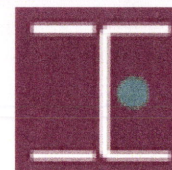


Jorge
Raposo



UNIVERSIDADE DE ÉVORA



MESTRADO EM INTERVENÇÃO SÓCIO-ORGANIZACIONAL NA SAÚDE

Curso ministrado em parceria com a Escola Superior de Tecnologia da Saúde de
Lisboa

(DR – II Série, nº. 250 de 29 Outubro de 2002)

Área de especialização em
Políticas de Administração e Gestão de Serviços de Saúde

O Balanced Scorecard na Gestão Estratégica
de um Hospital Público

Dissertação de Mestrado apresentada por:

Jorge Manuel Raposo Nunes

Orientador:

Professor Doutor Jacinto Vidigal da Silva

[Esta dissertação não inclui as críticas e sugestões feitas pelo júri]

Évora

Julho de 2006

O Balanced Scorecard na Gestão Estratégica de um Hospital Público

2006

UE
160
750

UNIVERSIDADE DE ÉVORA

MESTRADO EM INTERVENÇÃO SÓCIO-ORGANIZACIONAL NA SAÚDE

Curso ministrado em parceria com a Escola Superior de Tecnologia da Saúde de Lisboa
(DR – II Série, nº. 250 de 29 Outubro de 2002)

Área de especialização em
Políticas de Administração e Gestão de Serviços de Saúde

O Balanced Scorecard na Gestão Estratégica **de um Hospital Público**

ERRATA

Dissertação de Mestrado apresentada por:

Jorge Manuel Raposo Nunes

Orientador:

Professor Doutor Jacinto Vidigal da Silva

[Esta dissertação não inclui as críticas e sugestões feitas pelo júri]

Évora

Julho de 2006

Capítulo 4. DESENVOLVIMENTO DO “BSC HOSPITALAR”

81	54	...anexo 1).	...Anexo 1).
91	4	... no âmbito do quadro...	...no âmbito do próximo quadro...
94	13	... (anexo 2).	... (Anexo 2).
103	6	... (apêndice 3) (Apêndice 3) ...
104	4	... (apêndice 4) (Apêndice 4) ...
111	9	- Produtividade (global e linha de...)	- Produtividade (global e linha de...) (%)
111	16	- Valor da Produção / Total de Custos	- Valor da Produção / Total de Custos (%)
111	22	... Giraldes e tal (2005) Giraldes et al. (2005) ...
117	19	... falta de R.H....	...falta de R.H. (Recursos Humanos) ...

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

130	11	...Metrics, Balanced...	...Metrics, The Balanced...
130	15	...Public Sector. Balanced...	...Public Sector, The Balanced...
132	16	Graça (1996) ...	Graça, L. (1996) ...
133	15	Kaplan e Nevius (2001) ...	Kaplan, R. e Nevius, A. (2001) ...
134	12	Olve , Roy e Wetter...	Olve, N. ; Roy, J. e Wetter, M....
134	14	Pereira , P. e Alves, J. e Azevedo. A. ...	Pereira , P.; Alves, J. e Azevedo, A....
134	24	Pinto (2003) ...	Pinto, S. (2003) ...
135	01	Rodriguez e Almeida (1999) ...	Rodriguez, M. e Almeida, R. (1999) ...
135	20	Zorrinho , C.; Serrano, A.; Lacerda, P. ...	Zorrinho , C.; Serrano, A. e Lacerda, P. ...

ANEXOS

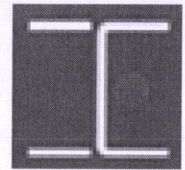
145	52	... a fim...	...afim...
145	55	... a fim...	...afim...
145	57	...Giraldes e al...	...Giraldes et al....

APÊNDICES

148	9	BA / EST / PAE / OP	BA (a) / EST (b) / PAE (c) / OP (d)
148	35	-	Legenda: a) Básico; (b) Estratégico; (c) Possível Acção Estratégica; (d) Operacional
149	3	BA / EST / PAE / OP	BA (a) / EST (b) / PAE (c) / OP (d)
149	36	-	Legenda: a) Básico; (b) Estratégico; (c) Possível Acção Estratégica; (d) Operacional
150	4	BA / EST / PAE / OP	BA (a) / EST (b) / PAE (c) / OP (d)
150	35	-	Legenda: a) Básico; (b) Estratégico; (c) Possível Acção Estratégica; (d) Operacional
152	37	Fonte: (...) Pinto, S. (2003); (...) Macedo, N. e Macedo, V. (2005); Múniz...	Fonte: (...) Pinto (2003) ; (...) Macedo e Macedo (2005) ; Muñiz...
153	33	Fonte: (...) Pinto, S. (2003); (...) Macedo, N. e Macedo, V. (2005); Múniz...	Fonte: (...) Pinto (2003) ; (...) Macedo e Macedo (2005) ; Muñiz...
154	35	Fonte: (...) Pinto, S. (2003); (...) Macedo, N. e Macedo, V. (2005); Múniz...	Fonte: (...) Pinto (2003) ; (...) Macedo e Macedo (2005) ; Muñiz...



UNIVERSIDADE DE ÉVORA



MESTRADO EM INTERVENÇÃO SÓCIO-ORGANIZACIONAL NA SAÚDE

Curso ministrado em parceria com a Escola Superior de Tecnologia da Saúde de
Lisboa

(DR – II Série, nº. 250 de 29 Outubro de 2002)

**Área de especialização em
Políticas de Administração e Gestão de Serviços de Saúde**

***O Balanced Scorecard na Gestão Estratégica
de um Hospital Público***

Dissertação de Mestrado apresentada por:

Jorge Manuel Raposo Nunes



160 750

Orientador:

Professor Doutor Jacinto Vidigal da Silva

[Esta dissertação não inclui as críticas e sugestões feitas pelo júri]

Évora

Julho de 2006

DEDICATÓRIA

Aos meus pais.

À minha mulher e aos meus filhos, por tudo, mas principalmente, pelo muito tempo que lhes tirei, durante a feitura deste trabalho.

ÍNDICE GERAL

	Página
Índice de Figuras	vi
Índice de Quadros	vii
Lista de Abreviaturas	ix
Agradecimentos	x
Resumo	xi
Abstract	xii
Capítulo 1. INTRODUÇÃO	1
1.1.Considerações Gerais	1
1.2. Justificação e Relevância do Tema	3
1.3. As Questões de Investigação	5
1.4. Objectivos de Investigação	6
1.4.1. Objectivo Geral	6
1.4.2. Objectivos Específicos	6
1.5. Estrutura do Trabalho	6
Capítulo 2. BASES CONCEPTUAIS / REVISÃO DE LITERATURA	8
2.1. A Gestão das Organizações Modernas	8
2.2. A Gestão dos Hospitais Públicos	10
2.2.1. Generalidades	10
2.2.2. Aspectos Críticos da Gestão Hospitalar Pública	11
2.2.2.1. Ao Nível Sociológico	11
2.2.2.2. Ao Nível da Estrutura e Estratégia Organizacional	12
2.2.2.3. Ao Nível Financeiro e de Controlo Orçamental	16
2.2.2.4. Ao Nível da Demora na Resposta aos Utentes	17
2.3. O Conceito de Serviço em Saúde	19
2.4. O conceito de Cliente ou Utente em Saúde	21
2.5. O Balanced Scorecard (BSC)	23
2.5.1. Generalidades	23

2.5.2. O BSC como Instrumento de Gestão Estratégica	24
2.5.3. As Perspectivas do <i>Balanced Scorecard</i>	25
2.5.3.1. A Perspectiva Financeira	27
2.5.3.2. A Perspectiva Clientes	28
2.5.3.3. A Perspectiva de Processos Internos	30
2.5.3.4. A Perspectiva Aprendizagem e Crescimento	31
2.5.4. Conceitos e Arquitectura de um <i>Balanced Scorecard</i>	32
2.5.4.1. Generalidades	32
2.5.4.2. Missão, Visão e Valores	34
2.5.4.3. Os Objectivos Estratégicos	36
2.5.4.4. Os Factores Críticos de Sucesso	38
2.5.4.5. Os Indicadores de Desempenho	39
2.5.4.6. As Metas e as Iniciativas Estratégicas	42
2.5.4.7. Os Mapas Estratégicos	43
2.5.4.8. Dificuldades de Implementação do <i>Balanced Scorecard</i>	46
2.5.4.9. Processos Críticos de Desenvolvimento de um BSC	48
2.5.5. O BSC no Sector Público e Hospitalar	51
Capítulo 3. PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS	60
3.1. Enquadramento Metodológico	60
3.2. Modelos de Suporte à Construção do “BSC Hospitalar”.....	61
3.2.1. O Modelo de Kaplan e Norton	63
3.2.2. A Proposta de Olve, Roy e Wetter	65
3.2.3. A Proposta de Hórvath e Partners	66
3.2.4. Modelos de Aplicação em Hospitais Públicos	68
3.3. Metodologia de Desenvolvimento do Modelo Proposto	70
3.3.1. Fontes e Processos de Recolha de Dados	70
3.3.2. Métodos de Construção do “BSC Hospitalar”.....	72
Capítulo 4. DESENVOLVIMENTO DO “BSC HOSPITALAR”.....	78
4.1. Fase Prévia: Diagnóstico Estratégico	78
4.1.1. Análise do Ambiente Interno	78
4.1.2. Análise do Ambiente Externo	85

4.1.3. Análise SWOT.....	87
4.2. Fase I. Clarificar a Estratégia, a Missão, a Visão e os Valores	94
4.2.1. Estratégia Hospitalar	94
4.2.2. Missão, Visão e Valores	94
4.3. Fase II. Estabelecer as Perspectivas, os Objectivos, Factores Críticos de Sucesso e Indicadores Estratégicos	96
4.3.1. Definição das Perspectivas do “BSC Hospitalar”.....	96
4.3.2. Identificação e Selecção dos Objectivos Estratégicos	97
4.3.3. Identificação e Selecção dos Factores Críticos de Sucesso	103
4.3.4. Identificação e Selecção dos Indicadores Estratégicos	104
4.4. Fase III. Estabelecer Metas, Iniciativas e Planos de Acção	109
4.4.1. Definição de Metas e Iniciativas Estratégicas	109
4.4.2. Estabelecimento dos Planos de Acção	114
4.5. Desdobramento para as Unidades Departamentais	120
Capítulo 5. SINTESE CONCLUSIVA	122
5.1. Ao Nível Genérico e do Modelo Proposto	122
5.2. Limitações do Trabalho	127
5.3. Recomendações de Investigação Futura	128
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	130
ANEXOS	137
Anexo 1: Produção (Serviços prestados pelo HESE)	138
Anexo 2: Linhas de Orientação, Programas e OBJ Estratégicos do Hospital.....	141
Anexo 3: Indicador Agregado de Avaliação da Eficiência e da Qualidade (HESE).	145
APÊNDICES	146
Apêndice 1: Guião de Entrevista Semi-Estruturada	147
Apêndice 2: Categorização dos Objectivos Estratégicos Inscritos no PE HESE	148
Apêndice 3: Listagem / Inventariação de Possíveis Factores Críticos de Sucesso...	151
Apêndice 4: Listagem / Inventariação de Possíveis Indicadores Estratégicos	152

INDÍCE DE FIGURAS

	Página
Figura 2.1 - O <i>Balanced Scorecard</i> : Estrutura para a Tradução da Estratégia em termos Operacionais	26
Figura 2.2 - Elementos mais Importantes do <i>Balanced Scorecard</i>	35
Figura 2.3 - Matriz para Selecção de Objectivos	38
Figura 2.4 - Processos (Acções) Críticos de elaboração de um BSC	49
Figura 2.5 - Mapas Estratégicos em Organizações com e sem Fins Lucrativos	52
Figura 3.1 - Metodologia de Implementação do BSC (Kaplan e Norton)	63
Figura 3.2 - Metodologia de Implementação do BSC (Olve, et al.)	65
Figura 3.3 - Metodologia de Implementação do BSC (Hórvath e Partners)	67
Figura 3.4 - Modelo de Desenvolvimento do “BSC Hospitalar”	73
Figura 3.5 - Perspectivas do “BSC Hospitalar”	74
Figura 3.6 - Processo de Construção do “BSC Hospitalar”	77
Figura 4.1 - Perspectivas do BSC Hospitalar	96
Figura 4.2 - Mapa Estratégico do HESE	102
Figura 4.3 - Modelo de Organograma: Proposta no Âmbito do “BSC Hospitalar...”	115

INDÍCE DE QUADROS

	Página
Quadro 2.1 - Critérios para Categorização dos Objectivos Estratégicos	37
Quadro 2.2 - Comparação entre Organizações Públicas e Privadas	53
Quadro 4.1 - Principais Processos Assistenciais do HESE	79
Quadro 4.2 - Pessoal em Serviço no HESE (2004)	81
Quadro 4.3 - Resumo dos Orçamentos do HESE 2005 (Euros).....	81
Quadro 4.4 - Serviços Prestados pelo HESE (2003-2005)	82
Quadro 4.5 - Centros de Custos Hospitalares Principais	82
Quadro 4.6 - Centros de Custos Hospitalares: Secções Auxiliares /Administrativas	83
Quadro 4.7 - Indicador Agregado de Avaliação da Eficiência e da Qualidade	84
Quadro 4.8 - Pontos Fortes do Hospital	87
Quadro 4.9 - Pontos Fracos do Hospital	88
Quadro 4.10 - Oportunidades do Hospital	90
Quadro 4.11 - Ameaças do Hospital	91
Quadro 4.12 - Análise SWOT	93
Quadro 4.13 - Missão, Visão e Valores do Hospital: Síntese e Pontos – Chave	95
Quadro 4.14 - Objectivos Estratégicos do HESE.....	101
Quadro 4.15 - Factores Críticos de Sucesso do HESE	103
Quadro 4.16 - Indicadores para os Objectivos Estratégicos: P. Comunidade	104
Quadro 4.17 - Indicadores para os Objectivos Estratégicos: P. P. Internos	105
Quadro 4.18 - Indicadores para os Objectivos Estratégicos: P. R. Humanos	106
Quadro 4.19 - Indicadores para os Objectivos Estratégicos: P. Financeira	107
Quadro 4.20 - Categorização dos Indicadores Estratégicos	108
Quadro 4.21 - Definição de Valores para os Indicadores (Metas): P. Comunidade...	109
Quadro 4.22 - Definição de Valores para os Indicadores (Metas): P. P. Internos.....	110
Quadro 4.23 - Definição de Valores para os Indicadores (Metas): P. R. Humanos...	110
Quadro 4.24 - Definição de Valores para os Indicadores (Metas): P. Financeira	111
Quadro 4.25 - Iniciativas Estratégicas por Objectivo estratégico: P. Comunidade ...	112
Quadro 4.26 - Iniciativas Estratégicas por Objectivo estratégico: P. P. Internos	112
Quadro 4.27 - Iniciativas Estratégicas por Objectivo estratégico: P. R. Humanos ...	113
Quadro 4.28 - Iniciativas Estratégicas por Objectivo estratégico: P. Financeira	113
Quadro 4.29 - Plano de Acção: Perspectiva Comunidade	116

Quadro 4.30 -	Plano de Acção: Perspectiva Processos Internos	117
Quadro 4.31 -	Plano de Acção: Perspectiva R. Humanos	118
Quadro 4.32 -	Plano de Acção: Perspectiva Financeira	119
Quadro 4.33 -	Desdobramento dos Objectivos Organizacionais em Objectivos Específicos Exemplo do Serviço de Patologia Clínica.....	121

LISTA DE ABREVIATURAS

ADM	Administração
BSC	<i>Balanced Scorecard</i>
CMI	<i>Cuadro de Mando Integral</i>
DGS	Direcção Geral de Saúde
EPE	Hospitais do Sector Empresarial do Estado
FCS	Factor Critico de Sucesso
HESE	Hospital do Espirito Santo de Évora
IE	Iniciativas Estratégicas
IGIF	Instituto de Gestão Informática e Financeira da Saúde
IND	Indicador
INE	Instituto Nacional de Estatística
MCDT	Meios Complementares de Diagnóstico e Terapêutica
OBJ	Objectivo
OCDE	Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico
OPSS	Observatório Português dos Sistemas de Saúde
PA	Plano de Acção
PE	Plano Estratégico
PIB	Produto Interno Bruto
PNS	Plano Nacional de Saúde
QUAL	Qualidade
RGP	Recenseamento Geral da População
SA	Sociedade Anónima
SI	Sistema Informático
SI/TI's	Sistemas e Tecnologias de Informação
SIADAP	Sistema Integrado de Avaliação do Desempenho na Administração Pública
SIGCI	Sistema Integrado de Gestão e Contratualização Interna
SNS	Sistema Nacional de Saúde
SO	Sala de Observações (em Urgência Hospitalar)
SOWT	Strengths, Weaknesses, Opportunities, and Threats (Forças, Fraquezas, Oportunidades, Ameaças)
SPA	Sector Público Administrativo
SPE	Sector Público Empresarial

AGRADECIMENTOS

Ao Professor Doutor Jacinto Vidigal, orientador da presente dissertação, pela inestimável orientação, apoio documental e bibliográfico, estímulo e permanente disponibilidade, que constituíram um contributo fundamental para a elaboração deste trabalho;

Ao Professor Doutor Sérgio Santos, pela disponibilidade, sugestões e críticas;

Ao Dr. Francisco Guerreiro, membro do Conselho de Administração do Hospital de Évora, pela disponibilidade, amabilidade e documentação fornecida;

Ao Dr. Rui Santana Administrador do hospital de Évora, por idênticas razões;

À minha família, principalmente à minha mulher e aos meus filhos, pelo muito tempo que lhes tirei;

A todos os meus colegas e amigos que sempre me incentivaram e comigo colaboraram de forma desinteressada.

Os eventuais erros e omissões que este trabalho possa conter são, apesar das colaborações referidas, da minha inteira e exclusiva responsabilidade.

O *Balanced Scorecard* na Gestão Estratégica de um Hospital Público

RESUMO

Tendo como pressupostos, a urgência de controlo, avaliação e inovação na gestão hospitalar pública, e o facto de o *Balanced Scorecard* (BSC) ser uma ferramenta gerencial, com provas dadas em outros sectores de actividade, este trabalho tem como objectivo central o desenvolvimento de um “BSC Hospitalar”, para a gestão e monitorização de uma estratégia, previamente definida, de forma a racionalizar a gestão, utilizar eficazmente os recursos e melhorar o desempenho.

Para conseguir esse objectivo, o trabalho apresenta-se organizado em cinco capítulos: *Enquadramento teórico; Bases Conceptuais; Metodologia; Desenvolvimento do “BSC Hospitalar”*; e *Síntese conclusiva*.

A metodologia utilizada assenta, essencialmente, na análise documental e organizacional, complementada com entrevista semi-estruturada aos administradores hospitalares. Como resultado, tendo por base uma realidade hospitalar concreta, elabora-se e detalha-se exaustivamente um modelo teórico (BSC Hospitalar) que se desenvolve em seis fases: (1) *Diagnóstico Estratégico*; (2) *Clarificação Estratégica*; (3) *Estabelecimento das Perspectivas e Identificação dos Objectivos, Factores Críticos de Sucesso e Indicadores Estratégicos*; (4) *Definição das Metas, Iniciativas e Planos de acção*; (5) *Análise do Desempenho Organizacional*, com base em alguns indicadores, e (6) *Revisão Tática e Estratégica*. Uma vez que a *Revisão* só faz sentido após a implementação prática do modelo, não é, por essa razão, alvo de qualquer abordagem.

O trabalho permite concluir da real possibilidade, senão mesmo particular adequação do BSC à gestão estratégica dos hospitais públicos, por duas razões principais. Em primeiro lugar, porque obriga à definição prévia de um rumo estratégico, com o qual se alinha toda a organização; em segundo, porque incorpora na gestão, indicadores não - financeiros, relacionados com as pessoas e a qualidade dos cuidados, ambos essenciais em unidades que prestam cuidados de saúde, que se querem diferenciados e de qualidade.

Palavras-chave: Estratégia; Objectivos, Indicadores; Metas, *Balanced Scorecard*

Using The Balanced Scorecard in the Strategic Management of a Public Hospital

ABSTRACT

Assuming the urgency for control, evaluation and innovation in public hospitals management, and the fact that the *Balanced Scorecard (BSC)* is a management tool with recognized value in other sectors of activity, this thesis main objective is the development of a “Hospital BSC”, for the management and evaluation of a previously defined strategy, as a way of rationalizing management, using resources effectively and improving hospital performance.

This thesis is organized in five chapters, namely: *Theoretical framing; Conceptual Bases; Methodology; Development of the “Hospital BSC”;* and *Conclusive Synthesis.*

The chosen methodology is based, essentially, in the documentary and organizational analysis, complemented with a semi-structured interview to two hospital administrators. As a result, based on a specific hospital reality, a theoretical model (Hospital BSC) is elaborated and highly detailed, being developed in six stages: (1) *Strategic Diagnosis;* (2) *Strategy Clarification;* (3) *Establishment of the Objectives, Critical Success Factors and Strategy Indicators;* (4) *Definition of Goals, Initiatives and Action Plans;* (5) *Organizational Performance Analysis,* based on selected indicators, and (6) *Tactical and Strategic Revision.* As the Revision only makes sense after the practical implementation of the model, it is not, for that reason, subject to any sort of approach.

This thesis reveals the real possibility, and even high suitability of the BSC to strategic management of public hospitals, for two main reasons. In the first place, because it compels to the previous definition of a strategic route, with which all the organization lines up; in the second place, because it incorporates non-financial indicators in management, related to the people and the quality of care, both of which are essential in units that provide health care, desired to be of a high standard of development and quality.

Key-words: Strategy, Objectives, Indicators, Goals, *Balanced Scorecard*

Capítulo 1. INTRODUÇÃO

1.1. Considerações Gerais

As grandes mudanças, económicas, sociais, técnicas, culturais e educativas ocorridas nas últimas décadas, fruto do intenso e crescente desenvolvimento tecnológico, e sua consequente incorporação no processo produtivo, têm originado grandes mudanças, a todos os níveis e sectores de actividade, e também na prestação de cuidados, e na gestão das unidades de saúde.

Em simultâneo, o crescimento constante de custos com a saúde, é hoje um grande problema, em todos os países, e também em Portugal. Com efeito, de acordo com o Departamento de Estudos e Planeamento da Saúde¹, no período 1998-2002, as despesas com o sector, foram quase o dobro das verificadas nos anteriores dez anos (1985-1994), sem que tenha sido muito significativo o aumento de qualidade percebido pelos utentes. Também segundo dados recentes do INE², no período compreendido entre 2000 e 2002, a despesa total com a saúde atingiu os 12 181,3 milhões de Euros, com taxas de crescimento de 5,4% e de 6,8%, respectivamente, em 2001 e 2002, tendo representado cerca de 8,8 % do PIB, em 2000 e 9,3%, em 2002. Nos últimos anos, o aumento das despesas com a saúde tem, recorrentemente, feito disparar o défice do SNS que atingia, no final de 2004, a soma astronómica de 1311,6 milhões de euros³, sem que se vislumbrem formas de inverter a situação.

Esta escalada de despesas, a não ser rapidamente invertida, pode mesmo, a prazo, conduzir à insustentabilidade do próprio SNS, como aparece abundantemente referido, quer na literatura especializada, quer em artigos de opinião nos meios de comunicação social. No entanto, apesar das permanentes reformas que os sucessivos governos têm tentado implementar, na busca de maior eficiência dos serviços e efectividade dos resultados, a solução continua a ser uma miragem e a inovação uma necessidade, nomeadamente ao nível da gestão e dos processos de trabalho.

¹ As despesas com a Saúde foram, entre 1985 e 1994, de 3266 milhões de contos e entre 1998 e 2004, de 6000 milhões de contos (ambos a preços correntes).

² *Conta Satélite da Saúde 2000 - 2003* (Abril 2006), INE.

³ Melo (2004).

Neste quadro, tendo presente que os recursos são limitados e que os hospitais, são um dos principais responsáveis por esta escalada de despesas com a saúde⁴, parece lógico questionar os seus actuais modelos de gestão, propondo novas soluções e introduzindo ferramentas de monitorização que permitam conjugar o máximo de qualidade na prestação, com a utilização eficiente dos recursos disponíveis. Apesar disso, pelo menos nos hospitais públicos, a tarefa não parece fácil, uma vez que persiste, em quase todos, um evidente problema de alinhamento estratégico (Pedro, 2004). Por um lado, porque as políticas são normalmente redefinidas ao ritmo da alternância dos governos; por outro, porque sendo o sector público muito pródigo em normas legais e parco em recursos financeiros, raramente são adoptados novos instrumentos de gestão que tragam a necessária inovação aos serviços públicos.

O problema parece assim, mais que uma questão de financiamento, sem dúvida importante, uma questão de melhoria de processos, de controlo, avaliação e monitorização. Ou seja, parece aconselhável o uso de ferramentas e metodologias que possibilitem aos hospitais reorientarem-se, escolherem o melhor caminho a percorrerem e monitorizarem, a todos os níveis, o desempenho organizacional, tendo por base indicadores correctos, devidamente alicerçados numa gestão estratégica, visão de futuro e avaliação permanente. Porque no mundo contemporâneo, a melhoria contínua dos processos e das potencialidades dos produtos ou serviços, é talvez o mais decisivo factor crítico de sucesso (Sousa e Rodrigues, 2002).

Comungando das ideias anteriores, Kaplan e Norton (1997), sustentam que se na era industrial, a gestão se ocupava quase unicamente com os sistemas de medidas e o controlo financeiro, com o advento da era da informação, tornou-se crucial mobilizar, explorar e monitorizar também os activos intangíveis ou invisíveis. O mesmo é dizer, os indicadores financeiros deixaram hoje de ser suficientes para avaliar o desempenho das empresas, devendo os actuais sistemas de avaliação, reflectir a crescente complexidade do ambiente empresarial. Não obstante esta real necessidade, grande parte, senão mesmo a maioria das organizações, nomeadamente as do sector público, continua a utilizar sistemas de monitorização centrados quase

⁴ Segundo Barros e Sena (1998), os gastos com medicamentos e as despesas dos hospitais, são os dois maiores componentes da despesa total com a saúde. Escoval (1997), por seu lado, salienta que ao nível dos sistemas de saúde e, concretamente, dos hospitais, as últimas décadas têm sido de acelerado ritmo, quer no crescimento da despesa, quer na falta de equidade no acesso aos cuidados.

exclusivamente em indicadores financeiros. Urge por isso, mudar de paradigma, incorporando na estratégia e na avaliação das empresas, outros indicadores, que não os estritamente financeiros.

Foi com esta percepção, e a convicção de que os actuais gestores precisavam de muito mais que apenas indicadores financeiros, que Kaplan e Norton (1992), desenvolveram e propuseram, um modelo global de monitorização e gestão estratégica a que chamaram *Balanced Scorecard (BSC)*. Este modelo, visa traduzir, "...a missão e a estratégia de uma unidade de negócios em objectivos e medidas tangíveis. As medidas representam o *equilíbrio* entre indicadores externos, voltados para os accionistas e clientes, e as medidas internas dos processos críticos de negócios, inovação, aprendizagem e crescimento. Há um *equilíbrio* entre as medidas de resultado – as consequências dos esforços do passado – e as medidas que determinam o desempenho futuro" (Kaplan e Norton, 1997:9).

Com a implementação do BSC, as organizações do sector público, em que os hospitais se incluem, passaram a dispor de uma nova ferramenta para gerir e implementar uma estratégia, que lhes permite a concentração no cliente e a gestão eficiente dos recursos, de uma forma coerente e articulada. Ao projectar os *Balanced Scorecards*, a organização deve medir os poucos parâmetros críticos que representam a sua estratégia para a criação de valor a longo prazo (Kaplan e Norton, 2004).

1.2. Justificação e Relevância do Tema

Na literatura sobre gestão, é abundante a ideia de que só se consegue gerir aquilo que se pode medir e que apenas as empresas que conseguem avaliar-se a si próprias, a todos os níveis, estão hoje em condições de competir com sucesso (Sousa e Rodrigues, 2002). Não obstante, muitos dos sistemas tradicionais de avaliação de desempenho consideram apenas a perspectiva financeira, descurando outros aspectos, igualmente importantes, mas relacionados com pontos de vista diversos, nomeadamente os relativos a clientes e a processos internos. Acresce o facto de os indicadores financeiros, quando apenas integrados nos sistemas tradicionais de monitorização, se revelarem muitas vezes inadequados, não permitindo comparações entre funções e focalizando-se muito mais em resultados do que em processos. Tal

facto, torna difícil a ligação entre a gestão de topo e os níveis operacionais, dificultando que os colaboradores dos níveis inferiores, avaliem o quanto, e de que forma, estão contribuindo para a visão e o cumprimento da missão.

Neste contexto, as empresas têm vindo a constatar que embora os indicadores financeiros sejam importantes, revelam-se hoje claramente insuficientes, para avaliar e monitorizar a performance. Em simultâneo, tem ganho relevância, a ideia de que a avaliação do desempenho deve estar centrada e ser orientada pela estratégia. Por essa razão se impõe a implementação de novos modelos de gestão que respondam à crescente complexidade das organizações (Kaplan e Norton, 1997).

Não obstante esta evidente necessidade, nas organizações de saúde, nomeadamente nos hospitais, a realidade está ainda longe de uma filosofia estratégica e de uma cultura de avaliação. Com efeito, até hoje, o sector hospitalar ainda não utilizou, se é que não tem mesmo desprezado, todo o potencial técnico das ciências administrativas. Mesmo as universidades com departamentos das ciências de administração bem desenvolvidos, não transportam esses conhecimentos para o seio dos seus hospitais universitários (Borba e Oliva, 2004).

Por essa razão, julga-se, não restam muitas dúvidas acerca da necessidade de intervenção nas unidades de saúde, nomeadamente testando novas ferramentas de gestão e posicionamento estratégico. Tentar materializar esse desafio assume-se, assim, como a primeira justificação para a temática deste trabalho.

À razão anterior, já por si suficiente, acresce a consciência do convívio sempre difícil entre economia e saúde⁵ e a necessidade urgente de mudanças, tanto ao nível da gestão dos hospitais, como da monitorização da sua performance. O discurso e as práticas políticas, com as inconsistentes, mas sucessivas mudanças legislativas⁶, na procura de um modelo de gestão, confirmam a pertinência do tema.

Considerando as provas dadas pelo BSC, em vários países e sectores de actividade, abundantemente relatados na literatura⁷ e a sua parca aplicação no sector

⁵ Parafrazeando Borba e Oliva, "...existe antagonismo entre as visões a respeito da assistência à saúde. Os profissionais da área da saúde concentram-se na ética individualista, segundo a qual a saúde não tem preço, e uma vida salva justifica qualquer esforço. Em contrapartida, os economistas fixam-se na ética do bem comum, ou seja, na utilização racional dos recursos, enfim o conflito persiste" (Borba e Oliva, 2004:29).

⁶ Exemplo: Criação da rede de Hospitais SA (2003) e sua recente transformação em EPE (2005).

⁷ Kaplan e Norton (1993, 1996, 1997, 2000a, 2004b), Olve et al. (1999); Sousa e Rodrigues (2002); Borba e Oliva (2004).

da saúde, para o qual, paradoxalmente, parece particularmente adequado, validam e justificam igualmente este trabalho.

Ao procurar materializar o *Balanced Scorecard* numa unidade de saúde, por se considerar uma ferramenta adequada à sua gestão, às justificações anteriores, deve acrescentar-se o aliciente de um desafio inovador, acrescido da motivação pessoal e profissional, ambas assentes no carácter inovador do estudo, e na perspectiva de poder contribuir, ainda que modestamente, para a melhoria da gestão hospitalar pública.

1.3. As Questões de Investigação

Os indicadores financeiros têm vindo a revelar-se manifestamente insuficientes para, isoladamente, avaliarem o desempenho das empresas e, particularmente, dos hospitais. Por essa razão, exigem-se actualmente sistemas de medição mais globais, que considerem todos os activos, tanto tangíveis como intangíveis. Como a metodologia BSC procura responder a essa questão, e está a ganhar adeptos em todo o mundo, quase sempre com resultados positivos, parece justificado o estudo da sua aplicação à gestão dos hospitais públicos, carentes de novos modelos de governação, e em que as regras de gestão estão completamente ultrapassadas e desadequadas (Antunes, 2001). Neste contexto, sistematizaram-se como questões de investigação:

- 1) Como introduzir o planeamento estratégico nos hospitais públicos, fazendo da estratégia, uma preocupação quotidiana de todos os colaboradores?
- 2) Como avaliar a performance e monitorizar a gestão estratégica dos hospitais públicos?
- 3) Como operacionalizar um *Balanced Scorecard*, para a gestão de um hospital público?

1.4. Objectivos de Investigação

1.4.1. Objectivo Geral

- 1) Desenvolver um modelo para a gestão e monitorização estratégica de um hospital público, tendo por base a elaboração de um “*Balanced Scorecard* Hospitalar”.

1.4.2. Objectivos Específicos

- 2) Efectuar um diagnóstico global da unidade hospitalar, definindo (ou clarificando) a estratégia organizacional, a sua *missão, visão, valores, objectivos, factores críticos de sucesso e indicadores estratégicos*;
- 3) Estabelecer *metas*, para a avaliação do desempenho, em função dos *indicadores* seleccionados, e *planos de acção*, para implementação das *iniciativas estratégicas* seleccionadas;
- 4) Elaborar um *quadro documental (modelo)* que possa ser adaptado a outras instituições ou organizações de Saúde.

1.5. Estrutura do Trabalho

O trabalho apresenta-se organizado em cinco capítulos.

No capítulo 1, faz-se o enquadramento teórico do tema, bem como da sua justificação e pertinência. Define-se o problema, as perguntas de partida e os objectivos, gerais e específicos, a atingir.

No capítulo 2, tendo por base a revisão de literatura efectuada, estabelecem-se as bases conceptuais do trabalho. Aborda-se a problemática da gestão contemporânea das unidades de saúde e introduz-se o *Balanced Scorecard*, apresentando alguns conceitos, cuja percepção se considera essencial, tanto para a sua compreensão, como para a construção do modelo que se propõe. Uma vez que o objecto de estudo é

aqui um hospital público, apresenta-se ainda a visão de vários autores, entre os quais Kaplan e Norton, sobre a especificidade de aplicação do BSC ao sector público ou a entidades sem fins lucrativos, em que os hospitais públicos, obviamente, se incluem.

No capítulo 3, apresentam-se os principais procedimentos metodológicos, quer quanto ao tipo e objecto de estudo, quer quanto às técnicas e métodos utilizados. Em atenção às recomendações e sugestões de Kaplan e Norton (seus autores), ao longo das últimas décadas, inicia-se o capítulo com a apresentação da metodologia mais habitual de elaboração de um BSC, complementada com as propostas de outros autores, visando dar sustentabilidade ao modelo que se constrói e propõe. Detalha-se ainda o processo de recolha de informação e as fontes utilizadas. A finalizar, apresentam-se os principais procedimentos metodológicos utilizados na construção do “BSC hospitalar”, detalhando processos e propondo metodologias faseadas de construção.

No capítulo 4, tendo por base, a realidade de uma unidade hospitalar pública, procede-se à aplicação concreta do modelo desenvolvido e proposto.

No capítulo 5, apresentam-se e sistematizam-se as principais conclusões do trabalho, complementando-as com algumas sugestões para trabalhos futuros.

Capítulo 2. BASES CONCEPTUAIS / REVISÃO DA LITERATURA

2.1. A Gestão das Organizações Modernas

As organizações contemporâneas, nomeadamente as unidades de saúde, são hoje realidades muito complexas, compostas por uma multiplicidade de elementos heterogêneos⁸, cuja gestão aparece como um processo cada vez mais complexo e difícil (Zorrinho et al., 2003). Como corolário, fruto da crescente globalização económica e cultural, têm aparecido novos hábitos sociais que alteraram a forma de relacionamento entre os indivíduos e destes com as organizações. Estas, por sua vez, perdem, pouco a pouco, o papel de tutores de empregados e assumem cada vez mais, uma parceria orientada por uma missão comum (Rodriguez e Almeida, 1999).

Dito de outro modo, o trabalho, começa hoje a ser orientado numa sintonia de interesses entre indivíduos e organizações, substituindo o tradicional emprego para toda a vida que era prática habitual. Também por isto, nas organizações modernas, urge pensar novas soluções que envolvam todos os colaboradores, desde os gestores de topo, até ao mais modesto dos funcionários. Porque, como salientam Kaplan e Norton (1997:3), “o ambiente da era da informação, tanto para as organizações do sector de produção quanto para as do sector de serviços, exige novas capacidades para assegurar o sucesso competitivo. A capacidade de mobilização e exploração dos activos intangíveis ou invisíveis tornou-se muito mais decisiva do que investir e gerenciar activos físicos tangíveis”.

Neste contexto, e também fruto da acelerada evolução das sociedades contemporâneas, o modelo de *management* clássico das organizações, baseado em estruturas hierarquizadas e centralizadas, já não responde a essa crescente complexidade, senão por estruturas simples, compostas por homens organizados em unidades operacionais autónomas (Crozier e Friedberg, 1994).

A este propósito, Kaplan e Norton (1997), salientam que nas empresas da era industrial se criavam grandes e fortes distinções entre a elite intelectual (gerentes e engenheiros) e o grupo de pessoas que fabricava os produtos e prestava os serviços. Hoje, no entanto, com as máquinas a operar automaticamente, a função das pessoas

⁸ Seres humanos, máquinas, instalações, capitais, informações e muitos outros...

alterou-se e passou a ser finalmente pensar, solucionar problemas e garantir a qualidade, ou seja, contribuir empenhadamente para uma missão comum. É isso que os gestores devem estimular e potenciar, visto que "...se não se pode mais governar por regras e por ordens, é-se levado a reexaminar os motivos dos comportamentos humanos; mais precisamente, a forma como se consegue obter as convergências e coordenações indispensáveis a uma cooperação eficaz. É a percepção dessas dificuldades que explica o entusiasmo pelo *management* participativo; da mesma forma, o interesse apaixonado de alguns pelos círculos de qualidade e pelo modelo japonês; mais geralmente ainda, o sucesso dos conceitos rejuvenescidos de cultura, e de valores, e de fórmulas como os projectos de empresa" (Crozier e Friedberg, 1994:46-47).

O quadro de gestão das organizações, assenta agora em pilares valorativos de competência, inovação e cooperação, no seio do qual a gestão dos recursos humanos passa a ser encarada como uma gestão das pessoas, da mudança e da qualidade. Por outro lado, com o advento da chamada sociedade da informação e do conhecimento, não se exige aos gestores do Séc. XXI que esqueçam tudo o que aprenderam, mas antes, que estejam dispostos a utilizar de forma diferente aquilo que sabem e aquilo a que podem aceder, recorrendo às novas plataformas de informação e comunicação. Por outras palavras, as organizações têm que alterar estratégias e adequar processos, de forma a conseguirem aceder e usar eficazmente, toda a informação disponível, procurando rentabilizar, todos os suportes tecnológicos de que dispõem ou que têm hipóteses de mobilizar (Zorrinho et al., 2003).

Em suma, a gestão das organizações, exige actualmente um exercício permanente de reinvenção, por parte de toda a sua estrutura, nomeadamente ao nível da gestão, acompanhada por um esforço constante de mudança e transformação de processos. Parece assim emergir um novo paradigma de gestão, em que investir, gerenciar e explorar o conhecimento, passou a ser crítico e decisivo para as empresas da era da informação (Kaplan e Norton, 1997). Neste contexto, e especificamente, ao nível da saúde, uma estratégia de melhoria que não passe pela melhoria da sua gestão, está obviamente condenada ao fracasso (Christo, 2004).

2.2. A Gestão dos Hospitais Públicos

2.2.1. Generalidades

Os hospitais públicos são hoje organizações particularmente complexas, universos em que coexistem inúmeras profissões e profissionais e em que são vários os jogos de poder e contínuos os avanços tecnológicos. Estes avanços, por norma provocadores de permanentes mudanças, não só ao nível do processo produtivo mas também relacionadas com modos e modelos de gestão, raramente decorrem de forma pacífica.

Embora tenha como objectivos essenciais, prever, diagnosticar, restabelecer e promover a saúde, como em qualquer outra empresa, a administração de um hospital deve ter como propósito, a manutenção do equilíbrio entre despesas e receitas, pois só assim poderá oferecer serviços de qualidade e excelência. Neste particular, não se diferenciam muito de qualquer outra empresa ou instituição. Por essa razão, os hospitais têm continuamente de se reestruturar, tanto administrativa como tecnicamente, procurando responder, com eficiência e eficácia, tanto às necessidades daqueles que servem, como aos interesses dos que os financiam (Borba e Oliva, 2004).

Macedo e Macedo (2005) salientam, a propósito, que as instituições de serviços públicos têm tanta necessidade de agir de modo empresarial e inovador como as empresas comerciais. E isto porque, acrescentam, também as actividades sociais dependem de transacções efectivas de informação, disponível no tempo certo, e de forma exacta, e da capacidade de resposta das redes que suportam os fluxos dessa informação. Persistem, ainda assim, algumas diferenças, uma vez que no sector público, as preocupações de gestão raramente se associam a critérios de gestão objectiva e racional (Pedro, 2004). No entanto, ainda que no sector público, por via do financiamento estatal, a receita possa parecer permanentemente assegurada, nem sempre ela se revela suficiente. Exige-se, por isso, uma gestão adequada, eficaz, com uma prestação de serviços resolutive, de qualidade e baixo custo.

Por outras palavras, eficiente, porque apesar de serem organizações que não visam o lucro, nem por isso podem, nem devem, descurar os aspectos financeiros, pois é o dinheiro de todos (proveniente dos impostos) que utilizam.

2.2.2. Aspectos Críticos da Gestão Hospitalar Pública

2.2.2.1. Ao Nível Sociológico

São vários e de difícil resolução, muitos dos aspectos críticos da gestão hospitalar. Desde logo, porque ao *nível sociológico*, coexiste no hospital uma “...encruzilhada de diferentes modelos de acção profissional, assentes nas competências e saberes de múltiplas profissões, os universos sociais dos serviços são uma rede densa de tensões, conflitos e negociações entre diferentes projectos de definição da pertença hospitalar” (Carapinheiro, 1993:12). Depois porque, acrescenta o mesmo autor, no universo hospitalar, as relações sociais aparecem quase sempre concebidas em termos de concorrência e rivalidade, de interesses individuais e/ou colectivos (dinheiro, poder, prestígio, influência, reconhecimento...), dificultando o desenvolvimento de um trabalho em equipa e a definição e implementação de uma estratégia comum e partilhada. Consequentemente, existe no hospital um sistema dual de autoridade, em que coexiste simultaneamente, o poder e a autonomia profissional que os médicos detêm⁹ e uma estrutura administrativa muito burocrática, uma *semi-burocracia*, próxima do padrão tradicional de burocracia.

A existência desse sistema dual de autoridade, é o ponto fulcral de compromisso entre os padrões burocráticos de autoridade e as normas profissionais dos médicos que conseguem, assim, defender eficazmente os seus privilégios profissionais no interior do hospital. Esta posição dominante torna-se explícita, pelo papel que os médicos desempenham “...nas concepções do modelo de produção de cuidados e na organização da divisão do trabalho de cada serviço” (Carapinheiro, 1993:184). Afloram assim várias formas de poder, que vão desde a acessibilidade a posições de autoridade e prestígio, na relação com os restantes profissionais (fruto do seu capital técnico e científico), incluindo os gestores, até à autoridade moral e social que lhes confere, face aos doentes, um poder indisputável no exercício do acto clínico. Em consequência desta dominação médica, num universo em que coexistem vários grupos profissionais que procuram afirmar a sua identidade, a convivência nem sempre decorre de forma pacífica. São várias as condições que geram potenciais

⁹ Em resultado, como referem Carapinheiro (1993) e Silva (2002), dos seus conhecimentos técnicos, elevada especialização e relação privilegiada com os doentes.

focos de conflitos, nomeadamente, a dimensão da organização hospitalar e o enorme grau de especialização e formalização de tarefas, a ambiguidade na definição de algumas responsabilidades, a oposição de interesses e objectivos entre níveis hierárquicos.

O estilo de chefia (mais participativo ou mais autoritário), o grau de interdependência funcional, as iniquidades dos sistemas de recompensas, a insuficiente circulação de informação e a deficiente comunicação, constituem outros exemplos de potenciais conflitos, que não podem deixar de referir-se como aspectos críticos, não só ao nível sociológico, como também ao nível da gestão global. Acresce, no mesmo sentido, a ideia veiculada por Freidson¹⁰, que aponta a grande amplitude do poder médico, como uma das principais razões geradoras de tensões e conflitos entre os vários profissionais, e destes com a administração. Tudo factos, acrescenta-se, que dificultam a implementação de uma estratégia verdadeiramente assumida por todos os actores da cena hospitalar. Domingues e Gonçalves (s/d) corroboram, salientando que o absentismo médico e o não cumprimento de horários, constitui a maior fonte de reclamações dos utentes, embora alguns médicos considerem esse comportamento como perfeitamente normal. Em recente inquérito à população portuguesa¹¹, Cabral et al. (2002), concluem do mesmo modo, atestando uma relação de forte dependência, perante o chamado *poder médico*, ainda que refiram que para três quartos dos utentes, a relação com estes profissionais é boa ou muito boa. Face às anteriores considerações, não deixa de ser um pouco contraditório.

2.2.2.2. Ao Nível da Estrutura e Estratégia Organizacional

Como refere Graça (1996), foi após a II guerra mundial e fruto do crescente peso da componente tecnológica que o hospital, em geral, se foi tornando cada vez mais uma empresa, e menos uma instituição¹², como tradicionalmente era

¹⁰ Silva (2002).

¹¹ *Saúde e Doença em Portugal* (2004).

¹² Na tradição do hospital cristão medieval e do hospital assistencial do Séc. XIX e da primeira metade do Séc. XX (Graça, 1996).

considerado. Essa mudança, no entanto, não foi acompanhada das necessárias mudanças organizacionais, quer ao nível dos subsistemas cultural e psicossocial, quer da organização do trabalho, que continua muito centrado no acto médico e na lógica de serviço, e muito pouco disponível para as mudanças que se impõem. Pisco (2000) comunga da mesma opinião, salientando que o sector da saúde sempre foi um dos mais fechados ao exterior, tendo mesmo negligenciado, muito do desenvolvimento científico e tecnológico, criado ao longo de todo o séc. XX. Por essa razão e apesar da lógica empresarial que lhes está hoje subjacente, "...os hospitais (e demais serviços de saúde) continuam a ter dificuldade em definir um critério de sucesso, o mesmo é dizer, em avaliar o seu desempenho" (Graça, 1996).

Segundo dados recentes da OCDE ¹³ (2004), entre os principais pontos fracos que a gestão hospitalar hoje apresenta, em Portugal, avultam claramente os *relacionados com o pessoal*, fruto do elevado número de médicos¹⁴, em contraponto com o insuficiente número de enfermeiros, estes claramente abaixo da média. Antunes (2001) corrobora, afirmando que existem em Portugal mais médicos por habitante (3,2 por cada 1000 habitantes) do que noutros países desenvolvidos (por exemplo França ou Inglaterra), em que os respectivos sistemas de saúde têm tido grande sucesso. O problema, consensual na literatura, é a inadequada gestão de recursos, com grandes carências em muitas regiões, e excesso noutras. O autor afirma que a ideia de que há falta de médicos advém, essencialmente, das carências verificadas em algumas regiões periféricas, sendo favorecida pelas posições corporativas dos organismos de classe. Acrescenta ainda que a concentração do factor trabalho nos grandes centros urbanos se relaciona apenas com a insuficiência do modelo de gestão vigente, que não adequa, com um mínimo de eficácia, os factores de produção disponíveis.

A gestão do pessoal é, de facto, apontada por muitos, como um dos principais factores a influenciar negativamente a produtividade dos hospitais. Macedo e Macedo (2005), por exemplo, referem, como principal ponto crítico da gestão, a *fraca flexibilidade da estrutura organizacional* dos hospitais públicos, fruto da autonomia das várias carreiras profissionais, e de uma estrutura orgânica, muito semelhante em todos eles, independentemente da sua especificidade e dimensão.

¹³ OCDE Portugal Survey (2004).

¹⁴ Ambos por cama, relativamente à média da OCDE.

Também para Antunes (2001:42), “a gestão do pessoal é um dos principais factores de influência na produtividade, que não é favorecida pela gestão centralizada que é praticada na maior parte das instituições”. Considera ainda absolutamente inaceitável a inexistência de controlo, por parte do Director de Serviço, sobre todo o pessoal, fruto da autonomia das várias carreiras, situação que gera, na sua opinião, ineficiências difíceis de suprir.

Acresce ainda que a gestão pública, raramente incorpora critérios de gestão objectiva e racional. A fixação de objectivos surge, quase sempre, extremamente vaga e abrangente, sobressaindo a ausência de quantificação e a não definição clara de metas, avaliação e monitorização (Pedro, 2004). Consequentemente, como o financiamento está quase sempre dissociado da produção, raramente se fala de performance ou avaliação, sendo o sector público frequentemente conotado com ineficiência, desperdício, fraco desempenho e até mesmo, imagine-se, parasitismo. Recentes alterações legislativas¹⁵ têm procurado obviar esta situação, tentando aproximar a gestão dos hospitais de um modelo mais empresarial. Ainda que possível, esta não se afigura, no entanto, uma tarefa fácil, em organizações sempre complexas e sujeitas a grandes pressões políticas, económicas e sociais, entre muitas outras. Com efeito, os confrontos que, com frequência, ocorrem entre governo, gestores, funcionários e mesmo com a comunidade, tornam difícil alinhar a estratégia das instituições não lucrativas, de forma que seja possível identificá-la, com gestores e funcionários, na procura de um objectivo comum. Acontece ainda que nestas organizações, permanentemente sujeitas a grandes influências e pressões, internas e externas, o papel e as necessidades de cada um dos actores ou *stakeholders*, afecta sempre o alcance dos propósitos da organização e a sua governação, que dificilmente consegue ser totalmente imune às pressões políticas, à opinião da comunidade e ao poder dos sindicatos, entre muitos outros (Bastidas e Feliu, 2003).

A ausência de uma estratégia clara, global e articulada para a saúde e os hospitais em particular, não obstante a importância da aprovação do ainda recente Plano Nacional de Saúde (2004 -2010), é outro dos aspectos profundamente críticos. Esta falta estratégica, coexistente com uma rede de cuidados primários e continuados bastante insuficiente e desarticulada, faz com que recaia sobre os hospitais, muito do

¹⁵ Novo regime jurídico da gestão hospitalar e criação dos hospitais EPE.

que não devia ser a sua tarefa, sobrecarregando muitos serviços, particularmente os de urgência e onerando bastante a gestão.

Esta ideia aparece, aliás, recorrentemente referida na literatura. Melo (2004), salienta que na saúde, a inconsistência política, a incorrecta gestão de recursos humanos e a desarticulação entre os vários níveis de cuidados, são um dos grandes problemas que associados à falta de uma estratégia clara, na saúde em geral e, particularmente a nível hospitalar, origina grandes impactos negativos na gestão. Na mesma linha, Pedro (2004) refere que, tal como nas empresas privadas, também nas empresas do sector público, há um problema de alinhamento estratégico. Por um lado, porque as políticas são frequentemente redefinidas com a frequência da alternância dos governos e, por outro, porque sendo o sector público caracterizado por uma imensidão de normas legais e escassez de recursos financeiros, raramente são adoptados novos instrumentos de gestão que tragam inovação aos serviços públicos. Como nas organizações sem estratégia de serviço, argumentam Domingues e Gonçalves (s/d), proliferam as estratégias individuais, existe, como corolário, pouco diálogo entre os profissionais e insuficiente interdependência das práticas. Antunes (2001), salienta que a falta de tradição de trabalho em equipa, origina grande dispersão e descoordenação, com inevitável diminuição da produtividade. Ou seja, nos hospitais, os profissionais parecem estar em equipa mas, efectivamente, nem sempre trabalham em equipa. Este individualismo profissional, próprio das organizações em que a hierarquia social, assenta na especialização e desigual partilha de informação, dificulta ainda a actividade dos gestores dos centros de custos, enfraquecendo o sentido de equipa multifuncional e a eficiência dos serviços.

Estimulado pela diversidade de especialidades e conhecimentos, o individualismo é ainda fortemente reforçado por deficientes práticas de gestão, nitidamente incapazes de criar identidades corporativas fortes e sentido de missão organizacional (Domingues e Gonçalves s/d). Esta ideia é corroborada por Lopes, (2003:35) quando afirma que “os gestores da Saúde cometeram até ao final dos anos 70 do século passado um erro estratégico colossal, que foi a crença de que tudo na saúde é específico. Há especificidade nos actos médicos e nas outras profissões técnicas dedicadas à clínica. É totalmente falso que nas restantes componentes da actividade corrente tenha de se recorrer a modelos próprios para o sector”.

Por esta razão, no entanto, o sector da saúde tem sido sempre um dos mais fechados ao exterior, tendo inclusive, negligenciado muito do desenvolvimento científico e tecnológico, criado ao longo de todo o séc. XX, para a resolução destes problemas (Pisco, 2000).

2.2.2.3. Ao Nível Financeiro e de Controlo Orçamental

“Nas últimas décadas, paralelamente a uma constante evolução científica e tecnológica e a crescentes necessidades e exigências da população, os recursos canalizados para a área da saúde têm vindo a aumentar cada vez mais. As causas mais frequentemente apontadas para o crescimento generalizado dos gastos em saúde têm sido o aumento da esperança de vida e o envelhecimento da população, bem como o aumento das doenças crónico-degenerativas; o sistema de financiamento dos serviços de saúde e a forma de remuneração dos profissionais médicos; o desenvolvimento de tecnologias médicas de diagnóstico e terapêutica; a crescente especialização dos profissionais de saúde; o maior nível educacional da população com a conseqüente consciencialização dos seus direitos; e a maior oferta de cuidados hospitalares, traduzidos em maior número de camas” (Barros e Sena, 1998:2).

Os problemas não são, no entanto, apenas esses. Como aparece abundantemente referido na literatura, a par dos problemas de financiamento, há ainda uma grande falta de controlo orçamental, nos hospitais públicos. Os orçamentos continuam a ser elaborados com base no histórico, sendo a cobertura do excesso de despesa colmatada por via de orçamentos rectificativos. Em simultâneo persiste, quase sempre, a ausência de controlo da qualidade e a inexistência de sistemas de informação que facilitem a monitorização do desempenho de gestores e instituições. Neste quadro, ao nível financeiro, “o diagnóstico da Saúde é preocupante. As dívidas aumentam e a eficiência diminui. A terapia passa por uma cultura de gestão e novos modelos de financiamento (...) e por criar mecanismos que estimulem o desempenho e a performance” (Melo, 2004:34).

As modalidades de pagamento aos hospitais, têm evoluído ao longo do tempo e regem-se por um conjunto de regras que determinam quanto é que um hospital

deve receber pelos serviços que presta. Como seria fastidioso analisar exaustivamente essa evolução¹⁶, apenas se lança o olhar sobre o actual modelo de financiamento, por ser o que, no momento, verdadeiramente interessa.

Como salientam, Barros e Gomes (2002), o actual modelo remonta ao final da década de 80, quando tiveram início as primeiras experiências para ensaiar um modelo de pagamento prospectivo aos hospitais e caracteriza-se, como afirma Escoval (1997), por ser um sistema misto. Em primeiro lugar, os hospitais são financiados de acordo com as suas *necessidades globais* (pagamento antecipado), calculadas de acordo com os gastos do ano anterior. O hospital recebe antecipadamente uma verba global, com base no histórico, numa estimativa das suas necessidades. Essa verba é depois corrigida, mas levando apenas em consideração, a previsão das necessidades de cuidados de saúde da sua área de atracção. Se o orçamento for respeitado, este é um pagamento prospectivo que apresenta, no entanto, como frisam Barros e Gomes (2002), vários problemas. Em primeiro lugar, é muito difícil, estimar necessidades em saúde; depois, é de pouco senso financiar instituições com base em doentes que devia tratar, e não com base nos que efectivamente trata; em seguida, porque existe frequentemente sobreposição de áreas de influência entre hospitais, situação que pode penalizar uns, em detrimento de outros; finalmente porque, aspecto que no contexto deste trabalho se afigura o mais relevante, com o actual modelo, não existem grandes incentivos para os hospitais conhecerem detalhadamente os seus custos e controlá-los, ou seja, acabam por ter pouco interesse em gerir eficientemente os recursos, uma vez que a receita está sempre mais ou menos assegurada.

Em suma, tudo questões pertinentes e com fortes impactos críticos, ao nível da gestão, organização e resposta hospitalar.

2.2.2.4. Ao Nível da Demora na Resposta aos Utentes

A dificuldade de resposta em tempo útil, às necessidades dos utentes, é outro aspecto profundamente crítico. As listas de espera são de vários meses (para

¹⁶ Ver por exemplo Escoval (1997) e Barros e Gomes (2002).

consultas e cirurgia), senão mesmo de anos e muitos milhares de inscritos, em simultâneo com uma utilização inadequada das urgências hospitalares (frequentemente utilizadas como acesso mais expedito às consultas de especialidade), facto que segundo a OCDE (2004)¹⁷ é um indício claro, da baixa produtividade dos hospitais públicos. O mesmo transparece das palavras de Ramos, quando afirma que “aumentar a efectividade dos hospitais significa melhorar a capacidade de resposta em tempo útil, às necessidades identificadas da população, através de uma lógica de funcionamento que considere aspectos de competitividade mas também aspectos de cooperação entre serviços (...) maximizar a equidade no acesso significa eliminar barreiras à não discriminação dos utentes” (Ramos, 2005:21). Não se vislumbram, no entanto, formas efectivas de combate a estes problemas estruturais, pese embora as várias tentativas e diversos modelos já ensaiados.

É pois neste contexto que as organizações e unidades de saúde, se procuram reinventar, tentando responder à procura continuada de cuidados de saúde das populações (uma necessidade social), em função da qual se estruturam e organizam. Cada vez mais, os consumidores da saúde exigem mais e melhor informação sobre as suas opções e por conseguinte, exigem um melhor acesso a informações de saúde relevantes e cuidados com mais qualidade (Carapinheiro, 1993). Compatibilizar estas crescentes necessidades, com o uso eficiente dos recursos disponíveis e sempre escassos é, pois, o grande desafio que hoje se coloca, tanto a políticos, como a gestores e profissionais de saúde.

No entanto, como o bom desempenho hospitalar nem sempre se resume a produzir mais e mais, sendo indispensável considerar outros parâmetros, nomeadamente a informação epidemiológica caracterizadora da população (Ramos, 2005), na prestação hospitalar, “a excelência é alcançada por meio do comprometimento contínuo com a resolubilidade, qualidade e custos baixos dos procedimentos. O binómio qualidade e baixos custos requer esforços contínuos na eliminação do desperdício, na capacitação profissional e consequente melhoria dos processos hospitalares, no uso adequado da automação, no acesso facilitado à

¹⁷ OCDE *Portugal Survey* (2004).

informação e na diminuição da permanência do paciente no hospital” (Borba e Oliva, 2004:30).

Em suma, a gestão hospitalar apresenta hoje vários aspectos críticos, essencialmente porque é uma das mais complexas, se não mesmo a mais difícil de todas. Porque integra maior número de profissões e técnicas do que qualquer outra actividade e porque o cliente dos serviços de saúde, embora não apreenda facilmente o grau de complexidade dos serviços, é muito mais intolerante face à qualidade (Lopes, 2003). Se a isto se somarem as questões relativas ao financiamento, qualidade, capacidade de resposta, eficiência, e ausência de mecanismos de controlo e avaliação (global, dos serviços e dos profissionais), julgam-se encontrados os principais aspectos críticos da gestão hospitalar.

Para os tentar obviar, urge testar e implementar novas soluções. Para isso, é absolutamente necessário, “...analisar as questões relativas à sua gestão e monitorização e, portanto, ao que se deve medir, como esta medição se relaciona com a estratégia e com os processos das organizações e, por fim, com que ferramentas se pode gerir e manter os sistemas de medida” (Pereira et al., 2004:29).

2.3. O Conceito de Serviço em Saúde

São várias as definições e conceitos de serviço, existentes na literatura, embora todas traduzam, de forma mais ou menos explícita, as características que distinguem um serviço fornecido de um bem produzido. De qualquer modo, facilmente se percebe que um bem ou produto, se relaciona sempre com algo de material ou palpável, enquanto que ao beneficiar de um serviço, nomeadamente ao nível da saúde, se usufrui de uma série de actividades, em cujos processos se participa e dos quais se obtém resposta, ainda que parcial, a uma necessidade.

Pinto (2003) salienta que todas as definições de serviço até hoje elaboradas, parecem conter, essencialmente, três características básicas. Em primeiro lugar, os serviços são processos constituídos por uma série de actividades e não por bens. Em segundo, os serviços são, em maior ou menor extensão, produzidos e consumidos simultaneamente. Por último, no fornecimento de um serviço, o cliente participa

quase sempre no seu processo de produção. Ou seja, um serviço é sempre uma “combinação de resultados e experiências prestadas e recebidas por um cliente (...), um processo constituído por um conjunto de actividades mais ou menos intangíveis que, geralmente, mas nem sempre, são concretizados por interacção entre o cliente e os recursos (humanos e/ou físicos, e/ou informáticos) da entidade prestadora do serviço, actividades essas que são prestadas como soluções para os problemas do cliente” (Pinto, 2003:29).

Ao nível específico da saúde, existe prestação de serviços porque existem, obviamente, necessidades de saúde a satisfazer – necessidades sociais - ainda que várias e bastante diferenciadas. Martin e Henderson (2001), salientam que o conceito de necessidade, em saúde, não é nada pacífico, afigurando-se mesmo bastante problemático. Com efeito, clarificam, se a realização de uma cirurgia, no caso de uma apendicite aguda, por exemplo, é uma *necessidade* urgente, o caso muda de figura se a necessidade for retirar uma tatuagem que não apresenta qualquer tipo de risco para o *doente*. Ou seja, se é fácil estabelecer uma distinção conceptual entre *necessidade e procura*¹⁸, colocam-se hoje problemas ao nível da *oferta de serviços* públicos de saúde, para mais quando a procura se apresenta hoje fortemente influenciada por um mercado dirigido pelo consumidor e em que os recursos são sempre escassos. Neste contexto, argumentam os mesmos autores, nos modernos serviços públicos de saúde, o enfoque da prestação deve ser posto no utente e na sua satisfação, ponderada as suas principais e reais necessidades¹⁹.

Como frisa Pinto (2003), o conceito de serviço, inclui a definição da oferta do que uma organização produz e que é relevante para o cliente, numa linguagem clara e com significado para os seus trabalhadores e accionistas. Engloba ainda nesta definição, todos os elementos que constituem o serviço (serviços centrais e serviços periféricos), e todos os elementos que a organização afecta à sua produção, nomeadamente pessoas e equipamentos. Embora essa noção possa ser transposta para

¹⁸ Segundo Martin e Henderson (2001), uma *necessidade* é geralmente considerada como a capacidade de poder beneficiar de um serviço. Já a *procura* é formada pelas pessoas em busca de serviços. Não obstante esta fácil distinção conceptual, existem problemas ao nível da *utilização* dos serviços de saúde, particularmente dos públicos, uma vez que as pessoas podem exigir aquilo que não precisam.

¹⁹ No estudo das necessidades e, por conseguinte, no planeamento do tipo de serviços a oferecer, devem equacionar-se variáveis como a estrutura demográfica da população, os padrões conhecidos de mortalidade (morte) e morbilidade (doença), bem como o grau de utilização dos diversos serviços (Martin e Henderson, 2001).

a área da saúde, nesta, o conceito de serviço assume uma característica algo particular. Desde logo porque, existe na saúde um grande número de profissões que têm como objecto de trabalho o mesmo sujeito (o doente/cliente/utente), pelo que não é a mesma coisa falar de um transplante de órgãos, de elevada complexidade, ou da realização de um vulgar exame de rotina, facto que dificulta a sistematização de um conceito de serviço, a este nível. Depois porque o cliente dos serviços de saúde é um cliente muito particular, normalmente fragilizado pela doença e, por isso, amputado de algum poder reivindicativo, o que normalmente não acontece noutras áreas (Carapinheiro, 1993). Não obstante, em vez de olhar para os utentes como doentes, clientes, ou apenas beneficiários de um serviço (mas sempre pessoas cujas necessidades são avaliadas pelo prestador que depois lhe fornece serviços que define e controla), é preciso vê-los, apesar de tudo, como pessoas que compreendem as suas necessidades e são capazes de fazer escolhas quanto à natureza dos serviços mais adequados para dar satisfação a essas necessidades (Martin e Henderson, 2001).

Em síntese, arriscando sistematizar um conceito de serviço em saúde, pode afirmar-se que passa pela prestação de cuidados de saúde diferenciados e de elevada qualidade, humanizados e em tempo útil, reconhecidos como os mais adequados à manutenção e restabelecimento da saúde e qualidade de vida de todos os utentes.

2.4. O Conceito de Cliente ou Utente em Saúde

Martin e Henderson (2001), salientam que até há pouco tempo, o termo cliente²⁰ não era utilizado ao nível da saúde e dos serviços sociais, estando inclusivamente mal visto, pois era frequentemente identificado com o mundo dos negócios. Hoje, no entanto, fruto essencialmente da chegada à saúde, da filosofia e teorias da qualidade, o conceito de cliente, ou utente, entrou também na linguagem da saúde, ainda que assumindo características algo particulares. Em primeiro lugar porque é um cliente que recorre a serviços de enorme complexidade técnico -

²⁰ Aquele que compra um bem ou beneficia de um serviço que, espera, lhe satisfaça a necessidade que originou essa procura. Nesse sentido, e em termos gerais, cliente não é mais que o beneficiário de um bem ou serviço, como resposta a uma necessidade e procura prévias.

- científica que na maioria dos casos, não entende; depois, porque quando recorre a estes serviços se encontra, quase sempre, numa situação de grande debilidade, o que lhe reduz substancialmente a capacidade de escolha, mas o torna muito mais intolerante face à qualidade. Finalmente, porque espera sempre um serviço amigável, fiável, eficaz e com resposta adequada a um problema concreto, o que, atendendo às várias limitações existentes, inclusive do conhecimento científico, nem sempre é possível oferecer-lhe. Apesar de tudo, para alguns serviços de saúde (nomeadamente MCDT), o doente é apenas um objecto de trabalho e não o verdadeiro cliente, sendo substituído nesse estatuto pelo médico que efectua os pedidos de exames.

Escoval (1997)²¹ refere, a propósito, que o mercado da saúde não se comporta como os outros mercados, porque nele, o *cliente* não conhece bem os produtos ou serviços que quer consumir (tipos de cuidados de saúde específicos que necessita) e por isso, expressa as suas necessidades a um terceiro (o médico), com o qual estabelece uma relação de agência. Ora como o médico se comporta simultaneamente como consumidor (e/ou cliente?) e fornecedor, existe um desequilíbrio em relação às leis do mercado.

Neste quadro, quem é, afinal, o cliente em saúde? Martin e Henderson (2001) dão uma ajuda, salientando que os termos utilizados para designar as pessoas que recebem serviços de saúde ou de assistência social, foram e continuam a ser a base para muita discussão. A palavra “doente” é ainda comum nos serviços de saúde; “cliente” tem sido a palavra favorita nos serviços sociais, enquanto que a expressão “utente dos serviços” tem sido considerada como uma expressão neutra, fazendo a ponte entre as duas designações anteriores.

Ora, na sua opinião, existe uma forma útil de simplificar esta complexidade: olhar o fundamental e considerar que os clientes dos serviços são os clientes finais. Ou seja, os que são o objecto de trabalho, para cuja satisfação, verdadeiramente se trabalha e em função do qual devem ser envidados todos os esforços e recursos possíveis.

²¹ Socorrendo-se de Arrow (1963); Culyer (1971) e Lucena et al. (1995).

2.5. O Balanced Scorecard (BSC)

2.5.1. Generalidades

Sistema gerencial desenvolvido por Kaplan e Norton, na década de 90 do século passado e apresentado num artigo publicado pela *Harvard Business Review*, em 1992, o *Balanced Scorecard* (BSC) não tem uma tradução directa para a nossa língua. Os franceses chamam-lhe *Tableaux de Bord Prospectivo*, os espanhóis adoptaram-no como *Cuadro de Mando Integral* (CMI) mas, entre nós, é mais conhecido e habitualmente aceite como *Balanced Scorecard*, ou apenas BSC.

Mas o que é na realidade o *Balanced Scorecard*? Segundo os seus criadores e os vários autores que a ele sucessivamente se têm referido, o BSC não é, não pode, não deve, nem pretende ser, um mecanismo para a formulação estratégica²² das organizações. Apresenta-se, isso sim, como uma valiosa ferramenta para a tradução da estratégia adoptada, em objectivos, indicadores e metas específicas, tendo como principal finalidade, traduzir a estratégia empresarial em indicadores, para que possa ser implementada com sucesso (Arveson, 1998). Neste sentido, o BSC assume-se como uma ferramenta de equilíbrio, virada para o futuro, por contraponto à contabilidade tradicional, muito virada para os indicadores financeiros que apenas reproduzem desempenhos passados. O próprio nome (*Balanced Scorecard*), reflecte o balanço estabelecido entre os objectivos a curto e a longo prazo, entre os indicadores financeiros e não financeiros, entre os *lagging* e os *leading indicators* e entre as perspectivas de desempenho interno e externo (Kaplan e Norton, 1997).

Com o BSC, Kaplan e Norton pretenderam responder à crescente necessidade de substituir os modelos tradicionais de avaliação do desempenho, exclusivamente assentes em indicadores financeiros de base contabilística, por outros, que conseguissem responder às rápidas e constantes mudanças, no actual ambiente competitivo das empresas. Dito de outro modo, no actual modelo de globalização total, deixou de fazer sentido sobrevalorizar demasiado a necessidade de obtenção de resultados financeiros a curto prazo, se com isso se comprometer o investimento na criação de valor, nomeadamente nos activos intangíveis e intelectuais, entendidos

²² Isso é tarefa para o planeamento estratégico.

como os verdadeiramente capazes de criar desenvolvimento futuro. Uma vez que a função das máquinas é operar automaticamente, a função das pessoas é hoje pensar, solucionar problemas e garantir a qualidade. Os funcionários devem ser motivados para criar e agregar valor pelo que sabem e pelas informações que podem fornecer, pelo que investir, gerir e explorar o seu conhecimento, passou a ser factor crítico de sucesso para as empresas da era da informação (Kaplan e Norton, 1997). Isto é, na era da informação, “...o ideal é que o modelo de contabilidade financeira se ampliasse de modo a incorporar a avaliação dos activos intangíveis e intelectuais de uma empresa, como produtos e serviços de alta qualidade, funcionários motivados e habilitados, processos internos eficientes e consistentes, e clientes satisfeitos e fiéis ” (Kaplan e Norton, 1997:7).

Em síntese, Kaplan e Norton desenharam um modelo global de monitorização estratégica, que associa os indicadores financeiros tradicionais com outros, relativos aos activos intangíveis. Com isso, procuram demonstrar que os executivos podem transformar uma Visão em objectivos estratégicos, de uma forma simples e prática.

2.5.2. O BSC como Instrumento de Gestão Estratégica

Kaplan e Norton (1997) apresentam o BSC como um poderoso instrumento de gestão estratégica, por considerarem que integra as medidas derivadas da estratégia e porque, sem menosprezar as medidas financeiras do desempenho passado, incorpora os vectores do desempenho futuro. Este facto, resulta particularmente importante, numa época como a actual, em que se tornou crucial dar atenção permanente a um leque variado de indicadores, como a qualidade, quota de mercado, satisfação de clientes e colaboradores, capacidade dos sistemas de informação, capacidade de resposta às solicitações dos clientes e muitas outras (Sousa e Rodrigues, 2002). Neste particular, o BSC assume igualmente grande importância, uma vez que permite articular esses indicadores, com os financeiros que sempre lhe estão subjacentes. Com o BSC, “a atenção que passou a ser dada às questões estratégicas veio demonstrar que os antigos indicadores de desempenho descuidaram a importância das relações da empresa com o seu meio envolvente, em

particular com os clientes, tornando-se óbvia a necessidade de um conjunto de critérios de desempenho mais orientados explicitamente para o mercado” (Sousa e Rodrigues, 2002:50).

O BSC é, no entanto, muito mais que um sistema de indicadores.

“Um *Balanced Scorecard* bem construído é a explicitação das teorias estratégicas operacionais da empresa. O *scorecard* deve estar baseado numa série de relações de causa e efeito derivadas da estratégia, incluindo estimativas dos tempos de resposta e graus de correlação entre as medidas do *scorecard*” (Kaplan e Norton, 1997:18). Por outras palavras, o verdadeiro poder do BSC ocorre, quando deixa de ser um sistema de medidas e se transforma num verdadeiro sistema de gestão estratégica, criando as condições para alinhar as acções quotidianas, com a visão estabelecida para a organização. Nas organizações do sector público, tal passa por fazer as escolhas certas para a criação de valor para as comunidades que servem (Bocci, 2005).

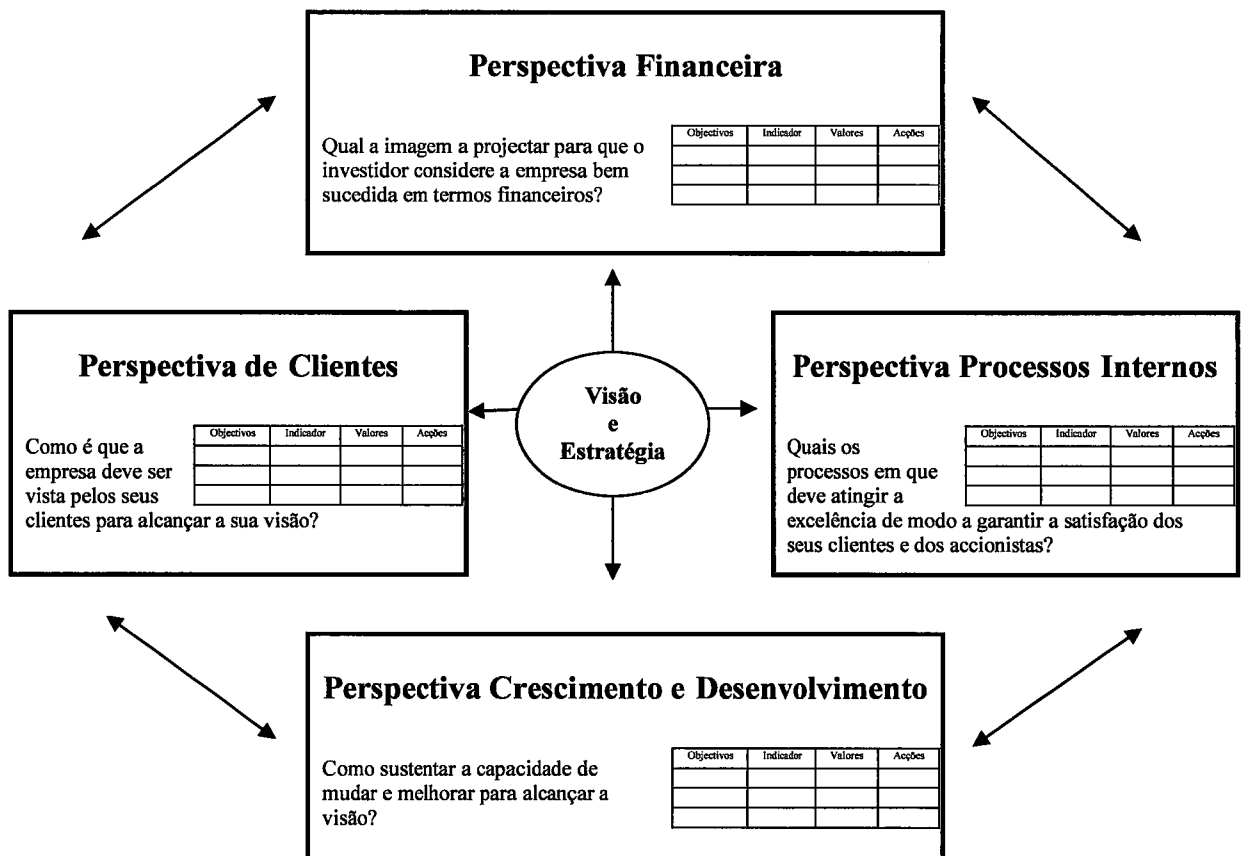
Sousa e Rodrigues (2002) salientam três importantes características do BSC, que o recomendam para a gestão estratégica. Em primeiro lugar, sistematiza num único documento uma série de indicadores que fornecem uma visão mais completa do desempenho da empresa. Em segundo, como esse documento é curto e está associado ao sistema de informações, é facilmente analisado pela gestão. Finalmente, uma vez que os indicadores aparecem agrupados (e não de uma forma *ad hoc*) em perspectivas ligadas à visão e estratégia, transmite facilmente a ideia do desempenho estratégico organizacional e da sua evolução. Por outras palavras, o BSC actua como elemento de tradução da estratégia em objectivos; fixa iniciativas para conseguir alcançar os objectivos; indicadores para medir a sua concretização; e metas para fixar o valor dos indicadores, em cada uma das perspectivas (Muñiz e Monfort, 2005).

2.5.3. As Perspectivas do Balanced Scorecard

Na linha da teoria inicial, proposta por Kaplan e Norton, na maioria dos casos, ainda que pontualmente com designações ligeiramente diferentes, o BSC apresenta quatro perspectivas de abordagem organizacional: *Financeira*, *Clientes*, *Processos internos e Aprendizagem e Crescimento*. No entanto, nada obriga a que

assim seja. Kaplan e Norton, justificam: “as quatro perspectivas do *Balanced Scorecard* têm-se revelado adequadas em diversas empresas e sectores de mercado. Mas elas devem ser consideradas um modelo, não uma camisa-de-forças. Não existe teorema matemático segundo o qual as quatro perspectivas sejam necessárias e suficientes” (Kaplan e Norton, 1997:35). Na mesma linha, Dávila (1999) refere que muitas vezes se pensa que um BSC se caracteriza sempre por quatro perspectivas (financeira, de clientes, interna e aprendizagem e crescimento), e que se não tiver as quatro, então não é um BSC. A verdade, porém, é que essas perspectivas, são apenas as mais comuns, porque têm sido aplicadas num grande número de empresas. Não constituem, o entanto, uma condição necessária para ter um BSC. Kaplan e Norton, destacam mesmo, em sucessivos escritos, o facto do modelo não ser rígido e permitir a alteração ou inclusão de novas perspectivas, de acordo com o tipo e os objectivos da organização.

Figura 2.1. O Balanced Scorecard: Estrutura para a Tradução da Estratégia em Termos Operacionais



Fonte: Adaptado de Kaplan e Norton (1997)

Embora não seja obrigatória a utilização das quatro perspectivas tradicionais, o facto de serem as mais frequentes, justifica que se lhe dedique uma atenção particular. É isso que, seguidamente, se procura fazer.

2.5.3.1. A Perspectiva Financeira

Apesar de incluir todos os activos da organização, “o BSC conserva a perspectiva e as medidas financeiras, como ajuda preciosa e valiosa para sintetizar as consequências económicas imediatas de acções consumadas. As medidas financeiras de desempenho indicam se a estratégia de uma empresa, a sua implementação e execução estão contribuindo para a melhoria dos resultados financeiros. Os objectivos financeiros normalmente estão relacionados à lucratividade – medida por exemplo, pela receita operacional, o retorno sobre o capital empregado ou, mais recentemente, o valor económico agregado” (Kaplan e Norton, 1997:26).

Os indicadores financeiros são extremamente importantes para avaliar as consequências económicas, facilmente mensuráveis, de todas acções desenvolvidas pela empresa, no âmbito das outras três perspectivas (Dávila, 1999; Muñiz e Monfort, 2005). A construção do BSC deve assumir-se como um estímulo, para que as unidades departamentais estabeleçam os seus objectivos financeiros em função da estratégia global da empresa. Ainda que correctamente implementadas, as perspectivas do BSC, não levarão a uma melhoria da situação financeira, se a estratégia global não for rendível (Sousa e Rodrigues, 2002). Por essa razão, os objectivos financeiros da empresa devem derivar da sua estratégia e estarem focados nos objectivos das outras perspectivas (Kaplan e Norton, 1997). Do mesmo modo, os objectivos e indicadores das outras três perspectivas, devem focalizar-se nos objectivos financeiros e apresentam um duplo papel. Por um lado, são eles que definem os resultados financeiros que se espera obter de uma determinada estratégia; por outro, são eles os alvos finais dos objectivos e indicadores das outras perspectivas do BSC (Sousa e Rodrigues, 2002).

No que concerne aos indicadores a escolher, Kaplan e Norton referem que eles devem ser seleccionados, de acordo com a fase em que se encontra a empresa,

quanto ao seu ciclo de vida²³. Não obstante, com base na sua experiência, referem que as empresas utilizam, essencialmente, três temas financeiros para a condução da sua estratégia: *crescimento e mix dos proveitos; redução de custos / aumento da produtividade; e utilização de activos / estratégia de investimento*. Estes temas financeiros podem ser utilizados em qualquer uma das fases do ciclo de vida das empresas, sendo os indicadores financeiros adaptados especificamente a cada estratégia (Sousa e Rodrigues, 2002). Os indicadores financeiros possibilitam a avaliação da estratégia de crescimento, rentabilidade e risco, sob a perspectiva do accionista²⁴, permitindo medir e avaliar os resultados que o negócio proporciona. Por outras palavras, as medidas de desempenho financeiro indicam se a estratégia da empresa e a sua implementação e execução contribuem, de facto, para a melhoria dos resultados.

Quanto aos indicadores mais utilizados, Kaplan e Norton (1997) referem que todo o BSC utiliza indicadores relacionados com os objectivos financeiros tradicionais, nomeadamente o *lucro, retorno sobre os activos e aumento da receita*. Outros indicadores, de uso frequente nesta perspectiva, são o *EVA, a redução de custos, rendibilidade do capital investido, resultados operacionais, margem bruta, taxa de crescimento das vendas e aumento da rentabilidade...* (Kaplan e Norton, 1997; Neves, 2005; Muñiz e Monfort, 2005).

2.5.3.2. A Perspectiva Clientes

Na filosofia BSC, a satisfação do cliente aparece no centro da estratégia, sendo uma condição necessária ao sucesso organizacional. A empresa deve tentar perceber o que os clientes pretendem, pois só desse modo conseguirá corresponder às

²³ Para simplificação, Kaplan e Norton (1997) consideram três fases no ciclo de vida das empresas: *crescimento, sustentação e colheita*. Na fase de *crescimento*, a empresa possui produtos ou serviços com importante potencial de crescimento, necessitando para isso de fazer avultados investimentos em infra-estruturas, instalações, capacidades operacionais, relacionamento com clientes e outros, tendo como principal objectivo financeiro global, o crescimento da receita; na fase de *sustentação*, a empresa caracteriza-se pela necessidade de fazer menos investimentos e pela obrigatoriedade de ter bons retornos de capital, privilegiando os objectivos financeiros, nesta fase, claramente o lucro; na fase de *colheita*, a empresa caracteriza-se pela necessidade de colher os investimentos feitos na fase anterior, pelo que os objectivos financeiros, privilegiam o fluxo de caixa operacional.

²⁴ Lucro, crescimento e composição da receita, redução de custos, aumento de produtividade, utilização dos activos e estratégia de investimentos.

suas reais expectativas e necessidades. Como salientam Sousa e Rodrigues (2002:75) “enquanto que no passado as empresas concentravam todos os esforços e atenções nas suas capacidades internas de produção, na era actual têm que se virar essencialmente para o exterior, para os clientes. A satisfação das necessidades dos clientes passou a ser a principal prioridade dos gestores, porque se tornou evidente que só assim é possível atrair e reter clientes e que esta é a única via para sustentar a rendibilidade da empresa a longo prazo”. A perspectiva Clientes reflecte o posicionamento da empresa no mercado, aparecendo como o ponto fulcral na gestão estratégica, pois é ela que permite verificar até que ponto os clientes estão satisfeitos e o desempenho organizacional está de acordo com as suas expectativas (Dávila, 1999; Muñiz e Monfort, 2005).

Embora muitas empresas tenham já uma visão orientada para o cliente, o *Balanced Scorecard* destaca-se por exigir que sejam os próprios clientes a identificar um conjunto de objectivos e indicadores para os factores que realmente consideram importantes, sendo esse o seu carácter inovador. A estratégia de criação de valor e diferenciação, sob esta perspectiva, passa essencialmente pela aquisição, retenção, satisfação e relacionamento com os clientes e pela imagem e reputação da empresa. Permite direccionar o negócio para as necessidades e satisfação do cliente, identificando segmentos e mercados e descrevendo as medidas específicas das propostas de valor²⁵ que serão oferecidas (Muñiz e Monfort, 2005).

Como aparece abundantemente referido na literatura, para esta perspectiva, a tradução da estratégia, deve indicar quem são os clientes e de que forma a organização cria valor para eles. Para isso, devem ser respondidas, simultaneamente, as seguintes questões: O que distingue a nossa oferta da dos nossos concorrentes? Quem são os nossos clientes? Qual o principal valor que podemos oferecer e o que desejamos que os nossos clientes percebam?

Com a resposta às questões anteriores, torna-se possível ajustar os principais indicadores de resultados²⁶ aos clientes e segmentos - alvo e seleccionar e medir explicitamente as ofertas de valor, a propor-lhes. A identificação dessas ofertas,

²⁵ Estas propostas de valor, frisam Kaplan e Norton (1997), mais não são que os atributos disponibilizados pelos fornecedores, através dos seus produtos e serviços, visando gerar fidelidade e satisfação em segmentos – alvo, através de três aspectos principais: atributos dos produtos ou serviços; relacionamento com os clientes; imagem e reputação organizacional.

²⁶ Satisfação, lealdade, retenção, aquisição e rendibilidade.

aparece assim como a base para o estabelecimento dos objectivos e indicadores para esta perspectiva (Sousa e Rodrigues, 2002) que deve incluir medidas específicas das propostas de valor que a empresa oferecerá aos clientes, visando garantir a sua fidelidade (Kaplan e Norton, 1997). Como indicadores mais frequentes para essas propostas, referem os relacionados com o preço, o tempo e a qualidade.

Aumento da fidelidade, Quota de mercado, Taxa de satisfação dos clientes, Taxa de retenção de clientes, Lucratividade de clientes, Rendibilidade dos clientes, Melhoria da prestação de serviços e produtos, Imagem e prestígio, são apenas exemplos de possíveis indicadores de resultados, para esta perspectiva, apontados por Kaplan e Norton (1997) e referidos por vários outros autores (Olve et al., 1999; Sousa e Rodrigues, 2002; Neves, 2005; Muñiz e Monfort, 2005).

2.5.3.3. A Perspectiva de Processos Internos

Uma análise rigorosa dos processos internos que a empresa utiliza, para a prestação do serviço é o que preconiza esta perspectiva que, segundo Kaplan e Norton (1996, 1997, 2004b) deve identificar os processos internos críticos para o sucesso da estratégia e a concretização da missão. Devem procurar identificar-se e medir os processos chave do negócio (produto/serviço), nos quais a empresa deve ser eficiente, alcançar a excelência (inovação, operação e pós-venda) e conseguir realizar os objectivos dos clientes e accionistas, com qualidade e controlo de custos. A perspectiva interna recolhe assim indicadores dos processos internos que são críticos para o posicionamento no mercado e para levar a estratégia a bom porto, devendo reflectir as capacidades fundamentais da organização e a tecnologia crucial para adicionar valor à actividade do cliente (Dávila, 1999). Por essa razão, nesta perspectiva, os objectivos e indicadores só devem ser elaborados, após a definição dos objectivos e indicadores para as perspectivas financeira e do cliente (Sousa e Rodrigues, 2002). Os objectivos dos processos internos, devem destacar os processos absolutamente críticos para o sucesso da estratégia da empresa, mesmo que, no momento, possam não estar sendo executados (Kaplan e Norton, 1997:27).

No que concerne aos indicadores, mais frequentemente utilizados nesta perspectiva são, segundo vários autores (Kaplan e Norton, 1997; Sousa e Rodrigues, 2002; Neves, 2005; Muñiz e Monfort, 2005), os seguintes:

Na mensuração da inovação: *N.º de novos produtos ou serviços; Facturação realizada com produtos criados nos últimos X anos; Tempo de desenvolvimento de um novo produto, N.º de novas patentes, etc.*

Na mensuração da eficiência de processos: *Produtividade; Taxa de desperdício; Taxa de rendimento das matérias-primas; Taxa de rendimento das máquinas; Prazo de entrega dos produtos; Tempo de atendimento médio dos clientes; N.º de clientes que levaram mais de X tempo para serem atendidos; Qualidade; Tempo de paragens; Taxa de ocupação; etc.*

Na mensuração do serviço pós-venda: *Tempo de substituição de um produto defeituoso; N.º de chamadas atendidas, etc.*

2.5.3.4. A Perspectiva Aprendizagem e Crescimento

Inicialmente designada como *Inovação e Aprendizagem*²⁷, na quarta perspectiva do BSC incluem-se os objectivos e as medidas que pretendem promover a aprendizagem e o crescimento da empresa, tendo presente que para qualquer estratégia, os recursos materiais e as pessoas, são a chave para o êxito (Dávila, 1999). Os objectivos aqui definidos são, por isso, a infra-estrutura que possibilitará que os objectivos das outras perspectivas sejam alcançados. Para lá do investimento nas áreas tradicionais (equipamentos, investigação e desenvolvimento), as organizações devem também investir no futuro (pessoas, sistemas e procedimentos), se quiserem alcançar objectivos ambiciosos de crescimento financeiro a longo prazo (Sousa e Rodrigues, 2002).

²⁷ Nos primeiros textos de Kaplan e Norton, em 1992 e 1993. A partir de 1996, esta perspectiva passou a chamar-se de Aprendizagem e Crescimento, sendo a inovação incorporada nos Processos Internos (Sousa e Rodrigues, 2002).

Kaplan e Norton (1997), consideram que nesta perspectiva, o crescimento organizacional provém de três fontes principais: das *peessoas*; dos *sistemas*; e dos *procedimentos organizacionais*. Neste sentido, as empresas terão que investir na reciclagem e formação dos funcionários, no aperfeiçoamento da tecnologia da informação e dos sistemas, e no alinhamento dos procedimentos e rotinas organizacionais. Trata-se, em suma, de desenvolver objectivos e medidas para orientar a aprendizagem e o crescimento organizacional, desenvolvendo competências de trabalho em equipa, infra-estruturas tecnológicas, cultura organizacional e clima para a acção. Esta perspectiva justifica-se pela necessidade de a empresa acompanhar a evolução e as mudanças do mercado. Para se adaptar a essas mudanças, a empresa tem que investir nas pessoas e no conhecimento (Neves, 2005).

Quanto aos indicadores mais frequentemente utilizados, devem ser direccionados para as pessoas e as infra-estruturas tecnológicas necessárias ao sucesso da organização. Destacam-se, segundo Kaplan e Norton (1997), três tipos ou categorias: capacidade dos funcionários; capacidade dos sistemas de informação; e motivação, iniciativa (*empowerment*) e alinhamento.

Por essas três categorias distribuem-se, normalmente, como indicadores: *Nível de formação dos empregados*; *Grau de satisfação do pessoal*; *Retenção / Taxa de rotação do pessoal*; *N.º de inovações nos processos*; *Porcentagem de sugestões do pessoal implementadas*; *Produtividade*; *Conhecimento das causas de insatisfação dos colaboradores*, etc. (Kaplan e Norton, 1997; Muñiz e Monfort, 2005).

2.5.4. Conceitos e Arquitectura de um *Balanced Scorecard*

2.5.4.1. Generalidades

Sendo uma ferramenta, um modelo de gestão, que traduz a visão e a estratégia da empresa, em medidas de desempenho e acções, o BSC permite sustentar a estratégia empresarial, através de indicadores financeiros e não financeiros. Parte da premissa básica que medir é importante e que tudo o que não é medido, não pode ser monitorizado. Neste sentido o BSC é, essencialmente, um conjunto de

indicadores financeiros e não financeiros referentes aos factores críticos de sucesso da empresa. O que é inovador neste conceito é que as componentes do BSC são construídas de uma forma integrada, de tal modo que se reforçam umas às outras, indicando tanto as actuais como as futuras perspectivas da empresa“ (Sousa e Rodrigues, 2002:49).

O BSC assume-se como um modelo conceptual, capaz de delimitar e incrementar uma dinâmica endógena de mudança, um processo faseado de mobilização de toda a organização, através de um esquema de trabalho contingencial e de gestão racional da tecnologia, da informação, do empenho e mobilização de todas as pessoas. Ainda assim, os objectivos e as medidas utilizados no *Balanced Scorecard*, não se limitam a um conjunto aleatório de medidas de desempenho financeiro e não financeiro, pois derivam de um processo hierárquico (*top down*) norteado pela missão, visão e estratégia da unidade de negócios.

Como sistema gerencial, o BSC é uma abordagem nova, uma filosofia e prática inovadora de gestão da performance das empresas e das organizações, baseada na sua visão e estratégia que permite sustentar através de vários indicadores de desempenho, por cada uma das suas perspectivas. Kaplan e Norton (1992; 1997), salientam que o BSC é muito mais que um sistema de medidas tácticas ou operacionais, uma vez que procura traduzir a missão e a estratégia de uma organização (ou unidade) em medidas tangíveis, na procura do equilíbrio necessário, entre os indicadores externos (relacionados com accionistas e clientes) e os internos (processos críticos, inovação, aprendizagem e crescimento...). Para conseguir um bom desempenho, o BSC apresenta, como componentes essenciais, por perspectiva, alicerçados na Visão e Estratégia (figura 2.1, pág. 26), os seguintes (Bocci, 2005):

- 1) *Objectivos estratégicos*: os que traduzem a visão em objectivos organizacionais de causa e efeito;
- 2) *Indicadores de desempenho*: conjunto de indicadores para medição e acompanhamento do sucesso de cada objectivo²⁸ estratégico;

²⁸ Kaplan e Norton (1997) destacam que um bom BSC deve ser uma combinação adequada de indicadores de resultados (indicadores de ocorrências) com impulsionadores de desempenho (indicadores de tendências) ajustados à estratégia.

-
- 3) *Estabelecimento de metas ao longo do tempo*: o conjunto de metas para avaliação do nível de desempenho esperado para cada um dos indicadores;
 - 4) *Planos de acção e projectos estratégicos*: planos e intervenções capazes de fazer com que as metas sejam atingidas.

Em síntese, parafraseando os seus criadores, “o *Balanced Scorecard* é um novo instrumento que integra as medidas derivadas da estratégia. Sem menosprezar as medidas financeiras do desempenho passado, ele incorpora os vectores do desempenho financeiro futuro. Esses vectores, que abrangem as perspectivas do cliente, dos processos internos, e da aprendizagem e crescimento, nascem de um esforço consciente e rigoroso de tradução da estratégia organizacional em objectivos e medidas tangíveis (Kaplan e Norton, 1997:19-20).

2.5.4.2. Missão, Visão e Valores

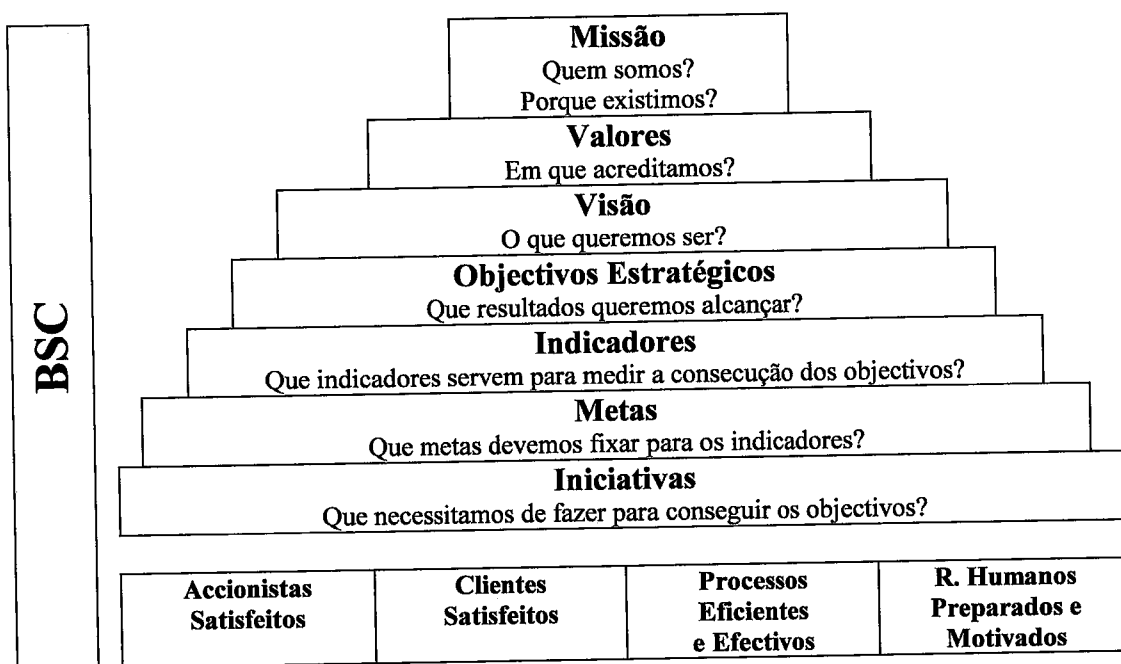
Todas as organizações diferem substancialmente nas motivações porque foram criadas, nas razões porque existem e nas condições em que se mantêm ou sobrevivem. Algumas têm como principal objectivo a geração de lucros para os seus accionistas, razão porque valorizam essencialmente a performance financeira, enquanto outras, nas quais se incluem as do sector público de saúde, têm como objectivo prioritário a prestação de um serviço social essencial e, por isso, colocam os objectivos financeiros em papel mais secundário (Neves, 2005). Neste contexto, torna-se importante clarificar alguns conceitos, nomeadamente no que respeita à *missão, visão e valores* organizacionais, que em principio reflectem para que serve, onde pretende chegar, e quais as orientações chave que balizam a sua actividade.

A *Missão* representa a verdadeira razão de ser da organização. Define aquilo para que ela serve, os propósitos²⁹ que persegue, a consideração dos cenários para o seu futuro e o estabelecimento da sua postura estratégica. A missão justifica a

²⁹ Explicitação dos sectores de actuação, a sua finalidade, em suma, aquilo para que a organização existe.

existência da organização, devendo reflectir a sua razão de ser, qual o seu propósito, porque existe e o que faz (Muñiz e Monfort, 2005). Em suma, como pode observar-se na figura 2.2, a missão deve procurar responder, essencialmente, a duas questões: Quem somos? Porque existimos?

Figura 2.2. Elementos mais importantes do Balanced Scorecard



Fonte: Kaplan e Norton (2000a); Muñiz e Monfort (2005)

A *Visão* é uma pré – definição das linhas orientadoras determinantes e dos objectivos centrais que a organização pretende atingir (Zorrinho et al., 2003). Como força motivadora, a visão representa o futuro desejado; ter uma visão realista do futuro que deve ser conhecida, entendida e assumida por todos os actores envolvidos. Nesse contexto, a visão tem como propósito, orientar, controlar e desafiar toda a organização, sendo uma expressão concentrada sobre o estado a que se aspira na empresa, sobre a sua finalidade e os seus objectivos superiores. A visão origina uma imagem de futuro da alta administração e da gestão de topo sobre o desenvolvimento futuro, ambicionado pela empresa (Horváth e Partners, 2003:495). Podendo ser criada por um indivíduo ou um grupo, a visão descreve um futuro desejável que transmite significado e inspiração e, por isso, está fortemente associada aos valores:

porque oferece uma imagem do estádio futuro que a organização pretende alcançar e por ser uma imagem do objectivo a que se aspira (Martin e Henderson, 2001). O que queremos ser? Esta é a questão que aqui deve ser respondida (figura 2.2).

Os *Valores* são crenças profundamente enraizadas, acerca daquilo que é certo ou errado, acerca do que é ou não importante e daquilo em que verdadeiramente acreditamos. São os princípios que norteiam as atitudes da empresa. Devem fazer parte da cultura organizacional da instituição e ser percebidos por todos, com base, nomeadamente, nos exemplos da liderança. Ao nível das organizações, os valores são fortemente influenciados por outros mais amplos da sua envolvente, principalmente pelos valores das pessoas que nela trabalham e pelos das que utilizam os seus serviços. A institucionalização dos valores de uma organização é igualmente importante para impedir que os indivíduos sejam guiados pelos seus valores pessoais. Se a visão de uma organização é a imagem dos objectivos que está a procurar atingir, visão e valores relacionam-se estreitamente, na medida em que a visão se apresenta sempre condicionada por valores que, por isso, consideram um conjunto de objectivos, verdadeiramente mais importantes que outros (Martin e Henderson, 2001). Os autores salientam ainda que na área da saúde, as organizações se regem, normalmente, por alguns valores universais e que, por essa razão, são comuns a várias delas. Como exemplo, referem os oito valores identificados pelo *Institute for Public Policy Research*, em 1999, para servirem de base moral a um serviço nacional de saúde. São eles: *saúde de qualidade, eficácia na utilização dos recursos públicos, equidade, liberdade de escolha, democracia* (responsabilização perante os utentes pela qualidade dos serviços prestados), *respeito pela dignidade humana, serviço público e universalidade*.

2.5.4.3. Os Objectivos Estratégicos

Objectivos são declarações específicas, sempre algo de tangível, relacionados por isso com uma meta determinada a atingir, fornecendo detalhes acerca do que deve ser feito e quando. São um fim desejado, uma chave para a organização e para a visão do negócio. Por essa razão, devem ser orientadores, coordenadores de esforços

e motivadores, tendo associados padrões de medida para poderem ser controlados. Normalmente aparecem associados a números e datas, porque dessa forma se torna mais fácil determinar se um objectivo foi alcançado. Uma vez que dizem sempre respeito a algo determinado, os objectivos³⁰, não existem isolados, apresentando mesmo significado restrito, se considerados fora do contexto das suas metas, cada uma das quais deverá ter, idealmente, um ou mais objectivos que a suportam. Neste contexto, metas e objectivos devem ser considerados em conjunto, pois só desse modo se poderá ter clareza no seu entendimento (Sousa e Rodrigues, 2002).

Em termos quantitativos, ao nível do BSC, tanto Kaplan e Norton (1997), como Horváth e Partners (2003) e Muñiz e Monfort (2005) consideram, como representação ideal, quatro ou cinco objectivos, por perspectiva, visando não perder o controlo do processo. Neste contexto, sempre que a estratégia organizacional inscreva um número elevado de objectivos, deve efectuar-se um trabalho de síntese, possibilitando a identificação dos verdadeiramente relevantes para as linhas estratégicas definidas.

Uma metodologia possível, para esse trabalho de síntese, é a proposta por Horváth e Partners (2003), quando sugerem que nesta fase inicial, se categorizem os objectivos iniciais, de acordo com os critérios estabelecidos no quadro 2.1, em conjunto com uma clarificação crítica dos objectivos.

Quadro 2.1. Critérios para Categorização dos Objectivos Estratégicos

Tipo de Objectivo	Descrição
Objectivo Básico	Quando o objectivo é demasiado geral
Objectivo Estratégico	O verdadeiramente Estratégico
Possível Acção Estratégica	O Objectivo apresenta-se demasiado concreto
Objectivo Operacional	Mais adequado para a gestão corrente (do dia-a-dia)

Fonte: Horváth e Partners (2003)

Uma outra sugestão, também dos mesmos autores, é a utilização de uma matriz que permita enquadrar as várias propostas de objectivos. Como pode

³⁰ Que devem ser *SMART*, ou seja, Specific (Específicos), Measurable (Medidos), Achievable (alcançáveis), Realistic (realísticos) e Time-related (relacionados no tempo) (Arveson, 1998).

observar-se na figura 2.3, os objectivos a incluir no BSC, deverão ser apenas aqueles de que depende realmente o êxito da organização (situados na zona sombreada da figura 2.3).

Figura 2.3. Matriz para Selecção de Objectivos

Relevância da Competência	Elevado	↑
	Elevado	→
	Baixo	Necessidade de Actuação
	Baixo	Elevado →
	Elevado	Elevado →

Só serão importantes no caso de existirem desvios	Objectivos decisivos dos quais depende o êxito da organização (Balanced Scorecard)
Prioridade Baixa	Atenção Pontual

Fonte: Adaptado de Horváth e Partners (2003)

2.5.4.4. Os Factores Críticos de Sucesso

Factores Críticos de Sucesso (FCS) são as actividades ou resultados chave em que o bom desempenho é essencial para o sucesso da organização. A sua identificação é uma tarefa que passa por identificar os princípios, as actividades e os elementos de gestão em que a organização deve ter um desempenho excelente, procurando fornecer aos utentes um serviço cada vez melhor. Trata-se de identificar, com precisão, quais as variáveis e pequenas áreas, em que os responsáveis podem intervir, e onde tudo deve correr bem para que os objectivos e as metas sejam atingidos (Muñiz e Monfort, 2005). Os FCS são actividades que quando realizadas correctamente, garantirão, por certo, o êxito organizacional.

Na lógica BSC, vários autores, entre os quais Horváth e Partners (2003), sugerem a consideração e selecção de cerca de quatro ou cinco FCS, por perspectiva, ainda que esse número deva ser equacionado, em função de cada caso concreto e sejam, por isso, admissíveis outros números.

2.5.4.5. Indicadores de Desempenho

Os indicadores são rácios de gestão que servem para medir e valorizar o cumprimento dos objectivos estratégicos previamente definidos.

Kaplan e Norton, salientam que “o sistema de indicadores afecta fortemente o comportamento das pessoas dentro e fora da empresa. Se quiserem sobreviver e prosperar na era da informação, as empresas devem utilizar sistemas de gestão e medição de desempenho derivados das suas estratégias e capacidades” (Kaplan e Norton, 1997:21). Por outras palavras, “...sem medição não se saberá como estamos, logo não saberemos como actuar (...) um sistema de medição deve ter uma ligação clara e efectiva à estratégia da organização e, portanto, com os aspectos que a gestão de topo ou administração considera essenciais para o futuro da organização, caso contrário, ter-se-á sempre um conjunto de números, não raras vezes, de difícil leitura, que não diz nada e que não mede o que realmente interessa” (Pereira et al.: 2004:28-29).

Por essa razão, salientam os mesmos autores, numa época em que a preocupação se centra em atingir eficazmente resultados e gerir eficientemente os recursos disponíveis, torna-se essencial perceber o que se deve medir, como essa medição se relaciona com a estratégia e com os processos das organizações e, por fim, com que ferramentas se pode gerir e manter os sistemas de medida. Ora, sendo os indicadores úteis para expressar os objectivos estratégicos de forma clara e inequívoca, permitindo determinar como se deve medir a sua efectiva concretização, ao seleccioná-los, devem ter-se em linha de conta, não só a representação da concretização dos objectivos estratégicos, mas também a influência no comportamento organizacional que eles possibilitam (Horváth e Partners, 2003).

Especificamente em relação ao BSC, sendo os indicadores financeiros claramente insuficientes para avaliar o desempenho das empresas, devem também incorporar-se indicadores que reflectam a crescente complexidade do ambiente empresarial. Isto não significa, que os indicadores financeiros devam ser postos de lado, mas sim que o perigo reside em centrar as preocupações das empresas apenas nesses critérios, descurando a atenção a todos os outros factores e dimensões organizacionais (Sousa e Rodrigues, 2002; Pereira et al., 2004).

Para Sousa e Rodrigues (2002), o conjunto de indicadores que realmente interessa, é o que mede o cumprimento dos objectivos quantificados, definidos e pensados pela gestão de topo, com o envolvimento das equipas gestoras dos processos. Considerando os estados presente e futuro pretendidos, deve analisar-se o estado actual, definir o ponto onde queremos chegar e, considerando o contexto interno (restrições e potencialidades) e externo (ameaças e oportunidades) estabelecer a estratégia e os grandes objectivos. Estes, deverão ser quantificáveis e, conseqüentemente, sujeitos a uma métrica própria e a metas, que servirão de indicador da viagem a percorrer. A tarefa, no entanto, nem sempre se revela fácil. Arveson (1998), salienta que o desenvolvimento de um conjunto coerente e articulado de indicadores, se revela o aspecto de mais difícil abordagem, dentro do BSC³¹, uma vez que a simples escolha de determinada abordagem, ainda que adequada, pode não ser suficiente para assegurar o êxito, tornando-se necessária uma correcta análise e administração de todos os dados.

Kaplan e Norton (1997) salientam, por sua vez, que todo o *Balanced Scorecard* utiliza várias medidas genéricas, regra geral, medidas essenciais de resultados, e reveladoras de metas comuns a muitas estratégias e a várias empresas, embora em conjunto com outras medidas (específicas de cada organização), apelidadas de indutoras ou vectores de desempenho. Na sua perspectiva, os indicadores a incluir no BSC, podem e devem ser de dois tipos:

(1) *Indicadores de Ocorrência (lagging indicators)*: são medidas genéricas de resultados que medem efectivamente os resultados obtidos. Lucro, participação no mercado, satisfação e retenção de clientes, habilidades dos funcionários e número de falhas dos sistemas de informação, são exemplos deste tipo de indicadores. Sendo os resultados a consequência de acções tomadas, os *indicadores de ocorrência* indicam as consequências resultantes dessas acções.

³¹ Arveson (1998), considera que a identificação dos Indicadores deve resultar de um processo de reflexão profunda, a partir da visão, estratégia e missão da organização. Recomenda, por isso que os indicadores seleccionados, obedeçam a onze características, devendo ser: 1) prospectivos, indicando tendências futuras; 2) objectivos e imparciais; 3) normalizados; 4) estatisticamente confiáveis; 5) equitativos; 6) balanceado (equilibrado) em termos quantitativos; 7) apropriados a medir as características de modo adequado; 8) quantificáveis; 9) eficientes; 10) abrangentes; 11) discriminatórios (pequenas alterações têm significado relevante).

(2) *Indicadores de Tendência (leading indicators)*: são os indutores ou *vectores de desempenho* e medem as iniciativas que se realizam para conseguir o objectivo. São normalmente específicos para cada unidade singular, em função da estratégia adoptada. Abrangem quase sempre os vectores financeiros, os segmentos em que a organização opta por competir, quais os processos internos específicos, entre outros.

Quanto ao número, e critérios para a identificação e selecção dos indicadores, vários autores³² salientam que a monitorização estratégica de uma organização, se faz com um pequeno número de indicadores, derivados dos FCS, numa combinação adequada entre indicadores de resultados (*lagging indicators*) e de tendência (*leading indicators*), distribuídos por todas as perspectivas do BSC.

Horváth e Partners (2003), são de opinião que não devem fixar-se, após a selecção final, mais que dois (máximo de três) indicadores por cada objectivo. Já Olve et al. (1999), referem que ao nível directivo da empresa, ou mesmo de simples unidades departamentais, é corrente o uso de quinze a vinte e cinco indicadores, ainda que normalmente seja necessário um número menor. Muñiz e Monfort (2005) apontam, por seu lado, para um intervalo entre dezasseis a vinte oito indicadores, distribuídos pelas quatro perspectivas³³. Já Kaplan e Norton (1997, 2004b), admitem como adequado um sistema de aproximadamente vinte e quatro indicadores, distribuídos pelas quatro perspectivas do BSC (quatro a sete indicadores por perspectiva). Consideram mesmo que esse é o número de indicadores verdadeiramente estratégico e os que não devem ser confundidos com simples medidas de diagnóstico.

Outros indicadores adoptados pela organização, geralmente em número muito maior, servem apenas para monitorizar o funcionamento operacional, mas não para a monitorização estratégica. Para lá dos indicadores genéricos, presentes na maioria das organizações, cada uma deve, por isso, desenvolver indicadores próprios, com base na sua especificidade.

³² Olve et al. (1999); Horváth e Partners (2003); Kaplan e Norton, (1997, 2004b).

³³ Perspectiva Financeira (3-4); Clientes (5-10); Processos Internos (5-10); Aprendizagem e Crescimento (3-6).

Em síntese, “um bom Balanced Scorecard deve ser uma combinação adequada de resultados (indicadores de ocorrência) e impulsionadores de desempenho (indicadores de tendências) ajustados à estratégia da unidade de negócios” (Kaplan e Norton, 1997:156).

2.5.4.6. As Metas e as Iniciativas Estratégicas

Para Kaplan e Norton (1997), as metas representam um ambicioso objectivo a ser alcançado e superado. Estão inscritas na estrutura do BSC, permitindo quantificar os resultados desejados, criar mecanismos para mobilizar os recursos necessários à obtenção dos resultados e estabelecer referenciais de curto prazo, tanto para as medidas financeiras, como não financeiras. O mesmo é dizer, uma meta é um valor objectivo que se deseja atingir, para um indicador específico e num período de tempo determinado (geralmente mais curto que o dos objectivos)³⁴. As metas estratégicas podem ser estabelecidas para períodos maiores ou mais curtos (anuais, semestrais ou mesmo mensais), devendo observar-se que para os *vectores de desempenho*, a periodicidade deve ser menor, fruto da necessidade de monitorização constante e imediata correcção dos desvios. Já os *indicadores de resultados*, podem ter periodicidade maior, normalmente anual ou semestral.

As metas delineadas não são, no entanto, facilmente atingíveis. Para as alcançar, a organização deve estar disposta a comprometer recursos e dinheiro e a empenhar as pessoas necessárias para atingir os resultados desejados. Ao seleccionar as metas, deve ter-se presente que qualquer uma delas, para ser racional, deve possuir determinadas características³⁵ e que para a sua selecção, devem ser seguidas algumas orientações importantes. Desde logo, importa determinar quem participa na definição das metas, sendo aconselhável que o grupo inclua os responsáveis por todas as principais actividades. Em seguida, deve ser desenvolvido um procedimento detalhado para as monitorizar, rever e reformular regularmente, em função das

³⁴ Compreende-se: podem definir-se objectivos a três ou mais anos, por exemplo, e metas anuais de concretização desses objectivos.

³⁵ Nomeadamente: ser económica, aplicável, consistente, abrangente, compreensível, mensurável, estável, adaptável, legítima, equitativa e focalizada nos clientes (Muñiz e Monfort, 2005).

circunstâncias. Depois, todas as metas individuais devem esclarecer as actividades da organização e o seu conjunto, estar em relação estreita com a missão e constituir um projecto eficaz para alcançar os objectivos (Kaplan e Norton, 1997).

Para o estabelecimento das metas, podem ser utilizadas várias técnicas, entre as quais, como salientam Kaplan e Norton (1997), a título de exemplo, o *benchmarking* com referenciais de excelência; a comparação com outros referenciais (média de mercado, melhor concorrente, histórico...); processos de projecção (média móvel, média acumulada...); processos de previsão (projecção mais previsão).

As *Iniciativas Estratégicas*, são as acções a desenvolver pela organização, visando cumprir os objectivos e atingir as metas definidas. Traduzem-se assim, em acções, projectos e programas, que são o meio que possibilitam atingir os objectivos estratégicos e aferir a estratégia escolhida. Verdadeiramente, as iniciativas estratégicas, são quem impulsiona a mudança organizacional, no sentido de esta se adaptar à envolvente e competir com uma concorrência, cada vez mais forte e agressiva.

Por esta razão e porque podem ser múltiplas e variadas, as iniciativas estratégicas têm sempre implícito um processo de selecção, priorização, aplicação de recursos, alteração de estrutura organizacional e modificação de procedimentos, que servem de suporte a uma transformação profunda da organização, quer ao nível da mudança das formas de trabalho, quer da cultura dos colaboradores.

As iniciativas estratégicas podem assim referir-se a múltiplos domínios contemplando, nomeadamente, programas de formação profissional dos colaboradores, programas de melhoria da qualidade e projectos de implementação de novos sistemas informáticos, entre muitos, muitos outros (Muñiz e Monfort, 2005).

2.5.4.7. Os Mapas Estratégicos

Para Kaplan e Norton (2004b) o mapa estratégico, acabou por se revelar uma inovação tão importante quanto o próprio BSC original. Com efeito, se o BSC tinha como propósito inicial a melhoraria da medição dos activos intangíveis da organização, acabou por se tornar uma poderosa ferramenta na descrição e

implementação da estratégia, assumindo-se como a representação gráfica dos indicadores estratégicos do BSC, em que cada indicador é parte integrante de uma cadeia lógica de causa e efeito, que liga os resultados desejados com os vectores de desempenho associados. Por um lado, o mapa estratégico permite estruturar todo o processo estratégico, sistematizando-o, e exigindo respostas para as questões estratégicas mais relevantes³⁶; pelo outro, permite aumentar a transparência e a focalização nas prioridades estratégicas da organização (Greiner e Requena, 2004).

Decompondo a estratégia organizacional nas quatro (ou mais) perspectivas do BSC, os mapas estratégicos podem ser vistos como um “um concerto (equilibrado), a quatro vozes: *a voz dos clientes, a voz dos processos, a voz dos investidores e a voz das pessoas* (RH) e das competências do negócio” (Queirós, 2004:38). Como salientam Sousa e Rodrigues (2002), estes gráficos são apenas descrições lógicas e exaustivas da estratégia, uma verdadeira base para a construção do BSC. A sua grande vantagem, reside no facto de permitirem decompor, de forma coerente e articulada, nas quatro (ou mais) perspectivas do BSC, todo o vasto conjunto de objectivos estratégicos relevantes para atingir a visão, demonstrando, através de relações de causa-efeito, como isso se vai desenrolar (Queirós, 2004).

Para Kaplan e Norton (2004b), a representação gráfica das conexões entre objectivos e indicadores (o mapa estratégico) evidencia, de forma sintética, o mecanismo de funcionamento do modelo BSC, permitindo facilmente a identificação da estratégia empresarial, as relações de causa-efeito e a integração de todos os objectivos para a concretização das metas definidas, de facto, a sua grande vantagem.

Fruto da sua grande experiência, Kaplan e Norton (2004b) publicaram um livro inteiramente dedicado aos mapas estratégicos, no qual descrevem os cinco princípios em que estas representações gráficas se baseiam. São eles, nomeadamente:

(1) *A estratégia equilibra forças contraditórias.* Os investimentos em activos intangíveis têm como único objectivo o aumento da receita a longo prazo, mas conflituam frequentemente com a redução de custos (normalmente um objectivo financeiro a curto prazo). Neste contexto, o ponto de partida da descrição estratégica,

³⁶ Que crescimento procura a empresa? Com que rendimento? Quais as vantagens competitivas que se procuram alcançar? Como reduzir custos nos Processos? Quais os intangíveis mais importantes do ponto de vista estratégico? (Greiner e Requena, 2004).

deve ser a articulação coerente dos objectivos financeiros de curto prazo (redução de custos, melhoria da produtividade...), com o objectivo de longo prazo, de aumento da receita.

(2) *A estratégia baseia-se numa proposição de valor diferenciada para os clientes.* A satisfação dos clientes é a base da criação de valor sustentável. Nesse sentido, a estratégia obriga à definição clara dos segmentos de clientes-alvo e do que é necessário fazer para lhes agradar. Para Kaplan e Norton (2004b), a clareza desta proposição é a dimensão mais importante da estratégia.

(3) *Cria-se valor por meio dos processos internos.* Os processos da perspectiva interna e aprendizagem e crescimento, são os que, de facto, impulsionam a estratégia e mostram como a organização a implementará. Por essa razão, devem as empresas concentrar-se nos poucos processos internos críticos, de forma a apresentar uma oferta diferenciada e de qualidade. Kaplan e Norton (1997, 2004b) dividem os processos internos em quatro grupos: *Gestão Operacional* (produção e fornecimento de produtos e serviços aos clientes); *Gestão de Clientes* (relacionamento com os clientes); *Inovação* (desenvolvimento de novos produtos ou serviços) e *Regulatório e Social* (conformidade com as expectativas reguladoras e sociais e desenvolvimento de comunidades mais fortes).

(4) *A estratégia compõe-se de temas complementares e simultâneos.* Cada grupo de processos internos fornece benefícios em diferentes momentos. A melhoria nos *processos operacionais* permite obter resultados a curto prazo (redução de custos e melhoria da qualidade); os benefícios da melhoria nos processos de *relacionamento com os clientes, inovação e processos regulatórios e sociais*, demoram geralmente, muito mais tempo a aparecer.

(5) *O alinhamento estratégico determina o valor dos activos intangíveis.* A perspectiva Aprendizagem e Crescimento trata dos *activos intangíveis* da organização e do seu papel na estratégia. Estes activos, cujo valor, não pode ser medido de maneira independente, subdivide-se em três dimensões: *Capital humano* (aptidões e conhecimento dos empregados); *Capital da informação* (bases de dados, sistemas de informação, redes e infra-estrutura tecnológica) e *Capital organizacional*

(cultura, liderança, alinhamento dos empregados, trabalho em equipa e gestão do conhecimento).

A construção do mapa de estratégia deve ser elaborada em atenção aos cinco princípios anteriores, formulados por Kaplan e Norton em 2000. Neste sentido, quando bem elaborado, um mapa de estratégia deve ter poucos objectivos estratégicos e apresentar relações de causa-efeito muito claras, permitindo não só transmitir a estratégia da empresa de forma rápida, visual e permanente, como a concentração dos esforços de todos na obtenção dos objectivos que define e reflecte. Ou seja, o mapa estratégico permite visualizar claramente os objectivos e as suas interdependências, ainda que sem o detalhe da clássica cadeia de causa-efeito, revelando, no entanto, de forma clara e coerente, os elementos essenciais ao sucesso da estratégia da empresa (Greiner e Requena, 2004).

2.5.4.8. Dificuldades de Implementação do *Balanced Scorecard*

Raras vezes o trabalho estratégico fracassa, devido a uma carência de ideias ou de conteúdos. Na maior parte dos casos, salientam Greiner e Requena (2004), o fracasso acontece por se contar com processos estratégicos desestruturados ou inflexíveis, incapazes por isso de agrupar ideias ou alcançar consensos e compromissos entre as pessoas. Por essa razão, Kaplan e Norton (1997), salientam várias precauções a tomar na implementação do BSC, uma vez que o modelo, apesar de extremamente válido, não é tão simples como parece. Entre os perigos para a sua implementação, incluem: "...falhas na estrutura e na escolha das medidas para o *scorecard*, além de falhas organizacionais no processo de desenvolvimento do *scorecard* e na sua forma de utilização" (Kaplan e Norton, 1997:297). Pela sua importância, vale a pena detalhar cada uma delas.

As *falhas estruturais* acontecem porque muitos executivos consideram que o facto de complementarem medidas financeiras com não financeiras, é por si suficiente para ter um BSC. No entanto, como muitas medidas não financeiras apresentam vários dos defeitos das medidas financeiras tradicionais, só a obtenção de um verdadeiro equilíbrio entre *indicadores de resultado e desempenho*, permite a obtenção de excelentes resultados a longo prazo (Sousa e Rodrigues, 2002).

Já as *falhas organizacionais*, costumam aparecer em resultado de uma deficiente implementação do conceito e não como fruto de falhas do BSC, propriamente dito. Para obviar esta situação, Kaplan e Norton (2004b) sugerem a não delegação do BSC em equipas de nível intermédio porque, para ser eficaz, é imperativo que o BSC reflecta a visão estratégica da gestão de topo. Se os altos executivos não estiverem à frente do processo, dificilmente utilizarão o BSC nos processos gerenciais críticos. A procura de um scorecard perfeito, que ninguém encontra, porque simplesmente não existe, é um outro problema que pode aparecer. No entanto, como o BSC é um modelo que vai estar sempre em permanente avaliação, não se justificam reticências, quanto à selecção e implementação de alguns indicadores, mesmo que não se esteja inicialmente certo de serem os mais adequados ou de, para eles, não existir informação disponível, uma vez que podem futuramente ser corrigidos. Kaplan e Norton (2004b), afirmam que embora correndo riscos, o processo deve ser iniciado com base num conjunto equilibrado de *vectores de desempenho* e *indicadores de resultados*. Esse é, pode concluir-se, verdadeiramente o segredo.

Em complemento das considerações conceptuais anteriores, Sousa e Rodrigues (2002) sintetizam, apresentando uma perspectiva mais prática. Salientam nomeadamente que as dificuldades de implementação de um BSC, têm principalmente a ver com o facto de a sua introdução numa empresa, ter sempre implícita uma mudança. Ora, as mudanças nunca são fáceis, para mais quando obrigam, como é o caso, à introdução de conceitos como controlo, avaliação e monitorização de desempenho, tudo factores susceptíveis de alterar equilíbrios de poder há muito estabelecidos. Depois, a introdução e manutenção do BSC, pode sobrecarregar muita gente, em particular, no que concerne à recolha de alguns dados que podem não existir na empresa e que será necessário colher especificamente para o BSC. Este trabalho adicional, pode também criar alguns anticorpos e dificultar a implementação do modelo.

Finalmente, sobressai a necessidade de o BSC sobreviver e prosperar (após a sua implementação), no meio de mecanismos de informação concorrentes, situação que nem sempre é fácil, uma vez que os gestores de topo, devem muitas vezes as suas posições, ao facto de terem atingido, com sucesso, os objectivos financeiros. Por

essa razão, têm dificuldade em raciocinar de outra forma, que não com base em perspectivas e indicadores tradicionais. Se as empresas não conseguirem compreender e superar todas estas barreiras ou dificuldades, muito dificilmente conseguirão implementar o BSC com sucesso. Sousa e Rodrigues (2002), referem a propósito, um artigo³⁷ em que se afirma que cerca de 70% das implementações do BSC falham, apontando como explicação³⁸ o facto de, nesses casos, não terem sido seguidos o que designam por *Dez Mandamentos da Implementação do BSC*, basicamente os processos críticos de desenvolvimento e implementação de um BSC que seguidamente se abordam.

2.5.4.9. Processos Críticos de Desenvolvimento de um BSC

A primeira razão para a implementação de um BSC, deve ser a convicção, verdadeiramente assumida, de que ele é o modelo que permite concretizar a estratégia e a missão da organização, em objectivos e medidas operacionais.

O BSC, é principalmente um mecanismo para pôr em prática uma estratégia, e não um processo para a sua formulação. Neste contexto, como referem Kaplan e Norton (1997), sendo o BSC um verdadeiro sistema de gestão estratégica e, nesse sentido, muito mais que um simples sistema de medidas tácticas ou operacionais, implica sempre o desenvolvimento de algumas acções sequenciais, apresentadas na figura 2.4, que podem considerar-se como os processos críticos de elaboração de um BSC. Para compreender o modelo e implementá-lo com sucesso, é necessário vê-lo de forma integrada, razão porque se torna necessário seguir procedimentos estruturados que tenham em conta as principais questões de descrição da estratégia, de uma forma clara, cuidadosa e completa. Para isso, torna-se necessário seguir uma série de procedimentos ou processos críticos, uma vez que o efeito de um BSC depende essencialmente do seu processo de desenho e implementação (Gaiser e Greiner, 2003).

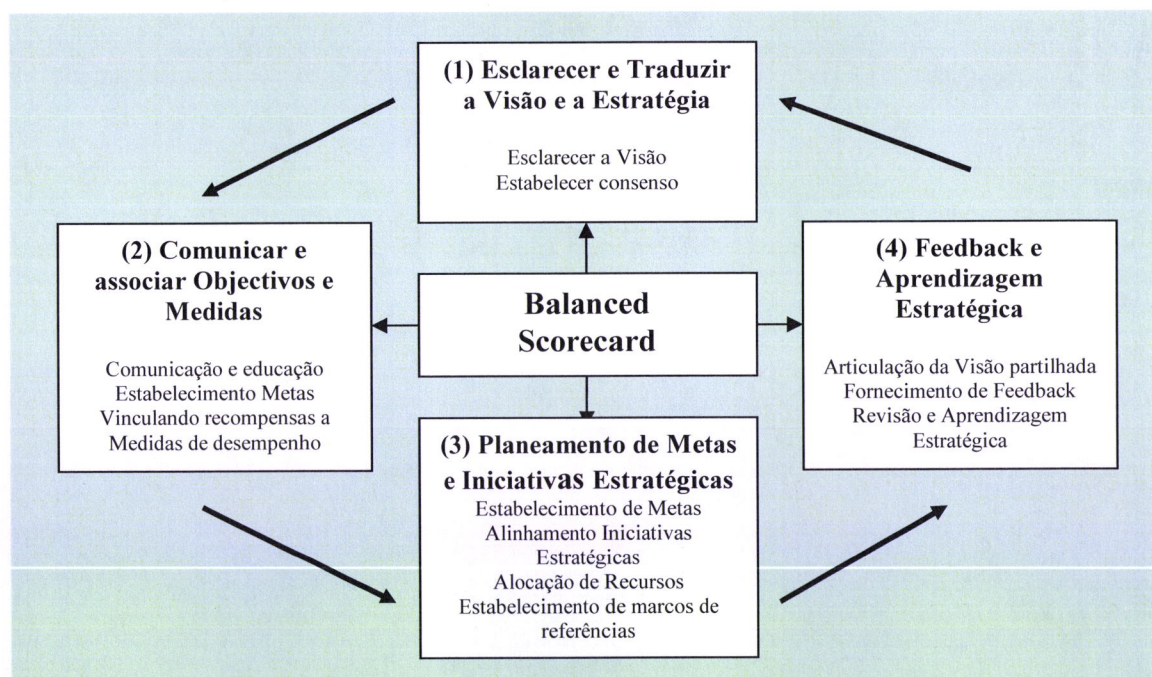
Segundo Kaplan e Norton (1997), o primeiro processo crítico é *Esclarecer e Traduzir a Visão e a Estratégia* (figura 2.4). O processo deve ter início com um

³⁷ De P. McCunn (1998).

³⁸ Sustentada num estudo de Claude Lewy, da Free University of Amsterdam, referido no artigo de P. McCunn (1998).

trabalho de equipa da alta administração, para traduzir uma estratégia, claramente definida e assumida por toda a organização, em objectivos estratégicos específicos, devidamente explicitados num diagrama simples (mapa estratégico) que evidencie claramente as relações de causa e efeito, nas diferentes perspectivas. Subjacente a cada um dos objectivos, devem ainda ser identificadas pelo grupo de trabalho (que inclui obrigatoriamente a gestão de topo), as metas, as iniciativas, os indicadores de gestão (estes, com o intuito de medir o desempenho organizacional, nos seus diversos níveis) e as iniciativas estratégicas mais críticas para a obtenção do desempenho desejado.

Figura 2.4. Processos (Acções) Críticos de Elaboração de um *BSC*



Fonte: Kaplan e Norton (1997)

Esclarecida a Visão e a Estratégia, o segundo passo deve ser a *Comunicação dos Objectivos e Iniciativas Estratégicas a todos* os colaboradores, de uma forma periódica e sistemática, visando divulgar o rumo que a organização vai tomar, de modo que todo o pessoal fique identificado com os factores críticos a alcançar e alinhado com a estratégia organizacional. Para essa tarefa, vários autores

recomendam diversos mecanismos, nomeadamente programas de comunicação e educação, em conjunto com o reforço da cultura de *feedback* sobre os resultados obtidos. Outras iniciativas, podem passar por programas que estabeleçam objectivos pessoais e de equipa (aqui já fruto do desdobramento dos objectivos estratégicos organizacionais, em objectivos para as várias unidades ou departamentos e, no limite, em objectivos pessoais dos colaboradores), através de *scorecards* individuais e de equipa. Quer uns, quer outros, é consensual na literatura, deverão ser definidos por via de *scorecards* de unidade, devidamente enquadrados com os objectivos estratégicos globais da organização. Ao nível da comunicação, Kaplan e Norton (1997) recomendam a utilização de *newsletters*, quadros de avisos, vídeos e mesmo a via electrónica, usando para isso softwares de trabalho em grupo e computadores ligados em rede.

O passo seguinte, passa por *Planear e Estabelecer Metas e Alinhar Iniciativas Estratégicas*. Trata-se neste caso de estabelecer as metas que, quando atingidas, transformarão a organização. O mesmo é dizer, salientam os autores, trata-se de incorporar a estratégia no trabalho de todos os dias. O *benchmarking* pode ser utilizado para encontrar as melhores práticas e verificar se as metas internas estão de acordo com o desejável desempenho estratégico. Neste ponto, importa salvaguardar alguns aspectos cruciais. Desde logo, a fixação de metas deve ser ambiciosa, tendo em vista os objectivos definidos. Gestores e demais colaboradores da organização, têm que acreditar que as metas, apesar de ambiciosas, podem ser alcançadas. Em seguida, devem alinhar-se as *Iniciativas Estratégicas*, avaliando se as actuais iniciativas permitem atingir os objectivos e as metas, ou se é necessário definir e implementar outras. O alinhamento das iniciativas deve terminar com a definição de um *Plano de Acção das Iniciativas Estratégicas*.

Selecionadas as iniciativas estratégicas deve seguir-se, de acordo com Kaplan e Norton (1997), a *Afectação de Recursos (humanos e materiais) e Definição de Orçamentos*, avaliando os recursos (humanos e materiais) que necessitam ser alocados e definindo os papéis e responsabilidades. O orçamento deve ser integrado no planeamento estratégico, definindo-se um orçamento anual para a implementação da iniciativa, em função das várias perspectivas e não unicamente, em função dos indicadores financeiros.

Finalmente, a última fase (*Melhorar o feedback e a Aprendizagem estratégica*) é a que Kaplan e Norton (1997) consideram como o aspecto mais inovador e importante de todo o BSC uma vez que, afirmam, nos ambientes em transformação, como os actuais, podem surgir continuamente mudanças (oportunidades ou ameaças) que obriguem a reformulações do plano estratégico inicialmente traçado. Por essa razão, devem continuamente ser criados instrumentos para a aprendizagem, fazendo da estratégia um processo permanente de inovação e desenvolvimento, em função da realidade e das condicionantes da envolvimento organizacional.

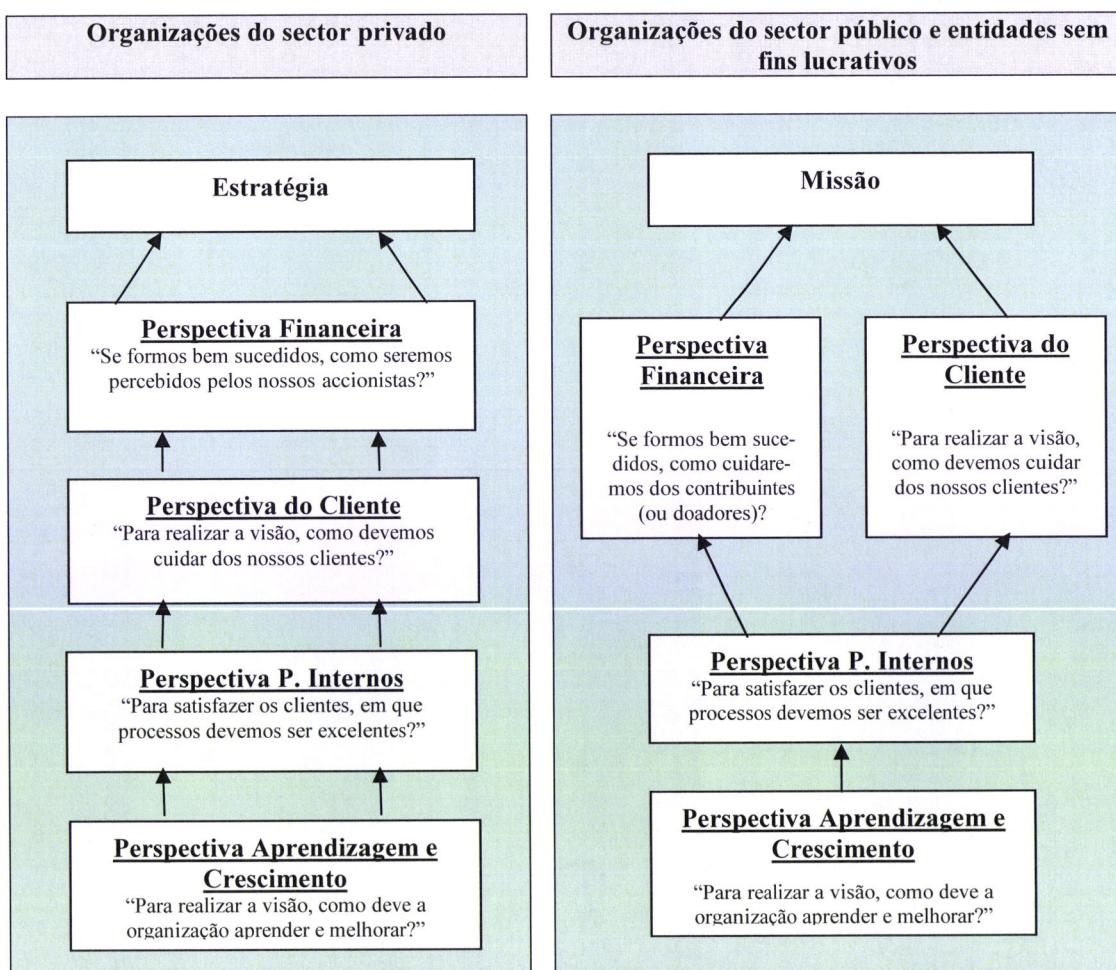
2.5.5. O BSC no Sector Público e Hospitalar

Embora sejam imprescindíveis para o desenvolvimento social, nas empresas do sector público, o lucro não é o principal objectivo. Existem por causa da sua missão, prestar um serviço público, e com isso, para fazerem a diferença na sociedade e na vida dos indivíduos. Por outras palavras, nas empresas públicas e instituições sem fins lucrativos, o sucesso deve ser medido, essencialmente, pelo grau de *eficácia e eficiência* com que essas organizações atendem às necessidades dos seus participantes, ou seja, com que cumprem a sua missão (Arveson, 1999). Devem por isso ser definidos objectivos tangíveis para clientes e participantes. As considerações financeiras podem desempenhar um papel favorecedor ou inibidor, mas raramente serão o objectivo básico (Kaplan e Norton, 1997).

Foi a partir de 1996, principalmente 1998/99, que o BSC começou a ser introduzido no sector não lucrativo, em que também pode ser adoptado, com sucesso, desde que ligeiramente modificado (Kaplan e Norton, 2000a). Nos Estados Unidos, desde a reforma da administração pública, decretada pelo Presidente Clinton, em 1993, que vários serviços e agências governamentais têm adoptado este modelo, assumindo diferentes perspectivas (Boyne, 2002). Uma vez que o lucro não é o objectivo primordial, as principais alterações do BSC, para a sua adaptação ao sector público, têm principalmente a ver com a denominação, hierarquização, conteúdos e número de perspectivas consideradas, visando obter uma resposta adequada, às necessidades das organizações públicas, em que predomina o serviço público. A

perspectiva financeira não aparece no topo da hierarquia, sendo normalmente substituída pela dos clientes³⁹, que é, neste sector, o ponto de referência da implementação do modelo e a que determina a organização dos processos internos e de aprendizagem e crescimento. Nas organizações privadas, é a estratégia (de crescimento e lucro) que determina o arranjo das perspectivas (figura 2.5), enquanto que o desempenho no cumprimento da missão, é o critério definitivo de sucesso para as organizações do sector público e entidades sem fins lucrativos (Kaplan e Norton, 2004b; Phillips, 2004).

Figura 2.5. Mapas Estratégicos em Organizações com e sem Fins Lucrativos



Fonte: Kaplan e Norton (2004b)

³⁹ Ao nível do sector público, vários autores consideram antes a perspectiva Comunidade, em que incluem, obviamente, os clientes (entre outros: Bastidas e Feliu, 2003; Bocci, 2005).

As entidades públicas, uma vez que abrangem um conjunto amplo e diversificado de missões, devem definir o seu impacto social de maneira diferente das privadas, pelo que é no correcto e adequado atendimento das necessidades dos seus *clientes* ou *stakeholders*⁴⁰ que alcançam o sucesso e cumprem cabalmente a sua missão. Esse sucesso, só é conseguido por intermédio de uma boa performance nos *processos internos*, devidamente apoiados nos activos intangíveis (*aprendizagem e crescimento*). A perspectiva *financeira* não é, neste caso, dominante, embora deva reflectir os objectivos de quem as financia (Kaplan e Norton, 2004b).

Quadro 2.2. Comparação entre Organizações Públicas e Privadas

Características	Sector Privado	Sector Público
Objectivo estratégico	Competitividade	Valor da missão, eficácia
Objectivos financeiros	Lucro, crescimento, quota de mercado	Produtividade, eficiência, valor
<i>Stakeholders</i>	Accionistas, clientes, gestores	Contribuintes, funcionários, legisladores
Resultado esperado	Satisfação do cliente	Satisfação do cliente

Fonte: Arveson (1999)

Comparando as organizações públicas e privadas (quadro 2.2), Arveson (1999), salienta como principais diferenças, o facto de as primeiras privilegiarem a missão, a eficiência e a eficácia, em detrimento da competitividade e do lucro, objectivos primordiais nas organizações privadas. Ao conseguir compatibilizar os interesses de accionistas (ou contribuintes) e clientes, com a missão declarada, a organização pública "...cria uma arquitectura estratégica eficiente e eficaz que reflecte os temas de produtividade e crescimento da receita utilizados pelas organizações do sector privado" (Kaplan e Norton, 2004b:9).

Bastidas e Feliu (2003), salientam que nas organizações cujo objectivo principal não é o lucro (fundações, hospitais públicos e outras), a implementação do BSC, tem tido uma evolução muito mais lenta que no sector privado. Em parte,

⁴⁰Os beneficiários dos serviços de uma organização.

justificam, na linha de Boyne (2002)⁴¹, porque estas organizações estão sempre sujeitas a grandes influências e pressões, internas e externas, que acabam por afectar o alcance dos seus propósitos e a sua governação. São vários os *stakeholders* e os seus interesses, muitas vezes cruzados uns com os outros, o que traz sempre conflitualidades e negociação de prioridades e necessidades. Depois, porque a maioria das entidades públicas e não lucrativas, tiveram algumas dificuldades com a estrutura original do BSC, por apresentar a perspectiva financeira na parte superior da sua arquitectura, facto que não se coadunava com a missão destas organizações, que pretendiam, e deviam, colocar no topo os seus beneficiários, para quem verdadeiramente existiam e trabalhavam.

Tentando encontrar ajustes no BSC para as instituições públicas, Bastidas e Feliu (2003), salientam que nestas organizações, o eixo central do desenho de um BSC, deve sempre ser a comunidade, como utilizadora e beneficiária de um serviço. Neste sentido, é o cliente e não a perspectiva financeira, quem deve estar no topo da hierarquia, uma vez que a meta final, deve ser sempre uma maior satisfação de cada um dos clientes e da sociedade, em geral. Como ajustes ao BSC original, para que possa ser adoptado com sucesso nas organizações públicas, propõem assim que contenha, em primeiro lugar, três perspectivas (*Cliente, Comunidade e Ambiental*) que, em paralelo, ocupam o topo da hierarquia. Depois, que integre a planificação estratégica como processo indispensável para a identificação dos *Stakeholders*, seus interesses, potencialidades, conflitos e estratégias de poder. Em seguida, que a perspectiva *Aprendizagem e Crescimento* seja substituída pela *Perspectiva Humana*, em que se incluem os objectivos respeitantes à estratégia de valor para os recursos humanos da organização. Finalmente, que a perspectiva *Financeira* seja apenas um meio para atingir os objectivos das outras perspectivas, sendo medida em termos de economia, eficiência, eficácia e qualidade.

Uma vez que é a *Perspectiva Interna* que define os factores críticos para o sucesso, considera-se de importância decisiva e a comparação com as organizações similares mais próximas, pode servir de método para impulsionar a melhoria e a inovação de processos.

⁴¹ Boyne (2002), considera como características, entre outras, das organizações públicas, o facto de serem, relativamente às privadas, mais Complexas, Burocráticas, Permeáveis a Pressões, Instáveis e menos autónomas...

Com algumas diferenças, mas em linha com a proposta anterior, aponta a sugestão de Neves (2005). Com efeito, referindo-se especificamente a empresas sem fins lucrativos, versus hospital público, e reportando-se às relações de causa e efeito no seu mapa estratégico, este autor considera que no topo da pirâmide devem estar os objectivos relacionados com a satisfação dos utentes, para os quais devem contribuir processos internos eficientes e pessoal competente e motivado. Por último, ainda que também importante, a perspectiva financeira, deve evidenciar um equilíbrio saudável entre receitas e despesas. Quer isto dizer que no BSC das organizações públicas, a perspectiva do *Cliente* deve incorporar os verdadeiros objectivos da organização, enquanto que a perspectiva *Financeira* serve apenas para indicar a eficiência da organização, relativamente à prossecução dos outros objectivos (Sousa e Rodrigues, 2002). Dito de outro modo, a criação de valor, entendida estritamente de um ponto de vista económico-financeiro não é, nestas organizações, o objectivo primordial, sendo antes e apenas, um recurso para alcançar a missão (Dávila, 1999).

Apesar das dificuldades e necessárias adaptações, a implementação do BSC no sector público tem sido, segundo vários autores⁴², geralmente bem sucedida. Kaplan e Norton (2004b) salientam mesmo que a aplicação do *Balanced Scorecard* às organizações sem fins lucrativos, se revelou até uma das extensões mais gratificantes do conceito original, uma vez que essas organizações se empenham verdadeiramente em cumprir uma missão, sua verdadeira razão de ser, em vez de se desgastarem a tentar alcançar resultados financeiros acima da média, um desafio permanente nas organizações privadas.

No que respeita especificamente à aplicação do BSC ao sector da saúde e, nomeadamente, à gestão hospitalar, são já vários os exemplos bem sucedidos. Kaplan e Norton (2000a) referem o caso dos hospitais *Duke Children* e *Montefior*; Atkinson e Epstein (2000)⁴³, apresentam o caso do *Hospital de Ontário* (Canadá), que implementou o BSC, com o objectivo de desenvolver a sua responsabilidade pública, fortalecer o desempenho e melhorar os cuidados de saúde aos doentes. Acrescentam que o *Scorecard* deste hospital inclui indicadores em quatro perspectivas, renomeadas em relação à designação original: (1) *Financeira*; (2)

⁴² Kaplan e Norton (2000a); Sousa e Rodrigues (2002); Wachtel et al. (1999); Kaplan e Nevius (2001); Micheli e Kennerley (2005).

⁴³ Sousa e Rodrigues (2002).

Satisfação dos doentes; (3) Utilização e Resultados clínicos (como o hospital lida com as situações que requerem cuidados clínicos); *(4) Mudança e Integração dos Sistemas* (melhoria das relações com outras instituições de saúde, dos canais de informação e da coordenação da prestação de cuidados).

Wachtel et al. (1999) descrevem a aplicação bem sucedida do BSC, no *Centro Hospitalar da Universidade do Colorado*, detalhando a metodologia do seu desenvolvimento e implementação. Neste caso, foram consideradas as quatro perspectivas tradicionais do BSC, pela mesma ordem, e pelas quais foram distribuídos os doze objectivos estratégicos identificados. Kaplan e Norton (2004b) relatam também um outro estudo de caso, versando sobre a aplicação do BSC no *St. Mary's Duluth Clinic Health System (SMDC)*, salientando que foi a aplicação do BSC e, em especial, a construção do mapa estratégico, que ajudou o SMDC a compreender-se como empresa. A equipa executiva começou por identificar os seus clientes, dividindo-os em três conjuntos, para cada um dos quais, considerou as propostas de valor mais adequadas. O mapa estratégico, adoptou as quatro perspectivas originais do BSC e foi iniciado com a definição clara da visão e missão, em função das quais se estabeleceram os objectivos maiores da organização e os resultados financeiros desejados, tanto em termos de crescimento, como de eficiência. A estratégia foi delineada a partir da proposição de valor considerada para cada um dos três conjuntos de clientes identificados, e para cuja satisfação se organizaram os *processos internos*, focalizados no uso de tecnologias clínicas geradoras de vantagens competitivas, e no apelo aos médicos, para o seu uso, nas actividades quotidianas (excelência operacional no mapa estratégico). Finalmente, o mapa estratégico do SMDC, concentrou-se nos objectivos de *Aprendizagem e Crescimento* que permitiram otimizar a capacidade dos empregados e da organização. Após o desenvolvimento do BSC e do mapa estratégico corporativo, o SMDC, promoveu o seu desdobramento para toda a organização, alinhando com ele, todos os serviços e departamentos. Para isso, a equipa executiva do BSC implementou uma campanha de consciencialização estratégica e divulgação do BSC em toda a organização. Após três anos de implementação, o modelo continua evoluindo, sendo já vários os resultados positivos, principalmente relacionados com a contenção de custos e a satisfação dos vários conjuntos de clientes.

Kaplan e Nevius (2001), em artigo publicado na revista *Balanced Scorecard Report*, debruçam-se sobre as vantagens e a forma como, nas instituições de saúde, deve articular-se a estratégia com o BSC, apresentando como exemplo, os casos do *Duke Children's Hospital*, *Montefiore Medical Center* e *Saint Mary's/Duluth Clinic Health System*, que têm utilizado o BSC com sucesso, para a aplicação e monitorização estratégica. Em jeito de proposta de um BSC hospitalar, propõem um mapa estratégico com as quatro perspectivas tradicionais, focado nos sistemas de informação, competência, eficiência e motivação dos funcionários (perspectiva *aprendizagem e crescimento*); na excelência dos *processos internos* (planeamento, inovação...) e na imagem, reputação, facilidade de acesso e *outcomes* (perspectiva cliente). Quanto aos objectivos financeiros, consideram-nos igualmente importantes, quer nas organizações privadas, quer nas públicas. Apresentam ainda, relativamente ao *Duke Children's Hospital*, uma síntese dos ganhos conseguidos com a introdução do BSC, nomeadamente (apenas como exemplo) a redução substancial no custo por doente tratado (25%), o aumento da satisfação dos familiares (11%) e a redução do número de readmissões (36%).

Micheli e Kennerley (2005) apresentam, por sua vez, uma revisão de literatura, sobre a aplicação do BSC no sector público e hospitalar⁴⁴, salientando que são várias as vantagens da sua aplicação, nomeadamente, o reforço da posição competitiva, a melhoria do desempenho financeiro e o aumento da satisfação dos clientes. Concluem ainda que, se ponderadas as analogias e diferenças entre os sectores público e privado, o BSC apresenta, de facto, grandes vantagens. A ponderar obrigatoriamente, salientam a necessidade de identificação clara dos *stakeholders* da organização, das relações de causa e efeito e, por último, que o BSC desenvolvido resulte num modelo compreensível e suficientemente flexível, para poder ser ajustado, em função dos vários contextos de trabalho e das mudanças a que a organização está sempre sujeita.

Bocci (2005), apresenta também uma arquitectura de BSC para o sector público, considerando, por ordem hierárquica, no mapa estratégico, as perspectivas, *Comunidade*, *Processos Internos*, *Aprendizagem e Crescimento* e *Recursos Financeiros*. A novidade da sua proposta reside no facto de considerar quatro

⁴⁴ Referem, entre outros: Oliveira (2001); Inamdar et al. (2002); Syfert et al. (1998); Wachtel et al. (1999); Pink et al. (2001); Meliones e al (2001) ...

dimensões na perspectiva Comunidade: “*Citizen as Customer*”; “*Citizen as Owner*”; “*Citizen as Subject to laws*” e “*Citizen as Partner*” porque, afirma, só desta forma é possível considerar os vários *stakeholders* e o papel que cada um desempenha na complexa relação com as instituições públicas e, nomeadamente com os hospitais.

Vários outros casos, muitos disponíveis *on-line*, são hoje frequentes em hospitais e hospitais universitários, atestando a disseminação, com sucesso, desta importante ferramenta. Um outro exemplo que pode referir-se é o do *Duke University Health System's Goals*, implementado na *Duke University School of Medicine*⁴⁵. Este BSC, considera quatro áreas de responsabilidade, tal como no modelo original, ainda que renomeadas. No topo da pirâmide, aparece a perspectiva *Cultura e Trabalho*. Em segundo lugar, a perspectiva, *Qualidade Clínica e Processos Internos*, seguida da perspectiva *Clientes* e, finalmente, no patamar inferior da pirâmide, o *Sucesso Financeiro*, que deve permitir a concretização dos objectivos das outras perspectivas.

Muitos outros exemplos poderiam ser enumerados. Na literatura internacional encontram-se inúmeros relatos de experiências de implementação ao sector público e, especificamente, ao sector hospitalar. Uma vez que já foram suficientemente expostas, quer as vantagens do BSC, quer a necessidade de algumas adaptações, na implementação à gestão dos hospitais públicos, não parece por ora necessário, apontar mais exemplos.

Em síntese: Kaplan e Norton (1997) recomendam vivamente o BSC, como instrumento de alinhamento estratégico das organizações públicas. Afirmam, no entanto que para estas empresas, a perspectiva financeira, representa uma limitação e não um objectivo em si mesmo, na medida em que sendo organizações sem fins lucrativos, devem limitar os seus gastos às quantias orçamentadas. Não obstante, acrescentam, a simples redução da despesa não deve ser indicador suficiente para avaliar o sucesso, na medida em que essa redução não deve, nem pode, comprometer a missão. Tal como no sector privado, os decisores públicos devem questionar-se permanentemente, procurando resposta para questões como a de saber se os clientes e os vários grupos de interesse⁴⁶ estão satisfeitos com o serviço que recebem; se a estratégia global está a funcionar e as estratégias individuais estão alinhadas com a estratégia global; se a organização está a ser eficiente e eficaz, em termos de

⁴⁵ Disponível em: www.hr.duke.edu/payperformance/achiving_our_goals/health_system_goals.html

⁴⁶ Funcionários, gestores de topo, legisladores e tutela.

qualidade e quantidade de serviços; se os vários grupos de interesse, estão a contribuir com ideias construtivas e se a organização está a desenvolver as competências necessárias para executar as estratégias definidas (Pedro, 2004). Por outras palavras, “o *Balanced Scorecard* pode também proporcionar foco, motivação e responsabilidades significativas em empresas públicas e instituições sem fins lucrativos. Nesse caso, o *scorecard* oferece a base lógica para a existência dessas organizações (servir clientes e partes interessadas, além de manter os gastos dentro dos limites orçamentados), e comunica externa e internamente os resultados e os vectores de desempenho pelos quais a organização realizará a sua missão e alcançará os seus objectivos estratégicos” (Kaplan e Norton, 1997:197).

A revisão de literatura recomenda que nas organizações públicas e na gestão hospitalar, em particular, se modifiquem os modelos de gestão, orientando--os para a produção de resultados, a promoção de uma cultura de avaliação e de responsabilidade e, em suma, para a satisfação das necessidades dos cidadãos. A solução, parece passar pelo abandono das práticas tradicionais que apenas valorizam o cumprimento de metas orçamentais e de redução de despesas (olvidando a missão, eficácia e eficiência) e pela adopção de novas ferramentas centradas nos resultados e nas necessidades dos cidadãos (Kaplan e Bower, 1999). No caso português, têm sido ensaiadas várias soluções de empresarialização dos Hospitais (criação da rede de hospitais SA, na anterior legislatura e, recentemente, com a sua transformação em hospitais EPE), com base na ideia de que as organizações do sector público, podem adoptar, com vantagem, muitos dos processos e métodos de gestão das empresas do sector privado (Boyne, 2002). Não obstante, tratando-se de organizações com objectivos diferentes, não basta aproximar os modelos de gestão, tornando-se igualmente necessário introduzir na gestão pública, uma cultura de avaliação, responsabilidade e serviço ao cidadão. Considerando os exemplos de sucesso já referidos neste capítulo e as potencialidades do BSC, nomeadamente na sua adaptação ao sector público, estranha-se que não tenha ainda sido adaptado, ou pelo menos testado, na gestão pública portuguesa e, nomeadamente, na gestão hospitalar. Suprir essa lacuna e demonstrar que desenvolvendo uma metodologia própria, o modelo pode ser adaptado, com sucesso, na gestão hospitalar pública portuguesa é o que, nos capítulos seguintes, se vai procurar concretizar.

Capítulo 3. PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

Neste capítulo descrevem-se os principais procedimentos metodológicos utilizados. Visando uma melhor sistematização e compreensão dos métodos e técnicas, subdividiu-se o capítulo em três secções principais.

Na primeira, *Enquadramento Metodológico*, caracteriza-se genericamente o trabalho, apresentando a unidade de análise, bem como o tipo e objecto de estudo.

Na segunda, tendo como objectivo fundamentar as opções assumidas, apresentam-se os principais modelos genéricos que lhe serviram de suporte: o modelo de Kaplan e Norton (1992), o de Olve et al. (1999) e o de Horváth e Partners (2003). Abordam-se ainda algumas propostas de adaptação do BSC ao sector público, nomeadamente o hospitalar.

Finalmente, na terceira secção, apresentam-se as fontes e os processos de recolha e tratamento de dados, complementadas com a descrição pormenorizada da metodologia utilizada na elaboração do “BSC Hospitalar”.

3.1. Enquadramento Metodológico

O trabalho enquadra-se numa *perspectiva qualitativa*, ainda que “classificar uma pesquisa como quantitativa, qualitativa ou etnográfica, como inquérito ou investigação – acção, etc., não significa que o investigador, uma vez escolhido um determinado tipo de abordagem, não possa mudar os métodos normalmente associados a esse estilo” (Bell 1997:20).

Trata-se, ainda, de um *estudo de caso*, método que, como refere Adelman⁴⁷, pode ser definido como um termo global para uma família de métodos de investigação que têm em comum, o facto de se centrarem no estudo de uma determinada organização única e específica, um determinado caso, que o investigador observa, questiona e estuda. Ou ainda, como salienta Yin (2001), um método que permite uma investigação, preservando as características holísticas da

⁴⁷ Bell (1997).

vida real, tais como ciclos de vida, processos organizacionais, administrativos e processos de mudança.

A *unidade de análise* escolhida para aplicação do modelo proposto, é um hospital público, de nível Distrital, localizado na Região Sul de Portugal e pertencente ao chamado sector público administrativo (SPA)⁴⁸. A opção por uma unidade desta dimensão justifica-se por ser desejável, como salientam Kaplan e Norton (1997), que a construção do BSC se inicie numa unidade que possua uma cadeia de valores completa⁴⁹. Acresce o facto de a metodologia BSC resultar melhor se iniciada no topo e desdobrada depois para as unidades departamentais, como referem ainda os seus criadores. Apesar de ter sido ponderada a criação de um hospital conceptual, que pudesse ser representativo da generalidade dos hospitais portugueses, a opção pela utilização de um hospital real, foi no sentido de reproduzir com maior rigor o ambiente interno e externo que enquadram a sua actuação, com a grande vantagem, de poder dispor de toda a sua documentação interna, nomeadamente as Linhas de Orientação Estratégica, sem dúvida um bom porto de partida e uma importante base de trabalho.

3.2. Modelos de Suporte à Construção do “BSC Hospitalar”

As organizações iniciam a construção de *scorecards* por diversos motivos, ainda que a razão principal seja sempre mobilizá-las em novas direcções estratégicas, e também, porque a primeira aplicação origina normalmente um processo de mudanças que vai muito para lá do objectivo inicial da sua elaboração (Kaplan e Norton, 1997).

Ampla e pormenorizadamente descrito na literatura, o processo de elaboração e implementação de um BSC, constitui-se por uma série de procedimentos sequenciais, exhaustivamente referidos por Kaplan e Norton (1992, 1993, 1996, 1997). A partir da apresentação inicial, o modelo tem sido adoptado e utilizado em

⁴⁸ Transformado em “Hospital EPE”, no decorrer deste trabalho.

⁴⁹ Inovação, operações, marketing, vendas e serviços.

diversas empresas de várias partes do mundo⁵⁰. Com base nessa disseminação e fruto da experiência entretanto acumulada, têm surgido várias outras propostas, desenvolvidas por diversos autores (Olive et al., 1999; Horváth e Partners, 2003;...) que, sem desvirtuar o modelo original, lhe têm acrescentado algumas melhorias. Em paralelo, vão abundando na literatura, *papers* e exemplos de aplicação do BCS nas empresas públicas, dos mais variados sectores, desde os sistemas de transporte (Phillips, 2004), até aos sistemas de saúde (Kaplan e Nevius, 2001; Shutt, 2003; Bocci, 2005) e, concretamente aos hospitais (Wachtel et al., 1999; Muñiz e Monfort, 2005).

No geral, com algumas diferenças ao nível da fase prévia, no essencial do desenvolvimento do BSC, todas as propostas utilizam a metodologia base de Kaplan e Norton (1992,1993,1996,1997). Ou seja, uma vez definida ou clarificada a estratégia organizacional, todas as propostas procuram responder, sucessivamente, às seguintes questões:

- Qual a *Missão, Visão e Valores*?
- Quais são os *Objectivos Estratégicos*?
- Quais são os *Factores Críticos de Sucesso*, para concretizar os objectivos?
- Quais são as *Metas* a atingir?
- Quais são os *Indicadores* críticos para medir a actividade?
- Quais são os *Planos de Acção* necessários?

De resto, em todas as propostas se podem observar uma ou duas fases prévias⁵¹, de preparação para a execução do BSC, e várias outras, de desenvolvimento e implementação. Com o objectivo de melhor compreender e fundamentar a proposta que aqui se apresenta, vale a pena detalhar alguns modelos ou propostas de implementação do BSC. Antes de explicitar melhor a metodologia utilizada, neste caso, é isso que seguidamente se faz.

⁵⁰ Apesar de estar progressivamente a chegar a todas as partes do mundo, o BSC tem tido maior aplicação nos Estados Unidos, Canadá e Norte da Europa (Sousa e Rodrigues, 2002).

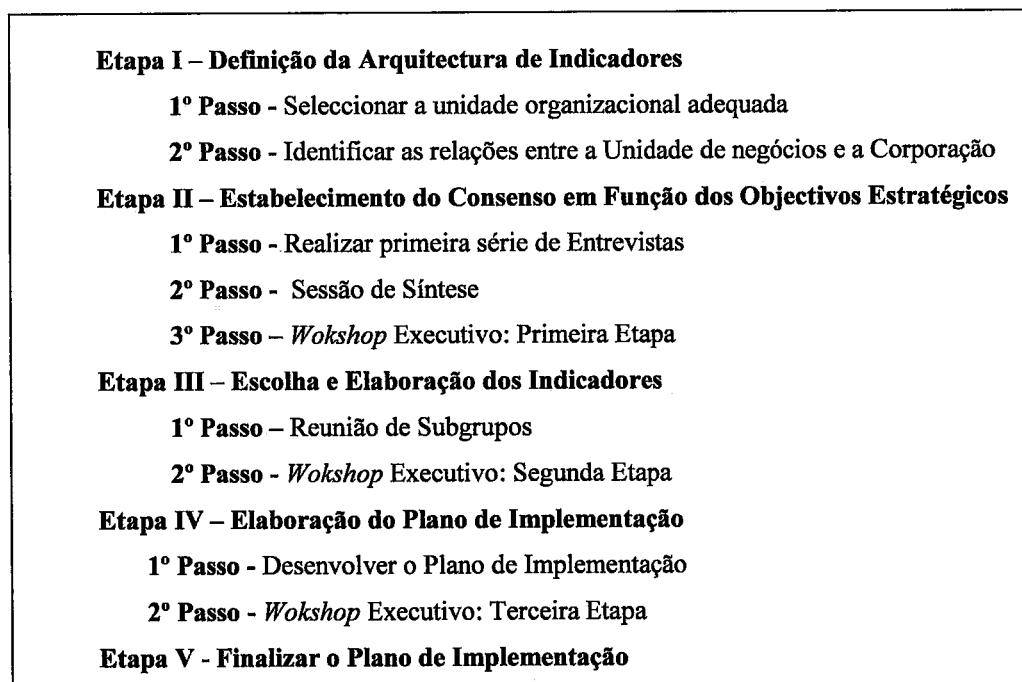
⁵¹ Selecção da Unidade Organizacional Adequada e Identificação das relações entre a Unidade de Negócios e a Corporação (Etapa I), em **Kaplan e Norton (1992)**; Definir a empresa, Descrever o seu Desenvolvimento e Estrutura e Estabelecer ou Confirmar a Visão da Organização (Fases 1 e 2), em **Olive et al. (1999)**; Criar um Marco Organizativo e Clarificar a Base Estratégica (Fases 1 e 2), em **Horváth e Partners (2003)**.

3.2.1. O Modelo de Kaplan e Norton

Em consenso com a alta administração, deve começar-se por seleccionar a unidade organizacional adequada para a implementação do BSC que deve ter, de preferência, actividades de uma cadeia de valores completa⁵². Seleccionada a unidade, deve analisar-se o seu relacionamento com outras organizações, para lá da sua estrutura divisional e corporativa (Etapa I, 1º e 2º passos, figura 3.1).

A procura de informações sobre a visão, missão, estratégia organizacional, sector de actividade e ambiente competitivo em que a organização se insere e opera, devem ser os passos seguintes. Na posse dessas informações e de material básico sobre o BSC, deve então entrevistar-se a gestão de topo da organização⁵³, comunicando-lhes o BSC e recolhendo informações diversas, nomeadamente sobre a estratégia e os objectivos organizacionais.

Figura 3.1. Metodologia de Implementação do BSC



Fonte: Kaplan e Norton (1997)

⁵² Ou seja: inovação, operações, marketing, vendas, serviços e clientes próprios, a quem fornece os seus produtos ou serviços.

⁵³ Kaplan e Norton (1992, 1997) **recomendam** que se entreviste cada alto executivo, durante aproximadamente 90 minutos, procurando obter informações sobre os objectivos estratégicos e uma ideia preliminar das medidas do BSC, nas suas quatro perspectivas.

A partir das informações recolhidas, deve elaborar-se uma lista com os possíveis objectivos estratégicos e distribuí-los pelas perspectivas BSC, previamente definidas. Em reunião com a administração, deve então procurar-se um consenso relativamente ao *scorecard* e aos objectivos estratégicos. Cada potencial objectivo deve ser discutido individualmente, sendo seleccionados, por votação, os três ou quatro mais importantes, por perspectiva. Deve ainda efectuar-se uma descrição detalhada de cada um deles e elaborar uma lista de potenciais indicadores, por cada um dos objectivos.

Na etapa seguinte (*III*), deve estabelecer-se a descrição final dos objectivos e indicadores, seleccionando as informações e acções necessárias para os tornar possíveis. A identificação das relações de causa e efeito, com a elaboração de um modelo gráfico (mapa estratégico), ilustrando a forma como os indicadores e objectivos se inter – relacionam, devem ser as tarefas seguintes.

Com o envolvimento da alta administração e o maior número possível de gerentes intermédios, devem em seguida formular-se as metas para cada indicador⁵⁴ e elaborar-se o material de divulgação e comunicação⁵⁵ para todos os funcionários.

Segue-se a elaboração do *Plano de Implementação* que deve explicitar a forma como os indicadores se ligam às bases de dados e aos sistemas de informação existentes, de forma a possibilitar a comunicação a toda a organização e a facilitar o estabelecimento de métricas (de segundo nível), para as unidades departamentais⁵⁶. A realização de uma reunião final da equipa executiva, para aprovação e validação de todo o trabalho até então realizado, deve encerrar esta etapa.

Na última fase (*Etapa V*), o *Plano de Implementação* deve ser finalizado, o que significa integrar o *scorecard* no sistema gerencial da organização.

Os autores recomendam que se comece a utilizar o modelo de gestão num prazo de sessenta dias, após o início dos trabalhos. Embora possa haver necessidade

⁵⁴ Para o estabelecimento das metas, os autores referem que podem ser adoptadas várias abordagens, nomeadamente o *benchmarking*, histórico da organização e velocidade de mudança, entre outros.

⁵⁵ Os participantes (em sessão plenária, grupos de trabalho ou qualquer outra metodologia) devem, no final do *Workshop*, ter elaborado uma brochura que comunique as intenções e o conteúdo do *scorecard* a todos os colaboradores.

⁵⁶ No desenvolvimento deste processo, pode mesmo ser necessário desenvolver um sistema de informações inteiramente novo que articule as métricas de alto nível, com as medidas operacionais de cada departamento.

de um plano de implementação progressivo, as melhores informações disponíveis, podem e devem, desde logo, começar a ser utilizadas.

Segundo Kaplan e Norton (1992, 1997), um projecto típico de introdução do *scorecard* numa organização, pode ser implementado em 16 semanas, embora tal dependa da disponibilidade dos executivos para as entrevistas, *workshops* e reuniões.

3.2.2. A Proposta de Olve, Roy e Wetter

Olve et al. (1999), apresentam uma proposta muito próxima do modelo de Kaplan e Norton (1992), no qual introduziram ligeiras alterações (figura 3.2).

Figura 3.2. Metodologia de Implementação do BSC

<p>Etapa 1 – Definir a empresa e descrever o seu desenvolvimento e estrutura</p> <p>Etapa 2 – Estabelecer / confirmar a Visão da organização</p> <p>Etapa 3 – Estabelecer as perspectivas</p> <p>Etapa 4 – Desmembrar a Visão de acordo com cada uma das perspectivas e formular os objectivos estratégicos</p> <p>Etapa 5 – Identificar os Factores Críticos de Sucesso</p> <p>Etapa 6 – Desenvolver Medidas e Identificar Relações de causa e efeito</p> <p>Etapa 7 – Estabelecer um BSC compreensível</p> <p>Etapa 8 – Desdobrar o BSC para o nível Departamental</p> <p>Etapa 9 – Formular Metas</p> <p>Etapa 10 – Desenvolver um Plano de acção</p> <p>Etapa 11 – Implementação do BSC</p>
--

Fonte: Olve et al. (1999)

Olve et al. (1999) sugerem uma etapa inicial, para obtenção de consenso acerca das características e necessidades da organização, quer quanto à sua posição

no mercado, quer quanto à sua estrutura interna. Realização de entrevistas e recolha de informação documental⁵⁷, é a metodologia que propõem.

O estabelecimento de uma visão estratégica definitiva para a organização, é a etapa seguinte. Sugerem para isso, a realização de um seminário, com a participação da alta administração e alguns líderes de opinião, no qual se discutirá, tendo presentes os conceitos do BSC, como será a empresa, quando a visão for alcançada. Escolher as perspectivas para a construção do BSC e seleccionar os objectivos estratégicos são os dois passos seguintes, a que deve seguir-se a identificação dos factores susceptíveis de influenciar directamente os resultados dos objectivos (FCS) e a análise das relações de causa - efeito, entre as perspectivas, e entre os objectivos e os FSC.

Na fase seguinte (*Etapa 6*), devem ser estabelecidas as medidas ou *indicadores*, por cada uma das perspectivas BSC, identificando as relações de causa - efeito e procurando um equilíbrio, entre os objectivos de curto e de longo prazo.

Estabelecer um BSC compreensível (*Etapa 7*); desdobrá-lo para as unidades departamentais (*Etapa 8*); formular Metas (*Etapa 9*) e Planos de Acção⁵⁸ (*Etapa 10*), são as etapas sugeridas em seguida.

Finalmente, terminada a construção do BSC, deve seguir-se a sua implementação (*Etapa 11*), tendo como suporte, adequados sistemas de informação, suficientemente capazes de controlarem, armazenarem e facilitarem a monitorização de todo o novo sistema gerencial da organização.

3.2.3. A Proposta de Horváth e Partners

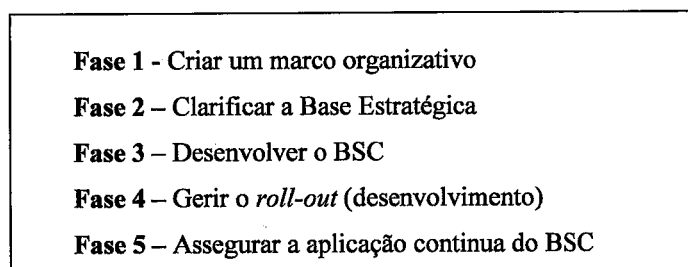
O modelo proposto por Horváth e Partners (2003) desenvolve-se, em cinco fases (figura 3.3) e tem por base, afirmam os autores, a sua vasta experiência de implementação bem sucedida do CMI (BSC) em mais de 100 empresas.

⁵⁷Visando obter um quadro diagnóstico que sistematize os *pontos fortes e fracos, ameaças e oportunidades* (análise SWOT). Ou seja, pretendem que se identifique, tão fielmente quanto possível, quer a empresa, quer o ambiente em que está inserida.

⁵⁸ Segundo Olve et al. (1999), o *Plano de Acção* deve detalhar a metodologia para alcançar as metas, nomear responsáveis pela sua implementação, estabelecer prioridades e responsabilidades, estabelecer cronogramas e relatórios de acompanhamento.

Horváth e Partners sugerem, como ponto de partida, a criação daquilo que chamam, um marco organizativo (*Fase 1*: figura 3.3), em que deve determinar-se a organização e regulação do projecto, recolher as informações necessárias, identificar os canais de comunicação, a metodologia geral e os FCS. Devem ainda ser determinadas as condições de desdobramento do BSC, para as sub – unidades e o número (e quais) de perspectivas a considerar, em cada uma delas.

Figura 3.3. Metodologia de Implementação do BSC



Fonte: Horváth e Partners (2003)

Uma vez que nem todas as estratégias são suficientemente maduras para poderem ser descritas num BSC, afigura-se de capital importância que toda gestão de topo se entenda previamente, acerca dos FCS, de quais os *pontos fortes e fracos* e, em suma, acerca da estratégia a seguir. Horváth e Partners (2003), sugerem a realização de entrevistas estruturadas com os gestores de topo e a análise dos documentos existentes na organização. Por outras palavras, trata-se aqui de *Clarificar a Base Estratégica (Fase 2)*.

Transpostas as duas fases iniciais, praticamente de preparação para a implementação do BSC, segue-se o seu desenvolvimento propriamente dito (*Fase 3*), em cinco passos sequenciais, a concretizar de acordo com a metodologia de Kaplan e Norton (1993, 1997)⁵⁹.

⁵⁹ A saber: 1) Identificar, definir e concretizar os *objectivos Estratégicos*; 2) Vincular os objectivos estratégicos, com base em *relações de causa e efeito*; 3) Seleccionar as unidades de medição (*indicadores*); 4) Determinar os valores dos objectivos (*metas*); 5) Determinar quais as acções ou *iniciativas estratégicas*.

Estabelecido o BSC corporativo, o modelo deve então ser desdobrado para as várias unidades departamentais (*Fase 4: Gerir o roll-out*), assegurando a qualidade e a documentação dos resultados. Trata-se, em suma, de assegurar a coordenação organizacional (vertical e horizontal) dos objectivos e das acções estratégicas.

Finalmente, importa *Assegurar a Aplicação Continua do BSC (Fase 5)*, de forma que todas as decisões, acções e procedimentos, passem a orientar-se coerentemente com a estratégia definida e aprovada. Para isso, há que integrar o BSC no sistema de gestão e direcção, nomeadamente nos sistemas de planificação, *reporting* e gestão de colaboradores, de forma a articular e coordenar os objectivos operacionais e as acções estratégicas, com os objectivos pessoais.

3.2.4. Modelos de Aplicação em Hospitais Públicos

Não há propriamente um modelo específico para o desenvolvimento e implementação do BSC no sector público e concretamente nos hospitais. As principais adaptações, relacionam-se com as perspectivas a considerar, questão já abordada anteriormente (ponto 2.5.5). Em termos de metodologia de implementação, são vários os exemplos descritos⁶⁰. Por servirem de suporte ao modelo que aqui se desenvolve, apresentam-se, sinteticamente, as metodologias propostas por Wachtel et al. (1999) e Muñiz e Monfort (2005).

Wachtel et al. (1999) apresentam um modelo de implementação em dez etapas, utilizado num hospital universitário, da Universidade do Colorado, nos Estados Unidos da América. As *duas primeiras etapas*, à semelhança da proposta de Kaplan e Norton (1992), são a selecção da unidade organizacional adequada e a identificação das relações entre o hospital e outras unidades departamentais e corporativas. Segue-se a clarificação estratégica, conseguida com base na formulação de duas questões, discutidas no interior da equipa executiva: Qual a melhor estratégia para o futuro? Como se planeia alcançá-la?

Uma *terceira etapa* pretende gerar consensos em torno dos objectivos estratégicos, previamente listados a partir de diverso material de apoio,

⁶⁰ Wachtel et al. (1999); Arveson (2003); Muñiz e Monfort (2005); Micheli e Kennerly (2005)...

nomeadamente documentação interna e entrevista com algumas *peças chave* (gestores de topo, eventualmente outros). O conhecimento do ambiente competitivo⁶¹ em que o hospital opera, finalizado com uma análise SWOT é essencial e encerra esta terceira fase.

Na *quarta etapa*, deve sintetizar-se e sistematizar-se toda a informação, terminando com a elaboração de uma lista indicativa de objectivos e medidas, quantificados e distribuídos pelas quatro perspectivas consideradas por Wachtel et al. (1999): *Financeira, Clientes, Processos Internos e Aprendizagem e Crescimento*.

A *etapa n.º 5*, deve servir para a procura de um consenso final sobre a estratégia e a missão definida, tendo por base a seguinte questão: Se formos bem sucedidos com a nossa visão e estratégia, como acrescentaremos valor nas quatro perspectivas? Encontrada a resposta, são então seleccionados os objectivos estratégicos (três ou quatro por perspectiva), de modo a criar um verdadeiro foco estratégico. Cada objectivo seleccionado é então alvo de uma descrição detalhada, seguido da elaboração de uma lista, com os potenciais e possíveis indicadores.

Na *etapa n.º 6*, a equipa executiva deve refinar os objectivos estratégicos e determinar quais as medidas que melhor comunicam a intenção do objectivo correspondente. A elaboração de um modelo gráfico de relações de causa e efeito (mapa estratégico), deve finalizar esta etapa.

Na *etapa n.º 7*, desenvolvem-se os parâmetros relativos à comunicação e aos alvos ou metas a alcançar, com base em *benchmarking* e taxas de alteração e improvisação, considerando intervalos de um, três ou cinco anos.

Na *etapa n.º 8*, desenvolve-se a aplicação do plano BSC com base num sistema de informação que interligue medições de alto nível (para a gestão de topo), com as actividades diárias e medidas específicas de operacionalidade.

Na *etapa n.º 9*, é estabelecido o consenso final sobre os objectivos e as medidas (validação pela gestão), identificando programas para a comunicação do modelo, a sua integração na filosofia de gestão e o desenvolvimento de sistemas de informação que o suportem.

A última *etapa (10)* corresponde à implementação efectiva do plano. Wachtel et al. (1999) salientam que as sete tarefas iniciais são o essencial do processo de

⁶¹ Tendências de crescimento, de mercado, concorrentes, preferências dos clientes e desenvolvimento tecnológico.

desenvolvimento do modelo, enquanto que as últimas três se destinam apenas à sua implementação como ferramenta de gestão, mudança e alteração de procedimentos.

Muñiz e Monfort (2005) apresentam também um modelo de implementação do BSC para um hospital público, sugerindo uma metodologia próxima do modelo de Horváth e Partners (2003). Para essa implementação, sugerem que numa etapa inicial (*Fase de Desenho ou Planificação previa: Diagnóstico Estratégico*), se comece por identificar as principais actividades e serviços, os processos e funções assistenciais (intra e extra - hospitalares), a estrutura de pessoal, os tipos de pacientes e os grupos de interesse e, finalmente, que se efectue uma análise SWOT.

Em seguida (*Fase de Desenho*), propõem a identificação da Missão, Visão e Valores; a definição das perspectivas; a distribuição dos objectivos por perspectiva; selecção de indicadores; elaboração do mapa estratégico; fixação de metas; e determinação de iniciativas estratégicas a desenvolver.

A proposta termina com a fase de implementação e de seguimento.

3.3. Metodologia de Desenvolvimento do Modelo Proposto

3.3.1. Fontes e Processos de Recolha de Dados

Para a realização deste trabalho empírico, procedeu-se a uma exaustiva Revisão de Literatura⁶², essencialmente sobre o *Balanced Scorecard* e a sua adaptação ao sector público que precedeu e acompanhou todo o seu desenvolvimento. Em paralelo, foram utilizadas duas técnicas complementares: *Análise Documental e Entrevista Semi - estruturada*, a dois administradores hospitalares, aos quais se apresentou a metodologia BSC, os propósitos a atingir e as possíveis vantagens que a implementação do BSC poderia trazer para a sua organização. As entrevistas foram realizadas em Abril de 2005. O caso aqui apresentado, nomeadamente a versão final do documento, apesar de ter como suporte a realidade de um hospital concreto, é essencialmente um trabalho académico. Não

⁶² Porque “a revisão da literatura é necessária em todas as etapas da conceptualização da investigação, no sentido em que ela precede, acompanha ou segue a formulação das questões de investigação ou das hipóteses” (Fortin, 1999:74).

compromete, por isso, quer a antiga, quer a actual administração do Hospital do Espírito Santo de Évora (HESE), sendo a proposta da total e exclusiva responsabilidade do autor.

O guião utilizado na primeira entrevista é apresentado no **apêndice 1**.

A *análise documental*, na modalidade de *pesquisa bibliográfica*, justifica-se aqui amplamente, uma vez que, como refere Bell, “...nalguns casos, servirá para complementar a informação obtida por outros métodos; noutras constituirá o método de pesquisa central ou mesmo exclusivo” (Bell 1997:90). Na mesma linha, Denscombe⁶³ considera possível a utilização da revisão bibliográfica, em investigação, de duas formas distintas: no início do estudo ou fase exploratória e com papel central na análise do objecto de estudo a ser investigado. No caso presente, foi utilizada de ambas as formas e, julga-se, com adequada justificação. Até porque, como refere Gil (2002), a pesquisa documental se serve de materiais que não receberam ainda um tratamento analítico, ou que podem ser reelaborados de acordo com os objectivos da pesquisa, argumento que colhe aqui amplamente.

Tendo presente que “...a observação de documentos envolve procedimentos muito diversificados, desde logo porque são muito diversos também os documentos reveladores de fenómenos sociais” (Almeida e Pinto 1995:104), foi dada particular atenção a várias fontes (referidas mais adiante) visando, conhecer a problemática e especificidade da saúde em Portugal, bem como da realidade hospitalar e dos problemas, em concreto, que a sua gestão hoje coloca.

O método da *Entrevista*, como salientam Quivy e Campenhoudt (1995), é o mais utilizado em paralelo com os métodos de observação, permitindo a sua complementaridade e aumento do grau de validade, razão pela qual foi utilizado, em complemento da recolha e análise da informação documental.

Toda a informação recolhida (documental interna e externa e entrevista) foi tratada numa lógica de aproximação à metodologia do *Balanced Scorecard*, tendo presentes as bases conceptuais, apresentadas no capítulo 2.

Procurando conhecer o hospital e o seu ambiente (*Diagnóstico Estratégico*), procedeu-se a uma exaustiva recolha de informação documental, *interna e externa*, sobre a organização hospitalar, visando identificá-la tão fielmente quanto possível.

⁶³ Bell (1997).

Para essa tarefa seguiram-se, no essencial, as recomendações de Martin e Henderson (2001) e Muñiz e Monfort (2005), ambas já explicitadas.

Procuraram-se igualmente dados que possibilitassem a caracterização da unidade hospitalar, nomeadamente ao nível da sua oferta e evolução dos serviços prestados, financiamento, organização interna, cultura, valores, administração e direcção, entre outros. Consultaram-se igualmente os dados da sua produção, disponibilizados pela Direcção Geral de Saúde (2001 a 2004) e ainda vários documentos internos, nomeadamente o *Plano Estratégico (PE) (2005-2007)* e o *Plano de Acção 2005 (PA 2005)*, procurando perceber e clarificar a estratégia e os objectivos organizacionais.

A recolha de *informação externa* visou, essencialmente, analisar e conhecer a envolvimento da organização, nomeadamente as principais e actuais tendências demográficas⁶⁴, sociais, políticas e económicas, todas susceptíveis de condicionarem o seu desempenho e desenvolvimento futuro.

3.3.2. Métodos de Construção do “BSC Hospitalar”

O Modelo desenvolvido fundamenta-se essencialmente nas várias propostas de adaptação do BSC ao sector público e hospitalar (ponto 2.5.5), num compromisso entre as várias propostas já abordadas, nomeadamente as de Kaplan e Norton (1992; 1997), Olve et al. (1999), Horváth e Partners (2003)⁶⁵, Bastidas e Feliu (2003) Bocci (2005), e Muñiz e Monfort (2005). O modelo desenvolvido assenta, basicamente, nos seguintes pressupostos, que convém salientar:

- a) Segue uma metodologia *top down* (topo para a base), apresentando-se essencialmente como uma proposta para o controlo estratégico de toda a organização, por parte da gestão de topo, preparando, em simultâneo, o seu desdobramento posterior para as unidades departamentais;

⁶⁴ INE (2001).

⁶⁵ Olve et al. (1999) e Horváth e Partners (2003), desenvolveram e aplicaram um modelo de controlo de gestão, o “Cuadro de Mando Integral” que mais não é que a aplicação do modelo original de Kaplan e Norton (1992), com algumas variações e adaptações.

-
- b) É constituído por seis fases (sintetizadas na figura 3.4), cada uma das quais, engloba várias sub-fases, em que são realizadas actividades específicas e sequenciais, cujo detalhe mais adiante se explicita;
 - c) O processo de identificação dos indicadores estratégicos, insere-se numa visão de desempenho estratégico – na lógica do BSC - integrando, por isso, indicadores de desempenho *táctico e estratégico*;
 - d) A identificação dos indicadores de desempenho, deriva dos objectivos estratégicos e FCS identificados. Mudanças em qualquer um deles, pode originar alterações nos indicadores, ou mesmo, a identificação de outros;
 - e) Apenas se procede ao estabelecimento de *Metas* (Fase III) e à *Análise do Desempenho Organizacional* (Fase IV), para os casos em que foi possível obter informação e, mesmo nesses casos, apenas a título de exemplo;
 - f) Por só fazer sentido, após a implementação efectiva do modelo, não se procede à *Revisão Táctica e Estratégica* (Fase V);
 - g) Considera-se como equipa executiva, ou de projecto, o autor deste trabalho e os dois administradores que lhe serviram de interlocutores.

Figura 3.4. Modelo de Desenvolvimento do “BSC Hospitalar”

Fase Prévia - Diagnóstico Estratégico: Conhecer o Hospital e o seu Ambiente;

Fase I - Clarificar a Estratégia, a Missão, Visão e Valores;

Fase II – Estabelecer as perspectivas, os Objectivos e os Factores Críticos de Sucesso e Indicadores Estratégicos;

Fase III – Estabelecer Metas, Iniciativas e Planos de Acção;

Fase IV – Análise do desempenho organizacional, com base nos indicadores seleccionados;

Fase V – Revisão Táctica e Estratégica.

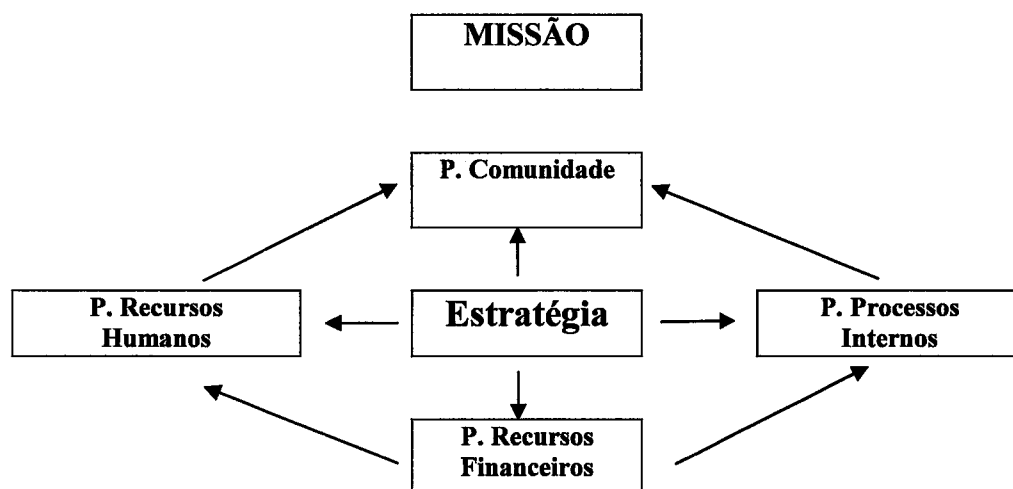
Fonte: Elaboração própria

Explicitados os suportes e pressupostos metodológicos, detalham-se em seguida, de acordo com o faseamento proposto para a elaboração do “BSC Hospitalar”, os principais procedimentos seguidos.

Fase Prévia - Com base em toda a informação recolhida (ver ponto 3.3.1) visando conhecer o hospital e o seu ambiente, identificaram-se os seus principais *pontos fortes e fracos, oportunidades e ameaças*, sistematizando-os numa Matriz SWOT. Tratou-se de criar um marco organizativo para o desenvolvimento do BSC, um pouco na linha do modelo proposto por Horváth e Partners (2003).

Fase I (Clarificar a Estratégia, a Missão, Visão e Valores) - A elaboração desta fase iniciou-se com a consulta de vários documentos em que aqueles conceitos pudessem aparecer explicitados. Ao nível da documentação interna, o *PE* e o *PA* foram os alvos preferenciais. A nível externo, foi consultada diversa documentação, essencialmente relativa a organizações hospitalares congéneres. A *Missão* e a *Visão*, estavam claramente explicitadas nos documentos internos. Tendo já sido discutidas com a administração, em entrevista, após ligeira melhoria semântica, foram assumidas como definitivas. No que respeita aos *Valores*, não se encontrou na documentação interna qualquer referência explícita. Foram por isso estabelecidos, tendo em atenção os sistematizados para organizações congéneres, referências na literatura e entrevista com a administração.

Figura 3.5. Perspectivas do “BSC Hospitalar”



Fonte: Elaboração própria

Fase II – Estabelecer as Perspectivas, os Objectivos, Factores críticos de sucesso e Indicadores Estratégicos - Na definição das perspectivas, seguiram-se as recomendações de vários autores que se debruçaram sobre a adaptação do BSC ao sector público e hospitalar, e cuja teoria já se expôs no ponto 2.5.5. Nesse contexto, a definição das perspectivas (figura 3.5), acolhe os contributos de Neves (2005), Bastidas e Feliu (2003) e, principalmente, de Bocci (2005).

O estabelecimento dos *Objectivos Estratégicos*, ocorreu em várias fases. Uma vez que o hospital possuía um *PE* recente, aprovado e em vigor, adoptaram-se, como ponto de partida, as suas principais linhas de orientação e objectivos estratégicos. No entanto, como eram em grande número, tornou-se necessário um trabalho de síntese, de forma a reduzi-los significativamente e identificar os estrategicamente relevantes, procurando chegar a um sistema equilibrado de objectivos⁶⁶. Para essa síntese, utilizou-se a metodologia proposta por Horváth e Partners (2003), categorizando os objectivos, de acordo com os critérios referidos no ponto 2.5.4.3, em conjunto com um trabalho de síntese e clarificação semântica.

Terminada a selecção, os objectivos foram distribuídos pelas quatro perspectivas consideradas, de acordo com a sua especificidade. Em seguida, elaborou-se uma lista de *Possíveis FCS*, por perspectiva BSC, tendo mais uma vez por base a análise de documentação, Revisão de Literatura (FCS utilizados por organizações congéneres) e reunião com a administração. O passo seguinte foi a *Seleccção dos FCS*⁶⁷, para a qual se seguiram, no essencial⁶⁸, os critérios sugeridos por Muñiz e Monfort (2005).

Para a identificação e selecção dos *Indicadores Estratégicos*, elaborou-se inicialmente uma lista exaustiva de *Possíveis Indicadores Estratégicos*, por

⁶⁶ Como já se referiu, tanto Kaplan e Norton (1997), como Horváth e Partners (2003) consideram, como representação ideal, quatro ou cinco objectivos, por perspectiva, visando não perder o controlo do processo. Neste contexto, sempre que a estratégia organizacional inscreva um número elevado de objectivos, deve efectuar-se um trabalho de síntese, de forma a identificar os verdadeiramente relevantes para a estratégia definida.

⁶⁷ Na lógica do BSC, vários autores, entre os quais Horváth e Partners (2003), sugerem a consideração e selecção de cerca de três ou quatro FCS, por perspectiva, embora admitam que possa ser considerado um número maior.

⁶⁸ **Resumidamente:** Qual é a actividade ou negócio da empresa? Quais as acções ou processos que devem ser realizados para que a empresa tenha os clientes, o pessoal e os meios técnicos adequados ao êxito? Quais são os factores chave do êxito actual da empresa? Quais são os factores que asseguram o futuro? Como identificar os elementos ou actuações que afectam o bom funcionamento da empresa, actual e futuro? Que factores podem afectar a competência na gestão do negócio actual e futuro? Que efeitos da envolvimento podem afectar, e onde, a gestão da empresa?

perspectiva BSC (**apêndice 4**), tendo em atenção, os OBJ estratégicos e os FCS já identificados. Mais uma vez se recorreu a um conjunto diversificado de fontes de informação, nomeadamente documentos internos da organização, indicadores utilizados por organizações hospitalares congêneres⁶⁹, prestadoras de serviços, estudos teóricos e teoria BSC. Em seguida, avaliando a sua superior adequação aos objectivos e FCS identificados, seleccionaram-se os indicadores que se considerou, melhor servirem para a medição do objectivo correspondente, em cada perspectiva⁷⁰, tendo igualmente em atenção os requisitos de qualidade que devem possuir (Arveson, 1998).

Os indicadores seleccionados foram depois categorizados (*Indicadores de Resultados / Indicadores de Tendência*), obtendo-se finalmente a estrutura de indicadores estratégicos para o “BSC Hospitalar”.

Fase III – Estabelecer Metas, Iniciativas Estratégicas e Planos de Acção – Na definição das *Metas* (quantificação dos resultados desejados a longo prazo) e dos mecanismos necessários à concretização dos objectivos (*Iniciativas Estratégicas*), teve-se em atenção a necessidade de quantificar resultados a prazo, e de identificar os recursos necessários, calendarizar as acções e atribuir responsabilidades aos vários sectores ou Departamentos, envolvidos na concretização de cada objectivo e *Iniciativa Estratégica*. Para a formulação das *Metas*, acolhendo a sugestão de Kaplan e Norton (2004b), utilizaram-se como referenciais o *benchmarking* e o histórico organizacional. Não obstante, apenas se definiram algumas metas, para as quais foi, neste momento possível, obter informação.

Para o estabelecimento das *Iniciativas Estratégicas*, atendeu-se à metodologia proposta por Horváth e Partners (2003) (ver ponto 2.5.4.3), aproveitando algumas das acções inscritas no *PE* como objectivos, mas que na realidade não passavam de simples iniciativas, de rotina ou estratégicas (**apêndice 2**), complementando-as com

⁶⁹ Indicadores utilizados em organizações prestadoras de serviços, particularmente de saúde.

⁷⁰ Tal como já antes referido, alguns autores são de opinião que não devem fixar-se, após a selecção final, mais que dois (máximo de três) indicadores por cada OBJ (Horváth e Partners, 2003). Outros, no entanto, de que são exemplo Olive et al. (1999), referem que ao nível directivo da empresa, ou mesmo de simples unidades departamentais, é corrente o uso de quinze a vinte e cinco indicadores, ainda que normalmente seja necessário um número menor. Kaplan e Norton afirmam, por sua vez que “ em geral, os objectivos nas quatro perspectivas do mapa estratégico geram mais ou menos de vinte a trinta indicadores no correspondente Balanced Scorecard ” (Kaplan e Norton 1997:57). Na construção deste modelo, optou-se por seguir essa sugestão.

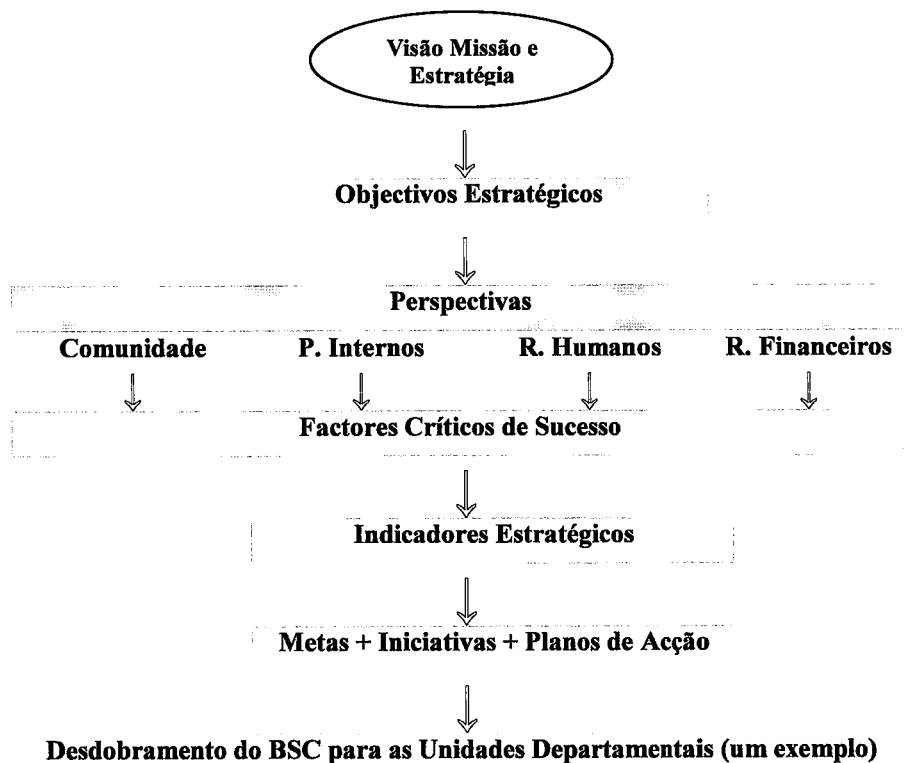
outras, pesquisadas na literatura ou criadas em função da realidade organizacional e julgadas adequadas e essenciais à concretização dos objectivos.

Estabelecida a Visão, Missão, Objectivos, FSC, Metas e Indicadores, sistematizou-se todo o trabalho realizado, complementando-o com a elaboração dos Planos de Acção e a finalização da proposta.

A título de exemplo, desenvolve-se e apresenta-se ainda, de acordo com um modelo sugerido por Kaplan e Norton (1997), um possível desdobramento do BSC corporativo para uma unidade departamental (um Serviço hospitalar de apoio), no caso, a Patologia Clínica (Laboratório de Análises Clínicas).

Em síntese, esquematizam-se na figura 3.6, os principais passos para o desenvolvimento do modelo proposto.

Figura 3.6. Processo de Construção do “BSC Hospitalar”



Fonte: Elaboração própria

Capítulo 4. DESENVOLVIMENTO DO “BSC HOSPITALAR”

Neste capítulo, descreve-se a aplicação do modelo anteriormente proposto e detalhado. Seguem-se, por isso, as fases explicitadas na figura 3.4 (pág. 73) e os processos esquematizados na figura 3.6 (pág. 77), tendo como suporte a metodologia referida no capítulo 3.

4.1.Fase Prévia: Diagnóstico Estratégico

4.1.1. Análise do Ambiente Interno

O Hospital do Espírito Santo de Évora, é um Hospital do Sector público Administrativo (SPA), regulado pelo Regime Jurídico da Gestão Hospitalar, aprovado pela Lei n.º 27/2002, de 8 de Novembro e pelo decreto-lei n.º 188/2003, de 20 de Agosto (PE HESE, 2005).

Recentemente anunciada, aguarda-se a sua integração na rede de hospitais EPE, sucessora da rede de hospitais SA.

Em termos infraestruturais, o HESE caracteriza-se, principalmente, pela grande dimensão e dispersão da sua estrutura física, facto que origina significativos impactos negativos, quer ao nível dos custos de funcionamento, quer na gestão dos recursos humanos e dos serviços externos. Em concreto, o HESE, distribui-se por cinco edifícios diferentes, a saber:

- a) Um, bastante antigo, de tipo conventual, com mais de 500 anos, onde funcionam os serviços administrativos e de apoio, o núcleo de exames especiais e o serviço de Medicina Física e Reabilitação;
- b) Outro, com cerca de 30 anos, acoplado ao anterior, em que funciona a maioria dos internamentos, os S.C.D.T.⁷¹, a Urgência e o Bloco Operatório e ainda parte das Consultas Externas;

⁷¹ S.C.D.T. – Serviços Complementares de Diagnóstico e Terapêutica.

- c) Um outro, separado dos anteriores, onde funcionam o Internamento das Medicinas, as Consultas Externas, a Cozinha e outros serviços de apoio;
- d) Um quarto edifício, no centro da Cidade, em que funciona o ambulatório do Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental;
- e) A *Quinta dos Canaviais*, a cerca de cinco quilómetros da cidade, onde funciona o internamento asilar do Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental (PE HESE, 2005).

Nas valências Básicas, o HESE presta assistência apenas à população do seu Distrito (173 654 habitantes)⁷². Para outras especialidades mais diferenciadas, o HESE é o hospital de referência de toda a Região em que está inserido, servindo igualmente toda a população dos dois Distritos adjacentes, num universo global de cerca de meio milhão de pessoas⁷³.

Os serviços extra-hospitalares (serviços prestados fora do hospital e/ou fornecidos a terceiros) são, essencialmente, os relacionados com o Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental e os de suporte a outras Instituições Regionais, menos diferenciadas, às quais presta apoio especializado, nomeadamente através de consultas de Telemedicina.

Em termos de processos assistenciais, internos e externos, identificaram-se no HESE, os explicitados no quadro seguinte (4.1).

Quadro 4.1. Principais Processos Assistenciais do HESE

Processos Assistenciais Internos	Processos Assistenciais Externos
Serviço de Urgência (a) Serviços de Internamento (b) Cirurgia (Bloco operatório) (c)	Cirurgia de Ambulatório (d) Consulta Externa (e) Hospital de Dia (f)

Fonte: Levantamento próprio

⁷² Censo 2001.

⁷³ Exactamente: 461 883 habitantes (PE HESE, 2005).

Em detalhe⁷⁴, cada um desses processos (quadro 4.1) pode caracterizar-se do seguinte modo:

(a) *Serviço de Urgência*: atendimento de pacientes, em resultado de uma alteração súbita ou agravamento do seu estado de saúde, por um período que pode ir até às 24 horas (permanência em SO), para observação;

(b)(c) *Serviços de Internamento e Cirurgia (bloco operatório)*: admissão e internamento de pacientes, no hospital, por um determinado período, que ocupam cama (ou berço de neonatologia ou pediatria), para diagnóstico ou tratamento (que pode ser *Cirurgia*) com permanência de, pelo menos, 24 horas;

(d) *Consulta Externa*: assistência de utentes, por um médico, para observação clínica, diagnóstico, prescrição terapêutica, aconselhamento ou verificação da evolução do seu estado de saúde;

(e) *Cirurgia de Ambulatório*: pacientes sujeitos a intervenção cirúrgica programada, realizada sob anestesia geral, loco – regional ou local que, embora habitualmente efectuada em regime de internamento, pode ser realizada com permanência do doente por tempo inferior a 24 horas;

(f) *Hospital de Dia*: utentes que recebem, de forma programada, cuidados de saúde, permanecendo sob vigilância num período inferior a 24 horas. São normalmente atendidos pacientes de perfil crónico⁷⁵ que esperam um atendimento de qualidade, eficiente e humanizado.

No que respeita aos Recursos Humanos, de acordo com os últimos dados disponíveis (2004), trabalham no HESE, 1281 funcionários, cuja distribuição, por categorias profissionais, pode ser observada no quadro 4.2.

⁷⁴ Segundo os conceitos expressos na Circular Normativa nº 3, do IGIF (2005).

⁷⁵ Doentes do foro Oncológico e Hematológico, Insuficientes renais e outros.

Quadro 4.2. Pessoal em Serviço no HESE (2004)

Categoria Profissional	N.º
Pessoal Dirigente	8
Médicos	206
Enfermeiros	441
Técnico Superior de Saúde	12
Outro Pessoal Técnico Superior	15
Técnico de Diagnóstico e Terapêutica	87
Técnico Profissional e Administrativo	131
Auxiliares de Acção Médica	336
Outro Pessoal	45
Total	1281

Fonte: Direcção Geral de Saúde / DSIA / Divisão de Estatística (2004)

Quanto aos recursos materiais e financeiros, necessários ao desenvolvimento das diversas actividades do HESE, são os explicitados no quadro 4.3.

Quadro 4.3. Resumo dos Orçamentos do HESE 2005 (Euros)

	Orçamento Económico	Orçamento Financeiro
Proveitos/Receitas	45.331.682	49.677.439
Custos/Despesas	71.117.668	49.677.439
Saldos	- 25.785.986	0
Consumos/Compras	14.552.300	12.991.600
Investimentos		300.000

Fonte: Plano de Acção HESE (2005)

Da análise do quadro, podem destacar-se como dados a reter:

- a) Os custos de exploração previstos no orçamento económico são superiores à despesa inscrita no orçamento financeiro em cerca de 21,4 milhões de euros;
- b) O saldo de exploração previsto para 2005, prevê-se deficitário em cerca de 25,8 milhões de euros;
- c) O orçamento de investimentos para imobilizações, inscrito no orçamento financeiro como auto – financiamento, tem o valor de 300.000 Euros.

Os últimos dados relativos à produção, podem ser observados no quadro 4.4 e revelam, de ano para ano, um aumento ao nível de quase todas as linhas de produção (para maior detalhe, ver **anexo 1**).

Quadro 4.4. Serviços Prestados pelo HESE (2003 – 2005)

Linha De Produção	2003		2004		2005	
	Total	SNS	Total	SNS	Total	SNS
1. Internamento						
Doentes saídos	11784	9793	12500	10513	12800	10765
Recém-Nascidos	1493	1241	1500	1262	1500	1262
Doentes SO	1177	978	1200	1009	1250	1051
2. Cirurgia Ambulatório						
Total de Cirurgias	514	413	500	405	600	485
3. Consulta Externa						
Total de consultas	128105	108889	130000	110500	132000	112200
4. Urgência						
Total de atendimentos	58378	42791	60500	47583	62000	48763
5. Hospital de Dia						
Sessões de Quimioterapia	2736	2233	3000	2448	3200	2611
Sessões de Hematologia	-	-	-	-	-	-
Sessões de Hemodiálise	9203	7510	8700	7099	9000	7344
S. ImunoHemoterapia	376	307	300	245	350	286
Sessões de Pneumologia	-	-	-	-	-	-
Sessões de Psiquiatria	1155	942	1300	1061	1400	1142
Sessões de Pediatria	1640	1338	2000	1632	2200	1795

Fonte: PA HESE (2005)

Quadro 4.5. Centros de Custos Hospitalares Principais

Centros de Custos	Nível I	Nível II	Nível III
Centros de Custos Principais	Serviços Clínicos (internamento)	Medicina	Medicina Interna Cardiologia Psiquiatria
		Cirurgia	Cirurgia Geral Ortopedia
		Obstetrícia/Ginecologia	Obstetrícia Ginecologia
		Pediatria	Pediatria Médica Cardiologia
		Unidade de Cuidados Intensivos (U.C.I.)	U.C.I. geral U.C.I. Cardiologia
	Outros Serviços Clínicos	Hospital de Dia	Quimioterapia Hematologia Hemodiálise ImunoHemoterapia Pneumologia Psiquiatria Pediatria
		Serviço de Urgência	Urgência Geral Urgência Pediátrica
		Serviço de consulta Externa	Anestesiologia Cardiologia Oftalmologia Dermatologia Psiquiatria

Fonte: Elaborado segundo Plano de Contabilidade Analítica dos Hospitais (Macedo e Macedo, 2005)

De acordo com o Plano de Contabilidade Analítica dos Hospitais, os centros de custos⁷⁶ dividem-se em dois grandes grupos: *Serviços Clínicos* (Internamento), e *Outros Serviços Clínicos*⁷⁷, acrescidos das Secções Auxiliares e Administrativas.

Os quadros 4.5 (pagina anterior) e 4.6, explicitam os principais centros e secções que podem encontrar-se.

Quadro 4.6.Centros de Custos Hospitalares: Secções Auxiliares e Administrativas.

Centros de Custos	Nível I	Nível II
Secções Auxiliares	Serviços de apoio Clínico	Anatomia Patológica
		Patologia Clínica
		Imagiologia
		Medicina Física e Reabilitação
		Imuno – hemoterapia
		Bloco operatório
		Serviços Farmacêuticos
		Serviço Social
	Serviço de Instalações e Equipamentos	Oficinas
		Central Tratamento de água
		Central de Vapor
		Central Eléctrica de emergência
		Central de Gases Medicinais
		Central de Incineração
		Serviço de Viaturas
	Serviços Hoteleiros	Parques e Jardins
		Serviço de Alimentação
		Serviço de Tratamento de roupa
Administração e Direcção	Órgãos de Administração e Direcção	Barbearia
Serviços Técnicos de Administração	Serviços Financeiros	
	Serviços de Aprovisionamento	
	Serviços de Pessoal	
	Serviços de Informática	
	Administração Geral	
	Outros Serviços de Administração	

Fonte: Elaborado segundo Plano de Contabilidade Analítica dos Hospitais (Macedo e Macedo, 2005)

⁷⁶ Centro de custo é o local em que tem lugar a prestação de cuidados de saúde aos utentes (Macedo e Macedo, 2005).

⁷⁷ Macedo e Macedo (2005).

Tendo como referência um estudo recente⁷⁸ de Giraldes *et al.* (2005), ao nível da eficiência e qualidade dos serviços prestados, a situação do HESE não se apresenta famosa. Quando comparado com os restantes hospitais do grupo em que está inserido⁷⁹ (quadro 4.7), o HESE, juntamente com o hospital de Faro, é o que apresenta o *Indicador Agregado de Avaliação da Eficiência* (ponderado pelo case-mix) mais baixo, ou seja, com pior desempenho.

Ainda de acordo com o mesmo estudo, o HESE apresenta igualmente os piores *Indicadores de Gestão*, com os valores máximos, no seu grupo, em relação à *despesa com internamento por doente tratado, despesa com consulta externa por consulta, despesa com urgências por doente atendido, intervenções cirúrgicas por doente tratado e alimentação por doente tratado*.

Quadro 4.7. Indicador Agregado de Avaliação da Eficiência e da Qualidade
(Hospitais EPE e SPA)

Hospitais (Grupo V)	Indicador Agregado de Eficiência ponderado pelo case-mix ⁸⁰ (1)	Indicador Agregado de Avaliação da Qualidade (índice de base inversa) (1)	Indicador Agregado de Eficiência e Qualidade (Média dos dois Índices) (1)	Observações (2)
HESE	125	143,9	134,5	
CH V.Real /Régua	93,1	107,2	100,2	EPE
Faro	123,3	122,4	122,9	
Viseu	102,6	96,7	99,7	EPE
S. Francisco Xavier	112,6	120,2	116,4	EPE
Santo António	104,5	89,7	97,1	EPE
Egas Moniz	100,2	164,2	132,2	EPE
S. Marcos de Braga	94,8	151,7	123,3	
CH VN Gaia	89,7	91,3	90,5	
S. João	96	103,3	99,7	
HUC	81,6	99,4	90,5	
S. José	94,3	130,4	112,4	
Santa Maria	101,1	106	103,6	
Pulido Valente	110,1	206,2	158,2	EPE

Legenda: (1) Quanto mais baixo o valor do índice, melhor a eficiência ou Qualidade
(2) Hospitais EPE ou SPA

Fonte: Giraldes et al. (2005)

⁷⁸ “Avaliação da eficiência e da qualidade em hospitais EPE e SPA”.

⁷⁹ **Grupo V:** Constituído por hospitais centrais e hospitais que desempenham funções de hospital central, segundo a nova classificação dos hospitais da Direcção de Serviços de Planeamento.

⁸⁰ **O Índice de case-mix (ICM),** é um coeficiente global de ponderação da produção que reflecte a relatividade de um hospital, face a outros, em termos da complexidade da sua casuística” (Circular Normativa nº 3, de 27/12/2005, do IGIF).

Relativamente ao *indicador agregado de avaliação da qualidade* (coluna 3 do quadro 4.7), o HESE apresenta o quarto pior desempenho. Já no *indicador agregado de avaliação da eficiência e da qualidade* (média dos dois índices), o hospital é, no seu grupo, o segundo com pior desempenho, apenas ultrapassado pelo hospital Pulido Valente.

Em suma, segundo o estudo referido, pode concluir-se que o HESE é um hospital pouco eficiente, apresentando igualmente evidentes lacunas, quanto à qualidade dos serviços prestados.

4.1.2. Análise do Ambiente Externo

O envelhecimento demográfico que, desde a década de 60, vem afectando toda a população portuguesa, assume particular significado na região em que o HESE se encontra inserido. Com efeito, de acordo com o INE (Censo 2001), a região Alentejana apresenta um *Índice de Envelhecimento* muito superior à média nacional (163 para 103), sendo mesmo o mais elevado de todo o país. Inversamente, o *Índice de Sustentabilidade Potencial* é, nesta região, o mais baixo do país (2,9 para uma média nacional de 4,9). A população servida pelo HESE constitui-se assim, como uma população bastante envelhecida⁸¹, com elevados níveis de dependência sócio-económica e baixos índices / níveis de rendimento (PE HESE, 2005).

Acresce a desarticulação patente, na prestação de cuidados de saúde, tal como a nível nacional, nomeadamente na articulação entre os cuidados primários, a assistência hospitalar e os cuidados continuados, que continuam manifestamente insuficientes. Ao nível político, permanece um pouco indefinido qual o modelo futuro de financiamento e gestão dos hospitais, ainda que a actual conjuntura económica aconselhe poupanças e um rigoroso controlo do ritmo de crescimento da despesa. Importa a este nível ter presente o contexto em que a actividade hospitalar se insere, salientando o elevado e crescente défice do SNS⁸², facto que impõe fortes

⁸¹ De acordo com os dados definitivos do Recenseamento Geral da População (Censo 2001), a região é a mais envelhecida de todo o território português, registando a maior proporção de idosos (22,3%) e a mais baixa de jovens (13,7%).

⁸² Ver Capítulo 2.

medidas de contenção e rigor. Neste contexto, não se perspectivam grandes facilidades ao nível do financiamento.

São vários e facilmente identificáveis, os *stakeholders* ou grupos com interesse no hospital. A bem da verdade, todos os membros da comunidade, sem excepção, são nele parte interessada. Com efeito, seja como utente, familiar, potencial utente ou mero contribuinte, o hospital é uma daquelas instituições que todos querem, desejam e exigem, sempre pronta a dar uma resposta eficaz a todas as solicitações e, por isso, algo de que ninguém se pode, nem deve alhear. Detalhando, ainda que de forma sintética, avultam como principais *grupos de interesse* no hospital:

- a) Os *utentes e os seus familiares*, a quem deve ser dada particular atenção, incorporando na estratégia, a satisfação das suas necessidades e anseios, bem como os das diferentes associações que os representam (gabinete do utente, liga dos amigos do hospital, grupo de voluntários...);
- b) Os *centros de saúde e outros hospitais regionais*, menos diferenciados, com os quais é essencial uma boa articulação, na recepção aos doentes enviados e apoio diferenciado que se lhes presta, nomeadamente através da Telemedicina e na elaboração de programas de rastreio e promoção da saúde;
- c) Os *sindicatos e as associações ou ordens profissionais* (representantes dos colaboradores), com tarefa cada vez mais difícil, fruto das recentes medidas legislativas, relacionadas com a idade da reforma e progressão na carreira;
- d) O *poder político central* (interessado em ter uma unidade eficiente e eficaz) e *autárquico* (interessado em ter uma unidade que dê resposta total às necessidades da sua população);
- e) A *indústria farmacêutica*, grande fornecedor dos hospitais, sobre os quais exerce pressão global e permanente.

4.1.3. Análise SWOT

As páginas seguintes resumem o conjunto de *pontos fortes e fracos*, *ameaças* e *potencialidades* que, fruto da pesquisa efectuada, se entenderam como mais relevantes, tendo em atenção, a realidade organizacional e a sua envolvência.

Pontos Fortes (Forças)

Entendem-se como *pontos fortes*, os factores internos, próprios do hospital, que podem favorecer o cumprimento dos objectivos definidos. O quadro 4.8 apresenta os factores que se identificaram como pontos fortes, ou seja; que podem favorecer a concretização dos objectivos. A breve explicação de cada um deles, pretende ajudar a compreender o seu alcance e relevância para a estratégia do hospital.

Quadro 4.8. Pontos Fortes do Hospital

Pontos Fortes
Empenhamento da Gestão de Topo Visão clara do futuro Profissionais qualificados e dedicados Tecnologia moderna e adequada Boa relação com outras Instituições e profissionais qualificados Preocupação com a qualidade e a satisfação dos utentes

Fonte: Elaboração própria

Empenhamento da gestão de topo – Essencial em qualquer processo de mudança, o empenhamento da gestão de topo, visível na forma como acedeu a discutir este projecto e disponibilizou toda a informação, é uma importante mais-valia e um trunfo importante para o sucesso da estratégia delineada.

Visão clara do futuro – A existência de uma Visão clara do futuro desejado, claramente explicitada no PE, permite que todos, na organização, possam saber exactamente o que se quer, e onde se pretende chegar.

Profissionais qualificados e dedicados – A existência de um corpo profissional qualificado e dedicado, possibilita a prestação de um serviço de qualidade.

Tecnologia moderna e adequada – A existência de moderna tecnologia, ainda que nem sempre convenientemente articulada, permite assegurar a prestação dos serviços mais adequados à necessidade dos utentes.

Boa relação com outras instituições e profissionais qualificados – A boa relação com outras Instituições é uma importante mais valia da Instituição, possibilitando a troca de experiências e o alargamento dos serviços a prestar aos utentes.

Preocupação com a qualidade e a satisfação dos utentes – A preocupação com a qualidade e a satisfação dos utentes, visível nas linhas estratégicas, convenientemente articuladas com o PNS, é um valor inalienável, que a organização persegue continuamente.

Pontos Fracos (Debilidades)

Em contraponto com os pontos fortes, entendem-se por *debilidades* ou *pontos fracos*, o conjunto de factores internos, próprios do hospital, que podem dificultar o cumprimento dos objectivos. O quadro 4.9, apresenta os factores que se identificaram como pontos fracos, isto é, que podem funcionar como entraves à concretização dos objectivos.

Quadro 4.9. Pontos Fracos do Hospital

Pontos Fracos
Dispersão da estrutura física Défice de financiamento / Elevados custos de funcionamento Eficiência e qualidade Acreditação / certificação da qualidade SI /TI's pouco Integrados Dinâmicas de trabalho por projecto

Fonte: Elaboração própria

A breve explicação de cada um dos pontos fracos, pretende ajudar a compreender o seu alcance e relevância para a estratégia do hospital.

Dispersão da estrutura física – Causa de significativos impactos negativos, tanto ao nível dos custos de funcionamento, como da gestão dos recursos humanos e dos serviços externos (PE HESE 2005).

Défice de financiamento / elevados custos de funcionamento – Financiamento insuficiente, face às despesas previstas⁸³ e aos elevados custos de funcionamento, fruto da inadequação e dispersão física das instalações, algum desperdício, uso de tecnologia cara e que rapidamente se torna obsoleta, características da população servida e fragilidade dos mecanismos de controlo de gestão.

Eficiência e qualidade – Fraco desempenho, ao nível da eficiência e qualidade, como demonstra, por exemplo, o recente e já citado estudo de Giraldes et al. (2005).

Acreditação / certificação da qualidade – Ausência de Certificação e/ou Acreditação global da qualidade dos serviços oferecidos e de mecanismos de controlo e avaliação. Do total de Serviços, apenas três (Anatomia Patológica, Imunohemoterapia e Patologia Clínica), estão em processo de Certificação, ou planeiam iniciar brevemente o processo.

SI /TI's pouco integrados - Sistemas e Tecnologias de Informação pouco integrados, gerando desperdícios de recursos, dados, e dificuldades no acesso à informação.

Dinâmicas de trabalho por projecto – Algum défice de trabalho e projectos em equipa, nomeadamente entre Serviços, que se traduz em impactos negativos na qualidade global e no serviço prestado.

Oportunidades

Na análise das *oportunidades*, identificaram-se os factores externos ao hospital e portanto, normalmente não controláveis, que podem favorecer a concretização dos objectivos.

⁸³ Saldo de exploração previsto para 2005, deficitário em 25,8 milhões de euros (PE HESE 2005).

O quadro seguinte (4.10) resume os factores identificados como *oportunidades* ou factores externos, considerados susceptíveis de facilitar a concretização dos objectivos.

Quadro 4.10. Oportunidades do Hospital

Oportunidades
Construção de um novo hospital
Transformações no sector da saúde
Desenvolvimento de uma rede de cuidados continuados
Reorganização dos Centros de Saúde
Quadro comunitário de apoio

Fonte: Elaboração própria

Construção de um novo edifício para o hospital – Há muito anunciada, embora sucessivamente adiada, a construção de um novo edifício para a instalação do hospital, continua a afigurar-se como uma oportunidade única para a mudança organizacional e a concretização dos objectivos estratégicos.

Transformações no sector da saúde – Particularmente com a mudança do estatuto jurídico do hospital (passagem a “Hospital EPE”) facto que vai, por certo, permitir agilizar a gestão e facilitar a introdução de uma cultura de avaliação e de mecanismos de controlo.

Desenvolvimento da rede de cuidados continuados – A recente aprovação (Conselho de Ministros de 16 de Março 2006) da *rede de cuidados continuados em saúde e apoio social*, para prestação de cuidados de convalescença, recuperação e reintegração de doentes crónicos e pessoas com dependência, privilegiando o apoio domiciliário, a ser concretizada, como se espera, pode reduzir a pressão sobre os hospitais, nomeadamente no que respeita a tempos de internamento.

Reorganização dos centros de saúde – A aposta na reorganização dos Centros de Saúde e dos Cuidados Primários, por parte da tutela (Resolução do Conselho de Ministros n.º 84/2005), se for bem sucedida, pode potenciar o aumento dos ganhos

em saúde e favorecer uma menor pressão sobre os hospitais, nomeadamente sobre os Serviços de Urgência.

Quadro Comunitário de Apoio - O acesso a fundos estruturais, no âmbito do quadro comunitário de apoio, continua sendo uma oportunidade para o desenvolvimento de projectos de reestruturação e aumento de ganhos em saúde.

Ameaças

Na análise das *ameaças*, identificaram-se os factores externos ao hospital, normalmente não controláveis, que podem dificultar a concretização dos objectivos estabelecidos. O quadro 4.11, resume os factores identificados como *ameaças*. A breve explicação de cada um dos factores, pretende ajudar a compreender o alcance e a relevância que se atribui a cada um.

Conjuntura económica desfavorável – Nomeadamente com uma política feroz de combate ao *deficit* público, com consequentes dificuldades de financiamento, ameaça de sobre - endividamento e possível comprometimento da missão.

População-alvo bastante envelhecida e de baixo nível sócio – económico – Com impactos ao nível da procura, potenciando uma necessidade acrescida de cuidados de saúde diferenciados.

Quadro 4.11. Ameaças do Hospital

Ameaças
Conjuntura económica desfavorável
Envelhecimento progressivo da população-alvo
Financiamento problemático
Desmotivação dos profissionais
Inexistência de uma rede articulada de cuidados
Predomínio de valores economicistas – ausência de valores humanistas

Fonte: Elaboração própria

Financiamento problemático – A insuficiência de financiamento, face às despesas previstas (quadro 4.3, pág. 81), pode condicionar a concretização dos objectivos.

Desmotivação dos profissionais – Num cenário de grande aperto financeiro, alterações de carreiras e regras de aposentação, há a real possibilidade de alguma desmotivação nos profissionais.

Inexistência de uma rede articulada de cuidados – Não obstante a anunciada aposta, do Ministério da Saúde, nos *cuidados primários e rede de cuidados continuados* (que a concretizarem-se poderão ser uma boa Oportunidade), desconhece-se, para já, a forma como vão materializar-se e qual o seu real e verdadeiro impacto.

Predomínio de valores economicistas – ausência de valores humanistas – Numa época profundamente materialista, com a sociedade imersa num processo de desculturalização e muito pouco receptiva aos valores humanistas, corre-se o risco de, também ao nível da Saúde, se enveredar por caminhos que ponham em causa valores essenciais como a equidade e a universalidade no acesso aos cuidados de saúde.

Em síntese, apresenta-se no quadro seguinte (4.12), o conjunto de *Pontos Fortes e Fracos, Ameaças e Oportunidades* (análise SWOT) que foram identificados, durante o diagnóstico estratégico.

Quadro 4.12. Análise SWOT

Análise SWOT

		Ambiente Externo				
		<u>Oportunidades</u>				
<p><u>Ameaças</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Conjuntura económica desfavorável • Envelhecimento da população • Financiamento problemático • Desmotivação dos profissionais • Inexistência de rede articulada de cuidados • Ausência de valores humanistas 	<p>Ambiente Interno</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Pontos Fortes</th> <th>Pontos Fracos</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td> <ul style="list-style-type: none"> • Empenhamento da gestão de topo • Visão clara do futuro • Profissionais qualificados e dedicados • Tecnologia moderna e adequada • Boas relações com outras Instituições e profissionais • Preocupação com a satisfação do utente </td> <td> <ul style="list-style-type: none"> • Dispersão da estrutura física • Financiamento • Elevados custos de funcionamento • Eficiência e qualidade • Acreditação e certificação qualidade • SI/TI's pouco integrados • Dinâmicas de trabalho por projecto </td> </tr> </tbody> </table>		Pontos Fortes	Pontos Fracos	<ul style="list-style-type: none"> • Empenhamento da gestão de topo • Visão clara do futuro • Profissionais qualificados e dedicados • Tecnologia moderna e adequada • Boas relações com outras Instituições e profissionais • Preocupação com a satisfação do utente 	<ul style="list-style-type: none"> • Dispersão da estrutura física • Financiamento • Elevados custos de funcionamento • Eficiência e qualidade • Acreditação e certificação qualidade • SI/TI's pouco integrados • Dinâmicas de trabalho por projecto
	Pontos Fortes	Pontos Fracos				
<ul style="list-style-type: none"> • Empenhamento da gestão de topo • Visão clara do futuro • Profissionais qualificados e dedicados • Tecnologia moderna e adequada • Boas relações com outras Instituições e profissionais • Preocupação com a satisfação do utente 	<ul style="list-style-type: none"> • Dispersão da estrutura física • Financiamento • Elevados custos de funcionamento • Eficiência e qualidade • Acreditação e certificação qualidade • SI/TI's pouco integrados • Dinâmicas de trabalho por projecto 					
<p><u>Grandes Linhas de Orientação Estratégica</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Ganhos em saúde • Qualidade 	<ul style="list-style-type: none"> • Construção de novo hospital • Transformação no sector da saúde • Rede de cuidados continuados • Reorganização dos centros de saúde • Acesso a fundos estruturais 					

Fonte: Elaboração própria

4.2. Fase I: Clarificar a Estratégia, a Missão, a Visão e os Valores

Nesta fase, clarificou-se a estratégia hospitalar, a Missão, a Visão e os Valores, tendo como base de trabalho toda a documentação recolhida e entrevista com os administradores hospitalares.

4.2.1. Estratégia Hospitalar

De acordo com o PE HESE (2005-2007), base de trabalho inicial para a implementação do “BSC Hospitalar”, a macroestratégia do hospital, subdivide-se em dois eixos principais: (1) *Ganhos em Saúde*, subdividido em oito programas, e (2) *Organização e Gestão Interna*, subdividido em seis programas (**anexo 2**).

No primeiro eixo, as preocupações centram-se essencialmente na maximização da obtenção de ganhos em saúde, ao longo das várias fases da vida, muito na linha do explicitado no Plano Nacional de Saúde (2004-2010).

No segundo eixo, a estratégia aponta para melhorias ao nível da humanização dos cuidados, acesso, eficiência operacional e económico-financeira, qualidade dos cuidados prestados, valorização dos recursos humanos e desenvolvimento e integração dos sistemas e tecnologias de informação.

4.2.2. Missão, Visão e Valores

Missão

Prestar cuidados de saúde diferenciados, elevada qualidade, humanizados e em tempo útil, reconhecidos como os mais adequados à manutenção e restabelecimento da saúde e qualidade de vida de todos os utentes, em simultâneo com o apoio a outras instituições de saúde da Região, menos diferenciadas, a promoção do desenvolvimento pessoal e profissional de todos os seus profissionais e a utilização eficiente e eficaz de todos os recursos postos à sua disposição.

Visão

Alcançar o estatuto de *Hospital de Qualidade*, reconhecido pela comunidade em geral, como a principal referência de saúde na Região, e pelos seus profissionais, que aqui encontrarão um lugar atractivo para se realizarem e valorizarem.

Valores

- Orientação para o doente
- Qualidade e inovação
- Ética
- Equidade
- Respeito pela dignidade humana
- Serviço público e universal
- Eficácia na utilização dos recursos públicos
- Responsabilidade social e ambiental
- Realização e satisfação dos colaboradores
- Ganhos em saúde
- Criação de valor

Quadro 4.13. Missão, Visão e Valores do Hospital: Síntese e Pontos - Chave

<p>Prestar cuidados de saúde diferenciados e elevada qualidade; Prestar cuidados humanizados e em tempo útil; Prestar os cuidados mais adequados à manutenção e restabelecimento da saúde e qualidade de vida de todos os utentes; Apoiar outras instituições de saúde da Região, menos diferenciadas; Promover o desenvolvimento pessoal/profissional de todos os colaboradores; Alcançar o estatuto de Hospital de Qualidade; Ser a principal referência de saúde na Região; Ser reconhecido e valorizado pela comunidade em geral; Ter capacidade de resposta às necessidades dos utentes; Ser reconhecido pelos profissionais como um lugar atractivo para se realizarem; Orientar a sua acção para o doente; Praticar a Inovação em processos e serviços; Respeitar os princípios da Ética; Promover a Qualidade Técnica e Organizacional; Ser Social e Ambientalmente responsável; Promover a Realização e Satisfação dos colaboradores; Criar Valor para a Comunidade e Utilizar eficiente e eficazmente os recursos.</p>
--

Fonte: Elaboração própria

4.3. Fase II. Estabelecer as Perspectivas, os Objectivos, Factores Críticos de Sucesso e Indicadores Estratégicos

4.3.1. Definição das Perspectivas do “BSC Hospitalar”

Com base nas justificações já apresentadas no capítulo 3 e na especificidade da organização hospitalar, em concreto, consideram-se nesta proposta quatro perspectivas (figura 4.1), procurando responder às questões que se lhes seguem:

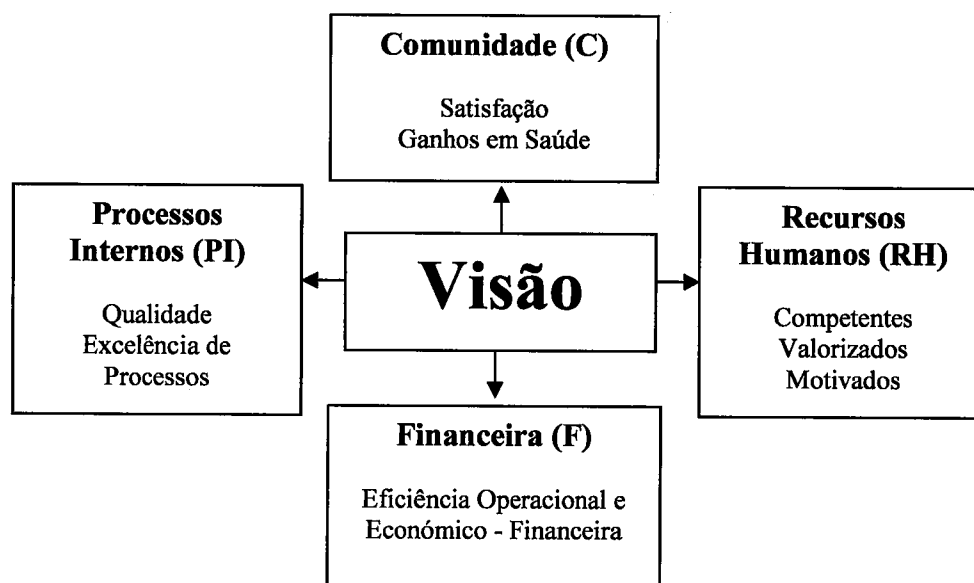
P. Comunidade: Como ganhar a confiança dos utentes e obter maiores *ganhos em saúde* para toda a comunidade?

P. Processos Internos: Como organizar os principais processos internos e em que deve apostar-se para atingir a *excelência*?

P. Recursos Humanos: Como *valorizar e satisfazer* todos os colaboradores?

P. Financeira: Como podem, e devem, ser acautelados, os *interesses dos financiadores* (contribuintes)?

Figura 4.1. Perspectivas do “BSC Hospitalar”



Fonte: Elaboração própria, com base em modelo de Kaplan e Norton (1997)

4.3.2. Identificação e Selecção dos Objectivos Estratégicos

A identificação e posterior selecção dos objectivos estratégicos do hospital, teve como orientação a missão e visão estabelecidas, e como base a metodologia apresentada no ponto 3.3.2. Finda a selecção, foram apurados dezasseis objectivos estratégicos, distribuídos pelas quatro perspectivas BSC (quadro 4.14, pág. 101), julgados como os mais adequados à concretização da missão e estratégia definida. Por perspectiva, seleccionaram-se os que a seguir e de forma sucinta se descrevem.

Perspectiva Comunidade

Na missão, está claramente explicitada a noção de serviço público de saúde. Na visão, é clara a referência à aspiração do hospital em ser reconhecido pela comunidade, como uma unidade de qualidade e referência. Nesse contexto, e nesta perspectiva, os objectivos visam assegurar a satisfação das necessidades em saúde dos utentes e de toda a comunidade, bem como a capacidade organizacional em estabelecer as parcerias capazes de contribuir para que tal aconteça. O utente e a comunidade são o elemento central do “BSC Hospitalar”. Nesse pressuposto, e nesta perspectiva, seleccionaram-se assim como objectivos estratégicos do hospital:

C1. Melhorar a imagem percebida pela comunidade. Ter uma boa imagem institucional, reflexo da confiança, satisfação e respeito dos utentes e de toda a Comunidade. A satisfação dos utentes e da comunidade será um factor diferenciador do hospital e sinónimo da qualidade do serviço oferecido.

C2. Melhorar a ligação com outras instituições de saúde. Numa lógica de sistema local de saúde, articular a prestação de cuidados, com os centros de Saúde e integrar, em conjunto com outros hospitais da Região Alentejo e hospitais Centrais de Lisboa e Vale do Tejo, as Redes de Referenciação Hospitalar.

C3. Adequar a oferta às necessidades da população. Colaborar, em conjunto com outras instituições, no conhecimento do perfil epidemiológico da população, de forma a adequar a oferta de cuidados, às suas principais necessidades.

C4. Incorporar a voz e superar as expectativas dos utentes. Os utentes e a comunidade, são a razão de ser do hospital e para cuja satisfação, verdadeiramente se trabalha. Devem por isso, desenvolver-se iniciativas de gestão centradas nos utentes e familiares, procurando prestar-lhes os serviços mais adequados, de qualidade excepcional, capazes de os surpreender pela positiva e superarem as suas mais exigentes expectativas.

Perspectiva Processos Internos

Nesta perspectiva, os objectivos visam contribuir para a eficiência dos processos internos, a satisfação da comunidade e racionalização interna. Os objectivos estratégicos relacionam-se assim com as várias actividades internas que, se melhorados de forma conjugada, contribuirão para o aumento da produtividade e a satisfação de todos os que têm interesse no hospital. Foram seleccionados os seguintes objectivos estratégicos:

P1. Incrementar a inovação, a diferenciação e a autonomia técnica. Apostar na inovação e diferenciação de processos, como forma de alcançar a excelência.

P2. Consolidar um sistema de controlo e certificação da qualidade. Não basta considerar que se faz bem; é necessário demonstrá-lo e explicitá-lo. Assim, apenas a aposta na avaliação externa e na Certificação de processos e serviços, pode garantir e evidenciar a qualidade e a eficiência dos serviços prestados.

P3. Reduzir a demora média. As listas de espera (ver ponto 2.2.2.4) e a duração do internamento, são um problema para a tutela, o hospital e os doentes. Apostar na redução da demora média e do tempo de internamento, avulta como absolutamente crucial, numa estratégia de bom serviço à comunidade e redução de custos.

P4. Melhorar a integração dos processos e sistemas de informação. Incrementar a integração e articulação coerente dos SI, nomeadamente os informáticos, de forma a agilizar processos e partilhar a informação necessária.

Perspectiva Recursos Humanos

A aposta na capacidade dos funcionários, no seu conhecimento, valorização e motivação, bem como no trabalho em equipa e nos sistemas de informação, são os factores que presidiram à selecção dos objectivos para esta perspectiva. Nesse contexto, seleccionaram-se como objectivos, os seguintes:

H1. *Melhorar a integração, a comunicação e o trabalho em equipa.* Na saúde e, concretamente nos hospitais, está-se sempre em equipa, mas nem sempre se trabalha em equipa. Assim, é absolutamente crucial apostar na boa integração dos novos profissionais, estimular a comunicação interna e fortalecer o espírito de equipa.

H2. *Avaliar e monitorizar o desempenho.* Promover uma cultura de avaliação, instituindo políticas de meritocracia e responsabilização por resultados. Como salientam Kaplan e Norton (1997), só se consegue gerir, o que se consegue medir.

H3. *Aumentar as competências e a motivação de todos os funcionários.* Os recursos humanos são o activo mais importante do hospital. São as pessoas, e não a tecnologia, quem quase sempre faz a diferença, para mais numa organização em que a relação humana é determinante. Apostar na formação e qualificação dos profissionais, como forma de aumentar a sua cultura organizacional, a sua motivação, a excelência dos cuidados prestados e, conseqüentemente, os ganhos em saúde, é assim, um factor absolutamente decisivo.

H4. *Melhorar as condições de segurança, higiene e saúde laboral.* Uma Instituição de saúde tem que cuidar dos pacientes, mas não pode descurar a saúde e o bem-estar dos seus profissionais. Garantir-lhes boas condições de trabalho, apostando na sua saúde e segurança, é um imperativo inquestionável.

Perspectiva Financeira

A selecção dos indicadores para esta perspectiva, depende da fase do ciclo de vida, em que a organização se encontra. Tratando-se de um hospital antigo e consolidado, considera-se que se encontra na chamada fase de manutenção, ou

madura, pelo que os objectivos seleccionados visam, no contexto do modelo desenvolvido, solidificar a aposta na qualidade e na satisfação das necessidades dos utentes e da comunidade. Seleccionaram-se assim, como objectivos:

F1. *Ajustar a capacidade técnica e humana instalada.* Todos os activos, sejam recursos físicos ou humanos, tangíveis ou intangíveis, devem ser potenciados ao máximo. Torna-se por isso necessário otimizar todos os recursos existentes, com base no pressuposto de que activos desaproveitados, são custos para a organização.

F2. *Aumentar a eficiência e a produtividade.* Contribuir de forma determinante para o equilíbrio económico – financeiro do hospital e o seu nivelamento com as melhores práticas.

F3. *Ajustar a estrutura de custos.* Melhorar a estrutura de custos, ao nível do pessoal, funcionamento e investimento, como condição essencial ao aumento da produtividade.

F4. *Incrementar uma cultura de economia, eficiência e eficácia.* Embora sejam conceitos que devem estar presentes em todas as organizações, *economia, eficiência e eficácia*, são particularmente importantes nas instituições públicas e, nomeadamente nos hospitais. A gestão deve assim assentar numa filosofia de eficiência, incentivando práticas de qualidade e utilização dos recursos estritamente necessários.

Quadro 4.14. Objectivos Estratégicos do HESE

Perspectiva	Objectivos Estratégicos
<p>Comunidade (C) <i>Como obter Ganhos em saúde?</i></p>	<p>C1. Melhorar a satisfação e a imagem percebida pela comunidade; C2. Melhorar a ligação com outras Instituições de Saúde; C3. Adequar a oferta às principais necessidades da população; C4. Incorporar a voz e superar as expectativas dos utentes;</p>
<p>Processos Internos (PI) <i>Como alcançar a excelência de Processos para satisfazer os Utentes?</i></p>	<p>P1. Incrementar a inovação, a diferenciação e a autonomia técnica; P2. Consolidar um sistema de controlo e certificação da qualidade; P3. Reduzir a demora média; P4. Melhorar a integração dos processos e sistemas de informação;</p>
<p>Recursos Humanos (RH) <i>Como sustentar e dar suporte à mudança?</i></p>	<p>H1. Melhorar a integração, a comunicação e o trabalho em equipa; H2. Avaliar e monitorizar o desempenho; H3. Aumentar as competências e motivação de todos os funcionários; H4. Melhorar as condições de segurança, higiene e saúde laboral;</p>
<p>Financeira (F) <i>Como sustentar a concretização dos objectivos nas restantes perspectivas?</i></p>	<p>F1. Ajustar a capacidade técnica e humana instalada; F2. Aumentar a eficiência e a produtividade; F3. Ajustar a estrutura de (reduzir) custos; F4. Incrementar uma cultura de economia, eficiência e eficácia.</p>

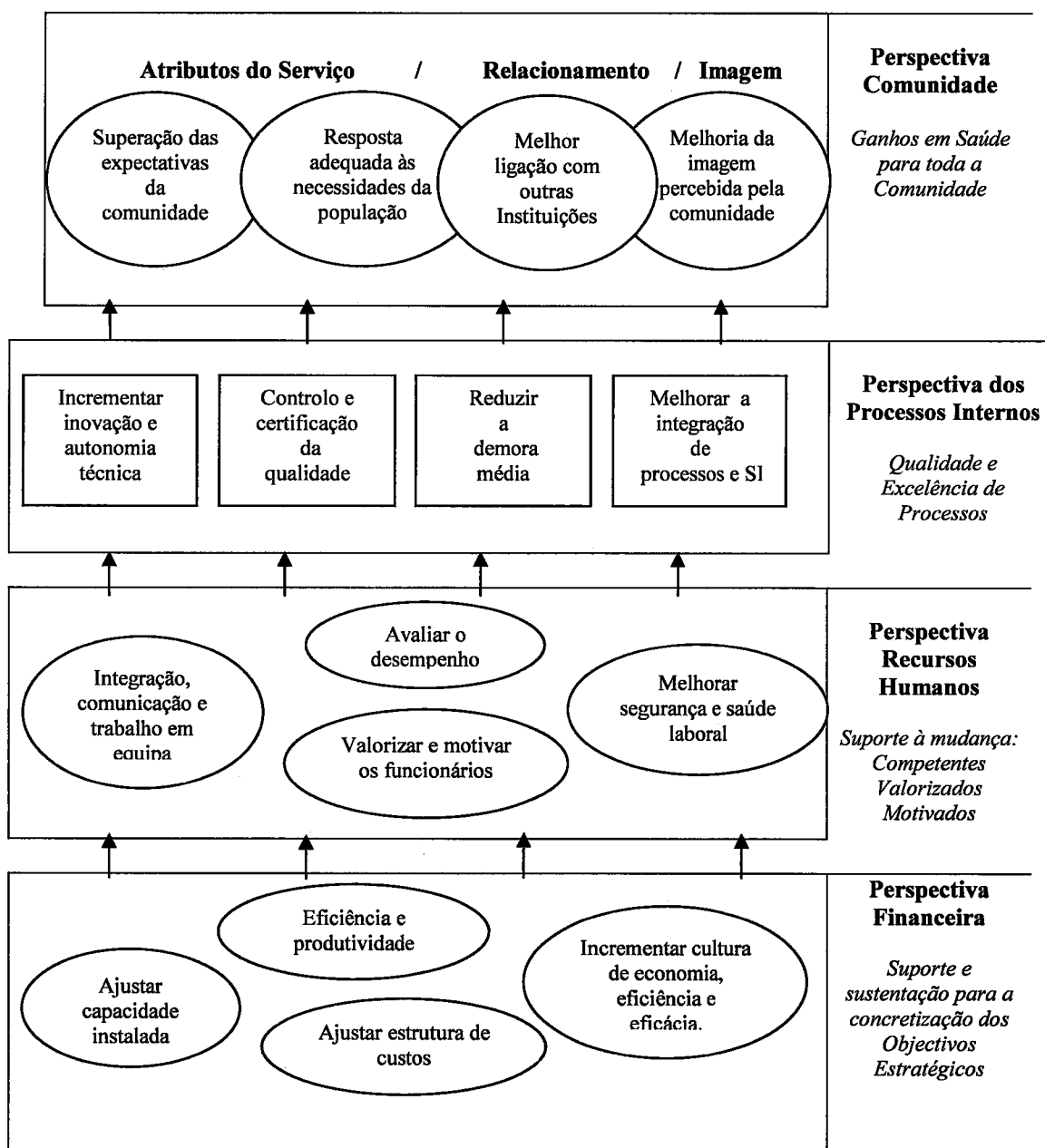
Fonte: Elaboração própria

Relações de Causa e efeito entre os Objectivos

Tanto para Kaplan e Norton (1997), como para Horváth e Partners (2003), as relações de causa e efeito, representam um dos elementos centrais do Balanced Scorecard, razão porque o desenho de um mapa estratégico (figura 4.2) assume particular importância. No caso do “BSC Hospitalar”, sendo a perspectiva *Comunidade*, o elemento central do modelo, todos os objectivos, nas restantes perspectivas, têm como fim último, a sua satisfação. Nesse contexto, na base do mapa estratégico aparece a perspectiva *Financeira* (suporte para o cumprimento de todos os objectivos), e no topo, a perspectiva *Comunidade*, para cuja satisfação, toda

a organização trabalha. Nos patamares intermédios, situam-se as perspectivas *Processos Internos* e *Recursos Humanos*, ambas essenciais à obtenção de ganhos em saúde para toda a comunidade.

Figura 4.2. Mapa Estratégico do HESE



Fonte: Elaboração própria, com base em modelo de Kaplan e Norton (1997)

4.3.3. Identificação e Selecção dos Factores Críticos de Sucesso

Sendo os FCS as actividades chave em que o bom desempenho é essencial ao sucesso da estratégia e à concretização dos objectivos estratégicos, com base na análise documental e organizacional, foi inicialmente listado um conjunto de *Possíveis FCS (apêndice 3)* por perspectiva. Em seguida, tendo como princípio, a sua particular adequação à concretização dos objectivos, foram seleccionados os factores considerados fundamentais para melhorar a eficácia hospitalar (quadro 4.15).

Quadro 4.15. Factores Críticos de Sucesso do HESE

Factores Críticos de Sucesso
<ul style="list-style-type: none">• Ganhos em Saúde (C)<ul style="list-style-type: none">○ Promoção, Rastreio e Prevenção da Saúde○ Conhecimento do Perfil epidemiológico○ Parcerias com Outras Instituições○ Comunicação Interna e Externa○ Qualidade e Humanização dos Cuidados○ Satisfação dos utentes○ Tratamento eficaz das Reclamações • Excelência de Processos (PI)<ul style="list-style-type: none">○ Qualidade e Inovação○ Certificação/Acreditação○ Racionalização e Articulação dos SI/TI○ Qualidade e Completude do Apoio Médico○ Eficiência dos Actos Médicos○ Listas de Espera / Tempo de resposta • Suporte à Mudança (RH)<ul style="list-style-type: none">○ Empenhamento da Gestão de Topo○ Integração e Desenvolvimento Profissional○ Projectos em Equipa○ Avaliação e Monitorização do desempenho○ Formação e Motivação dos Funcionários○ Ergonomia e Saúde Ocupacional • Sustentabilidade Financeira (F)<ul style="list-style-type: none">○ Racionalização dos Recursos Técnicos e Humanos○ Eficiência Operacional e Económico-Financeira○ Produtividade Global e por Linha de Produção○ Custos Totais e por Linha de Produção○ Equilíbrio Financeiro○ Avaliação e Priorização dos Investimentos

Fonte: Elaboração própria

4.3.4. Identificação e Selecção dos Indicadores Estratégicos

Para a identificação dos *Indicadores Estratégicos* (ver ponto 3.3.3), organizou-se inicialmente uma lista de *Possíveis Indicadores Genéricos* (apêndice 4) por perspectiva BSC, com base em diversas fontes que devidamente se assinalam. A partir dessa lista, seleccionaram-se os que se julgaram mais adequados, tendo em atenção o objectivo que pretendiam medir e os requisitos de qualidade sugeridos por Arveson (1998).

Quadro 4.16. Indicadores para os Objectivos Estratégicos: P. Comunidade

Perspectiva	Objectivo Estratégico	Indicadores Estratégicos
Comunidade	C1. Melhorar a satisfação e a imagem percebida pela comunidade	<ul style="list-style-type: none">– Acções de divulgação da actividade hospitalar– Aprovação pela comunidade
	C2. Melhorar a ligação com outras instituições de saúde	<ul style="list-style-type: none">– Protocolos e parcerias de colaboração– Evolução da Telemedicina
	C3. Adequar a oferta às principais necessidades da população	<ul style="list-style-type: none">– Necessidades detectadas / Necessidades satisfeitas– Diagnóstico precoce (ao nível das principais patologias na região)
	C4. Incorporar a voz e superar as expectativas dos utentes	<ul style="list-style-type: none">– Satisfação global dos utentes– N.º sugestões anuais recebidas– Reclamações (mês)– Demora média de resposta a uma reclamação

Fonte: Elaboração própria

Na perspectiva *Comunidade* (quadro 4.16), foram seleccionados dez indicadores. Procurou-se, essencialmente, seleccionar indicadores que permitam monitorizar o envolvimento do hospital com a comunidade, avaliar a melhoria da sua imagem institucional e de obtenção, em conjunto com outras instituições, de ganhos em saúde para toda a população da sua área de influência. Procuraram-se ainda indicadores capazes de monitorizar a ligação do hospital com as outras instituições

de saúde da região, adequação da resposta hospitalar, às necessidades da comunidade, e superação das melhores expectativas dos utentes (satisfação global dos utentes com os cuidados recebidos, n.º de Reclamações e Sugestões, etc.).

Relativamente aos *Processos Internos* (quadro 4.17), a selecção dos indicadores teve como pano de fundo, a preocupação com a qualidade e o aprimoramento de processos, ambos fundamentais à prestação de um serviço de qualidade, eficiente, eficaz e susceptível de satisfazer os utentes e a comunidade. Foram apurados doze indicadores, julgados como os mais capazes de monitorizar a eficiência de processos e a qualidade dos serviços prestados aos utentes.

Quadro 4.17. Indicadores para os Objectivos Estratégicos: P. P. Internos

Perspectiva	Objectivo Estratégico	Indicadores Estratégicos
Processos Internos	P1. Incrementar a inovação, diferenciação e autonomia técnica	<ul style="list-style-type: none"> – Novos serviços / Novas técnicas oferecidas – Doentes transferidos – Taxa de apropriação de admissões / dias de internamento
	P2. Consolidar um sistema de controlo e certificação da qualidade	<ul style="list-style-type: none"> – Serviços / departamentos, utilizando modelos de auto-avaliação – Índice de cobertura / execução de processos de certificação da qualidade – Taxa de doentes reinternados – Certificações e prémios conseguidos
	P3. Reduzir a demora média	<ul style="list-style-type: none"> – Demora média ajustada por complexidade – Demora média do internamento – Demora média de espera na Urgência
	P4. Melhorar a integração dos processos e sistemas de informação	<ul style="list-style-type: none"> – Inoperacionalidade técnica por avarias ou falta de recursos humanos – Percepção positiva dos colaboradores sobre a comunicação e a conexão dos SI

Fonte: Elaboração própria

Na perspectiva *Recursos Humanos* (quadro 4.18), os indicadores apurados procuram, essencialmente, monitorizar a capacidade dos funcionários (evolução / qualificação / formação), bem como a sua motivação, *empowerment* e alinhamento, condição essencial ao sucesso da estratégia e à prestação de um serviço de qualidade. Apuraram-se doze indicadores, visando monitorizar as pessoas, bem como o seu conhecimento e envolvimento, na prossecução da estratégia delineada.

Quadro 4.18. Indicadores para os Objectivos Estratégicos: P. R. Humanos

Perspectiva	Objectivo Estratégico	Indicadores Estratégicos
Recursos Humanos	H1. Melhorar a integração, a comunicação e o trabalho em equipa	<ul style="list-style-type: none"> – Índice de coordenação interna – Serviços com planos de acolhimento para novos profissionais – Percepção positiva dos colaboradores sobre promoção e desenvolvimento profissional
	H2. Avaliar e monitorizar o desempenho	<ul style="list-style-type: none"> – Serviços e profissionais com objectivos de produção definidos – Grau de implementação do SIADAP
	H3. Aumentar as competências e motivação de todos os funcionários	<ul style="list-style-type: none"> – Acções de formação (anual) – Taxa de absentismo – Satisfação / Motivação dos funcionários – Sugestões dos colaboradores (anual) – Resposta a inquéritos
	H4. Melhorar as condições de segurança, higiene e saúde laboral	<ul style="list-style-type: none"> – Acidentes de trabalho (anual) – Percepção positiva dos colaboradores sobre as condições de trabalho

Fonte: Elaboração própria

Finalmente, na perspectiva *Financeira* (quadro 4.19), suporte para o cumprimento dos objectivos nas restantes perspectivas, foram apurados catorze indicadores, seleccionados com base na estratégia particular do hospital. Como ponto de partida, utilizou-se a lista de indicadores tradicionais de avaliação do desempenho financeiro.

Quadro 4.19. Indicadores para os Objectivos Estratégicos: P. Financeira

Perspectiva	Objectivo Estratégico	Indicadores Estratégicos
Financeira	F1. Ajustar capacidade técnica e humana instalada	<ul style="list-style-type: none"> – Taxa de utilização de equipamentos – Rácio ajustado profissional / cama – Taxa de ocupação de camas
	F2. Aumentar a eficiência e a produtividade	<ul style="list-style-type: none"> – Resultado liquido do exercício – Produtividade (global e por linha de produção) – Blocos Cirúrgicos abertos de manhã e de tarde – Eficiência ponderada (por case-mix)
	F3. Ajustar a estrutura de custos	<ul style="list-style-type: none"> – Peso das horas extraordinárias no total de custos com pessoal – Custos totais – Valor da produção / Total de custos
	F4. Incrementar uma cultura de economia, eficiência e eficácia	<ul style="list-style-type: none"> – Poupança com renegociação de Contratos com fornecedores – Cirurgia em ambulatório / Total de cirurgias – Cesarianas / Total de partos – Episódios de internamento por infeções nosocomiais

Fonte: Elaboração própria

Os indicadores seleccionados e apresentados nos quadros anteriores (4.16 a 4.19), são a proposta de indicadores essenciais, no âmbito do “BSC Hospitalar”. Não obstante, considera-se possível, senão mesmo vantajosa, a utilização de outros indicadores, que podem apelar-se de auxiliares, desde que sejam de fácil utilização e suportados pelos sistemas informáticos existentes.

Categorização dos Indicadores Estratégicos

O BSC utiliza medidas genéricas de resultados (metas comuns a muitas estratégias), reflexo de estruturas semelhantes entre sectores e empresas. As medidas de resultado, tendem a ser indicadores de ocorrência (lucro, satisfação dos clientes...), enquanto que as medidas de tendência, ou vectores de desempenho, são geralmente específicos de uma determinada organização ou unidade de negócios.

Neste contexto, os objectivos seleccionados, categorizaram-se do seguinte modo (quadro 4.20):

Quadro 4.20. Categorização dos Indicadores Estratégicos

	Indicadores de Ocorrência	Indicadores de Tendência
Comunidade	<ul style="list-style-type: none"> - Satisfação global dos utentes (%) - N.º de sugestões anuais recebidas - N.º Reclamações (mês) - Demora média de resposta reclamações (n.º de dias) 	<ul style="list-style-type: none"> - N.º Acções de divulgação da actividade hospitalar - Evolução da Telemedicina (%) - N.º Casos precocemente diagnosticados - N.º Protocolos e parcerias c/ outras Inst. - N.º Necessidades detectadas / satisfeitas - Aprovação pela comunidade (%)
P. Internos	<ul style="list-style-type: none"> - Serviços e Departamentos utilizando modelos de auto - avaliação (N.º / %) - Índice de cobertura / execução de processos de certificação da qualidade - N.º Certificações e prémios conseguidos - Inoperacionalidade técnica por avarias ou falha de recursos humanos (n.º horas) - Percepção positiva dos colaboradores sobre comunicação e conexão SI (%) 	<ul style="list-style-type: none"> - N.º Novos serviços / Novas técnicas - N.º Doentes transferidos - Tx de apropriação de admissões / dias de internamento - Tx de doentes reinternados - Demora média ajustada por complexidade - Demora média do internamento - Demora média de espera na urgência
R. Humanos	<ul style="list-style-type: none"> - Percepção positiva dos colaboradores sobre promoção e desenvolvimento profissional (%) - N.º Acções de formação - Tx de absentismo (%) - Satisfação / Motivação funcionários (%) - N.º Sugestões dos colaboradores - Resposta a inquéritos (%) 	<ul style="list-style-type: none"> - Índice de coordenação interna - N.º Serviços com planos de acolhimento de novos profissionais (n.º e %) - Grau de implementação do SIADAP (%) - N.º Acidentes de trabalho - Percepção positiva dos colaboradores sobre as condições de trabalho (%) - Serviços e Profissionais com OBJ definidos (N.º e %)
Financeira (a)	<ul style="list-style-type: none"> - Peso das horas extraordinárias no total de custos com pessoal (%) - Custos totais (€) - Valor da produção / Total de custos - Poupança com renegociação de contratos com fornecedores (€) - Taxa de utilização de equipamentos - Resultado líquido do exercício - Produtividade (global e por linha de produção) - Cirurgia em ambulatório / Total de cirurgias (%) - Cesarianas / Total de partos (%) - N.º Episódios de internamento por infecções nosocomiais - Rácio ajustado profissional / Cama - Taxa de ocupação de camas - Blocos Cirúrgicos abertos de manhã e de tarde - Eficiência Ponderada (por Case - mix) 	

(a) Na perspectiva Financeira, apenas se consideram indicadores de resultados (Kaplan e Norton, 1997)

Fonte: Elaboração própria

4.4. Fase III. Estabelecer Metas, Iniciativas e Planos de Acção

4.4.1. Definição das Metas e Iniciativas Estratégicas

Para Horváth e Partners (2003), só com a definição das metas ou valores para os objectivos, estes estão descritos por completo, uma vez que só essa definição permite alcançar o compromisso de responsáveis pela sua concretização.

Nos quadros seguintes apresentam-se, por perspectiva, as unidades de medição dos indicadores e algumas das metas estabelecidas para o horizonte temporal definido no PE HESE (2005-2007), para as quais foi possível obter referencial comparativo ou avaliação base que devidamente se assinala.

Obviamente que, para grande parte dos indicadores seleccionados, não havendo historial de monitorização nem possibilidade de comparação com organizações congéneres, só após o início do seu tratamento sistemático, será possível estabelecer metas com rigor.

Quadro 4.21. Definição de Valores para os Indicadores (Metas): P. Comunidade

	Objectivo	Indicador	Unidade	Meta
Comunidade	C1. Melhorar a imagem percebida pela comunidade	– N.º de acções divulgação da actividade hospitalar – Aprovação pela comunidade	Uni %	90% (a)
	C2. Melhorar a ligação com outras instituições de saúde	– N.º de protocolos e parcerias – Evolução da Telemedicina	Uni %	
	C3. Adequar a oferta às necessidades da população	– N.º de Necessidades detectadas / N.º de necessidades satisfeitas – Diagnóstico precoce (ao nível das principais patologias na região)	% Uni (%)	
	C4. Incorporar a voz e superar as expectativas dos utentes	– Satisfação global dos utentes – N.º Sugestões anuais recebidas – N.º de reclamações (mês) – Demora média resposta reclamações	% Uni Uni Dia	90 % (a)

(a) Referência: valor 80,5, Índice de satisfação dos utentes dos Hospitais SA (Nóbrega, 2004)

Fonte: Elaboração própria

Quadro 4.22. Definição de Valores para os Indicadores (Metas): P. P. Internos

	Objectivo	Indicador	Unidade	Meta
Processos Internos	P1. Incrementar a inovação, diferenciação e autonomia técnica	<ul style="list-style-type: none"> - N.º de novos serviços / Novas técnicas oferecidas - N.º de doentes transferidos - Taxa de apropriação de admissões / dias de internamento 	<p style="text-align: center;">Uni Uni %</p>	
	P2. Consolidar um sistema de controlo e certificação da qualidade	<ul style="list-style-type: none"> - N.º de Serviços / Departamentos, utilizando modelos de autoavaliação - Índice de cobertura / execução de processos de certificação da qualidade - Taxa de doentes reinternados - N.º de certificações e prémios conseguidos 	<p style="text-align: center;">Uni (%) % % Uni</p>	90 % (a)
	P3. Reduzir a demora média	<ul style="list-style-type: none"> - Demora média ajustada por complexidade - Demora média do internamento - Demora média espera na Urgência 	<p style="text-align: center;">Dia Dia Hora</p>	5,8 (b)
	P4. Melhorar a integração dos processos e Sistemas de Informação	<ul style="list-style-type: none"> - Inoperacionalidade por avarias ou falta de recursos humanos - Percepção positiva dos colaboradores sobre a comunicação e a conexão dos SI 	<p style="text-align: center;">Hora %</p>	

(a) Referência: Meta estabelecida a título de exemplo, por não haver histórico, nem termo de comparação.

(b) Referência: Média dos dez melhores Hospitais SA (Tableau de Bord 2004)

Fonte: Elaboração própria

Quadro 4.23. Definição de Valores para os Indicadores (Metas): P. R. Humanos

	Objectivo	Indicador	Unidade	Meta
Recursos Humanos	H1. Melhorar a Integração, a Comunicação e Trabalho em Equipa	<ul style="list-style-type: none"> - Índice de coordenação interna - Serviços com planos de acolhimento de novos profissionais - Percepção positiva dos colaboradores sobre promoção e desenvolvimento profissional 	<p style="text-align: center;">% % %</p>	90 % (a)
	H2. Avaliar e Monitorizar o Desempenho	<ul style="list-style-type: none"> - Serviços e profissionais com objectivos de produção definidos - Grau de implementação do SIADAP 	<p style="text-align: center;">% %</p>	90 % (a) 90% (a)
	H3. Aumentar as Competências e Motivação de todos os Funcionários	<ul style="list-style-type: none"> - N.º de acções de formação (anual) - Taxa de absentismo - Satisfação / Motivação dos funcionários - N.º de sugestões colaboradores - Resposta a inquéritos 	<p style="text-align: center;">Uni % % Uni anual %</p>	
	H4. Melhorar as condições de Segurança, Higiene e Saúde Laboral	<ul style="list-style-type: none"> - N.º de acidentes de trabalho (anual) - Percepção positiva dos colaboradores sobre as condições de trabalho 	<p style="text-align: center;">Uni %</p>	80 % (a)

(a) Referência: Meta estabelecida a título de exemplo, por não haver histórico, nem termo de comparação

Fonte: Elaboração própria

Quadro 4.24. Definição de Valores para os Indicadores (Metas): P. Financeira

	Objectivo	Indicador	Unidade	Meta
Financeira	F1. Ajustar capacidade técnica e humana instalada	<ul style="list-style-type: none"> - Taxa de utilização de equipamentos - Rácio ajustado n.º de profissionais / cama - Taxa de ocupação de camas 	<ul style="list-style-type: none"> % x / Cama % 	82 % (a)
	F2. Aumentar a eficiência e a produtividade	<ul style="list-style-type: none"> - Resultado líquido do exercício - Produtividade (global e linha de produção) - Blocos Cirúrgicos abertos manhã e tarde - Eficiência ponderada (por case-mix) 	<ul style="list-style-type: none"> Euros % N.º Índice 	81,6 (c)
	F3. Ajustar a estrutura de custos	<ul style="list-style-type: none"> - Peso das horas extraordinárias no total de custos com pessoal - Custos totais - Valor da produção / total de custos 	<ul style="list-style-type: none"> % Euros 	16% (a)
	F4. Incrementar uma cultura de economia, eficiência e eficácia	<ul style="list-style-type: none"> - Poupança com renegociação de contratos com fornecedores - Cirurgia em ambulatório / Total cirurgias - Cesarianas / Total de partos - Nº de episódios de internamento por infeções nosocomiais 	<ul style="list-style-type: none"> Euros % % Uni 	<ul style="list-style-type: none"> 30,0 % (b) 41,9 % (a) 20,0 % (d)

- (a) **Referência:** Média dos dez melhores hospitais SA (Tableau de Bord 2004)
- (b) **Referência:** Poupança média conseguida pelo hospital de Santarém SA (2004), após renegociação com fornecedores (lavandaria, refeições, comunicações e electricidade) (disponível em <http://www.hospitalsepe.min-saude.pt/>)
- (c) **Referência:** melhor indicador agregado de eficiência, ponderado pelo case-mix, segundo estudo de Giraldes e tal (2005) (ver ponto 4.1.1, quadro 4.7).
- (d) **Referência:** histórico hospitalar (31,5 % em 2004) (DGS, 2004).

Fonte: Elaboração Própria

Uma vez que visam essencialmente a alteração da estrutura organizacional e a modificação de procedimentos (como suporte de uma transformação profunda da organização, tanto ao nível das formas de trabalho, como da cultura dos colaboradores), as iniciativas estratégicas são quem, verdadeiramente, impulsiona a mudança e determina o sucesso de implementação da estratégia organizacional.

Horváth e Partners (2003), consideram mesmo que o essencial no *Balanced Scorecard* é estabelecer as acções estratégicas. Nesse contexto, em função dos *objectivos estratégicos, factores críticos de sucesso e indicadores* já definidos, as *iniciativas* foram estabelecidas, tendo em atenção o estipulado no Plano Estratégico Hospitalar, a sua real importância para a implementação da estratégia global da organização e a possibilidade de desdobramento futuro, para as unidades departamentais. Foram seleccionadas as iniciativas que, por perspectiva e objectivo estratégico, se apresentam nos quadros seguintes.

Quadro 4.25. Iniciativas Estratégicas, por Objectivo Estratégico: P. Comunidade

Objectivos	Iniciativas Estratégicas
C1. Melhorar a imagem percebida pela comunidade	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Desenvolver o Portal (site) hospitalar visando facilitar o acesso, a informação e a comunicação com a comunidade ▪ Elaborar Plano de Comunicação e renovação de imagem
C2. Melhorar a ligação com outras instituições de saúde;	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Identificar parcerias estratégicas e promover planos e programas conjuntos de actuação com outras Instituições de Saúde
C3. Adequar a oferta às necessidades da população	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Colaborar, com outras instituições, no conhecimento do perfil epidemiológico da população ▪ Estabelecer programas de diagnóstico precoce das principais patologias identificadas na população
C4. Incorporar a voz e superar as expectativas dos utentes	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Desenvolver Plano para avaliação, regular e periódica, do nível de satisfação dos utentes. ▪ Desenvolver Gabinete do Utente e criar a figura de <i>Provedor do Utente</i>

Fonte: Elaboração própria; PE HESE (2005-2007)

Quadro 4.26. Iniciativas Estratégicas, por Objectivo Estratégico: P. P. Internos

Objectivos	Iniciativas Estratégicas
P1. Incrementar a inovação, diferenciação e autonomia técnica	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Avaliar e desenvolver a autonomia técnica (mesmo com recurso ao exterior)
P.2. Consolidar um sistema de controlo e certificação da qualidade	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Criar a figura de <i>Gestor da Qualidade</i> e apostar na aplicação de metodologias de gestão por processos ▪ Concluir a certificação (pelas normas ISO 9001:2000) dos processos em curso (Imunohemoterapia, Patologia Clínica, Anatomia Patológica e Oncologia) e alargá-la ao maior número possível de processos da organização (Gastroenterologia, Hemodiálise, Imagiologia e Esterilização) ▪ Iniciar processo de Acreditação do hospital pelas normas do <i>King's Fund</i> ▪ Assegurar a divulgação do "BSC Hospitalar" e o seu desdobramento a todas as unidades departamentais
P3. Reduzir a demora média	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Aumentar a utilização dos blocos operatórios, estudando mecanismos para a sua maior utilização, nomeadamente no período da tarde. ▪ Desenvolver a oferta do hospital de dia, nomeadamente às áreas de Cirurgia do Ambulatório, Imunohemoterapia, Psiquiatria e Medicina Interna
P4. Melhorar a integração dos processos e Sistemas de Informação	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Melhorar os sistemas de informação para a gestão e funcionamento da organização e desenvolvimento da história clínica integrada ▪ Apostar no processo Clínico electrónico

Fonte: Elaboração própria; PE HESE (2005-2007)

Quadro 4.27. Iniciativas Estratégicas, por Objectivo Estratégico: P. R. Humanos

Objectivos	Iniciativas Estratégicas
H1. Melhorar a integração profissional, a comunicação e o trabalho em equipa	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Elaborar e estabelecer Plano de Acolhimento para novos colaboradores ▪ Estudar e impulsionar políticas para a promoção do trabalho em equipa ▪ Desenhar e Implementar Plano de comunicação interna Hospitalar
H2. Avaliar e Monitorizar o desempenho	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Estabelecer sistemas de avaliação do desempenho, ao nível de equipa, em relação com o desdobramento de objectivos ▪ Implementar SIADAP
H3. Aumentar as competências e motivação de todos os funcionários	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Elaborar Plano Estratégico de Formação ▪ Estabelecer uma metodologia para estimular as sugestões dos colaboradores e gerir a sua implementação
H4. Melhorar as condições de segurança, higiene e saúde laboral	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Elaborar Plano de Emergência do Hospital ▪ Elaborar Carta de Gestão de Riscos e Manual de Segurança ▪ Desenvolver Serviço de Saúde Ocupacional

Fonte: Elaboração própria; PE HESE (2005-2007)

Quadro 4.28. Iniciativas Estratégicas, por Objectivo Estratégico: P. Financeira

Objectivos	Iniciativas Estratégicas
F1. Ajustar a Capacidade Instalada	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Elaborar Plano de Optimização da capacidade instalada (melhoria do rendimento e utilização de blocos cirúrgicos, consultas, tecnologia e equipamentos) ▪ Elaborar Plano de Manutenção preventiva de todos os equipamentos
F2. Aumentar a eficiência e a produtividade	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Elaborar Manuais de Procedimentos por Processo (Financeiro, Gestão de Camas, Recursos Humanos e Aprovisionamento), visando a melhoria do controlo interno ▪ Estabelecer Plano de melhoria da Eficiência e Produtividade (aproximação aos melhores desempenhos de organizações congéneres)
F4. Ajustar a estrutura de custos;	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Rever / Melhorar acordos com fornecedores ▪ Reduzir a utilização de MCDT, mediante o estabelecimento de protocolos ▪ Automatizar e Simplificar os Processos de encomenda e aquisição de produtos
F4. Incrementar cultura de economia, eficiência e eficácia	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Elaborar Programa de Sensibilização e Combate ao Desperdício ▪ Elaborar Plano de Investimentos (nomeadamente com equação de possibilidade de recurso a fundos estruturais)

Fonte: Elaboração própria; PE HESE (2005-2007)

As iniciativas estratégicas antes apresentadas, são as que se consideram fundamentais para o sucesso da estratégia e a consecução dos objectivos. Outras acções diárias, normalmente em uso no hospital, devem ser compatibilizadas e coordenadas com aquelas.

A elaboração das várias acções estratégicas, irá permitir ao hospital o cumprimento da missão inicialmente apresentada. Torna-se assim fundamental, coordenar as várias acções, uma vez que o cumprimento de um objectivo depende, muitas vezes da execução, com sucesso, das várias iniciativas apresentadas.

4.4.2. Estabelecimento de Planos de Acção

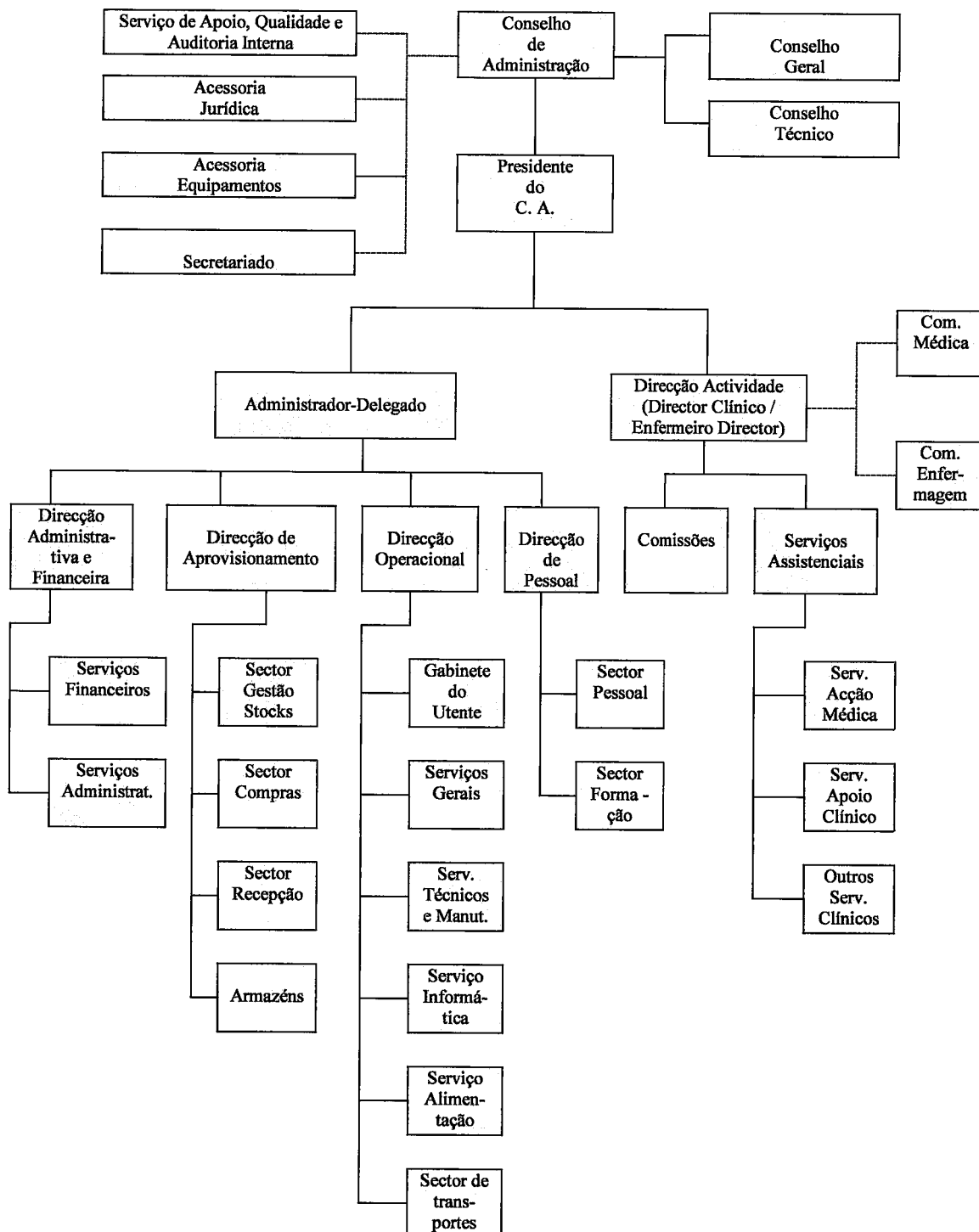
Finalizada a selecção das iniciativas estratégicas, foram então estabelecidos os Planos de Acção (quadros 4.29 a 4.31), com os quais se sintetizou e sistematizou todo o trabalho desenvolvido. Embora não se especifiquem com rigor, por não ser de todo possível, nem ser essa, verdadeiramente, a finalidade do presente trabalho, os quadros seguintes foram elaborados de modo a identificarem e comprometerem os responsáveis pela execução de cada um dos objectivos e iniciativas estratégicas. Afim de facilitar a gestão, racionalizar a estrutura organizacional, e possibilitar o processo de implementação do BSC, sugere-se como modelo organizativo a proposta de Macedo e Macedo (2005) (figura 4.3) que reflecte já as recentes alterações legislativas, decorrentes da empresarialização da gestão hospitalar. A identificação dos responsáveis pela concretização dos objectivos, que devem por eles responder perante a gestão de topo, tem por base esse modelo de organograma. Prevê-se ainda uma coluna para a explicitação dos recursos necessários à concretização de cada um dos objectivos. Com a atribuição de responsabilidades, torna-se possível à gestão de topo controlar o andamento de todo o processo de implementação⁸⁴, assegurar-se que os objectivos definidos, estão realmente a ser executados e garantir a possibilidade de desdobramento futuro para as unidades departamentais.

Importa ainda comunicar o BSC a todo o hospital. Para isso, vários meios podem ser utilizados, dependendo da imaginação e das disponibilidades.

⁸⁴ Segundo Kaplan e Norton (1997), o BSC pode ser implementado em 16 semanas, dependendo, no entanto, da disponibilidade da gestão de topo para encontros e reuniões.

Comunicações internas, boletim informativo, intranet, *placards* e sessões informativas, são apenas alguns exemplos possíveis.

Figura 4.3. Modelo de Organograma: Proposta no Âmbito do “BSC Hospitalar”



Fonte: Macedo e Macedo (2005)

Quadro 4.29. Plano de Acção: Perspectiva Comunidade

	Objectivo Estratégico	Indicador	Responsabilidades		Recursos Necessários	Metas	
			Responsável	Sectores envolvidos		Actual	2007
Perspectiva Comunidade	C1. Melhorar a imagem percebida pela comunidade	<ul style="list-style-type: none"> – N.º de acções de divulgação da actividade hospitalar – Aprovação pela comunidade 	Direcção da Actividade	Serviços Assistenciais	xxx	n/a (a) n/a	90 %
	C2. Melhorar a ligação com outras instituições de saúde	<ul style="list-style-type: none"> – N.º de protocolos e parcerias – Evolução da Telemedicina 	Direcção da Actividade	Serviços Assistenciais	xxx xxx	n/a n/a	
	C3. Adequar a oferta às necessidades da população	<ul style="list-style-type: none"> – N.º de necessidades detectadas / N.º de necessidades satisfeitas – Diagnóstico precoce (ao nível das principais patologias na região) 	Direcção da Actividade	Gabinete do Utente Serviços Assistenciais	xxx xxx	n/a n/a	
	C4. Incorporar a voz e superar as expectativas dos utentes	<ul style="list-style-type: none"> – Satisfação global dos utentes – N.º sugestões anuais recebidas – N.º de reclamações (mês) – Demora média resposta a reclamações 	Direcção Operacional	Gabinete do Utente	xxx xxx xxx xxx	n/a n/a n/a n/a	90 %
Iniciativas Estratégicas					Responsável	Em Execução	A Executar
– Desenvolver o Portal (site) hospitalar					Serviço Informática		
– Elaborar Plano de Comunicação e renovação de imagem					S. Apoio e QUAL		
– Identificar parcerias estratégicas e promover planos e programas conjuntos de actuação com outras Instituições de Saúde					Comissão X		
– Colaborar, com outras instituições, no conhecimento do perfil epidemiológico da população – alvo					Comissão Y		
– Estabelecer Programas de diagnóstico precoce das principais patologias identificadas na população					Comissão Z		
– Desenvolver Plano para avaliação do nível de Satisfação dos Utentes.					Gabinete Utente		
– Desenvolver Gabinete do Utente e criar a figura de “Provedor do Utente”					Adm. Delegado		

(a) n/a: não avaliado ou desconhecido

Fonte: Elaboração própria

Quadro 4.30. Plano de Acção: Perspectiva Processos Internos

	Objectivo Estratégico	Indicador	Responsabilidades		Recursos Necessários	Metas	
			Responsável	Sectores envolvidos		Actual	2007
Perspectiva P. Internos	P1. Incrementar inovação, diferenciação e autonomia técnica	<ul style="list-style-type: none"> - N.º de novos Serviços / Novas técnicas oferecidas - N.º de doentes transferidos (Semestral) - Taxa de apropriação de admissões / dias de internamento 	Direcção da Actividade	Serviços Assistenciais	xxx xxx xxx	- 592 (b) n/a (a)	
	P2. Consolidar um sistema de controlo e certificação da qualidade	<ul style="list-style-type: none"> - N.º de Serviços / departamentos, utilizando modelos de autoavaliação - Índice de cobertura / execução de processos de certificação da qualidade - Taxa de doentes reinternados - N.º de certificações e prémios conseguidos 	Serviço de Apoio, Qualidade e Auditoria Interna	Direcções Departamento Comissões Serviços Assistenciais	xxx xxx xxx xxx	n/a n/a n/a n/a	90 %
	P3. Reduzir a demora média	<ul style="list-style-type: none"> - Demora média ajustada por complexidade - Demora média do internamento - Demora média espera na Urgência 	Direcção da Actividade	Serviços Assistenciais	xxx xxx xxx	n/a 9,4 (b) n/a	5,8
	P4. Melhorar a integração de processos e Sistemas de Informação	<ul style="list-style-type: none"> - Inoperacionalidade por avarias ou falta de R. H. - Percepção positiva dos colaboradores sobre a comunicação e a conexão dos SI 	Direcção Operacional	Direcção de Pessoal	xxx xxx	n/a n/a	
Iniciativas Estratégicas					Responsável	Em Execução	A executar
- Avaliar e desenvolver a autonomia técnica					Directores Serviço		
- Criar a figura de <i>Gestor da Qualidade</i> e apostar na aplicação de metodologias de gestão por Processos					Gestor Qualidade		
- Concluir a certificação (pelas normas ISO 9001:2000) dos processos em curso e alargá-la a outros							
- Iniciar processo de Acreditação do hospital pelas normas do <i>King's Fund</i>							
- Assegurar a divulgação do "BSC Hospitalar" e o seu desdobramento a todas as unidades departamentais,					S. Apoio Clínico		
- Aumentar a utilização dos Blocos Operatórios, estudando mecanismos para a sua maior utilização					Outros S. Clínicos		
- Desenvolver oferta do Hospital de Dia (Cirurgia Ambulatório, ImunoHemoterapia, Psiquiatria e Med. Interna)					Director Clínico		
- Melhorar os sistemas de informação e apostar no desenvolvimento da história clínica integrada							
- Apostar no processo clínico electrónico							

(a) n/a: não avaliado ou desconhecido. (b): DGS, (2004).

Fonte: Elaboração própria

Quadro 4.31. Plano de Acção: Perspectiva Recursos Humanos

	Objectivo Estratégico	Indicador	Responsabilidades		Recursos Necessários	Metas	
			Responsável	Sectores envolvidos		Actual	2007
Perspectiva R. Humanos	H1. Melhorar a integração, a comunicação e trabalho em equipa	<ul style="list-style-type: none"> - Índice de coordenação Interna - Serviços com planos de acolhimento - Percepção positiva dos colaboradores sobre promoção e desenvolvimento profissional 	Direcção da Actividade	Todos os Serviços	xxx xxx xxx	n/a (a) n/a n/a	90%
	H2. Avaliar e monitorizar o desempenho	<ul style="list-style-type: none"> - Serviços e profissionais com objectivos de produção definidos - Grau de implementação do SIADAP 	Administrador - Delegado	S. Apoio e Qualidade; Direcções Serviço	xxx xxx	n/a n/a	90% 90%
	H3. Aumentar as competências e a motivação de todos os funcionários	<ul style="list-style-type: none"> - Nível de escolaridade médio dos funcionários - Acções de formação (anual) - Taxa de absentismo - Satisfação / motivação dos funcionários - Sugestões dos colaboradores (anual) - Resposta a inquéritos 	Direcção de Pessoal	Todos os Serviços e Departamentos	xxx xxx xxx xxx xxx	n/a n/a n/a n/a n/a	
	H4. Melhorar as condições de segurança, higiene e saúde laboral	<ul style="list-style-type: none"> - Acidentes de trabalho (anual) - Percepção positiva dos colaboradores sobre as condições de trabalho 	Direcção de Pessoal	Todos os Serviços e Departamentos	xxx xxx	n/a n/a	80%
Iniciativas Estratégicas					Responsável	Em Execução	A executar
- Elaborar e estabelecer Plano de Acolhimento para novos colaboradores					Direcção Serviços		
- Estudar e impulsionar políticas para a promoção do trabalho em equipa					Comissão X		
- Desenhar e Implementar Plano de comunicação interna Hospitalar							
- Estabelecer sistemas de avaliação do desempenho, relacionados com o desdobramento de objectivos					Gestor Qualidade		
- Implementar SIADAP							
- Elaborar Plano Estratégico de Formação					Sector Formação		
- Estabelecer uma metodologia para estimular as sugestões dos colaboradores					Sector Pessoal		
- Elaborar Plano de Emergência do Hospital					Serviços Técnicos e de Manutenção		
- Elaborar Carta de Gestão de Riscos e Manual de Segurança							
- Desenvolver Serviço de Saúde Ocupacional					Director Clínico		

(a) n/a: não avaliado ou desconhecido

Fonte: Elaboração própria

Quadro 4.32. Plano de Acção: Perspectiva Financeira

	Objectivo Estratégico	Indicador	Responsabilidades		Recursos Necessários	Metas	
			Responsável	Sectores envolvidos		Actual	2007
Perspectiva Financeira	F1. Ajustar a capacidade instalada	– Taxa de utilização de equipamentos – Rácio ajustado, profissional / cama – Taxa de ocupação de camas	Direcção Operacional	Serviços Clínicos	xxx xxx xxx	n/a (a) n/a 72%	
	F2. Aumentar a eficiência e produtividade	– Resultado líquido do exercício – Produtividade (global e por linha de produção) – Blocos Cirúrgicos abertos de manhã e de tarde – Eficiência ponderada (por case-mix)	Direcção Administrativa e Financeira	Serviços Clínicos e de Apoio Clínico	xxx xxx xxx xxx	- 25,8 (b) n/a n/a 125	81,6
	F3. Ajustar a estrutura de custos;	– Peso das horas extraordinárias / total custos pessoal – Custos totais – Valor da produção / Total de custos	Direcção Administrativa e Financeira	Directores Serviço; Sector Pessoal	xxx xxx xxx	- - -	
	F4. Incrementar cultura de economia, eficiência e eficácia	– Poupança com renegociação de contratos fornecedores – Cirurgia em ambulatório / Total de cirurgias – Cesarianas / Total de partos – Episódios de internamento por infecções nosocomiais	Direcção Aproveitamento / Serviços Assistenciais	Sector Compras / Outros Serviços Clínicos	xxx xxx xxx xxx	- 10,6 % (c) 20% n/a	41,9 %
Iniciativas Estratégicas					Responsável	Em Execução	A executar
– Elaborar Plano de Optimização da capacidade instalada					Serviç. Gerais		
– Elaborar Plano de Manutenção preventiva de todos os equipamentos					S. Téc. / Manut.		
– Elaborar Manuais de Procedimentos por Processo, visando a melhoria do controlo Interno					Gest. Qualidade		
– Estabelecer Plano de melhoria da Eficiência e Produtividade (aproximação aos melhores desempenhos)					S. Financeiros		
– Rever / Melhorar acordos com fornecedores					Sector Compras		
– Reduzir a utilização de MCDT, mediante o estabelecimento de protocolos					Apoio Clínico		
– Automatizar e Simplificar os Processos de encomenda e aquisição de produtos					Gestão Stocks		
– Elaborar Programa de Sensibilização e Combate ao Desperdício					Serviços Financeiros		
– Elaborar Plano de Investimentos (nomeadamente com equação de possibilidade de recurso a fundos estruturais)							

(a) n/a: não avaliado ou desconhecido

(b) Em milhões de Euros. Previsão para 2005 (PA HESE, 2005).

(c) Valor 2004 do HESE de % de cirurgia em ambulatório (560) no total de cirurgias (3335 programadas e 1933 urgentes) (DGS, 2004).

Fonte: Elaboração própria

4.5. Desdobramento Para as Unidades Departamentais

Estabelecido o BSC organizacional, como frisam Horváth e Partners (2003) e Olve et al. (1999), torna-se fundamental o seu desdobramento para as unidades departamentais, tarefa que pode não ser fácil. Kaplan e Norton (1997) referem mesmo, que muitas organizações encontram aqui especiais dificuldades.

No sentido de facilitar esse desdobramento, utilizou-se a sugestão de Kaplan e Norton (1997), tendo como propósito desdobrar os objectivos organizacionais globais, em objectivos específicos de cada serviço ou departamento, quando não mesmo de equipa, ou individuais. Deste modo, assegura-se o alargamento do BSC a toda a organização⁸⁵ e o comprometimento de todos os serviços e colaboradores, com a cultura estratégica organizacional.

Nesse sentido, desenvolveu-se um possível desdobramento do “BSC Hospitalar” (quadro 4.33), tomando como exemplo o Serviço de Patologia Clínica. Por uma questão de simplificação considerou-se, em cada perspectiva, apenas um objectivo e um dos seus indicadores. O objectivo organizacional global *melhoria da ligação com outras instituições* pode expressar-se, ao nível da Patologia Clínica (perspectiva Comunidade) em três objectivos sectoriais. Importa que o serviço dê resposta ao maior número possível dos pedidos que lhe chegam. No entanto, como tal não é sempre possível, nomeadamente por questões de racionalidade económica, importa encontrar uma parceria que possa suprir essa lacuna. A selecção de um laboratório, de qualidade certificada, pode permitir a concretização desse objectivo. Sendo outro objectivo global, *consolidar um sistema de certificação da qualidade*, nada mais lógico do que a Patologia Clínica ter como seu objectivo, a conclusão da Acreditação pela norma ISO 9001:2000 (17025, específica para laboratórios).

Quanto à *Perspectiva Humana*, sendo objectivo global *melhorar as condições de saúde e segurança*, ao nível específico do Laboratório, tal tem que ser incorporado, de acordo com a especificidade do trabalho que aí se desenvolve. Finalmente, sendo objectivo financeiro global, *umentar a eficiência e a produtividade*, parece pacífico que ao nível departamental, se seleccione como objectivo, a elaboração de protocolos rigorosos de repetição de exames e a redução

⁸⁵ No caso do “BSC Hospitalar”: *Serviços Clínicos, Outros Serviços Clínicos, Secções Auxiliares e Administrativas* (ver ponto 4.1).

dos custos unitários de produção, aumentando por exemplo a automatização, com a consequente redução de testes manuais, normalmente mais caros.

Quadro 4.33. Desdobramento dos Objectivos Organizacionais em Objectivos Específicos: O Exemplo do Serviço de Patologia Clínica

Comunidade	Objectivo Estratégico Global C2. Melhorar a ligação com outras Instituições	Indicador Global – N.º de Protocolos e Parcerias estratégicas
	Objectivos Estratégicos Específicos C2.1. Identificar Laboratórios Acreditados e mais diferenciados, de modo que seja possível exteriorizar, a um custo mais reduzido, alguns parâmetros analíticos C2.2. Estabelecer protocolos com Laboratórios menos diferenciados, para aumento da produção C2.3. Apostar no desenvolvimento de parâmetros analíticos, sem oferta a nível regional	Indicador Específico – N.º de parâmetros protocolados para envio ao exterior – N.º de protocolos celebrados com Laboratórios menos diferenciados – N.º de parâmetros implementados, por serem inexistentes a nível regional
Processos Internos	Objectivo Estratégico Global P2. Consolidar um Sistema de Controlo e Certificação da Qualidade	Indicador Global – Índice de Cobertura / Execução de Processos de Certificação da Qualidade
	Objectivos Estratégicos Específicos P2.1. Concluir Acreditação do Serviço (norma ISO 9001:2000; EP 17025) P2.2. Estabelecer protocolos de requisição de análises	Indicador Específico – N.º de Técnicas acreditadas – N.º de protocolos de requisição de análises estabelecidos
R. Humanos	Objectivo Estratégico Global H4. Melhorar as condições de Segurança, Higiene e Saúde Laboral	Indicador Global – N.º de Acidentes de Trabalho (anual)
	Objectivos Estratégicos Específicos H4.1. Elaborar e implementar Manual de Segurança do Laboratório H4.2. Reduzir n.º de acidentes de trabalho	Indicadores Específicos – N.º de acidentes de trabalho por picada ou contacto com material infeccioso – N.º de acidentes por inalação ou contacto com produtos perigosos
Financeira	Objectivo Estratégico Global F2. Aumentar a eficiência e a produtividade	Indicador Global – Produtividade (Global e por linha de produção)
	Objectivos Estratégicos Específicos F2.1. Elaborar protocolo rigoroso de repetição / confirmação de resultados F2.2. Reduzir custos Unitários	Indicadores Específicos – N.º de repetições efectuadas para confirmação de resultados – Aumento do N.º de análises automatizadas

Fonte: Elaboração própria, com base em Kaplan e Norton (1997)

Capítulo 5. SÍNTESE CONCLUSIVA

5.1. Ao Nível Genérico e do Modelo Proposto

As organizações, nomeadamente os hospitais públicos, são hoje unidades bastante complexas que necessitam de sobreviver num ambiente altamente competitivo e global, senão mesmo, muitas vezes, verdadeiramente hostil. Por um lado, porque os avanços tecnológicos são constantes e geram permanentes e sucessivas mudanças; por outro, porque sendo os hospitais um dos principais responsáveis pela escalada de despesas com a saúde, tudo neles está (e deve estar...), permanentemente em causa, nomeadamente, os modelos de gestão e a qualidade e eficiência da prestação. Finalmente, porque têm permanentemente que conviver com uma opinião pública cada vez mais informada (o que a torna mais exigente) e o facto de terem como utentes, como amplamente se explicitou, alguém que, por estar fragilizado pela doença, é particularmente sensível e exigente face à qualidade do serviço recebido.

Com a revisão de literatura, identificaram-se alguns dos principais pontos críticos que hoje afectam os hospitais públicos e a sua gestão. A saber: a existência, no hospital, de diferentes modelos de acção profissional, assente nos saberes e competências de várias profissões; a falta de controlo orçamental e de certificação da qualidade; os problemas com pessoal; o aumento crescente das listas de espera; a ausência de quantificação e de definição clara de metas; avaliação e monitorização; o individualismo profissional e a utilização desadequada das urgências. Procurou-se ainda sistematizar um conceito de serviço e de cliente (ou melhor, utente) em saúde, tarefa que se concluiu ser possível, ainda que nada fácil. Quanto ao serviço, em saúde, deve pautar-se pela prestação de cuidados de saúde diferenciados e de elevada qualidade, humanizados e em tempo útil, reconhecidos como os mais adequados à manutenção e restabelecimento da saúde e qualidade de vida de todos os utentes. Como cliente ou utente, considera-se alguém, carente de cuidados e, por isso, objecto de trabalho dos vários profissionais, para cuja satisfação, verdadeiramente se trabalha

e em função do qual devem ser envidados todos os esforços e recursos possíveis. Essa é uma tarefa comum a todas as instituições e profissionais de saúde.

Constatou-se igualmente que persiste, em quase todos os hospitais públicos, um evidente problema de alinhamento estratégico. Por um lado, porque as políticas são normalmente definidas ao ritmo da alternância dos governos; por outro, porque raramente são adoptados eficazes instrumentos de gestão, suficientemente capazes de trazerem a necessária inovação, eficiência e qualidade aos serviços prestados.

Neste contexto, vale a pena recordar a primeira questão que, como ponto de partida, se colocou para este trabalho (como introduzir o planeamento estratégico nos hospitais públicos, fazendo da estratégia, uma preocupação quotidiana de todos os colaboradores). A resposta sugerida (objectivo geral) foi o desenvolvimento de um modelo para a gestão e monitorização estratégica, de um hospital público, tendo por base a construção de um “*Balanced Scorecard Hospitalar*”. Nesse sentido, abordou-se, em termos gerais, o modelo desenvolvido por Kaplan e Norton, na década de 90 do século passado. Verificou-se que pode responder cabalmente a essa questão, estando disseminado, com sucesso, um pouco por todo o mundo e por todos os sectores de actividade. Constitui-se, por isso, como uma ferramenta flexível e facilitadora da rápida adaptação das organizações contemporâneas, às constantes mudanças estratégicas, determinadas pelas alterações do ambiente externo, que são hoje uma constante. Em concreto, entre outras vantagens, o BSC permite:

- Traduzir e clarificar a visão e a estratégia de uma organização;
- Comunicar e ligar os objectivos e indicadores estratégicos;
- Planificar e estabelecer objectivos, alinhados com iniciativas estratégicas, metas e planos de acção para os atingir;
- Promover a transparência e o desenvolvimento de uma cultura de responsabilidade e de participação que contribuem para a concretização da visão (orienta a organização para aquilo que é a sua ambição futura).

Para o cumprimento dos seus objectivos, sem ser dogmático, o BSC tradicional centra a análise em quatro perspectivas: financeira, dos clientes, processos internos e aprendizagem e crescimento. Cada uma dessas perspectivas

aparece incorporada na estratégia e está directamente ligada aos objectivos de desempenho. No entanto, são os seus criadores que o referem, o modelo não é rígido, permitindo a inclusão de outras perspectivas, de acordo com o tipo e os objectivos de cada organização em concreto. A análise exploratória permitiu verificar que, quer o número, quer o nome, quer a hierarquia das perspectivas pode variar, essencialmente em função das especificidades e da estratégia de cada organização em concreto.

Verificou-se ainda que o BSC, embora inicialmente desenvolvido e vocacionado como instrumento de avaliação de desempenho para o sector privado, fruto do seu sucesso, rapidamente originou o interesse de organizações públicas, em várias partes do mundo, essencialmente nos Estados Unidos, Canadá e, com algumas adaptações, no Norte da Europa. Verificou-se também que esse não é o caso, em Portugal. Esta constatação suscitou algumas dúvidas acerca da possibilidade de adaptação do BSC à gestão hospitalar pública. No entanto, considerando que o BSC podia ser o instrumento ideal para a resposta à segunda questão de partida (como avaliar a performance e monitorizar a gestão estratégica dos hospitais públicos), partiu-se para a pesquisa de aplicações do BSC a organizações do sector público e, numa fase posterior, à gestão hospitalar. A pesquisa efectuada permitiu concluir, inclusive com a apresentação de vários exemplos, que a utilização do BSC se enquadra perfeitamente no espírito dessas organizações e no conceito de serviço público, podendo contribuir para uma maior compreensão da sua missão e do papel que a estratégia pode e deve desempenhar, quer na mudança organizacional, quer no alinhamento, quer no foco estratégico que é necessário estabelecer, como essencial à monitorização do seu desempenho.

Na aplicação do BSC ao sector público, verificou-se, no entanto, a necessidade de algumas alterações, especialmente no que concerne à perspectiva financeira e do cliente. Nesta adaptação, o BSC deve sofrer diversas alterações, visando captar melhor a natureza, os aspectos críticos e os objectivos dessas instituições, cujos resultados são, normalmente, medidos pela satisfação dos clientes e pelo custo efectivo dos serviços prestados. A preocupação primordial com os objectivos financeiros, comum no sector privado, é no sector público alterada para a preocupação com o cliente, o utente ou, em sentido mais lato, a satisfação da comunidade. As perspectivas do modelo são assim, quase obrigatoriamente, alteradas

visando obter uma resposta adequada às exigências colocadas às organizações públicas, onde predomina o serviço público (o conceito de missão é aqui essencial), sobre o interesse da obtenção de resultados financeiros.

Com efeito, no sector público, a perspectiva dos clientes (ou da Comunidade, em sentido mais lato), constitui o ponto fulcral da implementação do modelo, captando a capacidade para oferecer serviços de qualidade que satisfaçam os cidadãos, os clientes e os financiadores. Nesse contexto, é a *Perspectiva Clientes* que deve determinar a organização dos *Processos Internos* e de *Aprendizagem e Crescimento* (ou recursos humanos), de modo que ambas se organizem e estruturem para possibilitar a máxima eficiência e satisfação do cliente.

Quanto à adaptação do BSC aos hospitais, aspecto sobre o qual mais interessadamente se lançou o olhar, concluiu-se que é já uma evidência em várias partes do mundo, mas é desconhecida, ou pelo menos não se encontrou documentada, qualquer evidência da sua aplicação em Portugal. Recorreu-se, por isso, aos casos documentados na literatura internacional. Constatou-se que na maior parte dos casos de adaptação do BSC ao sector da saúde privado, são normalmente mantidas as quatro perspectivas tradicionais de Kaplan e Norton, à semelhança das organizações dos outros sectores de actividade. Já na sua adaptação ao sector público de saúde, particularmente aos hospitais, encontraram-se vários exemplos de aplicação, colocando quase todos a perspectiva cliente (ou comunidade) no topo da hierarquia do BSC. Outro traço comum é o facto de ser a missão, e não os objectivos financeiros, quem verdadeiramente orienta a estratégia dos hospitais públicos. Outra questão pertinente, tem a ver com o número de perspectivas. Vários exemplos pesquisados utilizam cinco perspectivas, acrescentando às quatro tradicionais, uma perspectiva social ou comunidade. Não obstante, concluiu-se que utente e comunidade, merecem afinal um único olhar, razão porque se considerou uma perspectiva apelidada de *Comunidade* e na qual se englobam, todos os utentes e a comunidade de que fazem parte.

Aqui chegados, convém recordar a terceira pergunta de partida para este trabalho: como operacionalizar um *Balanced Scorecard*, para a gestão de um hospital público? Para a resposta a essa pergunta, desenvolveu-se um modelo (“BSC Hospitalar”), tendo como objectivo abordar a organização como um todo harmonioso

(e não apenas como a soma das suas várias partes), e introduzindo uma nova ferramenta, capaz de mudar a cultura organizativa, em que o utente e a comunidade sejam os principais beneficiários, como reflexo da missão estabelecida.

Embora o objectivo principal deste trabalho, fosse a adaptação do BSC ao sector hospitalar público português e o desenvolvimento de um “BSC Hospitalar” genérico, o facto de se ter encontrado um hospital com um planeamento estratégico recente e sistematizado, e ainda por cima disposto a colaborar, facilitou sobremaneira o seu desenvolvimento. Não obstante, apesar de esse planeamento ser o ponto de partida para este trabalho, apenas se utiliza como reforço da proposta teórica que se desenvolve. Por essa razão, como já se referiu, a proposta desenvolvida é da exclusiva responsabilidade do autor do trabalho, não comprometendo, por isso, quer a anterior, quer a actual administração do HESE.

No que concerne especificamente ao desenvolvimento de um modelo para aplicação do BSC ao sector público hospitalar, propósito principal deste trabalho, foi possível constatar que apresenta inúmeras vantagens, nomeadamente pela introdução de conceitos fundamentais, tais como:

- Obriga a organização, à definição clara de um rumo estratégico;
- A comunidade e o utente passam a ser o elemento principal de todo o processo;
- Fomenta a motivação de todos os funcionários e colaboradores;
- Uma gestão eficiente, deve ter obrigatoriamente por base, uma adequada responsabilidade financeira e orçamental;
- Quer a melhoria dos *Processos Internos*, quer da qualificação e valorização dos recursos humanos, são fundamentais ao cumprimento da missão.

No mais, o modelo BSC tem a vantagem de ligar o sistema de avaliação do desempenho à missão e à visão estratégica da organização (o que quer ser no futuro), garantindo desta forma a integração das dimensões inovação e desenvolvimento, a médio e a longo prazo. Permite ainda a clarificação da missão e da visão organizacional, facilitando a mudança da cultura organizativa, no sentido em que o

hospital é, deve ser, uma organização de toda a comunidade que, como tal, deve ser uma construção de todos (gestão, funcionários, utentes, comunidade, ...).

Como principal risco de implementação do BSC à gestão hospitalar pública, avultam as dependências do sector da saúde e da gestão hospitalar, em particular, às opções políticas dos sucessivos governos.

Outro risco, reside na necessidade de realizar uma prévia mudança cultural e estrutural das organizações, começando pelo processo de formação e selecção dos gestores de topo, ambos essenciais ao processo de mudança. Com efeito, o sucesso do modelo implica, em primeiro lugar, o envolvimento da gestão de topo, que deve estar empenhada, entusiasmada e capacitada para uma atitude positiva em relação às mudanças necessárias.

Outra conclusão possível, é a de que a implementação do BSC, só por si, não proporciona mais eficácia, eficiência e qualidade. Estas melhorias só serão possíveis se os gestores souberem aproveitar as virtualidades do BSC e aproveitarem toda a informação produzida pelo sistema para tomarem as decisões adequadas, nomeadamente no que concerne à redistribuição dos recursos, melhoria dos métodos de trabalho e mudança de prioridades. A obtenção de resultados implica a motivação dos funcionários, nomeadamente através da atribuição de recompensas, situação que no sector público é normalmente problemática. Com a nova filosofia política, de transformação de todos os hospitais em EPE, essa tarefa pode vir a ser facilitada.

Em síntese, embora a implementação do Balanced Scorecard (BSC) nas organizações do sector público e nomeadamente nos hospitais, apresente maiores dificuldades do que no sector privado, e deva por isso sofrer algumas adaptações, as vantagens que apresenta do ponto de vista da definição de responsabilidades, transparência, divulgação e motivação dos funcionários para a concretização da missão e para a integração de objectivos, recomendam a sua adopção na gestão dos hospitais públicos em Portugal.

5.2. Limitações do Trabalho

Este trabalho, enferma de algumas limitações, conscientemente assumidas, que podem, no entanto, suscitar algumas dúvidas e críticas.

Uma primeira limitação, relaciona-se com o facto de, apesar de se ter desenvolvido um modelo de adaptação do BSC ao sector público hospitalar, não ter sido possível, verdadeiramente, testá-lo na prática. Com efeito, apesar de se ter utilizado um hospital concreto, como referência de aplicação (enorme vantagem), que serviu de exemplo, o facto de não ter sido possível implementar o BSC na prática, fica como uma séria limitação, às conclusões deste trabalho.

Uma vez que praticamente não foram estabelecidos valores para os objectivos estratégicos, por razões amplamente explicitadas, não se conseguiu demonstrar se os mesmos foram, ou seriam atingidos. De igual modo, não se conseguiu demonstrar se o BSC constitui, de facto, ao nível dos propósitos do trabalho, um instrumento clarificador da estratégia e da necessária mudança organizacional. Pelas evidências apresentadas, nomeadamente na revisão de literatura e trabalho desenvolvido, considera-se que tal é, não só possível, como altamente provável.

Muito embora tenham surgido algumas dificuldades, ao longo do desenvolvimento do trabalho, que limitaram certamente o alcance do produto final, considera-se, ainda assim, que apresenta contributos francamente positivos, quanto mais não seja, pelo seu pioneirismo e porque abre algumas linhas de investigação futura.

5.3. Recomendações de Investigação Futura

Com o presente trabalho, assume-se, não se esgota o assunto que lhe serviu de base, ou ponto de partida. Basta atentar nas limitações anteriormente referidas, e outras que ficam implícitas, para se perceber que são várias e aliciantes, as possibilidades de investigação futura. Um estudo interessante seria o de testar a aplicação prática do modelo e, após algum tempo, comparar o hospital de implementação, com um outro, de dimensão semelhante, visando averiguar quais as vantagens e ganhos obtidos. Por essa razão, assume-se, este trabalho é uma ínfima contribuição para a investigação nesta matéria. Desde logo, porque lhe falta detalhar alguns aspectos cruciais de adaptação do BSC a departamentos específicos da unidade organizacional; depois porque a proposta acaba por ficar um pouco incompleta, na medida em que lhe falta o detalhe rigoroso das metas.

Em suma, o desenvolvimento do modelo proposto, apesar de se constituir como uma proposta interessante, deixa ainda assim em aberto várias linhas de investigação que podem, devem, e merecem ser encetadas.

Essencialmente, esse é o principal desafio.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Artigos e Livros

- **Almeida, J. e Pinto, J.** (1995), *A Investigação nas Ciências Sociais*, 5ª edição, Lisboa: Editorial Presença.
- **Antunes, M.** (2001), *A Doença da Saúde*, 5ª edição, Lisboa: Quetzal Editores.
- **Arveson P.** (1998), *Designing Metrics*, Balanced Scorecard Institute, disponível em www.balancedscorecard.org.
- **Arveson P.** (1999), *Translating Performance from the Private to the Public Sector* Balanced Scorecard Institute, disponível em www.balancedscorecard.org.
- **Arveson, P.** (2003), *Measuring Performance in Government Research Agencies*, Rockville (MD): The Balanced Scorecard Institute, disponível em www.balancedscorecard.org/metrics/govt_labs.html.
- **Barros, P.P. e Sena, C.** (1998), *Quanto maior melhor? Redimensionamento e economias de escala em três hospitais portugueses*, Lisboa: Faculdade de Economia, Universidade Nova de Lisboa.
- **Barros, P.P. e Gomes, J.P.** (2002), *Os Sistemas Nacionais de Saúde da União Europeia, Principais Modelos de Gestão Hospitalar e Eficiência no Sistema Hospitalar Português*, Lisboa: Faculdade de Economia, Universidade Nova de Lisboa.
- **Bastidas, B.E. e Feliu V.R.** (2003), Una Aproximación a las Implicaciones del Cuadro de Mando Integral en las Organizaciones del Sector Público, *Compendium*, Dez: 23-41.
- **Bell, J.** (1997), *Como Realizar um Projecto de Investigação*, Lisboa: Gradiva.

-
- **Bocci, F.** (2005), *A multi-dimensional approach to the Community perspective in the Balanced Scorecard architecture for the Public Sector. Empirical evidence in Healthcare Organizations*. EGPA - Conference 2005 – Workshop 1, Berne Switzerland.
 - **Boyne, G.** (2002), *Public And Private Managements: What's The Difference?* *Journal of Management Studies* n° 39, Jan: 97-121.
 - **Borba, V. R. e Oliva, F. A.** (2004), *BSC – Balanced Scorecard: Ferramenta Gerencial para Organizações Hospitalares*, 1ª Edição, São Paulo: Editora Iátria.
 - **Cabral, M. V. (coord.); Silva, P. A. e Mendes, H.** (2002), *Saúde e Doença em Portugal – Inquérito aos comportamentos e atitudes da população portuguesa perante o sistema nacional de saúde*, 2ª edição, Instituto de Ciências Sociais da Universidade de Lisboa, Lisboa: Imprensa de Ciências Sociais.
 - **Carapinheiro, G.** (1993), *Saberes e Poderes no Hospital*, Porto: Edições Afrontamento.
 - **Christo, F.H.** (2004), *Melhoria da Qualidade na Gestão: A Estratégia do País Basco*, *Qualidade em Saúde* n° 10, Abril/Junho: 7-12.
 - **Crozier, M. e Friedberg, E.** (1994), *L'acteur et le systeme: les contraintes de l'action collective*, Paris: Édition du Seuil.
 - **Dávila, A.** (1999), *El Quadro de Mando Integral*, IESE, *Revista de Antigos Alunos*, Set. 99:34-42.
 - **Domingues e Gonçalves (s/d)**, *Qualidade em Saúde*, Departamento de Sociologia, Instituto de Ciências Sociais da Universidade do Minho.
 - **Escoval, A.** (1997), *Sistemas de Financiamento da Saúde. Análise e Tendências*, Lisboa: Instituto Superior de Ciências do Trabalho e da Empresa (Tese de Mestrado).

-
- **Fortin, M. F.** (1999), *O Processo de Investigação – da concepção à realização*, Loures: Lusociência – Edições Técnicas e Científicas, Lda.
 - **Gaiser, B. e Greiner, O.** (2003), Implantar el Balanced Scorecard en cinco fases, *Estratégia Financeira*, nº194, Abril: 33-37.
 - **Gil, A.** (2002), *Como Elaborar Projectos de Pesquisa*, 4ª edição, São Paulo: Editora Atlas.
 - **Giraldes, M. R.; Oliveira, L.; Carvalho, P. M. e Martins, T.A.** (2005), *Avaliação da Eficiência e da Qualidade em Hospitais EPE e SPA*, Grupo de Trabalho sobre Indicadores de Monitorização de Hospitais, Hospitais SA e Centros de Saúde numa perspectiva de Melhoria de Gestão, Lisboa: Direcção Geral de Saúde, Direcção de Serviços de Planeamento.
 - **Graça** (1996), *Evolução do Sistema Hospitalar: Uma perspectiva Sociológica*, Lisboa: Escola Nacional de Saúde Pública, Universidade Nova de Lisboa.
 - **Greiner, O. e Requena, A.** (2004), Modelos de aplicación de los mapas estratégicos, *Estratégia Financeira* nº 211, Noviembre: 40-45.
 - **Horváth e Partners** (2003), *Dominar el Cuadro de Mando Integral*, Barcelona: Ediciones Gestión 2000.
 - **Kaplan, R. e Norton, D.** (1992), The Balanced Scorecard – Measures That Drive Performance, *Harvard Business Review*, Jan-Fev: 69-79.
 - **Kaplan, R. e Norton, D.** (1993), Putting the Balanced Scorecard to work, *Harvard Business Review*, Set. / Out: 71-79.
 - **Kaplan, R. e Norton, D.** (1996), Using the Balanced Scorecard as a Strategic Management System, *Harvard Business Review*, Jan / Fev: 35-48.
 - **Kaplan, R. e Norton, D.** (1997), *A Estratégia em Acção: Balanced Scorecard*, tradução (Filho, F. L., 1997) de The Balanced Scorecard (1996), Rio de Janeiro: Editora Campus.

-
- **Kaplan, R. e Bower, M. (1999)**, *The Balanced Scorecard for Public-Sector Organizations*, Harvard Business School Publishing.
 - **Kaplan, R. e Norton, D. (2000a)**, *The Strategy – Focused Organization: How Balanced Scorecard Companies Thrive in the New Business Environment*, Boston Massachusetts: Harvard Business School Press.
 - **Kaplan, R. e Norton, D. (2000b)** Having Trouble With Your Strategy? Then Map It, *Harvard Business Review*, Sept/Oct: 50-61.
 - **Kaplan e Nevis (2001)**, Relief Healthcare Institutions: Articulating Strategy with the BSC, Harvard Business School Publishing, *Balanced Scorecard Report*, July – August: 1-5.
 - **Kaplan, R. e Norton, D. (2004a)**, Measuring the Strategic Readiness of Intangible Assets, *Harvard Business Review*, February: 20-34.
 - **Kaplan, R. e Norton, D. (2004b)**, *Mapas Estratégicos – Balanced Scorecard: convertendo activos intangíveis em resultados tangíveis*, tradução (Serra, A.) de Strategy Maps (2004), Rio de Janeiro: Elsevier.
 - **Lopes, H. (2003)**, Aspectos da Qualidade Técnica em gestão de Serviços de Saúde, *Qualidade em Saúde*, nº 8, Out / Dez: 34-38.
 - **Macedo, N. e Macedo, V. (2005)**, *Gestão Hospitalar – Manual Prático*, 1ª Edição, Lisboa: Lidel – Edições Técnicas.
 - **Martin, V. e Henderson, E. (2001)**, *Gestão de Unidades de Saúde e de Serviços Sociais*, tradução (Dias, J.F., 2004) de Managing in Health and Social Care, 1ª Edição, Lisboa: Monitor – Projectos e Edições, Lda.
 - **Micheli, P. e Kennerley, M. (2005)**, Performance measurement frameworks in public and non - profit sectors, *Production Planning & Control*. Vol. 16. Nº 20, March: 125-134.

-
- **Muñiz, L. e Monfort, E. (2005),** *Aplicación Práctica del Quadro de Mando Integral – casos prácticos, ejercicios y cuestionarios de evaluación*, Barcelona: Ediciones Gestión 2000.
 - **Neves, J.C. (2005),** *Avaliação e Gestão da Performance Estratégica da Empresa*, Coleção Textos de Gestão, 1ª Edição, Lisboa: Texto Editores, Lda.
 - **Olve, Roy e Wetter (1999),** *Performance Drivers: a practical guide to using the balanced scorecard*, New York: John Wiley e Sons.
 - **Pedro, J.M. (2004),** O Balanced Scorecard (BSC) no Sector Público, *Informação & Informática* nº28: 14-23.
 - **Pereira, P. e Alves, J. e Azevedo. A. (2004),** Gestão por Processos: Abordagem Indispensável em Saúde, *Qualidade em Saúde* nº 9, Jan / Mar: 28-32.
 - **Phillips, J. K. (2004),** An Application of the Balanced Scorecard to Public Transit Performance Assessment, *Transportation Journal*, Winter.
 - **Pinto (2003),** *Gestão dos Serviços – A Avaliação da Qualidade*, Edição nº 2767, Lisboa: Editorial Verbo.
 - **Pisco, L. (2000),** Apresentação, *Boletim IQS (Instituto Qualidade em Saúde)* nº 0:1-8.
 - **Queirós, N. (2004),** Balanced Scorecard: Ferramenta de apoio à Gestão Estratégica, *Qualidade em Saúde* nº 10, Abril/Junho: 36-40.
 - **Quivy, R. e Campenhoudt, L. (1995),** *Manual de Investigação em Ciências Sociais*, Tradução (Marques, J. M.; Mendes, M. A. ; Carvalho, M., 1998) de Manuel de Recherche en Sciences Sociales, 2ª edição, Lisboa: Gradiva.
 - **Rodriguez e Almeida (1999),** *BSC: Sistema Pessoal de Equilíbrio Dinâmico*, disponível em www.perspectivas.com.br/pbs.htm

-
- **Shutt, J.** (2003), *Balancing The Health Care Scorecard*, *Managed Care*, September: 42 – 46.
 - **Silva, C. A.** (2002), (Re) Criar a Ideia de Habitus e Campo Social na Encruzilhada das Identidades Profissionais na Saúde, *Economia e Sociologia*, 74: 89-103.
 - **Sousa, M. e Rodrigues, L.** (2002), *O Balanced Scorecard - Um instrumento de gestão estratégica para o séc. XXI*, Porto: Editora Rei dos Livros.
 - **Wachtel, T.L.; Hartford, C.E. e Hughes, J.A** (1999), Building a Balanced Scorecard for a Burn Center, *Burns* 25: 431- 437.
 - **YIN, R. K.** (2001), *Estudo de caso: planeamento e métodos*. 2ª Edição, Porto Alegre: Artmed.
 - **Zorrinho, C.; Serrano, A.; Lacerda, P.** (2003), *Gerir em Complexidade – Um novo paradigma da Gestão*, 1ª edição, Lisboa: Edições Sílabo.

Outras Fontes e Documentos

- Conferência de Imprensa *Hospital de Santarém* (13.04.2004), disponível em <http://www.hospitalsepe.min-saude.pt/>
- **DGS** (2000 – 2004), DSIA, Divisão de Estatística,
- **IGIF** (2005) Circular Normativa N° 3, 27/12/2005.
- **INE** (2001) *XIV Recenseamento Geral da População*, Resultados Definitivos, Lisboa: Destaque – Informação à Comunicação Social, disponível em www.ine.pt.
- **INE** (2006), *Conta Satélite da Saúde 2000 - 2003* (Abril 2006)

-
- **Melo, M. (2004)**, (In) Sustentabilidade da Saúde Pública, *Mais Valia* nº 37:34 - 35.
 - **Nóbrega, S. (2004)**, *A Visão Estratégica para a rede SA*, Unidade de Missão Hospitais SA, III Conferência – Estatística e Qualidade na Saúde.
 - **OCDE (2004)**, *OECD Health Data*, OECD.
 - **Plano de Acção para 2005**, *Hospital do Espírito Santo de Évora*: Agosto, 2004.
 - **PE HESE (2005)**, *Linhas Estratégicas do Hospital do Espírito Santo de Évora* (2005-2007).
 - **PNS (2004) Prioridades**, volume I, Lisboa: Ministério da Saúde.
 - **PNS (2004) Orientações Estratégicas**, volume II; Lisboa: Ministério da Saúde.
 - **Ramos, F. (2005)**, Descodificar os Hospitais, *Jornal Expresso - Suplemento de Economia*, nº 16, Abril: 25.
 - **Resolução do Conselho de Ministros n.º 84/2005**.
 - **Tableau de Bord** – Dezembro de 2004 (Unidade de Missão Hospitais SA, 20.06.2005), disponível em <http://www.hospitalsepe.min-saude.pt/>
 - www.hr.duke.edu/payperformance/achiving_our_goals/health_system_goals.html

ANEXOS

ANEXO 1: Produção (Serviços Prestados pelo HESE)

1. Internamento

Total das Especialidades

	Anos				
	2000	2001	2002	2003	2004
Lotação praticada	386	398	383	384	384
Doentes Saídos	11921	11832	12911	10224	10683
Dias Internamento	103541	102358	104889	103071	100927
Taxa de Ocupação (%)	73,5	70,5	75,0	73,5	72,0
Demora Média (dias)	8,7	8,7	8,1	10,1	9,4
Doentes Saídos/Cama	30,9	29,7	33,7	26,6	27,8

Fonte: Direcção Geral de Saúde – DSIA – Divisão de Estatística

2. Especialidades Médicas

	Anos				
	2000	2001	2002	2003	2004
Lotação praticada	185	198	184	180	180
Doentes Saídos	4809	4732	5471	3740	3832
Dias Internamento	52997	52179	52700	51357	51214
Taxa de Ocupação (%)	78,5	72,2	78,5	78,2	78,0
Demora Média (dias)	11,0	11,0	9,6	13,7	13,4
Doentes Saídos/Cama	26,0	23,9	29,7	20,8	21,3

Fonte: Direcção Geral de Saúde – DSIA – Divisão de Estatística

3. Especialidades Cirúrgicas

	Anos				
	2000	2001	2002	2003	2004
Lotação praticada	196	195	194	199	199
Doentes Saídos	7063	7032	7377	6440	6799
Dias Internamento	48840	48558	50604	50173	48229
Taxa de Ocupação	68,3	68,2	71,5	69,1	66,4
Demora Média	6,9	6,9	6,9	7,8	7,1
Doentes Saídos/Cama	36,0	36,1	38,0	32,4	34,2

Fonte: Direcção Geral de Saúde – DSIA – Divisão de Estatística

4. Consultas Externas

Especialidades	Anos				
	2000	2001	2002	2003	2004
Médicas	59854	62723	76915	80574	83286
Cirúrgicas	42560	42207	46734	47532	45912
Total	102414	104930	123649	128106	129198

Fonte: Direcção Geral de Saúde – DSIA – Divisão de Estatística

5. Urgências

	Anos				
	2000	2001	2002	2003	2004
Internamento no próprio Hospital	8418	8369	10996	9255	9207
Transferência para outro Hospital	570	428	333	414	592
Enviados para o Domicílio	49921	49973	49328	48473	50368
Outros/Ignorado	19	159	160	234	194
Total	58928	58929	60817	58376	60361

Fonte: Direcção Geral de Saúde – DSIA – Divisão de Estatística

6. Intervenções Cirúrgicas

		Anos				
		2000	2001	2002	2003	2004
Urgentes		2931	2066		2060	1933
Programados	Convencionais	2403	3397		3869	3335
	Ambulatório	-	-		513	560
Total		5334	5463		6442	5828

Fonte: Direcção Geral de Saúde – DSIA – Divisão de Estatística

7. Partos Realizados

		Anos				
		2000	2001	2002	2003	2004
Eutócicos		1084	949		961	897
Distócicos	Cesarianas	447	493		471	515
	Outros	206	159		208	223
Total		1737	1601		1640	1635

Fonte: Direcção Geral de Saúde – DSIA – Divisão de Estatística

8. Hospital de Dia

		Anos				
		2000	2001	2002	2003	2004
Hemodiálise	Sessões	9114	8647	8903	9629	8225
	Doentes	199	233	1022	1191	991
Quimioterapia	Sessões	3139	3741	3081	2736	3429
	Doentes	405	377	1453	1221	1482
Psicoterapia	Sessões	939	727	1350	1155	1042
	Doentes	59	145	101	94	159
Outro	Sessões	894	739	923	3392	5021
	Doentes	98	163	307	984	1433

Fonte: Direcção Geral de Saúde – DSIA – Divisão de Estatística

ANEXO 2: Linhas de Orientação, Programas e OBJ Estratégicos do Hospital

Linha Estratégica 1: Ganhos em Saúde	
Programas	Objectivos Estratégicos
1.1. Nascer - Gravidez e Período Perinatal	<ul style="list-style-type: none">• Melhorar o processo de referência das Grávidas de Médio e alto risco• Aperfeiçoar o funcionamento da Unidade Coordenadora Funcional (UCF)• Contribuir para a diminuição da mortalidade fetal Tardia• Contribuir para o desenvolvimento do Programa de Diagnóstico Pré-Natal• Monitorizar as taxas de cesarianas realizadas no Hospital• Contribuir para a melhoria dos indicadores no período perinatal• Melhorar o apoio aos recém nascidos com baixo peso
1.2. Crescer saudável - Criança e Jovem	<ul style="list-style-type: none">• Promover o crescimento saudável da criança e jovem em articulação com os cuidados primários• Colaborar na melhoria do conhecimento do perfil epidemiológico da morbilidade associada a este grupo etário• Contribuir para a manutenção de níveis baixos das taxas de mortalidade infantil da região• Colaborar na protecção das crianças em risco, em articulação com as instituições da região
1.3. Doenças Mentais	<ul style="list-style-type: none">• Melhorar a articulação das equipas de saúde mental com as equipas de saúde familiar• Colaborar na melhoria do conhecimento do perfil epidemiológico das doenças do foro mental• Melhorar a acessibilidade e a qualidade dos cuidados prestados aos doentes mentais
1.4. Diabetes Mellitus	<ul style="list-style-type: none">• Contribuir para a redução da incapacidade funcional devido às complicações da diabetes• Melhorar a resposta às necessidades dos doentes com retinopatia diabética• Contribuir para a vigilância sistemática do “pé diabético da microalbuminúria

Fonte: Plano Estratégico HESE (2005-2007)

Linha Estratégica 1: Ganhos em Saúde (Continuação)	
Programas	Objectivos Estratégicos
1.5. Doença Isquémica e Cerebrovascular	<ul style="list-style-type: none"> • Contribuir para a redução da mortalidade resultante dos AVC e Enfartes do miocárdio • Contribuir para a redução da incapacidade resultante dos AVC e Enfartes do miocárdio • Colaborar na melhoria do conhecimento epidemiológico das doenças do aparelho circulatório • Iniciar o processo de avaliação da actividade da UAVC • Melhorar a articulação de cuidados entre a UAVCs e os Serviços de Medicina Interna, Cardiologia, Neurologia, MFR e a rede de Cuidados Continuados
1.6. Cancro	<ul style="list-style-type: none"> • Contribuir para a promoção do diagnóstico precoce do cancro do colo do útero, mama e cólon • Criar condições rápidas de resposta aos casos detectados • Colaborar na melhoria do conhecimento epidemiológico das doenças oncológicas • Integrar a rede de Referenciação Hospitalar de Anatomia Patológica, com a afirmação regional deste serviço • Adequar a oferta de cuidados às necessidades da população Alentejana, em função dos desígnios do PON (através da instalação de uma Unidade de Radioterapia)
1.7. Doenças osteo-articulares	<ul style="list-style-type: none"> • Melhorar a resposta aos problemas desta área • Contribuir para a implementação da Rede de Referenciação Hospitalar de Reumatologia
1.8 Traumatismos e Doença Súbita	<ul style="list-style-type: none"> • Melhorar a resposta de emergência interna e externa • Contribuir para melhorar os circuitos de transporte dos Doentes acidentados • Contribuir para a diminuição da letalidade dos acidentes, com início de funcionamento de VMER sediada no HCS

Fonte: Plano Estratégico HESE (2005-2007)

Linha Estratégica 2: Organização e Gestão Interna	
Programas	Objectivos Estratégicos
2.1. Humanização e Direitos dos Utentes	<ul style="list-style-type: none"> • Promover a participação dos cidadãos na vida do Hospital • Melhorar a amenidade das instalações • Garantir o direito à privacidade e confidencialidade • Melhorar os mecanismos de comunicação com profissionais, doentes/utentes e acompanhantes
2.2. Acesso e Adequação da oferta de serviços	<ul style="list-style-type: none"> • Adequar a oferta às necessidades dos utentes • Desburocratizar o acesso, nomeadamente pela integração SONHO/SINUS • Reduzir as listas de Espera • Manter e melhorar a estrutura do ambulatório programado / urgente • Desenvolver a oferta do Hospital de dia
2.3. Melhoria da Eficiência Técnica e Económica	<ul style="list-style-type: none"> • Melhorar a eficiência do internamento através da redução das demoras médias • Aumentar a diferenciação e autonomia técnicas do Hospital através duma política criteriosa de investimentos, com recurso a fundos estruturais • Implantar Sistema de Contratualização Interna • Melhorar a produtividade dos Recursos Humanos • Racionalizar os processos de aquisição, distribuição e consumo de medicamentos • Reduzir o défice através de políticas de combate ao desperdício • Reorganizar os Serviços Farmacêuticos do Hospital
2.4. Melhoria da Qualidade Organizacional	<ul style="list-style-type: none"> • Definir uma estratégia de melhoria da qualidade da organização • Implantar sistema de acreditação da qualidade organizacional do Hospital, pelas normas do <i>King's Fund ou Joint Comission International</i> • Certificar pelas normas ISO serviços complementares de diagnóstico e terapêutica e/ou Hospital de dia • Manter e desenvolver programas e planos de melhoria continua da qualidade dos serviços • Identificar e rever de forma sistemática indicadores de qualidade dos serviços

Fonte: Plano Estratégico HESE (2005-2007)

Linha Estratégica 2: Organização e Gestão Interna (Continuação)	
Programas	Objectivos Estratégicos
2.5. Valorização dos Recursos Humanos	<ul style="list-style-type: none"> • Melhorar condições de segurança e de saúde do trabalho, através do Serviço de Saúde Ocupacional • Proporcionar a formação profissional adequada às necessidades das pessoas e da organização • Definir e implantar programas de orientação e integração do pessoal • Assegurar a formação continua do pessoal • Definir objectivos de produção individuais para todos os profissionais, com a implantação do SIADAP
2.6. Tecnologias de Informação	<ul style="list-style-type: none"> • Implantar e desenvolver Sistema de Informação para a Gestão e Contratualização Interna (SIGCI) • Desenvolver a Telemedicina • Implantar sistema de digitalização das imagens radiológicas e outras • Implantar novos sistemas de informação de apoio à prestação de cuidados

Fonte: Plano Estratégico HESE (2005-2007)

ANEXO 3: Indicador Agregado de Avaliação da Eficiência e da Qualidade (HESE)

Indicadores de Gestão	Indicador (Euros)	Ponderação (1)	Corrigido com ICM	Indicador Ponderado (2)	Observações
Despesa com internamento por Doente Tratado	2522	2682	0,374	45,2	Quanto mais baixo, maior a eficiência para igual fim
Despesa com Hospital de dia por número de sessões	1413	1503	0,04	2,7	
Despesas com consulta Externa por consulta	43	45,7	0,105	6	
Despesa com urgências por Doente atendido	217	231	0,124	31,9	
Despesa com medicamentos por doente tratado no internamento	206	219	0,033	4,3	
Despesa com medicamentos em hospital de dia por sessão	475	505	0,022	0,91	
Despesa com medicamentos por consulta	0,35	0,37	0,02	0,06	
Despesa com medicamentos por doente atendido na urgência	5,4	5,7	0,004	0,85	
Despesa com obstetria por doente tratado	1131	1203	0,028	2,4	
Despesa com intervenções cirúrgicas por doente tratado	3093	3290	0,15	18,8	
Despesa com imuno-hemoterapia por doente tratado	97,5	103,7	0,017	2,3	
Despesa com patologia clínica por doente tratado	210,4	223,8	0,033	4	
Despesa com imagiologia por doente tratado	115	122,3	0,021	1,9	
Despesa com medicina física e reabilitação por doente tratado	55,8	59,3	0,007	0,55	
Despesa com alimentação e dietética por doente tratado	196	208,5	0,016	2,4	
Despesa com tratamento de roupa por doente tratado	50,5	53,7	0,006	0,69	
				125	
Indicadores de Qualidade			Indicador	Indicador (3)	Observações
% de cirurgias em ambulatório			8	51,9	Quanto mais elevado maior a qualidade
% de Cesarianas no total de partos			28,7	103,8	
% de episódios de internamento por infeções nosocomiais			0,58	52,9	
				69,5	
			Total (4)	134,5	

- 1) Ponderado em função da importância de cada componente da despesa total
- 2) Indicadores transformados em base 100 e ponderados
- 3) Os Indicadores de qualidade foram transformados em base 100 e ponderados. Os positivos foram transformados em base inversa a fim de poderem ser adicionados com os restantes indicadores de qualidade e com os indicadores de eficiência.
- 4) Média dos indicadores agregados de eficiência e de qualidade, em que o indicador agregado de qualidade foi convertido em índice de base inversa a fim de poder ser adicionado.

Fonte: Extraído de Giraldes e al (2005: 188)

APÊNDICES

APÊNDICE 1: Guião de Entrevista Semi – Estruturada

1. Preâmbulo

Agradecimentos

Apresentação do autor

Apresentação do estudo: tema e objectivos

Garantia de confidencialidade

Objectivo genérico da entrevista

2. Conhecer enquadramento do hospital

Estrutura organizacional do hospital;

Principais constrangimentos e potencialidades;

3. Conhecer a estratégia hospitalar

Documentação estratégica e outra documentação interna

Missão, Visão e Valores do Hospital;

Linhas de Orientação e Objectivos Estratégicos;

Factores Críticos de Sucesso.

**APÊNDICE 2: Categorização dos Objectivos Estratégicos Inscritos no PE
HESE (2005-2007)**

Categorização dos Objectivos

Programas e Objectivos Inscritos no PE Linha Estratégica 1: Ganhos em Saúde	Tipo de objectivo			
	BA	EST	PAE	OP
• Melhorar o processo de referência das Grávidas de Médio e alto risco	√			
• Aperfeiçoar o funcionamento da Unidade Coordenadora Funcional	√			
• Contribuir para a diminuição da mortalidade fetal Tardia			√	
• Contribuir para o desenvolvimento <i>Programa Diagnóstico Pré-Natal</i>			√	
• Monitorizar as taxas de cesarianas realizadas no Hospital				√
• Contribuir para a melhoria dos indicadores no período perinatal			√	
• Melhorar o apoio aos recém nascidos com baixo peso	√			√
• Promover o crescimento saudável da criança e jovem em articulação com os cuidados primários				
• Colaborar na melhoria do conhecimento do perfil epidemiológico da morbilidade associada à criança e jovem			√	
• Contribuir para a manutenção de níveis baixos das taxas de mortalidade infantil da região			√	
• Colaborar na protecção das crianças em risco, em articulação com as instituições da região			√	
• Melhorar a articulação das equipas de saúde mental com as equipas de saúde familiar			√	
• Colaborar na melhoria do conhecimento do perfil epidemiológico das doenças do foro mental			√	
• Melhorar a acessibilidade e a qualidade dos cuidados prestados aos doentes mentais			√	
• Contribuir para a redução da incapacidade funcional devido às complicações da diabetes	√			
	√			

Fonte: Plano Estratégico HESE (2005-2007)

Categorização dos Objectivos (Continuação)

Programas e Objectivos Inscritos no PE Linha Estratégica 1:Ganhos em Saúde	Tipo de objectivo			
	BA	EST	PAE	OP
• Melhorar a resposta às necessidades dos doentes com retinopatia diabética	√			
• Contribuir para a vigilância sistemática do “pé diabético da microalbuminúria				√
• Contribuir para a redução da mortalidade resultante dos AVC e Enfartes do miocárdio			√	
• Contribuir para a redução da incapacidade resultante dos AVC e Enfartes do miocárdio			√	
• Colaborar na melhoria do conhecimento epidemiológico das doenças do aparelho circulatório			√	
• Iniciar o processo de avaliação da actividade da UAVC	√			√
• Melhorar a articulação de cuidados entre a UAVCs e os Serviços de Medicina Interna, Cardiologia, Neurologia, MFR e a rede de Cuidados Continuados		√		
• Contribuir para a promoção do diagnóstico precoce do cancro do colo do útero, mama e cólon e Criar condições rápidas de resposta aos casos detectados		√		
• Colaborar na melhoria do conhecimento epidemiológico das doenças oncológicas		√		
• Integrar a rede de Referenciação Hospitalar de Anatomia Patológica, com a afirmação regional deste serviço			√	
• Adequar a oferta de cuidados às necessidades da população Alentejana, em função dos desígnios do PON (através da instalação de uma Unidade de Radioterapia)		√		
• Contribuir para a implementação da Rede de Referenciação Hospitalar de Reumatologia			√	
• Melhorar a resposta de emergência interna e externa	√			
• Contribuir para melhorar os circuitos de transporte dos Doentes acidentados	√			
• Contribuir para a diminuição da letalidade dos acidentes, com início de funcionamento de VMER sediada no HESE		√		

Fonte: Plano Estratégico HESE (2005-2007)

APÊNDICE 3: Listagem de Possíveis Factores Críticos de Sucesso

Comunidade:

Orientações do Plano Nacional de Saúde
Promoção, rastreio e prevenção da Saúde
Consultas, Internamento e Ambulatório
Reclamações e Necessidades dos utentes
Qualidade, Inovação e Humanização nos cuidados
Fornecimento de Informação à comunidade
Reputação / Imagem Institucional

Processos Internos

Certificação/Acreditação de processos e Serviços
Parcerias Internas
Comunicação Interna e projectos em equipa
Racionalização e articulação dos SI
Reorganização funcional Interna (criação de Departamentos)
Eficiência dos Actos Médicos
Qualidade e completude do Apoio Médico

Recursos Humanos:

Empenhamento da Gestão de topo
Controlo de Gestão
Objectivos e Avaliação de desempenho
Valorização e Motivação dos funcionários
Relação com Instituições locais, regionais e nacionais
Parcerias e Protocolos
Saúde Ocupacional
Responsabilidade Social / Ambiental

Financeira:

Utilização de recursos técnicos e humanos
Eficiência operacional e económico-financeira
Produção Global e por linha de Produção
Produtividade Global e por Linha de Produção
Equilíbrio Financeiro / Resultados do exercício
Custos Totais e por Linha de produção
Avaliação, priorização eficiência dos Investimentos

APÊNDICE 4: Listagem/Inventariação de Possíveis Indicadores Genéricos

Perspectiva Comunidade

<p>Evolução dos níveis de saúde da população</p> <p>Taxa Mortalidade Fetal Tardia;</p> <p>Taxa Mortalidade por EM e AVC (< 65 anos);</p> <p>Taxa Incapacitados funcionais devido à Diabetes;</p> <p>Lista de Espera de Cirurgia por especialidade;</p> <p>Tempo de resposta a Inscritos para cirurgia;</p> <p>% De inscritos acima de seis meses;</p> <p>Índice Satisfação dos utentes;</p> <p>Índice de Satisfação com as instalações;</p> <p>Nº de necessidades detectadas e satisfeitas;</p> <p>Nº de Documentos de Informação produzidos;</p> <p>Nº de eventos / acções organizadas;</p> <p>Data da inscrição mais antiga (consultas / cirurgia);</p> <p>Nº de Novas Técnicas incorporadas;</p>	<p>Nº de Acções de divulgação da Actividade Hospitalar;</p> <p>Investimento em publicidade e divulgação;</p> <p>Nº de cancros colo do útero precocemente diagnosticados;</p> <p>Nº de cancros mama precocemente diagnosticados;</p> <p>Nº de cancros cólon precocemente diagnosticados;</p> <p>Letalidade dos acidentados;</p> <p>Nº de Reclamações (mês)</p> <p>Tempo médio de resposta a uma Reclamação;</p> <p>Inquérito de Satisfação;</p> <p>Nº de Sugestões recebidas;</p> <p>Nº de Sugestões Implementadas;</p> <p>% Cirurgia em Ambulatório, relativamente ao total de cirurgias;</p> <p>Questionário sobre imagem Institucional / imagem percebida pelos utentes;</p>
--	--

Perspectiva Processos Internos

<p>Índice de cobertura/execução da Acreditação;</p> <p>Nº de Serviços Certificados / Acreditados;</p> <p>Nº de Processos certificados;</p> <p>Inoperacionalidade por avaria equipamentos ou falta de Recursos Humanos;</p> <p>Nº de Normas Internas aprovadas;</p> <p>Tx apropriação admissões/dias de internamento;</p> <p>Nº de Parcerias /Protocolos estabelecidas;</p> <p>Tx de Doentes Reinternados;</p> <p>% De funcionários a colaborar em projectos de melhoria;</p> <p>Tempo médio de espera na Urgência</p>	<p>Avaliação da comunicação Interna;</p> <p>Índice de coordenação (Questionário)</p> <p>Nº de aplicações informáticas articuladas;</p> <p>Inquérito de avaliação sobre o apoio médico</p> <p>Nº de projectos inter – serviços</p> <p>Avaliação da comunicação Interna (inquérito)</p> <p>Nº de projectos (internos) em equipa</p> <p>Nº de Doentes transferidos para outras Unidades</p> <p>Certificações Obtidas; Prémios Recebidos</p> <p>% De Departamentos / unidades / serviços com planos de gestão</p>
---	---

Fonte: Kaplan e Norton (1997); Pinto, S. (2003); Indicadores para os Hospitais SA (2004); Macedo, N. e Macedo, V. (2005); Múniz e Monfort (2005); Elaboração própria.

Listagem/Inventariação de Possíveis Indicadores Genéricos (Continuação)

Perspectiva Aprendizagem e Crescimento

<p>Investimento em Formação (total e funcionário);</p> <p>N.º de Serviços a implementar BSC;</p> <p>Grau de conhecimento do “BSC Hospitalar”;</p> <p>N.º de Estudos de necessidades de Formação;</p> <p>N.º Propostas / Pedidos de Acções Formação;</p> <p>Índice de Satisfação / Motivação Funcionários;</p> <p>Taxa de resposta a inquéritos aos funcionários;</p> <p>Competências detidas vs competências necessárias;</p> <p>Nível de escolaridade médio funcionários;</p> <p>N.º de Sugestões por funcionário;</p> <p>Melhorias sugeridas / total funcionários;</p> <p>Investimento em Programas de Seg. e S. Laboral;</p> <p>N.º de Programas implementados;</p> <p>N.º de Projectos de Parceria entre Serviços;</p> <p>N.º de protocolos e parcerias estabelecidos;</p> <p>Grau de Implementação do SIADAP;</p> <p>N.º (e %) de Serviços e Profissionais com objectivos de Produção definidos;</p> <p>N.º de planos e projectos apoiados /incentivados pela ADM;</p>	<p>% de colaboradores com Conhecimento da Missão, Visão e Valores organizacionais;</p> <p>Percepção positiva dos colaboradores sobre empenhamento da Gestão;</p> <p>N.º Total de Acções de Formação;</p> <p>N.º de Formandos capacitados;</p> <p>N.º Horas de Formação;</p> <p>Taxa de sucesso formação;</p> <p>Avaliação da formação;</p> <p>Grau de Absentismo (%);</p> <p>Nível de Rotação de Funcionários;</p> <p>N.º de consultas de Medicina do Trabalho;</p> <p>N.º de acidentes de Trabalho;</p> <p>N.º de Baixas por Acidente em Serviço;</p> <p>% De Serviços e Funcionários com OBJ atingidos;</p> <p>% Serviços com planos de integração de novos profissionais;</p> <p>% De aprovação pela Comunidade</p> <p>% Resíduos correctamente tratados;</p> <p>Custos com actividades que preservem a continuidade dos recursos (impacto ecológico, redução / eliminação de desperdícios e embalagens;</p>
---	---

Fonte: Kaplan e Norton (1997); Pinto, S. (2003); Indicadores para os Hospitais SA (2003); Macedo e Macedo, V. (2005); Múniz e Monfort (2005); Elaboração própria.

Listagem/Inventariação de Possíveis Indicadores Genéricos (Continuação)

Perspectiva Financeira

Tx utilização dos equipamentos	Custos com resposta a reclamações
Custos com equipamentos	Custos com formação e projectos de melhoria da qualidade
Trabalho em espera de peças em reparação	Encargos Globais com Fornecedores
Rácio ajustado nº de profissionais / camas	Encargos Globais com S. de apoio
Resultado Líquido	N.º Consultas / Dia útil
Taxa de Ocupação	Nº de Intervenções / Sala
Produtividade Global e por Linha de Produção	Nº Consultas / Hora de trabalho Médico
Receitas / Doentes Tratados	Nº Doentes Tratados / Cama
Receitas / Consultas Externas	Peso da Cirurgia do Ambulatório no total de cirurgias programadas
Nº Consultas Internas e Externas	% Blocos cirúrgicos abertos de manhã e de tarde
Nº Doente Saídos	Nº de Pequenas Cirurgias
Custo Total com Medicamentos	Nº de Partos (Eutócicos /Distócicos/Cesarianas)
Total de Custos (unitário e linha de produção)	Custo Diária de Internamento
Custos Indirectos/ Total Custos	Custo Doente Socorrido
Custo Doente Tratado	Custo Consulta Externa
Encargos Globais com MCDT	Custo Doente Saído
Custo / Exame CDT efectuado	Peso da remuneração
Custos totais da qualidade / nº de funcionários	suplementar/extraordinária no total de custos com pessoal
Custos totais da qualidade / custos operacionais totais	Nº de Requisições de MCDT (Internas/ Externas)
Resultados operacionais / Custos Totais da Qualidade	Nº de Contratos / Subcontratos renegociados
Rácio entre crescimento de custos variáveis e crescimento da produção	Poupança com renegociação de contratos e prazos de pagamento
Resultado económico face ao total de receitas	Nº projectos com OBJ estratégicos
Rentabilidade	Nº projectos recusado / aprovados
% Diminuição de custos	

Fonte: Kaplan e Norton (1997); Pinto, S. (2003); Indicadores para os Hospitais SA (2003); Macedo, N. e Macedo, V. (2005); Múniz e Monfort (2005); Elaboração própria.

