



UNIVERSIDADE DA BEIRA INTERIOR

---

Ciências Sociais e Humanas

**Construção de um Balanced Scorecard  
para uma gestão estratégica do  
Centro Hospitalar Cova da Beira:  
Mudar o modelo de gestão para mudar o Hospital**

**Elsa Maria Baião Ferreira Airoso Banza**

Dissertação para obtenção do Grau de Mestre em  
**Gestão em Unidades de Saúde**  
(2º ciclo de estudos)

Orientadora: Professora Doutora Maria do Céu Gaspar Alves

**Covilhã, Abril de 2013**



"Seja a mudança que você quer ver no mundo."

Dalai lama

Aos meus pais, à Leonor e à Francisca

## Balanced Scorecard para o Centro Hospitalar Cova da Beira

# Agradecimentos

Independentemente da ordem por que vão expressos e das palavras de maior ou menor apreço que os compõem, constituem estes agradecimentos uma forma de sentido reconhecimento, a todos quantos, pelos meios e formas mais variadas, deram o seu contributo e algum do seu tempo ao enriquecimento do presente trabalho.

Em primeiro lugar, expresso um sincero e profundo agradecimento à orientadora da presente dissertação, Professora Doutora Maria do Céu Alves, pelo facto de ter aceite orientar este trabalho; pelo contributo na definição dos objectivos de investigação e na elaboração do projecto de dissertação; pelo apoio e acompanhamento permanente; pelos conhecimentos e experiências partilhadas e pelo sentido crítico na orientação;

Aos membros dos Conselhos de Administração do Centro Hospitalar Cova da Beira, pelo impulso inicial a esta dissertação, pelo voto de confiança e pela oportunidade proporcionada, pela disponibilidade incondicional e contributo insubstituível;

À Universidade da Beira Interior, pelo reconhecimento da relevância actual da área da Saúde, em concreto no que respeita à gestão das unidades que a integram.

Ao João, ao Dr. Vieira Pires, à Marina e ao Nuno, agradeço todo apoio, bem como as palavras de incentivo e, essencialmente, o facto de me terem feito acreditar que era capaz.

Um agradecimento muito especial para às minhas filhas, por todo o tempo que não lhes pude dedicar em prol da realização deste trabalho.

Aos meus pais agradeço os valores e os objectivos de vida que me transmitiram, fazendo de mim uma pessoa íntegra e trabalhadora, bem como a oportunidade de estudar, que sempre me proporcionaram.

**Muito Obrigada**

## Balanced Scorecard para o Centro Hospitalar Cova da Beira

## Resumo

Face à evolução verificada nas economias, as organizações procuram sobreviver num mercado cada vez mais competitivo e globalizado, o que as obriga a rever as suas estratégias e os seus sistemas de informação e de gestão, bem como a adoptar novas características operacionais, como a introdução de inovação, a melhoria das qualificações dos seus quadros e das relações com os clientes.

Do mesmo modo, as organizações da Administração Pública, que sempre assentaram em princípios formais, encontram-se expostas aos novos desafios estratégicos originados pela globalização na actividade social, bem como pela maior exigência dos cidadãos consumidores. Este contexto obriga a uma melhoria contínua da eficiência e da eficácia, sendo que estes objectivos apenas serão prosseguidos com inovação, criatividade e com modelos de gestão estratégica devidamente adequados.

O BSC, que inicialmente foi utilizado como um sistema de avaliação do desempenho, constitui, no presente, uma ferramenta de gestão que possibilita gerir a estratégia, assim como clarificá-la e comunicá-la, permitindo ainda a uma organização definir o caminho que pretende seguir e assegurar-se que não se desvia do mesmo. Constitui assim um contributo inestimável para a implementação do processo de mudança exigido pela conjuntura actual.

Em Portugal, nos últimos anos, têm-se reunido as condições ideais para a aplicação do BSC nas organizações públicas, designadamente no sector da saúde. No que a estas respeita, destaca-se a crescente tendência de empresarialização dos hospitais nacionais, com a introdução de mecanismo de gestão semelhantes aos utilizados no sector privado.

Verificou-se, porém, que a aplicação do BSC em Portugal, neste tipo de instituições, é ainda incipiente, dada a carência de referências na literatura de casos nacionais de implementação desta ferramenta de gestão estratégica. Após ampla pesquisa, encontramos apenas estudos empíricos que investigaram a importância do tema e propuseram modelos de gestão (Matos, 2006; Calhau, 2009; Godinho, 2009), mas não há evidências da sua efectiva implementação ou replicação em instituições semelhantes. De facto, concluiu-se que poucos hospitais portugueses têm conhecimentos profundos sobre o BSC e poucas instituições de saúde procederam já à sua implementação. Contudo, há um elevado grau de sensibilidade relativamente ao seu papel na melhoria do desempenho organizacional. Daí a pertinência e actualidade do tema, que fundamentaram a opção pelo estudo em causa.

Nestes termos, a presente dissertação teve como questão base de investigação aferir em que medida o BSC será uma ferramenta adequada para implementar a gestão estratégica numa

unidade de saúde e quais os passos a seguir, no sentido da respectiva construção e implementação.

Assim pretende-se definir um modelo de gestão estratégica para uma unidade hospitalar portuguesa, o Centro Hospitalar Cova da Beira (CHCB).

Utilizando Yin (2003) como autor de referência, foi efectuado um estudo de caso no CHCB. Assim, e depois de uma primeira fase de revisão da literatura e de consolidação dos conhecimentos acerca do BSC, procedeu-se à recolha da informação estratégica acerca da missão, valores, visão e estratégia destas Instituição. Neste âmbito, realizou-se ainda uma entrevista a um membro da Administração e foi aplicado um questionário aos principais actores internos.

Na fase de construção do BSC, foram definidas as perspectivas a integrar neste modelo: satisfação do utente, desempenho financeiro, eficiência operativa e desenvolvimento dos colaboradores. De seguida, definiram-se os objectivos e iniciou-se o estabelecimento das relações causa-efeito que lhes dão significado, culminando este processo na elaboração do mapa estratégico.

No final, obteve-se um BSC com nove objectivos e vinte indicadores, distribuídos por quatro perspectivas. Apresentam-se ainda as linhas gerais dos planos de implementação e de comunicação, bem como uma proposta para a constituição da equipa executiva, que acompanhará todo o processo de implementação e de gestão da mudança.

Neste estudo foi evidenciada a importância da gestão estratégica e da utilização de um sistema de informação de gestão, dotado de dados fiáveis e válidos, para um processo de decisão consciente.

## Palavras-chave

Balanced Scorecard; estratégia; sistema de informação; hospital; sector público; avaliação do desempenho; objectivos; indicadores.

## Abstract

Given the developments in the economies, organizations seek to survive in a market competitive and globalized, adopting new operational features, such as innovation, improving the skills of its staff, the relationship with customers, which requires that these review their strategies and their information systems and management.

Similarly, organizations of Public Administration, which has always relied on formal principles, is also exposed to new strategic challenges, arising from globalization and social activity, in the most demanding consumers of citizens. This complexity requires a continuous improvement of the efficiency and effectiveness of organizations, and this goal will only be achieved through innovation, creativity and strategic management models suitable properly.

The BSC, which was initially used as a system of performance evaluation, is, at present, a management tool that allows managing the strategy, as well as clarify it and communicate it, and allows the organization to define the way you want and then ensure that does not deviate from it. Thus constitutes an invaluable contribution to the implementation of the change process required by the current situation.

Portugal, in recent years, have the ideal conditions for the application of the BSC in public organizations, namely in health sector, as the growing trend of corporatization of national hospitals, with the introduction of management mechanism similar to those used in the private sector.

It was found, however, that application of the BSC in Portugal, in such institutions is still limited, given the lack of references in the literature of cases of national implementation of this strategic management tool. After extensive research, we found only empirical studies that investigated the importance of the issue and proposed management models (Matos, 2006; Rock, 2009; Godinho, 2009), but there is no evidence of actual implementation or replication in similar institutions. In fact, it was concluded that few Portuguese hospitals have deep knowledge about the BSC and few health institutions has proceeded to its implementation. However, there is a high degree of sensitivity with regard to their role in improving organizational performance. Hence the relevance and timeliness of the topic, justifying the choice of study concerned.

Thus, the research questions was to know if the BSC is the appropriate tool to implement the strategic management in a health institution, and what steps to follow, in order of their construction and implementation.

The primary objective was to define the architecture of a strategic management model to a Portuguese hospital, the Centro Hospitalar Cova da Beira (CHCB).

Using Yin (2003) as the author reference was made a case study in CHCB. After a phase of collecting strategic information, review of concepts (mission, values, vision and strategy), interview and questionnaires to key internal stakeholders were defined the perspectives that would appear in this model: user satisfaction, financial performance, efficiency operative and employee development.

In the construction phase of the BSC, were defined the objectives and initiated the establishment of cause-effect relationships that give them meaning, this process culminated in the drafting of the strategy map.

At the end there was obtained a BSC with twenty objectives and nine indicators spread over four perspectives. We present the outline of the implementation plans and communication, as well as a proposal for the establishment of the executive team which will monitor the whole process of implementation and change management.

It highlighted the importance of strategic management and the use of a management information system, equipped with reliable and valid data for a process of conscious decision.

## Keywords

Balanced Scorecard, strategy, information system, hospital, public sector performance evaluation; objectives; indicators.

# Índice

Agradecimentos .....	V
Resumo .....	VII
Abstract.....	IX
Índice.....	XI
Lista de Figuras .....	XIII
Lista de Tabelas .....	XV
Lista de Gráficos .....	XVII
Lista de Apêndices .....	XIX
Lista de Acrónimos.....	XXI
1. Introdução .....	1
Parte I - Revisão de Literatura .....	9
2. O Novo Modelo da Gestão Pública .....	11
2.1 A avaliação de desempenho na Administração Pública.....	15
3. Uma Gestão Estratégica da Mudança através do Balanced Scorecard.....	17
3.1. Estratégia Organizacional.....	17
3.2 Instrumentos/Ferramentas para implementação da Estratégia .....	19
3.3 Abordagens Teóricas: Teoria dos stakeholders versus Teoria Institucional .....	21
3.4 O Balanced Scorecard .....	23
3.4.1 Conceito .....	23
3.4.2 Perspectivas do Balanced Scorecard .....	26
3.4.3 O Balanced Scorecard como um Sistema de Gestão Estratégica .....	33
3.4.4 Implementação do BSC .....	35
4 Balanced Scorecard nas Instituições Públicas e/ou Sem Fins Lucrativos .....	41
4.1 Adaptação do modelo original do BSC à realidade do Sector Público .....	42
4.2 Vantagens e limitações do BSC no Sector Público.....	46
4.3 Estado da Arte da Aplicação do Balanced Scorecard às Unidades Públicas Prestadores de Cuidados de Saúde .....	48
Parte II - Estudo Empírico .....	53
5. Metodologia de investigação.....	8
5.1 Justificação da metodologia e Métodos de recolha de dados .....	55
5.2. Aplicação do Questionário .....	61
5.3 Estudo de Caso: Centro Hospitalar Cova da Beira, EPE.....	62
6 Resultados .....	67
6.1 Análise estratégica do CHCB .....	67
6.1.1 Análise dos Stakeholders do CHCB.....	68
6.1.2 Análise SWOT do CHCB.....	68
6.2 Resultados do Questionário.....	70
6.2.1 Caracterização da População Alvo.....	70

6.2.2 Modelo de Gestão Vigente .....	72
6.2.3 Medidas e avaliação de desempenho.....	74
6.2.4 Predisposição para aplicar o BSC .....	74
6.2.5 Indicadores de Desempenho .....	76
7 Construção do BSC.....	79
7.1 Motivação para a aplicação do BSC .....	79
7.2 Proposta do BSC .....	80
8 Discussão .....	92
8.1 Considerações sobre os Resultados .....	92
8.2 Generalização do BSC à gestão hospitalar em Portugal.....	98
9 Considerações Finais .....	100
9.1 Conclusões.....	100
9.2 Limitações ao presente trabalho .....	104
9.3 Recomendações para futuros estudos .....	105
Referências Bibliográficas .....	107
Apêndices .....	115

## Lista de Figuras

Figura 1: Representação do BSC

Figura 2: Estrutura do BSC no Sector Público, segundo Niven (2003)

Figura 3: Tipos de estudos de caso

Figura 4: Organograma do CHCB

Figura 5: Representação do Mapa Estratégico

Figura 6: Mapa Estratégico do CHCB

## Balanced Scorecard para o Centro Hospitalar Cova da Beira

## Lista de Tabelas

- Tabela 1: As perspectivas do BSC
- Tabela 2: Medidas da perspectiva dos clientes
- Tabela 3: Medidas da perspectiva financeira
- Tabela 4: Medidas da perspectiva dos processos internos
- Tabela 5: Medidas da perspectiva de aprendizagem e crescimento
- Tabela 6: Etapas de implementação do BSC
- Tabela 7: Objectivos da implementação do BSC
- Tabela 8: Vantagens da implementação do BSC
- Tabela 9: Limitações da implementação do BSC
- Tabela 10 : Factores críticos de sucesso na implementação do BSC
- Tabela 11: Ordenação das perspectivas de desempenho no Sector Público e Privado
- Tabela 12: As perspectivas do BSC: Sector Público vs Sector Privado
- Tabela 13: Vantagens do BSC no Sector Público
- Tabela 14: Implementação do BSC em hospitais: resultados e limitações
- Tabela 15: Fontes de evidência: forças e vulnerabilidades
- Tabela 16: Recursos humanos do CHCB a 31/12/2011
- Tabela 17: Análise SWOT do CHCB
- Tabela 18: Percepção sobre as orientações de gestão do CHCB
- Tabela 19: Elementos característicos do modelo de gestão do CHCB
- Tabela 20: Medidas de desempenho no CHCB
- Tabela 21: Percepção do inquirido acerca do BSC
- Tabela 22: Determinantes do sucesso na implementação do BSC
- Tabela 23: Distribuição da frequência absoluta dos indicadores de desempenho, por perspectiva
- Tabela 24: Indicadores de desempenho por perspectiva
- Tabela 25: Quadro síntese do processo de implementação do BSC.
- Tabela 26: BSC do CHCB: objectivos estratégicos do CHCB e indicadores de desempenho
- Tabela 27: Distribuição dos indicadores de desempenho pelas perspectivas

## Balanced Scorecard para o Centro Hospitalar Cova da Beira

## Lista de Gráficos

Gráfico 1: Distribuição dos inquiridos por grupo profissional

Gráfico 2: Distribuição dos inquiridos por grupo etário

Gráfico 3: Distribuição dos inquiridos por antiguidade

Gráfico 4: Distribuição dos inquiridos por habilitações literárias

## Balanced Scorecard para o Centro Hospitalar Cova da Beira

## Lista de Apêndices

Apêndice A: Carta de apresentação ao CA do CHCB

Apêndice B: Carta de apresentação aos elementos da Gestão de Topo e Gestão Intermédia

Apêndice C: Resultados da entrevista com o Representante do Conselho de Administração

Apêndice D : Questionário de diagnóstico de necessidades

Apêndice E: Gestão de topo e Gestão intermédia do CHCB

Apêndice F: Resultados globais dos questionários

Apêndice G: Enumeração dos objectivos estratégicos do CHCB por tema estratégico

Apêndice H: Fichas individuais dos objectivos estratégicos BSC

Apêndice I: Cronograma do plano de implementação e do plano de comunicação do BSC no CHCB

## Balanced Scorecard para o Centro Hospitalar Cova da Beira

## Lista de Acrónimos

ABC	Activity-Based Costing.
ACSS	Administração Central do Sistema de Saúde, I.P.
ARS	Administrações Regionais de Saúde, I.P.
BSC	Balanced Scorecard.
CA	Conselho de Administração.
CAF	Common Assessment Framework.
CHCB	Centro Hospitalar da Cova da Beira, EPE
CPS	Cuidados Primários de Saúde.
DGS	Direcção Geral da Saúde.
DP	Desvio Padrão.
EFQM	European Foundation for Quality Management.
EPE	Entidade Pública Empresarial.
ERS	Entidade Reguladora da Saúde.
FCS	Factores críticos de sucesso.
GEPI	Gabinete de Estudos, Planeamento e Informação.
INA	Instituto Nacional de Administração, I.P.
ISO	International Organization for Standardization.
MS	Ministério da Saúde.
OCDE	Organização de Cooperação para o Desenvolvimento Económico.
PCE	Processo Clínico Electrónico.
RNCCI	Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados
SI	Sistema de Informação.
SIADAP	Sistema Integrado de Avaliação da Administração Pública.
SNS	Serviço Nacional de Saúde.
SONHO	Sistema Integrado de Informação Hospitalar.
SWOT	Forças, Fraquezas, Oportunidades e Ameaças.
TB	Tableau de Bord.
TI	Tecnologias de Informação.
TQM	Total Quality Management.
WHO	World Health Organization

## Balanced Scorecard para o Centro Hospitalar Cova da Beira

# 1 Introdução

**Na estratégia, decisiva é a aplicação.**

**(Napoleão Bonaparte)**

Na conjuntura actual, a mudança e a incerteza parecem ser as únicas constantes presentes na vida das organizações, incluindo as do sector público. Tudo muda a ritmos vertiginosos e as organizações estão muito cientes do quão importante é terem uma estratégia que as diferencie das suas concorrentes (Duarte, 2011).

Neste ambiente extremamente competitivo e em contínua mudança, impõe-se a qualquer organização, pública ou privada, uma gestão estratégica e a capacidade de decidir oportunamente, de modo a dar resposta às necessidades do mercado e da sociedade.

Nestes termos, qualquer organização para ser bem-sucedida depende de uma estratégia clara, bem comunicada e de colaboradores motivados e alinhados com essa estratégia. Só dessa forma as organizações podem estar em condições de inovar, criar valor para os seus stakeholders e, assim, atingir níveis superiores de performance.

Esta conjuntura tem contribuído para o desenvolvimento do pensamento estratégico e a criação de modelos que providenciam respostas aos novos paradigmas, tais como a globalização, a concorrência transnacional, o envelhecimento da população, o aumento do rendimento e da instrução, a aceleração do ritmo da inovação (Santos, 2008). Determinadas soluções, refere o mesmo autor, baseiam-se na estrutura: reengenharia; externalização (outsourcing); redução da dimensão (downsizing); reestruturação; lean organizations (organizações flexíveis). Outras centram-se na competitividade: segmentação; excelência empresarial; factores críticos de sucesso; competição baseada nos recursos, competências, capacidades ou benchmarking. Por último, existem ainda soluções que tendem a ser mais abrangentes, eclécticas e integradoras, baseadas nas teorias da contingência e dos sistemas, inter-relacionando variáveis como o conhecimento, a estratégia, a qualidade, a cultura organizacional, os processos, os clientes, a aprendizagem, a economia e as finanças, tais como: learning organizations; gestão da qualidade total e balanced scorecard.

O sector privado tem lançado mão às referidas ferramentas, no sentido da adaptação ao novo contexto.

Porter (1996) defende que, para se superar a concorrência, é necessário que as organizações adoptem estratégias baseadas na diferenciação, que permitam a criação e uma oferta de valor aos clientes superiores àquilo que a concorrência faz. Para ele, a definição e a execução da estratégia, bem como a avaliação do desempenho, constituem os elementos fundamentais cuja compreensão e aplicação são basilares para garantir o sucesso. Também Neely et al (citados por Costa, 2009) sustentam que a avaliação do desempenho é um elemento complexo

e dinâmico que deve interagir com a estratégia da organização, funcionando, assim, como uma peça fundamental para o designado “controlo estratégico”.

A Administração Pública, apesar de não visar o lucro e não sofrer em todas as suas áreas a ameaça da concorrência, tem de igual modo sido fortemente pressionada no sentido de aumentar o seu nível de competitividade, produzir um serviço público com maior qualidade e melhorar os índices de eficiência, eficácia e economia.

De facto, o sector público passou a assumir um elevado peso sobre a riqueza produzida pela economia, essencialmente desde a década de 80 do século passado, o que suscitou a necessidade de introduzir novas medidas de racionalização, competitividade e controlo da despesa pública (Hood 1991, 1995; Fernández 2000; Gomes, 2006).

A adopção de novas formas de gestão nas instituições públicas impôs a introdução da gestão estratégica dos recursos públicos e da avaliação de desempenho, onde a melhoria do serviço prestado aos clientes, através de uma maior eficiência na realização das despesas e na cobrança das receitas, constituem a base das decisões públicas (Gomes 2006).

Na literatura, a nova gestão pública é descrita como uma nova ideologia de organização, estrutura e gestão da Administração Pública, que acompanhou o fenómeno da globalização (Gomes, 2006). O tema suscitou o interesse de vários investigadores durante os últimos anos, como Christopher Hood (1991; 1995), Osborne e Gaebler (1993), Patrick Dunleavy e Hood (1994), Robert Behn (1995), Fernández (2000), Oliveira Rocha (2000), Filipe Araújo (2001; 2002), entre outros.

O modelo da nova gestão pública incute nos serviços públicos a necessidade de adequar as acções desenvolvidas aos objectivos estabelecidos, avaliando o conteúdo e a oportunidade do gasto público em função dos resultados, sem abandonar a preocupação com a legalidade e com a regularidade financeira (Fernandes, 2004).

No que respeita ao nosso país, a difícil conjuntura económica e o agravamento do défice público nos últimos anos conduziram Portugal a fortes restrições orçamentais, com o objectivo de conter a despesa pública, bem como a uma política de aumento das receitas, através de formas de financiamento alternativas.

Por isso mesmo, os serviços públicos portugueses, têm sido pressionados no sentido de produzirem um serviço mais eficiente e próximo dos cidadãos, o que gerou a necessidade de avaliar e monitorizar sua prestação. Neste âmbito, em 2008, o Instituto Nacional da Administração (INA) desenvolveu acções de formação sobre o Sistema Integrado de Avaliação do Desempenho da Administração Pública (SIADAP), que versavam sobre a avaliação de serviços, dirigentes de topo e funcionários. O BSC estava no centro destas acções de formação, destacando-se duas: “Avaliação dos Serviços no SIADAP - construção dos QUAR (Quadro de Avaliação e Responsabilização) através do BSC” e “Articulação entre BSC e o novo SIADAP”.

Concretamente no que respeita às instituições públicas de saúde, a gestão da performance adquire uma dimensão diferente, tendo em conta os desafios que surgem. A gestão da saúde, de características distintivas, é extremamente complexa, constituindo, por isso, um “desafio único de gestão” (Joyce, 2003).

As unidades de saúde prosseguem objectivos diversificados e estão sujeitas a distintos grupos de interesse. Esta situação conduz, na maioria das vezes, a grandes dificuldades na definição de um rumo estratégico e no focar na actividade central de prevenção e proximidade à comunidade.

Inicialmente, os hospitais eram locais onde se exercia caridade para com pobres, mulheres desamparadas, idosos e pessoas com doenças crónicas, enquanto os doentes com melhor situação financeira tinham assistência no domicílio e a sua relação com o médico não dependia da organização hospitalar. Na opinião de Gonçalves, citado por Minotto (2003), os avanços tecnológicos e o aparecimento da medicina científica nos fins do século XIX e início do século XX, foram os responsáveis por revolucionar o papel e as funções do hospital.

Actualmente, é possível caracterizar um hospital pelo seu dinamismo operacional, uma estrutura de elevado ritmo, que desenvolve actividades polimorfas e envolve uma gama muito diversificada de aspectos (Minotto, 2003).

Um hospital é uma organização dotada de grande complexidade, onde se encontram mesclados ciência, tecnologia e procedimentos utilizados directamente em seres humanos. Para além do mais, estão presentes ainda componentes sociais, culturais e educacionais, que interferem na estrutura, no processo e nos resultados (Bittar, 1996).

A efectiva prestação de serviços de assistência à população exige a constante melhoria do atendimento, com a formulação de protocolos técnicos para as diversas patologias, o que garante melhores padrões de eficiência e eficácia.

Diante de tal importância e complexidade, justifica-se uma preocupação especial com o processo de formulação de estratégia em organizações hospitalares. O desenvolvimento de estratégias na área da saúde, especialmente hospitais de grande porte, é um desafio estimulante. Mezomo (2001) demonstra que aproximadamente 85% dos hospitais não possuem planos estratégicos formais (escritos e divulgados).

Um estudo levado a cabo pelo Observatório Português dos Sistemas de Saúde (2003), mostra que um quinto da população inquirida do nosso país revelava insatisfação para com os serviços fornecidos pelos hospitais, concluindo que os serviços de saúde não asseguram uma oferta capaz em algumas especialidades, com tempos de espera elevados e listas de espera de grande dimensão. Em 2008, e de acordo com um Relatório desta mesma entidade (Observatório Português dos Sistemas de Saúde, 2008), constataram-se importantes avanços na reforma dos Cuidados de Saúde Primários, designadamente, no que se refere às Unidades de Saúde Familiares, bem como nos Cuidados Continuados.

Para Vasco e Figueiredo (2004), a importância dos serviços de saúde tem estado a aumentar, atendendo a uma maior preocupação que as pessoas evidenciam face às questões da sua própria saúde e, conseqüentemente, a sua atitude perante tudo o que está relacionado com a mesma. Para estes autores, os serviços de saúde em Portugal estão a entrar numa nova era, mais orientada para o consumidor e para o marketing, procurando uma orientação acrescida para o mercado.

Mais recentemente, a evolução do sector da saúde no nosso país tem sido significativa, quer nas organizações sem fins lucrativos, quer nas que têm fins lucrativos, apesar da insatisfação generalizada por parte dos utentes. Uma das alterações mais significativas verificou-se ao nível do estatuto jurídico de grande parte dos Hospitais, que passaram a integrar o sector empresarial do Estado, passando a dispor de um modelo de gestão mais flexível. Tal avanço iniciou-se em 2002, com a criação dos Hospitais Sociedade Anónimas, que em 2006 adquiriram o estatuto de empresas públicas.

Neste contexto, a aplicação do BSC pode ser uma mais valia não desprezível. Pinto (2007), defende que o BSC, enquanto ferramenta de gestão estratégica, promove a obtenção de melhorias significativas na performance dos serviços públicos, através do alinhamento obtido entre mudanças estruturais, prioridades estratégicas e eficiência operacional. A utilização do BSC em organizações do sector público implica uma visão horizontal de processos estruturados e orientados para o cidadão. Se for aplicado com ambição nos serviços públicos, pode constituir um factor poderoso de mudança em direcção ao aumento da satisfação dos clientes, sem implicar aumento de recursos financeiros (Pedro, 2004).

Actualmente, os hospitais não se afastam do conceito de organização descrito por Santos (2008), como “um grupo social em que existe uma divisão funcional de trabalho e que visa atingir, através da sua actuação, determinados objectivos e cujos membros são, eles próprios, indivíduos intencionalmente co-produtores desses objectivos e, concomitantemente, possuidores de objectivos próprios”. Logo, crê-se que a escolha de uma ferramenta desenvolvida para organizações do sector privado poderá ser adaptada ao sector público empresarial sem fins lucrativos, designadamente do sector da saúde.

Contudo, a divulgação e estudo do BSC em Portugal, segundo Russo (2006), decorre com um atraso considerável relativamente aos países da América do Norte e da União Europeia, existindo algumas abordagens, recentes, de investigadores e consultores portugueses, no que se refere apenas a empresas de dimensão reduzida. Ainda segundo este autor, esta ferramenta foi divulgada apenas nos primeiros anos do século XXI no nosso país, sendo poucas as empresas ou organizações que implementaram o BSC.

Dado que o BSC nasceu no meio empresarial e tem sido desenvolvido em torno dessa realidade, não se pode aplicar sem as devidas adaptações à realidade do sector público, tradicionalmente guiado pela imensidão de normas legais, estando, no presente, porém,

pressionado pela escassez dos recursos financeiros e pela necessidade de adoptar novos instrumentos de gestão.

A proposta do BSC pretende tornar entendível, para todos os níveis da organização, a visão, a missão e a estratégia, para que todos saibam o que fazer e de que forma as suas acções impactam no desempenho organizacional.

Os objectivos desta ferramenta vão muito além do que se poderia extrair de um mero conjunto de indicadores. Quando aplicado adequadamente, permite ainda transformações organizacionais no sentido da acção, em especial, criar uma visão integral da gestão e da sua situação actual, olhar em frente de forma pró-activa, alinhar a estrutura organizacional, estabelecer iniciativas prioritizadas em direcção às estratégias definidas e ainda influenciar o comportamento da sociedade.

Potencia a exigência de inclusão da voz do cidadão no desenho dos processos, de modo a que o resultado conduza à respectiva satisfação. Tudo é uma questão de estratégia e de identificar quais as aspirações públicas: onde queremos chegar e o que pretendemos ser.

Tendo em conta as preocupações evidenciadas no contexto da administração hospitalar em Portugal, em particular com a evolução organizacional e administrativo-legal dos hospitais públicos, que os transformou em empresas públicas, surgiu a oportunidade de trabalhar um tema que integra várias temáticas, tais como: a gestão estratégica hospitalar; a avaliação do desempenho nas unidades de cuidados hospitalares; o BSC aplicado aos hospitais; o sistema de informação multidimensional nos hospitais; a governação clínica e a comunicação organizacional.

A escolha pelo tema proposto encontra a sua justificação na fraca utilização de instrumentos de gestão privada nas instituições públicas de saúde portuguesas, promovendo-se assim um maior conhecimento sobre o funcionamento do BSC neste contexto (Matos, 2006). A opção por esta ferramenta baseou-se ainda no interesse explicitado pelo Centro Hospitalar Cova da Beira (CHCB) em promover a gestão estratégica e o uso de um sistema de informação de gestão, com base em dados fiáveis e válidos, que permitam uma tomada de decisão consciente, destacados pela literatura explanada no capítulo seguinte.

O objectivo principal do trabalho consiste na definição de um modelo equilibrado de gestão estratégica, bem como do respectivo processo de implementação para a área de gestão de topo e de gestão intermédia do CHCB, baseado na ferramenta BSC, sendo que a expressão “equilibrado” refere-se ao facto do modelo assentar numa estrutura multidimensional que procura ponderar cada dimensão (curto e longo prazo, aspectos financeiros e não financeiros, entre outros) relativamente ao seu valor para a prossecução da estratégia da organização.

O desafio é assim o de desenhar um sistema de informação que satisfaça as necessidades dos diversos stakeholders, sem que exista uma sobrecarga da recolha de dados e de análise e sempre dentro do contexto real em que a instituição exerce a sua actividade (WHO, 2008). Se os hospitais devem cumprir uma missão e manter os recursos necessários à satisfação das

necessidades em cuidados de saúde, têm de avaliar o seu desempenho e integrar os respectivos resultados na governação clínica e administrativa, sendo aqueles a base da melhoria contínua na prestação de cuidados (WHO, 2008).

Pretende-se assim atingir três objectivos, que reflectem o compromisso com os públicos-alvo descritos em seguida: os investigadores académicos, os stakeholders do Hospital, os profissionais de saúde, os utentes e a comunidade alvo.

Em primeiro lugar, o objectivo é o de procurar compreender e aclarar a importância de um modelo de gestão estratégica para a instituição hospital, baseado no BSC, bem como o uso de um sistema de informação de gestão, munido de dados fiáveis, válidos, com capacidade para fornecer informações inteligíveis e de forma integrada a toda a organização.

Em segunda posição, surge o objectivo de desenvolver um modelo equilibrado de gestão estratégica e respectivo projecto de implementação, assente no BSC, ajustando-o às necessidades do CHCB e dos seus stakeholders, à luz do actual estado da arte, identificando quais as vantagens, desvantagens e implicações na estrutura e nos processos inerentes à sua implementação.

Por último, pretende-se potenciar o conhecimento, através da sistematização dos conceitos e das opções aplicadas no desenho do modelo de gestão estratégica, com o propósito do modelo poder ser replicado em estruturas semelhantes.

Em simultâneo, com a prossecução dos objectivos enunciados, a autora procurou respostas para as seguintes questões:

1. Que modelo de gestão estratégica implementar numa instituição hospitalar pública? Será o BSC adequado às necessidades?
2. Quais as fases de implementação do BSC numa instituição hospitalar pública?
3. Como se gere o processo de implementação do BSC numa instituição hospitalar pública, em termos de tempo, risco e de recursos humanos, financeiros e materiais?

Este trabalho é composto por oito capítulos, sendo este ponto introdutório o primeiro.

No segundo capítulo, é efectuada uma revisão da literatura sobre a evolução da gestão da administração pública, com enquadramento das reformas introduzidas, enfatizando-se a pressão do ambiente externo para a mudança e para uma gestão mais eficiente.

No terceiro capítulo, é apresentado e analisado com detalhe o modelo do BSC, através de uma revisão da literatura existente.

No quarto capítulo, é analisada a adaptação do BSC ao sector público da saúde.

No quinto capítulo, define-se a metodologia de investigação, assumindo-se esta como um estudo de caso de uma organização. Elegeram-se assim uma metodologia eminentemente

qualitativa, descritiva e interpretativa, que possibilitasse narrar e analisar em profundidade a cultura organizacional do CHCB. Encontrámos em Yin (2003) um autor de referência neste domínio, a base da nossa reflexão e fundamentação metodológica. Foram utilizados como suporte os critérios que, segundo Yin (2003), devem estar presentes num bom estudo de caso: a sua significância; provocar no leitor uma sensação de completude; fornecer evidência suficiente sobre o que se afirma e, finalmente, organizar o estudo de uma forma cativante e entusiasmante para o leitor. Foram utilizadas múltiplas fontes de dados (análise documental, entrevista aplicada a um informador chave, questionários aplicados aos elementos da gestão de topo e gestão intermédia do CHCB e experiência profissional da autora) com o desígnio de obter informação sobre a sensibilidade para aplicação do BSC neste Hospital e sobre a melhor forma de o desenhar. É ainda efectuada a caracterização geral do CHCB, hospital seleccionado para integrar o presente estudo de caso.

No sexto capítulo, é apresentada a análise estratégica da Instituição e os resultados do questionário aplicado aos principais actores internos do CHCB.

No sétimo capítulo são explicitados os instrumentos, os passos e os critérios utilizados na construção do BSC e respectivo processo de implementação.

Apesar do trabalho realizado estar adaptado à realidade do CHCB, foi encetado um esforço no sentido de esta experiência ser replicada em organizações semelhantes. Apesar dos hospitais nas suas características gerais serem semelhantes, alguns apresentam peculiaridades que os fazem diferentes frente aos demais. É o que sucede com os hospitais universitários, visto que sua missão é mais abrangente, na medida em que se destinam à prestação de serviços altamente especializados, com qualidade e tecnologia de ponta. São também importantes centros de formação de recursos humanos e de desenvolvimento de tecnologia para a área de saúde. Na prossecução deste objectivo, encontra-se no do capítulo oitavo, o da discussão dos resultados, considerações sobre a adopção do BSC por outros Hospitais.

No nono capítulo tecem-se as conclusões, e apresentam-se as limitações desta investigação, bem como recomendações para estudos futuros.

## Balanced Scorecard para o Centro Hospitalar Cova da Beira

# **Parte I**

## **Revisão de Literatura**

## Balanced Scorecard para o Centro Hospitalar Cova da Beira

## 2. O Novo Modelo da Gestão Pública

«Se queremos progredir, não devemos repetir  
a história, mas fazer uma história nova»

(Gandhi)

No passado recente, os governos de vários países têm tido na sua lista de prioridades a reforma das suas administrações públicas, tendo em vista melhorar a qualidade dos serviços prestados e, com isso, melhorar também o bem-estar e a qualidade de vida dos cidadãos, entendidos cada vez mais como verdadeiros clientes e não apenas como utentes.

Segundo Neves (2002), a Reforma da Administração Pública começou a dar os seus primeiros passos nos finais dos anos 70 do século XX, ligada à crise económica resultante do choque petrolífero e à influência ideológica da designada Nova Direita, defensora de políticas neo-liberais nos países de expressão anglo-saxónica. É a partir daí que começam a aparecer movimentos de Reforma e Modernização Administrativa, com o objectivo de tornar a Administração Pública mais eficiente e eficaz, centrada na proximidade dos cidadãos e na melhoria dos serviços prestados.

O modelo tradicional de gestão dos serviços públicos revelou-se inflexível e inadequado à gestão. Surgiu assim um novo modelo de gestão das organizações públicas, com o desígnio de dotá-las de um sistema de informação capaz de apoiar o processo de tomada de decisão, permitir uma melhor racionalização dos recursos, promovendo um serviço público de melhor qualidade, com menores custos. Os princípios inerentes a este modelo implicam a introdução de um conjunto de reformas na gestão pública, como condição essencial para o seu sucesso, baseadas em novas formas de governação importadas do sector privado (Gomes, 2006).

Os conceitos de autonomia, descentralização dos serviços, responsabilidade baseada em outputs e *outcomes*, racionalização dos recursos, preocupação com os clientes e qualidade do serviço público, ascendem com o novo paradigma da gestão pública (Hood, 1991; 1995; Osborne e Gaebler, 1993; Dunleavy e Hood, 1994). Estratégia, accountability, medição e avaliação do desempenho são temas/preocupações que estão na agenda dos gestores de topo das organizações do sector público.

Hood (1995) refere que a redução das diferenças entre o sector público e privado e um maior foco na responsabilidade baseada nos resultados, em vez da preocupação com a responsabilidade sobre os processos, representam as características básicas do novo modelo de gestão.

Ao procurar romper com a organização burocrática, dominante nas instituições públicas, a nova gestão pública tem como um dos princípios basilares a substituição de formas de coordenação baseadas na hierarquia por formas de coordenação baseadas no mercado ou

quase-mercado (Hood, 1991). Assiste-se assim, ao declínio do modelo burocrático da administração pública tradicional, preocupado na sua essência com a lei e o seu cumprimento, defendendo-se uma maior aproximação aos cidadãos e às suas necessidades (Dunleavy e Hood, 1994; Fernandes, 2004).

O sucesso de uma organização sem fins lucrativos deve ser medido pelo grau de eficácia e de eficiência no cumprimento da sua missão. Se, por um lado, as questões financeiras podem desempenhar um papel, ora facilitador, ora constrangedor, por outro lado, raramente serão o objectivo principal destas organizações (Kaplan, 2001). Robert Kaplan acrescenta neste seu artigo, que, até mesmo as empresas privadas, ou seja, com fins lucrativos, reconhecem já que as questões financeiras por si só são insuficientes na gestão e medição do desempenho das suas organizações.

Apesar do impacto de todo o processo de reforma desencadeado, este novo modelo de gestão, como qualquer outro, apresenta inconvenientes. Sem a necessária adaptação do modelo de gestão à realidade específica do sector público (Osborne e Gaebler, 1993), nomeadamente à complexidade política, correr-se-á o risco de criação de uma nova burocracia.

A gestão pública não deve imitar a gestão empresarial, mas, antes, deve procurar entendimentos alargados entre as várias partes envolvidas no processo de decisão (Hood, 1991; Gomes 2006).

A mudança da cultura organizacional, da mentalidade e das rotinas instaladas (Fernández, 2000), é o pressuposto básico da implementação das reformas, onde o impulso político e a participação do executivo assumem de igual modo um papel preponderante (Nunes, 2006).

A OCDE recomenda a todos os países membros que adotem como princípios fundamentais (Hood, 1991):

- A privatização dos serviços, com diminuição do peso do Estado;
- A adopção de métodos de gestão empresarial;
- A desburocratização e a descentralização, com suporte num modelo que enfatiza os resultados, o serviço, a participação e os sistemas abertos.

A nova gestão pública é um conceito integrador que centraliza as suas preocupações em resultados para os clientes, aqueles que financiam os serviços públicos através dos seus impostos. A orientação para a qualidade dos serviços oferecidos aos clientes e a transparência são dois dos princípios que preconiza. Assim, regista-se uma crescente preocupação com a necessidade de justificar o dispêndio de recursos públicos - *Value for Money, Accountability*. O conceito do *Value for Money* significa que o dinheiro deve ser aplicado onde obtém resultados. Para o sector público, Pedro (2004) defende a utilização do termo *Value for Citizens*.

No sector público, não existe um preço para serviços cuja utilidade é recebida colectivamente, como, por exemplo, a saúde ou a segurança. No entanto, é necessário ponderar os custos e os benefícios das políticas para os seus financiadores.

Assim, o *Value for Citizens* significa que os recursos financeiros investidos em serviços públicos devem ter em conta as utilidades relativas desses serviços para os cidadãos e empresas, para uma mais justa, eficaz e eficiente gestão dos recursos. O *Value for Money* não se resume a uma questão de custo/eficiência, mas deve procurar também valorizar a qualidade dos serviços (Frezzatti, 2001).

A implementação da nova gestão pública nos vários países da OCDE tem ocorrido a ritmos diferentes, essencialmente, devido a diferenças na orientação política, na dimensão dos governos e no desempenho macroeconómico dos diferentes países (Hood, 1995).

A introdução dos princípios da nova gestão pública em Portugal foi tardia, desde logo devido ao atraso na passagem para o Estado Social, que só aconteceu após a revolução do 25 de Abril de 1974. Por outro lado, este processo de mudança não se cinge à introdução de um conjunto de princípios, exigindo-se, em primeiro lugar, uma mudança de mentalidades e da cultura organizacional (Gomes, 2006).

Estando Portugal inserido no conjunto de países da Europa Continental, com forte influência do direito romano, qualquer iniciativa de reforma é promovida através de leis e regulamentos, não se criando sempre as condições e motivações necessárias para a sua implementação (Fernandes, 2004).

Como refere Araújo (2001), existe uma forte resistência à mudança, que leva a que se mantenha a ênfase nas leis, na natureza hierárquica, centralizadora e burocrática da administração, na falta de transparência e de responsabilidade, nos inputs em vez dos outputs, impedindo, assim, a implementação das reformas desenhadas.

Apesar das iniciativas adoptadas pelos vários governos, a Administração Pública Portuguesa continua extremamente centralizada e burocrática, seguindo a lógica do modelo tradicional de administração.

No que respeita ao sector da saúde, são numerosas as áreas de convergência que podem ser claramente enquadradas no âmbito da nova gestão pública. Ainda que subsistam modelos de gestão diferentes e unidades hospitalares com diferentes níveis de diferenciação, pode afirmar-se que os hospitais portugueses já adoptaram as práticas empresariais e estão a adoptar sistemas de gestão cada vez mais modernos, embora, claro, se mantenham elementos característicos de épocas passadas, que retardam este processo e influenciam a eficácia desta nova filosofia.

Vai neste sentido a criação de organismos autónomos, designadamente os hospitais sociedades anónimas (SA) e hospitais empresas públicas (EPE). Estes são uma consequência do novo modelo de gestão, sendo dotados de uma gestão pública flexível na produção dos

serviços, conciliando métodos tradicionais com métodos de gestão empresarial. Inserindo-se no regime excepcional de autonomia administrativa e financeira, estão dotados de orçamento e contabilidade própria, com autonomia para gerir o seu próprio património. Todavia, apesar do aumento do nível de autonomia, estes serviços continuam a exercer apenas poderes delegados pelo próprio Estado. Podemos, assim, considerar que não se conseguiu criar organizações descentralizadas e autónomas, tal como estava previsto nos princípios do novo paradigma.

Encontram-se no presente outras evidências claras de mecanismo de gestão semelhantes aos usados no sector privado, concretamente a contratualização da produção com o Serviço Nacional de Saúde (SNS), para além do que já era efectuado com os subsistemas de saúde (ADSE, Forças Armadas e outros) e com operadores privados, concretamente as seguradoras. Ao mesmo tempo, foi introduzido nos hospitais a prática corrente de elaboração de planos estratégicos, planos de acção, planos de negócio, de benchmarking, bem como a integração destes elementos com sistemas que acompanham o desempenho, disseminam este conhecimento e incentivam boas práticas clínicas. Neste sentido, evidencia-se o sistema *tableau de bord* adoptado pelos chamados hospitais EPE (Entidade Pública Empresarial).

Foram ainda introduzidos mecanismos de orientação para o mercado que tentam promover o aumento da competição interna no sistema, através da concretização de medidas relacionadas com a separação entre financiador e prestador e a introdução de estímulos à contratualização. Concomitantemente, observam-se tentativas para provocar rupturas na cultura tradicionalmente dominante nas instituições de saúde, a mais evidente das quais talvez seja a que se dirige à reorganização da prestação de serviços e, em certa medida, ao funcionamento das instituições em torno da noção de consumidor.

A adaptação aos novos modelos de gestão por parte do sector hospitalar tem sido alvo do interesse dos investigadores, dada a preocupação em racionalizar os recursos e definir prioridades neste tipo de serviço tão específico e dispendioso (Arai, 2004; Robbins, 2004; Scarparo, 2006). Contudo, as medidas de avaliação de desempenho são, muitas vezes, desprezadas pelo departamento de planeamento das unidades de saúde, acrescendo ainda o facto da informação contabilística produzida não corresponder, totalmente, à realidade do serviço (Robbins, 2004). Com base no estudo do caso de um hospital irlandês, o autor defende que, paralelamente à mudança do modelo de gestão, tem de haver o desenvolvimento de um sistema de informação flexível, capaz de atender às necessidades de uma gestão mais activa.

Arai (2004) investigou o sector da saúde japonês, com o objectivo de analisar se os sistemas de custos estavam a ser devidamente reformados face às alterações no modelo de gestão, tendo em conta a sua importância para uma alocação mais eficiente dos recursos médicos. Concluiu que existe uma grande resistência à implementação dos sistemas de contabilidade de gestão no hospital em análise, devido essencialmente a dois motivos: a relação custo-benefício deste sistema de informação e a indiferença dos órgãos de topo da administração. O

envolvimento e participação dos profissionais da medicina nas práticas de gestão facilita o processo de mudança da cultura organizacional, fundamental para a implementação de qualquer reforma (Scarparo, 2006).

Assim, a disseminação dos sistemas de informação e de controlo de gestão, no sector público, enfrenta resistências devido, fundamentalmente, à mudança da cultura e dos valores instalados. Estas limitações verificam-se de igual modo nas instituições de saúde, acrescentando ainda o facto de, na maioria das vezes, os profissionais de saúde encararem estas mudanças como uma mera futilidade dos gestores (Gomes 2006).

Tendo por base as vantagens significativas descritas por diversos autores e alguns exemplos bem sucedidos da aplicação da ferramenta de gestão BSC em organizações do sector público, incluindo hospitais, o objectivo principal desta dissertação é propor um modelo de BSC para um hospital público, o CHCB, e, assim, fazer evoluir o seu modelo de gestão.

## **2.1 A Avaliação de Desempenho na Administração Pública**

A necessidade de medir, avaliar e quantificar o desempenho organizacional é um factor crítico para a condução das actividades de melhoria e de incentivo à excelência, mesmo quando se admite as limitações e inexactidões naturais dos indicadores, fazendo parte da actividade de gestão, enquanto monitorização ou controlo da actividade, permitindo a sua avaliação e aumentando o conhecimento para a tomada de decisão (WHO, 2008).

A introdução de melhorias na prestação de bens e serviços, após cada processo de avaliação, é o fim último de um sistema de avaliação de desempenho, constituindo-se como um instrumento de apoio ao processo de tomada de decisão (Mayston, 1985; Dooren, 2005) e de aprendizagem organizacional (Jackson, 1993).

No que concerne ao sector público, a definição de medidas de desempenho organizacional constitui a grande dificuldade, já que a informação sobre os inputs é quase a única informação disponível (Jones e Pendlebury, 1992). A medida do output é muito complexa, uma vez que não há um preço de mercado estipulado para os bens e serviços públicos. Para tal, é necessário saber, a título de exemplo, qual o custo de prevenir um crime, de formar um aluno ou de curar um doente.

O facto do sector privado ser conduzido, por regra, pela obtenção do lucro torna a medida e avaliação do desempenho mais clara do que no sector público, que foca questões sociais e políticas.

Deste modo, a solução encontrada consistiu na criação de indicadores chave de desempenho, que incorporam informação monetária e não monetária, quantitativa e qualitativa (Kaplan e Norton, 1992 e 1996a).

Porém, algumas das questões relevantes sobre a avaliação de desempenho no sector público estão ainda por resolver, nomeadamente a efectiva implementação do modelo de avaliação

concebido. Tal sucede em Portugal, já que, não obstante ter sido criado em 2006 um sistema de avaliação de desempenho para os serviços, dirigentes e funcionários, não estão ainda interiorizadas as mais valias da sua correcta utilização, designadamente por inexistência de incentivos e penalizações que lhe esteja associado.

Em síntese, a elevada dificuldade em obter e medir os outputs e outcomes e de o relacionar com os objectivos, a multiplicidade de stakeholders, a resistência à mudança a falta de iniciativa política, o tempo necessário e a limitação dos recursos, aparecem como factores que dificultam a implementação da avaliação de desempenho e do conjunto de reformas resultantes da reforma da Administração Pública. Contudo, constata-se uma maior sensibilidade e importância atribuída a esta temática.

## 3. Uma Gestão Estratégica da Mudança através do Balanced Scorecard

“You can’t improve what you can’t measure”

(Robert Waller)

### 3.1. Estratégia Organizacional

Haverá assunto mais apaixonadamente discutido e debatido no cenário dos negócios do que a estratégia? Embora a estratégia militar tenha estado presente ao longo da história da Humanidade e continuar a influenciar o nosso pensamento - mercê do popular “Arte da Guerra” de Sun Tzu -, a estratégia de negócios é ainda um fenómeno recente, dado que a reflexão sobre a mesma teve o seu auge no vigésimo século (Niven, 2005).

Actualmente, a maioria das organizações é confrontada com a mudança dinâmica do meio envolvente. Uma das respostas tem sido o desenvolvimento do conhecimento e das competências dos recursos humanos, entendendo-se que uma vantagem competitiva reside na capacidade de aprendizagem e participação organizacional (Santos, 2008). Esta constatação induz a uma gestão baseada na responsabilidade partilhada por todos, na promoção da criatividade e no empreendedorismo das respostas organizacionais.

Outra resposta às constantes mudanças e as alterações no meio ambiente tem sido o desenvolvimento do pensamento estratégico e a criação de modelos que se adaptem dos novos paradigmas (Santos, 2008). Algo que é relativamente recente, pois a aplicação do conceito de estratégia à gestão somente tomou expressão a partir da década de 60 do século passado. Assim, Santos (2008) destaca alguns dos contributos, nestes últimos 50 anos, para o pensamento estratégico e respectivos autores: Henry Mintzberg (abordagem comportamental); Peter Drucker (gestão por objectivos, avaliação do desempenho e satisfação das necessidades do cliente); Michael Porter (cadeia de valor e competitividade), Kenichi Ohmae (factores críticos de sucesso, abordagem intuitiva e criativa); Tom Peters e Robert Waterman (factores determinantes da excelência empresarial - e.g. conferir autonomia aos colaboradores pela delegação de responsabilidade e de autoridade, focalização no cliente e nas pessoas, desmantelamento da hierarquia, organizações flexíveis para interagir eficazmente e eficientemente com o meio, negócio central da empresa).

Importa concretizar os conceitos de reflexão estratégica, gestão estratégica e de plano estratégico, definidos por Santos (2008), estabelecendo uma base comum de conhecimento:

- **Reflexão estratégica:** designa o conjunto de visões, questões e soluções integradas relativas à actuação da organização, desenvolvida pelos seus membros; é a origem do processo de gestão estratégica e da sua renovação, devendo estar centrada na reflexão do conjunto dos colaboradores da organização e nas suas contribuições criativas e intuitivas;

- **Gestão estratégica:** processo contínuo e dinâmico de planeamento (estratégia, objectivos, missão, tática), organização (estrutura, recursos, actividades, processos), liderança (execução dos planos, programas, acções e orçamentos) e controlo (dos planos, programas e orçamentos, políticas, regras e procedimentos e o desempenho estratégico), através do qual as organizações determinam 'onde estão', para 'onde querem ir' e 'como é que lá chegarão', e agem em conformidade com o caminho traçado, ajustando-o continuamente às alterações ocorridas no seu meio envolvente e, em particular, às preferências (necessidades) dos clientes;
- **Plano Estratégico:** é o documento formal e completo que, sintetizando a reflexão estratégica dos membros da organização, define com clareza para onde a organização vai (a estratégia), qual a sua missão, quais os seus objectivos e como se propõe a atingi-los (a tática).

Para a implementação de um modelo de gestão estratégica conducente ao sucesso da organização num ambiente em constante mudança, Santos (2008) refere que existe necessidade de assegurar o envolvimento, empenho e determinação da gestão de topo e das chefias operacionais; promover um clima motivador, participativo e favorável à mudança, estimulando as contribuições intuitivas e criativas individuais ou colectivas para o desempenho organizacional; adequar a formação e o sistema de comunicação; garantir a obtenção e disseminação da informação relevante de forma atempada para suportar as orientações estratégicas; definir o calendário para o desenvolvimento do processo; simplificar e flexibilizar o processo para uma rápida adaptação às alterações; entender o processo como um meio e não um fim para a obtenção e sustentação de vantagens competitivas.

Definidos os conceitos base relativos à estratégia organizacional, como efectuar a implementação da estratégia?

Beer e Eisenstat (2000), identificam as ameaças internas à implementação da estratégia, denominadas de "assassinos silenciosos", que podem ser transformadas em oportunidades, classificando-as em três grupos:

- as que actuam sobre a orientação estratégica (liderança autocrática ou desinteressada, falta de clarificação da estratégia e existência de prioridades conflitantes, preocupação pela gestão de topo pelo seu pelouro e pela perda de poder);
- as que afectam a capacidade de aprendizagem (inexistência ou deficiências na comunicação vertical);
- e as que afectam a capacidade de implementação da estratégia (falta de coordenação ao nível funcional e entre as várias áreas, desadequação das capacidades e competências dos gestores de primeira linha, falta de apoio, formação e coaching pelos superiores).

Santos (2008) defende que o sucesso da prossecução da estratégia tenderá a resultar mais consistente e constante pela indução de melhorias incrementais nas funções e processos, do

que pela inovação periódica e pontual. Assim, a ferramenta BSC, nomeadamente das componentes de aprendizagem estratégica e da validação sistemática das hipóteses de relação de causa e efeito, podem contribuir sustentadamente para o seu êxito.

Os sistemas tradicionais de avaliação do desempenho (e.g. contabilidade analítica; elementos económico-financeiros de carácter previsional; o foco no curto prazo), não são suficientes ou induzem à incapacidade para compreender, prever e controlar as determinantes do sucesso organizacional (Santos, 2008). O segredo do sucesso, segundo o mesmo autor, poderá estar na valorização dos activos intangíveis, de natureza qualitativa (e.g. qualidade dos serviços/bens oferecidos, nível de satisfação e taxa de retenção dos clientes, a eficiência do nível do desempenho das actividades e processos, a competência e motivação dos recursos humanos, a capacidade de inovação, a flexibilidade de adaptação e resposta às mudanças do meio envolvente).

### **3.2 Instrumentos/Ferramentas para implementação da Estratégia**

Para a medição da performance existe um vasto conjunto de ferramentas que respondem às necessidades das diversas organizações. Na decisão de que modelo reproduz melhor o trabalho que se pretende desenvolver, há que analisar a natureza da situação em estudo, bem como a relação existente entre os inputs e os outputs.

Não obstante o extenso número de instrumentos existentes, destacam-se alguns que, pelo êxito alcançado, são hoje frequentemente utilizados:

- **Modelo de excelência da EFQM (European Foundation for Quality Management)** - O Modelo de Excelência da EFQM foi lançado em 1993, tendo sofrido, desde então, revisões anuais. Embora inicialmente pensado para as grandes indústrias privadas, rapidamente foi transplantado para os diversos tipos de organização. Este modelo é composto por vários critérios classificados como “**meios**”- liderança, política, estratégia, pessoas, parcerias e recursos, e processos - e “**resultados**” - resultados clientes, resultados pessoas, resultados sociedade e resultados chave do desempenho. A cada um destes critérios estão ainda associados subcritérios. Este modelo está suportado por um sistema de pontuação (50% para os “meios” e 50% para os “resultados”), que é o resultado da pontuação específica dada a cada critério que, por sua vez, varia segundo a sua importância. É assim possível a comparação de desempenhos entre organizações pela análise deste sistema de classificação (Reis, 2007).

Em termos da sua aplicabilidade, refere-se a sua considerável utilização no sector da saúde com elevada taxa de sucesso, destacando-se, como principais desvantagens o facto de a sua abordagem não ser suficientemente específica para cobrir todas áreas relevantes dos cuidados de saúde (Moeller, 2001).

**Six Sigma** - A origem do Six Sigma remonta ao final dos anos 80, tendo sido desenvolvida por Bill Smith, da Motorola. Trata-se de um instrumento de melhoramento de processos, que se serve essencialmente de ferramentas estatísticas e analíticas. Em termos práticos, uma organização que adopte o Six Sigma tem como meta alcançar 3,4 defeitos por cada milhão de oportunidades, tomando como oportunidade todas as situações em que uma organização pode falhar durante um processo. No limite, pode dizer-se que o objectivo máximo desta ferramenta é proporcionar aos seus clientes um serviço/produto perfeito. A aplicação desta ferramenta inicia-se pela definição do problema e processos, seguindo-se a medição e análise das suas variáveis. Depois, procede-se à melhoria através da realização de experiências, utilizando modelos matemáticos. Por último, há o controlo e acompanhamento do processo de melhoria. A grande diferença relativamente ao método anterior é a possibilidade de facilitar a gestão de intervenções específicas (Andersen e al., 2008).

Também o Six Sigma foi implementado com considerável sucesso no sector da saúde (Bush e al., 2007), Contudo, há que referir que este é um método complexo, o que pode servir de obstáculo no recrutamento de todos os interessados para o processo de mudança, factor que é determinante na aplicação desta ferramenta no sector público. Para além disso, trata-se de uma ferramenta dispendiosa.

**Balanced Scorecard (BSC)** - O BSC é uma ferramenta que atinge os fins de medição, gestão estratégica e comunicação. Esta ferramenta assenta, tipicamente, em quatro perspectivas: perspectiva financeira, perspectiva dos clientes, perspectiva dos processos internos e perspectiva de aprendizagem e crescimento. Embora, inicialmente concebido, tal como o modelo de excelência EFQM, para as organizações privadas, rapidamente foram detectadas as suas enormes potencialidades no sector público e organizações sem fins lucrativos. Este é um modelo que prima pela simplicidade (e não pelo simplismo), visando a melhoria da performance das organizações.

Tendo em conta as considerações negativas apontadas às ferramentas de gestão Six Sigma e modelo de excelência EFQM, bem como pelo facto de se possuir um forte know how ao nível do BSC e de serem consideráveis os casos de sucesso (não nacionais) da sua aplicabilidade no sector da saúde, foi esta a ferramenta escolhida para o estudo de caso que se pretende realizar.

Kaplan e Norton (2001) apontam duas razões essenciais para o desenvolvimento deste modelo de avaliação de desempenho e de gestão estratégica:

- Primeiro, a incorporação de um conjunto de medidas de desempenho interligadas entre si e articuladas com a estratégia organizacional. Os autores pretenderam complementar outros sistemas de desempenho já existentes, que contemplavam também medidas não financeiras, mas sem prever a sua interligação.

Deste modo, a primeira razão para o desenvolvimento do BSC é a criação de um sistema que estabelece um conjunto de relações de causa-efeito entre as medidas incorporadas no modelo

e a estratégia. A título de exemplo, o investimento na formação dos trabalhadores irá conduzir a uma melhor qualidade dos produtos/serviços fornecidos, que, por sua vez, irá aumentar a satisfação dos clientes e consequentemente irá melhorar o desempenho financeiro. Esta interligação deve estar contemplada nas medidas de desempenho definidas, e, é neste sentido que o BSC é considerado como um sistema de gestão estratégica.

- Em segundo lugar, está a importância atribuída aos activos intangíveis e o valor criado por estes activos, essenciais à criação e vantagens competitivas de qualquer organização. As demonstrações financeiras tradicionais, elaboradas com base no custo histórico, não fornecem informação suficiente sobre clientes, formação dos trabalhadores, sistemas de informação, estruturas organizativas e outros aspectos que acrescentam valor. Assim, o BSC surge como uma nova estrutura que interliga os activos intangíveis com os activos tangíveis, de forma a proporcionar valor estratégico.

Face às razões básicas apresentadas para o surgimento do BSC, Kaplan e Norton (1992 e 1996a) defendem que este estará bem desenvolvido se, através da sua análise, for perceptível a visão e a estratégia da organização. Ou seja, se qualquer pessoa estranha à organização conseguir perceber, através do BSC, o rumo estratégico a seguir e o que se pretende alcançar.

### **3.3 Abordagens teóricas: Teoria dos stakeholders versus Teoria Institucional**

Na década de 80, Freeman (1984), apresenta uma sistematização da teoria dos stakeholders, expondo-a como uma proposta de gestão estratégica das organizações. A teoria dos stakeholders preconiza que as organizações incluam nas suas estratégias o impacto esperado das inter-relações geradas entre os múltiplos actores que a integram. Pode entender-se como a perspectiva segundo a qual as organizações e os seus gestores procuram desenvolver competências, de forma a conseguirem o envolvimento dos variados stakeholders e, desta maneira, alcançarem a respectiva satisfação relativamente a bens, serviços e outras necessidades por eles sentidas (Friedman e Miles, 2006). Neste sentido, será fundamental que as organizações identifiquem todos os seus stakeholders, que procedam à sua classificação e que estabeleçam a importância de cada um dos grupos.

Para Freeman (1984), stakeholders de uma organização é um grupo ou um indivíduo que pode influenciar ou ser influenciado pelas acções, decisões, políticas ou objectivos da organização.

Assim sendo, Freeman (1984) defende que não podemos apenas considerar os proprietários do capital como os únicos interessados na organização, mas que, para que a organização seja bem-sucedida, terá que ter em consideração as necessidades e os desejos de um conjunto vasto de stakeholders, tais como clientes, fornecedores, governo, comunidade local, concorrentes, defesa do consumidor, média, empregados, grupos específicos e ambientalistas.

Stieb (2009) critica esta teoria, referindo que não é possível criar valor para todos os stakeholders de forma igualitária.

Para Freemam (1984), o contributo mais importante da teoria dos stakeholders reside na possibilidade de medição do desempenho. Esta teoria tem demonstrado especial interesse para organizações complexas, altamente burocratizadas e profissionalizadas, como é o caso dos hospitais. De facto, estas instituições caracterizam-se pelo exercício do poder disperso e um elevado número de stakeholders.

É possível identificar vários stakeholders nos hospitais públicos, como sejam as seguintes entidades:

- Utentes e a comunidade em geral;
- Entidade Reguladora da Saúde (ERS);
- Estado, proprietário e financiador, representado pelo Ministério da Saúde (MS), Direcção Geral da Saúde (DGS), Administrações Regionais de Saúde (ARS) e Administração Central do Sistema de Saúde (ACSS);
- Instituições pertencentes ao sistema de protecção da saúde (ADSE, SAM ou outras seguradoras de protecção da saúde);
- Profissionais de saúde;
- Ordens profissionais;
- Centros de saúde, as unidades de cuidados continuados ou paliativos, entre outros;
- Organizações de saúde privadas, como sejam os consultórios e clínicas privadas;
- Fornecedores;
- Autarquias;
- Investigadores;
- Outros organismos públicos ou privados que influenciam ou são influenciados pelo sector da saúde (Organização Mundial da Saúde).

A presente Teoria reforça a aplicação de instrumentos especialmente adequados para a avaliação do desempenho, como seja o Tableau de Bord ou o BSC. De facto, este último preconiza, para além da produção de informação que serve os propósitos dos stakeholders externos, a adopção de sistemas de informação que atendam às necessidades dos actores internos.

Já a Teoria Institucional defende que as organizações são sujeitas a pressões, internas e externas, que conduzem os seus comportamentos no sentido de se conformarem com essas regras e normas ditadas pelo ambiente, tendendo a serem compatíveis com as forças institucionais, originando uma uniformidade nas organizações - Isomorfismo Institucional (Zucker, 1987).

As primeiras formulações datam do final do século XIX e primeira metade do século XX, pela mão de Emile Durkhiem e Robert Meron, mas a presente Teoria ganhou reconhecimento na década de 70 do século XX (Resende, 2009).

Esta perspectiva possibilita saber porque as organizações são tão heterogéneas ou tão similares.

Esta Teoria pode, assim, ser útil na adopção do BSC, já que possibilita a explicação dos comportamentos das organizações, bem como a compreensão da dinâmica dos seus stakeholders.

Com base neste referencial teórico, é possível identificar os factores que influenciam a configuração actual das organizações hospitalares e a situação actual da respectiva gestão.

### **3.4 Balanced Scorecard**

#### **3.4.1 Conceito**

Robert Kaplan e David Norton, desde a década de 80 do século passado, preocuparam-se com a falta de informação relevante e estratégica que os gestores têm disponível para decidir em contextos fortemente dinâmicos e competitivos, uma vez que o modelo de gestão existente não articulava as medidas de desempenho com a estratégia organizacional (Kaplan e Norton 1996a). Assim, procuraram construir um novo modelo que incorporasse o valor de activos intangíveis e intelectuais, como as relações com o exterior, a satisfação dos clientes, a capacidade de inovação, as capacidades e qualidades dos trabalhadores e o desenvolvimento de processos internos mais flexíveis (Kaplan e Norton, 1992, 1993 e 1996a e 1996b).

Neste sentido, David Norton e Robert Kaplan desenvolveram o BSC, com o objectivo de complementar as medidas financeiras tradicionais, bem como melhorar o processo de tomada de decisão das organizações. O BSC foi apresentado em 1992 pelos autores, através de um artigo, na Harvard Business Review, intitulado “The Balanced Scorecard - measures that drive performance”, seguindo-se vários artigos e livros sobre a temática nos anos seguintes. “What you measure is what you get” (Kaplan e Norton, 1992). Esta frase, publicada em 1992 naquele que viria a ser o primeiro artigo acerca do Balanced Scorecard (BSC), marca uma viragem na forma de ver o mundo dos negócios. Desde o surgimento do modelo, foi exponencial o interesse pela investigação e pela análise das suas implicações, na gestão pública e privada.

O BSC pode ser descrito como um conjunto de objectivos e medidas, criteriosamente seleccionados, que se apoiam em perspectivas - financeira, clientes, processos internos e aprendizagem e crescimento -, que se originam a partir da visão e estratégia das organizações, reflectindo o valor intangível e tangível destas. Os objectivos e indicadores terão de funcionar de forma integrada (balanceada), estabelecendo-se entre eles relações de causa-efeito. Estas relações permitem avaliar se o BCS está efectivamente a reflectir a visão da organização, devendo os objectivos colocados na base servir como indutores dos objectivos superiores, os quais, em última análise, irão permitir atingir a estratégia da organização. Para

além disso, estas articulações permitem documentar e transmitir aos diversos stakeholders a estratégia.

O conceito de BSC, por si só, reflecte algumas das suposições necessárias para a aplicação deste método, sendo o conceito «balanced» o centro deste sistema. Este termo relaciona-se, essencialmente, com quatro pontos:

- Equilíbrio entre os indicadores financeiros e não financeiros;
- Equilíbrio entre os componentes internos e externos da organização. Entende-se por componentes externos os accionistas e clientes, e por componentes internos os funcionários e processos, procurando-se um equilíbrio entre as necessidades, frequentemente, contraditórias, destes grupos;
- Equilíbrio entre curto prazo e longo prazo;
- Equilíbrio entre os indicadores de resultado e de tendência.

O BSC define-se assim como um sistema que complementa as medidas financeiras tradicionais, fornecendo um conjunto de informações que propicia à gestão uma rápida e melhor compreensão do negócio e da estratégia organizacional (Kaplan e Norton 1992, 1996b; Lipe e Saltério 2000; Johnsen 2001; Banker, Chang e Pizzini 2004). Estas medidas visam permitir uma avaliação do desempenho das organizações, através de um conjunto de indicadores, devendo esta avaliação ser parte integrante do processo de gestão.

Inicialmente desenvolvida para criar um modelo de avaliação do desempenho, alternativo aos modelos baseados em indicadores financeiros, económicos e contabilísticos descritivos, revelou-se uma prática ferramenta de gestão estratégica, porque permitia, para além da avaliação, controlo e comunicação da estratégia, um apoio à formulação e à operacionalização da mesma (Kaplan e Norton, 1996; Santos, 2008).

Desde então tem evoluído, segundo Pinto (2007) de um sistema de medição (Kaplan e Norton, 1992), para um sistema de gestão estratégica (Kaplan e Norton, 1996), para, em 2000, evoluir para um instrumento de comunicação da estratégia (Kaplan e Norton, 2000), terminando, em 2006, por se transformar numa ferramenta de apoio à gestão da mudança (Kaplan e Norton, 2006), embora se pense que o BSC ainda tenha vitalidade para continuar a evoluir para um modelo de gestão integrada, na forma de instrumento de alinhamento de pessoas, processos e infra-estruturas.

Este modelo de gestão é caracterizado por traduzir e comunicar a missão e a estratégia organizacional, através de um conjunto de medidas de desempenho (Johnsen 2001). O desempenho não pode ser gerido apenas por medidas financeiras, devendo contemplar também um conjunto de medidas não financeiras (Lipe e Saltério 2000; Wilson, Hagarty e Gauthier 2003; Banker, Chang e Pizzini 2004). Para colmatar esta situação, surge o BSC que propicia uma gestão e avaliação do desempenho em quatro perspectivas, sendo elas a

perspectiva financeira, dos clientes, dos processos internos e da aprendizagem e crescimento (Kaplan e Norton 1992).

Até início da década de 90 do séc. XX, os indicadores considerados importantes e relevantes para as organizações eram somente os financeiros e a sua utilização é comparada por Paul Niven (2003) ao acto de dirigir um carro pelo espelho retrovisor: tem-se uma bela vista do percurso já percorrido, mas pouca orientação na direcção para onde se quer ir.

Deste modo, através do modelo desenvolvido por Kaplan e Norton, o desempenho das organizações passa a ser analisado nas quatro ópticas apresentadas. Os resultados alcançados serão mais facilmente avaliados, porque há uma interligação das medidas de desempenho com os objectivos que se pretendem alcançar e com a estratégia global definida. Logo, o BSC permite que o processo de tomada de decisão seja baseado em informação estratégica (Banker, Chang e Pizzini 2004).

O equilíbrio que o método impõe entre os objectivos de curto prazo e longo prazo, indicadores financeiros e não financeiros, de tendência e de resultados, internos (processos, inovação e conhecimento) e externos (clientes e accionistas), permite criar uma imagem holística da organização (Kaplan e Norton, 1996; Kaplan e Norton, 2000; Guerra, 1997).

O principal factor de sucesso é o de manter o modelo simples e objectivo, tendo o menor número de indicadores e iniciativas agregados a cada uma das perspectivas, mantendo o foco no que é considerado prioritário para a operacionalização da estratégia, pois cabe aos recursos humanos no terreno a tarefa de a executar, no exercício das suas funções (Kaplan e Norton, 2000; Marques, 2008).

Após esse trabalho inicial, de construção do modelo, deve ser desenvolvido um instrumento para a comunicação da estratégia da organização - o mapa estratégico (Kaplan e Norton, 2000; Santos, 2008). Este instrumento, utilizando uma linguagem gráfica, deve ter a capacidade de traduzir a estratégia organizacional de forma inteligível para todos os colaboradores, bem como para aqueles que não integram à organização (Pinto, 2007; Marques, 2008). A tradução é realizada através da apresentação dos objectivos estratégicos, ordenados de cima para baixo, ou da esquerda para a direita, pelo seu grau de importância em relação ao fim último da organização e agrupados por perspectiva, e das relações de causa e efeito entre os objectivos na mesma perspectiva e entre diferentes perspectivas, demonstrando como os activos intangíveis se transformam em resultados tangíveis (Kaplan e Norton, 2000).

É vasta a literatura sobre a aplicação, implementação e vantagens deste modelo, que se aborda ao longo deste trabalho, apesar de Kaplan e Norton terem sido os responsáveis pelo respectivo desenho.

### 3.4.2 Perspectivas do Balanced Scorecard

A etimologia da palavra "perspectiva" é *perspectus*, proveniente do latim, cujo significado é "olhar através" ou "ver claramente", que é precisamente o que se pretende com BSC: examinar a estratégia, tornando-a mais clara através de pontos de vista diferentes. De acordo com Leonardo da Vinci: "Tudo está ligado a tudo" (Niven, 2005).

A filosofia do BSC assenta na visão global da estratégia das organizações. Tal como já referido, esta é apoiada, essencialmente, em quatro perspectivas diferenciadas - financeira, clientes, processos internos e aprendizagem e crescimento. Para cada perspectiva definida, Kaplan e Norton apresentam uma questão ou um propósito a atingir de forma a identificar, claramente, o que se pretende medir (cf. Tabela 1).

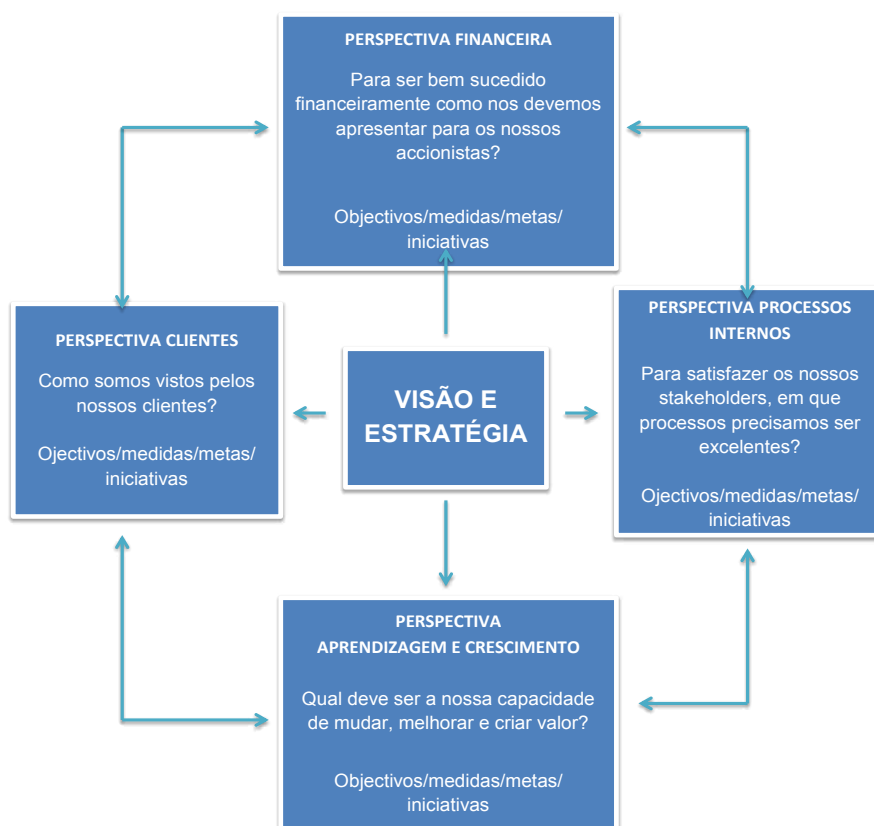
Tabela 1: As perspectivas do BSC

Perspectiva	Óptica	Questão
Perspectiva do Cliente	Do consumidor e da cadeia de valor	Como criar valor para a organização?
Perspectiva Financeira	Do passado	Se formos em sucessos, como cuidaremos dos nossos accionistas
Perspectiva do Processo Interno	Da Excelência Operacional	Para satisfazer os clientes, em que processos devemos ser excelentes?
Perspectiva da Aprendizagem e Crescimento	De aumento de capacidades e competências dos recursos humanos e do modelo organizativo	Para realizar a visão, como deve a organização aprender e melhorar?

Fonte: Kaplan e Norton (1996).

Em função destas questões, é necessário definir, para cada perspectiva, os objectivos a atingir, os *targets* adequados, as medidas ou indicadores de desempenho a utilizar para medir o alcance dos objectivos e as iniciativas a executar. Esta é a representação do BSC, onde todas as perspectivas e os objectivos dentro de cada uma delas, estão interligados com a estratégia e com a missão organizacional.

Figura 1: Representação do BSC



Fonte: Adaptado de Kaplan e Norton (1992).

No modelo original, arquitectado para empresas privadas, tendo a visão como fio de prumo das restantes perspectivas, é a perspectiva financeira que se evidencia no topo do modelo, representado o fim último da instituição (a criação de valor para os accionistas), para o qual todas as restantes perspectivas são a causa. Os objectivos estratégicos da perspectiva dos clientes são alinhados com os da perspectiva financeira, para que o seu bom desempenho maximize o valor para o accionista, sendo que a perspectiva dos clientes é prosseguida através da melhoria da eficácia, da eficiência e do aumento de qualidade avaliados nos objectivos da perspectiva dos processos internos. Por último, considera a teoria original que o desempenho da perspectiva dos processos internos é resultado do desempenho da perspectiva da aprendizagem e desenvolvimento, a base de todo o modelo.

#### a) Perspectiva do cliente

Se as empresas pretendem alcançar um desempenho financeiro superior a longo prazo, devem colocar à disposição dos clientes, produtos e serviços que estes valorizem (Kaplan e Norton (1996a)).

Esta perspectiva permite que as organizações alinhem os indicadores de resultados relativos aos seus clientes - satisfação, fidelidade, retenção, captação - com os segmentos específicos de mercado.

A análise do impacto desta perspectiva é feita com medidas como o nível de satisfação, a imagem, a fidelização e retenção de clientes, a evolução da quota de mercado, entre outras (Kaplan e Norton, 1996a; Martinsons, Davison e Tse, 1999; Lipe e Saltério, 2000; Norreklit 2000).

A definição destas medidas exige um conhecimento profundo dos clientes, assim como das suas necessidades, de forma a determinar os factores chave que permitem alcançar os objectivos.

As organizações definem cada vez mais a sua missão e visão estratégica com uma total orientação para o cliente, principalmente em organizações sem fins lucrativos, tendo em conta a actual conjuntura de extrema competição e mudança constante (Kaplan 2001, Wisniewskie Dickson 2001; Wilson, Hagarty e Gauthier 2003; Niven 2003).

Na Tabela 2 apresentam-se algumas medidas que permitem avaliar o desempenho nesta perspectiva, de acordo com a literatura revista, as quais providenciam um feedback sobre o modo como a organização está a satisfazer as necessidades dos seus clientes e a criar valor.

Tabela 2: Medidas da perspectiva dos clientes

Objectivos Estratégicos	Medidas Centrais	Fonte
Melhorar a imagem que os clientes têm da organização e aumentar o valor criado	Satisfação dos clientes Manutenção dos clientes Atracção de novos clientes Quota de mercado	Kaplan e Norton (1996a)
Manter uma boa imagem, ser o fornecedor preferido, atrair novos clientes e manter boas relações com os existentes	Satisfação dos clientes Satisfação pós venda	Martinsons, Davison e Tse (1999)
Melhorar a satisfação dos clientes aumentando, consequentemente, a rentabilidade	Repetição nas vendas Avaliação da satisfação Retorno dos clientes em Função da % de vendas Clientes recuperados	Lipe e Saltério (2000)

Objectivos Estratégicos	Medidas Centrais	Fonte
Aumentar a satisfação dos clientes com os produtos e pessoas da organização e a satisfação após a venda	Segmentos chave Manutenção dos clientes Profundidade das relações Análise do grau de satisfação	Norreklit (2000)

Fonte: Gomes, 2006

### b) Perspectiva financeira

A perspectiva financeira tem sido a forma tradicional de avaliação de resultados, bastando para isso a análise dos registos contabilísticos de períodos anteriores.

Actualmente, os indicadores financeiros continuam a ser uma perspectiva importante do BSC, especialmente no que se refere à identificação dos recursos disponíveis, por parte das organizações sem fins lucrativos, e do lucro ou da produção, por parte das organizações com fins lucrativos (output).

Na avaliação dos objectivos financeiros, devem utilizar-se medidas como a taxa de rendibilidade, a taxa de redução de custos, o crescimento do volume de vendas, a percentagem de investimento, o retorno do investimento, resultados líquidos, entre outros, conforme mostra a Tabela 3 (Kaplan e Norton 1996a e 2001; Martinsons, Davison e Tse 1999; Caudeli e Vicente 2000; Lipe e Saltério 2000).

Tabela 3: Medidas da perspectiva financeira

Objectivos Estratégicos	Medidas Centrais	Fonte
Maximizar o valor dos accionistas	Rendibilidade Retorno do investimento Crescimento das vendas Redução de custos	Kaplan e Norton (1996a)
Ser bem sucedido financeiramente de forma a maximizar o valor dos accionistas	Controlo de custos Volume de vendas Nível de risco Percentagem de investimento	Martinsons, Davison e Tse (1999)

Objectivos Estratégicos	Medidas Centrais	Fonte
Determinar se a estratégia está a ser executada	Redução de custos/produktividade  Utilização dos activos/investimento  Gestão do risco	Caudeli e Vicente (2000)
Maximizar o valor dos accionistas	Retorno das vendas  Crescimento das vendas  Quota de mercado  Resultados líquidos	Lipe e Saltério (2000)

Fonte: Gomes, 2006

### c) Perspectiva dos processos internos

Os processos internos visam atingir as componentes cruciais da estratégia organizacional e procuram responder aos seguintes desafios:

- Como vamos crescer;
- Como vamos produzir e entregar o valor proposto aos clientes;
- Como vamos valorizar os nossos activos;
- Como vamos melhorar os processos e reduzir os custos da componente produtiva.

A perspectiva dos processos internos procura compreender e identificar os métodos produtivos que a organização utiliza e que realmente são os grandes responsáveis pela criação de valor, assim como identificar e mensurar a prestação dos recursos disponíveis, das capacidades e talentos que verdadeiramente contribuem para um produto final de nível superior.

Muito embora as actividades de criação de valor sejam específicas de cada organização, Kaplan e Norton (1996a) afirmam que há um modelo genérico de cadeia de valor, que todas as organizações podem ter por base e utilizar na preparação da perspectiva interna do BSC. Este modelo inclui três processos internos principais:

- o processo de inovação;
- o processo operacional;
- o processo de serviço pós-venda.

A satisfação das necessidades dos clientes e o alcance dos objectivos financeiros vão depender de um bom desempenho dos processos internos, em toda a cadeia de valor. As medidas desta perspectiva, de acordo com a literatura revista, passam pelo tempo médio,

quer no desenvolvimento de novos produtos, quer na resolução de problemas, os recursos despendidos com o planeamento, investigação e desenvolvimento de novos produtos, capacidade de inovação e qualidade do serviço pós-venda, conforme Tabela 4 (Kaplan e Norton 1996a; Martinsons, Davison e Tse 1999; Caudeli e Vicente 2000).

Tabela 4: Medidas da perspectiva dos processos internos

Objectivos Estratégicos	Medidas Centrais	Fonte
Identificar os processos internos adequados de forma a criar valor	Percentagem de venda de novos produtos Tempo de desenvolvimento de novos produtos Prazo de entrega Qualidade Período de tempo na resolução de problemas	Kaplan e Norton (1996a)
Desenvolver os bens e serviços de forma eficiente e eficaz	% Recursos com o planeamento % Recursos com o desenvolvimento Tempo médio de resposta	Martinsons, Davison e Tse (1999)
Identificar os processos internos críticos, nos quais a organização deve ser excelente	Capacidade de inovação Processo operacional Qualidade do serviço pós-venda	Caudeli e Vicente (2000)

Fonte: Gomes, 2006

#### d) Perspectiva da aprendizagem e crescimento

Nos textos iniciais sobre o BSC, Kaplan e Norton (1992 e 1993) designaram a quarta perspectiva por Inovação e Aprendizagem. Posteriormente, em 1996, reconhecendo que o processo de inovação pertence à perspectiva de processos internos da organização, alteraram a designação desta para Aprendizagem e Crescimento.

Passou-se então a reconhecer que nesta perspectiva do BSC se devem identificar a infraestrutura tecnológica, de capital e humana, para que a organização se possa desenvolver a médio/longo prazo.

Nestes termos, esta perspectiva poderá ser reconhecida como a fonte de todas as outras e nos quadros estratégicos do BSC figurará sempre na base das restantes.

Os objectivos que esta perspectiva serve são a descrição dos activos intangíveis de uma organização, bem como qual o seu papel na estratégia definida.

Os objectivos da perspectiva de aprendizagem e crescimento são os indutores para alcançar excelentes resultados nas primeiras três perspectivas do BSC (Kaplan e Norton, 1996).

O BSC salienta a importância de se investir para o futuro e não apenas nas áreas tradicionais de investimento, tais como novos equipamentos ou investigação e desenvolvimento de novos produtos (Kaplan e Norton, 1996).

Tabela 5: Medidas da perspectiva de aprendizagem e crescimento

Objectivos Estratégicos	Medidas Centrais	Fonte
Alinhar as capacidades e qualificações internas com os objectivos estratégicos de forma a criar valor	Satisfação dos trabalhadores Retenção dos trabalhadores Produtividade dos trabalhadores Sugestões feitas e implementadas Desempenho de equipas Cobertura de sistemas de informação	Kaplan e Norton (1996a)
Adaptar a organização às mudanças futuras, através de uma melhoria contínua	Investimento em formação dos trabalhadores Experiência com novas tecnologias Satisfação dos trabalhadores Retenção de trabalhadores Martinsons, Davison e Tse (1999)	Martinsons, Davison e Tse (1999)
Desenvolver uma infra-estrutura adequada, de forma a proporcionar o crescimento a longo prazo	Capacidade dos trabalhadores Capacidade dos sistemas de informação Nível de motivação e empowerment	Caudeli e Vicente (2000)

Fonte: Elaboração própria

Concluindo, o bom desempenho organizacional depende do investimento feito nos trabalhadores, nos sistemas de informação e nos procedimentos organizacionais.

Todas as perspectivas do BSC devem estar interligadas em prol da estratégia organizacional, para que se consigam alcançar os objectivos definidos, tal como veremos no ponto seguinte.

### **3.4.3 O Balanced Scorecard como Ferramenta de Gestão Estratégica**

Em 1992, Kaplan e Norton apresentaram o BSC como um sistema de avaliação do desempenho das organizações mas, rapidamente, passou a ser considerado como um sistema de comunicação e alinhamento da organização com novas estratégias e como um valioso colaborador na clarificação e implementação da estratégia.

Assim utilizado, o BSC demonstra uma séria lacuna dos sistemas tradicionais de gestão: a inaptidão destes para criarem uma ligação entre a estratégia, a longo prazo, e a sua actuação, a curto prazo. O realce dado aos indicadores financeiros de curto prazo provoca discrepâncias entre a formulação da estratégia e a sua implementação. O BSC revelou-se então um meio de suprimir estas discrepâncias. Com ele, os indicadores financeiros de curto prazo deixaram de ser utilizados apenas como indicadores de desempenho.

O BSC tem assim a importante função de concretizar a estratégia organizacional num conjunto de medidas operacionais, que vão permitir avaliar os resultados alcançados e introduzir melhorias através de um feedback contínuo (Butler, Letza e Neale, 1997). Passa, assim, de um instrumento de avaliação do desempenho para um sistema de gestão estratégica, em que a grande finalidade é reduzir a lacuna entre a formulação da estratégia e a sua implementação (Kaplan e Norton, 1996a e 2001; Butler, Letza e Neale, 1997; Malina e Selto, 2001).

O BSC promove a interligação dos objectivos estratégicos com as medidas de desempenho, combinando objectivos de longo prazo com acções de curto prazo (Kaplan e Norton, 1996a, 1996b; Butler, Letza e Neale, 1997; Norreklit 2000).

A concepção do BSC, como um sistema de gestão estratégica, implica a interligação das quatro perspectivas analisadas com a estratégia organizacional. As quatro perspectivas funcionam como um sistema de medida que apoia a comunicação dos objectivos e, conseqüentemente, motiva uma execução bem sucedida da estratégia (Malina e Selto, 2001).

E, são os mapas estratégicos que materializam a interligação entre as quatro perspectivas do BSC e a estratégia organizacional.

A interligação dos objectivos e das medidas de desempenho com a estratégia organizacional efectuada por Kaplan e Norton, é feita para o sector privado. Contudo, estas ligações são fundamentais também para o BSC aplicado ao sector público, tal como refere Paul Niven (2003).

Mas o centro da questão está na execução da estratégia e não na respectiva formulação ou definição, de acordo com Paul Joyce (2000) e Niven (2003). A rápida mudança da cultura organizacional, a falta de conhecimento e de controlo da estratégia e a incapacidade dos gestores de topo impõem, às outras pessoas da organização, as decisões tomadas, constituem graves problemas da estratégia (Joyce, 2000).

O desafio de implementação da estratégia parece ser ainda mais exigente em organizações públicas e sem fins lucrativos, como defendem Kaplan (2001) e Kaplan e Norton (2001). Estas organizações tendem a preocupar-se mais com os programas e iniciativas a implementar e não com os outputs e *outcomes* que a organização deve atingir. Consequentemente, a avaliação de desempenho incide sobre as iniciativas implementadas e não sobre o alcance dos objectivos estratégicos. A estratégia não é apenas o que a organização pretende fazer, mas, também, o que ela decide não fazer, sendo esta uma mensagem particularmente relevante para organizações do sector público (Porter, 1996).

Com uma boa definição da estratégia, está o primeiro passo dado para o desenvolvimento do BSC, nomeadamente no sector público, onde por vezes esta aparece mal definida. “O início de qualquer sistema de desempenho tem de ser uma clara definição da estratégia” (Kaplan, 2001).

Por outro lado, a falta de cultura estratégica no sector público pode conduzir à elaboração de Key Performance Indicators Scorecards, em vez de um BSC, com a interligação estratégica necessária. Ou seja, não conhecendo a missão e a estratégia organizacional, aquilo que acontecerá é a definição de uma lista de indicadores de desempenho sem qualquer articulação com os objectivos estratégicos.

A estratégia no sector público não visa a maximização do valor dos accionistas e do desempenho financeiro, como acontece nas organizações privadas, mas sim a maximização do valor dos cidadãos/clientes a quem prestam o serviço (Kaplan e Norton 2001). Neste sentido, a missão organizacional deve ser definida tendo por base os interesses e os objectivos dos clientes, sendo ela que conduz à elaboração e implementação da estratégia organizacional. Se a missão incorpora os interesses do cliente em primeiro lugar, a estratégia vai também seguir essa direcção.

A formulação do BSC parte do geral (visão) para o específico (recursos) - (top-down), enquanto que a implementação parte da componente operacional até à estratégica - (bottom-up) (Kaplan e Norton, 2000; Santos, 2008).

### 3.4.4 Implementação do BSC

Os autores Kaplan e Norton (1996 e 2000) definem, em etapas, o ciclo para a implementação e manutenção do BSC:

Tabela 6: Etapas de implementação do BSC

Etapas	Acção	Objectivo
Tradução da estratégia em termos operacionais	Esclarecer e traduzir a visão estratégica em objectivos estratégicos específicos, por meio do desenho lógico do mapa estratégico	Criar um ponto de referência comum e compreensível para todas as unidades e colaboradores
Alinhamento da organização com a estratégia	Estabelecimento de metas, utilizando os efeitos de alavanca das interações entre as dimensões, definindo ambiciosos objectivos de longo prazo e substituindo os relatórios formais por objectivos estratégicos, comuns às várias funções especializadas presentes no BSC	Integração das diferentes dimensões num processo de melhoria contínua, para atingir o potencial da organização e melhorá-la a longo prazo
Transformação da estratégia em tarefa quotidiana de todos	Comunicar e associar objectivos e indicadores à estratégia, decompondo os indicadores estratégicos em indicadores específicos de nível operacional, ou seja para cada individuo,	Enfatizar o trabalho de equipa e associar o desempenho à remuneração
Converter a estratégia em processo contínuo	Através do processo de feedback e de aprendizagem estratégica, enquadrado em três temas - relacionamento da estratégia ao processo de orçamentação, reuniões de gestão, aprendizagem e adaptação da estratégia	Revisão dos objectivos operacionais e estratégicos, vital para manter o BSC vivo e actualizado no ambiente em que está inserido;
Mobilização para a mudança por meio de uma liderança forte e eficaz	Esclarecer porque é necessária a mudança, de forma óbvia para todos, demonstrando que o futuro pode reservar algo de muito melhor	Orientar a transição até ao novo modelo de gestão estratégica e novos valores

Fonte: Adaptado de Kaplan e Norton, 1996 e 2001

Em suma, Kaplan e Norton consideram que os cinco princípios básicos envolvidos na criação do BSC como parte do núcleo estratégico de uma organização são:

- Transformar a estratégia em termos operacionais;

- Alinhar a organização com a estratégia definida;
- Transformar a estratégia numa tarefa diária de todos os colaboradores;
- Fazer da estratégia um processo contínuo e em constante aperfeiçoamento;
- Mobilizar a mudança através da liderança.

São assumidos como objectivos de implementação do BSC os seguintes pontos:

Tabela 7: Objectivos da Implementação do BSC

Objectivos da Implementação	Acção	Fonte
Tornar a estratégia uma prioridade na agenda organizacional	Estratégia comunicada de forma inteligível, servindo de base para a acção	Kaplan e Norton, 2000
Aumentar a concentração e o foco no que é essencial para a prossecução da estratégia	Alinhamento dos recursos e actividades da organização	Kaplan e Norton, 2000
Mobilizar os colaboradores para formas de actuação coerentes, cooperantes e sinérgicas	Através dos elos organizacionais entre as unidades de negócio, os serviços partilhados e os diversos colaboradores	Kaplan e Norton, 2000
Compreensão e conhecimento por parte dos colaboradores em relação à seu contributo, posicionamento relativo e impacto na estratégia organizacional	Elaboração de mapa estratégico	Kaplan e Norton, 2000
Criar a base para um sistema de avaliação da gestão estratégica	Traduzir a missão estratégica da organização num conjunto abrangente de medidas de desempenho	Kaplan e Norton, 1996
Ser um sistema de comunicação, informação e de aprendizagem para articular a estratégia	Comunicar e alinhar as iniciativas individuais, organizativas e departamentais tendo em vista o cumprimento de uma meta comum - a visão	Kaplan e Norton, 1996

Fonte: Elaboração própria

São enumeradas pela literatura, designadamente, as seguintes vantagens:

Tabela 8: Vantagens da Implementação do BSC

Vantagens	Fonte
Incorporar as reflexões estratégicas dos seus membros de forma contínua	Santos, 2008
Organizar e estruturar a organização, actividades e processos em torno das prioridades estratégicas, privilegiando a afectação de recursos e competências às iniciativas, processos e projectos críticos com maior probabilidade de maximizar os efeitos nos resultados	Santos, 2008
Operacionalizar a estratégia	Santos, 2008
Afectar os recursos organizacionais de forma consistente, coerente e alinhada com a estratégia	Santos, 2008
Garantir a correcção dos desvios, através do contínuo feedback da avaliação e controlo sistemáticos da organização e do meio envolvente	Santos, 2008
Adaptar uma perspectiva global: objectivos de curto e longo prazo; indicadores financeiros e não financeiros; informação retrospectiva e prospectiva	Gomes e al, 2007
Permitir uma comunicação e revisão constante da estratégia	Gomes e al, 2007
Funcionar como um sistema integrado de comunicação, motivação e formação	Gomes et al, 2007
Intervir na perspectiva de aprendizagem e crescimento, de modo a obter melhorias nos processos internos	Gomes et al, 2007
Fomentar a compreensão conjunta de toda a estratégia	Niven, 2003
Permitir o envolvimento dos profissionais no estabelecimento de objectivos e de metas, logo na sua prossecução	Reis, 2007
Promover o tratamento dos colaboradores como parceiros no processo de tomada de decisão	Reis, 2007
Aumentar o foco nas linhas de produção chave da organização	Reis, 2007
Estimular o desenvolvimento de uma cultura de resultados	Reis, 2007
Potenciar a recolha e disseminação de informação relativamente a quaisquer desvios à execução da estratégia, permitindo as devidas correcções	Reis, 2007
Esclarecer e obter consenso em relação à estratégia	Kaplan e Norton, 1996
Comunicar a estratégia a toda a empresa	Kaplan e Norton, 1996
Alinhar as metas departamentais e pessoais à estratégia	Kaplan e Norton, 1996
Associar os objectivos estratégicos com as metas de longo prazo e os orçamentos associados	Kaplan e Norton, 1996

Vantagens	Fonte
Permitir o retorno de informação para aperfeiçoar a estratégia ou melhorar o conhecimento do seu impacto	Kaplan e Norton, 1996

Fonte: Elaboração própria

Por outro lado, são referidas as seguintes barreiras, causas de insucesso e limitações, relacionadas com a implementação do BSC, a ter em consideração:

Tabela 9: Limitações da Implementação do BSC

Limitações	Fonte
Falta de consenso	Kaplan e Norton, 1996
Não permite a comparação com outras organizações, excepto se o modelo for idêntico	Dias, 2004
Não identifica o que motiva os colaboradores	Dias, 2004
A falta de validade e fiabilidade dos indicadores de desempenho	WHO, 2008
A falta de associação dos incentivos à estratégia	Niven, 2003
Pouco tempo a discutir a estratégia pelas equipas de gestão	Niven, 2003
Os orçamentos não são associados à estratégia	Niven, 2003

Fonte: Elaboração própria

A implementação do BSC revela ser na maioria dos casos um processo de mudança cultural, pois a formulação e implementação da estratégia passa a ser realizada pelos colaboradores (Santos, 2008). Por isso, é importante que seja implementado um processo de gestão da mudança para assegurar a compreensão do modelo.

A adopção do BSC enquanto ferramenta de gestão requer trabalho conjunto de toda uma equipa. Deve partir dos responsáveis máximos, que são responsáveis pela elaboração de políticas e pela sua execução, numa hierarquia de cima para baixo (Farid et al., 2008).

São ainda apresentados pela literatura, alguns factores críticos de sucesso para a implementação de modelos baseados no BSC:

Tabela 10: Factores Críticos de Sucesso na Implementação do BSC

Factores Críticos de Sucesso	Fonte
O envolvimento e compromisso da gestão de topo ao longo de todo o processo	Santos, 2008
A constituição de uma equipa interna para facilitar a comunicação e envolvimento dos demais colaboradores retendo o conhecimento adquirido, sendo reconhecida a importância de ter um especialista em BSC	Santos, 2008
Aceitar a implementação do BSC como parte de um processo de mudança cultural	Santos, 2008
O não menosprezo da carga administrativa associada à implementação do modelo, nomeadamente na gestão quotidiana	Santos, 2008
Ter presente que todo o processo deve-se caracterizar pela simplicidade e rapidez	Santos, 2008
Respeito do ciclo das actividades de gestão	Santos, 2008
Ter implementado um sistema de gestão por objectivos e de gestão da qualidade (e.g. processo de acreditação ou certificação ISO: 9001)	Santos, 2008
A implementação de uma política de comunicação capaz de promover e disseminar o conhecimento e compreensão do modelo de gestão estratégica	Santos, 2008
A restrição do número de objectivos e indicadores ao mínimo essencial	Santos, 2008
A promoção de iniciativas simples e localizadas, com resultados quase imediatos, para manter o adequado nível de envolvimento e motivação dos colaboradores	Santos, 2008
A aposta na comunicação e formação para obter consensos	Santos, 2008

Fonte: Elaboração própria

O processo de construção de um BSC inicia-se com a criação da visão, da missão e da estratégia da organização e a sua implementação só será bem sucedida se houver um total envolvimento dos seus gestores de topo (Kaplan e Norton, 2001).

Em todos os processos de construção de um BSC tem que existir um líder do projecto, que conduza todo o processo, estruturando o programa de trabalhos e compilando a documentação adequada para o projecto (Kaplan e Norton, 2001). E, tal como referem esses autores, a implementação do BSC pode ser efectuada numa organização, num departamento ou apenas numa unidade orgânica.

Ao nível de software, a indústria informática desenvolveu aplicações que permitem explorar as potencialidades do BSC, disponibilizando uma análise sofisticada, mapeamento estratégico e partilha de informação. Todavia, na implementação informática do BSC e sua exploração, há que definir de forma correcta a envolvente tecnológica de análise.

## Balanced Scorecard para o Centro Hospitalar Cova da Beira

## 4. Balanced Scorecard nas Instituições Públicas e/ou Sem Fins Lucrativos

"A melhor forma de prever o futuro é criá-lo"

(Peter drucker)

Niven (2003), depois de verificar o sucesso do BSC em organizações privadas, procurou analisar a sua aplicabilidade às organizações públicas e às organizações sem fins lucrativos. O autor defende que o modelo desenvolvido por Kaplan e Norton assume-se relevante para grandes e pequenas organizações, sejam públicas, privadas ou sem fins lucrativos.

O aumento da competitividade, as restrições orçamentais, o aumento das expectativas da sociedade, a rápida mudança tecnológica e a necessidade de sobrevivência exigem uma rápida capacidade de adaptação das organizações do sector público (Kasurinen 2002; Wisniewski e Olafsson 2004) e a utilização de novas fontes de financiamento. A difícil conjuntura que se faz sentir justifica a adopção desta ferramenta também em organizações onde o lucro não é o principal objectivo.

No contexto de avaliação de desempenho do sector público e da agenda das reformas da nova gestão pública, o BSC assume-se um instrumento com potencial crescimento nestas organizações (Kaplan 2001; Wisniewski e Dickson 2001; Zelman, Ink e Matthias 2003; Wisniewski e Olafsson 2004).

Por outro lado, as pressões exercidas, nos últimos anos, sobre os serviços públicos em geral, para a contenção da despesa pública e para a utilização de instrumentos de gestão estratégica, que permitam uma maior racionalização dos recursos disponíveis, justifica a adopção deste instrumento também no sector público.

Porém, o modelo original, definido por Kaplan e Norton, deve ser adaptado a cada organização, em função da sua realidade e actividade. Assim, cada organização terá um BSC específico e diferente, existindo já vários estudos sobre a sua aplicação ao sector público (Ho e Chan, 2000; Lipe e Saltério, 2000; Kaplan, 2001; Johnsen, 2001; Niven, 2003; Wilson, Hagarty e Gauthier, 2003; Zelman, Pink e Matthias, 2003; Wisniewski e Olafsson, 2004).

## 4.1 Adaptação do Modelo Original do BSC à realidade do Sector Público

O sucesso das entidades públicas deve ser medido tendo por base a eficiência na satisfação das necessidades dos cidadãos. Neste contexto, as medidas estritamente financeiras revelam-se igualmente incapazes de avaliar o desempenho organizacional (Santos, 2008).

Neste sector, a sustentabilidade financeira não é um fim em si mesmo, mas sim um pressuposto para continuar a prossecução dos seus objectivos estratégicos, cumprindo a missão (Kaplan e Norton, 2000; Nunes, 2006; Russo, 2006). Santos (2008) refere que o objectivo último destas organizações, a missão ou visão, é a satisfação de necessidades dos clientes de forma sustentável, sendo as restantes perspectivas indutoras dessa satisfação.

As principais alterações residem na inclusão da missão ou visão como uma perspectiva do modelo e a de destituir a perspectiva financeira do topo (Russo, 2006), deixando de ser a melhoria do seu desempenho o fim último da actividade, em prol da perspectiva dos clientes (Kaplan e Norton, 2000; Nunes, 2006; Pinto, 2007; Gomes et al, 2007;), mantendo tudo o resto constante. Os autores Kaplan e Norton (2000), apoiados por Cavaco (2005) e Pinto (2007), justificam a proposta de colocar ambas perspectivas de clientes e financeira no topo do modelo, sendo a causa do cumprimento da visão, referindo que a razão de ser das instituições públicas é a satisfação de necessidades da população de forma eficaz e eficiente, sendo que o seu objectivo último, o cumprimento da missão, deve ser atingido criando valor para o cliente a custos mínimos, promovendo o apoio e o comprometimento contínuo do financiador.

Como adaptar o modelo original do BSC para as organizações sem fins lucrativos e entidades públicas para que este instrumento seja implementado com sucesso em organizações onde o lucro e o desempenho financeiro não são o objectivo central, constitui a preocupação da obra de Niven (2003). A satisfação das necessidades da comunidade e a melhoria do bem-estar público fazem do sector público um sector específico, com uma missão geral que se distingue da do sector privado. Assim, Niven (2003) defende algumas alterações ao modelo original. A Figura 2 representa a estrutura do BSC para o sector público, segundo o autor, sendo esta constituída pelas perspectivas dos clientes, dos processos, das finanças e da aprendizagem e crescimento.

Figura 2: Estrutura do BSC no Sector Público, segundo Niven (2003)



Fonte: Adaptado de Niven (2003).

Existem grandes alterações a ter conta relativamente ao modelo original:

1 - **MISSÃO**: a missão surge no topo do modelo, como se de uma quinta perspectiva se tratasse, para a qual convergem os objectivos, as metas e as iniciativas fixadas nas outras perspectivas. Passa a constituir o elemento condutor fulcral do processo. O principal objectivo dos organismos públicos não é a rentabilidade económica e financeira. Elas devem prestar serviços de qualidade com eficiência e devem revelar predisposição para a inovação e melhoria contínua, com procura constante por novas formas de melhor servir o cidadão em conformidade com aquela que for a sua missão.

2 - Perspectiva **CLIENTES**: esta perspectiva sobe na hierarquia do modelo e assume o papel principal, logo depois da missão. Surge no topo com grande destaque, em substituição da perspectiva financeira. Esta alteração deve-se ao destaque atribuído à missão nos serviços públicos.

3 - A perspectiva dos **PROCESSOS INTERNOS** é reanalisada, na medida em que é necessário identificar os processos que são fundamentais na prestação de serviços ao cliente;

4 - A perspectiva **APRENDIZAGEM/CRESCIMENTO** cria os alicerces do BSC. Integra o modelo do BSC adaptado ao sector público, pois também estas organizações necessitam de ter pessoas

devidamente qualificadas, capazes e orientadas para o alcance da missão organizacional. Os trabalhadores e as infra-estruturas organizacionais representam a base do BSC, pois a melhoria dos processos internos, a posição financeira e a satisfação das necessidades dos clientes vai depender, em grande parte, das capacidades dos trabalhadores e dos instrumentos que estão à sua disposição. Esta perspectiva é, por vezes, ignorada, pondo em causa o sucesso na implementação do BSC.

5 - Conforme referido, a **PERSPECTIVA FINANCEIRA** assume uma posição diferente. Porém ela não é dispensada. Niven (2003) defende que não há BSC sem a perspectiva financeira, pois não é possível operar com sucesso sem recursos financeiros. As medidas financeiras vão determinar o sucesso ou as limitações da actividade pública e, conseqüentemente, a concretização da sua missão, por isso ela continua a existir. No sector público, esta perspectiva foca essencialmente os custos com a actividade pública e a forma como lidar com recursos escassos, e não a obtenção do lucro como no sector privado. O desempenho financeiro, no sector público, não é um objectivo em si mesmo, mas sim um meio através do qual se concretizam os fins, como a satisfação dos clientes e da comunidade em geral através da produção de bens e serviços (Wisniewski e Dickson 2001).

A estratégia permanece como tema central do modelo e a perspectiva financeira mantém-se, embora haja grande diferença na importância dada a estes indicadores.

As diferenças na ordenação das perspectivas, entre o sector público e o sector privado são também analisadas por Wisniewski e Olafsson (2004). Estas baseiam-se no facto das finanças constituírem o principal objectivo no sector privado e a satisfação dos clientes a principal motivação do sector público (cf. Tabela 11).

Tabela 11: Ordenação das perspectivas de desempenho no Sector Público e Privado

Sector Privado	Sector Público
Perspectiva Financeira	Perspectiva dos Clientes
Perspectiva dos Clientes	Perspectiva dos Processos
Perspectiva dos Processos	Perspectiva da Aprendizagem e Crescimento
Perspectiva da Aprendizagem e Crescimento	Perspectiva Financeira

Fonte: Gomes 2006, adaptado de Wisniewski e Olafsson (2004).

Kaplan (2001) e Kaplan e Norton (2001) referem dois grupos distintos de pessoas que se relacionam com a Administração Pública e que devem ser considerados na estratégia organizacional: o que paga o serviço (contribuintes) e o que beneficia do serviço (beneficiários/utentes). Os indivíduos que pagam o serviço público devem estar representados na perspectiva financeira e os que o utilizam estão representados na perspectiva dos clientes.

Nestes termos, a perspectiva do cliente e a perspectiva financeira aparecem em paralelo, representando os dois grupos de pessoas que se relacionam, de forma diferente, com o sector público. A perspectiva dos processos internos e da aprendizagem e crescimento aparecem logo a seguir, estando directamente relacionados com o sucesso no alcance da missão e da estratégia, tal como mencionado anteriormente.

Na tabela seguinte, apresentam-se as várias perspectivas do BSC, adaptadas aos dois sectores.

Tabela12: As perspectivas do BSC: Sector Público vs Sector Privado

Perspectiva	Sector Público	Sector Privado
<b>Clientes</b>	O cliente é um fim em si mesmo. Ocupa o topo da estrutura do BSC, uma vez que é para os clientes e para a satisfação das suas necessidades que toda a Administração Pública está orientada	Os clientes representam o principal meio para atingir o fim, já que eles constituem a principal fonte de receita. Ocupam a segunda posição na estrutura do BSC
<b>Financeira</b>	O desempenho financeiro constitui um meio para alcançar o fim. Representa as restrições em que a organização opera e, por outro lado, os recursos disponíveis para atingir os fins	O desempenho financeiro constitui o fim em si mesmo. Visa a maximização do valor dos accionistas. Ocupa o topo da estrutura do BSC
<b>Processos Internos</b>	Os processos internos estão orientados no sentido da criação de valor e da satisfação dos clientes.	Os processos internos são também um meio para aumentar o valor dos clientes, mas com a finalidade última de melhorar o desempenho financeiro
<b>Aprendizagem e Crescimento</b>	A aprendizagem e o crescimento determinam o aperfeiçoamento dos processos, a eficiência na utilização dos recursos financeiros e, conseqüentemente, o aumento da satisfação dos clientes	A aprendizagem e o crescimento determinam o aperfeiçoamento dos processos, a criação de valor e a melhoria do desempenho financeiro

Fonte: Gomes, 2006

Para os serviços públicos, definir estratégias claras e consistentes não tem sido tarefa fácil. Trata-se de um problema sobretudo cultural, que decorre da própria natureza do serviço público, mas também dum tipo de gestão centrado em operações do dia-a-dia, sem grandes preocupações com metas e resultados de longo prazo, que vem sendo praticado ao longo de muitos anos (Santos, 2006).

## 4.2 Vantagens e limitações do BSC no Sector Público

### Vantagens

Na caracterização do BSC há que salientar uma das suas grandes vantagens, designadamente, a sua flexibilidade. Esta ferramenta pode ser ajustada consoante a organização sendo, frequentemente, alvo de adaptações e refinamentos. Uma das alterações habitualmente efectuadas dá-se ao nível das perspectivas inicialmente seleccionadas por Kaplan e Norton. Estas não têm ser taxativamente seguidas, podendo ser acrescentadas outras ou modificadas estas, consoante o que convier à organização.

Após verificar a importância do BSC para o sector público, Kaplan (2001) analisou a aplicação desta ferramenta em três organizações sem fins lucrativos, United Way of South Eastern New England, Duke Children's Hospital e New Profit Inc., tendo concluído que a implementação do BSC obteve um elevado grau de sucesso nestas organizações, essencialmente devido à melhoria do desempenho e à maior responsabilidade verificada após a aplicação desta ferramenta. Contudo, a continuidade desta ferramenta foi posta em causa em algumas unidades, devido à falta de apoio e envolvimento da gestão de topo e da liderança.

William Zelman, George Pink e Catherine Matthias (2003) estudaram a aplicação do BSC no sector de saúde. Os autores verificaram que esta ferramenta, que começou por ser aplicada nos organismos privados, assume uma elevada importância para o sector hospitalar e tem já aplicação neste serviço público. No estudo em concreto, os autores introduziram algumas perspectivas de desempenho, como a qualidade dos cuidados de saúde e o acesso aos mesmos e os resultados alcançados, por se adequarem melhor à realidade dos serviços de saúde.

Radnor e Bill (2003: 180), referem as seguintes vantagens desta ferramenta:

- Clarifica e permite a obtenção de consenso sobre a estratégia organizacional;
- Comunica a estratégia em toda a organização;
- Alinha os objectivos departamentais e individuais com a estratégia;

As vantagens da aplicação do BSC são ainda caracterizadas, por Niven (2003) (cf. Tabela 13):

- Aumentar o sentido de responsabilização e demonstrar os resultados alcançados;
- Atrair recursos escassos;
- Criar o foco na estratégia;
- Produzir informação e não dados;
- Conduzir o processo de mudança e aumentar os índices de confiança.

Tabela 13: Vantagens do BSC no Sector Público

Vantagens	Justificação
Aumentar o sentido de responsabilização e demonstrar os resultados alcançados	Face a uma comunidade cada vez mais informada sobre os seus direitos e mais exigente, o BSC permite medir o verdadeiro desempenho organizacional, aumentando assim o grau de responsabilidade e a transparência dos resultados alcançados.
Atrair recursos escassos	O BSC não faz uma organização rica ou milionária, mas ajuda a captar recursos escassos que são críticos para o desenvolvimento sustentável de qualquer organização.
Criar o foco na estratégia	Colocar a estratégia em acção é um dos propósitos do BSC. O grande benefício está na articulação de todas as medidas de desempenho com a estratégia e a missão organizacional. A falta desta articulação foi a principal falha de outras medidas de desempenho, no passado.
Produzir informação e não dados	Uma organização pode dispor de um bom conjunto de dados, mas não saber como tratá-lo e interpretá-los. O BSC domina essencialmente na informação que produz para a gestão, assumindo assim um papel fundamental na sociedade da informação
Conduzir o processo de mudança	O BSC pode ajudar a conduzir o processo de mudança necessário para alcançar os outcomes desejados.
Aumentar os índices de confiança	Se o BSC ajuda a revelar a responsabilidade e transparência e a atrair recursos escassos para a organização, ele tem também a vantagem de conseguir uma maior confiança da comunidade, trabalhadores e contribuintes.

Fonte: Gomes, 2006, adaptado de Niven (2003).

A elevada flexibilidade desta ferramenta permite adaptá-lo a qualquer organização, aumentando a sua relevância, designadamente no processo de melhoria contínua da prestação de bens e serviços, e, conseqüentemente no aumento da satisfação dos clientes.

### Limitações

Um dos principais entraves na aplicabilidade do BSC no sector público deriva da dificuldade de medição do que é executado, já que todos os resultados são sujeitos a uma ampla variedade de influências, não sendo facilmente mensuráveis. Para além do que é dificilmente

quantificável, há ainda a acrescentar a falta de informação, que frequentemente caracteriza esses serviços.

Os funcionários públicos não se focalizam nos resultados do seu trabalho. Por um lado, têm sido levados apenas a pensar nos processos, por outro lado, nem sempre são fáceis de definir medidas e objectivos. Como consequência, o seu volume de trabalho não é medido por resultados. As organizações do sector público demorarão muitos anos a ter sucesso no desenvolvimento de medidas e objectivos e no seu reporte.

Outro dos factores que influencia negativamente a aplicação desta ferramenta nos serviços públicos é o facto de esta poder ser uma prática limitada ao mandato de um determinado órgão de gestão ou governo. É comum suceder que uma nova administração (ou governo) repudie tudo o que foi iniciado pelo seu antecessor, independentemente da qualidade desse trabalho.

### **4.3 Estado da Arte da Aplicação do Balanced Scorecard às Unidades Públicas Prestadores de Cuidados de Saúde**

A adaptação do BSC para a realidade das unidades de cuidados de saúde hospitalares surge, nos Estados Unidos da América, em virtude da percepção do potencial do instrumento em desenvolver-se para um sistema de gestão estratégica da organização.

No passado, apenas era exigido ao hospital que fosse eficaz, hoje é-lhe exigido efectividade com eficiência, ou seja o cumprimento da sua missão de forma economicamente sustentável (Santos, 2008). É comumente aceite a necessidade de analisar a actividade hospitalar de forma multidimensional, enfatizando a sustentabilidade operacional e a satisfação dos clientes.

No que se refere ao sector da saúde, a gestão da performance adquire uma dimensão diferente, pelos desafios que surgem. A gestão da saúde é extremamente complexa, constituindo, por isso, um “desafio único de gestão” (Joyce, 2000).

Os relatos presentes na literatura denotam que o sucesso da implementação dos modelos baseados no BSC não é garantido (Gurd e Gao, 2008), mas que os resultados do desempenho são significativamente melhores do que os do período anterior à sua implementação (e.g. Hospital de Zumarraga - Espanha).

É ainda evidente que o sucesso da implementação e os bons resultados do desempenho são potenciados quando o BSC integra outras ferramentas de gestão, com base numa cultura de aprendizagem e não da culpa (Kaplan e Norton, 2000; Ruiz e Simon, 2004; Gomes et al, 2007; Santos, 2008; Marques, 2008), tais como: ISO 9000:2001 (certificação de qualidade de processos); ABC e ABM; EFQM; TQM; Just In Time; SIADAP; CAF; processo de acreditação; Six Sigma; ciclo Plan, Do, Check, Act (PDCA) ou de Demming, ou de Shewhart.

Santos (2008) refere que a estratégia de um hospital enquadra-se na estratégia genérica de Michael Porter, pois a sua vantagem competitiva reside na diferenciação de cuidados a episódios de doentes agudos, para um conjunto alargado de segmentos de patologias, sendo destacados como principais vectores de diferenciação:

- A imagem associada ao hospital;
- A tecnologia;
- A compatibilidade e complementaridade dos cuidados;
- A personalização dos cuidados;
- A qualidade assistência no tratamento e pós-alta;
- A garantia de efectividade dos resultados em saúde;
- A oferta de um serviço global.

Um dos aspectos considerados para a adaptação do BSC ao sector da saúde foi a redefinição do conceito de cliente em saúde. O cliente passaria a designar o consumidor directo dos produtos e serviços hospitalares, quer esteja doente ou não (ou seja, uma pessoa carente dos serviços e produtos hospitalares), aquando do contacto com a organização hospital (Nunes, 2006).

Apesar de existir uma terceira entidade, o Estado ou uma entidade privada, que zela pelo pagamento dos produtos e serviços consumidos e prestados, esta não experimenta de forma directa os respectivos resultados da efectividade. Logo, esta entidade, não é considerada como um cliente-consumidor, mas sim como um cliente-financiador, porque contrata a prestação de serviços e procede à contra-prestação mediante confirmação da sua realização, ou seja, do pagamento, tendo normalmente associado um mecanismo de regulação das condições de efectividade, qualidade e eficiência técnica da prestação dos serviços contratados, promovendo assim a competitividade entre instituições e a melhoria contínua dos seus processos de criação de valor para os clientes-consumidores.

Devido a este facto, Kaplan e Norton (2000) referem que é aceite a colocação de ambas as perspectivas do financiador e do cliente, enquanto utente do hospital ou doente, no topo do modelo, procurando ambas responder a um objectivo abrangente - a visão.

Contudo, realça-se a importância neste tipo de organizações, cuja estrutura e actividade comporta um elevado grau de complexidade e uso intensivo de capital humano e de conhecimento (Santos, 2008; Gurd e Gao, 2008), da existência de um plano de comunicação e de gestão da mudança ao implementar um modelo baseado no BSC. Pelas suas características organizativas, culturais e históricas, os factores críticos de sucesso e as barreiras identificadas por outros estudos, aquando da implementação de modelos baseados no BSC, não podem ser menosprezados pelos respectivos CA e colaboradores, em detrimento de

comprometer a capacidade de ultrapassar as barreiras e de realizar com êxito a implementação de um modelo equilibrado de gestão estratégica.

Os casos apresentados pela literatura, relativos à implementação de modelos baseados no BSC em hospitais, realçam os resultados positivos e as barreiras identificadas (Tabela 14), sendo que não foi encontrado nenhum caso publicado descrevendo o insucesso de um processo de implementação da referida ferramenta.

Tabela 14: Implementação do BSC em Hospitais: Resultados e Limitações

Organização	Resultados positivos	Limitações	Fonte
Duke Children Hospital (EUA).	Diminuição da demora média, devido à melhoria dos processos internos; Redução dos custos por caso, devido à diminuição da demora média; Melhoria do nível de satisfação dos utentes e profissionais e das condições clínicas.	Resistência à mudança	Kaplan e Norton (2000). Gomes <i>et al</i> (2007).
May Institute (EUA)	Proporcionou aos colaboradores maior sensibilidade para compreender a importância dos aspectos empresariais, como seja o orçamento, marketing e desenvolvimento empresarial	Não descritas.	Kaplan e Norton (2001).
Montefiore Hospital (EUA)	Concentração no cliente	Não descritas.	Kaplan e Inamdar (2001).
Análise do estudo de Kaplan e Inamdar (2002).	Clarificação e consensualização da estratégia; Responsabilização da gestão de topo e aumento da credibilidade da gestão intermédia; Metodologia para a tomada de decisão da gestão intermédia; definição de prioridades ao racionalizar e alinhar as iniciativas; Associação da estratégia à afectação dos recursos disponíveis; Indutor da aprendizagem e da melhoria contínua individual e organizacional.	Falta de aprovação da implementação (em especial pelos médicos, não concordando com o desvio de recursos); fraco envolvimento da gestão intermédia, que tinha de se debruçar mais sobre a estratégia; o esforço na implementação (horas de trabalho para além do “normal”).	Kaplan e Inamdar (2002). Matos (2006).

Organização	Resultados positivos	Limitações	Fonte
Hospital de Zumarraga (Espanha).	Distinção com o prémio de excelência na gestão EFQM, em 2004. Mecanismo de participação e reflexão conjunta; Ferramenta de difusão e conhecimento; Permite um acompanhamento constante dos indicadores; Torna a estratégia operacional.	Processo complexo e consumidor de tempo; participação nem sempre ampla prejudica a implementação; dificuldade em actualizar resultados e hipóteses; dificuldade em relacionar os indicadores, tendo por base as relações causa e efeito.	Gomes et al (2007).

Fonte: Elaboração Própria

Para Ribeiro (2007), a utilização do BSC pelas instituições do sector da saúde, a nível mundial, tem sido bem sucedida, enquanto instrumento de controlo de gestão e de avaliação da eficiência e eficácia dos serviços de saúde.

Matos (2006) apresenta alguns casos práticos da aplicação do BSC a hospitais, ligação com a realidade dos hospitais portugueses e a possibilidade de replicação dessas experiências em Portugal. O mesmo autor conclui que o BSC é uma ferramenta essencial para a gestão de um hospital porque aproxima as diferentes classes profissionais e compatibiliza a prestação de cuidados de saúde com a qualidade e com a satisfação do doente.

Os resultados atingidos parecem ter sido alavancados pela instrumentalização do modelo, como meio de melhorar a comunicação organizacional do desempenho, proporcionando em simultâneo uma aprendizagem e revisão de processos e de procedimentos, com o objectivo de melhorar a efectividade, qualidade e eficiência na execução da actividade assistencial e o de aumentar a satisfação global dos clientes.

Por outro lado, Santos (2008) destaca algumas especificidades, do ponto de vista estratégico, das organizações do sector público, que se reflectem, salvo melhor opinião, nos Hospitais com a natureza jurídica de entidades públicas empresariais (EPE). Estas decorrem das restrições ou condicionamentos impostos pelas orientações políticas e regras definidas para a obtenção do financiamento:

- **Perspectiva financeira** - os hospitais têm pouco controlo sobre as decisões relativas aos recursos financeiros, devido à estreita relação entre estes e o volume de produção. A formação dos preços e os critérios de valorização da produção não são transparentes, quanto ao recurso de dados da contabilidade analítica (Santana, 2005) ou epidemiológicos; o processo de contratualização parece ser mais unilateral do que negocial; a afectação de

recursos ou os investimentos nem sempre são ditados por critérios de racionalidade económica ou estratégia, mas sim política.

- **Perspectiva dos clientes** - não é possível a um hospital público português seleccionar os clientes, nem os serviços a prestar; o lançamento de bens e serviços inovadores e diferenciadores nem sempre têm por racional a necessidade, a utilidade ou uma estratégia organizacional.
- **Perspectiva dos processos internos** - a transformação de certos hospitais em EPE poderá ter facilitado a revisão de processos, bem como alterações organizativas e burocráticas.
- **Perspectiva da aprendizagem e desenvolvimento** - a aplicação da legislação sobre o contrato de trabalho aos colaboradores dos Hospitais EPE permite aumentar a flexibilidade da gestão.

Em Portugal, nos últimos anos, têm-se reunido as condições ideais para a aplicação do BSC. Destaca-se a crescente tendência de empresarialização dos hospitais nacionais, com evidências claras de mecanismo de gestão semelhantes aos usados no sector privado. Ao mesmo tempo, foi introduzido nos hospitais a prática corrente de elaboração de planos estratégicos, planos de acção, planos de negócio, de benchmarking, e integração destes elementos com sistemas que acompanham o desempenho, disseminam este conhecimento e incentivam boas práticas clínicas. Neste sentido, evidencia-se o sistema tableau de bord adoptado pelo Ministério da Saúde. Este sistema permite a comparação mensal entre hospitais, numa perspectiva de recursos despendidos na actividade, baseando-se num conjunto de indicadores de índole diversa - operacionais, económico-financeiros, qualidade e serviço. Assim, é possível acompanhar a actividade de todos eles e avaliar a sua evolução.

Ainda que subsistam modelos de gestão diferentes e unidades hospitalares com diferentes níveis de diferenciação, pode afirmar-se que os hospitais portugueses já adoptaram práticas empresariais e sistemas de gestão cada vez mais modernos, embora se mantenham elementos característicos de épocas passadas, que retardam este processo e influenciam a eficácia desta nova filosofia.

A adopção de determinadas ferramentas de gestão, como sendo o BSC, pode ser decidida pelas administrações hospitalares, no âmbito da sua autonomia. Porém, há que salientar que estas são organizações integradas no SNS, pelo que têm de responder, primariamente, a estímulos oriundos dos organismos de nível superior.

A aplicabilidade crescente do BSC em Portugal, a sua disseminação paulatina pelos serviços públicos e os casos de sucesso internacionais referentes à sua implementação no sector da saúde, fazem querer que este trabalho será revestido de interesse óbvio para este tipo de organizações.

## **Parte II**

# **Estudo Empírico**



## 5. Metodologia de investigação

“Nada perdura, excepto a mudança.”

(Heráclito)

### 5.1 Justificação da Metodologia e Métodos de Recolha de Dados

Na fase empírica deste trabalho, optou-se pelo método do estudo de caso, dadas as vantagens que apresenta na análise dos processos organizacionais, permitindo descrever, explicar e proporcionar conhecimento sobre o fenómeno estudado, a hipótese de aplicação do BSC a uma instituição pública de saúde sem fins lucrativos.

Os estudos de caso centram-se na compreensão das dinâmicas complexas num determinado contexto (Amaratunga e Baldry, 2001), permitindo uma visão global de um processo (Patton e Appelbaum, 2003).

Descrevemos de seguida as perspectivas de vários autores sobre esta metodologia, dando especial relevo aos horizontes traçados para os estudos de caso por Robert Yin (2003), autor de referência neste domínio.

O autor mencionado começou, nos anos 80, a procurar definir o estudo de caso como um método rigoroso de pesquisa.

Yin (2003) afirma que a escolha pela realização de um estudo de caso surge do desejo de entender um fenómeno social complexo e refere três condições fundamentais para a escolha da metodologia de estudo de caso em detrimento de outras, escolhas estas que se conciliam com as da autora:

- (a) O tipo de questão colocada. Esta deve enfatizar o como e o porquê - em detrimento do quem, o quê, onde, quanto;
- (b) O investigador ter pouco ou nenhum controlo sobre os comportamentos;
- (c) O enfoque do estudo estar mais centrado no tempo presente, e não em acontecimentos históricos.

A presente investigação procurou precisamente compreender a forma como o BSC deve ser implementado para permitir uma gestão estratégica da organização. Pretende-se estudar a cultura da organização para entender os pressupostos básicos que estarão na base desta mudança. Distanciando-se claramente de um tipo de estudo histórico, cuja focagem central são acontecimentos passados, o enfoque principal do estudo centra-se no tempo presente, ainda que perspective o futuro.

Explicita todas as etapas que o devem constituir - definição do problema, design, recolha de dados, análise dos dados, composição e redacção do relatório.

As vantagens colhidas na investigação pela utilização do método estudo de caso, segundo Yin (1994), são as seguintes:

- Trata-se de um método que produz informação de fácil entendimento, o que facilita a compreensão e comunicação;
- Foca pontos únicos, que se perderiam num estudo de escala mais alargada;
- Relata pormenorizadamente a situação em estudo, o que proporciona uma maior compreensão da realidade;
- Pode ser implementado por um único investigador.

No tocante às limitações, aquela que aparenta ser a mais relevante na presente investigação, é o facto de que as explicações das observações não são generalizáveis a outros casos (Otley e Berry, 1998).

Também uma crítica importante geralmente apontada aos estudos de caso é que estes comportam falta de rigor e excesso de enviesamento (Patton e Baldry, 2001), sendo frequentemente identificados como não sendo capazes de levar em conta critérios de investigação, como a validade e a fiabilidade, falhas de que pode igualmente padecer a presente dissertação.

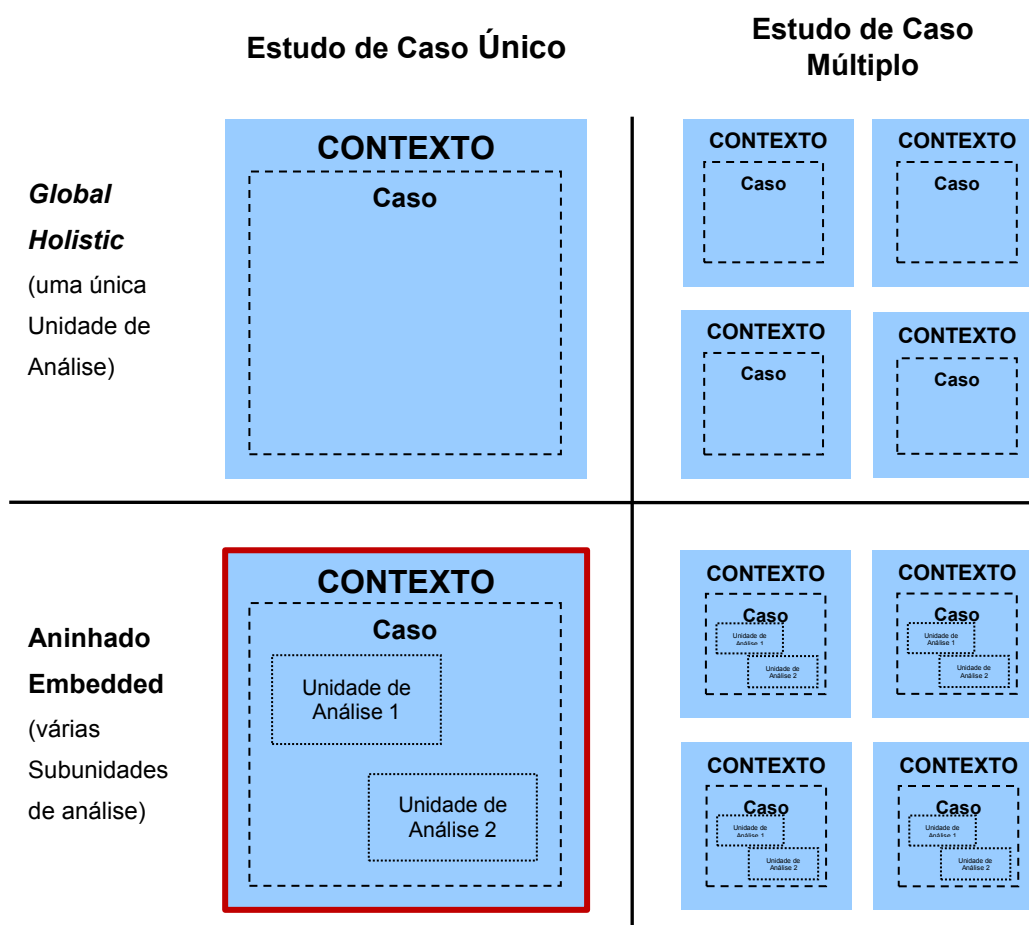
Como é referido por Humphrey e Scapens (1993), nenhum investigador de um estudo de caso pode afirmar que realizou uma análise objectiva dos acontecimentos. De acordo com os autores citados, um estudo de caso não é mais do que a representação subjectiva do sistema.

De acordo com Yin, o desenho de uma pesquisa consubstancia-se na lógica que relaciona os dados a colher e as conclusões a retirar com a questão inicial do estudo.

Yin alerta para o facto do desenvolvimento do desenho da investigação constituir um ponto crítico na edificação de um estudo de caso, pois, contrariamente a outras estratégias de investigação, não foi ainda desenvolvido um inventário descritivo (compreensivo) para a sua realização (2003:19). No entanto, afirma que um desenho de pesquisa é muito mais do que um plano de trabalho, tendo como objectivo principal evitar a situação em que a recolha de dados não vai ao encontro da questão inicial.

Segundo Yin, existem quatro tipos possíveis de estudos de caso, de acordo com o número de unidades de análise e o número de casos em estudo - Caso singular - holístico (1) ou aninhado (Embedded) (2); Estudo de caso múltiplo - holístico (3) ou aninhado (4), conforme figura

Figura 3: Tipos de Estudos de caso



Fonte: Yin, 2003

Tendo em conta a actual investigação, podemos afirmar que a nossa pesquisa se traduz como estudo de caso do tipo singular aninhado, cujo objecto é uma organização, mas que considera o contributo dos diferentes serviços que a integram, representados pelos respectivos dirigentes, para o desenho da pesquisa e sua efectivação.

Para terminar a análise da perspectiva de Yin em relação à elaboração dos estudos de caso, destacamos os aspectos que, para o autor, constituem um estudo de caso exemplar (2003: 160-165):

- O estudo de caso deve ser significativo e constituir um contributo para o interesse geral do público e/ou a sua temática ter interesse nacional, tanto a um nível teórico, como político ou prático;
- Deve ser completo - bem delimitado, contendo evidências relevantes, que o investigador exaustivamente recolheu; não terminar por condicionantes externas, mas antes porque o desenho do estudo, a recolha de dados e sua análise assim o determinaram;

- Deve considerar perspectivas alternativas - o investigador deve procurar sempre encontrar as alternativas.

- Deve divulgar evidências suficientes - as evidências devem ser criteriosamente seleccionadas, de modo a conter dados que suportam e que contrariam as conclusões do investigador, podendo assim o leitor fazer o seu próprio juízo do caso em questão; o relatório deve demonstrar que o investigador é um profundo conhecedor do caso que investiga, que esteve realmente no terreno e que o estudou rigorosamente; e deve, finalmente, mostrar a preocupação do investigador com a validade, designadamente através da sua capacidade de manter uma cadeia de evidências.

- O Estudo de caso deve ser composto de maneira apelativa, o que revela o entusiasmo do investigador sobre a investigação e o seu desejo de comunicar os resultados obtidos.

No que diz respeito à recolha de dados, Yin indica seis fontes de evidência para a realizar, e chama a atenção para as suas forças e vulnerabilidades, tal como explicitadas na Tabela 15:

Tabela 15: Fontes de Evidência: Forças e Vulnerabilidades

Fonte de evidência	Forças	Vulnerabilidades
Documentação	<p><b>Estabilidade</b> - pode ser revista repetidamente;</p> <p><b>Não obstrutiva</b> - não foi criada como resultado do estudo de caso;</p> <p><b>Exacta</b> - contém com exactidão nomes, referências e detalhes de um acontecimento;</p> <p><b>Cobertura ampla</b> - cobre períodos amplos de tempo, muitos acontecimentos e muitos locais.</p>	<p><b>Seleção enviesada</b> - se a colecção for incompleta;</p> <p><b>Relatório enviesado</b> - reflecte os enviesamentos (desconhecidos) do seu autor;</p> <p><b>Acesso</b> - pode ser directamente negado.</p>
Registos de arquivo	<p>(as mesmas que para a documentação)</p> <p><b>Precisos e quantitativos.</b></p>	<p>(as mesmas que para a documentação)</p> <p><b>Acessibilidade, devido ao sigilo.</b></p>
Entrevistas	<p><b>Focadas</b> - focam directamente o tópico do estudo;</p> <p><b>Insightful</b> - permitem inferências sobre as causas percebidas</p>	<p><b>Enviesamentos</b> - devido a questões mal construídas;</p> <p><b>Enviesamentos nas respostas;</b></p> <p><b>Inexactidões, devido a uma memória fraca;</b></p> <p><b>Reflectividade</b> - o entrevistado oferece o que o entrevistador quer ouvir.</p>

Fonte de evidência	Forças	Vulnerabilidades
<b>Observações directas</b>	<b>Realidade</b> - cobre acontecimentos em tempo real; <b>Contextual</b> - cobre o contexto do evento.	<b>Muito demorado;</b> <b>Selectividade</b> - excepto se houver uma cobertura ampla; <b>Reflectividade</b> - a situação pode ser modificada pela presença do observador; <b>Custo</b> - horas necessárias de presença do observador.
<b>Observações participantes</b>	(as mesmas que para as observações directas) <b>Compreensivo</b> em termos dos comportamentos e motivações interpessoais.	(as mesmas que para as observações directas); <b>Enviesamento</b> devido à manipulação que o investigador faz dos acontecimentos.
<b>Artefactos físicos</b>	<b>Compreensivo</b> em relação a aspectos culturais; <b>Compreensivo</b> em relação a técnicas operacionais.	<b>Selectividade;</b> <b>Disponibilidade.</b>

Fonte: Yin, 2003

O autor defende que o desenvolvimento teórico não só facilita a recolha de dados, como é a este nível que a generalização do um estudo de caso pode ocorrer. Para o autor, um erro fatal é conceber a generalização estatística como método de generalização dos resultados, uma vez que estes não são “unidades de amostra” e não devem ser escolhidos por esta razão (2003:32).

No caso da presente investigação, não se pretende fazer qualquer tipo de generalização, cientes da natureza altamente contextualizada da pesquisa. Mesmo a generalização analítica, tendo em conta que se trata de um estudo de caso único, poderá ser muito difícil ou mesmo impossível, nas palavras do próprio Yin. Assim sendo, o fundamental será seguir com rigor os critérios que permitam a sua legitimação no contexto e circunstâncias em que ocorre.

De um modo geral, podemos afirmar que se observou com interesse e foram seleccionados para a realização do presente trabalho diversas estratégias metodológicas que o autor define e defende como fundamentais para o estudo de caso, descritas em seguida:

- **Revisão da literatura**, designadamente na vertente aplicada às unidades públicas prestadoras de cuidados de saúde.

A revisão da literatura efectuada revela a importância crescente do BSC enquanto ferramenta de gestão estratégica para a Administração Pública, nos últimos anos, apesar de existirem ainda barreiras à sua implementação. Para tal, foram consideradas relevantes, as contribuições dos autores Kaplan e Norton (1997, 2000), Niven (2003), Matos (2006), Nunes (2006), Gomes (2006), Gomes et al (2007), Santos (2008), Marques (2008).

- **Estudo de caso**: os resultados obtidos decorreram da aplicação de vários instrumentos de recolha de dados, aumentando a robustez das conclusões obtidas:

#### - **Análise Documental**

Foi efectuada uma análise de documentos estratégicos da organização. A leitura das fontes documentais foi reveladora, na medida em que estas geraram informação pertinente para a consecução dos objectivos propostos, o que permitiu a caracterização do ambiente do CHCB, em função da sua estratégia.

Foram analisados os seguintes documentos estratégicos:

- Relatório e Contas 2010 e 2011;
- Plano de Negócios 2010-2012;
- Plano de Actividades 2011;
- Contrato-Programa 2012;
- Regulamento Interno

#### - **Entrevista**

A fim de poder ser gerada informação relativa aos processos de gestão do CHCB e tendo em vista aferir da pertinência da adopção de uma nova ferramenta de gestão, efectuou-se uma entrevista semi-estruturada a um representante do CA do CHCB, o Presidente do Conselho de Administração, que pode ser consultada no Apêndice C.

Segundo Qu e Dumay (2011), na entrevista semi-estruturada, o foco está no guia de entrevista, que deve incorporar uma série de grandes temas, com o propósito de direccionar a conversa para os assuntos sobre os quais o entrevistador quer aprender.

A entrevista semi-estruturada é utilizada com frequência, já que, de acordo com os autores referidos, é flexível, acessível e inteligível e, o mais importante, tem potencialidades para revelar facetas do comportamento humano e organizacional.

#### - Questionário

Foi efectuada a recolha de opinião da gestão de topo e intermédia sobre a urgência da implementação de um modelo de gestão estratégica (Niven, 2003; Niven 2005; Marques, 2008) e da respectiva percepção sobre os pontos fortes e fracos do CHCB, através da aplicação de questionário (Apêndice D), construído com base na literatura revista (Ho e Chan, 2000 e Marques, 2008).

A análise documental, a entrevista e os questionários foram os instrumentos utilizados para a recolha de dados, procurando-se desta forma compreender as forças e vulnerabilidades que a organização vive que determinam uma mudança no modelo de gestão, e entender a complexidade da sua real efectivação.

Neste processo de investigação, não pode ainda ser ignorado o papel da autora, que, por ter já sido colaboradora do CHCB, possui um conhecimento e experiência acumulada que a dotaram de maiores capacidades para desenvolver o presente estudo.

## 5.2 Aplicação do Questionário

Optou-se pelo método do inquérito por questionário por se tratar de uma técnica adequada para obter uma grande quantidade de informação, de determinada população e de uma forma célere (Ho e Chan, 2000 e Marques, 2008).

O questionário teve por objectivo averiguar qual o modelo de gestão vigente no CHCB e quais as características do modelo de avaliação de desempenho existente. Pretendeu-se também averiguar quais os indicadores que deveriam ser incluídos num BSC aplicado ao CHCB e qual a predisposição das pessoas para a aplicação desta ferramenta de gestão.

A realização do questionário teve ainda como finalidade promover a divulgação dos objectivos e limitações do BSC e suprimir as possíveis barreiras ao envolvimento dos profissionais, associadas com frequência ao desconhecimento do respectivo âmbito.

O questionário apresenta questões fechadas, definidas como relevantes após a revisão de literatura. Niven,(2003 e 2005), Gomes (2006) e Marques (2008), através das questões e afirmações tecidas, foram os autores que inspiraram o desenho do questionário.

A população alvo do estudo é constituída por todos os elementos da gestão de topo e gestão intermédia do CHCB, totalizando 72 elementos, distribuídos tal como evidencia o Apêndice E.

O período de recolha de dados iniciou-se em Junho de 2012 e terminou em Outubro de 2012.

Importa referir que o questionário foi aplicado a uma amostra da população alvo de acordo com a sua disponibilidade, sem recurso a critérios para a inferência estatística dos resultados.

O questionário estruturou-se em cinco partes fundamentais, sendo a primeira direccionada para a caracterização do inquirido.

Na segunda parte, pretende-se analisar qual o modelo de gestão vigente, (orientação para o cliente, adopção de instrumentos de gestão, avaliação de resultados e de impactos), bem como o contributo deste modelo para a melhoria do desempenho organizacional. É fundamental conhecer o ponto de partida, para assim propor o desenho do novo modelo de gestão.

A terceira parte do questionário pretende determinar qual o sistema de avaliação em vigor. A este propósito, questionou-se sobre as medidas/indicadores de desempenho já utilizadas, enquadráveis em cada uma das perspectivas do BSC.

A quarta parte do questionário procura aferir o nível de conhecimento do BSC e a predisposição, do ponto de vista pessoal e institucional, para o aplicar. Foi assumido assim o pressuposto de que um maior nível de conhecimento sobre esta ferramenta de gestão, induzirá uma maior colaboração na implementação do novo modelo.

Na quinta parte e última parte, pede-se ao inquirido para indicar cinco medidas/indicadores que considere mais importantes em cada uma das perspectivas de desempenho, tendo em vista a posterior concepção do BSC do CHCB.

Todos os resultados foram objecto de análise quantitativa, à excepção das respostas do último grupo, que, sendo de resposta aberta, foram objecto de análise de conteúdo.

Relativamente às questões dos grupos 2, 3 e 4, os inquiridos foram solicitados a demonstrar o seu grau de concordância numa escala progressiva tipo Lickert, com cinco níveis (1 - Discordo Totalmente; 2 - Discordo; 3 - Não concordo, nem discordo; 4- Concordo; 5- Concordo Totalmente).

Após a elaboração de uma primeira versão do questionário, este foi submetido a um primeiro teste, com a colaboração de três elementos da gestão intermédia, que, gentilmente, se disponibilizaram a efectuar uma primeira validação, no sentido de o tornar perceptível para o público-alvo.

Uma vez elaborado o questionário, procedeu-se à entrega do mesmo, em mão, juntamente com uma carta dirigida a todos os elementos da gestão intermédia que compõem a população (Apêndice B).

### **5.3 Estudo de Caso: Centro Hospitalar Cova da Beira, EPE**

Tal como referido anteriormente, o objectivo primordial da presente dissertação consiste em definir um modelo de gestão estratégica para uma unidade hospitalar portuguesa, o Centro Hospitalar Cova da Beira (CHCB), baseado no BSC.

Neste sentido, a descrição sumária do enquadramento do CHCB no contexto português é relevante para uma melhor percepção, pelo leitor, do ponto de partida desta organização, nomeadamente da capacidade e do potencial em usufruir de um modelo de gestão estratégica.

Decorrente da necessidade em fazer corresponder a missão, visão e os valores aos conceitos definidos na literatura, respondendo às questões identificadas por Kaplan e Norton (2000), Nunes (2006), Santos (2008) e Marques (2008), foram analisados os documentos internos do CHCB que os explicitam, nomeadamente Regulamento Interno, Contrato Programa 2012, Relatório e Contas de 2010 e 2011, Plano de Actividades do CHCB de 2011 e Plano de Negócios 2010-2012.

O Centro Hospitalar Cova da Beira, EPE (CHCB) situa-se na Região da Cova da Beira, Interior Centro de Portugal, enquadrado pelos maciços da Serra da Estrela, Açor e Gardunha. Foi criado pelo Decreto-Lei n.º 426/99 de 21 de Outubro e é composto pelo Hospital Pêro da Covilhã e seu contíguo Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental, ambos localizados junto à principal porta de entrada da Covilhã, e ainda pelo Hospital do Fundão, situado na localidade que o próprio nome evoca.

Em 2006, foi transformado em Entidade Pública Empresarial, pelo Decreto-Lei n.º 233/05 de 29 de Dezembro. Este ano marcou o início de uma nova etapa na vida do Centro Hospitalar Cova da Beira, pondo fim à Sociedade Anónima que vigorava deste 11 de Dezembro de 2002.

Constitui uma valiosa resposta para uma população de cerca de 96.000 habitantes, distribuídos pelos Concelhos da Covilhã, Fundão e Belmonte, num raio de 1352 Km<sup>2</sup>.

O CHCB tem vindo a registar nos últimos anos uma dinâmica de crescimento que se caracteriza pela evolução positiva do movimento assistencial, aliada ao incremento de qualidade, melhorando a eficácia assistencial, a eficiência dos processos e a efectividade das prestações às populações que serve. Assim, o CHCB assume-se como um centro de referência em cuidados de saúde, a nível regional e nacional, com comprovada satisfação pelos cuidados prestados aos utentes, utilizando modernos meios tecnológicos, e com enfoque para o ensino e investigação.

O facto de ser Hospital Nuclear da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade da Beira Interior, constitui um relevante factor estratégico dinamizador de uma política de saúde. A ligação à Faculdade implica responsabilidade directa no ensino pré e pós-graduado. O Hospital tem um número significativo de profissionais a exercer funções de docência na Faculdade mencionada.

O CHCB tem obtido a certificação de alguns Serviços, e promoveu a acreditação da Instituição, obtida em Abril de 2010, bem como, a implementação e desenvolvimento de vários outros programas da qualidade.

Em 31 de Dezembro de 2011, o Hospital integrava 1269 efectivos. Os enfermeiros constituíam o grupo profissional directamente ligado à prestação de cuidados com maior peso na distribuição de efectivos (cerca de 32%).

Tabela 16: Recursos Humanos do CHCB a 31/12/2011

<b>Categoria</b>	<b>Recursos Humanos a 31/12/2011 Efectivos</b>
Órgãos de Direcção	4
Dirigente	3
Médico	122
Internato Médico	34
Técnico Superior Saúde	5
Técnico Superior	69
Enfermagem	408
Informática	10
Técnico Diagnóstico e Terapêutica	86
Assistente Técnico	182
Assistente Operacional	343
Docente	1
Outro Pessoal	2
<b>Total</b>	<b>1269</b>

Fonte: Relatório e Contas 2011

Os colaboradores em regime de contrato individual de trabalho (52%) tinham em 2011 um maior peso, face ao contrato em regime de funções públicas.

### Missão

- Prestar cuidados de saúde, com eficiência, qualidade, em tempo útil e a custos socialmente comportáveis, à população da sua área de influência, e a todos os cidadãos em geral;
- Desenvolver ensino de alta responsabilidade, por ser Hospital Nuclear da Faculdade de Ciências da Saúde, da Universidade da Beira Interior, nos termos do Protocolo nº 11/2001, publicado em Diário da República, II Série de 16 de Abril de 2006;
- Participar no ensino pré e pós graduado, em colaboração com as Escolas Superiores de Enfermagem e Escolas Superiores de Tecnologia de Saúde.

### Princípios

- Legalidade, Igualdade, Proporcionalidade, Colaboração e da Boa Fé;
- Humanismo, tanto no relacionamento com os utentes, como com os colegas de trabalho;
- Respeito pela dignidade humana;
- Qualidade na acção, assegurando os melhores níveis de serviço e resultados;
- Competência e responsabilidade.

### Valores

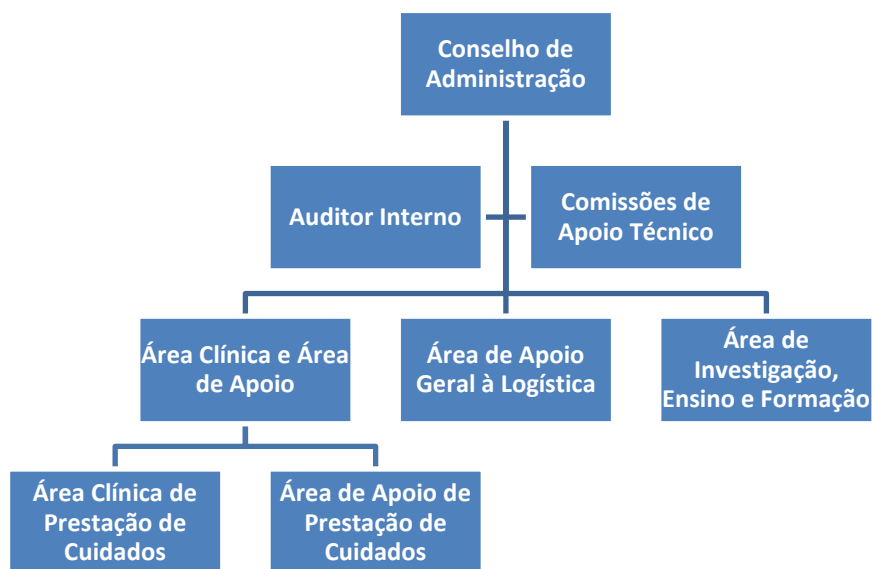
- Atitude centrada no doente e na promoção da saúde da comunidade, respeitando os valores do utente e da família;
- Cultura de excelência técnica, científica e do conhecimento, como um valor a prosseguir continuamente;
- Cultura interna de multidisciplinaridade e de bom relacionamento no trabalho;
- Responsabilidade Social, contribuindo para a optimização na utilização dos recursos e da capacidade instalada.

### Visão

O CHCB, tendo por base os seus princípios e valores, os quais estão difundidos entre os seus colaboradores, assume-se como uma instituição de referência, pela qualidade das práticas clínicas, e como um centro integrado de prestação de cuidados e de promoção de competências, na investigação e no ensino das ciências da saúde.

### Organograma

Figura 4: Organograma do CHCB



Fonte: Relatório e Contas 2011

### **Principais Linhas Estratégicas**

As principais linhas estratégicas, tendo em conta o Plano Estratégico em vigor, assentam em 4 Eixos, que se subdividem em acções:

#### **Eixo 1 - Melhoria Contínua da Qualidade com Enfoque no Doente/Utente.**

Acção I: Promover a Qualidade de Acesso

Acção II: Promover a Qualidade dos Serviços Prestados

#### **Eixo 2 - Assegurar a Economia, Eficiência e Eficácia dos Recursos de Saúde: Melhoria do Desempenho Económico-Financeiro.**

Acção I: Aumentar Níveis de Eficiência.

Acção II: Aumentar a Evolução da Produção.

Acção III: Melhoria e Optimização das Instalações e Equipamentos (Eficiência Operacional).

Acção IV: Optimização dos Recursos Humanos.

#### **Eixo 3 - Valorização do Apoio ao Ensino Superior das Ciências da Saúde e à Investigação.**

Acção I: Dinamizar a Investigação e Ensino das Ciências da Saúde.

#### **Eixo 4 - Desenvolver a Cooperação Inter-Institucional**

Acção I: Avaliar possíveis complementaridades/sinergias entre Unidades de Saúde.

Acção II: Facilitar a interligação entre o hospital, escolas e outras entidades públicas.

## 6. Resultados

**“Nunca é tarde demais para ser aquilo  
que sempre se desejou ser.”  
(George Elliot)**

### 6.1 Análise estratégica do CHCB

A análise estratégica tem como objectivo estudar a envolvente externa e interna das organizações.

Da análise de conteúdo dos documentos de gestão do CHCB, da missão e visão, foi possível identificar os dois pilares estratégicos que, actualmente, orientam a actuação dos esforços da gestão dos recursos do CHCB para a prossecução da visão e da missão, sendo eles:

- **Produção assistencial e produção de conhecimento, com qualidade, eficiência e de forma sustentável;**
- **Reorganização da oferta de cuidados, em articulação com outras instituições da Região**

Sintetizamos os factores críticos de sucesso nos seguintes pontos:

- Manter e melhorar a qualidade clínica do CHCB, no sentido da criação de um centro de excelência reconhecido ao nível regional e nacional;
- Manter elevada a motivação dos recursos humanos, através da retenção e contratação de profissionais de qualidade e da efectivação de um diálogo amplo entre os vários níveis de gestão;
- Reorganizar as actividades assistenciais e de apoio;
- Gerar conhecimento científico para a inovação e desenvolvimento técnico na área clínica, através de parcerias com entidades públicas e privadas;
- Assegurar elevadas taxas de acessibilidade aos doentes;
- Assegurar a eficiente utilização dos recursos e manter ou melhorar os níveis de saúde da população servida, através da actividade assistencial numa lógica de governação clínica e de parcerias com indivíduos e instituições.

Esta análise estratégica é em seguida complementada com a análise dos stakeholders e análise SWOT.

### **6.1.1 Análise dos Stakeholders do CHCB**

A implementação duma estratégia obriga a que se conheçam as expectativas e os interesses dos stakeholders. Neste sentido, procura-se descrever quem são os actores (pessoas, grupos ou organizações) interessados na organização para delinear abordagens de tratamento com eles, tendo em conta os interesses desses actores para com a organização:

- Os utentes;
- A comunidade;
- O Estado;
- Os organismos pertencentes ao sistema de protecção da saúde (ADSE, SAM ou outras seguradoras que actuam na área da protecção da saúde);
- Os profissionais de saúde;
- As ordens profissionais, como a Ordem dos Médicos, dos Enfermeiros, entre outras;
- Outros prestadores de cuidados de saúde, como sejam os centros de saúde, as unidades de cuidados continuados ou paliativos, entre outros;
- Os fornecedores;
- As Autarquias;
- Os investigadores;

### **6.1.2 Análise SWOT do CHCB**

A Análise SWOT é um sistema simples para posicionar ou verificar a posição estratégica da organização no ambiente em questão. O termo SWOT é uma sigla oriunda do idioma inglês, e é um acrónimo de Forças (Strengths), Fraquezas (Weaknesses), Oportunidades (Opportunities) e Ameaças (Threats). Trata-se de uma ferramenta utilizada para fazer o diagnóstico estratégico, definindo as relações existentes entre os factores internos e externos. Foi criada por dois professores da Harvard Business School: Kenneth Andrews e Roland Christensen.

Da pesquisa efectuada nos documentos internos de gestão do CHCB, bem como das inferências retiradas da entrevista aplicada ao membro do CA, concluímos pelos seguintes factores:

Tabela 17: Análise SWOT do CHCB

	Fraquezas	Forças
<b>Ambiente Interno</b>	<p><b>Estrutura:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Dispersão de culturas e do foco;</li> <li>▪ Escassez de recursos humanos médicos em determinadas especialidades.</li> </ul> <p><b>Comunicação:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ A comunicação entre o CA e a gestão intermédia;</li> <li>▪ Deficiente diálogo entre serviços;</li> <li>▪ Divulgação da informação gerada e de feedback;</li> <li>▪ Dificuldade da focalização em torno de objectivos comuns;</li> <li>▪ Comunicação dos objectivos aos operacionais.</li> </ul> <p><b>Motivação:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Ausência de mecanismos de motivação/reconhecimento;</li> <li>▪ Dificuldades em reter colaboradores e diferenciar pelo mérito;</li> <li>▪ Falta de envolvimento da Gestão Intermédia na fase prévia da contratualização interna;</li> <li>▪ Acomodação dos colaboradores.</li> </ul> <p><b>Cultura:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Dificuldades em integrar as culturas do Hospital da Covilhã e do Fundão;</li> <li>▪ Sentimento de tratamento diferente para profissionais de classes diferentes;</li> <li>▪ Percepção de um individualismo crescente.</li> </ul>	<p><b>Estrutura:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Qualidade técnica dos recursos humanos;</li> <li>▪ Aproveitamento da capacidade instalada de recursos humanos e materiais;</li> <li>▪ Recursos e Meios altamente diferenciados, em determinadas áreas;</li> <li>▪ Grau de Escolarização superior à média nacional;</li> <li>▪ Estabilidade do vínculo de trabalho;</li> </ul> <p><b>Mudança:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Aposta nas novas tecnologias;</li> <li>▪ Vontade de continuar a implementar as iniciativas de melhoria de processos e de estrutura para a obtenção de resultados de qualidade.</li> </ul> <p><b>Cultura:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Bom ambiente de trabalho;</li> <li>▪ Sentimento de pertença ao Hospital;</li> <li>▪ Presença de uma cultura de Qualidade;</li> <li>▪ Transmissão de uma imagem de excelência para o exterior;</li> <li>▪ Humanização da actividade clínica.</li> </ul>
<b>Ambiente Externo</b>	<p>Agravamento do índice de envelhecimento da população;</p> <p>Rede de Cuidados Continuados com lotação insuficiente;</p> <p>Redução de efectivos por imposição governamental e por alteração das regras de aposentação;</p> <p>Concorrência directa de entidades prestadoras de cuidados de saúde privadas.</p>	<p>Criação de sinergias entre Hospitais da região;</p> <p>Melhor articulação com unidades externas:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Cuidados diferenciados, continuados e paliativos;</li> <li>▪ Faculdades e centros de investigação;</li> </ul> <p>Proximidade da Faculdade de Ciências da Saúde</p>
	<b>Ameaças</b>	<b>Oportunidades</b>

Fonte: Elaboração Própria

## 6.2 Resultados do Questionário

Os resultados agora apresentados foram úteis para compreender quais os factores críticos de sucesso e os objectivos tidos por estratégicos para o CHCB; para construir o BSC; para validar o trabalho desenvolvido perante o CA e estabelecer bases para a adaptação do BSC a outros hospitais nacionais.

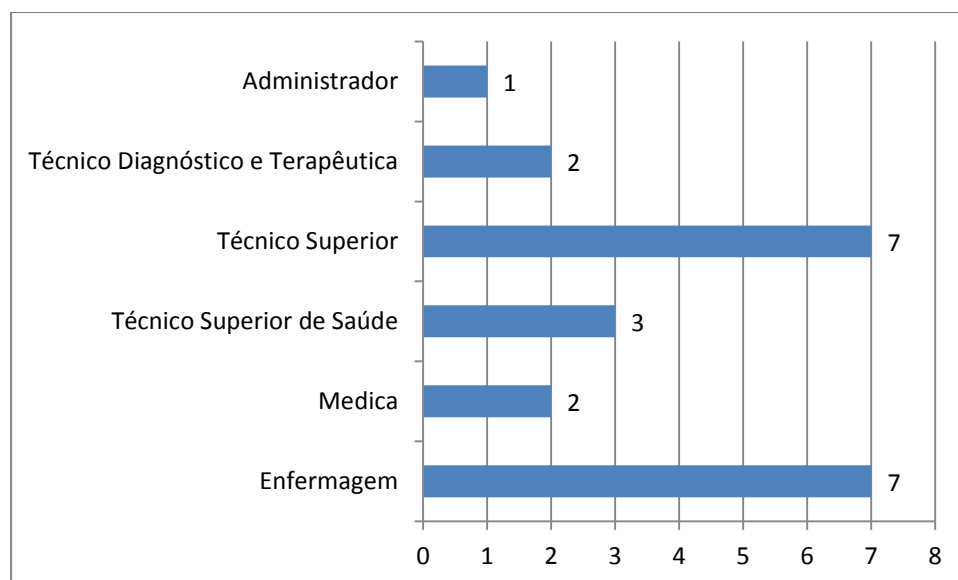
Dos 72 questionários entregues, recebemos um total de 22, correspondendo a uma taxa de resposta de cerca de 30,6%.

### 6.2.1 Caracterização da População Alvo

A caracterização dos inquiridos baseou-se na idade, sexo, tempo de serviço, grupo profissional e habilitações literárias.

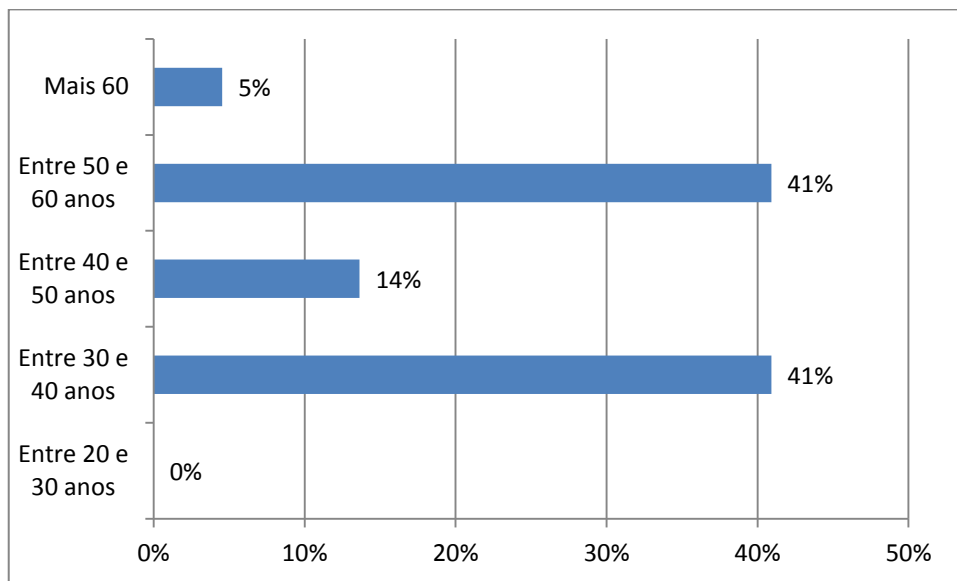
Os grupos profissionais que mais aderiram ao preenchimento do questionário foram o grupo de Enfermagem e Técnico Superior, conforme consta do gráfico seguinte:

Gráfico 1: Distribuição dos Inquiridos por Grupo Profissional



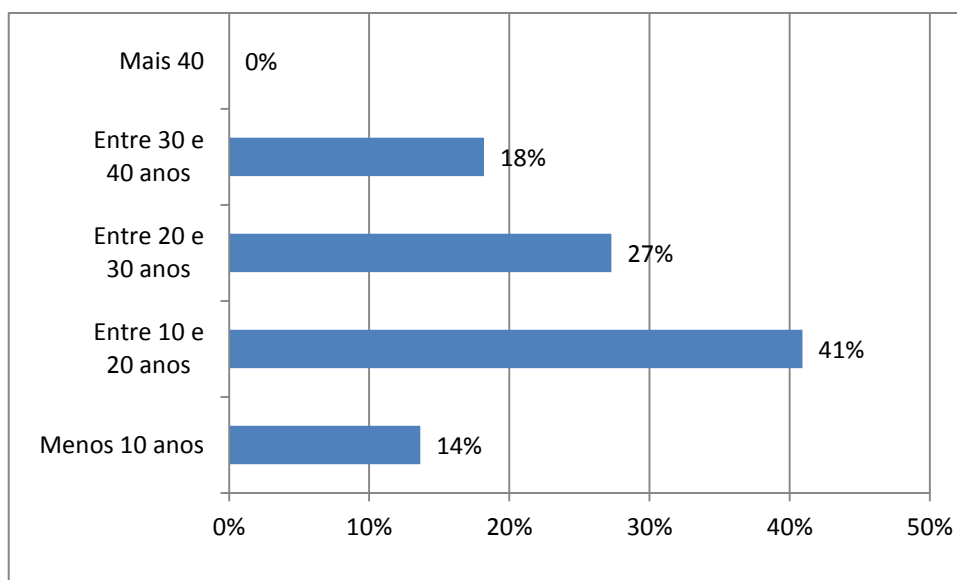
A idade média dos inquiridos ronda os 44,73 anos, sendo as faixas etárias entre os 30 e 40 anos e entre os 50 e 60 anos, as mais representadas.

Gráfico 2: Distribuição dos Inquiridos por Grupo Etário



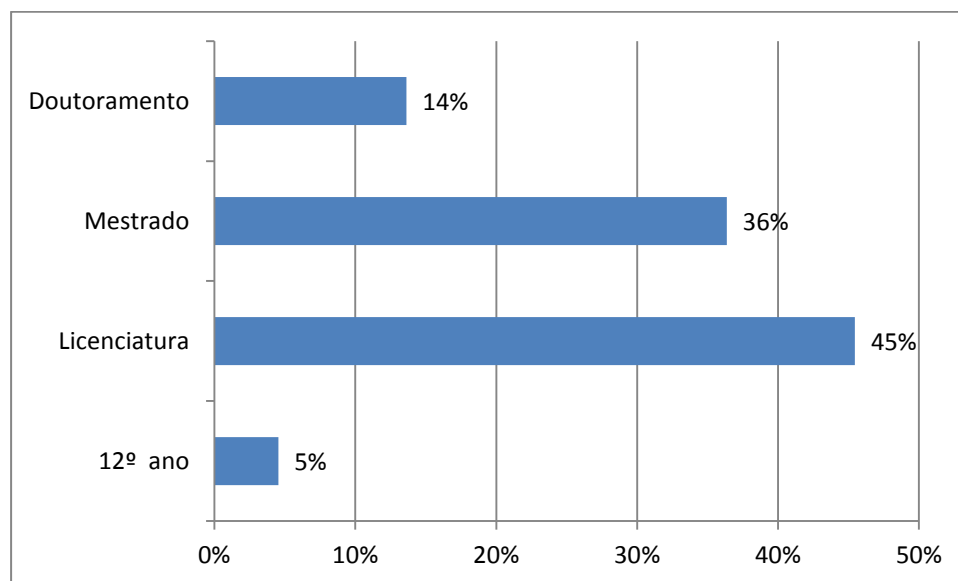
O Gráfico seguinte mostra que o intervalo entre os 10 e os 20 anos é o que melhor representa a antiguidade no serviço, o que significa que se trata de pessoas com um bom conhecimento sobre o funcionamento e a organização da Instituição, logo com melhores condições para participarem no estudo em apreço.

Gráfico 3: Distribuição dos Inquiridos por Antiguidade



Quanto às habilitações literárias dos inquiridos, verifica-se que cerca de 95% possui licenciatura ou um título académico superior.

Gráfico 4: Distribuição dos Inquiridos por Habilitações literárias



### 6.2.2 Modelo de Gestão Vigente

A Tabelas seguintes sintetizam os resultados obtidos sobre o modelo de gestão vigente. Constata-se que há pouca dispersão dos dados e muitas opiniões neutras.

A percepção dos inquiridos sobre as orientações de gestão do CHCB denota que, não obstante o modelo apresentar alguma evolução, nomeadamente ao nível da definição e comunicação da estratégia, missão, visão e objectivos da organização, há ainda uma larga margem para a melhoria.

Salienta-se a ausência de incentivos associados ao desempenho, bem como a alguma desarticulação entre os objectivos da instituição e os das unidades orgânicas.

Tabela 18: Percepção sobre as orientações de Gestão do CHCB

<b>Modelo de Gestão Vigente</b>			
<b>Percepção sobre as orientações de Gestão do CHCB</b>	<b>N</b>	<b>Média</b>	<b>Desvio Padrão</b>
Escala: 1 - Discordo Totalmente; 2 - Discordo; 3 - Não concordo, nem discordo; 4 - Concordo; 5 - Concordo Totalmente			
A. A estratégia missão, a visão, os objectivos estratégicos e as metas para os atingir estão claramente definidos	22	3,77	0,90
B. A estratégia missão, a visão, os objectivos estratégicos e as metas para os atingir são conhecidos por todos os colaboradores	22	3,45	0,99
C. A organização não tem indicadores de desempenho bem caracterizados e quantificados no que diz respeito aos seus objectivos não financeiros	22	3,05	1,07

<b>Modelo de Gestão Vigente</b> <b>Percepção sobre as orientações de Gestão do CHCB</b> Escala: 1 - Discordo Totalmente; 2 - Discordo; 3 - Não concordo, nem discordo; 4 - Concordo; 5 - Concordo Totalmente	<b>N</b>	<b>Média</b>	<b>Desvio Padrão</b>
D. A definição de objectivos individuais é feita dentro de cada unidade orgânica, sem uma articulação global com a estratégia	22	3,45	1,08
E. As medidas de desempenho são utilizadas no planeamento, na mudança organizacional e na alocação de recursos	22	3,09	0,79
F. As medidas de desempenho estão interligadas com mecanismos de incentivos	22	<b>2,23</b>	<b>0,60</b>
G. Temos muitas iniciativas a decorrer em simultâneo e algumas delas não têm um reflexo evidente na estratégia	22	3,41	0,89
H. Não há um equilíbrio entre o curto e o longo prazo em muitas decisões tomadas	22	3,05	0,93
I. A maioria dos colaboradores sente que não é importante para o desempenho global da organização	22	3,00	1,00

Quanto aos elementos característicos da gestão do CHCB, a aposta na qualidade dos serviços prestados e a orientação para o cidadão, são aspectos que merecem destaque. Mais uma vez, constata-se a ausência de mecanismos de compensação e de diferenciação dos desempenhos.

<b>Elementos característicos do modelo de gestão do CHCB</b> Escala: 1 - Discordo Totalmente; 2 - Discordo; 3 - Não concordo, nem discordo; 4 - Concordo; 5 - Concordo Totalmente	<b>N</b>	<b>Média</b>	<b>Desvio Padrão</b>
A. A organização orienta-se para o utente/cidadão	22	4,27	0,60
B. A organização adopta instrumentos de gestão privada	22	3,5	0,77
C. A organização utiliza sistemas de controlo baseados no princípio do valor do dinheiro e não apenas no orçamento	22	3,64	0,74
D. A gestão aposta na qualidade dos serviços prestados	22	<b>4,36</b>	0,52
E. A gestão é descentralizada	22	3,55	0,76
F. Existe uma avaliação do desempenho associada a planos de compensação	22	<b>2,76</b>	0,80
G. Existe uma avaliação baseada em resultados e impactos, em vez de programas e iniciativas	21	3,33	0,86
H. Outros	0	??	??

Tabela 19- Elementos característicos do modelo de gestão do CHCB

### 6.2.3 Medidas e avaliação de desempenho

A medida e a avaliação de desempenho constitui a terceira parte do questionário: procurou-se aferir de que tipo de sistema de avaliação dispõe o CHCB e se este, de alguma forma, se aproxima do BSC.

Tabela 20: Medidas de Desempenho no CHCB

<b>Medidas de Desempenho</b> Escala: 1 - Discordo Totalmente; 2 - Discordo; 3 - Não concordo, nem discordo; 4- Concordo; 5- Concordo Totalmente	<b>N</b>	<b>Média</b>	<b>Desvio Padrão</b>
A. São utilizadas medidas de Desempenho Financeiro (ex. compromissos assumidos, dívidas contraídas, grau de execução orçamental)	22	3,59	<b>0,98</b>
B. São utilizadas medidas de Satisfação do Cliente (ex. A percepção que o cliente tem do serviço prestado, a qualidade)	21	<b>3,95</b>	<b>0,71</b>
C. São utilizadas medidas de Eficiência Operativa (ex. a eficiência da actividade clínica e/ou administrativa)	22	3,64	0,88
D. São utilizadas medidas de Desenvolvimento dos Trabalhadores (ex. aprendizagem e crescimento, no sentido da melhoria da qualidade das tarefas e/ou do tempo de execução)	20	<b>3,32</b>	0,76

Verifica-se que as medidas para avaliar a satisfação do cliente são as mais utilizadas, seguindo-se as medidas da eficiência operacional e as medidas do desempenho financeiro. As medidas de desenvolvimento dos trabalhadores são as menos utilizadas, na opinião dos inquiridos.

A reduzida percentagem de utilização de medidas financeiras, obtida neste estudo, talvez se prenda com a falta de autonomia financeira das instituições de saúde, designadamente daquelas que têm a natureza de entidades públicas empresariais.

### 6.2.4 Predisposição para aplicar o BSC

Foi considerada relevante a percepção dos inquiridos sobre o BSC. De facto, o nível de conhecimento sobre do BSC é determinante, na medida em que o desconhecimento das características e do funcionamento deste instrumento pode condicionar o nível de predisposição para a sua utilização e comprometer a respectiva implementação (Kaplan e Norton, 1992).

Os resultados da Tabela 21 revelam alguma percepção dos inquiridos acerca do BSC, dado que a característica básica desta ferramenta de gestão, “é um sistema de medida e avaliação do desempenho” é a que obtêm um maior grau de concordância, bem como o reconhecimento de que complementa as medidas financeiras com não financeiras. Porém, a consideração do BSC como “apenas mais uma moda” é um dado preocupante.

Tabela 21: Percepção do inquirido acerca do BSC

<b>Percepção do inquirido acerca do BSC</b> Escala: 1 - Discordo Totalmente; 2 - Discordo; 3 -Não concordo, nem discordo; 4- Concordo; 5- Concordo Totalmente	<b>N</b>	<b>Média</b>	<b>Desvio Padrão</b>
A. O Balanced Scorecard é apenas mais uma moda	22	3,59	0,98
B. O Balanced Scorecard é um sistema de medida e avaliação do desempenho	20	3,95	0,71
C. O Balanced Scorecard complementa as medidas financeiras, com medidas não financeiras, que permitem aferir o potencial de crescimento	19	3,64	0,88
D. O Balanced Scorecard interliga a missão e a estratégia da organização com as medidas de desempenho e os objectivos	22	3,32	0,76

Quanto às determinantes no sucesso da aplicação do BSC, conclui-se que o fraco envolvimento dos trabalhadores, bem como a resistência à mudança, podem ser factores decisivos na sua adopção no CHCB.

Tabela 22: Determinantes do sucesso na implementação do BSC

<b>Determinantes do sucesso na implementação do BSC</b> Escala: 1 - Discordo Totalmente; 2 - Discordo; 3 -Não concordo, nem discordo; 4- Concordo; 5- Concordo Totalmente	<b>N</b>	<b>Média</b>	<b>Desvio Padrão</b>
A. Resistência à mudança	22	4,36	0,48
B. Pouco envolvimento dos colaboradores	22	4,41	0,49
C. Fraca autonomia financeira da instituição	22	4,00	0,80
D. Falta de ligação do balanced scorecard com o sistema de recompensas	22	3,68	0,87
E. Dificuldade em definir e medir as medidas de desempenho	22	4,00	0,80
F. Dificuldade em definir os objectivos para os níveis mais baixos da organização	21	3,82	0,78
G. Falta de um sistema de informação altamente desenvolvido para suportar o balanced scorecard	22	3,95	0,88
H. Tempo consumido no desenvolvimento do balanced scorecard	21	3,73	0,91
I. Falta de competência e conhecimento sobre o balanced scorecard	22	4,09	0,73
J. Outras	0	-	-

## 6.2.5 Indicadores de Desempenho

Tendo em vista o desenho de uma proposta de mapa estratégico, pediu-se aos inquiridos que, perante um conjunto de indicadores adequados a cada perspectiva de desempenho, referisse cinco que considerasse mais importantes, no contexto da organização a que pertencem. Os resultados são apresentados na Tabela 23, na qual, para cada perspectiva de desempenho, é apresentada a distribuição da frequência absoluta de cada indicador. A lista de indicadores, elaborada com base na revisão da literatura (Niven, 2003 e 2005), integrou assim o questionário, contemplando a perspectiva da satisfação dos clientes, de desempenho financeiro, de eficiência operacional e de desempenho dos trabalhadores.

Como se pode verificar na tabela referida, em cada perspectiva há um número de indicadores chave que são considerados mais importantes pelos inquiridos.

Tabela 23: Distribuição da Frequência Absoluta dos Indicadores de Desempenho, por perspectiva

Perspectiva	Medida/Indicador de Desempenho	Frequência Absoluta
Desempenho Financeiro	1- Grau de execução orçamental	16
	2- Taxa de execução dos objectivos de produção do Contrato-Programa	21
	3- Taxa de execução dos objectivos de qualidade do Contrato-Programa	15
	4- % de receitas próprias	9
	5- Custo por doente padrão ajustado pela complexidade	15
	6- Resultado Operacional	10
	7- % de aumento de facturação	11
	8- % de redução de custos	12
	9- Outros: (EBITDA)	1
Satisfação do Cliente	1- Nível de satisfação do doente internado	22
	2- Nível de satisfação do utente da consulta externa	22
	3- Taxa de reinternamentos nos primeiros 5 dias	13
	4- Tempo de resposta no Serviço de Urgência	20
	5- Taxa de altas contra parecer médico	1
	6- Taxa de reclamação por doente saído	15
	7- Taxa de elogios por doente saído	9
	8-Mediana de tempo de resposta às reclamações	8
	9- Outros	0
Eficiência Operativa	1-Demora Média	18
	2-Taxa de ocupação internamento	9

Perspectiva	Medida/Indicador de Desempenho	Frequência Absoluta	
	3-Taxa de mortalidade ajustada pelo risco	7	
	4- Taxa de resolução da lista de espera cirúrgica	18	
	5- Taxa de resolução da lista de espera para 1ª consulta	16	
	6- Taxa de Doentes referenciados para a RNCCI	4	
	7-Doentes em lista de espera acima do tempo clinicamente aceitável	15	
	8- Taxa de cancelamento de cirurgias por responsabilidade do CHCB	11	
	9- Taxa de desmarcação de consultas por responsabilidade do CHCB	12	
	10-Outros	0	
	Desenvolvimento dos Colaboradores	1- Nível de satisfação dos Colaboradores	21
		2- N° sugestões por colaborador	13
3- N° de horas de formação por colaborador		19	
4-Número de artigos de colaboradores publicados		12	
5- Número de comunicações de colaboradores		8	
6- Taxa de retenção dos profissionais clínicos		8	
7- Taxa de absentismo dos colaboradores		19	
8- Rotatividade de colaboradores		9	
10- Outros: Orgulho na Instituição		1	

Sendo assim, a Tabela seguinte sintetiza os cinco indicadores considerados mais importantes em cada perspectiva, tendo sido seleccionados de acordo com a frequência absoluta, sendo estes os que integram a proposta do mapa de ligação estratégica apresentada na Figura 6.

Foram seleccionados apenas 5 indicadores por perspectiva para não se correr o risco de dispersão relativamente aos objectivos estratégicos. A este respeito, Niven (2003) refere que numa primeira abordagem é usual que sejam identificados 35 a 40 objectivos, perdendo-se assim o foco do que é estratégico, pelo que é fundamental reduzir os indicadores para um número adequado e controlável.

Tabela 24: Indicadores de Desempenho por perspectiva

Desempenho Financeiro	Satisfação dos Clientes	Eficiência Operativa	Desenvolvimento dos Colaboradores
1. Taxa de execução dos objectivos de produção do Contrato-Programa	1. Nível de satisfação do doente internado	1. Demora Média	1. Nível de satisfação dos Colaboradores

Balanced Scorecard para o Centro Hospitalar Cova da Beira

Desempenho Financeiro	Satisfação dos Clientes	Eficiência Operativa	Desenvolvimento dos Colaboradores
2. Grau de execução orçamental	2- Nível de satisfação do utente da consulta externa	2. Taxa de resolução da lista de espera cirúrgica	2. N° de horas de formação por colaborador
3. Taxa de execução dos objectivos de qualidade do Contrato-Programa	3. Tempo de resposta no Serviço de Urgência	3. Taxa de resolução da lista de espera para 1ª consulta	3. Taxa de absentismo dos colaboradores
4. Custo por doente padrão ajustado pela complexidade	4. Taxa de reclamação por doente saído	4. Doentes em lista de espera acima do tempo clinicamente aceitável	4. N° sugestões por colaborador
5. % de redução de custos	5. Taxa de reinternamentos nos primeiros 5 dias	5. Taxa de desmarcação de consultas por responsabilidade do CHCB	5. Número de artigos de colaboradores publicados

Fonte: Elaboração Própria

## 7. Construção do BSC

**"Necessitamos sempre de ambicionar alguma coisa que,  
alcançada, não nos torna sem ambição."**

**(Carlos Drummond de Andrade)**

### 7.1 Motivação para a Aplicação do BSC

Com base nos dados obtidos pelo questionário aplicado, verificou-se que o BSC não é ainda uma realidade, não obstante serem já utilizadas medidas de desempenho, para além dos meros indicadores de índole financeira.

As medidas de avaliação da satisfação dos clientes externos e internos são as mais utilizadas pelo sistema e encontram-se entre as mais valorizadas medidas de desempenho, devido à rotina instalada de aplicação de questionários de satisfação, bem como ao tratamento sistemático e legalmente imposto das reclamações. Todo este processo de avaliação da satisfação dos clientes é o corolário do projecto de acreditação do Hospital, que impõe grande exigência nesta vertente.

No que respeita a outros indicadores de desempenho considerados importantes, nas várias perspectivas, destaca-se a taxa de execução do contrato programa. Sendo este contrato programa o instrumento que define os objectivos e a receita do Hospital, conclui-se assim pela relevância dada à obtenção de financiamento e de sustentabilidade financeira da Instituição.

Salientam-se ainda os indicadores que medem o acesso aos cuidados de saúde, como sejam a taxa de resolução de listas de espera ou o tratamento dos doentes no prazo clinicamente aceitável, bem como a demora média

Contudo, não se pode falar ainda da existência de um sistema de avaliação de desempenho com um suporte estratégico, como é o caso do BSC.

Algumas das respostas obtidas nos questionários levam-nos a concluir que, embora haja documentos disponíveis para consulta permanente onde constam os planos de actividades, os objectivos traçados ou as metas a alcançar num determinado período de tempo, não há um envolvimento total dos colaboradores, não se faz avaliação e reajustamentos dos objectivos e a avaliação individual dos funcionários não está devidamente ajustada aos objectivos da Instituição. Os colaboradores sabem dizer qual é a estratégia da Instituição para a qual trabalham? Sabem onde ela quer chegar a longo prazo? Quanto tempo por mês é despendido a discutir a estratégia? Quantos dos seus colaboradores a conhecem?

Apesar da reduzida aplicação do BSC nos hospitais, verificou-se uma predisposição por parte dos inquiridos na sua adopção.

Importa salientar que o processo de adopção e implementação do BSC, enfrenta, naturalmente, várias limitações e dificuldades, salientando-se a resistência à mudança, que dificulta qualquer tipo de reforma da gestão pública, o foco na resolução de problemas de curto prazo, em detrimento de uma actuação mais estratégica e proactiva e ainda a falta de ligação entre o BSC e o sistema de recompensas. Assim, várias barreiras têm ainda de ser ultrapassadas. Todavia, é positiva a predisposição demonstrada pelos inquiridos na implementação do BSC. E podem ser dados alguns passos significativos para a melhoria, nomeadamente através da articulação de toda a organização de acordo com a estratégia traçada, o alinhamento dos funcionários com a gestão de topo e o envolvimento de todos num projecto comum estão longe do ponto desejado.

O BSC será uma ferramenta de excelência para permitir à organização atingir melhores níveis de alinhamento, comunicação, articulação e desempenho. (Marques, 2008; Niven, 2003; Niven, 2005).

Sintetizando, apesar da inexistência de um sistema de avaliação de desempenho com as características do BSC, verifica-se alguma propensão, por parte dos dirigentes dos respectivos serviços, para a introdução de instrumentos de controlo e de gestão como o BSC. A predisposição para aplicar o BSC cresce à medida que aumenta o conhecimento sobre este instrumento, a dimensão, o nível de autonomia, e as habilitações literárias.

## 7.2 Proposta do BSC

O desenho da proposta de BSC (Kaplan e Norton, 1997; Almeida, 2000; Kaplan e Norton, 2000; Niven, 2003; Matos, 2006; Nunes, 2006; Gomes et al, 2007; Marques, 2008; Santos, 2008) e do respectivo plano de implementação (Guerra, 1997; Kaplan e Norton, 1997; Almeida, 2000; Kaplan e Norton, 2000; Niven, 2003; Cavaco, 2005; Niven, 2005; Matos, 2006; Nunes, 2006; Russo, 2006; Gomes et al, 2007; Pinto, 2007; Gurb e Gao, 2008; Marques, 2008; Santos, 2008;) e comunicação (Kaplan e Norton, 1997; Kaplan e Norton, 2000; Niven, 2003; Niven, 2005; Nunes, 2006; Gomes et al, 2007; Marques, 2008; Santos, 2008;) foi especificado em função da estratégia assumida nos documentos internos pelo CHCB, nos resultados do questionário e na entrevista ao CA.

O desenho do BSC respeita as seguintes premissas: resultados da avaliação sobre o estado actual do CHCB; limitação do modelo a quatro dimensões; elaboração de um BSC para o CHCB, apto a ser replicado em várias áreas do Hospital.

Sintetiza-se no quadro seguinte o processo de construção e implementação do BSC:

Tabela 25: Quadro síntese do processo de implementação do BSC

Etapa	Tarefa a desenvolver	Resultado alcançado
1. Diagnóstico estratégico do Hospital e do seu ambiente	Entrevistas ao CA e aplicação de questionário ao CA e gestão intermédia;  Análise dos documentos estratégicos internos.	Informação sobre motivações para a implementação de um BSC;  Aferição da urgência da adopção de um BSC;  Análise das forças e fraquezas internas;  Identificar os FCS e os objectivos estratégicos enunciados nos documentos internos;  Estabelecer consensos em torno dos pilares estratégicos.
2. Clarificação da Estratégia	Determinar as perspectivas do BSC;  Formular os FCS e os objectivos estratégicos.	Definição das perspectivas do BSC;  Definição dos FCS e objectivos para a prossecução da estratégia.
3. Desenvolvimento do BSC	Listar os objectivos estratégicos pelas perspectivas;  Definir o BSC.	Elaboração do mapa estratégico;  Elaboração a ficha individual dos objectivos estratégicos;  Listagem dos indicadores de desempenho pelos objectivos.
4. Validação do BSC e escolha dos indicadores	Reunião com o CA;  Definir os indicadores de desempenho a monitorizar.	Validação do BSC, em função dos objectivos estratégicos e das relações de causa e efeito;  Definição dos indicadores prioritários para avaliar o desempenho dos objectivos;  Aplicação das correcções necessárias ao BSC;  Listagem dos indicadores de desempenho pelos objectivos.
5. Implementação do BSC	Elaborar o plano de implementação;  Elaborar o plano de comunicação;  Nomear a equipa executiva de acompanhamento da implementação;	Definição das metas dos indicadores;  Definição das iniciativas dos objectivos estratégicos

Etapa	Tarefa a desenvolver	Resultado alcançado
	Validar os planos de implementação e comunicação; Desenvolver o detalhe dos planos de implementação e comunicação; Iniciar um programa de gestão da mudança para acompanhar a implementação.	Elaboração dos planos de acção;  Gestão do processo de implementação;  Listagem dos indicadores de desempenho pelos objectivos.
6. Manutenção do BSC	Integrar o BSC nos sistemas de informação do hospital; Articular os objectivos estratégicos com os individuais; Fazer evoluir o BSC em função da aprendizagem estratégica.	Avaliação do desempenho do hospital através do BSC; Revisão táctica e estratégica do BSC; Validação das hipóteses de causa e efeito.

Fonte: Adaptado de Kaplan e Norton, 1997; Niven, 2003; Nunes, 2006; Marques, 2008; Santos, 2008.

A figura 5 explicita a representação conceptual do BSC do CHCB, incluindo os pilares estratégicos, bem como uma proposta de resposta em cada perspectiva.

A elaboração do mapa de ligação estratégica (Figura 6) teve como base as quatro perspectivas de desempenho utilizadas no questionário. Para cada perspectiva, definiram-se os objectivos estratégicos, com base na leitura dos documentos de gestão do CHCB. Os indicadores apresentados resultaram do questionário aplicado, sendo considerados os mais adequados na opinião dos inquiridos.

O mapa estratégico fornece uma representação visual das relações de causa e efeito entre os elementos da estratégia de uma organização (Kaplan e Norton, 2004). Sendo assim, é instrumento fulcral do BSC. Ele baseia-se nas relações de causa e efeito entre os objectivos definidos para cada perspectiva. Proporciona uma linguagem simples e de fácil entendimento para todos os elementos da mesma organização.

O sucesso da execução da estratégia de uma organização depende da compreensão desta pelos colaboradores o que, por sua vez, depende de uma descrição clara da mesma (Kaplan e Norton, 1996 a e b). O mapa estratégico é um forte instrumento de comunicação pois, sendo simples e integrador, obriga a centrar a mensagem no fundamental. Por isso, a principal finalidade do mapa estratégico é a de descrever, de forma dinâmica, como a organização irá criar valor ao longo do tempo.

Ao mapa estratégico terão que estar associadas as metas, os indicadores e as iniciativas ou acções. Através da sua leitura, ingressamos num léxico próprio, simples e específico, cujo significado se resume a seguir:

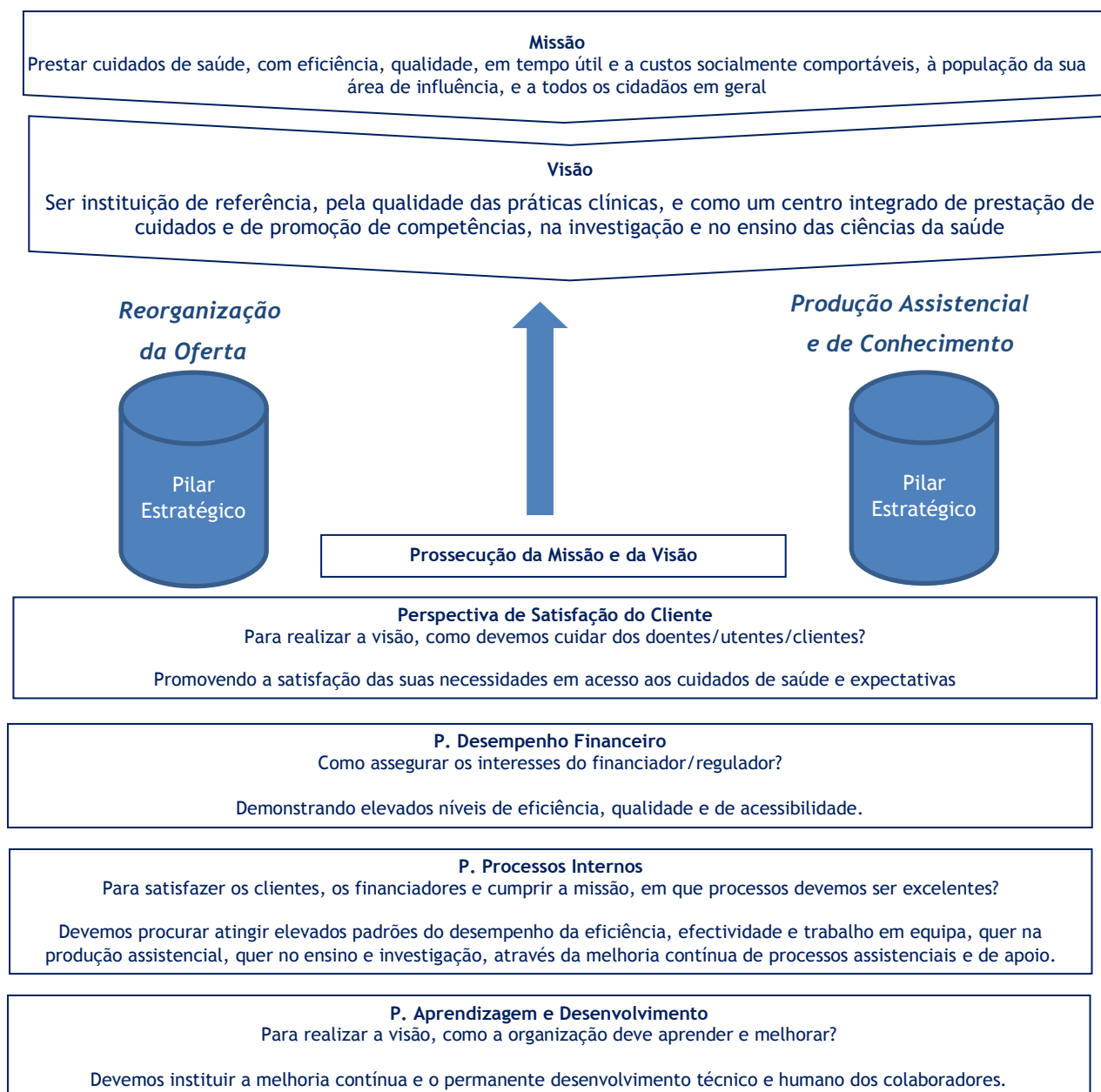
- **Objectivo:** Explicação quantificável dos resultados esperados num dado período temporal;
- **Meta:** Nível de desempenho esperado num determinado período de tempo ou melhoria requerida para cada objectivo;
- **Indicadores** são os instrumentos para medir a concretização dessas metas;
- **Iniciativas** ou acções são as actividades a serem levadas a cabo para se atingir as metas.

A grande diferença entre o BSC e outros sistemas de indicadores de gestão está precisamente nas relações de causa e efeito. Elas são o princípio crucial da filosofia do BSC. Estas relações verificam-se entre as perspectivas, os objectivos, os indicadores e as metas. Elas funcionam como uma espécie de teste que avalia se o BSC está efectivamente a reflectir a estratégia da organização (Niven, 2003).

Como já vimos, o BSC assenta em dois pressupostos fundamentais: alinhamento e transformação da estratégia em objectivos operacionais e existência de relações de causa e efeito entre as áreas de gestão sugeridas. Os objectivos colocados na perspectiva de base deverão ser indutores dos objectivos da perspectiva superior, os quais, em última instância, permitem atingir o objectivo final, ou seja, a missão da organização. As relações causa/efeito obrigam a fazer escolhas importantes para se atingir o objectivo último. A identificação destas relações é um processo difícil e complexo (Niven, 2003).

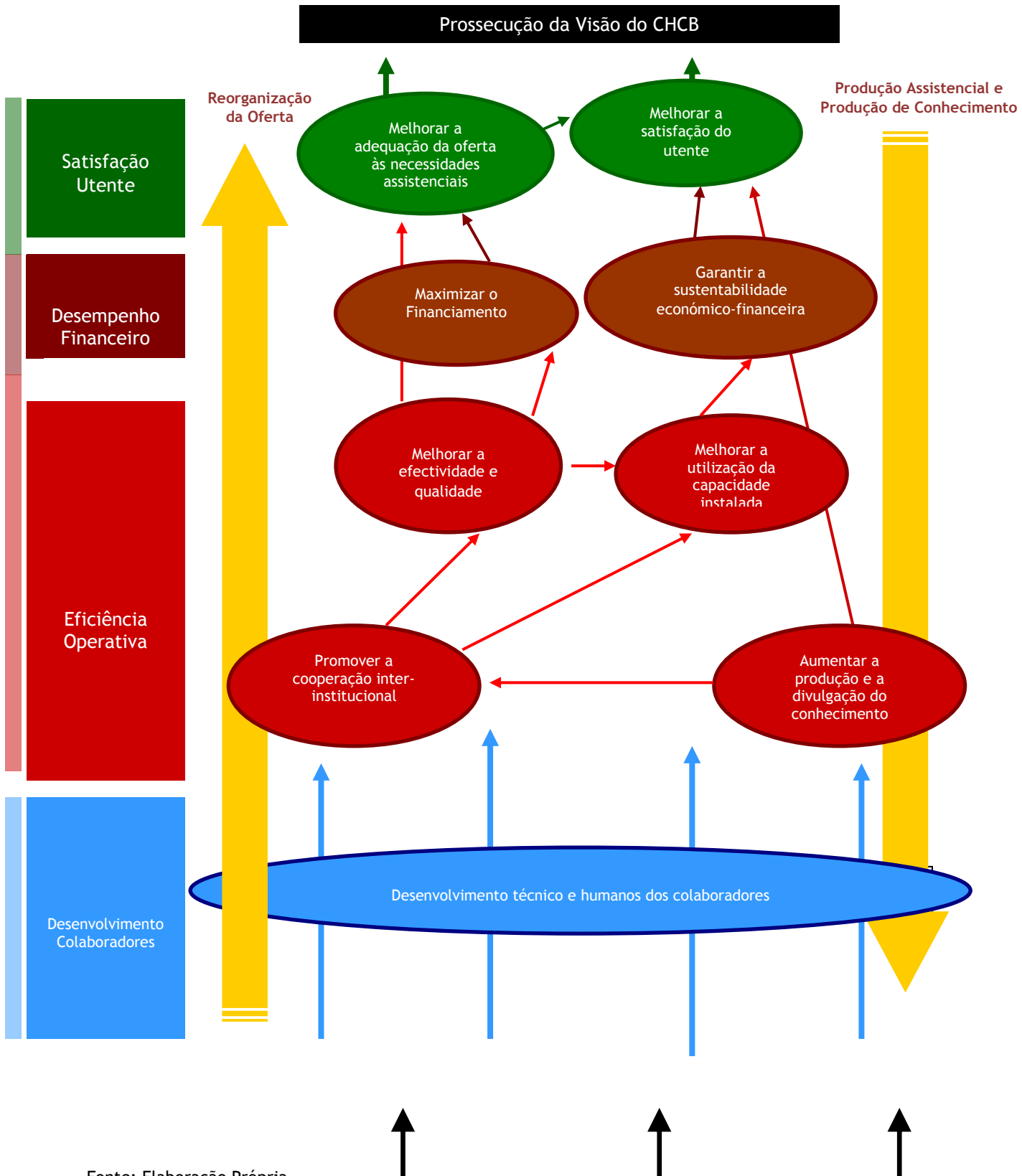
Este mapa terá que ser dinâmico e deve ser continuamente actualizado, à medida que se definem novos objectivos, acções e medidas/indicadores de desempenho.

Figura 5: Representação do Mapa Estratégico



Fonte: Elaboração Própria

Figura 6 - Mapa Estratégico do CHCB



Fonte: Elaboração Própria

Estabelecidos os objectivos estratégicos por perspectiva, as relações causa/efeito, graficamente representadas por setas, e os pilares estratégicos do mapa estratégico, prosseguiu-se o desenho do modelo com a elaboração de fichas individuais dos objectivos estratégicos.

Os possíveis indicadores para avaliar e monitorizar o desempenho de cada objectivo estratégico são referenciados nas referidas fichas individuais (Apêndice H), tendo sido recolhidos de várias fontes (Regulamento Interno; Plano de negócios; Contrato-Programa de 2011; proposta do CA e gestão intermédia do CHCB, no âmbito dos questionários; Guerra, 1997; Urrutia e Eriksen, 2005; Chen et al, 2006; Matos, 2006; Nunes, 2006; Pinto, 2007; elaboração própria).

Solicitou-se a um membro da gestão de topo a validação dos objectivos e indicadores, com o propósito de obter uma avaliação crítica ao modelo e recolher um consenso sobre quais os indicadores prioritários para avaliar o desempenho dos objectivos estratégicos identificados.

Com base nos resultados apresentados, foi elaborado um cronograma para as actividades consideradas críticas (Apêndice I), procurando adaptar o estado da arte dos processos de implementação e comunicação do BSC.

Na elaboração dos planos de implementação e de comunicação foram definidos três macro-processos: processo de planeamento; processo de implementação do BSC e processo de comunicação.

Para a prossecução do plano de implementação e do plano de comunicação considera-se necessária a criação de uma equipa executiva (Kaplan e Norton, 1997; Niven, 2003; Marques, 2008), que efectue o acompanhamento do projecto.

O **processo de planeamento** deverá prosseguir cronologicamente com o seguinte plano de actividades:

- Esclarecer e traduzir a visão em objectivos estratégicos: esta primeira actividade foi realizada com a elaboração do presente trabalho, através do desenho do BSC.
- Desenvolver as estruturas de apoio do sistema de informação do CHCB: devem ser concretizados as iniciativas necessárias para preparar o SI com o objectivo de responder às necessidades do BSC, no que respeita à recolha, processamento e divulgação dos dados e informação, nomeadamente a criação das fichas dos indicadores de desempenho dos objectivos estratégicos e a incorporação do BSC nos relatórios de monitorização do desempenho da actividade do CHCB. Esta actividade deve iniciar-se em Junho 2013 e geralmente é desenvolvida com o apoio de uma equipa de consultores externos ou fornecedores de software informático;
- Comunicar e estabelecer compromissos: realizado parcialmente, em Setembro de 2013, através do processo de validação dos objectivos estratégicos pelas estruturas do CA e da gestão intermédia e respectiva definição dos indicadores de desempenho.

- Planear e orçamentar a actividade do CHCB para 2014: toda a actividade de planeamento e de orçamentação deverá estar baseada no BSC, utilizando as relações causa/efeito dos objectivos estratégicos para justificar as necessidades de financiamento, através da enunciação e quantificação dos recursos necessários para atingir as metas dos indicadores de desempenho. Esta actividade deve iniciar-se em Agosto e terminar no final de Dezembro de 2013, sem prejuízo para as correcções necessárias ao seu ajustamento à realidade de 2014 em datas posteriores. Nesta fase, deverá ser desenvolvido um documento a explicitar o BSC, os responsáveis pela implementação, os objectivos prosseguidos e as possíveis barreiras à mudança do modelo de gestão.

O processo de implementação deverá integrar as seguintes fases:

- Implementação do BSC: iniciar a efectiva utilização em Janeiro de 2014 como modelo de gestão estratégica, utilizando os seus resultados como o primeiro elemento a ser discutido nas reuniões de monitorização do desempenho.
- Desdobramento do BSC às demais áreas clínicas e de apoio da organização, a partir de Junho 2014.
- Reavaliação do BSC e respectiva validação: esta actividade, prevista para Abril de 2014, tem como objectivo adaptar o modelo ao contexto e às necessidades estratégicas do ano, sendo ainda um trabalho preparatório para a actividade de planeamento e orçamentação da actividade para 2015.
- Retroacção da informação e aprendizagem estratégica: estabelecem-se vários momentos de reflexão estratégica para avaliar o processo de implementação do BSC e para melhorar, através da correcção de desvios, de redefinição dos indicadores de desempenho, metas ou iniciativas dos objectivos estratégicos. Esta actividade deve ser realizada através da avaliação mensal dos resultados, a partir de Abril de 2014.

A metodologia aplicada ao plano de comunicação é análoga à anterior. Este plano deverá acompanhar não só a fase de implementação, mas também a de manutenção e de desenvolvimento contínuo do BSC.

Considera-se crítico que o plano de comunicação, em harmonia com o plano de implementação, compreenda as seguintes actividades:

- Início da execução do plano de comunicação: esta actividade, prevista para iniciar-se em Setembro de 2013, deve ter como objectivos a divulgação do BSC, dos seus objectivos na implementação monitorização da estratégia, assim como a explicitação das motivações do CA para a sua implementação, remover as barreiras de comunicação, obter o envolvimento, apoio e compromisso dos colaboradores mais importantes e desenvolver uma consciência estratégica, promovendo a compreensão da estratégia desejada (Niven, 2003; Marques, 2008). No final desta fase, o responsável da equipa executiva apresentará um relatório de progresso ao CA e gestão intermédia (Niven, 2003).

- Extensão do plano de comunicação, referido no ponto anterior, a todo o CHCB, a 1 de Janeiro de 2014, mas agora ampliado à totalidade dos colaboradores.
- Comunicação dos resultados da avaliação do BSC: divulgação das principais conclusões da aprendizagem, reflexão estratégica e das alterações introduzidas no modelo, a toda a organização, a partir de Abril 2014.
- Avaliação do plano de comunicação: actividade a realizar para aferir a eficácia do plano de comunicação e implementar, se necessário, acções de melhoria, em Junho 2014.

Apresentam-se de seguida os objectivos estratégicos do CHCB, por perspectiva, alinhados com os indicadores de desempenho e iniciativas necessárias à sua prossecução:

Tabela 26: BSC do CHCB: Objectivos Estratégicos do CHCB e indicadores de Desempenho

Mapa estratégico		BSC		Plano de Acção
Perspectiva	Objectivos Estratégicos	Indicador de Desempenho		Iniciativas
Satisfação do utente	Melhorar a satisfação do Utente	Nível de satisfação do doente internado		- Auditorias à qualidade dos serviços em outsourcing (alimentação e limpeza) - Formação profissional, em humanização de cuidados
		Nível de satisfação do utente da consulta externa		- Diminuição do tempo de espera para 1ª consulta - Formação Profissional, em atendimento administrativo e gestão de conflitos
		Taxa de reclamação por doente saído		- Diminuição do tempo de espera na urgência - Formação Profissional, em atendimento administrativo e gestão de conflitos
		Taxa de reinternamentos nos primeiros 5 dias		- Planeamento das altas clínicas
	Melhorar a adequação da oferta às necessidades assistenciais	Tempo de resposta no Serviço de Urgência		- Divulgação à população das opções de atendimento (linha saúde 24h, centros de saúde, entre outras), em situações não urgentes
Desempenho Financeiro	Maximizar o financiamento	Taxa de execução dos objectivos de produção do Contrato-Programa		- Realização de reuniões periódicas mensais para análise de resultados com todos os responsáveis
		Taxa de execução dos objectivos de qualidade do Contrato-Programa		- Incentivos para os serviços que cumprem os objectivos
	Garantir a sustentabilidade económico-financeira	Grau de execução orçamental Custo por doente padrão ajustado pela complexidade		Redefinição de Plano de Redução da Despesa - Monitorização dos custos com medicamentos, MCDT e horas extra
Eficiência Operativa	Melhorar a eficiência e qualidade	Doentes em lista de espera acima do tempo clinicamente aceitável		Monitorização semanal das listas de espera pelas várias especialidades
	Melhorar a utilização da capacidade instalada	Demora Média	7,1 dias	- Definição de protocolos de internamento por patologia. - Lançamento de um protocolo que permita aferir o número de episódios de internamento e número de dias de internamento inapropriados
		Taxa de desmarcação de consultas por responsabilidade do CHCB		Definição de regras para desmarcação
	Melhorar a colaboração inter-institucional	Taxa de resolução da lista de espera cirúrgica		Rentabilização dos tempos de Bloco
		Taxa de resolução da lista de espera para 1ª consulta		Aumento do número de 1ªs consultas
		% de redução de custos	8%	- Aquisições em conjunto com outros hospitais da região, tendo em vista a obtenção de economias de escala; - Renegociação com fornecedores existentes, em conjunto com outros hospitais, o que confere maior poder negocial; - Standard de produtos para todos os hospitais; - Protocolo de pensos comuns entre serviços e entre instituições.
Assegurar a produção e divulgação do conhecimento	Número de artigos de colaboradores publicados		Atribuição de prémios	
Desenvolvimento dos Colaboradores	Desenvolvimento Técnico e Humano dos colaboradores	Nível de satisfação dos Colaboradores		Melhoria do atendimento do Serviço de Recursos Humanos
		Nº de horas de formação por colaborador		Aumento das formações em serviço
		Taxa de absentismo dos colaboradores		Controlo da Doença, por visita domiciliária
		Nº sugestões por colaborador		Atribuição de prémio para a melhor sugestão

Fonte: Elaboração Própria

Após a obtenção e tratamento de toda a informação há que estabelecer, mediante as conclusões retiradas, **metas** de desempenho e as **iniciativas** que as acompanham - dois conceitos interdependentes.

As metas encontram-se associadas às medidas de desempenho, representando-as quantitativamente em determinado ponto no futuro. A iniciativa descreve o conjunto de passos, projectos, processos, planos que permitirão alcançar essa meta. Ao se desenvolverem iniciativas e concretizarem metas, avaliadas através dos indicadores correspondentes, estão a alcançar-se os objectivos propostos.

No âmbito do presente trabalho, não foi possível, pelos motivos a seguir expostos, definir as metas e iniciativas passíveis de integrar o respectivo BSC.

No que concerne às metas, e porque grande parte dos indicadores são definidos pela Tutela, não estavam ainda disponíveis à data de conclusão da presente dissertação os valores para 2013.

No que concerne às iniciativas, já que esta definição teria que ser desenvolvida em estreita articulação com os membros da gestão intermédia e de topo do Hospital, não foi viável proceder à descrição das mesmas no âmbito do presente estudo, por limitação temporal. De facto, para o estabelecimento das iniciativas seria necessário debater junto dos responsáveis os resultados obtidos até à presente data, e estabelecer, em consenso, as principais oportunidades de melhoria.

Dado não ter sido viável fazê-lo para o conjunto dos indicadores, optou-se por seleccionar dois deles e definir unilateralmente metas e iniciativas, apenas a título exemplificativo, conforme consta da Tabela 24.

A concretização do objectivo **“melhorar a utilização da capacidade instalada”** implica reduzir a **demora média** para valores equilibrados, comparativamente com hospitais do grupo e rácios internacionais. Para se conseguir alcançar a meta de 7,1 dias, demora média dos hospitais do mesmo grupo (valor divulgado pela ACSS em Janeiro 2013), sugerem-se duas iniciativas:

- Definição de protocolos de internamento por patologia. No caso das especialidades cirúrgicas, o protocolo deve conter a indicação do número de dias de internamento pré-operatório ideal e controlo regular da demora média pós-operatória por parte do Director Clínico, a fim de evitar práticas excessivamente conservadoras;
- Lançamento de um protocolo que permita aferir o número de episódios de internamento e número de dias de internamento inapropriados (equipa de 4 médicos).

No que concerne ao objectivo **“promover a colaboração institucional”**, designadamente, na vertente do indicador **“redução de custos”**, ao nível dos medicamentos e material de consumo clínico, são várias as iniciativas que poderão ser adoptadas, nomeadamente:

- Aquisições em conjunto com outros hospitais da Região, tendo em vista a obtenção de economias de escala;
- Renegociação com fornecedores existentes, em conjunto com outros hospitais, o que confere maior poder negocial;
- Produtos standard para todos os hospitais;
- Protocolo de pensos comuns entre serviços e entre instituições;
- Redução de stock nos serviços, caminhando para a distribuição just in time.

Quanto a custos com pessoal, a situação é mais complicada, pois são estes o motor do hospital.

As iniciativas que parecem imediatas seriam a redução das horas extraordinárias e de prevenção. Contudo, esta solução não é desprovida de desvantagens, como a degradação da qualidade dos serviços prestados em determinadas especialidades, tendo em conta a carência de recursos humanos médicos. Aqui há que encontrar um equilíbrio entre menos horas de trabalho e a manutenção de um bom serviço.

Neste âmbito, a colaboração com outros hospitais, pode ser uma oportunidade de melhoria, já que permite elaborar escalas de serviço em conjunto e mobilizar profissionais consoante as necessidades, sem necessidade de aumento do número de efectivos ou de horas de trabalho.

Considera-se, assim, que a este nível, seria importante fazer uma análise profunda de todos os postos de trabalho, rentabilizar-se profissionais que estejam “subaproveitados” e tentar tirar o máximo de produtividade dos profissionais existentes.

A meta definida pelo Ministério da Saúde para redução de custos em 2013 é de 8%.

## 8. Discussão

“A excelência não é um acto isolado, a excelência é um hábito.”

Aristóteles

### 8.1 Considerações sobre os Resultados

Os resultados descritos promovem e reforçam o pensamento de Aristóteles, na medida em que se cria a hipótese da transformação do processo de implementação do BSC no motor para melhorar em contínuo a execução da estratégia, de forma iterativa (Kaplan e Norton, 2000), procurando não impor a mudança de comportamentos num curto espaço de tempo, mas sim de a prolongar de forma sustentada, tornando-a parte da cultura organizacional, ou seja, num hábito.

Este trabalho, ao apresentar uma proposta de um instrumento estratégico para apoio à gestão dos hospitais, pretende auxiliar na prossecução da efectividade da actividade clínica, melhorar os níveis de eficiência e de satisfação do cidadão e das suas necessidades, bem como dos colaboradores.

Foi realizado um questionário para aferir a urgência da implementação de um BSC e quais os pontos fortes e fracos do CHCB percebidos pela sua gestão intermédia (Niven, 2003; Niven 2005; Marques, 2008).

Os resultados do questionário revelam uma necessidade, por parte dos inquiridos, em adoptar um modelo de gestão estratégica baseado no BSC. Constatou-se que a maioria dos inquiridos tem a percepção de que estão longe do processo de decisão; com deficiências no processo de comunicação entre eles próprios e o CA, no que respeita a solicitações, resultados de iniciativas ou propostas, explicitação dos planos ou projectos; sem reconhecimento pelos resultados positivos.

Mas se a deficiente comunicação percebida por parte dos profissionais pode ser um risco para a estratégia do CHCB, por outro lado, a vontade para a melhorar e a qualidade dos colaboradores são referidas como factores positivos.

O quadro de análise SWOT elaborado pretende resumir os pontos fortes e fracos, permitindo criar uma imagem interna do CHCB, que deverá servir de base para uma discussão entre o CA e a gestão intermédia, com o propósito de apreender com as más percepções e reforçar as boas.

Além da análise das opiniões dos inquiridos, na tentativa de sentir o “pulsar” do CHCB, foram ainda avaliados os documentos estratégicos internos, no que respeita à formulação da missão, visão, valores, FCS e objectivos estratégicos.

Foi ainda realizada uma entrevista com um representante do CA do CHCB, da qual resultou a definição dos pilares estratégicos que norteiam o caminho a seguir (produção assistencial, produção de conhecimento e a reorganização da oferta), a explicitação da estratégia e da motivação do CA para a implementação do BSC.

A produção assistencial, ou seja, a prestação de cuidados de saúde, engloba os conceitos de: qualidade, efectividade, eficiência e melhoria contínua da actividade assistencial, diferenciação, responsabilização, rapidez e adequação da resposta, quantidade, satisfação dos utentes/doentes e profissionais.

A produção de conhecimento abrange: o ensino universitário pré e pós graduado, a investigação em saúde e o desenvolvimento organizacional.

Ambos os pilares têm o seu foco na produtividade e no curto prazo, para que seja atingida a excelência operacional (Kaplan e Norton, 2000).

O outro pilar estratégico, a reorganização da oferta, tem associado o conceito do crescimento, a médio prazo, do valor para os clientes, através da excelência dos serviços prestados e de soluções agregadoras de valor (Kaplan e Norton, 2000). Pretende assegurar uma melhoria da capacidade de resposta às necessidades da população em causa, em complementaridade com outras instituições, promovendo a qualidade clínica, o acesso e a sustentabilidade económico-financeira.

Contudo, não devem ser desprezados outros temas estratégicos, referidos por Kaplan e Norton (2000), como o aumento da receita a longo prazo e o aumento do valor para a Tutela, preservando o apoio da comunidade e sendo eficiente na utilização dos seus activos.

Durante a entrevista, o representante do CA demonstrou uma expectativa de poder utilizar o BSC como um instrumento para clarificar, acompanhar e monitorizar a nível interno o desempenho em função da estratégia. A estratégia delineada incorpora a actividade de ensino e de investigação em saúde, cumulativamente à prestação de cuidados hospitalares diferenciados.

Ao construir o modelo, por opção de simplificação, mantiveram-se as quatro perspectivas originais apresentadas por Kaplan e Norton (1997), tendo adaptado os seus nomes e conteúdo para a realidade do serviço público prestado pela maioria dos hospitais portugueses.

Na perspectiva de “satisfação do utente”, pretende-se que exista uma dimensão do desempenho da organização focada no seu principal consumidor de serviços e produtos - o cidadão ou doente -, através de uma melhor acessibilidade, na adaptação da oferta assistencial à procura actual e prevista em cuidados de saúde prestados e da satisfação das suas expectativas.

A componente financeira do modelo é centrada na prossecução da contratualização entre o MS, entidade financiadora e reguladora, e os hospitais públicos, exigindo o cumprimento de metas relativas à eficiência técnica, produtividade (enquanto vector da acessibilidade e da

universalidade) e qualidade. A Tutela não recebe cuidados, mas efectua o seu pagamento e age como provedor do “cliente-cidadão” garantindo o usufruto dos seus direitos constitucionais.

As duas últimas perspectivas são de carácter interno, sendo que: a “Eficiência Operativa” foca a prossecução da eficiência, efectividade e trabalho em equipa na produção assistencial, no ensino e investigação.

O “Desenvolvimento de Colaboradores” salienta a importância das competências estratégicas (e.g. talento, capacidades, saber-fazer, retenção, formação), da liderança (e.g. líderes qualificados para gerir e mobilizar a organização, comunicação, satisfação dos colaboradores), e do trabalho em equipa (e.g. partilha do conhecimento e de recursos).

Na conceptualização do BSC considerou-se que a perspectiva de desenvolvimento dos colaboradores é causa de efeitos na perspectiva da eficiência operativa, assim como esta tem efeitos na perspectiva da satisfação do utente e de desempenho financeiro. Por fim, será o desempenho na perspectiva da satisfação do utente que induzirá a prossecução da visão do CHCB.

Após construção da estrutura conceptual do BSC, através da definição das perspectivas e das relações causa/efeito, da análise e escolha dos FCS e dos objectivos estratégicos considerados fundamentais à concretização da estratégia, foi possível elaborar o mapa estratégico. O mapa apresentado tem por objectivo focalizar, alinhar e operacionalizar a execução da estratégia, tendendo a ser o referencial para a descrever e comunicar de forma coerente a todo o CHCB (Kaplan e Norton, 2000). As relações de causa e efeito entre as perspectivas e os objectivos, após validadas, possibilitarão a medição do processo de criação de valor do hospital (Kaplan e Norton, 2000).

No processo de elaboração do mapa estratégico do BSC ficou patente o excesso de objectivos que o CHCB menciona nos vários documentos internos, nem sempre coincidentes, embora coerentes entre si. Este aspecto pode resultar numa dispersão de esforços, caso não exista comunicação clara e objectiva quanto à priorização dos objectivos. A este respeito, Niven (2003) refere que numa primeira abordagem é usual que sejam identificados 35 a 40 objectivos, devendo a organização ter presente de que os indicadores e iniciativas irão actuar como multiplicadores e produzir uma quantidade avultada de informação, perdendo-se o foco do que é estratégico.

As relações de causa/efeito entre os objectivos carecem de ser testadas e validadas, tendo sido estabelecidas com base nos seguintes pontos:

- Os dois vectores, representados pelas grandes setas amarelas à direita e à esquerda no mapa estratégico relembram que a construção do BSC é de cima para baixo, mas que a sua implementação é de baixo para cima;

- É enfatizada a importância da prossecução da Visão, pois não só é considerada a consequência do bom desempenho na consecução dos objectivos, como também a causa que impulsiona os objectivos;

Embora a validação das relações causa efeito só seja viável após a implementação do BSC, a validação dos pilares estratégicos, objectivos estratégicos, das respectivas fichas individuais foram efectuadas pela estrutura do CA.

O número de indicadores considerados prioritários na fase de implementação do BSC foram 20, de acordo com a selecção dos inquiridos:

Tabela 27: Distribuição dos indicadores de desempenho pelas perspectivas

BSC		
Perspectivas	Número de indicadores	%
Satisfação do Cliente	5	25%
Desempenho Financeiro	4	20%
Eficiência Operativa	7	35%
Desenvolvimento dos Colaboradores	4	20%
<i>Total</i>	<i>20</i>	<i>100%</i>

Fonte: Elaboração Própria

Os números apresentados estão no limiar do conjunto de 15 a 28 indicadores, considerado pela literatura como uma quantidade razoável, conforme refere Nunes (2006) e Santos (2008).

Por fim, calendarizou-se o plano de implementação e o de comunicação tendo em conta o grau de predisposição para a mudança da aplicação do modelo por parte da amostragem da estrutura da gestão intermédia, o grau de envolvimento e a determinação do CA, demonstrados em comprometer-se com o BSC, a necessidade de alinhamento da estrutura de gestão intermédia com a corporativa, e a disponibilidade dos recursos humanos, financeiros e logísticos (Niven, 2005).

O processo de mudança e sua gestão poderá ser facilitado caso aconteça com o mínimo de quebras das rotinas consideradas críticas (e.g. planeamento da actividade para o ano seguinte, aprovação dos planos de actividade, formalização dos contratualização com os serviços).

Durante o período de implementação, a equipa executiva formada para a monitorização e execução dos processos tem um papel crítico no cumprimento dos prazos e da efectiva

utilização do BSC como instrumento de gestão do desempenho, da validação da operacionalização da estratégia e respectiva execução.

Das actividades descritas para a execução do plano de implementação e de comunicação, dentro do planeamento cronológico apresentado no capítulo anterior, os seguintes aspectos de cariz prático são críticos para que o BSC não seja um “projecto de prateleira”, ou seja, para que a sua implementação seja efectiva e se transforme num instrumento de auxílio à operacionalização e monitorização da execução da estratégia:

- Todas as reuniões da estrutura de gestão de topo, intermédia ou operacional, devem efectuar a análise dos resultados do BSC;
- As mesmas reuniões devem reservar um espaço para debate acerca de aspectos do BSC que mereçam ser objecto de revisão, devendo esta informação chegar, de forma célere, à equipa executiva;
- A equipa executiva terá que responder a todas as propostas de revisão do BSC num curto período de tempo, sob pena de desmotivar o envolvimento dos colaboradores na utilização e aprendizagem do modelo, reforçando um comportamento de compromisso de melhoria e de adaptação do modelo às reais necessidades estratégicas do hospital de forma compreensiva e pedagógica;
- Os planos de acção, relatórios de actividade, orçamentos e outros documentos relacionados com o processo de planeamento e orçamentação da actividade, devem basear-se no desenho do respectivo BSC, no que respeita ao alinhamento pela estratégia e o foco no desempenho dos objectivos estratégicos, justificando os recursos, as actividades e iniciativas através das hipóteses das relações de causa e efeito entre objectivos (Kaplan e Norton, 2000; Niven, 2003);
- Durante o processo de planeamento e desenvolvimento do BSC deverá ser realizada a sua integração, de um modo coerente e consistente, com a multiplicidade de sistemas de gestão e de informação existentes.

Nesse sentido considera-se relevante enunciar alguns factores considerados como potenciadores para o sucesso da implementação de um BSC:

- O BSC deverá ser integrado com o actual sistema de informação;
- Todos os indicadores relativos à actividade devem ser calculados de forma ajustada à severidade ou à complexidade, de acordo com métodos transparentes e válidos, sendo a fonte claramente definida, aumentando assim a sua utilidade para o incremento de conhecimento efectivo sobre a actividade assistencial e o interesse dos colaboradores em comparar informação e utilizá-la nos processos de decisão quotidianos;
- Devem ser divulgadas as fichas individuais dos indicadores utilizados para orientar e monitorizar a actividade estratégica, cuja compreensão de forma clara e inequívoca é crítica

para que os colaboradores compreendam como as suas acções influenciam os resultados (Kaplan e Norton, 2000);

- Apoio da tutela, nomeadamente da ACSS, na medida em que deve existir financiamento para fazer mais do que meramente cumprir com os objectivos de produção do contrato-programa, designadamente incentivos para atingir e manter a excelência clínica, económico-financeira e administrativa de forma sustentada, a médio-longo prazo;
- Compromisso total do CA em implementar com sucesso o BSC, procurando a crítica construtiva e o consenso pelo diálogo permanente;
- O compromisso dos médicos e dos enfermeiros para com o modelo, pois consideram-se os melhores agentes no processo de mudança (Farinha, 2006);
- A implementação do custeio por actividades;
- Os colaboradores têm de ter acesso à informação e à evidência, aos meios e poderes para agir de forma a implementar as correcções, melhorias e incentivos (Dias, 2004; WHO, 2008);
- Não desprezar a não linearidade do processo de formulação e implementação da estratégia na organização hospitalar e as interacções entre áreas e especialidades (Farinha, 2006);
- A interligação entre o BSC e o orçamento (Kaplan e Norton, 2000);
- O envolvimento de todos na organização no processo de mudança (Kaplan e Norton, 2000; Nunes, 2006);
- Promoção de lideranças executivas e intermédias com comportamentos que enfatizem a comunicação, a construção de equipas, a capacitação pessoal, as iniciativas e inovação dos colaboradores (Kaplan e Norton, 2000; Dias, 2004; Marques, 2008);
- Não disrupção do normal funcionamento da organização (Marques, 2008);
- Actualização contínua da informação necessária, preferencialmente automatizada (Dias, 2004; Marques, 2008);
- Conseguir a cooperação entre unidades orgânicas em detrimento da competição (Marques, 2008).

O BSC, enquanto modelo, por si só, pode não resolver muitos problemas, mas com o apoio da governação e com incentivos intrínsecos e extrínsecos à melhoria, pode tornar-se muito efectivo (WHO, 2008). Por outro lado, enquanto sistema de avaliação do desempenho, não deverá estar limitado a um conjunto fixo de indicadores, sendo flexível o suficiente para permitir optar pelo uso de uns num determinado período de tempo e alterar para outros sempre que se justificar.

Porém, o modelo só ficará completo quando for possível a associação dos incentivos individuais aos resultados do BSC. Esta última e árdua tarefa permitirá um alinhamento da estratégia organizacional com a actividade operacional.

Reforça-se a ideia de que o compromisso do CA tem de ser total. De igual modo, os colaboradores ao comprometerem-se com as metas fixadas devem ser chamados a responder pelos resultados apurados.

É consensual na literatura de que o acréscimo de valor de um BSC para a organização reside na sua capacidade de induzir um hábito de aprendizagem e de auto-correcção em direcção à melhoria contínua dos processos (administrativos) e procedimentos (clínicos), tendo como objectivo secundário o de avaliar as opções do CA, da gestão intermédia ou, individualmente ou colectivamente, os colaboradores (Santos, 2008).

A aproximação holística do modelo apresentado, permite aos colaboradores, que antes estariam centrados na sua actividade, ter conhecimento da actividade realizada a montante, a jusante e qual o impacto da sua actividade relativamente a outras, através das relações de causa e efeito descritas no mapa estratégico.

De acordo com a WHO (2008), para que uma instituição atinja o seu potencial é fundamental que seja bem gerida e que tenha os recursos adequados à sua actividade, assim como, para garantir ou justificar novos investimentos, deverá ser capaz de demonstrar que é eficiente e efectiva. No mesmo documento é referida a necessidade da avaliação do desempenho ser transparente a todos os níveis e que corresponda a uma correlação coerente entre os objectivos da intervenção e com os resultados apurados; indicadores apropriados de progresso e de impacto que identifiquem os elementos de desempenho associados à actividade de gestão.

Pelo disposto, considera-se que o modelo agora apresentado reúne estas premissas, sendo certo que seja qual for o modelo de gestão estratégico que os hospitais optem, este deve ser um processo sistémico, contínuo, dinâmico e contingencial, no qual as reflexões estratégicas devem alimentar-se do feedback resultante da avaliação e controlo sistemáticos, garantindo o alinhamento com o meio e a correcção oportuna de desvios susceptíveis de comprometer a realização dos objectivos estratégicos (Santos, 2008).

Reforça-se a ideia de que o BSC não é um fim si mesmo, mas antes um instrumento de gestão, uma ferramenta para assegurar o planeamento, a organização, a direcção, o controlo e a execução da estratégia em tarefa quotidiana de todos os colaboradores.

Pelo facto, não parece sensato acabar a discussão dos resultados obtidos sem descrever uma proposta de como poderá ser adaptado a outros hospitais do SNS.

## **8.2 Generalização do BSC à Gestão Hospitalar em Portugal.**

A autora, tendo em conta o conhecimento que detém do meio hospitalar, está convicta que a ferramenta de gestão estratégica apresentada neste trabalho pode ser adaptada a qualquer hospital nacional. Porém, considera-se fundamental a análise estratégica de cada hospital, a

definição da visão numa frase curta, clara e inspiradora, a identificação dos pilares estratégicos, a definição dos indicadores de desempenho dos objectivos estratégicos e, por fim, o acompanhamento do processo de mudança, de implementação e de comunicação por uma equipa executiva com o total apoio do respectivo CA, procurando encontrar, através do diálogo, pontes de consenso entre a estratégia e a estrutura operacional.

A análise estratégica, quer interna, quer externa, permite que se conheçam quais as motivações da implementação do BSC e qual o papel da organização no SNS ou no grupo económico, caso seja do sector privado. Só assim se entende que poderá ser traçado o caminho (estratégia) para onde a organização pretende estar no futuro (visão).

A visão deverá ser um elemento organizacional de diferenciação perante outras organizações semelhantes, e, em simultâneo, capaz de ser adoptada e interiorizada pela maioria dos colaboradores, constituindo-se num factor agregador e orientador da cultura organizacional, tendo por base os valores de conduta do hospital.

Os pilares estratégicos identificados para o CHCB, à excepção da “Reorganização da Oferta de Cuidados”, são comuns a todos os hospitais.

Uma das vantagens do BSC é a sua capacidade de integrar outras ferramentas de gestão e continuar a ser o barómetro do desempenho estratégico da organização. Os estudos analisados referem que é possível integrar com o BSC as ferramentas ISO, EFQM, SIADAP, processo de acreditação, lean management, Six Sigma (Kaplan e Norton, 2000; Gomes et al, 2007; Marques, 2008).

Por outro lado, a utilização do BSC pela Tutela pode contribuir para a avaliação do órgão de gestão de topo do hospital, tendo em vista a aferição objectiva e transparente do respectivo desempenho.

Considera-se que o modelo agora apresentado, cumpridos os critérios definidos como FCS da implementação, poderá resolver os problemas de alinhamento, foco e de motivação dos hospitais públicos que tantas vezes fazem notícia nos meios de comunicação social e se apresentam como barreiras à melhoria da actividade assistencial.

Contudo, o BSC não é isento de falhas nem os resultados enunciados se encontram completos, pelo que existem limitações que importam serem consideradas.

## 9. Considerações Finais

“Não basta conquistar a sabedoria, é preciso usá-la”

Cícero

### 9.1 Conclusões

No presente, as organizações actuam num ambiente de forte mudança e de intensa competitividade. Para isso, é fundamental que possuam ferramentas de gestão robustas e fiáveis que lhes permitam uma gestão estratégica permanente rumo àquilo que é ditado pela sua visão (Costa, 2009).

Na elaboração da presente dissertação, foi possível verificar que o BSC constitui uma dessas ferramentas visto que, de entre outros aspectos, permite definir e esclarecer a visão e a estratégia, estabelecer a comunicação e a ligação entre as perspectivas da organização, dos vectores e dos objectivos estratégicos.

A constatação de que o modelo era, em grande parte utilizado pelo mundo empresarial privado, levantou dúvidas sobre a sua aplicação no sector público. No entanto, o estudo empírico efectuado e a pesquisa levada a cabo, permitiu verificar que a sua utilização se enquadra no novo conceito de gestão pública, contribuindo para uma maior dinamização da estratégia dessas organizações.

Algumas alterações terão de ser introduzidas, especialmente nas perspectivas financeira e do cliente, quando se aplica a organizações públicas. A relevância dos objectivos financeiros no mundo empresarial, de maximização do lucro, é alterada pela preocupação social de maximização da utilidade de que estão munidas estas organizações.

Nelas, o cliente deverá ser encarado como o centro da atenção, a razão da existência da organização. Esta nova óptica de encarar o cliente não era entendida, até há bem pouco tempo, na maioria destas organizações.

Finalmente, importa referir que, resultante da pesquisa sobre as organizações de saúde que em Portugal aplicam a metodologia BSC, a popularidade e a utilização do BSC neste país é baixa quando comparada com outros. Embora não dispondo de elementos fiáveis que permitam afirmá-lo com toda a convicção, a razão fundamental parece residir na dificuldade que as organizações têm em adaptar a ferramenta à sua realidade e em desenvolver os processos necessários para a sua implementação.

Este estudo, ao procurar dar resposta às questões apresentadas na respectiva Introdução, conseguiu, num período reduzido de tempo, com escassos recursos, mas com um grande envolvimento dos profissionais de saúde do CHCB, apresentar um BSC, direccionado para a gestão estratégica, em fase de transição e mudança, de um hospital público português.

O principal objectivo deste trabalho consistiu em mostrar as potencialidades da utilização desta ferramenta para a gestão do CHCB e em propor um modelo de BSC para esta Instituição. Cientes que as instituições de saúde portuguesas estão a viver as maiores exigências ao nível da sua governação, este trabalho será, salvo melhor opinião, de grande utilidade. Permitirá fundamentalmente um estilo de gestão mais pró-activo, com os consequentes benefícios que esta mudança de postura trará para a organização.

Espera-se que a presente dissertação, através dos elementos nela contidos, possa contribuir para o colmatar das dificuldades enfrentadas nos processos de implementação e que os mais cépticos encontrem nela a motivação necessária para a sua utilização.

A elaboração deste trabalho e as análises por ele geradas permitem-nos apontar as seguintes vantagens para CHCB decorrentes da adopção de um BSC:

- **Criação de alinhamento:** O BSC obriga a um claro alinhamento entre todas as actividades individuais e os objectivos estratégicos do Hospital.

- **Comunicação:** a comunicação é uma das palavras-chave desta ferramenta. Trata-se de comunicar e de educar todos os colaboradores acerca da estratégia da organização. A comunicação é um processo contínuo e obrigatório que, sendo eficazmente realizado, permite aumentar os níveis de motivação e o grau de alinhamento.

- **Monitorização:** permite conhecer em cada momento os níveis de desempenho e o acompanhamento de cada objectivo. Permite uma tomada de decisão atempada em casos de necessidade de reajustamentos, assim, facilitada pela disponibilização de informação oportuna.

- **Promoção da transparência:** tudo está esquematizado e alinhado, pelo que não existem dúvidas sobre a execução de cada processo e sobre os resultados obtidos.

Através deste instrumento de gestão será possível, por hipótese, a consolidação de culturas, através do alinhamento dos objectivos estratégicos, a cooperação entre serviços para a prossecução da visão unidade hospitalar, a abertura de canais duplos de comunicação entre o CA e todos os colaboradores sobre temas estratégicos, valorizando o envolvimento e o desempenho do elemento humano da organização em contínuo.

O BSC é um modelo desenvolvido para servir os profissionais e a organização, o qual se adaptou ao contexto e à cultura do hospital português, para que possa prestar o melhor serviço assistencial ao cliente-cidadão, num SNS que se quer universal e tendencialmente gratuito.

A proposta enunciada procura não ser mais um elemento do SI, mas sim o principal elemento do SI, o qual se alimentará das contribuições de todos os colaboradores e de todos os restantes subsistemas de informação.

As questões abaixo enunciadas, apesar de respondidas ao longo do estudo, têm agora uma síntese de resposta, sendo que:

• A questão “Que modelo de gestão estratégica implementar numa instituição hospitalar pública?” Será o BSC adequado às necessidades? é respondida no enquadramento teórico, ao denunciar-se as fragilidades dos modelos unidimensionais, normalmente focados nos objectivos financeiros, que não sendo desprezíveis, também não dão garantia de sucesso na execução da estratégia, chegando à conclusão de que somente através de modelos multidimensionais se pode avaliar o desempenho de uma organização e compreender qual o valor gerado pela sua actividade.

Na sequência da revisão da literatura, o BSC relevou-se uma ferramenta bastante útil ao permitir que um pequeno conjunto de indicadores meça o seguimento da estratégia definida, ao mesmo tempo que faculta a informação sobre as alterações terão de ser perfilhadas para fazer face aos desvios detectados.

Dado que o BSC nasceu no meio empresarial e tem sido desenvolvido em torno dessa realidade, não se pode aplicar sem as devidas adaptações à realidade do sector público. Esta área de actividade, tradicionalmente guiada pela imensidão de normas legais, está, no presente, porém, pressionado pela escassez dos recursos financeiros e colocada perante a necessidade de adoptar novos instrumentos de gestão.

Concretamente no que respeita às unidades hospitalares, são “unidades complexas, não sendo possível medir a performance numa única dimensão” (Pink, 2001). À semelhança de outras áreas de actividade pública, as organizações de cuidados de saúde necessitam, como nunca, de reduzir custos, aumentar qualidade e cumprir rigorosas *guidelines*. É vital que existam sistemas que permitam alinhar as diferentes perspectivas de interesse que coabitam num hospital - orçamento, processos internos, doentes/stakeholders, aprendizagem e crescimento - e que mostrem como o alcance dos objectivos de cada uma delas é possível e se relacionam entre si. Desta forma, é possível identificar as forças das pessoas envolvidas, bem como as áreas que necessitam de melhorias.

Após análise dos documentos estratégicos do CHCB, bem como da entrevista e dos resultados do questionário efectuado, descrevem-se as potenciais vantagens para o CHCB decorrentes da adopção de um BSC:

- Criação de alinhamento: cada colaborador teria os seus objectivos vinculados ao mapa estratégico, permitindo que cada um soubesse exactamente qual a missão da organização, onde se pretende chegar e qual o contributo respectivo. De facto, concluiu-se, das afirmações dos inquiridos, que a clarificação e disseminação da estratégia, da visão, da missão e dos objectivos têm ainda uma substancial margem para melhoria, pelo que a adopção do BSC obrigaria a um claro alinhamento entre todas as actividades individuais e os objectivos estratégicos do Hospital;

- Comunicação: a comunicação é uma das palavras-chave desta ferramenta. Trata-se de comunicar a todos os colaboradores a estratégia da organização. A comunicação é um processo contínuo e obrigatório que, sendo eficazmente realizado permite aumentar os níveis

de motivação e o grau de alinhamento. Verificando-se um défice de comunicação no CHCB, conforme conclusões do questionário realizado, esta é uma vantagem não desdenhável;

- Monitorização: permite conhecer em cada momento os níveis de desempenho e o acompanhamento de cada objectivo. Permite uma tomada de decisão atempada em casos de necessidade de reajustamentos, assim, facilitada pela disponibilização de informação oportuna.

Do exposto, conclui-se que a gestão do CHCB deve considerar a adopção de modernas ferramentas de gestão, que incluam indicadores de performance correctamente implementados, de forma a fazer face às actuais mudanças no ambiente e que auxiliem na definição da estratégia e respectiva implementação. O BSC surge, assim, como uma ferramenta única, tendo sido demonstrada a pertinência da sua aplicação no CHCB, como instrumento de implementação estratégica, que permitirá fazer face às exigências de mudança de paradigma que se impõem na actualidade, no sentido da melhoria da qualidade do serviço prestado e da sustentabilidade financeira.

• A resposta à questão **“Quais as fases, de implementação do BSC numa instituição hospitalar pública?”** encontra-se repartida pela revisão da literatura, resultados e discussão, não sendo possível neste trabalho responder se a implementação será realizada com sucesso, já que tal constatação implicaria acompanhar o processo de implementação pelo menos pelo período de 12 meses.

O processo de construção de um BSC inicia-se com a criação da visão, da missão e da estratégia da organização e a sua implementação só será bem-sucedida se ocorrer um total envolvimento de todos os colaboradores (Kaplan e Norton, 2001). Este é um ponto chave para o CHCB, já que os gestores inquiridos identificaram a falta de envolvimento dos profissionais como obstáculo sério à sua implementação.

A implementação do BSC é um processo de mudança cultural, pois a formulação e implementação da estratégia passa a ser realizada pelos colaboradores (Santos, 2008). Por isso, e também porque os inquiridos identificaram a resistência à mudança como factor impeditivo à correcta implementação do BSC, é importante que seja implementado no CHCB um processo de gestão da mudança para assegurar a compreensão e retenção o modelo.

Como principais dificuldades que se poderão vir a encontrar na sua implementação no CHCB, apontamos as seguintes, decorrentes da análise aos questionários:

- resistência à mudança, embora este aspecto se possa combater através de uma liderança forte e da implementação de um eficaz plano de comunicação, conforme referido anteriormente;

- envolvimento de todos os grupos profissionais, dada pluralidade de carreiras, com interesses, motivações e níveis de diferenciação distintos;

- definição do sistema de informação que recolherá a informação necessária à monitorização dos indicadores considerados relevantes.

- **“Como se gere o processo de implementação do balanced scorecard numa instituição hospitalar pública, em termos de tempo, risco e de recursos humanos, financeiros e materiais**

A adopção do BSC enquanto ferramenta de gestão requer trabalho conjunto de toda uma equipa. Deve partir dos responsáveis máximos, que são responsáveis pela elaboração de políticas e pela sua execução, numa hierarquia de cima para baixo (Farid et al., 2008).

O conhecimento da realidade do CHCB permitem-nos afirmar que o CHCB dispõe de elementos com competências para integrar a equipa executiva, se bem que esta terá que ser multidisciplinar, de forma promover o envolvimento de vários grupos profissionais.

Será uma mais valia promover ainda a formação sobre esta ferramenta, tanto para a equipa executiva, como para a generalidade dos colaboradores, já que se concluiu que o conhecimento do BSC facilita o processo da sua implementação

Este instrumento consome muitos recursos (e.g. horas de trabalho, desenvolvimento ou aumento do uso dos sistemas e tecnologias de informação), pelo que a sua implementação no CHCB deve ser efectuada numa perspectiva de simplificação do processo de recolha de informação, sob pena de prematuro abandono desta iniciativa.

## 9.2 Limitações ao Presente Trabalho

Para além das limitações inerentes à ferramenta de gestão BSC, o trabalho realizado e o desenho definido no âmbito da presente dissertação, padecem das seguintes falhas:

- Os incentivos ao desempenho são dificilmente viáveis, tendo em conta o actual contexto de contenção orçamental;
- O estudo não acompanha o processo de implementação;
- Os resultados do questionário não são passíveis de inferência estatística para a população alvo, nem para outros hospitais;
- O modelo não se encontra testado;
- O modelo não prevê uma aferição do impacto do ambiente externo à organização (Almeida, 2000);
- Não foi desenvolvida a integração do BSC com outras ferramentas de gestão do desempenho;
- Não são apresentados resultados sobre os recursos humanos, materiais e financeiros necessários à implementação e manutenção, sendo que se tem por certo que será necessário um esforço em horas de trabalho para detalhar os planos de comunicação e de

implementação, as fichas dos indicadores e das iniciativas estratégicas, e em adaptar o SI para integrar o BSC;

- Não foi estudado o SI que poderá suportar a implementação do BSC, nem a respectiva integração com os sistemas de informação já existentes;
- Não se iniciou a implementação do BSC no CHCB pela aplicação a pequenas unidades funcionais, uma vez que se optou desde logo pela construção de um modelo geral para a Instituição, já que foi esta a vontade demonstrada pelo CA em funções, na fase inicial deste trabalho;
- Não foram definidas a totalidade das metas e das iniciativas inerentes à sua prossecução, por limitação temporal na concretização da presente dissertação.

### 9.3 Recomendações Para Futuros Estudos

Ao longo da elaboração deste estudo muitos caminhos se demonstraram interessantes de traçar. Embora apenas um fosse o escolhido, considera-se relevante explicitar as hipóteses que ficaram por trabalhar.

São propostos para futuros estudos os temas, questões ou problemas enunciados nos parágrafos que se seguem.

- A utilização de um BSC melhora o alinhamento da actividade operacional com a estratégia do Hospital?
- A utilização de um BSC melhora a efectividade, a qualidade ou a eficiência dos cuidados prestados no Hospital?
- A utilização de um BSC promove a sustentabilidade da actividade do Hospital?
- As perspectivas do modelo adicionam valor à avaliação do desempenho dos gestores e do Hospital para os órgãos da Tutela e para os cidadãos?

Outras propostas para futuros estudos prendem-se com temas e questões que não puderam ser abordados, devido à limitação do tempo disponível, tais como:

- Construção do BSC individual ou de equipa;
- Descrição e mapeamento dos processos da actividade assistencial;
- Realização de um conjunto de entrevistas, junto da ACSS, para aferir o potencial nível de utilidade de um BSC dos hospitais do SNS para a Tutela, no sentido de complementar a avaliação do desempenho da actividade hospitalar e de acompanhar o sucesso da execução da estratégia pelos respectivos CA.

A acreditação, a melhoria contínua, a focalização no cliente e nos processos tendentes a satisfazer as necessidades em saúde, a manutenção da alta diferenciação nos hospitais públicos de agudos, a redução de custos e de desperdício, são questões estratégicas que

devem incorporar o processo de gestão da mudança, sendo determinante lançar mão de instrumentos de gestão que monitorizem o alinhamento da actividade com os objectivos a prosseguir. Neste âmbito, o BSC é uma ferramenta não desprezível, como pretendeu demonstrar a presente dissertação.

## Referências Bibliográficas

- ALMEIDA, A. 2000. Aplicação do balanced scorecard às agências públicas: um estudo. Dissertação para a obtenção do grau de mestre em gestão empresarial. Orientador: Doutor José Rodrigues. Instituto Superior de Ciências do Trabalho e da Empresa. Lisboa.
- AMARATUNGA, D. E BALDRY, D. 2001. Case study methodology as a means of theory building: performance measurement in facilities management organizations. *Work study*, 50 (3), 95-104
- ANDERSEN, BJORN, FAGERHAUG, TOM, HENRIKSEN, FJORNAR E ONSOYEN, LARS. 2008. *Mapping Work Process*. Second Edition. ASQ Quality Press. USA.
- ARAI, KO. 2004. Reforming Hospital Costing practices in Japan: an implementation study. *Financial Accountability & Management* 22 (4) 0267-4424.
- ARAÚJO, JOAQUIM FILIPE. 2001. *Developments in change management in Portuguese central*. Universidade do Minho. Núcleo de Estudos em Administração e Políticas Públicas. Braga.
- BANKER, RAJIV, HSIHUI CHANG E MINA PIZZINI. 2004. "The Balanced Scorecard: Judgmental effects of performance measures linked to strategy." *The Accounting Review* 79 (1): 1-23.
- BEER, M., AND R. A. EISENSTADT. 2000. "The silent killers of strategy implementation and learning". *Sloan Management Review*, 41(4): 29-40.
- BEHN, ROBERT. 1995. "The Big Questions of Public Management." *Public Administration Review* 55 (4): 313-24.
- BEHN, ROBERT. 2003. "Why measure performance? Different Purposes require different measures." *Public Administration Review* 63 (5): 588-606.
- BITTAR, O. J. N. V. 1996. "Produtividade em hospitais de acordo com alguns indicadores hospitalares". *Revista Saúde Pública*, v. 30, n. 1, p. 53-60.
- BOURNE, MIKE, JOHN MILLS, MARK WILCOX, ANDY NEELY E KEN PLATTS. 2000. "Designing, implementing and updating performance measurement systems." *International Journal of Operations & Production Management* 20 (7): 754-71.
- BUSH S.H., LAO M.R., SIMMONS K.L., GOODE J.H., CUNNINGHAM S.A E CALHOUN B.C. 2007. "Patient Access and Clinical Efficiency Improvement in a Resident Hospital-based Women's Medicine Center Clinic" *The American Journal of Managed Care*, 13:686-690.
- BUTLER, ALAN, STEVE LETZA E BILL NEALE. 1997. "Linking the Balanced Scorecard to Strategy." *Long Range Planning* 30 (2): 242-53.
- CALHAU, ANA RITA LOURENÇO. 2009. *Concepção de um Sistema de Balanced Scorecard para o Serviço de Traumatologia do Hospital Garcia de Orta*. Dissertação para obtenção do Grau de Mestre em Engenharia Biomédica. Orientador: Prof. Doutor Luis Almeida e Prof. Doutora Teresa Paiva. Instituto Superior Técnico. Lisboa.
- CARTER, NEIL, RUDOLF KLEIN E PATRICIA DAY. 1993. *How Organisations measure success: The use of performance indicators in government*. Routledge. London.

- CAUDELI, ANTONIO E VICENTE FELIU. 2000. "El Quadro de Mando Integral: Un herramienta para el control de gestión." *Partida Doble* (114): 54-63.
- CAVACO, A. 2005. Exequibilidade da utilização do Balanced Scorecard num hospital do sector público administrativo. Dissertação para a obtenção do grau de mestre em gestão pública. Orientadora: Professora Doutora Cláudia Sarrico Silva. Universidade de Aveiro. Aveiro.
- CHEN, X.; KATO, K.; YAMAUCHI, K.; ITO, K.; NISHIMURA, A. 2006. "Using the balanced scorecard to measure Chinese and Japanese hospital performance". *International Journal of health care quality assurance* 19 : 4 (2006) 339-350.
- CHOW, C. W., K. M. HADDAD, AND J. E. WILLIAMSON. 1997. Applying the balanced scorecard to small companies. *Management Accounting* (August): 21-27.
- COSTA, A. 2009. Aplicação da Metodologia Balanced Scorecard em Instituições do Sector Público Não Lucrativo - O Estudo do Caso Instituto Politécnico de Portalegre - Tese de Mestrado em Ciências Económicas, Orientador Doutor Jorge Júlio Landeiro de Vaz. ISEG. Lisboa.
- DIAS, J. 2004. Avaliação do desempenho segundo a metodologia do balanced scorecard. Aplicação à gestão hospitalar no Algarve. Dissertação para a obtenção do grau de mestre em gestão empresarial. Orientadores: Prof. Doutor Efigénio Rebelo e Prof. doutor Carlos Alves. Universidade do Algarve: Faculdade de Economia. Faro.
- DOOREN, WOUTER. 2005. "What Makes Organisations Measure? Hypotheses on the Causes and Conditions for Performance Measurement." *Financial Accountability & Management* 21 (3): 363 - 83.
- DRUCKER, P. (1990). *As Organizações sem fins Lucrativos*. Difusão Cultural. Lisboa.
- DUARTE, MARIA MANUELA. 2011. Proposta de Balanced Scorecard para a Faculdade de Ciências Sociais e Humanas da UBI. Projecto para obtenção do Grau de Mestre em Gestão (2º ciclo de estudos). Orientadora: Professora Doutora Maria do Céu Gaspar Alves. Universidade da Beira Interior. Covilhã
- DUNLEAVY, PATRICK E CRISTOPHER HOOD. 1994. "From old Public Administrative to new public management." *Public Money & Management* 14 (3): 9-16.
- FARID, D., NEJATI, M. E MIRFAKHREDINI, H. 2008. "Balanced Scorecard Application in Universities and Higher Education Institutes: Implementation Guide in a Iranian Context." *Annals of University of Bucharest, Economic and Administrative Series*, Nr 2, 31-45.
- FARINHA, N. 2006. Gestão estratégica em contexto hospitalar: dinâmicas de estruturação do conhecimento especializado em dois hospitais públicos. Dissertação para a obtenção do grau de doutor em gestão global, estratégia e desenvolvimento empresarial. Orientador: professor doutor Albino Lopes. Instituto Superior de Ciências do Trabalho e da Empresa. Lisboa.
- FILHO, E. 2005. *Balanced Scorecard e a Gestão Estratégica: Uma abordagem prática*. Editora Campus. Brasil.
- FORBES, D. 1998. "Measuring the Un measurable: Empirical Studies of Nonprofit Organization Effectiveness from 1977 to 1997". *Non profit and Voluntary Sector Quarterly*, vol. 27, nº 2, 183-202.

- FERNANDES, MARIA JOSÉ. 2004. *La Nueva Gestión Pública y los Indicadores de Gestión en los Ayuntamientos Portugueses: Estructura Teórica y Análisis Empírico*. Dissertação elaborada para obter o grau de doutoramento. Universidade de Santiago de Compostela. Santiago de Compostela.
- FERNANDES, MARIA JOSÉ. 2005. "Os Recentes Desenvolvimentos da Contabilidade Pública em Portugal: A Utilidade da Informação Económica e Financeira." *Jornal de Contabilidade* (341): 301-13.
- FERNÁNDEZ, RODRÍGUEZ EMÍLIA. 2000. "La nueva gestión pública: New Public Management." *Partida Doble Maio* (111): 108-11.
- FREEMAN, R. EDWARD. 1984. *Strategic Management: a stakeholder approach*. Cambridge University Press. United Kingdom.
- FREZZATTI, F. 2001. *Contribuição para o estudo do Market Value Added como indicador de eficiência na gestão de valor: uma análise das empresas brasileiras com acções negociadas em bolsa de valores no ambiente brasileiro pós Plano Real*. Tese (Livre-Docência em Contabilidade e Atuária) - Faculdade de Economia, Administração e Contabilidade, Universidade de São Paulo. São Paulo.
- FRIEDMAN, A. e MILES, S. 2006. *Stakeholders: theory e practice*. Oxford University press. United Kingdom.
- GODINHO, LUÍS MANUEL. 2009. *Um modelo equilibrado de gestão estratégica para hospitais portugueses: Arquitectura do modelo para o Centro Hospitalar de Lisboa Central, E.P.E. XXXVII Curso de Especialização em Administração Hospitalar (2007-2009)*. Escola Nacional de Saúde Pública. Lisboa.
- GOMES, AGOSTINHA PATRÍCIA. 2006. *O papel do Balanced Scorecard na avaliação de desempenho do Sistema Policial Português*. Tese de Mestrado em Contabilidade e Auditoria Trabalho. Orientadora: Professor Doutor João Baptista Carvalho e Professora Doutora Sílvia Mendes Camões. Universidade do Minho. Braga.
- GOMES, A.; CARVALHO, J.; RIBEIRO, N.; NOGUEIRA, S. 2007. *O balanced scorecard aplicado à Administração Pública*. Publisher Team. Lisboa.
- GUERRA, A. 1997. *A avaliação de performance num organismo de saúde : estudo de um caso*. Dissertação para a obtenção do grau de mestre em ciências de gestão. Orientador : professor doutor José Rodrigues. Instituto Superior de Ciências do Trabalho e da Empresa. Lisboa.
- GURD, B.; GAO, T. 2008. *Lives in the balance: an analysis of the balanced scorecard (BSC) in healthcare organizations*. *International Journal of Productivity and Performance Management*. 57 : 1 (2008) 6-21.
- HO, KATHY ELILIANCHAN. 2000. "Performance Measurement and the use of balanced scorecard in Canadian hospitals." *Advances in Management Accounting* 9: 145-70.
- HOLMES, JENNIFER, SHEILA GUTIÉRREZ DE PIÑERES E DOUGLAS KIEL. 2006. "Reforming Government Agencies Internationally: Is There a Role for the Balanced Scorecard?" *International Journal of Public Administration* 29 (12): 1125-45.
- HOOD, C. 1991. "A Public Management for All Seasons?" *Public Administration*. Vol. 69, 3-19.

- HOOD, CHRISTOPHER. 1995. "The 'new public management' in the 1980s: variations on a theme." *Accounting, Organizations and Society* 20: 93-109.
- HUMPHREY, CHRISTOPHER, PETER MILLER E ROBERT SCAPENS. 1993. "Accountability and accountable management in the UK public sector." *Accounting, Auditing and Accountability Journal* 6 (3): 7-29.
- JACKSON, AUDREY E IRVINE LAPSLEY. 2003. "The diffusion of accounting practices in the new "managerial" public sector." *Journal of Public Sector Management* 16 (5): 359-72.
- JACKSON, PETER. 1993. "Public Service Performance Evaluation: A Strategic Perspective." *Public Money & Management* Oct-Dec: 9-14.
- JOHNSEN, ÁGE. 2001. "Balanced Scorecard: theoretical perspectives and public management implications." *Managerial Auditing Journal* 16 (6): 319-30.
- JONES, ROWAN E MAURICE PENDLEBURY. 1992. *Public Sector Accounting*. 3ª Edição, Pitman Publishing. Londres.
- JOYCE L. 2003. "Performance Management in the Health Service" Office for Health Management. Dublin.
- JOYCE, PAUL. 2000. *Strategy in the Public Sector: A Guide to Effective Change Management*. John Wiley & Sons Ltd. Chichester. United Kindgom.
- KAPLAN, ROBERT E DAVID NORTON. 1992. "The Balanced Scorecard - Measures That Drive Performance." *Harvard Business Review* Jan- Feb: 71-9.
- KAPLAN, ROBERT E DAVID NORTON. 1993. "Putting the Balanced Scorecard to Work." *Harvard Business Review* Sep-Dec: 134-47.
- KAPLAN, ROBERT E DAVID NORTON. 1996a. *The Balanced Scorecard. Translating Strategy into Action*. Harvard Business School Press. Boston.
- KAPLAN, ROBERT E DAVID NORTON. 1996b. "Using the Balanced Scorecard as a Strategic Management System." *Harvard Business Review* Jan - Feb: 75-85.
- KAPLAN, ROBERT E DAVID NORTON. 1997. "Why does business need a balanced scorecard?" *Journal of Cost Management* May-Jun: 5-10.
- KAPLAN, ROBERT E DAVID NORTON. 2000. "Organização orientada para a estratégia: como as empresas que adoptam o balanced scorecard prosperam no novo ambiente de negócios." 15ª edição. Elsevier editora ltda. Rio de Janeiro.
- KAPLAN, ROBERT E DAVID NORTON. 2000. *Having trouble with your strategy? Then map it*. *Harvard Business Review* (September-October): 167-176.
- KAPLAN, ROBERT E DAVID NORTON. 2001. "Transforming the Balanced Scorecard from Performance Measurement to Strategic Management: Part I." *Accounting Horizons* 15 (1): 87-104.
- KAPLAN, ROBERT E DAVID NORTON. 2001. *The Strategy-Focused Organization: How Balanced Scorecard Companies Thrive in the New Business Environment*. MA: Harvard Business School Press. Boston.
- KAPLAN, ROBERT E DAVID NORTON. 2004. "The Strategy Map: Guide to Aligning Intangible Assets." *Strategy and Leadership* 32, no. 5 (October-November).

- KAPLAN, ROBERT E DAVID NORTON. 2006. "How to Implement a New Strategy Without Disrupting Your Organization." *Harvard Business Review* 84, 100-109.
- KAPLAN, R.E INAMDAR, N. 2002. Applying the balanced scorecard in health care provider organizations. *Journal of Healthcare Management*. 47 : 3 179-195.
- KAPLAN, ROBERT. 2001. "Strategic performance measurement and management in non profit organizations." *Non-profit Management and Leadership* 11 (3): 353-70.
- KASURINEN, TOMMI. 2002. "Exploring management accounting change: the case of balanced scorecard implementation." *Management Accounting Research* 13 (3): 323-43.
- LIPE, M. G., AND S. E. SALTERIO. 2000. "The balanced scorecard: Judgmental effects of common and unique performance measures". *The Accounting Review* 75 (3):283-298.
- MALINA, MARY E FRANK SELTO. 2001. "Communicating and Controlling Strategy: An Empirical Study of the Effectiveness of the Balanced Scorecard." *Journal of Management Accounting Research* 30: 47-90.
- MARQUES, R. 2008. Curso de Balanced Scorecard avançado. Documento de apoio. Formação para dirigentes da Administração Pública. Instituto Nacional de Administração (INA). Lisboa.
- MATOS, L. 2006. A utilização do Balanced Scorecard para monitorar o desempenho de um hospital. Dissertação para a obtenção do grau de mestre em sistemas de informação. Orientadora: Professora Doutora Isabel Ramos. Universidade do Minho. Braga.
- MARTINSONS, MARIS, ROBERT DAVISON E DENNIS TSE. 1999. "The balanced scorecard: a foundation for the strategic management of information systems." *Decision Support Systems* 25: 71-88.
- MAYSTON, David. 1985. "Non-profit performance indicators in the public sector." *Financial Accountability & Management* 1 (1): 51-73.
- MEZOMO, JOÃO C. 2001. *Gestão da Qualidade na Saúde: Princípios Básicos*. Edições Manole Ltda. Rio de Janeiro.
- MINOTTO, RICARDO. 2003. *A estratégia em organizações hospitalares*. EDIPUCRS: 2ª edição, Porto Alegre.
- MOELLER J. 2001. "The EFQM Excellence Model. German experiences with the EFQM approach in health care. Internacional." *Journal for Quality in Health Care*. Feb;13(1):45-9.
- MOORAJ, STELLA, DANIEL OYON E DIDIER HOSTETTLER. 1999. "The Balanced Scorecard: a Necessary Good or an Unnecessary Evil?" *European Management Journal* 17 (5): 481-91.
- NEVES, ARMINDA 2002. *Gestão na Administração Pública*. Editora Pergaminho. 1.ª edição. Cascais.
- NIVEN, P. 2003. *Balanced Scorecard: Step-by-Step for government and nonprofit agencies*. John Wiley & Sons. USA.
- NIVEN, P. 2005. *Balanced Scorecard diagnostics: maintaining maximum performance*. John Wiley & Sons. USA.
- NORREKLIT, HANNE. 2000. "The balance on the balanced scorecard - a critical analysis of some of its assumptions." *Management Accounting Research* 11 (1): 65-88.

- NORREKLIT, HANNE. 2003. "The Balanced Scorecard: what is the score? A rhetorical analysis of the Balanced Scorecard." *Accounting, Organizations and Society* 28: 591-619.
- NUNES, J. 2006. O Balanced Scorecard na gestão estratégica de um Hospital público. Dissertação para a obtenção do grau de mestre em intervenção sócio-organizacional na saúde. Orientador : professor doutor Jacinto Silva. Universidade de Évora.
- OBSERVATÓRIO PORTUGUÊS DOS SISTEMAS DE SAÚDE. 2003. Relatório de Primavera 2003 - Saúde: que rupturas? Lisboa: Escola Nacional de Saúde Pública.
- OBSERVATÓRIO PORTUGUÊS DOS SISTEMAS DE SAÚDE. 2008. Relatório de Primavera 2008 - Sistema de Saúde Português: Riscos e Incertezas. Coimbra: Centro de Estudos e Investigação em Saúde da Universidade de Coimbra.
- OLVE, N., ROY, J. E WETTER, M. 2000. "Performance drivers: a practical guide to using the Balanced Scorecard". John Wiley & Sons. Chichester.United Kindgom.
- OSBORNE, DAVID AND TED GAEBLER 1993. *Reinventing Government: How the Entrepreneurial Spirit is Transforming the Public Sector*. Penguin. New York.
- OTLEY, D. E BERRY, A. 1998. Case study research in management accounting and control. *Accounting Education*, Vol. 7, 105-127.
- QU, SANDY Q. E DUMAY, JOHN. 2011. "The qualitative research interview", *Qualitative Research in Accounting & Management*, Vol. 8 Iss: 3, pp.238 - 264.
- PATTON, E. E APPELBAUM, S. 2003. The case for case studies in management research. *Management Research News*, 26 (5), 60-71
- PEDRO, JOSÉ MARIA. 2004. "O Balanced Scorecard (BSC) no Sector Público." *Revista Informação & Informática* (28): 14-23.
- PINK G.H. ET AL. 2001. "Creating a Balanced Scorecard for a Hospital System" *Journal of Health Care Finance*, 27(3):1-20.
- PINTO, F. 2007. *Balanced Scorecard : alinhar mudança, estratégia e performance nos serviços públicos*. Edições Sílabo. Lisboa.
- PORTER, MICHAEL. 1996. "What is strategy?" *Harvard Business Review* Nov-Dec: 61-78.
- RADNOR, ZOE E BILL LOVELL. 2003. "Defining, justifying and implementing the Balanced Scorecard in the National Health Service." *International Journal of Medical Marketing* 3 (3): 174-88.
- REIS, V. 2007. *Gestão em saúde: um espaço de diferença*. Escola Nacional de Saúde Pública. Universidade Nova de Lisboa. Lisboa.
- RESENDE, AMAURY JOSÉ 2009 Um estudo sobre o processo de desinstitucionalização das práticas contábeis de correcção monetária em empresas brasileiras. Tese de Doutoramento em Ciências Contábeis, Orientação Prof. Doutor Reinaldo guerreiro. Faculdade de Economia, Administração e Contabilidade da Universidade de São Paulo.
- RUIZ, U.; SIMON, J. 2004. *Quality management in health care: a 20-year journey*. *International Journal of Health Care Quality Assurance*. 17 : 6 323-333.
- RIBEIRO, C.M.S. 2007. O controlo de gestão nas unidades de saúde: o Balanced Scorecard, [http://www.ctoc.pt/download/files/1218011746\\_61a66\\_gestao.pdf](http://www.ctoc.pt/download/files/1218011746_61a66_gestao.pdf).

- RUSSO, J. 2006. Balanced Scorecard para PME. 4ª Edição. Lidel - edições técnicas. Lisboa.
- ROBBINS, GERALDINE. 2004. New Public Management in an Irish Hospital: Will they let the managers manage? Comunicação apresentada no CIMA - New Public Management Seminar. Outubro: 1-48. Universidade de Edimburgo.
- ROCHA, OLIVEIRA. 2000. “Modelos de Gestão Pública.” Revista Portuguesa de Administração e Políticas Públicas 1 (1): 6-16.
- SANTANA, R. 2005. O financiamento hospitalar e a definição de preços. Revista Portuguesa de Saúde Pública, Volume temático: 5.
- SANTOS, R. A. 2006. Balanced Scorecard em Portugal - Visão, Estratégia e Entusiasmo, Gestão Plus, Cascais.
- SANTOS, A. 2008. Gestão estratégica: conceitos, modelos e instrumentos. Escolar Editora. Lisboa.
- SCARPARO, SIMONA. 2006. “The Integration of Clinical and Costing Information: A Comparative Study Between Scotland and Sweden.” Financial Accountability & Management 22 (2): 133- 155.
- STIEB, J.A. 2009. Assessing Freeman’s Stakeholder Theory. Journal of Business Ethics, 87: 401-414.
- VASCO, E. E J.A. FIGUEIREDO. 2004. Uma Abordagem em Rede à Avaliação da Qualidade dos Serviços de Saúde. Out.-Dez. 2004 in Revista Portuguesa e Brasileira de Gestão, Vol.3, N.º 4.
- VIEIRA, R., MAJOR, M E ROBALO, R. (2008). “Investigação Qualitativa em Contabilidade”. In Major e Vieira (ed), Contabilidade e Controle de Gestão - Teoria, Metodologia e Prática, 131-163.
- URRUTIA, I.; ERIKSEN, S. 2005. Insights from research: application of the balanced scorecard in spanish private health-care management. Measuring Business Excellence. 9 : 4 16-26.
- WHO. 2008 - Health systems, health and wealth: Assessing the case for investing in health systems. Edited and Written by Josep Figueras, Martin McKee, Suszy Lessof, Antonio Duran, Nata Menabde. WHO Regional Office for Europe.
- WILSON, CHRIS, DAVID HAGARTY E JULIE GAUTHIER. 2003. “Results using the balanced scorecard in the public sector.” Journal of Corporate Real Estate 6 (1): 53-63.
- WISNIEWSKI, MILK E ALEX DICKSON. 2001. “Measuring performance in Dumfries and Galloway Constabulary with the Balanced Scorecard.” Journal of Operational Research Society 52: 1057-66.
- WISNIEWSKI, MILK E SNJÓLFUR OLAFSSON. 2004. “Developing Balanced Scorecard in local authorities: a comparison of experience.” International Journal of Productivity and Performance Management 53 (7): 602-10.
- YIN, R. 2003. Case Study Research - Design and Methods. London: Sage Publications
- ZELMAN, WILLIAM, GEORGE PINK E CATHERINE MATTHIAS. 2003. “Use of the Balanced Scorecard in Health Care.” Journal of Health Care Finance 29 (4): 1-16.
- ZUCKER, LYNNE G. 1987. Insitucional Teories of Organizations. Anual Review of Sociology, 13: 443-46



## Apêndice A: Carta de Apresentação ao CA do CHCB

Exmo. Senhor Presidente do Conselho de  
Administração do Centro Hospitalar Cova da Beira, EPE  
Prof. Doutor Miguel Castelo Branco

Covilhã, 07 de Maio de 2012

**Assunto:** Dissertação de Mestrado em «Gestão de Unidades de Saúde», ministrado pela UBI, subordinada ao tema «Balanced Scorecard - Mudar o modelo de gestão do Hospital para mudar o Hospital»

Elsa Baião, aluna do mestrado supramencionado, pretende desenvolver a respectiva dissertação subordinada ao tema «Balanced Scorecard», na vertente de aplicação às instituições públicas, mais concretamente no âmbito das entidades prestadoras de cuidados de saúde.

O objectivo primordial que se propõe é o de desenvolver um projecto de implementação de um sistema de gestão estratégica assente no balanced scorecard, ajustado às necessidades de um Hospital e dos seus stakeholders, à luz do actual estado da arte sobre a temática, identificando no caso concreto quais as vantagens, desvantagens e implicações na estrutura e nos processos que daí decorrem.

O desafio é o de desenhar um sistema de informação que satisfaça as necessidades da instituição de saúde, sem que exista uma sobrecarga da recolha de dados e de análise, sempre dentro do contexto real em que a entidade exerce a sua actividade.

Assim, no âmbito da elaboração da dissertação referida, solicito a V. Exa. autorização para desenvolver o respectivo projecto no Centro Hospitalar Cova da Beira, tendo em conta o conhecimento que possuo da Instituição, bem como a convicção que a aplicação desta ferramenta de gestão contribuirá para aumentar os níveis de eficiência, eficácia e economia, apoiando a gestão a definir um posicionamento estratégico e a analisar o seu desempenho em função dos seus clientes, colaboradores, finanças, inovação, entre outros.

Espero assim cumprir o desígnio de contribuir, ainda que de forma humilde, para a promoção do conhecimento na área de gestão hospitalar e para a melhoria contínua da prestação de cuidados de saúde no Centro Hospitalar Cova da Beira.

No desenvolvimento deste projecto, é fundamental a colaboração e envolvimento do Conselho de Administração e dos responsáveis pela gestão intermédia do CHCB.

Nestes termos, os instrumentos de investigação integram a aplicação de uma entrevista a um representante do Conselho de Administração, conforme guião em anexo 1.



Foi ainda desenvolvido um questionário, a aplicar aos elementos do Conselho de Administração e aos elementos da gestão intermédia, que pretende aferir o contexto em que poderá ser aplicada o Balanced Scorecard à gestão estratégica do Centro Hospitalar (Anexo 2).

Deste modo, caso aprovem o desenvolvimento do projecto em causa, peço a colaboração dos membros do Conselho de Administração, respondendo às questões da entrevista e do questionário anexo, bem como na facilitação do contacto com a gestão intermédia.

As respostas são anónimas. O tempo médio de resposta é sensivelmente de 10 minutos.

A paciência e colaboração de V. Exa. são fundamentais para a qualidade desta investigação, pelo que agradecemos desde já o tempo despendido.

Em caso de dúvida, por favor, peço o contacto através do endereço de correio electrónico referido ou para o telemóvel 968924837.

Muito obrigada pelo tempo despendido e pela colaboração.

Com os melhores cumprimentos,

Elsa Baião

## Apêndice B: Carta de Apresentação aos elementos da Gestão de Topo e Gestão Intermédia

Exma. Senhora  
Responsável pelo.....do  
Centro Hospitalar Cova da Beira, EPE

Covilhã, 21 de Setembro de 2012

Assunto: Dissertação de Mestrado em «Gestão de Unidades de Saúde», ministrado pela UBI, subordinada ao tema «Balanced Scorecard - Mudar o modelo de gestão do Hospital para mudar o Hospital»

Elsa Baião, aluna do mestrado supramencionado, pretende desenvolver a respectiva dissertação subordinada ao tema «Balanced Scorecard», na vertente de aplicação às instituições públicas, mais concretamente no âmbito das entidades prestadoras de cuidados de saúde.

O objectivo primordial que se propõe é o de desenvolver um projecto de implementação de um sistema de gestão estratégica assente no balanced scorecard, ajustado às necessidades de um Hospital e dos seus stakeholders, à luz do actual estado da arte sobre a temática, identificando no caso concreto quais as vantagens, desvantagens e implicações na estrutura e nos processos que daí decorrem.

O balanced scorecard é um modelo de gestão estratégica que assenta em quatro perspectivas: financeira, clientes, processos internos, aprendizagem e crescimento.

O desafio é o de desenhar um sistema de informação que satisfaça as necessidades da instituição de saúde, sem que exista uma sobrecarga da recolha de dados e de análise, sempre dentro do contexto real em que a entidade exerce a sua actividade.

Assim, no âmbito da elaboração da dissertação referida, solicitei autorização ao Conselho de Administração para desenvolver o respectivo projecto no Centro Hospitalar Cova da Beira, tendo em conta o conhecimento que possuo da Instituição, bem como a convicção que a aplicação desta ferramenta de gestão contribuirá para aumentar os níveis de eficiência, eficácia e economia, apoiando a organização a definir um posicionamento estratégico e a analisar o seu desempenho em função dos seus clientes, colaboradores, finanças, inovação, entre outros.

Espero assim cumprir o desígnio de contribuir, ainda que de forma humilde, para a promoção do conhecimento na área de gestão hospitalar e para a melhoria contínua da prestação de cuidados de saúde no Centro Hospitalar Cova da Beira.

No desenvolvimento deste projecto, é fundamental a colaboração e envolvimento dos responsáveis pela gestão intermédia do CHCB.

Foi desenvolvido um questionário que pretende aferir o contexto em que poderá ser aplicada o Balanced Scorecard à gestão estratégica do Centro Hospitalar.

Deste modo, peço a colaboração de V. Exa., no sentido de resposta ao questionário, que lhe será remetido posteriormente, bem como para todos os Directores, Responsáveis e Enfermeiros Chefes da Instituição.

As respostas são anónimas. O tempo médio de resposta é sensivelmente de 10 minutos.

A paciência e colaboração de V. Exa. são fundamentais para a qualidade desta investigação, pelo que agradecemos desde já o tempo consumido.

Em caso de dúvida, por favor, peço o contacto através do endereço de correio electrónico [elsabaiao@gmail.com](mailto:elsabaiao@gmail.com) ou para o telemóvel 968924837.

Muito obrigada pela colaboração.

Com os melhores cumprimentos,

Elsa Baião

## Apêndice C: Resultados da Entrevista com o Representante do Conselho de Administração

**8 de Maio 2012**

**P. 1:** Que constrangimentos existem no modelo de gestão actual?

**R 1:** Os principais constrangimentos na actividade estão relacionados com as limitações financeiras a que a Instituição está sujeita. Poderá ser ainda um constrangimento a inexistência de um modelo de gestão documental.

**P 2:** Que constrangimentos julga existirem no modelo de gestão baseado no BSC?

**R 2:** Outro constrangimento poderá ser a inexistência de competências adequadas na área do planeamento e a inadaptação de alguns quadros para a função que lhe é atribuída.

**P 3:** Qual a motivação do Conselho de Administração para a implementação de um modelo de gestão estratégica diferente?

**R3:** Pretende-se indicadores que acompanhem a evolução da organização como um todo, considerando não só o equilíbrio financeiro, mas também a qualidade do serviço e a vertente humana.

**P4:** Existe uma análise e revisão sistemática de processos em função dos objectivos estratégicos e resultados atingidos?

**R4:** Sim, mas a análise é retrospectiva e poucos indicadores são produzidos em tempo adequado.

**P 5:** A implementação do balanced scorecard nos Hospitais justifica a alteração do modelo de avaliação do desempenho das instituições por parte da tutela?

**R 5:** Sim.

**P 6:** Mais um sistema de informação é útil? Haverá tempo para ser útil?

**R 6:** Sim, se produzir indicadores em tempo adequado.

**P 7:** Como é que se estabelecem as relações entre os Serviços e a gestão de topo do Hospital?

**R7:** A estratégia é a de aproximação aos Serviços, com reunião periódicas de acompanhamento da actividade, em que se debatem indicadores financeiros e de qualidade.

**P8:** Os níveis de responsabilidade dos gestores intermédios do CHCB definidos têm tradução na prática? Ou seja, a respectiva autonomia é respeitada?

**R8:** Pretende-se aumentar o nível de responsabilidade da gestão intermédia, mas tal depende das competências das pessoas que ocupam esses lugares.

**P.9:** Como são definidos os objectivos estratégicos para a gestão intermédia?

**R 9:** Pretende-se aumentar o nível de responsabilidade da gestão intermédia, mas tal depende das competências das pessoas que ocupam esses lugares.

**P10:** Em que tipo de ferramentas se traduzem os objectivos deste nível de responsabilidade?

**R10:** Nomeadamente, em objectivos de qualidade, definidos pela Joint Commission International.

**P11:** Como é feito o controlo da gestão intermédia? Que mecanismos de avaliação existem?

**R11:** Essencialmente, por indicadores de produção e financeiros.

**12:** A contabilidade analítica é utilizada como ferramenta de controlo?

**R12:** É utilizado.

**P13:** O «financiamento dos serviços» depende dos resultados?

**R13:** Ainda não.

**P14:**Existem mecanismos de avaliação do desempenho dos colaboradores? Quais?

**R14:** Existem, apenas os mecanismos legais.

**P15:**Qual o impacto da avaliação de desempenho dos serviços nos respectivos colaboradores?

**R15:** É ainda incipiente, mas pretende-se apostar na avaliação colectiva, por equipa, em vez de avaliação individual.

## Apêndice D : QUESTIONÁRIO DE DIAGNÓSTICO DE NECESSIDADES

### Aplicável aos elementos da Gestão de Topo e de Gestão Intermédia do CHCB

#### 1. Enquadramento Geral

1. Carreira: \_\_\_\_\_

1.2 Idade: \_\_\_\_\_ anos

1.3 Sexo: M F

1.4 Hab. Literárias: < 12º A 12º Ano Licenciatura Mestrado Doutoramento

1.5 Anos de Serviço \_\_\_\_\_ anos

#### 2. Modelo de Gestão Vigente

2.1 Para cada alínea, por favor coloque um X na célula mais adequada, de acordo com a percepção que tem das orientações de gestão do CHCB:

	1- Discordo Totalmente	2- Discordo	3- Não discordo, nem concordo	4- Concordo	5- Concordo Totalmente
A. A estratégia missão, a visão, os objectivos estratégicos e as metas para os atingir estão claramente definidos					
B. A estratégia missão, a visão, os objectivos estratégicos e as metas para os atingir são conhecidos por todos os colaboradores					

C. A organização não tem indicadores de desempenho bem caracterizados e quantificados no que diz respeito aos seus objectivos não financeiros					
	<b>1- Discordo Totalmente</b>	<b>2- Discordo</b>	<b>3- Não discordo, nem concordo</b>	<b>4- Concordo</b>	<b>5- Concordo Totalmente</b>
D. A definição de objectivos individuais é feita dentro de cada unidade orgânica, sem uma articulação global com a estratégia					
E. As medidas de desempenho são utilizadas no planeamento, na mudança organizacional e na alocação de recursos					
F. As medidas de desempenho estão interligadas com mecanismos de incentivos					
G. A organização não tem indicadores de desempenho bem caracterizados e quantificados no que diz respeito aos seus objectivos não financeiros					
H. A definição de objectivos individuais é feita dentro de cada unidade orgânica, sem uma articulação global com a estratégia					
I. Temos muitas iniciativas a decorrer em simultâneo e algumas delas não têm um reflexo evidente na estratégia					
J. Não há um equilíbrio entre o curto e o longo prazo em muitas decisões tomadas					
K. A maioria dos colaboradores sente que não é importante para o desempenho global da organização					

2.2 1 Dos seguintes elementos característicos do modelo de gestão, por favor indique, numa escala de 1 a 5, em que medida são considerados importantes no CHCB

	1- Discordo Totalmente	2- Discordo	3- Não discordo, nem concordo	4- Concordo	5- Concordo Totalmente
A. A organização orienta-se para o utente/cidadão					
B. A organização adota instrumentos de gestão privada					
C. A organização utiliza sistemas de controlo baseados no princípio do valor do dinheiro e não apenas no orçamento					
D. A gestão aposta na qualidade dos serviços prestados					
E. A gestão é descentralizada					
F. Existe uma avaliação do desempenho associada a planos de compensação					
G. Existe uma avaliação baseada em resultados e impactos, em vez de programas e iniciativas					
H. Outro(s) _____ _____					

### 3. Medidas de Desempenho

Por favor, indique em que medida são utilizadas as seguintes perspectivas na avaliação do desempenho do CHCB:

	1- Discordo Totalmente	2- Discordo	3- Não discordo, nem concordo	4- Concordo	5- Concordo Totalmente
A. São utilizadas medidas de Desempenho Financeiro (ex. compromissos assumidos, dívidas contraídas, grau de execução orçamental)					
B. São utilizadas medidas de Satisfação do Cliente (ex. A percepção que o cliente tem do serviço prestado, a qualidade)					
C. São utilizadas medidas de Eficiência Operativa (ex. a eficiência da actividade clínica e/ou administrativa)					
D. São utilizadas medidas de Desenvolvimento dos trabalhadores (ex. aprendizagem e crescimento, no sentido da melhoria da qualidade das tarefas e/ou do tempo de execução)					

### 4. Predisposição para a aplicação do Balanced Scorecard (BSC)

O BSC é um sistema de gestão estratégica e de avaliação do desempenho que contém um conjunto de medidas de desempenho, organizadas em diferentes perspectivas (desempenho financeiro, satisfação do cliente, eficiência e desenvolvimento profissional), articuladas com a estratégia organizacional, de modo a permitir o alcance de objectivos definidos.

4.1 Numa escala de 1 a 5, por favor, indique de que modo concorda ou discorda com as seguintes declarações sobre o BSC

4.2 Numa escala de 1 a 5, por favor indique a intensidade com que os seguintes factores determinam o sucesso ou insucesso da implementação de um novo modelo de gestão,

	1- Discordo Totalmente	2- Discordo	3- Não discordo, nem concordo	4- Concordo	5- Concordo Totalmente
A. O Balanced Scorecard é apenas mais uma moda					
B. O Balanced Scorecard é um sistema de medida e avaliação do desempenho					
C. O Balanced Scorecard complementa as medidas financeiras, com medidas não financeiras, que permitem aferir o potencial de crescimento					
D. O Balanced Scorecard interliga a missão e a estratégia da organização com as medidas de desempenho e os objectivos					

designadamente o que se baseia no Balanced Scorecard

	1- Discordo Totalmente	2- Discordo	3- Não discordo, nem concordo	4- Concordo	5- Concordo Totalmente
A. Resistência à mudança					
B. Pouco envolvimento dos colaboradores					
C. Fraca autonomia financeira da instituição					
D. Falta de ligação do balanced scorecard com o sistema de recompensas					
E. Dificuldade em definir e medir as medidas de desempenho					
F. Dificuldade em definir os objectivos para os níveis mais baixos da organização					

	1- Discordo Totalmente	2- Discordo	3- Não discordo, nem concordo	4- Concordo	5- Concordo Totalmente
G. Falta de um sistema de informação altamente desenvolvido para suportar o balanced scorecard					
H. Tempo consumido no desenvolvimento do balanced scorecard					
I. Falta de competência e conhecimento sobre o balanced scorecard					
Outra(s): _____ _____					

## 5. Indicadores de Desempenho

Por favor, para cada uma das perspectivas enunciadas, indique os 5 indicadores de desempenho que considera mais relevantes e determinantes na avaliação do desempenho da Instituição:

Perspectiva	Medida/Indicador de Desempenho
Desempenho Financeiro	1- Grau de execução orçamental 2- Taxa de execução dos objectivos de produção do Contrato-Programa 3- Taxa de execução dos objectivos de qualidade do Contrato-Programa 4- % de receitas próprias 5- Custo por doente padrão ajustado pela complexidade 6- Resultado Operacional 7- % de aumento de facturação 8- % de redução de custos 9- Outros _____
Satisfação do Cliente	1- Nível de satisfação do doente internado 2- Nível de satisfação do utente da consulta externa 3- Taxa de reinternamentos nos primeiros 5 dias 4- Tempo de resposta no Serviço de Urgência 5- Taxa de altas contra parecer médico 6- Taxa de reclamação por doente saído 7- Taxa de elogios por doente saído 8-Mediana de tempo de resposta às reclamações 9- Outros _____
Eficiência Operativa	1-Demora Média 2-Taxa de ocupação internamento 3-Taxa de mortalidade ajustada pelo risco 4- Taxa de resolução da lista de espera cirúrgica 5- Taxa de resolução da lista de espera para 1ª consulta 6- Taxa de Doentes referenciados para a Rede nacional de Cuidados Continuados 7-Doentes em lista de espera acima do tempo clinicamente aceitável 8- Taxa de cancelamento de cirurgias por responsabilidade do CHCB 9- Taxa de desmarcação de consultas por responsabilidade do CHCB 10- Outras _____

Perspectiva	Medida/Indicador de Desempenho
Desenvolvimento dos Colaboradores	1- Nível de satisfação dos Colaboradores 2- Nº sugestões por colaborador 3- Nº de horas de formação por colaborador 4-Número de artigos de colaboradores publicados 5- Número de comunicações de colaboradores 6- Taxa de retenção dos profissionais clínicos 7- Taxa de absentismo dos colaboradores 8- Rotatividade de colaboradores 10- _____

Outras informações que considere relevantes não exploradas pelo questionário:

---



---



---

**Muito obrigado pela sua colaboração!**

## Apêndice E - Gestão de Topo e Gestão Intermédia do CHCB

<i>Elementos da Gestão de topo e Gestão Intermédia</i>	<i>N.º</i>
<b>Conselho de Administração</b>	
Presidente	1
Vogal	2
Director Clínico	1
Enfermeiro Director	1
<b>Estrutura Clínica (Áreas)</b>	
<b>Anestesiologia</b>	
Director	1
<b>Bloco Operatório</b>	
Director	1
Enfermeiro Chefe	1
<b>Cardiologia</b>	
Director	1
<b>Neurologia</b>	
Director	1
<b>Medicina Interna</b>	
Director	1
Enfermeiro - Chefe	2
<b>Pneumologia</b>	
Director	1
Enfermeiro - Chefe	1
<b>Urologia</b>	
Director	
<b>Reumatologia</b>	
Director	1
<b>Dermatologia</b>	
Director	1
<b>Nutrição e Actividade Física</b>	
Director	1
<b>Oftalmologia</b>	
Director	1
<b>Imunolaergologia</b>	
Director	1
<b>Medicina Intensiva e AVC</b>	
Director	1

<i>Elementos da Gestão de topo e Gestão Intermédia</i>	<i>N.º</i>
Enfermeiro Chefe	1
<b>Urgência Geral</b>	1
Director	1
Enfermeiro Chefe	1
<b>Gastroenterologia</b>	
Director	1
Enfermeiro Chefe	1
<b>Cirurgia Geral</b>	
Director	1
Enfermeiro Chefe	1
<b>Ginecologia e Obstetrícia</b>	
Director Departamento	1
Director Serviço	1
Enfermeiro Responsável	1
Enfermeiro Chefe	1
<b>Pediatria</b>	
Director	1
Enfermeiro-Chefe	1
<b>Psiquiatria</b>	
Director Departamento	1
Director Serviço	1
Enfermeiro Chefe	1
<b>Pedopsiquiatria</b>	
Director	1
<b>Medicina Paliativa</b>	
Director Serviço	1
Enfermeiro Chefe	1
<b>Urgência Geral</b>	
Director	1
Enfermeiro Chefe	1
<b>Patologia Clínica</b>	
Director	1
Técnico Coordenador	1
<b>Medicina Física e de Reabilitação</b>	
Director	1
Técnico Coordenador	1
<b>Imagiologia</b>	
Director	1

<b>Elementos da Gestão de topo e Gestão Intermédia</b>	<b>N.º</b>
Técnico Coordenador	1
<b>Imunohemoterapia</b>	
Director	1
Enfermeiro-Chefe	1
<b>Especialidades Cirúrgicas</b>	
Enfermeiro Chefe	1
<b>Especialidades Médicas</b>	
Enfermeiro Chefe	1
<b>Urgência Pediátrica</b>	
Enfermeiro Chefe	1
<b>Consulta Externa</b>	
Enfermeiro Chefe	1
<b>Consulta de Obstetrícia/Ginecologia</b>	
Enfermeiro Chefe	1
<b>Serviço de Esterilização</b>	
Enfermeiro Chefe	1
<b>Estrutura de Apoio e Logística</b>	
<b>Serviço de esterilização</b>	1
<b>Serviço Social</b>	1
<b>Serviços Farmacêuticos</b>	1
<b>Gabinete da Qualidade</b>	1
<b>Gabinete do Utente</b>	1
<b>Gabinete de Marketing e Comunicação</b>	1
<b>Gabinete Jurídico</b>	1
<b>Serviços Financeiros</b>	1
<b>Serviço de Gestão, Estudos, Planeamento e Informação</b>	1
<b>Serviço de Aprovisionamento</b>	1
<b>Serviço Gestão de Doentes</b>	1
<b>Serviço Instalações e Equipamentos</b>	1
<b>Serviço Recursos Humanos</b>	1
<b>Núcleo da Formação</b>	
Responsável	
Enfermeiro-Chefe	1
<b>Saúde, higiene e Segurança no Trabalho</b>	1
<b>Total de Elementos</b>	<b><u>72</u></b>



## Apêndice F - Resultados globais dos questionários

	1	2	3	4	5
2.1 A	0	0	3	10	9
2.1 B	0	4	5	11	2
2.1 C	0	3	5	11	3
2.1 D	0	0	1	12	9
2.1 E	0	4	4	12	2
2.1 F	1	11	4	6	0
2.1 G	1	5	7	6	3
2.1 H	0	0	0	0	0
<b>2.2</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
2.2 A	0	3	3	12	4
2.2 B	0	6	2	12	2
2.2 C	2	4	9	5	2
2.2 D	0	6	4	8	4
2.2 E	0	5	11	5	1
2.2 F	1	16	4	1	0
2.2 G	0	4	7	9	2
2.2 H	2	3	9	8	0
2.2 I	1	6	9	4	2
<b>3</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
3.A	2	0	5	13	2
3.B	0	1	3	14	4
3.C	0	3	5	11	3
3.D	0	3	10	8	1
<b>4.1</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
4.1 A	2	0	5	13	2
4.1 B	0	1	3	14	4
4.1 C	0	3	5	11	3
4.1 D	0	3	10	8	1
4.2	1	2	3	4	5
4.1 A	0	0	0	14	8
4.2 B	0	0	0	13	9
4.2 C	0	0	4	14	4
4.2 D	0	2	7	9	4
4.1 E	0	1	4	11	6

## BalancedScorecard para o Centro Hospitalar Cova da Beira

	1	2	3	4	5
4.2 F	0	2	3	14	3
4.2 G	0	2	3	11	6
4.2 H	0	2	7	8	5
4.2 I	0	1	2	13	6
5	DF	SC	EO	DC	
1	16	22	18	21	
2	21	22	9	13	
3	15	13	7	19	
4	9	20	18	12	
5	15	1	16	8	
6	10	15	4	8	
7	11	9	15	19	
8	12	8	11	9	
9	1 (EBITDA)	0	12	1	
10			0	1 (Orgulho na instituição)	

## Apêndice G - Enumeração dos objectivos estratégicos do CHCB por tema estratégico

### 1. Produção assistencial e produção de conhecimento:

#### **FCS (Alinhamento com os objectivos definidos pela Tutela no Contrato-Programa)**

1. Assegurar a qualidade na prestação de cuidados de saúde;
2. Cumprir com as metas definidas para as linhas produção, de acordo com os recursos disponíveis;
3. Realizar questionários de satisfação aos utentes e profissionais;
5. Promover auditorias à actividade desenvolvida.

#### **FCS (Reconhecimento interno e externo do CHCB como um Centro de Excelência)**

1. Manter os processos de “Acreditação” e de “Certificação”;
3. Manter elevados padrões de qualidade dos profissionais;
4. Conservar as competências técnicas necessárias nas unidades organizacionais, para manter quadros profissionais diferenciados nas diversas patologias;
5. Estabelecer e cumprir protocolos clínicos (“guidelines”) por patologia;
6. Desenvolver processos de benchmarking e de utilização das “melhores práticas”;
7. Obter ganhos em saúde através da utilização de novas tecnologias;
8. Assegurar a eficiente utilização dos recursos.

#### **FCS (Manter o foco da produção assistencial na satisfação das necessidades dos clientes-cidadãos)**

1. Atingir e manter os níveis de excelência de efectividade;
2. Atingir e manter os níveis de excelência na rapidez e na adequação da resposta às necessidades dos clientes-cidadãos;
3. Assegurar a produção assistencial;
4. Assegurar os recursos materiais adequados à procura;
5. Atingir graus elevados de satisfação dos clientes;
6. Assegurar elevadas taxas de acessibilidade dos doentes aos serviços e produtos do CHCB;
7. Melhorar os níveis de saúde da população servida.

#### **FCS (Ser detentor de capacidade de argumentação para a obtenção de financiamento)**

1. Disponibilizar aos gestores informação válida e fiável sobre os custos da actividade em tempo útil;
2. Flexibilizar a utilização de recursos humanos, materiais e financeiros.

#### **FCS (Existência de uma cultura organizacional baseada na qualidade do desempenho, na capacidade de responder e ser responsabilizado pela actividade desenvolvida (“accountability”))**

1. Melhorar na forma e na substância o processo de contratualização interna de meios e resultados;
2. Afectar os planos de acção e os contratos de gestão a responsáveis;
3. Monitorizar e uniformizar os procedimentos entre as diferentes áreas, assente na análise de resultados clínicos;
4. Concretização da estrutura intermédia de gestão prevista no Regulamento.

**FCS (Assegurar uma comunicação eficaz e eficiente de toda a informação relevante entre os profissionais de saúde, os clientes e o CHCB, em tempo útil)**

1. Divulgar aos colaboradores o impacto (“feedback”) das suas acções ou opiniões;
2. Consolidar e uniformizar os Sistemas de Informação;
3. Assegurar a circulação eficaz e célere da informação a toda a instituição;
4. Possibilitar aos profissionais a apresentação de sugestões ou de questões;
5. Assegurar a fiabilidade e a validade dos sistemas de informação de suporte à gestão e às operações.

**FCS (Optimizar os processos das áreas com impacto na sustentabilidade económica e financeira)**

1. Optimizar os processos de facturação, cobrança e a rentabilização da capacidade instalada;
2. Normalizar e uniformizar os consumos de medicamentos e materiais de consumo clínico.

**FCS (Gerar conhecimento científico para a inovação técnica e melhoria contínua da actividade assistencial)**

1. Estabelecer parcerias com entidades públicas e privadas que promovam a investigação científica e acrescentem valor à investigação clínica.

## **2. Reorganização da Oferta de Cuidados:**

**FCS (Assegurar a flexibilidade do CHCB perante mudanças internas e externas)**

1. Desenvolver uma prática de recursos humanos: motivação, formação e reconversão de pessoas;
2. Desenvolver trabalho em equipa multidisciplinar e multiprofissional de elevada qualidade e rigor;
3. Desenvolver unidades funcionais diferenciadas, capazes de gerar uma experiência acumulada, até agora dispersa pelos serviços;
4. Desenvolver programas que permitam o apoio hospitalar no domicílio.

**FCS (Envolvimento dos diferentes profissionais no processo de mudança).**

1. Formar a gestão intermédia em gestão de pessoas e liderança;
2. Formar os colaboradores em gestão, controlo orçamental e negociação.

**Consolidar a Estrutura e os Processos Internos do CHCB:**

**FCS (Estabelecer uma política de incentivos associada ao desempenho).**

1. Alinhar os objectivos individuais com os objectivos das unidades de negócio e do contrato programa;
2. Implementar sistemas de avaliação de desempenho individual;
3. Implementar políticas de remuneração flexíveis com base no desempenho.

**FCS (Gerir a mudança de cultura).**

1. Assegurar níveis elevados de responsabilização, pro-actividade, participação e partilha na actividade;
2. Envolver os diferentes profissionais no processo de mudança;
3. Consolidar as diferentes culturas.

**FCS (Consolidar a actividade assistencial e a de apoio).**

1. Reduzir as redundâncias das actividades (integração e centralização);
2. Desenvolvimento das opções de resposta em ambulatório nas áreas médica e cirúrgica;

## Apêndice H - Fichas individuais dos objectivos estratégicos BSC

- Satisfação Cliente (SC) 1. Melhorar a satisfação do cliente

Qual a sua importância para a prossecução da estratégia?	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Promover a focalização permanente de toda a actividade hospitalar na satisfação das expectativas do cliente-cidadão.</li> </ul>
Como o concretizar? Quais os seus factores críticos de sucesso?	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Obter de graus elevados de satisfação dos clientes ao nível clínico e relacional;</li> <li>• Comunicar os resultados e actividades clínicas ao utente;</li> <li>• Melhorar os níveis de saúde da população servida.</li> </ul>
Como se relaciona com as suas Causas e Efeitos?	<p>Causas: SC2. Melhorar a adequação da oferta às necessidades assistenciais;</p> <p>Efeitos: Prossecução da Visão.</p>
Quais os indicadores para medir o seu desempenho?	<p>SC1 Nível de satisfação do doente internado</p> <p>SC2 Nível de satisfação do utente da consulta externa</p> <p>SC3 Taxa de reinternamentos nos primeiros 5 dias</p> <p>SC4 Tempo de resposta no Serviço de Urgência</p> <p>SC5 Taxa de altas contra parecer médico</p> <p>SC6 Taxa de reclamação por doente saído</p> <p>SC7 Taxa de elogios por doente saído</p> <p>SC8 Mediana de tempo de resposta às reclamações</p>

Indicador	Responsável pela recolha dos dados.
SC 1, 2, 6,7,8	Gabinete Utente
SC 3, 4, 5	GEPI

- **Satisfação do Cliente (SC) 2.** Melhorar a adequação da oferta às necessidades assistenciais.

Qual a sua importância para a prossecução da estratégia?	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Alcançar níveis de excelência na acessibilidade aos cuidados de saúde prestados e na adaptação efectiva da oferta assistencial à procura actual e prevista em cuidados de saúde.</li> </ul>
Como o concretizar? Quais os seus factores críticos de sucesso?	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Diminuir os doentes em lista de espera de cirurgia acima do tempo clinicamente aceitável;</li> <li>• Aumentar ou manter elevados níveis de acessibilidade aos produtos ou serviços hospitalares;</li> <li>• Adequar a oferta de cuidados em saúde às necessidades assistenciais do cliente-cidadão.</li> </ul>
Como se relaciona com as suas Causas e Efeitos?	<p>Causas:</p> <p><b>DF1.</b> Maximizar o financiamento;</p> <p><b>EO2.</b> Melhorar os níveis de eficiência e de qualidade;</p> <p>Efeitos:</p> <p>Prossecução da Visão;</p> <p><b>SC1.</b> Melhorar a satisfação do cliente-cidadão.</p>
Quais os indicadores para medir o seu desempenho?	<p><b>EO1.1</b> Doentes em lista de espera acima do tempo clinicamente aceitável</p> <p><b>EO1.2</b> Taxa de resolução da lista de espera cirúrgica</p> <p><b>EO1.3</b> Taxa de resolução da lista de espera para 1ª consulta</p> <p><b>EO1.4</b> Taxa de doentes referenciados para a Rede nacional de Cuidados Continuados</p>

Indicador	Responsável pela recolha dos dados.
Todos	GEPI

- **Desempenho Financeiro (DF)1.** Maximizar o financiamento.

Qual a sua importância para a prossecução da estratégia?	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Obter o máximo do financiamento contratado, através da prossecução elevados níveis de qualidade clínica e de volume da actividade operacional.</li> </ul>
Como o concretizar? Quais os seus factores críticos de sucesso?	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Maximizar o financiamento base contratado de acordo com os recursos disponíveis;</li> <li>• Maximizar o financiamento adicional contratado.</li> </ul>
Como se relaciona com as suas Causas e Efeitos?	<p>Causas:</p> <p><b>EO1.</b> Melhorar a eficiência da capacidade instalada;</p> <p><b>EO3.</b> Melhorar os níveis de eficiência e de qualidade.</p> <p>Efeitos:</p> <p><b>SC2.</b> Melhorar a adequação da oferta às necessidades assistenciais;</p> <p><b>DF2.</b> Garantir a sustentabilidade económico-financeira.</p>
Quais os indicadores para medir o seu desempenho?	<p><b>DT1.1</b> Taxa de execução dos objectivos de produção do Contrato-Programa</p> <p><b>DT1.2</b> Taxa de execução dos objectivos de qualidade do Contrato-Programa</p>

Indicador	Responsável pela recolha dos dados.
<b>Todos</b>	GEPI

- **Desempenho Financeiro (DF) 2.** Garantir a sustentabilidade económico-financeira.

Qual a sua importância para a prossecução da estratégia?	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Assegurar a continuidade no tempo da actividade operacional, ensino, investigação, e melhorar a qualidade dos actos praticados e a confiança dos stakeholders na gestão da instituição, através do aumento da eficiência, da qualidade e da produção.</li> </ul>
Como o concretizar? Quais os seus factores críticos de sucesso?	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Aumentar o Resultado Operacional;</li> <li>• Aumentar os Resultados Líquidos do Exercício;</li> <li>• Aumentar as receitas;</li> <li>• Maximizar a liquidez de tesouraria através: <ul style="list-style-type: none"> <li>○ da optimização dos prazos médios de pagamento,</li> <li>○ de descontos nas aquisições,</li> <li>○ da diminuição dos prazos médios de recebimento,</li> <li>○ da minimização de stocks.</li> </ul> </li> </ul>
Como se relaciona com as suas Causas e Efeitos?	<p>Causas:</p> <p><b>DF1.</b> Maximizar o financiamento;</p> <p><b>EO1.</b> Melhorar a eficiência da capacidade instalada.</p> <p>Efeitos:</p> <p><b>SC1.</b> Melhorar a satisfação do cliente.</p>
Quais os indicadores para medir o seu desempenho?	<p><b>DT2.1</b> Grau de execução orçamental</p> <p><b>DT2.2</b> % de receitas próprias</p> <p><b>DT2.3</b> Custo por doente padrão ajustado pela complexidade</p> <p><b>DT2.4</b> Resultado Operacional</p> <p><b>DT2.5</b> % de aumento de facturação</p> <p><b>DT2.6</b> % de redução de custos</p>

Indicador	Responsável pela recolha dos dados.
<b>Todos</b>	Serviços Financeiros

- **Eficiência Operativa (EO) 1.** Melhorar a utilização da capacidade instalada.

Qual a sua importância para a prossecução da estratégia?	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Optimizar a eficiência da utilização dos recursos humanos e materiais ao diminuir os desperdícios na prossecução da melhoria contínua da actividade e da sua sustentabilidade económica, através da governação clínica.</li> </ul>
Como o concretizar? Quais os seus factores críticos de sucesso?	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Diminuição da demora média;</li> <li>• Aumento da taxa de rotatividade do utente internado;</li> <li>• Aumento da actividade cirúrgica convencional programada;</li> <li>• Aumento da cirurgia em ambulatório;</li> <li>• Aumento das consultas externas;</li> <li>• Aumento da referência adequada de utentes ao Hospital pelas entidades prestadoras de cuidados de saúde.</li> </ul>
Como se relaciona com as suas Causas e Efeitos?	<p>Causas:</p> <p>DC.1 Desenvolver o nível técnico e humano dos colaboradores;</p> <p>PI2. Melhorar os níveis de eficiência e de qualidade;</p> <p>Efeitos:</p> <p>CT1. Maximizar o financiamento;</p> <p>CT2. Garantir a sustentabilidade económico-financeira.</p>
Quais os indicadores para medir o seu desempenho?	<p>EO1.1 Demora Média</p> <p>EO1.2 Taxa de ocupação</p> <p>EO1.3 Taxa de cancelamento de cirurgias por responsabilidade do CHCB</p> <p>EO1.4 Taxa de desmarcação de consultas por responsabilidade do CHCB</p>

Indicador	Responsável pela recolha dos dados.
Todos	GEPI

- **Eficiência Operativa (EO) 2.** Melhorar os níveis de eficiência e de qualidade.

Qual a sua importância para a prossecução da estratégia?	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Alcançar e manter um nível de efectividade dos cuidados de saúde prestados, para que a instituição e os seus profissionais possam ser reconhecidos a nível nacional e internacional pela excelência clínica, prosseguindo a melhoria contínua e o respeito pelas boas práticas.</li> </ul>
Como o concretizar? Quais os seus factores críticos de sucesso?	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Assegurar a qualidade dos cuidados de saúde;</li> <li>• Desenvolver áreas de referência clínica;</li> <li>• Diminuir a mortalidade;</li> <li>• Diminuir os reinternamentos;</li> <li>• Diminuir as infecções cirúrgicas;</li> <li>• Diminuir as readmissões pela urgência;</li> <li>• Aumentar a efectividade de novos produtos/serviços;</li> <li>• Aumentar o acompanhamento de doentes após alta</li> </ul>
Como se relaciona com as suas Causas e Efeitos?	<p>Causas:</p> <p><b>DC1.</b> Capital Humano: Desenvolver o nível técnico e humano dos colaboradores;</p> <p>Efeitos:</p> <p><b>EO1.</b> Melhorar a adequação da oferta às necessidades assistenciais;</p> <p><b>DF1.</b> Maximizar o financiamento;</p> <p><b>EO2.</b> Melhorar a utilização da capacidade instalada.</p>
Quais os indicadores para medir o seu desempenho?	<p><b>EO2.1</b> Taxa de mortalidade ajustada pelo risco</p> <p><b>EO2.2.</b> Taxa de quedas;</p> <p><b>EO2.3</b> Taxa de infecções no internamento;</p> <p><b>EO2.4</b> Taxa de mortalidade no internamento ajustada pelo risco;</p> <p><b>EO2.5</b> Taxa de acompanhamento pós alta;</p> <p><b>EO2.6</b> Taxa de reinternamentos não programados até 5 dias;</p> <p><b>EO2.7</b> Taxa de episódios de urgência internados;</p>

Indicador	Responsável pela recolha dos dados.
<b>EO2.1, EO2.4, EO2.6 e EO 2.7</b>	GEPI
<b>EO2.2 e EO2.5</b>	Direcção de Enfermagem
<b>EO2.3</b>	Comissão de Controlo de Infecção Hospitalar

## Eficiência Operativa (EO) 4. Melhorar a colaboração inter-institucional

Qual a sua importância para a prossecução da estratégia?	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Prover um novo conjunto de processos que melhorem as condições operacionais e optimizem a rentabilização dos recursos tendo em vista a satisfação das necessidades actuais e futuras do utente, privilegiando a actividade programada, o ambulatório e a qualidade clínica.</li> </ul>
Como o concretizar? Quais os seus factores críticos de sucesso?	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Aumentar os protocolos de parceria com os CSP;</li> <li>• Aumentar os protocolos de parceria com a RNCCI;</li> <li>• Reduzir as redundâncias das actividades (integração e centralização).</li> <li>• Criar equipas multiprofissionais de alta resolução por patologia.</li> </ul>
Como se relaciona com as suas Causas e Efeitos?	<p>Causas:</p> <p>DC1. Capital Humano: Desenvolver o nível técnico e humano dos colaboradores;</p> <p>DC2. Aumentar a produção e divulgação de conhecimento científico.</p> <p>Efeitos:</p> <p>EO1. Melhorar a utilização da capacidade instalada;</p> <p>EO2. Melhorar os níveis de eficiência e de qualidade.</p>
Quais os indicadores para medir o seu desempenho?	<p>EO.3.1 Número de projectos ou produtos novos, em colaboração com outras instituições;</p> <p>EO.3.2 Número de especialidades com melhor capacidade de resposta, após organização em complementaridade com outras instituições</p> <p>EO.3.3 Redução de custos com recursos humanos e transporte de doentes, após organização em complementaridade com outras instituições</p>

Indicador	Responsável pela recolha dos dados.
EO 3.1	Núcleo de Formação
EO 3.2	GEPI e Direcção Clínica
EO 3.3	Serviços Financeiros

- **Eficiência Operativa (EO) 4.** Aumentar a produção e divulgação de conhecimento científico.

Qual a sua importância para a prossecução da estratégia?	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Promover a inovação de produtos e serviços hospitalares, o processo de ensino-aprendizagem clínica, a criação e o reforço de parcerias para a produção de conhecimento e saber científico, prosseguindo a melhoria contínua dos actos clínicos e da satisfação das necessidades de cuidados em saúde.</li> <li>• Em simultâneo, aumentar a literacia em saúde através da divulgação das boas práticas e dos resultados da produção interna de conhecimento clínico a todos os <i>stakeholders</i>, reforçando a imagem de excelência da instituição.</li> </ul>
Como o concretizar?  Quais os seus factores críticos de sucesso?	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Aprender com os erros e com as melhores práticas reduzir e limitar os riscos da prática clínica para manter elevados padrões de qualidade dos profissionais;</li> <li>• Diminuir ou anular a diversidade dos processos e resultados, uniformizando a actividade assistencial através do estabelecimento de protocolos clínicos (“guidelines”) por patologia;</li> <li>• Promover a exploração e inovação de técnicas que aumentem as receitas do CHCB e satisfaçam as necessidades de cuidados em saúde;</li> <li>• Aumentar a formação clínica diferenciada;</li> <li>• Aumentar a capacidade dos colaboradores em inovar e desenvolver projectos de melhoria contínua da efectividade e eficiência da actividade assistencial, acrescentando valor aos conhecimentos e técnicas;</li> <li>• Aumentar a constituição de parcerias com entidades públicas e privadas que promovam a investigação científica;</li> <li>• Comunicar os resultados e actividades clínicas com o meio envolvente, através de acções de formação e informação.</li> </ul>
Como se relaciona com as suas Causas e Efeitos?	<p>Causas:</p> <p><b>DC1.</b> Capital Humano: Desenvolver os colaboradores ao nível técnico e humano;</p> <p>Efeitos:</p> <p><b>SC1.</b> Melhorar a satisfação do cliente-cidadão;</p> <p><b>EO3.</b> Melhorar a colaboração inter-institucional.</p>

Quais os indicadores para medir o seu desempenho? (* Propostos pelo CA para avaliação do desempenho do objectivo.	<b>EO4.1</b> Número de auditorias clínicas realizadas; <b>EO4.2</b> Cobertura das patologias por protocolo; <b>EO4.3</b> Número de artigos publicados; <b>EO4.4</b> Taxa de projectos que induzem melhorias na eficiência ou efectividade da actividade assistencial; <b>EO4.5</b> Médicos em formação; <b>EO4.6</b> Parcerias activas com entidades públicas; <b>EO4.7</b> Número de informações ao utente; <b>EO4.8</b> Horas de formação ao utente; <b>EO4.9</b> Palestras efectuadas
--	--

Indicador	Responsável pela recolha dos dados.
<b>EO4.1</b>	Gabinete da Qualidade
<b>EO4.2</b>	Direcção Clínica
<b>EO4.3</b>	Serviço de investigação
<b>EO4.4</b>	Gabinete de Projectos
<b>EO4.5</b>	Gabinete de Comunicação e Marketing
<b>EO4.6, EO4.7, EO4.8, E.4.9</b>	Núcleo de Formação

- **Desenvolvimento dos colaboradores (DC 1).** Capital Humano: Desenvolver o nível técnico e humano dos colaboradores.

Qual a sua importância para a prossecução da estratégia?	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ampliar, incrementar e assegurar as competências estratégicas, o talento, as capacidades relacionais, o saber-fazer e o saber-saber através da formação, da aprendizagem e da capacitação para o ensino na prossecução da melhoria contínua da actividade assistencial e da satisfação das necessidades dos <i>stakeholders</i>.</li> </ul>
Como o concretizar? Quais os seus factores críticos de sucesso?	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Assegurar a continuidade da actividade de ensino e investigação;</li> <li>• Aumentar a capacidade técnica dos profissionais para realizar auditorias.</li> <li>• Melhorar a qualidade e a diferenciação clínica do CHCB;</li> <li>• Conservar as competências técnicas necessárias, para dispor de quadros profissionais diferenciados nas diversas patologias;</li> <li>• Aumentar o apoio à investigação e formação;</li> <li>• Aumentar os profissionais qualificados para o ensino pré e pós graduado;</li> <li>• Formar a gestão intermédia em gestão de pessoas e liderança;</li> <li>• Aumentar a capacitação dos colaboradores para a participação na tomada de decisão.</li> </ul>
Como se relaciona com as suas Causas e Efeitos?	<p>Causas: Prossecução da Visão.</p> <p>Efeitos:  <b>EO1.</b> Melhorar a utilização da capacidade instalada;  <b>EO2.</b> Melhorar os níveis de eficiência e de qualidade;  <b>EO3.</b> Melhorar a colaboração inter-institucional;  <b>EO4.</b> Aumentar a produção e divulgação de conhecimento científico.</p>
Quais os indicadores para medir o seu desempenho?	<p><b>DC1.1</b> Taxa de formação de colaboradores em auditoria clínica;</p> <p><b>DC1.2</b> Profissionais activos qualificados para o ensino;</p> <p><b>DC1.3</b> Taxa de participação em formações;</p> <p><b>DC1.4</b> Taxa de formação em controlo de infecções hospitalares;</p> <p><b>DC1.5</b> Retenção de profissionais clínicos diferenciados;</p> <p><b>DC1.6</b> Taxa de formação clínica por médicos;</p>

	<p><b>DC1.7</b> Taxa de formação clínica por enfermeiros;</p> <p><b>DC1.8</b> Taxa de formação de colaboradores em gestão e controlo orçamental;</p> <p><b>DC1.9</b> Capital financeiro disponível para formação;</p> <p><b>DC1.10</b> Rotatividade de médicos;</p> <p><b>DC1.11</b> Rotatividade de enfermeiros;</p> <p><b>DC1.12</b> Taxa de formação da gestão intermédia;</p> <p><b>Dc1.13</b> Taxa de formação em avaliação do desempenho;</p>
--	---

<b>Indicador</b>	<b>Responsável pela recolha dos dados.</b>
DC1.1, DC1.2, DC1.3, DC1.4, DC1.6, DC1.7, DC1.8, DC1.9, DC1.10, DC1.12 e DC1.13	Núcleo de Formação
DC1.5. DC1.10 e DC1.11	Serviço de Recursos Humanos

# Apêndice I - Cronograma do Plano de Implementação e do Plano de Comunicação do BSC no CHCB

Cronograma de Implementação do BSC																			
Actividade	2014																		
	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
<b>Planeamento</b>																			
Desenvolvimento do SI de apoio																			
Planeamento e Orçamentação da actividade para 2013																			
<b>Implementação do BSC</b>																			
Avaliação mensal dos resultados																			
Avaliação quadrimestral dos resultados																			
Tomada de decisão sobre as alterações necessárias ao BSC																			
Comunicação dos resultados a todo o CHCB																			
<b>Plano de Comunicação</b>																			
Início da Execução do Plano de Comunicação																			
Extensão do Plano de Comunicação a todo o CHCB																			
Avaliação do Plano de Comunicação e sua melhoria																			
Continuação da Execução do Plano de Comunicação a todo o CHCB																			