

ANÁLISE DA IMPLEMENTAÇÃO DA FERRAMENTA
BALANCED SCORECARD NUM HOSPITAL EPE

Vasco Rafael Pereira Dias

Dissertação submetida como requisito parcial para obtenção do grau
de Mestre em Gestão

Orientadora:

Prof. Doutora Alexandra Fernandes, Prof. Auxiliar, ISCTE Business School,
Departamento de Marketing, Operações e Gestão Geral

Abril 2014

Resumo

Num contexto de crise socioeconómica que Portugal atravessa e com a política de austeridade que está a ser aplicada, o controlo de custos e a imposição de limitações orçamentais aos hospitais públicos têm sido cada vez maiores ao longo destes anos. A relevância da actividade hospitalar enquanto fornecedor de cuidados de saúde e os elevados montantes de dinheiro despendidos na sua manutenção, impõem e justificam a necessidade de adoptar novos instrumentos de gestão que permitam a monitorização, avaliação e apoio à tomada de decisão. O *Balanced Scorecard* concebido e impulsionado pelos norte-americanos Kaplan e Norton, é um instrumento de medição e gestão estratégica, que possibilita de uma forma equilibrada e flexível, ligar a estratégia delimitada para a organização à execução e monitorização do desempenho. O BSC é definido como um sistema multidimensional de mensuração do desempenho das organizações, que detém articulação com a estratégia delineada da organização.

Através de um estudo de caso, pretende-se analisar a implementação de um *Balanced Scorecard* num contexto hospitalar através de observação e entrevistas semiestruturadas com profissionais do topo da organização e compreender qual foi o seu contributo para a organização.

Palavras-Chave: Balanced Scorecard; Hospital; Gestão; Estratégia

JEL Classification: I12; L30;

Abstract

The current socioeconomic crisis and the austerity policies that are being applied in Portugal are leading to a control of costs and an imposition of budgetary constraints at public hospitals, which have been increasing over the years. The relevance of hospital activity as a provider of health care and the large amounts of money spent on its maintenance, impose and justify the need to adopt new management tools that enable the monitoring and evaluation and support the decision making. The Balanced Scorecard designed and scattered by americans Kaplan and Norton, is a measuring instrument and also a strategic management tool, which allows a balanced and flexible way to connect a bounded strategy for the organization to the execution and performance monitoring. The BSC is defined as a multidimensional performance measurement system of organizations, which is responsible for the articulation with the strategy outlined in the organization.

Through a case study, it will be analyzed the implementation of a Balanced Scorecard in a hospital context through observation and semi-structured interviews with professionals from the top management of the organization, and understand what was the contribution of this tool to the organization.

Key words: Balanced Scorecard; Hospital; Management; Strategy;

Agradecimentos

Agradeço em primeiro lugar à Prof. Doutora Alexandra Fernandes, pelo seu apoio e disponibilidade e indispensável orientação.

À Dr.^a Iria Velez, Responsável do Gabinete de Planeamento e Controlo de Gestão do Hospital Garcia da Orta, pelo apoio que me deu.

O meu agradecimento a todos os participantes, que amavelmente se disponibilizaram para conceder as entrevistas, sem os quais não teria sido possível a concretização deste trabalho.

Aos meus pais pelos valores que me transmitiram e por tudo o que me ensinaram na vida.

Ao meu irmão pelo seu constante incentivo e amizade

Índice Geral

| | |
|--|------|
| Resumo | ii |
| Abstract..... | iii |
| Agradecimentos | iv |
| Índice Geral | v |
| Índice de Figuras | viii |
| Lista de Abreviaturas e Siglas | ix |
| Capítulo I- Introdução | 1 |
| 1.1 Assunto em análise | 1 |
| 1.2 Objectivos do trabalho | 2 |
| 1.3 Estrutura da Dissertação | 3 |
| Capítulo II- Revisão da Literatura | 4 |
| 2.1 Contabilidade de Gestão | 4 |
| 2.2 Evolução das ferramentas de controlo de gestão | 5 |
| 2.3 O Aparecimento do <i>Balanced Scorecard</i> | 7 |
| 2.4 Pilares do Balanced Scorecard..... | 9 |
| 2.5 Evolução do Balanced Scorecard | 12 |
| 2.6 O funcionamento do <i>Balanced Scorecard</i> como sistema de avaliação da performance organizacional: as quatro perspectivas | 15 |
| 2.6.1 Perspectiva financeira | 16 |
| 2.6.2 Perspectiva dos Clientes..... | 17 |
| 2.6.3 Perspectiva dos Processos Internos | 18 |
| 2.6.4 Perspectiva da Aprendizagem e Crescimento | 18 |
| 2.7 Evolução I - O <i>Balanced Scorecard</i> como Sistema de Gestão Estratégica | 19 |
| 2.8 Ligar o BSC com a política de gestão da organização..... | 23 |
| 2.9 Evolução II - Sistema de Comunicação da Estratégia | 26 |
| 2.10 Evolução III - Gestão da mudança..... | 28 |
| 2.11 Implementação do BSC | 28 |
| 2.12 O BSC no Sector Público..... | 30 |
| 2.13 Sector privado vs Sector público | 31 |
| 2.14 Implementação do BSC no sector Público..... | 32 |
| 2.15 O processo de Contratualização de serviços de saúde | 36 |

| | |
|---|----|
| 2.16 O BSC como instrumento de implementação da Contratualização Interna..... | 37 |
| 2.17 Exemplos práticos internacionais | 38 |
| 2.17.1 Duke University Hospital (DUH) | 38 |
| 2.17.2 Mackay Memorial Hospital..... | 39 |
| 2.18 Benefícios que o BSC pode fornecer às organizações de saúde | 40 |
| 2.19 Criticas ao BSC..... | 41 |
| Capitulo III- Metodologia..... | 43 |
| 3.1 Método de investigação utilizado: Estudo de caso | 43 |
| 3.2 Técnicas de recolha de informação..... | 44 |
| Capitulo IV- Resultados | 48 |
| 4.1 Caracterização e descrição do Hospital em estudo | 48 |
| 4.2 Posicionamento Estratégico do Hospital | 49 |
| 4.2.1 Missão | 49 |
| 4.2.2 Visão..... | 49 |
| 4.2.3 Valores | 49 |
| 4.3 Análise SWOT | 50 |
| 4.4 Eixos Estratégicos..... | 51 |
| 4.5 Processo de contratualização interna | 51 |
| 4.6 Adopção do BSC no Hospital Garcia da Orta | 53 |
| 4.6.1 Contributo do BSC para a gestão do HGO | 58 |
| 4.6.2 Impactos na organização decorrentes da implementação do BSC..... | 61 |
| 4.6.3 Benefícios da implementação do BSC | 63 |
| 4.6.4 Dificuldades detectadas na implementação do BSC..... | 65 |
| Capitulo V- Conclusões..... | 68 |
| 5.1 Considerações Finais | 68 |
| 5.2 Limitações da investigação | 70 |
| 5.3 Sugestões de investigação..... | 70 |
| Referências Bibliográficas..... | 71 |

Anexos

| | |
|--|----|
| Anexo I - Pedido de Autorização para a Realização da Investigação | 76 |
| Anexo II- Estrutura Organizacional do HGO..... | 77 |
| Anexo III- Indicadores de Recursos Humanos..... | 78 |
| Anexo IV- Indicadores de Recursos Financeiros | 78 |
| Anexo V- Evolução dos Principais Indicadores Económico-Financeiros..... | 79 |
| Anexo VI- Matriz de avaliação dos serviços pela metodologia BSC..... | 80 |
| Anexo VII- Balanced Scorecard Global do HGO | 81 |
| Anexo VIII- Balanced Scorecard do Serviço A | 83 |
| Anexo IX- Balanced Scorecard do Serviço B | 84 |
| Anexo X- Diploma de Excelência | 85 |
| Anexo XI- Guião de Entrevista a realizar no Hospital Garcia da Orta no âmbito do projecto final do Mestrado em Gestão dirigido à responsável do Planeamento e Controlo de Gestão | 85 |
| Anexo XII-Guião de Entrevista a realizar no Hospital Garcia da Orta no âmbito do projecto final do Mestrado em Gestão..... | 87 |
| Anexo XIII- Entrevistas transcritas | 88 |

Índice de Figuras

| | |
|--|----|
| Figura 1- Sequência do BSC | 11 |
| Figura 2- Fases da Evolução do BSC | 13 |
| Figura 3- Modelo original do BSC | 14 |
| Figura 4- Nova configuração do BSC | 14 |
| Figura 5- O BSC como Sistema de Gestão Estratégica..... | 20 |
| Figura 6- Mapa da estratégia | 27 |
| Figura 7- Principais diferenças entre o sector público e sector privado | 32 |
| Figura 8- Estrutura do BSC - modelo adaptado ao sector público e às organizações sem fins lucrativos | 33 |

Índice de Quadros

| | |
|---|----|
| Quadro I - Grelha de Entrevistas | 47 |
| Quadro II - Análise SWOT do HGO | 50 |
| Quadro III- Ideias mais relevantes do contributo do BSC para a gestão do HGO | 59 |
| Quadro IV- Ideias mais relevantes dos impactos na organização decorrentes da implementação do BSC | 61 |
| Quadro V- Ideias mais relevantes dos benefícios da implementação do BSC..... | 64 |
| Quadro VI - Ideias mais relevantes das dificuldades detectadas na implementação do BSC..... | 66 |

Lista de Abreviaturas e Siglas

ACSS- Administração Central de Sistemas de Saúde

ARS- Administração Regional de Saúde

BSC- *Balanced Scorecard*

CA- Conselho de Administração

CI- Contratualização Interna

CP- Contrato-Programa

DUH- Duke University Hospital

EPE- Entidade Pública Empresarial

GDH- Grupos de Diagnósticos Homogéneos

HGO- Hospital Garcia da Orta

MMH- Mackay Memorial Hospital

SNS-Serviço Nacional de Saúde

TDB-*Tableau de Bord*

Capítulo I- Introdução

1.1 Assunto em análise

Esta dissertação, elaborada para a obtenção do grau de Mestre em Gestão, pretende analisar a implementação de um *Balanced Scorecard* numa organização do sector público, mais especificamente um Hospital.

Numa economia global e bastante competitiva, as organizações necessitam de demonstrar aptidão para lidar com a mudança. O elevado aumento das expectativas da sociedade, a veloz inovação tecnológica e o aumento da competitividade requerem às organizações do sector público uma célere capacidade de adaptação.

O panorama actual em Portugal é premente, onde os hospitais vivem sobre uma imensa pressão política e social e em condições de insustentabilidade financeira, pois o progressivo aumento dos custos com o Serviço Nacional de Saúde (SNS) em Portugal, tem posto em causa a sua sustentabilidade como universal, geral e tendencialmente gratuito. O orçamento do Ministério da Saúde sofreu este ano um corte de 847,8 milhões de euros, o equivalente a um corte de 9,4% face ao ano de 2013, não ultrapassando os 8.203,9 milhões de euros (Orçamento de Estado, 2014).

A necessidade de dar resposta às exigências da gestão empresarial, bem como o aumento da apreensão com a avaliação dos resultados, de modo a assegurar uma gestão eficiente dos recursos escassos que têm à disposição, fez com que os hospitais se dotassem de novas ferramentas de gestão (Ribeiro, 2008).

Tendo sido uma ferramenta exclusiva das empresas com fins lucrativos, o *Balanced Scorecard* tem sido transplantado e implementado com êxito em instituições sem fins lucrativos e no sector público. A adopção, a nível mundial, pelas instituições do sector da saúde tem sido testada com êxito, como instrumento de avaliação da eficácia e eficiência destas organizações (Pinto, 2007). O BSC surge como um paradigma de gestão estratégica que agrega toda a estratégia organizacional, e reúne as medidas financeiras e não-financeiras que conduzem a uma melhoria do desempenho

organizacional, sendo por isso, considerado uma ferramenta de gestão que permite obter uma visão holística da organização. Esta ferramenta é fundamental na esfera da gestão hospitalar, principalmente face ao actual contexto de austeridade, pois proporciona o controlo e acompanhamento da actividade da instituição e permite cumprir com os objectivos preconizados pela tutela. De uma forma genérica, todos os Hospitais consideram que a gestão hospitalar encerra em si uma imensa necessidade de adopção de mecanismos, técnicas e ferramentas de monitorização estratégica. De facto, é através da informação criada por estes instrumentos que o gestor no processo de tomada de decisão consegue aferir dos melhores resultados. A sua aplicação enquanto sistema de gestão estratégica, pelas organizações de excelência, excede a sua utilidade como ferramenta de avaliação do desempenho, na medida em que as organizações estão a usar o BSC para executar processos críticos de gestão.

1.2 Objectivos do trabalho

A questão de investigação que se coloca para a elaboração deste trabalho é a seguinte:

- Qual o contributo da ferramenta BSC para a gestão numa organização hospitalar?

O objectivo geral definido para este trabalho de investigação apresenta-se de seguida:

- Analisar os impactos da implementação do BSC na organização hospitalar

A partir do objectivo geral foram definidos os seguintes objectivos específicos:

- Identificar os benefícios da implementação do BSC evidenciados pelos gestores de topo;
- Identificar as principais dificuldades encontradas na implementação do BSC no Hospital

1.3 Estrutura da Dissertação

O presente estudo é constituído por cinco capítulos. Inicia-se por uma pequena introdução aos conceitos centrais da investigação. Após a introdução, no segundo capítulo é realizada a revisão de literatura, tendo como finalidade a apresentação do enquadramento teórico da ferramenta BSC e ainda os principais benefícios e críticas apontadas a esta, bem como alguns exemplos de casos práticos de aplicação do BSC em organizações de saúde. No terceiro capítulo é apresentada a metodologia escolhida, o método de investigação utilizado e ainda, as principais técnicas e fontes de investigação. No quarto capítulo apresenta-se os resultados do estudo de caso, que compreendem a descrição da implementação do BSC no Hospital Garcia da Orta. Por fim, são apresentadas no último capítulo as conclusões finais, abrangendo a resposta aos objectivos de investigação, bem como as principais contribuições desta investigação. São evidenciadas as principais limitações deste estudo, sendo igualmente adiantadas algumas sugestões para futuras pesquisas neste domínio.

Capítulo II- Revisão da Literatura

2.1 Contabilidade de Gestão

A evolução da contabilidade de gestão, segundo o International Federation of Accountants (IFAC, 1998), caracteriza-se por quatro fases: a primeira situa-se nos anos precedentes a 1950, em que a definição dos custos e controlo financeiro era feito através do uso dos orçamentos e técnicas de contabilidade de gestão; a segunda, entre 1950 e 1965, diz respeito ao provimento de informação para o controlo de gestão e planeamento; a terceira entre 1965 e 1985, põe em evidência a aplicação da análise de processos e gestão de custos de forma a diminuir o desperdício dos recursos que são usados nos processos de negócio; a quarta fase, entre 1985 e 1995, o foco recai na criação de valor através do uso de recursos, utilizando técnicas para observar o valor do cliente, o valor do accionista e o valor da inovação organizacional.

Os sistemas de contabilidade de gestão oferecem informação para o planeamento e controlo das actividades das empresas. As actividades da contabilidade de gestão incluem recolher, classificar, processar, analisar e apresentar informação para os gestores (Kaplan e Atkinson, 1998). Segundo Atkinson (2001), a contabilidade de gestão tem sofrido enormes alterações de forma a responder aos desafios que lhe têm sido colocados, sendo que, actualmente a informação que se requer da contabilidade de gestão é distinta daquela que era requerida alguns anos atrás: “a ênfase nos custos incorridos e no valor gerado pelas actividades e processos de uma organização será o ponto fulcral da informação da contabilidade de gestão” (Atkinson *et al*, 2001:25).

Surgiram mudanças nas empresas desde meados da década de 1970, desencadeadas pela competição global e inovações tecnológicas, as quais causaram uma surpreendente inovação no uso da informação financeira e não financeira nas empresas.

O novo ambiente exigiu maior relevância e melhor desempenho nas informações e nos custos das actividades, produtos, processos, serviços e clientes das empresas. A contabilidade de gestão começava a revelar-se incapaz de dar resposta às novas exigências dos gestores, face a um contexto de mudanças rápidas e constantes no ambiente competitivo das empresas.

Os gestores entenderam que as medidas tradicionais de contabilidade financeira, como o retorno sobre o investimento (ROI) e lucro por acção podiam dar sinais enganadores para uma melhoria contínua e inovação - actividades que o ambiente competitivo de hoje exige. É neste ambiente e para responder a estas necessidades que surge a ideia de que deveria ser adoptada uma abordagem da avaliação do desempenho organizacional mais completa, considerando indicadores financeiros e não financeiros, para que as organizações possam pôr em prática os seus planos estratégicos e atinjam os respectivos objectivos.

2.2 Evolução das ferramentas de controlo de gestão

Os novos cenários económicos, sendo mais exigentes, tornaram imprescindível que as empresas dessem maior atenção às suas estratégias, fazendo com que os agentes económicos se adaptassem, recorrendo a novos métodos de gestão, de modo a corresponderem ao incremento da competitividade dos mercados (Russo, 2009).

A propagação das ferramentas para gestão da estratégia e operações, ocorrida particularmente nos últimos 30 anos, em conjunto com indicadores financeiros aquém do exigível para um planeamento estratégico de longo prazo, tem incentivado a necessidade do uso de sistemas mais completos de controlo de gestão, adequados ao contexto competitivo. Os primeiros anos do séc. XXI têm acentuado ainda mais os efeitos e a necessidade das organizações se adaptarem à nova realidade, sendo fundamental preservar uma visão integrada da gestão da *performance*, ter estratégias sólidas e conseguir comunicá-las, acompanhar os resultados da sua execução, obter o alinhamento das pessoas e ter grande flexibilidade para mudanças rápidas (Pinto, 2007). O desempenho empresarial, até há pouco tempo, era sobretudo calculado por indicadores de ordem financeira, recolhidos dos relatórios financeiros e englobados em métodos de gestão, cujo intuito é o da afectação correcta dos recursos financeiros e materiais (Russo, 2009).

Os sistemas clássicos de controlo de gestão, assentes em critérios financeiros, consideravam apenas os resultados do passado, tornando a informação incongruente com os objectivos estratégicos, levando a que as empresas ignorassem outros indicadores menos tangíveis. Os activos intangíveis tornam-se factores determinantes para a competitividade das organizações, actuando de forma indirecta, através de

relações de causa e efeito. A velocidade e complexidade da mudança, verificadas nas últimas duas décadas, nos seguintes aspectos: valor do capital humano, valor da informação e relação tangíveis/intangíveis, gerou a necessidade das organizações terem que considerar a gestão da *performance* como um sistema integrado, onde podem interagir diversas metodologias, instrumentos e soluções, que as ajudem a tornarem-se mais competitivas, eficientes e criadoras de maior valor para todos os seus *stakeholders* (Kaplan e Norton, 2005b).

No âmbito das ferramentas de medição do desempenho organizacional é relevante fazer-se uma breve referência ao *Tableau de Bord* (TDB), pois representa uma metodologia de gestão precursora do BSC.

- ***Tableau de Bord***

Nos anos 30 surgiu em França a concepção de *Tableau de Bord* (TDB), um método tradicionalmente utilizado para avaliação do desempenho organizacional, “mais vocacionado para propiciar uma visão centrada operacional do desempenho do que para transmitir a estratégia do negócio e dirigir a atenção para os factores críticos que condicionam os resultados futuros” (Kaplan e Norton, 1996b:64). Surgiu da necessidade de monitorizar o desempenho, direccionado para a esfera produtiva e estabelece-se a partir da definição dos objectivos e planos de acção, que irão dar origem aos indicadores de desempenho (Jordan *et al*, 2002).

O *Tableau de Bord* é "uma ferramenta para a gestão de topo da empresa, que permite uma visão rápida e global das suas operações e do estado do seu ambiente" (Malo, 1995:15). Segundo Manzoni e Epstein (1998), o TDB é desenvolvido a partir da missão e da descrição dos objectivos de cada centro de responsabilidade, que dão origem ao reconhecimento dos factores críticos de sucesso, que por sua vez serão calculados pelos indicadores chave de desempenho. É fundamentalmente, uma ferramenta de informação rápida, de comparação da realidade com as previsões, que possibilita a averiguação de desvios, a concepção de diagnósticos e a tomada de decisões a curto prazo (Russo, 2006).

A fraca difusão e adesão ao *TDB* entre os gestores e académicos americanos, levou ao desenvolvimento do BSC, um instrumento alternativo para a resolução das insuficiências verificadas na avaliação do desempenho organizacional com base noutras metodologias (Russo, 2006). De acordo com Norreklit (2000), aspectos que fazem do BSC um sistema de medida do desempenho distinto dos demais, são a inclusão de medidas, quer de resultados, quer de indutores de resultados e a existência de relações de causalidade entre eles.

2.3 O Aparecimento do *Balanced Scorecard*

O *Balanced Scorecard* (BSC) detém uma metodologia de gestão do desempenho e medição, ou seja, baseia-se no princípio de que as organizações actuais terão tanto mais êxito quanto melhor conseguirem gerir e investir os seus bens intelectuais e os conhecimentos obtidos ao longo do tempo (Matos e Ramos, 2009). Em meados dos anos 90, Niven (2003) menciona que a dinâmica das empresas estava a modificar-se velozmente devido a: efeitos da globalização, uma maior exigência e conhecimento por parte dos clientes e pela necessidade das empresas valorizarem os seus activos intangíveis. Os factos, até esta data, indicavam que sensivelmente 90% das empresas, não orientavam a sua estratégia numa forma clara e perfeita.

O BSC surgiu no começo da década de 90 e foi desenvolvido por Kaplan e Norton, quando procuravam criar um modelo que rompesse com a visão tradicional da gestão, que colocava ênfase unicamente na componente financeira, considerando que nos vinte anos anteriores, a gestão das empresas era baseada na natureza histórica da contabilidade, o que provou ser insuficiente para a produção de informação de gestão.

Em 1992, o professor Robert Kaplan da Universidade de Harvard e David Norton, consultor de empresas e presidente do Instituto Nolan Norton, apoiados numa investigação que desenvolveram junto de algumas grandes empresas publicam um estudo na revista *Harvard Business Review* intitulado “*The Balanced Scorecard - Measures that drive performance*” (1992), onde advogam que os gestores se tinham começado a aperceber que as medidas tradicionais financeiras poderiam fornecer indicações falaciosas sobre a inovação e melhoria, e que estas medidas não se adaptavam às competências que as empresas precisavam naquele momento, afirmando que a implementação do BSC seria uma mais-valia na mensuração da *performance* de

uma organização (Kaplan e Norton, 1992). Neste mesmo estudo, os gestores de topo das organizações reconheceram ainda que os sistemas de medição que utilizavam, influenciavam de modo decisivo o comportamento dos gestores e dos seus colaboradores (Kaplan e Norton, 1996a).

Kaplan e Norton (1992:71), defendem um “sistema de medição de desempenho que facultava um conjunto de medidas que oferece aos gestores de topo, uma visão rápida, mas compreensiva do negócio”. Esse estudo reforçava a ideia de que os indicadores financeiros habituais, usados há vários anos nas empresas, na perspectiva do controlo de gestão, já não eram apropriados no contexto de negócios globais, que necessitavam de performances alinhadas com a estratégia, pois as organizações não articulavam as metas financeiras envolvidas com outras variáveis não financeiras envolvidas na sua estratégia (Pinto, 2007). Era portanto necessário integrar e “balancear” na medição da performance outro tipo de indicadores para além dos financeiros, solução apresentada por Kaplan e Norton com a designação BSC (Cruz, 2009). Esta ferramenta ambicionava suprimir esta falha, “articulando os objectivos e indicadores financeiros com outras metas baseadas em valores intangíveis, que são decisivas para gerar o resultado final de natureza financeira” (Pinto, 2007:41). Esta articulação entre objectivos ocorre através de relações causa-efeito, que consistem numa das características mais marcantes desta ferramenta de gestão.

Recorrendo a indicadores não financeiros, os gestores poderiam obter uma imagem do desenvolvimento, da evolução da organização, muito antes de um veredicto financeiro ser pronunciado; os colaboradores poderiam arrecadar mais informação sobre acções concretas necessárias para executar a estratégia e os investidores poderiam adquirir uma melhor imagem do desempenho global da organização, dado que os indicadores não financeiros conseguiriam reflectir valores intangíveis (Cruz, 2009).

A concepção deste modelo assenta em dois princípios básicos: um relacionado com o termo balanço/equilíbrio e o outro com o termo mensuração. O primeiro, segundo defendem Kaplan e Norton, expressa a importância da conjugação, entre os objectivos de curto e longo prazo, entre o uso de medidas financeiras e medidas não financeiras, entre indicadores de actividade e indicadores de resultados, e entre a perspectiva interna e externa da organização (Ribeiro, 2008). O segundo princípio reflecte a necessidade de

as variáveis do modelo serem objectivas, claras e mensuráveis: “ não se consegue gerir aquilo que não é possível medir” (Kaplan e Norton, 1996:231). A designação *Scorecard* vem do facto de o acompanhamento da estratégia ser efectuado através de um reporte frequente onde a *performance* dos objectivos estratégicos e respectivos indicadores alusivos a um certo período de análise é visualizada à semelhança de um TDB – mapa estratégico (Caldeira, 2009).

De acordo com Epstein e Manzoni (1997), embora algumas empresas já reconhecessem a importância e trabalhassem com indicadores de natureza não financeira, Kaplan e Norton deram um passo adiante ao apresentarem o BSC, atribuindo-lhe duas importantes características:

- Apresenta num único documento uma série de indicadores que fornecem uma visão mais completa do desempenho da empresa;
- Em vez de listar indicadores de uma forma *ad hoc*, o BSC agrupa os indicadores em quatro caixas, cada uma das quais capta uma perspectiva diferente do desempenho da empresa, mas todas ligadas à sua visão e estratégia.

Kaplan e Norton descrevem o BSC como uma ferramenta de gestão, que procura oferecer uma visão global e integrada do desempenho das áreas críticas do negócio, que considera indicadores não somente financeiros, mas também indicadores não-financeiros, nomeadamente: “processos internos, inovação, satisfação dos clientes, e actividades de melhoria operacional, indutoras da *performance* financeira futura procedentes da estratégia da organização” (Norton e Kaplan, 1992:71). O que o torna distinto é a capacidade de comunicar a visão e a estratégia por meio de indicadores de desempenho originários de objectivos estratégicos e metas que interagem entre si numa estrutura lógica de causa e efeito. Desta forma e através de uma captura e organização de dados eficiente, o sistema funcional da empresa pode ser medido, alinhando o melhor desempenho com os objectivos estratégicos.

2.4 Pilares do Balanced Scorecard

Qualquer organização que ambicione proceder à implementação do BSC necessita primeiramente de reflectir e identificar três conceitos fundamentais: esclarecer qual a sua missão, visão e os seus valores. Os gestores, antes de formular uma estratégia,

precisam de concordar com o propósito da sua empresa (missão), a sua aspiração para os resultados futuros (visão) e a bússola interna que irá guiar as suas acções (valores). Kaplan e Norton, retomaram estes três conceitos da gestão estratégica das organizações, referenciando-os como autênticos pilares para suportarem toda a estrutura subsequente do modelo (Pinto, 2007).

- **Missão:** descreve o propósito central da organização, ou seja, é a razão de sua existência e o seu papel na sociedade. Deve estar presente no BSC de qualquer organização, pois constitui o ponto de partida para a estratégia, na medida em que orienta as pessoas e focaliza toda a organização na acção. Para ser eficaz, a declaração de missão deve reunir um conjunto de características: ser concisa e orientada para metas, ter um forte conteúdo emocional, definir o objecto tangível da organização (razão de ser), traduzir as acções da organização e declarar um propósito a atingir, envolvendo conjuntamente a organização e todos os seus *stakeholders* (Pinto, 2007). Este conjunto de características é capaz de produzir um grande impacto na operacionalização e clareza da estratégia, tornando mais fácil a sua comunicação, o envolvimento das pessoas e a monitorização dos resultados - objectivos cruciais, que com a implementação do BSC se pretendem atingir.

- **Visão:** Constitui o segundo pilar da estrutura do BSC, devendo ser construída após a definição da missão e a proclamação dos valores. A visão traduz-se numa imagem que a organização acredita poder representar o seu futuro, em termos de utilização de recursos, produtos e serviços (Pinto, 2007). Consiste na descrição do que a organização acredita e deseja ser no futuro, com a utilização dos recursos, produtos e serviços que tem ou virá a ter ao seu dispor para a sua concretização. Segundo Collins e Porras (1996) a visão deve gerar uma imagem que as pessoas transportem nas suas cabeças, onde quer que estejam, tratando-se de uma imagem, pintada através de palavras, com a qual toda a organização se compromete. A partir dela, são decididas as prioridades e os programas estratégicos que irão guiar a organização para um futuro desejado a médio/longo prazo. A definição da visão é um passo imprescindível na implementação do BSC em qualquer tipo de organização: privada, pública ou sem fins lucrativos. É a partir das “grandes metas” estabelecidas que a equipa directiva de topo pode encetar o processo de formulação das estratégias, a selecção de prioridades e metas a atingir (Pinto, 2007).

- **Valores:** Compõem o terceiro pilar do BSC, e têm de estar interligados com a missão. Segundo Porras e Collins (1996), “é fundamental encontrar os valores que sejam a essência do negócio e o guiem até o futuro” (Pinto, 2007:60). São conceitos intemporais que conduzem uma organização, e descrevem aquilo em que esta acredita, através de normas de comportamento e convicções e que têm relevância na actuação de colaboradores e direcção representando crenças profundamente enraizadas, evidenciadas nos comportamentos diários de todos os empregados (Pinto,2007). Os valores têm que estar perfeitamente interligados com a missão, dando-lhe uma continuidade lógica, daí que a actuação da gestão de topo é fundamental para a difusão e prática dos valores da organização (Kaplan, Norton, 2008:64).
- **Estratégia:** é a escolha deliberada de um conjunto de actividades diferente, de forma a gerar uma proposta de valor única. Para Kaplan e Norton (1997), a estratégia é um conjunto de hipóteses, que representa o caminho da organização da situação actual para um futuro desejável, expresso na visão. A missão, valores e visão realçam o “porquê” e o “quem”, enquanto a estratégia define o “como” (Pinto, 2007).

Partindo destes conceitos, a organização está em condições para a elaboração propriamente dita do BSC (ver figura 1).



Figura 1- Sequência do BSC (adaptado de Kaplan e Norton, 2000)

2.5 Evolução do Balanced Scorecard

O BSC concebido por Kaplan e Norton, acompanhou toda esta mudança organizacional e integrou o progresso do conceito de gestão da *performance*. O termo desempenho¹ pode ser compreendido como “o potencial de geração de valor no decorrer de um intervalo de tempo” (Lopes e Baioa, 2011:15). O desempenho vai sendo construído através de um processo contínuo no tempo e no espaço, estando precisamente relacionado com as variáveis que contribuem para atingir os objectivos estratégicos da organização (Lebas e Euske, 2002). Consequentemente, o desempenho organizacional está, assim, associado com a eficiência das operações internas e com a eficácia geral, ou adaptabilidade e capacidade de resposta ao ambiente externo e interno (Bradley e Pribram, 1996).

O enfoque principal do BSC estava na criação de um novo conceito de medição, onde introduziram valores intangíveis, para além dos financeiros, possibilitando às empresas visionarem as suas estratégias de longo prazo, articulando-as com decisões de curto prazo. O modelo mostrou, desde logo, ser de fácil entendimento, mas, simultaneamente, de grande consistência, com capacidade para fazer interagir todas as dimensões envolvidas na gestão de empresas, tendo uma rápida implementação em diversos tipos de organização, permitindo criar uma importante plataforma de conhecimento. Kaplan e Norton (1996) mencionam a inovação do BSC: "O BSC mantém as medidas financeiras tradicionais. Mas as medidas financeiras relatam a história de acontecimentos passados, uma história apropriada para as empresas da era industrial em que, os investimentos em capacidades de longo prazo e relacionamento com clientes não eram cruciais para o êxito. Estas medidas financeiras são inadequadas, no entanto, para orientar e avaliar o caminho, porque as empresas da era da informação precisam de criar valor futuro através do investimento em clientes, fornecedores, funcionários, processos, tecnologia e inovação" (Kaplan e Norton, 1996c:7).

Bessire (2000) menciona que o contributo do BSC reside, não na ferramenta em si, mas na atenção que é dada à aprendizagem organizacional e à adequação dos objectivos com a estratégia que este pode incutir, quer seja na fase de preparação ou na fase de análise.

¹ *performance*., em língua inglesa

As suas potencialidades, reconhecidas mundialmente por organizações, empresas de consultadoria, investigadores e académicos, levou a célebre revista Harvard Business Review a classificá-lo como uma das setenta e cinco melhores ideias de gestão do século XX. A aceitação e aplicação desta ferramenta contribuíram para a evolução deste sistema, de um sistema de medição para uma ferramenta de apoio à gestão, até um sistema de gestão em si mesmo. Segundo Pinto (2007), a evolução do BSC pode ser caracterizada em quatro patamares: sistemas de medição da performance, sistema de gestão estratégica, ferramenta de comunicação da estratégia e sistema de gestão da mudança (ver figura 2).

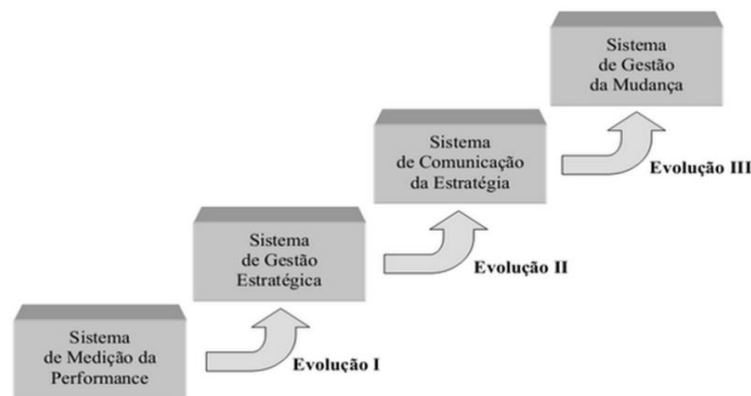


Figura 2- Fases da Evolução do BSC (adaptado de Pinto, 2007)

Os autores advogam a aplicação do BSC nas organizações com o intuito de melhorar a medição e avaliação do desempenho, considerando para tal na sua versão inicial, além da tradicional perspectiva financeira, três novas perspectivas não financeiras (clientes, processos internos e aprendizagem e crescimento) que operam de modo equilibrado, fazendo a sua ligação com a missão e visão da organização. Ou seja, inclui medidas financeiras, sendo complementado por medidas operacionais relativas a clientes, aprendizagem e crescimento e processos internos que são os instigadores da *performance* futura e centra-se na fixação de metas, indicadores e objectivos em cada uma dessas perspectivas, e por fim destaca a necessidade de serem identificadas ligações e interdependências (causa-efeito) entre todas elas (ver figura 3).

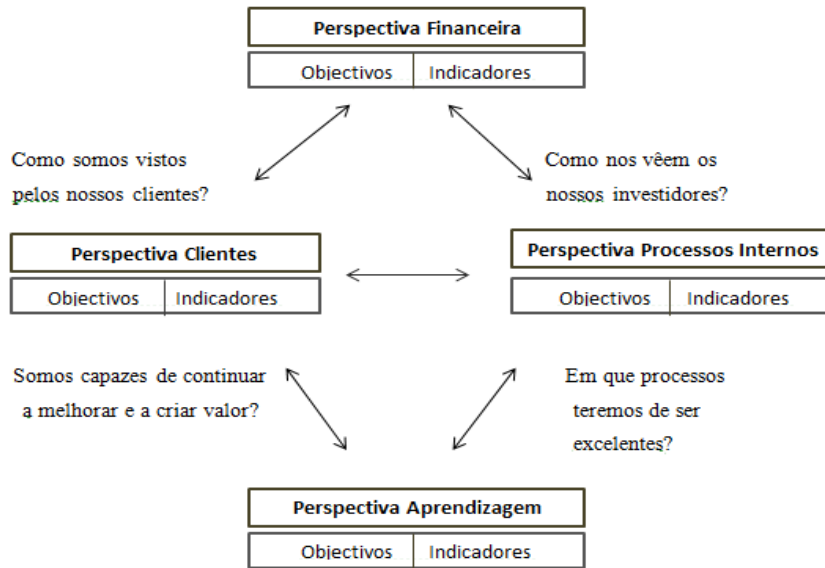


Figura 3- Modelo original do BSC (adaptado de Kaplan e Norton, 1992)

A primeira fase, em 1992, cujo objectivo central tinha sido criar um novo sistema de medição da *performance* organizacional, acabou por ser ultrapassada e o BSC passou a ser usado como um sistema para gerir a estratégia. As experiências e evolução registadas, entre os anos 1992 e 1996, confirmam, de facto, que a prática das empresas havia colocado o BSC num patamar superior à simples medição da *performance*, incorporando valores intangíveis e financeiros. Foi apresentada em 1996 a nova configuração do modelo, representando a segunda fase da evolução. (ver figura 4).

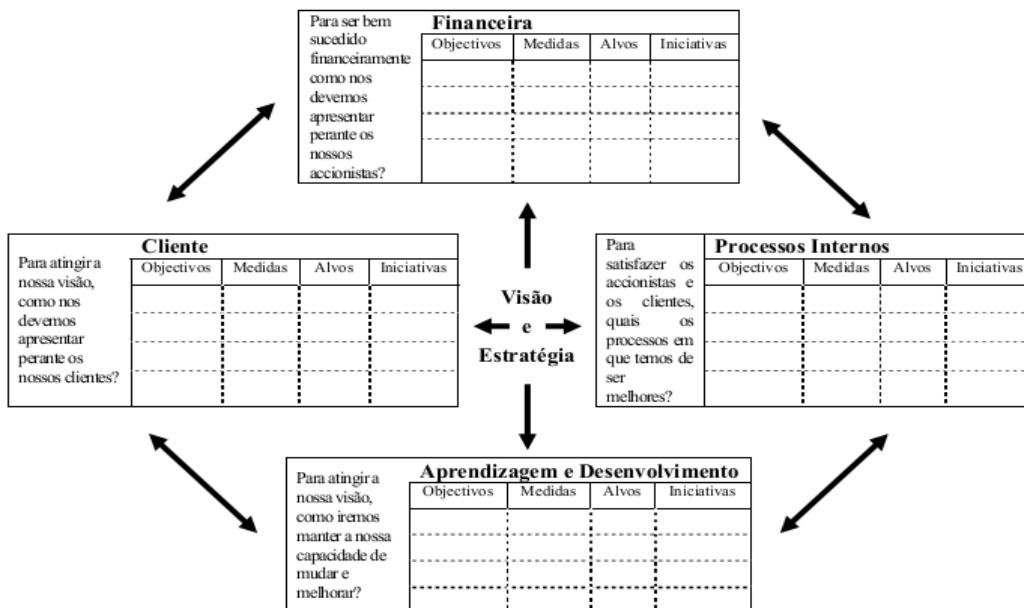


Figura 4- Nova configuração do BSC (adaptado de Kaplan e Norton, 1996)

Esta nova versão do BSC coloca a **estratégia** e **visão** no centro das atenções dos gestores, considerando as quatro perspectivas interligadas, através de relações de causa e efeito. Esta alteração em relação ao paradigma inicial não é a única, pois para além dos habituais objectivos, são ainda introduzidos novos conceitos decisivos: indicadores em cada uma das perspectivas, funcionando numa sequência lógica e estabelecendo relações causa-efeito entre si, e apela ao estabelecimento, em cada perspectiva, tanto de metas como de iniciativas ao elaborar o BSC (Pinto, 2007).

Sumaria em quatro perspectivas correctamente medidas e fundamentadas, a estratégia da organização e das suas unidades de negócio, materializando a informação e contribuindo para a diminuição do tempo de reacção global do decisor, traduzindo o balanço determinado entre os objectivos a curto e longo prazo, os indicadores financeiros e não financeiros, entre os indicadores *leading* e *lagging* e entre as perspectivas de desempenho interno e externo (Kaplan e Norton, 1997).

2.6 O funcionamento do *Balanced Scorecard* como sistema de avaliação da performance organizacional: as quatro perspectivas

A filosofia do *Balanced Scorecard* assenta na visão geral da estratégia das organizações, sustentada em quatro perspectivas - financeira, clientes, processos e aprendizagem - nas quais são fixados indicadores e objectivos que têm que actuar de forma integrada, estabelecendo relações de causa e efeito entre todas as perspectivas. Este instrumento de gestão engloba, para além das habituais medidas financeiras, novas variáveis não financeiras, na prossecução do seu propósito final: o de mensurar a performance da empresa. O BSC põe em destaque uma grave deficiência dos sistemas tradicionais de gestão: a imperícia destes para estabelecerem a ligação entre a estratégia da empresa, a longo prazo, e a sua actuação a curto prazo (Pinto, 2007).

Qualquer falha de funcionamento, derivada de objectivos não alcançados numa das perspectivas, irá causar quebras de eficiência noutra(s) perspectivas, acabando por desequilibrar o BSC e originar desvios no trajecto estratégico, no cumprimento da visão e da estratégia da organização (Russo, 2006). A avaliação do desempenho, recorrendo a um BSC com as suas quatro perspectivas, permite a uma organização medir em tempo real e poder ainda agir antes de um veredicto final ser pronunciado. No centro das quatro perspectivas que formam o BSC, são colocadas a visão e a estratégia, que

constituem o ponto de partida no desenvolvimento do BSC e, simultaneamente, o farol orientador que a organização nunca poderá perder de vista ao longo de todo o percurso estratégico dirigido para a visão fixada (Pinto, 2007).

A missão, visão e políticas de gestão são usadas para alinhar as estratégias organizacionais em quatro perspectivas basilares e para responder às seguintes questões essenciais (Kaplan, Norton, 1996b):

- **Financeira:** De que forma precisamos de ser vistos pelos nossos accionistas?
- **Clientes:** De que forma devemos ser vistos pelos clientes?
- **Processos Internos:** Em que é que precisamos de ser excelentes?
- **Aprendizagem e Crescimento:** Conseguiremos continuar a inovar e a criar valor?

Ao facultar aos gestores, informação sobre quatro perspectivas distintas, mas bem quantificáveis e objectivas, o *Balanced Scorecard* minimiza a quantidade de informação necessária, evitando o excesso de informação.

2.6.1 Perspectiva financeira

A análise de indicadores financeiros eram encarados no passado como sendo a única forma de mensurar a *performance* de uma organização, tornando-se inadequado para orientar e avaliar a estratégia da empresa num ambiente competitivo e global. O BSC procura enquadrar os objectivos financeiros de uma forma mais vasta, através da interacção com as restantes perspectivas, no sentido de ser mais simples para os gestores identificar sobre quais as perspectivas em que devem agir num dado momento de forma a alcançar os objectivos financeiros (Kaplan e Norton, 1996). Esta perspectiva está intimamente ligada com os interesses dos accionistas, que são essencialmente de natureza financeira. Tem como função indicar se a estratégia traçada, a sua implementação e cumprimento estão a contribuir para os resultados determinados e servir de meta principal para os objectivos e medidas das restantes perspectivas.

De acordo com Kaplan e Norton (2001), o aumento do valor das empresas para os seus accionistas depende do crescimento dos proveitos, que poderá ser conseguido através do aumento das vendas com penetração em novos mercados, novos clientes e novos

produtos. No sector privado, os objectivos de lucro, produtividade e rentabilidade são da maior importância em termos de sucesso da organização, razão pela qual é colocada no topo do BSC, traduzindo os resultados do comportamento e da performance integrada nas outras três perspectivas. No caso dos hospitais públicos, em que o retorno dos accionistas não é visto como o mais importante nos objectivos da gestão, para se prestar os serviços a que a organização se propõe, precisa de ter recursos financeiros, saber rentabilizá-los e transformá-los em benefícios para os seus clientes/utentes.

2.6.2 Perspectiva dos Clientes

Actualmente, bastantes empresas definem a sua missão focada no serviço ao cliente, tornando-se esta perspectiva uma prioridade da gestão de topo, em que os gestores pretendem traduzir esta preocupação estratégica com os clientes, em medidas que reflectam a influência da perspectiva mencionada. Esta perspectiva considera assim, os factores que contribuem para a solidez e desenvolvimento dos relacionamentos com os clientes, numa forma duradoura e sustentada, que permitam alcançar os objectivos financeiros estabelecidos (Pinto, 2007). Toda a organização deve ter como prioridade o desenvolvimento do relacionamento e, conseqüentemente, a satisfação das necessidades dos clientes e consumidores. Esta perspectiva define assim a missão e os objectivos estratégicos da organização que promovem propostas de valor acrescentado para os seus clientes alvo e mercados seleccionados. Quer se esteja no âmbito das organizações que tem por finalidade o lucro e a maximização do valor dos accionistas, ou no âmbito das organizações sem fins lucrativos, são os clientes e a sua satisfação o núcleo das atenções da gestão (Kaplan e Norton, 1996c). A aplicação do BSC requer que os gestores consigam “traduzir a sua missão sobre os clientes em medidas concretas e que realcem o valor que as estratégias adoptadas para os clientes significam para a organização” (Treacy e Wiersema, 1993:88). As organizações pretendem identificar clientes e segmentos de mercado que configuram uma fonte de proveito e que contribuam positivamente para a performance financeira da empresa.

2.6.3 Perspectiva dos Processos Internos

Esta perspectiva tem como objectivo alcançar a melhoria dos processos operacionais existentes, atingir a qualidade desejada ao cliente e adequá-la aos objectivos estratégicos da organização. Os processos internos principais serão aqueles que irão ter um maior impacto no nível de satisfação dos clientes, contribuindo assim, de forma decisiva para adquirir vantagens competitivas (Kaplan e Norton, 1996b).

Os gestores devem preocupar-se com as operações internas críticas, que os habilitam a satisfazer as necessidades dos clientes e a executar os objectivos dos accionistas. Para a definição dos objectivos organizacionais e das expectativas dos clientes, as organizações devem identificar os processos críticos do negócio em que são notáveis e especificar os respectivos indicadores para assegurarem que esses processos são aceitáveis (Pinto, 2007). Alguns dos indicadores utilizados com frequência nesta perspectiva procuram medir por exemplo: o tempo de ciclo, custos, qualidade, produtividade e inovação.

Os gestores devem focalizar a sua atenção nas actividades críticas para a satisfação das necessidades dos clientes e para a geração de valor da organização, dependendo os resultados da forma como as actividades são executadas (Pinto, 2007).

2.6.4 Perspectiva da Aprendizagem e Crescimento

Actualmente, a competitividade de uma organização, para além de diversos factores, assenta na capacidade da mesma se adaptar às constantes alterações, devendo ter recursos humanos, técnicos e tecnológicos capazes de dar resposta aos clientes e ao mercado. Esta perspectiva inclui um conjunto de valores intangíveis- capital humano, capital informação e capital organizacional e estabelece relações de causa-efeito com as restantes perspectivas, influenciando o sucesso final obtido na perspectiva de topo - perspectiva financeira, no caso do sector privado (Kaplan e Norton, 1996b). Esta perspectiva define os activos intangíveis importantes para a estratégia, avalia as capacidades e aptidões dos funcionários, a qualidade dos sistemas de informação e o seu ajustamento aos objectivos da organização. Esta perspectiva salienta os factores, a nível de recursos e infra-estruturas, em que a organização deve apostar para ser competitiva, hoje e no futuro, tendo as organizações de assegurar que manterão, ou melhorarão a sua

capacidade de inovar, de aprender, de se desenvolver e de continuar a criar valor (Pinto, 2007).

Um dos objectivos principais para a adopção do BSC é o de promover o crescimento das capacidades individuais e organizacionais, em que os processos só serão bem-sucedidos se os recursos humanos tiverem as competências essenciais, e se se encontrarem envolvidos e motivados em todos os níveis da cadeia de valores da organização, com os objectivos propostos no plano estratégico (Kaplan e Norton, 1996b).

2.7 Evolução I - O *Balanced Scorecard* como Sistema de Gestão Estratégica

O BSC, que começou por ser apresentado como um sistema de avaliação do desempenho das empresas, passou também a ser considerado como um sistema de comunicação e alinhamento da organização e como um valioso auxiliar para a clarificação e implementação da estratégia (Pinto, 2007). Segundo Sousa e Rodrigues (2002), o BSC foi evoluindo de um sistema de avaliação mais completo do que os modelos tradicionais, para um sistema de gestão, adquirindo uma dimensão mais ampla, de “pedra angular” de um novo sistema de gestão estratégica.

“O *Balanced Scorecard* traduz a missão e a estratégia das empresas num conjunto abrangente de medidas de desempenho que serve de base para um sistema de medição e gestão estratégica” (Kaplan e Norton, 1996:55). A visão integrada de todos estes conceitos, traduzida na nova configuração do modelo e complementada com a aplicação prática em numerosas organizações, converteram o BSC num sistema para gerir a estratégia.

O BSC é um instrumento estratégico, sendo que a estratégia constitui o ponto fulcral em torno do qual figuram as restantes perspectivas. Através de objectivos estratégicos, deve ser traduzida a estratégia e esclarecido o modo como vai ser implementada tanto no curto, como no médio e longo prazo (Pinto, 2007).

Segundo Kaplan e Norton (1996), para que houvesse ligação e coerência entre os objectivos estratégicos de longo prazo e as iniciativas operacionais definidas, seria necessário o recurso a quatro novos processos de gestão estratégica a partir do BSC:

1. Traduzir a visão
2. Comunicar e articular
3. Planeamento
4. Feedback e aprendizagem

De acordo com Kaplan e Norton (1996), estes quatro processos, que seguidamente se descrevem, contribuem para ligar os objectivos estratégicos com as medidas de desempenho, combinando objectivos de longo prazo com acções de curto prazo, numa lógica de funcionamento que proporciona a compatibilização da formulação da estratégia com a sua implementação (ver figura 5).

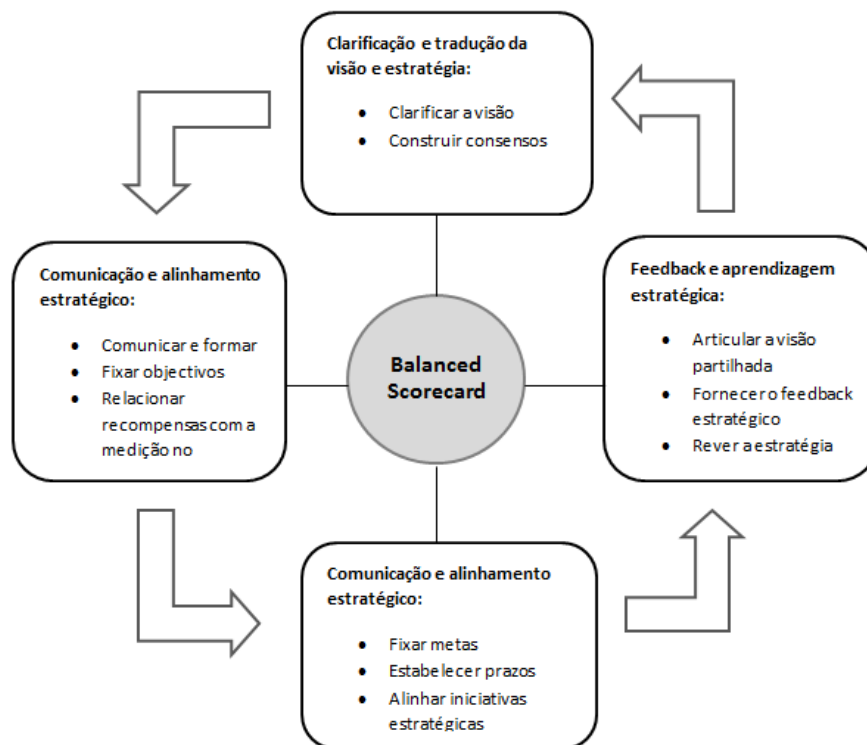


Figura 5- O BSC como Sistema de Gestão Estratégica (adaptado de Kaplan e Norton, 1996)

1. Traduzir a visão e estratégia

As organizações comprovaram que uma visão definida pela gestão de topo, só era entendida e praticada nas linhas operacionais se fosse traduzida em objectivos e indicadores devidamente articulados entre si. O modelo do BSC apresenta como aspecto fundamental a “tradução da visão e da estratégia geral da organização, determinados pela gestão de topo, em indicadores de objectivos e medidas que envolvem quatro perspectivas distintas da performance da organização” (Ribeiro, 2008:63). Assim, este processo ajuda na construção de consensos em torno de uma visão e estratégias de longo prazo, desde a gestão de topo até ao nível operacional, já que considera a tradução daqueles conceitos em medidas operacionais que sejam compreendidas e executadas pelos trabalhadores (Kaplan e Norton, 1996:75).

2. Comunicar e articular

Este processo consiste na comunicação da estratégia definida pelo topo a todas as áreas da organização, articulando-a com objectivos individuais e departamentais, de modo a haver um alinhamento dos objectivos, com a estratégia (Kaplan, Norton, 2005). Os objectivos estratégicos do BSC devem ser comunicados em toda a estrutura hierárquica da organização, permitindo a que todos conheçam as metas a atingir, promovendo o alinhamento estratégico entre os objectivos globais da organização e os dos seus colaboradores em prol do sucesso organizacional. O esforço dos colaboradores na realização das suas tarefas, será tanto maior, quanto maior, estes conhecerem e reconhecerem nas estratégias da empresa os seus próprios objectivos individuais (Kaplan e Norton, 1996:76).

3. Planeamento e afectação de recursos

O BSC apresenta-se como a ferramenta ideal para aferir a afectação dos recursos físicos e financeiros às iniciativas que visam melhorar os processos mais críticos para a implementação de estratégias. Este processo consiste no alinhamento dos recursos humanos, físicos e financeiros com a estratégia da empresa, possibilitando-lhe “quantificar os resultados pretendidos a longo prazo nas quatro perspectivas do BSC, identificar iniciativas que forneçam recursos para que os resultados sejam atingidos,

e ainda estabelecer objectivos de curto prazo que assinalam o progresso quanto à obtenção das metas estratégicas da empresa” (Kaplan e Norton, 1996:82).

4. Feedback e aprendizagem

Este processo centrava-se na capacidade das organizações desenvolverem uma aprendizagem, que lhes permitia rever e mudar estratégias, baseadas no comportamento da *performance*. Torna-se fundamental para poder testar e validar a estratégia que está a ser implementada, devendo os resultados serem revistos com uma periodicidade definida, proporcionando um processo contínuo de aprendizagem e por conseguinte, uma adaptação permanente da organização ao meio ambiente (Pinto, 2007). Este processo deve recolher dados sobre a estratégia, proporcionar a sua reflexão quanto aos seus novos desenvolvimentos e obter ideias de todos os funcionários da organização acerca das oportunidades, opções estratégicas e suas direcções (Kaplan e Norton, 1996b). Um sistema de feedback estratégico deve ser capaz de validar, testar e modificar as hipóteses incorporadas na estratégia de uma unidade de negócio. Ao estabelecer metas de curto prazo, dentro do processo de planeamento de negócios, os executivos estão prevendo a relação entre mudanças nos vectores de desempenho e as mudanças associadas em um ou mais objectivos específicos (Kaplan e Norton, 1996a:84). De acordo com Kaplan e Norton: “a implementação da estratégia necessita que todas as unidades de negócios, unidades de apoio e os funcionários estejam alinhados e conectados com a estratégia” (Kaplan e Norton, 1996b:56).

Uma organização que recorre ao BSC, passa a actuar de acordo com a sua estratégia ao descrevê-la detalhadamente em objectivos e medidas que advêm das perspectivas, possibilitando uma nova linguagem de mensuração para clarificar a estratégia que serve de linha orientadora de todas as acções dos colaboradores para a conquista da direcção apontada. A gestão estratégica envolve diferentes passos: formulação, comunicação, execução, monitorização e revisão da estratégia. O BSC, na sua filosofia actual, tem relevantes intervenções em todos estes passos, tendo um maior enfoque nas fases que se seguem à formulação da estratégia: comunicação, execução, monitorização e revisão. De facto, ao desenvolver a sequência lógica (missão, valores, visão e estratégia) fica automaticamente integrado no BSC o processo de formulação. Conforme Kaplan e Norton (2008) referiram, "a execução da estratégia não é uma questão de sorte. É o

resultado da atenção consciente, combinando processos de gestão e de liderança para avaliar e descrever a estratégia, para alinhar as unidades organizacionais internas e externas com a estratégia, para alinhar os funcionários com a estratégia através da motivação intrínseca e extrínseca e programas de desenvolvimento de competências específicas e, finalmente, para alinhar os processos de gestão existentes, relatórios e reuniões de revisão, com a execução, monitoramento e adaptação da estratégia" (p.77).

2.8 Ligar o BSC com a política de gestão da organização

Os tempos que vivemos são de grande variabilidade. Em alturas de profunda crise económica, a necessidade de reagir às diferentes situações que se colocam, são incompatíveis com os normais processos de formulação estratégica. Pela simplicidade da relação entre os diferentes indicadores e pela relação causa e efeito, o BSC permite ter um sistema de medição que acompanha as mudanças na estratégia, por muitas variações que existam (Pinto, 2007). Para que o BSC traduza com veracidade a visão e a estratégia de uma organização é necessário que sejam identificados três aspectos essenciais: seleccionar um conjunto coerente de objectivos estratégicos em todas as perspectivas e os respectivos indicadores de desempenho; reflectir se existe realmente uma ligação aos objectivos financeiros (no caso de organizações com fins lucrativos) e encetar relações de causa- efeito (Russo, 2006).

Segundo Kaplan e Norton, a implementação do BSC prevê a definição de uma cadeia de causa-efeito entre todas as perspectivas, objectivos estratégicos e indicadores, de modo a reflectir as relações de causalidade anteriormente assumidas aquando da formulação das estratégias (Pinto, 2007).

“A ligação entre o *BSC*, as políticas e as estratégias da organização deverá obedecer a três princípios” (Kaplan e Norton, 1996b:64):

1. Interligação com os objectivos financeiros;
2. As relações de causa-efeito;
3. Os indicadores de desempenho

1. Interligação com os objectivos financeiros

O desenvolvimento das iniciativas e a realização das metas, medidas através de indicadores apropriados, permitem alcançar os objectivos fixados em determinada

perspectiva. A execução dos objectivos em todas as perspectivas, devidamente articulados entre si, em termos de causa-efeito, constitui a base para se atingirem as prioridades estratégicas previamente fixadas. O conjunto de todas as prioridades estratégicas constitui a estratégia global formulada, cujo objectivo final é atingir a visão (Pinto, 2007). Esta sequência é sustentada num conjunto de conceitos do BSC:

1. Missão, valores e visão- pilares do BSC e início do processo de formulação das prioridades estratégicas;
2. Estratégia e visão- colocadas no centro das quatro perspectivas do BSC;
3. Relações de causa-efeito – estabelecidas entre objectivos e indicadores nas quatro perspectivas;
4. Objectivos, metas, iniciativas e indicadores- fixados dentro de cada perspectiva.

A necessidade de incorporar estes conceitos na implementação do BSC levou as organizações a conceberem o mapa da estratégia, que descreve a “história” da estratégia através das suas hipóteses, relacionadas em termos de causa efeito.

2. Relações de causa e efeito

Na lógica do BSC a estratégia é um agregado de hipóteses sobre causas e efeitos. A estrutura lógica dada pela ferramenta deixa claro que para “toda acção há uma reacção”, que terá impacto nos negócios da organização e comprometerão/impulsionarão a implementação das suas estratégias. As relações de causa e efeito podem ser expressas por uma sequência de afirmações do tipo “se-então” (Kaplan e Norton, 1996b, p.65). Para introduzir um BSC implica estabelecer relações de causa e efeito entre as quatro perspectivas – entre medidas de resultado e vectores de desempenho.

Esta ferramenta tem um princípio essencial na sua filosofia de funcionamento: a criação e verificação de relações causa-efeito entre as perspectivas, objectivos, metas e indicadores (Pinto, 2007). O desenvolvimento desta ferramenta nas empresas com fins lucrativos inicia-se com a descrição dos objectivos financeiros ou com a definição da missão da organização, no caso de organizações não lucrativas. As relações causa-efeito funcionam como um teste para avaliar se o BSC está a retratar efectivamente a estratégia da organização. O processo **causa e efeito** consta na formulação de perguntas

simples que irão conduzir à formulação dos objectivos e estratégias e contribui para identificar quais as competências e infra-estruturas, que a organização precisa de desenvolver de modo a suportar os processos internos e desta forma satisfazer os clientes. Um BSC que seja bem organizado torna a missão explícita e descreve a história da formulação da estratégia da organização, através das relações de causa e efeito entre objectivos estratégicos e as medidas das diferentes perspectivas.

3. Indicadores de Desempenho

“Um bom *Balanced Scorecard* deve ter o número adequado e ponderado de medidas e indicadores de desempenho que são moldados à estratégia da unidade de negócio” (Kaplan e Norton, 1996b, p.66). Durante as primeiras implementações do BSC, as principais preocupações das empresas foram: identificar objectivos e distribuí-los de forma lógica pelas quatro perspectivas, definir indicadores apropriados para medir esses objectivos e analisar as relações causa-efeito entre as perspectivas, indicadores e objectivos (Pinto, 2007). Um objectivo é a descrição concisa sobre o que a organização tem que fazer bem, tendo em vista a execução da estratégia. Um indicador é um “*standard* usado para medir e comunicar a *performance*”, tendo como referência metas fixadas (Pinto, 2007). O conceito de iniciativa pode ser definido como as acções, actividades, programas que as organizações têm que desenvolver para atingirem as metas de *performance*. As metas atribuem significado aos resultados lidos, através dos indicadores de *performance*. Cada organização deverá determinar para cada unidade de negócio, indicadores de desempenho que tornem a organização singular, que medem factores críticos de sucesso e assegurem a obtenção de vantagens competitivas.

Assim, o BSC deverá ser formado por um conjunto de medidas e indicadores de desempenho. Indicadores de desempenho sem qualquer ligação com as respectivas medidas, irá fazer com que a organização tenha algum sucesso no curto prazo e aumente a sua eficiência, mas a não ser eficaz na medida em que poderá não estar a desenvolver os produtos/serviços que o mercado precisa (Pinto, 2007).

Há dois indicadores que estão na origem da metodologia do BSC: indicadores de resultados e indutores de desempenho (também designados *performance drivers*), e que se consideram fulcrais para poder ajudar e gerir eficazmente a estratégia, conciliando metas de curto prazo com a visão e objectivos de longo prazo (Pinto, 2007). O BSC tem

que ter uma combinação dos dois tipos de indicadores, uma vez que estes se complementam entre si. As organizações utilizam habitualmente um conjunto de indicadores genéricos: rendibilidade, quota de mercado, satisfação dos clientes, competências dos empregados - que são indicadores de resultados (*lagging indicators*).

Este tipo de indicadores não nos informa quais foram essas acções e que forma os objectivos foram realizados e qual a sua *performance*, ou seja, não revelam os indutores (*drivers*) da rendibilidade financeira, dos segmentos de mercado, dos processos internos (Kaplan e Norton, 1996). Esta insuficiência é complementada pelo BSC, com a medição de outro tipo de indicadores - indutores de desempenho (*leading indicators*), que mensuram actividades que conduzem, direccionam ou induzem a resultados futuros (exemplo: tempo com clientes, horas de formação, etc.). Pinto (2007) afirma que os indutores de desempenho (*leading indicators*) são a causa ou a origem e os indicadores de resultado (*lagging indicators*) são o efeito ou o destino.

2.9 Evolução II - Sistema de Comunicação da Estratégia

O sistema de gestão estratégica (evolução I) passou, durante a segunda metade dos anos 90, a dispor de uma nova e poderosa ferramenta de comunicação (evolução II): o **Mapa da Estratégia** (ver Figura 6). Permite a uma organização descrever e ilustrar, em linguagem clara e geral, os seus objectivos, metas, iniciativas, as medidas utilizadas para avaliar o seu desempenho e as ligações que são a base para a direcção estratégica (Kaplan e Norton, 2000:170).

Este mapa descreve o percurso da estratégia que atravessa diferentes “zonas geográficas”- as perspectivas do BSC e permite observar a “história da estratégia” e as ligações causa-efeito que deverão ser estabelecidas para que tudo funcione equilibrado (Pinto, 2007). Oferecem aos funcionários uma linha de visão clara sobre a forma como as suas funções estão ligadas aos objectivos globais da organização, permitindo-lhes trabalhar de forma coordenada e colaborativa em direcção aos objectivos desejados da empresa. Os mapas “proporcionam uma representação visual dos objectivos críticos de uma empresa e as relações cruciais entre eles que impulsionam o desempenho organizacional” (Kaplan e Norton, 2000:168).

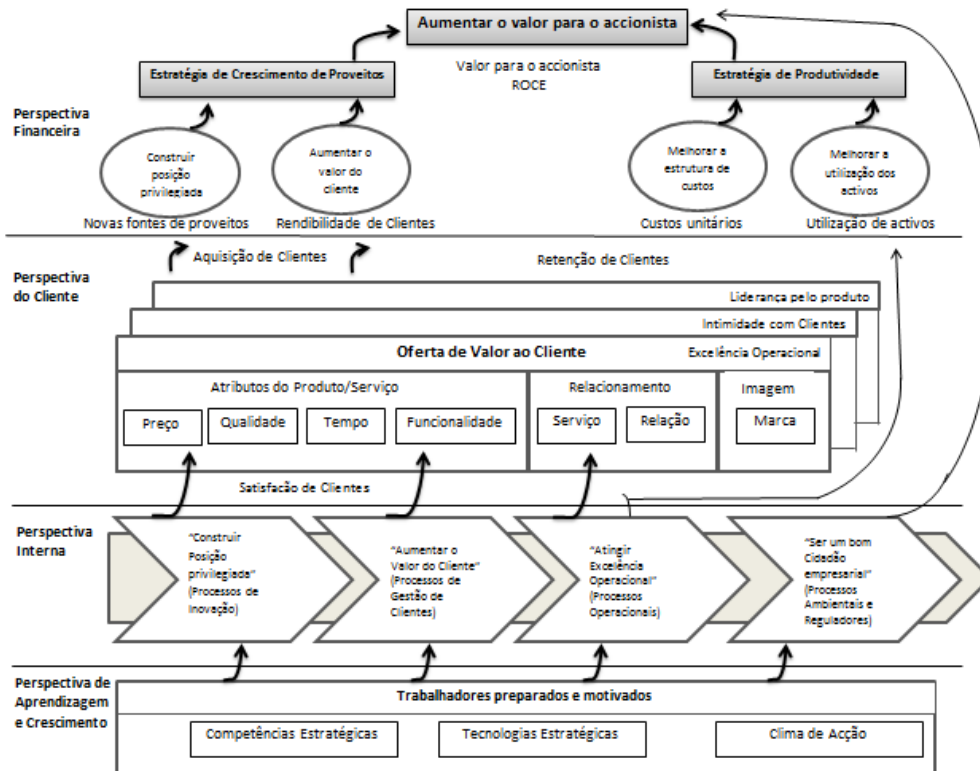


Figura 6- Mapa da estratégia (adaptado de Kaplan e Norton, 2000)

O mapa da estratégia é um diagrama que “proporciona a representação visual da integração dos objectivos estratégicos das quatro perspectivas do BSC, comprovando e esclarecendo as relações de causa-efeito que ligam os resultados definidos e pretendidos entre elas, e permite preservar a coerência da estratégia” (Ribeiro, 2008:65).

Para Cruz (2009), o mapa da estratégia proporciona uma “forma consistente para representar a estratégia, possibilitando que objectivos e metas possam ser estabelecidos e geridos, e que a estratégia possa ser convertida e traduzida em termos operacionais” (p.89). É um instrumento eficaz de comunicação que facilita uma célere e melhor transmissão da estratégia aos colaboradores da organização, que deve ser tão simples quanto possível, transmitindo a mensagem essencial aos colaboradores (Kaplan e Norton, 2000). Estas características intrínsecas do mapa da estratégia contribuem fortemente para o sucesso da organização, na medida em que esta depende em grande parte dos colaboradores. A sua importância no processo de comunicação e envolvimento da organização foi tão forte, que a sua criação caracterizou um novo passo na evolução do BSC - um instrumento de comunicação da estratégia.

2.10 Evolução III - Gestão da mudança

A principal razão que atrai hoje as organizações- privadas, públicas e sem fins lucrativos- para a implementação do BSC e outros sistemas de gestão da performance é conseguir alinhar processos, pessoas e infra-estruturas com a estratégia. Concretizar o alinhamento determina necessariamente que haja mudança, que por sua vez, tem que ser gerida e o BSC como instrumento de gestão da mudança tem dado provas de ser um bom facilitador nesse processo - tem uma filosofia fácil de entender em toda a organização. O principal enfoque no momento actual e que se poderá prever que continue é o alinhamento, continuando a ser este o paradigma para o futuro, já que a introdução recente de novos conceitos e metodologias, vem constituir um forte factor de atracção para qualquer tipo de organização, seja privada, pública ou sem fins lucrativos (Kaplan e Norton, 2006).

2.11 Implementação do BSC

O BSC foi concebido, inicialmente com objectivos de medição da *performance*, tendo evoluído depois para um sistema de comunicação e gestão da estratégia. A necessidade de mudança e melhoria dos serviços públicos, tem sido uma constante nos últimos vinte anos, a nível mundial. Existe uma pressão crescente dos diferentes *stakeholders* relativamente à melhoria da quantidade, eficiência, qualidade e acessibilidade dos serviços públicos, em geral. A forma como a informação que suporta o funcionamento do BSC é acedida, monitorizada e trabalhada, aos diversos níveis da organização, constitui um processo crítico do sucesso na implementação do BSC a médio/longo prazo (Pinto, 2007).

O motivo principal, para a implementação do BSC, é conseguir alinhar as pessoas, processos e infra-estruturas com a estratégia. O conceito de alinhamento é hoje crucial para a gestão e melhoria da *performance* nos serviços públicos. Constitui uma fonte de criação de valor e baseia-se na obtenção de sinergias a todos os níveis da organização: o valor criado pela soma de todas as partes que formam a estrutura organizativa, devidamente alinhadas, tem que ser maior que o valor que resultaria se essas mesmas unidades funcionassem autonomamente, com estratégias desalinhadas, concentradas apenas nos seus próprios clientes (Kaplan e Norton, 2005). O alinhamento do capital

humano é alcançado quando as metas, o treino e incentivos dos funcionários se tornam alinhados com a estratégia empresarial. Planeamento e controlo de sistemas de alinhamento existe quando os sistemas de gestão para o planeamento, operações e controlo estão ligados à estratégia (Kaplan e Norton, 2006).

Depois de construído o *Scorecard* de topo (central), são construídos os *scorecards* departamentais alinhados com o topo, contendo metas e iniciativas em sintonia. É necessário ligar o orçamento de cada serviço implementador às metas e iniciativas inscritas no respectivo *scorecard*. O BSC acaba por ser o fio condutor de todo o processo orçamental, dando-lhe consistência e facilitando a comunicação. A clareza e objectividade na comunicação, conseguidas através do *BSC* são fundamentais para gerir a complexidade que existe em ligar a *performance* ao orçamento, nos serviços públicos.

A aplicação dos mapas estratégicos no contexto dos serviços públicos são cruciais na concretização de dois objectivos: o alinhamento e a ligação entre o orçamento e o BSC. O sistema de funcionamento apoia-se no conceito de desdobramento em cascata, que consta em construir *scorecards* nas diferentes áreas da organização, correctamente alinhados com as prioridades estratégicas e objectivos determinados pela gestão de topo no Mapa da Estratégia, que tem como filosofia central “fazer da estratégia um trabalho de todos” (Kaplan, 2001).

Ter um mapa da estratégia válido de uma organização permite avaliar quão bem a estratégia está sendo executada pelas diversas unidades que compõem a empresa e permite que os executivos comuniquem, de forma concisa, a estratégia da organização para todos os membros da organização. Devem reproduzir a estratégia da organização através de relações de causa e efeito entre objectivos estratégicos, criando-se, assim, relações baseadas em hipóteses. Os sistemas de informação são cruciais para a criação de valor e vantagem competitiva em qualquer tipo de organização. Nos serviços públicos são uma ferramenta essencial para eliminar a burocracia, acelerar processos, facilitar a interacção com o cidadão, melhorar a eficiência e a eficácia e criar valor público.

2.12 O BSC no Sector Público

As organizações sem fins lucrativos e as organizações públicas têm sofrido fortes pressões no sentido de se tornarem mais competitivas, responsáveis e transparentes, de conceberem um serviço público com melhor qualidade e de aperfeiçoarem os índices de eficiência e eficácia. Deste modo, a introdução da gestão estratégica dos recursos públicos e da avaliação e mensuração de desempenho torna-se imprescindível, em que a melhoria do serviço prestado aos clientes, através de uma maior eficiência na cobrança das receitas e realização das despesas, constituem a base das decisões públicas. A avaliação de desempenho nos serviços públicos, visa disponibilizar informações fundamentais relativas ao desempenho da organização e aos programas e políticas públicas que possibilitem melhorar a gestão e a tomada de decisões (Pinto, 2007).

O sector da saúde é um sector importante em termos de significado económico, sendo um dos maiores consumidores de recursos públicos e é visto pelos cidadãos com imensa atenção, uma vez que lhe compete prevenir e tratar um dos bens com maior valor percebido. Contudo há que reconhecer que vivemos num contexto de recursos escassos e de necessidades virtualmente ilimitadas, pelo que têm de ser tomadas decisões acerca do melhor uso a dar aos recursos.

Actualmente, em Portugal a rede de hospitais encontra-se dividida em dois grupos: os Hospitais EPE, alguns reunidos em centros hospitalares e os Hospitais SPA. Os Hospitais EPE são considerados pessoas colectivas de direito público de natureza administrativa e patrimonial, nos termos do Decreto-lei nº558/99. A empresariação dos hospitais em Portugal teve como objectivo primordial o desenvolvimento e a melhoria dos instrumentos de gestão destas instituições, utilizando ferramentas já implementadas no sector privado. Tendo em conta todos os sistemas de gestão do desempenho, o BSC é possivelmente o mais usado na área da saúde (Klassen *et al.*, 2010).

O desenvolvimento e utilização do BSC focou-se essencialmente em empresas do sector privado. Contudo a oportunidade de se utilizar uma ferramenta como esta, para aperfeiçoar e aprimorar a qualidade da gestão em organizações governamentais e não lucrativas é imprescindível, sobretudo em Portugal, em que o sector público consome mais de metade da riqueza nacional produzida.

Kaplan (2001) e Niven (2003) relatam que o BSC é um modelo dinâmico e flexível capaz de ser aplicado em qualquer organização, sobretudo em entidades onde o lucro não é o principal fim a atingir. De facto, quer uma organização seja pública ou privada, precisa de comunicar os seus objectivos e a sua estratégia, assim como as medidas de desempenho em todos os níveis da organização em causa, desde que devidamente aplicado à realidade de cada organização. A inserção do BSC nas organizações não lucrativas foi mais demorada que nas organizações lucrativas.

2.13 Sector privado vs Sector público

Pelo facto dos serviços públicos serem organizações fundamentalmente orientadas para a missão, as questões relacionadas com a competência dos funcionários, a sua motivação e o alinhamento com as metas e resultados a atingir, adquirem uma importância ainda maior que no sector privado. Tem como missão a satisfação das necessidades dos utentes/cidadãos, em que o seu sucesso deve ser mensurado pela eficiência e eficácia na prestação de serviços aos utentes. Segundo Ribeiro (2008), o processo de empresariação não deve conduzir à subversão da missão de serviço público dos hospitais, devendo os objectivos de carácter financeiro ser encarados como uma restrição e não como um indicador isolado do sucesso da sua gestão.

As organizações que integram o sector público encaram a área financeira não como objectivos mas como restrições, ou seja, enquanto nas organizações com fins lucrativos o cumprimento dos objectivos, determinados na perspectiva financeira, representa um objectivo estratégico que orienta a concepção do BSC e é o foco das perspectivas remanescentes, nas organizações sem fins lucrativos, como é o caso dos hospitais públicos, esta perspectiva não representa um objectivo, mas uma limitação (ver figura 7). As restrições orçamentais são vistas como um entrave e não como um estímulo à melhoria de processos e incremento de eficiência de gestão e organizacional.

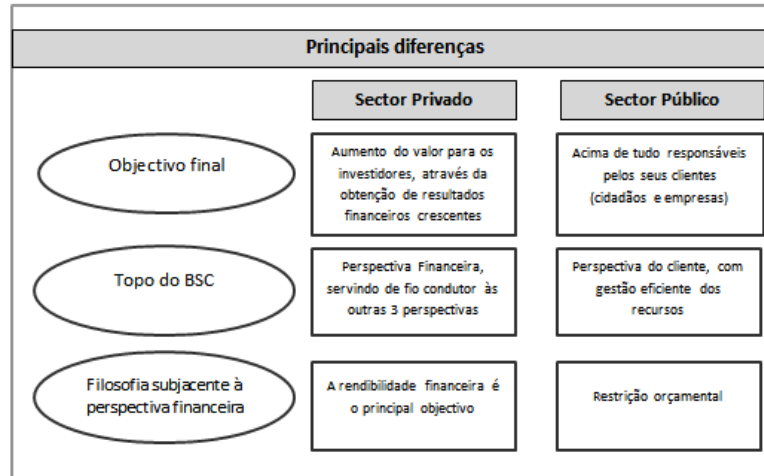


Figura 7- Principais diferenças entre o sector público e sector privado (adaptado de Ribeiro, 2008)

2.14 Implementação do BSC no sector Público

O *Balanced Scorecard* afigura-se como uma alternativa exequível aos tradicionais sistemas de gestão e avaliação do desempenho dos hospitais. Possibilita à gestão, não perder de vista os aspectos orçamentais, bem como as restrições financeiras com que se depara e a necessidade de melhorar o uso dos recursos financeiros, técnicos e humanos. Permite também orientar com clareza e consistência a actuação da organização para a execução do seu objectivo final, traduzido pela sua missão de serviço público de saúde (Ribeiro, 2008). A implementação do BSC requer uma forma de pensamento estratégico que é reflectida no mapa da estratégia, que permite a compreensão da relação causa-efeito entre os objectivos estratégicos das diversas perspectivas.

O uso de uma ferramenta como o BSC, que obriga à escolha de um número reduzido de indicadores mas com grande relevância para o conhecimento da organização ou do serviço a que se aplica, favorece a focalização no que é realmente importante para a gestão duma organização. Sendo uma ferramenta que no início foi pensada para organizações que têm como finalidade a obtenção do lucro e a remuneração dos accionistas, esta metodologia tem sido também utilizada em organizações públicas, governamentais que não têm como objectivo final a obtenção de lucro. Ribeiro (2008) menciona que a adopção do BSC em organizações de saúde a nível mundial vem sendo palco de sucesso, onde é usado como “ uma ferramenta de controlo de gestão e de avaliação da eficiência e eficácia das unidades de saúde” (p.62).

Um exemplo, são as organizações que prestam cuidados de saúde, na perspectiva pública dos sistemas de saúde. No entanto, a sua aplicação aos hospitais públicos não resulta directa, sendo necessário proceder a algumas adaptações do modelo, face à realidade e objectivo distinto destas organizações (Ribeiro, 2008).

Os clientes/cidadãos e a satisfação das suas necessidades fazem do sector público um sector característico, com uma missão fundamentalmente de carácter social e político. Niven (2003) defende algumas mudanças ao modelo original, ao colocar os clientes no topo do BSC, que demonstra claramente a missão da organização no longo prazo (ver figura 8).

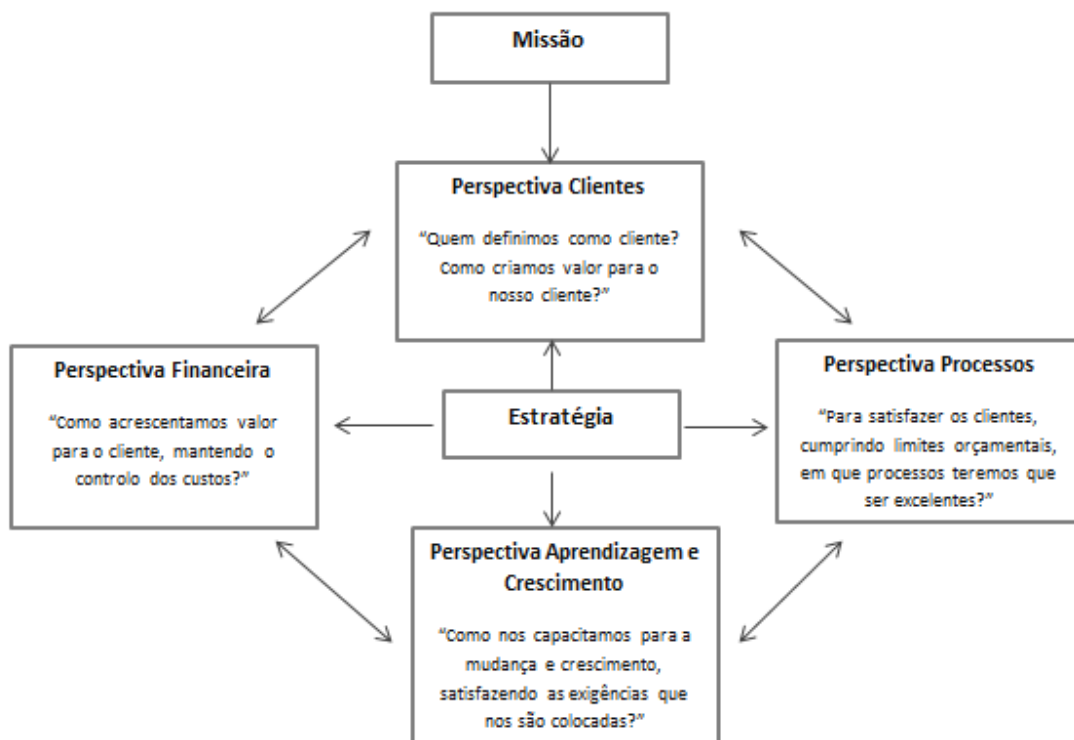


Figura 8- Estrutura do BSC - modelo adaptado ao sector público e às organizações sem fins lucrativos (adaptado de Niven, 2003)

Desta forma, em vez de se colocar a importância na perspectiva financeira, esta é colocada na componente dos clientes (cidadãos/utentes), procurando maximizar a qualidade e quantidade dos serviços prestados e o objectivo central de toda a actividade é orientado para o cumprimento da **missão institucional** que surge no topo, acima das quatro perspectivas tradicionais do BSC (Niven, 2003).

Assim sendo, uma organização como um hospital português poderá usar o BSC, posicionando no topo dos objectivos de longo prazo a maximização da qualidade dos serviços prestados aos cidadãos/utentes, de forma a que as restantes perspectivas estejam alinhadas com este objectivo de longo prazo. Segundo Inamdar e Kaplan (2002), “várias organizações não lucrativas usam esta ferramenta architectando-a, colocando como prioridade a perspectiva dos clientes/utentes no BSC” (p.181).

Nos sectores públicos e organizações não lucrativas, onde as metas financeiras não são prioritárias, a **missão** adquire um enfoque extremamente importante, actuando como uma quinta perspectiva abrangente, para a qual terão que convergir os objectivos, metas e iniciativas fixadas nas restantes perspectivas, que está orientada para a avaliação de resultados finais ou impactos na sociedade, sendo considerada como um pilar do sistema de gestão da *performance*.

Uma das alterações que se encontra na implementação do BSC em organizações não lucrativas por oposição às lucrativas tem a ver com a importância da **perspectiva dos clientes**, onde se procura responder à adversidade da avaliação do nível de satisfação das necessidades/interesses dos agentes (*stakeholders*) ou grupos de interesse (comunidade, pacientes, pessoal, pagadores e governantes,). O aspecto mais decisivo, desta perspectiva, consta na capacidade de envolver a maior diversidade possível de interessados e identificar as suas preferências e comportamentos (Pinto, 2007). Se numa organização lucrativa, a perspectiva financeira surge como a mais relevante, e os clientes são os que contribuiram para o sucesso financeiro, numa organização não lucrativa, os clientes assumem um papel mais importante (Ribeiro, 2008).

Nas empresas a **perspectiva financeira** constitui o *bottom-line*, onde se reflecte o valor final produzido para investidores (perspectiva de output), enquanto que no sector público, as “finanças e orçamento” constituem uma perspectiva de input, que descreve os recursos financeiros conseguidos pela via do orçamento, através dos quais são adquiridos outros inputs essenciais à produção dos bens e serviços e à criação de valor publico (*outcomes*) para clientes e *stakeholders* (Pinto, 2007). No sector público, a perspectiva financeira (orçamento) integra o BSC mas numa filosofia distinta do sector privado e foca fundamentalmente os custos com a actividade pública e o modo como

lidar com a carência de recursos, e não a obtenção do lucro como no sector privado (Wisniewski e Dickson, 2001). As finanças constituem um recurso necessário mas, simultaneamente ditam restrições através da gestão orçamental, fixando limites e estabelecendo a necessidade de se trabalhar com eficiência. A questão da efectividade da utilização dos recursos pelos hospitais públicos, no sentido de um uso eficiente e eficaz dos mesmos é avaliada, em que a preocupação com a optimização dos resultados obtidos com os recursos disponíveis deve ser uma prioridade. A satisfação dos objectivos desta perspectiva não constitui a finalidade última da organização, mas sim uma limitação ou necessidade em prol do cumprimento dos objectivos da perspectiva dos agentes.

A **perspectiva dos processos internos** visa a identificação dos processos de negócio críticos, em que o hospital deve ser exímio, de forma a cumprir os objectivos da perspectiva da utilização dos recursos e satisfazer os interesses dos agentes (Kershaw, 2001). Os processos internos e os objectivos desta perspectiva são identificados de forma a estarem alinhados com os objectivos e metas organizacionais (Pinto, 2007).

Na **perspectiva da aprendizagem e crescimento**, o alvo é o desenvolvimento da infra-estrutura da organização (capital humano, técnico e organizacional), debruçando-se sobre a questão da capacidade de criação de valor e de melhoria continua. Este conjunto de intangíveis, utilizando de forma eficiente os recursos financeiros disponíveis, através da execução eficaz dos processos-chave, constituem o “segredo” da criação de valor público para os cidadãos, que está na origem da adaptação do BSC aos serviços públicos. Destes valores intangíveis, o capital humano é o que se destaca mais: atingir performances alinhadas com metas definidas implica que as pessoas, para além de possuírem as competências necessárias, estejam motivadas. A motivação e desenvolvimento das competências e capacidades do pessoal para que o hospital disponha de profissionais competentes e tecnicamente actualizados é essencial ao bom desempenho da organização. Do mesmo modo, a disponibilidade de um sistema de informação avançado e funcional preparado para responder às necessidades de informação aos diversos níveis da organização e a disponibilidade de tecnologias de ponta são elementos indispensáveis para responder às necessidades

da organização. O BSC, desde que correctamente implementado e comunicado, pode apoiar a criação de sistemas e mecanismos que facilitam a motivação, através da transparência dos resultados atingidos e da identificação clara dos contributos individuais ou departamentais (Ribeiro, 2008).

Um denominador comum é a descrição de uma **estratégia** clara e concisa no centro. A estratégia são prioridades ou escolhas, ou seja, são as escolhas que os serviços públicos fazem para criar valor público para a comunidade que servem, e tem uma ligação inequívoca, não só com a visão, mas também com a missão (Ribeiro, 2008). Perante uma falta de explicitação da estratégia, qualquer sistema de medição acaba por se traduzir num mero conjunto de indicadores, que não estabelecem relações de causa-efeito entre si, tornando-se difícil perceber se as melhorias realizadas em determinada área da organização estão a ter os impactos desejados noutras áreas. É necessário que sejam conhecidas as prioridades estratégicas, que deverão estar alinhadas com os objectivo de longo prazo a alcançar.

A estratégia não pode ser um conceito estranho para as organizações do sector público. As organizações têm de compreender a advertência de Porter, de que a “estratégia não é apenas o que a organização pretende fazer, mas também o que decide não fazer”, uma mensagem particularmente relevante para as organizações sem fins lucrativos (Porter, 1996:77). Atingir o foco e o alinhamento, no entanto, pode ser particularmente difícil para as organizações sem fins lucrativos. A flexibilidade deste modelo permite ajustamentos face a cada situação concreta, possibilitando sem perda de sustentabilidade a inserção de novas perspectivas em função da sua relevância para o controlo de gestão estratégica do hospital.

2.15 O processo de Contratualização de serviços de saúde

Actualmente, em Portugal, a articulação entre a tutela - Administração Central do Sistema de Saúde (ACSS)/Administrações Regionais de Saúde (ARS) e as organizações hospitalares materializa-se através do processo de contratualização que tem por base uma metodologia de “relacionamento entre financiadores e prestadores, estabelecida numa filosofia contratual, abarcando uma explicitação da ligação entre o financiamento concedido e os resultados previstos, fundamentada na autonomia e responsabilidade de

ambas as partes e suportado num sistema de informação que possibilite uma avaliação e um planeamento eficientes, atentando como propósito do contrato metas de produção, acessibilidade e qualidade.” (Escoval *et al*:165, 2010)

O modelo de contratualização com os hospitais é realizado com o estabelecimento de um Contrato-Programa entre o Estado, na qualidade de entidade contratadora/pagadora, através da ACSS e ARS, e as unidades prestadoras de cuidados de saúde. O Contrato-Programa (CP) é uma metodologia estabelecida com as instituições do SNS, em que estes se comprometem a cumprir determinados níveis de actividade (internamentos, consultas externas, etc.) em contrapartida de um orçamento global anual, ou seja, é determinado o nível e a produção contratada, as metas e objectivos a alcançar acordados com a tutela, bem como os indicadores que possibilitam aferir o desempenho das instituições na perspectiva de garantia dos princípios de acesso e qualidade, desempenho económico-financeiro e assistencial (Escoval, 2003).

2.16 O BSC como instrumento de implementação da Contratualização Interna

Segundo Escoval (2010) a Contratualização Interna (CI) é “um modelo de gestão participada que visa gerar consistência entre todas as actividades de uma organização, através do seu alinhamento estratégico, tendo em consideração os objectivos e metas traçados na componente externa, dos meios existentes e os resultados a conseguir” (p.177). Constitui sobretudo “um instrumento de gestão por objectivos que fomenta o alinhamento estratégico entre os objectivos que são contratualizados externamente e a missão das organizações de saúde” (Escoval *et al*, 2010:164).

A sua mais-valia resulta da possibilidade de estabelecer compromissos com as diversas unidades organizacionais, o que inevitavelmente obriga uma avaliação, controlo e monitorização continua, mas possibilita um conhecimento efectivo e imediato das actividades e dificuldades envolvidas, bem como do nível de cumprimento dos compromissos contratualizados internamente.

A adopção de um modelo de CI traduz-se na transposição dos compromissos assumidos externamente para o interior da organização e, em consequência a sua desagregação

pelos diversos níveis de gestão, permite que a organização trabalhe de forma convergente e coerente para o mesmo fim. Em torno desta metodologia, existem instrumentos de gestão de apoio à contratualização interna tais como o BSC, que contribuem para facilitar todo o “processo de implementação, monitorização, acompanhamento e alinhamento dos objectivos estratégicos da organização” (Escoval *et al.*, 2010:164).

2.17 Exemplos práticos internacionais

Apresenta-se de seguida dois exemplos de organizações de saúde que adoptaram o BSC, como resposta a situações que gostariam de ver ultrapassadas.

2.17.1 Duke University Hospital (DUH)

Duke Children’s Hospital trata-se de uma unidade pediátrica, localizada no quinto andar do DUH (organização sem fins lucrativos), situada nos Estados Unidos da América. Desde 1992 até 1996, o orçamento deste hospital pediátrico cresceu cerca de 175% (11 milhões de euros), obrigando a administração a realizar cortes orçamentais. Alguns dos factores que contribuíram para que o hospital estivesse a perder dinheiro foram: o tempo de internamento de um doente que era de 8 dias, que equivalia a mais 20% que a média do país e o custo por caso clínico tinha aumentado em 35% entre 1994 e 1995 (cerca de 15.000 dólares) e os funcionários estavam insatisfeitos. Jon Meliones, um dos directores clínicos desta organização sem fins lucrativos, reconheceu que um dos problemas constava no desfasamento de objectivos que existiam entre a administração e as direcções dos serviços clínicos e não clínicos, em que cada um dos grupos possuía os seus objectivos específicos que não estavam alinhados e coerentes, e que em determinadas situações estavam contraditórios.

Meliones acreditava que uma nova estratégia baseada numa melhor comunicação com os pacientes e médicos, bem como melhorias de processos focada no paciente, levaria a melhorias de receita e melhor atendimento ao paciente. Usou o *BSC* para comunicar e controlar as inter-relações da nova estratégia. Foi utilizado como serviço piloto a unidade de cuidados intensivos pediátricos, e no âmbito da reorganização da estrutura organizacional do serviço, surgiu o conceito de unidades clínicas, compostas por médicos, enfermeiros, radiologistas e farmacêuticos, onde um administrador e um

director médico repartem a responsabilidade na condução das diversas unidades. Como nesta organização subsistiam três problemas: informação incorrecta, excesso de informação insignificante e ausência de informação relevante, foi implementada uma nova aplicação que possibilitava obter o registo total do historial clínico e o acompanhamento financeiro de cada doente. Com isto, permitiu adquirir a informação essencial e fiável para produzir o BSC e medir os progressos alcançados na prossecução das medidas definidas no mapa da estratégia (Meliones, 2000).

Relativamente à perspectiva financeira, houve uma revisão da totalidade dos casos clínicos cujo custo tinha sido mais elevado, e chegou-se à conclusão que um número considerável de pacientes permanecia na unidade de cuidados intensivos mais tempo que o necessário. Criou-se uma unidade de cuidados intermédios, em que o custo diário e o rácio de enfermeiros era inferior, logo mais vantajoso, o que possibilitou diminuir o custo diário de internamento e aumentar o nível de satisfação dos utentes e dos seus familiares. Seis meses após a implementação do BSC as conclusões de Meliones foram: a satisfação dos clientes aumentou cerca de 18%, o custo diário do doente internado decresceu cerca de 5.000 dólares, a satisfação dos profissionais aumentou 45%, o aperfeiçoamento dos processos internos levou a uma diminuição da demora média de internamento de 1,8 dias, apresentando uma diminuição dos reinternamentos de 7% para 3%, levando a que o hospital passasse de uma perda de 11 milhões de dólares para um lucro de 4 milhões de dólares, com diminuição dos custos na ordem dos 29 milhões de dólares. No final de 2000, o Hospital preparava-se para expandir a uso do BSC a todo o hospital.

2.17.2 Mackay Memorial Hospital

Em Taiwan, um centro médico credenciado e com 2.149 camas, implementou o *BSC* em 2001, a fim de aprimorar a sua vantagem competitiva (Chang, 2008). Identificaram a necessidade de usar as melhores ferramentas de trabalho práticas, para os ajudar a tomar uma abordagem mais estratégica que iria diferenciar os seus serviços e atrair mais negócios, e também melhorar a comunicação e a colaboração entre todos os níveis de pessoal e os principais *stakeholders*. Além disso, o conselho de administração solicitou um relatório anual de desempenho que iria fornecer uma visão mais abrangente do desempenho da organização no cumprimento de sua missão. O processo de

desenvolvimento do BSC obrigou a direcção e administração a esclarecer e obter consenso sobre a estratégia de negócios. Este consenso em troca permitiu ter o mesmo foco, alinhar todas as entidades na organização e comunicar a estratégia a toda a força de trabalho. O BSC permitiu a aprendizagem e melhoria contínua, a participação dos membros do conselho de administração, análise e aperfeiçoamento contínuos, ajudou a administração a conseguir uma melhor visão sobre a indústria e a posição competitiva da MMH e também aumentou o ritmo de aprendizagem, permitindo que os funcionários observassem se os resultados reais estavam em conformidade com as previsões e a fazê-los entender a causa de discrepâncias (Chang *et al*, 2008).

2.18 Benefícios que o BSC pode fornecer às organizações de saúde

Segundo Inamdar e Kaplan (2002) os benefícios que o BSC pode fornecer às organizações de saúde são:

- O processo de desenvolvimento do BSC obriga a clarificar e a obter consensos sobre a estratégia, possibilitando o envolvimento dos profissionais e o alinhamento, a todos os níveis da organização, em torno de uma estratégia orientada para o mercado e focalizada no utente;
- Eleva a credibilidade dos órgãos de gestão, facultando um mecanismo de alocação clara de responsabilidades aos responsáveis pela execução da estratégia em todos os níveis da organização, responsabilizando-os pelos resultados obtidos;
- Fomenta a motivação de todos os colaboradores;
- Torna a estratégia num processo contínuo e uma função de todos;
- Determina os princípios e processos essenciais para a implementação da estratégia, ajudando os gestores a focalizarem-se nos processos-chave do negócio e a lançar iniciativas para os apoiar;

- Desenvolve um sistema de medição e reporte de informação para avaliar o progresso e o sucesso da estratégia, incentivando os gestores e profissionais a efectuarem correcções quando necessário;
- Induz melhoria e processos de aprendizagem contínuos, possibilitando que os profissionais comparem os resultados reais com as previsões, fazendo-lhes compreender a causa das diferenças.

2.19 Críticas ao BSC

Vários autores apontaram fraquezas à metodologia utilizada por Kaplan e Norton. Bourguignon *et al.* (2001), referem que o *Tableau de Bord* “inspirou” o desenvolvimento do BSC, pois foi a ferramenta precursora do BSC na medição do desempenho de organizações, não lhe reconhecendo originalidade. Wisniewski e Dickson (2001) mencionam que o tempo e os esforços necessários, a diferença entre a terminologia usada e a cultura de gestão da organização e a ausência de competências específicas dificultam a implementação bem-sucedida do BSC.

Autores como Otley, Atkinson, e Wells, referenciados por Bessire (2000), mencionam que o BSC não nos esclarece suficientemente sobre a contributo dos funcionários e fornecedores para que a organização alcance os seus objectivos. Uma outra limitação apontada por Laitinen (2005) é a rigidez. Para este autor o BSC baseia-se numa selecção *à priori* das áreas críticas, identificando-as como perspectivas, o que pode não corresponder à realidade.

Norreklit (2000) apresenta as seguintes críticas ao modelo: as relações de causa-efeito não estão isentas de erros nem de ambiguidades, não reflectem a dimensão temporal e nem sempre se verificam; não prevê a monitorização das actividades da concorrência nem do desenvolvimento tecnológico; não assegura o enraizamento no ambiente ou na organização; não tem em consideração os imprevistos e as incertezas estratégicas que podem ameaçar ou mesmo invalidar a execução da estratégia da organização.

Massond e Lunkes (2002) efectuaram pesquisas em mais de cem grandes empresas americanas, sendo que, aproximadamente 60% delas usam o BSC. A pesquisa também

demonstrou que, apesar de os principais autores mundiais afirmarem que as medidas não-financeiras são praticamente mais importantes do que as medidas financeiras, as empresas continuam a dar maior peso às medidas financeiras.

Durante a implementação de um sistema de BSC podem despontar diversas dificuldades ou erros. Os motivos que são vulgarmente apontados para o insucesso da implementação do BSC são o período excessivo necessário para o seu desenvolvimento, complexidade na definição e medição de indicadores e metas, falta de cultura de avaliação de desempenho por parte dos profissionais e falta de proficiência e conhecimento (Verzola *et al.*, 2009, Chan e Ho, 2000). Segundo Inamdar e Kaplan (2002) a grande variedade de opiniões dificulta a obtenção de consensos e compromissos quanto à relevância relativa dos objectivos estratégicos e aponta que outra limitação é a elevada quantidade de dados e informações em virtude de diferentes fontes de informação. Apesar das limitações mencionadas, o BSC é um instrumento de gestão útil para o sector público, podendo conduzir à melhoria do desempenho organizacional, quando devidamente implementado.

Capítulo III- Metodologia

A metodologia seleccionada tem um papel decisivo ao longo do processo de investigação, que implica inevitavelmente ter presente as questões de partida que orientam a investigação e os seus objectivos. Após ter sido realizada a revisão da literatura, apresenta-se neste capítulo a metodologia que irá ser utilizada na condução do presente trabalho de investigação, bem como as técnicas de recolha e tratamento de dados utilizadas.

A metodologia qualitativa, é a mais apropriada na nossa investigação. Os métodos qualitativos são apropriados à explicação de realidades ou à divulgação de significados profundos em que existe, normalmente, algum nível de dependência entre o sujeito e o objecto, entre o investigador e a realidade em estudo (Yin, 2003).

Segundo Oliveira (1999), as abordagens qualitativas “facilitam a descrever a complexidade de hipóteses e problemas, investigar a interacção entre variáveis, compreender e classificar determinados processos sociais e interpretação das particularidades dos comportamentos ou atitudes dos indivíduos” (p.117). De acordo com Patton (1990), a riqueza da investigação qualitativa não está no número de sujeitos da amostra, mas sim na qualidade da informação obtida. Weather (2000) acrescenta que o grande benefício dos estudos qualitativos é o de permitirem analisar com bastante minúcia a informação obtida e assim, explorar um problema e fazer a descrição de uma situação, um grupo de indivíduos, um processo ou um padrão de interacção.

3.1 Método de investigação utilizado: Estudo de caso

Um método é um aglomerado de processos, pelos quais se torna possível entender uma certa realidade, conceber um determinado objecto ou desenvolver certos comportamentos ou procedimentos (Oliveira, 2005). O método de investigação utilizado para a realização da dissertação foi o estudo de caso, pois corresponde a uma abordagem metodológica de investigação especialmente apropriada quando se procura compreender, explorar ou descrever casos e contextos complexos, nos quais estão simultaneamente envolvidos diferentes factores (Yin, 1994). Consiste numa “pesquisa

empírica que investiga um fenómeno contemporâneo no seu contexto real. Quando as fronteiras entre um fenómeno e o seu contexto não são evidentes, o estudo de caso recorre a múltiplas fontes de evidência para a compreensão do objecto de estudo” (Yin, 1994:13).

De acordo com Eisenhardt (1989), o estudo de caso pode ser definido como "uma estratégia de pesquisa que se concentra na compreensão da dinâmica presente dentro de configurações individuais." (p. 534). Segundo Yin (2003), esta é a estratégia mais usada quando se quer conhecer o “como” e o “porquê” da problemática que se está a investigar. Reto (1999), defende que nos estudos de caso, é “possível quantificar variáveis e originar dispositivos de investigação rigorosos, com recurso a técnicas de recolha e de tratamento de informação diversificados” (p.30). Têm um enfoque no entendimento das dinâmicas complexas numa determinada circunstância, concedendo uma visão geral de um processo (Patton, 1990). Algumas das vantagens apontadas ao estudo de caso são as seguintes: preocupa-se com uma descrição rica e viva dos acontecimentos significativos, concede uma narrativa cronológica dos acontecimentos e procura a percepção das pessoas acerca destes e oferece a oportunidade para que um aspecto de um determinado problema seja estudado em profundidade dentro de um período limitado de tempo (Nisbet e Watt, 1984). Mckinnon (1998) menciona que este método padece de falta de rigor e de excesso de enviesamento, não sendo mais que uma representação subjectiva do sistema social em análise.

3.2 Técnicas de recolha de informação

Subsequentemente à definição do método, as técnicas de recolha de informação devem ser ajustadas ao modo como a informação se apresenta disponível e ao respectivo nível de medida. As fontes de recolha de dados são fundamentalmente a obtenção de informação através de:

- Observação directa com os registos considerados fundamentais;
- Consulta documental como um recurso para suportar a observação e sustentar a explicação da situação;
- Entrevistas semiestruturadas junto da responsável pela implementação do BSC e outros gestores de topo, com a finalidade de adquirir informação que

proporcione uma melhor compreensão da contribuição desta ferramenta na performance e influência no processo de planeamento estratégico do hospital.

Estas fontes serão utilizadas de forma complementar e de modo a permitir um maior rigor e confiança no estudo. Para McKinnon (1988), a estratégia de usar múltiplos métodos de recolha de dados (observação, entrevistas, análise documental, entre outros) e obter diversas observações, para além de ser relevante, é igualmente útil para compensar a limitação derivada do facto de, em muitos casos, não ser possível estar o tempo desejado nos diversos departamentos da organização em estudo. De acordo com Stake (2005) o estudo de caso ganha credibilidade se o investigador recorrer a processos de triangulação metodológica para captar informações e alcançar a sua validade e confirmá-la. Para Yin (2005), a triangulação consiste na utilização de várias fontes de evidência, e permite o desenvolvimento de linhas convergentes de investigação e que os dados obtidos à luz de sua análise se tornem mais convincentes.

Segundo Bardin (1988), a análise documental define-se como “uma operação ou um combinado de operações que visam representar o conteúdo de um documento sob uma forma distinta da original, a fim de auxiliar num estado ulterior, a sua consulta e referência” (p.45). Foram recolhidos vários documentos tais como o relatório e contas do Hospital e relatórios de gestão, bem como documentos relativos ao BSC.

Os dados foram essencialmente recolhidos através da execução de entrevistas semiestruturadas, sendo esta uma forma estratégica de se garantir confiança e validade na investigação (Campenhoudt, 2008). Estas têm como propósito a recolha de dados de opinião que possibilitem facultar pistas para a caracterização do objecto em estudo e conhecer os intervenientes. De acordo com Yin (2003) as entrevistas representam a principal fonte de evidência num caso de estudo. A entrevista diferencia-se do questionário por estabelecer uma relação directa entre o investigador e o entrevistado e pelo uso do registo das respostas em gravadores ou anotações manuais (Yin, 2003). Uma grande vantagem desta técnica é a de proporcionar um “grau de profundidade dos elementos de análise recolhidos” (Quivy e Campenhoudt, 2008:195). A técnica de entrevista possibilita ter acesso ao que as pessoas pensam sobre determinado assunto, aos seus pontos de vista, aos seus valores. Permite aceder aos significados que as

peças conferem às coisas e às situações, respeitando “os seus próprios quadros de referência – a sua linguagem e as suas categorias mentais” (Quivy e Campenhout, 2008:195). De facto, este método para além de permitir ao investigador observar como reagem os entrevistados enquanto respondem (por exemplo: se o fazem com entusiasmo ou com hesitação), o que pode valorizar muito as respostas, possibilita também que o investigador “capte” uma ideia que não lhe surgiu quando realizou o guião de entrevista e esclarecer o sentido dessa afirmação, investigando assim o que está por detrás dessas respostas.

Para as entrevistas semiestruturadas realizadas foi preparado um guião de entrevista, onde se procurou dirigir um conjunto de questões formuladas a partir de uma ordem pré-estabelecida, podendo o respondente, dar respostas tão longas quanto o desejasse e procurou-se incentivar os entrevistados a falar sobre assuntos que não estavam contemplados nesse guião, tal como sugerido por Yin (2009). Para isso, construiu-se um guião de entrevista mais elaborado (Anexo XI), que abarca perguntas contendo os pontos principais da investigação direccionado à responsável do gabinete de Planeamento e Controlo de gestão que teve um papel essencial na implementação do BSC, e outro guião de entrevista (Anexo XII) com menos questões ao presidente do Conselho de Administração, a quatro administradores hospitalares e a um director de serviço, que foram os intervenientes com maior influência no processo de implementação do BSC no Hospital em causa. Além disso, no decorrer das entrevistas eram colocadas questões adicionais que parecessem oportunas. A recolha de dados nas entrevistas foi constituída por anotações e gravações e pretendeu-se que a investigação decorresse com flexibilidade e espontaneidade, com o intuito de explorar o fenómeno em estudo profundamente e em ambiente natural. Pediu-se autorização aos entrevistados para gravar as entrevistas, que foram *a posteriori* transcritas no dia subsequente à entrevista, tendo sido também tomadas notas durante estas gravações.

Assim, neste estudo foram realizadas sete entrevistas, tendo sido todas elas gravadas, conforme o quadro seguinte (Quadro I).

| Entrevistado | Cargo | Data de entrevista | Duração da entrevista |
|---|---|--------------------|-----------------------|
| E1 Dr. ^a Alexandra Santos | Administrador Hospitalar | 20/02/2014 | 1h15m |
| E2 Dr. ^a António Martins | Administrador Hospitalar | 20/02/2014 | 45m |
| E3 Dr. Luís Pombo | Administrador Hospitalar | 21/02/2014 | 45m |
| E4 Dr. Fernanda Santos | Administrador Hospitalar | 21/02/2014 | 40m |
| E5 Dr. Daniel Ferro | Presidente do HGO | 24/02/2014 | 1h15m |
| E6 Dr. ^a Ana Isabel | Directora de Serviço | 27/02/2014 | 35m |
| E7 Dr. ^a Iria Velez | Responsável do Planeamento e Controlo de Gestão | 27/02/2014 | 1h30m |

Quadro I - Grelha de Entrevistas

As entrevistas tiveram uma duração total de aproximadamente sete horas, tendo estas decorrido em Almada. Assim, obteve-se a transcrição integral de todas as entrevistas, o que permitiu efectuar um estudo preciso do seu conteúdo. Tratando-se de entrevistas com perguntas abertas, a análise dos dados foi de natureza qualitativa. Para analisar o material recolhido recorreu-se à análise de conteúdo, que permite ao investigador tratar uma grande quantidade de texto resumindo o seu conteúdo em conjuntos mais pequenos, de forma a ser possível compreender os fenómenos a investigar (Popping, 2000). Segundo Bardin (1988), a análise de conteúdo define-se como um “agregado de técnicas de análise das comunicações, que usa procedimentos sistemáticos e objectivos de descrição do teor das mensagens” (p.38). A sua finalidade consiste em efectuar interpretações acerca da informação sobre a qual é feita a análise. Para Holst (1968) a análise de conteúdo possibilita fazer inferências através da identificação sistemática e objectiva das características específicas da mensagem. De acordo com Guerra (2006), a análise de conteúdo tem uma dimensão descritiva que visa dar conta do que nos foi narrado e uma dimensão interpretativa que decorre das interrogações do analista face a um objecto de estudo.

Capítulo IV- Resultados

Numa primeira fase vai ser apresentado o Hospital e depois serão apresentados os respectivos resultados.

4.1 Caracterização e descrição do Hospital em estudo

O Hospital Garcia da Orta (HGO), construído em 1991, pertence à sub-região de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo e tem uma área de influência directa que abrange uma população total estimada em cerca de 400.000 habitantes, aos quais presta cuidados diferenciados de saúde. A sua estrutura organizacional está patente no anexo II.

Em 2003, com a progressiva evolução, reestruturação física e abertura de novas valências do hospital, deixou de pertencer ao Sector Público Administrativo e passou a ser classificado como Hospital Central, passando assim para o Sector Empresarial do Estado, primeiro como sociedade anónima de capitais exclusivamente públicos (SA) e a partir de 2006 com o estatuto de entidade pública empresarial (EPE), que mantém até hoje. Os recursos humanos e financeiros do HGO estão indicados no anexo III e IV respectivamente.

O HGO conta com 2500 funcionários, sendo a lotação actual deste hospital de 543 camas, distribuídas por várias especialidades e serviços de referência que apoiam frequentemente outros hospitais como a Pediatria, Obstetrícia, Cirurgia Vascular, Cardiologia, Hematologia, entre outros, sendo uma referência a nível nacional em diversas especialidades e técnicas terapêuticas. O HGO é constituído por oito pisos, estando as suas áreas de intervenção divididas por oito departamentos (Cirúrgico, Dor e Emergência, Função Motora, Imagiologia, Laboratorial, Médico, Mulher e da Criança, Pescoço e cabeça, Formação Contínua e Investigação). Ao hospital cabe essencialmente as funções assistenciais, de ensino e investigação.

O HGO, EPE adopta um modelo de gestão participada que assenta na contratualização interna de objectivos e meios, que compreende os níveis de gestão estratégica, intermédia e operacional. Ao nível estratégico, compete ao Conselho de Administração estabelecer os objectivos do HGO, garantir e controlar a sua

execução e definir as estratégias e políticas de gestão internas. Aos níveis intermédios de gestão, cabe a coordenação e articulação das actividades e recursos dos serviços e unidades funcionais que integram. Ao nível da gestão operacional, incumbe a prestação directa de cuidados e as actividades de suporte necessárias, de acordo com objectivos e metas integrados em planos de actividade confirmados pelo Conselho de Administração.

4.2 Posicionamento Estratégico do Hospital

A definição da missão e visão constituem o ponto de partida de implementação do BSC pois orientam os gestores na determinação dos objectivos, na escolha dos indicadores e na enunciação das metas e iniciativas estratégicas. Para Drucker (1993), definir a missão de uma organização é difícil e arriscado, mas só assim se conseguem estabelecer políticas, desenvolver estratégias, concentrar recursos.

4.2.1 Missão

A missão deste Hospital consiste na prestação de cuidados de saúde diferenciados na sua área de influência: a população dos concelhos do Seixal, Sesimbra e Almada, e em determinadas especialidades à zona Sul de Portugal e o desenvolvimento de actividades de investigação e formação, pré e pós graduada de profissionais de saúde e de ensino em cooperação protocolada com instituições públicas e privadas.

4.2.2 Visão

O HGO pretende continuar a afirmar-se como instituição de referência, aumentar as áreas de excelência e consolidar a prestação de cuidados de qualidade e em ambiente organizado, aumentar a acessibilidade e a sustentabilidade bem como a satisfação de colaboradores e utentes.

4.2.3 Valores

O Hospital e os seus colaboradores regem-se pelos seguintes valores:

- Colocação do doente/utente no centro do universo da prestação dos cuidados de saúde;

- Cultura de prestação de serviço público
- Cumprimento de padrões de ética no exercício da actividade hospitalar;
- Equidade na acessibilidade e na prestação dos cuidados de saúde;
- Promoção da organização;
- Cultura e promoção da qualidade;
- Conservação do património e protecção do meio ambiente;
- Eficiência na utilização dos recursos.

4.3 Análise SWOT

Apresentaremos de seguida a análise SWOT do HGO:

| Pontos Fortes | Pontos Fracos |
|--|--|
| <ul style="list-style-type: none"> ✓ Capital humano experiente e com elevado potencial; ✓ Elevado nº de internos em formação (200) ✓ Entidade acreditada pelo CHKS e com certificação ISO ✓ Alguns serviços e unidades de excelência/referência em termos de qualidade e eficiência. ✓ Infra-estruturas informáticas renovadas (incluindo Intranet) ✓ Melhoria recente das Infra-estruturas cirúrgicas ✓ Informatização crescente da área clínica | <ul style="list-style-type: none"> ✓ Comunicação interna deficitária ✓ Excessiva centralização da decisão no Conselho de Administração(CA) ✓ Dificil acessibilidade em algumas especialidades ✓ Peso elevado das patologias mais deficitárias em termos de financiamento (HIV/SIDA, Oncologia, Neurologia, etc.) ✓ Défice organizacional em processos e circuitos assistenciais e de apoio |
| Oportunidades | Ameaças |
| <ul style="list-style-type: none"> ✓ Afirmação do HGO como hospital referência na Península de Setúbal ✓ Melhoria da eficiência e prática clínica (Benchmarking clínico). ✓ Taxa elevada de ambulatorização ✓ Diminuição de reclamações ✓ Consolidação do Sistema de Informação/Contratualização Interna ✓ Aprofundamento da articulação com CSP (MCDT, informação Clínica, acessibilidade e continuidade) ✓ Promoção do ensino e da investigação | <ul style="list-style-type: none"> ✓ Crise económica e aumento das famílias com fracos rendimentos ✓ Muitos equipamentos pesados em fim vida útil ✓ Degradação do edifício/infraestruturas carecendo elevado investimento para recuperação ✓ Diminuição receitas próprias / financiamento SNS ✓ Escassez de médicos em áreas carenciadas (Anestesiologia principalmente) ✓ Qualidade e proximidade dos hospitais de Lisboa ✓ Saturação das instalações na área do ambulatório |

Quadro II - Análise SWOT do HGO

4.4 Eixos Estratégicos

O Hospital vem prosseguindo um programa de controlo da despesa no sentido de assegurar o cumprimento dos objectivos contratualizados no âmbito do Contrato-Programa realizado com a ARS de Lisboa e Vale do Tejo e com a ACSS, em articulação com as restantes organizações integradas na rede de prestação de cuidados, no qual este se obriga a garantir a produção correspondente à prestação de cuidados de saúde, bem como todas as obrigações secundárias previstas, recebendo uma quantia definida como contrapartida pela produção base contratada.

A linha estratégica do Hospital passa por tomada de decisões que visem diminuir o défice do exercício e a melhoria dos níveis de acessibilidade, sustentabilidade e da qualidade dos cuidados prestados, bem como o nível de satisfação de necessidades da população, mas acima de tudo reforçar a reputação dos serviços do Hospital junto das comunidades que serve. No prosseguimento da sua missão e tendo em conta o vigente ambiente de alterações no sector da saúde, o Hospital definiu no seu plano estratégico para 2013, os seguintes objectivos/vectores estratégicos:

1. Melhoria da qualidade do atendimento e dos cuidados prestados
2. Melhoria da acessibilidade aos cuidados de saúde
3. Melhoria da organização e do modelo de gestão
4. Aumentar a eficiência e a sustentabilidade do HGO
5. Melhoria das infra-estruturas assistenciais

4.5 Processo de contratualização interna

O processo de CI para o ano de 2013, pelo qual os serviços foram monitorizados, usa a metodologia BSC, e assenta nos seguintes pressupostos:

- A produção a contratar
- Indicadores de eficiência e acessibilidade
- Indicadores de qualidade
- Taxas máximas de crescimento de custos
- Índices de ponderação dos compromissos assumidos

Para cada serviço a monitorização assenta num conjunto de indicadores de qualidade, assistencial, de acessibilidade, de eficiência, que determinam a taxa de execução do processo de contratualização, definido no processo de avaliação como índice de desempenho global do serviço.

Este protocolo sustenta os seus termos, em conformidade com a estratégia definida pelo Conselho de Administração (CA) e o Contrato-Programa do Hospital, nos seguintes princípios:

- Promoção do acesso, melhoria da qualidade dos cuidados de saúde, satisfação dos utentes e obtenção de ganhos em saúde;
- Gestão criteriosa e utilização eficiente dos recursos disponíveis na procura da sustentabilidade económico-financeira dos serviços e do Hospital.

O protocolo de contratualização interna, abrange a actividade a realizar pela especialidade em todas as linhas de produção que tenha interveniência (internamento, consulta externa, Bloco Operatório, urgência e hospital de dia). Cada serviço compromete-se a definir e a monitorizar um conjunto de indicadores de qualidade assistencial, de acessibilidade e de eficiência, que no seu conjunto, determinam a taxa de cumprimento do processo de contratualização, definido no processo de avaliação como índice de desempenho global do serviço (determinado pela percentagem obtida na execução dos vários objectivos definidos) e que terá uma tradução qualitativa. A monitorização prevista deve ser mensal a nível do serviço, trimestral ao nível das respectivas linhas de actividade e semestral ao nível do CA;

Os indicadores de produção bem como os de eficiência, acessibilidade e de qualidade são monitorizados através da aplicação First Target, onde a informação se encontra disponível diariamente. A cada perspectiva é atribuído um peso que servirá de ponderação para a avaliação final do serviço e que contribui na sua parcela para a avaliação global do hospital, conforme o anexo VI. Para cada indicador é definido no início de cada ano a meta a atingir, sendo esta monitorizada mensalmente e avaliado o respectivo desvio. Os indicadores podem ser de carregamento automático ou manual, conforme a origem dos dados que os suportam. A monitorização trimestral determinará a atribuição do Índice de desempenho global do serviço de acordo com o desempenho registado e a avaliação dos desvios de realização das metas.

4.6 Adopção do BSC no Hospital Garcia da Orta

As entrevistas que foram realizadas tinham por objectivo a recolha das opiniões dos entrevistados sobre questões organizadas em torno de quatro temas essenciais:

- Contributo da ferramenta BSC para a gestão do hospital
- Impactos na organização decorrentes da implementação do BSC
- Benefícios da implementação do BSC
- Dificuldades encontradas na implementação do BSC

A iniciativa para a construção e implementação do BSC no HGO surgiu do pensamento e pesquisa prévios por parte do CA. Foram feitas reuniões com toda a estrutura dirigente de topo do hospital onde foi transmitido o desejo de que fosse reflectido em cada serviço a estratégia do hospital e qual seria a ferramenta para operacionalizar e monitorizar a estratégia do Hospital com a actividade dos serviços. O CA definiu que a metodologia que o Hospital iria ter para monitorizar os serviços e para validar o cumprimento dos objectivos estratégicos seria a utilização do BSC e como tal foi definido o Plano estratégico do Hospital e com base nos vectores estratégicos foram criados os indicadores do BSC.

A construção do BSC começou em Setembro de 2012, onde foi lançada uma matriz BSC, ainda não traduzida em desempenho global e foi da autoria da responsável pelo gabinete de planeamento e controlo de gestão do HGO e de alguns administradores hospitalares, junto das equipas de gestão dos serviços, e teve a colaboração da empresa First Target no desenvolvimento da aplicação propriamente dita, contando sempre com o empenho do Conselho de Administração no sentido da ferramenta ter de ser implementada. O sistema em si foi montado em Fevereiro de 2013, onde foram implementados os primeiros BSC, no entanto, a implementação é contínua na medida em que são adicionados novos BSC noutros serviços. A formação às equipas de gestão foi feita internamente sem recurso a nenhuma empresa externa, e implicou a participação e empenho de vários profissionais para que esta ferramenta fosse um sucesso.

O BSC nasceu sobretudo pela necessidade de alinhar os principais indicadores do hospital com a estratégia do Hospital e por ser uma metodologia eficaz que facilitava

esse processo de alinhamento. Foi desenhado a partir dos indicadores convencionais que o Hospital já utilizava na contratualização interna. Entre a Contratualização externa e a Contratualização interna, adoptaram-se um conjunto de indicadores comuns mas desdobrados para desmultiplicar os indicadores globais do hospital nos indicadores de cada serviço e acrescentar outros indicadores estratégicos para que houvesse uma combinação equilibrada de indicadores que estão indexados ao Contrato-Programa (CP) do Hospital e outros que não estando no CP correspondem a estratégias ou projectos estratégicos do hospital, mas que são igualmente desdobrados em relação ao contributo de cada serviço. Segundo o E1 na estrutura do Hospital *“cada serviço é uma empresa dentro de uma empresa, pois cada um tem a sua produção própria e os seus custos”*.

Como refere o entrevistado 2 *“a lógica foi ter uma ferramenta que nos ajudasse na monitorização da produção do hospital, que acaba por ser uma ferramenta dinâmica e em termos de acessibilidade é uma ferramenta que está online para todos através do Intranet, existindo cada vez mais interesse pela ferramenta por parte dos serviços, faltando apenas ser implementado em dez serviços num total de cinquenta serviços”*. Como o BSC é uma ferramenta dinâmica, todos os anos é possível ser afinada, adicionando mais indicadores que traduzem a performance do hospital. Segundo o E4 *“enquanto em 2012 havia 15 indicadores para cada serviço, em 2013 existe mais do dobro.”* Segundo E5 *“o BSC é um sistema fácil de manipular, de uniformizar, de aprendizagem simples, uma metodologia bastante acessível.”*

O Business Intelligence utilizado (First Target) tem interface com todas as aplicações informáticas tanto das aplicações das áreas clínicas como não clínicas, e possibilita gerir os objectivos do hospital e acompanhar o cumprimento dos mesmos. Segundo o E3 *“o BSC através da aplicação First Target agrega toda a informação de várias aplicações informáticas e evita a demora e perda de informação”*. E2 acrescenta que nesta aplicação *“são carregadas as metas a atingir por cada serviço, que são contratualizadas com o CA, através da Contratualização Interna, vinculando os serviços (“assinam um contrato”)*, sendo feita a sua monitorização, havendo assim vários BSC por serviços. E2 refere que *“são definidas metas que queremos atingir até ao final do ano e verificamos se os indicadores assistenciais (core da produção) como por exemplo os doentes tratados, nº consultas, nº cirurgias, etc., e indicadores de recursos (exemplos: despesa com medicamentos, despesa com material de consumo clinico, etc.) estão acima ou*

abaixo daquilo que é esperado, sendo o papel do gestor perceber o que está a acontecer, o porquê dos desvios, não ao final do ano, mas de forma mensal, trimestral, sendo por isso avaliado diariamente”.

No passado a comunicação interna não fluía, não existia uma ferramenta que agregasse a informação e havia discrepância na informação o que levava a tomar más decisões. Segundo o entrevistado 1 *“senti durante anos que para ter uma coisa tinha que ir a várias aplicações informáticas, ou seja, não tinha uma única aplicação que visse como o meu serviço estava, as razões de alguns indicadores estarem a falhar, etc. Com o BSC, tenho o comportamento da actividade dos anos anteriores do hospital, a variação, as metas, e como se está em relação à meta. Quando os serviços atingem os 100% ou acima, apresentam desempenho excelente”.*

O entrevistado 5 refere que *“antes a monitorização era feita em termos empíricos e não havia um indicador global de desempenho que nos pudesse dizer como um determinado serviço estava relativamente ao que era esperado e se de facto podíamos exprimir esse desempenho por referência ao período homólogo, tendo melhorado ou piorado. A Contratualização centrava-se na produção e nos recursos, e a dimensão aprendizagem era ausente na nossa contratualização. Com o BSC temos uma noção melhor dos próprios processos em si e demos importância às pessoas e ao esforço dos colaboradores, traduzido em formação e investigação”.* E2 menciona que *“esta ferramenta contribuiu para a facilidade na acessibilidade online aos dados, enquanto que antes fazia-se um plano de acção com base num conjunto de indicadores tradicionais sendo monitorizados através de ficheiros Excel, trabalhados à mão com erros sistemáticos que descredibilizava a informação, sendo por isso muito redutor, não havendo assim um agregador da informação.”*

O BSC Global do HGO é um agregado da informação (Anexo VII). Segundo E7 é *“o “somatório” de todos os BSC dos serviços, onde integra os indicadores de todos os serviços. Não é um BSC estratégico no sentido global, ou seja, é o resultado da soma das parcelas.”* O Hospital sendo uma organização complexa com múltiplas linhas de produção, uma avaliação do seu desempenho global apenas pode ser efectuada nos

indicadores que são comuns a todos os serviços, sendo individualizados os indicadores específicos dos serviços.

Nos mapas de monitorização são definidas as metas anuais em função daquilo que foi feito nos anos anteriores existindo um sistema de “semáforos” verde, vermelho e amarelo (Anexo VIII). Pelo facto de um indicador estar a vermelho faz com que os colaboradores tendam rapidamente a resolver o problema através do uso de medidas correctivas. É avaliado o desempenho do ano presente face ao passado e a variação face à meta anual definida que o hospital se propôs a fazer, sendo os serviços monitorizados mensalmente e detectados os desvios (Anexo IX). Quem tem acesso a esta ferramenta são os colaboradores do nível da gestão de topo e gestão intermédia: enfermeiro chefe, directores de serviço, administradores hospitalares e CA. Segundo o E2: *“tivemos que adaptar o BSC à realidade interna, onde alterámos a designação clientes para utentes, e como as pessoas têm a necessidade de ter o feedback daquilo que fazem, do seu trabalho, o BSC acaba por ser esse feedback, onde é espelhado o trabalho do dia-a-dia”*.

Os motivos que levaram o HGO a adoptar este instrumento foi sobretudo com o propósito de ter um sistema de contratualização interna que fosse mais robusto, credível, mais uniforme e que traduzisse uma mais-valia quer para a gestão de topo, quer para a gestão intermédia. Segundo o E5 *“é totalmente diferente dispor dum sistema estruturado, organizado do que ter um sistema muito empírico, muito convencional, onde tínhamos dificuldade em lidar com informação em bruto”*. Segundo E4 *“o BSC surgiu da necessidade, não só de arranjar um mecanismo de fácil monitorização dos objectivos dos serviços, mas também utilizar esta metodologia de forma a fazer um ranking interno dos serviços e puder publicamente divulgar e premiar os serviços com melhor desempenho através de diplomas de excelência”* (Anexo X).

O BSC do ponto de vista de implementação teve uma forte exigência em termos de cultura, porque os serviços não tinham uma cultura de gestão e de avaliação de desempenho. Segundo E7 *“esta ferramenta é complexa e integra informação vinda de várias aplicações e para ficar completo tem que ter informação que é introduzida*

manualmente. Não é difícil construir indicadores e medi-los, mas é difícil alimentá-lo em termos de dados.” O entrevistado 5 refere: *“hoje sabemos traduzir o desempenho dos serviços e esta aferição traduz-se globalmente num maior esforço e permite ser interiorizado pelas equipas de uma maneira mais simples. Antes era difícil traduzir o desempenho dos serviços e o BSC permite lidar com a aferição do desempenho dos serviços, sendo para a motivação e reconhecimento das equipas uma mais-valia.”*

São várias as decisões estratégicas que são tomadas através do BSC. O BSC facilita a gestão na medida que se pode introduzir medidas correctivas à medida que se vai percebendo que os objectivos dos serviços não estão a ser cumpridos ou ajustar esses objectivos. Permite identificar mais rapidamente as acções correctivas quando há desvios, ou seja, dá uma perspectiva imediata das áreas críticas. E1 dá como exemplo: *“olhei para o BSC de Janeiro e vi que os meus custos com farmácia tinham disparado, e através do BSC consegui perceber que me estava a ser imputado um medicamento que não era do meu serviço”*. Outro exemplo de decisões que são tomadas é referido por E2: *“suponha-se que um serviço está a realizar poucas primeiras consultas, e com a sua monitorização verifica-se que está muito desviado da meta, então há uma decisão que tem que ser tomada de implementação de medidas correctivas que façam com que esse serviço aumente o número de consultas, altere protocolos, etc.”* Outro exemplo é dado pelo E4: *“se houver uma alteração grande a meio do ano das circunstâncias dum serviço e este contratualizou a produção a contar com 10 médicos, no caso de saírem dois médicos tem que se ajustar os objectivos desse serviço.”*

Quando questionados sobre se o BSC funciona como uma ferramenta eficaz de medição e gestão estratégica, as opiniões recolhidas foram unanimemente positivas. Este instrumento garante que os vectores estratégicos do Hospital estejam disseminados, e portanto para a gestão estratégica este sistema é uma garantia de que aquilo que se está a fazer em cada serviço está integrado naquilo que é a estratégia da instituição. Por outro lado, como refere E5 *“dispor de uma ferramenta que desce ao nível operacional e que permite ao nível intermédio conjugar as actividades, os recursos, os principais indicadores dos serviços e encadeá-los naquilo que são os principais indicadores do hospital, é uma mais-valia não só para a gestão de topo mas também para a gestão intermédia”*. Os objectivos essenciais do Contrato Programa são controlados, e segundo

E1 “*conseguimos ter os objectivos alinhados e ajustados com aquilo que é a estratégia do hospital*”.

Escoval (2010) reconheceu que a determinação e o comprometimento da gestão de topo é um aspecto determinante para o desenvolvimento e implementação de um processo que é longo, exigente e que se dirige a todos os níveis da organização. Segundo vários colaboradores do HGO os factores de sucesso que estiveram na base da implementação do BSC foram o envolvimento da gestão de topo e gestão intermédia, formação às equipas de gestão e a participação e envolvimento dos profissionais.

Mapa Estratégico

Não existe um mapa estratégico construído do ponto de vista do desenho que traduzisse as relações de causa efeito entre as diversas variáveis e indicadores. O BSC traduz e facilita o alinhamento da estratégia do HGO com a actividade dos serviços, sendo esta a razão do HGO ter adoptado a metodologia BSC. Como relata E5 “*não fizemos um desenho organizacional a partir do papel, ou seja, partimos duma determinada realidade em que temos uma estratégia e um contrato que vai anualmente concretizando esta estratégia. Espero que à medida que esta árvore se vá completando, se possa ir construindo este mapa.*” Portanto não foi feito o exercício que se faria que era partindo de um papel em branco desenhar tudo e depois concretizar, houve uma adaptação daquilo que existia à metodologia BSC, que de facto ainda não está completa, está ainda em construção.

Apresentaremos de seguida os resultados obtidos, de forma a responder aos objectivos da investigação.

4.6.1 Contributo do BSC para a gestão do HGO

A partir das entrevistas identificaram-se os excertos que fornecem os dados mais importantes relativos a este assunto (ver Quadro III). O BSC consolidou o sistema de gestão do Hospital, sistematizou melhor a informação e uniformizou melhor os conceitos. Segundo E5 “*hoje temos um grau de empenhamento e participação maior*

dos serviços, melhores lideranças e uma estabilidade e consolidação do modelo de gestão.”

| Ideias mais relevantes | Palavras-chave |
|--|---|
| “A monitorização contínua permite de forma rápida e eficaz identificar os desvios que estão a acontecer e focalizar-nos em tentar implementar medidas correctivas no que está menos bem de forma a cumprir os objectivos” | <p>monitorização contínua</p> <p>identificar os desvios</p> <p>medidas correctivas</p> |
| “(…) hoje temos um grau de empenhamento e participação maior dos serviços, melhores lideranças” | <p>participação</p> |
| “(…) incentivou uma maior cultura de gestão , existindo actualmente uma consciência da tradução dos custos das actividades, e existe um melhor conhecimento do desempenho dos serviços. Os profissionais passaram a ser responsabilizados e a ter que prestar contas relativamente à sua produção” | <p>cultura de gestão</p> <p>responsabilizados</p> |
| “(…) e o facto de promover a prestação de cuidados de saúde de qualidade, com maior satisfação dos utentes, melhorou os processos de gestão ” | <p>melhorou os processos de gestão</p> |
| “a instituição tem hoje um melhor desempenho do ponto de vista do planeamento e controlo de custos” | <p>melhor desempenho</p> |

Quadro III- Ideias mais relevantes do contributo do BSC para a gestão do HGO

O BSC incentivou uma maior cultura de gestão, existindo actualmente uma consciência da tradução dos custos das actividades e um melhor conhecimento do desempenho dos serviços. O facto de promover a prestação de cuidados de saúde de qualidade, com maior satisfação dos utentes, melhorou os processos de gestão.

Segundo E3 “o hospital melhorou claramente, e o resultado é que hoje atinge a nível de desempenho organizacional, níveis mais altos que atingia no passado e também melhorias financeiras. Antes da implementação do BSC grande parte dos objectivos não eram cumpridos, e o ano passado grande parte dos objectivos foram atingidos, havendo

uma melhoria na gestão organizacional. A nível de eficácia contribuiu para que o hospital maximizasse o seu financiamento (por GDH).” Segundo E2 *“o ano passado, que foi o primeiro ano do BSC conseguimos atingir quase todos os indicadores que o hospital contratualizou, tais como a percentagem de doentes operados em tempo adequado, EBITDA=0, etc., o que não acontecia nos anos anteriores.”*

Do ponto de vista gestor melhorou bastante, existindo actualmente uma gestão mais dinâmica. Segundo E5 *“a instituição tem hoje um melhor desempenho do ponto de vista do planeamento e controlo de custos, do ponto de vista do controlo de indicadores de qualidade que nos orgulha, traduzindo um maior empenho de todos, enquanto que antes as coisas eram dispersas, estavam desalinhadas e não éramos tão eficazes.”*

Os colaboradores hoje estão mais disponíveis e empenhados em participar na gestão porque têm informação a tempo e horas, informação fiável e o processo de contratualização é um processo assertivo, que não os obriga a um esforço acrescido no tratamento da informação.

O principal contributo do BSC, apontado unanimemente por todos os entrevistados, foi a monitorização contínua do desempenho dos serviços, existindo a possibilidade de ter em tempo útil os resultados do desempenho dos serviços. Segundo E4: *“permite de forma rápida e eficaz identificar os desvios que estão a acontecer e focalizar-nos em tentar implementar medidas correctivas no que está menos bem de forma a cumprir os objectivos.”* E4 refere que *“o BSC monitoriza de forma eficaz o Contrato-Programa, permitindo introduzir medidas correctivas que nos permite cumprir o contrato estabelecido com a ARS e Ministério da Saúde.”*

Como o Hospital tem um Contrato-Programa para cumprir assinado com o Ministério da Saúde, o hospital vai ser pago consoante o cumprimento ou não dos objectivos. Segundo E3 *“se vamos ser pagos consoante o cumprimento ou não dos objectivos, a sua monitorização continua através do BSC permite a melhoria do desempenho organizacional, na medida em que podemos tomar medidas correctivas. Por exemplo: se temos um objectivo de fazer 100 consultas por mês e se em Janeiro fazemos 80, no mês seguinte temos que tomar decisões estratégicas para chegar às 120 consultas para compensar o mês anterior, pois sabemos que vamos ter menos 20% de consultas e menos 20% da facturação no nosso Contrato”.*

4.6.2 Impactos na organização decorrentes da implementação do BSC

A partir das entrevistas identificaram-se os excertos que fornecem os dados mais importantes relativos a este assunto (ver Quadro IV).

| Ideias mais relevantes | Palavras-chave |
|---|--|
| “a principal diferença é haver um maior conhecimento do desempenho dos serviços, está tudo alinhado, ou seja, sabe-se a estratégia do hospital, os serviços sabem o que lhes é pedido” | Conhecimento |
| “as pessoas ficaram mais comprometidas, havendo uma maior responsabilização dos serviços relativamente à sua produção e melhorou a confiança entre as pessoas” | responsabilização confiança |
| “ (...) conseguimos ter os objectivos alinhados e ajustados com aquilo que é a estratégia do hospital” | Objectivos alinhados estratégia |
| “(…) existe uma maior aproximação e comunicação das diferentes classes profissionais, tradicionalmente separadas” | aproximação |

Quadro IV- Ideias mais relevantes dos impactos na organização decorrentes da implementação do BSC

Os impactos do ponto de vista das melhorias conseguidas são cada vez maiores. E5 refere que “antes quando chegávamos a um determinado resultado não havia fiabilidade nesse resultado. Os gestores falavam da demora média nuns casos significando uma coisa e noutros casos significavam outra, e isto provocava alguns erros de gestão.” O impacto em termos da credibilidade e fiabilidade do sistema hoje é incomparável. E5 acrescenta que “quando nos relacionamos externamente, a imagem da instituição e imagem interna que está associada ao nosso sistema é bastante credível e fornece informação em tempo real do ponto de vista do balanço e das acções correctivas que se devem tomar.”

Segundo E2, “o que está registado no BSC reflecte o que foi feito e alinha com a estratégia do hospital, o que foi um dos défices deste hospital e neste momento através

desta ferramenta temos o foco na estratégia do hospital e as pessoas têm noção disso, que existe uma missão e os vectores estratégicos estão de acordo com o seu dia-a-dia.”

Passou a ser visível na organização o desempenho de cada serviço e todos os colaboradores utilizam a mesma linguagem. Segundo E5: *“neste momento ninguém tem dúvidas quais são as principais estratégias do hospital e de procurar no seu instrumento de contratualização interna como é que se manifestam/são expressas essas estratégias ao nível do que é a missão de cada serviço.”* O impacto que foi referido por todos os entrevistados foi o de permitir um maior conhecimento dos serviços. E1 refere que *“a principal diferença é haver um maior conhecimento, está tudo alinhado, existe uma óptima comunicação, ou seja, sabe-se a estratégia do hospital e os serviços sabem o que lhes é pedido”*. Os profissionais começaram a ter conhecimento do seu desempenho em tempo útil e segundo o E1 *“a partir do momento em que temos o ranking interno dos serviços, estamos a premiar pela positiva e os outros serviços ficam motivados para serem premiados também.”* E3 refere que *“no passado quando se detectava um erro, já tinha passado alguns meses de atraso e não havia informação fíável, íntegra e na hora. Agora por exemplo no dia 10 de Fevereiro sabemos a produção do mês anterior e conseguimos definir estratégias para os meses seguintes.”*

E5 menciona que *“este ano tivemos uma monitorização muito apertada relativamente a alguns indicadores na área das consultas. A acessibilidade às consultas era uma matéria muito importante e estratégica para a instituição e o facto de termos trabalhado bem e feito uma monitorização constante deste indicador e introdução de medidas correctivas permitiu que chegássemos ao topo do ranking nacional.”* E2 dá outro exemplo: *“na taxa de cesarianas neste momento somos o hospital nacional com melhor taxa de cesariana, e isto foi um trabalho que foi feito ao longo do ano, que resultou numa monitorização continua”*.

Para além da monitorização constante, cinco entrevistados apontaram que um dos grandes impactos foi ter passado a haver uma maior proximidade entre os gestores e a parte clínica, falando a mesma linguagem, comunicando de uma forma muito mais clara não descurando nenhuma faceta essencial. O BSC incentivou a aproximação das diferentes classes profissionais, tradicionalmente separadas, que segundo E6 *“existia um divórcio dos restantes profissionais na gestão dos serviços”*.

Antes a maior parte dos colaboradores não tinham conhecimento das coisas, mas agora tudo está a mudar. Os profissionais passaram a ser responsabilizados e a ter que prestar contas relativamente à sua produção e a explicar as razões de não terem atingido os objectivos a que se propuseram. Antes não havia esta cultura de gestão, pois faziam-se planos de acção, em que os objectivos eram todos os anos praticamente os mesmos.

4.6.3 Benefícios da implementação do BSC

Segundo Escoval (2010) os principais benefícios que podem ser conseguidos com a aplicação do BSC a organizações de saúde são a “ligação entre a estratégia e a atribuição de recursos, resultando numa associação entre planeamento estratégico, orçamentação e afectação de recursos, bem como a facilitação de uma maior accountability” (p.169).

Inamdar e Kaplan (2002) enunciaram alguns benefícios da aplicação do BSC ao sector da saúde, que foram enunciadas no capítulo 2, e algumas delas foram também identificadas neste estudo de caso. A partir das entrevistas identificaram-se as afirmações que fornecem os dados mais significativos relativos a este assunto (ver Quadro V).

| Ideias mais relevantes | Palavras-chave |
|--|--|
| <p><i>“Melhorou a comunicação e a linguagem organizacional dos serviços, porque passámos a falar a mesma linguagem. Temos serviços mais eficientes e eficazes, e no fundo melhor qualidade.”</i></p> | <p>Comunicação</p> <p>Linguagem organizacional</p> |
| <p><i>“ (...) introduz alguma dinâmica entre os serviços do Hospital fomentando a motivação dos colaboradores”</i></p> | <p><i>motivação dos colaboradores</i></p> |
| <p><i>“ (...) um dos grandes benefícios foi a integração de dados de várias áreas e a possibilidade de olhar para a produção, custos e à qualidade dos cuidados de uma forma global, porque antes as pessoas olhavam para os custos mas tinham que ir a várias aplicações informáticas, não havendo um agregador de informação”</i></p> | <p>Integração de dados</p> |

| | |
|---|---|
| <p>“(…) <i>houve um maior enfoque para a sensibilização dos processos, circuitos o que se tem traduzido numa melhoria contínua nos serviços.</i>”</p> | <p><i>Melhoria contínua</i></p> |
| <p>“(…) <i>o BSC possibilita a medição do desempenho organizacional através de um sistema coerente, pois permite ter uma noção a tempo real o desempenho dos serviços e permite acompanhar a sua evolução</i>”</p> | <p><i>ter a tempo real o desempenho dos serviços</i></p> |

Quadro V- Ideias mais relevantes dos benefícios da implementação do BSC

O BSC induziu uma aprendizagem e melhoria contínua dos colaboradores. Segundo E5 “*houve um maior enfoque para a sensibilização dos processos, circuitos o que se tem traduzido numa melhoria contínua nos serviços.*” E6 mencionou que “*o BSC serve de mapa de monitorização e de melhoria contínua do desempenho e da qualidade do nosso serviço.*”

Um benefício apontado por seis entrevistados foi a melhoria da comunicação interna e da linguagem organizacional dos serviços, em que as equipas de gestão usam a mesma linguagem, comunicam de uma forma mais clara, existindo maior aproximação entre os gestores e a parte clínica, enquanto no passado era estranho falar nestes indicadores e o seu significado.

Quando questionados sobre os benefícios da ferramenta a resposta foi unânime relativamente ao seguinte aspecto: permitir a monitorização e planeamento da actividade. E6 menciona que o BSC “*arruma ideias e permite ir tomando o pulso ao serviço em tempo útil. Este instrumento permite planear e monitorizar os nossos indicadores de uma maneira muito eficaz.*”

Outro benefício apontado por Kaplan e Inamdar (2002) é identificado neste estudo de caso: desenvolve um sistema de medição e reporte de informação para avaliar o progresso e o sucesso da estratégia. É de grande importância para medir os resultados das decisões estratégicas, revelando-se uma ferramenta robusta para detectar desvios, identificar constrangimentos e introduzir mecanismos de correcção. O sistema é bastante credível e fornece informação em tempo real do ponto de vista do balanço e das acções correctivas que se devem tomar. Segundo o E1 “*o BSC possibilita a medição do desempenho organizacional através de um sistema coerente, pois permite ter uma*

noção a tempo real do desempenho dos serviços e permite acompanhar a sua evolução.”

O BSC permite que se clarifique e consensualize uma estratégia e que seja conhecida de toda a organização, que coincidam os orçamentos anuais com a estratégia, que se proceda a revisões periódicas e sistemáticas da estratégia. Outro benefício identificado foi o de permitir alinhar a actividade da organização relativamente à estratégia definida. Segundo E1 *”consequimos ter os objectivos alinhados e ajustados com aquilo que é a estratégia do hospital”*. Tornou a estratégia num processo contínuo e uma função de todos.

Outro dos benefícios apontado por Inmadar e Kaplan (2002) é o de fomentar a motivação de todos os colaboradores. Segundo o E4 o BSC *“facilita a gestão do hospital e hoje temos serviços mais eficientes e eficazes e permite fazer um ranking interno entre serviços da mesma área (médica, cirúrgica, etc.) e introduz alguma dinâmica entre os serviços do Hospital fomentando a motivação dos colaboradores”*

O último benefício identificado foi a agregação de dados de diferentes aplicações informáticas. E7 refere que *“um dos grandes benefícios foi a integração de dados de várias áreas que permitiu olhar para a produção, custos e qualidade dos cuidados de uma forma global, enquanto antes as pessoas olhavam para os custos mas tinham que ir a várias aplicações informáticas, não havendo um agregador de informação.”*

4.6.4 Dificuldades detectadas na implementação do BSC

São apresentadas de seguida as afirmações mais relevantes dos entrevistados em relação a este aspecto (ver Quadro VI).

| Ideias mais relevantes | Palavras-chave |
|--|---------------------|
| <i>“quando lhes foi explicado que se estava a avaliar não só os aspectos económico-financeiros mas também vários aspectos não financeiros, caíram por terra essas desconfianças”.</i> | Desconfiança |

| | |
|--|--|
| <p><i>“Verificou-se um pouco aversão ao controlo por parte de alguns profissionais, mas depois viram a vantagem de verem as coisas evidentes, e facilmente se adaptaram à ferramenta”</i></p> | <p>Aversão ao controlo</p> |
| <p><i>“(…) como estamos a analisar dados que vêm de várias aplicações informáticas tivemos que validar a integração dos dados, ou seja, se a integração da informação foi coerente”</i></p> | <p>validar a integração dos dados</p> |
| <p><i>“um dificuldade foi o tempo de implementação, pois exigiu a disponibilidade de muitas pessoas”</i></p> | <p>Tempo de implementação</p> |

Quadro VI - Ideias mais relevantes das dificuldades detectadas na implementação do BSC

Uma dificuldade apontada por quatro entrevistados foi o desconhecimento e desconfiança por parte dos profissionais de saúde deste instrumento de gestão. A ferramenta foi bem aceite pelos colaboradores na generalidade e actualmente não se verifica resistência. No entanto, de acordo com E1: *“ao início houve alguma desconfiança por parte de alguns colaboradores, mas após conhecerem as vantagens e potencial da ferramenta, e que o que estava em causa era o cumprimento dos objectivos, facilmente se adaptaram à ferramenta”*. Outra dificuldade apontada foi os colaboradores terem associado o BSC a uma ferramenta de controlo. Segundo E3 *“houve colaboradores que ao início consideraram o BSC uma ferramenta de controlo, e foi nosso trabalho explicar-lhes que esta ferramenta não os pretende controlar mas pretende no fundo espelhar o trabalho que eles fazem e inclusive puxar por esse trabalho em termos de qualidade”*. Outra dificuldade apontada por três entrevistados foi a aversão ao controlo por parte de alguns profissionais, mas rapidamente viram a vantagem de verem o panorama todo, as coisas evidentes, e facilmente se adaptaram à ferramenta.

Outra dificuldade foi o tempo de implementação, pois exigiu a disponibilidade de muitas pessoas. Inamdar e Kaplan (2002) apontaram algumas limitações da aplicação do BSC a organizações do sector da saúde (mencionadas no capítulo 2), e uma delas foi a elevada quantidade de dados e informações em virtude de diferentes fontes de informação, o que também se verificou neste estudo. Segundo o E6 *“este instrumento é complexo e integra informação vinda de várias aplicações e para ficar completo tem*

que ter informação que é introduzida manualmente. Não é difícil construir indicadores e medi-los, mas é difícil alimentá-lo em termos de dados.” E7 acrescenta que outra dificuldade foi *“a validação da integração dos dados, pois como estou a analisar dados que vêm de várias aplicações informáticas tivemos que validar a integração deles, ou seja, se a integração da informação foi coerente.”* Assim, cerca de cinco entrevistados apontaram a informática como a grande barreira na implementação do BSC. Quer na integração dos softwares quer na actualização de dados, juntando ao facto de alguns profissionais não gostarem dos computadores, houve dificuldades estruturais ao nível do hardware e mesmo a nível de software, sendo que segundo E2 *“a rede informática tem ainda alguns handicaps que ainda estão por resolver”*. Outra das limitações que a investigação de Inamdar e Kaplan (2002) aponta é a dificuldade de garantir consensos e compromissos. Neste estudo realizado, verificou-se que foram garantidos consensos e compromissos, havendo o envolvimento dos colaboradores da gestão de topo e intermédia, sendo que as reuniões individuais com cada um dos serviços contribuiu para o comprometimento de todos os envolvidos.

As dificuldades decorrem da lógica da avaliação de desempenho numa óptica de contratualização interna. Se por um lado foi fácil pegar no core da actividade da instituição e decompô-lo em indicadores que traduzissem o desempenho dos serviços assistenciais, há ainda um trabalho de completar este sistema relativamente a alguns serviços e unidades funcionais que contribuem para essa actividade. Segundo E5: *“vai ter que ser feito um trabalho específico no sentido de articular melhor todas as variáveis e actividades que têm interdependência com os processos e isso está a ser feito agora. É necessário ir caso a caso, ou seja, fazer um fato à medida para cada um dos dez serviços na área dos MCDTs, por serem muito específicos, e por não terem semelhanças com outros serviços.”*

Capítulo V- Conclusões

5.1 Considerações Finais

Face ao actual cenário competitivo vivido pelas organizações, tanto instituições do sector privado como público têm percebido a necessidade de aprimorar a sua gestão, a fim de avaliar o seu desempenho e tomar medidas pró-activas para a melhoria contínua e inovação da sua gestão. As organizações do sector público têm vindo ao longo destes anos a introduzir metodologias e processos para gerir e melhorar o seu desempenho, com o objectivo de produzirem resultados e transformações na sociedade que contribuam para o bem-estar social, qualidade de vida, desenvolvimento e crescimento económico. Estas para poderem ser bem sucedidas, necessitam de definir uma orientação das suas actividades e de avaliar em que medida estão a prosseguir essa linha de orientação, a fim de tomarem as medidas correctivas necessárias e para o conseguir não basta avaliar o desempenho financeiro. De facto, são os factores intangíveis e não-financeiros, no contexto económico actual, que garantem a sustentabilidade da capacidade competitiva das organizações.

As razões que levam a considerar necessária a avaliação das organizações de saúde são diversas e por vezes conjunturais. O aumento dos custos com a saúde e a determinação dos governos em conter o crescimento da despesa pública e em promover a eficiência determinam a necessidade de um acompanhamento rigoroso do desempenho das unidades de saúde. O estudo realizado pretende ser um contributo para uma melhor compreensão da aplicação da metodologia *Balanced Scorecard* a uma organização hospitalar, pela primeira vez em Portugal.

O BSC constitui um processo de avaliação que procura traduzir a estratégia e visão de uma organização em medidas de desempenho e pode ser aplicado com sucesso no sector da saúde, permitindo às organizações melhorar a satisfação dos utentes, o posicionamento no mercado e os resultados financeiros. Combinando as perspectivas dos utentes, processos internos, financeira e de aprendizagem e crescimento, o BSC permite compreender muitas inter-relações, que poderão ajudar os gestores na tomada de decisões e na resolução de problemas e tem uma orientação para o futuro, ao invés dos sistemas tradicionais que olhavam exclusivamente para o passado. Trata-se de uma

ferramenta de apoio à gestão estratégica que promove o alinhamento de todas as dimensões que criam valor ao serviço com relações de causa e efeito, direccionando-as para a melhoria da prestação de cuidados de saúde e por conseguinte da satisfação dos utentes.

O BSC é assim uma relevante e notável ferramenta de controlo do desempenho organizacional e fornece de forma veloz aos gestores da organização as indicações do que se fez, como se fez e como se encontra, permitindo que se tome as providências necessárias, para que o sistema possa ser continuamente aperfeiçoado em função do desempenho global da empresa e da conveniente análise de risco.

Com esta investigação foi possível verificar que a importância do contributo do BSC para a gestão do HGO foi considerável na medida que consolidou o sistema de gestão, sistematizou melhor a informação e uniformizou melhor os conceitos. Existe hoje uma gestão mais dinâmica em que os colaboradores estão mais disponíveis e empenhados em participar na gestão porque têm informação a tempo e horas. Incentivou uma maior cultura de gestão, existindo actualmente uma consciência da tradução dos custos das actividades e um melhor conhecimento do desempenho dos serviços e a monitorização contínua possibilita de forma rápida e eficaz identificar os desvios que estão a acontecer e permite focalizar em implementar medidas correctivas. Relativamente aos impactos decorrentes da implementação desta ferramenta no HGO, passou a haver um maior conhecimento dos serviços e uma maior aproximação entre os gestores e a parte clínica, comunicando de uma forma muito mais clara, utilizando a mesma linguagem, enquanto que os profissionais passaram a ser responsabilizados e a ter que prestar contas relativamente à sua produção e a explicar as razões de não terem atingido os objectivos a que se propuseram. Quanto aos benefícios, o BSC induziu uma aprendizagem e melhoria contínua dos colaboradores e uma melhoria da comunicação interna e da linguagem organizacional dos serviços, e fomentou a motivação de todos os colaboradores. Permitiu a agregação de dados de diferentes aplicações informáticas e é de grande importância para medir os resultados das decisões estratégicas, revelando-se uma ferramenta robusta para detectar desvios, identificar constrangimentos e introduzir mecanismos de correcção.

Assim, neste estudo de caso, o BSC criou uma cultura de monitorização no HGO, ou seja, criou-se uma cultura organizacional que se adequa com o alinhamento estratégico e com os objectivos definidos hierarquicamente. A medição e monitorização contínua da performance do HGO através do BSC visa medir informação relevante e objectiva sobre a organização, orientando comportamentos e decisões, motivando pessoas, permitindo desta forma, uma melhoria da gestão e da tomada de decisão, bem como dos resultados. O BSC traduziu e facilitou o alinhamento da estratégia do Hospital com a actividade dos serviços, sendo esta a razão do HGO ter adoptado uma metodologia BSC. Com esta investigação, foi possível concluir que a implementação da ferramenta BSC no HGO foi um caso de sucesso, podendo assim esta metodologia ser adaptada a outros hospitais.

5.2 Limitações da investigação

Como apenas se trata de um estudo de caso realizado num único Hospital não é possível fazer uma generalização das conclusões tiradas com a investigação. Este trabalho de campo só foi realizado em 2014, ano e meio após a implementação do BSC, e problemas ao nível da fiabilidade e validade são susceptíveis de serem levantados. Apesar das referidas limitações, as suas identificações não desacreditam as conclusões deste trabalho, mas sim a possibilidade para investigações adicionais.

5.3 Sugestões de investigação

Estas conclusões obtidas neste estudo de caso dependem de características próprias deste Hospital público não se podendo generalizar. Assim sendo, sugere-se estudos semelhantes noutros Hospitais, e assim será possível obter generalizações teóricas. Também seria interessante comparar o impacto do BSC entre Hospitais Públicos e Hospitais Privados e tentar encontrar explicações para as eventuais diferenças. Seria também vantajoso que houvesse investigações sobre casos em que o BSC não tivesse sido bem sucedido, pois neste caso foi bem sucedido.

Referências Bibliográficas

- Aidemark, L., Funck, E. (2009). Measurement and health care management. *Financial Accountability & Management*, 25(2), p.253-276
- Atkinson, A, Epstein, M. (2000). Measure for measure – realizing the power of the Balanced Scorecard, *CMA Management*, p. 23–28
- Atkinson, A., Banker, R., Kaplan, R. (2001). *Management Accounting*, New Jersey, Prentice Hall
- Bardin, L. (1988). *Análise de conteúdo*, Edições 70, Lisboa
- Bourguignon, A., Malleret, V., Norreklit, H. (2001). “Balanced Scorecard versus French tableau de bord: beyond dispute, a culture and ideological perspective”. *Mars 2001 in Cahier de Recherche du Groupe HEC*, nº724.
- Bessire, D. (2000). “French Tableau de Bord versus American Balanced Scorecard: Misery and Glory of Metaphors”, *The Sixth Interdisciplinary Perspectives on Accounting Conference*, Manchester Federal School of Business and Management , England.
- Caldeira, J. (2009). *Implementação do Balanced Scorecard no Estado*, Editora Almedina
- Chan, Y., Ho, S. (2000). *The Use of Balanced Scorecard in Canadian Hospitals*
- Cruz, C. (2009). *Balanced Scorecard - Concentrar uma organização no que é essencial*, Vida Económica
- Collins, J., Porras, J. (1996). *Building your company’s vision*, Harvard Business Review
- Drucker, P. (1993). *The new Realities*, New York: Harper & Row
- Epstein, M., Manzoni, J. (1998). Implementing Corporate Strategy: From Tableaux de Bord to Balanced Scorecards, *European Management Journal*, 16: 190-203.
- Epstein, M., Manzoni J. (1997). “The Balanced Scorecard and Tableau de Bord: Translating Strategy into Action”, *Management Accounting*, pp.28-36
- Escoval, A. (2003). *Evolução da Administração Pública da Saúde: O papel da Contratualização. Factores críticos do contexto português*. Dissertação elaborada para obtenção do Grau de Doutor em Organização e Gestão de Empresas, ISCTE.
- Escoval, A., Lourenço, A., Matos, T., Ribeiro, R. (2009). *A contratualização de cuidados de saúde: 30 Anos do Serviço Nacional de Saúde - um percurso comentado*, Ed. Almedina, Coimbra
- Escoval, A., Ribeiro, R., Matos, T. (2010) “A contratualização em Cuidados de Saúde Primários: o contexto internacional” *Revista Portuguesa de Saúde Pública* nº9, 41-57

- Fernandes, Alexandra (2007). *Tipologia da Aprendizagem Organizacional: Teorias e estudos*, Ed. Horizonte
- Gonçalves, L. *O hospital e a visão administrativa contemporânea*. São Paulo: Pioneira, 1983
- Groene, O., Brandt, E., Schmidt, W., Moeller, J. (2009). The Balanced Scorecard of acute settings: development process, de finition of 20 strategic objectives and implementation. *International Journal for Quality in Health Care*, 21 (4), p.259-271.
- Guerra, I. (2006). *Pesquisa qualitativa e análise de conteúdo- sentidos e formas de uso*, Príncípa Editora, Estoril
- IFAC - International Federation of Accountants (1998), *International Management Accounting Practice Statement nº 1, Management Accounting Concepts*
- Inamdar, N. Kaplan, R. (2002). “Applying the Balanced Scorecard in Healthcare Provider Organizations”, *Journal of Healthcare Management*, Vol. 47, N.º 3, pp. 179-195.
- Jordan, H., Neves, J., Rodrigues, J. A. (2002). *O Controlo de Gestão – Ao serviço da Estratégia e dos Gestores*. 4ª Edição. Lisboa: Áreas Editora.
- Lagace, Martha (2008). *Strategy Execution and the Balanced Scorecard*, Harvard Business Review
- Laitinen, E. (2005). Microeconomic analysis of the balanced scorecard: a case of Nokia Corporation, *International Journal of Productivity and Performance Management*, 54 (5/6): 325-339.
- Lopes, A., Baioa, P. (2011). O impacto da liderança partilhada no desempenho organizacional percepcionado, *Gestão e Conhecimento nº19*, p.7-36
- Malo, J.L. (1995). Les tableaux de bord comme signe d’une gestion et d’une comptabilité à la française. In *Mélanges en l’honneur du professeur Claude Pérochon*. Paris: Foucher: 357-376.
- Matos, L. (2006), *A utilização do Balanced Scorecard para monitorizar o desempenho de um Hospital*, tese de mestrado apresentada na Universidade do Minho
- McDonald, B. (2012). *A Review of the Use of the Balanced Scorecard in Healthcare*, Bmcd Consulting, 1-36
- Mckinnon, J. (1988). *Reliability and Validity in Field Research: Some strategies and tactics*, Accounting, auditing and accountability
- Meliones, John (2000), “Saving Money, Saving Lives”, *Harvard Business Review*, 78: 57-62
- Mintzberg, H. (1994). *The rise and fall for strategic planning*, Prentice Hall International

- Neely, A. (1998). *Measuring Business Performance – Why, What and How*, The Economist Newspaper, Ltd.
- Niven, P. (2003). *Balanced Scorecard Step-By-Step for Government and Nonprofit Agencies*, John Wiley & Sons, Inc, New Jersey.
- Norreklit, H. (2000). “The balance on the balanced scorecard – a critical analysis of some of its assumptions”, *Management Accounting Research*. Vol.11. Academic Press, 65-88.
- Oliveira, Maria Marly (2005). *Como fazer projectos, relatórios, monografias, dissertações e teses*, 3ªed- Rio de Janeiro, Editora Elsevier
- Pineno, C. (2002), *The Balanced Scorecard: an incremental approach model to health care management*, *Journal of Health Care Finance*: 69-80
- Pinto, F. (2007). *Balanced Scorecard – Alinhar Mudança, Estratégia e Performance nos Serviços Públicos* (1.ª Edição). Lisboa: Edições Sílabo
- Porter, M. (1996). *What is Strategy?* *Harvard Business Review* , 61-78.
- Quivy, R., Campenhoudt, L.V. (2008). *Manual de Investigação em Ciências Sociais*. Publicações Gradiva
- Kaplan, R., Norton, D. (1992). *The Balanced Scorecard – Measures that Drive Performance*, *Harvard Business Review*, Jan.-Feb
- Kaplan, R., Norton, D. (1996a). *Using the Balanced Scorecard as a Strategic Management System*, *Harvard Business Review*, p.75-85
- Kaplan, R., Norton, D. (1996b), *Linking the Balanced Scorecard to Strategy*, *California Management Review*, p.53-76
- Kaplan, R., Norton, D. (1996c). *The Balanced Scorecard: Translating Strategy into Action*. Boston, Massachusetts: Harvard Business School Press.
- Kaplan, R., Norton, D. (1997). “Why does Business need a Balanced Scorecard?”, *Journal of Cost Management* 111: 5-11
- Kaplan, R., Norton, D. (2000a). *Having Trouble with Your Strategy? Then Map It*, Harvard Business School Press, p.167-180
- Kaplan, Robert S., Norton, David P. (2000b) *The strategy-focused organization, how balanced scorecard companies thrive in the new business environment*, Harvard Business School Press
- Kaplan, R., Norton, D. (2001). *Strategic Performance Measurement and Management in Nonprofit Organizations*, *Nonprofit Management & Leadership*, 11(3): 353-370
- Kaplan, Robert S., Norton, David P. (2005a). *The office of strategy management*, *Harvard Business Review*: 72-80
- Kaplan, R., Norton, D. (2005b). *Measuring the strategic readiness of intangible assets*, *Harvard Business Review*: 52-63

- Kaplan, Robert S., Norton, David P. (2006). *Alignment - Using the Balanced Scorecard to create Corporate Synergies*, Harvard Business School Press
- Kaplan, R., Norton, D. (2008). *Mastering the Management System*, Harvard Business Review: 63-77
- Kershaw, R. , Kershaw, S. (2001), *Developing a balanced scorecard to implement strategy at St. Elsewhere hospital*. *Management Accounting Quarterly* 2 (2): 28-35.
- Klassen, A., Miller, A., Anderson, N., Shen, J., Schiariti, V., O'Donnell, M. (2010). *Performance measurement and improvement frameworks in health, education and social services: a systematic review*. *International Journal for Quality in Health Care* , 22: 44-69.
- Reto, L. e F. Nunes (1999), *Métodos como estratégia de pesquisa. Problemas tipo numa investigação*, Revista Portuguesa de Gestão Vol. I
- Ribeiro, C.M.S. (2008). *O controlo de gestão nas unidades de saúde: o Balanced Scorecard*, TOC 100, pp. 61-67
- Richardson, Roberto Jarry (1999). *Pesquisa Social: métodos e técnicas*, 3ªed São Paulo, Editora Atlas
- Russo, J. (2006). *Balanced Scorecard para PME*, Lidel, 2ª edição
- Sousa, M., Rodrigues, L. (2002). *O Balanced Scorecard: um instrumento de gestão estratégica para o século XXI*, Rei dos Livros, Porto.
- Treacy, M., Wiersema, F.(1993). *Customer Intimacy and other value disciplines*” Harvard Business Review: 84-93
- Verzola, A., Bentivegna, R., Carandina, G., Trevisani, L., Gregorio, P., Mandini, A. (2009). *Multidimensional evaluation of performance: experimental application of the balanced scorecard in Ferrara university hospital. Cost Effectiveness and Resource Allocation*: 7-15.
- Voelker, Kathleen E., Rakich, Jonathon S., French, Richard(2001). *The Balanced Scorecard in Healthcare Organizations: A Performance Measurement and Strategic Planning Methodology*, *Hospital Topics: Research and Perspectives on Healthcare*, p.13-24
- Wisniewski, M., Dickson, A. (2001). *Measuring performance in Dumfries and Galloway Constabulary with the Balanced Scorecard*, *Journal of Operational Research Society*, n.º 52: 1057-1066.
- Wisniewski, M., Olafsson, S. (2004). *Developing Balanced Scorecard in local authorities: a comparison of experience*, *International Journal of Productivity and Performance Management*, vol. 53(7): 602-610.
- Waaal, A.(2003). *The future of the Balanced Scorecard: an interview with Prof. Robert Kaplan*, *Measuring Business Excellence*, vol. 7, no. 1

Walker, Kenton B., Dunn, Laura M.(2006), Improving Hospital Performance and Productivity with the Balanced Scorecard, AHCMJ,Volume 2: 85-110

Walker, K. B., & Dunn, L. M. (2006). Improving hospital performance and productivity with the balanced scorecard, Academy of Health Care Management Journal

Weir, E., Stalker, S., Kurji, K. (2009). Applying the balanced scorecard to local public health performance measurement: deliberations and decisions, BMC Public Health 2009, vol.9

Wisniewski, M., Dickson, A. (2001). Measuring performance in Dumfries and Galloway Constabulary with the Balanced Scorecard, Journal of Operational Research Society, n.º 52, pp. 1057-1066.

Yin, R. K.(1994). Case Study Research: Design and Methods (2ª Ed) Thousand Oaks, CA: SAGE Publications.

Yin, R. K. (2003). Case studies research: design and methods, 3ª ed. Thousands Oaks: Sage

Zelman W., Pink, M. (2003). Use of the Balanced Scorecard in health care. Journal of Health Care Finance. 29(4),1-16.

Anexos

Anexo I - Pedido de Autorização para a Realização da Investigação

Exm.º Senhor
Presidente do Conselho de Administração
do Hospital Garcia da Orta

Eu, Vasco Rafael Pereira Dias, licenciado em Economia e actualmente a frequentar o Mestrado de Gestão no ISCTE - Instituto Universitário de Lisboa, venho por este meio requerer autorização para desenvolver o meu trabalho de investigação essencial para a aquisição do grau de Mestre, garantindo a salvaguarda de toda a informação utilizada de acordo com os pressupostos éticos inerentes a um trabalho desta natureza. Nesse âmbito, a dissertação que pretendo desenvolver tem o título: *Análise da implementação da ferramenta Balanced Scorecard num Hospital EPE*, sob a orientação da Doutora Alexandra Fernandes, docente do ISCTE- Instituto Universitário de Lisboa. Este trabalho tem como objectivo conhecer a implementação da ferramenta Balanced Scorecard no Hospital Garcia da Orta e identificar qual foi o seu contributo para a organização. A recolha de dados, será realizada apenas por mim e implicará a realização de entrevistas à Doutora Iria Velez, que tem conhecimento da minha pretensão e a profissionais de topo da Administração do Hospital. Os dados recolhidos serão apenas divulgados no relatório final do estudo, sendo o anonimato dos seus protagonistas salvaguardado, incluindo a identidade do próprio Hospital. Neste sentido, solicito a Vossa Excelência se digne a autorizar a realização da referida recolha de informação. Agradecendo desde já a atenção dispensada, apresento os meus melhores cumprimentos.

Peço deferimento

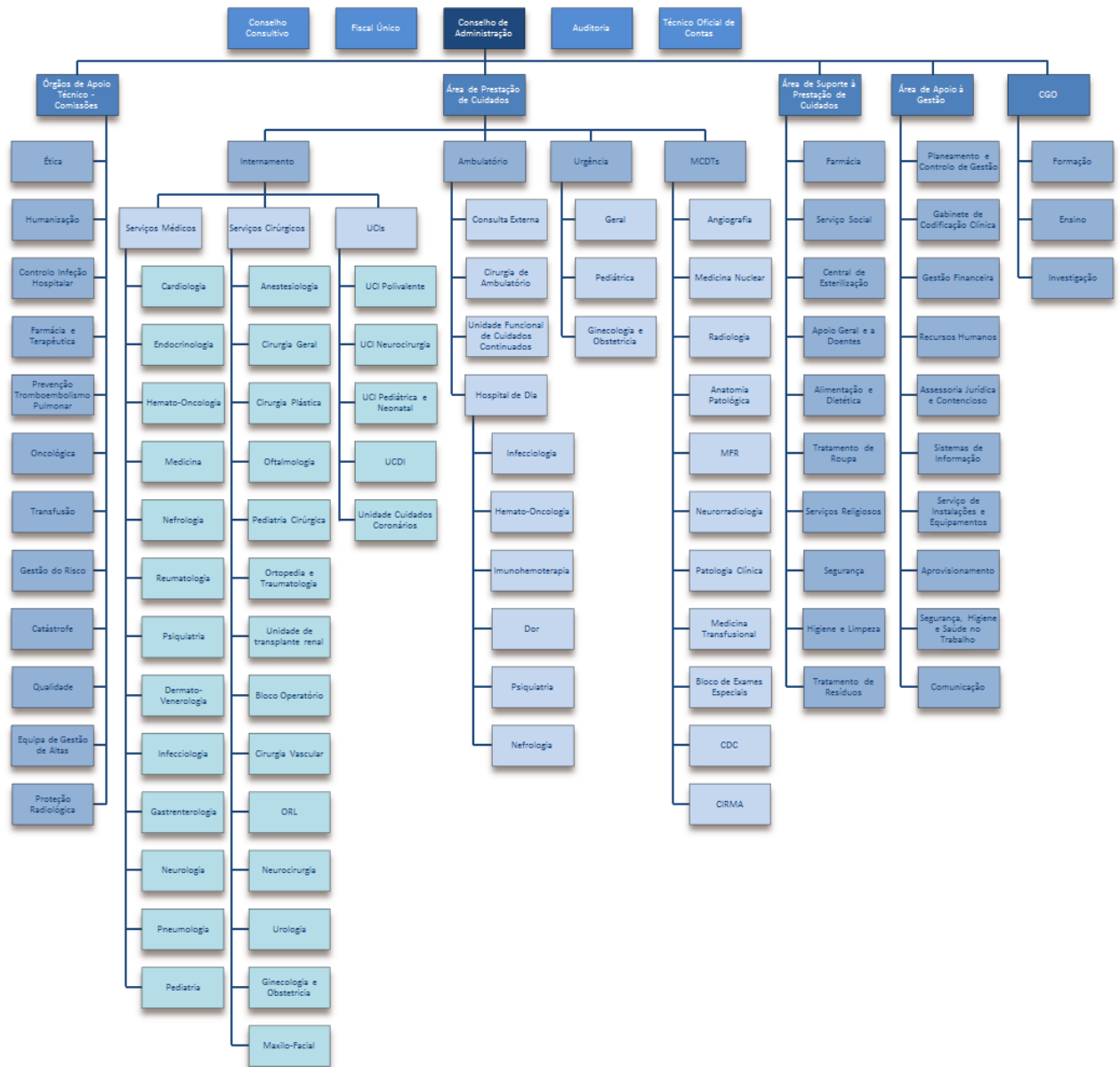
Lisboa, 16 de Janeiro de 2014

Vasco Rafael Pereira Dias

*Ao Conselho de Administração
14 deferimento por actuação adequada
2014.1.23*


Daniel Ferro
Presidente do Conselho
de Administração

Anexo II- Estrutura Organizacional do HGO



Anexo III- Indicadores de Recursos Humanos

| Grupo Profissional | 2011 | 2012 | Varição 12/11 |
|----------------------------------|-------------|-------------|---------------|
| Pessoal Dirigente | 5 | 5 | 0% |
| Dirigente Intermédio | 15 | 15 | 0% |
| Médicos | 339 | 324 | -4.42% |
| Pessoal em formação pré-carreira | 168 | 174 | 3,57% |
| Técnicos Superiores | 75 | 72 | -4,00% |
| Enfermeiros | 889 | 875 | -1,57% |
| Pessoal Técn. Diag. Terapêutica | 186 | 182 | -2,15% |
| Assistentes Técnicos | 243 | 241 | -0,82% |
| Assistentes Operacionais | 629 | 602 | -4,29% |
| Pessoal Docente | 1 | 1 | 0,00% |
| Pessoal de Informática | 9 | 9 | 0,00% |
| Outro Pessoal | 1 | 1 | 0,00% |
| Total | 2560 | 2501 | -2,30% |

Anexo IV- Indicadores de Recursos Financeiros

A estrutura de Custos e Proveitos do HGO encontra-se patente na síntese, à data de 31 de Dezembro de 2012:

(expresso em Euros)

| Descrição | 2011 | 2012 | Desvio 12/11 |
|--------------------------------|-------------|-------------|--------------|
| Total Custos | 149.813.935 | 140.433.574 | -6.26% |
| Total Proveitos | 132.279.450 | 134.435.246 | 1.63% |
| Custos Operacionais | 146.846.243 | 137.321.195 | -6.49% |
| Proveitos Operacionais | 131.666.955 | 128.877.329 | -2.12% |
| Resultados Operacionais | -15.179.288 | -8.443.866 | -44.37% |
| Resultado Líquido do Exercício | -17.534.485 | -6.038.549 | -65.56% |
| Volume de negócios | 130.541.131 | 126.477.343 | -3.11% |
| EBITDA | -10.509.807 | -3.532.284 | -66.39% |

Análise da implementação da ferramenta Balanced Scorecard num Hospital EPE

| Grupo Profissional | 2011 | 2012 | Varição 12/11 |
|----------------------------------|-------------|-------------|----------------------|
| Pessoal Dirigente | 5 | 5 | 0% |
| Dirigente Intermédio | 15 | 15 | 0% |
| Médicos | 339 | 324 | -4.42% |
| Pessoal em formação pré-carreira | 168 | 174 | 3,57% |
| Técnicos Superiores | 75 | 72 | -4,00% |
| Enfermeiros | 889 | 875 | -1,57% |
| Pessoal Técn. Diag. Terapêutica | 186 | 182 | -2,15% |
| Assistentes Técnicos | 243 | 241 | -0,82% |
| Assistentes Operacionais | 629 | 602 | -4,29% |
| Pessoal Docente | 1 | 1 | 0,00% |
| Pessoal de Informática | 9 | 9 | 0,00% |
| Outro Pessoal | 1 | 1 | 0,00% |
| Total | 2560 | 2501 | -2.30% |

Anexo V- Evolução dos Principais Indicadores Económico-Financeiros

| Rácios | 2011 | 2012 |
|----------------------|--------------|--------------|
| Autonomia Financeira | -54.9% | -117.1% |
| Solvabilidade | -35.5% | -53.9% |
| Liquidez Geral | 44.3% | 19.3% |
| ROE | 30.7% | 9.2% |
| VAB | 57.863.617 € | 61.863.760 € |

Anexo VI- Matriz de avaliação dos serviços pela metodologia BSC

| | Especialidades médicas | Especialidades cirúrgicas | Obstetícia e ginecologia |
|---|---------------------------|------------------------------|-----------------------------|
| Contratualização Interna por SERVIÇO > I - UTENTES /CLIENTES 30% | | | |
| CI - A1. % de Primeiras Consultas | 20,0% | 15,0% | 15,0% |
| CI - A2. Percentagem de utentes referenciados para consulta externa em tempo adequado, CTH | 30,0% | 20,0% | 20,0% |
| CI - A3. Peso das consultas externas médicas com registo de alta no total de consultas externas | 15,0% | 10,0% | 10,0% |
| CI - A4. Percentagem de doentes cirúrgicos tratados em tempo adequado (% de inscritos a aguardar cirurgia ainda dentro do TMRG) | 0,0% | 20,0% | 20,0% |
| CI - B2. % de Reinternamentos aos 30 dias pela mesma causa | 25,0% | 10,0% | 10,0% |
| CI - D1. Tempo Médio de Espera para Cirurgia (Dias) | 0,0% | 15,0% | 15,0% |
| Nº Reclamações | 10,0% | 10,0% | 10,0% |
| | 100,0% | 100,0% | 100,0% |
| Contratualização Interna por SERVIÇO > II - ECONÓMICO-FINANCEIROS 40% | | | |
| CI - Custos com Pessoal ajustados | 40,0% | 40,0% | 40,0% |
| Custos com Consumos Farmacéuticos | 30,0% | 30,0% | 30,0% |
| Custos com Material de Consumo Clínico | 20,0% | 20,0% | 20,0% |
| Valor de portaria de exames pedidos pelo serviço (internos e externos) | 10,0% | 10,0% | 10,0% |
| | 100,0% | 100,0% | 100,0% |
| Contratualização Interna por SERVIÇO > III - PROCESSOS INTERNOS 20% | | | |
| CI - A6. Percentagem de doentes sinalizados para FNCG em tempo adequado, no total de doentes saídos | 10,0% | 5,0% | 0,0% |
| CI - B9. Percentagem de doentes saídos com duração de internamento acima do limiar máximo | 10,0% | 0,0% | 0,0% |
| % cesarianas | 0,0% | 0,0% | 15,0% |
| Nº de Doentes Saídos | 30,0% | 15,0% | 15,0% |
| Demora média doentes saídos | 30,0% | 20,0% | 20,0% |
| % de cirurgia de ambulatório | 0,0% | 30,0% | 30,0% |
| Nº intervenções programadas | 0,0% | 20,0% | 10,0% |
| Total de Consultas Externas | 20,0% | 10,0% | 10,0% |
| | 100,0% | 100,0% | 100,0% |
| Contratualização Interna por SERVIÇO > IV - APRENDIZAGEM E CRESCIMENTO 10% | | | |
| Nº reuniões do Serviço Registadas Multiprofissionais | 30,0% | 30,0% | 30,0% |
| Nº profissionais envolvidos em projectos de investigação aprovados | 10,0% | 10,0% | 10,0% |
| Nº profissionais envolvidos em programas de formação no Centro de Formação | 10,0% | 10,0% | 10,0% |
| Nº profissionais envolvidos em programas de Formação em Controlo de Infecção | 10,0% | 10,0% | 10,0% |
| Nº de auditorias registadas | 20,0% | 20,0% | 20,0% |
| Nº de sessões dinâmicas | 20,0% | 20,0% | 20,0% |
| | 100,0% | 100,0% | 100,0% |

Anexo VII- Balanced Scorecard Global do HGO

| Indicadores HGO | | | |
|--|--------------|-----------------|-------------|
| CONTRATUALIZAÇÃO INTERNA POR SERVIÇO > I - UTENTES /CLIENTES > Utentes / Clientes - Indicadores | | | |
| INDICADORES | 1 a 12/ 2013 | META ANUAL 2014 | OBSERVAÇÕES |
| CI - A1. % de Primeiras Consultas | | | |
| CI - A2. Percentagem de utentes referenciados para consulta externa em tempo adequado, CTH | | | |
| CI - A3. Peso das consultas externas médicas com registo de alta no total de consultas externas | | | |
| CI - A4. Percentagem de doentes cirúrgicos tratados em tempo adequado | | | |
| CI - B2. % de Reinternamentos aos 30 dias pela mesma causa | | | |
| CI - D1.Tempo Médio de Espera para Cirurgia | | | |
| Satisfação Global dos utentes - (1-10) | | | |
| Nº de utentes em lista de espera para exames | | | |
| Tempo Máximo de espera para a realização de exames | | | |
| Nº de Reclamações | | | |
| CONTRATUALIZAÇÃO INTERNA POR SERVIÇO > II - ECONÓMICO-FINANÇEIROS | | | |
| INDICADORES | 1 a 12/ 2013 | META ANUAL | OBSERVAÇÕES |
| CI - Custos com Pessoal | | | |
| CI - Custos com Pessoal ajustados | | | |
| Custos com Consumos Farmacêuticos | | | |
| Custos com Material de Consumo Clínico | | | |
| Custos com transportes | | | |
| CI - Custos com Subcontratos | | | |
| CI - Custos com Fornecimentos e Serviços (I,II,III) | | | |
| CI - D.4 Custos com MCDT's solicitados ao exterior | | | |
| Valor (port) total exames pedidos e realizados, externa e internamente por Serviço Requistante | | | |
| CONTRATUALIZAÇÃO INTERNA POR SERVIÇO > III - PROCESSOS INTERNOS > Processos Internos - Indicadores > Outras Áreas | | | |
| INDICADORES | 1 a 12/ 2013 | META ANUAL | OBSERVAÇÕES |
| CI - A5. Permilagem de doentes sinalizados para RNCCI em tempo adequado, no total de doentes saídos | | | |
| CI - B1. Demora Média | | | |
| CI - B3. Percentagem de doentes saídos com duração de internamento acima do limiar máximo | | | |
| CI - B4. Percentagem de Partos por Cesariana | | | |
| CI - B5 Percentagem de cirurgias realizadas em ambulatório no total de cirurgias programadas (GDH) - para procedimentos ambulatorizáveis | | | |
| CI - B6. Percentagem de consumo de embalagens medicamentos genéricos, no total de embalagens de medicamentos | | | |
| Nº de Doentes Saídos do hospital | | | |
| Demora média doentes saídos | | | |
| Nº de Primeiras Consultas Médicas | | | |
| Nº de Consultas Médicas Subsequentes | | | |
| Total de Consultas Externas | | | |
| Nº Consultas Médicas internas | | | |
| CI - Taxa de Mortalidade | | | |
| Taxa de adesão ao programa de higiene das mãos | | | |
| Nº de Intervenções Convencionais | | | |
| Nº de Intervenções em Ambulatório | | | |
| Nº de Intervenções Programadas | | | |
| Nº de Intervenções Urgentes | | | |
| Taxa bruta de ambulotorização | | | |
| Nº de Episódios de Urgência geral | | | |
| Nº de Episódios de Urgência de Ginecologia | | | |
| Nº de Episódios de Urgência de Obstetricia | | | |
| Nº de Episódios de Urgência de Pediatria | | | |
| Nº Actos Anestésicos | | | |
| Sessões de Hospital de Dia | | | |
| Sessões de Hospitais de Dia Hematologia | | | |
| Sessões de Hospitais de Dia Oncologia | | | |
| Sessões de Hospitais de Dia Imunohemoterapia | | | |
| Sessões de Hospitais de Dia da Dor | | | |
| Nº total de Partos | | | |
| Nº de Partos por Cesariana | | | |

Análise da implementação da ferramenta Balanced Scorecard num Hospital EPE

| CONTRATUALIZAÇÃO INTERNA POR SERVIÇO > III - PROCESSOS INTERNOS > Processos Internos - Indicadores > MCDT | | | |
|---|--------------|------------|-------------|
| INDICADORES | 1 a 12/ 2013 | META ANUAL | OBSERVAÇÕES |
| 1 QTD simples de exames realizados internamente | | | |
| 1 QTD ponderada de exames realizados internamente | | | |
| 1 QTD simples de análises realizadas internamente | | | |
| 1 QTD ponderada de análises realizadas internamente | | | |
| 1 QTD simples de exames realizados externamente | | | |
| 1 QTD ponderada de exames realizados externamente | | | |
| 1 QTD simples de análises realizadas externamente | | | |
| 1 QTD ponderada de análises realizadas externamente | | | |
| CONTRATUALIZAÇÃO INTERNA POR SERVIÇO > III - PROCESSOS INTERNOS > Processos Internos - Indicadores > Enfermagem | | | |
| INDICADORES | 1 a 12/ 2013 | META ANUAL | OBSERVAÇÕES |
| 1 Taxa Incidência Úlcera de Pressão | | | |
| 1 Taxa Prevalência da Úlcera de Pressão | | | |
| 1 Taxa de Efectividade Diagnóstica do Risco de Úlcera de Pressão | | | |
| 1 Taxa Incidência Queda | | | |
| 1 Taxa de Efectividade Diagnóstica do Risco de Queda | | | |
| CONTRATUALIZAÇÃO INTERNA POR SERVIÇO > III - PROCESSOS INTERNOS > Processos Internos - Indicadores > IA SIST | | | |
| INDICADORES | 1 a 12/ 2013 | META ANUAL | OBSERVAÇÕES |
| 1 Índice de Mortalidade Ajustado por Risco | | | |
| 1 Taxa Bruta de Complicações | | | |
| 1 Índice de Complicações Ajustado por Risco | | | |
| CONTRATUALIZAÇÃO INTERNA POR SERVIÇO > IV - APRENDIZAGEM E CRESCIMENTO | | | |
| INDICADORES | 1 a 12/ 2013 | META ANUAL | OBSERVAÇÕES |
| 1 N° reuniões do Serviço Registadas Multiprofissionais | | | |
| 1 N° profissionais envolvidos em projectos de investigação aprovados | | | |
| 1 N° de profissionais envolvidos em programas de formação no Centro de Formação | | | |
| 1 N° profissionais envolvidos em programas de Formação em Controlo de Infecção | | | |
| 1 N° de auditorias registadas | | | |
| 1 N° de sessões clínicas | | | |
| 1 N° de apresentações em reuniões científicas (ex: congressos, jornadas) | | | |
| 1 N° de protocolos clínicos realizados | | | |

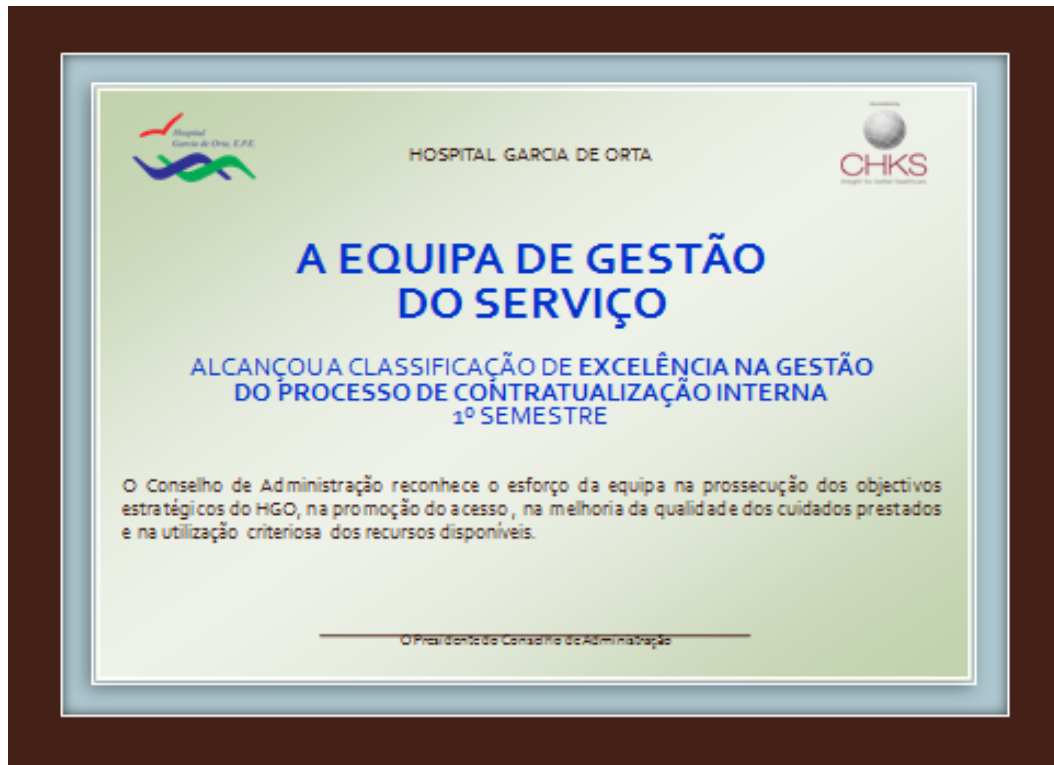
Análise da implementação da ferramenta Balanced Scorecard num Hospital EPE
Anexo VIII- Balanced Scorecard do Serviço A

| Indicadores Serviço A | | | | | | | | |
|--|--------------|---------------|----------------|------------|--------------------------|-------------------------------|------------|-------------|
| CONTRATUALIZAÇÃO INTERNA POR SERVIÇO > I - UTENTES / CLIENTES > Utentes / Clientes - Indicadores | | | | | | | | |
| INDICADORES | 1 a 12/2012 | 1 a 12/2013 | VARIAÇÃO ACUM. | MEFA ACUM. | VAR. VALOR M EFA (ACUM.) | DF. DO ACUMULADO PARA A M EFA | MEFA ANUAL | PENALIZAÇÃO |
| CI-A1. % de Primeiras Consultas | 92,86 % | 97,44 % | + 4,58 % | 99,00 | -1,58 % | -1,56 % | 99,00 | |
| Satisfação Global dos utentes - (1-10) | 9,06 U | | | 8,00 | 13,25 % | 1,06 U | 8,00 | |
| Satisfação dos utentes relativa a organização do serviço (1-10) | | 9,14 U | | 8,00 | 14,25 % | 1,14 U | 8,00 | |
| Satisfação dos utentes relativa ao atendimento administrativo | | 95,95 % | | 75,00 | 27,93 % | 20,95 % | 75,00 | |
| Nº de utentes em lista de espera de exame | | 13,00 U | | 12,00 | 8,33 % | 1,00 U | 12,00 | |
| Tempo Máximo de espera para a realização de exames | | 64,00 D | | 30,00 | 113,33 % | 34,00 D | 30,00 | |
| Numero de exames reagendados | | 94,00 U | | 150,00 | -37,33 % | -56,00 U | 150,00 | |
| Nº de Reclamações | | 1,00 UN | | 6,00 | -83,33 % | -5,00 UN | 6,00 | |
| CONTRATUALIZAÇÃO INTERNA POR SERVIÇO > II - ECONÓMICO-FINANCEIROS | | | | | | | | |
| INDICADORES | 1 a 12/2012 | 1 a 12/2013 | VARIAÇÃO ACUM. | MEFA ACUM. | VAR. VALOR M EFA (ACUM.) | DF. DO ACUMULADO PARA A M EFA | MEFA ANUAL | PENALIZAÇÃO |
| CI - Custos com Pessoal | 402.519,88 | 451.712,76 | + 12,22 % | 410.570,28 | 10,02 % | 41.142,48 | 410.570,28 | |
| CI - Custos com Pessoal ajustados | 402.519,88 | 456.103,69 | + 13,31 % | 410.570,28 | 11,09 % | 45.533,41 | 410.570,28 | |
| Custos com Consumos Farmacêuticos | 181.957,52 | 170.868,64 | - 6,09 % | 171.040,07 | -0,10 % | -171,43 | 171.040,07 | |
| Custos com Material de Consumo Clínico | 6.954,38 | 5.487,95 | - 21,09 % | 6.398,03 | -14,22 % | -910,08 | 6.398,03 | |
| Custos com transportes | | | | | | | | |
| Custos com Alimentação | 308,00 | | | 299,00 | | | 299,00 | |
| CONTRATUALIZAÇÃO INTERNA POR SERVIÇO > III - ECONÓMICO-FINANCEIROS | | | | | | | | |
| INDICADORES | 1 a 12/2012 | 1 a 12/2013 | VARIAÇÃO ACUM. | MEFA ACUM. | VAR. VALOR M EFA (ACUM.) | DF. DO ACUMULADO PARA A M EFA | MEFA ANUAL | PENALIZAÇÃO |
| CI - Custos com Subcontratos | | 34.650,00 | | | | | | |
| CI - Custos com Fomento de Serviços (LUIII) | | 19.033,41 | | | | | | |
| CI-D Custos com MCDT's solicitados ao exterior | 144.500,00 | 34.650,00 | - 76,02 % | 140.165,00 | -75,28 % | -105.515,00 | 140.165,00 | |
| Valor (por) total exames pedidos e realizados, interna e internamente por Serviço Requisitante | 2.131,50 | 7.361,87 | + 245,38 % | | | | | |
| CONTRATUALIZAÇÃO INTERNA POR SERVIÇO > III - PROCESSOS INTERNOS > Processos Internos - Indicadores > Outras Áreas | | | | | | | | |
| INDICADORES | 1 a 12/2012 | 1 a 12/2013 | VARIAÇÃO ACUM. | MEFA ACUM. | VAR. VALOR M EFA (ACUM.) | DF. DO ACUMULADO PARA A M EFA | MEFA ANUAL | PENALIZAÇÃO |
| Nº de Primeiras Consultas Médicas | 39,00 UN | 38,00 UN | - 2,56 % | 40,00 | -5,00 % | -2,00 UN | 40,00 | |
| Nº de Consultas Médicas Subsequentes | 3,00 UN | 1,00 UN | - 66,67 % | 0,00 | | 1,00 UN | 0,00 | |
| Total de Consultas Externas | 42,00 UN | 39,00 UN | - 7,14 % | 40,00 | -2,50 % | -1,00 UN | 40,00 | |
| Nº Consultas Médicas Internas | | 0,00 UN | | | | | | |
| CONTRATUALIZAÇÃO INTERNA POR SERVIÇO > III - PROCESSOS INTERNOS > Processos Internos - Indicadores > MCDT - Serviço Produtor > Produção Global | | | | | | | | |
| INDICADORES | 1 a 12/2012 | 1 a 12/2013 | VARIAÇÃO ACUM. | MEFA ACUM. | VAR. VALOR M EFA (ACUM.) | DF. DO ACUMULADO PARA A M EFA | MEFA ANUAL | PENALIZAÇÃO |
| Nº de Exames Realizados | 4.197,00 UN | 3.992,00 UN | - 4,88 % | 3.777,00 | 5,69 % | 215,00 UN | 3.777,00 | |
| QTD Ponderada de Exames Realizados | 64.063,90 UN | 101.599,10 UN | + 58,54 % | | | | | |
| Valor (portaria) de Exames Realizados | 455.393,20 | 620.874,00 | + 36,34 % | | | | | |
| Total de Exames Realizados com Origem Interna | 3.812,00 UN | 3.757,00 UN | - 1,44 % | 3.431,00 | 9,50 % | 326,00 UN | 3.431,00 | |
| Total de Exames Realizados para o Módulo de Internamento | 835,00 UN | 885,00 UN | + 5,99 % | 752,00 | 17,69 % | 133,00 UN | 752,00 | |
| Total de Exames Realizados para a População Pediátrica (< 15 Anos) | 263,00 UN | 222,00 UN | - 18,25 % | 220,00 | 0,91 % | 2,00 UN | 220,00 | |
| Total de Exames Realizados com Origem no Exterior | 385,00 UN | 235,00 UN | - 38,96 % | 200,00 | 17,50 % | 35,00 UN | 200,00 | |
| Nº Exames pedidos e realizados no exterior | | 70,00 UN | | | | | | |
| Demora média de agendamento para ambulatório | | 13,59 D | | 30,00 | -54,70 % | -16,41 D | 30,00 | |
| Demora média de agendamento para Internamento | | 2,48 D | | 5,00 | -50,40 % | -2,52 D | 5,00 | |
| Demora média de emissão de relatório clínico para 2013 (ano n) | | 7,65 D | | 15,00 | -49,00 % | -7,35 D | 15,00 | |
| Demora média da emissão de relatório clínico para Internamento | | 1,19 D | | 3,00 | -60,33 % | -1,81 D | 3,00 | |
| CONTRATUALIZAÇÃO INTERNA POR SERVIÇO > III - PROCESSOS INTERNOS > Processos Internos - Indicadores > MCDT - Serviço Produtor > MCD - Exames Diagnóstico | | | | | | | | |
| INDICADORES | 1 a 12/2012 | 1 a 12/2013 | VARIAÇÃO ACUM. | MEFA ACUM. | VAR. VALOR M EFA (ACUM.) | DF. DO ACUMULADO PARA A M EFA | MEFA ANUAL | PENALIZAÇÃO |
| Nº de Imagens suplementares | 474,00 UN | 485,00 UN | + 2,32 % | 427,00 | 13,58 % | 58,00 UN | 427,00 | |
| Nº de cirurgias Radioguiadas | 103,00 UN | 122,00 UN | + 18,45 % | 93,00 | 31,18 % | 29,00 UN | 93,00 | |
| CONTRATUALIZAÇÃO INTERNA POR SERVIÇO > III - PROCESSOS INTERNOS > Processos Internos - Indicadores > MCDT - Serviço Produtor > MCT - Exames Terapêuticos | | | | | | | | |
| INDICADORES | 1 a 12/2012 | 1 a 12/2013 | VARIAÇÃO ACUM. | MEFA ACUM. | VAR. VALOR M EFA (ACUM.) | DF. DO ACUMULADO PARA A M EFA | MEFA ANUAL | PENALIZAÇÃO |
| Nº de terapêuticas administradas | 51,00 UN | 47,00 UN | - 7,84 % | 46,00 | 2,17 % | 1,00 UN | 46,00 | |
| CONTRATUALIZAÇÃO INTERNA POR SERVIÇO > III - PROCESSOS INTERNOS > Processos Internos - Indicadores > MCDT - Exames - Serv.Requisitante | | | | | | | | |
| INDICADORES | 1 a 12/2012 | 1 a 12/2013 | VARIAÇÃO ACUM. | MEFA ACUM. | VAR. VALOR M EFA (ACUM.) | DF. DO ACUMULADO PARA A M EFA | MEFA ANUAL | PENALIZAÇÃO |
| QTD e Imples de exames realizados internamente - Serviço Requisitante | | | | | | | | |
| QTD ponderada de exames realizados internamente - Serviço Requisitante | 328,10 UN | 1.168,00 UN | + 259,99 % | | | | | |
| Valor (portaria) de exames realizados internamente - Serviço Requisitante | 2.131,50 | 6.413,32 | + 200,88 % | | | | | |
| QTD simples de exames realizados no exterior - Serviço Requisitante | | | | | | | | |
| QTD ponderada de exames realizados no exterior - Serviço Requisitante | | | | | | | | |
| Valor (portaria) de exames realizados no exterior - Serviço Requisitante | | | | | | | | |
| CONTRATUALIZAÇÃO INTERNA POR SERVIÇO > III - PROCESSOS INTERNOS > Processos Internos - Indicadores > MCDT - Análises - Serv. Requisitante | | | | | | | | |
| INDICADORES | 1 a 12/2012 | 1 a 12/2013 | VARIAÇÃO ACUM. | MEFA ACUM. | VAR. VALOR M EFA (ACUM.) | DF. DO ACUMULADO PARA A M EFA | MEFA ANUAL | PENALIZAÇÃO |
| QTD e Imples de análises realizadas internamente - Serviço Requisitante | 40,00 UN | 2,00 UN | - 95,00 % | | | | | |
| QTD ponderada de análises realizadas internamente - Serviço Requisitante | 30,00 UN | 1,40 UN | - 95,33 % | | | | | |
| Valor (portaria) de análises realizadas internamente - Serviço Requisitante | 209,45 | 18,90 | - 90,98 % | | | | | |
| Valor (portaria) de análises realizadas internamente - Serviço Requisitante | | | | | | | | |
| Valor (portaria) de análises pedidos e realizados - Serviço Requisitante | 209,45 | 60,50 | - 71,11 % | | | | | |
| CONTRATUALIZAÇÃO INTERNA POR SERVIÇO > IV - APRENDIZAGEM E CRESCIMENTO | | | | | | | | |
| INDICADORES | 1 a 12/2012 | 1 a 12/2013 | VARIAÇÃO ACUM. | MEFA ACUM. | VAR. VALOR M EFA (ACUM.) | DF. DO ACUMULADO PARA A M EFA | MEFA ANUAL | PENALIZAÇÃO |
| Nº reuniões do Serviço Registadas Multiprofissionais | | 4,00 UN | | 2,00 | 100,00 % | 2,00 UN | 2,00 | |
| Nº profissionais envolvidos em projectos de Investigação aprovados | | 2,00 UN | | 2,00 | 0,00 % | 0,00 UN | 2,00 | |
| Nº de profissionais envolvidos em programas de formação no Centro de Formação | | 16,00 UN | | 10,00 | 60,00 % | 6,00 UN | 10,00 | |
| Nº de profissionais envolvidos em programas de Formação em Controlo de Infecção | | 18,00 UN | | 17,00 | 5,88 % | 1,00 UN | 17,00 | |
| Nº de auditorias registadas | | 4,00 UN | | 5,00 | -20,00 % | -1,00 UN | 5,00 | |
| Nº de sessões clínicas | | 41,00 UN | | 24,00 | 70,83 % | 17,00 UN | 24,00 | |
| Nº de apresentações em reuniões científicas (ex: congressos, jornadas) | | 16,00 UN | | | | | | |
| Taxa de repetição de exames | | | | | | | | |

Anexo IX- Balanced Scorecard do Serviço B

| Indicadores | | | | | | | |
|--|-------------|-------------|----------------|------------|-------------------------|------------------------------|-----------------|
| Serviço B | | | | | | | |
| Contratualização Intema por SERVIÇO > I - UTENTES /CLIENTES > U tentes / C ientes - Indicadores | | | | | | | |
| INDICADORES | 1 a 12/2012 | 1 a 12/2013 | VARIAÇÃO ACUM. | META ACUM. | VAR. VALOR META (ACUM.) | DF. DO ACUMULADO PARA A META | META 2014 ANUAL |
| CI - A1. % de Primeiras Consultas | | | % | | | | % |
| CI - A2. Percentagem de utentes re-freenciados para consulta externa em tempo adequado, CTH | | | % | | | | % |
| CI - A3. Peso das consultas externas médicas com registo de alta no total de consultas externas | | | % | | | | % |
| CI - B2. % de Rein ternamentos aos 30 dias pela mesma causa | | | U N | | | | U N |
| Nº de Redamações | | | U N | | | | U N |
| Contratualização Intema por SERVIÇO > II - E CONÓMICO-FINANCEIRO S | | | | | | | |
| INDICADORES | 1 a 12/2012 | 1 a 12/2013 | VARIAÇÃO ACUM. | META ACUM. | VAR. VALOR META (ACUM.) | DF. DO ACUMULADO PARA A META | META 2014 ANUAL |
| CI - Custos com Pessoal | | | | | | | |
| CI - Custos com Pessoal ajustados | | | | | | | |
| Custos com Consumos Farmacêuticos | | | | | | | |
| Custos com Material de Consumo Clínico | | | | | | | |
| Custos com transportes | | U N | | | | | U N |
| Custos com Alimentação | | | | | | | |
| CI - D.4 Custos com MCDT's solicitados ao exterior | | | | | | | |
| Contratualização Intema por SERVIÇO > III - PROCESSOS INTERNOS > Processos Internos - Indicadores > Outras Áreas | | | | | | | |
| INDICADORES | 1 a 12/2012 | 1 a 12/2013 | VARIAÇÃO ACUM. | META ACUM. | VAR. VALOR META (ACUM.) | DF. DO ACUMULADO PARA A META | META 2014 ANUAL |
| CI - A6. Permiagem de doentes sinalizados para RNCCI em tempo adequado, no total de doentes | | | | | | | |
| CI - B1. Demora Média | | | | | | | |
| CI - B3. Percentagem de doentes saídos com duração de internamento acima do limiar máximo | | | | | | | |
| Nº de Doentes Saídos do hospital | | | | | | | |
| Demora média doentes saídos | | | | | | | |
| Nº de Primeiras Consultas Médicas | | | | | | | |
| Nº de Consultas Médicas Subsequentes | | | | | | | |
| Total de Consultas Externas | | | | | | | |
| CI - Taxa de Mortalidade | | | | | | | |
| Taxa de Prevalência de infeção | | | | | | | |
| Taxa de adesão ao programa de higiene das mãos | | | | | | | |
| Sessões de Hospital de Dia | | | | | | | |
| Contratualização Intema por SERVIÇO > III - PROCESSOS INTERNOS > Processos Internos - Indicadores > MCDT - Serviço Produtor | | | | | | | |
| INDICADORES | 1 a 12/2012 | 1 a 12/2013 | VARIAÇÃO ACUM. | META ACUM. | VAR. VALOR META (ACUM.) | DF. DO ACUMULADO PARA A META | META 2014 ANUAL |
| Nº de Exames Realizados - SERVIÇO PRODUTOR: Psiquiatria | | | | | | | |
| Contratualização Intema por SERVIÇO > III - PROCESSOS INTERNOS > Processos Internos - Indicadores > MCDT - Exames - Serv.Requisitante | | | | | | | |
| INDICADORES | 1 a 12/2012 | 1 a 12/2013 | VARIAÇÃO ACUM. | META ACUM. | VAR. VALOR META (ACUM.) | DF. DO ACUMULADO PARA A META | META 2014 ANUAL |
| QTD's implés de exames realizados internamente - Serviço Requisitante | | | | | | | |
| QTD ponderada de exames realizados internamente - Serviço Requisitante | | | | | | | |
| Valor (portaria) de exames realizados internamente - Serviço Requisitante | | | | | | | |
| QTD ponderada de exames realizados no exterior - Serviço Requisitante | | | | | | | |
| Valor (portaria) de exames realizados no exterior - Serviço Requisitante | | | | | | | |
| Valor (port) total exames pedidos e realizados, externa e internamente por Serviço Requisitante | | | | | | | |
| Contratualização Intema por SERVIÇO > III - PROCESSOS INTERNOS > Processos Internos - Indicadores > MCDT - Análises - Serv. Requisitante | | | | | | | |
| INDICADORES | 1 a 12/2012 | 1 a 12/2013 | VARIAÇÃO ACUM. | META ACUM. | VAR. VALOR META (ACUM.) | DF. DO ACUMULADO PARA A META | META 2014 ANUAL |
| QTD's implés de análises realizadas internamente - Serviço Requisitante | | | | | | | |
| QTD ponderada de análises realizadas internamente - Serviço Requisitante | | | | | | | |
| Valor (portaria) de análises realizadas internamente - Serviço Requisitante | | | | | | | |
| Valor (portaria) de análises realizadas externamente - Serviço Requisitante | | | | | | | |
| Valor (portaria) de análises pedidas e realizadas - Serviço Requisitante | | | | | | | |
| Contratualização Intema por SERVIÇO > III - PROCESSOS INTERNOS > Processos Internos - Indicadores > Enfermagem | | | | | | | |
| INDICADORES | 1 a 12/2012 | 1 a 12/2013 | VARIAÇÃO ACUM. | META ACUM. | VAR. VALOR META (ACUM.) | DF. DO ACUMULADO PARA A META | META 2014 ANUAL |
| Taxa Inodência Úlcera de Pressão | | | | | | | |
| Taxa Prevalência da Úlcera de Pressão | | | | | | | |
| Taxa de Efectividade Diagnóstica do Risco de Úlcera de Pressão | | | | | | | |
| Taxa Inodência Queda | | | | | | | |
| Taxa de Efectividade Diagnóstica do Risco de Queda | | | | | | | |
| Contratualização Intema por SERVIÇO > III - PROCESSOS INTERNOS > Processos Internos - Indicadores > IASIST | | | | | | | |
| INDICADORES | 1 a 12/2012 | 1 a 12/2013 | VARIAÇÃO ACUM. | META ACUM. | VAR. VALOR META (ACUM.) | DF. DO ACUMULADO PARA A META | META 2014 ANUAL |
| Índice de Mortalidade Ajustado por Risco | | | | | | | |
| Taxa Bruta de Complicações | | | | | | | |
| Índice de Complicações Ajustado por Risco | | | | | | | |
| Contratualização Intema por SERVIÇO > IV - APRENDIZAGEM E CRESCIMENTO | | | | | | | |
| INDICADORES | 1 a 12/2012 | 1 a 12/2013 | VARIAÇÃO ACUM. | META ACUM. | VAR. VALOR META (ACUM.) | DF. DO ACUMULADO PARA A META | META 2014 ANUAL |
| Nº reuniões do Serviço Registadas Multidisciplinares | | | | | | | |
| Nº profissionais envolvidos em projectos de investigação aprovados | | | | | | | |
| Nº de profissionais envolvidos em programas de formação no Centro de Formação | | | | | | | |
| Nº profissionais envolvidos em programas de Formação em Controlo de Infeção | | | | | | | |
| Nº de auditorias registadas | | | | | | | |
| Nº de sessões científicas | | | | | | | |
| Nº de Sessões Formativas Multidisciplinares | | | | | | | |
| Nº de apresentações em reuniões científicas (ex: congressos, simpos) | | | | | | | |

Anexo X- Diploma de Excelência



Anexo XI- Guião de Entrevista a realizar no Hospital Garcia da Orta no âmbito do projecto final do Mestrado em Gestão dirigido à responsável do Planeamento e Controlo de Gestão

Protocolo da entrevista

- Apresentação do objecto de estudo
- Solicitar autorização para gravação da entrevista.
- Garantir o anonimato do entrevistado em caso de pedido do entrevistado

Dados do Entrevistado

Nome do Entrevistado:

Data: 27/02/2014

Início (hora): 17h

Fim (hora): 18h

Informações a obter sobre o processo de implementação:

- 1) Quando começou a construção e implementação do BSC?
- 2) Quanto tempo durou a implementação?
- 3) Quem teve a iniciativa?
- 4) Como reagiram os colaboradores à introdução deste instrumento de gestão?
- 5) Tem-se verificado presentemente resistência na utilização do BSC por parte dos colaboradores?
- 6) Como foi desenhado e implementado o BSC?
- 7) Quais foram as razões que levaram à adopção deste instrumento de gestão?
- 8) Considera o BSC um instrumento de fácil implementação?
- 9) Que decisões são tomadas através do BSC?
- 10) Como funciona o BSC?
- 11) Em que serviços foi implementado?
- 12) Que dificuldades e obstáculos foram detectados na implementação?
- 13) A estratégia da organização está ajustada à sua missão e objectivos? É comunicada ao longo da sua estrutura hierárquica?
- 14) Julga que o BSC funciona como uma ferramenta eficaz de medição e gestão estratégica nesta organização?
- 15) Esta ferramenta facilita a comunicação e assimilação da estratégia organizacional por toda a organização?
- 16) Como foi concebido o mapa estratégico? Encontraram alguma dificuldade na execução do mapa estratégico e para estabelecer um equilíbrio entre os indicadores de todas as perspectivas?
- 17) O BSC utilizado contém os indicadores necessários e adequados a uma efectiva gestão da performance organizacional?
- 18) Os indicadores seleccionados estão relacionados com a estratégia, e permitem acompanhar e avaliar a execução das metas estratégicas?
- 19) Existe no hospital algum software de gestão que permite efectuar a monitorização do BSC?
- 20) Considera que o uso do BSC permitiu melhorias no desempenho organizacional?
- 21) Quais foram os benefícios/factores de sucesso que derivaram da aplicação do BSC?

22) Quais são as principais diferenças que detecta na organização decorrentes da implementação do BSC, ou seja, quais foram os impactos?

23) Qual foi o contributo do BSC para a gestão do Hospital?

Anexo XII-Guião de Entrevista a realizar no Hospital Garcia da Orta no âmbito do projecto final do Mestrado em Gestão

Protocolo da entrevista

- Apresentação do objecto de estudo
- Solicitar autorização para gravação da entrevista.
- Garantir o anonimato do entrevistado em caso de pedido do entrevistado

Dados do Entrevistado

Nome do Entrevistado:

Data:

Início (hora):

Fim (hora):

Informações a obter sobre o processo de implementação:

- 1) Como foi desenhado e implementado o BSC?
- 2) Como funciona o BSC?
- 3) Considera o BSC um instrumento de fácil implementação?
- 4) Quais foram as razões que levaram à adopção deste instrumento de gestão?
- 5) Que decisões são tomadas através do BSC?
- 6) Como reagiu à introdução deste instrumento de gestão? E os restantes colaboradores?
- 7) Tem-se verificado presentemente resistência na utilização do BSC por parte dos colaboradores?
- 8) Que dificuldades e obstáculos foram detectados na implementação?
- 9) Julga que o BSC funciona como uma ferramenta eficaz de medição e gestão estratégica nesta organização?
- 10) Esta ferramenta facilita a comunicação e assimilação da estratégia organizacional por toda a organização?
- 11) Como foi concebido o mapa estratégico? Encontraram alguma dificuldade na execução do mapa estratégico e para estabelecer um equilíbrio entre os indicadores de todas as perspectivas?

- 12) O BSC utilizado contém os indicadores necessários e adequados a uma efectiva gestão da performance organizacional?
- 13) Considera que o uso do BSC permitiu melhorias no desempenho organizacional?
- 14) Quais foram os benefícios/factores de sucesso que derivaram da aplicação do BSC?
- 15) Quais são as principais diferenças que detecta na organização decorrentes da implementação do BSC, ou seja, quais foram os impactos?
- 16) Qual foi o contributo do BSC para a gestão do Hospital?

Anexo XIII- Entrevistas transcritas

1º Entrevistado - Administradora Hospitalar Alexandra Santos

1. O BSC foi implementado através de reuniões que o Conselho de Administração teve connosco, não só para darmos o nosso feedback mas também decidir o que era estratégico, afinando os objectivos de forma a estar tudo em consonância.
2. Com o uso do software First Target (primeiro alvo), consigo ver o Contrato-Programa do Hospital e a Contratualização Interna dos serviços. Indo ao BSC do serviço de psiquiatria (exº) pelo qual sou responsável, tenho as quatro perspectivas: Utentes, Económicos, Processos Internos e Aprendizagem (direccionada para a qualidade) e os indicadores auxiliares para monitorizar o serviço. Definimos metas que queremos atingir até ao final do ano, verificamos se os indicadores estão acima ou abaixo, sendo o papel do gestor perceber o que está a acontecer, o porquê dos desvios, não ao final do ano, mas de forma mensal, trimestral, sendo por isso avaliado diariamente. Senti durante anos que para ter uma coisa tinha que ir a várias aplicações informáticas, ou seja, não tinha uma única aplicação que visse como o meu serviço está, as razões de alguns indicadores estarem a falhar, etc. Com o BSC, tenho a actividade dos anos anteriores do hospital (comportamento), a variação, as metas, e como estou em relação à meta. Quando os serviços atingem os 100% ou acima, apresentam desempenho excelente.
3. Considero, porque é muito adaptável, realista, foi bem pensado e é bastante adaptável à realidade empresarial.
4. O Presidente achou este instrumento muito completo, que focava as quatro vertentes, e por ser bastante adaptável.

5. São muitas. Monitoriza e tomamos várias decisões estratégicas tais como investir numa coisa em vez de outra, para justificar a necessidade de mais um recurso humano, etc. pois existem n decisões estratégicas. Por exemplo, eu olhei para o BSC de Janeiro e vi que os meus custos com farmácia tinham disparado, e depois vi que me estava a ser imputado um medicamento que não era do meu serviço.
6. Reagi bem, já o conhecia bem. Os restantes colaboradores também, porque acabam por ver o panorama todo e o que lhes é pedido, sendo por isso bem recebido nos serviços pelo qual sou responsável.
7. Nos meus serviços não.
8. O desconhecimento e desconfiança por parte dos profissionais de saúde de alguns instrumentos de gestão. Foi aquilo que eu chamo de “velho do restelo”, porque aos portugueses tudo o que é diferente, acham desconfiança. Passado um mês, houve logo boa aceitação e já estão entusiasmadas tendo agora já todos os indicadores definidos do meu serviço. Um exemplo: o BSC tem uma componente muito grande no utente e eles no princípio, associaram este instrumento de gestão a dinheiro mas quando lhes mostramos que estávamos a avaliar vários aspectos e não era só os aspectos económico-financeiros, caiu por terra essas desconfianças.
9. Sim porque conseguimos ter os nossos objectivos alinhados e ajustados com aquilo que é a estratégia do hospital. O nosso objectivo tem que contribuir de alguma forma com o objectivo do hospital.
10. Sim porque quando pomos as coisas no BSC, nós explicamos o porquê e o que é que o hospital precisa, ou seja muita da nossa linguagem é: estes são os objectivos do serviço, mas em que medida é que isto contribui para um objectivo global.
11. Não foi concebido.
12. Sim e também podem acrescentar outros.
13. Sim, por duas razões: passou a ser visível na casa toda como é que cada um está e portanto já não podem dizer que não há informação, não sabe o que é pedido e como é que estão. Outra é a partir do momento em que temos os rankings dos serviços, estamos a premiar pela positiva e os outros ficam motivados para serem premiados também. O BSC é bom a nível hospitalar porque interliga as quatro dinâmicas, e elas não são estanques entre si.
14. Melhorou a comunicação e a linguagem organizacional dos serviços, porque passámos a falar a mesma linguagem. Temos serviços mais eficientes e eficazes, e no fundo melhor qualidade.
15. A principal diferença é haver o conhecimento das coisas, o explicar, estar tudo alinhado, ter uma óptima comunicação, ou seja, sabe-se a estratégia do hospital, os serviços sabem o que lhes é pedido estando tudo alinhado. Enquanto que antes a maior parte dos

colaboradores não tinham conhecimento das coisas, agora tudo está a mudar. As pessoas passaram a ser responsabilizadas e a ter que prestar contas porque é que não atingiram aqueles objectivos a que se propuseram. Antes não havia esta cultura de gestão, pois faziam-se planos de acção, em que os objectivos eram sempre os mesmos.

16. Foi enorme porque “arrumou as coisas” de uma forma que todas as pessoas percebam, ajudou a dar corpo à estratégia e ajudou a posicionar os vários campos. Ajudou a saber qual era a estratégia do hospital com as várias dinâmicas, como é que elas se interligam umas com as outras. É uma ferramenta que focaliza tudo, que foi utilizada de forma inteligente, e é bastante útil, não sendo redutora como o TDB, pois é bastante abrangente. Para além da monitorização constante, passámos todos a usar a mesma linguagem, a comunicar de uma forma muito mais clara não descurando nenhuma faceta essencial.

2º Entrevistado - Administrador Hospitalar António Martins

1. Começou há cerca de 2 anos, e era feito manualmente em Excel e resultou da reunião de todos os administradores, em sequência dum estratégia do conselho e administração, ou seja, o Conselho definiu a forma que iríamos ter para monitorizar os serviços e para validar o cumprimento dos objectivos utilizaríamos a metodologia do BSC, e como tal foi definido o Plano estratégico do Hospital, tendo sido definidos cinco vectores e com base nestes vectores foram criados os indicadores do BSC. A lógica foi ter uma ferramenta que nos ajudasse a monitorizar da actividade, e acaba por ser um documento dinâmico, porque em termos de acessibilidade é uma ferramenta que está online para todos através do Intranet e a produção é monitorizada diariamente dum forma acessível, e existe cada vez mais interesse pela gestão por parte dos serviços, faltando apenas ser implementado o BSC em 10 serviços num total de 50 serviços.
2. É uma ferramenta Web, um software onde são carregadas as metas a atingir por cada serviço, que são contratualizadas com o Conselho de Administração, através da Contratualização Interna, vinculando os serviços (“assinam um contrato”) e é feita a sua monitorização, havendo assim vários BSC por serviços.
3. Sim. Tivemos que adaptá-lo à realidade interna, onde alterámos a designação clientes para utentes e foi facilmente entendido pois as pessoas têm a necessidade de ter o feedback daquilo que fazem, do seu trabalho e o BSC acaba por ser esse feedback, onde é espelhado o trabalho do dia-a-dia. Estar online é uma coisa muito directa, e a acessibilidade é total relativamente a tudo.
4. As razões foram: a facilidade na acessibilidade online aos dados a todos os níveis- à gestão (todos os administradores e directores de serviço), enquanto que antes funcionava basicamente através de reuniões e ficheiros Excel, trabalhados à mão com erros sistemáticos e descredibilizava a informação, sendo por isso muito redutor, onde tínhamos que ser o agregador da informação ou seja, ir junto dos financeiros buscar a informação, aprovisionamento, etc. e depois divulgávamos as informações em reuniões e discutíamos. Neste momento o software vai “beber” informação a outras aplicações e evita a demora e perda de informação.

5. São decisões que têm a ver com o desempenho dos serviços. Às vezes consoante uma informação e o nível dessa informação, pode alterar a actividade do serviço. Um exemplo: um serviço está a realizar poucas primeiras consultas, e vamos monitorizando e vamos vendo que está muito desviado da meta, então há uma decisão que tem que ser tomada de implementação de medidas correctivas que façam com que esse serviço aumente o número de consultas, altere protocolos, etc.
6. Reagi bem, pois para nós foi uma ferramenta muito útil e ajudou-nos no nosso trabalho no dia-a-dia. Nos restantes colaboradores foi transversal, ou seja, temos serviços que são muito activos e gostam de ferramentas de gestão e houve colaboradores que ao início consideraram uma ferramenta de controlo, e foi nosso trabalho explicar-lhes que esta ferramenta não os pretende controlar mas pretende no fundo espelhar o trabalho que eles fazem e inclusive puxar por esse trabalho em termos de qualidade, porque há indicadores de qualidade e se eles existirem registados demonstra a qualidade que é feita no serviço, mas após essa explicação a esses serviços mais difíceis facilmente houve uma adopção da ferramenta.
7. Ainda existe resistência por parte de alguns colaboradores. O nível de colaboradores que têm acesso a esta ferramenta é só ao nível da gestão intermédia: enfermeiro chefe, directores de serviço, técnicos. Há pessoas com resistência mais à informática que ao Balanced Scorecard, ou seja, não à ferramenta mas aos aspectos informáticos.
8. Tivemos dificuldades estruturais ao nível do hardware e mesmo a nível de software, ou seja, a rede informática tem ainda alguns handicaps que ainda estão por resolver e essa foi uma das barreiras à implementação da ferramenta. Quer na integração dos softwares quer da actualização de dados, juntando ao facto de alguns profissionais não gostarem dos computadores, mas é uma percentagem mínima. Actualmente, foram superadas a maior parte delas, apesar de ainda existirem algumas a nível informático.
9. Sim sem dúvida. O que está lá registado reflecte o que foi feito, e alinha com a estratégia do hospital, o que foi um dos défices deste hospital e neste momento através desta ferramenta temos o foco na estratégia do hospital e as pessoas têm noção disso, onde que existe uma missão e os vectores estratégicos estão de acordo com o seu dia-a-dia. Este ano foi no fundo o kick-off do BSC e há áreas que ainda não estão desenvolvidas a nível de novos indicadores, e vai ser o ano da complementaridade de mais indicadores específicos.
10. Sim. Foram feitas reuniões do Conselho de Administração com toda a estrutura dirigente do hospital onde foi transmitido esse desejo, que fosse implementado nos serviços, em que fosse reflectido em cada serviço a estratégia do hospital e que a ferramenta para operacionalizar e monitorizar a estratégia seria o BSC. Na estrutura do hospital, cada serviço é uma empresa dentro de uma empresa, que tem a sua produção própria e os seus custos, havendo BSC adaptados a cada serviço.

11. O mapa estratégico não foi construído, porque passámos logo para a questão do mapa de monitorização. Foi feito internamente, e não tivemos nenhuma entidade externa a ajudar-nos.
12. Ainda não tem, mas como foi o ano de início, estamos cada vez mais a apurar e a criar indicadores que se ajustem a tudo, mas que chegue a todas as linhas a nível de gestão.
13. Sim, porque conseguimos saber onde estamos em qualquer altura do ano, pois dá-nos informação diária e ajuda-nos a melhorar o desempenho, porque se os custos estão a subir e a produção está a descer, alguma coisa tem de ser feita.
14. Foram benefícios qualitativos, económicos e financeiros. Melhorou-se também a comunicação interna, sendo que as equipas de gestão falam a mesma linguagem, enquanto dantes era estranho falar nestes indicadores e o seu significado. Ajudou a concentrar as pessoas no que é essencial para a instituição e ajudou a fazê-los sentir parte de um todo. Os factores de sucesso foram muitas horas de trabalho, porque nós fizemos a formação destas equipas de gestão e a persistência para eles aderirem à ferramenta e perceber as suas vantagens.
15. Uma gestão mais dinâmica e as pessoas ficaram mais comprometidas, havendo uma maior responsabilização dos serviços relativamente à sua produção, melhorou a confiança entre as pessoas porque tem os aspectos relativos à qualidade e há indicadores que puxa pela qualidade dos serviços, sendo atribuídos prémios de excelência aos serviços com bom desempenho. Por exemplo a taxa de cesarianas neste momento somos o hospital com melhor taxa de cesariana em Portugal, e isto foi um trabalho que foi feito ao longo do ano, a monitorização mensal ajudou o serviço a melhorar o aspecto qualitativo.
16. O hospital melhorou claramente, e o resultado é que hoje atinge a nível de desempenho organizacional níveis mais altos que atingia no passado e também melhorias financeiras.

3º Entrevistado - Luis Pombo: Administrador Hospitalar

1. Foi por volta de 2012, em que houve várias discussões sobre o BSC, quais as perspectivas mais interessantes e indicadores mais importantes para a gestão que devíamos controlar.
2. Estão definidos os indicadores com as várias perspectivas, sendo que o BSC através da aplicação First Target agrega toda a informação e vai buscar informação a uma série de aplicações informáticas: recursos humanos(RHV), SONHO, aprovisionamento, financeiros, farmácia.
3. Sim, não creio que seja difícil de implementar, pelo contrário, porque é muito importante nós aplicarmos esta metodologia do BSC como foi implementado inicialmente nas empresas, e passar para a saúde faz todo o sentido. Nós temos indicadores chave que controlamos e monitorizamos.

4. Foram razões de gestão, ou seja, temos milhares de indicadores e temos que nos centrar em alguns extremamente importantes.
5. As decisões são: se verificamos que num mês estamos com um desvio abaixo ou acima do contratualizado vamos no mês seguinte tomar decisões para inverter essa situação, ou seja, introduzir medidas correctivas.
6. Reagi bem, porque fui um dos que colaborei no desenho do BSC. Os restantes colaboradores reagiram na globalidade bem, porque no hospital há muita informação e existem mais de 20 aplicações informáticas com dados estatísticos. Contudo, não existia informação agregada, e agora as pessoas olham para o BSC e vêem 30 ou 40 indicadores-chave de que necessitam.
7. Não se verifica resistência. De início houve alguma desconfiança, mas depois ao perceberem que o que estava em causa era o cumprimento dos objectivos, todos se adaptaram e motivaram para isso.
8. Problemas na informação para que a informação fosse fidedigna, ou seja, para a informação chegar ao First target teve que ser avaliada e verificada se correspondia à realidade. Quando se implementou o BSC surgiram problemas informáticos, ou seja, os sistemas de informação não ligavam uns com os outros.
9. Funciona como ferramenta de medição eficaz, porque controlamos os objectivos essenciais do Contrato Programa, e a sua monitorização.
10. Facilita, porque todos os colaboradores usam a mesma linguagem.
11. Não foi concebido.
12. Sim e pode ser melhorado, pois este ano já estamos a acrescentar alguns indicadores em 2014. Enquanto em 2012 havia 15 indicadores para cada serviço, em 2013 existe mais do dobro. São cerca de 50 serviços e falta implementar a ferramenta BSC apenas em 10 serviços.
13. Considero porque, o Hospital tem um Contrato-Programa para cumprir assinado com o Ministério da Saúde. Se vamos ser pagos consoante o cumprimento ou não dos objectivos, e se os monitorizarmos através do BSC melhora o desempenho organizacional, na medida em que podemos tomar medidas correctivas. Por exemplo: se temos um objectivo de fazer 100 consultas por mês e se em Janeiro fazemos 80, no mês a seguir temos que tomar alguma decisão para chegar às 120 consultas para compensar o mês anterior, pois sabemos que vamos ter menos 20% de consultas e menos 20% da facturação do nosso Contrato.
14. Benefícios: mais rápido e fácil acompanhamento dos serviços, bem como uma melhor monitorização.

15. Diferenças detectadas: Quando se detectava um erro, já tinha passado alguns meses de atraso e não tínhamos informação fiável, íntegra e na hora. Por exemplo: agora no dia 10 de Fevereiro sabemos a produção do mês anterior e conseguimos definir estratégias para os meses seguintes. O Tableau de Bord não ia ao detalhe, era mais estático relativamente ao BSC e era carregado manualmente, dando azo a enganos. Antes do BSC eram utilizadas folhas de Excel carregadas à mão, que dava direito a muitos erros, e quando se dava conta de um erro, já íamos com três meses de atraso.
16. O maior contributo foi a maior comunicação e aproximação entre os gestores e a parte clínica, falando a mesma linguagem. Outro é o cumprimento dos objectivos que nos propusemos com o Ministério da Saúde. Antes da implementação do BSC grande parte dos objectivos não eram cumpridos, e o ano passado grande parte dos objectivos foram atingidos, havendo uma melhoria na gestão organizacional.

4º Entrevistado- Administradora Hospitalar Fernanda Santos

1. Não sei como foi implementado pois cheguei ao Hospital em Setembro, e portanto ele já estava implementado no Hospital. Sei que há áreas/serviços que ainda não têm implementado o BSC tais como o bloco operatório, em que eu sou responsável. Com a Dr. Iria e o Conselho de Administração iremos definir um conjunto de indicadores que são estratégicos para a organização, e depois juntamente com as pessoas do bloco para além desses objectivos, tentar definir objectivos com eles que lhe sejam a eles determinantes para o controlo da sua actividade, tendo um conhecimento mensal do comportamento desses indicadores.
2. Agora a maioria dos indicadores dos serviços já estão criados, e estamos numa fase em que se está a acrescentar alguns indicadores porque achamos que tem interesse nomeadamente para a área cirúrgica e médica. Com base quer no histórico quer na realidade actual do serviço e com a negociação com esses serviços, os objectivos para este ano vão ser carregados no BSC e depois ao longo do ano vão ser utilizados mensalmente e vão sendo divulgados aos serviços. O programa vai beber ao nosso sistema informático SONHOv2 a informação que está lá (nº cirurgias, nº consultas, etc).
3. Sim. Ao início tinha alguma dificuldade e não achei entusiasmante, mas ao longo do tempo sabendo das vantagens da aplicação, agora já se torna bastante fácil.
4. As razões não tenho conhecimento, mas imagino que tenha sido pela necessidade, não só de arranjar um mecanismo de fácil monitorização dos objectivos e os contactos estabelecidos com os serviços, mas também utilizar esta metodologia de forma a fazer um ranking interno dos serviços e puder publicamente divulgar e premiar os melhores.
5. Facilita a gestão na medida que se pode introduzir medidas correctivas à medida que se vai percebendo que os objectivos dos serviços não estão a ser cumpridos ou ajustar esses objectivos, porque por exemplo se houver uma alteração grande a meio do ano das circunstâncias dum serviço e este contratualizou a produção a contar com 10 médicos, no caso de saírem dois médicos tem que se ajustar os objectivos desse serviço.

6. Cheguei há menos de 6 meses, por isso quando cheguei, o BSC já estava implementado no Hospital e tive que me adaptar. Os restantes colaboradores reagiram bem mas há serviços que ainda não perceberam o interesse. Na minha área (cirurgia), não tem havido muito interesse, mas com a atribuição dos prémios aos melhores serviços tenho esperança que isso mude.
7. Não, pois em algumas reuniões com os profissionais da área cirúrgica pelo qual sou responsável, os profissionais mais novos demonstram muito entusiasmo, enquanto que nos profissionais mais seniores, embora não se verifique resistência por parte de nenhum colaborador não demonstram grande interesse.
8. Não sei porque não estava cá mas não tenho nenhuma informação sobre isso.
9. Sim porque dá para ter uma monitorização mais próxima. A estratégia da organização pode ser alterada em função dos resultados da análise do BSC.
10. Facilita porque nós administradores, com estes objectivos e indicadores definidos conseguimos passar à instituição e colaboradores os objectivos do Conselho de administração.
11. Não sei porque não estava cá e não tenho informação.
12. Sim. O BSC actual já tem bons indicadores, mas como é uma ferramenta dinâmica, em todos os anos podemos ir afinando a ferramenta e ter melhores indicadores.
13. Sim, algumas melhorias ao nível do controlo de custos e ao nível da logística.
14. Facilita a gestão do hospital e permite fazer um ranking interno entre serviços da mesma área (médica, cirúrgica, etc) e introduz alguma dinâmica entre os serviços do Hospital, e monitoriza de forma eficaz o Contrato-Programa, permitindo introduzir medidas correctivas que nos permitem cumprir o contrato estabelecido com a ARS.
15. Com a Contratualização interna e monitorização dos objectivos de forma sistemática, começou a haver uma consciencialização dos profissionais.
16. Para nós administradores é mais fácil termos indicadores que nos permitem de forma rápida e eficaz perceber os desvios que estão a acontecer e focalizar-nos em tentar implementar medidas correctivas no que está menos bem de forma a cumprir os objectivos. O principal contributo foi a monitorização constante e outro foi permitir fazer um ranking entre os serviços de forma a criar uma competitividade saudável.

5º Entrevistado - Presidente do Conselho de Administração

Esperamos concluir este ano o BSC e somos o único hospital em Portugal que estamos a implementar o BSC, sendo necessário um esforço adicional por parte dos profissionais.

Não existe ainda definido um BSC Global, a “árvore completamente desenhada”.

1. Nasceu sobretudo pela necessidade de alinhar os principais indicadores do hospital com a estratégia do Hospital e por ser uma metodologia eficaz que facilitava esse processo de alinhamento. Foi desenhado a partir dos indicadores convencionais que já utilizávamos na contratualização interna e portanto o que fizemos foi: entre a Contratualização Externa e a Contratualização interna, adoptar um conjunto de indicadores comuns mas desdobrados para desmultiplicar os indicadores globais do hospital nos indicadores de cada serviço e acrescentar outros indicadores estratégicos para que houvesse uma combinação equilibrada de indicadores que estão indexados ao Contrato-programa do Hospital e outros que não estando no CP correspondem a estratégias ou projectos estratégicos do hospital mas que são igualmente desdobrados em relação ao contributo de cada serviço. Eu dei a ideia do BSC e depois a Dr. Iria e Dr. António foram pegando na ideia e desenharam o sistema juntamente com a colaboração da empresa First Target.
2. Começa sobretudo por verificar por um lado quais são em cada momento os indicadores estratégicos do Contrato-Programa e quais serão desdobrados em termos de plano de serviços, e há seis ou 7 indicadores nucleares relativamente ao CP: indicadores assistenciais core da produção (doentes tratados, nº consultas, nº cirurgias) e indicadores de recursos: despesa com medicamentos, despesa com material de consumo clínico, custos com pessoal, representam o planeamento e o controlo daquilo que se vai produzir e gastar. O BSC acaba por traduzir estes indicadores de actividade, de recursos mas também de eficiência, de acessibilidade e qualidade. O BSC acaba por ser um instrumento que utilizando indicadores de diversa natureza faz com que a ideia que temos do desempenho do Hospital seja calculada com base num conjunto de indicadores, exprimindo se estamos melhor ou pior. Numa instituição com uma actividade tão diversificada, entram variáveis muito diferentes e procuramos que o desempenho seja caracterizado por diferentes variáveis e indicadores que exprimem diferentes perspectivas de análise e de dimensão. Antes a monitorização era feita em termos empíricos e não havia um indicador global de desempenho que nos pudesse dizer como um determinado serviço estava relativamente ao que era esperado e se de facto podíamos exprimir esse desempenho por referencia ao período homólogo, tendo melhorado ou piorado. Antes também o que se fazia era um plano de acção com base num conjunto de indicadores tradicionais e convencionais, e o que houve foi abordar esses indicadores nas perspectivas de utente, processos internos, aprendizagem, económico-financeiros. A Contratualização centrava-se na produção e nos recursos, e a dimensão aprendizagem era ausente na nossa contratualização. Com o BSC temos uma dimensão melhor dos próprios processos em si e demos importância as pessoas e esforço dos colaboradores, traduzido em formação investigação.
3. O BSC do ponto de vista de implementação tem uma forte exigência em termos de cultura, porque os serviços não tinham uma cultura de gestão e avaliação de desempenho. Hoje sabemos traduzir o desempenho dos serviços e esta aferição traduz-se globalmente num maior esforço e permite ser interiorizado pelas equipas de uma maneira mais simples. Antes era difícil traduzir o desempenho dos serviços, e o BSC permite lidar com a aferição do desempenho dos serviços e acho que para a motivação e reconhecimento das equipas é uma mais valia. A parte mais difícil da implementação foi a adequação do sistema de informação, em que teve que ser reestruturado o sistema

de gestão e houve um trabalho do ponto de vista técnico e de aprendizagem que durou 1 ano a fazer. Foi lançado uma matriz BSC em 2012 ainda não traduzida em desempenho global, tendo sido um trabalho muito empírico traduzindo apenas a ideia, enquanto que o sistema em si foi montado em 2013. Por parte das equipas foi bem aceite.

4. Foi numa tentativa de termos um sistema de contratualização interna que fosse mais robusto, credível, que fosse mais uniforme e que traduzisse uma mais-valia quer para a gestão de topo, quer para a gestão intermedia e portanto é totalmente diferente dispor dum sistema estruturado, organizado do que ter um sistema muito empirico, muito convencional, onde tínhamos dificuldade em lidar com informação em bruto.
5. Na maior parte dos indicadores é hoje possível ter um balanço simultaneamente da actividade dos serviços e do hospital. Permite identificar mais rapidamente as ações correctivas quando há desvios, ou seja, dá-nos uma perspectiva imediata das áreas criticas.
6. Sim porque fui eu que dei a ideia. Os restantes reagiram bem, porque é um sistema fácil de manipular, de uniformizar, de aprendizagem simples, uma metodologia bastante acessível.
7. Não se verifica.
8. A dificuldade decorre da logica da avaliação de desempenho numa óptica de contratualização interna. Se por um lado foi fácil pegar no core da actividade da instituição e decompô-lo em indicadores que nos traduzissem o desempenho dos serviços assistenciais, há um trabalho de completar este sistema relativamente aos serviços e unidades funcionais que contribuem para essa actividade. Portanto na óptica do utente tratar mais doentes, vai exigir que haja um BSC completamente desenhado relativamente a todos os serviços que têm influencia nessa actividade para que haja um encadeamento completo de processo de forma a que haja uma matriz universal na instituição de forma a perceber melhor o que é que tem interferência aonde e quais as variáveis dependentes e independentes de cada um destes processos e procurar que estas variáveis estejam todas elas desenhadas na rede dos processos e dos indicadores de processos, mas global e universal e isto é um passo muito difícil, pois estamos a falar de serviços específicos. Vai ter que ser feito um trabalho específico no sentido de articular melhor todas as variáveis e aquelas actividades que têm interdependência com os processos e isso está a ser feito agora. É necessário ir caso a caso, ou seja, fazer um fato à medida para cada um dos serviços na área dos MCDTs, por serem muito específicos, e por não terem semelhanças com outros serviços.
9. Sim porque nos garante que os vetores estratégicos estejam disseminados, e portanto para a gestão estratégica, este sistema é uma garantia de que aquilo que se está a fazer em cada serviço está integrado naquilo que é a estratégia da instituição e por outro lado dispor de uma ferramenta que desce ao nível operacional e que permite ao nível intermédio conjugar as actividades, os recursos, os principais indicadores dos serviços e encadeá-los naquilo que são os principais indicadores do hospital, creio ser uma mais-

valia não só para a gestão de topo mas também para a gestão intermédia. Penso que a mais valia não é só a gestão de topo sentir que tem a organização mais alinhada com este sistema, mas há o sentimento de quem está na gestão intermédia sente-se mais integrado na gestão estratégica, ou seja, é uma vantagem quer a nível da gestão de topo, gestão intermédia quer a nível operacional.

10. Sim, neste momento ninguém tem dúvidas quais são as principais estratégias do hospital e de procurar no seu instrumento de contratualização interna como é que se manifestam/são expressas essas estratégias ao nível do que é a missão de cada serviço.
11. Não temos construído um mapa estratégico do ponto de vista do desenho e as relações causa efeito entre as diversas variáveis e indicadores. Espero que à medida que esta árvore se vá completando, se possa ir construindo este mapa. Não fizemos um desenho organizacional a partir do papel, ou seja, partimos duma determinada realidade em que temos uma estratégia e um contrato que vai anualmente concretizando esta estratégia. O BSC traduz e facilita o alinhamento desta estratégia com a actividade dos serviços, sendo esta a razão de termos adaptado o sistema que tínhamos a uma metodologia BSC, portanto não fizemos o exercício que se faria que era partindo de um papel em branco vamos desenhar tudo e depois concretizar, houve uma adaptação do que existia à metodologia BSC, que de facto ainda não está completa, está ainda em construção.
12. Sim porque nós podemos traduzir a performance do hospital com base na informação que temos neste modelo e vamos adicionando mais dimensões.
13. Penso que o impacto do ponto de vista das melhorias conseguidas são cada vez maiores. Por exemplo este ano tivemos uma monitorização muito apertada relativamente a alguns indicadores na área das consultas. A acessibilidade às consultas era uma matéria importante para a instituição e o facto de termos trabalhado bem e monitorizado este indicador permitiu que chegássemos ao topo do ranking. Conseguimos melhorar significativamente este indicador porque conseguimos fazer uma monitorização constante dele e introdução de acções correctivas fez com que obtivéssemos um excelente resultado. Este instrumento permite planear e monitorizar os nossos indicadores de uma maneira muito eficaz, sem dispersões.
14. Do ponto de vista gestor, melhorou bastante. A instituição tem hoje um melhor desempenho do ponto de vista do planeamento e controlo de custos, do ponto de vista do controlo de indicadores de qualidade que nos orgulha, traduzindo um maior empenho de todos, enquanto que antes as coisas eram dispersas, estavam desalinhadas e não éramos tão eficazes. Houve um maior enfoque para a sensibilização dos processos, circuitos o que se tem traduzido numa melhoria contínua nos serviços. Os factores de sucesso foram: a participação e o envolvimento das pessoas e hoje o hospital tem melhores lideranças do que tinha, pois fomos exigentes com a gestão intermédia e connosco próprios e as infraestruturas foram melhoradas, sendo que o hospital trata hoje mais 1600 doentes.
15. Temos informação a tempo e horas, a informação traduz aquilo que foi o mês anterior. A credibilidade do sistema é muito grande, fiável, testado, bastante assertivo, sabemos o

que estamos a falar e permite informação em tempo real do ponto de vista do balanço e das acções correctivas, e permite corrigir mais cedo, sendo que a probabilidade de chegar a um resultado final melhor é maior. Antes, quando chegávamos a um determinado resultado, não havia fiabilidade nesse resultado. Os gestores no processo convencional falavam da demora média nuns casos significando uma coisa e noutros casos significando outra, e isto provocava alguns erros de gestão. O impacto em termos da credibilidade e fiabilidade do sistema hoje é incomparável, e quando nos relacionamos externamente a imagem da instituição e imagem interna que está associada ao nosso sistema é bastante credível. As pessoas hoje estão mais disponíveis e empenhadas para participar na gestão porque têm informação a tempo e horas, informação fiável e o processo de contratualização é um processo assertivo, que não os obriga a um esforço acrescido no tratamento da informação. O hospital antes funcionava com folhas de excel, numa matriz convencional que se retirava de diferentes sistemas de informação, uma metodologia muito empírica.

16. O BSC consolidou o sistema de gestão do Hospital, sistematizou melhor a informação, uniformizou melhor os conceitos. Hoje temos melhores lideranças, um grau de empenhamento e participação maior dos serviços. Há uma estabilidade e consolidação do modelo de gestão.

6º Entrevistado- Director de Serviço

1. O BSC do meu serviço surgiu do trabalho com a Dr. Iria, e a pouco e pouco começámos a colocar indicadores como a demora média de exames, listas de espera, alguns parâmetros de qualidade e encaixámos tudo no BSC. É uma ferramenta muito útil para acompanhar a gestão do serviço em varias vertentes.
2. Recolho os dados no serviço com várias diferentes bases de dados que tenho, construo um relatório em Excel, venho ter com a Dr. Iria e depois vamos colocando mensalmente os valores no First Target.
3. Sim, porque “arruma ideias”
4. Esta ferramenta permite ir tomando o pulso ao serviço em tempo útil e não queremos chegar ao final do ano e ter surpresas, ou seja, é útil para acompanhar os parâmetros importantes do serviço e permite a monitorização e planeamento da actividade.
5. Por exemplo: se eu vir que não estamos a cumprir o objectivo da demora média dos relatórios, vou ter que reunir com a minha equipa para saber o que se está a passar, e tentar implementar medidas correctivas. Outro exemplo foi que a ACSS enviou-nos uma carta hospitalar com diversos parâmetros que queriam, em termos de equipamentos instalados, taxas de ocupação, listas de espera. Assim, com o BSC, em qualquer altura que a tutela ou o CA nos peça informações não temos dificuldades, porque temos os indicadores todos monitorizados. O BSC serve-nos assim de mapa de monitorização e de melhoria continua do desempenho e da qualidade do nosso serviço.
6. Reagi bem porque fui eu que tive iniciativa em introduzi-lo. Os restantes reagiram bem.

7. Não se verifica, pois o meu serviço é bastante colaborante. A pouco e pouco tenho tentado com as chefias secundárias, de forma a servirem de ponto de controlo e ajudarem na recolha de dados.
8. Gestão de tempo para tentar implementar as coisas. Não tem de momento nenhum obstaculo.
9. Sim, porque me permite ir tirando o pulso ao serviço e ir percebendo o que tenho que melhorar e serve como argumento para quando tenho que negociar com o Conselho de Administração.
10. Sim, ajuda as pessoas a perceber o que estamos a dizer, pois usam a mesma linguagem, e permite mostrar se os indicadores estão a melhorar ou piorar.
11. Com base na estratégia do hospital e histórico do serviço.
12. Sim e de momento estamos a acrescentar mais alguns.
13. Sim sobretudo porque permite saber com maior regularidade como o serviço se está a comportar.
14. Permite ter uma noção mais a tempo real de como o serviço está, e ir acompanhando a evolução do serviço, enquanto dantes não havia isto.
15. Neste momento se me perguntarem dados do meu serviço consigo dizer em tempo real como ele está, ou seja, consigo ter um maior conhecimento do me serviço.
16. Ajuda os diálogos com o CA e com o serviço, permite a qualquer momento saber o rumo que o serviço está a ter, se estamos a atingir os nossos objectivos ou não, se temos que os redefinir, e com esta monitorização constante permite que o serviço vá tendo um desempenho cada vez melhor.

7º Entrevistado - Iria Velez

1. A construção começou em Setembro de 2012.
2. A implementação inicial demorou cerca de 6 meses (Fevereiro de 2013), mas é continua na medida em que ele é revisto todos os anos, pois está a ser sempre alterado.
3. A iniciativa surgiu do Conselho de Administração.
4. Reagi bem porque fui eu que o desenhei. Os outros colaboradores na grande maioria reagiram bem.
5. Existe resistência daqueles que sempre tiveram resistência. Verificou-se um pouco aversão ao controlo por parte de alguns profissionais, mas depois viram a

vantagem de verem as coisas evidentes, e com o hábito adaptaram-se ao BSC. Aqueles que colaboraram não têm resistência nenhuma.

6. Foi desenhado com base no suporte teórico do BSC, com a análise da estrutura hospitalar e com a análise daquilo que se pretendia implementar em termos estratégicos no hospital.
7. Facilidade da monitorização da estratégia. Trouxe outra coisa boa que foi a integração de dados de várias áreas e a possibilidade de olhar para a produção, custos e à qualidade dos cuidados de uma forma global, porque antes as pessoas olhavam para os custos mas tinham que ir à aplicação financeira, e outras aplicações para ver custos, etc. O BSC é institucional e é disponibilizado a cada equipa de gestão do serviço (enfermeiro-chefe, administrador hospitalar e director de serviço).
8. Não, porque é complexo e integra informação vinda de várias aplicações e para ficar completo tem que ter informação que é introduzida manualmente. Não é difícil construir indicadores e medi-los, mas é difícil alimentá-lo em termos de dados.
9. São várias: quando se monitoriza e vêem que está desviado em relação à meta o objectivo, discutem com a equipa de gestão do serviço porque é que não estão a atingir os objectivos, e o que têm que fazer para melhorar, introduzindo medidas correctivas.
10. O BSC lê informação de várias aplicações, ou seja, vai “beber” informação a várias softwares informáticos: lê um conjunto de indicadores do SONHO, um conjunto de indicadores vai buscar ao SAPE, SAM, vai buscar também informação ao serviço financeiro, e outros indicadores são alimentados por nós, em que não existe aplicações de suporte e saem os dados monitorizados mês a mês.
11. Estão implementados BSC em 30 serviços. Não está implementado BSC em dez serviços: Urgência, serviços de apoio, Dor, bloco operatório, Saúde Ocupacional, e nos seguintes MCDTS: Patologia Clínica, Imagiologia, Fisiatria, e a UCI está em fase de implementação.
12. Uma dificuldade foi o tempo de implementação, pois exigiu a disponibilidade de muitas pessoas. Outra foi a validação da integração dos dados, pois como estou a analisar dados que vêm de vários sítios tenho que validar a integração deles, ou seja, se a integração da informação foi coerente.
13. Sim, pois está disponível na Intranet, por isso está disponível para todos, é publica dentro da instituição bem como a avaliação dos serviços
14. Sim porque é adaptável a isso mesmo. O BSC é um instrumento adaptável à gestão da estratégia.
15. Sim e da monitorização da mesma.

16. Não foi concebido.
17. Sim acho que sim, e a sua mais valia é que está a ser sempre actualizado e ajustado, quer à estratégia quer às necessidades de informação.
18. Sim porque estão lá as metas definidas e o que está a ser monitorizado.
19. FirstTarget.
20. Sim porque os profissionais começaram a ter conhecimento do seu desempenho em tempo útil.
21. Conhecimento do desempenho de cada serviço em tempo útil e interesse pelo mesmo. Ajudou a concentrar as pessoas no que é essencial para a instituição e ajudou fazê-los sentir parte de um todo. Os factores de sucesso foi implicar a disponibilidade e empenho de algumas pessoas na implementação do BSC.
22. Haver um maior conhecimento dos serviços e uma maior diversidade de profissionais interessados e empenhados na gestão do próprio serviço, e uma maior cultura de gestão. Antes apenas se falava com o Director de serviço, ou seja, havia um divorcio dos restantes profissionais na gestão dos serviços e agora já não acontece isso.
23. Os maiores contributos foram: a monitorização contínua do desempenho dos indicadores, possibilidade e facilidade de ter em tempo útil os resultados e puder intervir de forma a fazer com que as coisas corram no sentido que se pretende.