradas os primeiros hospitais do Brasil. Em 1540 foi aberta a Santa Casa de Misericórdia de Olinda. Em 1543 ou 1551 foi a vez da Santa Casa de Santos, conforme informa a Enciclopédia Delta Universal (1980). A Santa Casa da Bahia foi fundada em 1549, em Salvador, com o nome de Hospital São Cristóvão, localizado inicialmente na rua da Misericórdia. Posteriormente o seu nome foi modificado para Hospital Santa Isabel, atualmente localizado no Largo de Nazaré, de acordo com informações do *síte* do Hospital Santa Isabel, na internet (2007).

Por meio de uma reconstituição histórica, Foucault (1996) argumenta que apenas a partir do final do século XVIII é que o hospital passou a ter um papel terapêutico destinado aos pacientes nele ingressos. Para ele, desde a Idade Média até o final do século XVIII, os hospitais europeus não haviam sido concebidos nem funcionavam com o propósito de curar. Segundo Gonçalves (2006), entre os séculos IV e XVIII d.C., os hospitais na Europa e em outras partes do mundo eram dirigidos pela Igreja Católica. Devido a isso, os hospitais absorveram valores eclesiásticos. Nesse sentido, os religiosos dos hospitais dirigiam o socorro à alma dos doentes e consideravam que o corpo doente não deveria receber o mesmo tratamento dado ao espírito. Desta forma, era proibida a realização de intervenções cirúrgicas e dissecações, por serem vistas como sacrilégio. Antes do século XVIII, o hospital era uma organização voltada para recolhimento e assistência aos pobres, com o contorno de segregá-los do convívio em sociedade, por se entender que eles representavam um risco de contágio às pessoas sadias.

Segundo a Enciclopédia Delta Universal (1980), os hospitais antigos funcionavam com uma quantidade excessiva de pacientes, em um ambiente sujo e escuro.

O quadro adverso ainda era preenchido pelo desconhecimento dos princípios de desinfecção e de limpeza, o que favorecia o alastramento das doenças no ambiente hospitalar. Nesse contexto, os hospitais primitivos funcionavam como instituições de caridade e atendiam a pessoas pobres, viajantes doentes ou cansados, pacientes com doenças contagiosas, doentes mentais, prostitutas, cegos e aleijados. Pessoas ricas não se dirigiam aos hospitais para serem tratadas, eram atendidas em casa ou em consultórios médicos.

Conforme declara Foucault (1996, p.102):

O personagem ideal do hospital, até o século XVIII, não é o doente que é preciso curar, mas o pobre que está morrendo. É alguém que deve ser assistido material e espiritualmente, alguém a quem se deve dar os últimos cuidados e o último sacramento. Esta é a função essencial do hospital. Dizia-se correntemente, nesta época, que o hospital era um morredouro, um lugar onde morrer. E o pessoal hospitalar não era fundamentalmente destinado a realizar a cura do doente, mas a conseguir a sua própria salvação. Era o pessoal caritativo – religioso ou leigo – que estava no hospital para fazer uma obra de caridade que lhe assegurasse a salvação eterna.

Nesse período da história ocidental, não havia convergência entre as séries médica e hospitalar. Embora essas séries não estivessem totalmente isoladas entre si, pois às vezes se encontravam, ressalta-se que o hospital não era uma organização médica, pois a Medicina, nesse período, era uma prática não hospitalar. Foucault (1996) relata que até o século XVIII o grande médico não trabalhava no hospital. Atuava por meio de consultas privadas, utilizando a sua reputação adquirida em curas de grande repercussão na sociedade. Em geral, o pior dos médicos é quem era convidado a realizar visitas ao hospital. Essas visitas não atendiam a um padrão de atendimento específico, pois funcionavam mais como uma justificação do que uma ação real e eram dirigidas aos enfermos de maior gravidade. As visitas, em geral, eram realizadas apenas uma vez por dia. O poder de comando do hospital, nesse período, era centrado nas comunidades religiosas, estando o médico subordinado administrativamente aos religiosos, que atuavam como dirigentes hospitalares.

Foucault (1996) defende a idéia de que os passos iniciais para a reforma dos hospitais, no século XVII, ao contrário do que se possa geralmente imaginar, não foram decorrentes de trabalhos voltados para melhorar a assistência à saúde dos pacientes. As atenções centrais estavam voltadas para a eliminação dos resultados negativos dos hospitais, considerados como desordens, os quais incluíam riscos de contaminação no ambiente hospitalar e dele para a sociedade além dos consequentes problemas sócio-econômicos que o atingiam.

Um exemplo significativo dos esforços para redução de desordens do hospital não se deu no hospital civil, mas sim no hospital marítimo. No hospital marítimo da França do Século XVII prosperava a desordem que favorecia ações ilegais, tais como o tráfico de mercadorias, de objetos preciosos, especiarias etc., provenientes da colônia. Segundo Foucault (1996), para ludibriar a alfândega, quando desembarcavam, os traficantes fingiam estar doentes e, assim, eram encaminhados para o hospital, o que lhes permitia esconder objetos trazidos das colônias, impedindo o controle fiscal da alfândega. Tal situação provocou o protesto de autoridades financeiras e evoluiu para a regulamentação de inspeções com registro de conteúdo de cofres, utilizados no hospital por boticários, marinheiros e médicos.

Assim como os hospitais marítimos, relata Foucault (1996), os hospitais militares também prestaram valiosa colaboração histórica para a redução de desordens. A criação do fuzil, no final do século XVII, foi um marco do desenvolvimento técnico das atividades militares, que progressivamente veio a exigir homens mais preparados, e isso acarretava grandes investimentos em cursos de formação e treinamentos. Entretanto tais investimentos estavam expostos a grandes riscos de prejuízos, pois doenças, epidemias e deserções não eram acontecimentos raros. Motivados por encontrar soluções para reduzir os riscos de perdas de seus adestrados homens, os dirigentes militares providenciaram reorganizações de cunho disciplinares, que atingiram aspectos políticos e administrativas do hospital militar. Tais medidas visavam evitar a deserção de pacientes militares e diminuir o número de mortes, por meio da instauração de fiscalização e do desenvolvimento da terapêutica.

Para Foucault (1996), além da disciplinarização do espaço hospitalar, a transformação do saber e das práticas médicas também prestou decisiva contribuição para o gênese do hospital médico. Tal transformação ocorreu com o deslocamento da intervenção médica. Se antes considerada uma medicina da crise,

por estar dirigida à doença, a atividade médica passou a realizar intervenções no ambiente vivido pelos pacientes, constituindo uma verdadeira medicina do meio, tendo como suporte a botânica, a classificação de Lineu. Assim o ar, a água, a temperatura ambiente, o regime, a alimentação e outros aspectos passaram a receber acompanhamento da atividade médica.

Segundo Foucault (1996), a percepção de que o hospital deveria ter o papel de curar surge aproximadamente em 1780, a partir de viagens para visitas a hospitais, realizadas pelo inglês Howard, no período de 1775 a 1780 e pelo médico francês Tenon.

De acordo com Silva (2001), um evento específico assinalou a gênese do hospital moderno: o incêndio do Hôtel-Dieu, hospital situado em Paris, que atendia continuamente a centenas de pacientes. A sua destruição provocou polêmicos debates sobre a possibilidade de sua reconstrução e evidenciou as péssimas condições de funcionamento do velho hospital.

Para a Enciclopédia Delta Universal (1980), o Hôtel Dieu (Santa Casa), de Paris, fundado no século VII da era cristã, é o mais antigo hospital ainda em atividade no mundo e está situado na *Place Parvis Notre Dame, 1*, em Paris, funcionamento que pode ser confirmado em visita ao seu site na internet.

Em 1781 foi decidido que um novo hospital seria erguido no mesmo terreno onde estava situado o Hôtel-Dieu. Em 1785, o arquiteto Bernard Poyet, encarregado municipal das edificações da cidade de Paris, não aprovou a idéia de reconstrução do hospital. Naquela oportunidade, ele apresentou um projeto de um grande edifício circular, situado na ilha dos Cisnes.

Uma comissão de nove membros nomeada pela Academia Real de Ciências, em 1785, rejeitou o projeto de Poyet e iniciou um longo período de estudos e de pesquisas visando encontrar uma proposta definitiva para a questão do Hôtel-Dieu, disse Foucault (1996). Tendo a frente o médico Tenon, a comissão apresentou à Academia de Ciências a obra ***Mémoires sur les hôpitaux de Paris***.

Em 1788, de acordo com Silva (2001), Tenon apresentou à Academia de Ciências cinco relatórios reunidos em uma obra intitulada *Mémoires sur les hôpitaux de Paris*, contendo uma análise detalhada de vários hospitais franceses e estrangeiros. O primeiro relatório representava um panorama geral dos hospitais de Paris. O segundo constituiu-se da descrição e análise dos hospitais pesquisados. O terceiro e o quarto foram uma descrição e análise exclusiva do Hotel-Dieu, hospital

Parisiense. No quinto e último relatório tratava-se do projeto do novo hospital que substituiria o Hôtel-Dieu. Esta obra teve uma grande repercussão em muitos países. No primeiro dos relatórios ele apresentou um panorama de conjunto dos hospitais parisienses; o segundo foi consagrado à descrição e análise do espaço dos hospitais estudados; o terceiro e o quarto foram dedicados à descrição e análise detalhadas do Hôtel-Dieu parisiense; finalmente, no quinto, ele apresentou a organização hospitalar que substituiria o Hôtel-Dieu.

A inovação que representou a gênese do hospital moderno foi o olhar crítico estabelecido por Tenon, que decidiu enxergá-lo como uma organização vocacionada à assistência médica com o proposto de cura. Desta forma, ele descreveu os hospitais pesquisados além de uma perspectiva arquitetônica estática. Tenon, sabiamente, procurou descrever o hospital também como um ambiente dinâmico, sob uma perspectiva funcionalista, o que garantiu uma relação de complementaridade entre o conjunto arquitetônico e as necessidades de proteção e assistência à saúde dos pacientes. Para isso, diz Silva (2001), Tenon dá tratamento diagnóstico aos hospitais e destaca como as suas acanhadas funcionalidades estariam dificultando os cuidados aos pacientes. O objetivo maior seria criar uma nova concepção sobre a estrutura arquitetônica dos hospitais que privilegiasse a atuação médica com foco na ação terapêutica, na busca da cura. Neste sentido, essa nova concepção proporcionou uma significativa aproximação - nunca antes vista - entre a medicina profissional e os hospitais, o que desencadeou a ascensão dos médicos ao topo da hierarquia administrativa das organizações hospitalares.

Diversas descobertas científicas que ocorreram no século XIX também prestaram grande colaboração ao início de melhorias no funcionamento dos hospitais, notadamente no atendimento médico-assistencial, afirma a Enciclopédia Delta Universal (1980).

O uso pioneiro do éter em anestésias ocorreu em 1842, pelo médico norte-americano Crawford W. Long. A primeira operação cirúrgica com anestesia pelo éter aconteceu quatro anos após a descoberta de Dr. Long. Foi realizada no Hospital Geral de Massachusetts, em Boston, nos Estados Unidos, pelo odontólogo William T.G. Morton. O princípio de anti-sepsia<sup>2</sup> começou a ser aplicado no final do século XIX, o que representou uma excelente colaboração para a eficácia das cirurgias,

---

<sup>2</sup> Limpeza para reduzir as infecções

atribuindo-lhes uma segurança muito maior. Gonçalves (2006) destaca o trabalho de Pasteur, Koch e Lister, que contribuíram para o aprimoramento das condições de assepsia e higiene de hospitais. No final da década de 1890, os equipamentos de raios X passaram a fazer parte do ambiente hospitalar. Também no final do século XIX a abertura de cursos de enfermagem muito contribuiu para a melhoria do funcionamento dos hospitais. Uma escola fundada em Londres pela famosa enfermeira inglesa Florence Nightingale foi um passo valioso para se edificar um novo padrão para a atividade assistencial dos hospitais. A presença de enfermeiras diplomadas cuidando de pacientes nos hospitais trouxe um grande avanço para a qualidade do atendimento e gerou maior confiança por parte dos usuários e assim contribuiu para a ampliação do número de pacientes.

A disciplinarização do espaço médico permitiu uma medicina individualizante, por meio de registros e acompanhamento do paciente instalado em local específico. Também favoreceu a epidemiologia<sup>3</sup>. O registro do grande número de pacientes atendidos viabilizou a constatação de ocorrências patológicas comuns à totalidade da população.

Desta forma, o século XVIII dá início ao hospital moderno. Uma organização com um novo e ampliado papel, que contempla a cura e a formação médica, possibilitada pela transmissão do saber no ambiente hospitalar.

Conforme Gonçalves (2006), até 1930, os hospitais eram frequentemente administrados por enfermeiras, religiosos ou empresários aposentados. Esta situação gerou uma certa tradição de situar a gestão numa posição secundária, em relação às atividades assistenciais. Suas iniciativas para situar-se em ambiente de mudanças estariam mais centradas na aquisição de sofisticados equipamentos de apoio diagnóstico e terapêutico, assim como nas atividades científicas. Embora bem intencionados, esses profissionais tinham suas ações limitadas ao bom senso e à intuição, por não possuírem conhecimento especializado em administração.

À medida que essas organizações ganhavam complexidade, o aumento de competitividade era observado nas últimas décadas, evidenciando-se cada vez mais os limites de competência desses profissionais. Ainda por volta da década de 30 do século XX, segundo Gonçalves (2006), abriram-se nos Estados Unidos os primeiros cursos universitários de Administração Hospitalar. A partir da segunda guerra

---

<sup>3</sup> Estudo das inter-relações dos vários determinantes da frequência e distribuição de doenças num conjunto populacional (Dicionário Aurélio – Século XXI).

mundial, os Estados Unidos não mais permitiram que os hospitais fossem administrados por profissionais que não possuísem formação específica na área.

## 1.2 HOSPITAIS NO BRASIL

Em muitas localidades, os hospitais são em número limitado, o que garante uma grande demanda de pacientes e uma receita estável. Tal situação pode ter levado a ineficiências e desperdícios de recursos em muitos hospitais, problemas pouco percebidos, devido à contínua prioridade dada à área assistencial sem a correspondente atenção para a área gerencial. Observa-se, porém, que a realidade descrita tem mudado nos últimos anos, por uma série de complexos acontecimentos desfavoráveis.

Segundo o DATASUS (2007 apud FEDERAÇÃO BRASILEIRA DE HOSPITAIS, 2007, p. 1) existem no País 7.646 hospitais, distribuídos conforme Tabela 1 seguinte :

**Tabela 1 - Número de hospitais no Brasil por razão social e esfera de governo, 2007.**

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

Fonte DATASUS (2007 apud FEDERAÇÃO BRASILEIRA DE HOSPITAIS (2007, p. 1)

De um total de 7.646 hospitais, 4.775 são de natureza privada, que, por sua vez, incorporam 2.999 hospitais privados de natureza lucrativa.

No Brasil, há uma grande variação de região para região quanto ao quantitativo e a tipologia de estabelecimentos hospitalares, quanto à detenção de tecnologia e à qualidade dos serviços prestados. A maioria dessas organizações



(cerca de 70%) é de pequeno porte<sup>4</sup>, tem número restrito de profissionais qualificados e de equipamentos adequados.

### **1.3 CRITÉRIOS DE CLASSIFICAÇÃO DOS HOSPITAIS**

Segundo Borba (1991), os hospitais podem ser classificados de acordo com várias tipologias.

Quanto à natureza da assistência, os hospitais podem ser classificados como gerais e especializados. Os hospitais gerais são aqueles que prestam serviços a um número maior de usuários, pois estão capacitados a fornecer assistência a pacientes que demandam atendimento em várias especialidades clínicas e cirúrgicas. Os hospitais gerais podem também prestar atendimento restrito a uma faixa etária (ex. hospital infantil), a um grupo específico da comunidade (hospital militar) ou a finalidade específica (hospital de ensino). Os hospitais especializados fornecem apenas alguns tipos de atendimento a portadores de determinadas doenças ou doenças predominantes. (BORBA,1991). Como exemplo, as maternidades cuidam apenas de gestantes e parturientes.

Quanto à propriedade, manutenção e controle, os hospitais podem ser classificados em governamentais e particulares. Os hospitais governamentais (públicos) podem ser federais, distritais, estaduais, municipais e para-estatais (de institutos). Os hospitais federais subordinam-se ao Ministério da Saúde e atendem principalmente a doenças contagiosas, infecciosas, parasitárias, mentais ou outras doenças presentes em várias regiões do país. Estão também incluídos nessa categoria os hospitais das Forças Armadas, que, subordinados a seus respectivos ministérios, prestam serviços assistenciais à saúde dos militares. Outros hospitais federais estão subordinados a autarquias por prestarem atendimento a seus contribuintes e dependentes. Os hospitais particulares podem ser filantrópicos, de finalidade lucrativa e sem finalidade lucrativa. Os hospitais filantrópicos são hospitais particulares não lucrativos, mantidos por ordens religiosas e outras associações e objetivam atender a parcela da população associada ao SUS, em

---

<sup>4</sup> No que se refere à capacidade de lotação, os hospitais podem ser classificados como de tipo pequeno, médio, grande e de tipo especial ou extra. Os hospitais de pequeno porte possuem de 25 a 49 leitos. Borba (1991).

muitos casos desprovida de recursos financeiros. Além disso, os filantrópicos são também caracterizados por dois aspectos. Destinam um percentual de sua capacidade de lotação para dar assistência gratuita a pacientes que não possuem planos privados de saúde ou recursos financeiros. Nem remuneram, gratificam, fornecem vantagem ou benefício, de qualquer espécie e a qualquer título, aos principais dirigentes, diretores, sócios e irmãos, com exceção de outros cargos, para os quais mantêm vínculo contratual com os seus ocupantes. Os hospitais lucrativos são hospitais particulares que visam ao lucro e compensam a aplicação do capital com a distribuição de dividendos, quando há lucros.

No que se refere à capacidade de lotação<sup>5</sup>, os hospitais podem ser classificados como de tipo pequeno, médio, grande e de tipo especial ou extra.

Os hospitais de pequeno porte possuem de 25 a 49 leitos. Hospitais de médio porte possuem de 50 a 149 leitos. Hospitais de grande porte possuem de 150 a 500 leitos. Hospitais de porte especial possuem mais de 500 leitos, de acordo com Borba (1991).

A classificação quanto à capacidade de ensino (residência) inclui os hospitais de ensino, hospitais com residência médica regulamentada e hospitais sem regulamentação de residência médica. Os hospitais de ensino educam futuros médicos, enfermeiras e outros profissionais da área de saúde. Podem estar ligados a um centro médico universitário ou ser um hospital geral associado a uma escola de Medicina.

O procedimento do corpo clínico<sup>6</sup> é mais um critério de classificação dos hospitais. Hospitais que possuem corpo clínico fechado são aqueles que têm grupo exclusivo de médicos para assistência aos usuários. Apenas eventualmente e mediante permissão especial autorizam o exercício da Medicina a profissionais estranhos ao corpo clínico. Hospitais que possuem corpo clínico aberto são aqueles que não dispõem de um grupo exclusivo de médicos para a prestação de assistência aos pacientes, permitindo que médicos com outros vínculos profissionais sejam admitidos ao corpo clínico. Hospitais que possuem corpo clínico misto são aqueles

---

<sup>5</sup> As faixas de classificação dos hospitais, de acordo com o número de leitos não foram definidas oficialmente pelo Ministério da Saúde. A Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) tem utilizado, em suas publicações, a classificação indicada por Borba (1991).

<sup>6</sup> Órgão com estrutura hierárquica que congrega todos os médicos e odontólogos do hospital, voltado para a prestação de assistência e com plena autonomia profissional. Em sentido amplo é o juiz do trabalho e dos atos praticados por cada membro no desempenho de suas funções.(BORBA,1991).

que admitem a existência dos dois tipos de procedimento do corpo clínico, tanto o aberto quanto o fechado. (BORBA, 1991)

Quanto ao sistema de edificação, os hospitais podem ser classificados como pavilhonar, monobloco e misto ou, por outro critério, como verticais e horizontais. Os hospitais pavilhonares possuem várias edificações. Os hospitais monobloco são aqueles cuja edificação é formada por um único bloco. Os hospitais mistos combinam blocos com pavilhões. No que se refere ao segundo critério de sistema de edificação, os hospitais verticais possuem edificações com vários pavimentos. Os hospitais horizontais possuem um ou mais blocos que se estendem predominantemente em superfície. (BORBA, 1991)

Quanto ao plano de construção, os hospitais podem ser classificados como definitivos, progressivos e flexíveis. Os hospitais definitivos não permitem alterações na planta física. Os hospitais progressivos são planejados para serem construídos em estágios, prevendo a possibilidade de novas alterações, de acordo com necessidades emergentes. Os hospitais flexíveis possuem um tipo de edificação que aceita alterações internas em seus compartimentos, sem prejuízos à funcionalidade. (BORBA, 1991)

Quanto ao aspecto arquitetônico, os hospitais podem ser classificados como basilicais, cruciformes e palacianos. O primeiro tipo são hospitais edificados em forma de basílica. O segundo são hospitais edificados em forma de cruz. O último são hospitais edificados em formato quadrado ou em **U**. Borba (1991) ressalta, porém, que a arquitetura evoluiu formidavelmente e surgiram novas concepções estéticas, o que dá a essa classificação um valor estritamente histórico.

Quanto ao tempo de permanência, os hospitais podem ser classificados como de curta permanência e de longa permanência. O primeiro, quando o período médio de permanência for inferior a 15 dias. O segundo, quando o período médio de permanência for superior a 15 dias. (BORBA, 1991)

Quanto ao zoneamento, os hospitais são classificados como unidade sanitária, comunitário, regional ou distrital, de base e de ensino médico. Hospital do tipo unidade sanitária é de pequeno porte, com aproximadamente 40 leitos e possui assistência médica, cirúrgica, obstétrica e de emergência, desenvolvendo também programas de saúde pública. Hospitais comunitários possuem capacidade ocupacional com cerca de 100 leitos e incluem assistência médica, pediátrica, cirúrgica, obstétrica, de emergência e com responsabilidades de saúde pública.

Hospitais regionais ou distritais possuem capacidade ocupacional aproximada de 250 leitos e oferecem todas as clínicas especializadas. Os hospitais de base possuem capacidade ocupacional superior a 250 leitos e todas as clínicas especializadas. Coordenam os serviços médicos-hospitalares de uma zona e se encarregam também de treinamento e desenvolvimento de pessoal. Os hospitais de ensino médico possuem as mesmas exigências dos hospitais de base, no que se refere às capacidades e atribuições, incluindo atividades de ensino médico (escolas-médicas).

#### **1.4 FONTES PAGADORAS DE SERVIÇOS HOSPITALARES**

Existem, basicamente, duas fontes pagadoras pelos serviços hospitalares prestados: o Sistema Único de Saúde (SUS) e o sistema de saúde supletiva ou privado. O SUS é financiado por recursos públicos e celebra convênio com hospitais filantrópicos e com um pequeno número de hospitais privados com fins lucrativos. O sistema privado de saúde é composto por operadoras de convênios médicos, como seguradoras, medicina de grupo, cooperativas e empresas de autogestão.

O SUS foi implantado a partir da Constituição Federal de 1988 e regulamentado pela Lei 8080/90 ou Lei Orgânica da Saúde, fato relevante para o setor de saúde do País, pois estabeleceu que a Saúde é direito de todos e dever do Estado. Esse compromisso governamental de universalização do acesso aos serviços de saúde, transcorridos 18 anos, efetivamente ainda não conseguiu, de forma abrangente, atingir os seus fins, firmados no texto constitucional.

De acordo com Callegari (2004), devido à limitada efetividade da saúde pública, a saúde suplementar ganhou corpo no País, a partir dos anos 60 do século XX. Atualmente, as operadoras privadas de saúde têm poder elevado de negociação junto aos hospitais privados. Isto porque respondem, segundo a Agência Nacional de Saúde Suplementar (2007), pela participação de cerca de 90% da receitas dessas organizações, por meio de 46,9 milhões de associados (sendo 38,3 milhões associados a planos de assistência médica e 8,6 milhões associados a planos exclusivamente odontológicos), que representam em torno de 25,5% da população brasileira, estimada pelo IBGE (2007a) em 183,9 milhões de habitantes. Apesar do contingente elevado de associados, as operadoras privadas se ressentem da forte regulamentação existente no país e do grande e complexo número de normas e

resoluções que mudam freqüentemente. Outras dificuldades das operadoras privadas são a exigência de cobertura total dos usuários, com a promulgação da Lei 9.656/98; o controle dos reajustes dos preços de planos e seguradoras por parte da Agência Nacional de Saúde Suplementar; e a obrigação de garantir reservas em eventuais emergências. Por um lado, a Lei 9.656/98 ampliou os custos das operadoras privadas; por outro lado, a aprovação da referida lei foi considerada pelo Conselho Federal de Medicina (CFM) um grande avanço para o setor saúde e talvez a mais difícil batalha que enfrentou, desde a aprovação da resolução CFM n° 1.401/93. De acordo com o Jornal Medicina CFM Conselho Federal (2007), a referida resolução obriga as empresas de seguro-saúde, de medicina de grupo, cooperativas de trabalho médico, ou outras que atuem sob forma de prestação direta ou intermediação dos serviços médico-hospitalares, a assumirem a responsabilidade de atender a todas as enfermidades listadas no Código Internacional de Doenças da Organização Mundial de Saúde, sem permissão para estabelecer restrições quantitativas ou de qualquer natureza. Mendes; Silva; Dallare *al* [200-?] consideraram legítimo o caráter de obrigatoriedade determinado na resolução do Conselho Federal de Medicina (CFM), pois o referido Conselho jurisdiciona os prestadores de serviços de saúde e possui poder legal, por ser órgão público, com função de estabelecer disciplina ética quanto aos serviços de saúde prestados à população em todo território nacional. Entretanto foi somente após a aprovação da Lei n° 9.656/98, aprovada pelo Congresso Nacional e promulgada em junho de 1998, que se dirimiram as controvérsias dos Tribunais. Segundo o Jornal Medicina CFM Conselho Federal (2007), tal lei baseou-se em vários aspectos, na Resolução CFM n° 1.401/93.

O setor hospitalar tem recebido muitas inovações nos últimos anos, com a aquisição de sofisticados equipamentos, grande parte importados, adquiridos em moeda estrangeira (dólar), o que tem gerado custos elevados para essas organizações. Além disso, observa-se uma tendência em se aumentar a solicitação de exames complementares de maior complexidade e de custos mais elevados, realizados por essas máquinas avançadas, as quais, em diversos casos, têm contribuído para a redução do tempo dedicado ao exame clínico do paciente.

## 1.5 HIERAQUIA DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE NO BRASIL

De acordo com Gonçalves (2006), o sistema nacional de saúde possui uma hierarquia que divide a assistência em três pilares. A base é constituída da atenção primária, que está direcionada à promoção da saúde, à prevenção e às doenças mais comuns nas especialidades básicas. Na linha intermediária, está situada a atenção secundária, direcionada ao atendimento ambulatorial e hospitalar nas especialidades básicas. Por último, existe a atenção terciária, voltada para assistência médica aos casos mais complexos. Apesar de bem idealizada, na prática essa hierarquia não funciona adequadamente. Há um grande déficit de Unidades Básicas de Saúde (UBS), que deveriam cumprir o papel de porta de entrada para o sistema de saúde. Somente na cidade mais desenvolvida do país, São Paulo, conforme Leite (2004 apud GONÇALVES, 2006), deveria existir um posto de saúde para cada 20 mil habitantes, o que corresponde a 500 postos. Entretanto existiam apenas 388 postos, o que representava um déficit de 112 postos de saúde. Esse padrão assistencial foi definido pelo Plano Metropolitano de Saúde, em 1983, e até hoje não se conseguiu atingir as metas traçadas, pois atualmente existem 405 UBS, segundo dados fornecidos à presente pesquisa, pela Coordenação de Epidemiologia e Informação da Secretaria Municipal de Saúde do município de São Paulo (2007). Tal realidade levou Pereira (2000 apud GONÇALVES, 2006) a afirmar que a crise no sistema de saúde não está na falta de hospitais, mas sim no déficit de serviços ambulatoriais que deveriam ser ofertados pelos postos de saúde. Essa situação gera conseqüências nos propósitos da hierarquização do sistema de saúde, que é impelido a concentrar atendimentos nos níveis secundário e terciário, provocando a superlotação de hospitais, segundo Gonçalves (2006). Embora isso possa parecer favorável aos hospitais particulares, por terem garantidas as demandas freqüentemente altas de atendimento, por outro lado os leva a ofertar a sua estrutura complexa de serviços, tempo e custos elevados, em muitos casos, para o atendimento de alguns usuários que poderiam ter seus problemas resolvidos por um simples atendimento em um posto de saúde.

## **1.6 O PROCESSO DE PRODUÇÃO E INOVAÇÃO EM ORGANIZAÇÕES HOSPITALARES**

Segundo Braga Neto (1991), o modelo tradicional de organização interna dos hospitais tem sido composto de dois sistemas que atuam em paralelo: um sistema administrativo e um sistema médico-assistencial. Isto porque existe, paralelo à gestão administrativa do hospital, um sistema de tomada de decisões descentralizado, conduzido por médicos, que inclui a escolha e o acompanhamento da conduta clínica a ser oferecida a cada paciente.

Esse sistema descentralizado fornece total autonomia ao médico, sobretudo porque esse profissional poderia escolher livremente a melhor assistência existente para os seus pacientes, sem qualquer preocupação quanto aos custos para levantamento diagnóstico e tratamento. Braga Neto (1991)

Para Braga Neto (1991), este sistema de dupla autoridade - administrativa e médica - possui dois conflitos potenciais de origem. O primeiro está representado por propósitos distintos de atuação. Um dos principais propósitos do administrador seria garantir um bom desempenho econômico para o hospital, suporte necessário à continuidade de funcionamento. Por outro lado, perspectiva, o médico concentra suas ações dentro do hospital, buscando garantir atendimento de qualidade, sem nenhuma associação com mais ou menos custo gerado. O segundo conflito está relacionado à possibilidade de o empregado do hospital receber ordens de duplo comando: uma primeira voz, da autoridade administrativa, solicitando o atendimento a uma determinada medida; uma segunda voz, do médico realizando um outro pedido. No caso de os dois pedidos caracterizarem um conflito mútuo, a quem atender? Evidentemente que é uma situação embaraçosa para o empregado. Seria preferível tentar evitá-la. Mas, para isso, seria necessário desenhar uma nova linha de distribuição de responsabilidades com maior clareza dos limites de competência funcional e melhor relação de complementaridade entre as esferas administrativa e assistencial.

Além da questão divisional provocada pela não existência de comando único, há um ponto prioritário a solucionar: a necessidade de a gestão ir além do acompanhamento do produto intermediário e passar a incluir também o acompanhamento do produto final, que é o conjunto de bens e serviços utilizados no processo de diagnóstico e tratamento de pacientes.

Conforme Harris (1977 apud Braga Neto), o hospital é como se fosse duas firmas em uma, pois há dois componentes no processo de produção hospitalar. O primeiro envolveria o processo de transformação de diversas matérias primas em insumos, para o atendimento aos pacientes, a fim de gerar os chamados produtos intermediários. Esse processo é realizado em diversos departamentos, como a cozinha, laboratório de análises clínicas, banco de sangue, serviço de radiologia e outros. Por outro lado, o produto final, sob responsabilidade do médico, tem sido gerado dentro desse modelo tradicional de gestão hospitalar, com a utilização de insumos livremente escolhidos pelos médicos, tanto no tipo quanto na qualidade e quantidade, sem nenhuma verificação dos custos gerados. O critério único seria promover a saúde do paciente.

Braga Neto (1991) afirma que fatores gerais, que posicionaram os hospitais em um contexto de dificuldades financeiras (vide parte introdutória desta dissertação), aceleraram o entendimento sobre a urgência de um novo modelo de administração para os hospitais, com ênfase na gestão de seu processo de produção. Isso incluiria a administração do processo de produção hospitalar de forma integrada, se não na totalidade, pelo menos buscando uma maior aproximação entre os processos de produção de bens e serviços intermediários e das linhas de produção assistenciais.

E para integrar os dois processos, seria condição fundamental alterar a lógica de geração do produto final. De uma lógica de pensamento livre do médico, voltado para ter o diagnóstico correto e a escolha do melhor tratamento, para uma lógica de estabelecer uma assistência mais padronizada, alicerçada em critérios de custo-efetividade. Mas, para estabelecer esse novo paradigma na gestão hospitalar, havia uma grande dificuldade a ser superada. O administrador tinha sua ação gerencial restrita ao processo produtivo do produto intermediário e não tinha poder tampouco conhecimento especializado (em Medicina) para argumentar e interferir nas decisões médicas. Além disso, subordinar as decisões médicas a protocolos não seria tarefa fácil, considerando-se às prováveis resistências. (BRAGA NETO, 1991)

As resistências, entretanto, sofreram reduções porque se constatou grande variabilidade injustificada nas práticas médicas e a possibilidade de os médicos terem acesso a beneficiamentos para os seus serviços. Caso aceitassem a responsabilidade sobre a gestão do custo-efetividade no universo da estrutura de sua especialidade, poderiam receber parte da economia gerada e aplicá-las em



melhorias em seus serviços. Eisenberg (1986 apud Braga Neto,1991), em seu trabalho intitulado *Doctors Decisions and the Cost of Medical Care*, realizado nos Estados Unidos, concluiu que existiam padrões de atendimento muito díspares e que não havia justificativas para tal, mesmo considerando as variadas necessidades dos pacientes. Foram constatadas variações em todos os componentes da atividade médica, a exemplo de taxas de cirurgias, prescrição de medicamentos, bateria de exames diagnósticos solicitados, taxas de internação e no tempo médio de permanência das hospitalizações. Estes resultados ocorreram mesmo tendo sido considerados, no trabalho, comparações individuais entre médicos de uma mesma área. Mas o problema não se resumia à falta de padrão da conduta médica ou a possíveis desperdícios na utilização de recursos, como, por exemplo, solicitações de exames desnecessários. (BRAGA NETO,1991)

Conforme Braga Neto (1991), algumas condutas médicas foram consideradas inadequadas, promotoras de mais riscos do que benefícios à saúde dos pacientes. Assim a questão passou a incorporar o eixo da qualidade da assistência médica junto com o eixo econômico, o que reforçou a idéia de gerar uma assistência mais padronizada.

Foi imaginada uma nova configuração para a organização dos hospitais, por meio da separação de profissionais e recursos por linhas de produção. Essa idéia partiu da constatação de que as tecnologias são utilizadas com intensidade não uniforme entre as especialidades médicas. (BRAGA NETO, 1991)

Braga Neto (1991) esclarece que para essa nova realidade considerou-se a importância de incorporar o médico no sistema de controle gerencial do hospital, pois sua decisão tem grande influência tanto no aumento quanto na desejada contenção de custos. Se a intenção seria fazer com que os serviços clínicos administrassem a assistência prestada, a gerência destes serviços só poderia ficar com os médicos, únicos profissionais com a competência especializada para tal, considera Braga Neto (1991).

De acordo com Braga Neto (1991), esse modelo voltado para gerar uma maior integração entre a ação administrativa e as práticas assistenciais, conhecido como modelo de gestão descentralizado, ganhou força com o surgimento do ***Diagnosis Related Groups***<sup>7</sup> (DRGs).

Os DRGs permitiriam assim o conhecimento dos produtos hospitalares, a relação entre esses produtos e os insumos empregados pelo hospital.

Esse sistema foi concebido por Fetter e outros pesquisadores de Yale, que propuseram também a gerência por linhas de produção ou a gerência de case-mix (ambas expressões com o mesmo significado). (BRAGA NETO, 1991)

Segundo Braga Neto (1991), com os DRGs, Fetter deseja aplicar em hospitais método de controle estatístico de processos, o que já vinha sendo utilizado em indústrias como referência nos controles de qualidade e custos. Assim imaginava estar criando um novo formato para a gestão hospitalar, tendo como base o conhecimento e a administração dos processos de produção. Provas estatísticas permitiriam verificar o grau de estabilidade dos processos. Isso se faria verificando-se o quanto as especificações de um processo de produção são seguidas na prática e o quanto esse processo gera um produto dentro de padrões pré-estabelecidos.

Esse enfoque objetivo não teria, contudo, a mesma eficácia no hospital quando comparado à indústria. Braga Neto (1991, p.105) lembra que é outra a realidade hospitalar: “nestas organizações se processam pessoas com necessidades as mais variadas, cada paciente representa um caso singular, de sorte que o estudo destes processos e produtos não seria tão simples”.

Segundo Braga Neto (1991), para a aplicação do sistema DRG ficou definido que a unidade de medida da produção hospitalar seria cada paciente tratado, abrangendo o conjunto de bens e serviços recebidos durante o atendimento. Contudo um ponto de interrogação foi levantado porque suscitaram dúvidas: como medir e avaliar a produção do hospital tendo cada unidade de medida (o paciente) uma situação singular?.

Finalmente, conforme Fetter et cols. (1980 apud BRAGA NETO, 1991), foi configurada uma estrutura que considerava um sistema de classificação de

---

<sup>7</sup>Sistema de classificação de pacientes internados, voltado para mensurar a produção do hospital. Parte-se do agrupamento de pacientes tratados que possuem características clínicas e perfil de tratamentos semelhantes, abrangendo todos os tipos de pacientes internados. Espera-se que esses grupos de pacientes recebam produtos ou serviços similares, constituindo assim grupos homogêneos, no que se refere ao consumo de recursos. Noronha et al (1991).

pacientes de acordo com o consumo de recursos. Foi criada uma árvore de decisões contendo as seguintes variáveis: o diagnóstico principal, a idade do paciente, a presença ou não de procedimento cirúrgico, a presença ou não de comorbidade/complicação e as condições de alta do paciente.

Com a ampliação da responsabilidade dos médicos, que incorporaram também funções administrativas, observa-se que os médicos atuantes como gerentes de linha de produção teriam como atribuições a coordenação de equipes assistenciais, o monitoramento de condutas diagnósticas e terapêuticas e também o papel de gestor financeiro do serviço. (BRAGA NETO, 1991)

Constatou-se também a necessidade de incluir um sistema de contabilidade de custos por DRG's, com o intuito de permitir que os produtos hospitalares e o consumo de insumos por tipos de paciente viessem a ser transformados em valores monetários, passo complementar para viabilizar uma linguagem comum entre as áreas assistenciais e administrativas. (BRAGA NETO, 1991)

Por outro lado, diante de tantas amarrações proporcionadas pelo modelo gerencial descentralizado com a aplicação das DRGs, era de se esperar que os médicos pudessem ver a forte padronização de condutas clínicas como tecnocrática e inibidora da atividade profissional. Como contra-argumentação, os defensores do novo modelo entendiam que a metodologia de controle estatístico de processos permitiria um melhor conhecimento das práticas médicas e colaboraria para o aumento de qualidade assistencial, gerando uma melhor relação custo-efetividade. (BRAGA NETO, 1991)

Embora a forte padronização para as condutas clínicas objetivasse a estabilidade dos processos, a redução da variabilidade e a permissão para o controle e a predição, Fetter (1986 *apud* Braga Neto, 1991) admitia que a busca de estabilidade para as práticas assistenciais a partir do controle estatístico seria limitada a valores estimados entre 60 a 70% dos processos, devido aos limites do conhecimento médico.

O modelo então seguiu em frente e foi aplicado em hospitais norte-americanos em meados da década de 80 do século passado e também posteriormente foi aplicado em países europeus. Braga Neto (1991) afirma que os DRGs devem mesmo ser uma ferramenta efetiva para a mensuração do *case-mix* hospitalar, pois tem havido interesse internacional em torno deste sistema.

Braga Neto (1991) defende que tanto nos hospitais públicos quanto nos hospitais privados deve haver uma maior aproximação entre as áreas administrativa e clínica, por meio de uma linguagem comum entre os procedimentos clínicos e os valores econômicos, para que se possa gerar uma melhor relação custo-efetividade entre os insumos consumidos no processo e os produtos. Para o autor, esse modelo parece significar um movimento irreversível no sentido de maior controle e melhor atendimento nas organizações hospitalares, com a inclusão da participação do médico na gestão assistencial.

Embora favorável à mudança, Braga Neto (1991) cautelosamente afirma que a aplicação dessas idéias (originalmente concebidas para a realidade norte-americana) à realidade brasileira necessita da realização de novos e avançados estudos que levem em conta a realidade brasileira. O autor lembra também que esse modelo implica mudança de papéis dos médicos. Eles sairiam da posição hipocrática de advogado do paciente para a posição de mediatário entre os interesses do paciente e os da organização, o que os levaria a considerar também as questões econômicas, antes de definir a conduta a ser aplicada. O autor reconhece também que esse modelo vai de encontro ao fortalecimento de redes regionais ou locais de serviços, onde cada unidade atua em campo específico e se integra às demais unidades. Como o modelo tem características de descentralização da gestão, dificultaria o acesso a dados, por estarem mais fragmentados (distribuídos) em diversos serviços médicos, o que implicaria o retardo de decisões e colocaria em risco a efetividade dessas redes.

## **1.7 FALHAS DE MERCADO E REGULAÇÃO DA ATIVIDADE PRIVADA NO SETOR SAÚDE**

A compreensão e aplicação segura de qualquer metodologia voltada para a otimização da gestão hospitalar requer conhecimento prévio sobre a lógica dominante no mercado de serviços de saúde, constituída de características peculiares. Nos próximos parágrafos, serão descritas falhas de mercado presentes no setor saúde e, em seguida, será abordada a questão da regulação do setor privado de saúde no Brasil.

Segundo Campos e Albuquerque (1999), o Banco Mundial reconheceu, em relatório publicado em 1993, que há falhas de mercado, no que tange ao suprimento das necessidades do setor saúde. Como não há nenhuma das condições de perfeita

competição<sup>8</sup> presentes no setor saúde, estaria assim justificada uma ação intervencionista mais intensa do Estado, segundo Donaldson e Gerard (1993 apud CASTRO, 2002).

As principais falhas de mercado que ocorrem na área de saúde são as seguintes:

I. Ocorrência de riscos e incertezas - O planejamento das ações de saúde é severamente prejudicado pela incerteza que acompanha a doença. As pessoas não têm idéia de qual doença poderão vir a contrair, quando ocorrerá e quanto tempo durará. Essa incerteza gera insegurança nas pessoas, que podem agir com o intuito de amenizar os riscos advindos da doença e dos gastos que serão necessários para obter o tratamento. A depender da gravidade da doença, além dos gastos de tratamento, muitos poderão sofrer a perda conhecida como “lucros cessantes”, que afeta muito mais aqueles que têm ganhos restritos à produtividade, como profissionais autônomos. Se deixam de trabalhar devido à doença, deixam de ganhar dinheiro, o que amplia o sofrimento físico, incorporando o sofrimento psicológico.

O artigo 199 da Constituição Federal/88 assegura que, de forma complementar, a iniciativa privada pode participar da assistência à saúde. Em seu parágrafo primeiro diz: “As instituições privadas poderão participar de forma complementar ao Sistema Único de Saúde (SUS), segundo diretrizes deste, mediante contrato de direito público ou convênio, tendo preferência as entidades filantrópicas e as sem fins lucrativos.” (BRASIL, 1988, p.82) Esses contratos de gestão geram custos delegativos, segundo Corrêa (2005), que bem caracterizam a incapacidade governamental para garantir o cumprimento do artigo 196 da Constituição Brasileira, a qual assegura: “A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem a redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal igualitário às áreas e serviços para a sua promoção, proteção e recuperação.”

As dificuldades reais de acesso ao atendimento via SUS e os riscos e incertezas que cercam a saúde de cada um fizeram com que, segundo Callegari (2004), muitas pessoas decidissem por pagar mensalmente um seguro privado de

---

<sup>8</sup> A perfeita competição é caracterizada pela maximização dos lucros pelos produtores e maximização da utilidade pelos consumidores.

saúde. De acordo com a Agência Nacional de Saúde Suplementar (2007), o País possui 46,9 milhões de pessoas associadas a planos privados de saúde, o que representa cerca de 25,5% da população brasileira. É obvio que esse número não é ainda maior porque a maioria da população não dispõe de poder aquisitivo suficiente para custear um plano privado de saúde. Entretanto, de acordo com Castro (2002), no mercado de seguro privado de saúde também existem falhas, que são as **deseconomias** de escala, a seleção adversa e o risco moral.

As deseconomias de escala ocorrem no mercado de seguro saúde quando existe um número grande de pequenas seguradoras competindo entre si, com composição de custos variada. Isso eleva os custos de cada seguradora devido à limitada participação no mercado, o que aumenta o valor do prêmio a ser pago por cada segurado. Por outro lado, as economias de escala acontecem quando grandes organizações distribuem o custo fixo por todos os produtos e assim obtêm uma redução do custo por unidade de produto. Assim poderiam oferecer aos consumidores preços mais baixos. Entretanto as economias de escala têm tendência de gerar monopólios, condição em que podem aumentar os preços de forma arbitrária, deixando os consumidores sem opções de escolha.

Para combater a falha de mercado denominada deseconomia de escala, Arrow (1995) defendeu a idéia de que a cobertura de serviços de saúde deveria ser realizada por um sistema centralizado, de único-pagador para benefícios básicos, um monopólio de seguro saúde que obteria economias de escala significativas nos custos de saúde, com atendimento restrito aos benefícios básicos, muito mais barato do que quando se tem muitos planos de seguro competitivos. E para a cobertura de benefícios não-básicos, Arrow (1995) não considerou necessário e nem desejável impedir que as pessoas comprem cobertura adicional. Seria um sistema misto, que favoreceria a economia de escala e que também daria opções de escolha aos consumidores para as coberturas adicionais.

Os riscos e incertezas, as falhas de mercado do setor saúde anteriormente citadas, provocam o surgimento de uma falha de mercado, que atinge os seguros privados de saúde, conhecida como seleção adversa. Assim, como os segurados não têm como prever o momento em que ficarão doentes e por quanto tempo, as seguradoras têm ainda maior dificuldade de prever os riscos aos quais cada segurado estaria submetido. Desta forma, conforme Castro (2002), as companhias de seguro decidem calcular o valor do prêmio do seguro-saúde com base em um

risco médio. Essa decisão pode levar os consumidores que consideram o risco pessoal menor do que a média a optarem por não se associar ao seguro. A desistência de associação do grupo de menor risco faz aumentar o risco médio do grupo interessado, provocando assim o aumento do valor do prêmio. Para minimizar essa falha de mercado que atinge os seguros privados de saúde, foram criados seguros que analisam o risco de cada pretendente ao seguro, tendo como referência o histórico pessoal e familiar. Embora essa iniciativa indique beneficiar os grupos de menor risco, por outro lado, os grupos de maior risco, formado por doentes crônicos e idosos, teriam que arcar com prêmios maiores a serem pagos, o que, para muitos, seria inviável, considerando, por exemplo, os limitados proventos dos aposentados do País. Este último caso que exclui idosos e doentes crônicos não é considerado uma falha de mercado, porque o conhecimento de risco é comum ao produtor e ao consumidor, uma vez que o cálculo do prêmio do seguro é baseado no risco individual, cujas informações são fornecidas pelo pretendente ao seguro-saúde. O fato de não ser considerado tecnicamente uma falha de mercado, não deveria, contudo, contribuir para a diminuição de iniciativas em prol de um maior equilíbrio no sistema de saúde, possível por meio de ajustes pontuais do Estado nessa realidade.

Para vencer a falha de mercado **seleção adversa**, Arrow (1995) também defende a utilização de um sistema centralizado de cobertura de saúde, de único-pagador para benefícios básicos. Para ele, o problema da seleção adversa desapareceria com um plano centralizado de único-pagador. Se todos os segurados pagassem por um único seguro, todos sairiam ganhando, argumenta.

II. Risco Moral - é a situação de ausência de racionalidade, que ocorre em sistemas de saúde privado ou público e também em sistemas que cobrem todas as despesas geradas no atendimento à saúde, segundo Castro (2002), que ainda esclarece existir uma tendência de gerar excesso de procura por serviços de saúde, tanto da parte do produtor (médico) como da parte do consumidor (paciente). O primeiro agiria da forma exposta, por desconhecimento de custos, pelo interesse financeiro ou insegurança técnica, gerando procedimentos em excesso ou desnecessários, para serem pagos por seguros público ou privado de saúde. O segundo teria maior tolerância à doença e negligenciaria as ações preventivas, bem como tenderia a consumir mais do que precisasse, pelo fato de já ter garantido a cobertura de eventuais gastos com saúde, independentemente dos custos gerados no atendimento, como vinculado a seguro público ou privado. Essa realidade,

defende Castro (2002), vai de encontro ao princípio teórico de independência entre a oferta e a demanda, pois o médico desenvolve atividades nas duas posições, como produtor de serviços e como consumidor, na qualidade de agente do paciente. A última posição seria explicada pelo fato de esse profissional decidir o tempo de internação do paciente, a medicação que irá consumir, os exames que irá realizar e até mesmo escolher o hospital para cirurgia eletiva e o laboratório para realização dos exames. Para Campos e Albuquerque (1999), há uma cumplicidade antiga na relação médico/paciente, devido à relação existente entre um ser que sofre com a doença e um outro capacitado a aliviar esse mal. Tal realidade configura o fenômeno econômico conhecido como a oferta induzindo a demanda, fortalecido pela presença de uma terceira parte no processo - que pode ser o Estado, a empresa (autogestão) ou a seguradora de saúde. A presença dessa terceira parte, responsável pelo pagamento das despesas geradas, pode afastar o médico e o paciente da preocupação de racionalizar o consumo, e provocar desperdícios, traduzidos por aumento de gastos para o Sistema Único de Saúde (SUS), mantido pelas esferas de Governos Federal, Estadual e Municipal além de aumento do valor dos prêmios cobrados por seguros privados de saúde aos seus associados.

Há de se considerar também a existência de limites para a racionalização da produção no setor saúde, conforme argumentam Campos e Albuquerque (1999, p.100):

Qualquer serviço de emergência deve dispor continuamente de um neurocirurgião, ainda que possam ser raros os traumas que exijam sua intervenção noturna. Seria inadmissível negar atendimento a um politraumatizado baseado na estatística de que a incidência de politraumas é pequena e não justifica economicamente uma equipe para aí intervir. Ainda que sejam cada dia mais raros os acidentes ofídicos, é necessário que cada unidade de saúde tenha soros específicos contra venenos das diferentes serpentes, devidamente resfriados e periodicamente checados, sendo jogados fora na grande maioria das vezes.

III. Externalidades - Conforme Souza (2005), externalidades ocorrem quando o consumo e/ou a produção de um determinado bem afetam os consumidores e/ou produtores, em outros mercados, e esses impactos não são considerados no preço de mercado do bem em questão. As externalidades podem ser positivas (benefícios externos) ou negativas (custos externos). Assim, por exemplo, uma empresa de fundição de cobre, ao provocar chuvas ácidas, prejudica a colheita dos agricultores da vizinhança. Esse tipo de poluição representa um custo externo porque é a



agricultura, e não a indústria poluidora, que sofre os danos causados pelas chuvas ácidas. Portanto, os custos privados, nesse caso, são inferiores aos custos impostos à coletividade. Já a educação gera externalidades positivas porque os membros de uma sociedade, e não somente os estudantes, recebem os diversos benefícios gerados pela existência de uma população mais educada, que não é contabilizada pelo mercado. Assim os benefícios sociais são superiores aos benefícios privados, que incluem apenas as vantagens pessoais da educação, como, por exemplo, os salários obtidos em função do nível de escolaridade.

Para Castro (2002), as externalidades positivas estão presentes no setor saúde, principalmente a externalidade conhecida como **bem público**. Enquanto os bens privados são rivais com alocação ótima no mercado, os bens públicos são bens não rivais e não exclusivos. Eles constituem um exemplo extremo de externalidade. Como os recursos comunitários, a propriedade desses bens não pode ser individualizada, pois não são bens divisíveis. Além disso, contrariamente aos bens privados, o ato de consumir o bem público não reduz a quantidade disponível para o consumo das outras pessoas. A impossibilidade de exclusão implica os indivíduos não poderem ser privados dos benefícios do usufruto do bem e/ou serviço, mesmo se não tiverem contribuído para o seu financiamento, e inviabiliza o uso do sistema de preço para racionar o consumo. A resistência em contribuir de forma voluntária para financiar esses bens é um problema conhecido como comportamento **carona** (*free rider*). A maioria dos bens públicos ou são não rivais ou são não excludentes e qualquer das duas características é suficiente para gerar uma falha de mercado.

Segundo Pereira (1992 *apud* CASTRO, 2002), é mais apropriado classificar os serviços de saúde como um bem/serviço de mérito, por se tratar de um bem de consumo individual cuja utilização proporciona benefícios superiores àqueles gozados pelo consumidor. Exemplificando, o valor do bem de mérito provém da existência de externalidades positivas, como os efeitos indiretos de vacinação ou a satisfação da comunidade ao tomar conhecimento de que todos os cidadãos têm acesso aos serviços de saúde, em caso de necessidade.

IV. Informação Assimétrica ou Imperfeita – A informação quanto à melhor forma de conduzir o tratamento de saúde do paciente está acessível apenas ao médico, prestador do serviço, por ter reunido conhecimento ao longo dos anos. Machado (1996 *apud* CAMPOS E ALBUQUERQUE, 1999).

Em muitos casos, para melhor compreender a incapacidade de o paciente opinar sobre qual a melhor alternativa de atendimento que irá receber, Campos e Albuquerque (1999, p. 100) exemplificam:

Seria inútil perguntar a um paciente se ele prefere uma quimioterapia alternativamente a uma radioterapia, no caso em que seus recursos pudessem custear apenas uma das alternativas. Para uma mesma condição seria inútil perguntar ao paciente se ele prefere um teste imunológico ou uma ressonância magnética. Agrava tal situação o fato da decisão a ser tomada em saúde se ligar a um momento de aflição pessoal e familiar: uma enfermidade, no limite, ameaça subtrair a vida própria ou de ente querido. Por tal razão, ao contrário de outros consumos que podem ser adiados, neste caso o consumidor fará qualquer esforço heróico e certamente não hesitará em consumir todas as alternativas colocadas. Isso quebra uma das regras básicas para que o mercado aloque adequadamente os recursos: não há simetria na informação.

Tal realidade faz com que o médico atue como agente do paciente, ao indicarlhe o tratamento, já que esse paciente não tem condições de avaliar a melhor alternativa. O consumo, tendo sido praticamente definido pelo médico, poderia sofrer alterações caso o paciente tivesse condições de escolher uma das alternativas possíveis para o seu próprio tratamento. McGuirre, Henderson, Mooney (1992 apud CASTRO, 2002).

V. Barreiras à entrada – representa qualquer fator em um mercado que ponha um potencial competidor eficiente em desvantagem com relação aos agentes econômicos estabelecidos, de acordo com a Secretaria de Acompanhamento Econômico (SEAE). A regulamentação e o controle dos licenciamentos para atuação profissional e o controle do número de vagas nas escolas formadoras - seja por restrições no número de consultas e exames, seja por natureza das patologias assistidas - e outros fatos constituem algumas barreiras no mercado de serviços de saúde, no lado da oferta, apontadas por Castro (2002), que também ressaltou poderem os riscos dessa regulamentação, na oferta, gerar a valorização excessiva de médicos que possuem uma clientela já construída. Isso acontece em virtude de haver um número limitado de profissionais atuantes, diante da crescente demanda por serviços, o que poderá dificultar o acesso dos consumidores ao mercado de serviços de saúde, configurando-se assim uma situação contraditória que precisa ser evitada.

As teorias normativas de regulamentação estabelecem que o Estado tem papel de intervenção no mercado em situações de desequilíbrio, notadamente

quando o sistema de transações impessoais de mercado, mediado por preços, falha em propiciar alocação eficiente de recursos, de acordo com Farina (1997).

A regulamentação econômica visa aplicar procedimentos de ajuste em situações de monopólio natural. Há também o termo regulamentação social, tratado por alguns autores como sendo o controle de situações em que estão presentes externalidades e informação imperfeita ou assimétrica.

No Brasil, a criação pela Lei 9.961/2000, da Agência Nacional de Saúde Suplementar - agência reguladora vinculada ao Ministério da Saúde, foi um importante marco em prol de um maior equilíbrio entre as atividades das operadoras de serviços de saúde, os prestadores de serviços privados de saúde e o interesse público presente na assistência suplementar à saúde. Para Montone (2001), há particularidades no modelo de regulação do setor de saúde suplementar brasileiro que o distingue da experiência internacional. Isto porque, na maioria dos países, a regulação acontece na atividade econômica em si e atua sobre as empresas do setor, para que a solvência e a competitividade estejam sempre presentes. Por outro lado, no Brasil a regulação também atua de forma consistente na assistência à saúde, mediante adoção de medidas inovadoras, como a proibição da seleção de risco e do rompimento unilateral dos contratos.

Segundo Oliveira; Werneck; Machado (2004), as agências reguladoras são úteis no combate às falhas de mercado que exijam custos irrecuperáveis, alta probabilidade de comportamento oportunista, resolução freqüente de litígios, emissão sistemática de regulamentos, conhecimento altamente especializado e monitoramento contínuo do mercado. Para atuarem cumprindo adequadamente a missão regulatória, as agências precisam de independência, transparência, delimitação de competência, autonomia financeira e gerencial, além de excelência técnica.

O foco da agência regulatória setorial reside nos monopólios naturais, cujas condições de produção fazem com que uma única empresa tenha custos sempre decrescentes à medida que aumenta sua atividade. Isso faz com que a maneira mais eficiente, isto é, de menor custo, seja a produção por uma única firma. Daí a necessidade de o regulador estabelecer regras setoriais específicas que impeçam o monopolista natural de abusar de sua posição. Além de acompanhar os monopólios naturais, as agências também atuam junto a estruturas de mercado não competitivas. Tais participações guardam estreita relação com a da autoridade de

defesa da concorrência. Isto porque a boa regulação é aquela que adapta o mercado da melhor maneira possível, fazendo convergir o objeto de análise dos dois tipos de autoridade.

Dadas essas características do mercado de serviços de saúde, torna-se cada vez mais necessária a intervenção do Estado, seja prestando diretamente os serviços ou regulando, objetivando cumprir os princípios constitucionais do Sistema Único de Saúde.

## CAPÍTULO II

### 2. QUALIDADE EM GESTÃO HOSPITALAR

O presente capítulo apresenta resultados de iniciativas que objetivam aprimorar a qualidade de organizações brasileiras e, de modo mais específico, aborda o avanço do tema na área hospitalar.

É imperioso na atualidade as organizações precisarem construir estratégias competitivas. Isso devido às acentuadas e rápidas mudanças ambientais que se observam nas últimas décadas, com uma maior e mais rápida circulação de capitais, produtos, pessoas e informações. Esse fenômeno gerador de mudanças substanciais na vida das pessoas, das organizações e dos países, conhecido como globalização, tem sido acompanhado por aberturas de mercados, reestruturações produtivas, fusões e incorporações de organizações.

Neste cenário, gestores com qualificação e visão reduziram custos, reavaliaram capacidades produtivas e investiram na capacitação do capital humano.

#### 2.1 ISO NO BRASIL

A forte competitividade exigiu, também, a busca de parâmetros de qualidade, levando o Brasil a adotar as normas de série ISO 9000<sup>9</sup>, em 1990.

De acordo com o ABNT/Comitê CB-25<sup>10</sup> (2008), havia apenas uma única empresa certificada no Brasil em 1981. Atualmente existem 7.881 empresas certificadas no país, que receberam 8.688 certificados ISO 9001:2000, conforme apresentado na Tabela 2.

---

<sup>9</sup> A ISO 9000 é uma série de cinco normas internacionais sobre o gerenciamento e garantia da qualidade, que inclui a ISO 9000, ISO 9001, ISO 9002, ISO 9003 e ISO 9004. A sigla ISO provém de *International Organization for Standardization* e pode ser traduzida como Organização Internacional de Normalização. A ISO, organização não governamental com sede em Genebra, está voltada para o desenvolvimento de normas técnicas internacionais e possui atualmente 157 países afiliados. (CAMFIELD; GODOY [2007?]; MARTINS (2004); INTERNATIONAL ORGANIZATION FOR STANDARDIZATION [2007?])

<sup>10</sup> O ABNT/CB-25 - Comitê Brasileiro da Qualidade da Associação Brasileira de Normas Técnicas – tem como objetivo produzir e disseminar as normas de sistemas de Gestão da Qualidade e Garantia da Qualidade e de Avaliação da Conformidade e suas técnicas correlatas, observando as condições atuais de integração econômica internacional e contribuindo para a capacitação tecnológica brasileira.

A ISO 9001:2000 tem um destacado alcance na gestão de organizações, pois participa ativamente em melhorias de eficiência, custos, clima organizacional, como também define com rigor, tarefas e responsabilidades, permitindo controles mais efetivos, segundo Pinheiro; Giacomini Filho; Silva (2007).

Na Tabela 3, que apresenta uma série histórica do número de empresas certificadas, a coluna **número de certificados**, em todos os anos apresentados, é igual ao número de empresas, ou maior que esse número. Isso porque algumas empresas receberam mais de um certificado ISO 9001 em cada um desses anos. No que se refere à coluna **número acumulado de empresas**, há de se observar que algumas empresas podem ter recebido mais de um certificado no período de 1981 a 2007. Isso pode ocorrer porque os certificados ISO têm validade, em geral, de 03 anos. Entretanto esta questão depende muito da política da certificadora. Algumas delas, após três anos, emitem um novo certificado. Outras, decidem pela prorrogação da validade do mesmo certificado, afirma o ABNT/Comitê CB-25 (2008 apud ESTEVÃO, 2008)

Ainda segundo Estevão (2008), de acordo com o ABNT/Comitê CB-25 (2008), a tabela 3 (vide apêndice E) representa apenas um registro histórico que informa o total de certificados ISO 9001 que foram emitidos no Brasil de 1981 a 2007. No entanto há imprecisões na referida tabela, pois foram incluídos certificados repetidos e outros que perderam a validade. A tabela 2, a seguir, representa melhor referência para acompanhamento da realidade, pois informa o total de empresas certificadas e o total de certificados válidos.

**Tabela 2 - Certificados ISO 9001 Válidos, 2008**

<b>Total de Empresas Certificadas</b>	<b>Total de Certificados</b>
7881	8688

Fonte: ABNT CB-25 -Comitê Brasileiro da Qualidade (2008, p. 1)

## **2.2 O DILEMA DA QUALIDADE**

Em reportagem sobre a inovação, Heleno (2007) apresenta o pensamento de Dácio Roberto dos Reis, doutor em Gestão Industrial e professor titular da

Universidade Federal do Paraná. Segundo o referido professor, ao longo da história as empresas têm construído estratégias para se tornarem competitivas, tanto no mercado local, como também nos mercados regional, nacional ou mundial.

A diferenciação pelo custo foi uma das primeiras iniciativas adotadas para garantir a competitividade. A mensagem síntese dessa estratégia era **se vendo mais barato, vendo mais**. Dando prosseguimento ao seu pensamento, o professor Reis considera que a estratégia de diferenciação por custo não funciona mais, pelo fato de conduzir os competidores a margens de lucro irrisórias.

Diante da ineficácia da estratégia de diferenciação por custo, as empresas optaram por concentrar esforços voltados para a qualidade, cujo dilema era, segundo o professor Reis (apud HELENO, 2007), **qualidade ou morte**. Mas, atualmente, essa estratégia não mais gera diferenciação, é sim um imperativo, pelo simples fato de todos os competidores a possuírem, afirma o professor Reis (apud HELENO, 2007)

Finalizando o pensamento, ele afirma que a estratégia de diferenciação que pode proporcionar significativos resultados no momento atual seria a inovação tecnológica.

Como será visto no capítulo sobre inovação, é importante que esse tipo de inovação seja acompanhada por inovação no modelo de negócios, para que seja possível surtir o efeito desejado.

O professor Reis (apud HELENO, 2007) ressalta, contudo, que inovações esporádicas são infrutíferas e defende o investimento em programas permanentes de inovação como passo essencial para garantir a competitividade empresarial.

Mas será que as organizações brasileiras superaram mesmo o **dilema da qualidade** e estão todas com o propósito voltado para a inovação? Respeitando os limites de delineamento do presente estudo, é possível responder que, no que se refere à área hospitalar, o dilema da qualidade, longe de ser um imperativo, ainda é uma lacuna de grandes proporções. Tal realidade pode ser constatada de forma inequívoca com a leitura dos próximos parágrafos, que apresentam as iniciativas voltadas para a qualidade na área hospitalar.

## 2.3 QUALIDADE NA ÁREA HOSPITALAR

Na área hospitalar, os esforços por qualidade culminaram na elaboração e estímulo a acreditação hospitalar<sup>11</sup>. Em contraste com a evolução da ISO no Brasil, cujo primeiro certificado foi outorgado em 1981, o processo de acreditação de hospitais no país começou quase duas décadas depois da chegada da ISO no Brasil. Segundo Feldman; Gatto; Cunha (2005), o Programa Brasileiro de Acreditação foi oficialmente lançado em novembro de 1998. Entretanto passos decisivos para o bom funcionamento do sistema nacional de acreditação ocorreram depois disso, como a criação da Organização Nacional de Acreditação (ONA), em maio de 1999, e providências essenciais, como as normas básicas para o processo de acreditação, entre elas o credenciamento de organizações acreditadoras. As acreditações têm um alcance mais específico. De acordo com Gastal (2006) elas são dirigidas a hospitais, laboratórios clínicos, clínicas, serviços de hemoterapia, serviços de nefrologia e terapia renal substitutiva.

A Tabela 4, a seguir, apresenta a quantidade de hospitais acreditados no Brasil, distribuídos por três organismos acreditadores. Não são apresentados dados da certificadora canadense que atua no Brasil, o Conselho de Acreditação de Serviços de Saúde (CCHSA). De acordo Pinheiro, Giacomini e Silva (2007), o Programa de Controle da Qualidade Hospitalar (CQH)<sup>12</sup>, a Organização Nacional de Acreditação (ONA)<sup>13</sup> e a *Joint Commission International*<sup>14</sup>/CBA certificaram cem hospitais no país, o que representa apenas 1,31% dos 7.646 hospitais do Brasil. A ONA emitiu 76% dos certificados, sendo 60% deles concedidos a hospitais particulares.

---

<sup>11</sup> Acreditação Hospitalar é uma metodologia de avaliação de qualidade, específica do setor saúde, que realiza uma comparação detalhada dos serviços e métodos de uma organização hospitalar com um conjunto de padrões pré-estabelecidos e aprovados por organismos nacionais e internacionais.

<sup>12</sup> Programa de adesão voluntária, cujo objetivo é contribuir para a melhoria contínua da qualidade hospitalar.

<sup>13</sup> Organização não governamental, caracterizada como pessoa jurídica de direito privado sem fins lucrativos e de interesse coletivo, com abrangência de atuação nacional. Tem por objetivo promover a implementação de um processo permanente de avaliação e de certificação da qualidade dos serviços de saúde.

<sup>14</sup> Subsidiária da *Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations* (JCAHO), criada em 1999.



**Tabela 4 – Número e percentual de Hospitais acreditados no Brasil pela CQH, ONA e *Joint Comission/CBA*, 2007**

ACREDITADORAS	HOSPITAIS PÚBLICOS	%	HOSPITAIS PARTICULARES	%	TOTAL
CQH	8	53%	7	47%	15
ONA	16	21%	60	79%	76
<i>Joint Comission/CBA</i>	2	22%	7	78%	9
<b>TOTAL</b>	26	26%	74	74%	100

Fonte: Pinheiro, Giacomini e Silva (2007, p. 8) e adaptado pelo autor

Já que a ONA emitiu 76% dos certificados de acreditação, conforme relatado acima, é valioso verificar a distribuição de certificados emitidos, acompanhando a tabela 4, a seguir. Sabe-se que os hospitais particulares estão em maior número, representando 62% do total de hospitais do país. Entretanto, no que se refere ao reconhecimento de qualidade por um certificador oficial, esses hospitais superam a proporcionalidade de suas quantidades em relação aos hospitais públicos e de ensino e alcançam 79% dos certificados emitidos pela ONA. Observa-se também que apenas 11 hospitais particulares alcançaram o nível de acreditação “acreditado com excelência”. Isso representa 0,2% do total de hospitais particulares do Brasil. Esse número é ainda mais diluído quando analisado sob a ótica dos hospitais públicos. São 03 acreditações, no nível de excelência, fornecidas a hospitais públicos. Isso representa 0,1% do total de hospitais públicos. Por meio desses números é possível inferir que há muito trabalho a ser feito no país para promover o avanço na qualidade dos hospitais brasileiros, tanto nos hospitais públicos quanto nos hospitais privados.

Segundo Feldman, Gatto e Cunha (2005), além da ISO e da Acreditação Hospitalar, existem outras avaliações externas que contribuem para o aperfeiçoamento de critérios de avaliação, como o Prêmio Nacional da Qualidade, a Auditoria Médica e a Análise de Riscos Profissionais Legais. Feldman, Gatto e Cunha (2005) também afirmam que é importante lembrar o trabalho meticuloso realizado pela ONA, que tem atuado de forma integradora, pelos destacados

esforços para unificar as variadas iniciativas que avaliam a qualidade das organizações de saúde do Brasil.

A seguir, a tabela 5 mostra a distribuição dos certificados emitidos.

**Tabela 5 – Número e percentual de hospitais acreditados pela ONA, 2007**

<b>NÍVEL DE ACREDITAÇÃO</b>	<b>Nº DE HOSPITAIS PARTICULARES</b>	<b>HOSPITAIS PARTICULARES (%)</b>	<b>Nº DE HOSPITAIS PÚBLICOS</b>	<b>HOSPITAIS PÚBLICOS (%)</b>	<b>TOTAL</b>
Acreditado	15	19,7%	6	7,6%	21
Acreditado Pleno	34	44,7%	7	9,2%	41
Acreditado com excelência	11	14,6%	3	3,9%	14
Total	60	79,0%	16	21,0%	76

Fonte: Pinheiro, Giacomini e Silva (2007)

Conforme o Jornal Folha de São Paulo (2007), a excelência de um hospital mantém uma relação maior de dependência com a segurança dos processos internos do que com os recursos tecnológicos. É possível, algumas vezes, na opinião de Gastal (2006), dirigente da Organização Nacional de Acreditação (ONA), encontrar hospitais de pequeno porte prestando uma qualidade assistencial tão satisfatória quanto outro hospital que possui a mais avançada tecnologia da atualidade. Para se ter uma idéia da importância da segurança dos processos internos, há uma estimativa de que 5 milhões de pessoas vão a óbito por ano, no mundo, em decorrência de erros de medicação e de outras intercorrências no hospital, segundo o Jornal Folha de São Paulo (2007).

Na última década, os gestores dos hospitais brasileiros vêm despertando para a necessidade de se submeterem ao processo de acreditação, que compreende avaliar rotinas e medir indicadores de qualidade e de desempenho. O Brasil possui pelo menos quatro organismos de acreditação que aqui atuam, sendo dois nacionais, um norte-americano e um canadense. Os nacionais são a Organização Nacional de Acreditação (ONA) e o Compromisso com a Qualidade Hospitalar

(CQH). A acreditadora norte-americana é a *Joint Commission International (JCI)* e a canadense é o Conselho de Acreditação de Serviços de Saúde (CCHSA). Enquanto a certificadora JCI exige que os hospitais brasileiros sigam padrões norte-americanos e dá foco ao trabalho da segurança na assistência, a certificadora canadense tem o mesmo foco embora tenha adaptado seus padrões ao Brasil. Por outro lado, a certificadora ONA prioriza o gerenciamento de risco e de rotina e os indicadores de qualidade e desempenho, segundo o jornal Folha de São Paulo (2007). Há também grande variação de preços cobrados pelos serviços de orientação e avaliação prestados pelas certificadoras, que variam de 5 mil a 300 mil reais, a depender da tabela de preços de cada organização acreditadora, do tamanho e complexidade do hospital, bem como das mudanças necessárias às exigências de certificação, conforme o jornal Folha de São Paulo (2007).

Como visto, portanto, os hospitais brasileiros já dispõem de alternativas de escolha de organismos acreditadores para ingressarem em um processo de acreditação. Entretanto, conforme afirma o jornal Folha de São Paulo (2007), ainda não existe no país uma padronização oficial de indicadores de desempenho de hospitais, tanto na esfera pública quanto na esfera privada. Esse tipo de limitação, além de dificultar uma análise comparativa nacional de desempenho entre os hospitais e provavelmente tornar mais complexa a planificação de prioridades das políticas públicas para área de saúde, dificulta também as análises dinâmicas e pontuais de competitividade entre hospitais privados. Tal restrição não é sem razão. A Organização Mundial de Saúde (OMS) é contrária à construção de uma padronização ampla. Segundo a OMS (2003), a padronização deve ser restrita a “padrões duros”, fundamentados em pesquisa e limitados a determinadas situações que possam ser reproduzidas em qualquer tempo e lugar. Assim, observa-se que a subjetividade que envolve a prática assistencial – justificada, entre outros motivos, pelos perfis regionais de incidência de doenças e pela estruturação específica de cada sistema de saúde - faz com que os esforços de padronização, que têm o objetivo de possibilitar uma melhor gestão, devam ser trabalhados no limite local ou regional.

É preciso, portanto, enveredar esforços no sentido de ampliar a qualidade assistencial e administrativa dos hospitais brasileiros. Algumas evoluções ocorreram, como visto anteriormente, mas há muito a ser feito, sobretudo porque os hospitais prestam serviços essenciais e, em geral, possuem grande demanda por seus

serviços de atenção à saúde. Além disso, e principalmente, a presença ou ausência de qualidade em seus serviços, em alguns casos, pode significar a diferença entre a vida e a morte.

## CAPÍTULO III

### 3. INOVAÇÃO, ESTRATÉGIA E COMPETITIVIDADE

Este capítulo objetiva apresentar a inovação como elemento central na geração de competitividade e lastro de longevidade de organizações. Serão enfatizadas as distinções entre invenção e inovação, além de se enfatizar também a relação de complementaridade entre inovações tecnológicas e gerenciais, e a contribuição das firmas para a inovação, numa abordagem por meio da teoria da firma. Além disso, o *Balanced Scorecard* será apresentado como uma inovação gerencial capaz de introduzir mudanças nas organizações hospitalares e de se integrar à estratégia de uma organização. Também se abordará brevemente como está se desenvolvendo a aplicação do BSC em organizações no Brasil.

De acordo com Longo (2004), a invenção é um patamar de desenvolvimento que propicia a produção de uma nova idéia, desenho ou modelo para um novo ou melhor produto, processo ou sistema. Para Alter (2001), uma descoberta não necessariamente se torna uma inovação e ultrapassa os limites da invenção. Neste caso, de acordo com Longo (2004), seus efeitos podem ficar restritos ao âmbito do laboratório no qual foi originada.

De acordo com Mendes (2000), a definição de inovação deriva do contexto institucional, e nele estão inseridos estruturas de mercado, leis, regras e valores sociais, além das especificidades de cada organização. Assim, não existe um conceito universalmente aceito para todas as realidades. Diferentes visões que contemplam aspectos distintos têm sido construídas nos últimos séculos. Entretanto o presente capítulo evidenciará as visões sobre inovação na atividade empresarial.

A inovação é um assunto multidisciplinar, pois permite estudos em variadas esferas do conhecimento, como a econômica, tecnológica, sociológica, organizacional, psicologia social e outras. Contudo é possível observar que estudos sobre a inovação na atividade privada, em geral, estão voltados para os aspectos econômicos e tecnológicos da inovação. Galvão (1998 apud Mendes, 2000).

Longo (2004) afirma que a inovação corresponde à solução de um problema tecnológico, aplicada pela primeira vez por meio de um novo produto ou processo no mercado em escala mercantil, tendo, na maior parte dos casos, positivas

repercussões sócio-econômicas. O Oslo Manual<sup>15</sup>, da OECD<sup>16</sup>, de 1997, no que se refere a empresas, considera que as inovações tecnológicas de produtos e de processos (TPP) incluem a implementação de produtos e processos tecnologicamente novos, assim como melhoras tecnológicas significativas em produtos e processos existentes. Para que uma TPP seja considerada válida, é necessário, no mínimo, que a mesma seja um produto ou processo **novo para a firma**, mesmo que não seja **novo para o mundo**. Longo (2004).

Drucker (1998) considera a inovação o esforço para criar mudança propositada, focalizada no potencial econômico ou social de um empreendimento.

Para Davila; Epstein; Shelton (2007), o conceito proposto por Drucker (1998) para a inovação é muito acertado, porém incompleto. Realmente a inovação é agente de mudança, tem propósitos econômicos e/ou sociais e é valiosa para todos os CEOs<sup>17</sup>. Entretanto o seu significado é maior do que isso, afirmam os autores. Para eles, tal conceito não permite perceber o quanto a inovação é decisiva para garantir a longevidade dos negócios e capaz de dar reforço substancial ao poder de competitividade da organização. Assim afirmam que a inovação é essencial para o crescimento em um ambiente competitivo.

As competências centrais das organizações na atualidade têm ciclos vitais muito curtos, quer tenham elas finalidades lucrativas ou não. Sem inovar, as organizações caminham para a estagnação. Tal estado estacionário leva os principais concorrentes, que pensam e agem com foco no futuro, à liderança. A continuidade da empresa estaria assim em risco, pois o contrário do sucesso não é o fracasso, mas a inércia, podendo inclusive provocar o fim da organização. (DAVILA; EPSTEIN; SHELTON, 2007).

### 3.1 BREVE ANÁLISE COMPARATIVA ENTRE INVENÇÃO E INOVAÇÃO

Segundo Alter (2001), a análise da inovação baseia-se no entendimento sobre o que torna possível a passagem do estado de invenção para a inovação.

---

<sup>15</sup> O Manual de Oslo é a principal fonte internacional de diretrizes para coleta e uso de dados sobre atividades inovadoras da indústria e é produzido pela Organização para a Cooperação Econômica e Desenvolvimento (OECD)/Departamento Estatístico da Comunidade Européia. A Financiadora de Estudos e Projetos (FINEP) é a responsável no Brasil pela tradução para a língua portuguesa, realizada em 2004, da edição de 1997 do referido Manual.

<sup>16</sup> *Organisation for Economic Co-operation and Development*

<sup>17</sup> *Chief Executive Officer*. Dirigente principal. Pessoa que ocupa o cargo mais alto da hierarquia de poder de uma organização.

Para o autor, a inovação significa a oferta no mercado e/ou a integração no meio social das invenções. Desta forma, a inovação simboliza a articulação entre dois universos: o da descoberta, constituído de certa independência, diante das restrições externas e diante da lógica de mercado; e/ou o da utilização social, que significa a oportunidade de gerar lucros com a invenção. A apreensão da invenção, portanto, é mais difícil do que a da inovação. Não existe automatismo de passagem da invenção para a inovação. Articular esses dois **mundos** não é uma tarefa fácil. Tal processo, em geral, é vagaroso e repleto de ciladas e equívocos.

Alter (2001) apresenta quatro perspectivas no sentido de ratificar o quanto a invenção se distingue da inovação. A primeira perspectiva relata o carácter de temporalidade que envolve os dois conceitos. Enquanto a invenção de um objeto técnico ou de um método de gestão ocorre em um tempo específico, pontual, a inovação é assimilada de forma mais diluída, pois o corpo social não se apropria imediata e totalmente da invenção. É possível ocorrer a desistência de uso de uma invenção após a primeira ou algumas experiências de usuários. Assim a inovação vai além da apropriação de uma invenção por usuários: ela retrata um estado contínuo de tensão, que envolve as alternativas que a invenção oferece e as preferências coletivas, construídas paulatinamente.

A segunda perspectiva mostra a invenção vista em geral como um bem, como algo bom, um êxito diante dos limites naturais. Por outro lado, a inovação não se refere a esse tipo de percepção, pois se relaciona ao sentido de utilidade que as pessoas atribuem ao bem (invenção). Tal sentido está envolvido em uma atmosfera de grande subjetividade, que varia de pessoa a pessoa, cujo critério de validade está associado às experiências e perfis individuais. Desta forma, não deve haver uma expectativa única de valor gerado para o usuário, pois não há aproveitamento total e uniforme das proposições oferecidas pela inovação, podendo inclusive uma mesma inovação ser aproveitada por alguns usuários e descartada por outros.

A terceira perspectiva considera que não há relação direta entre a qualidade própria de uma invenção e o valor de sua difusão. A inovação não é viabilizada pelo potencial enigmático de uma novidade, mas sim pelo uso que possa lhe ser atribuído.

A quarta perspectiva afirma que a invenção possui uma simbologia de eficácia associada a ela. Ela é vista como um bem gerador de riqueza e bem estar. Entretanto a inovação não aceita integralmente o potencial imaginado da invenção.

Isto porque há diversos valores e interesses contraditórios que estão no entorno de sua aceitação pelo sistema social.

### **3.2 O IMPACTO DA INOVAÇÃO NA ORDEM VIGENTE**

Alter (2001) afirma que há uma oposição entre a ordem vigente e a inovação, situando o inovador em uma incômoda posição de contraventor. Em comum, esse embate é provisório porque ele tende a gerar uma nova ordem. Em alguns casos é possível observar-se a aplicação de penalidades que sinalizam resistência contra a quebra da ordem. O inovador, ao antecipar a criação de novas formas, depara-se com o funcionamento das formas vigentes, o que o leva à transgressão, que representa um risco potencial, pois o inovador não possui elementos suficientemente claros sobre as conseqüências do posicionamento tomado. Goffman (1974 apud ALTER, 2001) esclarece que a aceitação do risco não é decorrente de cálculo de otimização, pois isso não tem nada de iniciativa estritamente racional e não possui postura contínua de racionalidade.

Porque o inovador decide arriscar? Uma explicação plausível, de acordo com Alter (2001), é que o inovador, por ser um empreendedor nato, para que tenha realização no trabalho que desenvolve, deseja ser reconhecido assim como ele é, um empreendedor. Desta forma, manter posição muito precavida e conservadora em uma organização poderia levar o inovador a ser julgado como um burocrata, o que seria uma enorme frustração. Além disso, a aceitação do risco é a melhor maneira de se desvincular dos limites determinados pelas formas estabelecidas de trabalho.

### **3.3 CONCEITOS E DISTINÇÕES ENTRE TÉCNICA E TECNOLOGIA**

Para Longo (2004), tecnologia é o conjunto ordenado de todos os conhecimentos científicos, empíricos ou intuitivos, utilizados na produção e comercialização de bens e serviços. A tecnologia pode ser dividida em duas grandes categorias, de acordo com o Instituto Brasileiro de Informação em Ciência e Tecnologia-IBICT (2000 apud FINEP, 2008):



Em geral, divide-se a tecnologia em duas grandes categorias: tecnologia de produto e tecnologia de processo. As de produto são aquelas cujos resultados são componentes tangíveis e facilmente identificáveis, tais como: equipamentos, instalações físicas, ferramentas, artefatos, etc. As de processo são aquelas em que se incluem as técnicas, métodos e procedimentos utilizados para se obter um determinado produto.

Segundo Longo (2004), o domínio do conjunto de conhecimentos específicos que compõem uma determinada tecnologia viabiliza instruções (técnicas) necessárias à produção de bens e de serviços. Essas instruções são expressões materiais e incompletas, verdadeiros substratos dos conhecimentos (plantas, desenhos, especificações, normas, manuais). Os substratos do conhecimento são uma extração parcial do conhecimento gerado, e o seu domínio não significa o acesso ao conhecimento que o criou, representado pela tecnologia. Tal esclarecimento se torna valioso diante do uso freqüente da expressão “tecnologia” com se fosse apropriado aplicá-la para designar tais instruções, o que é um erro. Sobretudo porque o ingênuo e incorreto entendimento do que representa a tecnologia pode induzir a negociações desfavoráveis ao comprador de tecnologia, diminuindo as possibilidades de desenvolvimento e independência tecnológica de uma organização ou mesmo de uma nação. Como exemplo, aponta Longo (2004), quando uma empresa multinacional instala em um país periférico uma máquina inovadora de fabricar parafusos, alguns chegam ao cúmulo de acreditar que o país periférico passaria a ser detentor da mais atualizada tecnologia de fabricação de parafusos. Neste caso, o conhecimento transmitido é muito menor do que o imaginado, pois técnica não é sinônimo de tecnologia. Entretanto esse equívoco persiste inclusive na área de Direito, dando uma certa “oficialização” ao erro: utilizam a palavra tecnologia como tradução de *know how* (como fazer). Na verdade, a aplicação correta do termo tecnologia está associada à expressão inglesa *know why* (porque fazer), afirma Longo (2004).

### **3.4 TRANSFERÊNCIA DE TECNOLOGIA**

A transferência de tecnologia é o processo de aquisição, venda ou aluguel de tecnologia, afirma Longo (2004). Para o autor, apesar de o termo transferência induzir ao entendimento de que o cedente fornecerá ao recebedor todos os conhecimentos que compõem uma determinada tecnologia, em geral o que acontece é uma venda com significativas restrições. O vendedor esconde os

conhecimentos (*know why*) e entrega as instruções (*know how*). Em outras palavras, significa a venda da técnica (instruções) sem o acesso ao conhecimento que deu origem à técnica (tecnologia). Mesmo em negociações que incluam uma real transferência de tecnologia, não é fácil fazê-lo. O cedente precisa ter muita disposição para ser adequadamente entendido pelo receptor, assim como este último precisa assimilar bem aquilo que lhe é passado, para que possa, inclusive, adaptar a tecnologia às peculiaridades locais e produzir aperfeiçoamentos via inovações incrementais. A aquisição de tecnologia, ao invés de aquisição de técnica, é um passo fundamental para que seja constituída uma cultura disciplinada, voltada para a obtenção de conhecimento (tecnologia). Isso poderá evoluir paulatinamente até mesmo para geração de inovações semi-radiciais ou radicais, o que significa produzir tecnologia própria, construir os caminhos de forma independente para o desenvolvimento.

### **3.5 INOVAÇÃO TECNOLÓGICA**

Davila; Epstein; Shelton (2007) afirmam que as inovações tecnológicas nem sempre são percebidas pelo público em geral. Algumas vezes elas são vistas apenas pelos especialistas que atuam em torno delas. Os autores identificam três tipos de mudanças de tecnologia que geram a inovação: lançamentos de produtos e serviços, processos tecnológicos e tecnologias capacitadoras.

#### **3.5.1 LANÇAMENTOS DE PRODUTOS E SERVIÇOS**

Representa a inovação que pode decorrer de mudança em um produto ou em um serviço, mas também pode ser proveniente do lançamento de um produto ou serviço inédito. É um tipo de inovação que pode gerar destacada repercussão nos negócios de uma empresa, já que as mudanças que ela capitaliza podem ser vistas facilmente pelos usuários. Tal visibilidade decorre do impacto que as mudanças provocam na estrutura e funcionalidade de produtos e serviços, o que propicia aos usuários a condição de construir opinião comparativa entre o valor gerado e o preço oferecido. (DAVILA; EPSTEIN; SHELTON, 2007)

### **3.5.2 INOVAÇÕES NOS PROCESSOS TECNOLÓGICOS**

Para Davila; Epstein; Shelton (2007), as inovações nos processos tecnológicos decorrem de mudanças que em geral são invisíveis para os usuários, porém, em muitos casos, essenciais para o espaço competitivo de um produto ou serviço. Para organizações prestadoras de serviço, como um hospital, por exemplo, os processos tecnológicos são atividades que conduzem à distribuição dos serviços.

### **3.5.3 TECNOLOGIAS CAPACITADORAS E SEUS EFEITOS SOBRE A INOVAÇÃO**

As tecnologias capacitadoras, ao contrário das inovações anteriormente apresentadas, não atuam na estrutura e funcionalidade de produtos, serviços e processos. Este tipo de inovação representa uma vantagem competitiva por habilitar a organização a executar a estratégia com mais agilidade e assim gerar melhores resultados. É uma inovação que pode beneficiar, ao mesmo tempo, vários componentes da cadeia valorativa de uma segmentação de negócios. Um bom exemplo seria o desenvolvimento da tecnologia de informação, que pode contribuir para melhorar a qualidade e rapidez de acesso a informações em uma empresa e também beneficiar os seus fornecedores e clientes, ao responder a variadas demandas externas com maior rapidez e precisão. (DAVILA; EPSTEIN; SHELTON, 2007)

### **3.6 EVOLUÇÃO HISTÓRICA DA INOVAÇÃO TECNOLÓGICA EM DIÁLOGO COM TEORIAS SOBRE INOVAÇÃO E A TEORIA DA FIRMA**

Conforme Tigre (2006), a inovação tem sido útil e tem exercido influência na competição e no funcionamento das empresas. Entretanto, para ser possível uma análise dessa relação, é necessário examinar o contexto histórico, técnico, econômico e institucional nos quais as diferentes teorias sobre inovação foram formuladas.

Antes da revolução industrial, com a agricultura sendo a principal atividade econômica do planeta, obter aumentos de produção implicava usar mais os fatores de produção, então constituídos de recursos naturais, capital e trabalho humano.

A revolução industrial modificou a capacidade produtiva a partir das inovações nela geradas. Essas inovações foram inicialmente observadas em algumas mudanças substanciais. Segundo Landes (1994), estas mudanças se caracterizavam por substituírem o trabalho humano pela produção das máquinas, substituírem fontes animadas de energia por fontes inanimadas, especialmente com o uso de máquinas que propiciavam a transformação do calor em trabalho e permitiam ao homem acesso quase ilimitado a novo suprimento de energia e ao uso de matérias primas novas e muito mais abundantes, destacando-se a substituição de substâncias vegetais ou animais por minerais.

Para Tigre (2006), ocorreram grandes desafios evolutivos na cadeia produtiva da indústria têxtil, pois a introdução de uma inovação em uma determinada etapa, ao aumentar a produtividade de uma tarefa, desencadeava empecilho para as demais etapas de processo produtivo. Desta forma, as pequenas conquistas, se comparadas às grandes conquistas, também contribuíram de forma significativa, pelo fato de as inovações não chegarem à indústria em formato mais otimizado possível, carecendo de diversos ajustes e aperfeiçoamentos. A introdução da maquinaria e da divisão do trabalho na indústria têxtil pode ser considerada como o centro da **Primeira Revolução Industrial**.

Adam Smith (1776 apud PESSALI; FERNÁNDEZ, 2006) tentou explicar a razão pela qual a divisão do trabalho dentro da fábrica constituía uma das causas de riqueza de uma economia, como também o fazem os melhoramentos na maquinaria. Assim, considerou que a especialização leva ao aprimoramento do trabalho e conseqüentemente aumenta a produtividade, possibilita a absorção de mercados maiores e expande a produção, o que retrata uma inovação nos métodos de produção. Smith considerava a inovação como resultado do **aprender-fazendo**, cujo significado seria a procura de novas formas de se realizar o trabalho, por meio da observação e vivência.

Ricardo (1982), cuja edição original do livro de sua autoria, intitulado **Princípios de Economia Política e Tributação**, foi publicada em 1821, conseguiu vislumbrar o lado conflituoso da inovação tecnológica incorporada na maquinaria industrial, que se representava pela dispensa de trabalho com menor grau de qualificação. Por outro lado, ele considerou que - ao requererem mais trabalho com maior grau de qualificação - as inovações tecnológicas geram maior produtividade e mantêm a estabilidade nos níveis de emprego.

Marx (1848 apud PESSALI; FERNÁNDEZ, 2006) enfatizava que o capitalista, detentor dos meios de produção e do capital e contratante do trabalho humano, buscava de forma continuada o lucro. O alcance de inovações tecnológicas, promotoras de mudanças nos métodos produtivos, seria um horizonte para se obter lucro extraordinário ou mais valia. Para ele, a supremacia industrial leva consigo a supremacia comercial e, a partir daí, a mais-valia tornava-se o fim exclusivo da humanidade. Conforme Marx (1890 apud Tigre, 2006), o capitalismo não se sustentava sem a constante transformação das formas de produção, e a inovação era um modo de obtenção de monopólio temporário sobre uma técnica ou produto diferenciados. Paradoxalmente, de acordo com Pessali e Fernández (2006) a competição entre capitais leva à difusão da inovação e a um certo nivelamento tecnológico, que tende a corroer os lucros extraordinários advindos da inovação.

Tigre (2006) considera que o capitalismo antecedeu a Revolução Industrial, utilizando como comprovação o surgimento de formas tipicamente capitalistas de produção, no início do século XVI, antes mesmo do surgimento das fábricas, conhecidas como *putting-out system*. Esse sistema produtivo introduziu o *modus operandi* na manufatura quando essa atividade era ainda basicamente artesanal. No *putting-out system*, o trabalhador controlava exclusivamente o processo de produção e estava distante do mercado, do acesso à matéria prima e da comercialização. O negociante controlava o mercado. O *putting-out system* é uma forma de produção que realiza uma das primeiras divisões técnicas do trabalho ao provocar uma fragmentação da produção entre os artesãos. Assim, cada um se especializava na sua parte do produto, gerando um aumento de produtividade. Contudo, o domínio do capital sobre o trabalho ainda era muito frágil, o que comprometia a completa previsibilidade da produção.

Afirma Marglin (1996, p. 75) que “o *putting-out system* não só realizou a primeira quebra de resistência ao desenvolvimento do capitalismo industrial como também criou as bases do livre mercado de trabalho e de mercadorias”.

Ainda de acordo com Marglin (1996), o processo de contradições internas do *putting-out system* levou ao *factory system*. Essas contradições estão ligadas à necessidade de controle sobre o trabalhador, necessárias para que o capital obtenha a máxima exploração do trabalho. Ao capital não era suficiente o domínio sobre o produto (a mercadoria); ele necessitava, também, do controle e domínio do processo de produção, o que corresponde ao exercício do poder sobre os

trabalhadores, especialmente no que se refere ao controle do ritmo do trabalho. Com o surgimento das fábricas, o capital passa paulatinamente a aumentar o seu domínio e controle sobre o trabalho, podendo explorá-lo cada vez mais para alcançar os objetivos de ampliação da acumulação.

Para Martins (1999), ao retirar o conteúdo subjetivo do trabalho, tornando-o cada vez mais concreto, objetivo e controlável, o capital começa a vislumbrar a possibilidade de desenvolver o planejamento, de tal modo que esse planejamento favoreça o encontro da previsibilidade necessária para ampliar a acumulação capitalista. Ao que parece, este seria o melhor dos mundos para o desenvolvimento do capitalismo, se não fosse o conjunto de resistências que os trabalhadores exercem no cotidiano fabril.

Enquanto Marx reforçou o pensamento clássico com sua análise sobre o processo de geração de riqueza, os pensadores neoclássicos focalizam seus estudos na formação de preços e na alocação de recursos, por entenderem que aspectos referentes à organização industrial e à mudança tecnológica seriam questões dirigidas a engenheiros e administradores. Marx (1967) considerava o processo produtivo como uma busca continuada pela eliminação de concorrentes, objetivando aumentar mercados e lucros. Para ele, a economia capitalista seria instável e extremamente dinâmica, em processo de permanente transformação, tal como um furacão em constante fragmentação e mudança, em processo de luta e contradição.

Para a teoria neoclássica, a tecnologia é considerada exógena à empresa, por representar fator de produção que pode ser adquirido no mercado, via aquisição de bens de capital ou contratação de trabalhadores especializados. Essa análise pode ser considerada parcialmente justificada, porque a organização permitia a delegação de inovações organizacionais aos trabalhadores, já que não se arrogava, de forma direta, a conhecer a construção do processo produtivo. Em contraposição ao pensamento neoclássico, Marx não entendia ser a tecnologia elemento exógeno ao funcionamento de empresas. Isto porque argumentava que a tecnologia não é outorgada pelo mercado, mas sim decorre de melhorias técnicas incrementais no interior da fábrica, (TIGRE, 2006).

Prosseguindo com o pensamento neoclássico e sua visão economicista sobre o processo de desenvolvimento, Marshall (1890 apud PESSALI; FERNÁNDEZ, 2006) elaborou um sistema em que a alocação de recursos é guiada pela oferta e

pela demanda dos mesmos. Criou também a idéia de empresa representativa, entidade abstrata que reúne as características essenciais de todas as firmas do sistema. Marshall também declarou que o conhecimento é nossa principal força produtiva e que deveria ser considerado um fator de produção distinto. Hodgson (1999 apud PESSALI; FERNÁNDEZ, 2006) e sua visão sobre o funcionamento da empresa a vê menos como uma organização e mais como conjunto de custos e receitas, e não se interessa por sua natureza e funcionamento. Desta forma, não há fragmento teórico no pensamento neoclássico a relacionar a firma com mudanças tecnológicas.

Entre as visões alternativas ao pensamento neoclássico, Schumpeter e a sua Teoria do Desenvolvimento Econômico (1911) é destaque. Segundo Tigre (2006), Schumpeter foi possivelmente o economista que mais desenvolveu as propostas embrionárias construídas por Marx.

Schumpeter (1961) defendeu o rompimento de um estado estacionário do sistema econômico via mudanças qualitativas, tanto nas formas de produção quanto no que se produz, para se dar origem ao desenvolvimento econômico. Schumpeter (1961) situou a firma como elemento essencial para o desenvolvimento econômico, após tê-la analisado como local de produção e inovação. Considerou que a lógica econômica tem ascendência sobre a técnica, embora não necessitem estar em discordância. Reconheceu que muitas vezes isso acontece. O motivo seria a ignorância, a indolência e o fato de que métodos inferiores são, muitas vezes, os que melhor se adaptam a determinadas situações econômicas. Também reconheceu, ressalta-se, que apesar de uma parcela significativa de influência do mundo econômico na vida dos países, o estado econômico de uma sociedade não melhora exclusivamente a partir de circunstâncias econômicas anteriores, mas sim da situação total precedente. Em contraposição ao pensamento neoclássico, que acreditava na tendência sistêmica de equilíbrio econômico, Schumpeter enfatizou o caráter de imprevisibilidade que acompanha as mudanças nos elementos constitutivos da vida econômica, ocorridos por ajustes e impulsos. Ele utilizou a expressão **mutações descontínuas** para descrever revoluções produtivas e fenômenos que as acompanham. Para essas transformações espontâneas e descontínuas no processo produtivo, o ponto de partida dessas mudanças poderia ser considerado a satisfação das necessidades dos consumidores, pois se constitui na finalidade de toda produção, afirmou Schumpeter, para logo em seguida declarar

que as inovações no sistema econômico, em geral, não ocorrem sob essa lógica, embora também possam acontecer, sem predominância. Para ele, é o produtor que normalmente dá início à transformação econômica, e os consumidores por ele são orientados, caso necessário. Assim, exemplifica que o caminho natural seria o produtor ensinar ao consumidor a desejar coisas novas que não estejam incluídas no rol daqueles produtos que rotineiramente aprendeu a usar. Deste modo, observa-se que as inovações estariam levando os consumidores a incorporarem novas necessidades de consumo.

Alguém só é empreendedor quando constrói novas combinações, mas perde essa característica quando estabelece negócios e os estabiliza, defendia Schumpeter, para, em seguida, completar que não podemos considerar o empreendedor como uma profissão ou uma classe. Nesse sentido, o empreendedor é visto por Schumpeter como um inovador. Segundo Tigre (2006), Schumpeter elabora sua teoria do desenvolvimento seguindo as idéias de Marx, e dá foco ao conceito de monopólio temporário do inovador, que atuaria em busca do lucro monopolista, gerado exclusivamente por atividades produtivas. Assim, o empreendedor teria motivações distintas do capitalista, com iniciativa e disposição para enfrentar riscos e com o objetivo de conquistar um novo espaço no mercado, não apenas auferir lucros que, na produção, poderiam ser gerados por outras iniciativas especulativas, o que se associa ao perfil do capitalista.

Para que ocorra inovação, deve haver uma interrupção nos trâmites habituais, rotineiros, que são desempenhados satisfatoriamente pelo homem comum. Segundo Schumpeter (1961), o homem, quando confrontado com a inovação, precisa de guia, o que não se encontra facilmente. A suposição de que a atitude seja pronta e racional é invariavelmente uma ficção. Mesmo assim, seria viável uma aproximação com a realidade, pois, adotando-se uma decisão racional, nem sempre as pessoas podem acompanhar a dinâmica dos acontecimentos. Neste caso, poderiam ser construídas teorias que dessem possíveis explicações sobre a ficção, ao ponto de se reduzir desconfortos, próprios de uma situação inexplicável. Aspectos relacionados a incompatibilidade entre um novo plano e a ação habitual foram tratados por Schumpeter (1961) em três pontos principais. O primeiro se refere a sua visão da ascendência do ambiente social e natural, haja vista o controle dos fatos sobre o conhecimento técnico. O segundo aspecto seria o lado psicológico do homem de negócios, que se depara com a dificuldade natural em realizar uma tarefa nova



diante de uma outra já conhecida e provada pela experiência. Schumpeter (1961) considerou que, para inovar através de um novo empreendimento, é preciso vencer as forças do hábito que se erguem e dão testemunho contrário ao projeto incipiente. Ter uma significativa força de vontade seria, então, uma necessidade para superar a resistência à mudança, à inovação, que também exige escopo e tempo para criar e operar a nova combinação. É preciso ainda que o suposto empreendedor convença a si próprio de que a inovação é uma possibilidade real e não apenas uma utopia. O terceiro aspecto seria a reação do meio ambiente social contrário à inovação, que poderia ser externada via impedimentos legais ou políticos. Tal resistência acontece principalmente em grupos que, ameaçados pela inovação, não fornecem a colaboração necessária, mas pode também acontecer devido à dificuldade de se conquistar consumidores.

Schumpeter (1961, p. 277), parece fazer uma referência indireta à difusão, ao considerar que :

A minha teoria apresenta uma solução geral: o florescimento termina e começa a depressão, após a passagem do tempo que deve decorrer antes que os produtos das novas empresas possam surgir no mercado. E um novo florescimento sucede à depressão quando termina o processo de reabsorção das inovações.

De acordo com Schumpeter (1961), a competição pode ser observada não apenas no momento em que a inovação acontece, mas abrange também a situação em que a inovação estaria limitada a uma possibilidade. Ele também considerou que a competição não significa necessariamente mais eficiência para a economia em geral, o que representa uma contraposição à teoria econômica convencional. Utilizando exemplos extremos, Tigre (2006) mostra que um número excessivo de competidores contribuem para que uma indústria aumente preços, ao invés de reduzi-los, devido à dificuldade de alcançar economias de escalas e, por conseguinte, investir em novas tecnologias. De modo análogo, o monopólio pode ser resultante de uma estratégia competitiva superior e mais inovadora, ao aumentar a eficiência e eficácia e não necessariamente representar tendência em reduzir a capacidade de consumo de clientes e o seu o bem estar.

Conforme Fuck (2004), na obra Teoria do Desenvolvimento Econômico, Schumpeter comete excessos no destaque que dá ao empresário inovador no processo de desenvolvimento. Em trabalhos posteriores, Schumpeter, em visão mais realista, observa que outros autores também podem introduzir inovações no sistema

econômico, como os laboratórios de Pesquisa e Desenvolvimento (P & D) de grandes corporações ou mesmo órgãos governamentais.

Mendes (2000) reconhece que Schumpeter construiu uma definição ampliada sobre inovação. Mesmo assim, observa alguns aspectos que não foram contemplados. Ele não faz referência à gestão da inovação, o que dificulta perceber a inovação como um processo contínuo. Além disso, Schumpeter identifica o agente responsável pela inovação como sendo a figura do líder. Isto é uma visão limitada da realidade, pois atualmente o processo de inovação é também atribuição de equipes multifuncionais.

Segundo Pessali; Fernández (2006), além de Schumpeter, surgiram diversos outros teóricos com pensamentos alternativos à teoria neoclássica: Thorstein Veblen (1904 e 1919) ressaltou a importância dada pelas empresas por atividades científicas; Frank Knight (1921) considerou a capacidade do empresário para produzir em ambientes de incertezas; Ronald Coase (1937) defendeu que a firma surge e se adapta no intuito de reduzir custos de transação; Berle e Means (1932) analisaram a separação entre a propriedade e o controle de negócios de grandes empresas e corporações, o que decorre da inovação institucional proveniente da sociedade anônima por ações, a qual gerou o magnífico benefício de permitir superar limites de financiamento ao investimento. As modernas teorias da firma, mais voltadas à análise da inovação, são provenientes de meados do século XX. Muitas teorias, construídas nesse período, buscaram fortalecer o estudo da relação entre as empresas e a tecnologia por meio de uma análise mais robusta do seu aspecto organizacional, o que se costuma chamar de tecnologia social. PESSALI; FERNÁNDEZ, 2006)

Segundo Nelson; Sampat (2001 apud PESSALI; FERNÁNDEZ, 2006), há uma engenharia social tentando organizar interesses, conhecimentos, habilidades e temperamentos humanos de forma produtiva.

Edith Penrose (1959 apud PESSALI; FERNÁNDEZ, 2006) construiu a idéia de que a capacidade da empresa tanto de explorar habilidades e conhecimentos como de inovar é o que determina o quanto a firma pode crescer. Sobre a forma de aprendizado para adquirir conhecimento e a mensurar o valor de atividades desenvolvidas por gerentes e pesquisadores. De acordo com Tigre (2006, p. 42), ela declarou o seguinte:

O conhecimento traz não apenas oportunidades produtivas, como também permite dar um caráter único à firma. A aquisição do conhecimento ocorre tanto formalmente, através de transmissão escrita e oral, como também por meio de aprendizado prático.[...] O aumento da experiência potencializa a capacidade de adquirir conhecimentos e a própria habilidade de usá-los no processo produtivo. A experiência geralmente é específica a um conjunto de circunstâncias externas e grande parte das habilidades adquiridas pelo homem só pode ser aplicada em um contexto específico. Penrose antecipa assim a importância do conhecimento tácito, que será crítica para a formulação de novas teorias relativas à economia do conhecimento. Ao focar nos aspectos internos da empresa que influenciam o crescimento, Penrose (1959) dá uma notável contribuição para abrir a “caixa-preta” e colocar a questão da capacitação tecnológica e gerencial no centro da dinâmica competitiva. Os serviços produtivos prestados por gerentes e pesquisadores não podem ser medidos em termos de “homem-hora”, pois são únicos e não podem ser repetidos.

Chandler (1962 apud PESSALI; FERNÁNDEZ, 2006) observou que, a partir dos anos 1920, grandes empresas modificaram suas estruturas internas para poderem continuar crescendo. Isto porque, com o crescimento dos negócios, havia uma sobrecarga nos setores das organizações, o que dificultaria a diversificação em suas atividades e não seria favorável à inovação. A solução encontrada por essas grandes empresas foi considerar o seu funcionamento como empresas menores dentro de uma empresa maior.

Na trilha de Simon, Richard Cyert e James March publicaram, em 1963, ***A Behavioral Theory of the Firm***, tendo como uma das idéias centrais a defesa de que a racionalidade limitada impede ações de otimização e leva as pessoas a seguirem linhas de ação já conhecidas, tentando vencer problemas e obter resultados satisfatórios. Para a empresa, é relevante, então, organizar-se de forma a concatenar diferentes limitações individuais e tirar proveito dessa situação.

A teoria evolucionária poderia ser considerada a visão moderna que mais estudou as relações entre as organizações e as inovações tecnológicas. Richard Nelson e Sidney Winter (1982 apud PESSALI; FERNÁNDEZ, 2006) fazem uma analogia com os conceitos utilizados na biologia evolutiva e absorvem a expressão teoria evolucionária. Na abordagem referida, o conhecimento tecnológico é um recurso escasso que deve ser adquirido e desenvolvido por meio de um processo de aprendizagem e de alocação satisfatória dos recursos.

Armstrong Alchian e Milton Friedman (1950, 1953 apud PESSALI; FERNÁNDEZ, 2006) sugeriram uma analogia entre os processos biológicos de seleção natural e a

ação dos mercados, cujo único critério de seleção seria a sobrevivência das firmas que maximizam lucros e o desaparecimento das demais firmas.

A teoria das competências é o arcabouço teórico defendido por Chandler, Pisano e Teece (1992, 1994, 1996 apud PESSALI; FERNÁNDEZ, 2006). A idéia é que a aquisição, manutenção, aprofundamento, ampliação e aplicação das competências de uma organização estão inseridas dentro de um processo de inovação tecnológica.

As teorias da agência e a dos custos de transação centram-se no fato de que a propriedade, operação e gerência das grandes organizações privadas modernas são divididas entre pessoas ou grupos com interesses não totalmente convergentes. Contratos e acordos são feitos de modo que uma pessoa, o Principal, delega poderes decisórios à outra, o Agente, que deve adotar práticas e executar decisões de acordo com os interesses do Principal, sendo por isso recompensado. A Teoria da Agência revela diversos obstáculos ao bom andamento da empresa, que exigem soluções inovadoras. Entre eles destaca-se a assimetria de informações em um ambiente de incertezas, dando margem a dois problemas relevantes: o risco moral e a seleção adversa. O risco moral ocorre entre Principal e Agente, quando, apesar de terem a mesma informação, o Agente leva a decisão para uma implementação que não pode ser monitorada integralmente pelo Principal. A seleção adversa ocorre somente quando o Agente possui informações relevantes à tomada de decisão. A assimetria de informações pode trabalhar contra o Principal, que por isso se interessa em monitorar a atuação do Agente. Embora considerada restrita para lidar com diversas variáveis envolvidas em processos inovativos, não se deve desmerecer sua contribuição para discussão de problemas oriundos da assimetria de informação.

Oliver Williamson (1975 apud PESSALI; FERNÁNDEZ, 2006) elaborou, dentro do movimento conhecido como Nova Economia Institucional, a teoria da Economia dos Custos de Transação (ECT), que considera as firmas, os mercados e os contratos entre firmas (franquias, *joint ventures*, representações, terceirizações, parcerias e outros) como formas alternativas de organizar a produção de bens e serviços. Para a ECT, os custos de transação resultam tanto de fatores humanos quanto de fatores circunstanciais às transações e aos sistemas econômicos. Os principais atributos humanos a impor custos às transações são a racionalidade limitada e o oportunismo.

Para North e Wallis (1994 apud PESSALI; FERNÁNDEZ, 2006), devido à existência de problemas complexos na administração da produção e na troca de bens e serviços, as partes envolvidas em uma transação buscam elaborar uma tecnologia organizacional que, interagindo com a tecnologia física, possa gerar resultados pecuniários satisfatórios: a redução dos custos de transação e transformação.

David Teece (apud PESSALI; FERNÁNDEZ, 2006) fez análise sobre como as empresas lidam com as atividades de P&D, importante fonte de inovações, mas que envolve, geralmente, uma elevada incerteza. Para as inovações de caráter mais amplo ou sistêmico, Pessali; Fernández (2006) defendem a integração numa mesma empresa das atividades de P&D e das atividades produtivas, o que permite melhor fluxo de informações e proteção contra vazamentos a possíveis rivais.

Uma frase de Freeman (1994 apud PESSALI; FERNÁNDEZ, 2006) representa síntese bem elaborada de como deve-se conduzir as inovações: “As inovações organizacionais e institucionais estão inextricavelmente relacionadas a inovações tecnológicas”. Eles afirmam também que para a organização melhorar suas condições de sobrevivência é preciso integrar as tecnologias físicas às tecnologias organizacionais.

Devido à assimetria nas informações no setor saúde, o equilíbrio em termos de quantidade e preço se torna muito difícil de ser alcançado, afirmam Kornis e Siqueira (2003). Eles defendem ainda que, sob a ótica da concorrência perfeita, a premissa é que o produtor maximiza seus lucros ao alcançar o nível de produção em que preço é igual ao custo marginal (a premissa básica da teoria da firma) que fica prejudicada para este ramo econômico, quando analisado à luz do modelo dos mercados competitivos.

Neste estudo, enfatizar-se-ão as inovações que ocorrem na estrutura gerencial e comercial das organizações hospitalares, as inovações gerenciais. Isto porque o propósito da presente pesquisa é estudar a aplicação do *Balanced Scorecard* em uma organização hospitalar, enfocando sua perspectiva inovadora e promotora da estratégia organizacional, defendida pelos seus criadores.

### 3.7 INOVAÇÃO GERENCIAL

Schvarstein (1995 apud MENDES, 2000, p.30) afirma que “as organizações, em algum tempo e lugar determinados, materializam a ordem social que as instituições estabelecem”. Desta forma, afirma Mendes (2000), a dinâmica inovacional está inserida em um processo que pode envolver não apenas mudanças organizacionais, mas também mudanças institucionais.

Para Guevara (1991 apud MENDES, 2000), a inovação gerencial concede à organização uma capacidade de atender a demandas da cultura local, de componentes do contexto social, político e econômico bem como de atender a demanda de mudanças ligadas à gestão do trabalho. No que se refere à gestão do trabalho, o autor explicita que isso vai além do treinamento de gerentes, mas não aprofunda a discussão. Para Mendes (2000), é possível deduzir que tal afirmativa consubstancia a idéia de que é preciso ir além de mudanças no nível cognitivo para garantir um processo inovador. Para a autora, seria necessário incluir também mudanças comportamentais sustentadas e, talvez, institucionais, para que efetivamente ocorram mudanças nas práticas gerenciais e organizacionais.

Wood Jr. et al. (1994 apud MENDES, 2000) fornecem uma definição abrangente para mudança organizacional, inserindo-se nessa mudança a inovação gerencial e apresentam os tipos de mudanças que podem ocorrer, o que será visto no próximo capítulo, que versará sobre mudança organizacional.

Mendes (2000) considera que a inovação gerencial é um tema que dá margem para diversas interpretações. A autora defende que a ocorrência de mudanças organizacionais e gerenciais em um mesmo contexto tem a ascendência das mudanças gerenciais, pois inovação requer a oferta de conhecimento, capacidade de aprendizado, assim como disposição de condições econômicas e políticas adequadas.

Davila; Epstein; Shelton (2007) consideram a inovação gerencial como estratégica e a denominam como **mudança de modelo de negócios**. Os autores consideram-na capaz de estabelecer o modo pelo qual a organização cria, vende e gera valor aos seus clientes, o que inclui a cadeia de suprimentos, a identificação de segmentos preferenciais de clientes e qual a percepção que os clientes têm do valor que recebem.

Para Davila; Epstein; Shelton (2007), a primeira idéia que vem à mente das pessoas quando se fala em inovação refere-se a inovação tecnológica. Entretanto consideram a inovação do modelo de negócios quase tão importante quanto a inovação tecnológica para a consolidação do sucesso nos negócios de uma organização. Davila; Epstein; Shelton (2007, p. 49) citam depoimento de Nick Donofrio, pesquisador líder da IBM, que construiu um conceito para inovação que afirma a importância da inovação gerencial: “definimos inovação como a nossa capacidade de criar novo valor na intersecção entre negócios e a tecnologia. [...] Não podemos ficar na dependência apenas da inventividade e da tecnologia para o nosso sucesso”.

Davila; Epstein; Shelton (2007) afirmam que a mudança de modelo de negócios pode conduzir à inovação em três áreas: a proposição de valor, a cadeia de suprimentos e cliente-alvo.

### **3.7.1 INOVAÇÕES GERENCIAIS EM TERMOS DE PROPOSIÇÃO DE VALOR**

Inovações gerenciais em termos de proposição de valor representa o que é vendido e lançado no mercado, com a seguinte especificidade: um produto ou serviço totalmente novo ou uma ampliação/melhoria em um produto ou serviço já existente. (DAVILA; EPSTEIN; SHELTON, 2007)

A proposição de valor se atém aos aspectos de comercialização. São elaboradas estratégias de negócios que objetivam dar aos usuários percepção de que estão sendo beneficiados com um novo valor para produtos ou serviços novos ou para produtos ou serviços existentes que receberam melhorias.

### **3.7.2 INOVAÇÕES GERENCIAIS NA CADEIA DE SUPRIMENTOS**

Inovações gerenciais na cadeia de suprimentos na maioria das vezes não são vistas pelos usuários. Isto porque essas inovações ocorrem normalmente nos bastidores. Mudanças na cadeia de suprimentos acontecem ao longo da cadeia de valores e repercutem na organização, no compartilhamento e na operação de atividades com vistas à produção e à entrega de produtos e serviços. (DAVILA; EPSTEIN; SHELTON, 2007)

### 3.7.3 INOVAÇÕES GERENCIAIS QUE BENEFICIAM CLIENTES ALVO

São inovações gerenciais que buscam capitalizar mudanças nas áreas de *marketing*, vendas e programas de distribuição. Isso porque a organização decide aproximar-se do segmento de usuários com os quais não mantinha relacionamento comercial anterior. A iniciativa da organização é pautada na perspectiva que vislumbra de obter desses desconhecidos usuários a satisfação de suas necessidades e desejos, por meio dos serviços e produtos que agora lhes são oferecidos por essa organização. Davila; Epstein; Shelton (2007). Segundo os autores, essas mudanças não são tão comuns como aquelas que ocorrem na proposição de valor ou na cadeia de suprimentos. Entretanto significam um valioso propulsor para a inovação e devem ser aproveitadas por todas as organizações que procuram novos espaços no mercado via inovações.

### 3.7.4 INOVANDO O MODELO DE INOVAÇÃO

Muitas empresas fizeram altos investimentos em inovações tecnológicas na expectativa de angariar lucros auspiciosos, quase sempre certas de que suas posições pró-inovações tecnológicas conduziram a um caminho natural de sucesso. Concentrar esforços exclusivamente nesse tipo de inovação pode representar perda de competitividade para a organização. Davila; Epstein; Shelton (2007) apresentam o exemplo da Intel, que em 2004 competia em um mercado composto de *players* capacitados. Assim decidiu investir bilhões de dólares em inovações tecnológicas, mas, ao que parece, negligenciou adotar mudanças no modelo de negócios. Isso fez com que a empresa fosse vista como inovadora em termos de geração de novas tecnologias, porém com baixa competitividade, por não ter um modelo de negócios ajustado à nova realidade de mercado. Não havia um bom alinhamento entre as arrojadas inovações tecnológicas e a conservadora gestão dos negócios, pouco propensa a mudanças de efeito que pudessem conduzi-la ao patamar de inovações gerenciais. Desta forma, verifica-se a importância de unir esses dois pólos, pois de pouco adianta uma inovação tecnológica bem concebida se não estiver apoiada por um modelo de negócios que lhe dê sustentação.

É essencial gerar uma comunicação que apresente, de forma clara e abrangente, as vantagens de um produto ou serviço inovador, e que seja garantida



por um lastro gerencial, capaz de viabilizar a sua produção, entrega e distribuição eficiente e eficaz. Isso significaria atuar dentro de um novo modelo de inovação competitivo em tempos de globalização, unindo criatividade à captação de valor.

### 3.8 TIPOS GERAIS DE INOVAÇÃO

Segundo Davila; Epstein; Shelton (2007), existem três tipos gerais de inovação: incrementais, semi-radicais e radicais.

A inovação incremental depende muito das tecnologias e dos modelos de negócios atuais e assim conduz a uma melhoria moderada nos produtos e processos de negócios em vigência. A maior parte dos componentes e das atividades que compõem um produto ou um serviço em uma inovação incremental permanece como está. Alterações podem ocorrer em apenas uma pequena parcela dos elementos constitutivos de produtos e serviços que receberam melhorias por meio da inovação incremental, Davila; Epstein; Shelton (2007). Embora em geral não seja responsável por grandes impactos nos negócios, a inovação incremental é o tipo preferido de inovação da maioria das empresas. Segundo Davila; Epstein; Shelton (2007, p. 60), a inovação incremental vem “seguidamente recebendo mais de 80% do investimento total das companhias em inovação”. A preferência pela inovação incremental é porque esse tipo de inovação não requer grandes investimentos, opera com risco baixo a moderado e ainda assim pode gerar acréscimos importantes no valor de produtos e serviços. Os autores lembram que, para ter melhores resultados, as inovações incrementais devem promover discretas modificações tanto por meio de inovações tecnológicas quanto por meio de inovações gerenciais. Segundo Davila; Epstein; Shelton (2007), a aplicação de duas modalidades de inovação (tecnológica e gerencial) com abrangência incremental poderia ser o suficiente para uma organização manter o seu *market share*<sup>18</sup> por um período mais longo de tempo, assim como a sua lucratividade.

De acordo com Davila; Epstein; Shelton (2007), as inovações incrementais no modelo de negócios ou inovações gerenciais incrementais têm a mesma importância que as inovações que ocorrem em produtos e serviços. É importante esclarecer que as inovações gerenciais podem ser geradas com o domínio e o uso de ferramentas

---

<sup>18</sup> Participação de mercado

de apoio à gestão, tais como: técnicas de controle de qualidade, modelos de análise financeira, pesquisa de mercado (objetiva identificar as necessidades dos usuários), administração da cadeia de suprimentos (aumenta a eficiência retirando tarefas com baixo valor agregado).

Embora as inovações incrementais absorvam a maior parte dos investimentos em inovação, é preciso ter cautela no seu uso. Isto porque produtos e serviços situados na fase madura da inovação tendem ao declínio comercial, o que pode ser observado na figura 2, a seguir. Continuar investindo neles possivelmente não produziria os ganhos esperados comuns em inovações incrementais.

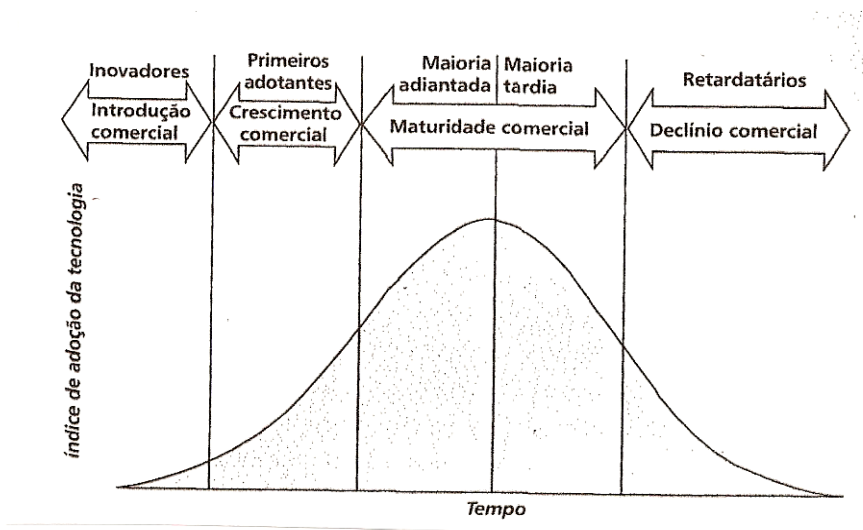


Figura 2 - Processo de comercialização da inovação

Fonte: Davila; Epstein; Shelton (2007, p. 140)

Davila; Epstein; Shelton (2007) defendem que o baixo risco e a relativa segurança obtidos são comuns nas inovações incrementais, podem se constituir em fonte de acomodação para muitas empresas, e podem ser altamente nocivos às perspectivas futuras dessas empresas. Isto porque, ao decidirem-se pela concentração de investimentos em inovação incremental, essas empresas poderiam estar entrando em uma espécie de ciclo vicioso, perdendo valioso espaço para realizar mudanças mais profundas e difíceis de serem copiadas a curto prazo. Assim garantiriam vantagens competitivas, atuando com mais força mercadológica e projeção para o futuro.

Para Davila; Epstein; Shelton (2007), a inovação semi-radical, em geral, ocorre via mudança substancial não concomitante na gestão e na tecnologia de uma empresa. É possível a ocorrência de inovação com modificações tanto na gestão quanto na tecnologia. Entretanto tal situação tem intensidade distinta nessas duas esferas. É possível, por exemplo, uma inovação semi-radical na tecnologia com uma inovação incremental na gestão ocorrendo com a mesma temporalidade. Assim, pode-se dizer que as inovações semi-radicais são assimétricas porque representam mudanças significativas na gestão ou na tecnologia, porém sem simultaneidade de abrangência entre esses dois pólos.

A inovação radical, segundo Davila; Epstein; Shelton (2007), é uma mudança acentuada que ocorre tanto na gestão (modelo de negócios) quanto na tecnologia de uma organização. É uma inovação tão impactante que os autores também a denominam de inovação espetacular, pois provoca até mesmo mudanças na estrutura de competitividade de um segmento de mercado. A inovação radical, em geral, é resultante de mudanças arquiteturais, as quais envolvem não somente significativas mudanças na funcionalidade, mas principalmente mudanças expressivas na estrutura de produtos e serviços. Isto pode gerar, muitas vezes, a destruição de algumas capacidades centrais da organização.

Algumas iniciativas podem ter grande significado para o fomento de inovações radicais. Uma delas seriam as parcerias entre organizações diferentes em novas criações. Outra, o envolvimento e apoio dos principais executivos a novas idéias (mesmo que não estejam previstas na estratégia empresarial). Uma terceira e valiosa iniciativa seria garantir a provisão de recursos financeiros para apoiar essas idéias espetaculares. As idéias radicais necessitam de somas consideráveis de dinheiro para prosperar até se constituírem em algo concreto e de grande repercussão comercial. (DAVILA; EPSTEIN; SHELTON, 2007).

As inovações radicais podem representar **o novo**, que conduzirá uma organização ao topo da escala de sucesso e poder de competitividade. Porém há grandes riscos de não haver retorno a investimentos realizados em uma inovação radical. Os executivos de uma organização precisam agir com muita cautela antes de decidir investir maciçamente em uma inovação radical, pois os gastos são fabulosos assim como o risco de fracasso comercial.

Davila; Epstein; Shelton (2007) sugerem que a melhor alternativa para minimizar riscos e otimizar oportunidades seria estabelecer um *portfolio*<sup>19</sup> equilibrado de inovações radicais, semi-radicais e incrementais, buscando balancear as mudanças, de acordo com as alavancas para os três tipos de inovação, conforme figura 3.

Tipos de Inovação	Alavancas dos Modelos de Negócios			Alavancas Tecnológicas		
	Proposição de valor	Cadeia de valor	Cliente-alvo	Produtos e Serviços	Tecnologia de Processos	Tecnologia capacitadora
<b>Incrementais</b>	<i>Mudanças pequenas em uma ou mais das seis alavancas</i>					
<b>Semi-radicais Orientadas por modelo de negócios</b>	<i>Mudança significativa em uma ou mais das três alavancas</i>			<i>Mudanças pequenas em uma ou mais das três alavancas</i>		
<b>Semi-radicais Orientadas por tecnologia</b>	<i>Mudança pequena em uma ou mais das três alavancas</i>			<i>Mudanças significativas em uma ou mais das três alavancas</i>		
<b>Radicais</b>	<i>Mudança significativa em uma ou mais das três alavancas</i>			<i>Mudanças significativas em uma ou mais das três alavancas</i>		

Figura 3 - Alavancas para os três tipos de inovação

Fonte: Davila; Epstein; Shelton (2007, p. 59)

### 3.9 GESTÃO DA INOVAÇÃO

Seria difícil encontrar alguém preparado para argumentar que a inovação não é importante. Provavelmente a inovação será mais importante ainda nos próximos anos. Assim como não existe receita que facilite o sucesso, a princípio pode parecer que é impossível gerenciar algo tão complexo e incerto como a inovação. Os problemas que envolvem o tema são bastante variados. Incluem dificuldades para desenvolver e refinar o conhecimento, para adaptar e aplicar mudanças em produtos e processos, para convencer outras pessoas a apoiarem e adotarem a inovação, bem como para obter a aprovação contínua de uso que se traduz em aceitação comercial. (TIDD; BESSANT; PAVITT, 1999)

Embora o processo de inovação aparentemente tenha uma natureza aleatória, é possível encontrar e fundamentar um padrão de sucesso, afirmam Tidd;

<sup>19</sup> Conjunto de marcas, produtos e serviços de uma empresa. (GONÇALVES, 2005)

Bessant; Pavitt (1999). Os autores reconhecem que existem dificuldades técnicas para conduzir um processo de inovação tecnológica. Entretanto defendem que a maioria das falhas se devem a algumas fraquezas decorrentes do modo como o processo é gerenciado. Para que uma inovação tenha êxito, parece existir uma relação de dependência entre dois componentes centrais: a pesquisa tecnológica, constituída de pessoas, equipamentos, conhecimentos, capital e outros; a capacidade da organização gerenciar todos esses recursos que se inter-complementam de forma dinâmica, via processos.

É importante também estabelecer uma rotina balanceada, que inclua atividades formalmente constituídas, assim como atividades informais, no sentido de estabelecer um período de tempo em que o empregado possa atuar movimentando-se livremente, seguindo a sua intuição e a sua curiosidade. Evidentemente que a maior parte do tempo das empresas é preenchida por atividades formais. Mas iniciativas como a da 3M, estabelecem uma política em que 15% do tempo de trabalho pode ser dirigido ao uso livre da criatividade. (TIDD; BESSANT; PAVITT, 1999)

Embora alguns exemplos de empresas bem sucedidas possam servir de referência em inovação, Tidd; Bessant; Pavitt (1999) alertam que simplesmente copiar iniciativas bem sucedidas nesse campo não funciona. Ao invés disso, cada empresa deve encontrar o seu próprio modo de inovar. Em outras palavras, afirmam os autores que cada empresa precisa desenvolver seu próprio modo de estabelecer a rotina. Para isso sugerem que a utilização de competências centrais deve estar associada a padrões comportamentais junto, por exemplo, ao planejamento e gerenciamento de projetos ou ao entendimento das necessidades dos clientes. Os benefícios dessa associação podem ser melhor observados a partir da leitura da tabela 6, a seguir.

**Tabela 6 - Competências centrais no gerenciamento da inovação<sup>20</sup> (T.A.)<sup>21</sup>**

<b>COMPETÊNCIAS CENTRAIS</b>	<b>ROTINAS CONTRIBUTIVAS</b>
Capacidade de Reconhecer	Pesquisar o ambiente por indícios técnicos ou econômicos para ativar o processo de mudança.
Capacidade de Alinhar	Garantir um bom ajuste para a estratégia global de negócios e para a proposta de mudança.
Capacidade de conquistar	Reconhecer as limitações da tecnologia de base da organização e ser capaz de viabilizar uma conexão com fontes externas de conhecimento, informação, equipamentos, etc. Transferir conhecimento para várias fontes externas e conectá-lo a aspectos internos relevantes da organização.
Capacidade de Criar	Criar alguns aspectos de tecnologia doméstica, como, por exemplo, por meio de pesquisa e desenvolvimento e aperfeiçoamento de grupos.
Capacidade de Escolher	Explorar e selecionar a mais apropriada resposta às evidências fornecidas pelo ambiente, que possam se ajustar à estratégia e aos recursos internos/redes de tecnologia externas.
Capacidade de Executar	Gerenciar o desenvolvimento de projetos para novos produtos ou processos de uma idéia inicial, até o lançamento comercial.
Capacidade de Implementar	Gerenciar a introdução de mudanças – técnica e de outra forma – dentro da organização, para assegurar a aceitação e o uso efetivo da inovação.
Capacidade de Aprender	Avaliar e refletir sobre o processo de inovação e identificar lições que possam colaborar para aprimorar o gerenciamento de rotinas.
Capacidade de Colaborar com o Desenvolvimento da Organização	Internalizar rotinas efetivas na estrutura, nos processos, fundamentando comportamentos etc.

Fonte: Traduzido e adaptado pelo autor, a partir de Tidd, Bessant e Pavitt (1999).

<sup>20</sup> *Core abilities in managing innovation*

<sup>21</sup> Traduzido pelo autor

Tidd; Bessant; Pavitt (1999) afirmam que o êxito no gerenciamento da inovação deriva da construção e do melhoramento efetivo de rotinas. Do mesmo modo, o aprendizado se origina do reconhecimento e do entendimento das rotinas.

Para Davila; Epstein; Shelton (2007), é preciso ir além da retórica e da idéia pró-inovação para que as empresas possam inovar. Os autores indicam a necessidade das empresas usarem sistemas de inovação para que o processo de mudança seja facilitado. Segundo afirmam, os sistemas de inovação são políticas, procedimentos e mecanismos de informação que permitem viabilizar o processo de inovação nas organizações e entre elas.

É importante que os administradores de empresas tenham consciência de que a inovação não é um evento misterioso que provém exclusivamente da oportunidade que as pessoas têm de pensar livremente e criar boas idéias. Ao contrário, ela pode evoluir em uma organização de acordo com os sistemas de inovação que nela operam e de acordo com a consistência em que são utilizados. Embora pareça paradoxal associar pensamento livre e sistema, é preciso esclarecer que estrutura e processo não se voltam para inibir a criatividade. Ao contrário, podem melhorá-la, desde que haja uma aplicação adequada, respeitando-se as cinco funções de um sistema de inovação. (DAVILA; EPISTEIN; SHELTON, 2007)

A primeira função de um sistema de inovação trata do incremento da eficiência do processo de inovação. Esta função é muito aplicada nas inovações incrementais, dada a possibilidade de abreviar etapas entre a criação e a comercialização. Pode-se agilizar a passagem de uma inovação pelas etapas de conceituação, desenho inicial, protótipo e começo da comercialização, por meio de um processo de gerenciamento de estágios de produto. (DAVILA; EPISTEIN; SHELTON, 2007)

A segunda função de um sistema de inovação é desenvolver as linhas de comunicação mais adequadas para a organização e seus *stakeholders*<sup>22</sup>. É preciso facilitar o acesso da equipe de criação ao conhecimento especializado de outras áreas da organização. Além disso, outras partes interessadas no processo precisam ter canais de comunicação abertos que integrem todos os *stakeholders*, para esclarecer e alinhar posições, buscando sempre encontrar as melhores alternativas dentro do processo de inovação. (DAVILA; EPISTEIN; SHELTON, 2007)

---

<sup>22</sup> Detentores de interesses vinculados à organização, como acionistas, clientes, empregados, fornecedores e comunidade.

A terceira função de um sistema de inovação é a coordenação entre projetos que permitem o trabalho paralelo de equipes com o mínimo de comunicação. Como exemplo, Davila; Epistein; Shelton (2007) citam projetos que funcionam 24 horas por dia, em diferentes partes do planeta e operam a contento, devido à avançada tecnologia de informação disponível, capaz de garantir a provisão de recursos a qualquer hora do dia ou da noite, e também à disciplina que os sistemas impõem.

A quarta função de um sistema de inovação, de acordo com Davila; Epistein; Shelton (2007), é a do aprendizado. O conhecimento, que é originado da inovação, gere-se com disciplina pelo sistema e disponibiliza-se às equipes administrativas, pois há um acompanhamento durante toda a trajetória da inovação, desde a ideação até a comercialização. Projetos incrementais são um bom exemplo de aprendizagem gradual e continuada. Para os autores, sistemas de inovação são como *softwares*: quando são lançadas novas versões, há melhorias localizadas em relação às versões anteriores.

De acordo com Davila; Epistein; Shelton (2007), a quinta função de um sistema de inovação é alinhar os objetivos dos diversos participantes da empresa. Para isso é necessário que todos compreendam a estratégia da organização e como esta repercute nas atividades de seus respectivos cargos e áreas de trabalho. O desempenho da inovação precisa ser comunicado às equipes de trabalho e comparado aos objetivos definidos para a inovação. Esta providência permitirá cada componente das equipes de trabalho avaliar se suas ações proporcionaram os resultados necessários para a consecução dos objetivos organizacionais em inovação. Em caso negativo, é feita análise da causa sistêmica dessa discordância, o que permitirá uma maior clareza da relação de dependência entre a estratégia de inovação e a realidade operacional que deveria lhe apoiar adequadamente.

Davila; Epistein; Shelton (2007) afirmam que os sistemas de inovação devem operar integrados e convergirem para a estratégia e o portfólio de inovações. Entretanto aspectos antagônicos estão presentes no processo e algumas dualidades são evidenciadas, tais como a dualidade existente entre a tecnologia e o modelo de negócios, entre a inovação radical e a inovação incremental, entre a criatividade e a criação de valor, entre redes e plataformas. É preciso buscar o equilíbrio entre essas forças que parecem operar em posições contrárias, mas que, em realidade, se aplicadas com equilíbrio, são complementares.



Tratar de inovação não é debater sobre fórmulas sigilosas, mas sim viabilizar uma gestão competente da inovação. Há alguns parâmetros defendidos por Davila; Epstein; Shelton (2007), que podem colaborar nesse propósito. Os autores os denominaram de **as sete regras para uma boa gestão da inovação**.

A primeira regra para uma gestão competente da inovação seria exercer uma sólida liderança em estratégia e portfólio. O CEO e os principais executivos da organização devem inicialmente escolher o modelo de inovação (a função da inovação tecnológica e do modelo de negócios), a estratégia de inovação e disseminar a cultura adequada para isso. A liderança deveria também ser responsável em supervisionar o aprendizado e a mudança organizacional. No que se refere ao portfólio de inovações, é importante que não haja concentração em um número muito limitado de inovações. Uma inovação radical não necessariamente é uma garantia de sucesso. Pode ser que seja apenas uma oportunidade. Isto porque as organizações concorrentes podem superar aquela vantagem competitiva decorrente da inovação. O fato é que, a longo prazo, em mercados competitivos, a capacidade de inovar melhor e com mais regularidade que as concorrentes representa a única garantia de longevidade para organizações. Fatores como a solidez da equipe de gestão - no sentido de encontrar pessoas capazes de entender e executar a estratégia de alto nível - e o reconhecimento do valor do modelo de negócios situaram-se um pouco à frente da tecnologia, em uma pesquisa realizada pelo jornal *Financial Times*, que buscava avaliar os fatores mais importantes na escolha de novos investimentos, afirmam Davila; Epstein; Shelton (2007).

A segunda regra defende a integração da inovação na mentalidade do negócio. A inovação precisa ser reconhecida como algo essencial e não apenas como uma boa opção. (DAVILA; EPISTEIN; SHELTON 2007)

Para Davila; Epstein; Shelton (2007), a terceira regra considera que a inovação precisa estar alinhada com a estratégia da empresa. Esta é uma tarefa para a alta cúpula da organização e uma responsabilidade maior para o principal executivo. É preciso decidir qual estratégia de inovação é a mais apropriada para enfrentar a concorrência externa, considerando também as condições internas da organização. É necessário cada organização deliberar sobre o portfólio de inovações que pretende manter em uma dada ocasião, sobre o acréscimo de inovações que planeja efetivar no futuro e sobre como pretende tornar esses planos uma realidade em termos de inovação. Em outros termos, seria uma espécie de **inovação**

**situacional**, sua dosagem depende da realidade de cada empresa. Do mesmo modo que é preciso avaliar a dosagem de investimento em inovação, a sua influência nos negócios de uma organização, por sua vez, sofre variações ao longo do tempo. Em determinadas ocasiões, a inovação pode ser a principal fonte de vantagem competitiva. Entretanto, não necessariamente a inovação é a principal origem de vantagem competitiva. O estágio de maturação da inovação, a natureza da concorrência e a estratégia geral do negócio são fatores que influenciam o posicionamento da inovação como fonte de vantagem competitiva.

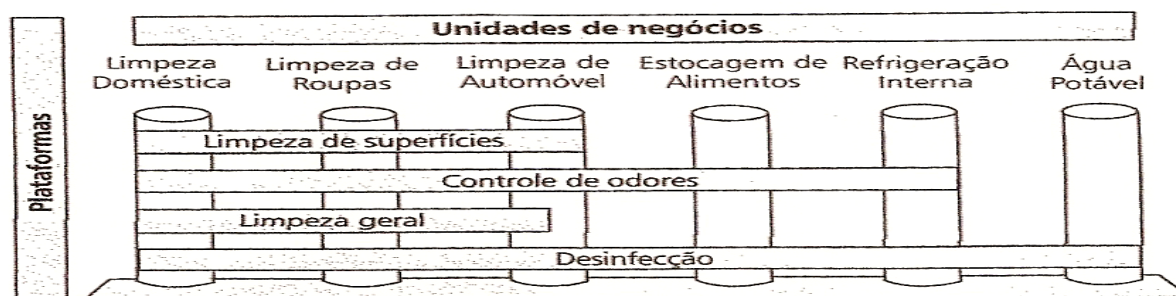
A quarta regra defende a importância de se administrar a tensão natural entre a criatividade e a captação de valor. A inovação demanda processos, estruturas e recursos para gerir níveis elevados de criatividade - que se voltam para o desenvolvimento de novos conceitos e maneiras de fazer - durante a sua execução. Essa execução dirige-se para a criação de novos produtos e/ou serviços que tenham aceitação comercial. Assim os administradores precisam identificar quais as práticas gerenciais que apóiam a criatividade e quais aquelas que a inibem. (DAVILA; EPISTEIN; SHELTON 2007)

A quinta regra diz que é preciso neutralizar os **anticorpos organizacionais**, metáfora que traduz a postura de resistência às mudanças por uma parte de profissionais da organização. Um dos motivos para o surgimento dessa resistência é o fato de o sucesso muitas vezes criar culturas que não se conformam com as mudanças. Nesse caso, o argumento central é a defesa de que aquele modo de fazer sempre foi vitorioso e por isso não se devem provocar mudanças em equipe que está sempre vencendo. O problema é que o paradigma de vantagem competitiva que fez uma organização vitoriosa por alguns anos pode ser superado por novas realidades de mercado ainda não perceptíveis, mas que correspondem a inovações que estão em processo gradual de emancipação comercial. Em síntese, para se manter em evidência competitiva, é preciso estar aberto às mudanças. (DAVILA; EPISTEIN; SHELTON 2007)

A sexta regra propõe que a organização cultive uma rede de inovação além de seus próprios limites. O principal elemento constitutivo da inovação não está na individualidade, mas sim nas redes que se formam no interior da organização, nos departamentos de pesquisa e desenvolvimento (P & D), na área de marketing, na área de produção, e, fora da organização, por meio de clientes, fornecedores, sócios e outros. A gestão de parcerias internas e com clientes, fornecedores, consultores e

com demais *stakeholders* que possam colaborar com a capacidade de inovação da organização é uma das iniciativas centrais da inovação. Contudo é valioso lembrar que a organização deve decidir com cautela, avaliação técnica e gerencial sobre quais as redes podem se constituir em parcerias de valor. Há um risco não desprezível de a organização estar ligada a uma rede de muitas ramificações, com alto custo de manutenção e com rendimento sofrível. Para integrar a inovação à atividade central e construir redes no interior e nos limites da organização, é necessário ter plataformas de inovação. Elas são unidades organizacionais de rede inseridas em empresas, que canalizam recursos para áreas específicas do negócio. Amplas áreas de inovação, mudanças no modelo de negócios, seja por meio de um portfólio de inovações incrementais, semi-radicais e radicais, seja por interconexão de redes interna e externa, de pessoas competentes, que possam responder aos desafios técnicos e comerciais, tudo isso faz parte das características das plataformas de inovação. (DAVILA; EPSTEIN; SHELTON 2007)

Para um melhor entendimento do seu significado, é apresentada a seguir, a figura 4, que ilustra as plataformas de inovação e unidades de negócio.



**Figura 4 – Exemplo de plataformas de inovação e unidades de negócios**

Fonte: Davila, Epstein e Shelton (2007) p.125.

A sétima e última regra para uma gestão competente da inovação, na visão de Davila; Epstein; Shelton (2007), seria criar indicadores de desempenho e recompensas adequadas à inovação. A organização necessita inovar para garantir a sua competitividade. Para que o processo de inovação seja um ciclo virtuoso, é preciso reconhecer aqueles que colaboraram para a inovação contínua na

organização se constituir em uma realidade. Entretanto duas dificuldades podem estar presentes nesse contexto. A primeira seria avaliar se as gratificações por desempenho estão canalizadas para um mérito destacado ou para méritos que não impactam na competitividade empresarial, ou melhor, se elas estão ligadas à estratégia de inovação. Um exemplo seria um executivo e sua equipe receberem gratificações por melhorias em um produto que já está na fase de maturidade comercial de maioria tardia. Como a tendência é esse produto entrar em declínio comercial, de pouco adianta alimentá-lo com inovações incrementais. Assim, recompensar quem não tem visão estratégico-comercial é duplamente promover um erro. A segunda dificuldade seria checar se os indicadores possuem métricas bem constituídas, se medem o que é preciso medir ou se são contraproducentes. É preciso haver uma comunicação efetiva entre os objetivos estratégicos da organização e os indicadores. A aferição dos indicadores precisa refletir verdadeiramente o estágio estratégico e de inovação da organização

### **3.10 SISTEMA DE INOVAÇÃO NO SETOR SAÚDE**

No que se refere aos Sistemas Nacionais de Inovação, eles são conceituados, segundo Freeman (1989 apud PEREIRA; BALTAR; MELLO, 2004, p.02), como "uma rede de instituições dos setores público e privado cujas atividades e interações iniciam, importam, modificam e difundem tecnologias".

A Economia da Tecnologia considera a possibilidade de o sistema de inovação ser fragmentado em nível setorial. A atenção setorial aqui se dará para o setor saúde, no qual existem três perspectivas de estudo. A primeira seria o complexo médico-industrial, conforme Cordeiro (1980 apud ALBUQUERQUE; SOUZA; BAESSA, 2004), que funciona por meio da articulação entre a assistência médica, as redes de formação profissional (escolas, universidades), a indústria farmacêutica, a indústria produtora de equipamentos médicos e instrumentos de diagnóstico. A segunda são as evidências sobre a existência de um sistema biomédico de inovação, defendidas por Hicks & Katz (1996 apud ALBUQUERQUE; SOUZA; BAESSA, 2004), com participação intensa dos hospitais. A terceira é representada pelos estudos sobre as interações entre as universidades e as indústrias na geração das inovações médicas Gelijns & Rosenberg (1995 apud ALBUQUERQUE, SOUZA E BAESSA, 2004).

Gelinjs (1990 apud ALBUQUERQUE, SOUZA E BAESSA, 2004) utiliza a palavra *translation* para expressar esse processo interativo no setor saúde. Nelson (2002 apud ALBUQUERQUE, SOUZA E BAESSA, 2004) estuda sobre a evolução desigual do conhecimento médico, enfatizando o processo de **tradução**. Para ele, a pesquisa clínica e a pesquisa que visa a essa tradução (*translational research*) são processos de primeira importância, mediante os quais os avanços na prática são alcançados.

A literatura da economia da tecnologia enfatiza as diferenças intersetoriais nas relações entre ciência, tecnologia e produção.

Freeman & Soete (1997 apud ALBUQUERQUE, SOUZA E BAESSA, 2004) apresentam longa explanação sobre a emergência das tecnologias relacionadas à ciência.

Pavitt (1984 apud ALBUQUERQUE, SOUZA E BAESSA, 2004) constrói uma ciência da classificação de fluxos tecnológicos, na qual um setor **baseado na ciência** é destacado. Assim, ressalta-se a ênfase atribuída por acadêmicos da economia da tecnologia para a proximidade e para a inter-relação entre a ciência e a tecnologia no setor saúde (Nelson; Gelijns & Rosenberg, (1995 apud ALBUQUERQUE; SOUZA; BAESSA, 2004).

Gelijns & Rosenberg (1995 apud ALBUQUERQUE; SOUZA; BAESSA, 2004) enfatizam a crescente dependência da inovação médica em relação às pesquisas interdisciplinares. Em medicamentos, por exemplo, para se produzir uma nova droga, é necessário o trabalho de químicos, biólogos moleculares, imunologistas, engenheiros químicos, clínicos, etc. Na indústria de equipamentos médicos, inovações precisam do trabalho de físicos, engenheiros eletrônicos, especialistas em novos materiais, especialistas médicos, etc. Em síntese, a produção de inovações no setor saúde tem por pré-requisito uma estrutura de formação universitária e de pós-graduação abrangente e razoavelmente sofisticada, devido ao tipo de interação e interdisciplinaridade que ela apresenta.

Nelson (1995 apud ALBUQUERQUE; SOUZA; BAESSA, 2004) declarou-se impressionado com a importância da inter-relação entre ciência e tecnologia para a pesquisa e a inovação no setor saúde. Para ele, o surgimento da biotecnologia moderna certamente tem ampliado radicalmente essa relação. A constatação de Nelson fundamenta a existência de fluxos de informação fortes nos dois sentidos entre as universidades e as indústrias biotecnológicas.

### 3.11 INOVAÇÃO NO BRASIL

Segundo Heleno (2007), o relatório PINTEC<sup>23</sup> divulgou dados do IBGE que sugerem considerar as empresas brasileiras como pouco inovadoras. A referida pesquisa foi realizada em 2005, em parceria com a FINEP, do Ministério da Ciência e Tecnologia.

Heleno (2007) afirma que, a partir de uma amostra de 90 mil empresas, somente 3,2% dessas empresas inovaram no país, o que representou um avanço em relação à pesquisa anterior, cujo percentual foi de 2,7%. O autor também lamenta que, em 2005, apenas 2,8% do faturamento foi o investimento médio de empresas brasileiras em pesquisa e desenvolvimento. Em comparação à Alemanha, referência mundial, com índice de 5%, ainda há um espaço considerável de conquista de novos investimentos em pesquisa e desenvolvimento.

O Manual de Oslo (2004, p.20), no que se refere à inovação, concentra-se em inovação tecnológica e não inclui medidas sobre a inovação organizacional e gerencial, por considerar ser difícil a mensuração agregada da inovação gerencial, por ser altamente particular por empresa. A inovação tecnológica inclui produtos (bens e serviços) e processos novos e significativamente aprimorados. Embora reconheça que as inovações de ordem organizacional sejam bem difundidas e possam contribuir para o avanço do desempenho de empresas, por outro lado ressalta que essas experiências ainda carecem de um maior número de estudos mais específicos. Manual de Oslo (2004).

É relevante também ressaltar que o Manual de Oslo (2004) afirma que algumas dúvidas sérias tendem sobre todos os modelos disponíveis de inovação. Assim reconhece que a inovação é uma atividade complexa e diversificada e que as fontes de dados devem reconhecer que na atividade de inovação há a interação de diversos componentes.

---

<sup>23</sup> A Pesquisa de Inovação Tecnológica (PINTEC) tem por objetivo a construção de indicadores setoriais nacionais e, no caso da indústria, também regionais, das atividades de inovação tecnológica das empresas brasileiras, comparáveis com as informações de outros países. O foco da pesquisa é sobre os fatores que influenciam o comportamento inovador das empresas, sobre as estratégias adotadas, os esforços empreendidos, os incentivos, os obstáculos e os resultados da inovação. A pesquisa segue as diretrizes metodológicas definidas no Manual de Oslo 3ª edição, da OCDE, de 2005. Mais especificamente, ela se inspirou na experiência do modelo harmonizado proposto pelo EUROSTAT, as terceira e quarta versões da *Community Innovation Survey*. Sua primeira realização no Brasil focou o período 1998-2000; a segunda e a terceira PINTEC cobriram os anos de 2001-2003 e 2003-2005, respectivamente; e a quarta estará indo a campo em 2008, para pesquisar o triênio 2005-2007.

No que se refere à inovação organizacional e gerencial o Manual de Oslo (2004) afirma que esse tipo de inovação inclui a introdução de estruturas organizacionais significativamente alteradas; a implantação de técnicas de gerenciamento avançadas e a implantação de orientações estratégicas novas ou substancialmente alteradas.

A tabela 7 apresenta dados mais específicos da pesquisa PINTEC 2005, mais próximos do interesse da presente pesquisa e relacionados a empresas de serviços que realizaram mudanças estratégicas e organizacionais.

**Tabela 7 - Empresas, total e as que implementaram inovações, com indicação das mudanças estratégica e organizacionais implementadas, segundo faixas de pessoal ocupado nas atividades selecionadas dos serviços - Brasil - período 2003-2005.**

FAIXA DE PESSOAL OCUPADO EM EMPRESAS DE SERVIÇOS	AMOSTRA DA PESQUISA (NÚMERO DE EMPRESAS)	NÚMERO DE EMPRESAS DE SERVIÇOS QUE IMPLEMENTARAM INOVAÇÕES NA ESTRATÉGIA CORPORATIVA	PERCENTUAL DE EMPRESAS DE SERVIÇOS QUE IMPLEMENTARAM INOVAÇÕES NA ESTRATÉGIA CORPORATIVA
10 – 29	3149	381	8,27%
30 – 49	455	126	27,69%
50 – 99	305	68	22,30%
100 – 249	159	57	35,85%
250 – 499	77	33	42,86%
500 ou mais	101	69	68,32%
TOTAL	4246	735	17,31%

Fonte: Elaboração própria a partir de dados da Pesquisa de Inovação Tecnológica (Pintec 2005).

Examinando a tabela 7, é possível constatar que as maiores empresas de serviços, situadas na faixa de 500 ou mais empregados, foram as que mais realizaram inovações na estratégia corporativa. Da amostra de 101 empresas pesquisadas na referida faixa, 68% delas, correspondentes a 69 empresas, realizaram inovações estratégicas e organizacionais. O referido número parece indicar que há no Brasil um número elevado de inovações gerenciais entre as grandes empresas prestadoras de serviços. Entretanto há de se considerar que a

pesquisa Pintec 2005 teve como amostra, entre as empresas de serviços, empresas de alta intensidade tecnológica (telecomunicações, informática e pesquisa e desenvolvimento), que pela primeira vez foram investigadas.

A ausência de dados sobre a área hospitalar na pesquisa realizada pela PINTEC impossibilita tirar conclusões específicas do setor saúde, o que demonstra que a inovação no Brasil ainda não dispõe de dados que integrem os diversos setores de atuação econômica. Por outro lado, na faixa das empresas menores, com até 29 empregados, apenas 8% delas fizeram inovações estratégicas e organizacionais. Isso parece confirmar informações fornecidas pela pesquisa Pintec 2005, ao indicar que os principais obstáculos para inovação, apontados pelos empresários, são os elevados custos, riscos econômicos excessivos e escassez de fontes de financiamento. É óbvio que essas barreiras afetam mais diretamente as empresas menores.

### **3.12 ESTRATÉGIA E VANTAGEM COMPETITIVA**

A Fundação Nacional da Qualidade (2005, p. 68) utiliza o seguinte conceito de estratégia :

Estratégia: O caminho escolhido para posicionar a organização de forma competitiva e garantir sua continuidade no longo prazo, com a conseqüente definição de atividades e competências inter-relacionadas para entregar valor de maneira diferenciada às partes interessadas. É um conjunto de decisões que orientam a definição das ações a serem tomadas pela organização. As estratégias podem conduzir a novos produtos, novos mercados, crescimento das receitas, redução de custos, aquisições, fusões e novas alianças ou parcerias. As estratégias podem ser dirigidas a tornar a organização um fornecedor preferencial, um produtor de baixo custo, um inovador no mercado e/ou um provedor de serviços exclusivos e individualizados. As estratégias podem depender ou exigir que a organização desenvolva diferentes tipos de capacidades, tais como: agilidade de resposta, individualização, compreensão do mercado, manufatura enxuta ou virtual, rede de relacionamentos, inovação rápida, gestão tecnológica, alavancagem de ativos e gestão da informação.

Para Wright; Kroll; Parnell (2000), estratégia são os planos da alta administração para atingir resultados seguros e integrados à missão e aos objetivos gerais da organização.

Segundo Thompson Jr; Stickland III (2004), a estratégia é o planejamento do jogo de gerência da organização para dar suporte a participação de mercado, gerar maior satisfação dos clientes e alcançar os objetivos de desempenho.



Ansoff e McDonnell (1993) conceituam estratégia como um conjunto de normas de tomada de decisão que propiciam uma conduta orientada. Existem quatro tipos de regras que compõem a estratégia. O primeiro tipo está representado por padrões que mensuram a performance presente e futura da organização. Esses padrões podem ser observados em duas dimensões: qualitativa, na qual os padrões são conhecidos como objetivos; e quantitativa, na qual os padrões são observados em uma dimensão numérica ou quantitativa, conhecida como meta. O segundo tipo, representado por regras que definem a forma de relacionamento da organização com o ambiente externo, é a estratégia empresarial. O terceiro tipo delimita as relações e os processos internos da organização. É chamado de conceito organizacional. O quarto tipo de regras são normas que disciplinam a rotina da organização, são as políticas operacionais.

Na visão de Kaplan e Norton (1997), a estratégia é um conjunto de hipóteses sobre causas e efeitos. Estes autores consideram também que a estratégia representa a seleção de grupos de consumidores que as unidades de negócio aspiram servir, articulada a providências de otimização dos processos internos e escolha de capacidades individuais e organizacionais essenciais para atingir os objetivos internos, dos clientes e financeiros. Os autores reconhecem que esse tipo de abordagem é consistente com a análise competitiva defendida por Michel Porter.

Porter (1986) afirma que existem três estratégias genéricas para gerar vantagem competitiva internamente consistente. Essas estratégias podem ser aplicadas de forma isolada ou combinada. Elas são métodos aplicados com o objetivo de superar os concorrentes em uma indústria (segmento de negócios). Aqui aplicaremos o termo segmento de negócios em substituição à expressão indústria, utilizada por Porter, por ser um termo que permite maior clareza de entendimento. A primeira estratégia genérica para gerar vantagem competitiva está representada pela liderança no custo total, cuja ênfase é o estabelecimento de custos baixos em relação aos concorrentes, diz Porter (1986), ressaltando que a qualidade, a assistência e outras áreas não podem ser ignoradas.

Esse tipo de estratégia, quando viabilizada, dá força competitiva à organização, segundo Porter (1986, p. 50), porque a negociação só pode continuar a erodir os lucros até o ponto em que os lucros do próximo concorrente mais eficiente tenham sido eliminados, e porque os concorrentes menos eficientes sofrerão antes as pressões competitivas.

Conforme Porter (1986), a segunda estratégia genérica estaria constituída quando a organização cria algo que seja considerado único ou diferenciado no âmbito de todo o segmento de negócios. A diferenciação afasta a organização da rivalidade competitiva, pois propicia lealdade dos usuários em relação à marca, com menor sensibilidade ao preço do produto ou serviço inovador. Embora essa estratégia aumente as margens e exclua a necessidade de baixo custo, dada a fidelidade dos usuários, demanda com freqüência grandes esforços até atingir o estágio de êxito. O trabalho desenvolvido para permitir que a organização gere inovação sempre é muito dispendioso e envolve pesquisa extensiva, projeto de produto, materiais de alta qualidade, além de depender também de apoio intensivo dos usuários, constituindo assim uma posição de investimentos com contorno de altos riscos.

A terceira estratégia genérica competitiva é a estratégia de enfoque. Segundo Porter (1986), essa estratégia é ativada a partir de um enfoque dado a um determinado grupo comprador, um segmento de linha de produtos ou um mercado geográfico. A premissa dessa estratégia considera que a empresa está apta a atender seu alvo estratégico específico, de modo mais efetivo que os seus concorrentes que competem de forma mais ampla. Assim a organização alcança a diferenciação ou atendendo melhor às necessidades de seu alvo particular, ou buscando custos menores na conquista desse alvo, ou ambos. (PORTER, 1986).

Mintzberg e Quinn (2001) afirmam que uma organização pode diferenciar suas ofertas de seis maneiras básicas:

I. Estratégia de diferenciação de preço seria simplesmente a organização cobrando preços mais baixos. A margem de lucro perdida na venda unitária do produto pode ser recuperada com o aumento do volume de vendas. (MINTZBERG; QUINN, 2001).

II. Estratégia de diferenciação de imagem seria criar uma imagem para o produto ou serviço. Segundo Mintzberg e Quinn (2001, p. 94), marketing é, às vezes, usado para disfarçar a diferenciação quando ela não existe.

III. Estratégia de diferenciação de suporte tem a capacidade de gerar diferenciação sem contudo produzir qualquer efeito sobre o produto em si. Um exemplo seria a assistência técnica e o fornecimento de um produto ou serviço relacionado, como aulas de navegação na compra de um barco. (MINTZBERG; QUINN, 2001).

IV. Estratégia de diferenciação de qualidade está relacionada com as características do produto que o tornam melhor. Podem não modificar a sua essência estrutural, mas o tornam melhor. O produto possui desempenho inicial mais confiável, maior durabilidade e/ou desempenho superior. (MINTZBERG; QUINN, 2001).

V. Estratégia de diferenciação de *design* é a oferta de algo distinto, que se afasta do *design* dominante para gerar características únicas. (MINTZBERG; QUINN, 2001).

VI. Estratégia de não diferenciação é uma estratégia bastante comum, configurada pela falta de habilidade ou vontade de diferenciar o que faz. (MINTZBERG; QUINN, 2001).

Mintzberg; Quinn (2001) também apresentam uma segunda dimensão pensada pelas organizações para diferenciarem suas ofertas, que seriam as estratégias de escopo. Diferem das estratégias de diferenciação porque o escopo enfoca o mercado atendido, as possibilidades de segmentação e desagregação do mercado. Essas estratégias voltam-se para a perspectiva do produtor, existem apenas na mente coletiva das organizações. Já as estratégias de diferenciação se concentram no produto oferecido, voltam-se para as perspectivas do cliente. Para serem eficazes, dependem da percepção que o usuário tem sobre o valor gerado em um produto ou serviço ao qual teve acesso. Os autores elencam oito possibilidades para as estratégias de escopo:

I. Estratégias de não-segmentação – A organização tenta conquistar uma grande fatia do mercado com uma configuração básica do produto. (MINTZBERG; QUINN, 2001).

II. Estratégias de segmentação – As possibilidades de segmentação são ilimitadas, bem como o grau delas. Algumas organizações procuram ser abrangentes, como as lojas de departamento. Já outras preferem ser seletivas, focadas apenas em certos segmentos. (MINTZBERG; QUINN, 2001)

III. Estratégias de nichos – Atendem apenas a um único segmento. Segundo Mintzberg; Quinn (2001), em certo sentido, todas as estratégias são, de algum modo, dirigidas para nichos, caracterizadas tanto pelo que excluem quanto pelo que incluem, pois nenhuma organização pode vender tudo para todos.

IV. Estratégias personalizadas – Para Mintzberg; Quinn (2001), a personalização é o limite final da segmentação, pois significa a desagregação de

mercado até a situação em que cada cliente se constitui em um único segmento. Um exemplo de personalização pura seria uma casa projetada por um arquiteto. Há a personalização sob medida quando o design básico do produto é modificado na fase de fabricação para atender a necessidades ou especificações; e a personalização padronizada apresenta componentes finais, montados com itens padronizados para atender a pedidos. Um bom exemplo é a compra de automóvel, situação em que o cliente pode escolher a cor, o tamanho do motor, assim como itens de conforto e segurança. (MINTZBERG; QUINN, 2001)

V.Estratégias de penetração – A partir de uma base de produtos e mercados existentes, a organização pretende ampliar a sua participação de mercado, o que pode ser atingido pela expansão direta ou pela compra de concorrentes. (MINTZBERG; QUINN, 2001)

VI.Estratégias de desenvolvimento de mercados – De acordo com Mintzberg; Quinn (2001), é composta de uma estratégia predominante, o aprimoramento de mercado, e uma segunda estratégia, a consolidação de mercado. A primeira envolve a promoção dos produtos ou serviços existentes em novos mercados, o que corresponde à ampliação do escopo do negócio, com o atendimento a novos segmentos. Na segunda, a consolidação de mercado opera em sentido inverso a estratégia de aprimoramento de mercado. Isto porque o que se pretende é a redução do número de segmentos. Embora pareça ser uma estratégia de fracasso, não necessariamente o é, pois uma organização pode ter seu foco operacional e sua estrutura de custos concentrando-se no atendimento a segmentos de mercado mais lucrativos.

VII.Estratégias de expansão geográfica – Seria simplesmente ofertar produtos e serviços existentes em novas áreas geográficas. (MINTZBERG; QUINN, 2001)

VIII.Estratégias de desenvolvimento do produto – Há a estratégia de extensão do produto, a estratégia de proliferação da linha de produto e estratégia de racionalização da linha de produto. A estratégia de extensão de produtos ou serviços seria a oferta de produtos novos e modificados em um mesmo negócio básico. O autor exemplifica com a oferta de flocos de milho, que se estende a farelos de flocos e vai até flocos de arroz. A proliferação da linha de produtos significa a busca da segmentação abrangente de produtos, a cobertura completa de um determinado negócio. A racionalização corresponde a escolha de

determinados produtos com intuito de eliminar produtos sobrepostos e excessos não lucrativos.

Na opinião de Porter e Teisberg (2007), a literatura sobre estratégia para organizações de saúde é quase inexistente. Mesmo assim decidiram realizar estudos sobre a situação da gestão da saúde nos Estados Unidos, nos primeiros anos do século atual. Em 2004 publicaram um artigo na *Harvard Business Review* com o intuito de explicar porque a competição na assistência à saúde fracassou.

Para Porter e Teisberg (2007) o fracasso da competição pode ser constatado nas grandes e injustificáveis diferenças entre custo e qualidade, entre prestadores e áreas geográficas, para o mesmo tipo de tratamento. A competição não tem reconhecido os melhores competidores, e os piores continuam no mercado, não vão à falência. A inovação tecnológica, ao contrário do que se possa imaginar, não é difundida com a rapidez esperada e também não é capaz de gerar valor como se previa. E, o que é pior, é vista como parte do problema.

Porter e Teisberg (2007) consideram que a competição no mercado de saúde dos Estados Unidos existe, mas é um tipo errado de competição, pois acontece nos níveis errados e nas coisas erradas. Para os autores, é um tipo de competição de soma zero, pois os ganhos de um membro do sistema são obtidos às custas de outro membro. Assim a competição é concentrada na transferência de custos, de uns para outros, por meio do poder de barganha e devido à limitação de serviços.

Para que o sistema tenha um desempenho significativamente melhor, Porter e Teisberg (2007) argumentam a necessidade de mensurar os resultados e responsabilizar cada participante do sistema pelos resultados gerados. Segundo os autores, iniciativas recentes, visando a qualidade e o pagamento por desempenho, estão ligadas à conformidade dos processos ao invés de focarem a qualidade dos resultados alcançados.

Porter e Teisberg (2007) defendem que o propósito maior do sistema de saúde deve ser a geração de valor para os pacientes. Isso se dá quando há uma boa relação custo *versus* benefícios recebidos pelo paciente no atendimento que lhe é conferido. Deve haver melhoria de qualidade de serviços prestados em relação ao valor gasto. Além disso, é preciso substituir o pensamento recorrente e inflexível de redução de custos como um fim em si mesmo, que parece ter contornos inseqüentes. Isso porque, para reduzi-los, deveria situar-se como

pré-requisito o respeito aos princípios de eficiência e eficácia. A aprovação de uma proposta de redução de custos deveria vir somente depois de ter sido constatada como decorrente da otimização do quociente entre a produção e os recursos empregados (eficiência), e ter se constatado também que essa otimização não compromete a qualidade do serviço assistencial prestado.

A competição baseada em valor na assistência à saúde abrange oito princípios básicos, de acordo com Porter e Teisberg (2007, p. 98):

- I. O foco deve ser o valor para os pacientes, e não simplesmente a redução de custos.
- II. A competição tem que ser baseada em resultados.
- III. A competição deve estar centrada nas condições de saúde durante todo o ciclo de atendimento.
- IV. O atendimento de alta qualidade deve ser menos dispendioso.
- V. O valor tem que ser gerado pela experiência, escala e aprendizado do prestador na doença/condição médica em questão.
- VI. A competição deve ser regional e nacional, não apenas local.
- VII. Informações sobre resultados têm que ser amplamente divulgadas para apoiar a competição baseada em valor.
- VIII. Inovações que aumentam o valor têm que ser altamente recompensadas.

Porter e Teisberg (2007) consideram equivocada a estratégia de hospitais de oferecerem quase todos os serviços possíveis, com linhas exageradamente amplas, em mercados muito reduzidos. A idéia de o hospital ser um local único de atendimento, que oferta todas as linhas de serviço, mesmo aquelas com baixa demanda, se comparada à realidade dos principais prestadores, é algo que precisa ser revisto. Esse problema é extensivo a clínicas e consultórios. Exemplificando, Porter e Teisberg (2007) comentam que um ortopedista tenderá a tratar todo tipo de problema ortopédico que se apresentar em uma clínica.

Justificando a crítica, Porter e Teisberg (2007) consideram que o tamanho e a variedade de serviços de um prestador, como um hospital, por exemplo, tem baixa importância no valor gerado ao paciente. O que vale mesmo é possuir

experiência, escala e domínio de cada serviço. Nada justifica o retorno a um hospital para tratar de uma doença diferente da anteriormente tratada, exceto se o hospital for excelente no tratamento desse último problema de saúde.

É preciso lembrar também que, em livro mais recente, Kaplan e Norton (2001) declararam que as organizações que utilizam o BSC e consideram a liderança de custo como uma estratégia ou desejam recuperar a competitividade por meio de diminuição de custos e aumento de produtividade, talvez não considerem o BSC tão oportuno. Segundo afirmam, estratégias diferenciadas que otimizam a vantagem competitiva sustentável requerem um conjunto de medições mais abrangente, indo além dos indicadores financeiros.

As organizações também poderiam construir suas estratégias baseadas em um outro tipo de abordagem, admitem Kaplan e Norton (1997). Esclarecem afirmando que “algumas empresas competem desenvolvendo e explorando capacidades, recursos e competências essenciais singulares”. Um dos exemplos que apresentam é o da Canon, que promove progressos em suas capacidades de referência mundial nos setores de ótica e miniaturização, inicialmente para câmaras fotográficas, bem como para copiadoras, máquinas de fax e impressoras. Desta forma, acreditam ser possível que as organizações que optam por estratégias fundamentadas em competências essenciais ou capacidades exclusivas, comecem o processo de planejamento estratégico identificando essas competências e capacidades críticas sob a ótica de processos internos. Em seguida, estariam se dirigindo à perspectiva de clientes, quando seriam escolhidos grupos de clientes com potencial para serem possíveis beneficiários de produtos e serviços provenientes do desenvolvimento dessas competências essenciais ou capacidades exclusivas.

Evidentemente, as possibilidades de criar vantagens competitivas não se encerram nos dois tipos de **abordagens** sugeridas por Kaplan e Norton. Na verdade, segundo Rezende (2003), quatro correntes sobre vantagens competitivas têm sido bastante divulgadas. O pensamento de Porter sobre o tema, designado como Análise de Posicionamento, anteriormente citado, estaria na primeira vertente, conhecida como Análise Estrutural da Indústria, assim como o modelo *Structure-Conduct-Performance* (SPC), que determina ser o desempenho da empresa o resultado direto de seu comportamento concorrencial no que se refere à definição de preços e custos. Essa vertente considera a vantagem competitiva como um atributo de posicionamento que está fora da organização, por estar condicionada à estrutura

do segmento de negócios a que pertence à organização, conforme Rezende (2003), que também afirma estar a terceira vertente, assim como a primeira, também condicionada a uma realidade externa à firma. A terceira vertente, conhecida como Processos de Mercado, defende que o modelo econômico exerce um papel nuclear para a competitividade e diferenças de performance entre organizações, pois o desequilíbrio é considerado um elemento sempre presente. Entretanto os Processos de Mercado distinguem-se da estrutura estática da Análise Estrutural da Indústria por atuarem com processos dinâmicos de mercado, os quais envolvem mudanças e incertezas. A segunda e quarta vertentes consideram que a vantagem competitiva pode ser entendida por fatores internos específicos à firma. Para Recursos e Competências (a segunda vertente), a competitividade é proveniente da competência em utilizar e compor os recursos físicos, financeiros e intangíveis. Para Capacidades Dinâmicas, a última das vertentes, verifica-se a evolução do uso de recursos na perspectiva da realidade gerencial, proveniente das escolhas e ações empreendidas, segundo Rezende (2003).

As possibilidades de escolhas estratégicas, representadas pelas diversas vertentes, podem levar a níveis variados de desempenho e competitividade. Resende (2003) defende a idéia de que quanto mais **abertas** forem as políticas e diretrizes empresariais da firma, mais receptivos seriam os efeitos da estratégia aos interesses dos *stakeholders*. Assim, identificar com clareza o interesse dos *stakeholders* constitui em importante passo na formulação da estratégia. Dificuldades nesse sentido poderiam ocasionar restrições de suporte que eles oferecem à organização, o que poderia gerar problemas na execução da estratégia, comprometendo o desempenho e a competitividade. (REZENDE, 2003)

Os *Balanced Scorecards* podem ser aplicados em nível corporativo. Entretanto, considerando a diversidade da maioria das empresas, é possível que utilizá-lo em nível corporativo não seja a melhor opção de início. Concluindo a idéia, Kaplan e Norton (1997) defendem ser mais adequado aplicar os *Balanced Scorecards* em unidades estratégicas de negócios. Ressaltam que essas unidades devem ter, além de uma estratégia qualificada, seus próprios produtos e clientes, canais de marketing e distribuição e instalações de produção.

Qualquer das duas abordagens formuladoras de estratégia, apresentadas por Kaplan e Norton (1997), podem ser aplicadas pelos administradores de uma unidade estratégica de negócios. Embora o BSC esteja voltado para a implementação da



estratégia e não para a sua formulação, ele poderá colaborar na decodificação da estratégia em objetivos, medidas e metas específicas e para a monitoração da implementação da estratégia, dizem Kaplan e Norton (1997). Essa afirmativa dos autores parece dar um limite bastante claro quanto à participação do BSC na estratégia. Mas esse limite é relativo, reconhecem. A falta de consonância entre estratégias de unidades de negócios de muitas empresas fez com que o desenvolvimento de objetivos e indicadores do BSC passassem a nortear um processo de formulação de estratégia mais confiável para altos executivos.

Para Kaplan e Norton (2001), as estratégias representam a única forma das organizações criarem valor, mas as possibilidades de criação de valor estariam migrando da gestão de ativos tangíveis para a gestão de estratégias baseadas no conhecimento, as quais operam com os ativos intangíveis da organização. Para dar sustentação à assertiva, exemplificam por meio de um estudo de 1982, do Brookings Institute, que cita os ativos tangíveis como representando 62% do valor de mercado de organizações industriais. Dez anos depois, o referido índice caiu para 38%, e estudos recentes indicaram que esse índice teria caído ainda mais para cerca de 10 a 15% do valor de mercado das empresas. As oportunidades para criação de valor estão migrando para os ativos intangíveis. Entre esses ativos intangíveis, os autores destacam o relacionamento com os clientes, os produtos e serviços inovadores, a tecnologia da informação e o banco de dados, além de capacidades, habilidades e motivação dos empregados.

Segundo Rezende (2003), a concorrência deslocou o seu eixo de disputa dos produtos e serviços para as competências. Desta forma, a gestão do conjunto de competências ascende ao nível de importância central e passa a ser considerada decisiva para a sobrevivência e progresso das organizações.

A estratégia, quando aplicada aos negócios, suscita a idéia de que ela aumenta as possibilidades de se atingir bons resultados. Apesar de ser um termo abstrato, espera-se que ela seja uma forte aliada da administração, comentam Ansoff e McDonnell (1993), que também lembram o paradoxo que acompanha o termo: como potencializar a vantagem competitiva proporcionada pela estratégia se muitos dirigentes preferem mantê-la conhecida por um grupo restrito de altos executivos da organização? Argumentam que haveria um grande risco de se perder a vantagem competitiva se ela se tornasse conhecida por um grupo grande de empregados da organização. Por outro lado, esse tipo de pensamento não tem

evoluído na literatura empresarial americana. Os pensadores norte-americanos, desde a década de 50 do século XX, cada vez mais se aproximam da idéia de que a estratégia deve ser construída abertamente de forma minuciosa. Alguns observadores levantam dúvida sobre a eficácia de propagar a estratégia por toda a organização.

Conforme Kaplan e Norton (2001), um executivo da Mobil, Brian Backer, defendeu a idéia de que, de fato, à medida que é divulgada amplamente na organização, os riscos de a estratégia ser vazada para os concorrentes aumenta. Contudo, argumenta, é preciso correr o risco de vê-la exposta, pois será difícil executar a estratégia sem que ela seja conhecida pelas equipes. O risco de exposição é relativo, pois apenas ter conhecimento da estratégia de uma organização não é garantia de se obter vantagem competitiva, pois há a possibilidade de o concorrente ter dificuldade em executá-la. Entretanto as organizações ainda continuam tendo um comportamento variado com relação ao tema, existindo aquelas que explicitam a estratégia e outras que a mantêm em sigilo para maioria de seus empregados. A realidade mostra que é possível alcançar o sucesso explicitando ou não a estratégia, de acordo com Kaplan e Norton (2001).

Como haver espaço para bons resultados em estratégias sigilosas de organizações complexas se o desconhecimento da estratégia pela maioria dificulta a coordenação de atividades e a integração de esforços? Ansoff e McDonnell (1993) esclarecem que a natureza do crescimento de uma organização poderia explicar o fato de estratégias sigilosas surtirem efeito. Se uma empresa atua em um mercado em crescimento, com a demanda se modificando muito lentamente e havendo estabilidade tecnológica, será possível a aplicação lenta e gradual da estratégia. Nesse caso, o lastro de coerência do comportamento e coordenação organizacional seriam obtidas por meio de aprendizagem organizacional informal e adaptação, existindo demorados processos de doutrinação que paulatinamente garantiriam a assimilação intuitiva da estratégia.

### **3.13 HISTÓRICO E DESENVOLVIMENTO DO *BALANCED SCORECARD***

A ilustração apresentada na figura 5 abaixo fornece uma visão panorâmica da evolução histórica do *Balanced Scorecard*.



Figura 5: *Balanced Scorecard* - histórico e desenvolvimento

Fonte: Schwarz (2006)

Conforme Kaplan e Norton (1997), em 1990, David Norton, principal executivo do Nolan Norton liderou um estudo intitulado ***Measuring Performance in the Organization of the Future***, publicado na *Harvard Business Review (HBR)*. Robert Kaplan participou do trabalho como consultor acadêmico. Era um propósito da pesquisa encontrar novos caminhos para avaliar o desempenho empresarial, uma vez que os métodos até então vigentes para avaliar a performance empresarial eram focados em indicadores contábeis e financeiros. A ideia que se tinha considerava que os referidos indicadores não forneciam à organização as respostas necessárias para que criassem valor econômico para o futuro. Em dezembro de 1990, o estudo foi concluído com a aprovação da viabilidade e dos benefícios do *Balanced Scorecard*, organizado sob quatro perspectivas específicas: financeira, do cliente, interna e de inovação e aprendizado. Em janeiro/fevereiro de 1992, foi publicado o artigo *The Balanced Scorecard – Measures that Drive Performance*, no qual constou a síntese das conclusões do estudo anteriormente citado. Naquela oportunidade, os executivos Norman Chambers e Larry Brady viam o *Balanced Scorecard* apenas como um sistema de indicadores. Em setembro/outubro de 1993, foi publicado um

segundo artigo na HBR, intitulado ***Putting the Balanced Scorecard to Work***, o qual descreveu a importância de saber identificar quais processos são realmente estratégicos para cada organização. O artigo revelou que o BSC seria também útil para facilitar a tradução e implementação de estratégias.

Novas experiências empresariais, realizadas por executivos de alta proatividade e visão empreendedora, levaram ao uso do BSC como uma metodologia não mais restrita ao esclarecimento e comunicação da estratégia, mas também como atuação na gestão da estratégia. O artigo ***Using the Balanced Scorecard as a Strategic Management System*** foi o terceiro artigo publicado na HBR, em janeiro/fevereiro de 1996, o qual fazia um relato do processo evolutivo do BSC, incluindo as novas experiências citadas. (KAPLAN E NORTON, 1997) Além disso, três outros artigos foram publicados: ***Having Trouble with your Strategy? Then Map It, Measuring Strategic Readiness*** e ***The Office of Strategic Management***, publicados em outubro/2000, fevereiro/2004 e outubro/2005, respectivamente.

Os livros ***The Balanced Scorecard - Measuring strategic performance***, ***The Strategy-Focused Organization - managing strategy***, ***Strategy Maps - communicating strategy*** e ***Alignment - aligning the organization with strategy***, foram publicados em 1996, 2000, 2003 e 2006, respectivamente. Esses livros forneceram maior detalhamento metodológico ao BSC e propiciaram a consolidação do tema, divulgando-o para conhecimento empresarial/organizacional, por parte de executivos e administradores. Esses livros foram traduzidos para a língua portuguesa com os seguintes títulos: ***A Estratégia em Ação - Balanced Scorecard***; ***Organização Orientada para a Estratégia - Como as empresas que adotam o Balanced Scorecard prosperam no novo ambiente de negócios***; ***Mapas Estratégicos - Convertendo ativos intangíveis em resultados tangíveis***; e ***Alinhamento - Utilizando o Balanced Scorecard para criar sinergias corporativas***.

Para Kaplan e Norton (1997), o Balanced Scorecard, portanto, evoluiu de um sistema de medição aperfeiçoado para um sistema de gestão estratégica, de acordo com o que se observou anteriormente na Figura 4.

O ***Balanced Scorecard*** é uma metodologia de gestão inovadora, com foco na implementação (execução) da estratégia de organizações. Segundo Soares (2005), quase sempre a metodologia BSC é apoiada por um sistema, cujo aspecto mais

chamativo é o painel equilibrado de indicadores de desempenho. Equilibrado porque reflete a harmonia entre os objetivos de curto e longo prazos, entre medidas financeiras e não financeiras, entre indicadores de tendências e ocorrências e entre perspectivas interna e externa, conforme Kaplan e Norton (1997).

Antes da existência do BSC havia métodos tradicionais de Planejamento Estratégico. Esses métodos estavam muito mais voltados para a análise e formulação da estratégia, mas com reduzida ou insignificante atenção à execução da estratégia, segundo Karsten (2006). Para o autor, Kaplan; Norton, ao idealizarem o BSC, consideraram a premissa de que a estratégia (ou o seu instrumento de operacionalização, o Planejamento Estratégico) é insuficiente para o entendimento e ampla participação de equipe de trabalho em prol dos seus objetivos.

Segundo Karsten (2006), a inovação gerencial presente no BSC é a mudança de concepção tradicional da estratégia como um modelo estático e formal de planejamento, bastante restrito à formulação da estratégia para um modelo de gestão estratégica dinâmico, contínuo, participativo e mobilizador, que vincula a formulação da estratégia com a sua implementação.

Sob uma ótica mais específica, o BSC é inovador porque permite que os setores de uma organização se enxerguem mutuamente, via sistema, quanto à estratégia formulada e ao desempenho alcançado, o que facilita a comunicação e a integração, pois permite uma visão sistêmica. Isso é muito importante porque os gestores setoriais adquirem maior capacidade de analisar a repercussão de suas decisões nos demais setores da organização.

Outro aspecto inovador é o acompanhamento dinâmico da gestão estratégica, via indicadores de tendências, que exibem um **estado futuro**, permitindo intervenções técnicas preventivas, buscando impedir que os resultados desejáveis sofram prejuízos.

A inovação também está presente quando se observa que a estratégia, antes vista como um evento anual de planejamento, converte-se em um evento de rotina, que precisa ter seus indicadores de objetivos estratégicos acompanhados regularmente. É nessa nova rotina estabelecida que se dá todo o processo de aprendizagem estratégica, que, por sua vez, tem uma relação muito próxima com a mudança e a inovação. A prática da estratégia com o apoio do BSC consolida entendimentos teóricos e atua como um estímulo à superação contínua, pois

comunica aos gestores estratégicos os seus respectivos desempenhos, permitindo uma auto-reflexão sobre os aspectos nos quais é preciso melhorar.

A aplicação do BSC na gestão hospitalar ainda é um tema com um número muito restrito de estudos no Brasil. Além disso, as especificidades e complexidade das organizações hospitalares dificultam o aproveitamento de diversas considerações presentes em estudos sobre BSC em organizações que não estão situadas no setor saúde.

A seguir, a figura 6 apresenta a integração dos tópicos essenciais para o alcance da Missão e Visão.

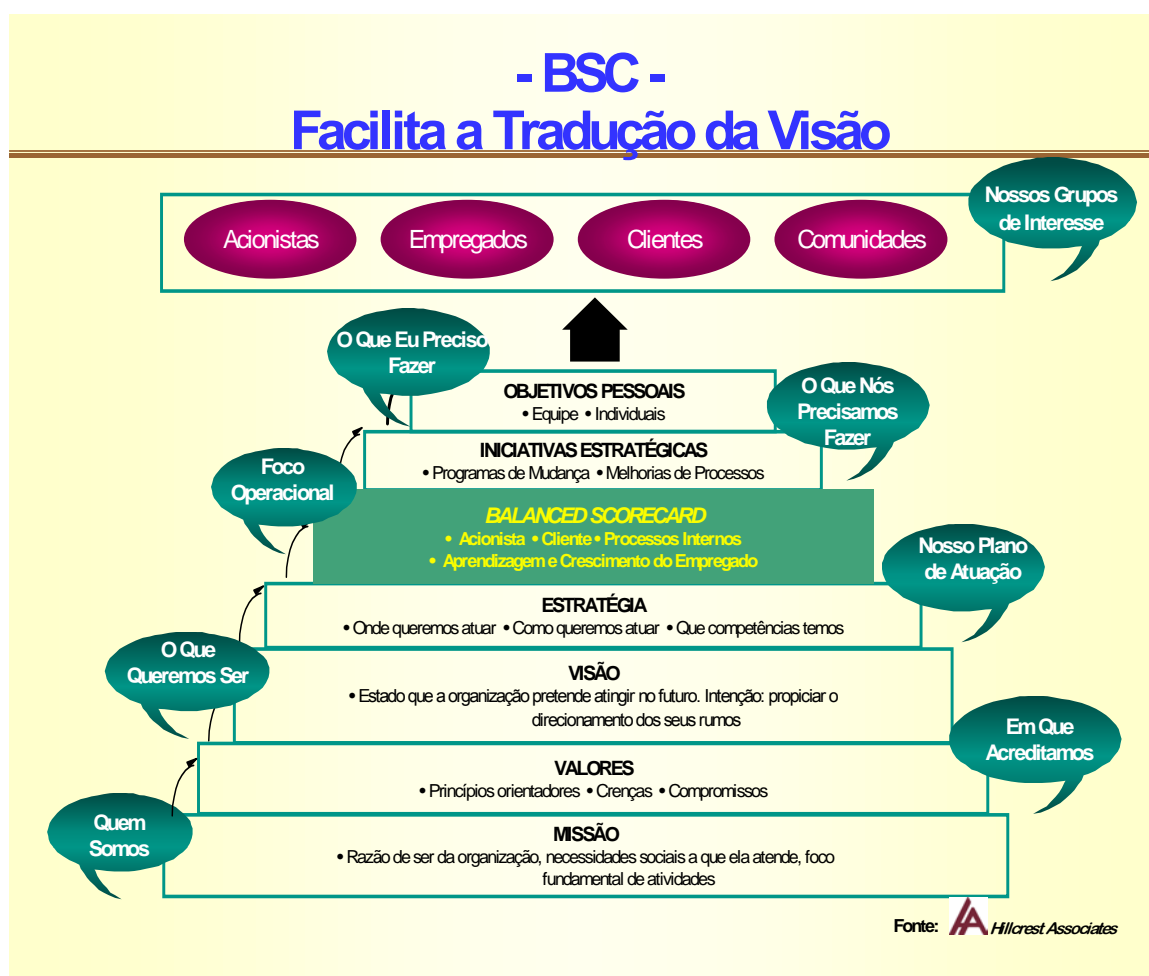


Figura 6 - Integração de tópicos essenciais para o alcance da Missão e Visão

Segundo Stewart (2001), o objetivo de toda organização é fazer mais, melhor, mais rápido, e com menos. Para alcançar esse objetivo, as organizações precisam ser capazes de medir o que elas estão fazendo e como elas estão alcançando os seus objetivos contra um padrão de referência inicial. Um dos componentes chave

de qualquer registro dos resultados é ter uma linha de base ou um padrão de referência – algum lugar do qual se possa começar. Se a organização não possui padrão contra o qual se possa fazer medições, o ponto de início pode ser difícil de determinar. Uma vez construídos modelos para serem utilizados como padrão de medição, deve-se fazer uma avaliação contínua contra esse padrão de avaliação e planos de metas para melhorar o desempenho.

Para Stewart (2001), o método BSC de avaliação de resultados deve ser construído em quatro pilares: comunicação, disciplina, melhoramento contínuo e cooperação, que filtram por meio da organização desde o principal executivo até o contínuo, daqueles que têm estado na organização desde quando ela foi formada até o mais novo recrutado. Esses pilares devem permear os objetivos.

A princípio pode parecer contraditório uma metodologia de gestão como o BSC defender a participação como um dos principais vetores para o sucesso de sua aplicação e excluir de sua implantação profissionais que atuam na base hierárquica da organização, em atividades operacionais e técnico-administrativas. Kaplan e Norton (1997) esclarecem a orientação de implantar o BSC com participação restrita ao grupo executivo, dizendo que nunca tiveram a oportunidade de ver uma equipe gerencial estabelecer consenso total quanto ao valor relativo de cada objetivo estratégico traçado. O consenso inter-setorial também é comentado pelos autores, quando declaram que é difícil a concordância entre executivos de uma mesma organização, que atuam em setores diferentes e que se caracterizam por atitude de isolamento. Isto porque surgem assuntos nos quais há um baixo nível de conhecimento entre as equipes, o que eles denominam de **pontos cegos**, que dificultam a tomada de decisão integrada. Diante das dificuldades de se construir consenso com envolvimento mais amplo do corpo de empregados da organização, Kaplan e Norton (1997), ao que parece, consideram mais prudente que os objetivos do *scorecard* sejam desenvolvidos por um grupo de altos executivos, para que sejam responsabilidade funcional conjunta desse grupo. Uma vez construídos, os objetivos estratégicos do BSC tornam-se referência central para tomada de decisões em processos gerenciais baseados em equipes.

### 3.14 PRINCÍPIOS PARA O ÊXITO DO *BALANCED SCORECARD*

Cinco princípios básicos são fundamentais para a construção de organizações com foco na estratégia e para o êxito do BSC.

O primeiro princípio da organização focalizada na estratégia é traduzir a estratégia em termos operacionais, o que é viabilizado com a aplicação instrumental de um novo referencial geral para a descrição e implementação da estratégia, chamado de mapa estratégico. Para os seus idealizadores, Kaplan e Norton (2001), esse mapa é uma ferramenta que representa o alicerce do BSC, pois dá sustentação a um novo sistema gerencial estratégico. O mapa estratégico propicia a tradução da estratégia em termos operacionais, à medida que expõe as interligações e permite o acompanhamento dinâmico das relações de causa e efeito. Desse modo, apresenta um referencial acessível e concede o entendimento a todas as unidades e empregados. O desdobramento dessas relações torna possível a conversão de ativos intangíveis em resultados tangíveis. Em outras palavras, as competências desenvolvidas pela organização para gerar valor para os acionistas e clientes geram, em consequência, resultados financeiros tangíveis ou quantificáveis.

Para Rezende (2003), o primeiro princípio da organização focalizada na estratégia é seguido à proporção que ocorre uma melhor distribuição de capacidades e ativos, o que permite surgir novas matizes criativas, agregadoras de capital intelectual.

Coutinho e Kallás (2005) indicam três estágios (dentro da concepção do BSC) para traduzir a estratégia em termos operacionais. O primeiro seria a identificação dos objetivos estratégicos, por meio da representação da estratégia em um mapa que incluía objetivos em relação a causas e efeitos, que esclareçam a lógica construída para criar valor nas organizações. Além disso, deve haver um maior detalhamento no mapa, incluindo previsões temporais da estratégia, bem como outros detalhes que aperfeiçoam a clareza e o foco. O segundo estágio seria a seleção de indicadores e metas, que devem ser escolhidos com o propósito de facilitar o entendimento sobre o significado da estratégia. Para cada indicador, está estabelecida uma meta de longo prazo, que, por sua vez, é desdobrada em metas de médio e curto prazo. O último estágio para traduzir a estratégia em termos operacionais seria a priorização das iniciativas estratégicas. Nesta etapa, escolhem-se os investimentos estratégicos e programas de ação que darão suporte e



capacidade para a organização atingir a performance desejada, dentro dos prazos estabelecidos. O resultado final desta etapa é o mapa desenhado, indicadores e metas identificados e um levantamento de iniciativas de ação, tudo permitindo o trabalho em prol dos objetivos e metas traçados.

O segundo princípio da organização focalizada na estratégia é alinhar a organização à estratégia. Isso orienta a organização a ter iniciativas que integrem os empregados e as diversas áreas funcionais, com suas especialidades e conhecimentos técnicos específicos, aos objetivos estratégicos.

Para Kaplan e Norton (2001), cada uma das áreas funcionais possui corpo específico de conhecimentos, linguagem e cultura. Alinhar essas áreas de conhecimento diversificado não é tarefa fácil. Os autores acreditam que a maioria das organizações se depara com grandes dificuldades de comunicação e coordenação entre essas áreas especializadas. É mais cômodo aceitar o que é conhecido, como uma mensagem que provém de profissional situado na mesma área funcional do receptor, do que tentar entender o desconhecido, como uma mensagem que provém de profissional situado em área funcional distinta da área funcional do receptor.

Segundo Kaplan e Norton (1997), seria perfeito se todas as pessoas que fazem parte de uma organização compreendessem bem a estratégia, ao ponto de perceberem como suas ações individuais repercutem nos objetivos estratégicos. Por um lado defendem a idéia de que a formulação da estratégia deve ser construída circunscrita aos principais executivos da organização; por outro lado, os autores do BSC transmitem mensagem clara favorável à disseminação da visão e da estratégia por toda a empresa, incluindo aí os principais atores externos. Em síntese, defendem que a participação na formulação da estratégia da organização deve ser restrita aos principais executivos, e a sua implementação deve contar com a participação geral. O alinhamento estará ativo quando todos tiverem o entendimento a respeito das metas de longo prazo, e da estratégia que será aplicada para buscar atingi-las.

Para que a experiência com a aplicação do BSC conte com a participação de todos e seja vitoriosa, viabilizar o alinhamento é essencial. Kaplan e Norton (1997) afirmam que algumas organizações alcançaram a marca de 5 mil empregados alinhados, o que é um processo complexo e que requer, mais do que iniciativas isoladas, a composição de mecanismos integrados, que os autores sugerem ser

três. O primeiro deles corresponde aos Programas de Comunicação e Educação, que se encarregam de propiciar aprendizagem sobre os componentes da estratégia. Para o *Balanced Scorecard Collaborative* (2002), educar a organização implica a comunicação da estratégia ter um fluxo contínuo e abrangente por meio de programas que divulguem e esclareçam a estratégia, como reuniões, jornais internos, comunicação via internet, política de portas abertas, e podem ser considerados parte de um plano voltado para a comunicação da estratégia. Em seguida, seria promovido um acompanhamento de desempenho, como um *feedback* do processo. O segundo mecanismo seriam Programas de Estabelecimento de Metas, que funcionariam com a decodificação dos objetivos estratégicos em metas setoriais e pessoais. Segundo o *Balanced Scorecard Collaborative* (2002), a comunicação acontece holisticamente. Cada membro é exposto à estratégia inteira. Os integrantes da organização encontrarão áreas em que poderão colaborar, mas que estão totalmente fora da rotina de seus trabalhos. Por último, surge o mecanismo intitulado **Vinculação dos Sistemas de Compensação**. Segundo Kaplan e Norton (1997), o alinhamento deve ser motivado principalmente por meio de sistemas de incentivo e compensação. Entretanto ressaltam que esse mecanismo deve ser aplicado somente após a aplicação dos programas de educação e comunicação, e que é necessário cautela na proposta da vinculação. O *Balanced Scorecard Collaborative* (2002) considera que a maioria das organizações tem constatado o significado dos programas de incentivo como um diferencial que repercute em maior atenção e engajamento das equipes de trabalho. Mesmo havendo entendimento holístico dos integrantes da organização sobre a estratégia e o reconhecimento da importância do *Balanced Scorecard*, ainda assim é importante estabelecer um programa de incentivos e recompensas

Na visão de Schwarz; Amiden; Pinho (2005), em muitos contextos não seria suficiente a tradução da estratégia, composta de mapa, indicadores, metas e iniciativas, para que a organização tenha condições de se arregimentar com o objetivo de tornar factível a sua visão de futuro. Nesses casos, afirmam ser essencial construir um processo de alinhamento interno, passo seguro e favorável à implementação da estratégia.

Um forte colaborador para viabilizar o alinhamento é o desdobramento da estratégia, que também poderia favorecer a organização em muitos outros pontos, afirmam Schwarz; Amiden; Pinho (2005). Para os autores, as razões mais comuns

para um processo de desdobramento, além do alinhamento, seriam a criação de sinergias e de valor, a comunicação da estratégia, a integração entre corporação, áreas de negócios e unidades de apoio, a uniformização de indicadores ao longo da organização, o acompanhamento do desempenho local, a efetiva implementação da estratégia e a uniformização de esforços.

O processo de desdobramento é mais comum em organizações de maior porte e complexidade, por requisitarem objetivos, indicadores, metas e iniciativas que reflitam especificidades estratégicas provenientes de unidades estratégicas de gestão (nas corporações). Isso não significa dizer que organizações menores não possam realizar desdobramentos da estratégia. Entretanto é de bom tom verificar a pertinência de fazê-lo, pois é possível que isso envolva esforços repetitivos, como, por exemplo, a elaboração exagerada de mapas estratégicos. Tal detalhamento pode não ter relevância para a implementação da estratégia.

O desdobramento da estratégia permite também observar, de acordo com Schwarz; Amiden; Pinho (2005), que o cronograma técnico não é suficiente para garantir a boa consecução da estratégia. Além dele, é importante que a organização atue com um cronograma comportamental e de mudança, que precisa também ser gerenciado. Diante do exposto, os autores afirmam que considerar questões comportamentais *pari passu* com os aspectos técnicos construídos representa fator crítico de sucesso.

A pertinência do cronograma comportamental para a estratégia é ratificada por Paula e Silva (2005) quando consideram que existe uma tendência de crença na efetividade do BSC e no trabalho da empresa de consultoria, responsável pela aplicação do BSC. Tal confiança, se em excesso, poderia, em alguns casos, não gerar resultados satisfatórios. A complexidade dos problemas gerenciais exige postura profissional sempre crítica e atenta a diversidade de situações que poderão decorrer da ação estratégica. Um dos possíveis equívocos é entender o BSC como uma oportunidade para se aumentar o controle dentro da organização, e de se produzir aumento de eficiência. Isto porque o aumento de controle pode fazer com que as equipes de trabalho percebam o reforço da autoridade e do domínio na relação entre chefes e subordinados, situação que tenderia a inibir a participação de equipes. Kaplan e Norton (1997) ressaltam que o *Balanced Scorecard* não deve ser aplicado como um sistema de controle, mas sim como um sistema de comunicação, informação e aprendizado.

O terceiro princípio da organização focalizada na estratégia constitui-se em transformar a estratégia em tarefa cotidiana de todos. Enfatiza que as organizações cumpridoras desse princípio estabelecem a necessidade de todos os seus empregados compreenderem a estratégia, para que possam cumprir suas rotinas de trabalho em colaboração com os objetivos da estratégia, exprimem Kaplan e Norton (2001). Os autores também afirmam que “isso não é direção de cima para baixo, é comunicação de cima para baixo”. (KAPLAN; NORTON, 2001, p. 22) Essa assertiva parece estar equivocada. Isto porque, se os empregados que não fazem parte da cúpula da organização precisam apenas compreender a estratégia formulada, fica claro que eles - no que se refere à assertiva dos autores - não são apenas comunicados; ao contrário, são também dirigidos, já que não possuem permissão para participar da formulação referida.

Kaplan e Norton (2001) consideram ser necessário, para as pessoas compreenderem adequadamente o *scorecard*, treinamentos que incluam todos os níveis da organização e que estejam voltados à aprendizagem sobre a segmentação de clientes, do custeio variável e do marketing de banco de dados. Todos componentes estratégicos críticos. Depois disso, é preciso comunicar a estratégia e o *scorecard* de forma holística. Os *scorecards* do nível corporativo e das unidades de negócios devem ser levados ao conhecimento dos níveis mais baixos da organização, o que pode ensejar a criação de objetivos pessoais, os quais devem estar alinhados aos objetivos corporativos e setoriais. Nesse contexto, é possível que alguns profissionais enxerguem alternativas de contribuição para outras áreas funcionais.

Para Rickli e Fernandes (2005), é função do líder refletir sobre a comunicação da estratégia, no que se refere a sua intensidade e limites. Ele terá melhores chances de comunicar com mais eficácia a estratégia na proporção direta do seu domínio sobre componentes culturais e sociológicos que influenciam o processo de comunicação. De acordo com Kaplan e Norton (2001), a remuneração por incentivos ao BSC também é vista como uma iniciativa colaborativa ao terceiro princípio da organização focalizada na estratégia. Organizações bem sucedidas escolheram um sistema de recompensa pelo desempenho com ênfase nas equipes e não nos indivíduos.

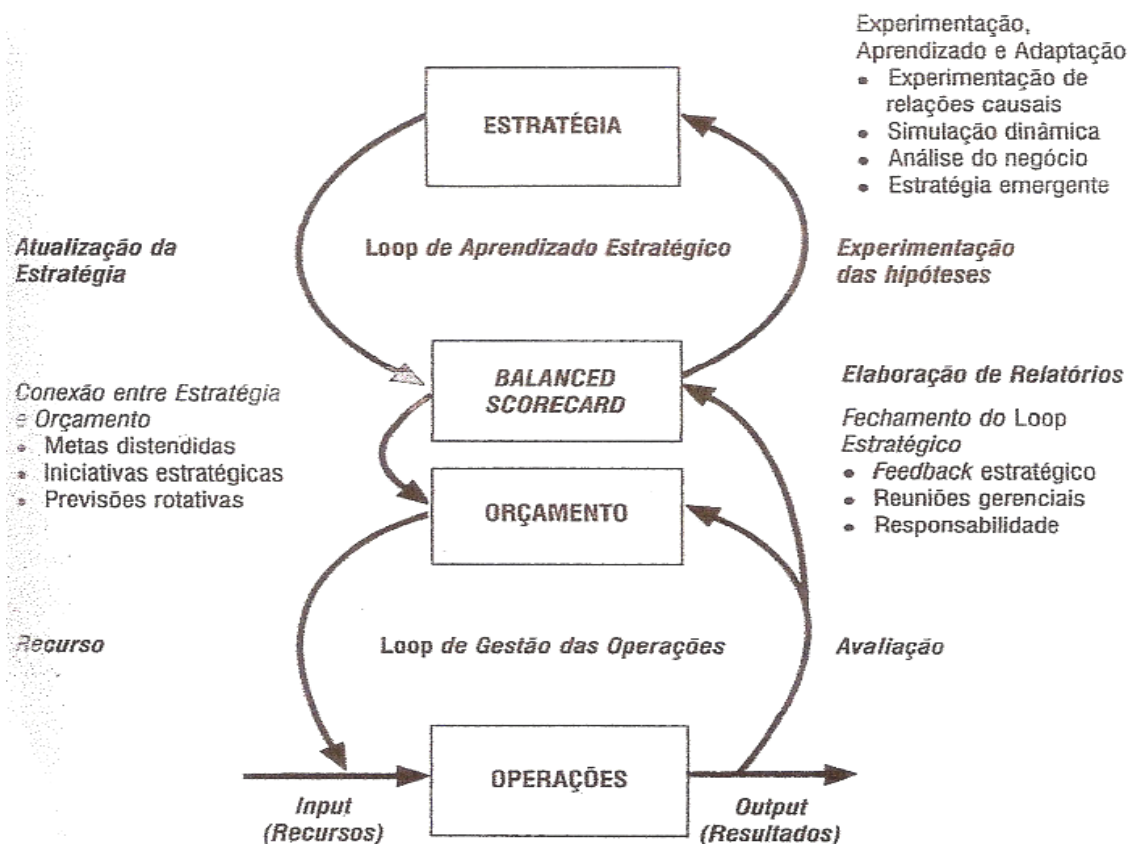
O quarto princípio da organização focalizada na estratégia é converter a estratégia em processo contínuo. Este princípio tem sido cumprido por organizações

bem sucedidas na aplicação do *Balanced Scorecard*, que buscam atender a esse princípio integrando o gerenciamento tático (orçamento) ao gerenciamento estratégico (BSC), por meio de um processo contínuo, denominado *loop* duplo, (KAPLAN; NORTON, 2001).

Os autores afirmam que os orçamentos concentravam as atenções das ações gerenciais, porque se dava ênfase à capacidade produtiva e ao gerenciamento de operações para controlar os custos. Atualmente, como a orientação estratégica tornou-se uma questão crítica para a competitividade, e sendo o BSC uma nova referência para a gestão estratégica, torna-se necessário conectá-lo ao velho sistema, o orçamento, para gerir as táticas. Kaplan e Norton (2001, p.293-294) estabeleceram as seguintes etapas para integração do orçamento à estratégia organizacional :

- i. Traduzir a estratégia em *Balanced Scorecard*, especificando os objetivos e indicadores estratégicos.
- ii. Definir metas distendidas para cada indicador, referentes a tempos futuros específicos. Identificar lacunas de planejamento para motivar e estimular a criatividade.
- iii. Identificar iniciativas estratégicas e necessidades de recursos para fechar as lacunas de planejamento, possibilitando a realização das metas distendidas.
- iv. Aprovar recursos financeiros e humanos para as iniciativas estratégicas. Integrar as necessidades de recursos no orçamento anual, que abrange dois componentes: orçamento estratégico, para gerenciar programas discricionários, e orçamento operacional, para gerenciar a eficiência dos departamentos, funções e itens de linha.

Abaixo, na Figura 7, podemos verificar o processo de loop duplo.



A Figura 7 fornece uma perspectiva geral do processo de *loop* duplo:

Fonte: Kaplan e Norton (2001, p.289)

O quinto princípio da organização focalizada na estratégia é mobilizar a mudança por meio de uma liderança forte e eficaz, considerando que os líderes de organizações que atuam com foco na estratégia vão além de mudanças em pequena escala. Eles realizam verdadeiras transformações relacionadas a novas estratégias de negócios, afirmam Kaplan e Norton (2001), que também consideram que o líder propicia um ambiente voltado à mudança, valorizando a comunicação, a participação, a iniciativa e a inovação dos empregados. O BSC deve ser percebido como um sistema de ação interativa com a organização, estimulando indagações, debate e avaliações.

Os autores supra citados consideram com um **talvez** a defesa que fazem ao estilo de liderança do executivo sênior ser provavelmente o mais importante aspecto para o êxito do *scorecard*, quando o comparam com explicações analíticas e estruturais. Um dos mais fortes atributos positivos do estilo de liderança, para os

autores, é a capacidade de comunicação. Ela seria decisiva para viabilizar a implementação da estratégia e iniciativas inovadoras, tornando factual a missão idealizada pelo líder. Essa capacidade é também um ponto muito favorável a organização e a perspectiva de otimização do uso do BSC, apoio essencial para melhoria de competitividade e longevidade do negócio.

Dentro da mesma linha, Andrade (2003) defende que uma comunicação interna efetiva nas empresas é um apoio decisivo para que as organizações possam construir programas de aprendizagem que darão sustentação ao cumprimento dos objetivos estratégicos. Dirigentes de organizações vêm conscientizando-se dos grandes benefícios gerados a partir de um fluxo de informações amplo, ético e transparente, o que fortalece o engajamento de empregados em torno dos objetivos corporativos.

Para Oswaldo de Munno Júnior, presidente da Trend School, escola que desenvolve um programa de liderança por meio do qual trabalha com a eliminação de barreiras na comunicação interna, "[...] uma organização é uma rede de conversas. À medida que aumenta a qualidade da comunicação, melhora a produtividade e cria um grande salto em termos de realização pessoal e cumprimento de metas", conforme Álvares e Vilela (2003 apud ANDRADE, 2003).

A dinâmica da equipe da liderança executiva é vista como decisiva para executar com êxito a estratégia arregimentada no *Balanced Scorecard*. As áreas funcionais de organizações, que são compostas por profissionais altamente especializados, precisam interagir com outras áreas da organização, no sentido de serem criadas equipes transfuncionais, com capacidade ampliada para participar da solução de problemas. Entretanto, para que seja possível construir essa dinâmica, é preciso ampliar o entendimento sobre as outras áreas.

Kaplan e Norton (2001) informam que a própria experiência os levou a observar que em muitas equipes executivas há pouco entendimento sobre **marketing e gestão de recursos humanos**, consideradas áreas críticas para a implementação da estratégia. Isso dificulta o processo de construção do BSC, pois não há conhecimento suficiente sobre empregados, clientes e segmentos de mercado. A solução que apontam é convocar o maior número possível de profissionais das áreas de *marketing* e recursos humanos para apoiar treinamentos de empregados que atuam em outras áreas da organização.

### 3.15 INTEGRAÇÃO DO BSC À ESTRATÉGIA E ÀS ORGANIZAÇÕES BRASILEIRAS

O *Scorecard* provém da estratégia, e seus objetivos e medidas devem revelar a estratégia aos observadores. De acordo com Kaplan e Norton (1997), são três os princípios que possibilitam a integração do BSC à estratégia.

O primeiro princípio é representado pelas relações de causa e efeito. Como consideram que a estratégia é um conjunto de hipóteses sobre causa e efeito, então as hipóteses devem representar as possíveis relações entre os indicadores de ocorrência (medidas de resultados) e os indicadores de tendência (impulsionadores de desempenho).

O segundo princípio são os vetores de desempenho, representados pelos indicadores de ocorrência e os indicadores de tendência. Para a efetividade do BSC, é importante que exista uma combinação balanceada entre esses dois indicadores. As medidas de resultados sem os impulsionadores de desempenho não comunicam como os resultados podem ser atingidos, assim como não revelam de forma antecipada se a implementação da estratégia está bem orientada. (KAPLAN E NORTON, 1997)

O terceiro e último princípio refere-se à relação da estratégia com os fatores financeiros. Para que a estratégia gere vantagem competitiva, é preciso que os esforços subjetivos, associados à busca por maior qualidade, satisfação dos empregados e outros correlatos, estejam integrados a metas específicas que reflitam a satisfação dos clientes e conseqüentemente os resultados financeiros da organização.

Em síntese, afirmam Kaplan e Norton (1997), as ligações causais de todas as medidas integradas ao BSC precisam estar relacionadas a objetivos financeiros.

Segundo Coutinho e Kallás (2005), a gestão estratégica somente foi integrada à rotina das organizações brasileiras a partir de 2001. Em outubro de 2002, aconteceu o 1º Fórum *Balanced Scorecard* Brasil, oportunidade para exposição de experiências sobre a gestão estratégica, inclusive com manifestações sobre a aplicação do BSC no Brasil, que consideravam as realidades sócio-culturais existentes no país. Tal evento contou com a participação de 100 organizações brasileiras do setor privado, público e ONGs. Em dezembro de 2002, foi reunido em São Paulo o 1º Grupo de Melhores Práticas em BSC. No ano seguinte, o mesmo



grupo reuniu 10 organizações. Em 2004, dois novos grupos de 18 organizações foram constituídos. Em 2005 houve a unificação dos grupos, cuja designação passou a ser Grupo de Melhores Práticas em Gestão da Estratégia, representado por 28 organizações brasileiras.

De acordo com Coutinho e Kallás (2005), a missão, os valores, a visão do futuro e a gestão estratégica representam pontos essenciais para serem trabalhados pelas organizações que almejam sucesso e longevidade. O *Balanced Scorecard* contempla esses aspectos centrais, o que representa possibilidades positivas para organizações que decidem aplicá-lo. Entretanto utilizar o BSC exige o atendimento a cinco princípios fundamentais, apresentados no desenvolvimento do presente trabalho, os quais, se atendidos, permitem que a organização atue regulada à estratégia. São eles: traduzir a estratégia em termos operacionais, alinhar a organização com a estratégia, transformar a estratégia em tarefa cotidiana de todos, converter a estratégia em processo contínuo e mobilizar a mudança por meio de uma liderança forte e eficaz.

Antes mesmo de implantar o BSC em uma organização, é preciso avaliar a maturidade da organização para enfrentar o processo de mudança. Para Mathias (2003), o primeiro grande obstáculo para implantar o BSC é gerencial. A aplicação do BSC exigiria, principalmente por parte dos gestores, uma mudança de atitude em suas rotinas.

Isso requer ter disciplina continuada, tanto para elaborar os objetivos, indicadores e mapas estratégicos, quanto para realizar o acompanhamento de ações, ajustes e resultados que visam ao alcance dos objetivos estratégicos. Esse tipo de trabalho pode enfrentar resistências, principalmente porque é bastante confundido: muitos pensam que medição é controle. A medição busca orientar uma atuação focada em prioridades, o que pode ser bastante estimulante.

Mathias (2003) também considera que as organizações brasileiras, em geral, ainda não atingiram um nível adequado de maturidade no que se refere à competitividade. Para ele, a cultura organizacional brasileira propaga a imagem do concorrente como sendo um inimigo. O que se poderia imaginar sobre o comentário de autor é que pensar no concorrente desta forma poderia inibir a criatividade, a motivação e, em conseqüência, o desempenho organizacional. Ele também enfatiza que a maioria das organizações brasileiras de pequeno e médio porte não conduz os seus negócios com o profissionalismo necessário. Essas organizações imaginam

estar trilhando uma trajetória vitoriosa, pois os resultados de curto prazo são favoráveis. Entretanto, a falta de planejamento e gestão estratégica certamente implicarão dificuldades futuras, uma vez que os esforços da atividade empresarial não estariam voltados para uma perspectiva de longo prazo.

A aplicação do *Balanced Scorecard* poderia ser de grande valia às organizações brasileiras, sobretudo àquelas de pequeno porte, nas quais a implementação da estratégia pode acontecer com maior velocidade do que numa empresa de grande porte, desde que sejam orientadas a desenvolver sinergia e visão compartilhada, enfatizadas pelo BSC, afirma Mathias (2003). Assim como Mathias (2003), Martins (2005) também considera que é raro pequenas e médias organizações terem uma visão e estratégia definidas, essenciais para a implementação do BSC. Em geral elas atuam focadas na sobrevivência de curto prazo, o que restringe as iniciativas estratégicas de longo prazo. Martins (2005) também faz referência à implementação da estratégia do tipo *top-down*<sup>24</sup>, defendida pelo BSC. Para ele, essa situação concede pouco espaço às estratégias emergentes.

Considerando-se o acesso mais facilitado entre os níveis hierárquicos da pequena empresa e a sua dinâmica de funcionamento, fornecer algum espaço para sugestivas estratégias emergentes pode gerar bons resultados.

Mathias (2003) ressalta outro aspecto importante a participação com grande envolvimento, do principal executivo da organização. Deve também existir uma dose considerável de vontade política na organização, para que seja possível vencer os focos de resistência às mudanças.

Há de se considerar que as organizações atravessam uma nova realidade competitiva, caracterizada por rápidas e acentuadas mudanças, que exigem atributos diferenciados. A proposta do BSC é ser um sistema inovador de gestão estratégica para administrar a estratégia a longo prazo.

O aprendizado estratégico, para Kaplan e Norton (1997), seria o aspecto mais inovador e importante de todo o *scorecard*.

Para Kaplan e Norton (1997), o *Balanced Scorecard* deve ser utilizado como um sistema de comunicação, informação e aprendizado.

---

<sup>24</sup> Para os autores do BSC, as estratégias devem ser formuladas pelos principais executivos de uma organização, que se encarregam de comunicá-las às outras dimensões hierárquicas, até que sejam conhecidas pelos empregados situados na base da estrutura hierárquica.

De acordo com o *Balanced Scorecard Collaborative* (2002), só é possível executar a estratégia em uma organização focada no conhecimento, caso os seus membros entendam o que a estratégia significa. Aqueles que estão na cúpula hierárquica da organização, responsáveis pela formulação da estratégia, devem educar a força de trabalho da organização, educar todos os componentes, esclarecendo o que a estratégia representa para a organização e os seus membros. A implementação da estratégia é um trabalho que deve contar com a participação e envolvimento de todos os integrantes de uma organização.

O BSC pode transmitir uma visão totalizante e poderosa aos olhos de acionistas e executivos que buscam por soluções inovadoras, voltadas para inserir a organização em um patamar de maior competitividade. No entanto deve-se observar que metodologias e ferramentas de gestão estratégica requerem, mais do que recursos materiais e financeiros, o entendimento sobre suas possibilidades e limitações. Limitações essas que naturalmente dependem de como se dá a participação humana no processo.

Conforme Stewart (2001), a habilidade da organização em atuar de forma inovadora e com aprendizado contínuo reflete a sua habilidade em manter o foco na visão. Esse é um dos maiores desafios a ser cumprido para se encaminhar a organização rumo à competitividade e à longevidade.

## CAPÍTULO IV

### 4 MUDANÇA ORGANIZACIONAL

Este capítulo apresenta uma diversidade de pensamentos sobre o significado de mudança organizacional, com o propósito de permitir um entendimento mais abrangente sobre o tema. Em abordagem mais específica, trata-se da mudança organizacional em hospitais e as decorrentes dificuldades desse processo, já que há uma grande barreira figurada pela estrutura de poder das organizações hospitalares.

Para Hurst (1996), as organizações, quando são fundadas, possuem um sentido original que as enche de vitalidade, o que pode estar ancorado em alguma experiência compartilhada, autêntica e significativa. Entretanto, com o passar dos anos, a percepção do que significam as ações da organização vai diminuindo progressivamente, chegando até mesmo a desaparecer. A renovação contida na mudança organizacional pode representar uma oportunidade para a revitalização de uma organização. Ela pressupõe o retorno dirigido aos valores essenciais para reconectar o passado ao presente e reencontrar o antigo no novo. Também tem uma conexão com o futuro, pois tenta decifrar daí a sua concepção social. Parece paradoxal dizer que a renovação tem um forte vínculo com o passado. Mas esse vínculo é real porque não é possível imaginar o futuro sem uma referência anterior (o passado), de acordo com Frye (1988 *apud* HURST, 1996). Há uma distância considerável entre o que as pessoas possam atribuir ao futuro (imaginário) a partir do conhecimento que possuem do passado e o que realmente acontece no futuro. O futuro imaginado é fruto dos ideais de cada pessoa, que, por sua vez, nasce nas influências que recebe de valores tradicionais de família e da sociedade. Isto leva ao entendimento de que as visões de um futuro social contém vínculos com o passado e são socialmente condicionadas e historicamente situadas. Frye (1988 *apud* HURST, 1996).

Para Hurst (1996), renovação é a presença da continuidade contígua às mudanças. Os padrões se repetem até se cansarem, provocando um certo recuo ou retrocesso (crise), que se converte posteriormente em um avanço em relação à posição que se apresentava antes do recuo.

A análise da mudança é algo complexo de se realizar, pois a mudança está associada a coisas que se movem, a processos. O desconforto do mundo ocidental

com a mudança é antigo. Parmêníades, que viveu nos anos 540 a 470 A.C. considerava a mudança uma ilusão por considerar não ser possível obter o conhecimento puro da razão a respeito de acontecimentos em constante estado de mutação. Nesse contexto, é surpreendente que surjam proposições variadas no campo da administração que prometem sistemas de gerenciamento racional e objetivo da mudança. Essas proposições consideram a mudança como um problema técnico que requer soluções técnicas. O administrador, com o apoio de sistemas gerenciais, seria capaz de realizar um procedimento técnico (intervir na realidade) sem contudo se misturar a esse método, e assim conseguiria controlar a mudança e garantir a estabilidade organizacional. Os sistemas gerenciais são pretenciosos, entretanto não são infalíveis. Não é possível prever todos os acontecimentos porque a dinâmica social é muito maior do que concepções objetivas da realidade. A realidade totalizante que tentam abarcar é fugaz, porque a racionalidade humana é limitada. (HURST, 1996)

Herbert Simon (1970) é considerado o pai da idéia de que as pessoas têm racionalidade limitada, o que dificulta as possibilidades de elas otimizarem. Para o autor, as pessoas detêm apenas um conhecimento fragmentado das possibilidades que circundam suas ações, como também rápida compreensão das regularidades dos acontecimentos. Desta forma, a previsão de futuras conseqüências dos atos torna-se também limitada, uma vez que seu cenário é construído com base em uma realidade que é percebida de forma limitada.

Simon (1970) teve a primeira edição do seu livro **Comportamento Administrativo - Estudo dos Processos Decisórios nas Organizações Administrativas** publicada em 1945. Afirmou que as escolhas humanas são conclusões que decorrem de premissas. A decisão, portanto, é constituída por um grande número de premissas. Visando explicar a constituição do processo decisório, Simon (1970, p.70) apresentou, de forma clara, direta e sucinta, a presença da estratégia nesse processo. Para ele, a decisão racional tem o propósito de selecionar, entre várias, a estratégia que é constituída por um conjunto preferido de conseqüências:

A tarefa de decidir é composta de três etapas, a saber: a) O relacionamento de todas as possíveis estratégias; b) A determinação de todas as conseqüências que acompanham cada uma das estratégias, e c) a avaliação comparativa desses grupos de conseqüências. Aqui a palavra todas é usada deliberadamente. É impossível, evidentemente, que o indivíduo conheça todas as alternativas de que dispõe ou todas as suas conseqüências. Essa impossibilidade representa uma discrepância fundamental do comportamento real em relação ao modelo da racionalidade objetiva.

Simon (1970) também defendeu o papel central da comunicação no funcionamento das organizações e externou uma forte preocupação sobre o modo negligente com que o tema estava sendo tratado. Ele declarou que, em algumas situações, a aprendizagem depende inteiramente da comunicação. Isto porque, se há grande dificuldade de ter uma melhor percepção (que já é limitada) da realidade para tomada de decisão, decidir, então, sem o apoio da comunicação, no sentido de ter acesso a estudos e pesquisas já realizadas sobre o assunto em pauta, pode se tornar temerário. De todo modo, utilizando uma expressão atual, pode-se considerar que o aprender pesquisando (valendo-se da comunicação escrita, via artigos, por exemplo) pode ser mais proveitoso que o aprender fazendo, tendo em vista que esse último agrega mais riscos e chances de prejuízos. Entretanto, Simon (1970) afirmou que nenhuma fase do processo administrativo é usualmente mais ignorada ou insuficientemente atendida do que a atividade de comunicar decisões.

Para Hurst (1996), é na interseção entre os sistemas técnicos e os gestores que ocorre a falha primordial. Os administradores deveriam ter uma postura um pouco mais cautelosa na gestão desses processos de mudança. Reconhecer a impossibilidade de controlar todos os acontecimentos vinculados ao processo de mudança seria um passo inicial significativo.

Wood (1995 *apud* PICCHIAI, 1998, p. 18) elabora o seguinte conceito para mudança organizacional: “Mudança organizacional é qualquer transformação de natureza estrutural, estratégica, cultural, tecnológica, humana ou de qualquer outro componente, capaz de gerar impacto em partes ou no conjunto da organização”.

Para Wood (1995 *apud* PICCHIAI, 1998), as mudanças, por possuírem naturezas diferentes, podem ser classificadas entre: estruturais, o que inclui o organograma, as funções e as tarefas; estratégicas, sintetizadas por haver um mercado-alvo, um foco de atuação; culturais, incluindo valores e estilos de liderança; tecnológicas, abrangendo os processos e métodos de produção e mudanças

vinculadas com recursos humanos, o que envolve pessoas, políticas de seleção e formação.

Segundo Moggi (1994 *apud* PICCHIAI, 1998), o processo de mudança tem como eixo central o ser humano, dotado de visão holística e inovadora. Para o autor, o equilíbrio consciente entre três energias básicas do ser humano, representadas pelo pensar, sentir e querer (agir) proporciona a essência do processo de mudança. Dessa forma, para que a mudança se processe, é necessário efetivar um alinhamento cultural. Para o autor, a mudança é antes de tudo cultural, para, em seguida, instalar-se nos processos e recursos. Esse alinhamento se dá com o desenvolvimento de uma consciência comum entre as pessoas, pois se pressupõe que elas estão em etapas distintas de desenvolvimento.

Morgan (1996) apresenta a teoria desenvolvida por David Bohm, médico pesquisador naturalista da Universidade de Londres, cuja idéia central defende o universo como uma unidade que flui e é indivisível. Segundo o autor, Bohm considera que processo, fluxo e mudança são fundamentais e que o estágio do universo, em qualquer momento, reflete uma realidade mais básica. Mas se as mudanças são fundamentais, como o universo pode, então, refletir uma realidade mais básica, mais estável? Para Bohm, a realidade contém uma ordem perceptível, denominada explícita, e uma ordem não visível, a implícita. As leis que respondem pelo funcionamento do universo como um todo estão inseridas na ordem implícita e são estáveis e invioláveis.

Essas leis influenciam a realidade perceptível. Entretanto seus processos são ocultos e são denominados de **lógicas da mudança**. Essas lógicas colaboram com o entendimento dos estágios evolutivos da vida no planeta. Segundo Morgan (1996, p.240), Bohm “acredita que o mundo se cobre e se descobre de um momento para outro momento (em que a palavra momento, origina-se da palavra movimento) como uma forma de unidade pulsante”.

Buscando uma aproximação dessas idéias como a realidade organizacional, muitos fatos que ocorrem nas organizações podem não ser bem compreendidos porque se apresentam como realidade composta de uma parte visível e outra encoberta. A compreensão da parte da realidade encoberta precisa decodificar a lógica da transformação e da mudança. Essa lógica explica a dinâmica básica que origina e mantém as organizações e seus ambientes como formas sociais concretas.

O interesse em esclarecer essa dinâmica oculta fomenta variados estudos. (MORGAN,1996)

A teoria de Jung sobre o papel e o significado do inconsciente coletivo se aproxima da teoria de Bohn e lhe dá sustentação pois se volta para o entendimento entre as relações da ordem implícita com a ordem explícita. (MORGAN,1996)

A existência de padrões organizacionais implícitos, já que se ancoram em escudos invisíveis que resistem às mudanças, pode dificultar o trabalho dos agentes de mudanças (inovadores) no ambiente organizacional. Desta forma, para que a mudança avance como um processo de transformação, precisa compreender o que está por trás do aparente, o que sustenta os padrões organizacionais implícitos. Nesse contexto, mais importante que o valor da proposta inovadora que permeia a mudança, é a capacidade de convencer que a mudança não afetará a estabilidade defendida pelo inconsciente coletivo e possivelmente trará benefícios. Mas, para construir tal argumentação, é fundamental entender o que sustenta os padrões organizacionais implícitos.

Morgan (1996) considera um perigo à vitalidade organizacional a postura adotada por organizações egocêntricas<sup>25</sup>. Essas organizações consideram-se como entidades isoladas que se vêem frente a frente com o problema da sobrevivência contra as exigências do mundo exterior, visto geralmente como um lugar de oportunidades e ameaças. Para o autor, caso uma organização pretenda entender o seu ambiente, deve procurar entender a si mesma, pois a compreensão do ambiente é sempre, na verdade, uma projeção de si própria. O perigo acima citado refere-se à importância exagerada que as organizações egocêntricas dão a si próprias *pari passu*<sup>26</sup> subestimando o sistema de relações mais amplo no qual se inserem como unidades ativas. A consequência mais provável para esse tipo de egocentrismo de tentar sustentar identidades pouco realistas é a destruição de contextos dos quais fazem parte. (MORGAN,1996)

Em lado oposto às organizações egocêntricas, a teoria geral dos sistemas constrói um caminho para um sistema de relações mais amplo, no qual as organizações estão inseridas. Segundo Morgan (1996), o biólogo Ludwig von Bertalanffy concebeu os princípios dessa teoria como um meio de interligar

---

<sup>25</sup> Segundo Morgan (1996), organizações egocêntricas são aquelas que querem impor ou sustentar uma identidade a qualquer preço, pois mantêm um pensamento inflexível em relação à visão de futuro que construíram, por entenderem que ela é exequível, realizável.

<sup>26</sup> A passo igual, junto.



diferentes disciplinas científicas. As primeiras teorias de sistemas desenvolveram-se sob o disfarce de uma metáfora biológica. O princípio básico da teoria argumenta que as organizações, assim como os organismos, estão abertas ao seu meio ambiente e com ele devem atingir uma relação apropriada, caso queiram sobreviver. Esta afirmativa instiga a seguinte pergunta: a estratégia de sobrevivência poderia gerar alguma vantagem para as organizações? Segundo Morgan (1996, p.176), a resposta é sim, porque sobrevivência é um processo, ao passo que objetivos são sempre metas ou pontos finais a serem atingidos. Os objetivos deixariam de ser fins em si mesmos (fato comum em muitas organizações) e passariam a contribuir com a estratégia de sobrevivência.

É possível pensar a estratégia de sobrevivência como uma busca de longevidade para os negócios, como algo que transcende o fundador da organização. Para isso, é necessário a organização ter uma missão formalmente elaborada, que considere o sistema de relações em que se insere mais amplo e haver reconhecimento dessa missão por todos que nela atuam. A missão deve ser construída tendo como alicerce (sustentáculo) o servir. A ênfase no servir gera fidelização, credibilidade e proporciona resultados positivos a longo prazo, sustentando a estratégia de sobrevivência.

Mas o fato de as organizações que pretendem ter perspectiva de longevidade estarem abertas ao seu meio ambiente e desejarem atingir com ele uma relação apropriada para sobreviver não significa que necessitam adaptar-se aos seus ambientes para sobreviverem e desenvolverem-se, como afirmam os teóricos da contingência. Tampouco os ambientes selecionam as organizações que sobreviverão, como os ecologistas populacionais defendem. Segundo Morgan (1996, p. 178), ambas as visões tendem a fazer as organizações e seus membros dependentes das forças que operam no mundo externo em lugar de reconhecer que eles são agentes ativos que estão operando com outros na construção desse mundo. Em vez de atitude passiva ou reativa às influências ambientais, as organizações podem agir no particular e de forma articulada com outras organizações, na busca do interesse coletivo, para delinear o ambiente que desejam.

Para as organizações terem perspectiva de longevidade, devem estabelecer uma relação dinâmica com o ambiente. Ora influenciando as mudanças, ora reconhecendo que algumas regras e lógicas estabelecidas no ambiente, apesar de

não atenderem integralmente aos interesses da organização, podem ser valiosas para o equilíbrio sistêmico.

Morgan (1996) afirma que, a longo prazo, sobrevivência só é viável com o ambiente e jamais sobrevivência contra o ambiente. Fornecedores, mercado, força de trabalho, coletividade local, nacional ou internacional e inclusive a competição fazem parte do mesmo sistema de organização e operam com interdependência sistêmica.

Para o êxito de uma organização, alguns podem imaginar que o direcionamento dado pelos dirigentes por meio da gestão estratégica seria providência suficiente. Entretanto esse caminho não é sedimentado unilateralmente. Conforme Morgan (1996), um indivíduo ou uma organização podem influenciar ou determinar em parte a mudança, mas o processo é sempre dependente de complexos padrões de conectividade recíproca, que nunca podem ser previstos ou controlados. Assim como inovações de maior impacto podem resultar em mudanças nas competências centrais de uma organização, é possível também que em algumas ocasiões tais mudanças possam gerar transformações no ambiente sistêmico.

Morgan (1996) considera que a teoria de *autopoiesis*<sup>27</sup> estimula o entendimento de como a mudança se desenvolve por meio de padrões circulares de integração e considera que a organização, com o passar do tempo, vai consolidando um padrão aberto e evolutivo.

Para Bauer (1998), a *autopoiesis* defende que sistema e ambiente influenciam-se mutuamente. A evolução não decorre apenas de mudanças nas organizações, mas sim do padrão de relacionamentos que envolve as organizações e seus ambientes. Em outras palavras, as organizações de algum modo interferem nas mudanças evolutivas que ocorrem no ambiente e vice-versa. Não é o ambiente diretamente que dá existência à organização. A organização é gerada pelo seu sentido original, representado por sua própria identidade. Identidade essa que foi forjada em um dado contexto político, econômico, científico, tecnológico e social. A capacidade que tem a empresa de produzir a si mesma ou de se auto-organizar é um predicado próprio de qualquer organização.

---

<sup>27</sup> No sentido epistemológico *autopoiesis* provém de auto, prefixo indicativo de próprio (por si próprio, por si mesmo) e de *poiein*, que significa produzir, ação de fazer, criar algo, criar pela imaginação.

Para Atlan (1992 *apud* BAUER, 1998) um sistema auto-organizante possui variedade, que significa maior probabilidade de resposta aos estímulos imprevistos do ambiente, e possui também redundância, a mesma atividade sendo realizada por diferentes componentes do sistema, o que permite a correção de erros fortuitos. Há um antagonismo presente no sistema auto-organizante: quanto mais variedade (diversidade), menos redundância (repetição) e vice-versa.

Bauer (1998) explica que as redes formais são geradoras de ordem e indispensáveis à continuidade da rotina, não concedendo espaços para o surgimento de inovação espontânea. Por outro lado, argumenta que o potencial de uma empresa tornar-se auto-organizante depende de interação entre as pessoas, em suas redes informais. As mudanças representadas pelo novo são um predicado de todo o sistema e resultam da interação entre as pessoas. Há ligações fortes e fracas nas redes informais. As ligações fortes acontecem quando as pessoas se estendem por muito tempo próximas, não só no sentido físico mas também realizando tarefas complementares. Isso permite uma aproximação emocional e gera uma confiança mútua. Essas influências mútuas geralmente acontecem por meio de um comportamento recorrente e constante. Em posição oposta estão as ligações fracas, que podem apoiar as ligações fortes à medida que o fluxo ativo de variedade que produzem se movimenta em direção aos grupos fortes.

O potencial de mudança é beneficiado pela existência de laços fortes. Eles proporcionam mais segurança às pessoas, afirma Krackhardt (1992 *apud* BAUER, 1998). Por outro lado, Granovetter (1973 *apud* Bauer, 1998) defende que uma maior variedade provém de laços fracos. Stacey (1995 *apud* BAUER, 1998) argumenta que é o número de ligações entre as pessoas, e não se elas são fortes ou fracas, o que define o quanto de variedade terá o sistema. Quanto maior o número de ligações, maior será a probabilidade de serem do tipo fraco e vice-versa. Assim, o pensamento de Stacey está de acordo com as idéias de Granovetter, pois ambos acreditam que um sistema operando com a maioria de suas relações sendo fracas leva o sistema a um aumento de variedade, o que se traduz em maior capacidade da organização em responder às mudanças ambientais.

A *autopoiesis* converge para a Física Quântica no que se refere ao fenômeno da observação do sujeito em relação ao objeto. A partícula, enquanto onda, tem infinitas possibilidades. Entretanto, quando observada, altera-se bruscamente em um único aspecto que corresponde exatamente àquele que se decide observar. Citando

o físico John A. Wheeler, Bauer (1998) afirma que o ato de buscar uma informação traz à lembrança a informação procurada, eliminando o ensejo de observar as outras informações possíveis. Em outros termos, considera que todo ato de medição perde mais informação do que armazena. Prosseguindo, Bauer (1998) diz que no ambiente organizacional é justamente isso o que acontece. Números, indicadores-chave, levantamentos, relatórios de avaliação, assim como o *Balanced Scorecard*, que pretende medir com a maior exatidão possível a performance organizacional, são derivações da idéia fixa de reduzir a realidade organizacional ao mundo da objetividade. (BAUER, 1998)

A validade de dados objetivos para interpretação da realidade também é refutada por Carlos Matus, segundo Bauer (1998). Para Matus não é possível levantar diagnóstico do mundo social. A apreciação situacional, para esse autor, é a única maneira de analisar o mundo social. Isto porque o diagnóstico ambiciona a objetividade e assim depende de rigor metodológico para validar suas proposições. Entretanto o mundo social é constituído de uma grande diversidade de idéias sobre o que constitui a realidade, pois nele há grande heterogeneidade de formações, experiências de vida e ideologias, o que faz com que nenhuma mensuração seja neutra. Além disso, conforme Bauer (1998), a decisão de restringir a análise da realidade à cúpula de executivos de uma organização, como sendo o corpo abalizado a interpretar informações, pode gerar um reducionismo do potencial informativo dos dados, pois a capacidade interpretativa estaria restrita à análise de poucos profissionais.

Voltando a Física Quântica, Bauer (1998) diz que Wheatley recomenda desenvolver interpretações participativas. Isso permitiria às ondas da realidade agir mutuamente com o maior número plausível de observadores, gerando diversas interpretações, muitas possivelmente conflituosas. O exercício de se construir a convergência em muitas e diferentes interpretações, por meio de um trabalho participativo e voltado para a integração, é riqueza valiosa para a organização.

No que se refere ao ponto de vista de Bauer sobre o *Balanced Scorecard*, é preciso considerar que há um esforço metodológico na abordagem do BSC voltado para viabilizar uma relação de complementaridade entre dados objetivos com subjetivos. Os indicadores da estratégia convergem para os objetivos estratégicos, que por sua vez estão integrados por meio do mapa estratégico, construído a partir

de uma racionalidade subjetiva ou interpretativa, e têm o propósito de agir prioritariamente em direção à missão e em busca da visão.

Para Kaplan e Norton (1997), o BSC não deve ser aplicado como um sistema de controle, mas sim como um sistema de comunicação, informação e aprendizado. Embora o BSC tenha medições, a sua aplicação não deve estar voltada ao controle, porque medição não é controle. A medição busca orientar uma atuação focada em prioridades, o que pode ser decisivo para viabilizar a missão e se aproximar da visão, colaborando com um sentimento de realização no ambiente de trabalho. Além disso, os resultados numéricos apresentados pelos indicadores do BSC não pretendem ser auto-suficientes, no sentido de gerar decisões gerenciais automáticas com base apenas em dados objetivos. Pelo contrário, o processo decisório empresarial considera os resultados numéricos apresentados pelo BSC mas não se subordina a eles, pois mantém dose significativa de subjetividade. Assim como é necessário decifrar o que está por trás dos números, é importante tentar perceber o que eles não conseguiram alcançar ou responder. Para ambas as situações é a interpretação subjetiva que dará o lastro final ao processo decisório empresarial.

Há também uma abordagem sobre mudança organizacional que entende o processo de mudança como sendo um processo de aprendizagem.

Para Cabral (2000), o ritmo e a velocidade de mudanças tecnológicas, políticas, econômicas e sociais fazem com que as organizações apliquem cada vez mais novos padrões de flexibilidade, adaptabilidade e inovação. Em resposta a essas exigências, surge o conceito de aprendizagem organizacional como elemento potencialmente alavancador de competitividade organizacional, por sua proposta de capacitar, não apenas indivíduos, mas a própria organização, a lidar com os novos tempos.

Um grande catalizador da aprendizagem organizacional foi a teoria da quinta disciplina, de Peter Senge. (CABRAL, 2000)

De acordo com Senge (1990), Organizações de Aprendizagem são organizações que permitem as pessoas expandirem continuamente sua capacidade de criar resultados realmente desejados, dos quais surgem novos e elevados padrões de raciocínio. Assim a aspiração coletiva é libertada e as pessoas aprendem continuamente a aprender em grupo.

Senge (1990) apresenta cinco disciplinas que convergem para inovar as organizações de aprendizagem. Elas são desenvolvidas separadamente, mas cada

uma tem fundamental importância para o sucesso das demais. A primeira disciplina é aquela que o domínio pessoal nos ensina a esclarecer e aprofundar continuamente o nosso objetivo pessoal, levando-nos a viver de acordo com as nossas mais altas aspirações. A segunda são os modelos mentais, são idéias profundamente consolidadas em nossa mente, as quais influenciam nossas atitudes perante o mundo. Precisamos reexaminar essas idéias via autocrítica, o que será facilitado pela abertura de se ouvir mais a opinião de terceiros e de se considerar seus pontos de vista. Pensar e criar além dos modelos mentais é expandir a visão do mundo.

A terceira disciplina é o objetivo comum. O autor prescreve a necessidade de se aplicar a técnica de construir imagens futuras para promover um engajamento verdadeiro, ao invés de simples anuência. A quarta corresponde ao aprendizado em grupo. O autor considera que é preciso neutralizar as táticas de defesa, geralmente enraizadas nos modos de operação de grupos. Assim abre-se espaço para o livre fluxo de idéias entre um grupo, o diálogo. Segundo Senge (1990) o aprendizado em grupo é vital, porque a unidade de aprendizado nas organizações é o grupo e não as pessoas, no sentido de que as organizações só serão capazes de aprender se os grupos aprenderem. A quinta disciplina é o raciocínio sistêmico, é a disciplina que integra as outras quatro.

O raciocínio sistêmico torna compreensível o aspecto mais sutil da organização de aprendizagem – a nova maneira pela qual os indivíduos vêem a si mesmos e o mundo. É uma expansão de visão da realidade.

Para Cabral (2000), no enfoque da quinta disciplina, a questão crítica é a perda do senso de conexão das pequenas partes com o todo, resultante do intenso processo de educação e socialização dominante no mundo contemporâneo, que enfatiza a fragmentação da realidade complexa como estratégia de compreensão. Ao tentar visualizar o quadro total maior através da remontagem destes fragmentos, o indivíduo depara-se com uma realidade distorcida. A frustração resultante faz com que o esforço de perceber o todo seja abandonado.

Cabral (2000) afirma que o foco da abordagem da quinta disciplina é o papel do novo líder organizacional. Com esta função central, distingue-se dos líderes carismáticos, que estariam centrados na tomada de decisões. O líder é um projetista social, na medida em que lidera a construção dos valores, das políticas e das estratégias da organização. Como professor, preocupa-se em trazer para a esfera

consciente os modelos mentais dos membros da organização, mas também ajuda estes indivíduos a reestruturar suas visões da realidade. Como comissário, ao invés de assumir uma postura de liderar, ele assume uma postura de servir, tanto as pessoas sob sua liderança, quanto a missão da organização.

Os conceitos de mudança, adaptação e aprendizagem têm sido erroneamente usados como sinônimos, segundo Cabral (2000). Embora inter-relacionados, aprendizagem e adaptação não são a mesma coisa. A aprendizagem envolve a compreensão de motivos que estão além do evento imediato, sendo mais ampla e complexa que a adaptação, que implica apenas o ajuste defensivo. Oximoro inerente à Aprendizagem Organizacional: “Aprender significa desorganizar e aumentar a variedade, enquanto organizar significa esquecer e reduzir a variedade.” Cabral (2000).

O enfoque de Albrecht (1992 *apud* PICCHIAI, 1998) sobre a mudança organizacional afirma ser essencial construir a missão e a estratégia da organização, mesmo que sofram modificações com o tempo. Para o autor, as empresas precisam de direção e todos os seus membros devem direcionar seus esforços para o alcance de um objetivo maior. Para que a organização possa construir um caminho dirigido para a mudança, deve ter algumas referências centrais que balizam a mudança, permitindo algumas alterações ao longo do tempo:

A primeira delas seria a empresa elaborar uma declaração de missão, instrumento que especifica o mercado, o produto e a estratégia de abordagem do mercado.

A segunda referência são os valores da empresa, conjunto de preceitos, princípios, crenças e declarações de posição adotadas pela direção.

A terceira, a estratégia de serviços, são as características do serviço final e a proposição de venda que impactarão no *market share*.

A quarta, o plano estratégico, apresenta as ações futuras da empresa para um período de um ou mais anos, assim como as áreas centrais de resultado, os objetivos e o plano tático.

A quinta, o plano anual de operações, elenca os objetivos para a empresa e apresenta como se espera que eles sejam alcançados.

A sexta, o orçamento de operações, envolve o orçamento da operação específica e os níveis de receita e despesas estimados para realizar o plano de operações.

#### 4.1 A MUDANÇA ORGANIZACIONAL EM HOSPITAIS

Segundo Picchiali (1998), os esforços voltados para mudanças nos hospitais se deparam com uma grande barreira representada pela estrutura de poder das organizações hospitalares.

Mintzberg (1995) classifica os hospitais e as universidades como uma burocracia profissionalizada. Para esse tipo organizacional, ao contrário do que acontece em muitas empresas, o poder da autoridade de natureza profissional, o poder de perícia, sintetizada pela competência especializada, predominam em relação ao poder da autoridade hierárquica.

A burocracia profissional cerca-se de especialistas de sólida formação e doutrinação para o núcleo operacional, que lá atuam com grande controle sobre o trabalho que realizam. Isto significa que os profissionais laboram com razoável independência perante os colegas, mas muito próximos dos clientes aos quais serve. Por exemplo, os médicos tratam os seus pacientes, na maioria das vezes, separados de colegas e superiores, o que lhes dá um poder significativo perante essas pessoas que necessitam de seus cuidados. Mintzberg (1995) designa os especialistas com a expressão **profissionais**. Os profissionais do núcleo operacional do hospital tendem a se distanciar da administração, pois desejam exercer a profissão sem serem incomodados. Contudo, diz Mintzberg (1995), essa liberdade é conquistada devido ao esforço administrativo, que envolve, entre outras coisas, captar recursos, resolver conflitos, viabilizar investimentos e outros. Desta forma, os profissionais da produção percebem que ficariam sobrecarregados se absorvessem as atividades administrativas, o que dificultaria o andamento de suas atividades centrais, voltadas para a assistência, a pesquisa e o ensino. Decidem então transferir poder para os administradores que ocupam esse espaço com outros objetivos. O poder dos administradores é então conservado até o momento em que serve aos interesses das autoridades profissionais.

Spencer (1976 *apud* MINTZBERG, 1995) exemplifica que o rigor na formação de médicos os eleva à condição de especialistas de grande qualificação, o que conduz esses profissionais a um patamar diferenciado quando se trata de gestão. O autor esclarece que para um médico tornar-se um cirurgião clínico, necessita de cinco ou mais anos de treinamento, fortemente concentrado em práticas repetitivas.



Para Mintzberg (1995), o treinamento inicial ocorre em longos períodos em universidades, que dão forte ênfase nas habilidades e conhecimentos necessários para exercer a profissão. Porém esse é apenas o primeiro passo. A etapa seguinte inclui um longo período de treinamento em serviço, como interno em Medicina. Há um reforço nas habilidades e conhecimentos, trabalho que conta com a supervisão de profissionais mais experientes. Esses treinamentos intensivos e permanentes funcionam como um processo de doutrinação, que finalmente é legitimado pelo exame da associação profissional responsável por avaliar o candidato ao título de especialista. Entretanto, mesmo aprovado, o novo especialista atenderá apenas às exigências básicas para atuar naquela especialidade médica, mas deve continuar passando por novos processos de aprendizagem, realizando pesquisas, participando de congressos, seminários, cursos e outros eventos associados.

Segundo Mintzberg (1995), todo esse processo de aprendizagem que se estende por longos anos tem como meta central a internalização de padrões que serão dirigidos para a atividade assistencial junto aos pacientes. Ao contrário da burocracia mecanizada, que delinea e gera os seus próprios padrões de trabalho, na burocracia profissional parte considerável dos padrões são criados fora de sua estrutura, nas associações autogovernadas. Isto porque é difícil as outras formas de padronização presentes nas burocracias mecanizadas serem aplicadas nas burocracias profissionais, dada a complexidade de seus processos de trabalho. A partir de um processo de observação por um analista, como padronizar o trabalho de um cirurgião cardíaco-vascular? A complexidade desse trabalho assim como os inúmeros eventos que podem derivar de uma cirurgia cardíaca dificultam sobremaneira construir um processo de padronização. Os resultados do trabalho profissional dificilmente podem ser medidos e assim não são aplicáveis à padronização.

Desta forma, a estratégia na burocracia profissional é bastante prejudicada no que se refere à sua proposição de ser um modelo único e integrado de decisões para toda a organização. A forte autonomia de trabalho leva os profissionais a desenvolverem estratégias pessoais que, por sua vez, sofrem grande influência das associações profissionais e das organizações de treinamento. (MINTZBERG, 1995).

Para Mintzberg (1995), como as burocracias profissionais recebem grande influência de baixo para cima (do núcleo operacional para os cargos de direção), o administrador não tem força suficiente para impor a sua opinião. Assim uma boa

estratégia para viabilizar o caminho da mudança organizacional seria o administrador aplicar sutilmente o seu poder informal, movendo-se com cuidado, pois os profissionais não querem ser incomodados nem terem surpresas indesejáveis. Então as proposições para mudanças devem ser aplicadas de forma paulatina, por meio de um processo de convencimento suave, mas com argumentação bem construída.

O que se percebe, em síntese, é que deve haver grande envolvimento dos profissionais do núcleo operacional de hospitais na formulação das estratégias. Os parágrafos anteriores são claros em afirmar as dificuldades de interferência técnico-gerencial juntos aos médicos. Na medida em que esses profissionais possam ser envolvidos, devidamente sensibilizados para os benefícios do processo de mudança, poderão prestar uma atitude muito mais colaborativa, inclusive sugerindo ações que possam atender a interesses mais específicos, desde que gere convergência para o objetivo maior da organização.

## CAPÍTULO V

### 5 METODOLOGIA

Este capítulo, além de fornecer uma revisão teórica sobre a caracterização e realização de pesquisas do tipo estudo de caso, apresenta também informações gerais e específicas sobre como foi realizada esta pesquisa. Isso inclui informações sobre o tipo de estudo, suas características, as fases e sujeitos da pesquisa, o *locus* do estudo, o plano de análise e tratamento dos dados e aspectos éticos sobre a codificação e categorização dos dados.

#### 5.1 TIPO DE ESTUDO

O estudo conduziu-se, preliminarmente, com a realização de pesquisa bibliográfica e documental para delinear o objeto de estudo e elaborar o marco teórico.

Trata-se de uma pesquisa classificada como estudo de caso único, do tipo caso-exemplo, com metodologia dedutiva e qualitativa, de caráter exploratório e descritivo. De acordo com a tipologia de estudos de caso em administração, de Stablein (2001), o presente trabalho pode ser classificado como estudo de caso do tipo caso-exemplo, por sua finalidade de ilustrar ou divulgar práticas e estratégias. No estudo de caso do tipo caso-exemplo, o processo de pesquisa é dedutivo. O objetivo desse tipo de trabalho não é desvendar o caso, no sentido de entender a uma determinada realidade e construir uma teoria. Ao contrário, no presente estudo o objetivo é ilustrar ou testar o sistema BSC, confrontando-o com a prática. O método dedutivo parte de uma situação ou posição geral e dela extrai conclusões mais particularizadas, conforme Parra Filho; Santos (2000).

Visando apresentar diversas tendências tipológicas de estudos de caso, Roesch (1999) elaborou uma figura, já apresentada na Tabela 6, que acomoda essas variadas linhas. A tipologia defendida por Stablein (2001) consta na penúltima coluna da referida figura. Segundo afirmativa de Roesch (1999), na prática, os pesquisadores fazem aplicações combinando tendências tipológicas. O quadro, a seguir, ilustra essas tendências.

**Quadro 1 - Tipos e usos de estudos de casos em administração, 1999.**

Tipologia de casos de		Tipologia de	Enfoque de	Enfoque	Enfoque	Tipologia	Usos do estudo
Eckstein (1975)				Eisenhardt	de Walton		
Tipos	Propósitos	Stake (1994)	Yin (1994)	(1989)	(1995)	(1996)	administração
Ideográfico-	Descrever	Intrínseco				Casos	
configurativo	aspectos					etnográfico	
	particulares do						
	caso						
Configurativ	Descrever		Descritivo				
disciplinado	situações com						Casos voltados à
	base em						construção do
	teorias						conhecimento
		Instrumental					teórico
Heurístico	Explorar ou	ou	Exploratório	Construc	Gerar		
	gerar teorias	coletivo		de teorias	teorias	Casos que	
Sondagens			Explicativo			geram	
plausibilidad	Testar teorias					teorias	
Critico							
							Casos voltados
						Casos-	ilustrar ou divulgar
						exemplos	práticas e
							Casos para o

\* Eckstein (1975) considera que estes se assemelham aos casos ideográfico-configurativos. Entretanto, em casos para o ensino, o mesmo autor argumenta que não se espera que surja alguma teoria com base nos dados.

Fonte: Roesch (1999)

Segundo Yin (2005), o estudo de caso único é adequado em diversas situações e o autor apresenta cinco fundamentos lógicos para esse tipo de estudo. O primeiro deles defende que o estudo de caso único é apropriado quando representa o caso decisivo ao testar uma teoria bem formulada. Seria um confronto entre uma teoria, suas proposições e circunstâncias de validade delineadas com o caso único por meio do qual se acredita poder atender a todas as condições necessárias para testar a teoria. O segundo fundamento lógico para um caso único é aquele em que o caso único significa um caso raro ou extremo. Já que surge muito raramente, a sua aparição por si só já justificaria a escolha por esse tipo de estudo. O terceiro fundamento lógico para um caso único é o caso representativo ou típico. Por ser um caso comum e habitual, seus resultados seriam úteis a um grande número de interessados. O quarto fundamento lógico para um caso único é o caso revelador. Esse tipo de caso não significa a inacessibilidade a um possível locus e objeto de estudo, mas sim a não realização de pesquisas anteriores para aquela situação específica de interesse de pesquisa. Embora acessível, raros pesquisadores pensaram em realizar ou tiveram a oportunidade de fazer esse tipo

de estudo. O quinto fundamento lógico para um caso único é o caso longitudinal. Seria realizar a pesquisa sobre o mesmo caso em dois ou mais momentos temporais distintos. Desta forma poderia se aproximar de um determinado preceito da teoria que indicasse como determinadas condições mudam com o tempo, e os intervalos escolhidos para a pesquisa teriam a intenção de avaliar os preceitos defendidos pela teoria.

No caso específico do presente trabalho, a decisão por realizar um estudo de caso único deu-se por uma razão específica: o Hospital HGX manifestou-se publicamente como sendo o primeiro hospital geral do país a aplicar o *Balanced Scorecard* na sua gestão. Já que o interesse de pesquisa era voltado para buscar aprofundar-se em conhecimentos que contribuíssem com a gestão hospitalar, tal assertiva vislumbrou-se como uma oportunidade única, naquela ocasião, de conhecer o *Balanced Scorecard* aplicado à gestão hospitalar brasileira.

## 5.2 CARACTERÍSTICAS DE PESQUISAS DO TIPO ESTUDO DE CASO

Roesch (1999) afirma ser o estudo de caso uma estratégia de pesquisa por estar constituído de três aspectos centrais. No primeiro aspecto, os fenômenos podem ser pesquisados em profundidade dentro de seu contexto. Enquanto o experimento é realizado em um ambiente artificial e controlado e a *survey* acumula dados de dezenas ou centenas de casos, avaliados fora de seu contexto fenomenológico, o estudo de caso estuda pessoas e fatos organizacionais em seu ambiente natural. É portanto adequada a sua aplicação em pesquisas focadas na análise de fenômenos e processos dentro de seu contexto, ao contrário da *survey*, que enfatiza traços, opiniões ou ações de indivíduos.

De acordo com Yin (1994 *apud* ROESCH, 1999), o estudo de caso deve ser limitado ao estudo de fenômenos contemporâneos e, nesta condição, considera-o muito útil, principalmente quando os limites entre o fenômeno e o contexto não são visivelmente evidentes. Este pensamento de Yin contrapõe-se à perspectiva das Ciências Sociais, que valida a aplicação do estudo de caso em importantes temas sociais, não apenas na contemporaneidade como também no momento histórico, afirma Sjoberg et al (1991 *apud* ROESCH, 1999).

O segundo aspecto tratado por Roesch (1999) levanta o argumento de ser o estudo de caso especialmente apropriado para estudos de processos. Para Hartley

(1994 apud ROESCH, 1999), o grande potencial dos estudos de casos é a sua habilidade em captar o desenvolvimento de processos sociais nas organizações. Isso dá acesso a uma análise processual, contextual e longitudinal dos acontecimentos que ocorrem dentro das organizações e, assim, permite interpretar os seus significados. Entre outros exemplos, ela cita a evolução e mudanças no processo de tomada de decisões em um período de greve e também um estudo sobre a instabilidade no emprego, pesquisada à luz do processo de declínio de uma organização. Sjoberg (1991 apud ROESCH, 1999) reforça esse argumento ao considerar que o estudo de caso baseado em pesquisa de campo em profundidade ou na análise de documentos tem a possibilidade de verificar áreas críticas dentro da organização, a partir da interação social, dos processos históricos e das estruturas organizacionais. Tal possibilidade seria uma oportunidade de se transcender as aparências e o discurso oficial e desnudar a realidade, principalmente em organizações burocráticas, que pautam parcela de suas ações no revestimento do sigilo. Em *surveys* e experimentos, a relação do pesquisador com a organização pesquisada é mais regulada, não se alcança a profundidade investigativa necessária que permita obter determinados resultados encontrados em estudos de casos.

O terceiro aspecto que favorece a aplicação do estudo de caso em pesquisas é sua possibilidade de explorar fenômenos com base em vários ângulos. De acordo com Cavaye (1996 apud ROESCH, 1999), no estudo de caso podem ser trabalhadas diversas variáveis que não precisam ser predeterminadas, como ocorre em pesquisas do tipo *survey* e experimento. Desta forma, o estudo de caso pode ser dirigido de forma detalhada, utilizando-se diversas fontes de dados. Para Yin (1994 apud ROESCH, 1999), a análise de dados que provém de diversas fontes converge na forma de uma triangulação.

De acordo com Stablein (2001), as representações de dados do tipo caso-exemplo estão entre os estudos mais influentes nos estudos organizacionais. O interesse despertado pelos estudos do tipo caso-exemplo ocorre porque esses estudos são apresentados a membros de organizações e a estudantes da cadeira estudos organizacionais, em salas de aula. Influentes dirigentes de organizações se interessam por esse tipo de pesquisa e fortalecem a audiência nas apresentações desse tipo de estudo, porque pensam ser possível absorver as lições apresentadas e de alguma forma intervir em suas próprias organizações. Essas lições são

consideradas informativas para grande parte do comportamento organizacional e relevantes para a maioria das organizações.

Para Stablein (2001) é preciso que se tenha uma mente mais aberta no reconhecimento de dados de estudos organizacionais. Esse seria um grande passo rumo ao aperfeiçoamento de pontos de vista de exemplos particulares.

Deetz (1996 *apud* STABLEIN, 2001, p.64) fornece um substancial reforço à idéia da importância do ecletismo em pesquisa, quando em trecho de seu discurso mencionou os programas de pesquisa:

Eles podem ser vistos não como rotas alternativas para a verdade, mas como desvios específicos, os quais, se libertados de suas inferências de universalidade e/ou perfeição, poderiam propiciar importantes momentos em um diálogo mais amplo sobre a vida organizacional.

### **5.3 FASES DA PESQUISA**

A pesquisa realizou-se em três fases, a saber: exploratória (período em que se desenvolveu o projeto de aproximação com o caso), trabalho de campo e análise ou tratamento do material, conforme o ciclo da pesquisa social indicado por Minayo (1996). Os instrumentos de coleta na fase exploratória foram entrevistas semi-estruturadas, pesquisa documental e observações durante a visita à organização. A fonte de coleta de dados de natureza documental constituiu-se de documentos internos do hospital, como comunicações internas, atas, avisos, manuais, relatórios e outros.

### **5.4 FASE EXPLORATÓRIA**

De acordo com Minayo (1996), a fase exploratória é tão importante que poderia ser vista como uma pesquisa exploratória.

Na fase exploratória da pesquisa foi construído o projeto que englobou todos os aspectos fundamentais ao desenvolvimento do estudo: a escolha do tema, do objeto de pesquisa, da delimitação do problema, do pressuposto, do objetivo geral e dos objetivos específicos. Foi realizada a construção do marco teórico conceitual, que compreendeu o levantamento do material bibliográfico e a revisão do material selecionado como pertinente ao entendimento do objeto. Foi também realizado um

plano de análise com a presença de dois conceitos centrais e um conceito secundário. Além disso, a fase exploratória também contemplou a definição do cronograma de trabalho, o *locus* da pesquisa, a definição dos sujeitos envolvidos e o planejamento do processo de coleta e da análise dos dados.

## **5.5 LOCUS DO ESTUDO**

Hospital HGX, localizado na cidade de São Paulo. O Hospital HGX possui 26 mil metros quadrados de modernas instalações. São 250 leitos para internação, sendo 25 deles na UTI Geral e outros 25 na UTI Cardiovascular. O Pronto-Socorro (PS) e Centro Cirúrgico são equipados com infra-estrutura e tecnologia de ponta. O PS dispõe de dois leitos de UTI e salas divididas por tipos de procedimento. O Centro Cirúrgico, considerado um dos mais modernos do país, tem capacidade para até 14 cirurgias simultâneas. Duas das salas estão equipadas com o sistema de teleconferência, que possibilita a troca de informações, em tempo real, com centros médicos do mundo todo. Dispõe também do Hospital Dia: ala equipada especialmente para receber pacientes clínicos, ou submetidos a intervenções cirúrgicas de baixa complexidade. O local, que atende cerca de 200 pacientes por mês, possui 17 leitos, sendo oito para internações ambulatoriais de até seis horas. O Hospital HGX conta com cerca de três mil médicos cadastrados, que realizam consultas, atendimento emergencial e intervenções cirúrgicas de todas as complexidades.

Conforme Callegari (2004), o HGX investiu R\$ 25 milhões em tecnologias e melhorias, no período de 2001 a 2003. Desse total, R\$20 milhões foram destinados à reforma do pronto-socorro e à reforma do centro cirúrgico. Além disso - após um ano em processo de acreditação, realizado pela Fundação Vanzolini, credenciada pela Organização Nacional de Acreditação (ONA) e vinculada a Escola Politécnica da Universidade de São Paulo - em 2003, o HGX foi outorgado com a acreditação hospitalar plena da Organização Nacional de Acreditação. O programa de acreditação é composto de três estágios: a acreditação, com foco em segurança e infra-estrutura para a assistência; a acreditação plena, que incorpora a metodologia de gestão; e a acreditação com excelência, que também considera na avaliação os programas de melhoria contínuas desenvolvidos pela instituição.



Ainda em 2003, o HGX decidiu a favor da estratégia de mapear seus fatores críticos para o sucesso, com o propósito de gerar aumento em sua ocupação média, de 79% em 2003 para 85% em 2004.

A missão do HGX é a seguinte: "Ser referência nacional no atendimento ao paciente de alta complexidade. Somos um hospital geral, clínico e cirúrgico, com foco na excelência do atendimento, eficiência operacional e alta resolutividade. A ética, a melhoria contínua e o atendimento ao próximo com calor humano são valores consolidados na cultura do Hospital HGX e norteiam nossas ações de todos os dias".

## **5.6 INVESTIGAÇÃO E COLETA DE DADOS**

Foram coletados dados primários, via observações sensoriais, acesso a documentos internos do Hospital e entrevistas com informantes chave da organização. Nesta fase da pesquisa foram elaborados dois roteiros de entrevistas semi-estruturadas (anexo 1). Um roteiro continha perguntas dirigidas aos ocupantes de cargos estratégicos, composto do universo de superintendentes, diretores e gerentes. Os titulares desses cargos, na época de implantação do BSC, participaram diretamente da sua implantação e atualmente também participam de discussões realizadas nas reuniões estratégicas periódicas que tratam do acompanhamento do BSC. No outro roteiro, participaram de entrevistas alguns ocupantes de cargos táticos: supervisores e analistas. Das 15 entrevistas pretendidas, houve apenas uma desistência, em janeiro de 2007. Ao todo foram realizadas 14 entrevistas, sendo duas delas realizadas com um único entrevistado, em datas distintas. As entrevistas foram realizadas em dois períodos distintos: em janeiro de 2007 foram feitas 05 entrevistas; em outubro de 2007 foram produzidas 09 entrevistas. Em ambas as ocasiões as entrevistas foram realizadas pelo pesquisador e ocorreram nas dependências do Hospital, na região metropolitana de São Paulo. A duração de cada entrevista foi de aproximadamente 30 a 60 minutos, considerando que algumas perguntas foram elaboradas durante a realização das conversas, por serem entrevistas semi-estruturadas. A quase totalidade dos entrevistados concordou com a gravação das entrevistas, o que colaborou para se ter uma melhor apreensão das falas dos sujeitos. Apenas um entrevistado não autorizou a gravação da entrevista, em outubro de 2007.

As perguntas foram elaboradas visando encontrar respostas que pudessem ajudar a esclarecer o seguinte problema da pesquisa:

Como foi implantado e quais os principais resultados da aplicação do *Balanced Scorecard* no Hospital HGX, considerando a mudança organizacional que nele ocorreu?

Segundo Parra Filho; Santos (2000), o problema da pesquisa deve ser apresentado na forma de interrogação, abrangendo o assunto da pesquisa. É importante também que seja construído com as características de objetividade, clareza, concisão e especificidade e se distancie de construções genéricas que possam dificultar o desenvolvimento da pesquisa.

Para ajudar no desenvolvimento lógico da pesquisa e visando responder à questão de partida acima apresentada, construíram-se também o pressuposto, o objetivo geral e o específico, bem como o plano de análise.

O pressuposto é apresentado como uma solução antecipada para o problema proposto, servindo de caminho para uma resposta definitiva, afirma Parra Filho; Santos (2000). Entretanto, somente o resultado final da pesquisa ratifica ou não o pressuposto apresentado. Se as considerações finais da pesquisa comunicarem que a investigação não conseguiu nem confirmar o pressuposto apresentado e nem esclarecer o problema, então, neste caso, é valioso que o pesquisador procure apresentar os motivos que impediram uma maior aproximação com o pressuposto e procure elucidar o problema da pesquisa

Para Parra Filho; Santos (2000), o objetivo geral representa uma visão geral do tema da pesquisa. A redação do objetivo geral deve ser constituída de informações que descrevam o assunto da pesquisa, sem se preocupar em apresentar o que se pretende identificar com o desenvolvimento do trabalho.

O objetivo específico está intrínseco ao objetivo geral, pois reforça o tema tratado no objetivo geral e apresenta a questão de profunda relevância da pesquisa que se deseja elucidar na investigação científica, de acordo com Parra Filho; Santos (2000).

O plano de análise contou com a presença de três conceitos, a saber: dois conceitos centrais foram representados pela inovação gerencial e mudança organizacional. Um conceito secundário esteve representado por especificidades do setor saúde. Segundo Parra Filho; Santos (2000), o conceito é uma espécie de

delimitação do tema da pesquisa porque identifica questões relevantes, condensadas em uma expressão, que é designada como conceito ou palavra chave.

Além dos conceitos centrais e secundário, o plano de análise contou também com a dimensão do *Balanced Scorecard*, ligado ao conceito inovação gerencial.

## 5.7 PLANO DE ANÁLISE E TRATAMENTO DOS DADOS

A fase de análise e tratamento dos dados recolhidos no campo utilizou a técnica da análise de conteúdo. Conforme Bardin (1994), a análise de conteúdo tem o seguinte significado:

Um conjunto de técnicas de análise das comunicações, visando obter, por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores (quantitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção (variáveis inferidas) destas mensagens.

Esclarecendo melhor esse significado, Bardin (1994) informa que devem ser consideradas como análise de conteúdo todas as iniciativas que proporcionem a explicitação e sistematização do conteúdo das mensagens e da expressão desse conteúdo. Essas iniciativas técnicas, mesmo cada uma delas dando contribuições parciais passíveis ou não de quantificação, são consideradas válidas pelo caráter de complementaridade que integram entre si .

De acordo com Minayo (1996), o fator comum presente nessas múltiplas técnicas é uma hermenêutica<sup>28</sup> fundamentada na dedução, a inferência.

Bardin (1994) defende a utilização da técnica de análise de conteúdo argumentando que os fatos sociais podem gerar uma sensação equivocada de compreensão espontânea, que ela titula de **a ilusão da transparência**. Ela reforça essa idéia indicando que é preciso ter desconfiança da validade dos pressupostos e atentar para os riscos presentes nas evidências do saber subjetivo.

Para Bardin (1994), existe uma sociologia ingênua que imagina apreender intuitivamente as significações, mas que alcança apenas a exibição de seu caráter subjetivo. Segundo a autora, é preciso ultrapassar a incerteza do significado atribuído à mensagem por um leitor, no sentido de que outras pessoas possam ter a

---

<sup>28</sup> Ramo da filosofia que se debate com a compreensão humana e a interpretação de textos escritos.(Wikipédia)

mesma interpretação. Uma significação além do perceptível em uma leitura simples requer o emprego de técnicas que proporcionem a descoberta de conteúdos e de estruturas e dêem uma significação mais profunda à mensagem. Tal resultado pode ser proporcionado pelo emprego da análise de conteúdo.

Bardin (1994) relata a existência de três fases na análise de conteúdo:

- I. a pré-análise
- II. a exploração do material
- III. o tratamento dos resultados, a inferência e a interpretação.

#### I. A Pré-Análise

A pré-análise visa organizar, planejar as ações iniciais de modo que estejam sistematizadas e, a partir daí, permitam a operacionalização de ações necessárias para dar curso à pesquisa. Para isso, a pré-análise pode se utilizar de um plano de análise e de um programa que deve ter o propósito de disciplinar o desenvolvimento da pesquisa. Por outro lado, embora a concepção da pré-análise objetive dar um direcionamento ao trabalho, é também aberta a novas proposições que poderão ser aproveitadas no decurso da análise. Esta etapa é composta de três missões. A primeira delas é a seleção de documentos que serão submetidos à análise. A seguinte é a formulação de hipóteses e dos objetivos. A última é a construção de indicadores que sirvam de base para a interpretação final.

Bardin (1994) explica que após a demarcação do universo, representado pelo gênero de documentos que poderão ser utilizados na análise, em muitos casos é útil providenciar a constituição de um *corpus*. O *corpus* é o conjunto de documentos que serão submetidos à análise de conteúdo. Na presente pesquisa, isso inclui as entrevistas transcritas, documentos internos da organização pesquisada, artigos e matérias publicadas na imprensa, que fazem referência ao Hospital HGX. Esse processo de escolha por meio da constituição do *corpus* visa à classificação das unidades de registro em categorias e deve obedecer aos seguintes critérios ou regras de validação: exaustividade, cobrindo a totalidade da comunicação, sem omissões; representatividade, a amostra deve representar o universo; homogeneidade, os dados devem estar ligados ao mesmo assunto, obtidos por técnicas iguais e por pessoas semelhantes; pertinência, a seleção dos documentos deve atender à necessidade da análise da pesquisa..

## II. A Exploração do material

Bardin (1994) considera a fase de exploração do material longa e cansativa. Compreende as operações de codificação, desconto ou enumeração, de acordo com regras antecipadamente elaboradas.

As operações de codificação correspondem ao tratamento do material. Esse tratamento gera um processo de transformação que segue regras precisas. Bardin (1994, p.117) assim designou a categorização:

A categorização é uma operação de classificação de elementos constitutivos de um conjunto, por diferenciação e, seguidamente, por reagrupamento segundo o gênero (analogia), com os critérios previamente definidos. As categorias são rubricas ou classes, as quais reúnem um grupo de elementos (unidades de registro, no caso da análise de conteúdo) sob um título genérico, agrupamento esse efectuado em razão dos caracteres comuns destes elementos.

Os critérios de categorização, para Bardin (1994), podem ser semânticos, congregando categorias temáticas; sintáticos, congregando verbos e adjetivos; léxico, classificando as palavras de acordo com o seu sentido, aproximando os sinônimos e os sentidos próximos e expressivos, que visam congregar expressões associadas à emoção.

No caso de uma análise quantitativa e categorial, a organização da codificação, segundo Bardin (1994), é composta de três escolhas: o recorte, que representa o processo de escolha das unidades de registro; a enumeração, correspondendo à escolha das regras de contagem; e a classificação e a agregação, que compreendem a escolha das categorias.

A unidade de registro é a unidade de significado. Para proceder à codificação de um estudo quantitativo e categorial, uma das escolhas necessárias seria recortar o texto extraindo dele as unidades de registro. Bardin (1994) considera que a unidade de registro pode ser de natureza e de tamanho que não segue um padrão específico. Deste modo ela exemplifica dizendo que a unidade de registro pode ser escolhida via agrupamento semântico, por meio do tema, ou mesmo via agrupamento linguístico, por meio da palavra ou da frase. Bardin (1994) também alerta ser necessário, em muitos casos, fazer referência ao contexto próximo ou distante da unidade a registrar. Para ela, citar o contexto é muito valioso para a análise avaliativa e para a análise de contingência, pois a intensidade e extensão de

uma unidade de registro podem emergir de modo relativamente marcante, em conformidade com o tamanho da unidade de contexto escolhida.

O surgimento de co-ocorrência é diretamente proporcional ao tamanho das unidades de contexto. Em passagens curtas de texto, como um parágrafo, e em gravações curtas de poucos minutos, é incomum constatar a existência de temas comuns, mas essa realidade pode mudar em textos de várias páginas ou gravações longas, de uma hora ou mais. É de se destacar que quanto maior for a unidade de contexto, mais as atitudes ou valores se consolidam em uma análise avaliativa.

Conforme Bardin (1994), as regras de enumeração em uma análise quantitativa e categorial referem-se ao modo de contagem do que será medido, que são as unidades de registro. Uma enumeração bem constituída deve seguir algumas indicações, como presença, ausência, freqüência, intensidade, direção, ordem de aparição e a co-ocorrência. A presença de unidades de registro pode ser um indicador de significado. Por outro lado a ausência de unidades pode, em alguns casos, expressar um sentido. O aumento de freqüência de aparição de uma unidade de registro, em alguns casos, segue o postulado que afirma ser essa situação diretamente proporcional à importância da unidade de registro. Se as aparições observadas em uma medida frequencial tiverem o mesmo peso, todas as unidades de registro terão igual importância. Assim, a regularidade quantitativa de aparições é que irá determinar a importância contextual de cada unidade de registro na análise. Há de se considerar também a possibilidade de uma unidade de registro ter maior importância que outra. Neste caso recorre-se à freqüência ponderada, estabelecendo-se pesos variados para unidades de registro de acordo com a importância de cada uma delas. A intensidade é imprescindível na análise de valores, que podem ser de ordem ideológica e medir tendências e atitudes. Para essa medição, os tempos verbais poderão prestar apoio, assim como os advérbios de modo, adjetivos e atributos qualificativos. A freqüência da direção está associada a um aspecto qualitativo da análise e pode ser representada pelas indicações de favorável, desfavorável ou neutra. A ambivalência é possível acontecer, embora não regularmente. Os pólos direcionais podem representar extremos antagônicos, como exemplo bonito/feio (critério estético) e pequeno/grande (tamanho), e podem ser avaliados junto com a intensidade. A co-ocorrência significa a presença concomitante de duas ou mais unidades de registro em uma unidade de contexto.

Encerrando esse tópico, Bardin (1994) recomenda que a escolha das dimensões da unidade de contexto deve estar subordinada ao custo e à pertinência, embora não aprofunde o sentido desejado a esses dois pontos. Mesmo assim, acredita-se que a autora quis fazer referência à importância do bom senso na definição das unidades de contexto, sobretudo quando ela afirma que existe uma dimensão ótima em nível de sentido e que unidades de contextos sub ou super dimensionadas não são adaptáveis ao propósito estabelecido pela análise de conteúdo.

De acordo com Bardin (1994), a escolha de categorias é a última etapa da codificação de uma análise quantitativa e categorial. Há de se considerar também que um número significativo de procedimentos de análise qualitativa utiliza a técnica de categorização. Para efetuar esse agrupamento, é preciso realizar uma investigação para elucidar o que há em comum entre as unidades de registro. A categorização é um processo estruturalista e composto de duas etapas. A primeira etapa é o inventário, que consiste em isolar as unidades de registro. A segunda etapa é a classificação, que consiste na distribuição das unidades de registro com pontos em comum em seus respectivos grupos. Com a classificação, tem-se acesso a uma simplificação dos dados brutos, que antes estavam pouco perceptíveis de significação por estarem desagregados.

Bardin (1994) afirma que existem boas e más categorias. Para se construir boas categorias, a autora utiliza a expressão **qualidades das boas categorias**, que serão designadas aqui como princípios norteadores de categorias.

O primeiro princípio norteador de categorias é a exclusão mútua. Em geral, cada unidade de registro deve pertencer a apenas uma categoria. Exceções são aceitas, mas com reservas. Em análise de conteúdo, diz Bardin (1994, p.118), “a mensagem pode ser submetida a uma ou várias dimensões de análise, desde que a codificação seja adaptada de modo a não permitir a existência de incertezas quando se efetuarem cálculos”.

O segundo princípio norteador de categorias é a homogeneidade. Defende que para cada categoria deve ser estabelecida apenas uma dimensão de análise. Se existirem diferentes níveis de análise, eles devem ser agrupados em diferentes categorias.

O terceiro princípio norteador de categorias é a pertinência. Ele é atingido quando se consegue construir uma alocação ótima das categorias, no sentido de fazê-las refletir sobre o propósito da investigação.

O quarto princípio norteador de categorias é a objetividade e a fidelidade. Esse princípio defende que as categorias devem ser bem edificadas, e assim deve-se evitar a subjetividade dos codificadores e a variação dos juízos. As unidades de registro precisam ser guiadas adequadamente por índices que estabelecerão a entrada dessas em suas correspondentes categorias.

O quinto princípio norteador de categorias é a produtividade, alcançada quando se verifica que o resultado gerado por um conjunto de categorias é rico em índices de inferência, em hipóteses novas e em dados exatos.

## **5.8 O TRATAMENTO DOS RESULTADOS, A INFERÊNCIA E A INTERPRETAÇÃO.**

De acordo com Bardin (1994), a análise de conteúdo objetiva a inferência de conhecimentos concernentes às condições de produção ou, eventualmente, às condições de recepção.

A análise de conteúdo do presente estudo (vide apêndice F) utilizou o critério semântico de categorização, o que permitiu a construção das seguintes categorias: **Implantação do BSC, resultados e mudança organizacional**. A categoria implantação do BSC teve como palavras-chave: **planejamento, comunicação, alinhamento, visão, missão, mapa estratégico e estratégia de diferenciação**. A categoria resultados teve como palavras-chave: **inovação, aprendizagem, visão sistêmica, indicadores, estratégia de diferenciação e efetividade do BSC**. A categoria mudança organizacional teve como palavras-chave: **liderança, modelo de gestão, processo sucessório e prioridades da gestão**.

Para realizar a inferência, recorre-se a indicadores. Evidentemente o objetivo final da análise de conteúdo é a interpretação dos dados coletados. Entretanto, para alcançar esse estágio final, é pré-requisito a realização da inferência. A inferência é uma operação lógica que admite uma proposição por manter vínculos com outras proposições consideradas como verdadeiras. Em outras palavras, inferir é deduzir de maneira lógica. Está situada na fase intermediária, entre a descrição e a interpretação de dados. A descrição de dados compreende o levantamento de



características do texto, que são tratadas e resumidas à fase de interpretação. A última fase, a interpretação de dados, incumbe-se de dar significação às características encontradas no texto analisado. Martins (2006, p.36) diz uma singela e interessante frase sobre a posição de cada uma delas, realçando o valor da inferência: “entre a descrição e a interpretação, impõe-se a inferência”.

Desta forma, o intuito seria obter uma interpretação adequada dos fenômenos analisados, à luz do método dedutivo.

## **5.9 CODIFICAÇÃO E CATEGORIZAÇÃO DOS DADOS**

### **5.9.1 ASPECTOS ÉTICOS**

Antes de se iniciar a pesquisa, foi entregue o ofício n° 25/06, emitido em 20 de junho de 2006 pela orientadora do presente estudo, Prof<sup>a</sup>.Dr<sup>a</sup>. Vera Mendes, dirigido ao Coordenador de Qualidade da organização hospitalar pesquisada, solicitando-se a apreciação do projeto de pesquisa.

Em 04 de janeiro de 2007, depois de o hospital HGX ter aprovado a realização da pesquisa, foi emitido pelo Prof. Paulo Penteado, Vice-Coordenador do Núcleo de Pós-Graduação em Administração, ofício dirigido ao Presidente do hospital HGX, datado de 04 de janeiro de 2007, em agradecimento à aceitação do estudo pelo hospital.

Antes do início da segunda visita ao Hospital HGX, outro ofício, de n° 25/07, emitido em 04 de setembro de 2007, foi encaminhado, emitido por Prof<sup>a</sup>.Dr<sup>a</sup>. Vera Mendes, dirigido ao Presidente do hospital HGX. Esse ofício solicitava apreciação do planejamento para a segunda etapa da pesquisa, e manifestava agradecimento ao apoio fornecido à realização da primeira etapa da pesquisa.

Foi também produzido e entregue aos entrevistados o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, o que permitiu a realização das entrevistas.

## CAPÍTULO VI

### 6 APRESENTAÇÃO, ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Este capítulo objetiva apresentar a análise e discussão dos resultados. Ao longo do capítulo, serão apresentadas falas de sujeitos entrevistados, de acordo com os seus setores de atuação, distribuídos em dois grupos. O primeiro grupo é formado por ocupantes de cargos estratégicos: os superintendentes, os diretores e os gerentes. O segundo grupo está representado por ocupantes de cargos táticos: supervisores e analistas.

Das 15 entrevistas pretendidas, houve apenas uma desistência, em janeiro de 2007. Ao todo foram realizadas 14 entrevistas. Destas, 11 foram realizadas com ocupantes de cargos estratégicos, sendo que um único profissional foi entrevistado duas vezes e 03 entrevistas foram realizadas com ocupantes de cargos táticos. As entrevistas aconteceram em dois períodos distintos: em janeiro de 2007 foram feitas 05 entrevistas; em outubro de 2007 foram realizadas 09 entrevistas. Para preservar o anonimato dos entrevistados, suas falas aqui transcritas serão identificadas com as expressões **sujeito do setor estratégico** e **sujeito do setor tático**, conforme o grupo setorial do qual o entrevistado faz parte.

O capítulo prossegue com a análise da implantação e dos principais resultados da aplicação do *Balanced Scorecard* no Hospital HGX, considerando a mudança organizacional que nele ocorreu

#### 6.1 COMPONENTES DA ESTRATÉGIA E DO BSC

De acordo com as falas dos sujeitos, o processo de implantação do BSC foi um desdobramento da proposta de um modelo de gestão mais profissionalizada para o hospital, que incluía a realização de um planejamento estratégico.

Inicialmente será apresentada a declaração de missão, considerando a sua importância central para o entendimento coletivo das diretrizes estratégicas e das perspectivas futuras com relação aos resultados pretendidos pela visão. Posteriormente será descrito o processo de implantação da estratégia.

A missão pode ser definida como um universo integrado de proposições, voltado para guiar as políticas e o comportamento dos membros da organização. A

declaração de missão consolida as principais diretrizes estratégicas e comunica à equipe de profissionais da organização o direcionamento estratégico, com vistas ao alcance da visão. A declaração de missão inclui a visão, os valores, o contorno e a estratégia de diferenciação.

A definição da missão organizacional tem um forte eixo integrativo. Seu propósito está acima dos interesses setoriais da organização, pois expõe como esta pretende servir à sociedade. Para isso é preciso congregiar esforços comuns em prol desse compromisso maior. A missão do hospital pesquisado é:

*“Ser referência nacional no atendimento ao paciente de alta complexidade. Somos um Hospital geral, clínico e cirúrgico com foco na excelência do atendimento, eficiência operacional e alta resolutividade. A ética, a melhoria contínua e atendimento ao próximo com calor humano são valores consolidados na cultura do **HGX** e norteiam nossas ações de todos os dias.”*

De acordo com a fala do sujeito do setor estratégico 1 (SE1), o Hospital HGX já possuía uma declaração de missão. Entretanto foi elaborada e aprovada uma nova declaração de missão no período em que foi implantado o BSC, no início de 2003, conforme descrição abaixo:

O hospital já possuía uma declaração de missão. Em um determinado momento a equipe do hospital leu novamente a declaração de missão e perguntamos a nós mesmos :  
É isso que o hospital é ou deseja ser? A partir dessa reflexão surgiu uma nova declaração de missão, elaborada inicialmente com a colaboração de um grupo de vinte profissionais que avaliaram o que é o HGX e o que ele deveria representar para a sociedade. (SE1)

A presente pesquisa investigou, no trabalho de campo em 2007, se a missão foi mantida, após 5 anos de implantação. Os depoimentos dos entrevistados mantêm-se coerentes em afirmar sobre a continuidade da declaração de missão originalmente criada. Entretanto, ponto relevante para análise e discussão dos resultados da presente pesquisa é ponderar se o HGX conserva na sua ação gerencial um alinhamento com as diretrizes estratégicas definidas pela missão, o que permitirá, em consequência, analisar os resultados da estratégia com a aplicação do BSC.

O trabalho em prol do cumprimento da missão visa alcançar a **visão**, que é

*“Ser reconhecido como referência nacional no atendimento a pacientes de alta complexidade”.*

Com relação à visão, o sujeito do setor estratégico 3 afirma também que ela tem sido mantida desde a sua concepção original, desenvolvida há cinco anos, visando alcançar o reconhecimento como hospital de referência nacional no atendimento a pacientes de alta complexidade.

O Hospital continua com a mesma visão, ou seja alta complexidade e ser referência naquilo que faz. Ser referência em alta complexidade ainda continua sendo o norte do Hospital. (SE3)

O Hospital utiliza com **estratégia de diferenciação** a *“excelência no atendimento, a alta resolutividade e a eficiência operacional”*.

Para se ter uma idéia da importância da estratégia de diferenciação para o Hospital HGX, o sujeito do setor estratégico 11 fez, via boletim informativo dos colaboradores do hospital, a seguinte declaração:

O HGX precisa inovar a cada ano. Estamos em um segmento de mercado muito competitivo e a diferenciação, é um importante aliado na nossa identidade empresarial.(SE11).

Como visto, havia o entendimento de que inovar seria preciso para o Hospital HGX aumentar o seu poder de competitividade. Mas, para inovar, seria essencial formular e aplicar adequadamente estratégias de diferenciação. Esses aspectos principais da estratégia e competitividade do HGX serão vistos ao longo da análise dos resultados desta pesquisa.

Se a missão é o **servir**, a estratégia de diferenciação é **como servir para gerar competitividade**.

O primeiro item da estratégia de diferenciação, a excelência no atendimento, é medido no HGX a partir de opinários preenchidos por usuários, que avaliam o atendimento recebido. Os opinários são divididos em três áreas: satisfação do usuário com relação ao atendimento de pronto socorro; internação; e serviços de diagnósticos e tratamento (enfermagem, hotelaria e parte médica). São três

questionários (anexos) distintos que compõem depois uma única nota, embora incluam questões relativas a procedimentos bastante distintos e específicos, o que justifica a segmentação da pesquisa.

Visando garantir um bom acompanhamento e ajustes na qualidade do atendimento, a área assistencial mensalmente faz um comparativo dos resultados da última pesquisa com a pesquisa do mês anterior.

O conforto no atendimento recebido em um hospital privado, embora não seja único fator de satisfação, tem grande peso na avaliação do usuário, conforme explica a fala do sujeito do setor estratégico 4, que justifica a existência de uma gerência de hotelaria no hospital.

A Hotelaria de um hospital particular no Brasil é muito diferente da hotelaria de um hospital público. Enquanto na primeira há esforços para apresentar ao paciente um ambiente refrigerado, escolhendo cuidadosamente a cor das paredes e fornecendo equipamentos como televisor com controle remoto, telefone, interfone, campainha, para dar ao paciente um ambiente confortável e acolhedor, no hospital público é oferecido em geral apenas a enfermaria como componente da hotelaria. Nesse caso o paciente não tem a opção de um ambiente privado (quarto) e tampouco o conforto dos quartos de hospitais particulares e se acomoda onde lhe colocam com resignação, face à dificuldade de se conseguir uma vaga para atendimento. (SE4).

A alta resolutividade, segundo item descrito na estratégia de diferenciação do HGX foi concebida originalmente durante a implantação da estratégia do Hospital, com o significado associado à maximização de resultado no menor tempo possível ao menor custo e com menor índice de complicações.

A idéia do HGX para obter bons resultados no que se refere a **resolutividade** seria estabelecer padrões para os processos assistenciais e administrativos. Esses padrões, na área assistencial, estariam representados pelo desenvolvimento e aplicação de protocolos clínicos. Tais protocolos teriam a intenção de padronizar os métodos de diagnóstico e tratamento para problemas semelhantes. Esta iniciativa de gerar protocolos para o acompanhamento do trabalho assistencial no HGX está de acordo com tendências mais recentes sobre a gestão hospitalar, apresentadas por Braga Neto (1991), no capítulo dedicado ao processo de produção em organizações hospitalares. De acordo com Braga Neto (1991), essa nova tendência para a gestão hospitalar visa gerar uma maior integração entre a ação administrativa e as práticas assistenciais, conhecida como modelo de gestão descentralizada, que ganhou força com o surgimento do *Diagnosis Related Groups* (DRGs). Os DRGs permitiram o

conhecimento dos produtos hospitalares e a relação entre esses produtos e os insumos empregados pelo hospital.

Esse sistema foi concebido por Fetter e outros pesquisadores de Yale, que propuseram também a gerência por linhas de produção ou a gerência de “*case-mix*” (ambas expressões com o mesmo significado). (BRAGA NETO, 1991).

Segundo Braga Neto (1991), com os DRGs, Fetter deseja aplicar em hospitais método de controle estatístico de processos, o que já vinha sendo utilizado em indústrias como referência nos controles de qualidade e custos. Assim imaginava estar criando um novo formato para a gestão hospitalar, tendo como base o conhecimento e a administração dos processos de produção. Essa nova metodologia de gestão começou a ser desenvolvida nos Estados Unidos em meados da década de 80 do século passado e trilhou um longo caminho temporal até ser difundida em países da Europa e mais recentemente no Brasil, como se observa por meio desta pesquisa.

Por um lado, a ausência de protocolos concedia ao médico total liberdade para escolha da conduta sem gerar nenhuma associação entre custo e efetividade, e dificultava a construção de um padrão decisório para diagnósticos semelhantes. De outro modo, a presença de protocolos agia inibindo essas dificuldades. Assim a questão passou a incorporar o eixo da qualidade da assistência médica junto com o eixo econômico, o que reforçou a idéia de gerar uma assistência mais padronizada.

A decisão do Hospital HGX, favorável ao desenvolvimento de protocolos, indica que o hospital está trilhando uma perspectiva inovadora no que se refere à ênfase dedicada ao gerenciamento do processo produtivo, como mais detalhadamente será visto no tópico de análise dos resultados.

Segundo Longo (2004), conforme visto no capítulo sobre inovação e competitividade, uma inovação tecnológica de produto e processo, para que seja considerada válida, é necessário, no mínimo, ser um produto ou processo **novo para a firma**, mesmo que não seja **novo para o mundo**.

A eficiência operacional, terceiro componente da estratégia de diferenciação, possui indicador acompanhado por meio de verificações de não conformidade, os desvios dos processos. Os procedimentos não cumpridos ou com problemas de execução são identificados e monitorados, pois afetam a qualidade de atendimento percebida pelos usuários.

A atuação do HGX é lastreada pelos seguintes **valores**: “ética, atendimento ao próximo com calor humano e melhoria contínua”.

Estes valores estão associados a princípios de convivência e de prestação de serviços que norteiam as relações profissionais para se atingir o propósito do trabalho.

**O que dá contorno à estratégia do hospital é ser “Hospital Geral com capacitação para a alta complexidade, o que inclui o atendimento clínico e cirúrgico de pacientes adulto e infantil, com fins lucrativos.”**

O contorno apresenta o escopo dos segmentos que se pretende atender a partir da estrutura existente.

Um dos eixos de sustentação do BSC é o mapa estratégico. Isto porque, de acordo com Kaplan e Norton (2001), o mapa propicia a tradução da estratégia em termos operacionais, à proporção que expõe as interligações e permite o acompanhamento dinâmico das relações de causa e efeito, apresentando um referencial acessível e concedendo entendimento a todas as unidades e empregados. O mapa estratégico permite à organização ver de forma lógica as interligações entre os objetivos com o propósito de alcançar a visão.

Segundo a fala do sujeito do setor estratégico 8, o hospital optou por construir um mapa estratégico clássico:

O mapa que a gente colocou...o inicial ele foi um mapa clássico, vamos falar assim. [...]. Ele foi um mapa clássico. Ele não tem grandes alterações, por ser um mapa clássico. O olhar cliente, contabilidade, acionista, treinamento... então...um mapa clássico. (SE8).

O que se pode extrair dessa afirmação é que o HGX aplicou um tipo de mapa já exposto à prova do tempo, tradicional, provavelmente composto do que é essencial, sem exageros. Em outras palavras, o entrevistado sugere que o hospital optou desenhá-lo com rigor metodológico, possivelmente por perceber que a lógica construída no mapa alimenta toda a execução da estratégia. Se o mapa é mal construído, os objetivos estratégicos que o compõem não conseguem se alinhar à missão e à visão do hospital. Daí a cautela em se desenhar um mapa clássico.

Os objetivos estratégicos têm grande importância para a estratégia organizacional porque, uma vez construídos, conforme Kaplan e Norton (1997), eles

se tornam referência central para tomada de decisões em processos gerenciais baseados em equipes. O HGX construiu 17 objetivos estratégicos que foram assim distribuídos nas quatro grandes áreas do BSC: quatro na perspectiva financeira; cinco na perspectiva de clientes; cinco na perspectiva de processos internos; e três na perspectiva de aprendizado e crescimento. O **benchmark** sobre BSC indica que a relação entre objetivos e indicadores deve ser de 1,5. Para cada dois objetivos estratégicos devem existir três indicadores. Assim, ao utilizar 17 objetivos estratégicos, o hospital deveria trabalhar com até 26 indicadores.

O detalhamento do mapa estratégico e dos objetivos estratégicos não são apresentados neste trabalho devido ao compromisso de preservar a condição de competitividade do Hospital.

## 6.2 COMO FOI IMPLANTADO O BSC

O processo de implantação do BSC foi iniciado entre o final de 2002 e início de 2003. Os dirigentes do hospital sentiram a necessidade de ter um planejamento estratégico mais estruturado, e foi identificada no mercado essa metodologia de gestão estratégica como suporte na implantação e execução da estratégia.

Uma empresa de consultoria especializada em BSC foi contratada pelo HGX. Realizou-se um *workshop*<sup>29</sup> em um hotel, o que permitiu o primeiro contato dos profissionais do hospital com o BSC. O *workshop* visava propiciar a identificação das principais escolhas estratégicas para garantir um melhor posicionamento e crescimento do HGX. Realizado em um hotel, por um período de um mês, o *workshop* contou com uma reunião semanal a cada quinzena, ocasião em que houve uma explanação sobre o que é o BSC e como funciona. Depois, realizou-se um exercício interno para ajustar o BSC às necessidades e características do hospital. A consultoria prestou serviços de implantação do BSC no hospital por cerca de um ano. Deste modo foram construídas todas as perspectivas, de aprendizado e crescimento, processo, cliente e financeira.

O hospital formou um Comitê composto de pessoas críticas para o processo, com a presença dos Diretores, Gerentes e pessoas convidadas que conheciam o

---

<sup>29</sup> Encontro de pessoas interessadas em discutir e realizar atividades voltadas para aprofundamento de entendimento sobre um determinado tema ou projeto, com possibilidade de posterior aplicação prática.



negócio e o segmento do mercado. Realizaram-se pesquisas no mercado de cliente, composto de clientes médicos, dos fornecedores, e dos operadores de serviço. Enfim, todas as pessoas que têm relação com o negócio foram pesquisadas. Foram obtidas informações da concorrência, do mercado e do posicionamento do hospital naquele momento, incluindo o público interno. A partir de todas essas informações e de um delineamento do negócio, foram identificados os objetivos estratégicos, divididos nas perspectivas anteriormente citadas. Cada objetivo foi tratado e discutido pelo Comitê, e somente depois foram incluídos nas perspectivas.

A decisão de implantar o BSC no Hospital HGX foi da alta direção da organização. O envolvimento na fase de implantação do BSC se deu com a participação do Presidente, Diretores, Gerentes e consultores externos contratados.

Teria ocorrido desvio metodológico por parte do HGX na implantação do BSC, por ter excluído de participação as equipes operacionais e de base? A resposta é negativa, não houve desvio metodológico. Neste aspecto é seguro informar que o HGX seguiu rigorosamente as orientações da metodologia BSC.

A princípio pode parecer contraditório que uma metodologia de gestão como o BSC, que defende a participação como um dos principais vetores para o sucesso de sua aplicação, exclua de sua implantação profissionais que atuam na base hierárquica da organização, em atividades operacionais e técnico-administrativas.

Kaplan e Norton (1997) esclarecem a orientação de implantar o BSC com participação restrita ao grupo executivo, dizendo que nunca tiveram a oportunidade de ver uma equipe gerencial estabelecer consenso total quanto ao valor relativo de cada objetivo estratégico traçado.

O consenso inter-setorial também é comentado por eles, quando declaram que a concordância entre executivos de áreas de atuação diferentes (que atuam em organizações formadas por grupos funcionais isolados) é difícil de ser alcançada. Isto porque surgem assuntos sobre os quais há um baixo nível de conhecimento entre as equipes, o que eles denominam de **pontos cegos**, que dificultam a tomada de decisão integrada.

Diante das dificuldades de se construir consenso com envolvimento mais amplo do corpo de empregados da organização, Kaplan e Norton (1997), ao que parece, consideram mais prudente que os objetivos do **scorecard** sejam desenvolvidos por um grupo de altos executivos, sendo uma responsabilidade funcional conjunta do referido grupo. Uma vez construídos os objetivos estratégicos

do BSC, eles se tornam referência central para tomada de decisões em processos gerenciais baseados em equipes.

Para implantação da estratégia com a aplicação do BSC no HGX foi produzida a cartilha **Construindo o futuro hoje**, que foi distribuída em 2003, nos setores do hospital. Realizaram-se palestras setoriais para apresentar o BSC utilizando a cartilha como material de apoio. A cartilha também é distribuída no período de integração de novos profissionais (02 dias) e realizada pelo Departamento de Recursos Humanos. Um dos assuntos tratados é o planejamento estratégico e o BSC. De acordo com um dos entrevistados, o sujeito do setor estratégico 3, o hospital esteve atento à necessidade de integração de seu corpo funcional.

Hoje todo o processo admissional, desde o programa de integração, o novo colaborador já tem o primeiro contato com o objetivo estratégico, ele já conhece o mapa estratégico da empresa, já conhece os objetivos estratégicos e isso de certa forma em algum momento ele vai ver dentro do setor dele. (SE3)

Apesar dos esforços para viabilizar a integração do seu corpo funcional com a estratégia, o Hospital HGX passou por um período em que ocorreram sucessivas trocas de gestores na alta administração.

O HGX é uma organização privada, de origem familiar, e eram os membros da família quem dirigiam o hospital. Para o profissional do setor estratégico 1, entrevistado em janeiro de 2007, o hospital manteve um longo período de estabilidade, finalmente quebrada nos últimos anos por sucessivas mudanças de comando.

Tudo foi igual durante vinte e cinco anos. Nestes últimos seis anos estou agora no 9° chefe, o que dá para se ter uma idéia do volume de mudanças que temos passado. Cada profissional que vem, enxerga e conduz de uma forma diferente. Estou bastante motivada com o grupo atual. (SE1).

Para o sujeito do setor estratégico 7, entrevistado em outubro de 2007, mudanças na cúpula administrativa sempre trazem impactos, dificuldades de comunicação e inseguranças. Por outro lado, manifestou forte esperança de que seja construída uma base de estabilidade dentro dessa realidade competitiva de mudanças contínuas.

Como agora já estamos com dez meses e o sistema é o mesmo, acho que agora a disseminação vai sendo mais eficiente. (SE7)

A preocupação do dirigente quanto à disseminação da estratégia apresentada pelo BSC faz sentido. Kaplan e Norton (1997) defendem que a participação na formulação da estratégia da organização deve ser restrita aos principais executivos e que a sua implementação deve contar com a participação geral. O alinhamento estará ativo quando todos tiverem o entendimento a respeito das metas de longo prazo, e a respeito da estratégia que será aplicada para buscar atingi-las.

Evidências quanto à existência de problemas com a comunicação da estratégia parecem ser confirmadas. A fala do sujeito tático 1, profissional entrevistado em janeiro de 2008, quando indagada se a estratégia e o BSC estão bem disseminados até no nível mais básico de cargos da organização, declarou o seguinte:

Em algumas áreas vejo que é preciso chegar um pouco mais. Nem todos tem um bom nível de clareza. (ST1)

Na mesma linha do sujeito do setor tático 1, o sujeito do setor estratégico 6, entrevistado em outubro de 2007, considera o seguinte:

Todos estão querendo se alinhar o máximo, 100%, mas ainda temos algumas barreiras a serem quebradas.[...]  
Eu acho que às vezes a mudança não acontece devido a má comunicação. Ruídos na comunicação que às vezes a pessoa não enxerga o que você está querendo, ou seja o fornecedor ou o cliente... você não passou direito o que você quer para ele direito, não sabe o que ele te pediu direito. Cria barreiras que às vezes dificulta o alinhamento dessas informações. Isso está sendo tratado em todas as reuniões. Nós temos cada vez mais melhorado. (SE6).

Essa dificuldade de alinhar pode ser crítica à competitividade, uma vez que restringe as possibilidades de a organização inovar. Para Tid; Bessant; Pavitt (1999), é necessário que a organização construa competências centrais para que tenha capacidade de inovar. Entre essas competências, os autores relacionam a capacidade de alinhar. Isso propiciaria a geração de uma rotina contributiva à inovação, pois esse alinhamento poderia garantir um bom ajuste para a estratégia global.

Outra barreira imaginada para viabilizar o alinhamento no hospital seria decorrente da dificuldade de a equipe assistencial entender a linguagem de gestão

que predomina no BSC. Entretanto essa dificuldade parece ter sido superada no HGX, conforme depoimento do sujeito do setor estratégico 2, o que constitui um aspecto evolutivo significativo para facilitar a promoção do alinhamento interno.

As profissionais de enfermagem que fazem parte da gestão são especialistas em gestão hospitalar. Foi difícil a integração no início, porque é preciso ter atuação que contemple a parte assistencial e também a parte administrativa, a preocupação com custos, com qualidade. A aplicação do BSC não é restrita às questões administrativas e financeiras, também temos um foco bastante assistencial dentro do BSC. (SE2)

Para Rickli; Fernandes (2005), é função do líder refletir sobre a comunicação da estratégia, no que se refere a sua intensidade e limites. Ele terá melhores chances de comunicar com mais eficácia a estratégia, na proporção direta do seu domínio sobre componentes culturais e sociológicos que influenciam o processo de comunicação.

Segundo Davila; Epstein; Shelton (2007, p.163), o *Balanced Scorecard* é um dos mais sólidos conceitos em sistema de avaliação. Seu alcance pode ser maior do que conduzir a estratégia de negócios, pois pode também ser aplicado em estratégia de inovação. BSC inovador é aquele que possui modelo de gestão de negócios desenhado para gerar valor e é executado seguindo o mesmo fim, via sistema de indicadores. Davila; Epstein; Shelton (2007, p.163) afirmam que o modelo de gestão de negócios desenhará as diretrizes que permitirão a empresa não só inovar como desenvolver a comercialização dessas inovações.

Na análise da aplicação do BSC no HGX, é imperioso esclarecer se a estratégia adotada estaria voltada para a inovação (a geração de valor aos usuários do hospital). Esta questão vai além da intencionalidade. Mesmo tendo havido intenção de inovar, gerar valor, buscar a diferenciação e aumentar a competitividade, é preciso saber se além da intenção houve efetividade na proposição. Para isso é preciso examinar se não aconteceram equívocos em comunicar essa intenção junto aos indicadores do BSC, se houve um erro de origem ou se foram as mudanças organizacionais ocorridas no hospital que impediram o BSC de ser inovador

### 6.3 ANÁLISE DOS RESULTADOS DA UTILIZAÇÃO DO BSC

Para melhor compreensão dos resultados vinculados à utilização do BSC no HGX, buscou-se construir a análise dessa aplicação a partir de dois períodos distintos, ambos com grande repercussão nos resultados e caracterizados por mudanças organizacionais, com algumas distinções em suas naturezas.

Reverendo Wood (1995 apud PICCHIAI, 1998, p.18), apresentado no capítulo sobre mudança organizacional, vê-se que o autor elaborou o seguinte conceito para mudança organizacional:

Mudança organizacional é qualquer transformação de natureza estrutural, estratégica, cultural, tecnológica, humana ou de qualquer outro componente, capaz de gerar impacto em partes ou no conjunto da organização.

Para Wood (1995 apud PICCHIAI, 1998), as mudanças, por possuírem naturezas diferentes, podem ser classificadas entre estruturais, o que inclui o organograma, as funções e as tarefas; estratégicas, sintetizadas por haver um mercado-alvo, um foco de atuação; culturais, incluindo valores e estilos de liderança; tecnológicas, abrangendo os processos e métodos de produção e mudanças, vinculadas a recursos humanos, o que envolve pessoas, políticas de seleção e formação.

O primeiro período inicia-se desde o momento em que o BSC foi implantado no hospital, em 2003, e estende-se até o final do primeiro semestre de 2006. Ocorreram mudanças organizacionais no período, com ênfase nas mudanças estratégicas, com a aplicação do BSC.

Em 2003 o hospital ainda funcionava dentro do modelo de gestão familiar. Havia um contexto de desafios e dificuldades inerentes ao ineditismo no segmento hospitalar nacional, com a iniciativa de utilização do BSC.

O segundo período foi iniciado em julho de 2006 com a contratação de um profissional externo para assumir a presidência do Conselho de Administração, e continuava até o momento da coleta de dados. Este período (no final de 2006) é quando também se encerra a participação de membros da terceira geração da família na gestão executiva do hospital. Está relacionado mais fortemente à mudança do modelo de gestão e mudanças tecnológicas, com redirecionamento para a produção com aplicação da metodologia DRG's. No início de 2007, a

assunção à presidência de um profissional com perfil executivo que atuava na atividade privada favoreceu a ocorrência de diversas mudanças, permitindo o avanço da transição do modelo de gestão familiar para o modelo de governança corporativa<sup>30</sup>.

Observou-se, no segundo período, além de mudanças no modelo de gestão e reposicionamento da ação gerencial, a presença de mudanças estruturais, pois foi possível constatar alterações na composição e distribuição de cargos (mudanças no organograma), bem como na ocupação dos mesmos. A metade das diretorias passou a ser ocupada por novos dirigentes. Trinta por cento das gerências passaram a contar com novos profissionais e dez por cento dos cargos de supervisão também passaram a ser ocupados por novos profissionais. Além disso, aconteceram mudanças tecnológicas, por meio de um redirecionamento dos esforços de gestão para a produção.

A nova liderança executiva (tendo à frente um profissional de mercado) tem realizado reuniões semanais para viabilizar o redirecionamento citado, procurando sensibilizar com esclarecimentos sobre o porquê do redirecionamento, apresentando, explicando e buscando o alinhamento coletivo para as prioridades atuais. Essa conduta objetiva produzir mudanças progressivas na cultura organizacional.

## **6.4 RESULTADOS DO PRIMEIRO PERÍODO DE MUDANÇAS:**

### **6.4.1 IMPLANTAÇÃO E DESENVOLVIMENTO DO BSC**

O HGX foi pioneiro, no Brasil, na aplicação do *Balanced Scorecard* no segmento hospitalar e foi eleito por profissionais de saúde, no início desta década, como o melhor hospital do Brasil, sendo-lhe outorgado o prêmio *top* hospitalar.

Esse tipo de pioneirismo se configurou como um grande desafio para os formuladores da estratégia e pode ter provocado diversas dificuldades no processo

---

<sup>30</sup> Conjunto de valores, princípios, propósitos, papéis, regras e processos que regem o sistema de poder e mecanismo de gestão de empresas, abrangendo dentre outros aspectos: os propósitos dos acionistas empreendedores; maximização da riqueza dos acionistas, minimizando oportunidades conflitantes com esse fim; e padrões de atendimento aos direitos dos *stakeholders*. Andrade; Rosseti (2004, p.25)

de implantação do BSC, considerando-se a tecnicidade e a alta subjetividade presentes em condutas assistenciais desse segmento organizacional.

Antes de implantar o BSC em uma organização, é preciso avaliar a maturidade da organização para enfrentar o processo de mudança, o que requer que a mesma seja comandada por um dirigente agregador, reconhecido como líder, para propiciar uma base de estabilidade e integração que favoreça o processo de mudanças.

Para Mathias (2003), o primeiro grande obstáculo para implantar o BSC é gerencial. A aplicação do BSC exigiria, principalmente por parte dos gestores, uma mudança de atitude em suas rotinas. Isso requer, entre outros requisitos, ter disciplina continuada, tanto para elaborar os objetivos, indicadores e mapas estratégicos, quanto para realizar o acompanhamento de ações, ajustes e resultados que visam ao alcance dos objetivos estratégicos.

Embora a disciplina enfatizada por Mathias (2003) seja relevante, o domínio conceitual a precede. De pouco adianta ter disciplina se não há domínio do método. O hospital negociou a aquisição da técnica, mas não possuía domínio da tecnologia, o que lhe exigiu a contratação de uma empresa de consultoria para conduzir o processo de implantação do BSC.

Conforme visto no capítulo sobre inovação e competitividade, Longo (2004) afirmou que o domínio do conjunto de conhecimentos específicos que compõem uma determinada tecnologia viabiliza instruções (técnicas) necessárias à produção de bens e de serviços. Essas instruções são expressões materiais e incompletas, verdadeiros substratos dos conhecimentos (uma extração parcial do conhecimento gerado), e o seu domínio não significa o acesso ao conhecimento que as criou, representado pela tecnologia.

Esse primeiro período de mudanças foi um período de muitas ebulições no hospital, no sentido de que os fatos relacionados a mudanças foram muito maiores do que aqueles relacionados à estabilidade. É possível caracterizá-lo como um período marcado por **mudanças dentro das principais mudanças**. A adoção da estratégia na gestão com o apoio do BSC foi a grande mudança do período. Entretanto outro processo de mudanças também estava em curso. Entre os anos 2001 e 2007, o hospital foi dirigido por nove presidentes diferentes. Isso muito provavelmente trouxe algumas dificuldades para a implantação e a geração de resultados por meio da aplicação do BSC, pois é uma realidade que se distancia do

quinto princípio da organização focalizada na estratégia, defendido por Kaplan e Norton (2001).

Esse mesmo princípio diz ser preciso mobilizar a mudança por meio de uma liderança forte e eficaz, considerando que os líderes de organizações que atuam com foco na estratégia vão além de mudanças em pequena escala. Eles realizam verdadeiras transformações relacionadas a novas estratégias na gestão de negócios.

As mudanças dentro das principais mudanças dizem respeito à alternância freqüente de dirigentes, membros da terceira geração da família, no comando do hospital, no momento em que o BSC buscava firmar-se como a grande mudança promotora da estratégia e da competitividade.

Essa situação evidenciava a ausência de um plano sucessório no hospital, o que é confirmado pela fala do sujeito do setor estratégico 7:

Eu desconheço qualquer processo formal, até onde eu sei, não havia uma combinação de processo sucessório e portanto não havia nada pré-estabelecido. (SE7)

Finalmente houve uma decisão favorável à substituição da sucessão direta pela sucessão por meio do Conselho de Administração, cuja base de sustentação foi a mudança do modelo gerencial familiar para governança corporativa.

Pesquisa do Escritório Barcellos Tucunduva (*apud* Jornal Gazeta Mercantil, 2007), especializado em Direito Empresarial, levantou que 69% dos entrevistados (a pesquisa ouviu um executivo de cada um dos 30 maiores bancos do país) consideram que a existência de um plano sucessório é essencial para valorizar a empresa. Ter um planejamento sucessório contribui significativamente para aumentar o valor das companhias.

Na opinião de Doles (*apud* Jornal Gazeta Mercantil, 2007), especialista em mercado do escritório, a existência do planejamento sucessório é o alicerce da boa governança corporativa. Também se constitui como pré-requisito fundamental para a empresa que quer lançar ações no mercado.

Doles (*apud* Jornal Gazeta Mercantil, 2007) afirma ainda que o desenho do plano de sucessão depende das peculiaridades de cada empresa. Mas é indiscutível que o primeiro passo seja a profissionalização da gestão, o que precisa contar com o apoio dos herdeiros do negócio. Isto porque tal mudança influencia também a



mudança cultural, o que requer que a família apóie o processo de profissionalização para que a medida tenha êxito. "A família, ao decidir se afastar da gestão, precisa confiar nos executivos contratados", diz Doles (*apud* Jornal Gazeta Mercantil, 2007).

#### **6.4.2 CONDUÇÃO DO HOSPITAL FACE ÀS CONTÍNUAS MUDANÇAS**

O hospital amadurecia a idéia de mudar o seu modelo de gestão, o que não seria uma decisão fácil de ser tomada, pois foram longos 50 anos funcionando dentro de um mesmo modelo (gestão familiar) que lhe propiciou diversas e significativas ampliações na estrutura de atendimento e na perspectiva de negócios. De uma estrutura inicial com 34 leitos em 1955, quando foi fundado, hoje o HOSPITAL HGX possui 26 mil m<sup>2</sup> de modernas instalações, contando com 250 leitos para internação, sendo 50 deles nas Unidades de Terapia Intensiva (UTI).

A resistência à mudança do modelo de gestão familiar para um modelo profissional de governança corporativa, em um contexto evolutivo como este é compreensível. Davila; Epstein; Shelton (2007) afirmam que o convívio com o sucesso durante um longo período de tempo gera complacência e resistência às mudanças. No limite, muitos podem mesmo chegar a pensar que o sucesso se repetirá, pois tem sido assim há muitos anos. A figura de um líder visionário, numa situação como essa poderia ser a grande diferença para gerar um reposicionamento voltado para as mudanças.

O capítulo sobre mudança organizacional mostrou que Parmeníades, que viveu nos anos 540 a 470 A.C., considerava a mudança uma ilusão por acreditar não ser possível obter o conhecimento puro da razão a respeito de acontecimentos em constante estado de mutação. Dentro desta perspectiva, é importante não perder de vista os valores essenciais da organização. A renovação contida na mudança organizacional pode representar uma oportunidade para a revitalização de uma organização. Ela pressupõe o retorno dirigido aos valores essenciais para reconectar o passado ao presente e reencontrar o antigo no novo.

As mudanças imprimiram um freqüente padrão de alternância de dirigentes que dificultava reconectar o passado com o presente e assim alcançar o tão desejado caminho da renovação.

As estratégias de diferenciação escolhidas pelo hospital, em tese, estariam alinhadas para promover a desejada competitividade.

Por se tratar de um hospital cuja visão seria ser reconhecido como referência nacional para o atendimento de pacientes de alta complexidade, ter alta resolutividade é um sustentáculo central para se obter esse reconhecimento. Já possuindo uma estrutura física de porte, com 50 leitos de UTI e contando com corpo clínico qualificado, as atenções do hospital estariam dirigidas para viabilizar a alta resolutividade. Como visto, para os formuladores da estratégia do Hospital HGX, o significado de alta resolutividade estaria associado à maximização de resultado assistencial em alta complexidade, no menor tempo possível, ao menor custo e com menor índice de complicações.

Campos (1988) considera que a avaliação qualitativa dos serviços de saúde comporta diferentes correntes temáticas, o que sugere haver controvérsias associadas ao entendimento do significado de **resolutividade**. A subjetividade que envolve o termo seria um complicador a mais para os formuladores da estratégia do HGX, pois se decidiu pela inclusão da resolutividade na estratégia de diferenciação do hospital, o que exigia elaborar um indicador que a vinculasse.

Apesar da controvérsia, Campos (1988) defende que a resolutividade para os serviços assistenciais está relacionada ao atendimento, à procura espontânea que surge nas unidades de saúde. Para isso são produzidas ações eficazes e satisfatórias para os usuários. Um dos propósitos da resolutividade seria obter a conjugação da eficácia com a eficiência; em síntese, a efetividade que correlaciona a utilidade do ato com o seu custo. Porém, de acordo com Campos (1988), a resolutividade não se resume à efetividade, pois é preciso acrescentar-lhe a satisfação do usuário com o cuidado prestado. Só assim poderá se chegar a uma aproximação maior do que seria o significado de resolutividade. (CAMPOS, 1988).

Contudo, o indicador elaborado para aferir a alta resolutividade era inconsistente, não mensurava adequadamente a otimização proporcionada no atendimento assistencial, segundo depoimentos de sujeitos de setores estratégicos, que serão vistos a seguir. Conforme ilustra a fala do sujeito do setor estratégico 7:

Encontramos um objetivo que era garantir a alta resolutividade. E o que é isso? Como não estava escrito, cada um interpretava ao seu modo. Para mim, pode significar o paciente sair logo do hospital.

Para outro, poderia ser considerado o paciente sair curado. E quando você ia ver a fórmula do cálculo, era misturando uma salada de frutas. Então você pegava, quase certeza, indicadores de assistência da enfermagem, mais o número de transferência de pacientes por falta de recursos, mais os índices de infecção. Aí você junta isso, cria um índice X...(SE7)

Quando perguntado se o indicador de alta resolutividade desapareceu, o sujeito do setor estratégico 7 esclareceu:

Você concorda que, olhando esse indicador, sinto muito, tiveram boa intenção, Jesus Cristo, mas isso não é indicador. E foi isso, a percepção de que algumas coisas que estavam lá como indicadores, para quem chegou, não serviam. O que fizemos? Não foi desmerecer aquele objetivo, foi tentar entender o que seria isso e partir para a ação concreta. Você concorda? O que importa, mais do que uma ferramenta ou um sistema é entender que há uma qualidade ou um objetivo que você tem que alcançar. Gestão é isso. (SE7)

Fazendo uma breve retrospectiva do processo de elaboração do indicador de alta resolutividade, constatou-se o seguinte: em julho de 2005 foi informado, em reunião, que o indicador de alta resolutividade seria definido. No mês seguinte decidiu-se que o seu indicador seria composto com dados da assistência, e ele foi aplicado pela primeira vez, aplicação esta que se estendeu até outubro/2006, conforme será visto no gráfico 1 abaixo:

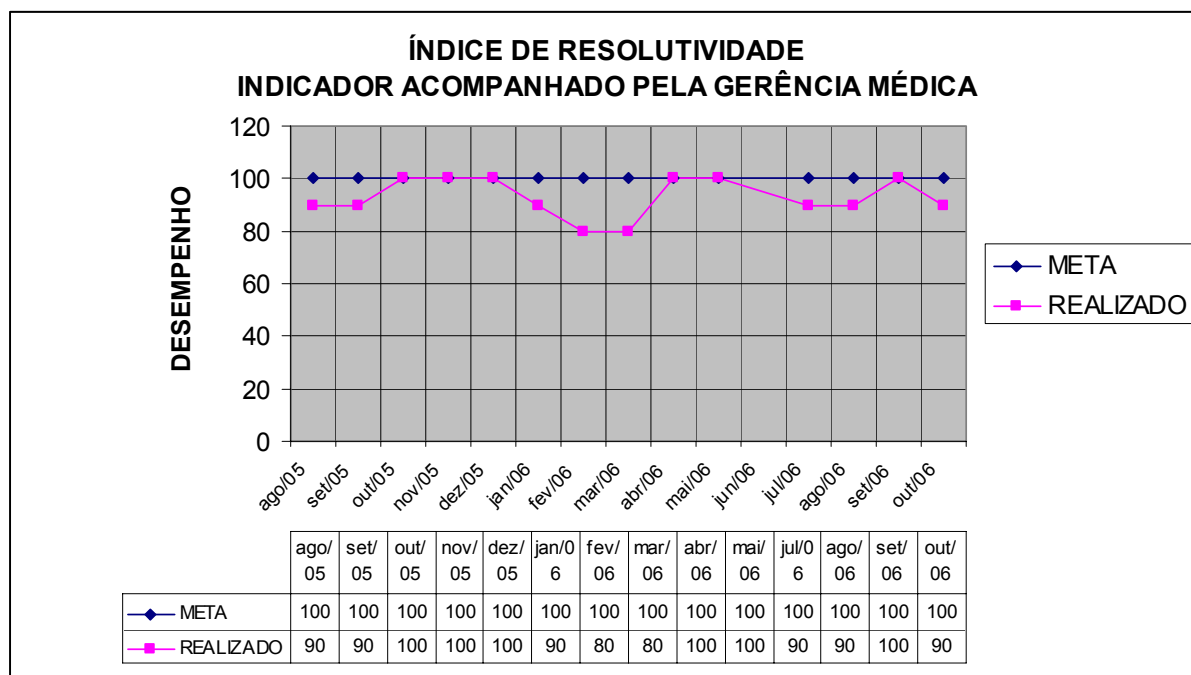


Gráfico 1 - Índice de resolutividade

A apresentação do gráfico 1 com o desempenho do índice de resolutividade tem apenas efeito ilustrativo. O fato de a organização ter avaliado esse indicador como inconsistente tornou sem sentido proceder qualquer análise na presente pesquisa, sobre o desempenho do referido indicador.

Como se pode ver, houve um acentuado descompasso entre a implantação do BSC, ocorrida em 2003, e a definição de um dos indicadores centrais da estratégia de diferenciação, vinculado à alta resolutividade, que ainda estava sendo construído em 2006.

Chegou-se à conclusão de que não seria possível medir o objetivo alta resolutividade adequadamente, o que levou ao cancelamento desse objetivo, após ter sido medido por 14 meses. O cancelamento desse componente central da estratégia de diferenciação foi confirmado na fala do sujeito do setor estratégico 10, em outubro de 2007:

Em termos de BSC, as primeiras mudanças remetem ao início do ano, na gestão anterior da qualidade, em que foram retirados os objetivos relacionados a resolutividade da assistência. (SE10)

Esse pode ser considerado um problema crítico na aplicação do BSC no hospital, pois não permitiu a conexão da missão com um dos seus componentes principais.

Outro descompasso verificado foi o atraso considerável na implantação do sistema responsável pelo acompanhamento do BSC, o *syscore*<sup>31</sup>. Embora o BSC tenha sido implantado em 2003, somente em janeiro de 2005 foi decidido que haveria um treinamento voltado para capacitar, no uso do *syscore*, gestores responsáveis pelo acompanhamento de objetivos estratégicos. Em fevereiro de 2005 o *syscore* foi finalmente implantado e tornado disponível para utilização.

Agora será visto o desenvolvimento dos outros dois componentes da estratégia de diferenciação do Hospital HGX, acompanhados pelo BSC: a excelência no atendimento e a eficiência operacional.

Conforme anteriormente informado, a excelência no atendimento é aferida pelo Hospital HGX a partir da leitura de folhetos denominados de pesquisa de satisfação, depois de serem preenchidos por usuários. Essas pesquisas estão divididas em três áreas: pesquisa de satisfação do usuário com relação ao

---

<sup>31</sup> Sistema de gestão estratégica baseado em medição e avaliação do desempenho, o *syscore* é baseado na metodologia de gestão *Balanced Scorecard* e nos critérios de excelência do Prêmio Nacional da Qualidade (PNQ). Segundo a Itaotec, representante comercial do sistema, os mapas gerados pelo *syscore* possibilitam a empresa acompanhar a sua estratégia em ação por meio da evolução dos indicadores associados aos objetivos e tomar decisões com base em uma visão sistêmica do negócio.

atendimento recebido do pronto-socorro, da internação e dos serviços de diagnósticos e tratamento.

A pesquisa da satisfação do atendimento prestado pelo pronto-socorro busca obter o grau de satisfação dos usuários com relação ao tempo de espera para cadastro, triagem, consulta médica, exame e alta. A pesquisa indaga também os usuários sobre a satisfação que tiveram com o atendimento da recepção, da equipe de enfermagem e da equipe médica. Além disso, são solicitadas informações sobre a satisfação dos usuários com relação às instalações, à limpeza, ao estacionamento, ao atendimento dos seguranças e, finalmente, concede espaço ao usuário para opinar livremente, perguntando-lhe se recomendaria a outras pessoas os serviços do Hospital HGX.

A pesquisa da satisfação do atendimento prestado pela internação busca obter o grau de satisfação dos usuários com relação ao atendimento telefônico da central de relacionamento, ao atendimento do setor de internação e da hotelaria (conforto, limpeza, refeições, cordialidade e agilidade dos atendentes na prestação de serviços), assim como ao atendimento prestado pelas equipes médicas e equipes de enfermagem, tanto nos apartamentos quanto nas unidades de terapia intensiva, na anestesia e no centro cirúrgico. Só então concede espaço ao usuário para opinar livremente, perguntando-lhe se recomendaria a outras pessoas os serviços do Hospital HGX.

A pesquisa da satisfação do atendimento prestado pelos serviços de diagnósticos e tratamento busca obter o grau de satisfação dos usuários com relação a esses serviços, que incluem as áreas de banco de sangue, câmara hiperbárica, centro de dor e neurologia funcional, centro médico (consultas), endoscopia, fisioterapia, hemodiálise, hemodinâmica, litotripsia, medicina nuclear, oncologia, radiologia, ressonância magnética, tomografia e serviços de investigação diagnóstica (ultra-sonografia, ecocardiograma, eletrocardiograma, teste de função pulmonar e outros).

Sobre o atendimento prestado por essas áreas, deseja-se saber a satisfação dos usuários com relação ao atendimento telefônico, à facilidade para agendamento de exames, ao atendimento da recepção, ao tempo de espera, ao atendimento da equipe de enfermagem e da equipe de técnicos, ao atendimento médico, aos esclarecimentos sobre exames e procedimentos e prazo de entrega dos exames, às instalações e limpeza. Assim como nas pesquisas do pronto-socorro e da

internação, também concede espaço ao usuário para opinar livremente, perguntando-lhe se recomendaria a outras pessoas os serviços do Hospital HGX.

Para Campos (1988), deve-se ter cautela quando se decide utilizar avaliações realizadas por pacientes. Contudo, afirma o autor, os questionários respondidos por pacientes continuam como o melhor método para que sejam alcançados aspectos importantes dos cuidados médicos, já que é uma oportunidade de se conhecer, por exemplo, a percepção e o sentimento desses pacientes a respeito dos cuidados recebidos.

Diante do exposto, observa-se que o Hospital HGX foi criterioso na definição do escopo dessas pesquisas. Elas são abrangentes e permitem uma percepção ampla sobre o contentamento dos usuários do hospital, pois incluem a avaliação de satisfação pelos serviços prestados, tanto na esfera assistencial como na esfera administrativa, e a satisfação com a estrutura física, o conforto oferecido, a presteza do atendimento e o relacionamento com a equipe de profissionais do hospital.

Como foi visto no segundo capítulo, Porter; Teisberg (2007) consideram que o tamanho e a variedade de serviços de um prestador, como um hospital, por exemplo, tem baixa importância no valor gerado ao paciente. É valioso, portanto, que se desprendam esforços para propiciar qualidade e inovação nos serviços prestados, gerando valor aos usuários. Para isso, segundo Porter; Teisberg (2007) o que vale mesmo é possuir experiência, escala e domínio de cada serviço. Esses atributos, quando existentes, precisam ser acompanhados para se verificar se estão sendo otimizados e se proporcionam o maior valor possível aos usuários. A pesquisa de satisfação, então, permite esse acompanhamento via perspectiva de cliente do BSC, com o objetivo **atingir a excelência no atendimento aos clientes**.

A qualidade do trabalho assistencial, portanto, tem um peso importante no atendimento prestado aos usuários do hospital, uma vez que está intimamente ligada à razão de ser do hospital.

Para se ter uma idéia de como está evoluindo o trabalho assistencial do Hospital HGX, a seguir é apresentado o Gráfico 2, contendo média de avaliação de satisfação do usuário a respeito dos serviços prestados pelas quatro áreas da enfermagem, constituídas do bloco crítico, bloco não crítico, bloco operatório e bloco emergencial. O Hospital HGX nomeia esse indicador como índice de satisfação do cliente externo (ISCE) da área de enfermagem. O ISCE,

acompanhado pela Diretoria de Enfermagem, é um indicador do BSC vinculado ao objetivo estratégico **atingir a excelência no atendimento aos clientes**, que também é um dos três componentes da estratégia de diferenciação.

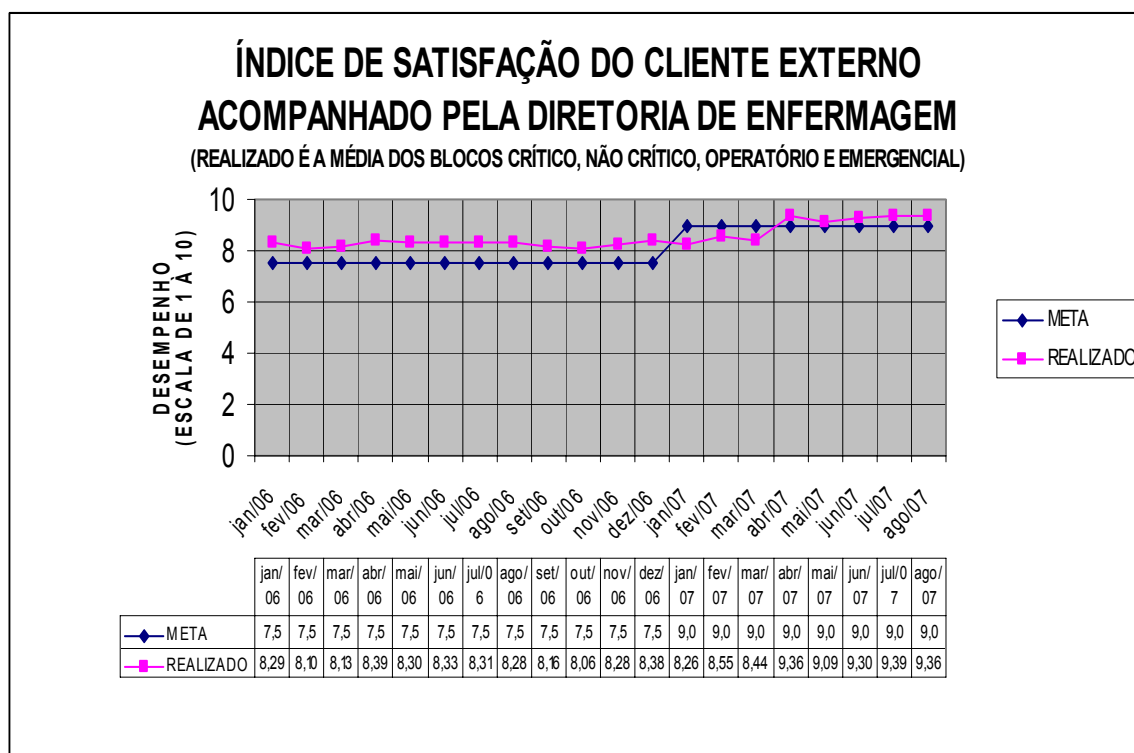


Gráfico 2 – Índice de satisfação do cliente externo acompanhado pela Diretoria de Enfermagem  
 Fonte: Adaptado pelo autor a partir de dados do HGX

O gráfico 2 contém duas linhas coloridas. Uma linha azul representa a meta mensal para a área de enfermagem, que foi definida em 7,5 (em uma escala de zero à dez) para o ano de 2006.

A segunda linha (rosa) representa o realizado, que é a média mensal de desempenho da área de enfermagem, incluindo o desempenho dos quatro blocos<sup>32</sup>: crítico, não crítico, bloco operatório e bloco emergencial. Observa-se que, em todos os meses do ano de 2006, a área de enfermagem conseguiu ultrapassar a meta definida.

Com o intuito de incentivar a busca por resultados mais destacados, o Hospital HGX elevou a meta em 2007 para 9,0 (nove). Essa mudança coincide com a mudança no comando do hospital, ocorrida também no início de 2007. Nos três primeiros meses de 2007, a área de enfermagem não conseguiu atingir a nova meta traçada. Como se pode ver no gráfico, a linha azul (meta) está acima da linha rosa (média de desempenho) nesse período. O desempenho da área de enfermagem se manteve relativamente estável no trimestre (janeiro a março-2007) em relação aos meses anteriores, o que foi insuficiente para atingir a meta, pois a mesma foi aumentada em 20%.

Entretanto, a partir do quarto mês de 2007 o desempenho desse indicador é superior a nova meta traçada, o que demonstra ter ocorrido uma melhoria do trabalho assistencial a partir de um acompanhamento estratégico-gerencial via BSC.

A elevação do desempenho da área de enfermagem a patamares superiores a 9,0 (nove), até o final do período apresentado no gráfico (agosto/2007), sugere que o Hospital HGX, no que se refere ao trabalho assistencial, alcançou um nível de desempenho destacado.

Para se ter uma melhor clareza de que esse aumento de performance não é obra do acaso, o depoimento do sujeito do setor estratégico 2 esclarece porque houve êxito nesse trabalho técnico-assistencial com o apoio do BSC:

A pesquisa é dividida em cinco níveis de satisfação: 1-Muito abaixo das expectativas; 2-Abaixo das expectativas; 3-Expectativa correspondida; 4-Acima das expectativas e 5- Muito acima das expectativas. Estabelecemos que nos níveis “muito abaixo” e “abaixo das expectativas” não pretendemos ter mais do que 1% dos clientes nos avaliando nesses dois níveis. Os

---

<sup>32</sup> A divisão por blocos é uma definição interna do hospital com o objetivo permitir um melhor gerenciamento do trabalho assistencial da Enfermagem por meio da criação de quatro divisões na Gerência de Enfermagem e não há referência na literatura. Está assim estruturada: A Gerência de Enfermagem do Bloco Crítico é responsável pelo gerenciamento do trabalho assistencial a pacientes críticos e semi-críticos. A Gerência de Enfermagem do Bloco Não Crítico é responsável pelo gerenciamento do trabalho assistencial a pacientes que estão instalados em apartamentos. A Gerência de Enfermagem do Bloco Operatório é responsável pelo gerenciamento do trabalho assistencial a pacientes que estão no Centro Cirúrgico, incluindo a recuperação anestésica e a Central de Esterilização. A Gerência de Enfermagem do Bloco Emergencial é responsável pelo gerenciamento do trabalho assistencial a pacientes do Pronto-Socorro e do Centro de Diagnóstico.



clientes avaliam em três itens: informação, cordialidade e assistência prestada. Se estamos mal avaliados em informação, então reunimos toda a equipe, composta de enfermeiras, técnicos, auxiliares administrativos, apresentamos o resultado da pesquisa e discutimos as causas dos clientes estarem considerando que não estamos prestando informação adequada. É elaborado um plano de ação para resolver o problema apontado pelo cliente. O cliente também pode citar especificamente na pesquisa a causa da insatisfação, o que facilita o nosso trabalho. (SE2)

Como não se pretende concluir sobre a boa performance da área assistencial apenas analisando os resultados da área de enfermagem, agora se apresenta, no Gráfico 3, a seguir, o desempenho na área médica do indicador ISCE.

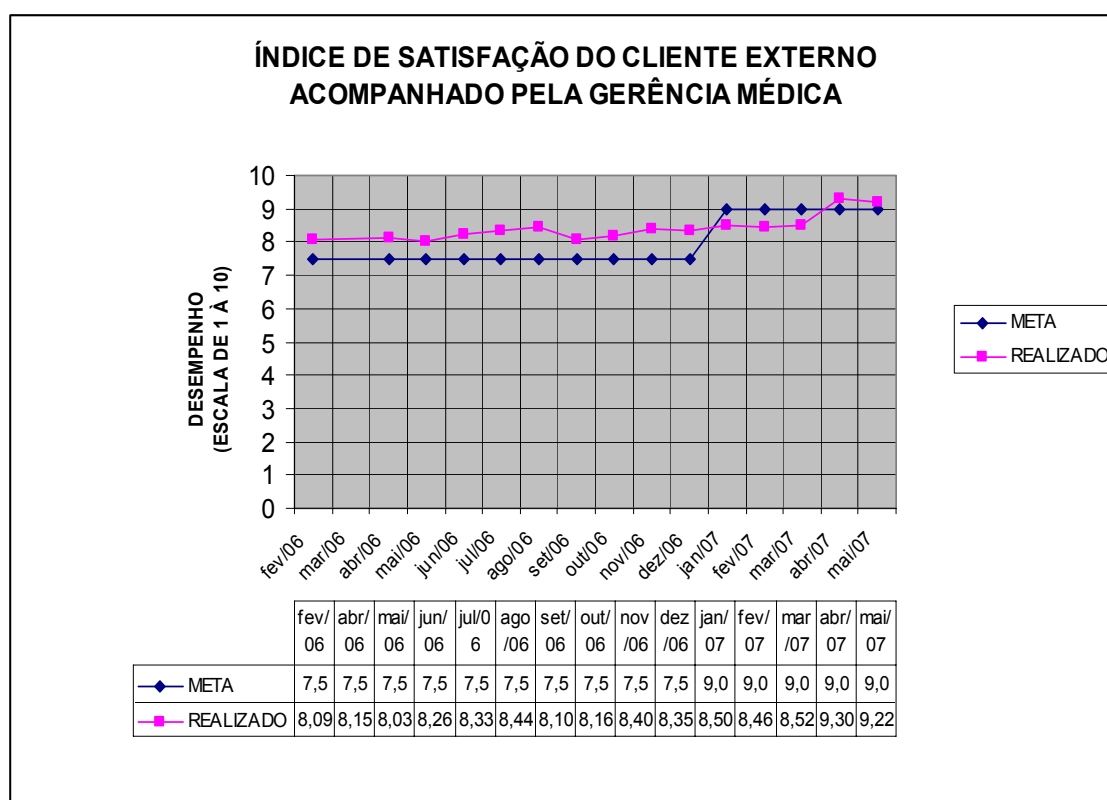


Gráfico 3 – Índice de satisfação do cliente externo acompanhado pela Gerência Médica

Fonte: Adaptado pelo autor a partir de dados do HGX

Assim como na área de enfermagem, a área médica também trabalhava com meta 7,5 em 2006. Em 2007, a meta foi elevada para 9,0. A evolução das linhas do gráfico da gerência médica é parecida com o gráfico da área de enfermagem; porém, neste caso, o alcance da nova meta ocorreu um mês antes do tempo necessário para a área de enfermagem. Com desempenho superior à 9,0 (nove) nos dois últimos meses apresentados no gráfico, o trabalho da área

médica reafirma a boa performance do Hospital HGX na área assistencial. O ISCE, acompanhado pela Gerência Médica, é um indicador do BSC vinculado ao objetivo estratégico “atingir a excelência no atendimento aos clientes”, que também é um dos três componentes da estratégia de diferenciação.

Será a seguir apresentado, no Gráfico 4, o desenvolvimento da eficiência operacional, terceiro e último componente da estratégia de diferenciação do Hospital HGX.

A eficiência pode ser definida como um quociente entre a produção e os recursos utilizados no processo, sejam eles tempo, pessoal, energia, capital ou outros. Quanto maior for a produção e menor for o gasto de recursos, maior é a eficiência.

A eficiência operacional preconizada pelo BSC utiliza medidas genéricas de mensuração, como tempo, qualidade e custo e está relacionada à geração e prestação de serviços pelo hospital.

Segundo Kaplan e Norton (1997) os executivos identificam os processos mais críticos para a realização dos objetivos dos clientes e acionistas.

Para acompanhar o desempenho do componente da estratégia de diferenciação **eficiência operacional**, o HGX utiliza, entre outros, o indicador **desvios críticos em processos**, que será a seguir apresentado no Gráfico 4.

Embora a totalidade dos meses apresentados no gráfico 4 corresponda ao segundo período de mudanças, esse número será aqui apresentado para se dar seqüência à explanação sobre os componentes da estratégia de diferenciação, pois não foram obtidos dados da eficiência operacional relativos aos primeiro período.

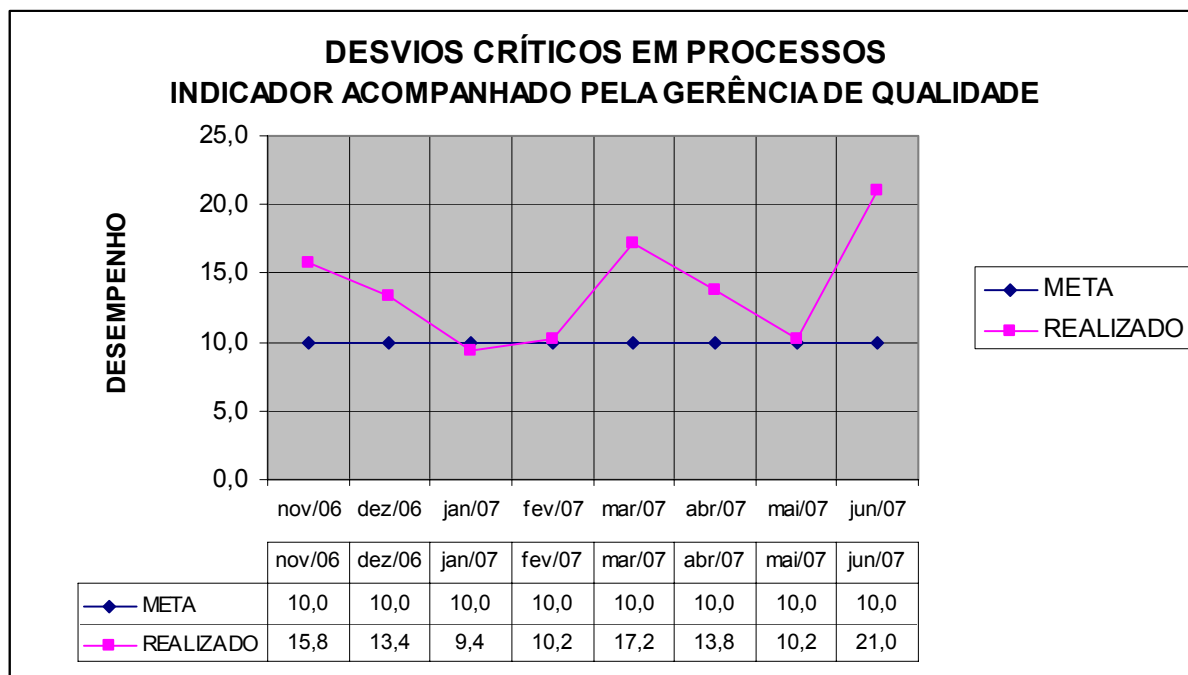


Gráfico 4 – Desvios críticos em processos

Fonte: Adaptado pelo autor a partir de dados do HGX

A meta de indicadores representa, em geral, o valor mínimo que se pretende alcançar para considerar o resultado satisfatório. A meta do indicador desvios críticos em processos, porém, apresenta uma lógica inversa ao critério comumente utilizado pelo fato de significar o valor máximo tolerado a esse indicador, que está vinculado as não conformidades de processos.

O gráfico 4 indica que o indicador desvios críticos em processos teve desempenho acima da meta na maioria dos meses do período observado, o que, neste caso, é desfavorável e sinaliza que a eficiência operacional precisa ser melhorada.

## 6.5 RESULTADOS DO SEGUNDO PERÍODO DE MUDANÇAS:

### 6.5.1 NOVO MODELO DE GESTÃO E REDIRECIONAMENTO DA AÇÃO GERENCIAL

É possível afirmar que o presente estudo se dá em um momento de ruptura de modelo de gestão. Adquirido em 1955 e conduzido sob um perfil de gestão empreendedora praticado pelos fundadores, líderes de uma estrutura de gestão

familiar que se manteve hegemônica por aproximadamente 50 anos, o Hospital HGX evoluiu nos últimos anos para um modelo de gestão baseada na governança corporativa. Para fazer funcionar esse modelo, os membros da terceira geração da família decidiram se afastar das atividades executivas e passaram a atuar no Conselho de Administração do Hospital.

O referido conselho é composto de seis membros, sendo três membros representantes dos sócios do hospital e três membros contratados no mercado, o que sugere haver equilíbrio em sua composição, possivelmente favorecendo decisões integradoras entre o pensamento dos sócios e dos executivos contratados.

### **6.5.2 O QUE MOTIVOU A MUDANÇA DE MODELO DE GESTÃO**

Para compreender a motivação da mudança, o sujeito do setor estratégico 1 explica:

O próprio mercado exigiu isso, devido à competitividade. O fundador foi uma pessoa de visão muito à frente de sua época. O Hospital já era uma forte referência há vinte e cinco anos atrás em São Paulo. [...] Com o passar dos anos percebemos a necessidade de contratar profissionais do mercado mais atualizados com a evolução. (SE1)

Conforme informado anteriormente, o segundo período de mudanças organizacionais foi iniciado em julho de 2006, com a contratação de um profissional externo para assumir a presidência do Conselho de Administração, e continuava até o momento da coleta de dados. Está relacionado mais fortemente à mudança do modelo de gestão, o que incluiu o encerramento da participação de membros da família na gestão executiva do hospital. Destaca-se também a ocorrência de mudanças tecnológicas, com redirecionamento para a produção com aplicação da metodologia DRG's. A gestão do hospital começou então a ser profissionalizada com o propósito de melhorar o desempenho operacional da organização e de buscar um maior entendimento entre os familiares quanto à condução do hospital. Confirmando as mudanças voltadas para a profissionalização do hospital, em janeiro de 2007 um novo presidente assume o comando executivo do hospital.

Em janeiro de 2007 a presidência passou a ser ocupada por um executivo de mercado, com conhecimento especializado em gestão, o que levou o hospital a novas e expressivas mudanças organizacionais.

Os novos gestores que fazem parte da equipe do novo presidente analisaram o andamento da estratégia do hospital com a aplicação do BSC, após transcorridos quatro anos de implantação (2003 a 2006). Algumas considerações foram feitas sobre o que ocorreu no período de quatro anos acima informado, que antecedeu a nova gestão. O sujeito do setor estratégico 10 se referiu inicialmente ao funcionamento do BSC na gestão passada:

Dentro do BSC, as mudanças foram retirar alguns objetivos estratégicos que naquele momento foram avaliados que não tinham nenhuma relevância na composição dos objetivos, na lógica da composição dos objetivos estratégicos que iriam levar à missão e ao aumento de produção. Essa é uma interpretação que eu estou fazendo, porque eu não estava nesse período, eu tenho as informações que para mim foram apresentadas. (SE10)

Essa declaração aponta dificuldades apresentadas por alguns objetivos estratégicos de se comunicarem com a missão, pois os seus indicadores não estariam mensurando adequadamente o que se pretendia atingir. Trata-se de um problema vinculado à formulação dos indicadores e à escolha dos objetivos.

A adequação da implantação do BSC em uma unidade hospitalar exige domínios tanto da tecnologia BSC como da tecnologia hospitalar.

Prosseguindo, o sujeito do setor estratégico 10 faz uma avaliação crítica da situação encontrada:

O que realmente me chama à atenção é justamente a falta de conexão, de relação entre alguns objetivos estratégicos e a estratégia. Então você eventualmente...para você ter um objetivo estratégico relacionado à parte de aprendizado, você cria um indicador de aderência ou de aplicabilidade do treinamento, mas quando você vai a fundo naquele indicador, no dado que gera aquela informação, você percebe que a informação não diz muito, que você está olhando um ponto e realmente não...(interrupção, telefone toca). (SE10)

Essa falta de conexão entre alguns objetivos estratégicos e a estratégia mencionada pelo sujeito estratégico 10 fez com que a equipe de novos gestores, liderada pelo novo presidente, decidisse por um redirecionamento, um reposicionamento da ação gerencial.

O sujeito do setor estratégico 10 confirma a mudança:

A gente não está priorizando olhar para o BSC nesse momento. A gente pretende trabalhar no BSC, pretende fazer o realinhamento das diretrizes de produção e todos os objetivos estratégicos. (SE10)

O olhar da ação gerencial volta-se agora para a produção do hospital. O diagnóstico da inadequabilidade de algumas métricas construídas para o BSC do hospital levou ao entendimento que seria necessário revisar o BSC para torná-lo mais efetivo, inclusive para aproveitar o longo processo de aprendizagem que houve na organização.

Com o cancelamento do indicador de resolutividade, o hospital procurou entender melhor o significado dessa expressão e fez isso inovando o seu processo produtivo com a utilização de protocolos clínicos (DRG's). Os protocolos estabelecem padrões de atendimento, o que facilita acompanhar a qualidade do atendimento, a racionalização dos recursos empregados e a identificação de procedimentos mais rentáveis para o hospital. Isto propicia economia às seguradoras privadas de saúde, para os serviços médicos do hospital e também maior satisfação dos usuários pelo atendimento recebido. Essa tríplice satisfação representa geração de valor e inovação. Entretanto é difícil aferir com que grau isso foi conquistado. O cancelamento do indicador de resolutividade, que representa um dos três componentes da estratégia de diferenciação, foi decisivo para ineficácia do BSC no caso estudado.

Em 2006 foram desenvolvidos protocolos não integrados. Também em 2006 foi criado o Núcleo de Epidemiologia.

Em 2007 houve a integração dos processos assistenciais e administrativos. Na integração desses processos o Hospital HGX deu prioridade à segurança assistencial, conforme declara o sujeito do setor estratégico 7:

Priorizamos garantir a segurança assistencial do paciente. Custos vêm depois disso. Em 2006 foi criado o Núcleo de Epidemiologia. O estudo de epidemiologia ajudou o HGX a melhorar a planilha de indicadores assistenciais. É uma planilha que tem muitos dados sobre permanência e perfil do paciente internado. **Em 2007 integramos cinco protocolos clínicos que são AVC, Dor Torácica, Insuficiência Coronariana Aguda, Sepsis e Profilaxia de Neurocirurgia.** Esses protocolos estão integrados a UTI, ao Pronto-Socorro e ao Centro Cirúrgico, o que ratifica a vocação do hospital para o atendimento a pacientes em situação de alta complexidade. (SE7).

Ao priorizar a qualidade assistencial, o Hospital HGX apresenta consonância com o pensamento de Porter (1986) no que se refere a estratégia de diferenciação. Segundo Porter (1986), ao decidir trabalhar com estratégia de diferenciação, ela tende a afastar a organização da rivalidade competitiva, pois propicia lealdade dos

usuários em relação à marca, com menor sensibilidade ao preço do produto ou serviço inovador. Embora essa estratégia aumente as margens e exclua a necessidade de baixo custo, dada a fidelidade dos usuários, demanda com frequência grandes esforços até atingir o estágio de êxito.

As lições do passado que ensinaram a muitos profissionais da organização o conceito de estratégia, bem como a disciplina e ação que esse conceito requer, constituem-se em ativo que poderá favorecer a um realinhamento estratégico mais rápido e com melhores perspectivas de resultados do que aqueles do passado.

O sujeito do setor estratégico 1 faz sua análise do processo de aprendizagem proporcionado pelo BSC:

O BSC faz parte de todo o processo de mudança. Auxiliou muito, trás foco, não se trabalha de forma improvisada, é trabalho direcionado com metodologia. Dá visão, meta e direção. Antes do BSC o trabalho era realizado por intuição, impulso e por *feeling*. O BSC veio para organizar. O trilho é esse, a meta está lá, isso não é importante, pare de perder energia com isso, você está fora de foco (...) (SE1).

A aprendizagem proveniente da aplicação do BSC é confirmada pelo sujeito do setor estratégico 2:

A visão sistêmica é realmente uma mudança muito significativa, com mais pessoas trabalhando juntas com um foco definido, profissionais podem enxergar possibilidades de melhoria no trabalho que realizam em função do indicador acompanhado por outra área, por outro colega. É um trabalho muito em conjunto, de discussão e de alinhamento, de integração de áreas diferentes. Com o BSC é possível enxergar e identificar a inadequação de continuar fazendo um processo de determinada forma, se isso está tendo um impacto muito ruim para a empresa. Antigamente, antes do BSC não tínhamos essa visão abrangente. (SE2)

O sujeito do setor estratégico 3 também concorda sobre a aprendizagem proporcionada com o uso do BSC:

O BSC é um processo de aprendizado sim. Ele também é um processo de controle. Ele é um processo de aprendizado e de certa forma de cobrança de resultado. Eu acho que é isso que mantém a energia do processo.(SE3).

O sujeito do setor estratégico 7 apresenta a sua percepção sobre a aprendizagem proporcionada com o uso do BSC:

Eu vejo que o BSC tem colaborado mais para o aprendizado e para o controle, controle no bom sentido, que os gestores desenvolvam a capacidade de controle, mas não para inibir a criatividade.[...] A escolha da ferramenta (BSC) possibilitou o pessoal a pensar sobre a gestão. Me refiro ao corpo médio de gestores [...] Agora, na hora em que se decide pelo planejamento estratégico, você envolve todo o corpo diretivo, o teu corpo gerencial ou a estrutura média de gestão. Naquela ocasião, isso tudo foi um grande passo, porque foi desenvolvida a capacidade dos gestores. (SE7)

O sujeito do setor estratégico 8 comenta como entende a aprendizagem proporcionada com o uso do BSC:

Esta fase é uma fase de aprendizado. É o que eu falei. Não o aprendizado do sistema, mas o aprendizado da gestão. Então o BSC tem sido um instrumento forte e bom na formação do gestor. (SE8).

O sujeito do setor tático 3 tem a seguinte opinião, quando questionado se o BSC tem atuado com maior ênfase no Hospital HGX como um sistema de comunicação, de informação, de aprendizado, ou de controle:

Eu vejo como um sistema de aprendizado. Porque eu passei a acompanhar mais de perto como tudo funciona. O BSC fornece uma visão sistêmica, um tipo de coisa que eu não tinha neste setor do Hospital, como é que cada um funciona e qual a importância, qual a ligação de um com o outro, para quando chegar lá em cima, você atingir o resultado. Eu acho que as coisas ficaram mais claras, pelo menos para mim.(ST3).

Os objetivos e medidas financeiras desempenham um papel duplo no BSC, segundo Kaplan; Norton (1997), pois respondem pela performance financeira esperada pela estratégia e também representam a meta principal para os objetivos e medidas de todas as outras perspectivas do BSC. Assim é de se esperar que estudos sobre o BSC façam alguma consideração a essa perspectiva, mesmo considerando que o acesso a esse tipo de informação, em geral, seja muito restrito.

A fala do sujeito do setor estratégico 6 defende que houve melhoria na realidade financeira do HGX, depois de 5 anos de aplicação do BSC:

O resultado financeiro da empresa melhorou bastante a partir de 2005. Hoje estamos em uma situação financeira confortável, administrando com os nossos próprios recursos. A competência financeira é a base para uma boa gestão. Porque sem dinheiro, sem credibilidade e sem liquidez nesse processo, você não consegue gerir toda a despesa de um hospital. (SE6)



Ressalta-se, contudo, que a presente pesquisa não teve acesso a dados financeiros do hospital HGX e a outros depoimentos sobre o desempenho financeiro, o que impossibilita ratificar a informação acima prestada.

Ao redirecionar o foco da ação gerencial para o aumento de produção, no segundo período de mudanças, o Hospital HGX, ao mesmo tempo em que reconhece a necessidade de proceder ajustes em sua estratégia e no BSC para torná-los mais efetivos, busca construir a estabilidade necessária para participar de novas mudanças promotoras do seu desenvolvimento.

## CAPÍTULO VII

### 7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Conforme definido na introdução, este estudo teve como foco principal encontrar respostas que visassem esclarecer o seguinte problema de pesquisa:

Como foi implantado e quais os principais resultados da aplicação do *Balanced Scorecard* no HOSPITAL HGX, considerando a mudança organizacional que nele ocorreu?

Com o intuito de ajudar a responder ao problema apresentado, optou-se por utilizar a afirmação que defende que a mudança organizacional repercute nas possibilidades de inovação e nos resultados da gestão estratégica do Hospital HGX.

A escolha do tema e da questão de partida decorreram da problemática que envolve o setor hospitalar, pois os hospitais perceberam que os modelos de gestão até então utilizados não mais estavam gerando as respostas necessárias em termos de resultados, diante da competitividade crescente. A complexidade da situação exigia encontrar modelos de gestão inovadores, que possibilitassem, além dos resultados financeiros, uma perspectiva de longo prazo, voltada para a sobrevivência. Assim, a inovação gerencial representada pelo *Balanced Scorecard* se insere neste cenário como uma importante medida para viabilizar a competitividade e a qualidade.

A presente pesquisa possibilita a apreensão dedutiva de que o hospital inovou seu processo produtivo, mas é difícil aferir em que grau isso foi conquistado, pois a avaliação dos resultados da aplicação do BSC não conseguiu fazer essa aferição. A desistência da aplicação do objetivo estratégico **garantir a alta resolutividade**, que representa um dos três componentes do eixo das estratégias de diferenciação, foi decisiva para ineficácia do BSC nos moldes encontrados. Entretanto isso não significa dizer que o uso do BSC não resultou em avanços para a organização, muito pelo contrário, pois houve um processo de aprendizagem bem caracterizado, do qual se destaca a aprendizagem proporcionada às gerências intermediárias, por meio de participação na gestão estratégica, com a aplicação do BSC.

Davila; Epstein; Shelton (2007) consideram o BSC como um dos mais adequados conceitos em sistemas de avaliação, mas advertem que não existe

alternativa capaz de substituir a análise e o julgamento do gestor. O BSC, portanto, dá apoio ao processo decisório, mas não substitui o trabalho gerencial.

Embora o BSC possa dar uma idéia de que é pretensiosamente totalizante, na verdade não o é. Para desenvolver estratégias, inclusive com a aplicação do BSC, de acordo com Porto (1998), é preciso fazer *trade-offs*<sup>33</sup> e priorizar algumas ações em detrimento de outras.

Além disso, o desempenho dos indicadores do BSC não substitui a necessidade de os gestores se aproximarem dos fenômenos para tirarem conclusões mais precisas e assim tomarem decisões mais adequadas ao momento.

As principais limitações deste estudo estiveram relacionadas à grande distância física da unidade hospitalar pesquisada, uma vez que está situada na cidade de São Paulo e as viagens para realizar o trabalho de campo estiveram restritas ao período de recesso de aulas do mestrado. Embora tenha ocorrido boa vontade dos dirigentes em colaborar com o trabalho acadêmico, existe uma natural dificuldade de conciliar a agenda de executivos às necessidades da pesquisa. Além disso, devem ser consideradas a não-permissão para realizar entrevistas com os usuários do hospital, problema que foi minimizado com o acesso a dados da pesquisa de satisfação dos usuários, e um processo intensivo de mudanças, o que gerou a fragmentação de acesso a algumas informações.

Não há dúvida do benefício proveniente desta primeira aplicação do BSC em uma organização hospitalar do Brasil. Alguns equívocos observados na sua formulação e implantação não tiram o mérito da decisão dos gestores do hospital em adotar o BSC, embora o momento escolhido não tenha sido apropriado, diante das intensas mudanças por que passava o hospital.

Assim como administrar a inovação é um processo paradoxal, nas palavras de Davila; Epistein; Shelton (2007), pelo fato de a organização precisar de estabilidade na sua identidade e estratégia e, ao mesmo tempo, mostrar-se aberta às mudanças, administrar um hospital também detém características contraditórias.

Um paradoxo básico da gestão hospitalar é conciliar a tecnicidade e subjetividade, muitas vezes presente no trabalho médico, com operacionalidade e

---

<sup>33</sup> *Trade-offs* são escolhas que implicam "abrir mão" de certas vantagens em favor de outras. A essência do *trade-off* é a renúncia a algumas atividades, produtos, serviços ou áreas de atuação em benefício de outras. Escolhendo claramente atuar de um modo e não de outro, os gerentes tornam claras as prioridades da organização. Porto (1998).

objetividade necessárias para que o trabalho dos administradores hospitalares detenha uma racionalidade gerencial no que se refere aos processos assistenciais.

O BSC tem essa vertente de buscar converter dados subjetivos em indicadores de desempenho, o que pode ajudar a aproximar o trabalho desenvolvido pelas duas esferas anteriormente informadas. O sistema que apóia o BSC também tem características inovadoras porque integra pólos distintos de indicadores, ao refletir o equilíbrio entre os objetivos de curto e longo prazo, entre medidas financeiras e não financeiras, entre indicadores de tendências e ocorrências e entre perspectivas interna e externa. Também colaborando nesse sentido está o mapa estratégico com a sua relação de causa e efeito, esclarecendo que existe uma interligação lógica de funcionamento de uma unidade hospitalar, que deve ser respeitada para que seja possível alcançar a visão, o resultado financeiro desejado e a geração de valor ao usuário do hospital.

A decisão pela adoção do BSC foi um grande passo em direção a mudanças organizacionais, o que requereu a presença de uma liderança forte e eficaz e estabilidade na condução da organização.

A aplicação do BSC se deu em uma organização hospitalar tradicional de São Paulo, com reconhecidos méritos por relevantes serviços prestados à sociedade paulistana e brasileira ao longo dos anos, ao ponto de ter sido escolhida como o melhor hospital do Brasil nos primeiros anos da década atual. Entretanto o momento escolhido para implantação do BSC não foi o mais oportuno, porque a ausência de um plano sucessório no hospital gerou um ciclo de instabilidade de comando, justamente nos anos iniciais de implantação do BSC, o que prejudicou a sua condução.

Se tivesse havido um planejamento de aplicação do BSC após a consolidação do modelo de gestão profissional nos moldes adotados de governança corporativa, possivelmente os resultados teriam sido mais favoráveis. Este pode ser considerado um novo pressuposto provocador para a realização de novos estudos no Hospital HGX, em que poderá ser avaliada a eficácia do BSC nesse hospital, já com o seu modelo de gestão consolidado.

Importante também é lembrar que esta pesquisa se configura como uma oportunidade para as equipes de trabalho do Hospital HGX analisarem os resultados apresentados e deles tirarem lições que tanto manifestem contentamento quanto aos aspectos positivos da experiência aqui apresentados quanto identifiquem

aspectos que podem ser melhorados, com soluções potencializadas, aproveitando o processo de aprendizagem em gestão estratégica, construído nesses cinco anos de experiência na aplicação do BSC.

Espera-se que venha a se firmar também como proveitoso o recorte construído e apresentado das informações estratégicas coletadas, e que se constituam em um bom limite entre a vontade de bem informar e o compromisso de preservar alguns dados mais específicos da estratégia. Se útil como estímulo a novas pesquisas sobre gestão estratégica, inclusive em outros segmentos organizacionais, certamente esta pesquisa estará de alguma forma colaborando para a busca renovada de conhecimentos.

Considerando a possibilidade de o BSC ter sido implantado no Hospital HGX com o propósito de suportar mudanças pretendidas, é importante rever Hurst (1996), apresentado no capítulo sobre mudança organizacional. Para o autor, é surpreendente que surjam proposições variadas no campo da administração que prometem sistemas de gerenciamento racional e objetivo da mudança. Essas proposições consideram a mudança como um problema técnico que requer soluções técnicas. O administrador, com o apoio de sistemas gerenciais, seria capaz de realizar um procedimento técnico (intervir na realidade) sem, contudo, misturar-se a ela e assim conseguiria controlar a mudança e garantir a estabilidade organizacional. Os sistemas gerenciais são pretensiosos, mas não são infalíveis. Não é possível prever todos os acontecimentos porque a dinâmica social é muito maior do que concepções objetivas da realidade. A realidade totalizante que tentam abarcar é fugaz, porque a racionalidade humana é limitada. (HURST, 1996).

Em síntese, a posição central do homem no processo decisório está preservada, mas é importante que haja uma reflexão sobre os limites de contribuição de ferramentas de gestão estratégica, incluindo o BSC. Talvez o seu melhor uso esteja vinculado à oportunidade que os seus indicadores de desempenho fornecem de considerá-los como componentes dinâmicos de uma realidade mutante. Nesse sentido, assim como quem se sente em estado de contemplação, em que se busca captar o som da natureza, o canto dos pássaros, o som dos rios deslizando nas rochas, das folhas que caem, ou assim como quem aprecia a imagem do sol que desponta no horizonte, o administrador precisa estar consciente de que é parte integrante de uma realidade muito maior que a sua própria existência e, portanto,

precisa simultaneamente desenvolver e reconhecer as limitações dos seus sentidos para que possa inserir-se nessa realidade de forma colaborativa e integradora.

## REFERÊNCIAS

ABNT CB-25. Certificados ISO 9001 emitidos no Brasil, por Ano Calendário. Disponível em:  
<[http://200.20.212.34/cb25i/ano\\_calendario.asp?Chamador=CB25](http://200.20.212.34/cb25i/ano_calendario.asp?Chamador=CB25)> Acesso em 15/01/2008.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR (ANS). Disponível em <<http://www.ans.gov.br/portalv4/site/home/default.asp>>. Acesso em: 21 fev. 2007.

\_\_\_\_\_. Caderno de Informação da Saúde Suplementar: Beneficiários, Operadoras e Planos. Dez. 2007. Disponível em:  
[http://www.ans.gov.br/portal/upload/informacoesss/caderno\\_informaca\\_12\\_2007.pdf](http://www.ans.gov.br/portal/upload/informacoesss/caderno_informaca_12_2007.pdf). Acesso em: 16 jan. 2008.

AGUIAR, Enéas Fernandes. Cenários Mundiais, Nacionais e de Mato Grosso. Brasília: 2006. Disponível em:  
<[http://www.seplan.mt.gov.br/arquivos/A\\_f662aa5cafc0536c717a227fd5bffcd1CENARIOS13%20SET.pdf?PHPSESSID=3c846bb6d25d293523470059debbac80](http://www.seplan.mt.gov.br/arquivos/A_f662aa5cafc0536c717a227fd5bffcd1CENARIOS13%20SET.pdf?PHPSESSID=3c846bb6d25d293523470059debbac80)>. Acesso em: 20 dez. 2006.

ALBUQUERQUE, Eduardo da Motta; SOUZA, Sara Gonçalves Antunes de; BAESSA, Adriano Ricardo. Pesquisa e inovação em saúde: uma discussão a partir da literatura sobre economia da tecnologia. **Ciênc. saúde coletiva**, v. 9, n. 2, p.277-294, abr./jun. 2004.

ALTER, Norbert. Inovação, Risco e Transgressão nas Organizações. In: DAVEL, Eduardo; VERGARA, Sylvia Constant. (Organizadores). **Gestão com Pessoas e Subjetividade**. São Paulo: Atlas, 2001, p.59-78.

ANDRADE, A.; ROSETTI, J.P. **Governança Corporativa**. São Paulo: Atlas, 2004.

ANDRADE, Luiz Inácio Caribé Cincurá de. Teoria e Prática das Organizações de Aprendizagem: Barreiras, Oportunidades e Resultados. **Revista Brasileira de Administração**, Brasília, v. XIII, n. 43, p. 16-22, 2003.

ARROW, Kenneth. (1995) Interview with Kenneth Arrow. Disponível em:  
<<http://woodrow.mpls.frb.fed.us/pubs/region/95-12/int9512.cfm>>. Acesso em: 18 fev. 2007.

ANSOFF, H.Igor; McDONNELL, Edward J. **Implantando a Administração Estratégica**. São Paulo: Atlas, 1993.

BALANCED SCORECARD COLLABORATIVE. *Executing Startegy with the Balanced Scorecard. An Introdtion to the Startegy-Focused Organization*. 2002. Disponível em:  
<[http://www.rocketsoftware.com/files/21/executing\\_strat.pdf](http://www.rocketsoftware.com/files/21/executing_strat.pdf)>. Acesso em: 25 jul. 2007.

BARDIN, Laurence. **Análise de Conteúdo**. Lisboa: Edições 70, LDA, 1994.

BAUER, Ruben. **Gestão da mudança**: caos e complexidade nas organizações. São Paulo: Atlas, 1999.

BORBA, Valdir Ribeiro. **Administração Hospitalar: Princípios básicos**. São Paulo: CEDAS – Centro São Camilo de Desenvolvimento em Administração da Saúde. 1991.

BRAGA NETO, Francisco C. **Examinando Alternativas para a Administração dos Hospitais: Os modelos de Gestão descentralizados e por linhas de produção**. 1991. 149 f. Dissertação de Mestrado (Escola Nacional de Saúde Pública/Fiocruz). Rio de Janeiro, 1991.

BRASIL. Constituição (1988). Disponível em <<http://www.senado.gov.br/sf/legislacao/const/>> Acesso em 26 mar.2008.

CABRAL, A. C. A. **Aprendizagem Organizacional Como Estratégia de Competitividade: Uma Revisão da Literatura**. In: Suzana Braga Rodrigues; Miguel Pina e Cunha. (Org.). **Estudos Organizacionais: Novas Perspectivas na Administração de Empresas**. São Paulo: Iglu Editora Ltda, 2000, v. 01, p. 227-247.

CALLEGARI, Lucas. **Estudo Especial sobre Hospitais Privados – situação e perspectivas**. São Paulo: Panorama Setorial, 2004.

CAMFIELD, Claudio Eduardo Ramos; GODOY, Leoni Pentiado. **Análise do cenário das certificações da ISO 9000 no Brasil: um estudo de caso em empresas da construção civil em Santa Maria – RS**. Disponível em: <[http://www.producaoonline.ufsc.br/v04n01/artigos/PDF/091\\_2003.pdf](http://www.producaoonline.ufsc.br/v04n01/artigos/PDF/091_2003.pdf)>. Acesso em: 7 jan. 2008.

CAMPOS, Francisco Eduardo de. **Resolutividade: Uma aproximação à avaliação qualitativa dos serviços de saúde**. Tese (Doutorado em Saúde Pública). Escola Nacional de Saúde Pública/FIOCRUZ. Rio de Janeiro, 1988.

CAMPOS, Francisco Eduardo; ALBUQUERQUE, Eduardo da Motta. **As Especificidades Contemporâneas do Trabalho no Setor Saúde. Notas Introdutórias para uma Discussão**. **R.Econ.contemp.**, Rio de Janeiro, v. 3, n. 2, p. 79-96, jul./dez.1999.

CASTRO, Janice Dornelles. **Regulação em Saúde. Análise de Conceitos Fundamentais**. **Sociologias**. Porto Alegre, ano 4. n. 7, p.122-135, jan/jun 2002.

COORDENAÇÃO DE EPIDEMIOLOGIA E INFORMAÇÃO. **Secretaria Municipal da Saúde do Município de São Paulo. Relação das Unidades da Secretaria Municipal da Saúde por região/zona do município de São Paulo**. Dezembro/2007.



CORRÊA, Gustavo Alexander Caetano. A necessidade de regulação do setor privado da saúde no Brasil: razões e perspectivas. (2005). Disponível em: <[http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/1%C2%BA\\_ciclo\\_apres2.pdf](http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/1%C2%BA_ciclo_apres2.pdf)>. Acesso em: 18 fev. 2007.

COSTANZI, Rogério Nagamine. Emprego Formal Cresce Menos Que PIB. **Revista Amanhã**. Edição 223 – agosto/2006. Disponível em: <[http://amanha.terra.com.br/notas\\_quentes/notas\\_index.asp?cod=1565](http://amanha.terra.com.br/notas_quentes/notas_index.asp?cod=1565)> Acesso em: 20 dez. 2006.

COUTINHO, André Ribeiro; KALLÁS, David. (Organizadores). Gestão da Estratégia. Experiências e Lições de Empresas Brasileiras. Rio de Janeiro: Elsevier, 2005.

DAVILA, Tony; EPSTEIN, Marc J.; SHELTON, Robert.. **As Regras da Inovação. Como Gerenciar, Como Medir e Como Lucrar**. Porto Alegre: Bookman, 2007.

DRUCKER, Peter F. The Discipline of Inovation. Harvard Business Review, november-december (1998). Disponível em: <<http://www.hi.is/~joner/eaps/druck7-b.htm>>. Acesso em 2 fev. 2008.

ENCICLOPÉDIA DELTA UNIVERSAL. Verbete [Hospital]. Rio de Janeiro: Editora Delta, 1980.

ESTEVÃO, Heitor. Informação prestada sobre o ABNT/CB-25. Disponível em: <[lcincura@ufba.br](mailto:lcincura@ufba.br)>. Acesso 14 jan. 2008.

FARINA, Elizabeth Maria Mercier Querido; AZEVEDO, P.F; SAES, M.S.M. **Competitividade: mercado, Estado e organizações**. São Paulo: Singular,1997.

FEDERAÇÃO BRASILEIRA DE HOSPITAIS. Estatísticas do Setor Saúde - Hospitais no País. Disponível em: <[http://www.fbh.com.br/index.php?a=inf\\_estat.php](http://www.fbh.com.br/index.php?a=inf_estat.php)>. Acesso em: 10.jan.2008.

FELDMAN, Liliane Bauer; GATTO, Maria Alice Fontes; CUNHA, Isabel Cristina Kowal Olm. História da Evolução da Qualidade Hospitalar: dos padrões à acreditação. Capítulo da dissertação de mestrado apresentada à Universidade Guarulhos, em 2002. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ape/v18n2/a15v18n2.pdf>>. Acesso em 10/01/2008.

FINEP – Financiadora de Estudos e Projetos. Termos e Conceitos. Disponível em: <<http://www.finep.gov.br>>. Acesso em 1 fev. 2008.

FOLHA DE SÃO PAULO. Hospitais. **Folha de São Paulo**, São Paulo, 26 agosto.2007. Caderno Hospitais, p.3.

FOUCAULT, Michel. **Microfísica do Poder**. Rio de Janeiro: Graal, 1996.

FUCK, Marcos Paulo. Resenha do livro “Teoria do desenvolvimento econômico: Uma investigação sobre lucros, capital, crédito, juro e o ciclo econômico.” Disponível em:

<<http://www.comciencia.br/resenhas/2004/08/resenha1.htm>>. Acesso em: 19 dez. 2006.

FUNDAÇÃO NACIONAL DA QUALIDADE. **Rumo à Excelência**: Rede Nacional de Excelência. São Paulo: Fundação para o Prêmio Nacional da Qualidade, 2005.

GASTAL, Fábio Leite. Entrevista do Superintendente da Organização Nacional de Acreditação ao Hospital Português. Fevereiro de 2006. Disponível em: <[http://www.hportugues.com.br/noticias/outras\\_edicoes/Folder.2003-03-08.3340/docimagebig.2006-02-08.8141579200](http://www.hportugues.com.br/noticias/outras_edicoes/Folder.2003-03-08.3340/docimagebig.2006-02-08.8141579200)> Acesso em: 11 jan. 2008.

GONÇALVES, Ernesto Lima (organizador). **Gestão Hospitalar**: Administrando o Hospital Moderno. São Paulo: Saraiva, 2006.

GONÇALVES, Luiz. Portfolio, portfólio e portfólio... qual a grafia correta? Webinsider, 2005. Disponível em:

<<http://webinsider.uol.com.br/index.php/2005/07/03/portifolio-e-portfolio-qual-a-grafia-correta>>. Acesso em: 8 fev. 2008.

HELENO, Guido. A Era da Inovação e da Competitividade. **Revista Brasileira de Administração**. Ano XVII, nº 58, p 32-38, maio/jun. 2007.

HOSPITAL SANTA ISABEL. Disponível em: <[http://www.santacasaba.org.br/santa\\_izabel.php](http://www.santacasaba.org.br/santa_izabel.php)>. Acesso em: 25 dez. 2007.

HOSPITAIS. Caderno Especial do Jornal Folha de São Paulo. 26.ago.2007

HURST, David K. **Crise e Renovação**: Enfrentando o Desafio da Mudança Organizacional. São Paulo: Futura, 1996.

IBGE-Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. População recenseada e estimada, segundo as Grandes Regiões e as Unidades da Federação – 2007a. Disponível em: [http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/contagem2007/contagem\\_final/ta\\_bela1\\_1.pdf](http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/contagem2007/contagem_final/ta_bela1_1.pdf). Acesso em: 16 jan. 2008.

\_\_\_\_\_. Contagem da população residente 2007 e estimativas da população 2007, em primeiro de abril de 2007b. UF: São Paulo. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/contagem2007/SP.pdf>>. Acesso em: 3 fev. 2008.

INTERNATIONAL ORGANIZATION FOR STANDARDIZATION. International Standards for Business, Government and Society. [2007?]. Disponível em: <[http://www.iso.org/iso/about/iso\\_members.htm](http://www.iso.org/iso/about/iso_members.htm)>. Acesso em: 7 jan. 2008.

JORNAL MEDICINA CFM CONSELHO FEDERAL. Planos e Seguros de Saúde. **Jornal Medicina CFM Conselho Federal**, Ano XXII, nº 164, p. 04, ag. 2007.

KAPLAN, Robert S.; NORTON, David P. **A Estratégia em Ação: Balanced Scorecard**. 20.ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 1997.

\_\_\_\_\_. **Organização orientada para a Estratégia: Como as empresas que adotam o *Balanced Scorecard* prosperam no novo ambiente de negócios**. 9.ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2001

KARSTEN, Ricardo. Do planejamento para a gestão estratégica. Publicado em 11/12/2006. Disponível em: <[http://www.beringer.com.br/m16\\_biblioteca\\_art\\_06.htm](http://www.beringer.com.br/m16_biblioteca_art_06.htm)>. Acesso em: 10 mar. 2008.

KORNIS, G. E. M. ; SIQUEIRA, Bernardo Sicsú . Seguro Saúde: A Experiência da Competição. In: VII Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva, 2003, Brasília. Saúde, Justiça, Cidadania - VII Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva. Brasília : ABRASCO, 2003. v. 8. p. 33-33.

LANDES, David S. **Prometeu Desacorrentado: Transformação Tecnológica e Desenvolvimento Industrial na Europa Ocidental, desde 1750 até a nossa época**. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1994.

LONGO, W.P. **Ciência e Tecnologia: alguns aspectos teóricos**. Escola Superior de Guerra, LS-19/87 (1987). Revisto e atualizado em Julho de 2004.

MACHADO, Márcia Alves de Carvalho. A Igreja Cristã na Alta Idade Média - domínio da sociedade pela religião. [200-?] Disponível em: <<http://dominiodahistoria.files.wordpress.com/2007/06/historiamedievaigrajasociedad e.doc>>. Acesso em: 13 nov. 2007.

MANUAL DE OSLO. Proposta de Diretrizes para Coleta e Interpretação de Dados sobre Inovação Tecnológica. Disponível em: <[http://www.finep.gov.br/imprensa/sala\\_imprensa/manual\\_de\\_oslo.pdf](http://www.finep.gov.br/imprensa/sala_imprensa/manual_de_oslo.pdf)> Acesso em 13 abr. 2008.

MARGLIN, Stephen. Origem e funções do parcelamento das tarefas (Para que servem os padrões?), in: GORZ, A. (org.) **Crítica da Divisão do Trabalho**. São Paulo: Martins Fontes, 1996.

MARTINS, Flávio. Consultoria para Certificado ISO 9000 (Sistema de Qualidade) e SA (Responsabilidade Social). **Revista Virtual de Gestão Empresarial**, n. 87, 2004. Disponível em: <<http://www.gestaoesuccesso.com.br/artigoedicao42.htm>>. Acesso em: 7 jan. 2007

MARTINS, Gilberto de Andrade. **Estudo de Caso: Uma Estratégia de Pesquisa**. São Paulo: Atlas, 2006.

MARTINS, Roberto. **Implantação do BSC em pequenas e médias empresas. Um desafio?** 23/11/2005. Disponível em: <<http://www.via6.com/topico.php?cid=5295&tid=3871>>. Acesso em: 23 jul. 2007.

MARX, Karl. **O Capital**. Edição Resumida. Rio de Janeiro: Zahar, 1967.

MATHIAS, Alexandre. **Entrevista com Alexandre Mathias, Diretor Geral da ESPM do Rio de Janeiro**. Entrevista realizada em 25/07/2003. Disponível em <<http://www.talentesresultados.com/materiae.htm>>. Acesso em 21 jul. 2007.

MENDES, Antonio Carlos; SILVA, Jefferson de Vasconcelos; DALLARI, Sueli Gandolfi. Bioética e Direito. Disponível em: <<http://www.portalmedico.org.br/revista/bio1v2/biodireit.html>>. Acesso em: 13 dez. 2007.

MENDES, Vera Lúcia Peixoto Santos. **Inovação Gerencial na Administração Pública: Um Estudo na Esfera Municipal no Brasil**. 2000. Tese (Doutorado em Administração) Escola de Administração da Universidade Federal da Bahia. Salvador: NPGA/UFBA, 2000.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 4. ed. São Paulo-Rio de Janeiro: HUCITEC-ABRASCO, 1996.

MINTZBERG, Henry. **Criando Organizações Eficazes: Estruturas em cinco configurações**. São Paulo: Atlas, 1995.

MINTZBERG, Henry; QUINN, James Brian. **O Processo da Estratégia**. 3 ed. Porto Alegre: Bookman, 2001.

MONTONE, Januário. Integração do Setor de Saúde Suplementar ao Sistema de Saúde Brasileiro 2001. Disponível em: <[http://www.ans.gov.br/portal/upload/biblioteca/Livro\\_serie\\_ans2.pdf](http://www.ans.gov.br/portal/upload/biblioteca/Livro_serie_ans2.pdf)>. Acesso em 21 fev. 2007.

MORGAN, Gareth. **Imagens da Organização**, São Paulo: Atlas, 1996.

NORONHA, Marina et al. **O Desenvolvimento dos *Diagnosis Related Groups* – DRGs. Metodologia de Classificação de Pacientes Hospitalares**. Revista Saúde Pública. São Paulo 25 (3): 198-208, 1991.

OECD - Organização para Cooperação Econômica e Desenvolvimento. **Manual de Oslo**. Tradução FINEP – Financiadora de Estudos e Projetos, 2004.

OLIVEIRA, Gesner; WERNECK, Bruno; MACHADO, Eduardo. CNI – Projeto de Reforma das Agências Reguladoras. 2004. Disponível em: <[http://www.cni.org.br/empauta/agencias\\_reguladoras/CNI\\_010904.pdf](http://www.cni.org.br/empauta/agencias_reguladoras/CNI_010904.pdf)>. Acesso em 02 jul. 2006.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE e ORGANIZAÇÃO PAN AMERICANA DE SAÚDE. **Leitos por Habitantes e Médicos por habitantes**. 2003.

PARRA Filho, Domingos; SANTOS, João Almeida. **Apresentação de trabalhos científicos**. Monografia – TCC – Teses – Dissertações. 6.ed. São Paulo: Futura, 2000.

PAULA, Ana Paula Paes de; SILVA, Ralph Santos da. *Balanced Scorecard: O Discurso da Estratégia e o Controle Social nas Organizações*. In: XXIX Encontro da ANPAD, 2005, Brasília. **Trabalhos apresentados**. Disponível em <[http://www.anpad.org.br/evento.php?acao=subsecao&cod\\_edicao\\_subsecao=30&cod\\_evento\\_edicao=9](http://www.anpad.org.br/evento.php?acao=subsecao&cod_edicao_subsecao=30&cod_evento_edicao=9)> Acesso em 25/07/2007.

PEREIRA, Júlio Cesar Rodrigues; BALTAR, Valéria Troncoso; MELLO, Débora Luz de. Sistema Nacional de Inovação em Saúde: relações entre áreas da ciência e setores econômicos. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 38, n. 1, 2004. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rsp/v38n1/18445.pdf>>. Acesso em: 25 Fev 2007.

PESSALI; Huáscar Fialho; FERNÁNDEZ, Ramón Garcia. **Inovação e Teorias da Firma**. In: PALAEZ, Victor; SZMRECSÁNYI, Tamás (Organizadores). *Economia da Inovação Tecnológica*. São Paulo: Hucitec, 2006, Capítulo XIII. .

PICCHIAI, Djair. *Mudança em Instituições Hospitalares: Análise do Processo e Estudo da Ação do Administrador Hospitalar*. Relatório n° 3/1998. Escola de Administração de Empresas. Fundação Getúlio Vargas. Núcleo de Pesquisas e Publicações. Série Relatórios de Pesquisa.

PINHEIRO, Luciane Ribeiro Dias; GIACOMINI FILHO, Gino; SILVA, Ligia Pinheiro. *Certificação de Qualidade nos Hospitais Públicos da Cidade de São Paulo*. Disponível em: <[www.ead.fea.usp.br/Semead/10semead/sistema/resultado/trabalhosPDF/169.pdf](http://www.ead.fea.usp.br/Semead/10semead/sistema/resultado/trabalhosPDF/169.pdf) - >. Acesso em: 10 jan. 2008.

PORTER, Michael E. **Estratégia Competitiva: Técnicas para Análise de Indústrias e da Concorrência**. Rio de Janeiro: Campus, 1986.

PORTER, Michael E.; TEISBERG, Elizabeth Olmsted. **Repensando a Saúde: Estratégias para melhorar a qualidade e reduzir custos**. Porto Alegre: Bookman, 2007.

PORTO, Cláudio. **Uma Introdução ao Planejamento Estratégico**. Boletim Técnico do SENAC. Volume 24 - Número 2 - Maio/Agosto 1998 Disponível em: <<http://www.senac.br/INFORMATIVO/BTS/242/boltec242a.htm>> Acesso em 10/03/2008.

REZENDE, José Francisco. **Balanced Scorecard e a gestão do Capital Intelectual: Alcançando a performance balanceada na Economia do Conhecimento**. 2.ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2003.

RICARDO, David. *On the Principles of Political Economy and Taxation*. Published: London: John Murray, 1821. Third edition. Edição Brasileira: **Princípios de Economia Política e Tributação**. São Paulo: Abril, 1982.

RICKLI, Adriane; FERNANDES, Marcelo Alessandro. Compromisso das Pessoas com a Estratégia. *In*: COUTINHO, André Ribeiro; KALLÁS, David. (Organizadores). **Gestão da Estratégia**. Experiências e Lições de Empresas Brasileiras. Rio de Janeiro: Elsevier, 2005, p. 92-114.

ROESCH, Sylvia Maria Azevedo. **Projetos de estágio e de Pesquisa em Administração** - Guia para estágios, trabalhos de conclusão, dissertação e estudos de caso. 2.ed. São Paulo: Editora Atlas, 1999.

SCHUMPETER, Joseph. **Teoria do Desenvolvimento Econômico**, 1911. Rio de Janeiro: Fundo de Cultura S.A., 1961.

SCHWARZ, Fanny. Gestão da Estratégia: Conceitos e Experiências em Organizações Brasileiras. *In*: 3ª Conferência Internacional de Excelência em Gestão. 2006. Salvador. **Apresentações dos Palestrantes**. Disponível em <<http://www.cieg2006.com.br>> Acesso em 30 out. 2006.

SCHWARZ, Fanny; AMIDEN, Maria Auxiliadora Moraes; PINHO, Luís Cláudio. **Alinhamento e Desdobramento da Estratégia**. *In*: COUTINHO, André Ribeiro; KALLÁS, David. (Organizadores). **Gestão da Estratégia**. Experiências e Lições de Empresas Brasileiras. Rio de Janeiro: Elsevier, 2005, pp.15-28.

SECRETARIA DE ACOMPANHAMENTO ECONÔMICO (SEAE). Glossários. Disponível em: <[http://www.seae.fazenda.gov.br/central\\_documentos/glossarios](http://www.seae.fazenda.gov.br/central_documentos/glossarios)> Acesso em 20/02/2007.

SENGE, Peter M. **A Quinta Disciplina**. Arte, Teoria e Prática da Organização de Aprendizagem. São Paulo: Círculo do Livro, 1990.

SILVA, Kleber Pinto. A idéia de função para a arquitetura: o hospital e o século XVIII – parte 1/6. Considerações preliminares e a gênese do hospital moderno: Tenon e o Incêndio do Hôtel-Dieu de Paris. Portal Vitruvius. Arquite(x)tos 009 - Texto Especial 052 – fevereiro 2001. Disponível em: <<http://www.vitruvius.com.br/arquitextos/arq000/esp052.asp>>. Acesso em: 15 nov. 2007.

SIMON, Herbert. Administrative Behavior, 1947. Edição Brasileira: **Comportamento Administrativo - Estudo dos Processos Decisórios nas Organizações Administrativas**. 2.ed.rev. Rio de Janeiro: Fundação Getúlio Vargas, 1970.

SOARES, Horácio Pastor. **GEI-BSC Transparências**, 2005. Disponível em: <<http://internativa.com.br>>. Acesso em: 19 jul. 2007.

SOUZA, Maria da Conceição Sampaio. Bens Públicos e Externalidades. 2005. Disponível em: <[http://www.unb.br/face/eco/inteco/textos\\_1\\_2005/texto8\\_externalidades\\_conceicao.pdf](http://www.unb.br/face/eco/inteco/textos_1_2005/texto8_externalidades_conceicao.pdf)>. Acesso em: 1 jul. 2006.

STABLEIN, Ralph. Dados em Estudos Organizacionais. In: CLEGG, Stewart R.; HARDY, Cynthia; NORD, Walter R.; CALDAS, Miguel; FACHIN, Roberto; FISCHER, Tânia. Organizadores da edição brasileira. **Handbook de Estudos Organizacionais**: Reflexões e novas direções. São Paulo: Atlas, 2001. p.63-88.

STEWART, Wendy E. 2000 *International Student Paper Award Winner. Balanced Scorecard for Projects*. **Project Managment Journal**, v. 32, n. 1, p.38-53, 2001

THOMPSON JR, Arthur A.; STRICKLAND III, A. J. **Planejamento Estratégico**. Elaboração, Implementação e Execução. São Paulo: Pioneira Thomson Learning, 2004.

TIDD, Joe; BESSANT, John; PAVITT, Keith. **Managing Innovation**: Integrating Technological, Market and Organizational Change. England: John Wiley & Sons, 1999.

TIGRE, Paulo Bastos. **Gestão da Inovação**. A Economia da Tecnologia no Brasil. Rio de Janeiro: Elsevier, 2006.

JORNAL GAZETA MERCANTIL. **Plano sucessório eleva o valor das companhias**. Jornal Gazeta Mercantil. Disponível em <<http://www.gazetamercantil.com.br/Gazeta/integraNoticia.aspx?Param=165%2c0%2c1%2c702355%2cYTRE>> Acesso em 18/08/2007.

WRIGHT, Peter; KROLL, Mark; PARNELL, John. **Administração Estratégica**. Conceitos. São Paulo: Atlas, 2000.

YIN, Robert K. **Estudo de Caso** - Planejamento e Métodos. Porto Alegre-São Paulo: Artmed, 2005.

**APÊNDICE A – Carta de esclarecimento sobre o processo de entrevistas, dirigida aos entrevistados.**

Ref. Pesquisa acadêmica - Universidade Federal da Bahia

Prezado(a) Senhor(a),

As perguntas que iremos fazer serão analisadas dentro do universo de respondentes, o que torna dispensável a identificação de cada entrevistado e sigiloso cada depoimento. As informações obtidas serão utilizadas exclusivamente para atender aos objetivos da pesquisa, não havendo nenhuma possibilidade de divulgar suas idéias para outras pessoas.

Caso autorize, seu depoimento será gravado apenas para tornar o processo de entrevista mais rápido, pois os dados serão transcritos. Desta forma solicito a sua colaboração, sendo o mais sincero(a) possível e assim estará contribuindo para o desenvolvimento de pesquisa em administração hospitalar no Brasil.

Atenciosamente,

Luiz Inácio Caribé Cincurá de Andrade  
Mestrando em Administração  
Universidade Federal da Bahia



**APÊNDICE B – Perguntas para dirigentes do Hospital HGX.  
Escopo decisório estratégico.**

(Presidente, Diretores, Superintendentes, Gerente Geral, Gerentes, Coordenadores)

1. Como se deu o processo de implantação do BSC no HOSPITAL HGX e quando foi?
2. Como o Sr. avalia hoje o BSC no Hospital HGX?
3. O Sr(a) observa mudanças organizacionais no H9J decorrentes do BSC? Em caso afirmativo, quais?
4. Que inovações o BSC trouxe para o Hospital HGX?
5. Construíram um bom alinhamento entre o planejamento estratégico e o BSC? Como?
6. O Sr(a) considera que o BSC tem contribuído para o aumento de visão geral do H9J (sistêmica) por parte dos dirigentes e empregados? Em que nível? Porque?
7. Quais as estratégias de competitividade? Como se diferencia o Hospital HGX?
8. Nos últimos cinco anos, de que forma a busca de compreensão da realidade de mercado tem colaborado para realizar ajustes na visão e missão do H9J?

Muito obrigado pela participação!

Obs. Por se tratar de entrevistas semi-estruturadas, outras perguntas poderão ser construídas livremente no transcorrer da entrevista.

**APÊNDICE C – Perguntas para empregados do Hospital HGX.  
Escopo decisório tático.**

(Supervisores, Analistas, Assistentes, Assessores e Auxiliares)

1. Qual o seu cargo?
2. Como o Sr.(a) tomou conhecimento da implantação do BSC no Hospital?
3. O Sr.(a) tem sido convidado a participar de alguma forma das atividades do BSC? Com que frequência?
4. Em caso afirmativo, quais atividades desenvolveu?
5. Como o Sr(a) avalia a implantação do BSC no Hospital hoje?
6. O Sr(a) poderia me informar quais são os objetivos de seu setor de trabalho para atender ao BSC e a estratégia do hospital?
7. Caso o Sr (a) tenha tido algum contato com o BSC, o Sr(a) considera que essa oportunidade aumentou sua visão sistêmica?

Muito obrigado pela participação!

Obs. Por se tratar de entrevistas semi-estruturadas, outras perguntas poderão ser construídas livremente no transcorrer da entrevista.

**Apêndice D - Perguntas para usuários do Hospital HGX.**

Observação: a organização não permitiu a realização de perguntas para usuários. Foi dado acesso a alguns indicadores da pesquisa de satisfação do cliente externo.

1. Há quanto tempo o Sr.(a) é usuário do HOSPITAL HGX?
2. Qual a frequência com que tem usado os serviços do Hospital?
3. O Sr.(a) tem observado mudanças no funcionamento do Hospital? Desde quando?
4. Quando falamos no nome HOSPITAL HGX, o que lhe vem a mente?
5. Porque o Sr(a) é usuário deste Hospital?

## APÊNDICE E – TABELA 3

**Tabela 3 - Certificados ISO 9001 emitidos no Brasil, por Ano Calendário**

<b>Ano de Emissão</b>	<b>Número de Empresas</b>	<b>Número de Certificados</b>	<b>Número Acumulado de Empresas</b>	<b>Número Acumulado de Certificados</b>
1981	1	1	1	1
1990	13	18	14	19
1991	13	18	27	37
1992	47	64	74	101
1993	96	132	170	233
1994	282	382	452	615
1995	270	368	722	983
1996	489	695	1211	1678
1997	759	1010	1970	2688
1998	1131	1474	3101	4162
1999	1119	1351	4220	5513
2000	1831	2177	6051	7690
2001	1693	1944	7744	9634
2002	2099	2388	9843	12022
2003	3082	3696	12925	15718
2004	2445	2739	15370	18457
2005	2573	2864	17943	21321
2006	3342	3671	21286	24992
2007	2839	3012	24125	28004

Fonte: ABNT CB-25 -Comitê Brasileiro da Qualidade (2008)

## APÊNDICE F – MATRIZ DE ANÁLISE DE CONTEÚDO

CATEGORIAS	PALAVRAS-CHAVE	PERGUNTAS (POLO ESTRATÉGICO)	PERGUNTAS (POLO TÁTICO)	REFERENCIAL TEÓRICO
Implantação do BSC	-Planejamento -Comunicação - Alinhamento -Missão -Visão -Mapa estratégico -Estratégia de diferenciação	Como se deu o processo de <b>implantação</b> do BSC no Hospital HGX e quando foi? Construíram um bom <b>alinhamento</b> entre o planejamento estratégico e o BSC? Como? Quais as <b>estratégias de competitividade</b> ? Como se <b>diferencia</b> o Hospital HGX? Nos últimos cinco anos, de que forma a busca de compreensão da realidade de mercado tem colaborado para realizar ajustes na <b>visão e missão</b> do H9J? Qual a frequência de <b>reuniões com a equipe estratégica</b> e quais colaboradores participam? Como foi o processo de <b>divulgação do BSC</b> na organização? Em que medida o pessoal do nível operacional tomou conhecimento e foram <b>integrados a rotina</b> do BSC? Qual o grau de <b>alinhamento de setores do hospital</b> em prol dos objetivos estratégicos? Como está fluindo a <b>comunicação interna</b> da organização? Foi bem construída a <b>relação de causa e efeito</b> , prevista no mapa estratégico do BSC, para sua área de atuação? O <b>mapa estratégico</b> construído pelo Hospital na implantação do BSC em 2003, já teve alguma modificação até agora? Formalmente essa declaração de <b>missão</b> foi construída quando foi feita a formalização da estratégia com a aplicação do BSC? Sua área de trabalho participou de forma efetiva na <b>construção da estratégia</b> ?	Como o Sr.(a) tomou conhecimento da <b>implantação</b> do BSC no Hospital? O Sr.(a) tem sido convidado(a) a <b>participar</b> de alguma forma das atividades do BSC? Com que frequência? Em caso afirmativo, quais atividades desenvolveu? O Sr(a) poderia me informar quais são os <b>objetivos</b> de seu setor de trabalho para atender ao BSC e a estratégia do hospital? Em linhas gerais, como foi concebido o <b>desenho da estratégia</b> do Hospital? Você tem conhecimento sobre a <b>missão</b> idealizada pelo fundador do hospital? A <b>missão</b> sofreu alguma alteração?	Andrade (2003) Ansoff;McDonnell(1993) Coutinho;Kallás(2005) Kaplan;Norton(1997) Kaplan;Norton (2001) Porter(1986) Porter;Teisberg(2007) Mathias (2003) Minzberg;Quinn(2001) Rezende(2003) Schwarz (2005) Tompson Jr;Stickland III Wright;Kroll;Parnell(2000)
Resultados	-Inovação -Aprendizagem -Visão sistêmica -Metas e resultados dos indicadores da estratégia de diferenciação -Efetividade do BSC	Que <b>inovações</b> o BSC trouxe para o Hospital HGX? O Sr(a) considera que o BSC tem contribuído para o aumento de <b>visão sistêmica</b> do H9J por parte dos dirigentes e empregados? Em que nível? Porque? Como o Sr. <b>avalia hoje o BSC</b> no Hospital HGX? Quais as atividades voltadas para a geração de <b>inovações</b> no Hospital? O Sr(a) identifica <b>aumento de oferta</b> de serviços e <b>aumento de demanda</b> de usuários no Hospital HGX nos últimos cinco anos? Se positivo, em que medida esse aumento está associado a aplicação do BSC? Na sua opinião, o BSC tem atuado com maior ênfase no Hospital como um sistema de comunicação, de informação, de aprendizado, ou de controle? O <b>capital de giro</b> que o hospital tem hoje tem sido suficiente para conduzir bem a gestão do hospital?	Como o Sr(a) <b>avalia</b> a implantação do BSC no Hospital <b>hoje</b> ? Caso o Sr (a) tenha tido algum contato com o BSC, o Sr(a) considera que essa oportunidade aumentou sua <b>visão sistêmica</b> ? De que forma o BSC afetou a sua rotina de trabalho?	Alter(2001) - Braga Neto (1991) Davila,Epstein,Shelton (2007) Cabral (2000) - Campos (1988) Drucker(1998) - Fuck (2004) Heleno (2007) - Landes (1994) Longo(2004) - Machado (2007) Manual de Oslo(2008) Marglin (1996) - Martins (1999) Mendes(2000) Pessali;Fernández(2006) Porto(1998) - Ricardo (1982) Schumpeter (1961) - Senge(1990) Tidd;Bessant;Pavitt(1999) - Tigre (2006)
Mudança Organizacional	-Na liderança -No modelo de gestão -No processo sucessório -Nas prioridades da gestão do HGX	O Sr(a) observa <b>mudanças organizacionais</b> no H9J decorrentes do BSC? Em caso afirmativo, quais? O Hospital está conduzindo bem o processo de profissionalização ou ainda há carências em termos de superação? A motivação para a <b>profissionalização</b> foi decorrente de dificuldades financeiras, do avanço da organização em termos de complexidade ou de outro fator? A mudança de empresa familiar para gestão profissional tem tido um efeito colaborador para o trabalho do BSC? Foi construído, um <b>plano sucessório</b> , pelos fundadores do hospital? Em caso afirmativo, o que previa esse plano? Em que medida as <b>mudanças organizacionais</b> nos últimos cinco anos, tem influenciado no cumprimento do planejamento estratégico e na aplicação do BSC? Com relação a nova equipe de gestão do Hospital HGX, o que mudou com relação a estratégia e o BSC, quando mudou e <b>porque mudou</b> ?	Inovação, BSC, gestão profissional: qual a finalidade de todas essas <b>mudanças</b> ?	Bauer (1998) Hurst (1996) Jornal Gazeta Mercantil(2007) Mintzberg(1995) Morgan(1996) Picchiai(1998) Simon(1970)

Fonte: Produzido pelo autor



## ANEXO 2

## CONTINUAÇÃO DA PESQUISA DE SATISFAÇÃO (INTERNAÇÃO)

### Pesquisa de Satisfação INTERNAÇÃO

Esta avaliação foi preenchida no (a):

- Apartamento nº: \_\_\_\_\_  
 Hospital Dia  
 UTI

#### Legenda

**1 2 3 4 5 0**

MUITO ABALIXO DAS ESPERÇATIVAS    ANÁLIXO DAS ESPERÇATIVAS    ESPERÇATIVA CORRESPONDIDA    ACIMA DAS ESPERÇATIVAS    MUITO ACIMA DAS ESPERÇATIVAS    NÃO UTILIZADO

#### 1. Atendimento telefônico da Central de Relacionamento (Informações, agendamento, etc.)

Cordialidade    1 2 3 4 5 0  
 Informações prestadas    1 2 3 4 5 0  
 Agilidade    1 2 3 4 5 0

#### 2. Atendimento do setor de Internação

Cordialidade    1 2 3 4 5 0  
 Informações prestadas    1 2 3 4 5 0  
 Tempo de espera    1 2 3 4 5 0

#### 3. Hotelaria

Conforto e decoração do apartamento    1 2 3 4 5 0  
 Conforto e decoração das áreas comuns    1 2 3 4 5 0  
 Limpeza do apartamento    1 2 3 4 5 0  
 Limpeza das áreas comuns    1 2 3 4 5 0  
 Cordialidade das armmadeiras    1 2 3 4 5 0  
 Refeições (sabor, variedade, temperatura e pontualidade)    1 2 3 4 5 0  
 Room Service (sabor, variedade, temperatura e pontualidade)    1 2 3 4 5 0  
 Cordialidade da equipe (cofeira, nutricionista e Room Service)    1 2 3 4 5 0

Lanchonete (sabor, variedade)    1 2 3 4 5 0  
 Cordialidade da equipe    1 2 3 4 5 0  
 Serviços oferecidos pela Hospitalidade    1 2 3 4 5 0  
 Cordialidade dos hostess    1 2 3 4 5 0  
 Prontidão no atendimento    1 2 3 4 5 0  
 Cordialidade das recepcionistas e ascensoristas    1 2 3 4 5 0  
 Cordialidade dos seguranças    1 2 3 4 5 0  
 Tesouraria    1 2 3 4 5 0  
 Estacionamento    1 2 3 4 5 0

#### 4. Atendimento da equipe médica

No Pronto Socorro  
 Cordialidade    1 2 3 4 5 0  
 Informações prestadas    1 2 3 4 5 0  
 Assistência prestada pela equipe médica    1 2 3 4 5 0  
 No Apartamento  
 Cordialidade    1 2 3 4 5 0  
 Informações prestadas    1 2 3 4 5 0  
 Assistência prestada pela equipe médica    1 2 3 4 5 0  
 Agilidade na alta    1 2 3 4 5 0

#### Nos Unidades de Terapia Intensiva

Geral     Cardiovascular e Pediátrica  
 Cordialidade    1 2 3 4 5 0  
 Informações prestadas    1 2 3 4 5 0  
 Assistência prestada pela equipe médica    1 2 3 4 5 0  
 No Anestesia  
 Cordialidade    1 2 3 4 5 0  
 Informações prestadas    1 2 3 4 5 0  
 Assistência prestada pelo anestesista    1 2 3 4 5 0  
 No Centro Cirúrgico  
 Cordialidade    1 2 3 4 5 0  
 Informações prestadas    1 2 3 4 5 0  
 Assistência prestada pela equipe médica    1 2 3 4 5 0

#### 5. Atendimento da equipe de enfermagem

No Pronto Socorro  
 Cordialidade    1 2 3 4 5 0  
 Informações prestadas    1 2 3 4 5 0  
 Assistência prestada pela enfermagem    1 2 3 4 5 0  
 No apartamento  
 Cordialidade    1 2 3 4 5 0  
 Informações prestadas    1 2 3 4 5 0  
 Assistência prestada pela enfermagem    1 2 3 4 5 0  
 Nas Unidades de Terapia Intensiva  
 Geral     Cardiovascular e Pediátrica  
 Cordialidade    1 2 3 4 5 0  
 Informações prestadas    1 2 3 4 5 0  
 Assistência prestada pela enfermagem    1 2 3 4 5 0  
 No Centro Cirúrgico  
 Cordialidade    1 2 3 4 5 0  
 Informações prestadas    1 2 3 4 5 0  
 Assistência prestada pela enfermagem    1 2 3 4 5 0

#### 6. Atendimento da equipe de Serviços de Diagnósticos e Tratamento

Banco de Sangue     Laboratório Clínico  
 Eletrocardiograma/ Ecocardiograma     RX  
 Endoscopia     Tomografia  
 Fisioterapia     Ultrassonografia  
 Cordialidade    1 2 3 4 5 0  
 Informações prestadas    1 2 3 4 5 0  
 Assistência prestada pela equipe    1 2 3 4 5 0

#### 7. Já utilizou os serviços do Hospital ?

Sim     Não

#### 8. Procurou o Hospital por:

Indicação da família/amigos  
 Encaminhamento do convênio  
 Indicação médica  
 Localização  
 Outros

**ANEXO 3**  
**PESQUISA DE SATISFAÇÃO (PRONTO-SOCORRO)**

Por gentileza, preencha os campos abaixo:

Paciente

Data: / /

Nome completo:

Telefones:

(res.)

(cel.)

e-mail:

Quem está preenchendo a pesquisa

Nome completo:

e-mail:

Telefones:

(res.)

(cel.)

Endereço:

Bairro:

Cidade:

Estado:

CEP:

Favor depositar nas caixas de sugestões do SAC disponíveis nos andares.

**Obrigado pela colaboração.**

**AGORA É A  
SUA VEZ DE NOS  
EXAMINAR.**

Pesquisa de Satisfação  
Pronto Socorro





**ANEXO 5**  
**PESQUISA DE SATISFAÇÃO**  
**(SERVIÇOS DE DIAGNÓSTICOS E TRATAMENTO)**

Por gentileza, preencha os campos abaixo:

Paciente:

Data: / /

Nome completo:

Telefones:

(res.)

(cel.)

e-mail:

Quem está preenchendo a pesquisa

Nome completo:

e-mail:

Telefones:

(res.)

(cel.)

Endereço:

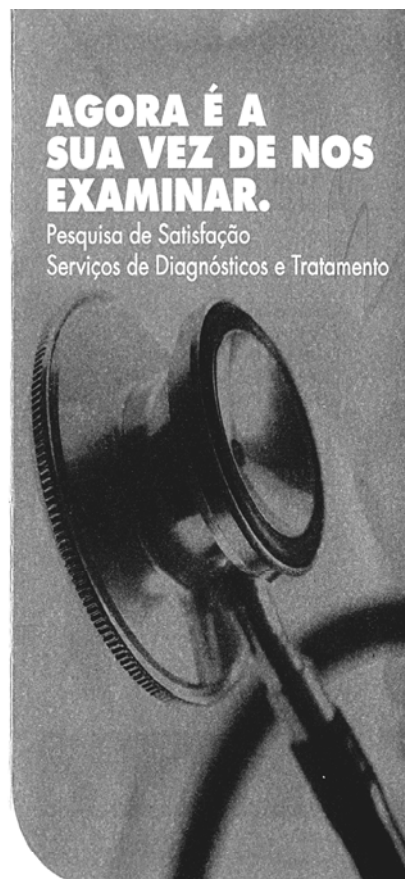
Bairro:

Cidade:

Estado: CEP:

Favor depositar nas caixas de sugestões  
do SAC disponíveis nos andares.

Obrigado pela colaboração.





# 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](#)