

**O BALANCED SCORECARD E A BUROCRACIA NO MEIO HOSPITALAR -
REVISÃO DE ESTUDOS EMPÍRICOS**

Helena Costa Oliveira

Professora Adjunta de Contabilidade / Doutoranda em Contabilidade

Politécnico do Porto

Instituto Superior de Contabilidade e Administração do Porto

Centro de Estudos Organizacionais e Sociais do Politécnico do Porto (CEOS.PP)

Lúcia Lima Rodrigues

Professora Catedrática de Contabilidade

Universidade do Minho

Escola de Economia e Gestão

Área Científica: C) Gestão e Organização.

Palavras-Chave: Balanced Scorecard, Burocracia, Meio Hospitalar

O BALANCED SCORECARD E A BUROCRACIA NO MEIO HOSPITALAR - REVISÃO DE ESTUDOS EMPÍRICOS

Resumo

O Balanced Scorecard (BSC), inicialmente desenvolvido para organizações empresariais, rapidamente se estendeu a outras organizações, como as hospitalares, no seu sentido original de melhorar desempenhos pela instituição de métricas, processos e rotinas organizacionais apropriadas. Apesar da aparente oposição do conceito aos princípios burocráticos, defende-se haver convergências que revelam a burocracia como um método de gestão evoluído e adaptado à época atual, inerente ao BSC. Este estudo confronta o BSC com a burocracia, recorrendo aos fatores caracterizadores propostos por Max Weber. Fazemos também uma revisão de estudos realizados sobre o BSC em ambiente hospitalar para aferir, conforme as associações que essa confrontação permite, a continuidade da burocracia nos meios hospitalares sujeitos ao BSC.

Palavras-chave: Balanced Scorecard, Burocracia, Meio Hospitalar

1. INTRODUÇÃO

A terminologia usada na explanação original do conceito BSC funda-se numa visão economicista da vida organizacional – em que a sobrevivência depende da capacidade em gerar lucros. Porém, se toda a organização sofre restrições e condicionamentos de índole económica, o seu sentido não terá de ser o mero lucro – também se constituem por outras razões. A estas organizações, onde se incluem os serviços públicos – e notoriamente os serviços públicos de saúde – a teoria do BSC, devidamente adaptada, pode oferecer uma disciplina de gestão adequada (Niven 2008). Naturalmente, o uso do BSC depende do carácter e objetivos da organização em causa: estes modelam a sua aplicação.

A implementação do BSC passa por alinhar a missão e a visão com os objetivos organizacionais. Reconhecendo-se indicadores de resultado e de desempenho, as respetivas metas e iniciativas, devidamente alinhadas num mapa estratégico (Kaplan and Norton 1996a).

Defende-se que o conjunto de procedimentos inerentes à implementação e execução do BSC revelam a continuidade de princípios burocráticos - tão publicamente vilipendiados neste século. Neste artigo procuramos então relacionar a ordem burocrática com o BSC e, analisando os estudos realizados sobre a aplicação do BSC em meio hospitalar, verificar se as suas conclusões indiciam uma presença burocrática atribuível ao BSC. Concluimos pela existência de provas empíricas de que hospitais geridos com BSC continuam processos burocráticos adaptados à atualidade – uma burocracia moderna em oposição à imagem tradicional e caricaturada da burocracia.

O trabalho estrutura-se em três pontos. Depois desta introdução, apresentamos o BSC enquadrando o meio hospitalar para, num terceiro ponto, relacionar o BSC e a burocracia, recorrendo aos 10 mandamentos burocratas definidos por Max Weber (os primórdios do pensamento crítico da burocracia) que serviram de referência de análise para uma revisão de literatura dos estudos sobre o BSC em meio hospitalar. Terminamos com as conclusões, enunciando limitações e sugestões para futuras investigações.

2. BALANCED SCORECARD EM MEIO HOSPITALAR

A saúde é uma das áreas de mais rápido crescimento da economia na maioria dos países desenvolvidos (Purbey, Mukherjee, and Bhar 2007) e constituem uma parte significativa da economia de um país (Kocakulah and Austill 2007). As altas taxas de inovação, na prestação de serviços e administração central, são necessárias para alcançar custo eficaz e eficiente dos cuidados de saúde (Walker and Dunn 2006), estendendo-se essa inovação à própria gestão - onde se pode inclui o BSC.

As organizações de saúde são tradicionalmente rígidas, sendo a gestão hospitalar caracterizada pela heterogeneidade com quatro grupos de interesses diferentes (médicos, enfermeiros, administradores e comunidade), muitas vezes conflitantes (Glouberman and Mintzberg 2001). A coordenação e a colaboração são problemas sistêmicos nas organizações hospitalares, o que poderia ser resolvido com o fortalecimento de uma cultura que conduza a ação individual às necessidades coletivas (Glouberman and Mintzberg 2001). Desta forma há necessidade de recorrer a sistemas de apoio à gestão, como o BSC, que habilitem a gestão da incerta da realidade económico-social (Koumpouros 2013).

O BSC, surgido nos anos 90 como modelo de avaliação organizacional (Kaplan and Norton 1992), transformou-se num instrumento de gestão e avaliação contínua da estratégica (Kaplan and Norton 2008). O termo *balanced* indica que o sistema está equilibrado entre os objetivos de curto e de longo prazo, as medidas financeiras e não financeiras, os indicadores de desempenho e resultados (*lagging* e *leading*) (Rababa'h

2014), bem como as perspectivas de desempenho interno e externo (Vesty 2004); o termo *scorecard* significa o documentar as atividades na organização (Christesen 2008).

Esta ferramenta de gestão procura conjugar informação diversa, identificando quatro perspectivas tipo para análise de uma organização: perspectiva financeira, clientes, processos internos, capacidade para aprender e crescer (Kaplan and Norton 1992). Se a perspectiva financeira observa dados concretos relativos à situação financeira, as três restantes debruçam-se sobre questões reveladoras da capacidade na empresa para criar valor, sustentando os objetivos instituídos. Privilegia-se a capacidade de aprendizagem como razão impulsionadora do sucesso nas restantes perspectivas.

Para cada perspectiva, se passíveis de uma avaliação objetiva e comprovável, estabelecem-se indicadores de resultado (fatores críticos de sucesso) e respetivos indutores (indicadores de desempenho). Definidos os indicadores, apontam-se referências e definem-se metas de concretização (Kaplan and Norton 1992). As perspectivas interligam-se numa relação da causa e efeito espelhado num mapa estratégico que espelha a hipótese estratégica de como as perspectivas se inter-relacionam e concluem em termos financeiros (Kaplan and Norton 1996a). Este nexo de causalidade definido no mapa estratégico é questionado por vários autores (Ittner and Larcker 1998),(Nørreklit 2000), (Malmi 2001), defendendo-se apenas a interdependência entre as várias perspectivas (Nørreklit 2003). Apesar das críticas o mapa estratégico apresenta uma visão coerente, integral e esclarecida da estratégia seguida.

Operacionalmente o BSC implica construir processos e práticas que produzam a informação necessária à sistematização da observação e controlo; significa instituir um sentido estratégico e de continuidade, alinhar os vários interesses organizacionais. Os objetivos propostos devem ser decompostos: dos organizacionais para os departamentais e, finalmente, individuais (do geral para o particular). Estes pilares consubstanciam o conteúdo do BSC - um mecanismo de coordenação e controlo organizacional, um facilitador da gestão estratégica (Kaplan and Norton 1996b).

Desta forma o BSC permite clarificar a estratégia empresarial facilitando a sua compreensão numa dimensão mais operacional ou tática (Malina and Selto 2001) ou seja identificando os objetivos para cada perspectiva e a forma como se relacionam (Kaplan and Norton 2004). Há uma concentração nas variáveis críticas, articulando objetivos financeiros e não-financeiros (Banker, Potter, and Srinivasan 2000)(Ittner and Larcker 1998) – o que facilita a delegação da responsabilidade / autoridade.

O BSC, adaptado ao sistema de saúde público, é um instrumento facilitador da implementação de um plano estratégico e avaliação dos seus fatores críticos, concebendo um sistema informacional equilibrado para os destinatários da informação - contribuintes e utentes (Santiago 1999) - facilitando a tomada e concretização de decisões. As decisões são centradas nos pacientes em virtude do alinhamento estratégico (Lin et al. 2013) - fator de sucesso diferenciador das organizações (Van de Wetering et al. 2006).

Em 2003, nalguns países a implementação do BSC no sector hospital encontrava-se já numa fase de crescimento (Zelman, Pink, and Matthias 2003). Banker e Pink, estudando os hospitais no Canada, sintetizam, em 1995, um conjunto de indicadores para cada perspectiva, (Baker and Pink 1995); atualmente existe uma média de indicadores usados na iniciativas internacionais do BSC para os sistemas de saúde (El-Jardali et al. 2011).

Apesar de considerarmos no BSC uma determinada continuidade burocrática, também há casos em que a cultura burocrática impediu a execução inicial do BSC (Türkeli and Erçek 2010) (Rabbani, Wasim, and Abbas 2010) e casos em que o BSC inibiu a inovação em ambiente hospitalar, promoveu a imobilidade, desencorajando atividades e iniciativas além dos objetivos e metas originais - impedindo a inovação e a criatividade (Correa et al. 2014).

3. BALANCED SCORECARD E OS MANDAMENTOS BUROCRÁTICOS DE MAX WEBER

A descrição anterior denota a importância do controlo e avaliação de desempenhos no BSC - que passa pela instituição de métricas e padrões de medida - significando um processo de controlo característicos da ordem burocrática. O BSC fornece documentação útil para desenvolver continuamente as medidas de controlo que mais rapidamente guiarão a empresa para alcançar seus objetivos e sua visão (Lin et al. 2013). O seu sucesso requer um grande esforço de agregação e tratamento da informação, mais possibilitado hoje pela inovação tecnológica que, embora iludindo uma descentralização do poder, facilita a sua centralização e o exercício de monitorização e controlo dos acontecimentos – característica também atribuída à burocracia (Hill, Martin, and Harris 2000). Um bom BSC implica e continua um sistema burocrata de definição de tarefas e avaliação rigorosa do seu desempenho (Kaplan and Norton 1992).

Weber na sua obra seminal - *Economy and Society, do séc.xx* - define os mandamentos da burocracia (Weber 1978):

1. O burocrata só responde pelo cumprimento das suas obrigações oficiais.
2. Claro escalonamento hierárquico da ordem burocrática.
3. Cada função (escritório ou *bureaux*) tem definida, oficialmente, a sua área de competência; processos padronizados.
4. As relações contratuais que a constituem são livres.
5. Os candidatos às diversas funções são selecionados com base em razões técnicas.
6. Remunerações fixas e associadas ao nível hierárquico ocupado.
7. O burocrata tem no exercício destas funções o seu principal trabalho.
8. Existe a possibilidade de progressão de carreira na hierarquia.
9. O burocrata não é dono da posição ocupada e seus meios.
10. Sujeição a uma ordem disciplinar e de controlo bem sistematizada.

O conjunto destes mandamentos traduz, na prática, um conjunto de princípios organizacionais: sistematização; racionalidade; autoridade; jurisdição; qualificação e formação profissional; disciplina, transparência; *accountability*. Princípios não restritos à burocracia, valorizados também no BSC, hoje vulgares nas temáticas de contabilidade e gestão (Hoque 2014). Apesar da caricatura burocrática de imobilismo, esta tem-se adaptado aos tempos e é presença contínua nas organizações, embora não nos termos antes apercebidos (Hales 2002), introduz alguma previsibilidade e ordem para lidar com o, inevitavelmente perturbador, processo inovador (Craig 1995). Tal como a ordem económico-social, a burocracia entretanto evoluiu de uma forma adaptativa, surgindo conceitos como burocracia capacitadora (Adler and Borys 1996) ou inovadora – para Styhre grandes empresas de vanguarda tecnológica recorrem a processos burocracia para registos de inovação, gerando segurança e transparência laboral (Styhre 2007); Feldman (2000) apresenta um conjunto de técnicas que agilizam a burocracia no sentido da inovação e criatividade como técnicas de liderança, uso da inteligência artificial, gestão orientada para o mercado.

Guiados pelo decálogo de Max Weber, propomos associações entre os mandamentos originais da ordem burocrática e o BSC. Optamos por usar este decálogo já antigo como matriz de análise do que é a burocracia pois, na sua simplicidade, parecemos traduzir uma ideia crítica ainda não contagiada por um sentimento anti burocrata. É natural a falta de sentido atual de alguns mandamentos, pois reportam-se a um tempo e realidades hoje anacrônicos, mas, no essencial, julgamos uma orientação criteriosa para perceber a ordem burocrata. Simultaneamente, revendo os estudos já realizados sobre a aplicação do BSC em ambiente hospitalar procuramos conclusões que, ajustadas às associações propostas entre BSC e a burocracia, indiquem a presença de burocracia nesses ambientes.

1º Mandamento: só se responde pelo cumprimento das obrigações oficiais.

O BSC define, para cada perspectiva de análise, indicadores de desempenho e resultado com metas associadas. Tal implica o desempenho das pessoas na organização, pois de acordo com os desempenhos maiores são propostos objetivos pessoais, bem como metas e planos de ação (Kaplan and Norton 1996b). O geral replica-se no particular, definindo-se aquilo com que cada pessoa na organização se compromete e parâmetros de recompensa. Porém, a aplicação deste mandamento burocrático no BSC não é literal; no BSC as pessoas são recompensadas pelo desempenho global, não se limitando ao que lhes é diretamente atribuído, o bom desempenho dos restantes beneficia o próprio.

Verifica-se a continuidade deste mandamento – as pessoas têm claramente definidas as obrigações por que respondem diretamente que, no caso do BSC, se traduzem em planos de ação e metas – porém de uma forma mais lata, já que sentem que os seus interesses também são os dos restantes elementos da organização. Saliente-se que enquanto a ordem burocrata original acentua a ideia de penalização o BSC aparece, de uma forma positiva, a salientar a recompensa. Há aqui uma distinção cultural que enquadra o BSC na ideia de burocracia colaborativa e capacitadora (Adler and Borys 1996). Outra particularidade distintiva de uma burocracia soft é a participação dos trabalhadores na definição dos objetivos no sentido de as responsabilizar pelas suas funções (Kärreman and Alvesson 2004) – um processo informal de *accountability*.

A definição de várias perspectivas apresenta o BSC como um apropriado sistema multidimensional de medida de desempenho adequado a contextos altamente específicos e complexos como os hospitais universitários (Trotta et al. 2013); e quanto maiores e mais complexos forem os hospitais maior a propensão para usar a estrutura do BSC na análise de desempenho (Yap et al. 2005); o BSC pode ser utilizado como ferramenta de avaliação do desempenho das salas de operações nos hospitais de Shangai na China (Lin et al. 2013). Cuidados de saúde responsáveis necessitam de *drivers* na avaliação do desempenho que incorporem responsabilidade, integridade, responsabilidade e transparência (Faezah, Shukri, and Ramli 2015).

O BSC, em meio hospitalar, revela-se empiricamente como um instrumento útil para sustentar relações contratuais em que as pessoas respondem meramente pelas suas obrigações, que no BSC se definem em planos de ação e metas, requerendo o estabelecimento de medidas de desempenho necessárias.

2º Mandamento: claro escalonamento hierárquico da ordem burocrática.

Na organização burocrática há uma estratificação lapidar das relações de subordinação e distribuição de poder no seu seio. Um enunciado que parece invalidar o proposto pelo BSC como técnica dinamizadora da comunicação e cooperação nas organizações, promotora da participação ampla dos seus elementos na estipulação dos objetivos gerais e metas de desempenho pessoais. Não se querendo evidenciar na prática, isto não significa uma ordem democrática, antes se aproxima da ideia de

uma burocracia dita capacitadora (Adler and Borys 1996): há uma hierarquia que não se quer sublinhar externamente, mas que é perceptível no seu funcionamento. Reconhece-se a liderança e as entidades ultimamente responsáveis pela definição de objetivos e processos. A liderança executiva é crucial na implementação do BSC, devendo assumir um papel orientador, nada autocrático, que atraia a colaboração dos restantes colaboradores da empresa no seu desenvolvimento. Contrariando a imagem habitual na burocracia do poder como um absoluto incontestável, aqui o seu exercício significa uma abertura à comunicação e diálogo.

Tal não obsta ao ineludível facto de haver uma hierarquia na organização; e, na opinião de Aidemark (2001), o BSC em ambiente hospitalar é um mecanismo de controlo hierárquico de cima para baixo. Um estudo realizado na Malásia (Faezah, Shukri, and Ramli 2015) refere que a maioria dos hospitais privados que adotam o BSC são altamente centralizados e formalizados, num claro escalonamento hierárquico.

3º Mandamento: cada função (*bureaux*) tem definida, oficialmente, a sua área de competência.

O burocrata tem explicitado as suas tarefas sem qualquer ambiguidade, com a sua literal execução a ser um dos usuais paradigmas burocratas. O BSC preocupa-se em distribuir metodicamente planos de ação, a que se associam referências de avaliação, consequentes ao delineamento ao plano estratégico vigente. As pessoas recebem orientações que enquadram os seus desempenhos e explicitam o que se espera delas e o que lhes é exigido. Consoante os interesses estratégicos são protocolizados processos que regem o quotidiano da organização (também o BSC tem os seus protocolos) (Kaplan and Norton 1992).

O BSC também promove relações informais no seio das organizações, por forma a criar uma cultura de cooperação e de transversal integração. Presume-se a presença deste mandamento burocrata, mas sem o carácter limitadora que originalmente se lhe identifica – as competências de cada um são claras, mas no superior interesse organizacional, os seus elementos podem procurar soluções e ter participações que as extravasam, numa cultura de cooperação. Se há uma regulação legalista, também há uma cultura organizacional de cooperação que a estrutura (Kaplan and Norton 2004).

4º Mandamento: as relações contratuais que a constituem são livres.

Este mandamento é hoje anacrónico pois revela preocupações com as circunstâncias sociais do tempo de Max Weber que felizmente já não se reconhecem.

5º Mandamento: os candidatos às diversas funções são selecionados com base em razões técnicas.

Por altura da escritura deste decálogo a burocracia aparecia como uma forma de defesa dos méritos e capacidades individuais em oposição a um sistema de privilégios; muito embora a aplicação de sistemas burocráticos, na realidade, diversas vezes ter infringido a regra (veja-se a perceção dos sistemas de administração pública) ao ponto de se compreender a burocracia como a aplicação contrária da regra.

O BSC afeta a organização no sentido de a capacitar para a execução dos seus principais objetivos. Naturalmente procura as pessoas mais capazes para as diversas funções e o seu discurso acentua a importância da aprendizagem contínua como processo inerente ao desempenho organizacional geral por forma a garantir a atualização técnica dos seus elementos. É a perspetiva de aprendizagem e

crescimento - que visa sustentar a inovação, a mudança e a melhoria contínua – a mais importante do BSC. Isto apesar de um estudo sobre organizações de saúde quem implementam o BSC referir que apenas 50% dos hospitais e clínicas terem incorporado a perspetiva de aprendizagem e crescimento (Gurd and Gao 2007).

6. Mandamento: remunerações fixas e associadas ao nível hierárquico ocupado.

Aqui visa-se acabar com elementos de discricionariedade e insegurança nas organizações, refletindo a ordem hierarquia existente. O BSC reporta as recompensas a tarefas e desempenhos, não alude à ordem hierárquica. Reafirma-se que não significa a ausência de uma hierarquia, mas que esta não assume um carácter impositivo na cultura organizacional. Os elementos na organização têm claras as regras da sua relação laboral e respetivas recompensas, tendo referências como os planos de ação e metas pessoais.

Aqui percebe-se a grande diferença entre uma burocracia e o BSC: a burocracia alude com insistência a uma hierarquia que referencia as remunerações; no BSC sublinha-se os desempenhos pessoais e organizacionais. Há uma distinção que se deve assinalar como cultural, mas significativa.

7. Mandamento: o burocrata tem no exercício destas funções o seu principal trabalho.

Esta regra é temporalmente situada, refere-se ao tempo em que a questão da burocracia começou a ser criticamente pensada. Apresenta a burocracia como um fator de emancipação social, quando as relações laborais se pautavam pela injustiça e laços de dependência extrema. Hoje é uma característica que felizmente não carece de explanação.

8. Mandamento: existe a possibilidade de progressão de carreira na hierarquia.

Este ponto traduz a ideia de mobilidade na organização e assim de um outro género de recompensa, representa um aspeto cultural que difere radicalmente do preconizado no BSC.

O BSC institui um clima de cooperação numa ordem de interesses comuns, porém não prevê o direito a uma progressão de carreira, tanto mais num ambiente económico-social incerto que torna improvável a estabilidade organizativa. O intuito de diluir o sentido hierárquico em favor de uma cultura de colaboração também inibe o enunciado, o que não obsta a esta mobilidade; esta não se inscreve na natureza da organização como uma prerrogativa, sendo sempre o fator decisivo a avaliação de desempenhos para qualquer forma de recompensa.

9. Mandamento: o burocrata não é dono da posição ocupada e seus meios.

Esta regra revela uma preocupação em apresentar o trabalhador na ordem burocrata como alguém que assume funções e não uma propriedade sobre a qual tem livre decisão. Esta é uma regra cuja formalidade não é contestada, mas a sua infração é um dos fatores que denigrem e parecem qualificar a burocracia na prática – há a comum perceção de que o burocrata está numa posição vantajosa para o exercício de um discricionário arbítrio.

Nos seus termos literais, este mandamento tem correspondência em qualquer organização moderna, o princípio burocrático de não identificação do trabalho com a pessoa que o exerce é um facilitador da flexibilidade, pois as funções são mais aptas à mudança que as personalidades de quem as exerce (Kallinikos 2004). O BSC subscreve o espírito este mandamento e, como conceito que valoriza os desempenhos reais, impede a sua perversão.

10º Mandamento: sujeição a uma ordem disciplinar e de controlo bem sistematizada.

Este é o ponto em que o BSC e a burocracia mais se aproximam. Ambos os conceitos assentam numa ideia sistematizada de controlo, um processo de monitorização não aleatório que procede de princípios e objetivos organizacionais bem estabelecidos. No caso de BSC dilui-se o sentido de ordem disciplinar, havendo regras processuais, a cultura privilegia o aspeto cooperativo e não hierárquico. Pelo controlo procura-se o envolvimento dos trabalhadores refletindo um controlo colaborativo e não tanto coercivo como inicialmente se afirmava a burocracia (Adler and Borys 1996).

A ordem burocrática pretende o mais completo controlo do que se passa no seu seio num esforço de reduzir ao máximo o fator de incerteza humana. O sistema de controlo está plenamente focado no seu interior e revela uma preocupação com o cumprimento das regras e rotinas pré-estabelecidas também no sentido de manter ativo o próprio sistema. O BSC estende esta preocupação ao ambiente exterior à organização, não pretende somente conhecer o que se passa no seu seio, mas igualmente, de uma forma consciente e estruturada, o ambiente crucial ao delinear e execução estratégica. Depois, pretende conhecer com o maior rigor o que acontece na organização como processo de controlo, aprendizagem a adaptação. Uma atenção que é fulcral à dinâmica do BSC e que tanto cria processos de controlo para avaliações pessoais como organizativas.

Assim, o BSC apura e amplifica o sistema de controlo existente na ordem burocrata, tendo como seu pressuposto não uma ordem disciplinar, embora possa ter consequências dessa ordem, mas a necessidade de conseguir, em contínuo, informação que permita uma gestão informada e atualizada. Realidade bem vincada no meio hospitalar que lida com mudanças rápidas na tecnologia, flutuações do número de pacientes, acesso e controle ineficiente da informação (Rasheed and Lee 2014); neste meio o BSC é uma boa forma de controlo (Beauchamp 1999), é um mecanismo que reduz a incerteza (Aidemark 2001), facilita, monitora e avalia a implementação da estratégia global (Lin et al. 2013); proporciona um feedback contínuo sobre a estratégia e promove ajustamentos à evolução dos fatores de mercado e regulamentares (Lin et al. 2013); auxilia indivíduos e organizações na obtenção dos objetivos (Huang et al. 2004). O estudo de caso do hospital Bridgeport (EUA) refere a virtude do BSC na definição das áreas a monitorizar através de indicadores com vista a controlar a persecução dos distintos objetivos (Gumbus, Bellhouse, and Lyons 2003).

Entre as diversas conclusões revistas neste ponto, algumas consubstanciam a associação proposta entre BSC e a burocracia conforme o mandamento burocrático observado; nomeadamente: o primeiro, segundo e décimo mandamento revelam-se empiricamente comprovados por estudos já realizados – comprovação mais veemente no caso do décimo mandamento - *sujeição a uma ordem disciplinar e de controlo bem sistematizada*. Refira-se que as aproximações sugeridas revelam uma evolução da burocracia de índole impositiva para uma mais enquadradora e capacitadora, assim deve ser entendida no âmbito do BSC. Entre os mandamentos originais de Max Weber, o quarto, o sétimo e o oitavo são hoje anacrónicos; não invalidando o valor crítico dos restantes, não encontram, felizmente, aplicação atual. Para os mandamentos restantes (terceiro, sexto e nono), não encontramos qualquer referência que nos permitisse uma afirmação. Já para o quinto mandamento (*candidatos às*

diversas funções são selecionados com base em razões técnicas), curiosamente, encontramos uma conclusão num estudo que contraria a presunção de uma aproximação entre burocracia e BSC. Contudo, tal acontece por se referir a uma aplicação do BSC que não cumpre com um dos princípios basilares do BSC: centrar-se na aprendizagem como fator de sucesso organizacional.

4. CONCLUSÕES

O BSC implica e continua um sistema burocrata de definição de tarefas e avaliação rigorosa do seu desempenho. Por um lado, uma tendência burocrata na definição e controlo dos desempenhos; por outro, uma postura não coerciva, procurando cativar os trabalhadores, permitindo-lhe uma voz ativa na política organizacional. Apesar de instituir metas e a avaliação dos desempenhos, há a preocupação em não tornar o seu controlo obsessivo, como forma de atrair os trabalhadores para os interesses organizacionais. Visa instituir um regime colaborativo, não de imposição burocrata em que pilares burocráticos, embora adaptados, permanecem como geradores de segurança nas organizações (Jones, Parker, and Ten Bos 2005). Assim, BSC e burocracia são conceitos distintos, mas não antagónicos que representam culturas organizacionais diferentes, tal como os tempos em que foram pensados.

O decálogo burocrata de Max Weber, apesar de já antigo e datado, representa um conjunto simplificado de normas justificáveis e continuadas nas práticas contemporâneas. Acontece muitas vezes a expressão teórica não se refletir na prática – e muitas vezes ser denegada – também por isso o estatuto depreciado da burocracia. O mesmo se pode aplicar ao BSC, aquilo que a teoria defende não implica a sua execução prática. Há quem qualifique o BSC com um mito da racionalidade e do controle, adotado pelas organizações para obterem legitimidade, internamente e externamente, como uma organização racional - o chamado holismo seletivo, no qual as quatro perspetivas combinadas pretendem encapsular toda a informação que o gerente precisa (Correa et al. 2014).

Analisando o BSC e a burocracia conforme os mandamentos burocráticos constatamos algumas aproximações comprovadas em estudos empíricos (primeiro, segundo e particularmente o décimo mandamento), uma vimos contrariada por um estudo empírico (o quinto mandamento), para outras não encontramos qualquer comprovação em estudos já realizados (terceiro, sexto e nono); os restantes mandamentos (quarto, sétimo e oitavo) são hoje anacrónicos, sem cabimento na realidade económico social atual.

O nosso levantamento dos principais trabalhos publicados sobre a implementação do BSC em meio hospitalar não encontrou um que se debruçasse sobre a questão burocrática – dimensão cujo estudo julgamos pertinente, circunstanciando a burocracia no BSC ou mesmo em termos gerais.

Este artigo contribui para os estudos das organizações apresentando uma nova abordagem do BSC relacionando estudos do meio hospitalar com os mandamentos burocráticos de Max Weber – quando muitos auguram o fim da burocracia. Concluimos pela associação entre o BSC e a burocracia conforme evidenciado pela aplicação de alguns mandamentos burocráticos, como suportado por estudos empíricos. Sugerimos para futuras investigação a realização de mais estudos de caso sobre burocracia no meio hospitalar e sobre a própria aplicação do BSC.

REFERÊNCIAS

- Adler, Paul, and Bryan Borys. 1996. "Two Types of Bureaucracies: Enabling and Coercive." *Administrative Science Quarterly* 41: 61–89.
- Aidemark, Lars-gïran. 2001. "The Meaning of Balanced Scorecard in the Health Care Organization." *Financial Accountability & Management* 17(February): 23–40.
- Baker, G. Ross, and George H. Pink. 1995. "A Balanced Scorecard for Canadian Hospitals." *Healthcare Management Forum* 8(4): 7–13.
- Banker, R. D., G. Potter, and D. Srinivasan. 2000. "An Empirical Investigation of an Incentive Plan That Includes Nonfinancial Performance Measures." *The Accounting Review* 75(1): 65–92.
- Beauchamp, GR. 1999. "The Five 'S' Levels of Enterprise Health." *Physician Executive* 25(3): 25–29.
- Christesen, D. A. 2008. *The Impact of Balanced Scorecard Usage on Organization Performance*. University of Minnesota.
- Correa, M G, V Prochnik, a C S Ferreira, and D Sergio de Carvalho Vianna. 2014. "Brazilian Hospital Employee Perceptions of the BSC." *Latin American Business Review* 15(December): 141–66.
- Craig, Tim. 1995. "Achieving Innovation through Bureaucracy: Lessons from the Japanese Brewing Industry." *California Management Review* 38(1): 8–36.
- El-Jardali, Fadi, Shadi Saleh, Nour Ataya, and Diana Jamal. 2011. "Design, Implementation and Scaling up of the Balanced Scorecard for Hospitals in Lebanon: Policy Coherence and Application Lessons for Low and Middle Income Countries." *Health policy (Amsterdam, Netherlands)* 103(2–3): 305–14.
- Faezah, Nur, Mohd Shukri, and Aliza Ramli. 2015. "Organizational Structure and Performances of Responsible Malaysian Healthcare Providers: A Balanced Scorecard Perspective." *Procedia Economics and Finance* 28(April): 202–12.
- Feldman, Martha S. 2000. "Organization Routines as a Source of Continuous Change." *Organization Science* 11(6): 611–629.
- Glouberman, S., and H. Mintzberg. 2001. "Managing the Care of Health and the Cure of Diseases—Part I." *Health Care Management Review* 26(1): 56–71.
- Gumbus, Andra;, Dorothy E Bellhouse, and Bridget Lyons. 2003. "A Three Year Journey to Organizational and Financial Health Using the Balanced Scorcard: A Case Study at a Yale New Haven Health System Hospital." *The Journal of Business and Economic Studies* 9(2): 54–64.
- Gurd, Bruce, and Tian Gao. 2007. "Lives in the Balance: An Analysis of the Balanced Scorecard (BSC) in Healthcare Organizations." *International Journal of Productivity and Performance Management* 57(1): 6–21.
- Hales, Collin. 2002. "'Bureaucracy-Lite' and Continuities in Managerial Work." *British Journal of Management* 13: 51–66.
- Hill, S., R. Martin, and M. Harris. 2000. "Decentralization, Integration and the Post-Bureaucratic Organization: The Case of R & D." *Journal of Management Studies* 37(4): 563–85.
- Hoque, Zahirul. 2014. "20 Years of Studies on the Balanced Scorecard: Trends, Accomplishments, Gaps and Opportunities for Future Research." *The British Accounting Review* 46(1): 33–59.

- Huang, Shu-Hsin et al. 2004. "Using a Balanced Scorecard to Improve the Performance of an Emergency Department." *Nursing Economic\$* 22(3): 140–46.
- Ittner, C. D., and D. F. Larcker. 1998. "Innovations in Performance Measurement: Trends and Research Implications." *Journal of Management Accounting Research* 10: 205–39.
- Jones, Campbell, Martin Parker, and René Ten Bos. 2005. *For Business Ethics*. London and New York: Routledge.
- Kallinikos, Jannis. 2004. "The Social Foundations of the Bureaucratic Order." *Organization* 11(1): 13–36.
- Kaplan, R., and D. Norton. 1992. "The Balanced Scorecard--Measures That Drive Performance." *Harvard business review* 70(1): 71–79.
- . 1996a. *The Balanced Scorecard: Translating Strategy into Action*. Boston: Harvard Business School Press.
- . 1996b. "Using the Balanced Scorecard as a Strategic Management System." *Harvard Business Review* 74(1): 75–85.
- . 2004. *Strategy Maps Converting Intangible Assets into Tangible Out-Comes*. Harvard Business School Press.
- . 2008. *The Execution Premium: Linking Strategy to Operations for Competitive Advantage*. Harvard Business School Press.
- Kärreman, Dan, and Mats Alvesson. 2004. "Cages in Tandem: Management Control, Social Identity, and Identification in a Knowledge-Intensive Firm." *Organization* 11(1): 149–175.
- Kocakulah, M. C., and A. D. Austill. 2007. "Balanced Scorecard Application in the Health Care Industry: A Case Study." *Journal of Health Care Finance* 34(1): 72–99.
- Koumpouros, Yiannis. 2013. "Balanced Scorecard: Application in the General Panarcadian Hospital of Tripolis, Greece." *International Journal of Health Care Quality Assurance* 26(4): 286–307.
- Lin, Qing Lian, Long Liu, Hu Chen Liu, and Duo Jin Wang. 2013. "Integrating Hierarchical Balanced Scorecard with Fuzzy Linguistic for Evaluating Operating Room Performance in Hospitals." *Expert Systems with Applications* 40(6): 1917–24.
- Malina, Mary a., and Frank H. Selto. 2001. "Communicating and Controlling Strategy: An Empirical Study of the Effectiveness of the Balanced Scorecard." *Journal of Management Accounting Research* 13(1): 47–90.
- Malmi, T. 2001. "Balanced Scorecards in Finnish Companies: A Research Note." *Management Accounting Research* 2: 207–20.
- Niven, Paul. 2008. *Balanced Scorecard - Step By Step for Governement and Nonprofit Agencies*. Second Edi. New Jersey: John Wiley & Sons, Ltd.
- Nørreklit, H. 2000. "The Balance on the Balanced Scorecard a Critical Analysis of Some of Its Assumptions." *Management Accounting Research* 11(1): 65–88.
- . 2003. "The Balanced Scorecard: What Is the Score? A Rhetorical Analysis of the Balanced Scorecard." *Accounting, Organizations and Society* 28(6): 591–619.

- Purbey, Shankar, Kampan Mukherjee, and Chandan Bhar. 2007. "Performance Measurement System for Healthcare Processes." *International Journal of Productivity and Performance Management* 56(3): 241–51.
- Rababa'h, A. 2014. "The Implementation of Management Accounting Innovations "The Case of Balanced Scorecard Implementation within Jordanian Manufacturing Companies." *International Review of Management and Business Research* 3(1): 174–82.
- Rabbani, Fauziah, Syed M Wasim, and Farhat Abbas. 2010. "Designing a Balanced Scorecard for a Tertiary Care Hospital in Pakistan: A Modified Delphi Group Exercise." *International Journal of Health Planning and Manahement* 25: 74–90.
- Rasheed, F., and Y. H. Lee. 2014. "Enhancing Performance of Healthcare Facility via Novel Simulation Metamodeling Based Decision Support Framework." *International Journal of Industrial Engineering: Applications and Practice* 21(5): 271–83.
- Santiago, J.M. 1999. "Use Os the Balanced Scorecard to Improve the Quality Os Behavioral Health Care." *Psychiatric services* 50(12): 1,571-1,576.
- Styhre, Alexander. 2007. *The Innovative Bureaucracy: Bureaucracy in an Age of Fluidity*. London And New York: Routledge.
- Trotta, Annarita, Emma Cardamone, Giusy Cavallaro, and Marianna Mauro. 2013. "Applying the Balanced Scorecard Approach in Teaching Hospitals: A Literature Review and Conceptual Framework." *The International journal of health planning and management* 28(2): 181–201.
- Türkeli, Serkan, and Mehmet Erçek. 2010. "Designing a Capability-Focused Strategic Management Model for a Turkish Public Hospital: Learning from Failure." *Systemic Practice and Action Research* 23(5): 353–70.
- Vesty, G. 2004. *A Case Study of the Balanced Scorecard in Public Hospitals*. Victoria University.
- Walker, Kb, and Lm Dunn. 2006. "Improving Hospital Performance and Productivity with the Balanced Scorecard." *Academy of Health Care Management* 2: 85–111.
- Weber, Max. 1978. *Economy and Society: An Outline of Interpretative Sociology*. ed. Guenther Roth and Claus Wittich. Berkeley, Los Angeles and London: University of California Press.
- Van de Wetering, Rogier et al. 2006. "A Balanced Evaluation Perspective: Picture Archiving and Communication System Impacts on Hospital Workflow." *Journal of digital imaging* 19 Suppl 1: 10–17.
- Yap, Clarence, Emily Siu, G. Ross Baker, and Adalsteimm D. Brown. 2005. "A Comparison of Systemwide and Hospital-Specific Measurement Tools." *Journal of Healthcare Management* 50(4): 251–62.
- Zelman, Win, GH Pink, and CB Matthias. 2003. "Use of the Balanced Scorecard in Health Care." *Journal of health care finance* 29(4): 1–16.