

GABRIEL MARCOS PASMANIK EISENCRAFT

DESENVOLVIMENTO DE UM *BALANCED SCORECARD* PARA O
AMBULATÓRIO PEDIÁTRICO DO PROGRAMA EINSTEIN NA
COMUNIDADE DE PARAISÓPOLIS

Trabalho de Formatura apresentado à
Escola Politécnica da Universidade de
São Paulo para obtenção do diploma
de Engenheiro de Produção.

São Paulo
2013

GABRIEL MARCOS PASMANIK EISENCRAFT

DESENVOLVIMENTO DE UM *BALANCED SCORECARD* PARA O
AMBULATÓRIO PEDIÁTRICO DO PROGRAMA EINSTEIN NA
COMUNIDADE DE PARAISÓPOLIS

Trabalho de Formatura apresentado à
Escola Politécnica da Universidade de
São Paulo para obtenção do diploma
de Engenheiro de Produção.

Orientador:

Prof. Dr. Laerte Idal Szelwar

São Paulo

2013

Eisencraft, Gabriel Marcos Pasmanik
Desenvolvimento de um *Balanced Scorecard* para o Ambulatório
Pediátrico do Programa Einstein na Comunidade de Paraisópolis /
G.M.P. Eisencraft. -- São Paulo, 2013.
p. 169

Trabalho de Formatura - Escola Politécnica da Universidade
de São Paulo. Departamento de Engenharia de Produção.

1.Administração estratégica 2.Indicadores de desempenho
I. Universidade de São Paulo. Escola Politécnica. Departamento de
Engenharia de Produção II.t.

AGRADECIMENTOS

Acho que ainda não havia percebido no que minha mãe se tornara até o dia em que nos falamos pelo Skype e ela sugeriu que criássemos um *Balanced Scorecard* para o ambulatório. Levou algum tempo para que eu entendesse que toda aquela contabilidade ao final de cada mês tinha apenas um significado: minha mãe se tornara uma gestora, exatamente aquilo que eu estava estudando para ser algum dia. Este trabalho é resultado de um projeto que se iniciou naquele dia, mas simboliza o final de um ciclo que começou muito antes, do qual muitas pessoas participaram de diferentes maneiras, algumas das quais merecem um agradecimento especial.

Primeiramente, eu gostaria de agradecer aos meus pais todo o apoio e as oportunidades que me deram durante toda minha vida acadêmica. Meu pai, por me ensinar a amar os números desde criança, quando costumava ler livros para mim. Minha mãe, uma verdadeira enciclopédia de medicina, e agora também uma excelente Coordenadora Médica, que me ajudou a transformar o plano distante de desenvolver um *Balanced Scorecard* para o ambulatório em realidade. Encerrando a turma, também agradeço ao Gui e à Bel por me alegrarem e me darem ânimo cada vez que eu os via na tela do meu computador.

E como bons resultados não vêm sem trabalho duro, também agradeço aos meus avós Zilda, Jayme, Branca e Marcos, a família que construíram e mantiveram, e os valores que foram capazes de transmitir ao longo das gerações. Além disso, não poderia deixar o Seu Abrahão fora dessa lista, por inspirar minha paixão por viajar e encarar o desconhecido.

Meus mais sinceros agradecimentos a todos os professores que fizeram parte de minha vida acadêmica, mas especialmente àqueles que me fizeram crescer como ser humano. Em particular, aos Professores Laerte Idal Sznelwar e Emanuele Lettieri, por me aconselharem e supervisionarem, oferecendo sempre grandes contribuições para o trabalho.

Também gostaria de expressar minha gratidão a todos os meus amigos no Brasil, na Itália, ou onde quer que estejam agora. Agradecimentos especiais ao Regime, um grande amigo e excelente parceiro de trabalho, que me dizia para manter o foco quando eu estava distraído e me distraía toda vez que eu estava focado.

Obrigado a todos os colaboradores do ambulatório que participaram dos questionários, sem os quais este trabalho jamais ter-se-ia materializado. Um agradecimento especial à Andrea o esforço adicional e ajuda na coleta das informações que precisei.

Finalmente, agradeço ao meu país, com todas suas imperfeições que o tornam perfeito. Temos muito a melhorar, mas tenho certeza de que através de trabalho duro chegaremos lá.

“Always laugh when you can. It is cheap medicine.”

(Lord Byron)

RESUMO

Ao longo das últimas décadas, os acadêmicos vêm lutando para desenvolver métodos que ajudem os gestores a controlar suas organizações e melhorar seu desempenho. Em meio a uma variedade de ferramentas criadas com esse propósito, o *Balanced Scorecard*, de Kaplan e Norton, é definitivamente a mais difundida, tendo sido implementada por uma série de instituições em todos os tipos de setores.

Com o intuito de profissionalizar suas atividades de gestão, o Ambulatório de Paraisópolis, braço filantrópico do hospital privado mais moderno da América Latina, decidiu desenvolver e implementar um Sistema de Mensuração de Desempenho, para monitorar suas atividades mais importantes e gerir o crescimento massivo de demanda que vem enfrentando ao longo dos últimos anos.

O objetivo deste trabalho é criar um Sistema de Mensuração de Desempenho que se adeque às necessidades desse ambulatório. A ferramenta escolhida foi o *Balanced Scorecard*, o qual foi desenvolvido em parceria com os colaboradores da organização, através de uma metodologia de Investigação-Ação. Este trabalho descreve todas as etapas desse processo de desenvolvimento e adaptação da ferramenta para uma Organização Sem Fins Lucrativos, considerando também as particularidades da área da Saúde, e se encerra com uma discussão acerca da solução proposta e de sua implementação.

Palavras-Chaves: Gestão Estratégica. Sistemas de Mensuração de Desempenho. *Balanced Scorecard*. Organizações Sem Fins Lucrativos.

ABSTRACT

During the past decades, scholars have been struggling to develop tools that can help managers to control organizations and improve performance. Among a variety of frameworks designed to fulfil this need, the Balanced Scorecard, by Kaplan and Norton, is definitely the most diffused one, having been implemented by a wide range of organizations in all kinds of different sectors.

With the intent of professionalizing its managerial activities, Ambulatório de Paraisópolis, the philanthropic branch of the most modern private hospital in Latin America, decided to design and implement a Performance Measurement System, to track its most important activities and support the massive growth of demand it has been facing across the last years.

The aim of this project is to design a Performance Measurement System that suits the needs of this ambulatory. The chosen framework was the Balanced Scorecard, which was developed with the help of the organization's collaborators through an Active Research methodology. This work describes all the steps performed in order to design and adapt the tool to a Non-Profit Organization, also considering the particularities of the Healthcare sector, and finishes with a discussion on the proposed solution and its implementation.

Keywords: Strategic Management. Performance Measurement Systems. Balanced Scorecard. Non-Profit Organizations.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 - O <i>Balanced Scorecard</i> e suas quatro perspectivas.	26
Figura 2 - O <i>Skandia Navigator</i> e seus seis focos.	31
Figura 3 - O <i>Performance Prism</i> e suas cinco faces.....	32
Figura 4 - O <i>Performance Planning Value Chain</i>	33
Figura 5 - O <i>Closed-Loop Management System</i> e suas cinco etapas.....	35
Figura 6 - O <i>Balanced Scorecard</i> adaptado para Organizações Sem Fins Lucrativos.....	42
Figura 7 - Fluxograma da metodologia de pesquisa.....	55
Figura 8 - Organograma simplificado da SBIBAE.	66
Figura 9 - <i>Strategy Map</i> adaptado para Organizações Sem Fins Lucrativos.....	80
Figura 10 - <i>Strategy Map</i> adaptado para o AMPA.....	81

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 - Data de publicação dos artigos da revisão de literatura.	19
Gráfico 2 - Filiação dos autores dos artigos da revisão de literatura.	20
Gráfico 3 - Distribuição dos artigos de acordo com o continente de origem.....	21
Gráfico 4 - Distribuição dos artigos de acordo com o tipo de contribuição.	22
Gráfico 5 - Distribuição dos artigos de acordo com a revista de origem.....	23

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Lista de indicadores utilizados por organizações na área da Saúde.....	51
Quadro 2 - Lista de colaboradores de AMPA.	68
Quadro 3 - Lista de indicadores utilizados atualmente pelo AMPA.	70
Quadro 4 - Lista de participantes do Questionário 1.	72
Quadro 5 - Lista de participantes do Questionário 2.	87
Quadro 6 - As perspectivas e os fatores críticos de sucesso do <i>Strategy Map</i>	93
Quadro 7 - Lista de participantes do Questionário 3.	98
Quadro 8 - Lista de participantes do Questionário 4.	103
Quadro 9 - <i>Ranking</i> de patologias a serem monitoradas pelo <i>Balanced Scorecard</i>	104
Quadro 10 - O <i>Balanced Scorecard</i> do AMPA.	107

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AMPA	Ambulatório de Paraisópolis
BSC	<i>Balanced Scorecard</i>
CLMS	<i>Closed-Loop Management System</i>
EUA	Estados Unidos da América
HIAE	Hospital Israelita Albert Einstein
IA	Investigação-Ação
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IIEPAE	Instituto Israelita de Ensino e Pesquisa Albert Einstein
IIRSAE	Instituto Israelita de Responsabilidade Social Albert Einstein
JCI	<i>Joint Commission International</i>
KPI	<i>Key Performance Indicator</i>
MDAE	Medicina Diagnóstica Albert Einstein
MDO	Mensuração de Desempenho Organizacional
NGP	Nova Gestão Pública
OMS	Organização Mundial da Saúde
OSFL	Organização Sem Fins Lucrativos
PECP	Programa Einstein na Comunidade de Paraisópolis
PIB	Produto Interno Bruto
SBIBAE	Sociedade Beneficente Israelita Brasileira Albert Einstein
SMD	Sistema de Mensuração de Desempenho
SUS	Sistema Único de Saúde
TI	Tecnologia da Informação

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	15
2. REVISÃO DE LITERATURA	17
2.1. Metodologia.....	17
2.2. Análise descritiva dos artigos	18
2.3. Revisão de conteúdo	23
2.3.1. Escopo	23
2.3.2. Ferramentas de mensuração de desempenho.....	25
2.3.3. Processo de implementação do <i>Balanced Scorecard</i>	34
2.3.4. <i>Balanced Scorecard</i> em Organizações Sem Fins Lucrativos.....	40
2.3.5. <i>Balanced Scorecard</i> na área da Saúde.....	43
2.3.6. <i>Key Performance Indicators</i> na área da Saúde.....	49
3. METODOLOGIA.....	53
3.1. Informações gerais a respeito do caso	55
3.2. Desenvolvimento do <i>Strategy Map</i>	56
3.3. Validação do <i>Strategy Map</i> e desenvolvimento do <i>Balanced Scorecard</i>	58
3.4. Validação do <i>Balanced Scorecard</i>	59
4. CASO EMPÍRICO	63
4.1. Informações gerais sobre o caso	63
4.1.1. Sociedade Beneficente Israelita Brasileira Albert Einstein.....	63
4.1.2. Ambulatório de Paraisópolis	67
4.1.3. Sistemas de Mensuração de Desempenho na SBIBAE e no AMPA.....	69
4.1.4. Comunidade de Paraisópolis	70
4.2. Desenvolvimento do <i>Strategy Map</i>	71
4.2.1. Questionário 1 – Aplicação	71
4.2.2. Questionário 1 – Resultados.....	72

4.2.3.	Questionário 1 – Discussão.....	74
4.2.4.	<i>Strategy Map</i> – Processo de desenvolvimento.....	79
4.3.	Validação do <i>Strategy Map</i> e desenvolvimento do <i>Balanced Scorecard</i>	86
4.3.1.	Questionário 2 – Aplicação.....	86
4.3.2.	Questionário 2 – Resultados	87
4.3.3.	Questionário 2 – Discussão.....	90
4.3.4.	<i>Strategy Map</i> – Versão final	91
4.3.5.	<i>Balanced Scorecard</i> – Processo de desenvolvimento.....	93
4.4.	Validação do <i>Balanced Scorecard</i>	97
4.4.1.	Questionário 3 – Aplicação.....	97
4.4.2.	Questionário 3 – Resultados	98
4.4.3.	Questionário 3 – Discussão.....	99
4.4.4.	Questionário 4 – Aplicação.....	103
4.4.5.	Questionário 4 – Resultados	104
4.4.6.	Questionário 4 – Discussão.....	105
4.4.7.	<i>Balanced Scorecard</i> – Versão final	106
5.	DISCUSSÃO	121
5.1.	O <i>Strategy Map</i> do AMPA.....	121
5.1.1.	Considerações sobre o processo de desenvolvimento do <i>Strategy Map</i>	121
5.1.2.	Perspectiva do cliente.....	122
5.1.3.	Perspectiva dos processos	124
5.1.4.	Perspectiva dos colaboradores	125
5.1.5.	Perspectiva dos investimentos	125
5.1.6.	Perspectiva financeira	126
5.2.	O <i>Balanced Scorecard</i> do AMPA.....	127
5.2.1.	Considerações sobre o processo de desenvolvimento do <i>Balanced Scorecard</i>	128

5.2.2.	Considerações sobre a implementação do <i>Balanced Scorecard</i>	132
5.2.3.	Considerações sobre os impactos esperados	133
5.2.4.	Considerações sobre a atualização do <i>Balanced Scorecard</i>	136
6.	CONCLUSÃO.....	139
7.	BIBLIOGRAFIA	143
	APÊNDICE A – QUESTIONÁRIO 1	149
	APÊNDICE B – QUESTIONÁRIO 2	151
	APÊNDICE C – QUESTIONÁRIO 3	154
	APÊNDICE D – QUESTIONÁRIO 4.....	155
	APÊNDICE E – MAPAS COGNITIVOS.....	157
	Mapa Cognitivo desenhado pela Coordenadora Médica.....	157
	Mapa Cognitivo desenhado pela Enfermeira 1.....	158
	Mapa Cognitivo desenhado pela Enfermeira 2.....	159
	Mapa Cognitivo desenhado pela Médica 1.....	160
	Mapa Cognitivo desenhado pela Técnica de Enfermagem 1	161
	APÊNDICE F – VERSÃO 1 DO <i>STRATEGY MAP</i>	162
	APÊNDICE G – VERSÃO 2 DO <i>STRATEGY MAP</i>	163
	APÊNDICE H – VERSÃO 3 DO <i>STRATEGY MAP</i>	164
	APÊNDICE I – VERSÃO FINAL DO <i>STRATEGY MAP</i>	165
	APÊNDICE J – CONJUNTO DE INDICADORES SELECIONADOS PELO AUTOR	166
	APÊNDICE K – CONJUNTO DE INDICADORES SELECIONADOS PELA COORDENADORA MÉDICA.....	167
	APÊNDICE L – CONJUNTO DE INDICADORES “ESSENCIAIS” DE ACORDO COM O PROCESSO DE PRIORIZAÇÃO.....	168
	APÊNDICE M – <i>BALANCED SCORECARD</i> , INDICADORES E INFORMAÇÕES DO PASSADO DISPONÍVEIS	169

1. INTRODUÇÃO

Gerenciar organizações não é uma tarefa simples. Nunca foi uma tarefa simples e provavelmente nunca será. Toda organização tem suas peculiaridades, lida com diferentes perfis de clientes, responde a diferentes objetivos de seus proprietários e está sujeita a uma variedade de condições em constante evolução que são impostas pelo ambiente no qual está inserida.

Durante décadas, acadêmicos vêm batalhando para desenvolver novas ferramentas que auxiliem os gestores nessa complicada tarefa, algumas das quais se tornaram bastante populares e alcançaram sucesso considerável, enquanto outras foram abandonadas e caíram no esquecimento. Mesmo entre aquelas que conseguiram se destacar, é difícil afirmar se o sucesso se deve à sua robustez e eficácia ou se são simplesmente boas estruturas para gerar uma reflexão abrangente e organizada dentro da instituição, levando a melhores resultados.

O *Balanced Scorecard* (BSC), criado por Kaplan e Norton (1992), é uma dessas ferramentas. Com uma metodologia bem estruturada e o apelo cativante de conectar Sistemas de Mensuração de Desempenho (SMDs) a estratégia, essa ferramenta foi capaz de difundir-se rapidamente através de diferentes indústrias, atravessar fronteiras nacionais e dominar o campo da Mensuração de Desempenho Organizacional (MDO) mundo afora.

A metodologia, que já foi amplamente estudada e implementada por empresas de setores tradicionais e com fins lucrativos, enfrenta agora o novo desafio de ser remodelada para ser utilizada por Organizações Sem Fins Lucrativos (OSFL), seguindo as tendências do Nova Gestão Pública (NGP). Com a profissionalização de instituições governamentais e sem fins lucrativos, ferramentas consagradas, como o BSC, tiveram que ser adaptadas a uma realidade completamente nova, na qual lucro e geração de valor para o acionista deixam de ser uma ambição, e satisfazer as necessidades do cliente não é mais um requisito para alcançar o sucesso, mas é o sucesso em si.

Inserido neste contexto, o Ambulatório de Paraisópolis (AMPA) é o braço filantrópico da Sociedade Beneficente Israelita Brasileira Albert Einstein (SBIBAE), o hospital privado mais moderno da América Latina, e oferece assistência médica gratuita a jovens pacientes de uma comunidade carente na cidade de São Paulo. O projeto, que foi iniciado em 1998 tratando cerca de 500 pacientes, tem atualmente cerca de 12.000 pacientes cadastrados e está sendo expandido para outros bairros de baixa renda na cidade. Para dar suporte a este crescimento massivo e manter a alta qualidade dos serviços prestados, o ambulatório está em busca de

ferramentas de gestão eficientes, e decidiu criar um novo SMD para acompanhar suas atividades mais relevantes.

O objetivo deste trabalho é desenvolver um SMD para o ambulatório. Dentre todas as ferramentas discutidas pela literatura de gestão, o BSC destacou-se como uma solução natural, dada sua história de sucesso e sua estrutura consideravelmente flexível, que permitiu que a ferramenta fosse adaptada de modo a alinhar-se perfeitamente às necessidades da organização em questão. Para desempenhar essa tarefa, foi utilizada uma metodologia de Investigação-Ação (IA), caracterizada pela cooperação entre pesquisadores e organizações que requerem algum tipo de mudança, convidando os colaboradores do AMPA a participar de forma ativa do processo de idealização e criação do BSC.

O desenvolvimento do BSC, que é totalmente descrito ao longo deste trabalho, levou cerca de quatro meses, envolveu mais de 20 participantes, utilizou quatro questionários direcionados a diferentes grupos dentro do ambulatório e foi auxiliado por ferramentas de suporte como Mapas Cognitivos e o *Strategy Map*. Após esse período, o projeto entregou ao ambulatório dois produtos finais: um *Strategy Map* e um BSC. O primeiro conecta os 11 fatores críticos de sucesso identificados de acordo com suas relações de causa-efeito, explicando como eles podem trabalhar juntos para cumprir a missão organizacional. O segundo, o principal resultado deste trabalho, reúne um conjunto de 20 indicadores divididos em cinco perspectivas, informando à gestão e à equipe se a organização é capaz de seguir a estratégia definida, através da comparação entre os resultados medidos pelos indicadores e as metas propostas.

O próximo capítulo apresenta uma revisão de literatura nos campos de MDO, desenvolvimento de SMDs, implementação de SMDs e aplicação de SMDs em OSFL e instituições da área da Saúde. Os capítulos seguintes discutem a metodologia aplicada no trabalho, apresentam os resultados obtidos, a discussão desses resultados, e as conclusões geradas, bem como sugestões dos próximos passos para desenvolver mais o tema.

2. REVISÃO DE LITERATURA

A literatura sobre Mensuração de Desempenho Organizacional (MDO) é bastante extensa, e vem atraindo o interesse de gestores e acadêmicos ao longo das últimas décadas (GLAVAN, 2011; MARR; SCHIUMA, 2003; NAJMI et al., 2012; TATICCHI et al., 2012). Métodos como o *Balanced Scorecard* (BSC) (KAPLAN; NORTON, 1992) são amplamente conhecidos e já foram testados largamente através da tradicional indústria manufatureira. De acordo com uma pesquisa realizada pela consultoria de gestão norte-americana Bain & Company, 47% das empresas analisadas faziam uso do BSC em 2010, número que deveria crescer para 63% no ano seguinte segundo o estudo (RIGBY; BILODEAU, 2011). Entretanto, apesar da popularidade do BSC, ainda há poucos estudos referentes ao uso em Organizações Sem Fins Lucrativos (OSFL), incluindo as da área da Saúde (GRIGORODIS et al., 2012), talvez devido às dificuldades para adaptar a ferramenta às suas particularidades (GURD; GAO, 2007).

Considerando os fatos mencionados acima, esta revisão de literatura foi dividida em três principais domínios: Mensuração de Desempenho Organizacional, que analisa o papel da mensuração de desempenho em organizações e descreve algumas das ferramentas mais tradicionais presentes na literatura; Sistemas de Mensuração de Desempenho (SMDs) aplicados na área da Saúde, incluindo também literatura específica sobre OSFLs; e leituras complementares a respeito de Estratégia Organizacional, Comportamento Organizacional, Aprendizagem Organizacional e outras áreas de suporte.

2.1. Metodologia

A revisão de literatura a seguir foi desenvolvida em três etapas, que são descritas abaixo:

1. **Mensuração de Desempenho Organizacional:** a pesquisa sobre MDO iniciou-se com a seleção de coletâneas de literatura sobre o tema, com o intuito de identificar os autores e publicações mais relevantes. Uma vez identificados, os artigos eram selecionados e lidos, e uma metodologia de amostragem do tipo “bola de neve” foi utilizada para buscar outros artigos relacionados ao tópico, de modo a alcançar uma compreensão mais profunda sobre o assunto. O BSC, em especial, recebeu uma atenção particular nessa etapa, devido à sua relevância e difusão. Durante essa primeira

fase, foram estudados artigos teóricos e empíricos, a maioria proveniente de países com tradição da área de gestão (EUA e Reino Unido), com o objetivo de fornecer uma visão completa das ferramentas propostas e de sua aplicação, bem como dos resultados obtidos. A pesquisa sobre este assunto foi interrompida quando o autor acreditou ter material e informação suficientes para dar prosseguimento ao trabalho.

2. **Sistemas de Mensuração de Desempenho aplicados à área da Saúde:** essa segunda etapa foi realizada utilizando uma amostragem do tipo “bola de neve” focada em estudos empíricos sobre a utilização de SMDs (especialmente o BSC) em OSFLs e na área da Saúde. O objetivo desta fase era definir o estado da arte para essas ferramentas na área de interesse deste trabalho. Para enriquecer a pesquisa e diversificar a amostragem, uma grande variedade de artigos foi selecionada, de modo que a análise não ficasse restrita à experiência de alguns poucos países. Novamente, a pesquisa foi interrompida quando o autor acreditou ter coletado evidências suficiente para dar prosseguimento ao trabalho.
3. **Leituras complementares:** a terceira etapa buscou artigos em áreas de suporte, como Estratégia Organizacional, Comportamento Organizacional, Aprendizagem Organizacional, Capital Intelectual e Nova Gestão Pública. Esta parte da revisão de literatura foi realizada de acordo com as necessidades sentidas pelo autor ao longo do desenvolvimento do trabalho, sem o suporte de nenhuma metodologia de busca formal.

Para encontrar e fazer o download dos artigos, foi usado o sistema de busca *Google Scholar* e duas bases de dados principais: *Emerald* e *ScienceDirect*.

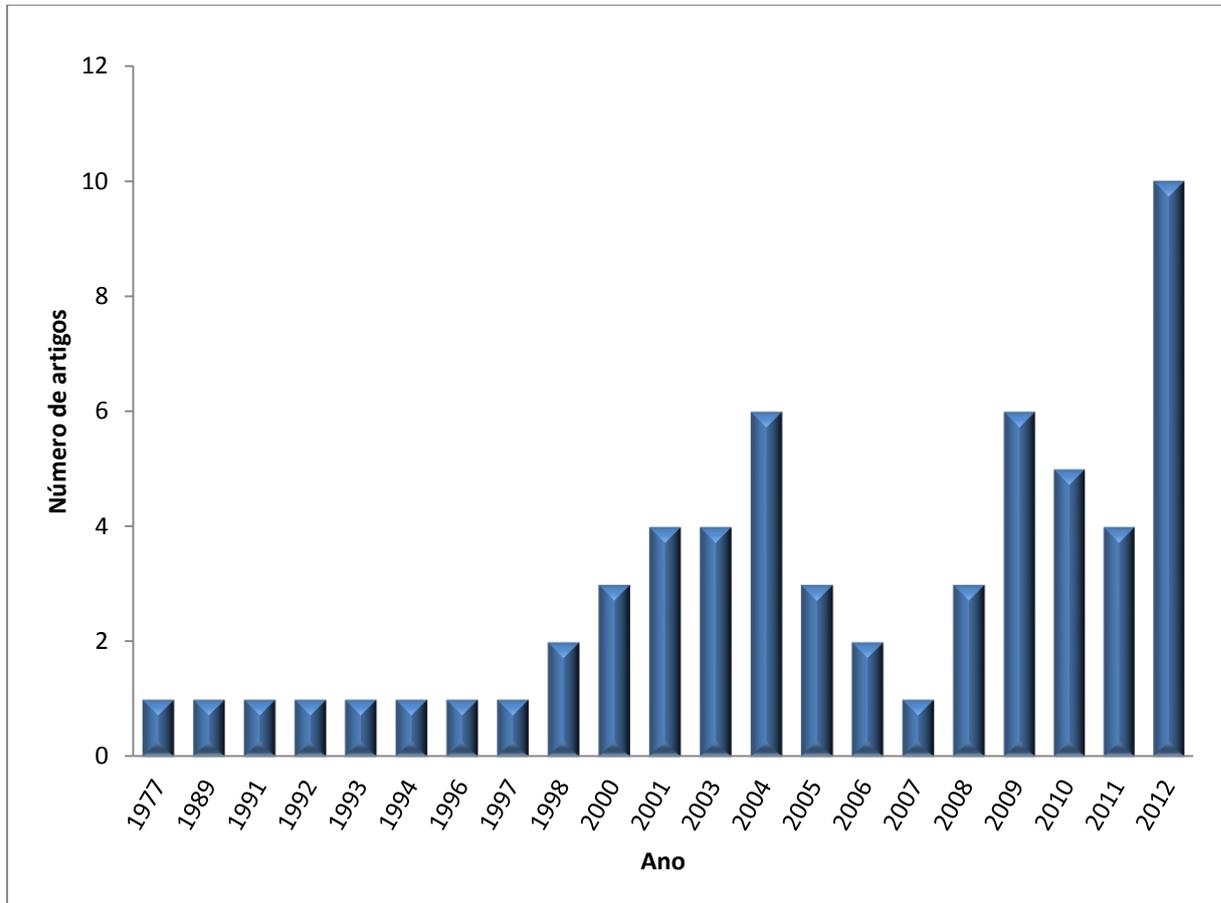
2.2. Análise descritiva dos artigos

Esta seção é dedicada a uma análise descritiva dos 61 artigos lidos para o desenvolvimento deste trabalho, considerando sua data de publicação, origem dos autores, tipo de contribuição, e revista de onde foram retirados. O resultado dessa análise é o conjunto de gráficos apresentados e comentados a seguir.

Como pode-se observar no Gráfico 1, os estudos foram razoavelmente bem distribuídos ao longo do tempo, com uma proporção menor até o meio da década de 90, quando as teorias de mensuração de desempenho estavam em desenvolvimento. Após isso, é possível observar dois picos, o primeiro no início dos anos 2000, e o segundo entre 2008 e 2012. O primeiro é

dedicado principalmente à discussão das ferramentas criadas para medir desempenho e sua aplicação em campos mais tradicionais. O segundo, por sua vez, é focado na aplicação de BSCs em OSFLs e na área da Saúde, especialmente através de estudos empíricos.

Gráfico 1 - Data de publicação dos artigos da revisão de literatura.

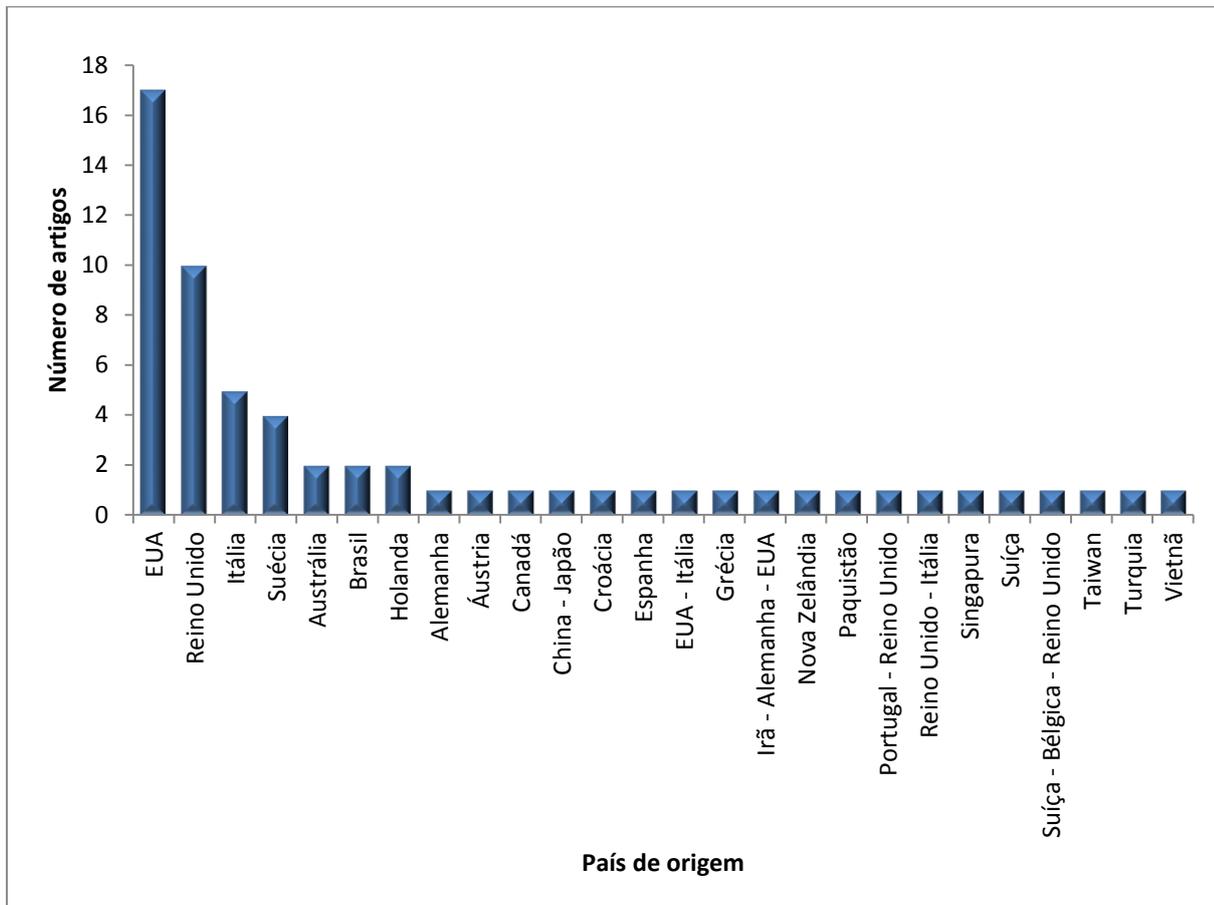


Fonte: Elaborado pelo autor.

O Gráfico 2 mostra a grande influência dos EUA e do Reino Unido entre os estudos analisados. Os dois países sozinhos representam 44,3% dos artigos lidos, sem contar os artigos publicados em conjunto com autores de outros países. Esse resultado pode ser justificado pela grande contribuição dos dois países no campo de MDO, e devido ao fato de os autores mais importantes sobre o assunto serem desses países.

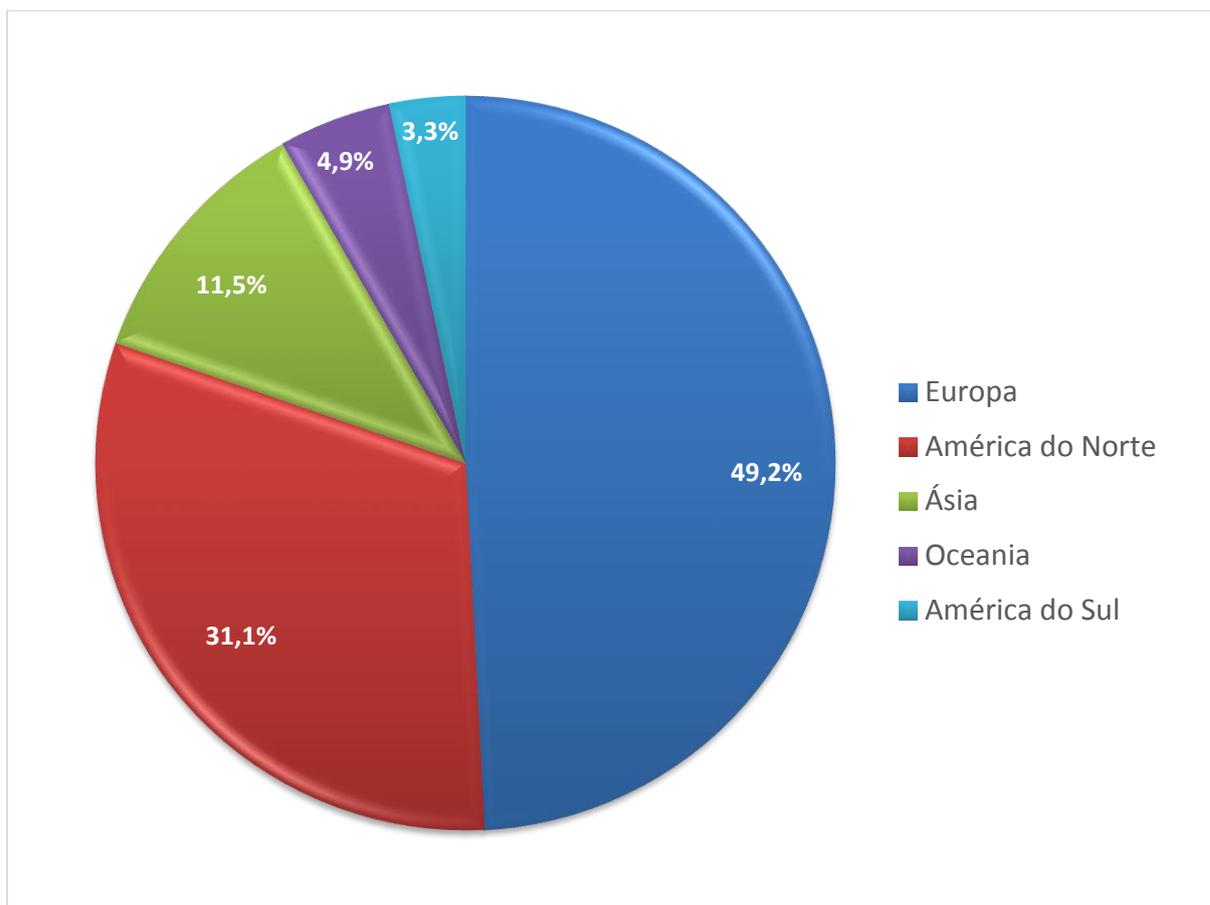
Os autores que mais contribuíram para o trabalho foram Robert S. Kaplan, David P. Norton e Andy Neely, que publicaram, em conjunto, 19,7% dos artigos lidos, a maioria dos quais com contribuições teóricas. O restante da literatura foi bem distribuído entre outros autores. Fora os três já mencionados, o único autor que teve mais de dois artigos incluídos na revisão de literatura foi Irvine Lapsley, com três estudos.

Gráfico 2 - Filiação dos autores dos artigos da revisão de literatura.



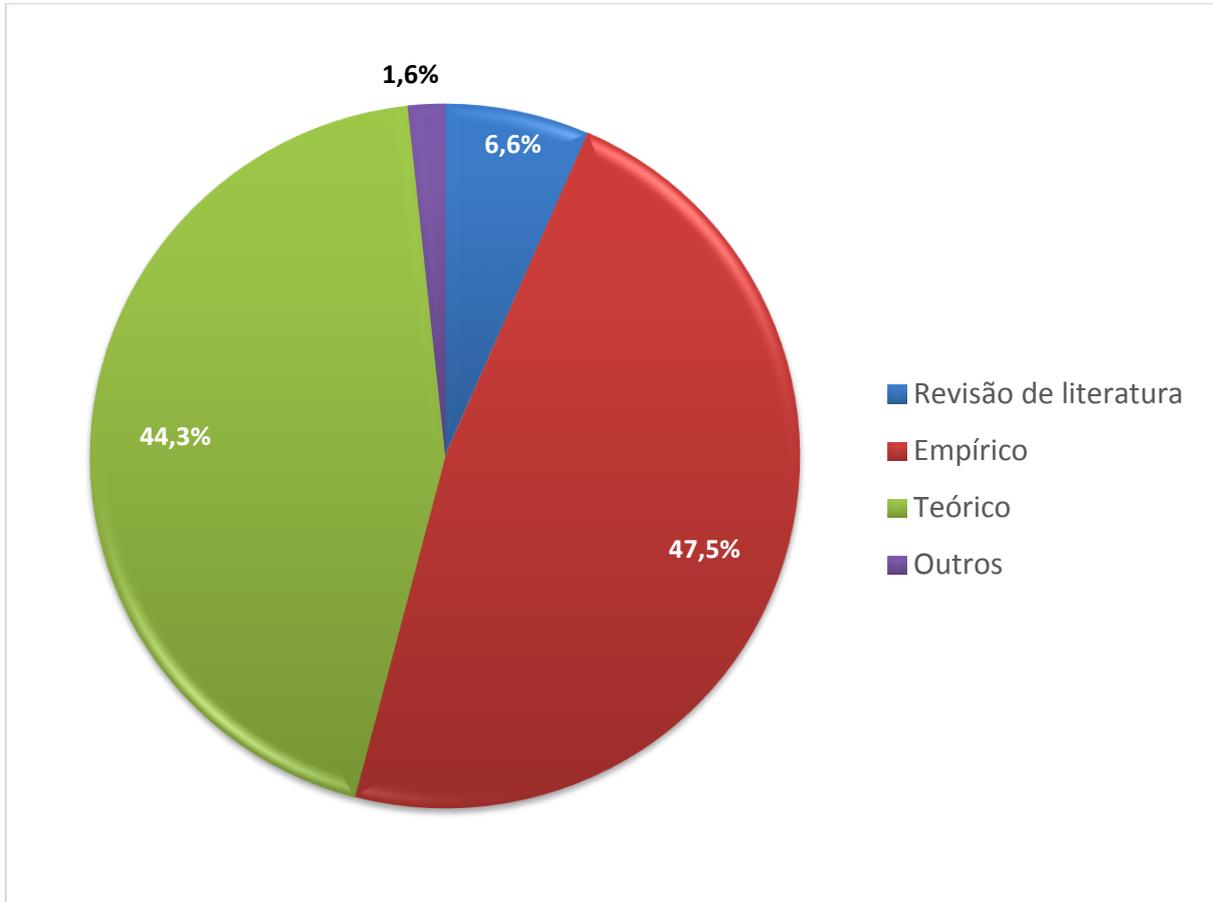
Fonte: Elaborado pelo autor.

Analisando a distribuição dos estudos por continente (Gráfico 3), observa-se uma predominância da literatura europeia (49,2%), seguida pela América do Norte (31,1%), os continentes mais ativos em termos de teoria de mensuração de desempenho. A Ásia vem em seguida, com uma série de estudos empíricos na área da Saúde.

Gráfico 3 - Distribuição dos artigos de acordo com o continente de origem.

Fonte: Elaborado pelo autor.

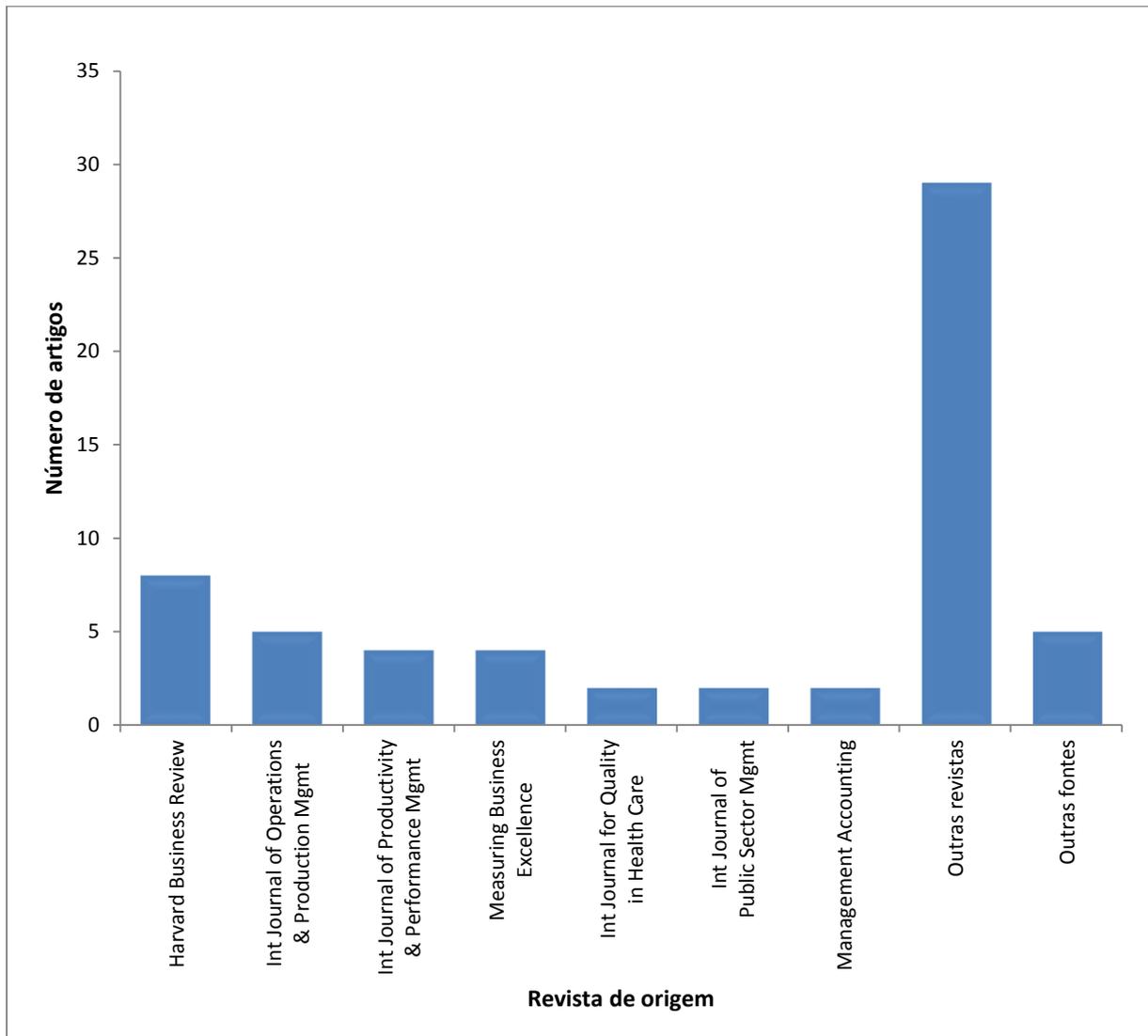
O Gráfico 4 mostra a distribuição dos estudos de acordo com o tipo de contribuição. Como pode-se observar, a maioria dos artigos (47,5%) é empírica, baseada em estudos de caso em organizações da Saúde. Isso pode ser explicado pela natureza empírica da mensuração de desempenho. Estudos teóricos representaram 44,3% da literatura, enquanto 6,6% da pesquisa foi baseada em revisões de literatura de outros autores.

Gráfico 4 - Distribuição dos artigos de acordo com o tipo de contribuição.

Fonte: Elaborado pelo autor.

O Gráfico 5 mostra a distribuição dos estudos de acordo com as revistas nas quais foram publicados. A observação do gráfico permite verificar uma predominância da *Harvard Business Review* (oito artigos), que pode ser explicada pelo fato de ser a revista utilizada pelos autores mais importantes da área (Robert S. Kaplan e David P. Norton) para publicar seus trabalhos. Pela mesma razão, o *International Journal of Operations & Production Management* vem na segunda posição, com cinco estudos, sendo o veículo utilizado por Andy Neely na maioria de suas publicações. Os outros estudos vêm de uma grande variedade de fontes. Vale mencionar também que das 36 revistas pesquisadas para a presente revisão de literatura, 29 forneceram um único artigo.

Gráfico 5 - Distribuição dos artigos de acordo com a revista de origem.



Fonte: Elaborado pelo autor.

2.3. Revisão de conteúdo

2.3.1. Escopo

A Mensuração de Desempenho Organizacional (MDO) tem recebido grande atenção e ocupado posto de destaque entre os assuntos discutidos no mundo dos negócios nos últimos anos (GLAVAN, 2011; NAJMI et al., 2012). Longe de ser uma área nova de pesquisa, ela veio à tona com o surgimento da necessidade de soluções inovadoras para as questões que apareceram nas últimas décadas do século 20 (NEELY, 2005). Dentre as limitações identificadas nos Sistemas de Mensuração de Desempenho (SMDs) existentes até então, os

mais significativos eram seu caráter desbalanceado devido a um foco exclusivo em indicadores financeiros, a orientação ao passado de suas medidas, o incentivo a ações orientadas ao curto prazo, o foco nas operações internas ao invés do foco no cliente, e a desconexão entre os indicadores utilizados e a estratégia das companhias (ECCLES, 1991; KEEGAN et al., 1989; KENNERLEY; NEELY, 2003; TANGEN, 2004). De certa forma, essas limitações estavam ligadas, e podem ser explicadas pelo fato de que, apesar de indicadores financeiros proverem informações relevantes sobre o desempenho de uma organização, eles são incapazes de identificar como esse desempenho foi alcançado ou de apontar maneiras de melhorá-lo (KENNERLEY; NEELY, 2003).

De acordo com Neely (2005), a evolução da literatura sobre MDO pode ser dividida em cinco fases. Os anos 80 foram marcados pela identificação de problemas e sua discussão, seguidos por uma segunda fase, na qual novos métodos foram propostos nos anos 90 (BOURNE et al., 2000), como o *Balanced Scorecard* (BSC) (KAPLAN; NORTON, 1992), o *Skandia Navigator* (EDVINSSON, 1997), e o *Performance Prism* (NEELY; ADAMS, 2000). Os três passos seguintes foram a discussão sobre como aplicar tais métodos, uma investigação empírica e sua validação teórica (NEELY, 2005).

Segundo Glavan (2011), a principal razão para se implementar um SMD é melhorar a eficácia organizacional. “Toda organização deveria medir, monitorar e analisar seu desempenho. O desempenho é definido como o cumprimento de uma dada tarefa comparado com padrões pré-estabelecidos de acurácia, completude, custo e agilidade” (GLAVAN, 2011, p. 25, tradução nossa). Taticchi et al. (2010) acreditam que seja necessário monitorar e entender o desempenho para competir num ambiente em constante movimento. Najmi et al. (2012) também mencionam o ambiente dinâmico como uma das razões para avaliar o desempenho organizacional com frequência, visando um dos principais objetivos de um SMD: melhoria constante. Agostino e Arnaboldi (2012, p. 327, tradução nossa) definem SMD como “um conjunto de mecanismos e processos utilizados por uma organização para identificar aspectos essenciais e apoiar a implementação de ações, planejamento, mensuração, controle, recompensa e aprendizado”. Além disso, SMDs devem ajudar organizações a integrar suas atividades ao longo dos diferentes níveis de gestão e funções, através do uso de medidas balanceadas que compreendem múltiplos níveis (organizações, processos e pessoas) (GLAVAN, 2011).

Atualmente, o campo de MDO na indústria tradicional é razoavelmente consolidado. Há um consenso de que medidas bem definidas podem alinhar estratégia e ações através de sistemas de comunicação mais estruturados dentro da organização (GLAVAN, 2011), e algumas ferramentas consagradas já são aceitas pela grande maioria e largamente difundidas.

SMDs transferiram seu foco da perspectiva financeira para perspectivas não-financeiras (TATICCHI et al., 2010) e, mais que um simples controle de custos, se tornaram ferramentas ponderosas para medir criação de valor e gerir negócios (DE TONI; TONCHIA, 2001). Há pesquisas que sugerem que companhias que utilizam SMDs integrados e balanceados tendem a obter resultados melhores que seus competidores, elevando o preço de suas ações no mercado (KENNERLEY; NEELY, 2003). Algumas das ferramentas criadas nesse contexto são descritas na próxima seção.

2.3.2. Ferramentas de mensuração de desempenho

A seção a seguir tem como objetivo descrever e comparar algumas das ferramentas propostas para se medir desempenho organizacional. Em particular, o *Balanced Scorecard* (KAPLAN; NORTON, 1992; KAPLAN; NORTON, 1996), o *Skandia Navigator* (EDVINSSON, 1997), o *Performance Prism* (NEELY; ADAMS, 2000), e o *Performance Planning Value Chain* (NEELY; JARRAR, 2004). Ela também descreve ferramentas auxiliares do processo de criação de SMDs, durante a etapa de clarificação da estratégia organizacional e de sua tradução para indicadores mensuráveis, como Mapas Cognitivos (LETTIERI et al., 2008) e o *Strategy Map* (KAPLAN; NORTON, 2000).

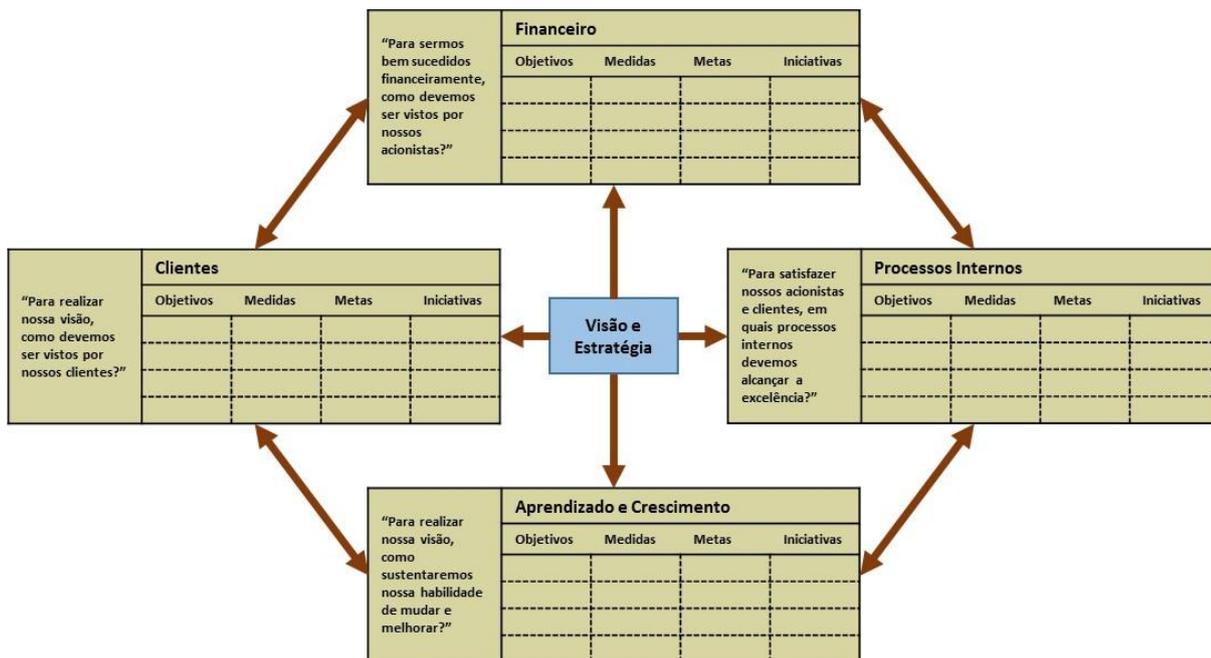
Dentre todas as ferramentas de mensuração de desempenho criadas nas últimas décadas, o *Balanced Scorecard* (BSC) (KAPLAN; NORTON, 1992; KAPLAN; NORTON, 1996) é sem dúvida a mais conhecida e difundida. Criado em 1992, ele espalhou-se rapidamente, atravessando as fronteiras dos EUA para alcançar todo o universo corporativo (DE GEUSER et al., 2009). De acordo com um estudo realizado pela Bain & Company, o BSC foi a ferramenta para medir desempenho mais usada no mundo em 2010, sendo a sexta ferramenta de gestão mais usada pelas empresas. Era aplicado por 47% das companhias entrevistadas e a projeção para 2011 aumentava esse número para 63%. A satisfação para com a ferramenta recebeu uma pontuação de 3,9 numa escala que vai de 0,0 a 5,0 (RIGBY; BILODEAU, 2011).

Entretanto, essa ferramenta que se espalhou mundialmente não se difundiu da mesma maneira entre companhias em países de baixa renda. Em seus estudos, Rabbani et al. (2010) concluem que a falta de comprometimento das lideranças, de preparo cultural, de sistemas de informação de qualidade, de planejamento estratégico e de recursos otimizados são os principais motivos pelos quais o BSC ainda é pouco utilizado nesses países. Apesar de o Brasil apresentar um PIB considerável e um grande número de empresas, ele não foge à regra.

Segundo Frezatti et al. (2010), em 2002, apenas 17% das médias e grandes empresas no país utilizavam a ferramenta, e 9% estavam em fase de desenvolvimento ou implementação, um número baixo quando comparado à difusão nos EUA e Europa. A explicação para uma penetração tão baixa seria a falta de conhecimento a respeito da ferramenta e de seus benefícios potenciais, assim como as condições difíceis para implementá-la. O mesmo estudo revelou que 15% das companhias nem ao menos sabia da existência da ferramenta, enquanto 59% sabiam mas não a utilizavam.

Segundo Kaplan e Norton (1992), não há uma medida única capaz de indicar o desempenho de um negócio, e esse é o motivo pelo qual deve haver um conjunto balanceado de medidas para desenvolver essa tarefa. A ideia por trás do BSC (Figura 1) não é substituir os tradicionais indicadores financeiros, mas complementá-los (KAPLAN; NORTON, 1996) através da inclusão de três novas perspectivas: clientes, processos internos, e aprendizado e crescimento.

Figura 1 - O *Balanced Scorecard* e suas quatro perspectivas.



Fonte: Adaptado de Kaplan e Norton, 1996.

A perspectiva do cliente responde à tendência recente de direcionar o foco ao cliente, apresentada por diversas empresas na atualidade, e ajuda gestores a definir indicadores que sejam capazes de medir a qualidade do serviço oferecido ao consumidor. De acordo com Kaplan e Norton (1992), os clientes costumam valorizar quatro dimensões diferentes: tempo, qualidade,

desempenho e serviço, e custo. A definição de indicadores adequados para medir essas dimensões e o tratamento apropriado dos dados coletados são capazes de prever resultados financeiros no futuro de uma forma que a informação financeira sobre o passado não consegue (NEELY; NAJJAR, 2006). Desse modo, o time de gestores deve criar métricas capazes de comunicar aos colaboradores a importância de se construir e manter bons relacionamentos com clientes (KAPLAN; NORTON, 1993).

A satisfação do cliente deriva da excelência em processos, decisões e ações dentro da organização (KAPLAN; NORTON, 1992), medidas que são incluídas na perspectiva de processos internos do BSC. Para alcançar o sucesso, as companhias devem identificar suas principais competências, isto é, os processos e competências nos quais devem se destacar, e selecionar medidas adequadas para avaliar seu desempenho nesses quesitos. A melhoria desses processos internos críticos tende a gerar produtos e serviços melhores, que uma vez entregues ao consumidor, devem levar a números superiores na perspectiva do cliente.

Finalmente, a terceira dessas novas perspectivas mede o esforço das companhias no sentido de inovar, desenvolver, aprender e melhorar. Levando em consideração o fato de que “as habilidades dos funcionários, sistemas de Tecnologia da Informação (TI) e cultura organizacional são muito mais valiosos para diversas companhias que seus ativos tangíveis” (KAPLAN; NORTON, 2004, p. 21, tradução nossa), investimentos como o treinamento de colaboradores, a melhoria dos sistemas de TI e inovação são críticos para companhias que queiram competir nos mercados dinâmicos da atualidade. De maneira resumida, aprender e crescer são ações importantes porque são os colaboradores que dirigem a criatividade e a inovação através da organização. Contratar, treinar e manter os principais funcionários são atividades essenciais para melhorar processos internos, aumentar a satisfação dos clientes e, enfim, melhorar os resultados financeiros (SENYIGIT, 2009). Esta perspectiva, considerada por alguns autores “o elo mais fraco do BSC” ou “de menos que adequada a pobre”, e ignorada por muitas companhias que implementam a ferramenta (GURD; GAO, 2007), procura responder à questão “como continuar melhorando e criando valor para o cliente?” (KAPLAN; NORTON, 1992).

Como dito anteriormente, as medidas financeiras não são eliminadas, mas complementadas pelas três novas perspectivas propostas pelo BSC. Assim, a perspectiva financeira continua tendo um papel de extrema relevância, indicando se todos os esforços da organização estão sendo efetivos e se a estratégia escolhida está de fato gerando os efeitos e resultados esperados (KAPLAN; NORTON, 1992). Se os indicadores nas outras perspectivas

alcançarem as metas definidas e a estratégia desenhada estiver correta, a perspectiva financeira deve refletir essa situação positiva, definindo como a companhia é vista por seus acionistas.

A inclusão dessas novas perspectivas a um SMD transforma-o em uma ferramenta multidimensional que utiliza indicadores não-financeiros para gerar um sistema mais balanceado (BOURNE et al., 2000), que fornece informações preciosas a respeito do desempenho da companhia no futuro. Além disso, esse sistema evita sub-otimização, uma vez que os gestores monitoram os resultados em uma variedade de áreas, garantindo assim que uma não seja sacrificada para que outra obtenha sucesso (TANGEN, 2004).

Além da inclusão das novas perspectivas, o BSC apresenta outra grande inovação: a conexão entre ações de curto prazo e estratégia de longo prazo (KAPLAN; NORTON, 1996). O processo original criado por Kaplan e Norton (1996) consiste de quatro passos, e se inicia com uma definição clara da visão e da estratégia da organização, passa pela comunicação ao longo da empresa ligando objetivos departamentais e individuais, integra planos de negócio e financeiro e termina com um *feedback* que encerra o ciclo, melhorando o processo de aprendizado organizacional através de uma reavaliação da estratégia definida. Esse processo cíclico materializa o conceito de Argyris (1977) de *Double Loop Learning*, segundo o qual *feedback* deve ser utilizado não só para reiniciar o processo, mas para confrontar as hipóteses iniciais antes de começar um novo ciclo. De acordo com evidências empíricas, uma estratégia que seja bem traduzida em termos operacionais e que seja capaz de alinhar processos, serviços e competências é crítica para gerar um BSC de sucesso (DE GEUSER et al., 2009). O BSC é mais que um simples sistema de mensuração. Ele é um sistema de gestão que ajuda organizações a esclarecerem suas visões e estratégias e a traduzi-las em ações através da seleção de um número limitado de indicadores críticos divididos em quatro perspectivas (GRIGOROUDIS et al., 2012; KAPLAN; NORTON, 1993).

Outra ferramenta criada para complementar o BSC foi o *Strategy Map* (KAPLAN; NORTON, 2000), o qual indentifica explicitamente as relações de causa-efeito entre ações específicas e os resultados esperados através de uma representação gráfica, o que torna-o uma ferramenta poderosa para se entender a estratégia (MARINHO; SELIG, 2009). Essa ferramenta ajuda organizações a comunicarem sua estratégia e a explicar aos empregados como suas tarefas se alinham aos objetivos da companhia. Para construí-la, as empresas são obrigadas a rever sua missão, visão e principais valores, a partir dos quais começam a mapear de cima para baixo os fatores que devem levá-la a alcançar suas metas com sucesso. Ao longo desse processo, a companhia é capaz de identificar os fatores críticos de sucesso em cada uma das perspectivas do BSC que permitirão a execução da estratégia.

O *Strategy Map* é uma ferramenta particular derivada de um conceito mais genérico conhecido como Mapa Cognitivo. De acordo com Lettieri et al. (2008, p. 50, tradução nossa) “a cognição é relevante para a gestão e, acima de tudo, para a tomada de decisão”. Khan e Quaddus (2004) definem um Mapa Cognitivo como conceitos ou variáveis que são conectados por relações causais dotadas de um sinal que indica se a relação é positiva ou negativa, com o objetivo de prever o resultado de um problema complexo através da simples observação das consequências da interação entre esses conceitos ou variáveis. De modo similar, Lettieri et al. (2008) definem Mapas Cognitivos como modelos mentais que simplificam sistemas complexos, representando os principais conceitos e a relação entre eles, de modo a ajudar pessoas a entenderem eventos passados e a interpretar novos eventos, dando suporte ao processo de tomada de decisão. Desse modo, Mapas Cognitivos permitem que os gestores entendam o dilemas que enfrentam e tentem esclarecer as possíveis soluções. De fato, “o valor de um Mapa Cognitivo é a sua habilidade de tornar explícitas as várias relações implícitas que qualquer tomador de decisão tem em sua mente” (LETTIERI et al., 2008, p. 57, tradução nossa).

Colocando o BSC e o *Strategy Map* (ou Mapas Cognitivos) para trabalharem em conjunto, os gestores são capazes de identificar alguns poucos indicadores para cada perspectiva que ajudarão a companhia a alcançar sua visão estratégica. O *Strategy Map*, no entanto, não é uma ferramenta para formular estratégias (KAPLAN; NORTON, 2000), mas uma ferramenta para comunicar a estratégia definida ao longo da organização.

Apesar do sucesso e difusão alcançados pelo BSC e pelo *Strategy Map*, o método apresenta algumas limitações. A ferramenta é considerada muito genérica, sendo difícil de adaptar para determinadas culturas organizacionais (GRIGOROUDIS et al., 2012). Neely e Adams (2000) argumentam que o BSC não considera algum *stakeholders* relevantes, como fornecedores e colaboradores, e McCunn (1998) afirma que 70% das implementações de BSC fracassam.

Uma ferramenta alternativa, similar ao BSC, foi desenvolvida pela companhia sueca de seguros e serviços financeiros *Skandia*, no meio da década de 90, dando foco especial ao Capital Intelectual e ativos de conhecimento das organizações (SAVINO et al., 2012) visando a correção de um dos grandes deslizes do BSC. De acordo com Edvinsson (1997, p. 366, tradução nossa), o *Skandia Navigator* (Figura 2) busca responder à “necessidade de uma perspectiva mais holística e balanceada de como nutrir e desenvolver organizações de serviços e encorajar o crescimento”, enquanto Savino et al. (2012) afirmam que ele responde ao esforço para se desenvolver um sistema que avalie ativos intangíveis. Segundo Edvinsson (1997, p. 366,

tradução nossa) o foco no Capital Intelectual aumenta a eficácia na gestão e desenvolvimento da companhia: “O Capital Intelectual se torna ao menos tão importante quanto o capital financeiro para promover lucros realmente sustentáveis”. Luthy (1998) afirma que o Capital Intelectual vem se tornando uma fonte essencial para a criação de riqueza, com uma importância relativa crescente quando comparado a ativos tangíveis. Além disso, ele acredita que demonstrativos financeiros sejam uma representação do passado, enquanto o Capital Intelectual ajude a entender o presente e o futuro. O problema, no entanto, é que investimentos em áreas de capital humano e TI reduzem lucros no curto prazo, levando a uma diminuição do valor contábil da organização, de modo que os gestores tendem a não dar grande atenção a eles (EDVINSSON, 1997).

Ao longo de suas seis áreas de foco, o *Skandia Navigator* procura balancear indicadores financeiros e não-financeiros, passado, presente e futuro, recursos humanos e ambiente externo (EDVINSSON, 1997). A metáfora da “navegação” se refere a uma ferramenta que guia as organizações da gestão de seu Capital Intelectual (LUTHY, 1998) e à busca por uma nova linguagem para transmitir informações mais dinamicamente (EDVINSSON, 1997). A ferramenta apresenta a forma de uma casa, onde o foco financeiro é o telhado, os focos dos clientes e dos processos são as paredes, o foco de renovação e desenvolvimento é a base e o foco humano é a alma, indicando o papel crítico da inteligência ativa dentro das organizações (LUTHY, 1998). Todos estes são envoltos pelo ambiente externo. O número de indicadores não deve ultrapassar três ou quatro para cada área de foco, e devem ser genéricos e numéricos, sendo definidos a partir da estratégia organizacional ou dos fatores críticos de sucesso identificados (EDVINSSON, 1997). Além disso, os indicadores podem ser utilizados como referência para remuneração baseada em desempenho, como é feito pela própria *Skandia*.

Figura 2 - O Skandia Navigator e seus seis focos.



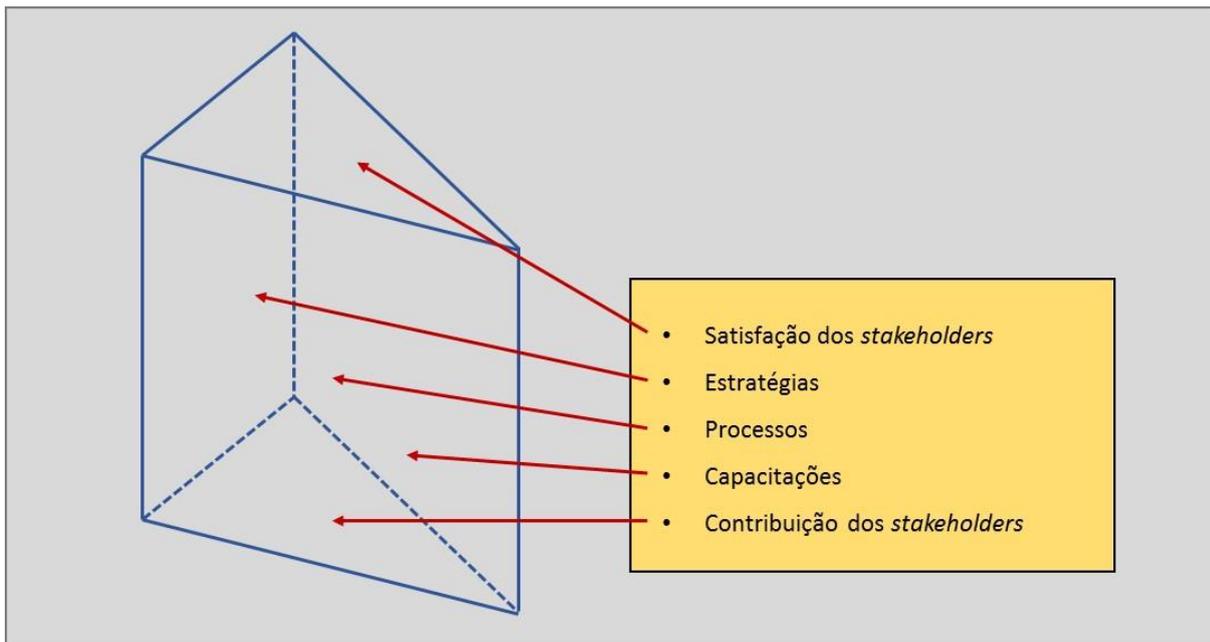
Fonte: Adaptado de Edvinsson, 1997.

De acordo com Edvinsson (1997), embora a ferramenta apresente diversas semelhanças em relação ao BSC, a nova disposição dos focos amplifica a perspectiva de renovação e desenvolvimento, considerada a base para a sustentabilidade, inclui o ambiente operacional e coloca o foco humano no centro. Marinho e Selig (2009) também comparam as ferramentas, e concluem que o BSC é mais racional no momento em que seleciona os indicadores, gerando um número menor de medidas que o *Skandia Navigator*. Além disso, eles afirmam que enquanto o *Skandia Navigator* publica seus resultados através de relatórios formais distribuídos aos empregados, o BSC desdobra seus indicadores ao longo de toda organização, incluindo os níveis tático e operacional. Eles também reforçam que os indicadores do BSC possuem um viés no sentido do controle gerencial, ao passo que o *Skandia Navigator* foca mais nas competências organizacionais. Agostino et al. (2012) afirmam que o método, que dá destaque particular ao Capital Intelectual, provê uma imagem mais completa dos recursos disponíveis para as organizações, mas fornece pouca informação sobre processo transformacionais, dando pouco valor a questões como eficiência e produtividade.

Outra ferramenta criada para oferecer uma alternativa ao BSC é o *Performance Prism* (Figura 3) (NEELY; ADAMS, 2000), um modelo tridimensional que considera as cinco diferentes faces de um prisma. De acordo com o método, a construção de um SMD deve ser iniciada com a definição dos fatores que levam à satisfação dos *stakeholders*, ao invés da

definição da estratégia. A estratégia, por sua vez, vem a seguir, indicando como os desejos e vontades dos *stakeholders* serão satisfeitos. A terceira etapa é a definição dos processos que serão utilizados para executar a estratégia, seguida pelas habilidades necessárias para desenvolver tais processos. O modelo termina com a definição das contribuições esperadas por parte dos *stakeholders* para manter e desenvolver tais habilidades.

Figura 3 - O Performance Prism e suas cinco faces.



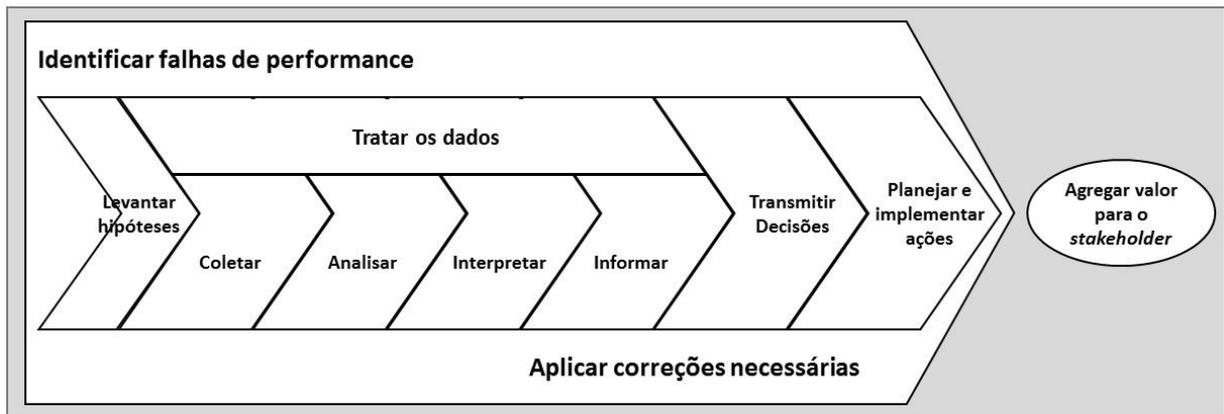
Fonte: Adaptado de Neely e Adams, 2000.

O *Performance Prism* é mais abrangente que o BSC, considerando mais *stakeholders* (empregados, fornecedores, parceiros e intermediários), e também questiona a estratégia existente antes de selecionar seus indicadores (MARINHO; SELIG, 2009; TANGEN, 2004). De acordo com Najmi et al. (2012), ele é mais indicado para organizações que têm a criação de valor para os *stakeholders* como prioridade, enquanto Marinho e Selig (2009) afirmam que da maneira como o BSC foi concebido, ele é mais orientado à geração de valor para o acionista. De qualquer modo, o *Performance Prism* pouco menciona a respeito de como as medidas de desempenho serão executadas e não considera os SMDs que as empresas estejam usando até então (TANGEN, 2004). Além disso, falta um procedimento de revisão do método para manter a eficácia e a relevância do sistema (NAJMI et al., 2012).

Uma quarta ferramenta desenvolvida para medir desempenho é o *Performance Planning Value Chain* (Figura 4) (NEELY; JARRAR, 2004), que consiste de seis etapas para extrair valor

de dados com o objetivo de melhorar o processo de tomada de decisão. Ele se inicia com a identificação de falhas no desempenho que devam ser melhoradas, faz uma coleta de dados para corrigir a falha e realiza uma análise e interpretação desses dados. O passo seguinte é a comunicação das ideias geradas a partir da interpretação dos dados para finalmente tomar decisões e entrar em ação.

Figura 4 - O *Performance Planning Value Chain*.



Fonte: Adaptado de Neely e Jarrar, 2004.

Muitos outros modelos foram criados com o intuito de medir desempenho. Entre outros, Tangen (2004) cita:

- ***Sink and Tuttle Model***: define o desempenho de uma organização como o resultado da interação entre sete critérios: eficácia, eficiência, qualidade, produtividade, qualidade de vida no trabalho, inovação e lucratividade/limitação de gastos.
- ***Performance Pyramid***: concebido em 1992, este modelo cria uma conexão entre medidas de desempenho e os níveis hierárquicos na organização.
- ***Theory of Constraints***: uma metodologia criada em 1990, focando principalmente no planejamento e programação da produção, visando reduzir o número total de indicadores no SMD. É uma tentativa de reduzir a sobrecarga de informação existente nas grandes corporações, buscando torná-la mais acessível e compreensível. Pode ser considerada um tanto simplista, no entanto.
- ***Medori and Steeple's Framework***: esta ferramenta integrada, criada em 2000, permite aos usuários projetar um novo SMD ou melhorar um já existente através de um processo dividido em seis etapas.

Cada um desses modelos possui suas vantagens e limitações, mas nenhum alcançou sucesso comparável ao do BSC.

Uma comparação entre as diferentes ferramentas propostas leva à conclusão de que não há grandes divergências entre o BSC e os outros sistemas de um ponto de vista teórico, mas o primeiro obteve resultados melhores na compreensão e tradução da estratégia para ações operacionais (MARINHO; SELIG, 2009). Em seu estudo, De Geuser et al. (2009) concluem que o BSC colabora, de fato, na melhora do desempenho organizacional. Entretanto, eles não foram capazes de responder se essa ajuda veio do uso formal da ferramenta ou dos debates interativos e informais durante o desenvolvimento, implementação e uso da ferramenta. O fato é que o BSC mostrou-se mais eficaz que os outros SMDs, ainda que não seja inovador do ponto de vista teórico (MARINHO; SELIG, 2009) e que não haja evidência de como ou quanto ela ajuda as organizações a melhorar seu desempenho (DE GEUSER et al., 2009). Por este motivo, esta revisão de literatura prosseguirá com a análise do processo de implementação dessa ferramenta em particular.

2.3.3. Processo de implementação do *Balanced Scorecard*

Em seu artigo, McCunn (1998) afirma que o BSC não deve ser implementado caso os executivos não saibam exatamente o que esperam alcançar, e enfatiza que 70% dos BSCs implementados fracassam. Apesar de parecer óbvio, vale ressaltar que toda atividade de mensuração incorre custos tanto para implementar quanto para manter (GLAVAN, 2011).

De acordo com Kaplan e Norton (2008), o BSC deve ser utilizado para desenvolver a segunda etapa de um processo mais longo, o qual chamaram *Closed-Loop Management System* (CLMS, Figura 5). O principal objetivo deste modelo é guiar os gestores desde a concepção da estratégia até sua execução e revisão (ZHANG et al., 2012). Consistindo de cinco etapas (KAPLAN; NORTON, 2008), inicia-se com o desenvolvimento da estratégia, durante o qual os executivos devem definir a missão, visão e valores da companhia, para então realizar uma análise estratégica das conjunturas interna e externa (através de métodos consagrados, como *Porter's Five Forces*, *Value Chain*, *PEST Analysis* e *SWOT Matrix*). Uma vez definido o negócio da empresa e após o mapeamento do ambiente, os executivos podem formular a estratégia que deverá ser seguida pela organização a fim de alcançar o esperado sucesso.

Figura 5 - O *Closed-Loop Management System* e suas cinco etapas.



Fonte: Adaptado de Kaplan e Norton, 2008.

Definir e transmitir a missão, a visão e os valores de uma organização não é uma tarefa simples, mas as empresas que conseguem criar uma cultura na qual os empregados conseguem internalizá-los têm grande propensão ao sucesso (KAPLAN; NORTON, 2004). Tuan (2012, p. 288, tradução nossa) afirma que a cultura organizacional “é um espírito cultivado pelos valores compartilhados dos membros da organização”, e essa harmonia resulta em conforto, confiança nos outros e confiança em si próprio. Uma cultura de liderança e comunicação aberta tem grande impacto no sucesso da implementação de um BSC. Grigoroudis et al. (2012) vão além, e afirmam que a participação dos colaboradores nas revisões do BSC é o fator mais crítico para uma implementação bem sucedida da ferramenta. De acordo com eles, a equipe deve

compartilhar da visão da companhia, mais que simplesmente estar ciente dela, o que vai de acordo com a ideia de Senyigit (2009), segundo a qual a inclusão de todos os departamentos no planejamento e desenvolvimento do BSC ajuda na obtenção do apoio dos empregados em relação ao SMD.

A segunda etapa do CLMS (KAPLAN; NORTON, 2008) consiste na tradução da estratégia formulada em objetivos e medidas que possam ser comunicados aos empregados ao longo da companhia. Para desenvolver essa tarefa, o *Strategy Map* e o BSC têm um papel fundamental. O primeiro é capaz de criar um cadeia de relações de causa-efeito que pode ser facilmente visualizada, enquanto o segundo ajuda a traduzir os fatores críticos de sucesso identificados em um conjunto balanceado de indicadores mensuráveis.

A terceira etapa consiste no planejamento de operações para que a estratégia seja implementada, seguida pela monitoração dos indicadores (quarta etapa) e pela reavaliação da estratégia vigente (quinta etapa).

A implementação do BSC propriamente dita envolve uma série de passos e escolhas que devem ser feitas. A maneira como o BSC será implementado na prática depende de uma variedade de fatores, como ambiente, tamanho da organização, tecnologia, cultura e estratégia (AGOSTINO; ARNABOLDI, 2012). Entretanto, antes de efetivamente implementar o BSC, algumas decisões com relação ao seu projeto devem ser tomadas. Agostino e Arnaboldi (2012) identificam quatro dimensões de projeto: a definição dos *Key Performance Indicators* (KPIs), os desdobramentos, a definição de metas e o sistema de remuneração.

A definição dos KPIs para o BSC pode variar tanto em termos de quantidade quanto em termos do balanço entre indicadores financeiros e não-financeiros (AGOSTINO; ARNABOLDI, 2012). De Toni e Tonchia (2001) classificam indicadores de acordo com sua natureza, dividindo-os em indicadores de custo (relacionados a custos de produção e produtividade) e indicadores não relacionados a custos (referentes a tempo, flexibilidade e qualidade). O número de indicadores, por sua vez, pode variar de muito poucos até dezenas. Em seus estudos na área da Saúde, Gurd e Gao (2007) encontraram uma variação de 9 a 44 medidas nos BSCs de 22 organizações por eles estudadas, incluindo sistemas hospitalares, hospitais, um centro psiquiátrico, departamentos hospitalares, sistemas nacionais de Saúde e governos locais.

A segunda decisão em termos de dimensões do projeto (AGOSTINO; ARNABOLDI, 2012) refere-se aos desdobramentos, uma escolha de como o BSC será implementado ao longo da hierarquia da organização. Nesse momento deve-se definir se a organização terá um único

BSC ou BSCs específicos para cada unidade de negócios ou nível hierárquico, de modo a alinhar as ações com a visão da companhia.

A terceira escolha, referente à definição de metas, virou uma espécie de consenso entre os acadêmicos (AGOSTINO; ARNABOLDI, 2012; GAULD et al., 2011; KAPLAN; NORTON, 1996), a maioria dos quais concorda que os objetivos de alto nível estratégico na organização devem ser traduzidos em metas e medidas específicas para unidades operacionais e indivíduos (KAPLAN; NORTON, 1996). O modo como essas metas serão abordadas, no entanto, pode variar de acordo com as decisões do gestor. Kaplan e Norton (1996) mencionam uma companhia petroleira na qual indivíduos são encorajados a estipular metas para si próprios, ao invés do método tradicional em que os gestores são responsáveis por tal atividade, enquanto Agostino e Arnaboldi (2012) discutem a diferença entre metas implícitas e explícitas e suas implicações. De qualquer forma, Najmi et al. (2012) afirmam que metas devem ser sempre desafiadoras, de modo a motivar os empregados, mas também realistas.

Também é essencial criar um sistema de comunicação para expressar o sucesso ou fracasso em relação ao alcance das metas estipuladas, ou mesmo sistemas de alerta que enviem continuamente informações sobre os resultados, de modo que medidas orientadas a melhorar o desempenho em áreas comprometidas possam ser tomadas rapidamente (CHEN et al., 2012). Ferramentas como “luzes de semáforo” (luzes verdes, amarelas e vermelhas) ou outros códigos de cores são comuns para desenvolver essa tarefa.

A quarta e última dimensão de projeto do BSC refere-se à ligação entre medidas e sistemas de remuneração (AGOSTINO; ARNABOLDI, 2012). Diferentemente da dimensão anterior, os acadêmicos têm opiniões conflitantes em relação a essa escolha. Kaplan e Norton (1996) argumentam que algumas companhias acreditam que essa conexão pode funcionar como uma poderosa alavanca, apesar de admitirem que a ligação carregue riscos consigo. Senyigit (2009) acredita que ligar avaliação de desempenho às medidas do BSC seja a maior motivação para as iniciativas dos empregados. Na mesma linha, Agostino e Arnaboldi (2012) afirmam que recompensas são fundamentais para motivar os empregados, mas alertam para o fato de que elas também podem gerar efeitos controversos e comportamento inapropriado, como a chamada “gestão do denominador”, quando gestores manipulam os ativos sob seu controle a fim de aumentar indicadores como o *Return on Assets* (ROA). Como dito por Chua (2009, p. 38, tradução nossa), “a fixação por medidas torna as medidas um fim quando na verdade elas deveriam ser um meio”. Portanto, gestores devem ter cuidado para não tornar uma ferramenta que deveria melhorar o desempenho em um “jogo fútil de números”. Isso vai de acordo com a

ideia de Neely e Adams (2000) de que empregados tendem a adotar “táticas de jogo” para alcançar suas metas. As medidas devem guiar os funcionários na maneira de se comportar (NEELY; ADAMS, 2000; TUAN, 2012). Desse modo, as medidas devem ser consistentes com a estratégia da organização para garantir que seus colaboradores atuem de modo apropriado.

Após projetar o BSC, o próximo passo é a sua implementação. Em sua pesquisa, Bourne et al. (2000) identificaram três obstáculos principais à implementação de medidas de desempenho: rejeição ao controle, questões de infraestrutura de TI e o comprometimento dos gestores com a iniciativa. A rejeição ao controle vem da ideia da redistribuição de poder, que pode não interessar a todos os indivíduos. Para contornar essa questão, é importante que o gestor crie uma cultura de comunicação aberta para gerar conforto, confiança nos outros e confiança em si próprio, e os líderes devem prover aos seus subordinados os recursos necessários e ajudá-los a alcançarem suas metas (TUAN, 2012). Para superar o segundo problema, o de infraestrutura de TI, é preciso haver um foco especial em sistemas de informação para assegurar que eles sejam adequados ao SMD desenvolvido. Isso significa investir em sistemas integrados que sejam capazes de alcançar todos os níveis dentro da companhia, fornecendo aos empregados informações a respeito de seu desempenho e alertando para resultados indesejados. Por fim, embora o processo de implementação do BSC possa tomar bastante tempo, o comprometimento dos gestores sêniores é vital para o sucesso da ferramenta (BOURNE et al., 2000), opinião da qual De Geuser et al. (2009) discordam ao dizer que o apoio dos gestores superiores e a participação de todos os funcionários não são pré-requisitos para o sucesso.

Ainda relacionado às escolhas durante a implementação de BSCs, existem ao menos duas maneiras de se classificar a ferramenta. A primeira diz respeito à extensão na qual o BSC considera a estratégia organizacional, enquanto a segunda está relacionada a como as medidas obtidas serão utilizadas para solucionar problemas.

Sobre a relação com a estratégia, a literatura define três estágios evolutivos do BSC (DE GEUSER et al., 2009; GREILING, 2010; GURD; GAO, 2007). Na primeira geração, os indicadores são divididos em quatro perspectivas, mas não há relação de causa-efeito entre eles, algo que surge apenas na segunda geração, quando as medidas passam a ser claramente conectadas aos objetivos estratégicos. O terceiro e último tipo de BSC ainda inclui metas, planos de ação e conecta resultados a incentivos.

A segunda escolha a ser feita durante a implementação do BSC diz respeito a como os gestores vão lidar com as medidas obtidas. Neste sentido, Agostino e Arnaboldi (2012) definem dois tipos de BSC, os quais chamaram BSC-Diagnóstico e BSC-Interativo. O primeiro compara as medidas obtidas com os objetivos estipulados no início do período. Ações corretivas são

realizadas apenas quando necessário, de modo que os gestores são envolvidos apenas quando os resultados desviam do esperado. Essa metodologia também é conhecida como gestão por excessão. O segundo método, por outro lado, refere-se ao conceito de Argyris de *double-loop learning* (ARGYRIS, 1977), quando os resultados obtidos são discutidos e a estratégia escolhida é constantemente revisada, sem que haja a necessidade de ocorrência de um evento excepcional. Ele assume participação ativa dos gestores mais altos a diálogo frente a frente com subordinados, gerando um ambiente mais orgânico.

Os dois modelos descritos acima introduzem o último tópico sobre a implementação de BSCs, o processo de retroalimentação, aprendizagem (KAPLAN; NORTON, 1996) e atualização (BOURNE et al., 2000), assunto que não é tão discutido pela literatura, apesar de ser geralmente aceito como um passo essencial para uma implementação de sucesso de SMDs (NAJMI et al., 2012). De acordo com Bourne et al. (2000), deve haver um processo regular que confronte as medidas e os objetivos estratégicos para manter o SMD sempre alinhado com a estratégia definida. Chan (2009) afirma que o BSC deve ser revisado regularmente para incorporar novos desafios e mudanças do ambiente, de modo que ele possa funcionar como uma ferramenta de gestão estratégica eficaz. Esse mecanismo de coletar informações para testar as hipóteses iniciais nas quais a estratégia foi baseada e fazer os ajustes necessários ao SMD é o que Kaplan e Norton (1996) chamam de Aprendizagem Estratégica. O processo de atualização, no entanto, não é um simples redesenho do sistema de mensuração, mas deve levar em consideração o contexto organizacional e como ele se alterou no ambiente dinâmico, algo que poucas organizações fazem de fato (KENNERLEY; NEELY, 2003). Para assegurar o sucesso da atualização do SMD, Kennerley e Neely (2003) propõem um método que consiste de três atividades (reflexão sobre o SMD existente, sua modificação para realinhá-lo com a estratégia, e aplicação do SMD atualizado) que devem ser realizadas considerando quatro diferentes fatores dinâmicos (processos, pessoas, sistemas e cultura), encerrando assim o processo cíclico de implementação do BSC.

O processo contínuo de atualização do SMD, entretanto, não é uma unanimidade entre os acadêmicos. Najmi et al. (2012) afirmam que o conjunto de medidas deve ser revisto num processo baseado em eventos, que acontece apenas sob determinadas circunstâncias, como alterações na estratégia de negócios, um novo requisito de alguma parte interessada, quando algum dos KPIs é visto como desnecessário ou após a implantação de um novo sistema de TI, o que remete ao conceito de gestão por excessão mencionado anteriormente.

2.3.4. *Balanced Scorecard* em Organizações Sem Fins Lucrativos

Organizações Sem Fins Lucrativos (OSFLs) são de grande interesse para diversos acadêmicos devido à sua natureza distinta, à alta complexidade de suas atividades e à relação diferente que elas têm com seu ambiente (HELMIG et al., 2004). Sua orientação social é a principal diferença para as organizações com fins lucrativo tradicionais (GRIGOROUDIS et al., 2012). Sua existência é atribuída geralmente a alguma falha do mercado ou do governo em prover um serviço específico que é percebida por um indivíduo ou grupo. Talvez o desvio de seu modelo econômico do padrão possa explicar a razão pela qual demorou tanto tempo para que esses agentes adotassem desde as métricas financeiras mais simples (URRUTIA; ERIKSEN, 2005) até ferramentas complexas como o BSC, algo que começou bem mais tarde que nas companhias tradicionais (GREILING, 2010).

A adoção deste tipo de ferramenta foi provavelmente motivada por um movimento chamado Nova Gestão Pública (NGP). A NGP foi uma iniciativa que começou nos anos 80, na qual governos passaram a aplicar ferramentas utilizadas tradicionalmente pelo setor privado a fim de modernizar e transformar o setor público (LAPSLEY, 2009). A lógica por trás dessa iniciativa, que teve alcance global, era a crença de que a boa gestão era mais importante para transformar o setor público que opções de políticas, e que o uso de tecnologias de contabilidade e gestão do setor privado poderiam aumentar a eficiência do setor público. Seguindo essa tendência, e munidas dessas novas ferramentas, (CHAN, 2009), as OSFLs começaram a enfrentar um desafio dominante, passando da administração amadora usual para a gestão profissional (HELMIG et al., 2004).

De acordo com Euske (2003), um dos problemas das mudanças organizacionais é que gestores e empregados têm dificuldade de perceber que as questões que eles enfrentam em seu dia-a-dia são, na realidade, similares a questões enfrentadas por outras organizações, e que as mesmas soluções aplicadas para resolver pelos outros poderiam resolver os problemas das primeiras. Greiling (2010), no entanto, afirma que a utilização de BSCs por essas organizações é tanto quanto ou até mesmo mais vantajosa que nas organizações voltadas ao lucro, maximizando os benefícios entregues à sociedade, e diversos autores acreditam que não haja razões para não se aplicar a ferramenta no setor (GRIGOROUDIS et al., 2012; KAPLAN, 2001; URRUTIA; ERIKSEN, 2005).

A pesquisa acerca da implementação do BSC em OSFLs já passou por duas fases (GREILING, 2010). Num primeiro momento, a maioria dos acadêmicos discutia como adaptar a ferramenta a esse contexto particular, sugerindo algumas modificações que serão

mencionadas no a seguir. A segunda fase de estudos está relacionada às diversidades que o BSC apresenta em diferentes áreas de atuação. Há inúmeras OSFLs que já experimentaram BSCs, incluindo hospitais, associações de idosos, organizações juvenis, clubes esportivos e grupos religiosos, para mencionar alguns poucos. Embora exista uma série de estudos empíricos de organizações que aplicaram o BSC, ainda há uma lacuna no que tange estudos que comparem a implementação da ferramenta em diferentes organizações. SMDs são tecnologias que visam melhorar a eficiência e eficácia da organização, mais que simplesmente identificar falhas individuais. Estudos transversais como o realizado por Chen et al. (2006) comparando dois hospitais públicos – um chinês e outro japonês, ajudam a identificar oportunidades para melhorar o desempenho organizacional.

Embora esse seja um campo relativamente novo, já existem algumas sugestões de como adaptar o BSC a esse contexto particular. Kaplan (2001, p. 360, tradução nossa) acredita que OSFLs “deveriam considerar colocar uma missão primordial no topo de seu BSC”, refletindo seu objetivo de longo prazo. Essa missão representa a conta entre o agente e a sociedade, a explicação do porquê da existência da organização. Ao invés de um objetivo, a perspectiva financeira representa uma limitação que, caso bem gerenciada, permitirá que as outras perspectivas se desenvolvam em sua plenitude (KAPLAN, 2001; URRUTIA & ERIKSEN, 2005). GRIGOROUDIS et al. (2012) afirmam que o método deveria considerar particularidades do setor, focando em missão e paixão no lugar do lucro ou competição. Além disso, Kaplan (2001) propõe uma expansão do conceito de cliente, distinguindo entre financiadores (aqueles que pagam pelo serviço) e constituintes (os que recebem o serviço), e coloca essa perspectiva no topo da nova ferramenta, movendo a perspectiva financeira para a parte de baixo. Assim, o BSC fica consideravelmente diferente do tradicional, e pode ser visto na Figura 6.

Figura 6 - O *Balanced Scorecard* adaptado para Organizações Sem Fins Lucrativos.



Fonte: Adaptado de Kaplan, 2001.

Enquanto Kaplan (2001) argumenta que o sucesso das OSFLs pode ser medido por quão eficientes e eficazes elas são ao atender às necessidades de seus constituintes, Euske (2003) afirma que clientes se interessam por valor, não dando importância a eficiência. De fato, Kaplan parece um pouco contraditório dado que ele próprio diz que “considerações financeiras podem ter um papel restritivo ou facilitador, mas raramente serão o objetivo primário” (Kaplan, 2001, p. 353, tradução nossa).

Ainda referente às adaptações ao contexto das OSFLs, acredita-se que o BSC não deva se restringir às quatro dimensões originais (GRIGOROUDIS et al., 2012). Em seu artigo, Greiling (2010) discute o uso de mais que quatro perspectivas. De acordo com sua pesquisa empírica em OSFLs alemãs, muitas delas utilizavam até seis perspectivas em seus BSCs. Surpreendentemente, quase todas as organizações pesquisadas usaram uma abordagem de cima para baixo para criar seu BSCs, e poucas delas implementaram o conceito de Kaplan de um objetivo primordial, ambos comportamentos que vão contra a teoria proposta. A ligação entre desempenho e sistemas de remuneração é muito controversa e Greiling encontrou reações adversas a estes sistemas de incentivo.

Conforme esperado, a implementação do BSC no contexto das OSFLs carrega uma série de vantagens. A quantificação e mensuração da estratégia ajuda as OSFLs a reduzir ou até mesmo eliminar a ambiguidade e confusão sobre seus objetivos e métodos, levando-as a focar na prossecução de sua missão (KAPLAN, 2001). O uso de uma ferramenta consagrada também aumenta a confiança na gestão e a legitimidade da organização frente aos principais provedores de recursos financeiros (GREILING, 2010). Além disso, o ganho em eficiência pode levar a um aumento na qualidade dos serviços prestados, mas Euske (2003) alerta para o fato de que economias de escala podem reduzir a sensibilidade às necessidades sociais.

Algumas das dificuldades encontradas no uso da ferramenta em OSFLs estão no fato de que a definição das metas das OSFLs é muito mais complexa que nas organizações voltadas ao lucro (HELMIG et al., 2004). Muitas OSFLs não têm objetivos ou estratégias claras, têm diversos *stakeholders*, dependem de uma variedade de fontes de financiamento (GREILING, 2010), e têm maiores dificuldades para conseguir foco e alinhar seus esforços à estratégia porque muitos empregados aceitam compensação abaixo da média do mercado, visto que acreditam na missão da organização (KAPLAN, 2001).

2.3.5. *Balanced Scorecard* na área da Saúde

“A Saúde como é organizada hoje não é sustentável” (MOHRMAN et al., 2012, p. 2, tradução nossa). Enfrentando custos crescentes devido ao envelhecimento da população, aumento de doenças crônicas e altos investimentos necessários para desenvolver novas tecnologias, a área da Saúde tem uma necessidade urgente de se tornar mais eficaz e eficiente (MOHRMAN et al., 2012). Em particular, os países em desenvolvimento enfrentam um desafio ainda maior, tendo de prover saúde para populações que aumentam rapidamente e com expectativas crescentes quanto a bons serviços e qualidade de vida. Em meio a esses desafios, uma questão continua sendo discutida: quem deve pagar pela Saúde? Isso é uma questão particular ou um problema social? (MOHRMAN et al., 2012).

Esse desafio multidimensional traz à tona a noção do tripé da sustentabilidade, de acordo com a qual as melhorias devem ser buscadas nas dimensões econômica, social e ambiental, sem que uma das perspectivas comprometa as outras (MOHRMAN et al., 2012). Em seu trabalho, Worley (2012) afirma que mais que resultados do ponto de vista financeiro, instituições da Saúde são responsáveis por uma série de consequências sociais e ambientais, tanto boas quanto ruins. Portanto, é essencial que organizações modernas da Saúde sejam ágeis, definindo sempre

estratégias claras de curto e longo prazo para manterem uma identidade flexível e orientada à sustentabilidade, reunindo valores internos e uma boa reputação da imagem da marca externamente para alcançar o objetivo do tripé da sustentabilidade.

Neste contexto, Kaplan e Porter defendem que seja possível melhorar resultados e reduzir custos ao mesmo tempo através da medida sistemática dos resultados e do controle de custos assistidos por sistemas de gestão focados no estabelecimento de metas, mensuração e comunicação (MOHRMAN et al., 2012). Organizações devem ser projetadas alinhando estratégia, estrutura, sistemas e recursos humanos (WORLEY, 2012), integrando o atualmente fragmentado sistema no qual a organização é baseada em disciplinas médicas especializadas e tratamento episódico no lugar de um tratamento coordenado (MOHRMAN et al., 2012).

A mensuração de desempenho está longe de ser uma atividade nova na indústria da Saúde, que tem uma longa tradição de medidas extensivas e detalhadas (GURD; GAO, 2007). De acordo com Urrutia e Eriksen (2005), os indicadores clássicos usados por instituições do ramo podem ser divididos em três grupos: indicadores de saúde (incluindo basicamente taxas de mortalidades, doenças etc.), utilização dos serviços (consultas médicas, intervenções cirúrgicas etc.) e recursos hospitalares (leitos disponíveis, ocupação, internações etc.). Esses indicadores, no entanto, não eram suficientes para cobrir as perspectivas financeira e do cliente, uma necessidade que o BSC foi capaz de sanar. Após um início tardio, a nova “indústria de indicadores” explodiu no final do século 20 (KLAZINGA et al., 2001) e a adoção de ferramentas como o BSC e o *Strategy Map* cresceu constantemente ao longo da última década (CHAN, 2009; ZELMAN et al., 2003), provendo aos gestores informações abrangentes e balanceadas, em volume moderado, combinando estratégia e políticas (ASBROEK et al., 2004). Hoje em dia, BSCs são usados por uma lista extensa de organizações, incluindo hospitais, sistemas hospitalares, centros psiquiátricos e sistemas nacionais de Saúde (KUNZ; SCHAAF, 2011; ZELMAN et al., 2003), e acredita-se que seja particularmente apropriado para organizações inseridas em indústrias turbulentas como a Saúde (SENYIGIT, 2009).

As formas como o BSC aparece na área da Saúde são mais variadas que em outros setores (GURD; GAO, 2007), talvez por causa de suas particularidades, como a falta de competição e seu caráter social (GRIGOROUDIS et al., 2012), que tornam impossível analisar o setor de acordo com a teoria de mercados competitivos (ABREU et al., 2005). Especialmente em instituições públicas e comunitárias, as margens econômicas são extremamente estreitas (URRUTIA; ERIKSEN, 2005) e os consumidores (pacientes) não pagam pelo serviço que recebem como nos padrões normais de mercado (LAPSLEY, 1994). Com os avanços recentes do BSC na área da Saúde, tornando-se um sistema de gestão estratégica mais que um simples

sistema de mensuração (CHAN, 2009), e a pressão sobre organizações da Saúde para aplicar ferramentas eficazes de gestão (GRIGOROUDIS et al., 2012), a implementação desses modelos representa um grande passo rumo à maturidade, buscando eficiência e formas modernas de organização (RABBANI et al., 2010).

Os primeiros a adotar o BSC costumavam focar mais na qualidade dos processos e no desempenho financeiro, tendendo a ignorar as relações de causa-efeito e não conectando a ferramenta à estratégia organizacional, o que indica que na realidade eles não eram capazes de explorar o verdadeiro valor do BSC como uma ferramenta que contribui à gestão estratégica (CHAN, 2009). Aidemark (2001) chama atenção para o fato de que relações de causa-efeito não são triviais na área da Saúde, visto que não há uma ligação direta entre clientes e finanças. Assim sendo, o *Strategy Map* é uma ferramenta auxiliar que pode ajudar organizações da Saúde a entender melhor quais são os fatores críticos na busca por excelência clínica, em serviços e em gestão, satisfazendo ao mesmo tempo todas as partes envolvidas (CHAN, 2009).

A Organização Mundial da Saúde (OMS) define desempenho em sistemas de saúde em termos de três objetivos: melhoria da saúde, resposta às expectativas e justiça em contribuições financeiras (KLAZINGA et al., 2001). De acordo com Klazinga et al. (2001), deveria ser estabelecida uma conexão mais próxima entre os recursos alocados em Saúde e as necessidades das comunidades locais. Abreu et al. (2005) afirmam que um aumento da responsabilidade social corporativa leva a melhorias de eficácia e eficiência dos sistemas de saúde, protegendo pessoas das ameaças de saúde, reduzindo a incidência das principais doenças e, finalmente, gerando um modo de vida mais saudável. Como de costume em organizações de serviços, recursos humanos são fundamentais para definir, selecionar e gerenciar os fatores críticos de sucesso e KPIs das organizações da Saúde (URRUTIA; ERIKSEN, 2005). A informação obtida através de um indicador deveria ser utilizada para monitorar e avaliar opções no processo de tomada de decisão, o que parece bastante óbvio, mas nem sempre é feito (KLAZINGA et al., 2001).

A área da Saúde vem enfrentando desafios únicos para adaptar o BSC à sua realidade desde o ano de 1994, quando o primeiro artigo com esse propósito foi publicado na literatura de gestão, e agora esses estudos estão em fase de crescimento (GURD; GAO, 2007). A primeira alteração em relação ao modelo tradicional e consistente com a teoria desenvolvida para OSFLs é a colocação de uma missão primordial como a perspectiva superior (GURD; GAO, 2007), mas não há consenso em relação ao número ideal de perspectivas ou sua natureza. Há um acordo, no entanto, de que deveria haver um foco especial na saúde do paciente, em conseguir

efetivamente mudar as vidas daqueles que a organização pretende ajudar (AIDEMARK, 2001; GURD; GAO, 2007; ZELMAN et al., 2003), visto que o principal objetivo de todo sistema de saúde é melhorar a saúde (ASBROEK et al., 2004). Além disso, esforços para alcançar resultados de sucesso em qualidade, saúde e contabilidade de custos na área da Saúde dependem fortemente da atitude e do comportamento dos médicos, enfermeiras e profissionais como um todo, de modo que perspectivas como “pessoas” ou “equipe” podem ser convenientes (GURD; GAO, 2007). Outra perspectiva adaptada é “comunidade”, que pode ser explicada pelo fato de que organizações da Saúde devem prover serviços para clientes (pacientes), mas muitas vezes os benefícios vão para a comunidade como um todo (GURD; GAO, 2007; ZELMAN et al., 2003). Enquanto as necessidades dos pacientes deveriam ser o centro do BSC para OSFLs e organizações da Saúde (GURD; GAO, 2007), Chan (2009) rebaixa a perspectiva financeira e coloca-a na última posição. Funck (2007) afirma que um foco exclusivo no orçamento pode gerar dissatisfação entre funcionários do hospital. Adicionalmente às perspectivas discutidas até agora, Urrutia e Eriksen (2005) acreditam que os hospitais deveriam considerar uma perspectiva do “ambiente”, a qual forneceria informação sócio-demográfica sobre os padrões de comportamento dos pacientes. Eles argumentam que é impossível entender o que está acontecendo em uma organização sem considerar a situação do ambiente na qual ela está inserida.

Quando desenhando um BSC para este contexto, algumas considerações adicionais também são importantes. Instituições da Saúde são consideradas organizações profissionais, que são definidas pelo fato de que os profissionais são capazes de desempenhar atividades complexas de forma independente e de basear suas decisões em sua experiência e expertise. Profissionais costumam demandar liberdade, autocontrole e evitar o controle administrativo formal (FUNCK, 2007). Esse tipo de comportamento deve ser considerado durante o desenvolvimento do BSC, e Najmi et al. (2012) sugerem que um consultor de comportamento organizacional pode ser útil para compreender as consequências culturais e comportamentais da implementação da ferramenta. Profissionais da Saúde também são mais bem-informados que seus pacientes, contrariando a regra de que “o cliente sempre tem a razão” (AIDEMARK, 2001). Este fato implica que a criação do BSC seja feita de baixo para cima, dado que as operações são muito complexas e os profissionais são os únicos com conhecimento suficiente para selecionar medidas e metas cabíveis (FUNCK, 2007).

Muitos estudos empíricos foram feitos, tanto em sistemas de saúde (Holanda (ASBROEK et al., 2004), Nova Zelândia (GAULD et al., 2011), Ontário (CHAN, 2009)) quanto em instituições de Saúde, mas poucos deles comparam os resultados obtidos em mais

de uma organização. Em um destes trabalhos, Gurd e Gao (2007) analisaram 22 estudos de caso realizados em diversos países (EUA, Reino Unido, Suécia, Austrália, Nova Zelândia, Canadá e Taiwan) e em diferentes tipos de instituição (todas elas pertencentes à área da Saúde). Em sua pesquisa, eles observaram que os BSCs implementados por essas organizações tinham entre três e oito perspectivas, 91% tinha uma perspectiva de “processos de negócios” (ou algo similar), 86% apresentava uma perspectiva “financeira” (ou algo similar), 77% usava uma perspectiva do “cliente” (ou algo similar) e apenas 50% apresentava uma perspectiva de “aprendizagem e crescimento” ou “inovação e aprendizagem” (ou algo similar). Além disso, 64% possuía perspectivas adicionais, como “equipe e médicos”, “pacientes e comunidade”, “crescimento do volume e do *market share*”, “melhoria dos processos”, “processos e eficiência” ou “comprometimento social”. Um estudo interessante realizado por Gauld et al. (2011) demonstrou a importância de duas das dimensões alternativas mencionadas acima. De acordo com a pesquisa, a interação entre médicos (“equipe e médicos”) e pacientes (“pacientes e comunidade”), com o primeiro grupo explicando ao segundo sobre opções de tratamento e procedimentos, e os envolvendo nas decisões, leva a melhores resultados na dimensão da qualidade. De volta ao trabalho de Gurd e Gao (2007), o número de KPIs nos BSCs analisados variou de 9 a 44, e houve uma alternância entre as perspectivas superiores.

A implementação do BSC em hospitais leva, em média, dois anos (GREILING, 2010), e a atitude entre o grupo de profissionais médicos tende a não ser muito positiva (FUNCK, 2007). Há, no entanto, bons resultados que valem ser mencionados. Ao estabelecer metas para os indicadores selecionados, um primeiro método consiste em utilizar a ajuda dos profissionais médicos, dado que eles são os únicos com o conhecimento técnico necessário para fazê-lo de modo apropriado (FUNCK, 2007). Outra solução é o uso do *benchmark* como uma ferramenta para estabelecer objetivos de acordo com os padrões do mercado (GAULD et al., 2011). Uma vez que as metas foram escolhidas, Chen et al. (2012) estudam o uso de diferentes técnicas para informar os empregados se essas metas estão sendo cumpridas, de modo que ações corretivas possam ser tomadas antes que os problemas se agravem. Eles concluíram que áreas do hospital nas quais melhorias são dependentes de atenção contínua, como finanças e gestão, podem ser melhor controladas e reguladas através do uso de sinais de luz como sistemas de alerta. Tuan (2012) também sugere uma ligação entre o BSC e os sistemas de *intranet* dos hospitais, de modo que os funcionários sejam capazes de acessar a ferramenta e checar seu desempenho quando quiserem. Por outro lado, embora organizações da Saúde estejam implementando BSCs e estipulando metas para seus indicadores, a ferramenta quase nunca é usada como sistema de

remuneração (TUAN, 2012), o que vai de acordo com a discussão anterior sobre o uso ou não deste recurso em OSFLs.

Levando em consideração os estudos e experiências descritos acima, ao implementar um BSC em uma organização da Saúde algumas precauções devem ser tomadas. Estudos vêm mostrando que organizações de orientação profissional têm baixa compatibilidade com sistemas de controle administrativo (FUNCK, 2007). Aidemark (2001) argumenta que, tradicionalmente, as organizações da Saúde são mantidas sob formas de controle de clãs, mas enfrentam um *status* ambíguo, dado que também possuem profissionais que se autorregulam e funcionários assalariados. Por outro lado, o BSC também pode ser bastante atraente para esses profissionais se visto como uma ferramenta que diminui o foco em métricas financeiras para acentuar as perspectivas preferidas pelos médicos, como clientes e processos internos. Resumindo, os BSCs podem ser considerados mecanismos eficazes que oferecem uma figura mais completa das atividades da Saúde do que os tradicionais demonstrativos financeiros (AIDEMARK, 2001). Dessa forma, para implementar a ferramenta com sucesso, é importante que os hospitais reorganizem sua cultura organizacional focando em inovação, oferecendo estímulos internos e externos a seus líderes para motivar uma mudança no estilo de liderança (TUAN, 2012). A participação da equipe nos momentos de construção e revisão do BSC também é vital. Os empregados não deveriam apenas entender os indicadores de desempenho selecionados, mas também internalizá-los e compartilhar de sua visão, trabalhando em times mistos e exercitando suas habilidades comunicativas (GRIGOROUDIS et al., 2012).

Outras dificuldades enfrentadas durante a implementação do BSC são a obtenção de aprovação para tal atividade, conseguir comprometimento e tempo dos altos executivos para desenvolver o projeto, criar uma proposta de valor a partir da perspectiva do cliente, comunicar e aplicar o BSC ao longo da organização, coletar e processar os dados, manter o BSC simples e utilizá-lo para melhorar o processo de aprendizagem (GREILING, 2010). Zelman et al. (2003) acrescentam os fatos de que alguns dos fatores críticos de sucesso são difíceis de mensurar, interpretar e comparar com outras organizações e que organizações da Saúde frequentemente apresentam sistemas de informação pouco integrados e armazenagem de dados pobre. Finalmente, é essencial reavaliar tanto o *Strategy Map* quanto o BSC com certa frequência para enfrentar mudanças e novos desafios devido ao sistema de saúde em constante evolução (CHAN, 2009).

Se a implementação do BSC na área da Saúde tem várias implicações particulares, ela também representa uma série de vantagens para as organizações que decidem utilizar a ferramenta. De modo geral, os benefícios que o BSC traz para as organizações da Saúde são

semelhantes aos dos negócios dos setores privados (GRIGOROUDIS et al., 2012). O estudo das relações de causa-efeito obriga as organizações a definir sua estratégia e identificar lacunas (GREILING, 2010), chamando atenção para as áreas nas quais um esforço específico é necessário e questões que requerem um foco especial (GAULD et al., 2011). Esse alinhamento entre iniciativas e objetivos (CHAN, 2009) ajuda a mover as organizações em direção a suas metas (AIDEMARK, 2001). De acordo com Tuan (2012), a implementação do BSC em um hospital vietnamita criou uma confiança baseada na identidade entre seus membros, porque eles eram capazes de compreender estratégias de curto e longo prazo, moldando ao final uma cultura voltada ao mercado ou ao paciente dentro da organização. Greiling (2010) sugere que a ferramenta seja capaz de aumentar o desempenho em posições competitivas do mercado, levar a melhores resultados financeiros e aumentar a satisfação do cliente, enquanto Funck (2007) exalta a melhora na comunicação melhor entre os departamentos operacional e administrativo e entre a administração e os políticos, particularmente no momento de se discutir desempenho e distribuição de recursos. Outros autores mencionam melhorias nas taxas de recrutamento e retenção, redução de custos, melhores resultados clínicos, aumento na satisfação da equipe e do paciente e a consequente exploração do “boca a boca” (CHAN, 2009; RABBANI et al., 2010; TUAN, 2012). Grigoroudis et al. (2012) ainda lembram que os resultados obtidos nas medições ajudam as organizações a projetarem um plano de ação adequado para os próximos períodos, e Senyigit (2009) conclui que o BSC é capaz de “renovar o orgulho” dos colaboradores pelas atividades que praticam.

2.3.6. Key Performance Indicators na área da Saúde

Alguns trabalhos sobre a implementação do BSC na área da Saúde já foram publicados, e conforme esse número cresce, a variedade de KPIs criados e selecionados aumenta. A definição da *Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations* de 1992 de indicadores é “uma ferramenta de mensuração utilizada para monitorar e avaliar a qualidade de importantes funções de governança, gestão, clínicas e de suporte” (KLAZINGA et al., 2001). De acordo com Klazinga et al. (2001, p. 434, tradução nossa), “indicadores deveriam ser considerados como parte integrante do ciclo de políticas ou gestão e o objetivo primordial de todos os serviços da Saúde deveria ser a saúde da comunidade”. Portanto, o conjunto de indicadores do BSC deve ser selecionado com a assistência da comunidade. Do mesmo modo,

Tuan (2012) sugere que as recomendações de antigos pacientes também deveria ser levada em consideração no momento da escolha da lista de KPIs.

A literatura sobre indicadores é bastante extensa, e sua discussão está fora do escopo deste trabalho. Mais que uma análise teórica, o quadro a seguir (Quadro 1) apresenta uma seleção de alguns indicadores utilizados por organizações da área da Saúde estudados pela literatura empírica. A seleção foi baseada na relevância dos indicadores para este trabalho. Como dito anteriormente, quando aplicado às OSFLs e organizações da Saúde o BSC pode apresentar perspectivas diferentes comparado ao modelo original. Esta tabela, no entanto, classifica os indicadores nas quatro perspectivas tradicionais, para facilitar a compreensão a melhor organizar os achados. Vale lembrar que alguns indicadores poderiam ser classificados em mais de uma perspectiva. Nesses casos, ele foram posicionados de acordo com a literatura original da qual foram retirados.

Quadro 1 - Lista de indicadores utilizados por organizações na área da Saúde.

Perspectiva	Indicador	Fonte
Financeiro	Quantidade de fundos levantados	(GURD; GAO, 2007)
	Custo por caso	(GURD; GAO, 2007)
	Alteração do custo por internação	(CHEN et al., 2006)
	Despesas operacionais / Receita operacional	(GRIGOROUDIS et al., 2012)
	Duração média das internações	(RABBANI et al., 2010)
Cliente	Índice de satisfação dos pacientes	(GRIGOROUDIS et al., 2012)
	Número de queixas dos pacientes	(GRIGOROUDIS et al., 2012)
	Aumento de consultas ambulatoriais	(URRUTIA; ERIKSEN, 2005)
	Tempo médio de espera por consulta	(CHEN et al., 2006)
	Tempo médio para alta médica	(GURD; GAO, 2007)
Processos internos	Número de incidentes graves	(GURD; GAO, 2007)
	Taxa de rotatividade dos funcionários	(GURD; GAO, 2007)
	Índice de satisfação dos funcionários	(GRIGOROUDIS et al., 2012)
	Taxa de absentismo dos funcionários	(GRIGOROUDIS et al., 2012)
	Número de pacientes por ano por médico	(CHEN et al., 2006)
Inovação e aprendizagem	Tempo de treinamento	(GURD; GAO, 2007)
	Créditos de educação continuada	(GURD; GAO, 2007)
	Publicações	(GURD; GAO, 2007)
	Novos protocolos e procedimentos	(URRUTIA; ERIKSEN, 2005)
	Investimentos em novas tecnologias	(GRIGOROUDIS et al., 2012)

Fontes: Indicadas dentro do quadro.

3. METODOLOGIA

O objetivo deste capítulo é apresentar em detalhes o modelo e metodologia adotados para desenvolver este trabalho, descrevendo cada uma das etapas e explicando como as escolhas por determinados métodos foi feita. Para facilitar a compreensão do método, o capítulo vai apresentar as etapas da pesquisa em ordem cronológica, descrevendo as ações realizadas em cada passo e explicando a lógica por trás delas.

O principal objetivo deste trabalho é desenvolver um SMD para uma instituição sem fins lucrativos da área da Saúde, aplicando um método bastante difundido (o BSC) com algumas adaptações para o contexto. Para alcançar esta meta, foi utilizada uma metodologia de Investigação-Ação (IA), a qual é caracterizada pela cooperação entre pesquisadores e organizações que necessitem de algum tipo de mudança. O objetivo final da metodologia é ao mesmo tempo resolver situações problemáticas reais e contribuir para a Ciência através da discussão e compartilhamento dos resultados obtidos (AGOSTINO; ARNABOLDI, 2012).

Este trabalho foi desenvolvido em quatro etapas principais, sendo iniciado com a coleta de informações a respeito do caso e dos atores envolvidos. A segunda etapa consistiu de uma rodada inicial de pesquisas, na qual foi solicitado que os entrevistados discutissem a missão, visão e valores da organização, bem como os desafios por ela enfrentados e as contribuições do ambulatório para contornar os desafios e alcançar os objetivos organizacionais. O primeiro questionário terminou solicitando que os entrevistados desenhassem um Mapa Cognitivo conectando os fatores que ajudam ou atrapalham a organização a alcançar sua missão. As respostas coletadas pelo primeiro questionário foram então analisadas, resumidas e interpretadas, gerando uma primeira versão do *Strategy Map* criado para o ambulatório.

A terceira etapa do trabalho consistiu de uma segunda rodada de pesquisas, na qual o *Strategy Map* foi apresentado aos colaboradores do ambulatório e pediu-se que eles comentassem essa primeira versão, sugerindo possíveis melhorias. Após isso, eles também foram convidados a contribuir com ideias de indicadores que pudessem ser usados para medir e monitorar os fatores críticos de sucesso identificados. Mais uma vez, as respostas coletadas foram analisadas, resumidas e interpretadas, e a primeira versão do *Balanced Scorecard* foi desenhada.

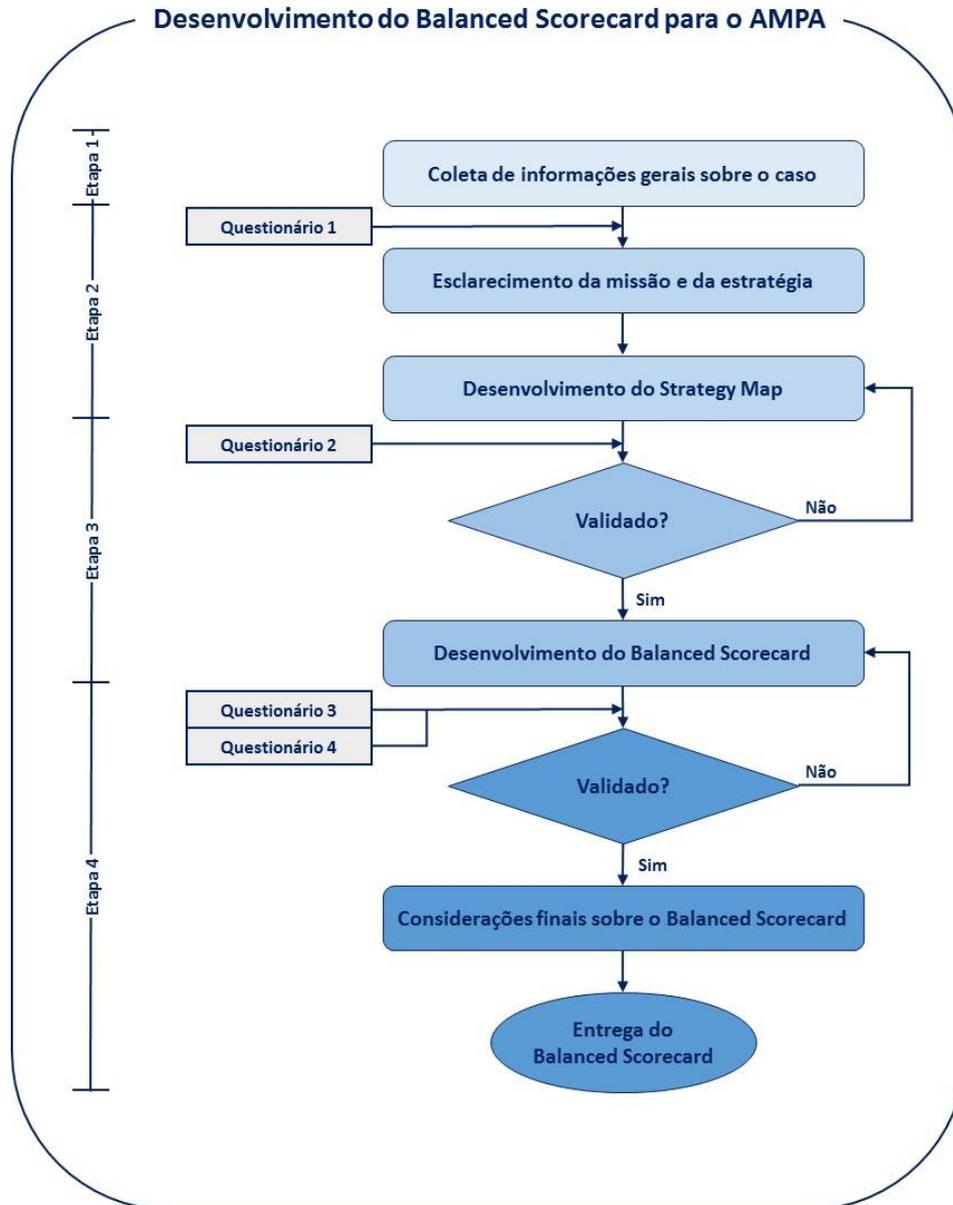
A quarta etapa do trabalho iniciou-se com uma pesquisa na base de dados do ambulatório para completar o BSC proposto com números referentes aos anos anteriores, quando disponíveis. Uma vez que o BSC estava pronto, a terceira rodada de pesquisas foi

realizada, com o objetivo de validar o modelo de BSC criado para o ambulatório e entender se os colaboradores eram a favor ou contra a ligação entre remuneração e desempenho, um tópico bastante controverso discutido pela literatura. Em seguida, as respostas foram analisadas e um quarto e último questionário foi preparado para esclarecer alguns indicadores que ainda estavam sendo discutidos. Uma vez que todos estavam de acordo com o conjunto de indicadores selecionados, foram feitas algumas últimas considerações acerca da ferramenta e o BSC estava pronto para ser implementado.

Vale ressaltar que enquanto essas etapas estavam sendo conduzidas, eu tive uma série de conversas *on-line* com a Coordenadora Médica do ambulatório para discutir resultados, resolver problemas, melhorar os modelos tanto do *Strategy Map* quanto do BSC e esclarecer os processos de criação e implementação das ferramentas.

A Figura 7 apresenta um fluxograma representando a metodologia utilizada ao longo do trabalho:

Figura 7 - Fluxograma da metodologia de pesquisa.



Fonte: Elaborado pelo autor.

Nas próximas seções, as etapas da pesquisa são descritas com mais detalhes.

3.1. Informações gerais a respeito do caso

Antes de se iniciar qualquer projeto, é vital que se compreenda quais são os atores envolvidos e o ambiente no qual interagem. Essa primeira etapa tinha como objetivo coletar informações sobre a organização estudada, o papel que o ambulatório cumpre dentro dela e o

contexto no qual está inserido. Para isso, o *website*¹ da organização foi explorado em detalhes, fornecendo uma grande variedade de informações, desde a missão, a visão e os valores até as unidades de negócio e a relação entre elas. O site também forneceu números gerais da organização, que possibilitaram que se produzisse uma imagem mais clara do objeto de estudo deste trabalho.

Focando mais especificamente na unidade do estudo deste trabalho, foi feita uma pesquisa mais a fundo para coletar informações sobre o ambulatório. Para desenvolver essa tarefa, eu tive uma série de conversar *on-line* com a Coordenadora Médica do ambulatório, que também me forneceu material da *intranet* da organização. Esse passo foi importante para esclarecer os processos de negócios dentro do ambulatório a reunir números precisos, relacionados aos pacientes e colaboradores.

Em seguida, foi feita uma pesquisa para melhor entender o contexto no qual o ambulatório atua. Para isso, foram coletadas informações gerais sobre a comunidade de Paraisópolis, onde o ambulatório fica localizado e de onde vem a maioria de seus pacientes.

Uma vez que os atores e o ambiente estavam claramente definidos, as próximas etapas poderiam ser desenvolvidas e o *Strategy Map* e o BSC poderiam começar a ser criados com a colaboração dos funcionários do ambulatório.

3.2. Desenvolvimento do *Strategy Map*

Após entender quais eram os atores envolvidos e em que ambiente atuavam, a próxima etapa foi o início do desenvolvimento do *Strategy Map* para o ambulatório. Durante essa fase, os colaboradores do ambulatório foram convidados a responder um questionário (Questionário 1) com os seguintes objetivos:

- Identificar a consciência dos colaboradores acerca da missão, da visão e dos valores organizacionais;
- Compreender quais são as principais competências do ambulatório, como ele ajuda a organização como um todo a alcançar sua missão e quais são os principais desafios enfrentados para alcançar essa meta;
- Desenhar um Mapa Cognitivo, destacando os principais fatores que contribuem para que o ambulatório ajude a organização a alcançar sua missão.

¹ Website da SBIBAE: www.einstein.br

O questionário foi criado especificamente para o propósito deste trabalho. Cópias impressas foram distribuídas para 20 colaboradores com diferentes funções dentro do ambulatório. O grupo de respondentes foi cuidadosamente selecionado por mim e pela Coordenadora Médica, consistindo de Médicas, Enfermeiras, Farmacêuticas, Assistentes Sociais e Agentes de Ação Comunitária, entre outros. A lógica por trás disso era considerar o maior número de perspectivas possível para não perder nenhuma consideração importante, que pode ser particularmente relevante para determinado grupo. Os participantes tiveram uma semana para responder os questionários, que foram então coletados, digitalizados e enviados para mim por *e-mail* para que eu pudesse analisá-los.

A versão completa do questionário pode ser encontrada no Apêndice A, e as questões são discutidas abaixo:

- As questões 1 e 2 procuram identificar os participantes, seu papel dentro do ambulatório e seu tempo de casa. O objetivo dessas questões é gerar uma imagem clara do perfil dos participantes, permitindo que suas respostas sejam relativizadas de acordo com a perspectiva pela qual eles observam a organização;
- A questão 3 procura identificar o alinhamento entre a organização e seus colaboradores. O objetivo é verificar se os empregados estão cientes da missão, da visão e dos valores organizacionais;
- As questões 4, 5, 6 e 7 procuram fazer com que o participante reflita a respeito do papel do ambulatório dentro da organização, como ele a ajuda a cumprir sua missão, o que poderia fazer para melhorar, quais são suas principais competências e quais os principais desafios enfrentados. Mais que as respostas propriamente ditas, essas perguntas têm como objetivo gerar uma reflexão sobre as funções do ambulatório dentro de um escopo mais amplo e preparar os participantes para a oitava e última questão;
- A questão 8 de certa forma sintetiza o questionário. Após uma breve explicação a respeito da definição de Mapas Cognitivos e um exemplo simples, os participantes são convidados a desenhar seu próprio Mapa Cognitivo para o ambulatório, destacando os fatores que, na sua opinião, são diretamente responsáveis pelo cumprimento da missão estabelecida.

Após a primeira rodada de pesquisas, todas as respostas foram coletadas, organizadas, analisadas e interpretadas, gerando uma lista de fatores considerados pelos colaboradores como

importantes para alcançar a missão da organização. Esses fatores foram então organizados e, com a ajuda da Coordenadora Médica do ambulatório, a primeira versão do *Strategy Map* foi desenhada.

3.3. Validação do *Strategy Map* e desenvolvimento do *Balanced Scorecard*

Uma vez que a primeira versão do *Strategy Map* foi produzida, era hora de validar o modelo e iniciar a busca pelo conjunto adequado de indicadores para medir os fatores críticos de sucesso identificados. A terceira etapa deste trabalho começou com a criação de um novo questionário (Questionário 2) direcionado aos colaboradores do ambulatório com os seguintes objetivos:

- Possíveis melhorias para o *Strategy Map* proposto;
- Coletar indicadores para o BSC.

O questionário foi criado especificamente para o propósito deste trabalho. Dez participantes foram selecionados por mim, de acordo com a qualidade de suas respostas no Questionário 1, procurando manter um balanço entre seus diferentes papéis no ambulatório. O questionário foi preparado em uma versão eletrônica, os participantes tiveram uma semana para respondê-lo digitalmente e enviá-lo de volta para mim por *e-mail*. As respostas foram então organizadas em uma tabela para que fossem analisadas posteriormente.

Uma versão completa do questionário pode ser vista no Apêndice B, e as questões são discutidas abaixo:

- A questão 1 procura validar o *Strategy Map* proposto. Alternativamente, os participantes são convidados a fazer comentários sobre como melhorar o modelo para que melhor se adeque à realidade do ambulatório;
- Após uma breve explicação sobre o que são indicadores, a questão 2 pede aos participantes que sugiram dois indicadores para cada fator presente no *Strategy Map* proposto.

A segunda rodada de pesquisas gerou uma lista extensa de indicadores, que foram classificados de acordo com a frequência com a qual foram mencionados, sua pertinência e relevância. As sugestões de melhorias para o *Strategy Map* foram discutidas com a Coordenadora Médica e algumas delas foram aplicadas. A lista de indicadores foi então revista

e uma seleção criteriosa foi realizada em conjunto com a Coordenadora Médica, selecionando apenas um ou dois indicadores para cada fator crítico de sucesso. Esses indicadores foram organizados e essa etapa foi concluída com a elaboração da primeira versão do BSC.

3.4. Validação do *Balanced Scorecard*

A última etapa deste trabalho iniciou-se com a coleta de dados para preencher o modelo proposto do BSC com informações a respeito dos dois últimos anos, quando disponíveis. Esse processo levou aproximadamente duas semanas, e envolveu uma série de atores do ambulatório, coordenados pela Analista de Informações Gerenciais 1, para obter os dados necessários. Uma vez que as informações foram reunidas, elas foram inseridas no BSC. Mais um questionário (Questionário 3) foi produzido e aplicado com os seguintes objetivos:

- Melhorar a versão do BSC proposta;
- Investigar se os colaboradores eram a favor ou contra a ligação entre sistemas de remuneração e o desempenho medido pelo BSC.

O questionário foi criado especificamente para o propósito deste trabalho. Seis participantes foram selecionados por mim e pela Coordenadora Médica de acordo com sua proximidade com o nível de gerência, representando os principais usuários finais da ferramenta. O questionário foi preparado em uma versão eletrônica, os participantes tiveram uma semana para respondê-lo digitalmente e enviá-lo de volta para mim por *e-mail*. As respostas foram então organizadas em uma tabela para que fossem analisadas posteriormente.

Uma versão completa do questionário pode ser vista no Apêndice C, e as questões são discutidas abaixo:

- As questões 1, 2 e 3 procuram validar o modelo de BSC proposto, perguntando se os participantes sentem-se no controle da organização considerando as informações disponíveis. Alternativamente, os participantes são convidados a melhorar o modelo incluindo indicadores ausentes ou identificando informações irrelevantes;
- A questão 4 refere-se a um tópico bastante controverso de acordo com a literatura, e pergunta aos participantes se são a favor ou contra a ligação entre sistemas de remuneração e o alcance das metas definidas pelo BSC.

A terceira rodada de pesquisas resultou em algumas sugestões de melhoria do modelo proposto, que foram discutidas uma a uma com a Coordenadora Médica para definir se deveriam ou não ser incluídas na versão final do BSC. Algumas das questões, no entanto, não chegaram a um consenso, e necessitavam de uma discussão maior entre os colaboradores do ambulatório, de modo que foi decidido que uma quarta e última rodada de pesquisas, endereçada aos médicos em particular, era necessária.

O Questionário 4 foi então preparado com os seguintes objetivos:

- Identificar qual é a melhor forma, de acordo com os colaboradores, de avaliar as competências e atualização dos empregados;
- Definir quais deveriam ser as três patologias a serem monitoradas pelo indicador “número médio de consultas por patologia”.

O questionário foi criado especificamente para o propósito deste trabalho. Seis médicos, além da Coordenadora Médica e da Analista de Informações Gerenciais 1, foram convidados a responder o questionário, visto que eles eram considerados os mais apropriados para lidar com os assuntos. O questionário foi preparado em uma versão eletrônica e os participantes tiveram três dias para respondê-lo digitalmente e enviá-lo de volta para mim por *e-mail*. As respostas foram então organizadas em uma tabela e classificadas de acordo com uma matriz para serem analisadas posteriormente.

Uma versão completa do questionário pode ser visualizada no Apêndice D, e as questões são discutidas abaixo:

- A questão 1 discute como medir as competências técnicas e a atualização dos colaboradores, que foi considerado um tópico controverso em função de os métodos utilizados até então serem subjetivos. A questão pedia aos colaboradores que sugerissem maneiras de melhorar o método;
- A questão 2 apresenta uma lista das doenças crônicas mais frequentes no ambulatório, e solicita aos participantes que ordenem as três doenças que acreditam que deveriam ser monitoradas pelo BSC, considerando fatores importantes, como frequência e participação da equipe médica no tratamento.

As respostas da questão 1 foram discutidas com a Coordenadora Médica, enquanto as respostas à questão 2 foram organizadas numa matriz, na qual diferentes pontuações foram atribuídas às patologias em função de sua posição em cada resposta. As três doenças com as maiores pontuações foram identificadas e selecionadas para fazer parte do BSC.

Uma vez que essa etapa foi concluída, algumas considerações finais sobre o processo de implementação do BSC foram feitas e o trabalho estava pronto.

4. CASO EMPÍRICO

O objetivo deste capítulo é descrever em detalhes todo o processo que levou à construção do BSC para o ambulatório. O capítulo inicia-se com a descrição da organização principal (SBIBAE) e suas divisões, e na sequência dá foco especial ao ambulatório (AMPA) e à comunidade na qual fica localizado (Paraisópolis). Em seguida, explica-se passo a passo todo o procedimento de coleta de dados, os resultados obtidos, como foram tratados e como foram utilizados como subsídio para as etapas seguintes, num processo contínuo que culminou na geração do produto final deste trabalho.

4.1. Informações gerais sobre o caso

4.1.1. Sociedade Beneficente Israelita Brasileira Albert Einstein

A Sociedade Beneficente Israelita Brasileira Albert Einstein (SBIBAE) é uma organização brasileira sem fins lucrativos fundada na cidade de São Paulo em 1955, fruto do comprometimento da comunidade judaica com a população geral em oferecer práticas médicas de alta qualidade. Entre seus vários campos de atuação, o mais relevante e conhecido é o Hospital Israelita Albert Einstein (HIAE), considerado o hospital privado mais moderno da América Latina e a primeira instituição da Saúde fora dos EUA a ser certificada pela *Joint Commission International*² (JCI), em 1999.

A missão declarada pela SBIBAE é:

“Oferecer excelência de qualidade no âmbito da saúde, da geração do conhecimento e da responsabilidade social, como forma de evidenciar a contribuição da comunidade judaica à sociedade brasileira.”

Para cumprir essa missão, a visão declarada pela SBIBAE é:

² A *Joint Commission International* é uma instituição que trabalha com organizações da Saúde, governos e advogados internacionais para promover padrões rigorosos de saúde e prover soluções visando maximizar o desempenho através de serviços de acreditação, educação e aconselhamento (Adaptado do *website* da *Joint Commission International*, www.jointcommissioninternational.org/About-JCI)

“Ser líder e inovadora na assistência médico-hospitalar, referência na gestão do conhecimento e reconhecida pelo comprometimento com a responsabilidade social.”

Finalmente, os valores declarados pela SBIBAE são:

“*Mitzvá, Refuá, Chinuch e Tsedaká*, ou seja, Boas Ações, Saúde, Educação e Justiça Social. Foram esses os preceitos judaicos que motivaram médicos da comunidade judaica a fundar a Sociedade Beneficente Israelita Brasileira Albert Einstein há mais de 50 anos. Somados aos valores organizacionais (Honestidade, Verdade, Integridade, Diligência, Competência e Justiça), eles norteiam as atividades e os colaboradores da instituição.”

De acordo com as informações publicadas pela organização em sua página na *internet*, em dezembro de 2012 a instituição contava com 9.550 funcionários, 40% dos quais possuía graduação universitária, 69% dos funcionários eram mulheres que ocupavam 59% dos cargos de liderança. A idade média dos funcionários era de 34 anos, e o tempo médio na instituição era de 5 anos. O número de médicos registrados era de aproximadamente 6.000.

A instituição é dividida em quatro unidades de negócio, que são brevemente descritas a seguir:

- **Hospital Israelita Albert Einstein (HIAE):** como mencionado anteriormente, o HIAE ocupa uma posição de vanguarda entre instituições hospitalares na América Latina, tendo sido certificado pela JCI por três vezes consecutivas, além de ser certificado pela ISO em uma variedade de áreas. Considerado um dos melhores hospitais do país e do continente, se tornou referência em campos como Cardiologia, Oncologia, Ortopedia, Neurologia, Transplantes e Cirurgia.
- **Instituto Israelita de Ensino e Pesquisa Albert Einstein (IIEPAE):** com a missão de “ser referência em pesquisa, geração e difusão de conhecimentos na área da saúde para benefício da sociedade”, o IIEPAE foi fundado em 1998, após a fusão do Colégio de Enfermagem Albert Einstein, a Escola Técnica e o Laboratório de Pesquisa e Desenvolvimento do HIAE. Abriga atualmente unidades dedicadas a pesquisas experimentais, clínicas e pré-clínicas, e um centro educacional que desenvolve atividades de ensino, treinamentos na área da Saúde e difusão científica ao longo da SBIBAE. Também oferece aos pesquisadores um sistema integrado de bibliotecas, um centro de simulação realística e um centro de informação e comunicação.

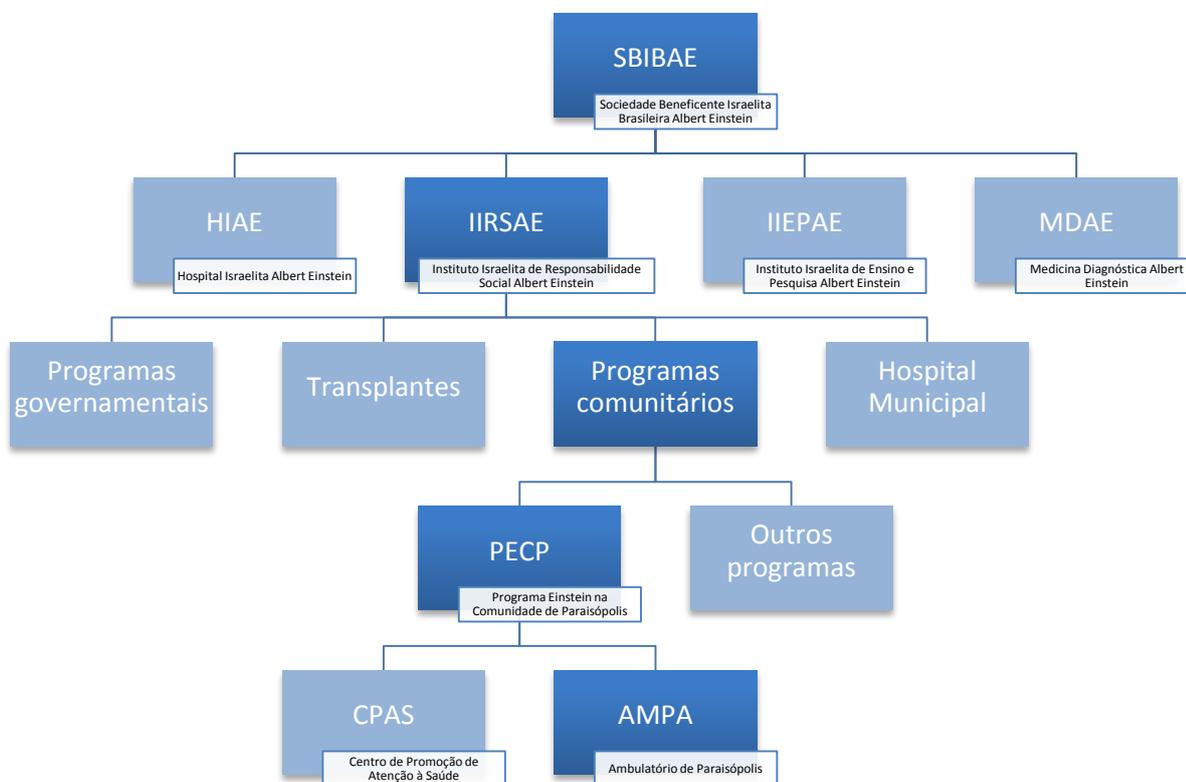
- **Medicina Diagnóstica Albert Einstein (MDAE):** a MDAE é uma unidade dedicada à execução de exames médicos que conta com a experiência dos profissionais do HIAE e utiliza equipamentos de última geração. Através de suas unidades avançadas, a MDAE descentraliza seus serviços médicos, alcançando áreas mais remotas e uma grande variedade de clientes, oferecendo serviços diagnósticos e assistência não-hospitalar.
- **Instituto Israelita de Responsabilidade Social Albert Einstein (IIRSAE):** baseado no conceito judaico de *Tzedaká* (“Justiça Social”), o IIRSAE é essencial para que a SBIBAE cumpra sua missão, e essa unidade recebeu atenção especial desde os primeiros anos da organização. O IIRSAE atualmente opera em quatro frentes diferentes:
 - **Programas governamentais:** parcerias entre a SBIBAE e o Ministério da Saúde e entre a SBIBAE e a Secretaria Municipal da Saúde da Cidade de São Paulo para desenvolver projetos com o objetivo de melhorar o Sistema Único de Saúde (SUS) e fortalecer o sistema de Saúde na zona sul de São Paulo através de programas de saúde da família e assistência médica ambulatorial, aplicando a expertise da SBIBAE para melhorar a gestão das unidades básicas de saúde.
 - **Programas governamentais:** parcerias entre a SBIBAE e o Ministério da Saúde, e entre a SBIBAE e a Secretária Municipal de Saúde da cidade de São Paulo para desenvolver projetos visando a melhoria do SUS e o fortalecimento o sistema de saúde da região sul de São Paulo, através de programas de saúde da família e assistência médica ambulatorial, aplicando a expertise da SBIBAE para melhorar a gestão das unidades básicas de saúde.
 - **Transplantes:** utilizando sua expertise em transplantes, a SBIBAE ajuda o SUS realizando transplantes de órgãos em pacientes da rede pública desde 2002, ultrapassando 2.000 cirurgias no ano de 2011.
 - **Hospital Municipal Dr. Moysés Deutsch:** em operação desde 2008, essa unidade localizada a 20 quilômetros de distância do centro da cidade é o único hospital num raio de 7 quilômetros, oferecendo serviços a uma população carente de aproximadamente 600.000 pessoas.
 - **Programas comunitários:** iniciativas desenvolvidas dentro da comunidade judaica, da comunidade carente de Paraisópolis e com a população em geral para aumentar a assistência médica na cidade. Incluem um programa de saúde voltado para a comunidade judaica carente, uma casa de repouso para idosos,

ações educativas para ensinar e treinar profissionais da Saúde do setor público e de entidades filantrópicas, doação de equipamentos, remédios e suprimentos em geral para outras entidades e o Programa Einstein na Comunidade de Paraisópolis (PECP).

O PECP é um programa criado inicialmente com o objetivo de dar assistência à comunidade carente de Paraisópolis, atuando em duas frentes principais. A primeira é responsável por atividades sociais e educativas para mais de 6.000 membros da comunidade, sem restrição de idade. A segunda, o objeto de estudo deste trabalho, é um ambulatório pediátrico que assiste cerca de 12.000 crianças com entre 0 e 14 anos de idade. A próxima seção descreve em detalhes o programa.

A Figura 8 mostra uma versão simplificada do organograma da SBIBAE, dando foco particular ao seu ramo de responsabilidade social e ao Ambulatório de Paraisópolis, que é o tema deste trabalho.

Figura 8 - Organograma simplificado da SBIBAE.



Fonte: Sociedade Beneficente Israelita Brasileira Albert Einstein.

4.1.2. Ambulatório de Paraisópolis

O Ambulatório de Paraisópolis (AMPA) é um centro comunitário de saúde localizado na comunidade carente de Paraisópolis, na região Sul de São Paulo. Seu objetivo é:

“Prestar assistência médica ambulatorial especializada de excelência a crianças e adolescentes de 0 a 14 anos, fundamentada em achados clínicos recentes e amparada por avançado suporte diagnóstico e tratamento completo, garantindo intervenção rápida e eficaz, e articulada às necessidades da rede básica de saúde.”

Além disso, o programa tem como objetivos adicionais ser parte do processo educacional de alunos de residência médica e gerar conhecimento através de pesquisas clínicas.

O projeto iniciado em 1998 servindo aproximadamente 500 pacientes da comunidade de Paraisópolis, tem atualmente cerca de 12.000 pacientes cadastrados, sendo expandido para o bairro do Campo Limpo e com plano de expansão para o Capão Redondo, ambas partes de regiões carentes de São Paulo.

Para desenvolver tais atividades, o AMPA conta atualmente com 64 funcionários, 18 dos quais são médicos que compõem a equipe clínica. Além disso, o ambulatório conta com 23 especialistas terceirizados, 29 alunos cursando o primeiro ou segundo ano de residência e 18 colaboradores voluntários. O Quadro 2 apresenta uma lista de todos os colaboradores que trabalham atualmente para o AMPA:

Quadro 2 - Lista de colaboradores de AMPA.

Função	Número
Agentes de Ação Comunitária	4
Analistas de Informação Gerencial	3
Assistente de Farmácia	1
Assistentes Sociais	6
Coordenadora Médica	1
Copeira	1
Enfermeiras	4
Farmacêuticas	2
Gerente Administrativa	1
Médicas	18
Nutricionistas	4
Técnicas Administrativas	10
Técnicas de Enfermagem	7
Terapeutas Ocupacionais	2
Número total de funcionários contratados	64
Alunos de Residência	29
Especialistas (terceirizados)	23
Voluntários	18

Fonte: Coordenação do AMPA.

O AMPA está prestes a se tornar o primeiro ambulatório da América Latina a receber a certificação da JCI por sua atuação clínica. O programa, que inicialmente tinha um foco preventivo, e hoje atua também terapeuticamente, oferece serviços totalmente gratuitos à população carente da região em todas as áreas pediátricas, exceto Ginecologia, Obstetrícia,

Oncologia, Psiquiatria e Neurocirurgia, casos nos quais o ambulatório redireciona os pacientes para o sistema público de saúde. A atuação filantrópica também inclui profissionais de apoio, como Fonoaudiólogos, Fisioterapeutas, Psicólogos, Psicopedagogos, Terapeutas Ocupacionais e Nutricionistas.

Além de colaborar com o cumprimento da missão de contribuir para uma sociedade mais socialmente responsável, o programa melhora a imagem da SBIBAE e diminui a carga de impostos sobre a organização, gerando economias que são redirecionadas para as iniciativas do IIRSAE.

4.1.3. Sistemas de Mensuração de Desempenho na SBIBAE e no AMPA

Como a maior parte das grandes organizações, a SBIBAE dá grande importância a atividades de gestão de desempenho, e vem utilizando o BSC para controlar seus resultados ao longo dos últimos anos. A ferramenta, no entanto, não foi divulgada e este trabalho não conseguiu obter informações adicionais a seu respeito.

O AMPA, por sua vez, não tem nenhum SMD formal, mas é gerido de acordo com um conjunto de indicadores conectados ao BSC da SBIBAE, e tem metas anuais que devem ser atingidas. Esses indicadores e metas são apresentados no Quadro 3, divididos de acordo com a perspectiva na qual estão incluídos no BSC da SBIBAE:

Quadro 3 - Lista de indicadores utilizados atualmente pelo AMPA.

Perspectiva	Indicador	Meta
Processos internos	Acreditação do PECP pela JCI	Acreditação do PECP pela JCI
	Número de trabalhos inscritos na Exibição de Qualidade e Segurança de Pacientes	Ao menos quatro trabalhos
Aprendizagem e crescimento	Índice de satisfação dos colaboradores na pesquisa de clima organizacional	Mais de 75%
	Porcentagem de colaboradores participando de treinamentos institucionais ou específicos	Mais de 95%
	Número de consultas pediátricas gerais substituídas por consultas especializadas	25.000 consultas e aumento da oferta
	Número de unidades básicas de saúde ajudadas sobre o total de unidades sob gestão da SBIBAE	Mais de 66%
	Tempo médio de espera dos pacientes por consulta	Menos de 45 dias

Fonte: Coordenação do AMPA.

4.1.4. Comunidade de Paraisópolis

Localizado na região Sul da cidade de São Paulo, e com uma área de quase 800.000 m² e uma população de 42.826 habitantes³, o bairro de Paraisópolis foi destinado originalmente à construção de prédios residenciais de alta classe, mas começou a ser ocupado por famílias de baixa renda durante a década de 50. Em poucas décadas a área já estava superpovoada e contava com mais de 20.000 habitantes, muitos dos quais trabalhavam na construção de condomínios luxuosos em bairros mais ricos próximos à região.

A área começou a receber investimentos públicos e privados no início do século 21, num processo de urbanização e através da regularização das edificações então existentes, totalizando mais de R\$ 250 milhões. Apesar de atualmente ser considerado oficialmente um bairro, apenas 25% das residências contam com redes de esgoto, metade das ruas ainda não são pavimentadas e 60% da população utiliza meios ilegais para obter energia elétrica, Duas das quatro escolas públicas da comunidade são consideradas as piores da cidade.

³ De acordo com o Censo realizado em 2010 pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE).

4.2. Desenvolvimento do *Strategy Map*

4.2.1. Questionário 1 – Aplicação

Após a coleta de informações gerais sobre o caso, o desenvolvimento do *Strategy Map* pôde ser iniciado, um processo longo e iterativo, que envolveu uma série de personagens e teoria de MDO. Conforme dito no capítulo da metodologia, o primeiro questionário (Apêndice A) foi aplicado a um grupo de 20 colaboradores selecionados por mim e pela Coordenadora Médica, para ter certeza de que todas as diferentes áreas fossem cobertas pela pesquisa, garantindo que a informação coletada representasse a maior variedade possível de perspectivas.

Dentre todos os participantes, foi dada atenção especial às Agentes de Ação Comunitária, que são membros da comunidade de Paraisópolis contratados pelo AMPA para facilitar a comunicação entre o ambulatório e seus pacientes. Dessa forma, as Agentes de Ação Comunitária foram consideradas representantes da comunidade e, portanto, clientes.

Os questionários respondidos foram coletados, digitalizados e enviados para mim via *e-mail*. Uma a uma, as respostas foram lidas e organizadas em uma planilha, permitindo que fossem mais facilmente comparadas através de uma representação visual. As diferentes respostas foram sintetizadas e conclusões foram tiradas das opiniões mais comuns, assim como das opiniões divergentes consideradas pertinentes.

A lista de participantes do Questionário 1 é apresentada no Quadro 4:

Quadro 4 - Lista de participantes do Questionário 1.

Lista de Participantes	Tempo na Instituição (anos)
Agente de Ação Comunitária 1	2
Agente de Ação Comunitária 2	3
Analista de Informações Gerenciais 1	2
Analista de Informações Gerenciais 2	1
Assistente Social 1	2
Assistente Social 2	4
Coordenadora Médica	12
Enfermeira 1	2
Enfermeira 2	8
Farmacêutica	7
Gerente Administrativa	15
Médica 1	13
Médica 2	11
Médica 3	8
Médica 4	9
Nutricionista	1
Técnica Administrativa	5
Técnica de Enfermagem 1	1
Técnica de Enfermagem 2	16
Terapeuta Ocupacional	4

Fonte: Elaborado pelo autor.

4.2.2. Questionário 1 – Resultados

Os resultados do primeiro questionário são apresentados a seguir:

- **Tempo na instituição:** Como pode ser observado no Quadro 4, há uma grande variedade em termos de tempo de casa, indo de 1 a 16 anos (desde a inauguração do programa). O tempo médio na instituição é de cerca de 6 anos.
- **Missão e visão:** Todos os 20 entrevistados estavam cientes da missão e visão da organização, um número que deve ser relativizado por dois motivos:
 - Enquanto respondiam ao questionário, os participantes tinham total liberdade para utilizar qualquer tipo de fonte que quisessem, o *website* da organização na *internet*, inclusive.
 - Como o ambulatório está atualmente sob o processo de acreditação da JCI, todos os colaboradores foram recentemente treinados para que estivessem a par dessas informações.

Mesmo este resultado não tendo valor estatístico, ele demonstra que, por algum motivo, os funcionários estão cientes da missão e visão, ou no mínimo sabem como acessá-los.

- **Valores:** Dentre os 20 entrevistados, 16 estavam cientes dos valores da organização, enquanto 4 estavam parcialmente cientes ou não tinham ciência. Esse número pode ser considerado muito bom, e demonstra mais uma vez um alinhamento entre a organização e seus colaboradores. As mesmas observações feitas no item anterior são aplicáveis aqui.
- **Contribuição do AMPA para o cumprimento da missão:** Dentre os 20 participantes, 14 mencionaram “responsabilidade social” como uma das maiores contribuições do AMPA para o cumprimento da missão, mesmo número de participantes que responderam “saúde de qualidade” ou algo similar. Estes são dois dos três objetivos estabelecidos na missão da SBIBAE. O terceiro objetivo principal, “gestão do conhecimento”, foi mencionado por cinco participantes, que se referiram principalmente ao conhecimento compartilhado com alunos de residência.
- **Áreas sujeitas a melhorias:** Uma grande diversidade de respostas surgiu da questão 5, que perguntava de que outras formas o ambulatório poderia ajudar a SBIBAE a alcançar sua missão. Algumas das respostas mais frequentes estão listadas a seguir: processos melhor definidos, redução do tempo de espera dos pacientes, aumento da oferta de serviços (a demanda pelos serviços é muito alta), aumento da variedade de especialidades, investimentos em geração de conhecimento, maior exposição das atividades do AMPA para a SBIBAE e para a sociedade em geral (de modo a promover seus serviços), oportunidades de crescimento e valorização dos funcionários.

- **Principais competências:** Quando questionados sobre as competências do ambulatório, as respostas mais comuns estavam ligadas ao capital humano, mencionando suas habilidades, formação acadêmica, comprometimento e respeito. Outras respostas frequentes citavam criatividade, habilidade de trabalhar em grupo e atualização. Finalmente, alguns dos participantes identificaram a variedade de serviços oferecidos, infraestrutura, tecnologia, materiais e disponibilidade de medicamentos como os maiores valores oferecidos aos clientes.
- **Desafios:** As respostas relacionadas às maiores dificuldades e desafios enfrentados pelo AMPA foram muitas vezes similares, o que mostra um certo grau de concordância entre os colaboradores com relação ao tópico. As respostas mais comuns foram: a barreira cultural entre os profissionais e a comunidade de Paraisópolis, a luta contra o absenteísmo por parte dos pacientes, como aumentar a oferta sem comprometer a qualidade do serviço, como melhorar a infraestrutura com recursos financeiros limitados, a dependência de parceiros governamentais com desempenhos inferiores e como manter os funcionários motivados.
- **Mapas Cognitivos:** Os Mapas Cognitivos desenhados pelos colaboradores foram, de certa forma, um modo de sintetizar todas as respostas do questionário. Nesse momento, os participantes tiveram a oportunidade de refletir e desenhar em uma folha em branco suas ideias de fatores que, quando corretamente conectados, poderiam levar o AMPA a cumprir sua missão e conseqüentemente ajudariam a SBIBAE a alcançar a sua. O Apêndice E apresenta cinco exemplares originais de Mapas Cognitivos desenhados por colaboradores (Coordenadora Médica, Enfermeiras 1 e 2, Médica 1 e Técnica de Enfermagem 1).

4.2.3. Questionário 1 – Discussão

As respostas do Questionário 1 trouxeram à tona alguns pensamentos interessantes, que deram base para a primeira versão do *Strategy Map* do AMPA. Esse processo foi iniciado com a definição de uma missão para o ambulatório, visto que este não tinha nenhuma versão formalmente definida. Para tanto, eu tive uma conversa *on-line* com a Coordenadora Médica, na qual discutimos a missão da SBIBAE e, auxiliados pelas respostas dos questionários, definimos a maneira como o ambulatório ajuda a organização principal a alcançar sua missão.

Conforme dito anteriormente, a missão declarada pela SBIBAE é:

“Oferecer excelência de qualidade no âmbito da saúde, da geração do conhecimento e da responsabilidade social, como forma de evidenciar a contribuição da comunidade judaica à sociedade brasileira.”

A leitura e interpretação da missão permite a identificação de três componentes principais, que chamamos de “saúde”, “gestão do conhecimento” e “responsabilidade social”. Assim, podemos assumir que para alcançar sua missão, a organização deve trabalhar nessas três frentes. Entretanto, a SBIBAE é dividida em uma série de unidades de negócio, cada qual com foco e objetivos específicos. Assim sendo, podemos concluir que a SBIBAE cumprirá sua missão se a soma das missões de suas unidades de negócio resultar nos três componentes citados acima, ainda que cada unidade não faça os três individualmente. Nesse caso, fica ao encargo do AMPA cumprir com sua própria missão, a qual foi definida com auxílio das respostas à questão 4.

Apesar de cinco participantes terem mencionado “gestão do conhecimento” em suas respostas, é fácil verificar que essa não é a principal contribuição do ambulatório, visto que este não tem atualmente a geração de conhecimento como objetivo e, apesar de compartilhar conhecimento, este também não é seu principal objetivo. Portanto, restam “saúde” e “responsabilidade social” como resultados importantes do trabalho do AMPA. Em minha conversa *on-line* com a Coordenadora Médica, no entanto, concordamos que mesmo a “saúde” sendo extremamente relevante para o ambulatório, a “excelência em saúde” não é sua missão, visto que não faz parte de seu objetivo oferecer o melhor da Saúde em termos de tecnologia como pode-se observar no hospital principal (HIAE). Essa conclusão vai diretamente de acordo com a opinião da Farmacêutica, reproduzida abaixo:

“Nós temos um importante papel social, buscando segurança e qualidade [...]”

Na mesma linha, a Agente de Ação Comunitária 1 afirmou que o programa provê:

“Saúde de qualidade, o direito que todos têm de expor suas opiniões e receber informações claras, sem distinção de cor da pele, idade ou orientação sexual.”

Nossa conclusão, portanto, é que a missão do AMPA está relacionada a “responsabilidade social”, e a estratégia para alcançá-la é através da oferta de “saúde” de boa qualidade para uma comunidade carente, mais que oferecer “excelência em saúde” como

missão. Alcançando sua missão particular, isto é, “responsabilidade social”, o AMPA ajuda a SBIBAE a alcançar sua missão formal, dado que “responsabilidade social” é um de seus pilares.

Uma vez que a missão foi identificada, as questões 5, 6 e 7 levantaram alguns dos fatores críticos de sucesso para alcançá-la. Apesar de serem abordadas de maneiras diferentes, todas as questões geravam uma reflexão entre os participantes a respeito de quais eram os fatores importantes para que o AMPA cumprisse sua missão, seja porque eles vissem o fator como algo já presente no ambulatório (questão 6), ou porque vissem como algo a ser melhorado (questão 5) ou superado (questão 7). Dessa forma, as respostas mais comuns e/ou pertinentes foram reunidas em uma lista de possíveis fatores críticos de sucesso para que o AMPA alcance sua missão:

- **Processos bem estruturados:** este fator foi mencionado repetidas vezes, talvez porque o ambulatório esteja sob o processo de acreditação e os funcionários ouçam constantemente esses termos. Em sua resposta, a Enfermeira 1 destacou exatamente este tópico:

“Investindo em processos, em qualidade, através de creditações.”

A Médica 4, atual responsável pelas questões relacionadas ao processo de acreditação, também mencionou a importância da qualidade:

“Sentimos falta de uma cultura de qualidade no ambulatório.”

Independentemente do motivo pelo qual este item foi tantas vezes mencionado, processos bem desenhados podem certamente melhorar a qualidade dos serviços e da saúde oferecidos à comunidade.

- **Segurança:** Também refere-se aos processos. Segurança é essencial, especialmente no contexto da saúde, no qual erros podem levar a graves consequências.
- **Redução do tempo de espera:** Diretamente relacionado à satisfação do cliente, foi identificado como um dos grandes desafios do AMPA, e foi citado, entre outros, pela Agente de Ação Comunitária 1:

“Melhoria continua nos processos de trabalho, redução do tempo de espera e atrasos, assistência que responda às necessidades particulares dos pacientes.”

- **Oferta extensa (número de tratamentos):** Outro desafio importante para o ambulatório é aumentar a oferta sem comprometer a qualidade do serviço, como dito pela Analista de Informações Gerenciais 1:

“Devido à alteração do escopo de atuação, o maior desafio para o AMPA é manter a boa imagem construída junto à comunidade de Paraisópolis e espalhá-la pelos novos públicos, ou seja, crescer sem perder.”

- **Grande variedade de especialidades:** Vista como um dos grandes diferenciais do ambulatório, a grande variedade de serviços oferecidos deve ser mantida ou ainda aumentada para que sempre satisfaça as necessidades do cliente.
- **Geração de conhecimento:** Apesar de não ser um dos objetivos principais do AMPA, acredita-se que o ambulatório seja capaz de gerar mais conhecimento, o que é visto como um desafio.
- **Treinamento dos colaboradores:** Essa atividade tem múltiplas consequências, a começar pelo fato de que um time mais qualificado oferecerá serviços melhores ao cliente, mas também o fato de aumentar a motivação no nível do indivíduo. A Assistente Social 1 foi uma das entrevistadas que mencionou essa questão:

“Promover ações e treinamentos para os colaboradores para aprimoramento constante.”

- **Divulgação das atividades dentro da SBIBAE e na sociedade para aumentar a consciência e o reconhecimento:** Essa iniciativa tem um caráter motivacional, visto que muitos dos participantes mencionaram a falta de reconhecimento como um fator de desagrado. A Coordenadora Médica, por exemplo, destacou a:

“[...] falta de divulgação sobre o programa para a SBIBAE e a falta de reconhecimento da diretoria em relação às atividades desenvolvidas pelo ambulatório.”

- **Foco em prevenção, mais que em tratamentos:** O ambulatório, que no passado focava em um modelo preventivo, hoje trabalha principalmente com tratamentos terapêuticos.

Este fato foi mencionado por alguns dos participantes, que acreditam que o AMPA deva de certa forma retomar suas ações de prevenção, educando a comunidade ao invés de simplesmente solucionar seus problemas.

- **Oportunidades de crescimento e valorização dos colaboradores:** Semelhante a alguns dos fatores já discutidos, traz à tona estratégias para motivar e melhorar o time.
- **Mapeamento de dados:** É essencial possuir bons sistemas de TI para controlar o fluxo de informações dentro do ambulatório.
- **Habilidades e atualização dos colaboradores:** Citado como um dos maiores valores do AMPA, os colaboradores devem estar sempre atualizados e devem ser cuidadosamente selecionados de acordo com suas habilidades e histórico. A Terapeuta Ocupacional foi uma dos vários participantes que discutiu a questão:

“A principal competência do AMPA está em sua equipe extremamente capacitada e qualificada, que permite que a organização cumpra a sua missão.”

- **Motivação e comprometimento dos colaboradores:** Motivação e comprometimento são duas características vitais para um grupo que pretenda manter altos níveis de produtividade e altas taxas de satisfação do cliente. Como dito pela Médica 3, uma das maiores qualidades do AMPA é:

“[...] o comprometimento com o serviço e a identificação dos colaboradores com os valores de responsabilidade social da SBIBAE.”

- **Respeito dos colaboradores frente à comunidade:** Para quebrar a tão frequentemente mencionada barreira cultural entre o AMPA e a comunidade, ser respeitoso é crítico. Esse fator foi citado, em particular, pelas duas Agentes de Ação Comunitária, o que é extremamente significativo, visto que de certa forma elas representam os pacientes.
- **Sensibilidade e criatividade dos colaboradores:** Dois fatores importantes que ajudam a organização a melhorar seus processos e satisfazer os clientes.
- **Infraestrutura:** Alguns dos participantes mencionaram a falta de infraestrutura como uma questão importante, tanto para colaboradores quanto para pacientes.
- **Tecnologia, equipamentos, materiais e medicamentos:** Mesmo a “excelência em saúde” não sendo a missão do AMPA, investir em tecnologia, equipamentos, materiais

e medicamentos é essencial para oferecer à comunidade bons tratamentos e buscar a missão de “responsabilidade social”.

- **Combate ao absenteísmo dos pacientes:** Possivelmente fruto da barreira cultural, o absenteísmo por parte dos pacientes ainda é um grande problema para o AMPA, que deve ser combatido para que a estratégia possa ser implementada com sucesso, conforme dito por diversos participantes, incluindo a Coordenadora Médica.
- **Aprimoramento do desempenho dos parceiros:** O ambulatório é obrigado a trabalhar com alguns parceiros governamentais, que não estão no mesmo nível de atuação e reduzem a eficiência do AMPA. Em particular, a Coordenadora Médica mencionou:

“Dificuldades técnicas na interface entre o AMPA e as unidades básicas de saúde.”

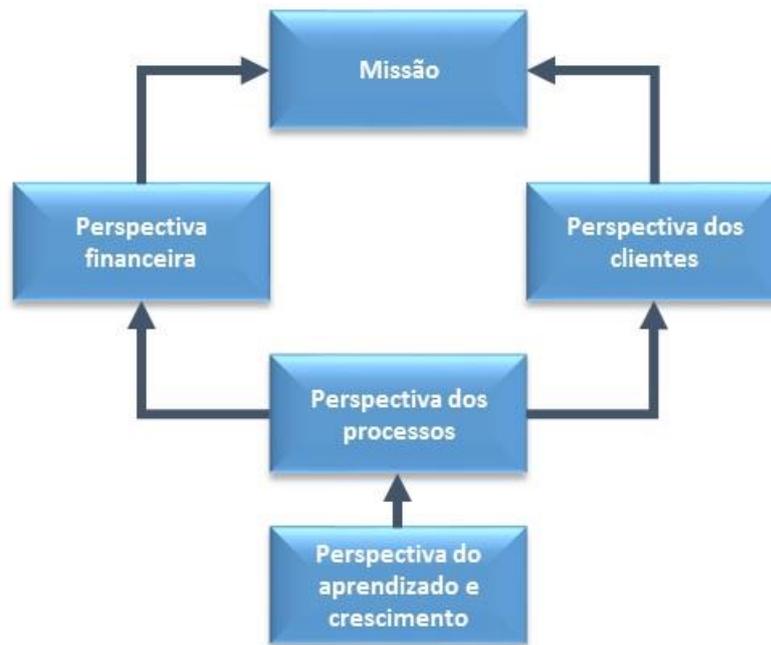
- **Aumento dos recursos financeiros:** a limitação no orçamento é um problema crítico para o AMPA, que não tem capital suficiente para investir em todas as áreas que necessitam de melhorias.

Após os fatores críticos de sucesso terem sido identificados, e com o auxílio dos Mapas Cognitivos criados pelos participantes na questão 8, os dados coletados puderam ser inseridos no modelo para finalmente criar-se a primeira versão do *Strategy Map*.

4.2.4. *Strategy Map* – Processo de desenvolvimento

O *Strategy Map* é um modelo bastante conhecido, mas, de acordo com Kaplan (2001), ele deve ser adaptado quando utilizado no contexto das OSFLs, quando geralmente a perspectiva financeira se torna de certa forma uma restrição, e não mais um objetivo. Portanto, o *Strategy Map* assume uma nova forma quando aplicado a uma OSFL, como a organização objeto de estudo deste trabalho. Essa variação do *Strategy Map* pode ser observada na Figura 9, e foi o ponto de partida para o desenvolvimento do *Strategy Map* do AMPA.

Figura 9 - *Strategy Map* adaptado para Organizações Sem Fins Lucrativos.

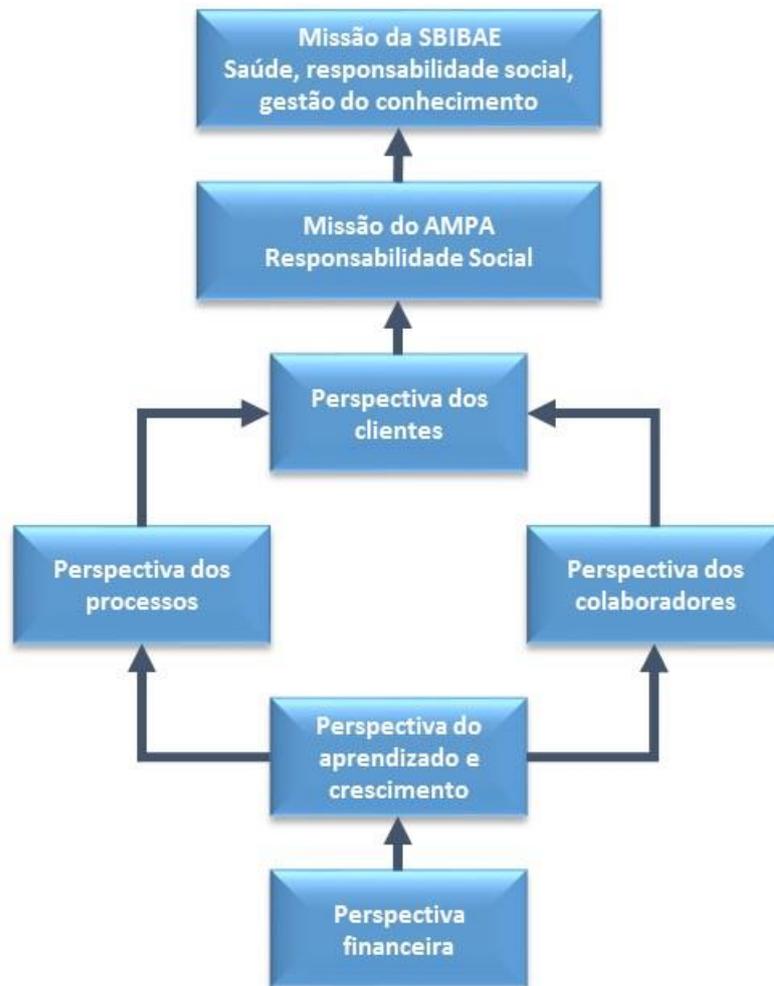


Fonte: Adaptado de Kaplan, 2001.

Com esse modelo adaptado em mãos, foi necessário customizá-lo para a realidade do ambulatório. Primeiramente, uma versão simplificada da missão da SBIBAE, considerando apenas os três elementos discutidos anteriormente, foi inserida no topo do *Strategy Map*, como uma missão primordial. Em seguida, a missão recém-criada do AMPA foi incluída, logo abaixo da missão primordial. A perspectiva do cliente foi então adicionada abaixo da missão, mostrando que essa perspectiva é considerada a mais importante para o cumprimento da missão. A perspectiva do cliente foi então conectada a duas outras perspectivas. Uma delas, a tradicional perspectiva dos processos, representa a importância de ter-se boas práticas para satisfazer os clientes. A outra, a perspectiva dos colaboradores, vai de acordo com o estudos de Grigoroudis et al. (2012) e Greiling (2010), Segundo os quais quando o *Strategy Map* é adaptado para um contexto sem fins lucrativos, ele não deve ficar restrito às quatro perspectivas tradicionais, mas pode considerar novas opções. Em particular, uma perspectiva comumente utilizada é a dos empregados (GURD; GAO, 2007), cuja ausência no *Strategy Map* tradicional é criticada por Neely e Adams (2000). Uma vez que o ambulatório é uma organização profissional, na qual a equipe de funcionários é extremamente importante e diretamente responsável pelas atividades desenvolvidas, decidiu-se incluir essa perspectiva no *Strategy Map* do AMPA. Abaixo dessas duas perspectivas, a perspectiva de aprendizagem e crescimento mostra que para ter-se bons funcionários e bons processos, é necessário investir continuamente em ambos. Finalmente, a

quinta e última perspectiva é a financeira, que indica seu caráter restritivo ao invés de ser um objetivo para o AMPA. A nova configuração do *Strategy Map* do AMPA pode ser visualizada na Figura 10:

Figura 10 - *Strategy Map* adaptado para o AMPA.



Fonte: Elaborado pelo autor.

Se lido de baixo para cima, o *Strategy Map* pode ser explicado da seguinte forma: se as finanças forem bem geridas, haverá orçamento para ser investido em aprendizagem e crescimento. Se o investimento for corretamente alocado para desenvolver e motivar a equipe de profissionais, criar novos processos e melhorar os já existentes, satisfazer os clientes será uma consequência natural. E se o cliente estiver satisfeito, a ambulatório consegue cumprir com sua missão, garantindo automaticamente que um dos três pilares da missão da SBIBAE seja cumprido.

A etapa seguinte consistiu na identificação de quais são os fatores críticos de sucesso para cada perspectiva de acordo com as respostas dos questionários. Para tanto, as seguintes questões foram discutidas:

- **Para alcançar nossa missão, como devemos ser vistos por nossos clientes?**

As expectativas dos clientes foram divididas em três frentes principais. A primeira é relacionada à qualidade do tratamento dispensado pelo ambulatório, que compreende uma série de fatores, como segurança, oferta (quantidade), variedade de serviços, baixo tempo de espera e, sob um ponto de vista mais amplo, o melhoramento do sistema de saúde público como um todo, através do compartilhamento do conhecimento, por exemplo. Uma segunda frente é relacionada a educar a comunidade, especialmente em termos de prevenção. Apesar de ser também relacionada à saúde, ela foi incluída como um fator separado porque tem pouco a ver com tecnologia, materiais ou medicamentos, mas está mais ligada às habilidades dos colaboradores e iniciativas socioeducativas. A terceira frente não é tão trivial quanto as duas anteriores, mas foi incluída devido à frequência com a qual foi mencionada nos questionários, particularmente pelas Agentes de Ação Comunitária, e está relacionada ao tipo de tratamento dispensado aos pacientes em termos de respeito. Muito embora ser respeitoso possa parecer um comportamento óbvio, membros de uma comunidade carente como a de Paraisópolis reclamam constantemente de não serem tratados adequadamente pela sociedade, de modo que oferecer a eles um tratamento igualitário está diretamente relacionado a ser socialmente responsável.

Resumindo, os três fatores críticos de sucesso selecionados para a perspectiva dos clientes foram: “saúde de alta qualidade”, “educação/prevenção” e “respeito”.

- **Para satisfazer nossos clientes, em quais processos nós devemos alcançar a excelência?**

Considerando todas as respostas coletadas, processos excelentes foram definidos sob três possíveis óticas. A primeira consiste de processos bem estruturados. Para satisfazer os clientes, os processos devem ser eficientes (seguros, baixo tempo de espera, evitar retornos desnecessários etc.), eficazes (o paciente deve ser curado ou sua condição de saúde controlada), claros e organizados. Um segundo fator crítico de sucesso incluído na perspectiva de processos e relacionado ao primeiro é a infraestrutura, um termo genérico que aqui se refere à edificação propriamente dita, mas também aos equipamentos, materiais, medicações etc. É trivial entender

que bons processos não possam ocorrer sem o apoio de uma boa infraestrutura, tecnologia e materiais confiáveis. O terceiro fator incluído na perspectiva foi a gestão do conhecimento, que compreende tanto a geração de conhecimento (como através de protocolos médicos) e, especialmente, o compartilhamento de conhecimento, através da divulgação do conhecimento gerado no ambulatório e principalmente através dos ensinamentos aos alunos de residência e estagiários.

Resumindo, os três fatores críticos de sucesso selecionados para a perspectiva dos processos foram: “processos bem estruturados”, “boa infraestrutura” e “gestão do conhecimento”.

- **Para satisfazer nossos clientes, quem devem ser nossos colaboradores e como devem se comportar?**

Mencionado como o maior valor do ambulatório por diversos participantes do questionário, é vital que o AMPA mantenha uma equipe de funcionários competentes e atualizados, de modo a garantir um bom nível de serviços. Dois outros fatores foram destacados como vitais para os colaboradores do AMPA satisfazerem seus clientes. Eles devem estar motivados e comprometidos com a causa, consequências de uma boa remuneração, reconhecimento e oportunidades de crescimento pessoal e profissional. Além disso, os colaboradores devem ser sensíveis e criativos, de modo a quebrar as diversas vezes citadas barreiras culturais entre os profissionais e a comunidade, reduzir o absenteísmo por parte dos pacientes e aumentar a consciência a respeito da importância da saúde para atingir um bom patamar em termos de qualidade de vida.

Resumindo, os três fatores críticos de sucesso selecionados para a perspectiva dos colaboradores foram: “pessoal competente/atualizado”, “sensibilidade/criatividade” e “motivação/comprometimento”.

- **Para termos processos e pessoas excelentes, no que devemos investir?**

A perspectiva de aprendizagem e crescimento inclui diferentes tipos de investimentos que deveriam ser realizados a fim de alcançar a excelência em processos e pessoas, levando à satisfação do cliente e, enfim, ao cumprimento da missão. Três áreas que necessitam de investimentos foram identificadas num primeiro momento. A primeira foi o investimento em

processos, infraestrutura, tecnologia e materiais, além de outros ativos tangíveis. O segundo modo de crescer e aprender identificado foi através do desenvolvimento de boas parcerias, gerando a possibilidade de intercâmbio de conhecimento. Finalmente, uma das necessidades mais citadas pelos participantes do questionário foi a aprendizagem contínua, algo já bastante presente na cultura da organização e que deve ser mantida como um dos investimentos essenciais.

Resumindo, os três fatores críticos de sucesso selecionados para a perspectiva de aprendizagem e crescimento foram: “investimento em infraestrutura e processos”, “desenvolvimento de boas parcerias” e “treinamento”.

- **Como arrecadaremos e controlaremos nossos fundos para investir em aprendizagem e crescimento?**

Conforme dito anteriormente, a perspectiva financeira, que normalmente está relacionada à missão em organizações voltadas para o lucro, representa uma restrição neste caso, limitando a quantidade de investimentos que podem ser feitos para alcançar a missão. Portanto, por um lado deve haver um controle intenso dos gastos, e pelo outro lado, um esforço contínuo para levantar fundos e aumentar o orçamento disponível. Mais uma vez, foram escolhidos três fatores críticos de sucesso para a perspectiva. O primeiro deles é o controle dos custos, visto que os custos são alvo de grande preocupação para qualquer organização. O segundo são as campanhas de *marketing* como uma maneira de promover e divulgar o AMPA, aumentar a atenção para as suas iniciativas e, conseqüentemente, aumentar a disponibilidade de recursos para serem investidos. O terceiro fator é o aumento do orçamento propriamente dito, o qual é essencial independentemente de ser resultado de uma campanha de *marketing* ou de qualquer outro fator.

Resumindo, os três fatores críticos de sucesso selecionados para a perspectiva financeira foram: “controle de custos”, “*marketing*/divulgação” e “aumento do orçamento”.

Com todas as perguntas respondidas, um primeiro rascunho do *Strategy Map* pôde ser desenhado, contendo cinco perspectivas, a saber: clientes, processos, colaboradores, aprendizagem e crescimento, e financeiro. Cada perspectiva com exatamente três fatores críticos de sucesso, conforme discutido acima. A primeira versão pode ser visualizada no Apêndice F, ainda sem as setas que conectam as caixas.

A etapa seguinte consistiu em uma pequena alteração nos fatores críticos de sucesso e na inclusão das setas conectando as caixas, expressando as relações de causa-efeito entre os fatores. Uma vez que criatividade e sensibilidade não foram consideradas tão importantes quanto outras características para o cumprimento da missão, elas foram unidas a motivação e comprometimento como um único fator crítico de sucesso, simplificando o mapa proposto. O primeiro conjunto de setas conectando os fatores foi incluído por mim, de acordo com as relações que considerei mais apropriadas, para que fossem então discutidas com a Coordenadora Médica e com os outros colaboradores. A segunda versão do *Strategy Map* com as alterações mencionadas pode ser vista no Apêndice G.

Uma terceira versão do *Strategy Map* para o AMPA foi desenvolvida na etapa seguinte, após uma conversa *on-line* com a Coordenadora Médica. A primeira modificação relevante foi em relação ao nome da perspectiva de “aprendizagem e crescimento”, alterado para perspectiva de “investimentos”. Essa escolha foi baseada no fato de que nem todos os fatores incluídos na perspectiva poderiam ser classificados como “aprendizagem” ou “crescimento”, mas todos eram certamente uma forma de investimento, justificando a nova escolha. A segunda grande mudança foi em relação ao fator “*marketing*/divulgação”, que foi transferido da perspectiva financeira para a recém criada perspectiva de investimentos. A lógica por trás da escolha foi o fato de o *marketing* ser considerado um investimento necessário para a organização, ficando portanto melhor situado na perspectiva de investimentos. Fora essas duas modificações, algumas alterações menos relevantes são listadas abaixo:

- O fator “boa infraestrutura” mudou seu nome para “boa infraestrutura, tecnologia, materiais e medicamentos”, considerada uma descrição mais apropriada para o que o fator representa;
- O fator “processos bem estruturados” mudou seu nome para “processos bem estruturados, eficientes e eficazes”, levantando a discussão do significado de eficiência e eficácia para esse contexto;
- O termo “criatividade” foi retirado dos fatores críticos de sucesso, porque mesmo a criatividade sendo importante para as organizações, ela não foi considerada crítica para os colaboradores do AMPA;
- Infraestrutura e tecnologia foram referidas como “ativos” pela primeira vez na perspectiva de investimentos;
- Novas conexões foram criadas entre os diferentes fatores críticos de sucesso;

- Algumas alterações estéticas também foram implementadas ao *Strategy Map*.

A terceira versão do *Strategy Map*, incluindo todas as modificações supracitadas, é apresentada no Apêndice H.

Essa mesma versão foi apresentada no segundo questionário dirigido aos colaboradores do AMPA, com o objetivo de obter novas sugestões ou aprovação, bem como para iniciar a seleção de KPIs para o BSC.

4.3. Validação do *Strategy Map* e desenvolvimento do *Balanced Scorecard*

4.3.1. Questionário 2 – Aplicação

Uma vez que a terceira versão do *Strategy Map* ficou pronta, era hora de validá-lo e iniciar o desenvolvimento do BSC através da seleção dos indicadores adequados. Com esse propósito, um segundo questionário (Apêndice B) foi criado e distribuído entre os colaboradores, todos entrevistados também do primeiro questionário. Os participantes foram selecionados por mim de acordo com a qualidade de suas respostas no Questionário 1 e tentando manter um balanço entre as diferentes funções dentro do ambulatório.

Os participantes tiveram o período de uma semana para responder o questionário virtualmente e enviá-lo para mim via *e-mail*. As respostas foram coletadas e organizadas em uma planilha para que pudessem ser comparadas visualmente. Todas as opiniões foram classificadas de acordo com sua pertinência e as mais repetidas foram destacadas. Os comentários relacionados ao *Strategy Map* também foram levados em consideração e geraram novas mudanças no modelo proposto, que serão descritas a seguir.

A lista de participantes do Questionário 2 é apresentada no Quadro 5:

Quadro 5 - Lista de participantes do Questionário 2.

Lista de Participantes
Assistente Social 2
Coordenadora Médica
Enfermeira 1
Enfermeira 2
Farmacêutica
Gerente Administrativa
Médica 1
Médica 2
Técnica Administrativa
Técnica de Enfermagem 2

Fonte: Elaborado pelo autor.

4.3.2. Questionário 2 – Resultados

O Questionário 2 tinha basicamente dois objetivos: validar o *Strategy Map* proposto e coletar sugestões de KPIs para o BSC que seria desenvolvido. As respostas coletadas foram sintetizadas e são apresentadas abaixo:

- **Melhorias para o *Strategy Map*:** Dentre os dez participantes, sete afirmaram concordar plenamente com o modelo proposto, sem sugerir mudança alguma. Os três participantes que discordaram do modelo são relacionados a seguir e suas sugestões são replicadas:
 - **Coordenadora Médica:** Sugeriu a exclusão do fator crítico de sucesso “desenvolvimento de boas parcerias” do *Strategy Map*, uma vez que, de acordo com ela, o ambulatório não tem controle sobre essas parcerias, que são definidas pelo governo. Além disso, foram sugeridas algumas novas conexões entre os fatores críticos de sucesso, além de algumas críticas aos então existentes.
 - **Enfermeira 1:** Sugeriu a exclusão do “respeito” como um fator crítico de sucesso, considerando que isso seja uma característica intrínseca à “saúde de alta qualidade”. Também mencionou “segurança” como um fator crítico de sucesso, apesar de acreditar que também seja algo intrínseco aos “processos bem estruturados”. Além das duas sugestões, houve ainda uma outra relacionada a uma conexão entre dois fatores críticos de sucesso.

- **Médica 2:** Sugeriu a inclusão de “segurança” como fator crítico de sucesso estreitamente relacionado a processos, ideia semelhante à da Enfermeira 1.
- **Coleta de KPIs para o *Balanced Scorecard*:** antes de listar os indicadores sugeridos, vale ressaltar que, infelizmente, as respostas de quatro dos dez entrevistados não puderam ser utilizadas por não serem suficientemente claras ou por não atenderem aos requisitos da pesquisa, seja porque as instruções não foram claras ou porque a tarefa era demasiadamente complexa. Dentre as respostas dos outros seis participantes, cinco foram consideradas extremamente úteis e uma apenas razoável. Alguns dos KPIs sugeridos para cada fator crítico de sucesso são listados abaixo. Os números entre parênteses indicam a quantidade de participantes que sugeriram o mesmo indicador. A ausência de números indica que o KPI foi sugerido por apenas um participante. Uma última observação, os KPIs listados não são definidos formalmente no momento, algo que será feito em detalhes posteriormente apenas para os indicadores selecionados para o BSC.
 - **Saúde de alta qualidade:** Número de mortes por internação; tempo médio do paciente no sistema; número médio de consultas por patologia (patologias mais comuns); número total de consultas ou procedimentos; índice de cura; aderência a tratamentos medicamentosos (tratamentos mais comuns); índice de satisfação dos clientes; índice de satisfação dos colaboradores.
 - **Educação/Prevenção:** Número total de programas ou projetos; número total de cursos ou aulas para a comunidade; índice de qualidade dos programas ou projetos; índice de hospitalização; validação das informações após consultas ou procedimentos; uso de medicamentos profiláticos para asma; porcentagem de aderência a campanhas de prevenção.
 - **Respeito:** Índice de satisfação dos clientes (6); número total de reclamações (4); tempo médio no ambulatório para realização de procedimentos (2); tempo médio para agendamento de consulta.
 - **Boa gestão do conhecimento:** Número de estudos publicados por colaboradores; avaliação de conhecimento dos colaboradores a respeito de outras áreas de atuação; aderência a protocolos médicos; aderência a protocolos assistenciais; número de aulas para alunos de residência.
 - **Boa infraestrutura, tecnologia, materiais e medicamentos:** Índice de satisfação dos colaboradores (2); índice de satisfação dos clientes; número de não-conformidades de acordo com a Comissão para a Prevenção de Acidentes

(2); gastos com manutenção de equipamentos; número de reclamações; índice de compra de equipamentos sobre equipamentos solicitados; número de tratamentos não realizados por falta de medicamentos (3); número de reclamações sobre equipamentos obsoletos; índice de satisfação com sistemas de TI.

- **Processos bem estruturados, eficientes e eficazes:** Redução de indicações desnecessárias; redução do tempo médio de espera para agendamento de consultas e retornos (2); redução do tempo de consulta; redução do absenteísmo dos pacientes (2); número de eventos adversos (3); índice de satisfação dos clientes; redução percentual de custos operacionais.
- **Pessoal competente e atualizado:** Notas em provas regulares (3); avaliação de competência; avaliação de desempenho (2); número de cursos facultativos assistidos; pontuação média no Programa de Educação Continuada; número de presenças em congressos médicos.
- **Pessoal motivado, comprometido e sensível às necessidades da comunidade:** Índice de satisfação dos colaboradores; avaliação dos serviços pelos clientes (3); pesquisa de clima organizacional (2); índice de absenteísmo dos colaboradores; índice de rotatividade; índice de comparecimento a reuniões administrativas; porcentagem de casos resolvidos.
- **Investimentos em ativos (infraestrutura e tecnologia):** Porcentagem do orçamento investida em infraestrutura; investimento total em infraestrutura; tempo médio de vida dos equipamentos no ambulatório; tempo médio de reposição de equipamentos danificados; número de pessoas responsáveis por manutenção; aumento percentual de investimentos em TI.
- **Desenvolvimento de boas parcerias:** Número total de parceiros; porcentagem de novos parceiros sobre total de parceiros; porcentagem de parcerias renovadas; avaliação das parcerias existentes; número de agentes públicos treinados pelo ambulatório; índice de redução de indicações desnecessárias; número de pacientes advindos de parceiros; número de estagiários.
- **Marketing/Divulgação:** Avaliação do conhecimento dos funcionários da SBIBAE a respeito do AMPA (3); número total de publicações sobre o AMPA em mídias internas/externas (2); avaliação do conhecimento da comunidade de

Paraisópolis a respeito do AMPA; número de publicações científicas dos colaboradores do AMPA; número de campanhas sociais.

- **Treinamento:** Número de cursos oferecidos aos colaboradores (4); taxa de participação dos colaboradores em cursos oferecidos pelo AMPA (5); pontuação média no Programa de Educação Continuada (3); índice de satisfação dos colaboradores; índice de comparecimento a cursos obrigatórios; porcentagem de colaboradores treinados.
- **Custos:** Despesas totais com desperdícios (2); custo dos materiais; economias devidas à implementação de protocolos médicos; economias provenientes do uso de medicamentos genéricos; número total de funcionários; custo médio por funcionário; número médio de exames por paciente; redução percentual de internações; redução percentual de custos com TI.
- **Aumento do orçamento:** Aumento percentual do orçamento.

4.3.3. Questionário 2 – Discussão

As respostas do Questionário 2 geraram uma última reflexão a respeito do *Strategy Map* antes de definição de sua versão final, e forneceram material para o início do desenvolvimento do BSC. Mais uma vez, as respostas foram coletadas e organizadas, e eu tive uma conversa *on-line* com a Coordenadora Médica, na qual discutimos todas as sugestões dos colaboradores.

Com relação ao *Strategy Map*, a versão apresentada no Questionário 2 alcançou um sucesso considerável, sendo aprovada por sete dos dez participantes. Além disso, os outros três entrevistados sinalizaram com uma concordância parcial, propondo apenas mudanças pontuais ao modelo. Depois de analisar cuidadosamente cada uma das sugestões e de discuti-las uma a uma com a Coordenadora Médica, todas foram aceitas e incorporadas à versão final do *Strategy Map*, que é detalhada no próximo item.

Conforme dito anteriormente, nem todos os participantes foram capazes de sugerir KPIs para o BSC, e as respostas de quarto dos dez questionários tiveram de ser descartadas. Alguns dos participantes enviaram outros fatores críticos de sucesso ou ações a serem tomadas para melhorar determinadas condições no lugar de indicadores. Outros simplesmente não responderam à pergunta. Além disso, alguns dos indicadores sugeridos não tinham nomes autoexplicativos e não vieram seguidos de suas definições, conforme solicitado no questionário.

A maioria dessas respostas foi desconsiderada nos passos seguintes do desenvolvimento do BSC.

Entre as outras respostas, foi realizada uma análise para identificar os indicadores mais recorrentes, que se tornaram candidatos naturalmente fortes para compor o BSC, por serem normalmente fáceis de medir e altamente representativos. Assim, indicadores sugeridos por dois ou mais participantes foram destacados na lista de KPIs. Essa lista foi discutida com a Coordenadora Médica e o processo de desenvolvimento do BSC foi iniciado.

4.3.4. *Strategy Map* – Versão final

Após a aplicação do Questionário 2 e a aceitação considerável do *Strategy Map* pelos entrevistados, algumas últimas alterações foram realizadas, gerando sua versão final ao término desse processo.

A primeira alteração importante consistiu na exclusão de “respeito” como um fator crítico de sucesso, aceitando a sugestão da Enfermeira 1, de acordo com a qual:

“Respeito e tratamento humano são intrínsecos às relações humanas, e são parte da definição de “saúde de alta qualidade”. Portanto, eu não definiria “respeito” como um fator crítico de sucesso.”

Dessa forma, a perspectiva do cliente foi simplificada, sendo representada por apenas dois fatores críticos de sucesso, a saber: “saúde de alta qualidade” e “educação/prevenção”.

A segunda grande mudança foi realizada seguindo a sugestão da Coordenadora Médica, excluindo “desenvolvimento de boas parcerias” como um fator crítico de sucesso, uma vez que o ambulatório é sujeito a decisões do governo e não tem controle sobre elas:

“Tenho algumas dúvidas em relação à inclusão de “boas parcerias” como um fator crítico de sucesso, uma vez que não temos controle sobre elas [são impostas pelo governo].”

Assim, mesmo este fator tendo grande impacto sobre as atividades do AMPA, decidiu-se excluí-lo do *Strategy Map*, sendo considerado uma restrição, e não parte da estratégia.

Uma terceira mudança foi feita, seguindo a sugestão da Enfermeira 1 e da Médica 2, incluindo o termo “segurança” ao fator crítico de sucesso já existente de “processos bem

estruturados, eficientes e eficazes”, na perspectiva de processos. Essa escolha foi feita visando explicitar a importância da segurança nos processos, especialmente em se tratando de Saúde.

A quarta alteração consistiu da fusão entre os fatores “boa infraestrutura, tecnologia, materiais e medicamentos” e “processos bem estruturados, seguros, eficientes e eficazes”. A lógica por trás dessa mudança é que ativos como infraestrutura ou equipamentos são pré-requisitos para bons processos, e a fusão entre esses dois fatores simplifica o *Strategy Map* sem perda de conteúdo.

Algumas outras alterações menos relevantes também foram feitas ao *Strategy Map*. O fator crítico de sucesso “treinamento” alterou seu nome para “treinamento dos colaboradores”, explicitando o sujeito da ação. As conexões entre os fatores também foram reconsideradas, dada a nova configuração do mapa. Algumas das conexões sugeridas pela Coordenadora Médica também foram incluídas no mapa.

A versão final do *Strategy Map* desenvolvido para o AMPA pode ser visualizada no Apêndice I. Ela consiste de 11 fatores críticos de sucesso identificados pelos colaboradores do AMPA, distribuídos em cinco perspectivas e conectados por relações de causa-efeito. O Quadro 6 apresenta as perspectivas e os fatores críticos de sucesso do *Strategy Map*:

Quadro 6 - As perspectivas e os fatores críticos de sucesso do *Strategy Map*.

<i>Strategy Map: Perspectivas e fatores críticos de sucesso</i>	
Clientes	Saúde de alta qualidade
	Educação/Prevenção
Processos	Boa gestão do conhecimento
	Processos bem estruturados, seguros, eficientes e eficazes. Infraestrutura, tecnologia e materiais
Colaboradores	Pessoal motivado e comprometido, sensível às necessidades da comunidade
	Pessoal competente e atualizado
Investimentos	Ativos (infraestrutura e tecnologia)
	<i>Marketing/Divulgação</i>
	Treinamento dos colaboradores
Financeiro	Custos
	Aumento do orçamento

Fonte: Elaborado pelo autor.

4.3.5. *Balanced Scorecard* – Processo de desenvolvimento

Com o *Strategy Map* e a lista de KPIs sugeridos pelos colaboradores do AMPA em mãos, era o momento de iniciar o desenvolvimento do BSC para o ambulatório através da seleção do conjunto adequado de indicadores. Para simplificar essa tarefa, o processo foi dividido em algumas etapas que são descritas a seguir:

- **Seleção de KPIs para cada fator crítico de sucesso:** Em um primeiro momento, tanto eu quanto a Coordenadora Médica recebemos a lista de indicadores sugeridos e a tarefa de selecionar os mais adequados para cada fator crítico de sucesso do *Strategy Map*. Mirando uma quantidade de aproximadamente 20 indicadores para o BSC (em seus estudos, Gurd e Gao (2007) encontraram uma variedade de 9 a 44 indicadores para instituições da Saúde), nós deveríamos selecionar cerca de 2 indicadores para cada fator, em média. A ideia de realizar essa tarefa separadamente era gerar conjuntos de indicadores de acordo com diferentes perspectivas; a minha como estudante de Engenharia de Produção e a dela como Coordenadora Médica do ambulatório.

Os indicadores foram por mim selecionados de acordo com sua pertinência e frequência de citação nas respostas do Questionário 2. À maior parte dos fatores críticos

de sucesso foram designados dois indicadores, mas alguns fatores considerados vitais para o ambulatório e difíceis de controlar receberam mais indicadores. Esse foi o caso de “saúde de alta qualidade” (cinco indicadores) e “processos bem estruturados, seguros, eficientes e eficazes. Infraestrutura, tecnologia e materiais” (três indicadores). Ao contrário, “marketing/divulgação” e “aumento do orçamento” receberam apenas um indicador.

A lista de indicadores selecionados por mim pode ser vista no Apêndice J, e o Apêndice K contém os indicadores selecionados pela Coordenadora Médica, de acordo com seu próprio julgamento.

- **Priorização dos indicadores selecionados:** A próxima etapa consistiu de uma conversa *on-line* com a Coordenadora Médica, na qual ambos os conjuntos de indicadores foram comparados e discutidos, de modo a chegar a um acordo em relação à priorização dos KPIs. O objetivo final desta etapa era classificar os indicadores em duas categorias, nomeadas “essenciais” e “apreciáveis”. “Essenciais” eram os indicadores considerados necessários para gerir o ambulatório, sem os quais o gestor não teria o controle desejável sobre a organização. “Apreciáveis” eram os indicadores auxiliares, com importância considerável, mas que não eram vistos como vitais num nível gerencial. De qualquer forma, os indicadores “apreciáveis” foram mantidos em uma lista separada, de modo que pudessem ser rapidamente acessados caso alguém sentisse falta de algum indicador relevante para o BSC.

O novo conjunto de indicadores após o processo de priorização, contendo apenas os indicadores “necessários”, é apresentado no Apêndice L. Vale ressaltar que alguns dos indicadores não estão presentes nos conjuntos definidos anteriormente, mas resultaram da discussão entre eu e a Coordenadora Médica.

- **Verificação da viabilidade de medição dos indicadores selecionados:** Após a definição da primeira lista de indicadores, foi preciso analisar os KPIs para garantir que o ambulatório tivesse as ferramentas necessárias para medi-los, ou seja, que a mensuração dos indicadores era de fato viável. A responsável por essa tarefa foi a Analista de Informações Gerenciais 1, que recebeu a lista de indicadores e checkou-os um a um para verificar se o AMPA era capaz de medi-los a um custo aceitável.

A resposta foi positiva para a maior parte dos indicadores, uma vez que muitos deles já eram utilizados pela organização, embora não houvesse um SMD formal. O único indicador considerado inviável foi “redução do consumo de medicamentos”, que não havia sido exatamente definido até então.

O problema deste indicador é a natureza ambígua de seus resultados. A redução do consumo de medicamentos pode ser interpretada como um aumento na cura dos pacientes, o que a princípio é um resultado positivo. Por outro lado, novos pacientes incluídos no sistema necessitam de mais medicamentos, o que aumenta o consumo de remédios e também é um resultado positivo, porque indica que mais membros da comunidade estão sendo tratados. Além disso, outros dois fatores comprometiam a viabilidade desse indicador. Primeiro, algumas doenças crônicas não podem ser curadas e demandam consumo constante de medicamentos, de modo que o fato de que o consumo não esteja sendo reduzido não implica que o ambulatório não esteja sendo bem sucedido em seus tratamentos. Segundo, alguns dos medicamentos têm data de validade curta, e para garantir que os pacientes estejam seguindo os tratamentos prescritos da maneira correta, a farmácia do ambulatório distribui os remédios com certa frequência, o que também distorceria os resultados do indicador.

Em seu lugar, um indicador semelhante, discutido pela literatura da Saúde, foi proposto pela Farmacêutica, relacionando o sucesso dos tratamentos à aderência dos pacientes aos tratamentos farmacológicos. Simplificadamente, a literatura médica⁴ diz que se um paciente consome ao menos 80% das doses prescritas pelo médico, os índices de sucesso terapêutico tendem a aumentar, e essa é uma medida que o ambulatório tem a capacidade de controlar facilmente.

- **Definição das patologias e medicamentos a serem controlados:** Após a definição do conjunto de KPIs do BSC e da substituição do indicador considerado inviável, ainda havia dois indicadores que deveriam ser definidos mais precisamente: “número médio de consultas por patologia”, no qual as patologias a serem controladas precisavam ser definidas, e “aderência a tratamentos farmacológicos”, no qual o medicamento específico deveria ser selecionado.

As escolhas das enfermidades e do medicamento foram baseadas em uma análise estatística realizada pela Coordenadora Médica, pela Analista de Informações Gerenciais 1 e pela Farmacêutica em conjunto. Para escolher as patologias apropriadas, a Coordenadora Médica e a Analista de Informações Gerenciais 1 acessaram o banco

⁴ A literatura médica foi revisada pela Farmacêutica, e portanto não foi incluída na Bibliografia deste trabalho. Os artigos citados pela farmacêutica foram:

ONYRIMBA, F. et al., 2003. Direct clinician-to-patient feedback discussion of inhaled steroid use: its effect on adherence. *Annals of Allergy, Asthma & Immunology*, 90(4), pp. 411-415.

SANTOS, D. O. et al., 2010. Pharmaceutical care for patients with persistent asthma: assessment of treatment compliance and use of inhaled medications. *Jornal Brasileiro de Pneumologia*, 36(1), pp. 14-22.

de dados do ambulatório para classificar todos os casos dos dois anos anteriores de acordo com suas frequências. Foram selecionadas, então, as três doenças crônicas mais frequentes da lista: asma (872 pacientes e 1.423 consultas em 2012), rinite alérgica (675 pacientes e 689 consultas em 2012) e obesidade (626 pacientes e 857 consultas em 2012). A escolha por doenças crônicas foi baseada no fato de que implicam tratamentos mais longos, e geralmente envolvem mais que um especialista, aumentando o valor das medidas do indicador. A escolha pelas patologias mais frequentes aumenta o valor estatístico da amostra.

A escolha do medicamento a ser monitorado foi feita pela Coordenadora Médica com a assistência da Farmacêutica, que selecionou o Salmeterol+Fluticasona-Seretide®, uma droga constantemente prescrita para o tratamento contra asma. Evidentemente, uma vez que a asma é a doença mais frequente entre os pacientes do ambulatório, o medicamento selecionado está entre os mais demandados na farmácia. Além disso, aproximadamente 99% dos pacientes são aconselhados a retirar o remédio na farmácia mensalmente (o medicamento é consumido normalmente em 30 dias), o que facilita o controle estatístico de seu consumo.

- **Preenchimento do *Balanced Scorecard* com informações sobre o passado:** Com o conjunto completo de indicadores definido, a próxima etapa consistiu em incluir informações sobre o passado, quando disponíveis, para preencher o BSC e estimular sua utilização. Essa foi, na verdade, parte da preparação para o terceiro questionário, no qual solicitou-se que os participantes avaliassem a ferramenta. A ideia de inserir informações do passado era prover aos participantes uma experiência mais realista no momento do teste da ferramenta, dando a eles a possibilidade de visualizar tendências do passado para que concluíssem se sentiam-se no controle da organização.

Para reunir os dados necessários, mais uma vez a Analista de Informações Gerenciais 1 teve um papel crucial, contatando os proprietários de tais informações e acessando a base de dados do ambulatório para coletar os números e gerar os indicadores. Infelizmente, nem todos os indicadores puderam ser calculados, porque algumas das atividades ainda não eram mensuradas no passado ou porque a informação estava muito espalhada pela organização, visto que não havia um SMD formal. Os números que foram coletados são apresentados no Apêndice M.

A primeira versão do BSC, incluindo informações sobre o passado, foi inserida no Questionário 3, no qual pediu-se que os participantes sugerissem alterações ou

validassem o modelo proposto. O Questionário 3 e seus resultados são discutidos em detalhes na próxima seção.

4.4. Validação do *Balanced Scorecard*

4.4.1. Questionário 3 – Aplicação

Com o *Strategy Map* definido e a primeira versão do BSC para o AMPA pronta, o terceiro questionário (Apêndice C) foi preparado e distribuído para seis colaboradores do ambulatório, com o objetivo de validar o modelo proposto ou obter sugestões para melhorá-lo. Dessa vez, os participantes foram selecionados por mim e pela Coordenadora Médica de acordo com a proximidade de suas posições com o nível gerencial da organização. A lógica por trás da escolha era apresentar o modelo para aqueles que fariam maior uso da ferramenta. Todos os participantes dessa etapa haviam respondido o Questionário 1, mas não necessariamente o Questionário 2.

Mais uma vez, os participantes tiveram uma semana para responder o questionário virtualmente e enviá-lo para mim via *e-mail*. As respostas foram reunidas e organizadas em uma nova planilha, na qual pudessem ser visualmente comparadas. No final, um resumo contendo as questões mais relevantes foi preparado para iniciar a discussão a respeito dos tópicos.

A lista de participantes do Questionário 3 é apresentada no Quadro 7:

Quadro 7 - Lista de participantes do Questionário 3.

Lista de Participantes
Analista de Informações Gerenciais 1
Coordenadora Médica
Farmacêutica
Gerente Administrativa
Médica 2
Médica 3

Fonte: Elaborado pelo autor.

4.4.2. Questionário 3 – Resultados

O Questionário 3 tinha dois objetivos: validar o modelo de BSC proposto e verificar se os participantes eram a favor da ligação entre sistemas de remuneração e o desempenho medida pelo BSC. As respostas obtidas foram sintetizadas e são apresentadas abaixo:

- **Melhorias para o *Balanced Scorecard*:** Dentre os seis participantes do questionário, três concordaram plenamente com o modelo proposto, sem dar nenhum tipo de sugestão para melhorá-lo e considerando-se no controle da organização com a ferramenta em mãos. Os outros três identificaram lacunas no modelo, destacando indicadores importantes que estavam ausentes na sua opinião. Alguns dos indicadores presentes no BSC também foram criticados, particularmente devido a uma suposta sobreposição entre eles. Esses três participantes disseram que não se sentiam no controle da organização com o modelo proposto, mas sugeriram algumas mudanças para corrigir os problemas existentes. As sugestões dadas por cada participante são exibidas abaixo:
 - **Farmacêutica:** Criticou a falta de indicadores de produtividade, propondo a inclusão de indicadores como “taxa de ociosidade”. Também criticou a inclusão de “pontuação média dos colaboradores no Programa de Educação Continuada” e “número de cursos oferecidos aos colaboradores” no BSC, o que, segundo ela, era uma redundância.
 - **Médica 2:** Sugeriu a exclusão de obesidade como uma das patologias a serem monitoradas pelo KPI “número médio de consultas”. De acordo com ela, a obesidade é uma doença que leva muito tempo para ser controlada e isso não implica em falha médica.

- **Médica 3:** Criticou a falta de indicadores de eficácia, sugerindo a inclusão de KPIs como “índice de cura” ou “altas hospitalares por ano”. Além disso, identificou uma possível sobreposição entre dois indicadores, considerando o “número médio de consultas” de “asma” e “rinite alérgica” KPIs muito parecidos.
- **Ligação entre sistemas de remuneração e desempenho:** Todos os participantes se declararam contra a ligação entre sistemas de remuneração e o desempenho medido pelo BSC, ou no mínimo em um primeiro momento. A Coordenadora Médica afirmou que, apesar de bônus poderem ser motivadores, o simples estabelecimento de metas para os indicadores do BSC é suficiente para motivar a equipe. A Gerente Administrativa, a Analista de Informações Gerenciais 1, a Farmacêutica e a Médica 2 responderam que a ligação deveria ser evitada ou pelo menos no primeiro ano. Uma das razões citadas foi o fato de que os funcionários não eram capazes de interferir individualmente nos resultados medidos, e portanto não deveriam ser recompensados de acordo com os KPIs. A Médica 3 foi a única a considerar a possibilidade dessa conexão, mas afirmou que ela deveria ser criada apenas caso o bônus tivesse um valor substancial. Caso contrário, era melhor que a ligação simplesmente não existisse.

4.4.3. Questionário 3 – Discussão

O Questionário 3 tinha como um de seus objetivos, validar o modelo proposto para o BSC. No entanto, apenas três dos seis participantes aprovaram a primeira versão, o que não poderia ser considerado um resultado satisfatório. Assim, após organizar as respostas, eu tive mais uma conversa *on-line* com a Coordenadora Médica, na qual discutimos as sugestões da Farmacêutica, e das Médica 2 e 3 para definir se as correções propostas seriam ou não implementadas.

Os assuntos mais controversos e os debates a seu respeito são replicados abaixo, assim como as iniciativas tomadas para melhorar o modelo proposto e os motivos pelos quais algumas das sugestões foram refutadas:

- **Inclusão de mais indicadores de produtividade:** A Farmacêutica criticou uma suposta falta de indicadores de produtividade no BSC, um tópico que foi abordado em minha conversa *on-line* com a Coordenadora Médica. Como resposta, ela me disse que o maior

fator gerador de ociosidade no ambulatório é, de longe, o absenteísmo dos pacientes. Quando um paciente não vai a uma consulta, o médico fica ocioso, reduzindo a produtividade do ambulatório. Portanto, controlar o absenteísmo dos pacientes (um indicador á presente no BSC) é uma forma indireta de medir-se a produtividade do AMPA. Além disso, o indicador “número de novos casos” é uma medida direta de produtividade, visto que contabiliza todos os novos pacientes tratados pelo ambulatório. Adicionalmente, a Coordenadora Médica informou-me que, no passado, indicadores de produtividade como “número total de pacientes” eram extremamente importantes, e, para alcançar as metas estabelecidas, os gestores anteriores criavam grupos de orientação apenas para aumentar o número de pacientes envolvidos no serviço, o que de certa forma caracteriza um comportamento inapropriado. Por todos esses motivos, nenhuma ação adicional foi realizada em relação a essa sugestão.

- **Inclusão de mais indicadores de eficácia:** A Médica 3 sugeriu a inclusão de indicadores de eficácia, como “número de altas médicas por ano” ou “índice de cura”. Mais uma vez, a questão foi discutida com a Coordenadora Médica. Embora o “índice de cura” possa ser considerado um indicador importante, ele pode ser inapropriado para a realidade do ambulatório, visto que uma proporção consideravelmente grande dos pacientes sofre de doenças crônicas, muitas das quais não podem ser curadas. Desse modo, melhor que calcular o “índice de cura” seria monitorar o “número médio de consultas” para controlar determinadas patologias, como proposto no modelo do BSC. Com relação ao “número de altas médicas por ano”, ele nada mais é que a combinação de dois indicadores já presentes no BSC: “número médio de consultas por patologia” e “número de novos casos”. Por esses motivos, concluímos que não havia falta de indicadores de eficácia no BSC, e nenhuma ação adicional foi realizada em relação a essa sugestão.
- **Sobreposição entre “pontuação média dos colaboradores no Programa de Educação Continuada” e “número de cursos oferecidos aos colaboradores”:** Essa afirmação da Farmacêutica também foi debatida com a Coordenadora Médica. Primeiramente, é preciso diferenciar ambos os indicadores. A “pontuação média dos colaboradores no Programa de Educação Continuada” mede o esforço dos colaboradores no sentido de aprender e de se autodesenvolver, monitorando se eles estão de fato participando de treinamentos, cursos e congressos, bem como se estão gerando e compartilhando conhecimento através de publicações. O “número de cursos oferecidos aos colaboradores”, por outro lado, mede o esforço da organização no sentido

de prover a seus colaboradores oportunidades de crescimento, isto é, está relacionado ao investimento do AMPA em seus empregados, enquanto o primeiro mede se os funcionários estão se desenvolvendo de fato. Existe obviamente uma conexão entre os dois indicadores, mas eles não medem a mesma coisa.

Entretanto, uma vez que o comentário era coerente, decidimos checar se era possível encontrar um terceiro indicador que fosse capaz de evitar tal “sobreposição”. Algumas das possibilidades eram “pontuação média dos colaboradores em avaliação técnica” ou “pontuação média dos colaboradores em avaliação de competência”, ambas atividades já desenvolvidas dentro do ambulatório. A primeira consiste de uma prova realizada periodicamente por alguns dos funcionários para avaliar se estão atualizados em termos técnicos. Esse exame, no entanto, não é realizado por todos os colaboradores, pode ser feito em grupos e com acesso a materiais de suporte, fatores que o desqualificam como bom indicador para o BSC. A segunda, a avaliação de competência, é uma auto avaliação discutida posteriormente com a gestora, mas como toda auto avaliação, é extremamente subjetiva e não pode ser considerada um indicador forte para o BSC.

Portanto, para que um indicador mais apropriado pudesse ser encontrado, foi criado um quarto questionário solicitando sugestões de novos indicadores para medir a questão. O questionário e seus resultados são descritos na próxima seção deste trabalho.

- **Patologias a serem monitoradas pelo indicador “número médio de consultas”:** O indicador “número médio de consultas por patologia” foi criticado por dois participantes. A Médica 2 apontou a obesidade como uma doença que leva muito tempo a ser curada e considerou o período longo de tratamento como algo além do controle dos médicos:

“Embora haja uma grande incidência entre nosso pacientes, eu acredito que a obesidade seja uma doença que leve muito tempo para ser curada, e isso não implica em uma falha médica.”

Embora esse comentário seja coerente, isso não significa que os médicos sejam incapazes de aumentar a eficiência de seus tratamentos e reduzir o período necessário para controlar a doença. A ideia desse indicador não é reduzir o número de consultas para zero, mas reduzir o número médio de consultas em relação aos patamares

apresentados anteriormente. Isso significa que, se estabelecidas as metas adequadas, não há necessidade de alterar-se o indicador.

A segunda participante a criticar o indicador foi a Médica 3, de acordo com a qual asma e rinite alérgica são doenças semelhantes, e controlar ambas ao invés de uma terceira seria uma espécie de redundância.

“[...] asma e rinite. Talvez fosse melhor selecionar apenas uma delas. No caso, eu recomendaria asma, uma vez que este é um indicador universalmente aceito (reconhecido pela JCI), a eficácia do tratamento pode ser facilmente mensurada, os medicamentos podem ser controlados etc.”

Conforme dito anteriormente, a escolha por essas doenças foi baseada na frequência com que apareciam no ambulatório, de modo que pudessem ser mais representativas. Esse comentário, no entanto, foi considerado pertinente (muito embora asma e rinite não sejam a mesma patologia) e decidiu-se rever a escolhas das patologias a serem monitoradas pelo indicador. Para tanto, essa questão também foi abordada no Questionário 4, no qual os Médicos foram convidados a classificar as doenças que acreditavam que fossem necessárias de se monitorar.

A outra questão respondida pelos participantes era relacionada à ligação entre remuneração e o desempenho medida pelo BSC. A recusa generalizada dos entrevistados já era esperada, uma vez que a literatura afirma que, mesmo sendo comum na indústria, OSFLs e organizações da Saúde costumam não adotar este tipo de método (GREILING, 2010; TUAN, 2012). Quando indagada a respeito da possibilidade, a Farmacêutica respondeu:

“Não em um primeiro momento. Talvez no futuro, mas apenas se os colaboradores puderem efetivamente interferir nos resultados medidos pelos indicadores.”

Uma vez que os dados empíricos iam de acordo com a literatura, decidiu-se encerrar a discussão a respeito dessa questão, concluindo que remuneração e desempenho não seriam correlacionadas no ambulatório.

4.4.4. Questionário 4 – Aplicação

O modelo proposto para o BSC foi aprovado por metade dos participantes do Questionário 3, enquanto os outros sugeriram algumas mudanças em relação a indicadores específicos. O Questionário 4 foi criado especificamente para resolver essas questões, convidando seis Médicas, a Coordenadora Médica e a Analista de Informações Gerenciais 1 para compartilharem suas opiniões sobre os indicadores discutidos. A escolha pelas Médicas pode ser explicada pelo fato de que uma das questões estava diretamente relacionada ao tratamento de doenças, e elas foram consideradas mais apropriadas para abordar o tema. Com exceção das Médica 5 e 6, todos os participantes haviam respondido o primeiro questionário, mas não necessariamente os seguintes.

Dessa vez, os participantes tiveram apenas três dias para responder o questionário virtualmente a enviá-lo para mim via *e-mail*. As respostas foram coletadas e organizadas em uma nova planilha, na qual pudessem ser comparadas. As pontuações atribuídas às doenças foram organizadas em uma matriz de decisão, para que apenas três patologias fossem selecionadas para compor o BSC.

A Lista de Participantes do Questionário 4 é apresentada no Quadro 8:

Quadro 8 - Lista de participantes do Questionário 4.

Lista de Participantes
Analista de Informações Gerenciais 1
Coordenadora Médica
Médica 1
Médica 2
Médica 3
Médica 4
Médica 5
Médica 6

Fonte: Elaborado pelo autor.

4.4.5. Questionário 4 – Resultados

O Questionário 4 era composto por apenas duas perguntas simples e diretas, com o objetivo de resolver questões bastante pontuais. As respostas coletadas foram sintetizadas e são apresentadas abaixo:

- Métodos para avaliar os colaboradores:** Dentre os oito participantes do questionário, três responderam que os métodos utilizados atualmente não são subjetivos e que na realidade os consideram adequados para avaliar os conhecimentos dos colaboradores e seu desempenho. Três outros participantes responderam afirmaram que aprovam os métodos, ainda que possam ser considerados subjetivos. As únicas novas sugestões vieram das Médicas 1 e 4. A Médica 1 propôs que os Médicos fossem avaliados de acordo com uma monografia, que poderia ser produzida anualmente por cada um deles, discutindo alguma patologia específica de seu interesse ou desenvolvendo um novo protocolo, por exemplo. A Médica 4, por sua vez, sugeriu uma avaliação baseada no número de reclamações ou elogios recebidos pelos Médicos ou pelo número de eventos adversos.
- Patologias a serem monitoradas pelo *Balanced Scorecard*:** Foi solicitado a cada participante que classificasse as três doenças mais significativas a serem monitoradas pelo BSC. A primeira colocada recebia três pontos, a segunda, dois pontos, e a terceira, um ponto. A pontuação de cada doença foi então somada, e a classificação final é apresentada no Quadro 9:

Quadro 9 - Ranking de patologias a serem monitoradas pelo *Balanced Scorecard*.

Patologia	Pontuação
Asma	18
Obesidade	15
Rinite alérgica	4
Transtornos Funcionais do Intestino	3
Doença do refluxo	3
Transtornos do desenvolvimento	2
Diabetes	2
Dores de cabeça/Enxaqueca	1

Fonte: Elaborado pelo autor.

Como pode ser observado, as patologias mais votadas foram asma (18 pontos), obesidade (15 pontos) e rinite alérgica (4 pontos).

4.4.6. Questionário 4 – Discussão

As respostas do Questionário 4 provaram que o modelo proposto originalmente foi aceito pelos colaboradores do AMPA de um modo geral. A sugestão apresentada pela Farmacêutica foi recusada pela maioria dos participantes e não houve consenso quanto à terceira patologia a ser monitorada pelo BSC, com a rinite alérgica recebendo uma pontuação levemente acima de suas competidoras. Uma breve discussão a respeito dos tópicos abordados pelo Questionário 4 é apresentada a seguir, juntamente com as decisões tomadas como consequência:

- **Manutenção dos métodos existentes para avaliar os colaboradores:** seis dos oito participantes afirmaram que os métodos utilizados atualmente não são subjetivos ou que não os alterariam, o que demonstra que estão de acordo com tais métodos. A Médica 6, por exemplo, disse o seguinte:

“Acredito que os métodos utilizados atualmente pela instituição sejam suficientes para nos avaliar. Nós somos testados com frequência através de exames virtuais, tanto em termos de conhecimento técnico, quanto de alinhamento com condutas institucionais e requerimentos da JCI. Além disso, temos uma avaliação anual com a gestora. Finalmente, para avaliar nossa atualização, não há nada mais apropriado que o Programa de Educação Continuada, que já é implementado pelo ambulatório.”

As outras duas (Médicas 1 e 4) sugeriram métodos para avaliar o desempenho dos médicos, que não podem ser aplicadas a outros colaboradores. A Médica 4 propôs o uso de reclamações e elogios ou eventos adversos para avaliar os Médicos. O número de reclamações foi um indicador cogitado para integrar o BSC no início do processo, mas acabou sendo descartado pois o objeto de sua medida (satisfação do cliente) já estava presente no “índice de satisfação do cliente” e, portanto, a inclusão de ambos seria uma redundância. O “número de eventos adversos”, por sua vez, já fora incluído como indicador do BSC. A Médica 1 sugeriu a implementação de uma nova rotina, na qual cada Médico seria responsável pela produção de uma monografia anualmente.

Apesar de ser uma proposta interessante, que foi levada à Coordenadora Médica, ela não poderia ser incluída ao BSC por uma série de motivos. Primeiro, é uma atividade que só pode ser executada pelos Médicos, e portanto não seria capaz de medir as competências e atualização do time como um todo. Segundo, isso representa mais uma atividade de geração de conhecimento que um método de avaliação propriamente dito. Terceiro, a avaliação seria ainda mais subjetiva que um exame técnico. Por essas razões, a sugestão acabou sendo descartada.

- **Definição das patologias a serem monitoradas:** Curiosamente, não houve alteração em relação às patologias a serem monitoradas pelo BSC. A análise das respostas obtidas demonstra que a asma e a obesidade são duas doenças cujo monitoramento é consensual entre os Médicos do AMPA. Todos os participantes classificaram asma como uma das três prioridades, sendo que metade deles a consideraram a maior de todas. A obesidade, por sua vez, foi citada por seis dos oito participantes. Não houve consenso, no entanto, em relação à terceira doença a ser monitorada. Nenhuma patologia foi mencionada por mais de dois participantes, e a rinite alérgica foi a única a receber mais de três pontos, o que a levou à terceira colocação. Assim, as patologias selecionadas foram as mesmas já propostas na primeira versão do BSC.

O Questionário 4 terminou sem alterações ao primeiro modelo proposto para o BSC. Esse foi, no entanto, um passo significativo no sentido de validar o modelo, uma vez que o questionário, juntamente com o anterior, provou que, em geral, os colaboradores estavam satisfeitos com essa versão da ferramenta. Com todos os indicadores finalmente definidos, chegou o momento de estruturar os KPIs no BSC.

4.4.7. *Balanced Scorecard* – Versão final

O Questionário 3 levantou algumas questões relacionadas aos indicadores incluídos na primeira versão do BSC, mas o Questionário 4 mostrou que, de modo geral, os colaboradores estavam satisfeitos com o modelo, que não precisava de alterações em um primeiro momento. Portanto, a versão final do BSC para o ambulatório manteve os mesmos indicadores listados no Apêndice L, com apenas algumas modificações conjunturais. Os indicadores foram organizados e são apresentados no Quadro 10:

Quadro 10 - O *Balanced Scorecard* do AMPA.

<i>Balanced Scorecard</i> do AMPA	
Clientes	Número de novos casos
	Número médio de consultas (asma, obesidade e rinite alérgica)
	Índice de satisfação do cliente – Saúde
	Aderência a tratamentos farmacológicos (Salmeterol+Fluticasona)
	Absenteísmo dos pacientes em retornos agendados
Processos	Número de eventos adversos
	Tempo médio para agendamento de consulta
	Número de publicações científicas
	Número médio de horas de treinamento por aluno
Colaboradores	Número de eventos graves ou catastróficos
	Pontuação média no Programa de Educação Continuada
	Índice de absenteísmo do colaboradores
	Índice de satisfação dos colaboradores
	Índice de satisfação dos clientes – Serviço
Investimentos	Porcentagem do orçamento investida em infraestrutura
	Número de publicações referentes ao AMPA em mídias internas ou externas
	Número de cursos por colaborador
Financeiro	Aumento percentual do orçamento
	Custo médio por paciente tratado
	Redução percentual de custos devida ao uso de protocolos médicos

Fonte: Elaborado pelo autor.

A versão final do BSC desenvolvido para o AMPA consiste das mesmas cinco perspectivas presentes no *Strategy Map* (clientes, processos, colaboradores, investimentos e financeiro) e um total de 20 KPIs, um dos quais é desdobrado em três indicadores. As seções a seguir definem cada indicador individualmente, explicam seus objetivos, definem a frequência

de medição, discutem algumas vantagens em relação a outros indicadores semelhantes, apontam para possíveis fraquezas e indicam maneiras de superar as fraquezas através da análise de outros indicadores também presentes no BSC.

4.4.7.1. Número de novos casos

- **Definição:** Número de novos casos registrados no ambulatório.
- **Objetivo:** Controlar o número de novos casos atendidos pelo ambulatório, medindo indiretamente o número de pacientes tratados pelo programa como um modo de analisar quantitativamente o “volume” de serviços oferecidos à comunidade. Quanto maior o valor, melhor, indicando que mais pacientes estão sendo tratados, o que aumenta a saúde na comunidade, e conseqüentemente a satisfação do cliente. É semelhante ao indicador “aumento de consultas ambulatoriais”, discutido por Urrutia e Eriksen (2005).
- **Frequência:** Mensal.
- **Vantagens:** Controlar o número de casos ao invés do número de pacientes no sistema garante que apenas tratamentos serão contabilizados, protegendo o indicador de comportamentos impróprios como a criação de grupos de orientação para aumentar o número total de pacientes. Além disso, considerar apenas os “novos” casos garante que pacientes antigos e casos não solucionados não sejam recontados a cada mês.
- **Fraquezas:** Para melhorar os números, os gestores podem aumentar a oferta de serviços reduzindo o tempo de consulta, e conseqüentemente diminuindo a qualidade do serviço.
- **Como contornar tais fraquezas:** Este tipo de comportamento impróprio poderia ser facilmente identificado por outros indicadores, como os “índices de satisfação do cliente”, “índice de satisfação do colaboradores” e “número de eventos adversos, graves e catastróficos”, que alertariam para o problema.

4.4.7.2. Número médio de consultas (asma, obesidade e rinite alérgica)

- **Definição:** Número médio de consultas necessárias para dar alta médica a um paciente após o controle de determinada patologia. Este indicador será calculado para três diferentes doenças: asma, obesidade e rinite alérgica.
- **Objetivo:** Monitorar o número de consultas que um paciente médio deve frequentar para controlar uma determinada condição. Um alto número de consultas implica custos

e insatisfação do cliente, portanto esse número deve ser minimizado. Assemelha-se ao indicador “tempo médio para alta médica”, discutido por Gurd e Gao (2007), já que ambos medem com que eficiência a instituição da trata seus pacientes.

- **Frequência:** Semestral.
- **Vantagens:** Capacidade de medir a eficiência e eficácia dos tratamentos do ambulatório. Se metas adequadas forem definidas, a gestão será capaz de monitorar se a equipe médica vem obtendo sucesso na redução dos recursos e do tempo necessários para tratar o paciente, aumentando a capacidade do ambulatório em termos de novos pacientes.
- **Fraquezas:** Para melhorar os resultados, os Médicos poderiam dar alta aos pacientes antes que sejam efetivamente curados ou que sua condição seja controlada.
- **Como contornar tais fraquezas:** As consequências desse tipo de mau comportamento seriam expostas através de outros indicadores, como o “índice de satisfação dos clientes – saúde” e “número de eventos adversos, graves e catastróficos”. Além disso, um paciente dispensado antes do momento adequado certamente retornará ao ambulatório, afetando o próprio indicador.

4.4.7.3. Índice de satisfação do cliente – Saúde

- **Definição:** Pontuação média obtida na pesquisa da satisfação do cliente em relação à saúde na comunidade.
- **Objetivo:** Monitorar a opinião dos clientes em relação à qualidade dos tratamentos oferecidos à comunidade. Vai de encontro com o indicador “índice de satisfação do paciente” discutido por Grigoroudis et al. (2012).
- **Frequência:** Mensal.
- **Vantagens:** Considera a opinião de personagens externos ao ambulatório em relação às atividades do mesmo.
- **Fraquezas:** Para obter esses dados é necessário realizar pesquisas de satisfação com determinada frequência, o que implica custos e esforços.
- **Como contornar tais fraquezas:** O ambulatório já conduz esse tipo de atividade, então não há necessidade de grandes mudanças.

4.4.7.4. Aderência a tratamentos farmacológicos (Salmeterol+Fluticasona)

- **Definição:** Unidades de Salmeterol+Fluticasona nas duas apresentações disponíveis o programa (Seretide® 25/50 e 25/125) retiradas da farmácia sobre o número total de tratamentos prescritos pelos Médicos.
- **Objetivo:** Verificar se os pacientes estão colocando em prática os tratamentos prescritos por Médicos, o que aumenta as chances de cura.
- **Frequência:** Mensal.
- **Vantagens:** Capaz de identificar possíveis falhas de comunicação entre Médicos e pacientes, isso é, caso os pacientes não adiram aos tratamentos farmacológicos, a gestão será notificada e uma investigação pode ser conduzida para compreender por que as prescrições médicas não estão sendo seguidas.
- **Fraquezas:** O fato de que os pacientes estejam retirando os medicamentos da farmácia não implica que eles estejam sendo curados ou que o tratamento tenha sido bem sucedido
- **Como contornar tais fraquezas:** Este KPI necessita de indicadores adicionais, como o número médio de consultas para avaliar se os pacientes estão sendo efetivamente curados ou se suas doenças estão sendo controladas.

4.4.7.5. Absenteísmo dos pacientes em retornos agendados

- **Definição:** Número de não comparecimentos de pacientes em retornos agendados sobre o número total de retornos agendados.
- **Objetivo:** Verificar se a comunidade também está compromissada com sua própria saúde.
- **Frequência:** Mensal.
- **Vantagens:** Capaz de avaliar se a comunidade consegue compreender a importância da continuidade dos tratamentos e se a equipe do ambulatório é capaz de transmitir essa mensagem. Além disso, ajuda a identificar em que medida os próprios pacientes são responsáveis por tratamentos malsucedidos. Finalmente, é também uma medida de produtividade para o ambulatório, já que os Médicos ficam ociosos quando os pacientes faltam a uma consulta.

- **Fraquezas:** O indicador não consegue compreender o fator que motivou a falta, se foi negligência ou um motivo justo.
- **Como contornar tais fraquezas:** Todo tipo de atividade é sujeito a absenteísmo. Se o controle desse indicador ajudar o AMPA a reduzir as taxas de absenteísmo, isso já será suficiente para melhorar os resultados.

4.4.7.6. Número de eventos adversos

- **Definição:** Número de eventos adversos registrados no ambulatório.
- **Objetivo:** Controlar se os processos são conduzidos adequadamente pelo ambulatório. Vai de encontro com o indicador “número de incidentes graves”, discutido por Gurd e Gao (2007).
- **Frequência:** Mensal.
- **Vantagens:** Capaz de monitorar os processos dentro do ambulatório e a opinião dos pacientes, funcionando como indicador de qualidade.
- **Fraquezas:** Não difere a natureza dos eventos.
- **Como contornar tais fraquezas:** Níveis elevados de eventos adversos devem ser estudados caso a caso para que se entenda a natureza dos problemas identificados e busque-se ações específicas para combatê-los.

4.4.7.7. Tempo médio para agendamento de consulta

- **Definição:** Número médio de dias entre o agendamento de uma consulta e sua execução.
- **Objetivo:** Monitorar o tempo médio de espera dos pacientes. Vai de encontro com o indicador “tempo médio de espera por consulta”, discutido por Chen et al. (2006).
- **Frequência:** Semestral.
- **Vantagens:** É um modo simples de se verificar ao mesmo tempo a eficiência dos processos do AMPA e um fator que afeta diretamente a experiência dos clientes.
- **Fraquezas:** Incapaz de diferenciar a natureza das consultas. Dessa forma, doenças que devam ser tratadas por determinado especialista que esteja presente no ambulatório apenas uma vez por semana são misturadas a doenças que podem ser tratadas por qualquer Médico.

- **Como contornar tais fraquezas:** Casos excepcionais que demandam especialistas específicos podem ser excluídos da conta caso a gestão considere adequado.

4.4.7.8. Número de publicações científicas

- **Definição:** Número de publicações científicas por colaboradores do AMPA.
- **Objetivo:** verificar se o ambulatório é capaz de gerar conhecimento. Vai de encontro com o indicador “publicações”, discutido por Gurd e Gao (2007).
- **Frequência:** Anual.
- **Vantagens:** É um modo fácil e eficaz de verificar se o ambulatório produz conhecimento científico.
- **Fraquezas:** Como essa é uma atividade secundária para o ambulatório, os colaboradores tendem a não publicar trabalhos científicos sem uma forma adicional de incentivo.
- **Como contornar tais fraquezas:** Indicadores como a “pontuação média no Programa de Educação Continuada”, que são gerados a partir de resultados individuais dos colaboradores, podem motivá-los a produzir mais conhecimento.

4.4.7.9. Número médio de horas de treinamento por aluno

- **Definição:** Número de horas dedicadas ao ensino e treinamento de estagiários e alunos de residência dividido pelo número total de estagiários e alunos de residência.
- **Objetivo:** Avaliar a atenção dispensada pelo ambulatório a seus alunos, que treinam para se tornarem profissionais em um futuro próximo, agindo como indicador qualitativo do conhecimento compartilhado pelo ambulatório.
- **Frequência:** Semestral.
- **Vantagens:** É um modo indireto de medir a qualidade da educação oferecida pelo ambulatório, supondo que quanto mais horas de treinamento um aluno recebe, melhor será seu desempenho futuro.
- **Fraquezas:** Não mede o número de estudantes treinados pelo ambulatório, ou seja, funciona como um indicador qualitativo, não quantitativo. Assim, poderia ser manipulado por um comportamento inadequado conhecido como gestão do

denominador, no qual o gestor pode facilmente manipular o denominador (no caso, reduzir o número de alunos) para aumentar o valor do indicador.

- **Como contornar tais fraquezas:** A escolha desse indicador no lugar do “número total de horas de treinamento” ou do “número de alunos treinados pela instituição” aponta para a importância que o AMPA dá à qualidade de seus estagiários e residentes em detrimento da quantidade. Como não há grandes incentivos para a manipulação dos resultados, não acreditamos que um gestor agiria de tal modo. De qualquer forma, o ambulatório pode monitorar o número de estudantes treinados pela instituição, mesmo esse indicador não estando presente no BSC.

4.4.7.10. Número de eventos graves e catastróficos

- **Definição:** Número de eventos graves e catastróficos registrados no ambulatório.
- **Objetivo:** Avaliar se o time está preparado e qualificado para evitar eventos graves e catastróficos. Vai de encontro com o indicador “número de eventos graves”, discutido por Gurd e Gao (2007).
- **Frequência:** Semestral.
- **Vantagens:** Ajuda a controlar a frequência de ocorrência dos eventos mais críticos para o ambulatório, alertando para medidas urgentes a serem tomadas.
- **Fraquezas:** Incapaz de indicar a natureza dos eventos.
- **Como contornar tais fraquezas:** Diferentemente dos “eventos adversos”, “eventos graves e catastróficos” devem ser analisados individualmente e sua ocorrência deve ser totalmente evitada, de modo que esse indicador funciona como um alerta para essas situações extremas.

4.4.7.11. Pontuação média no Programa de Educação Continuada

- **Definição:** Pontuação média dos colaboradores no Programa de Educação Continuada (já existente no ambulatório).
- **Objetivo:** Verificar se os colaboradores estão se desenvolvendo continuamente e se atualizando através de cursos, treinamentos, participação em congressos, publicações científicas etc. de modo a melhorar suas aptidões, as do time e, eventualmente, entregar

um serviço melhor aos clientes. Semelhante ao indicador “créditos de educação continuada”, discutido por Gurd e Gao (2007).

- **Frequência:** Semestral.
- **Vantagens:** É bastante objetivo, pode ser medido para todos os colaboradores e considera uma grande variedade de atividades, atribuindo diferentes valores de acordo com sua natureza, o que torna o indicador mais completo e aplicável.
- **Fraquezas:** A simples participação em eventos como cursos ou treinamentos não garante que os indivíduos tenham efetivamente aprendido e melhorado. É necessário algum outro método que avalie se o conhecimento foi de fato absorvido.
- **Como contornar tais fraquezas:** Esse problema refletiria indiretamente em vários outros indicadores, como “índices de satisfação dos clientes”, “número de publicações científicas”, e “número de eventos adversos, graves e catastróficos”. Outro modo de averiguar se os colaboradores estão atualizados é através de exames técnicos e avaliações de competência, duas atividades desenvolvidas atualmente pelo AMPA que não foram incluídas no BSC.

4.4.7.12. Índice de absenteísmo dos colaboradores

- **Definição:** Número de horas de trabalho perdidas por absenteísmo sobre número total de horas contratadas.
- **Objetivo:** Medir o comprometimento por parte dos colaboradores em relação ao seu trabalho. Vai de encontro com o indicador “índice de absenteísmo dos empregados”, discutido por Grigoroudis et al. (2012).
- **Frequência:** Mensal.
- **Vantagens:** Fácil de calcular e funciona também como indicador de produtividade.
- **Fraquezas:** Incapaz de compreender as razões por trás do absenteísmo, se são consequência de negligência ou de causas justas.
- **Como contornar tais fraquezas:** Todo tipo de atividade é sujeito a absenteísmo. Se o controle desse indicador ajudar o AMPA a reduzir as taxas de absenteísmo, isso já será suficiente para melhorar os resultados.

4.4.7.13. Índice de Satisfação dos colaboradores

- **Definição:** Nota média obtida na pesquisa de clima organizacional a respeito da satisfação dos colaboradores com seu trabalho.
- **Objetivo:** Medir a satisfação dos colaboradores com seu trabalho, ambiente, colegas, líderes, subordinados, e outros fatores que possam afetar sua vida profissional. Vai de encontro com o indicador “índice de satisfação dos empregados”, discutido por Grigoroudis et al. (2012).
- **Frequência:** Semestral.
- **Vantagens:** Considera a opinião de todos os colaboradores, sem distinção de posição na hierarquia.
- **Fraquezas:** A nota em si não indica quais são os problemas a serem solucionados.
- **Como contornar tais fraquezas:** Como todo tipo de índice de satisfação, este índice deve ser controlado constantemente, e em caso de resultados negativos é necessário investigar as ocorrências para entender e solucionar as questões envolvidas.

4.4.7.14. Índice de satisfação do Cliente – Serviço

- **Definição:** Pontuação média obtida na pesquisa da satisfação do cliente em relação ao serviço oferecido pelo ambulatório.
- **Objetivo:** Monitorar a opinião dos clientes em relação à qualidade dos serviços prestados pelo AMPA. Vai de encontro com o indicador “índice de satisfação do paciente” discutido por Grigoroudis et al. (2012).
- **Frequência:** Mensal.
- **Vantagens:** Considera a opinião de personagens externos ao ambulatório em relação às atividades do mesmo e possível desvios de conduta dos colaboradores.
- **Fraquezas:** Para obter esses dados é necessário realizar pesquisas de satisfação com determinada frequência, o que implica custos e esforços.
- **Como contornar tais fraquezas:** O ambulatório já conduz esse tipo de atividade, então não há necessidade de grandes mudanças.

4.4.7.15. Porcentagem do orçamento investida em infraestrutura

- **Definição:** Quantidade do capital alocado para investimentos em ativos fixos sobre o orçamento anual.
- **Objetivo:** Verificar se o ambulatório investe em infraestrutura e tecnologia, garantindo que a instituição mantenha-se bem equipada, com tecnologia nova e moderna e instalações adequadas. Semelhante ao indicador “porcentagem do orçamento investida em novas tecnologias”, discutido por Grigoroudis et al. (2012), mas estende a medida para outros investimentos em infraestrutura.
- **Frequência:** Anual.
- **Vantagens:** O investimento em infraestrutura é uma ação orientada para o futuro, garantindo que a organização gere bons resultados também no médio-longo prazo.
- **Fraquezas:** Um investimento excessivo em ativos fixos pode implicar uma falta de verbas para investimentos em outras áreas importantes.
- **Como contornar tais fraquezas:** É importante que sejam estipuladas metas razoáveis, que devem ser estritamente seguidas, ou seja, diferentemente de outros indicadores, o objetivo aqui não é maximizar ou minimizar o resultado, mas chegar o mais próximo possível da meta estabelecida.

4.4.7.16. Número de publicações referentes ao AMPA em mídias internas ou externas

- **Definição:** Número total de publicações que façam referência ao AMPA em mídias internas ou externas.
- **Objetivo:** Verificar se o trabalho desenvolvido dentro do ambulatório é divulgado aos colaboradores da SBIBAE e da sociedade como um todo.
- **Frequência:** Semestral.
- **Vantagens:** Considera todos os diferentes tipos de mídia e público, e bons resultados nesse indicador podem motivar a equipe.
- **Fraquezas:** Pode ser facilmente aumentado através de iniciativas de *marketing* não relacionadas às atividades principais da organização, o que significa que a gestão pode perder o foco na tentativa de melhorar os números em uma atividade secundária.
- **Como contornar tais fraquezas:** A gestão deve ser sensível em seu julgamento a respeito das atividades de *marketing* que valem o investimento.

4.4.7.17. Número de cursos por colaborador

- **Definição:** Soma do número de participantes de todos os cursos oferecidos gratuitamente pelo AMPA dividida pelo número total de colaboradores.
- **Objetivo:** Verificar se o ambulatório investe em seus colaboradores, oferecendo oportunidades de aprendizado e crescimento. Remete ao indicador “tempo de treinamento”, discutido por Gurd e Gao (2007).
- **Frequência:** Anual.
- **Vantagens:** Mede ao mesmo tempo a quantidade de cursos oferecidos e o comparecimento dos colaboradores.
- **Fraquezas:** Considera apenas oportunidades oferecidas gratuitamente pela organização a seus colaboradores, sendo incapaz de avaliar se eles se desenvolvem através de outros meios que não esses cursos.
- **Como contornar tais fraquezas:** O indicador “pontuação média no Programa de Educação Continuada” é capaz de medir também as iniciativas dos funcionários, sendo complementar a este.

4.4.7.18. Aumento percentual do orçamento

- **Definição:** Diferença entre o orçamento de ano em questão e o orçamento do ano anterior dividida pelo orçamento do ano anterior.
- **Objetivo:** Verificar a disponibilidade de recursos para manter as atividades do ambulatório e investir em melhorias. Semelhante ao indicador “quantidade de fundos levantados”, discutido por Gurd e Gao (2007).
- **Frequência:** Anual.
- **Vantagens:** Capaz de verificar se o AMPA é bem sucedido na tentativa de aumentar os recursos disponibilizados pela SBIBAE através de suas iniciativas de *marketing* e da apreciação dos serviços prestados.
- **Fraquezas:** O AMPA tem pouco controle sobre este indicador. O orçamento é basicamente imposto pela SBIBAE.

- **Como contornar tais fraquezas:** A solução para o AMPA é desenvolver bem suas atividades para aumentar seu reconhecimento, mostrando à SBIBAE que pode representar retornos significativos em termos de *brand image*, por exemplo, e pressionando a organização a aumentar a disponibilidade de recursos a serem investidos no ambulatório.

4.4.7.19. Custo médio por paciente tratado

- **Definição:** Custo total dividido pelo número de pacientes tratados (altas médicas).
- **Objetivo:** Medir a eficiência do MAPA em termos de custos no tratamento de seus pacientes, averiguando se a organização é capaz de prover saúde a um custo relativamente baixo. Vai de encontro com o indicador “custo por caso”, discutido por Gurd e Gao (2007).
- **Frequência:** Semestral.
- **Vantagens:** Avaliar o “custo por paciente” ao invés do “custo por consulta” garante que o indicador não meça apenas eficiência em custos, mas também a eficácia dos tratamentos. A medida de “custos por consulta” poderia ser manipulada aumentando o número de consultas, o que não seria benéfico para o ambulatório e para a comunidade. A medida “custo por paciente”, por outro lado, pode ser manipulada apenas se o número de pacientes aumentar, o que é benéfico para a comunidade e, portanto, para o ambulatório.
- **Fraquezas:** Reduzir o custo médio por paciente pode implicar a redução da qualidade do serviço ou do material utilizado, o que teria impacto extremamente negativo para o AMPA.
- **Como contornar tais fraquezas:** Caso isso aconteça, outros indicadores, como “índices de satisfação do cliente”, “índice de satisfação do colaborador” ou “número de eventos adversos, graves e catastróficos” alertarão para o fato.

4.4.7.20. Redução percentual de custos devida ao uso de protocolos médicos

- **Definição:** Redução percentual de custos estimada devida ao uso protocolos médicos (número de tratamentos utilizando protocolos multiplicado pela redução média de custos devida ao uso do protocolo dividido pelos custos totais).

- **Objetivo:** Observar se o ambulatório é capaz de criar e implementar estratégias que reduzam custos e aumentem eficiência. Semelhante ao indicador “novos protocolos e procedimentos”, discutido por Urrutia e Eriksen (2005), mas com foco específico nas consequências financeiras dessas iniciativas.
- **Frequência:** Semestral.
- **Vantagens:** Mede a capacidade do ambulatório de seguir uma tendência importante da medicina moderna, simplificando processos e reduzindo custos.
- **Fraquezas:** É difícil de se estimar.
- **Como contornar tais fraquezas:** O ambulatório precisa desenvolver um controle estatístico apurado de suas atividades, o que implica ter os sistemas de TI apropriados e pessoas comprometidas com o tratamento dessas informações.

5. DISCUSSÃO

O objetivo deste capítulo é discutir em detalhes os resultados deste trabalho, recapturando alguns dos conceitos discutidos na literatura e observando como foram aplicados neste caso. O capítulo está dividido em duas partes, representando os dois principais produtos do projeto. O primeiro discute o *Strategy Map* desenvolvido para esclarecer a estratégia que o AMPA deve seguir para alcançar sua missão. O segundo faz considerações a respeito do processo de desenvolvimento e da versão final do *Balanced Scorecard*, concluindo com uma discussão sobre as questões de implementação e os impactos esperados no dia-a-dia da organização.

5.1. O *Strategy Map* do AMPA

No capítulo 4, todo o processo de desenvolvimento do *Strategy Map* do AMPA foi descrito em detalhes, e a versão final da ferramenta é apresentada no Apêndice I. O objetivo desta seção é analisar e discutir o processo de desenvolvimento do *Strategy Map*, sua versão final, a divisão em cinco perspectivas e os fatores críticos de sucesso identificados em cada uma delas.

Visando facilitar a discussão, a mesma foi dividida em diferentes tópicos, começando por algumas considerações sobre o processo de desenvolvimento e caminhando pelas análises de cada uma das dimensões e de seus fatores críticos de sucesso.

5.1.1. Considerações sobre o processo de desenvolvimento do *Strategy Map*

O desenvolvimento do *Strategy Map* para o AMPA foi um processo iterativo que levou aproximadamente dois meses, no qual 20 colaboradores do ambulatório tiveram participação ativa desde o início, definindo a missão da instituição, desenhando a estratégia para alcançá-la e identificando os fatores críticos de sucesso para implementar a estratégia definida. Ao responder os dois questionários (Questionários 1 e 2) e desenhar seus próprios Mapas Cognitivos, os funcionários forneceram o material necessário para a construção gradual do modelo do *Strategy Map*, um processo que gerou diferentes versões da ferramenta.

A decisão de envolver os colaboradores no desenvolvimento do *Strategy Map* vai de encontro com a literatura, de acordo com a qual, a inclusão de diferentes departamentos nas

etapas de planejamento e desenvolvimento de um SMD ajuda na obtenção do apoio dos empregados uma vez que a ferramenta for implementada (SENYIGIT, 2009). Além disso, esse processo ajuda a organização a transmitir sua missão e internalizar sua cultura entre os funcionários (KAPLAN; NORTON, 2004; TUAN, 2012), o que, de acordo com Grigoroudis et al. (2012) é a questão mais crítica para uma implementação bem sucedida da ferramenta.

De fato, envolver os colaboradores mostrou-se uma ótima estratégia, fornecendo uma extensa variedade de pontos de vista de pessoas que enfrentam diariamente os problemas em pauta. Essa escolha também acabou por gerar uma reflexão estruturada dentro da organização a respeito de sua missão, visão, valores e estratégia, algo que deveria ser feito com certa frequência, mas que poucas instituições são capazes de colocar em prática. Em particular, ainda antes de iniciar o processo de desenvolvimento do *Strategy Map*, um passo importante foi a definição, juntamente com os colaboradores do AMPA, de como o ambulatório era responsável por ajudar a SBIBAE a alcançar sua missão, uma vez que o ambulatório não tem uma missão formalmente definida. Ainda que o ambulatório desenvolva atividades voltadas aos três pilares da missão da SBIBAE (saúde, responsabilidade social e geração de conhecimento), após uma reflexão a respeito das atividades do ambulatório ficou claro que a missão prioritária do AMPA estava relacionada a responsabilidade social, mais do que ser referência na área da Saúde ou de geração de conhecimento. Na realidade, essas duas últimas atividades são os caminhos encontrados pelo AMPA para tornar-se socialmente responsável, ou seja, são meios, não fins.

Com relação à criação do *Strategy Map* propriamente dita, os conceitos discutidos por Kaplan (2001), Gurd e Gao (2007), Greiling (2010), e Grigoroudis et al. (2012) foram utilizados para adaptar a ferramenta tradicional ao contexto da Saúde, no qual a dimensão financeira perde parte de sua importância quando comparada às outras perspectivas, como clientes ou a recém criada perspectiva dos colaboradores.

A versão final do *Strategy Map* criado para o AMPA consiste de cinco perspectivas, a saber: clientes, processos, colaboradores, investimentos, e financeiro, e um total de 11 fatores críticos de sucesso ao longo elas distribuídos. As perspectivas e os fatores críticos de sucesso são descritos nas seções a seguir.

5.1.2. Perspectiva do cliente

Definida como a perspectiva prioritária, satisfazer os clientes foi considerada a atividade mais importante para que o ambulatório alcance sua missão com sucesso, tornando-se

socialmente responsável. Esse fato não chega a ser surpreendente, uma vez que o ambulatório em questão é o braço beneficente de uma Organização Sem Fins Lucrativos, e vai de encontro com a literatura a respeito da implementação de BSCs em instituições da Saúde (AIDEMARK, 2001; GURD; GAO, 2007; ZELMAN et al., 2003).

Uma vez definida como a perspectiva prioritária, é importante entender o que o cliente espera do serviço ambulatorial. Este tópico foi discutido implicitamente nos Questionários 1 e 2, particularmente através das respostas das Agentes de Ação Comunitária 1 e 2, que são membros da comunidade de Paraisópolis contratadas pelo ambulatório para estabelecer um contato mais próximo entre a organização e seus clientes.

Após uma análise das respostas dos Questionários 1 e 2 e da discussão com a Coordenadora Médica, foram definidos dois fatores críticos de sucesso para satisfazer as necessidades do cliente. O primeiro é oferecer à comunidade uma “saúde de qualidade”. Esse rótulo simples, no entanto, carrega uma série de significados diferentes. Oferecer qualidade em saúde significa não apenas fornecer tratamentos modernos e eficazes, mas também segurança, variedade de especialistas, volume de pacientes tratados, tempos de espera reduzidos e, em um sentido mais amplo, melhor o sistema de saúde como um todo, através do compartilhamento do conhecimento com outros atores do sistema. Outro fator relevante trazido à tona pelas Agentes de Ação Comunitária é o respeito dos colaboradores para com os pacientes, especialmente considerando tratar-se de uma relação entre um time profissional capacitado e uma comunidade carente. Não por coincidência, essa atitude foi lembrada como um dos maiores valores do time por ambas as Agentes de Ação Comunitária, e foi inicialmente incluída como um dos fatores críticos de sucesso do *Strategy Map*, sendo posteriormente fundida com o fator “saúde de alta qualidade” para simplificar o mapa.

O segundo fator crítico de sucesso na perspectiva do cliente é “educação/prevenção”, uma atividade frequentemente suprimida pelo caráter urgente dos tratamentos médicos, mas que se bem desenvolvida, pode evitar uma série de problemas de saúde enfrentados pela comunidade a um baixo custo. Essa faceta, que já foi uma das bandeiras do ambulatório no passado, é pouco utilizada atualmente, e o *Strategy Map* foi capaz de alertar a organização para a importância de tais iniciativas, destacando-as como um dos principais fatores críticos de sucesso para alcançar a missão. Através da educação da comunidade, o ambulatório pode espalhar mensagens importantes que vão além de um único paciente, alcançando famílias, vizinhanças e, eventualmente, a sociedade como um todo.

5.1.3. Perspectiva dos processos

É impossível satisfazer os clientes no longo prazo sem o suporte de processos bem estruturados. Esse é o motivo pelo qual a perspectiva dos processos vem logo após a perspectiva dos clientes. Como em todas as organizações, independentemente do setor de atuação, bons processos são capazes de aumentar a eficiência, reduzir custos unitários e, conseqüentemente, aumentar a oferta de produtos e serviços. Além disso, processos bem estruturados são capazes de oferecer maior qualidade, garantir a segurança tanto dos colaboradores quanto dos pacientes e, eventualmente, aumentar a eficácia, agradando todas as partes envolvidas.

Para definir quais são os fatores críticos de sucesso para os processos do AMPA, foi importante identificar em quais atividades o ambulatório deveria alcançar excelência para gerar saúde de qualidade e educação para seu clientes, e, mais uma vez, foram encontrados dois fatores críticos de sucesso. O primeiro, “processos bem estruturados, seguros, eficientes e eficazes. Infraestrutura, tecnologia e materiais” destaca a importância de se ter o já mencionado processo bem estruturado em sua definição mais ampla. Segurança, eficiência e eficácia são fatores de extrema importância tanto para a organização quanto para o cliente, e foram enfatizados mesmo já estando incluídos no conceito de processos bem estruturados. A inclusão de infraestrutura, tecnologia e materiais destaca a importância de um suporte de qualidade para desenvolver as atividades, isto é, processos bem estruturados, não são possíveis sem o auxílio de infraestrutura adequada, tecnologia e disponibilidade de materiais para o desenvolvimento das atividades.

O outro processo essencial para que o AMPA alcance sua missão é a gestão do conhecimento, que envolve tanto a geração de conhecimento quanto seu compartilhamento. Apesar de geração de conhecimento não ser o maior foco do ambulatório, como uma instituição da Saúde é sempre importante estar atento para a oportunidade de desenvolver novos estudos na área, melhorando a qualidade dos serviços, gerando consciência a respeito de suas iniciativas e, eventualmente, colaborando com a Ciência e a sociedade como um todo. Tão importante quanto a geração do conhecimento é o compartilhamento do conhecimento já existente, uma atividade já executada pelo ambulatório, que constantemente emprega estagiários e alunos de residência, além de oferecer cursos para membros do sistema público de saúde e para a população em geral. Portanto, a gestão do conhecimento é peça fundamental da estratégia organizacional, e um fator crítico para o alcance da missão.

5.1.4. Perspectiva dos colaboradores

Nenhum processo é bem executado sem a participação do pessoal adequado. Nesse sentido, uma perspectiva dos colaboradores foi incluída no *Strategy Map*, respondendo à crítica de Neely e Adams (2000), de acordo com a qual o BSC não considera partes *stakeholders*, como empregados. Como uma OSFL da Saúde, o ambulatório enfrenta dois desafios ao mesmo tempo: controlar e motivar empregados em uma organização tipicamente profissional (AIDEMARK, 2001; FUNCK, 2007), na qual muitos dos colaboradores aceitam pagamentos abaixo da média do mercado (KAPLAN, 2001). Para solucionar este problema, adotou-se esta perspectiva, frequentemente mencionada na literatura sobre SMDs para OSFLs da Saúde (GREILING, 2010; GRIGOROUDIS et al., 2012; GURD & GAO, 2007).

Uma vez identificados como uma questão crucial para a organização, era importante entender exatamente quem deveriam ser os colaboradores, como deveriam se comportar para entregar o melhor serviço possível aos clientes. Para responder essa questão, é importante lembrar que trata-se de uma organização tipicamente profissional. Além disso, os serviços do AMPA lidam com os ativos mais importantes para um ser humano, que são a saúde e a vida. Desse modo, mais que em qualquer outro tipo de organização, é vital para o AMPA contar com “pessoal qualificado e atualizado”, com bom histórico acadêmico, habilidades técnicas e que mantenha-se sempre atento às mudanças no campo da Medicina, para buscar novas soluções e sempre melhorar o serviço oferecido aos pacientes. Igualmente importante, os colaboradores devem sentir-se motivados e estar comprometidos com a causa, para quebrar as constantemente citadas barreiras que separam os profissionais da comunidade e serem capazes de efetivamente educar os pacientes e executar os devidos tratamentos. Por essa razão, “pessoal motivado e comprometido, sensível às necessidades da comunidade” foi o outro fator crítico de sucesso selecionado para a perspectiva dos colaboradores.

5.1.5. Perspectiva dos investimentos

Para ter bons processos e o pessoal adequado, a organização deve sempre investir e se desenvolver. Essa perspectiva, geralmente chamada de “aprendizagem e crescimento” e considerada por alguns autores “o elo mais fraco do BSC” (GURD; GAO, 2007) foi reformulada para este caso, recebeu um novo nome (“investimentos”) e provou ser uma peça importante na implementação da estratégia do ambulatório.

A escolha do nome “investimentos” deriva do fato de que nem todas as iniciativas com foco em melhorias no futuro poderiam ser classificadas como aprendizado ou crescimento. Em particular, “*marketing/promoção*”, um dos fatores críticos de sucesso identificados, não poderia ser rotulado como nenhum dos dois, mas era visto como uma forma de investimento para o futuro. Por isso, sugeriu-se a alteração do nome da perspectiva para “investimentos”, e checou-se se os outros fatores poderiam ser assim chamados. A conclusão foi de que esse nome era mais apropriado para a perspectiva, dado que todos os fatores representavam uma forma de investimento, no sentido de que a organização é obrigada a sacrificar parte de seus recursos no presente (capital, tempo, força de trabalho etc.) tendo em vista benefícios maiores no futuro.

Três fatores críticos de sucesso foram identificados para essa perspectiva. O primeiro, já mencionado, foi “*marketing/promoção*”. Um comentário recorrente entre os participantes do primeiro questionário, a falta de consciência a respeito das atividades do ambulatório desmotiva os trabalhadores e impede que o AMPA utilize efetivamente todo seu potencial. Assim, investir em *marketing*, seja internamente (como para os colaboradores da SBIBAE) ou externamente (para a comunidade de Paraisópolis e a sociedade como um todo) pode aumentar o reconhecimento acerca do serviço oferecido pelo AMPA à comunidade, motivando o time e, possivelmente, atraindo mais recursos para a iniciativa na forma de investimentos.

Os dois outros fatores críticos de sucesso identificados foram investimentos em “ativos” e no “treinamento dos colaboradores”. O primeiro é visto como essencial no sentido de que permite que a organização melhore seus processos e motive seus funcionários, oferecendo um ambiente de trabalho mais confortável e tecnologia superior para o tratamento dos pacientes. O segundo, “treinamento dos colaboradores”, tem diversos tipos de efeitos sobre colaboradores e processos. Primeiro, ele obviamente aumenta as competências e a atualização do time. Segundo, representa uma oportunidade de crescimento para os colaboradores individualmente, o que os motiva. Terceiro, pessoas treinadas se tornam aptas a desenvolver processos de modo mais seguro e eficiente, e quarto, pessoas treinadas tendem a gerar e compartilhar mais conhecimento. Por todos esses motivos, o treinamento dos colaboradores foi um dos itens mais citados no Questionário 1, e é considerado um investimento vital para o ambulatório.

5.1.6. Perspectiva financeira

Geralmente a perspectiva prioritária nas organizações com fins lucrativos, a perspectiva financeira foi rebaixada e se tornou a última no *Strategy Map* do AMPA, o que não significa

que tenha uma importância reduzida, mas que seja parte da estratégia, e não seu objetivo final. De acordo com Kaplan (2001), a perspectiva financeira representa uma restrição para OSFLs, o que significa que essas instituições devem basicamente cuidar de suas finanças para permitir que sua estratégia seja implementada e sua missão alcançada.

Essa mudança de foco da perspectiva financeira para as outras perspectivas pôde ser observada nos Questionários 1 e 2, nos quais poucos participantes lembraram de mencionar questões relacionadas a esse tópico em suas respostas. Mesmo quando questionados especificamente a respeito de indicadores financeiros, houve poucas sugestões, o que prova que os colaboradores se sentem distantes dessa dimensão.

Entretanto, é essencial que se tenha em mente que um OSFL que não cuide de sua saúde financeira não terá os recursos necessários para investir e se desenvolver, levando a um fracasso no cumprimento da missão. Por isso, dois fatores críticos de sucesso foram identificados na perspectiva financeira: “aumento do orçamento” e “custos”.

O primeiro substitui a tradicional preocupação das companhias com suas receitas. Uma vez que o ambulatório não possui nenhuma forma de receita pelos serviços prestados, ele deve ficar atento para sua única fonte de capital, que é a SBIBAE. O orçamento representa, portanto, a disponibilidade de recursos a serem investidos nas atividades do ambulatório. Inversamente, os custos representam a destinação desse dinheiro, e devem ser controlados para garantir que não sejam superiores ao orçamento, e, mais que isso, que haja um excedente que possa ser investido nas melhorias necessárias para o ambulatório.

5.2. O *Balanced Scorecard* do AMPA

Com o *Strategy Map* desenhado, e as cinco perspectivas e os 11 fatores críticos de sucesso definidos, a próxima tarefa era a seleção dos indicadores para compor o BSC do AMPA, que foi apresentado na seção 4.4.7. Esta seção tem como objetivo analisar e discutir o processo de desenvolvimento do BSC, os desafios enfrentados para adaptá-lo à realidade de uma OSFL da Saúde e sua versão final, bem como algumas questões de implementação e os impactos esperados no dia-a-dia da organização.

5.2.1. Considerações sobre o processo de desenvolvimento do *Balanced Scorecard*

De modo semelhante ao que aconteceu no processo de desenvolvimento do *Strategy Map*, o processo do BSC também envolveu os colaboradores do ambulatório, mas dessa vez em menor número, reduzindo a carga de informação e aumentando a qualidade média das respostas. O primeiro questionário a abordar esse assunto (Questionário 2) foi respondido por dez participantes de diferentes áreas do ambulatório, enquanto o Questionário 3 foi respondido por apenas seis pessoas selecionadas de acordo com sua proximidade com níveis de gerência. O Questionário 4, por sua vez, foi dirigido especificamente aos Médicos, para resolver questões pontuais. Nessa etapa, seis Médicas responderam o questionário, além da Coordenadora Médica e da Analista de Informações Gerenciais 1. O processo completo de desenvolvimento, incluindo todas as iterações, levou aproximadamente 45 dias.

A decisão de envolver os colaboradores no processo de desenvolvimento foi baseada nas mesmas razões já discutidas na seção 5.1.1. Adicionalmente, vale lembrar que o ambulatório tem uma forte característica de organização profissional, na qual os empregados (Médicos) são melhor informados que os clientes (pacientes), e são muitas vezes os únicos possuidores do conhecimento necessário para selecionar indicadores pertinentes e metas para o SMD (FUNCK, 2007), o que reforça a tese de que o BSC deve ser desenhado através de uma metodologia de baixo para cima.

Dentre todos os desafios enfrentados durante o processo de desenvolvimento da ferramenta, alguns merecem destaque especial, e são discutidos a seguir:

- **Restrições de tempo:** O primeiro desafio diz respeito às restrições de tempo para o desenvolvimento de uma ferramenta complexa como o BSC, que leva em média dois anos para ser implementado em organizações da Saúde (GREILING, 2010). Devido à falta de disponibilidade de tempo, esse período foi reduzido para aproximadamente seis meses, considerando a discussão da estratégia, elaboração do *Strategy Map*, escolha do conjunto de indicadores, elaboração do BSC e escolhas de implementação.

Superar esse desafio exigiu um grande esforço e um contato contínuo com a Coordenadora Médica e os outros colaboradores, que foi possível graças à facilidade de comunicação que algumas ferramentas da *internet* proporcionam à sociedade moderna. Vale ressaltar, no entanto, que a ferramenta ainda tem de ser implementada, testada e revisada, tarefas que ficaram ao encargo da gestão do ambulatório.

- **Adaptação do *Balanced Scorecard* para uma Organização Sem Fins Lucrativos:** O processo de adaptação de uma ferramenta tradicionalmente utilizada por companhias com fins lucrativos para uma OSFL foi outro grande desafio enfrentado por este projeto, como discutido por Grigoroudis et al.(2012), que afirmam que a ferramenta é muito genérica e difícil de adaptar para determinadas culturas organizacionais. O BSC, no entanto, mostrou-se uma estrutura bastante flexível, permitindo-se reconfigurar através da mudança em suas perspectivas e da posição relativa entre elas. Mesmo partes importantes, como funcionários, que não são considerados pela versão original da ferramenta (NEELY; ADAMS, 2000), puderam ser incluídos nessa versão adaptada, recebendo foco especial. Com o apoio do *Strategy Map*, foi possível definir um conjunto de indicadores que tem como objetivo final alcançar a missão prioritária da organização, isso é, ser socialmente responsável, e não gerar valor para o acionista, como para a maior parte das companhias que utilizam o BSC.
- **Adaptação do *Balanced Scorecard* para uma organização da Saúde:** O AMPA não é apenas uma OSFL, mas também pertence a um setor muito específico, no qual os profissionais tendem a exigir mais liberdade e, conseqüentemente, menos controle sobre suas atividades. Desenvolver um SMD para uma organização da Saúde foi outro grande desafio deste trabalho. Para superá-lo, foi essencial trabalhar em cooperação constante com o time do AMPA, numa metodologia de baixo para cima, sempre se certificando de que os funcionários estavam de acordo com todas as escolhas do projeto, seguindo as recomendações dos estudos de Funck (2007). Desse modo, os empregados se sentiram motivados por serem parte de um processo que pode levar a resultados positivos. Além disso, eles tiveram a oportunidade de expor anonimamente suas opiniões acerca de problemas que interferem em seu dia-a-dia.

Ainda referente às particularidades da área da Saúde, a participação dos colaboradores foi novamente importante, por se tratar de uma área de conhecimento muito específico e, portanto, sua ajuda foi imprescindível na criação de alguns indicadores que só poderiam ser criados por quem entende do assunto. Foi interessante observar como cada especialista tinha uma tendência a dar mais relevância à sua área, o que é natural, e a versão final do BSC expõe claramente a influência desses profissionais, com indicadores refletindo atividades médicas, de farmácia e de enfermagem, entre outras.

- **Dificuldades na obtenção de números:** Outro fator importante a ser destacado, coletar informações do passado a respeito dos KPIs selecionados foi uma tarefa complicada. Como o ambulatório não possuía nenhum SMD formal no passado, havia poucos indicadores disponíveis. Uma vez que os novos indicadores foram selecionados, no entanto, espera-se que monitorá-los seja uma tarefa razoavelmente simples, pois há dois profissionais dedicados à análise de informações gerenciais e o AMPA tem os recursos de TI necessários para coletar e tratar os dados. É importante, entretanto, monitorar a fase inicial de implementação do BSC para certificar-se de que não há necessidade de novos investimentos para o uso da ferramenta.
- **Comprometimento da gestão:** Em seu trabalho, Bourne et al. (2000) identificaram a falta de comprometimento da gestão como uma das grandes causas de falhas na implementação de BSCs. Durante o desenvolvimento deste trabalho, ficou muito evidente a importância de ter total apoio da equipe de gestão nesse tipo de projeto. Primeiro, porque não há funcionário que entenda tanto dos processos internos da organização como seus gerentes. Segundo, porque o gestor é quem tem o poder de motivar e fazer os outros colaboradores participarem do processo de desenvolvimento. Felizmente, durante esse projeto eu consegui manter contato próximo e frequente com a Coordenadora Médica do ambulatório, o que facilitou o processo de desenvolvimento e permitiu que uma ferramenta de tamanho complexidade pudesse ser desenvolvida em um período relativamente curto, mesmo com as limitações de distância.

Muitas das questões relacionadas à versão final do BSC já foram discutidas nas seções 4.4.7 (descrição detalhada dos KPIs) e 5.1 (discussão da escolha das perspectivas e dos fatores críticos de sucesso). Um último tópico a ser discutido é a relação entre os indicadores selecionados para o BSC e os indicadores presentes na literatura de gestão na Saúde.

Como apresentado na seção 4.4.7.4.7, 16 dos 20 indicadores selecionados para o BSC já haviam sido mencionados na literatura com a mesma definição ou outra muito similar. Isso é bastante interessante, considerando que a lista de indicadores foi inicialmente sugerida pelos colaboradores, os quais, em geral, não têm conhecimento de gestão. Isso demonstra que o AMPA não foge às características típicas de organizações da Saúde previamente estudadas pela literatura, e que as questões relacionadas ao ambulatório não são diferentes das que outras organizações enfrentam. Consequentemente, soluções encontradas por outras instituições para sanar seus problemas também podem ser aplicadas pelo AMPA, confirmando o que Euske (2003) afirmou em seu trabalho.

Referente aos quatro outros indicadores, eles são mais especificamente moldados à realidade do AMPA, e são brevemente discutidos a seguir:

- **Aderência a tratamentos farmacológicos:** Esse indicador sugerido pela Farmacêutica lida com um fato curioso que ocorre no ambulatório. Muitos pacientes não retiram na farmácia os medicamentos prescritos, ainda que sejam oferecidos gratuitamente. Este fato interessante foi discutido com a Coordenadora Médica, de acordo com a qual:

“Há diversas razões pelas quais os pacientes não retiram as medicações prescritas. Alguns estão com pressa e não buscam os remédios na farmácia ao deixar ambulatório. Outros têm medo de determinadas formas de medicação, enquanto alguns simplesmente não confiam em certos tipos de tratamento. Além desses, muitos se consideram curados e concluem que não mais necessitam ser medicados.”

Ainda de acordo com a Coordenadora Médica, esse comportamento não é restrito à população de baixa renda ou pouco educada, mas é frequente em todos os tipos de pacientes.

- **Absenteísmo dos pacientes em retornos agendados:** O absenteísmo entre pacientes costumava ser um grande problema para o ambulatório, que vem tomando medidas para reduzir esse número. Um dos motivos pelos quais a organização enfrenta esse problema pode ser o baixo nível de educação da comunidade na qual atua. Além disso, o fato de as consultas serem gratuitas não cria um comprometimento tão grande entre os pacientes. Assim, esse indicador é essencial para controlar e eventualmente sanar essa condição.
- **Número médio de horas de treinamento por aluno:** A orientação para o compartilhamento de conhecimento é uma característica importante do ambulatório, e portanto deve ser frequentemente controlada. Para garantir uma educação de excelência a seus alunos, é essencial garantir que eles recebam a carga adequada de treinamento, mais que aumentar aleatoriamente o número de alunos sem dar importância à qualidade da educação ofertada.
- **Número de publicações referentes ao AMPA em mídias internas ou externas:** Provavelmente o indicador mais “surpreendente” da lista devido à falta de conexão com as atividades médicas ou de gestão, a divulgação das atividades do ambulatório foi mencionada por diversos colaboradores como uma fonte de motivação para o time, e por isso foi incluída como fator crítico para a organização.

5.2.2. Considerações sobre a implementação do *Balanced Scorecard*

Com o *Strategy Map* criado e a lista de KPIs selecionada para o BSC, restaram ainda algumas questões de implementação a serem discutidas. Em seu trabalho, Agostino e Arnaboldi (2012) identificaram quatro dimensões de escolhas para o BSC: definição dos KPIs, desdobramentos, definição de metas e sistema de remuneração. Os KPIs já foram definidos e discutidos na seção anterior, mas as outras dimensões são discutidas abaixo:

- **Desdobramentos:** Esse é o processo no qual o BSC é desdobrado em outros *scorecards* para níveis inferiores na hierarquia da organização, substituindo indicadores de gestão por indicadores mais operacionais. Como o ambulatório é uma organização pequena e não apresenta muitos níveis hierárquicos, acreditamos que não haja necessidade de desdobrar a ferramenta. Assim, o BSC criado é válido para todos os funcionários do ambulatório. Outros indicadores específicos, no entanto, podem ser utilizados para medir atividades particulares de diferentes áreas do AMPA. Vale lembrar que o BSC não inclui necessariamente todos os indicadores importantes para uma organização, mas seleciona apenas aqueles que são estrategicamente mais significativos para o nível gerencial.
- **Definição de metas:** Uma etapa muito importante após a seleção dos KPIs para o BSC é a definição de metas para cada um deles. Essa atividade está fora do escopo deste trabalho, mas a Coordenadora Médica foi orientada a realizá-la, preferencialmente com a colaboração do time, conforme recomendado por Kaplan e Norton (1996). A ideia de envolver os colaboradores no estabelecimento de metas é particularmente importante neste contexto, quando se lida com uma organização profissional. Ao definir as metas, é essencial buscar objetivos ao mesmo tempo desafiadores, para motivar a equipe, mas realistas (NAJMI et al., 2012).
- **Sistema de remuneração:** A ligação entre desempenho e sistemas de remuneração é muito debatida pela literatura e não existe consenso a seu respeito. Quando perguntados se gostariam de ter sua remuneração ligada ao desempenho medido pelo BSC, os colaboradores do AMPA foram unânimes em dizer não, desconsiderando a possibilidade. Esse resultado, na realidade, vai de encontro com a maior parte dos casos

de implementação do BSC no setor da Saúde (TUAN, 2012) e em OSFLs (GREILING, 2010).

Outra questão de implementação importante é referente ao modo como os resultados serão apresentados à gestão e aos colaboradores em geral, e como a ferramenta alertará para resultados negativos. Em seu trabalho, Tuan (2012) sugere que as organizações publiquem os resultados em seu sistema de *intranet*, de modo que os colaboradores possam acessar continuamente as informações. Para simplificar este processo, no entanto, o AMPA comprou um novo painel, no qual exporá os KPIs do BSC, destacando as metas para cada indicador e apresentado os resultados correntes. Além disso, um sistema de cores será adotado, utilizando as cores azul, verde, amarelo e vermelho para informar os empregados se as metas estão ou não sendo alcançadas, e alertando para possíveis fracassos, o que vai de encontro com os estudos de Chen et al. (2012).

5.2.3. Considerações sobre os impactos esperados

A introdução de um novo SMD sempre é um evento de grande interferência no dia-a-dia de uma organização, seja em termos estratégicos, operacionais ou sociais. Evidentemente, espera-se que o saldo final desse balanço seja positivo, mas alguns dos impactos podem gerar consequências negativas, e devem ser evitados sempre que possível. A fim de identificar quais são esses impactos, algumas conversas foram realizadas por telefone com os participantes mais ativos do processo de desenvolvimento do BSC, buscando ainda manter um equilíbrio entre as diferentes funções dentro do ambulatório. Alguns trechos dessas conversas, os impactos identificados e possíveis maneiras de contorná-los são reproduzidos na sequência.

Perguntada a respeito dos impactos que espera com a introdução do BSC, a Coordenadora Médica mostrou-se bastante positiva:

“É claro que terá grande interferência. Mas acredito e espero que as consequências sejam positivas. Pode ser que em um primeiro momento tenhamos dificuldades para nos adaptarmos, mas creio que após alguns meses ele nos trará bons resultados, principalmente em termos de eficiência e satisfação do cliente.”

Já a Médica 3 não se mostrou tão otimista:

“Para ser sincera, acredito que a ferramenta possa acabar burocratizando ainda mais a organização, tornando nossos processos mais lentos. Já utilizávamos indicadores para medir os processos mais relevantes, não vejo motivos para introduzir um sistema formal.”

As respostas acima não são de todo surpreendentes. O posicionamento favorável da Coordenadora Médica deve-se principalmente à sua visão mais estratégica do negócio, interpretando o BSC como um meio para alcançar um fim maior, isto é, os resultados positivos em termos de satisfação do cliente e ganhos de eficiência. Já a posição da Médica 3 demonstra a rejeição de organizações profissionais a formas de controle, conforme já discutido anteriormente. Além disso, a falta de uma perspectiva mais estratégica, faz com que interprete o BSC como uma ferramenta meramente voltada para a medição de indicadores, ou seja, um fim, e não um meio.

Responsável pelo futuro tratamento dos dados provenientes do BSC, a Analista de Informações Gerenciais 1 reforçou os benefícios da ferramenta, mas alertou para a importância da constância das medidas visando a obtenção de resultados consistentes:

“Uma ferramenta consagrada como o BSC certamente trará benefícios, mas é importante que haja um esforço no sentido de mantê-lo sempre atualizado, através de medidas consistentes. Esse tipo de iniciativa geralmente começa com força, para depois ser abandonado aos poucos. Caso isso aconteça, tudo terá sido em vão.”

De fato, a Analista de Informações Gerenciais 1 parece ter razão. Evidentemente, o desenvolvimento e a implementação de um BSC são bastante custosos, tanto em termos financeiros quanto em termos de consumo de horas dos profissionais envolvidos. Para que se obtenha um retorno positivo, é necessário que a ferramenta seja bem aproveitada, e isso significa medir os KPIs com a devida constância e apresentar os resultados conforme programado. O outro ponto citado pela Analista de Informações Gerenciais 1 é a importância da consistência. Para que os indicadores tenham valor estatístico, é essencial que a forma de mensuração seja consistente ao longo do tempo. Como costuma-se dizer, “*garbage in, garbage out*”, ou seja, se os dados que entrarem no BSC forem de má qualidade, as conclusões tiradas em relação aos dados também serão ruins.

Questionada então sobre como manter as medidas em dia, a Analista de Informações Gerenciais 1 disse que:

“Será uma tarefa complicada. Parte dos indicadores já era medida, então basta que mantenhamos essas atividades de medição. Outros indicadores são novos, e até que consigamos medi-los corretamente podem passar alguns meses. Talvez o mais difícil seja aplicar as pesquisas de satisfação ao cliente. Esse material já existe hoje, mas são poucos os que avaliam nossos serviços, geralmente apenas os que saíram insatisfeitos com alguma coisa, o que obviamente gera um viés negativo. Assim, o desafio será fazer com que uma quantidade significativa de pacientes respondam o questionário, independentemente de seu grau de satisfação.”

Ainda sobre o assunto, a Farmacêutica ponderou:

“Já temos um alto controle dos medicamentos que entram e saem da farmácia, então não acredito que o BSC terá grande impacto nesse sentido. Caso o teste com Salmeterol+Fluticasona seja bem sucedido, sugiro, inclusive, a inserção de outros medicamentos relevantes no BSC.”

Perguntada sobre possíveis impactos sociais do BSC na organização, a Coordenadora Médica mostrou-se descrente:

“Acho que não serão de grande relevância. Acredito que se houvesse uma ligação entre desempenho medido pelo BSC e remuneração, poderia haver um aumento da competição interna, deteriorando o ambiente fortemente marcado pelo trabalho em grupo. Como essa ligação não existe, não espero um grande impacto do ponto de vista social. Quanto à aversão dos profissionais a formas de controle, pode até ser que no início não gostem muito da ideia, mas a verdade é que nossas atividades já são controladas, então o BSC não representará uma grande mudança nesse sentido.”

A Farmacêutica ainda adicionou:

“Grande parte da equipe participou da elaboração do BSC, o que indica que, até certo ponto, estamos todos de acordo com os indicadores escolhidos.”

Outro impacto relevante na maioria dos processos de implementação de SMDs é o financeiro. Por um lado, requerem grandes investimentos iniciais e custos de manutenção. Por outro lado, espera-se que tragam retorno no médio ou longo prazo. No caso do AMPA, em particular, essa questão é menos relevante, uma vez que a ferramenta foi desenvolvida sem necessidade de nenhuma forma de investimento. Mesmo assim, perguntei à Coordenadora Médica sua opinião a respeito do tema:

“É difícil falar, somos uma organização atípica que recebeu uma ferramenta também de forma atípica. Num caso mais tradicional, em que uma empresa desenvolva um BSC juntamente com uma consultoria especializada, acho que é necessária uma análise mais a fundo sobre os impactos financeiros, mas no nosso caso isso não foi necessário. De qualquer forma, não espero grandes mudanças do ponto de vista de custos de manutenção, porque já medimos vários dos indicadores atualmente. Também não espero um aumento das receitas, pois o BSC pouco pode fazer neste sentido. Assim, a única consequência que espero do ponto de vista financeira é uma possível redução de custos através de ganhos de eficiência.”

De fato, conforme dito pela Coordenadora Médica, trata-se de uma situação atípica em todos os sentidos, em que os impactos financeiros são pouco relevantes quando comparados aos outros impactos já discutidos.

Por fim, quando questionados se esperam que o BSC tenha impacto positivo sobre a satisfação dos pacientes, as quatro acenaram positivamente, o que mostra seu otimismo em relação ao maior objetivo da ferramenta. Afinal, toda a construção do BSC foi baseada na hipótese de que a missão do AMPA seja justamente satisfazer seus clientes.

5.2.4. Considerações sobre a atualização do *Balanced Scorecard*

Para manter o BSC sempre atualizado e adaptado a novas realidades e mudanças de estratégia, sugere-se que o ambulatório adote a metodologia proposta por Kennerley e Neely (2003), na qual a ferramenta é revista periodicamente, num processo que consiste de três etapas: reflexão sobre o BSC atual, sua modificação para alinhá-lo ao novo ambiente e à nova estratégia, e implementação do BSC atualizado. Essa metodologia, na qual a estratégia e o SMD são discutidos constantemente e revistos, sem a necessidade de um evento excepcional, remete ao conceito de Argyris de “*double-loop learning*”, e classifica a ferramenta como um BSC-Interativo, de acordo com a definição de Agostino e Arnaboldi (2012). Essa opção assume participação ativa da gestão e diálogo direto com os subordinados, gerando um ambiente de trabalho mais orgânico.

Retomando a estrutura do CLMS proposto por Kaplan e Norton (2008), pode-se agora analisar as cinco etapas que compõem o modelo. O ciclo se inicia com a revisão da estratégia organizacional, que foi realizada através do Questionário 1, resultando na definição da missão específica do AMPA. A segunda etapa foi o principal assunto deste trabalho, utilizando ferramentas como o *Strategy Map* e o BSC para traduzir e comunicar a estratégia entre os colaboradores. A etapa três consiste na definição de operações para executar a estratégia escolhida, e é uma atividade que deve ser desenvolvida pela gestão do ambulatório. As etapas

quatro e cinco, apesar de ainda não desenvolvidas, já foram debatidas e definidas neste trabalho, sendo constituídas pelas medições de fato dos indicadores selecionados e pela atualização do modelo proposto, que fecha o ciclo, conectando seu fim a um novo início, quando a estratégia organizacional é revista.

6. CONCLUSÃO

Há diversos fatores que influenciam o sucesso de uma organização. Alguns deles estão muito além do controle dos gestores, e há pouco o que se fazer para lidar com eles. Um bom gestor, entretanto, é capaz de identificar quais são as variáveis controláveis e sabe como manipulá-las de modo a gerar os melhores resultados possíveis. Mas não há gestor que consiga maximizar seus resultados sem o auxílio de ferramentas robustas e uma equipe motivada.

Desenvolver um SMD para uma organização é um grande desafio. Adaptar uma ferramenta consagrada entre as companhias de setores tradicionais da economia à realidade de uma OSFL da área da Saúde foi ainda mais desafiador. Mas como qualquer desafio, sua superação gera boas reflexões e leva a interessantes conclusões. Após o desenvolvimento do BSC para o AMPA, algumas delas surgiram e são listadas na sequência:

- **Desenvolver um SMD pode funcionar como uma reflexão:** O desenvolvimento de um SMD, independentemente da metodologia selecionada, é um processo que gera muito mais que uma simples tabela ou gráfico ao seu final. É um processo que gera reflexões, e reflexões trazem à tona novas ideias e soluções. Durante minhas conversas com a Coordenadora Médica, nós frequentemente discutíamos sugestões mundanas, problemas rotineiros do ambulatório, mas que ninguém havia pensado em solucionar. A maior parte dessas ideias vinha de respostas “erradas” a perguntas dos questionários, ou de Mapas Cognitivos “mal projetados”. Nenhuma delas, no entanto, teria surgido sem uma pausa para reflexão, e esse pode ser justamente o maior ganho do processo de desenvolvimento de um SMD.
- **O envolvimento de colaboradores pode quebrar barreiras:** O envolvimento dos colaboradores tem um forte caráter motivacional. Durante o processo de desenvolvimento do BSC, mais de 20 colaboradores tiveram a oportunidade de participar, expor suas opiniões, falar de suas virtudes e expressar suas insatisfações. A quebra da barreira entre gestores e empregados tende a gerar melhores ambientes de trabalho, nos quais todos têm o direito de expressar suas ideias e resolver seus problemas mais rapidamente, de uma maneira mais direta. Além disso, boas ideias podem surgir, especialmente quando todos se sentem na liberdade de opinar sem medo de retaliações. Em particular, eu gostaria de ressaltar a participação das duas Agentes de Ação Comunitária, que são membros da comunidade de Paraisópolis e trabalham para o

ambulatório para pôr abaixo também as barreiras entre os profissionais e os pacientes. Essas personagens foram extremamente relevantes, pois suas opiniões refletem, até certo ponto, as da comunidade como um todo.

- **Os gestores possuem boas ferramentas à sua disposição:** Conforme dito anteriormente, não há gestor capaz de gerenciar de modo adequado sem o uso de boas ferramentas. Durante este projeto, foi possível observar de perto duas delas, o *Strategy Map* e o *Balanced Scorecard*, e foi possível concluir que os gestores têm boas opções ao seu dispor. Mesmo o BSC do AMPA ainda não tendo sido implementado, o modelo se mostrou bastante flexível, capaz de se adaptar a uma realidade significativamente diversa da para qual ele foi originalmente projetado. Portanto, acredito que, se bem implementado, corretamente utilizado e periodicamente revisado, o BSC pode trazer diversos benefícios ao ambulatório. Vale também mencionar o *Strategy Map* como etapa vital para o desenvolvimento do BSC, sem o qual os bons resultados obtidos não seriam possíveis.
- **As Organizações Sem Fins Lucrativos não são tão diferentes das com fins lucrativos:** OSFLs são, na realidade, bastante diferentes das com fins lucrativos, mas aquilo que devem fazer para serem bem sucedidas no alcance de sua missão é bastante semelhante. Excluindo questões financeiras, toda organização deve trabalhar para satisfazer seus clientes, ter processos internos bem estruturados, e aprender para desenvolver-se continuamente. Assim, a diferença é meramente se tudo isso será utilizado para gerar lucros no final ou se será possibilitado devido à boa gestão dos recursos financeiros.

Este projeto termina com dois principais produtos: um *Strategy Map* e um *Balanced Scorecard* projetados especificamente para o AMPA. O assunto, no entanto, está longe de ser esgotado, e deixamos algumas portas abertas para futuros desenvolvimentos deste trabalho:

- **Processo de implementação:** Há espaço para a realização de uma pesquisa acerca da maneira como o BSC foi de fato implementado no AMPA, sua usabilidade, e como o monitoramento do desempenho do ambulatório influenciou o dia-a-dia da organização.
- **Eficácia da ferramenta desenvolvida:** Apesar de o BSC ter sido entregue como um produto final à organização, não é possível afirmar se seu uso será bem sucedido, e se

de fato ajudará a gestão e realizar suas atividades. Os resultados obtidos pelo uso da ferramenta, portanto, representam outro assunto a ser futuramente estudado.

- **Processo de atualização:** Apesar de termos discutido algumas das questões relacionadas ao processo de atualização da ferramenta, esse é um assunto de extrema relevância, que poderia ser analisado e discutido em maior profundidade.
- **Adaptação da ferramenta a outros ambulatorios similares:** Pode-se avaliar a aplicabilidade da ferramenta desenvolvida a outros centros de saúde com características semelhantes às do AMPA.

Para concluir, gerenciar organizações não é uma tarefa simples. Nunca foi uma tarefa simples, e provavelmente nunca será. Mas com o uso de boas práticas de gestão, ferramentas apropriadas, uma boa dose de reflexão, e o apoio de uma equipe competente, comprometida e motivada, as chances de gerenciar uma organização com sucesso aumentam consideravelmente.

7. BIBLIOGRAFIA

ABREU, R.; DAVID, F.; CROWTHER, D. Corporate social responsibility is urgently needed in health care. **Social Responsibility Journal**, 1, n. 3, 2005. 225-240.

AGOSTINO, D. et al. Developing a performance measurement system for public research centres. **International Journal of Business Science and Applied Management**, 7, n. 1, 2012. 43-60.

AGOSTINO, D.; ARNABOLDI, M. Design issues in balanced scorecards: the "what" and "how" of control. **European Management Journal**, 30, 2012. 327-339.

AIDEMARK, L.-G. The meaning of balanced scorecards in the health care organisation. **Financial Accountability & Management**, 17, n. 1, 2001. 23-40.

ARGYRIS, C. Double loop learning in organizations. **Harvard Business Review**, 5, 1977. 115-125.

ASBROEK, A. H. A. T. et al. Developing a national performance indicator framework for the Dutch health system. **International Journal for Quality in Health Care**, 16, n. suppl. 1, 2004. i65-i71.

BOURNE, M. et al. Designing, implementing and updating performance measurement systems. **International Journal of Operations & Production Management**, 20, n. 7, 2000. 754-771.

CHAN, Y.-C. L. How strategy map works for Ontario's health system. **International Journal of Public Sector Management**, 22, n. 4, 2009. 349-363.

CHEN, H.-F.; HOU, Y.-H.; CHANG, R.-E. Application of the balanced scorecard to na academical medical center in Taiwan: The effect of warning systems on improvement of hospital performance. **Journal of the Chinese Medical Association**, 75, 2012. 530-535.

CHEN, X.-Y. et al. Using the balanced scorecard to measure Chinese and Japanese hospital performance. **International Journal of Health Care Quality Assurance**, 19, n. 4, 2006. 339-350.

CHUA, A. Y. K. The dark side of successful knowledge management initiatives. **Journal of Knowledge Management**, 13, n. 4, 2009. 32-40.

DE GEUSER, F.; MOORAJ, S.; OYON, D. Does the balanced scorecard add value? Empirical evidence on its effect on performance. **European Accounting Review**, 18, n. 1, 2009. 93-122.

DE TONI, A.; TONCHIA, S. Performance measurement systems: Models, characteristics and measures. **International Journal of Operations & Production Management**, 21, n. 1, 2001. 46-71.

ECCLES, R. G. The performance measurement manifesto. **Harvard Business Review**, 69, n. 1, 1991. 131-137.

EDVINSSON, L. Developing intellectual capital at Skandia. **Long Range Planning**, 30, n. 3, 1997. 366-373.

EUSKE, K. J. Public, private, not-for-profit: everybody is unique? **Measuring Business Excellence**, 7, n. 4, 2003. 5-11.

FREZATTI, F. et al. The BSC and the attributes structure of management accounting: na analysis within the Brazilian environment. **Revista de Administração de Empresas**, 50, n. 2, 2010. 187-198.

FUNCK, E. The balanced scorecard equates interests in healthcare organizations. **Journal of Accounting & Organizational Change**, 3, n. 2, 2007. 88-103.

GAULD, R. et al. Scorecards for health system performance assessment: The New Zealand example. **Health policy**, 103, n. 2, 2011. 200-208.

GLAVAN, L. M. Understanding process performance measurement systems. **Business Systems Research**, 2, n. 2, 2011. 25-38.

GREILING, D. Balanced scorecard implementation in German non-profit organisations. **International Journal of Productivity and Performance Management**, 59, n. 6, 2010. 534-554.

GRIGOROUDIS, E.; ORFANOUDAKI, E.; ZOPOUNIDIS, C. Strategic performance measurement in a healthcare organisation: A multiple criteria approach based on BSC. **Omega**, 40, n. 1, 2012. 104-119.

GURD, B.; GAO, T. Lives in balance: an analysis of the balanced scorecard in healthcare organizations. **International Journal of Productivity and Performance Management**, 57, n. 1, 2007. 6-21.

HELMIG, B.; JEGERS, M.; LAPSLEY, I. Challenges in managing nonprofit organizations: a research overview. **Voluntas: International Journal of Voluntary and Nonprofit Organizations**, 15, n. 2, 2004. 101-116.

KAPLAN, R. S. Strategic performance measurement and management in nonprofit organizations. **Nonprofit Management and Leadership**, 11, n. 3, 2001. 353-370.

KAPLAN, R. S.; NORTON, D. P. The Balanced Scorecard - Measures that drive performance. **Harvard Business Review**, 70, 1992. 71-79.

KAPLAN, R. S.; NORTON, D. P. Putting the balanced scorecard to work. **Harvard Business Review**, 71, n. 5, 1993. 134-142.

KAPLAN, R. S.; NORTON, D. P. Using the balanced scorecard as a strategic management system. **Harvard Business Review**, 74, 1996. 75-85.

KAPLAN, R. S.; NORTON, D. P. Having trouble with your strategy? Then map it. **Harvard Business Review**, 78, n. 5, 2000. 167-176.

KAPLAN, R. S.; NORTON, D. P. Measuring the strategic readiness of intangible assets. **Harvard Business Review**, 82, n. 2, 2004. 52-63.

KAPLAN, R. S.; NORTON, D. P. Mastering the management system. **Harvard Business Review**, 86, n. 1, 2008. 62.

KEEGAN, D. P.; EILER, R. G.; JONES, C. R. Are your performance measures obsolete? **Management Accounting**, 70, n. 12, 1989. 45-50.

KENNERLEY, M.; NEELY, A. Measuring performance in a changing business environment. **International Journal of Operations & Production Management**, 23, n. 2, 2003. 213-229.

KHAN, M. S.; QUADDUS, M. Group decision support using fuzzy cognitive maps for causal reasoning. **Group Decision and Negotiation**, 13, n. 5, 2004. 463-480.

KLAZINGA, N. et al. Indicators without a cause. Reflections on the development and use of indicators in health care from a public health perspective. **International Journal for Quality in Health Care**, 13, n. 6, 2001. 433-438.

KUNZ, H.; SCHAAF, T. General and specific formalization approach for a balanced scorecard. **Expert Systems with Applications**, 38, n. 3, 2011. 1947-1955.

LAPSLEY, I. Market mechanisms and the management of health care. **International Journal of Public Sector Management**, 7, n. 6, 1994. 15-25.

LAPSLEY, I. New public management: the cruellest invention of the human spirit? **Abacus**, 45, n. 1, 2009. 1-21.

LETTIERI, E.; MASELLA, C.; ZANABONI, P. A cognitive map to design a performance-oriented RIS-PACS. **International Journal of Healthcare Technology and Management**, 9, n. 1, 2008. 45-59.

LUTHY, D. H. **Intellectual capital and its measurement**. Proceedings of the Asian Pacific Interdisciplinary Research in Accounting Conference (APIRA). Osaka: Cambridge University Press. 1998.

MARINHO, S. V.; SELIG, P. M. Comparative analysis of the Balanced Scorecard with some performance measurement systems. **Revista Gestão Industrial**, 5, n. 3, 2009. 177-198.

MARR, B.; SCHIUMA, G. Business performance measurement - past, present and future. **Management Decision**, 41, n. 8, 2003. 680-687.

MCCUNN, P. The balanced scorecard. the eleventh commandment. **Management Accounting**, 76, 1998. 34-37.

MOHRMAN, S. A.; SHANI, A. B.; MCCracken, A. Chapter 1 Organizing for Sustainable Health Care: The Emerging Global Challenge. In: MOHRMAN, S. A.; SHANI, A. B. **Organizing for Sustainable Effectiveness**. [S.l.]: Emerald Group Publishing Limited, v. 2, 2012. p. 1-39.

NAJMI, M.; ETEBARI, M.; EMAMI, S. A framework to review Performance Prism. **International Journal of Operations & Production Management**, 32, n. 10, 2012. 1124-1146.

NEELY, A. The evolution of performance measurement research: developments in the last decade and a research agenda for the next. **International Journal of Operations & Production Management**, 25, n. 12, 2005. 1264-1277.

NEELY, A.; ADAMS, C. Perspectives on performance: the performance prism. In: _____ **Perspectives on performance: the performance prism**. [S.l.]: [s.n.], 2000.

NEELY, A.; JARRAR, Y. Extracting value from data - the performance planning value chain. **Business Process Management Journal**, 5, 2004. 506-509.

NEELY, A.; NAJJAR, M. A. Management learning, not management control: The true role of performance measurement. **California Management Review**, 48, n. 3, 2006. 101-114.

RABBANI, F. et al. Designing a balanced scorecard for a tertiary care hospital in Pakistan: a modified Delphi group exercise. **The International Journal of Health Planning and Management**, 25, n. 1, 2010. 74-90.

RIGBY, D.; BILODEAU, B. **Management Tools & Trends 2011**. Bain & Company. [S.l.], p. 1-12. 2011.

SAVINO, D. M.; MCGUIRE, K. S.; WHITE, K. M. Human asset measurement: a comparison of the artifact-based approach versus the input methods. **Journal of Management**, 13, n. 1, 2012. 39-45.

- SENYIGIT, Y. B. **The balanced scorecard in the healthcare industry: a case study.** International Symposium on Sustainable Development. Sarajevo: [s.n.]. 2009. p. 139-143.
- TANGEN, S. Performance measurement: from philosophy to practice. **International Journal of Productivity and Performance Management**, 53, n. 8, 2004. 726-737.
- TATICCHI, P.; BALACHANDRAN, K.; TONELLI, F. Performance measurement and management systems: state of the art, guidelines for design and challenges. **Measuring Business Excellence**, 16, n. 2, 2012. 41-54.
- TATICCHI, P.; TONELLI, F.; CAGNAZZO, L. Performance measurement and management: a literature review and a research agenda. **Measuring Business Excellence**, 14, n. 1, 2010. 4-18.
- TUAN, L. T. From unbalanced to balanced: Performance measurement in a Vietnamese hospital. **Leadership in Health Services**, 25, n. 4, 2012. 288-305.
- URRUTIA, I.; ERIKSEN, S. D. Application of the balanced scorecard in Spanish private health-care management. **Measuring Business Excellence**, 9, n. 4, 2005. 16-26.
- WORLEY, C. G. Chapter 2 Organizing for Agile and Sustainable Health Care: The Alegent Health Case. In: MOHRMAN, S. A.; SHANI, A. B. **Organizing for Sustainable Health Care.** [S.I.]: Emerald Group Publishing Limited, v. 2, 2012. p. 41-75.
- ZELMAN, W.; PINK, G.; MATTHIAS, C. Use of balanced scorecard in health care. **Journal of Health Care Finance**, 29, n. 4, 2003. 1-16.
- ZHANG, S. et al. Strategy deployment systems within the UK healthcare sector: a case study. **International Journal of Productivity and Performance Management**, 61, n. 8, 2012. 863-880.

APÊNDICE A – QUESTIONÁRIO 1

Olá, meu nome é Gabriel Pasmanik Eisencraft, sou aluno do último ano de Engenharia de Produção no Politecnico di Milano (Itália) e meu trabalho de formatura tem como objetivo desenvolver um *Balanced Scorecard* para o **Ambulatório de Paraisópolis (AMPA)** com a ajuda de seus funcionários.

O *Balanced Scorecard* é uma ferramenta muito utilizada por organizações para ajudá-las a atingir seus objetivos. Ele é responsável por traduzir a estratégia da organização em medidas simples que incentivam os funcionários a trabalhar na direção dos objetivos e metas propostos. Bastante conhecido no meio administrativo e difundido com grande sucesso na indústria, o *Balanced Scorecard* ainda é pouco usado na área da saúde, apesar de existirem estudos que apontam para excelentes resultados da ferramenta também neste setor.

Este questionário inicial tem como objetivo entender melhor o AMPA e seus funcionários, compreender como os funcionários enxergam a organização e levantar ideias iniciais para o futura elaboração do *Balanced Scorecard*. É um questionário curto, mas essencial para o desenvolvimento do trabalho. Por favor, **reflita** bastante antes de responder às questões e não se limite às primeiras **ideias** que lhe surgirem (embora elas também sejam importantes). Caso necessite de mais espaço para as respostas, utilize a última folha (em branco) indicando claramente o número da questão.

Cada um dos entrevistados é peça fundamental para o desenvolvimento do *Balanced Scorecard*. Não existem respostas certas ou erradas, o questionário é anônimo e de modo algum tem como objetivo avaliar o seu desempenho.

Desde já, agradeço pela colaboração.

- 1. Descreva brevemente o seu cargo no AMPA e suas principais tarefas e responsabilidades.**
- 2. Há quanto tempo você trabalha para o AMPA?**
- 3. Você sabe quais são a Missão, a Visão e os Valores definidos pela Sociedade Beneficente Israelita Brasileira Albert Einstein (SBIBAE)? Se sim, descreva-os abaixo. Se não, quais você acredita que deveriam ser?**
- 4. De que maneiras você acredita que o AMPA ajude a cumprir essa Missão?**
- 5. O que mais você acredita que o AMPA possa fazer para ajudar a alcançar essa Missão?**

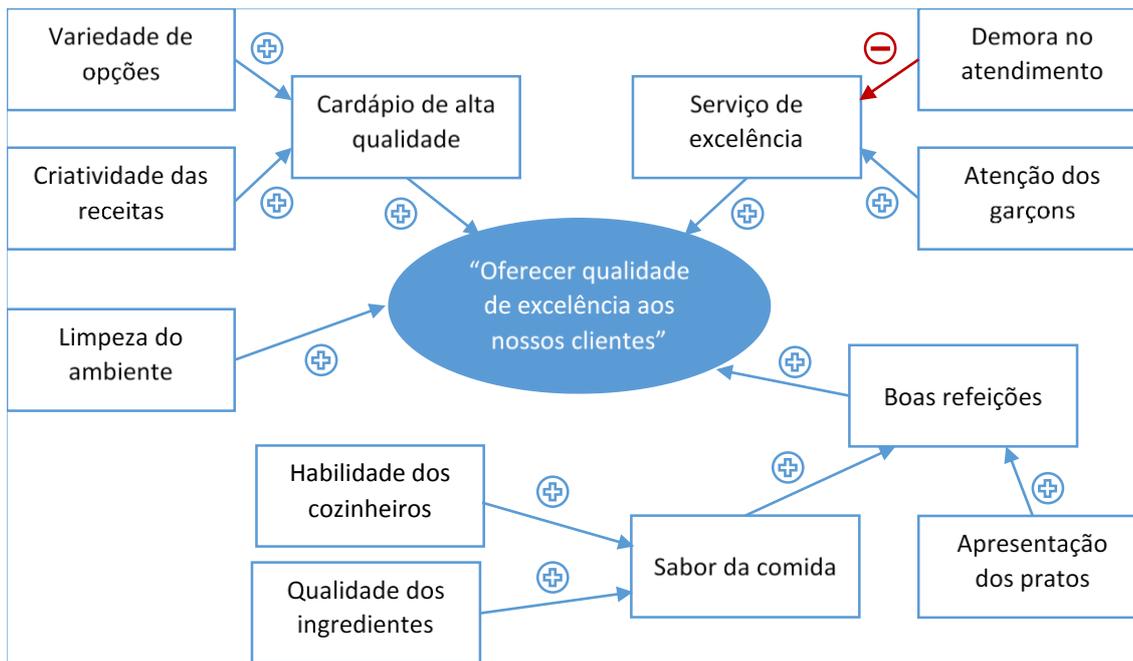
6. Na sua opinião, quais são as qualidades/competências/conhecimentos/valores que fazem com que o AMPA consiga cumprir o seu papel e se destaque?
7. Na sua opinião, quais são os principais desafios enfrentados pelo AMPA para desempenhar suas funções?

Diversas ferramentas são utilizadas para facilitar o desenvolvimento do *Balanced Scorecard*. O mapa apresentado abaixo é uma delas, e ajuda a entender como diferentes ações se relacionam com o objetivo de alcançar o objetivo final da organização. Resumidamente, ele conecta ideias baseado na **relação de causa-efeito** entre elas. Os sinais sobre as setas indicam se um elemento tem um efeito positivo (+) ou negativo (-) sobre o outro. Observe o exemplo abaixo:

Organização: Restaurante

Missão: “Oferecer qualidade de excelência aos nossos clientes.”

Mapa Cognitivo:



8. Agora considerando o AMPA, elabore um mapa cognitivo como o do exemplo acima, indicando quais são as ações ou iniciativas que colaboram (ou atrapalham) para que o ambulatório cumpra sua missão. Procure criar entre 8 e 12 relações (setas).

APÊNDICE B – QUESTIONÁRIO 2

Olá novamente! Primeiramente, gostaria de agradecer por sua atenção e dedicação ao responder o primeiro questionário. As respostas fornecidas pelos colaboradores do AMPA representaram uma fonte riquíssima de material para o desenvolvimento do projeto de elaboração do *Balanced Scorecard* para o ambulatório.

Após coletar e avaliar as opiniões dos colaboradores, foi desenvolvida uma primeira versão de um Mapa Estratégico para o AMPA. O Mapa Estratégico (similar ao mapa desenhado no questionário anterior) é uma ferramenta que conecta elementos de importância ao AMPA através de uma relação de causa-efeito, classificando-os em diferentes perspectivas de acordo com sua natureza. Ele é elaborado com o objetivo de fazer com que a organização alcance sua missão através da atenção especial dada a esses elementos de grande importância.

Observe o Mapa Estratégico proposto para o AMPA na página seguinte. Na parte superior é apresentada a missão da SBIBAE, seguida pela missão do AMPA (o AMPA não tem uma missão definida formalmente, mas esse campo procura representar como o AMPA ajuda a SBIBAE a alcançar sua missão). Os retângulos nas laterais dão nomes às cinco perspectivas propostas (clientes, processos, colaboradores, investimentos e financeiro) e as caixas no meio do esquema indicam os elementos essenciais para que o AMPA cumpra sua missão. Finalmente, as setas que conectam as caixas indicam como esses elementos se relacionam, ou seja, como o cumprimento de um pode ajudar consequentemente no cumprimento do outro.

Repare que este Mapa Estratégico foi desenhado a partir das respostas dos colaboradores, reunindo ideias propostas no Questionário 1. Por ser uma primeira versão, ele pode conter alguns equívocos, como relacionar elementos de maneira errada, dar atenção a elementos de baixa relevância ou mesmo ignorar fatores importantes para que o AMPA alcance sua missão.

Após a observação atenta do Mapa Estratégico, por favor responda:

- 1. Você concorda com o Mapa Estratégico proposto? Caso sua resposta seja “não”, como você alteraria o mapa para que ele melhor reflita a realidade do AMPA?**

MAPA ESTRATÉGICO DO AMPA

MISSÃO DA SBIBAE (SAÚDE, RESPONSABILIDADE SOCIAL, GERAÇÃO DE CONHECIMENTO)

MISSÃO DO AMPA (RESPONSABILIDADE SOCIAL)

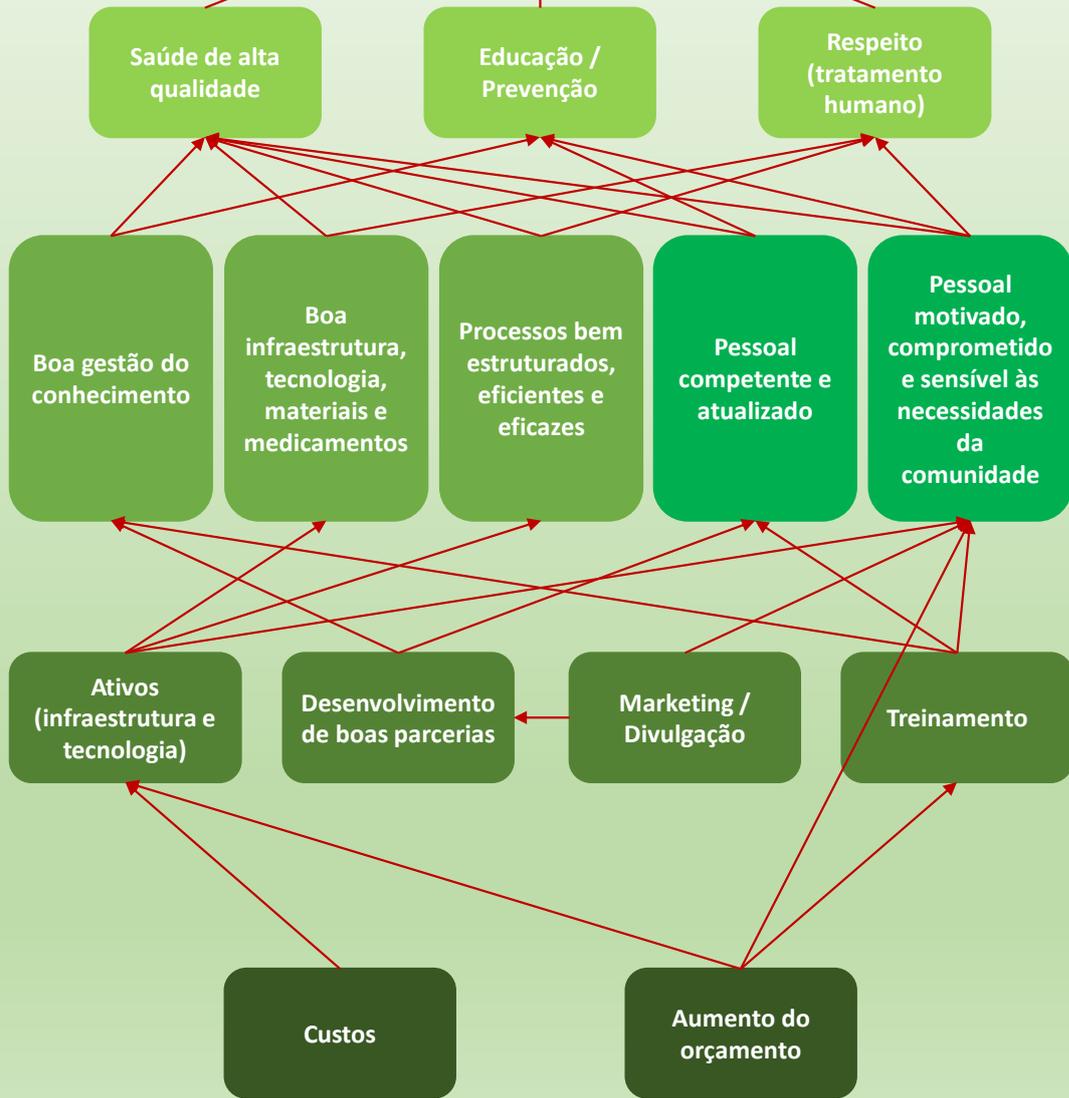
C
L
I
E
N
T
E
S

P
R
O
C
E
S
S
O
S

I
N
V
E
S
T
I
M
E
N
T
O
S

F
I
N
A
N
C
E
I
R
O

C
O
L
A
B
O
R
A
D
O
R
E
S



Após a elaboração do Mapa Estratégico, a próxima etapa para o desenvolvimento do *Balanced Scorecard* consiste na seleção de indicadores para medir os elementos considerados essenciais para a organização. Um indicador é uma medida numericamente expressa que permite à organização avaliar se suas metas estão sendo ou não atingidas. Além disso, um bom indicador deve ser claramente definido (o método de medição deve ser bem definido) e fácil de ser medido (a organização deve ser capaz de medi-lo).

Por exemplo: uma pizzaria que conclua que a satisfação do cliente é um elemento importante, pode medi-la através de pesquisas de satisfação nas quais os clientes dão notas de 0 a 10 a determinados atributos. Já a receita financeira mensal (outro elemento considerado importante pela pizzaria) pode ser medida através dos indicadores “número de pizzas vendidas no mês” e “preço médio das pizzas vendidas no mês”.

2. A lista abaixo inclui todos os elementos considerados importantes no Mapa Estratégico proposto (caso você tenha alterado o mapa proposto, exclua/inclua os elementos alterados). Por favor, sugira 2 indicadores para avaliar cada um dos elementos (caso o nome do indicador não seja autoexplicativo, defina claramente como ele deve ser medido).

- **Saúde de alta qualidade**
- **Educação/Prevenção**
- **Respeito (tratamento humano)**
- **Boa gestão do conhecimento**
- **Boa infraestrutura, tecnologia, materiais e medicamentos**
- **Processos bem estruturados, eficientes e eficazes**
- **Pessoal competente e atualizado**
- **Pessoal motivado, comprometido e sensível às necessidades da comunidade**
- **Ativos (infraestrutura e tecnologia)**
- **Desenvolvimento de boas parcerias**
- **Marketing/Divulgação**
- **Treinamento**
- **Custos**
- **Aumento do orçamento**

APÊNDICE C – QUESTIONÁRIO 3

Olá! Novamente, gostaria de agradecer a atenção e dedicação da equipe ao responder os questionários anteriores. As respostas fornecidas pelos colaboradores do AMPA representaram uma fonte riquíssima de material para o desenvolvimento do projeto de elaboração do *Balanced Scorecard* para o ambulatório.

Após a elaboração do Mapa Estratégico (resultante do primeiro questionário), as respostas coletadas pelo Questionário 2 permitiram que fosse desenvolvida uma primeira versão do *Balanced Scorecard*, na qual 20 indicadores estão divididos em 5 perspectivas (clientes, colaboradores, processos, investimentos e financeiro). Nos casos em que havia informação disponível, já foram incluídos os números referentes aos anos de 2011 e 2012. A ideia é que o gerente que utilize o *Balanced Scorecard* tenha esses números como referência e que consiga visualizar a tendência dos anos anteriores, de modo a estabelecer metas para os anos seguintes.

A primeira versão do *Balanced Scorecard* pode ser visualizada nas páginas seguintes. Repare que este *Balanced Scorecard* foi desenvolvido a partir das sugestões dos colaboradores, baseado na estratégia desenhada para alcançar os objetivos do AMPA. Por ser uma primeira versão, ele pode conter alguns equívocos, como ignorar alguma medida de grande importância, dar importância a alguma medida pouco relevante ou mesmo utilizar 2 indicadores para medir um mesmo elemento.

Para responder este questionário, por favor coloque-se na posição do coordenador do ambulatório, como alguém responsável por gerenciar todas as atividades desenvolvidas dentro do AMPA e monitorar sua relação com a SBIBAE, com a comunidade de Paraisópolis e com a sociedade como um todo. Observe o *Balanced Scorecard* nas páginas seguintes⁵ e responda na última página:

- 1. Considerando todos os indicadores presentes no *Balanced Scorecard*, você sente falta de alguma informação relevante para o nível gerencial do AMPA?**
- 2. Existe algum indicador presente no *Balanced Scorecard* que você considere irrelevante ou desnecessário para o bom gerenciamento do ambulatório? Se sim, qual e por quê?**
- 3. Considerando todas as informações disponíveis no *Balanced Scorecard*, você se sente no controle do AMPA?**
- 4. Você acredita que ligar a remuneração dos colaboradores ao alcance das metas do *Balanced Scorecard* seja uma boa estratégia para motivar a equipe?**

⁵ O *Balanced Scorecard* não é disponibilizado neste apêndice, mas pode ser visualizado no Apêndice M.

APÊNDICE D – QUESTIONÁRIO 4

Olá! Mais uma vez, gostaria de agradecer a colaboração de todos os funcionários do AMPA que participaram dos questionários anteriores e nos permitiram chegar aos estágios finais da elaboração do *Balanced Scorecard* para o ambulatório.

Na última pesquisa foi apresentada a alguns colaboradores uma primeira versão do *Balanced Scorecard* com seus respectivos indicadores e recebi alguns comentários e críticas que foram discutidos e serão incorporados ao BSC. Entretanto, alguns assuntos ainda ficaram em aberto e eu gostaria de saber a opinião da equipe médica antes de produzir a versão final do BSC.

Este questionário é bem curto e pretende apenas solucionar essas questões pontuais. Por favor responda as questões abaixo expressando a sua opinião com relação aos assuntos abordados.

Desde já, agradeço a ajuda!

1. O AMPA possui atualmente algumas formas de avaliar seus colaboradores, mas alguns participantes dos questionários anteriores criticaram os atuais métodos, citando em particular a subjetividade das avaliações. Na sua opinião, como o AMPA poderia desenvolver um método eficiente e objetivo para avaliar a competência de seus colaboradores e se estão sempre atualizados?

2. Um dos indicadores selecionados para medir a eficiência e eficácia dos tratamentos no AMPA foi o “número médio de consultas para controlar determinada patologia”. Entretanto, houve alguma divergência na escolha das patologias a serem acompanhadas pelo indicador.

A lista abaixo contém as patologias crônicas mais prevalentes entre os pacientes do ambulatório. Por favor, selecione as 3 patologias que você acredite que devam ser monitoradas, e ordene-as de acordo com sua prioridade (1 para mais importante, 3 para menos importante).

Ao responder, considere também os seguintes fatores:

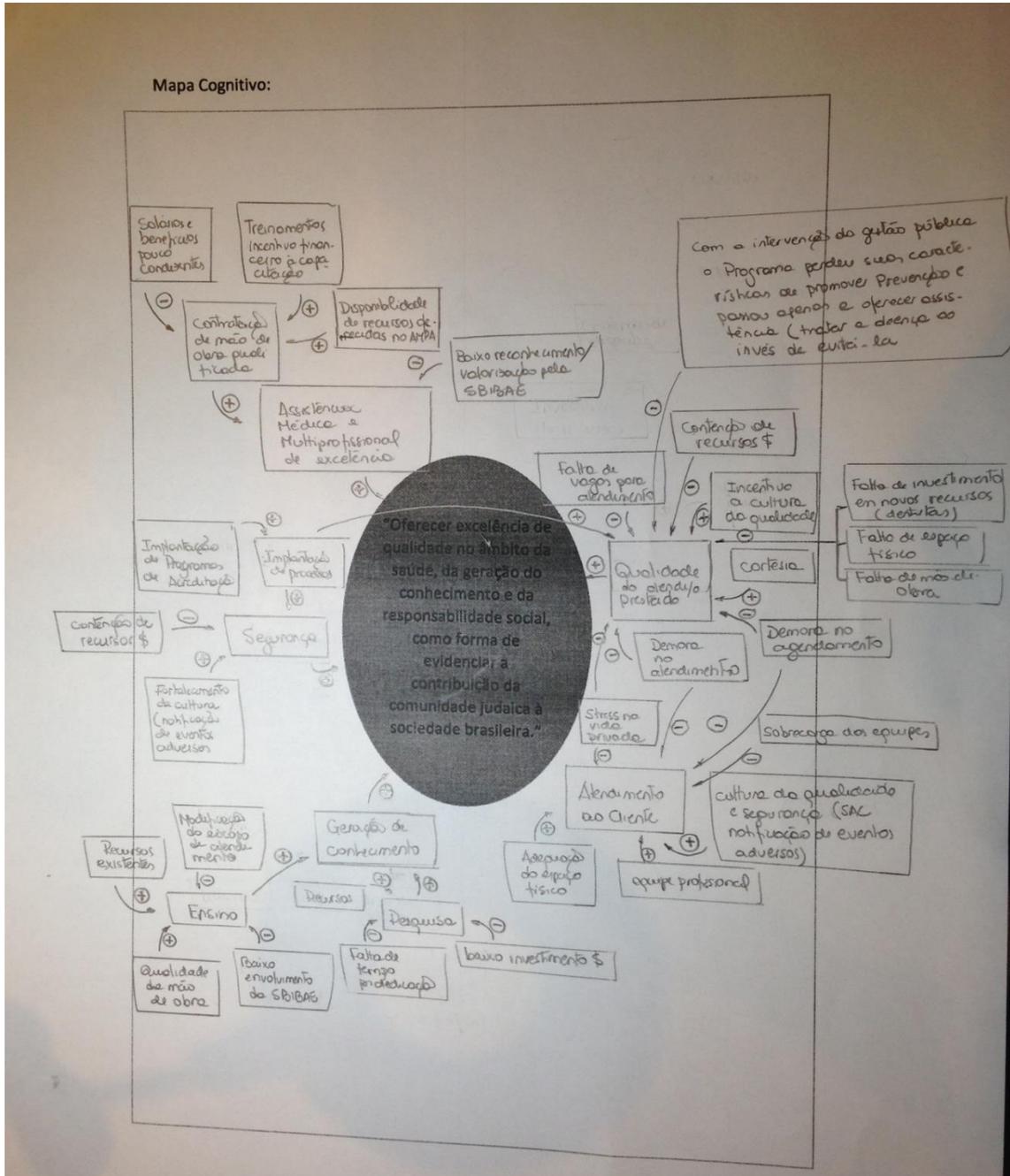
- **É importante que a patologia seja frequente, para que o dado possua valor estatístico.**
- **Tratamentos que envolvam vários especialistas são melhores para avaliar a equipe do que tratamentos realizados por um único especialista.**

- **O fato de que o tratamento de determinada patologia seja mais longo por natureza não implica que o trabalho da equipe médica não esteja sendo bem feito. O objetivo é “reduzir” o número de consultas necessárias para controlar a patologia, e não “aproximá-lo de zero”.**

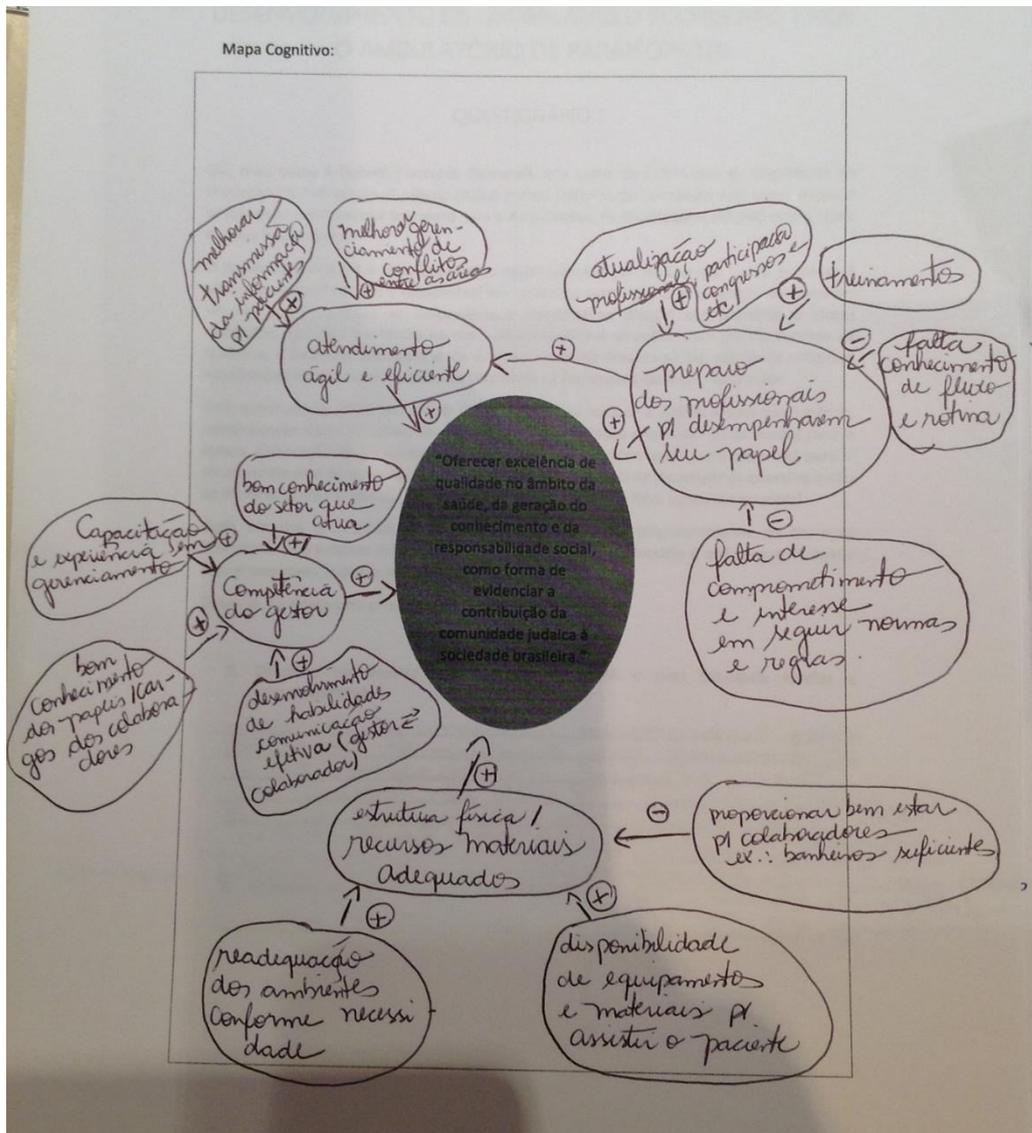
- Asma
- Cefaleia/Enxaqueca
- Dermatite atópica
- Diabetes
- Doença do refluxo
- Encefalopatia crônica
- Infecção do trato urinário de repetição
- Obesidade
- Otite recorrente
- Rinite alérgica
- Síndrome convulsiva
- Transtornos da refração e da acomodação
- Transtornos do desenvolvimento
- Transtornos funcionais do intestino

APÊNDICE E – MAPAS COGNITIVOS

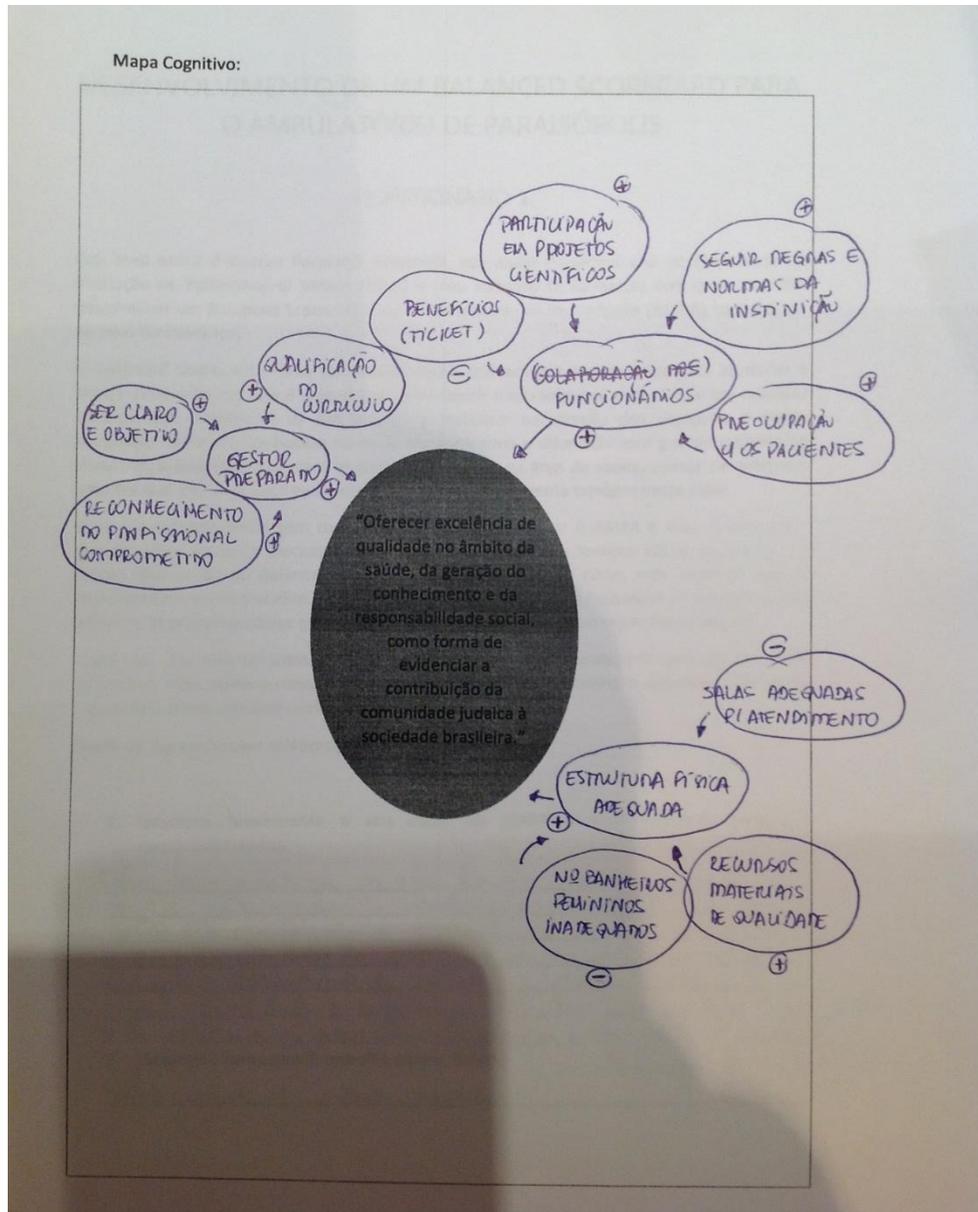
Mapa Cognitivo desenhado pela Coordenadora Médica



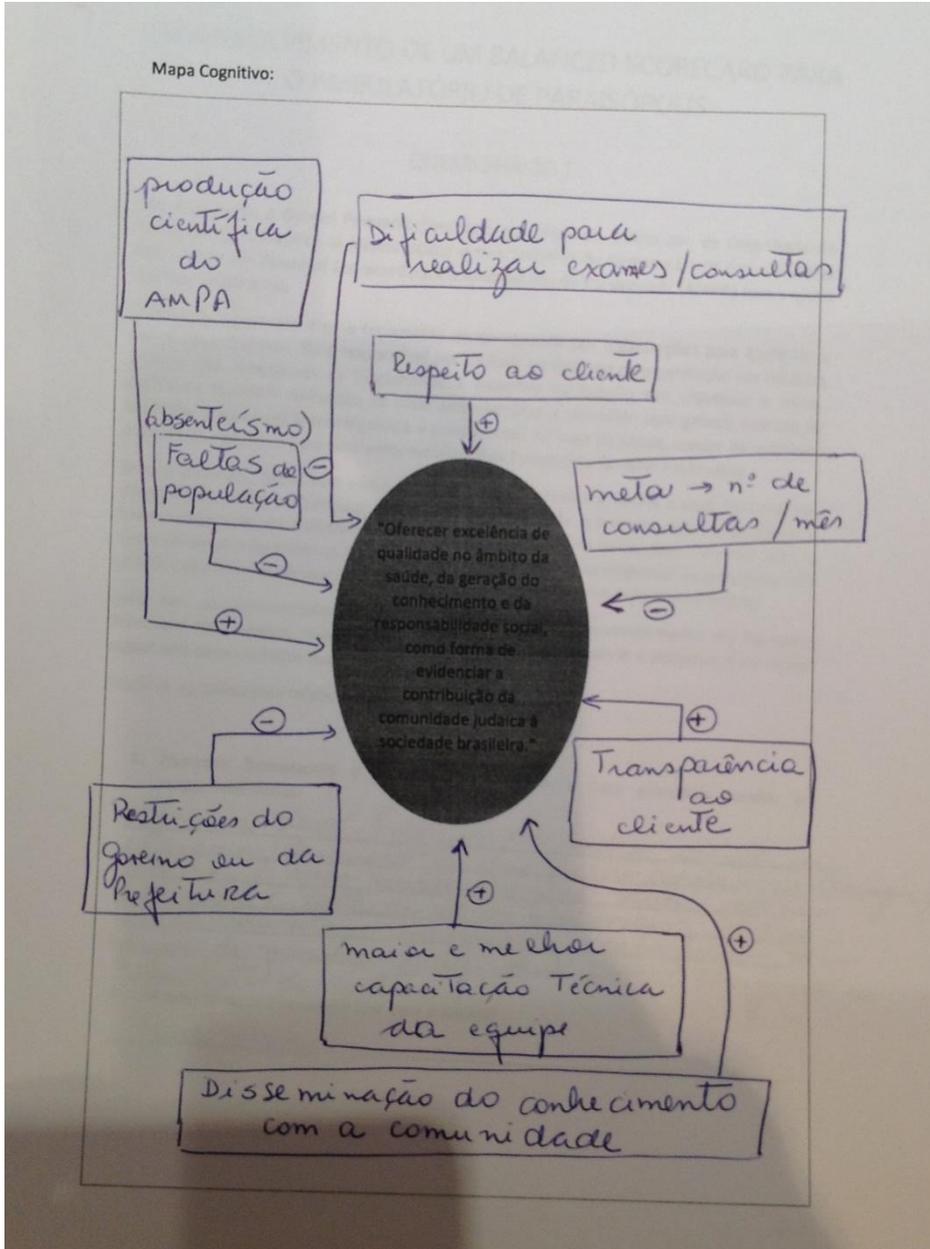
Mapa Cognitivo desenhado pela Enfermeira 1



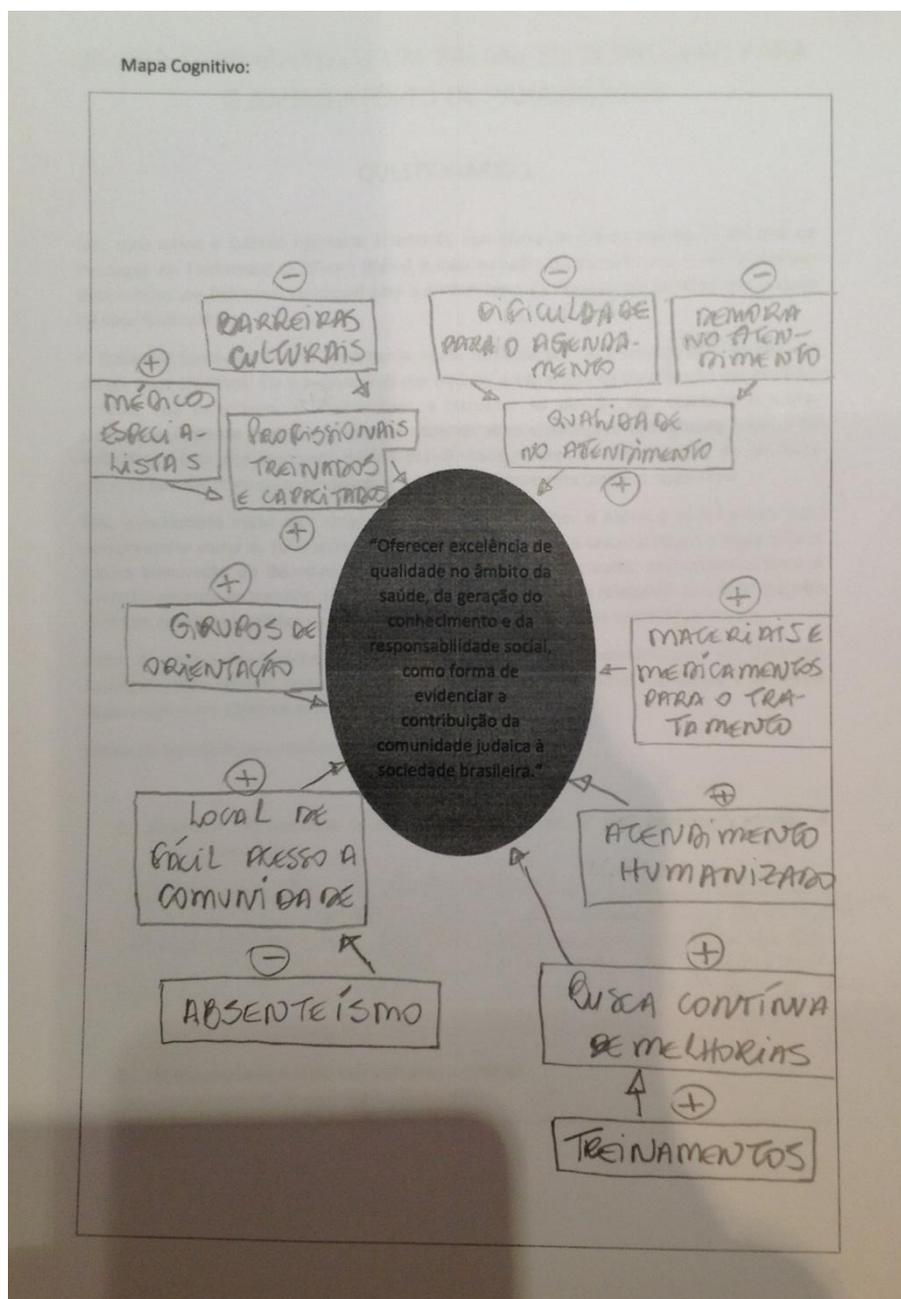
Mapa Cognitivo desenhado pela Enfermeira 2



Mapa Cognitivo desenhado pela Médica 1



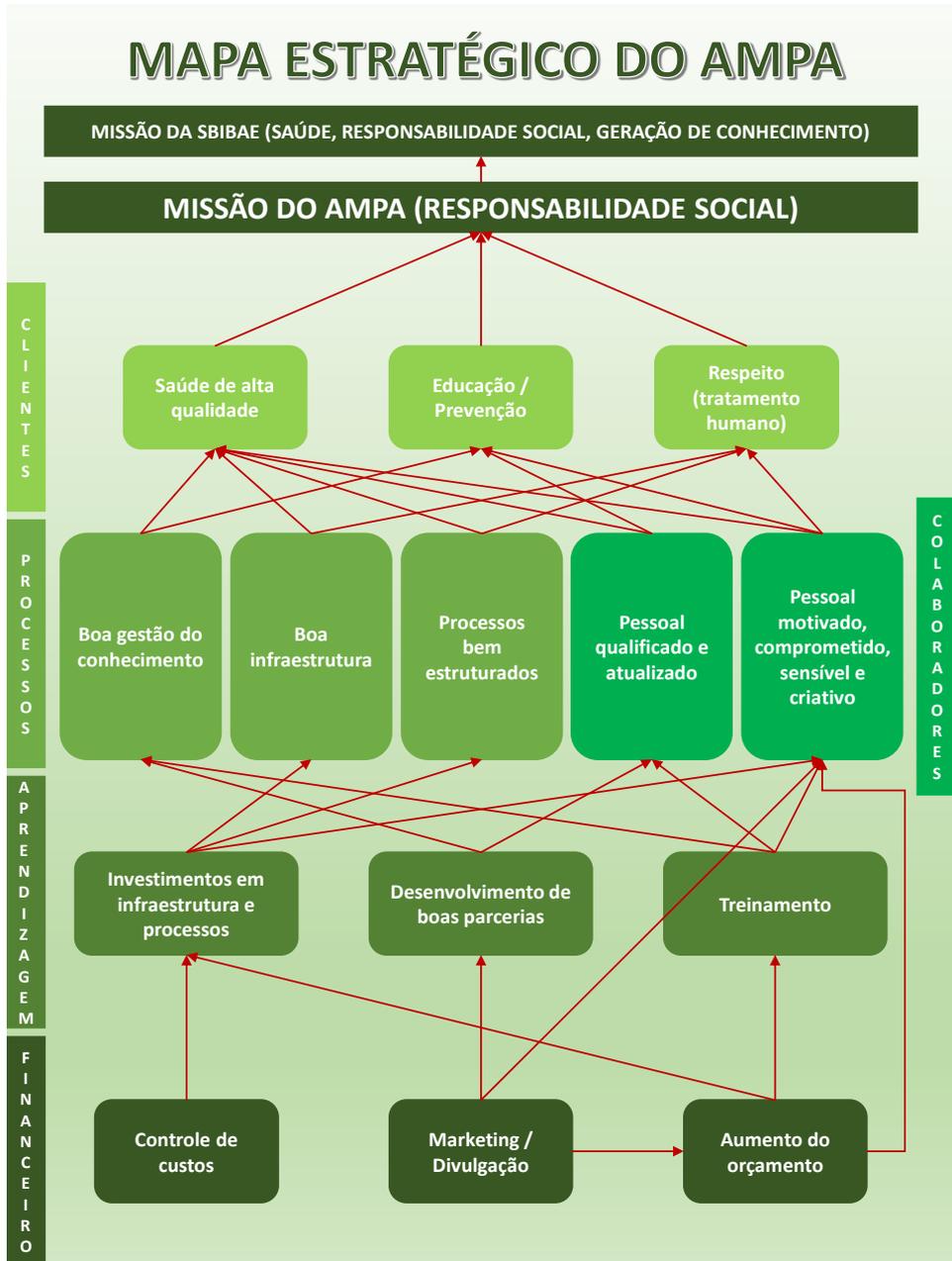
Mapa Cognitivo desenhado pela Técnica de Enfermagem 1



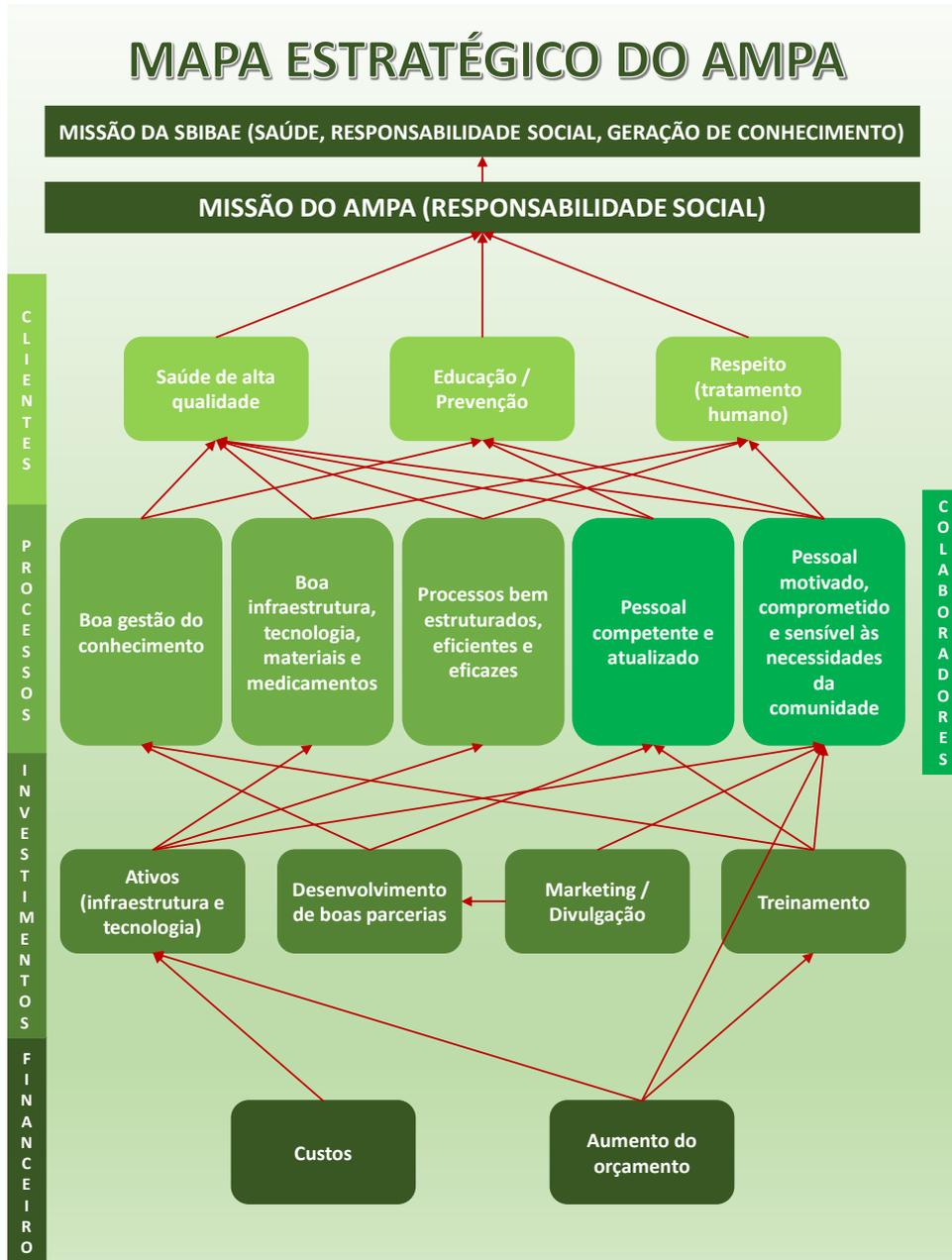
APÊNDICE F – VERSÃO 1 DO STRATEGY MAP



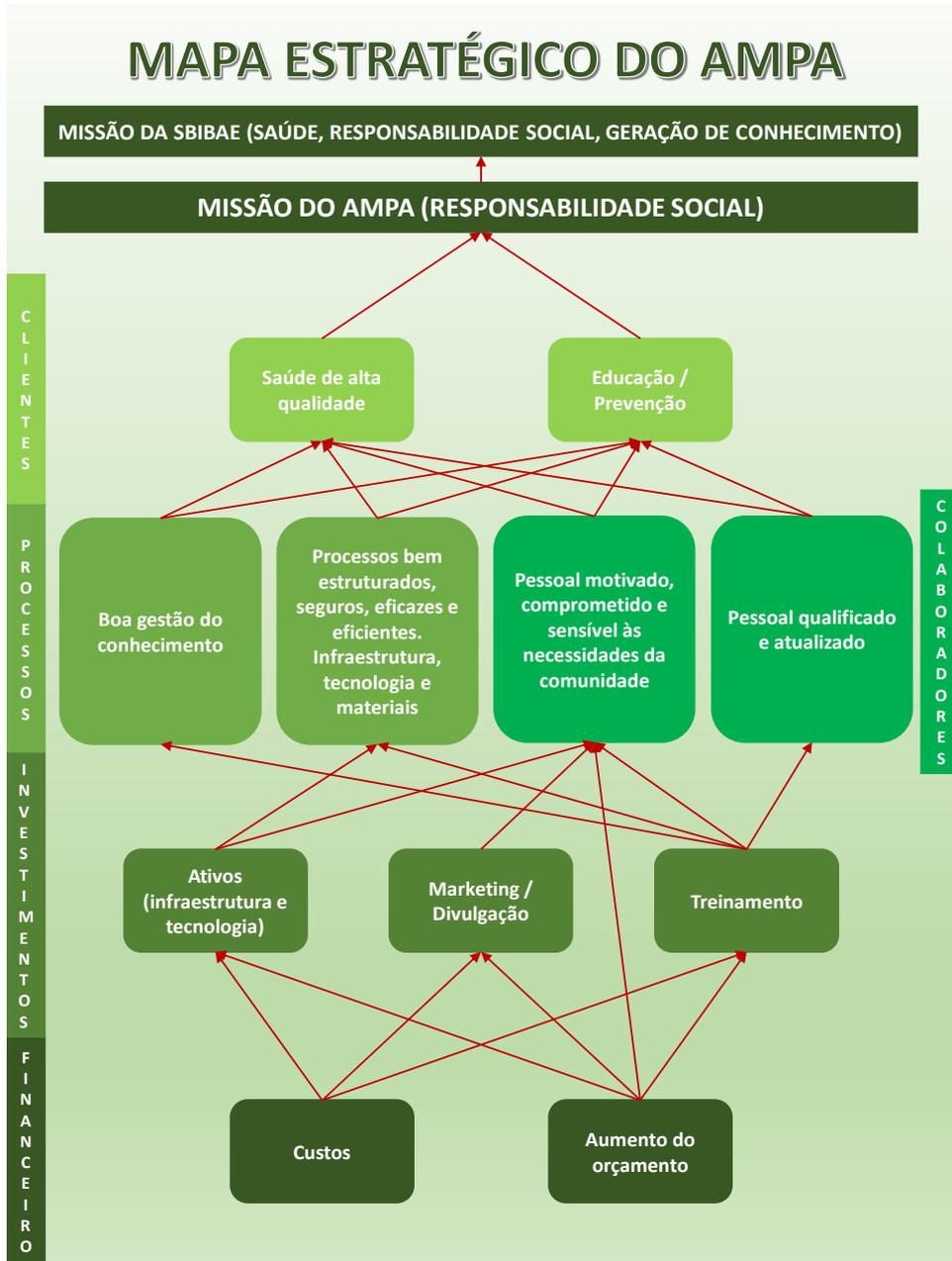
APÊNDICE G – VERSÃO 2 DO STRATEGY MAP



APÊNDICE H – VERSÃO 3 DO STRATEGY MAP



APÊNDICE I – VERSÃO FINAL DO *STRATEGY MAP*



APÊNDICE J – CONJUNTO DE INDICADORES SELECIONADOS PELO AUTOR

Perspectiva	Fator Crítico de Sucesso	Key Performance Indicators
Clientes	Saúde de alta qualidade (5)	Número total de consultas; tempo médio do paciente no sistema; mortes por internação; índice de satisfação do cliente com a saúde; número de reclamações
	Educação/Prevenção (2)	Número de programas/projetos; índice de absenteísmo dos pacientes
Processos	Boa gestão do conhecimento (2)	Número de publicações científicas; número de residentes no ambulatório
	Processos bem estruturados, seguros, eficientes e eficazes. Infraestrutura, tecnologia e materiais (3)	Número de eventos adversos; tempo médio para agendamento de consulta; custos operacionais
Colaboradores	Pessoal qualificado e atualizado (2)	Pontuação média dos colaboradores no Programa de Educação Continuada; Pontuação média dos colaboradores na avaliação de desempenho
	Pessoal motivado e comprometido, sensível às necessidades da comunidade (2)	Índice de absenteísmo dos colaboradores; índice de satisfação do cliente com o serviço
Investimentos	Ativos (infraestrutura e tecnologia) (2)	Tratamentos não realizados por falta de medicamento; investimentos em infraestrutura sobre orçamento
	Marketing/Divulgação (1)	Número total de publicações referentes ao AMPA em mídias internas ou externas
	Treinamento (2)	Número de cursos oferecidos aos colaboradores; índice de comparecimento dos colaboradores aos cursos
Financeiro	Custos (2)	Custo médio por paciente tratado; redução de custos devida ao uso de protocolos médicos
	Aumento do orçamento (1)	Aumento anual do orçamento

**APÊNDICE K – CONJUNTO DE INDICADORES SELECIONADOS PELA
COORDENADORA MÉDICA**

Perspectiva	Fator Crítico de Sucesso	Key Performance Indicators
Clientes	Saúde de alta qualidade (2)	Tempo médio do paciente no Sistema; número médio de consultas por patologia (patologias mais relevantes)
	Educação/Prevenção (1)	Índice de absenteísmo dos pacientes
Processos	Boa gestão do conhecimento (3)	Número de publicações científicas; comparecimento a congressos na área da Saúde; número de horas de treinamento por residente do ambulatório
	Processos bem estruturados, seguros, eficientes e eficazes. Infraestrutura, tecnologia e materiais (2)	Número de eventos adversos; tempo médio para agendamento de consulta
Colaboradores	Pessoal qualificado e atualizado (2)	Pontuação média dos colaboradores no Programa de Educação Continuada; Número de eventos graves ou catastróficos
	Pessoal motivado e comprometido, sensível às necessidades da comunidade (3)	Índice de absenteísmo dos colaboradores; índice de satisfação dos colaboradores; índice de satisfação do cliente com o serviço
Investimentos	Ativos (infraestrutura e tecnologia) (1)	Investimentos em infraestrutura
	Marketing/Divulgação (1)	Número total de publicações referentes ao AMPA em mídias internas ou externas
	Treinamento (1)	Número de cursos oferecidos aos colaboradores
Financeiro	Custos (2)	Custo médio por paciente tratado; redução de custos devida ao uso de protocolos médicos
	Aumento do orçamento (1)	Aumento anual do orçamento

**APÊNDICE L – CONJUNTO DE INDICADORES “ESSENCIAIS” DE ACORDO
COM O PROCESSO DE PRIORIZAÇÃO**

Perspectiva	Fator Crítico de Sucesso	Key Performance Indicators
Clientes	Saúde de alta qualidade (4)	Número de novos casos; número médio de consultas por patologia (patologias a serem definidas); índice de satisfação do cliente sobre a saúde; redução do consumo de medicamentos (a serem definidos)
	Educação/Prevenção (1)	Índice de absenteísmo dos pacientes a retornos agendados
Processos	Boa gestão do conhecimento (2)	Número de publicações científicas; número de horas de treinamento por residente do ambulatório
	Processos bem estruturados, seguros, eficientes e eficazes. Infraestrutura, tecnologia e materiais (2)	Número de eventos adversos; tempo médio para agendamento de consulta
Colaboradores	Pessoal qualificado e atualizado (2)	Pontuação média dos colaboradores no Programa de Educação Continuada; Número de eventos graves ou catastróficos
	Pessoal motivado e comprometido, sensível às necessidades da comunidade (3)	Índice de absenteísmo dos colaboradores; índice de satisfação dos colaboradores; índice de satisfação do cliente com o serviço
Investimentos	Ativos (infraestrutura e tecnologia) (1)	Investimentos em infraestrutura sobre orçamento
	Marketing/Divulgação (1)	Número total de publicações referentes ao AMPA em mídias internas ou externas
	Treinamento (1)	Número de cursos oferecidos aos colaboradores
Financeiro	Custos (2)	Custo médio por paciente tratado; redução de custos devida ao uso de protocolos médicos
	Aumento do orçamento (1)	Aumento anual do orçamento

**APÊNDICE M – *BALANCED SCORECARD*, INDICADORES E INFORMAÇÕES DO
PASSADO DISPONÍVEIS**

BSC AMPA	2011	2012
CLIENTES		
Número de novos casos	NA	2269
Número médio de consultas - Asma	NA	NA
Número médio de consultas - Rinite Alérgica	NA	NA
Número médio de consultas - Obesidade	NA	NA
Índice de satisfação do cliente - Saúde	NA	NA
Adesão aos tratamentos medicamentosos	NA	NA
Taxa de absenteísmo dos pacientes em retornos agendados	NA	NA
COLABORADORES		
Número de eventos adversos graves ou catastróficos	NA	NA
Pontuação média no programa de Educação Médica Continuada	150,7	161,3
Taxa de absenteísmo dos colaboradores	NA	1,55%
Índice de satisfação dos colaboradores	62	63
Índice de satisfação do cliente - Serviço	NA	3,35
PROCESSOS		
Número de eventos adversos	NA	158
Tempo médio para agendamento de consulta	NA	37
Número de publicações	0	0
Número de horas de treinamento por alunos	NA	NA
INVESTIMENTOS		
Porcentagem do orçamento investida em infraestrutura	NA	1,54%
Número de publicações referentes ao AMPA em meios de comunicação internos ou externos	4	3
Número de treinamentos por colaborador por ano	NA	NA
FINANCEIRO		
Aumento do orçamento	NA	50,46%
Custo médio por paciente atendido	113,57	142,49
Redução de custos decorrente do uso de protocolos médicos	NA	NA