



Escola de Ciências Sociais e Humanas
Departamento de Economia Política

O Balanced Scorecard como ferramenta de gestão
do Bloco Operatório

Ana Maria Silvestre Duarte

Trabalho de Projeto submetido como requisito parcial para obtenção do grau de
Mestre em Economia e Políticas Públicas

Orientador:
Doutor Raul Manuel Gonçalves Lopes, Professor Associado,
ISCTE – Instituto Universitário de Lisboa

Outubro, 2014



Escola de Ciências Sociais e Humanas
Departamento de Economia Política

O Balanced Scorecard como ferramenta de gestão
do Bloco Operatório

Ana Maria Silvestre Duarte

Trabalho de Projeto submetido como requisito parcial para obtenção do grau de
Mestre em Economia e Políticas Públicas

Orientador:
Doutor Raul Manuel Gonçalves Lopes, Professor Associado,
ISCTE – Instituto Universitário de Lisboa

Outubro, 2014

Dedicatória

À minha filha por todo o tempo em que não brincamos, na esperança de lhe inculcar o exemplo.

Agradecimentos

Nesta difícil e gratificante jornada, não posso deixar de agradecer a todos os intervenientes que tiveram um papel importante na mesma.

O meu agradecimento ao Professor Doutor Raúl Lopes pela sua disponibilidade, colaboração, orientação e entusiasmo que me permitiram realizar este trabalho.

Aos profissionais dos três hospitais que colaboraram neste estudo, sem os quais não seria possível a elaboração da presente dissertação. Uma palavra especial para os colegas que de algum modo desenvolveram esforços para que os intervenientes chave encontrassem disponibilidade para responder ao questionário, especialmente para a Dra. Margarida Torres de Ornelas, Vogal Executiva do Centro Hospitalar de Entre Douro e Vouga, E.P.E.

À minha família e amigos, em especial ao meu marido, pela paciência, apoio e motivação.

Resumo

O presente trabalho pretende recolher informação sobre o *balanced scorecard* implementado nos três blocos operatórios dos Hospitais do SNS que no ano de 2013 alcançaram os melhores resultados (% de utilização) ao nível da capacidade utilizada do bloco operatório e, a partir dos dados obtidos, desenvolver um *balanced scorecard* que possa ser aplicado de uma forma genérica à globalidade dos blocos operatórios dos hospitais do SNS.

É um facto que o aumento das listas de espera cirúrgicas é uma preocupação sempre presente na agenda política. Ao longo dos anos, através de programas diversos de combate às listas de espera, tem-se tentado reduzir o tempo de espera cirúrgica para níveis aceitáveis, centrando-se os holofotes da gestão hospitalar na eficiência dos blocos operatórios.

O *balanced scorecard* surge como um modelo de gestão para medir a *performance* das organizações.

Desenvolvido pelos Professores Robert Kaplan e David Norton, em 1992, este modelo apresenta quatro perspetivas: clientes, financeira, processos internos e aprendizagem e crescimento. Para cada uma destas perspetivas são definidos objetivos e indicadores, que possibilitam a medição e o acompanhamento da estratégia da organização.

Pretende-se, em suma, construir um BSC para o bloco operatório que possa ser replicado noutros Hospitais, como uma ferramenta de suporte à gestão estratégica e que concorra para o alinhamento entre as visões (por vezes antagónicas) dos grupos profissionais presentes no Hospital.

Palavras-chave: *Balanced scorecard*, gestão estratégica, bloco operatório, listas de espera, intervenções cirúrgicas.

Códigos JEL Classification System: H51, I10.

Abstrac

This work intends to gather information on the balanced scorecard implemented in the three operating theaters in SNS hospitals which in 2013 achieved the best results (% utilization) at the level of capacity utilization of the operating room and, from the data obtained, develop one balanced scorecard that can be applied in a general way to the whole of the operating theaters in SNS hospitals.

It is a fact that increased surgical waiting lists is an ever-present concern on the political agenda. Over the years, through various programs to combat waiting lists has been tried to shorten surgical waiting to acceptable levels by focusing the spotlight on the efficiency of hospital management of operating theaters.

The balanced scorecard emerges as a management model to measure the performance of organizations.

Developed by Professors Robert Kaplan and David Norton in 1992, this model has four perspectives: customer, financial, internal processes and learning and growth. For each of these perspectives objectives and indicators that enable measuring and monitoring the strategy of the organization are defined.

It is intended, in short, build a BSC for the operating room that can be replicated in other hospitals, as a support tool for strategic management and contributes to the alignment between the views (sometimes conflicting) professional groups present in the Hospital.

Key words: Balanced scorecard, strategic management, operating room, waiting lists, surgical interventions.

JEL Classification System: H51, I10.

Índice

INTRODUÇÃO	1
CAPÍTULO I - ENQUADRAMENTO TEÓRICO	3
1.1 - Programas de redução das listas de espera	3
1.1.1 - Listas de espera cirúrgica: os números	7
1.2 - <i>Balanced scorecard</i>	11
1.2.1 - Missão	14
1.2.2 - Valores.....	14
1.2.3 - Visão.....	15
1.2.4 - Estratégia.....	15
1.2.5 - A perspetiva do cliente	16
1.2.6 - A perspetiva processos internos	16
1.2.7 - A perspetiva de aprendizagem e crescimento	17
1.2.8 - A perspetiva financeira	18
1.2.9 - Relações causa-efeito	19
1.2.10 - Indicadores <i>lag</i> e indicadores <i>lead</i>	19
1.2.11 – Fontes de informação	20
1.3 - Evolução do <i>balanced scorecard</i>	20
1.4 - O <i>balanced scorecard</i> no sector público.....	23
1.5 – Estudos de caso	24
CAPÍTULO II - METODOLOGIA.....	32
2.1 - Metodologia.....	32
2.2 - Base de dados	32
2.3 - Breve caracterização das entidades hospitalares	34
CAPÍTULO III – APRESENTAÇÃO DOS DADOS	36
CAPÍTULO IV – ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS DADOS	58
4.1 - Estratégia: missão, visão e valores.....	58
4.2 - As quatro perspetivas do <i>balanced scorecard</i>	60
CAPÍTULO V – PROPOSTA DE <i>BALANCED SCORECARD</i> E CONSIDERAÇÕES FINAIS	67
5.1 - Proposta de <i>balanced scorecard</i>	67
5.2 - Considerações finais	70
FONTES	72
BIBLIOGRAFIA.....	73

Anexos

Anexo A – Questionário

Anexo B - Listagem expurgada com a % capacidade utilizada do bloco operatório, das entidades hospitalares no ano de 2013

Índice de Quadros

Quadro 1.1 - Indicadores do SIGIC, do total de patologias, para o período de 2006 a 2014.....	7
Quadro.1.2 - Número de utentes operados, por tipologia de no período de 2006 e 2013	7
Quadro 1.3 - N.º utentes operados no 1.º semestre de 2011 e 2012 em MRA e MRC.....	8
Quadro 1.4 - Indicadores do SIGIC de neoplasias malignas, para o período de 2006 a 2013	9
Quadro 1.5 - Número de utentes operados, de neoplasia maligna, no período de 2006 a 2013, por entidade.....	9
Quadro 1.6 - % doentes operados em MRA nos hospitais do SNS para o período de 2007 a 2011	9
Quadro 1.7 - % doentes operados em MRA nos hospitais do SNS, por região, no ano de 2011	10
Quadro 1.8 - N.º de intervenções cirúrgicas realizadas por ARS a utentes que não são da sua área de residência	10
Quadro 1.9 - Indicadores propostos para cada perspetiva do BSC.....	28
Quadro 1.10 - Indicadores e objetivos das quatro perspetivas do BSC	30
Quadro 1.11 - Proposta de indicadores e objetivos para as quatro perspetivas do BSC	30
Quadro 1.12 - Proposta de indicadores pelo painel de peritos	31
Quadro 2.1. - Indicadores de produção do ano de 2013, referentes aos três hospitais	35
Quadro 3.1 - Resposta à questão 2 “Numa escala de 1 a 5, tendo em consideração a seguinte escala, que importância atribui aos valores e crenças que vos orientam?”	37
Quadro 3.2 - Resposta à questão 5 “Ordene por ordem de importância (1 é o mais importante; 6 é o menos importante) quem considera serem os clientes do bloco operatório”	39
Quadro 4.1 - Análise dos objetivos e indicadores da perspetiva clientes, classificados de “muito grande importância” e de “grande importância”	62
Quadro 4.2 - Análise dos objetivos e indicadores da perspetiva financeira, classificados de “muito grande importância” e de “grande importância”	63
Quadro 4.3 - Análise dos objetivos e indicadores da perspetiva aprendizagem e desenvolvimento interno, classificados de “muito grande importância” e de “grande importância”	64
Quadro 4.4 - Análise dos objetivos e indicadores da perspetiva aprendizagem dos processos internos, classificados de “muito grande importância” e de “grande importância”	65
Quadro 5.1 - Proposta de objetivos/indicadores para a perspetiva clientes.....	68
Quadro 5.2 - Proposta de objetivos/indicadores para a perspetiva financeira	68
Quadro 5.3 - Proposta de objetivos/indicadores para a perspetiva da aprendizagem e desenvolvimento interno.....	69
Quadro 5.4 - Proposta de objetivos/indicadores para a perspetiva dos processos internos	69

Índice de Figuras

Figura 1.1 - Mediana do tempo de espera da lista de espera cirúrgica, em meses, por distrito de residência no mês de dezembro de 2006 e junho de 2012 -----	8
Figura 1.2 - Perspetivas do BSC-----	12
Figura 1.3 - Modelo BSC-----	13
Figura 1.4 - Sequência do BSC desde a missão até à estratégia -----	15
Figura 1.5 - Evolução do modelo do BSC -----	21
Figura 1.6 - Figura Arquitetura do Balanced Scorecard para organizações não lucrativas -----	24
Figura 3.1 - Resposta à questão 1 “O bloco operatório tem uma missão, independente da organização?”-----	36
Figura 3.2 - Resposta à questão 4 “Conhece a visão da organização?”-----	38
Figura 3.3 - Importância do objetivo “Diminuir as listas de espera” e do indicador “N.º de doentes em lista de espera em cirurgia convencional/cirurgia do ambulatório” -----	40
Figura 3.4 - Importância do objetivo “Reduzir a taxa de incidência de infeções” e do indicador “(Número total de doentes com infeções / Número total de doentes entrados) * 100” -----	40
Figura 3.5 - Importância do objetivo “Aumentar a satisfação dos clientes” e do indicador “Índice de satisfação dos clientes” -----	41
Figura 3.6 - Importância do objetivo “Reduzir a taxa de mortalidade cirúrgica (até 72 horas)” e do indicador “(Número total de óbitos ocorridas pós-intervenção cirúrgica / Número total de cirurgias realizadas) * 100” -----	42
Figura 3.7 - Importância do objetivo “Proporção das intervenções cirúrgicas realizadas em relação às programadas” e do indicador “(Número de intervenções cirúrgicas realizadas / Número de intervenções cirúrgicas programadas) * 100”-----	42
Figura 3.8 - Importância do objetivo “Aumentar a produtividade” e do indicador “Índice de utilização do BO por especialidade e tipo de cirurgia” -----	44
Figura 3.9 - Importância do objetivo “Média diária de intervenções cirúrgicas por sala” e do indicador “Número de intervenções cirúrgicas / Número de salas de operações) / Número de dias do período”	44
Figura 3.10 - Importância do objetivo “Reduzir os custos com medicamentos e material clínico” e do indicador “Custo de medicamentos/material clínico por doente” -----	45
Figura 3.11 - Importância do objetivo “Otimizar o uso dos equipamentos” e do indicador “Horas não utilizadas por especialidade e tipo de cirurgia” -----	46
Figura 3.12 - Importância do objetivo “Taxa de utilização do bloco” e do indicador “Número de horas de utilização do bloco / (Número de horas disponíveis por cada sala de bloco operatório * Número de salas de bloco operatório)” -----	46
Figura 3.13 - Importância do objetivo “Desenvolver e reforçar as competências dos trabalhadores” e do indicador “N.º de horas de formação dos trabalhadores” -----	48
Figura 3.14 - Importância do objetivo “Aumentar o nível de motivação interna” e do indicador “Índice de satisfação dos trabalhadores” -----	49

Figura 3.15 - Importância do objetivo “Melhorar o uso dos sistemas de informação” e do indicador “N.º de falhas nos diversos registos e causas” -----	49
Figura 3.16 - Importância do objetivo “Aumentar a acessibilidade aos sistemas de informação” e do indicador “% de postos de trabalho informatizados” -----	50
Figura 3.17 - Importância do objetivo “Aumentar o nível de rendimento dos trabalhadores” e do indicador “Montante de prémios e incentivos” -----	51
Figura 3.18 - Importância do objetivo “Diminuir o n.º de cancelamentos de intervenções cirúrgicas” e do indicador “N.º de cancelamentos no dia da cirurgia” -----	52
Figura 3.19 - Importância do objetivo “Agilizar os processos internos” e do indicador “N.º de intervenções com início tardio no 1.º tempo operatório/tempo de turnover” -----	53
Figura 3.20 - Importância do objetivo “Melhorar o processo de gestão de stocks” e do indicador “N.º de falhas de stocks/tempo despendido na gestão de stocks” -----	54
Figura 3.21 - Importância do objetivo “Limpeza da sala operatória” e do indicador “N.º minutos em que a sala esteve inoperacional a aguardar limpeza” -----	54
Figura 3.22 - Análise da frequência dos objetivos e dos indicadores da questão n.º 10-----	56

Glossário de siglas

ACSS - Administração Central do Sistema de Saúde
ARS - Administração Regional de Saúde
BO - Bloco Operatório
BSC - *Balanced Scorecard*
E.P.E. - Entidade Pública Empresarial
ERP - Enterprise Resource Planning
FSE – Fornecimento e serviços externos
LVT - Lisboa e Vale do Tejo
MRA - Modalidade remuneratória alternativa
MRC - Modalidade remuneratória convencional
N.º - Número
n.a. - Não aplicável
NM - Neoplasias malignas
PECLEC - Programa Especial de Combate às Listas de Espera Cirúrgicas
PERLE - Programa Específico de Recuperação das Listas de Espera
PIO - Programa de Intervenção em Oftalmologia
PPA - Programa para a Promoção do Acesso
PPP - Parcerias Público Privadas
SIGIC - Sistema Integrado de Gestão de Inscritos para Cirurgia
SIGLIC - Sistema informático de gestão da lista de inscritos para cirurgia
SNS - Serviço Nacional de Saúde
TE - Tempo de espera
TMGR - Tempo máximo de resposta garantido
% - Percentagem

INTRODUÇÃO

O Serviço Nacional de Saúde tem estado sob pressão para reduzir custos. Esta redução tem atualmente maior acuidade, sendo reforçada pelo contexto financeiro e económico atual.

Também a evolução das listas de espera dos hospitais para cirurgia têm estado sob escrutínio público, sendo os resultados monitorizados e tornados públicos.

É sabido que o acesso aos cuidados de saúde é um aspeto muito valorizado em todos os sistemas de saúde. De acordo com a nossa legislação atual, os utentes beneficiários do SNS gozam do direito a que lhes sejam prestados os cuidados de saúde em tempo considerado clinicamente aceitável para a sua condição de saúde.

A legislação que visa a garantia do acesso em tempo útil aos cuidados de saúde, em especial a lei n.º 41/2007, de 24 de agosto, a portaria n.º 615/2008, de 11 de julho, e a portaria n.º 1529/2008, de 26 de dezembro, representa um avanço legislativo notável na conformação e concretização do direito de acesso aos cuidados de saúde, através de regras concretas, claras e perfeitamente identificadoras de como se deve garantir e prover, em cada situação, tal direito de acesso.

Um tempo de espera excessivo deteriora a qualidade do serviço e cria ineficiências, não devendo ser utilizado como forma de moderar o consumo de recursos em saúde (ACSS, 2011: 21).

A criação do Sistema Integrado de Gestão de Inscritos para Cirurgia (SIGIC) visava, entre outros objetivos, garantir a igualdade no acesso ao tratamento cirúrgico programado, de acordo com os tempos máximos de espera estabelecidos para cada patologia.

Para fazer face aos desafios com que está confrontado o SNS os hospitais podem beneficiar da ferramenta BSC (Walker e Dunn, 2006: 91).

Com o presente trabalho pretende-se recolher informação sobre o *balanced scorecard* (BSC) implementado nos três hospitais cujos blocos operatórios obtiveram, em 2013, a maior % de capacidade utilizada, e, a partir desse estudo, propor um BSC que possa ser analisado e, eventualmente, disseminado nos blocos operatórios de outros hospitais, de forma a contribuir para a melhoria da *performance* dos blocos operatórios.

A escolha deste serviço hospitalar para o estudo do BSC está relacionada com o facto do bloco operatório ser o serviço charneira de um hospital.

É dos serviços que mais recursos consomem dentro do hospital e é da sua eficiência (ou falta dela) que poderá resultar o agravamento de situações agudas por falta de tratamento em tempo adequado, frustração das expectativas dos utentes e insatisfação pública pela demora na resolução das listas de espera cirúrgicas, bem como eventual prática de erros clínicos.

A escolha da metodologia *balanced scorecard* está relacionada com a importância que esta ferramenta adquiriu entre as instituições privadas e públicas e, entre estas últimas, nos Hospitais do SNS.

De facto, inovações na prática de gestão, como a implementação do BSC, são fontes importantes de vantagens competitivas entre instituições (Braam, 2012:100).

Tributo dessa importância é o facto da Administração Central dos Sistemas de Saúde ter definido nos contratos programa que celebra com os Hospitais e com as Administrações Regionais de Saúde (consignam a atividade, objetivos e resultados a atingir pelos hospitais em cada triénio), na sua cláusula 20.^a, a obrigatoriedade do desenvolvimento de um processo de contratualização interna (entre o Conselho de Administração dos Hospitais e os serviços clínicos) assente na metodologia do *balanced scorecard*.

Verifica-se, então, que uma das ferramentas de gestão que tem vindo a ser utilizada com maior regularidade para aumentar a *performance* dos serviços públicos em geral, e dos hospitais em particular, é o *balanced scorecard*.

O BSC foi desenhado primeiramente por Kaplan e Norton (2010: 17), para servir de ponto entre várias perspetivas da gestão conflituantes na literatura: corrente sobre qualidade e *lean management*, que dava ênfase à necessidade de os colaboradores continuarem a melhorar a sua atividade, para reduzir o desperdício; corrente da literatura sobre economia financeira, que enfatizava a importância de indicadores sobre a *performance* financeira; e a teoria dos *stakeholders*, através da qual a empresa era um intermediário, um meio, para satisfazer os diferentes parceiros. O BSC reteve o valor insito em cada uma dessas correntes (Kaplan e Norton, 2010: 17).

O BSC é uma ferramenta de gestão que pretende traduzir a missão, visão e estratégia da organização, em objetivos, indicadores e metas que englobam as quatro perspetivas: financeira, clientes, processos internos e aprendizagem e desenvolvimento. Estas perspetivas têm que funcionar de forma integrada (balanceada) estabelecendo relações causa-efeito entre elas.

Este trabalho está dividido em cinco capítulos. No primeiro é realizado uma revisão da literatura dos programas para combate às listas de espera, com a apresentação de alguns dados estatísticos. É exposto o conceito de BSC e apresentada a evolução do modelo. Por fim, são apresentados estudos de caso sobre a aplicabilidade do BSC ao setor da saúde.

O segundo capítulo descreve a metodologia do presente estudo, a base de dados utilizada para selecionar os três hospitais objeto de estudo e uma breve descrição dos mesmos.

Segue-se o capítulo terceiro, com a apresentação dos dados recolhidos da aplicação do questionário a profissionais chave do Bloco Operatório dos três hospitais.

No capítulo quarto é efetuada a análise e discussão dos dados.

Por fim, no capítulo quinto é proposto um *balanced scorecard* que possa ser aplicado aos blocos operatórios de outros hospitais e realizadas as considerações finais.

CAPÍTULO I - ENQUADRAMENTO TEÓRICO

1.1 - Programas de redução das listas de espera

O objetivo de redução das listas de espera para cirurgia tem sido uma preocupação cimeira das políticas públicas de saúde, como o demonstram a sucessão de programas que se descrevem sumariamente de seguida.

De facto, no nosso país surgiram vários programas para eliminar as listas de espera, dos quais se destaca o Programa Específico de Recuperação das Listas de Espera (PERLE) em 1995, o Programa para a Promoção do Acesso (PPA) com início em 1999, o Programa de Intervenção em Oftalmologia (PIO) de julho de 2008 e junho de 2009, o Programa Especial de Combate às Listas de Espera Cirúrgicas (PECLEC) em 2002 e o Sistema Integrado de Gestão de Inscritos para Cirurgia (SIGIC) em 2004.

O Programa Específico de Recuperação das Listas de Espera, foi criado por despacho do Ministro da Saúde a 31 de janeiro de 1995 e surge como o primeiro programa de recuperação das listas de espera. Este programa tinha como objetivo o tratamento cirúrgico de patologias não urgentes mas com impacto social, nomeadamente cataratas, próstata, varizes artroplastia da anca, no sector privado, financiado pelo hospital de origem do SNS.

Segundo Alves (Alves, 2006: 38) em 1992 os hospitais tinham em lista de espera de cerca de 92.000 doentes com uma média global de 223 dias de espera.

O “Programa para a promoção do acesso”, um programa específico para o combate às listas de espera cirúrgicas nas entidades do SNS, com um financiamento próprio, foi criado através do despacho n.º 5804/99 de 22 de março.

As verbas específicas a atribuir a cada patologia, foram definidas através da portaria n.º 787/99 de 22 de setembro, sendo que as entidades recebiam uma percentagem dos preços do grupo de diagnóstico homogéneo (GDH), afetando parte deste valor para remunerar de forma suplementar, as equipas (médicos e enfermeiros) envolvidos em cada uma das cirurgias.

A gestão das listas de espera e do PPA era da competência das agências de contratualização das Administrações Regionais de Saúde. Este programa teve como horizonte temporal o intervalo de tempo entre 1999 e 2002.

Com este programa pretendia-se reduzir as listas de espera até níveis clinicamente aceitáveis, mediante incentivos económicos. O PPA não só motivou uma maior atividade no setor público como gerou uma resposta no sector privado (Barros, 2008: 4).

De acordo com o Ministério da Saúde (1999: 100) em Maio de 1999 estimava-se que houvesse cerca de 81.000 utentes do SNS em espera com um tempo que excedia o clinicamente aceitável.

A Resolução do Conselho de Ministros n.º 100/2002 (2002: 4718) refere que em janeiro de 2001 existiam 85.339 utentes em lista de espera cirúrgica, tendo em dezembro atingido os 90.451,

salientando que ao longo de 2001 foram executadas apenas 23.791 das 34.925 cirurgias contratualizadas, o que corresponde a uma taxa de execução de 69,6%.

Face ao insucesso deste programa, foi determinado pelo Conselho de Ministros (Resolução n.º 100/2002: 4718) aprovar um novo programa para redução das listas de espera, intitulado de Programa Especial de Combate às Listas de Espera Cirúrgicas.

Este programa, com a duração de 2 anos, pretendia “estabelecer um regime de atendimento dos doentes em correspondência inversa aos tempos de espera (os doentes há mais tempo em espera serão os primeiros a ser atendidos), sem prejuízo da prioridade concedida a quadros clínicos considerados urgentes” (Resolução do Conselho de Ministros n.º 100/2002: 4718).

As unidades de saúde públicas, privadas ou do setor social, desde que tivessem estabelecido um protocolo com a Administração Regional de Saúde podiam integrar o PECLEC.

Barros (2005: 279) refere:

A diminuição da produtividade no sector público surge como consequência da abertura à actividade privada, podendo resultar da manipulação da lista de espera ou do facto de os casos relativamente mais simples se terem transferido para a prestação privada, deixando no sector público apenas os de mais difícil tratamento.

O Tribunal de Contas efetuou uma auditoria ao PECLEC. Refere que o objetivo operacional não foi alcançado, apesar de se ter situado nos 93,5%, o que representou uma boa taxa de execução (2005: 7).

Através do PECLEC foram intervencionados 115.568 doentes. Destes, 87% (100.753) foram intervencionados nos hospitais do SNS, sendo que 54,4% foram operados no âmbito da atividade normal (Tribunal de Contas, 2005: 8).

Este mesmo relatório refere que as Administrações Regionais de Saúde (ARS), antes de celebrarem os protocolos com os hospitais, avaliaram a capacidade instalada destes ao nível de equipamentos, infraestruturas e recursos humanos. Por fim conclui que “74 hospitais aderentes ao PECLEC realizaram cirurgias, 18 apresentaram uma diminuição de produção e, destes, 12 apresentaram também diminuição de produtividade. Os restantes 56 hospitais apresentaram um crescimento de produção e produtividade” (Tribunal de Contas, 2005: 10).

Das duas recomendações decorrentes desta auditoria, uma delas prende-se com a necessidade das ARS, aquando a definição dos contratos e orçamento programas, otimizarem a capacidade instalada dos hospitais.

No final do PECLEC, em janeiro de 2005, existiam 193.000 utentes em lista de espera, com um tempo médio de espera de 272 dias (Tribunal de Contas, 2005: 11).

Face ao horizonte temporal do PECLEC, foi determinado em 2004, pelo Conselho de Ministros (Resolução n.º 79/2004: 3846) aprovar um novo programa para redução das listas de espera, intitulado Sistema Integrado de Gestão de Inscritos para Cirurgia (SIGIC).

Com este programa pretende-se reunir toda a informação numa única base de dados, que contém informação desde a inscrição do utente para cirurgia até à conclusão do processo (após a realização

da cirurgia), tendo em consideração que o tempo cirúrgico terá que decorrer em tempos de espera clinicamente aceitáveis. O sistema informático de gestão da lista de inscritos para cirurgia (SIGLIC), centralizado na ACSS, contém os registos da atividade cirúrgica programada e urgente.

O SIGIC não pretende eliminar listas de espera para cirurgia, como aconteceu com os programas anteriores. Um dos objetivos deste programa é “identificar prioridades e garantir um tempo médio e máximo de espera para a realização de qualquer cirurgia no Serviço Nacional de Saúde (SNS), otimizando assim a capacidade instalada” (Resolução n.º 79/2004: 3846). Decorrido 75% do tempo de espera admissível, caso o hospital de origem não consiga dar resposta, ou seja não tenha agendado cirurgia, será emitido um vale-cirurgia a favor do utente. Com este vale-cirurgia o utente pode agendar a sua cirurgia diretamente numa das entidades convencionadas que poderá ser do sector social ou privado (Resolução n.º 79/2004: 3847).

Em 2008, o SIGIC é alargado ao setor privado e social que prestam cuidados aos utentes do SNS (Portaria n.º 45/2008: 527).

O regulamento do SIGIC refere que os hospitais devem transferir para o SIGLIC informação relativa à capacidade produtiva no âmbito das intervenções cirúrgicas, quantificando os recursos humanos e funcionais disponíveis assim como a capacidade técnica do hospital e capacidade instalada (Portaria n.º 45/2008: 527; 531).

Em 2012, os hospitais de origem passam a ter a responsabilidade financeira de realizar a tempo e horas todas as cirurgias dos utentes inscritos na sua lista de espera (Portaria n.º 271/2012: 5076).

Em 2007, o Tribunal de Contas realizou uma auditoria ao programa SIGIC. Nesta auditoria verificaram que cerca de 1/3 dos vales cirúrgicos foram cancelados, porque o utente se recusou a ser transferido para outra entidade de saúde. O regulamento do SIGIC estipula que nestas situações o tempo de espera para cirúrgico recomeça, o que conduz a uma “diminuição “artificial” da média e da mediana do tempo de espera dos utentes da LIC (Tribunal de Contas, 2007: 16).

Nesta auditoria foram analisados indicadores como a taxa de ocupação de camas e a taxa de atualização do bloco operatório, com o objetivo de se verificar se houve um aproveitamento da capacidade instalada, concluindo o Tribunal de Contas que não.

O Tribunal de Contas constata que este novo programa, o SIGIC “não se traduziu numa melhor atualização da capacidade instalada” (2007: 16; 48), referindo que a taxa de utilização dos blocos operatórios decresceu ou seja “passou de 65% em 2003 para 61% em 2005” no grupo de referência¹ e de “50% em 2003 para 49% em 2005” no grupo de controlo².

Destaca ainda que em 2005 e 2006 as instituições de saúde não cumpriram os objetivos para as cirurgias do ambulatório e internamento cirúrgico, estabelecidas nos contratos programa, não rentabilizando assim a capacidade instalada existente (Tribunal de Contas: 2007:16).

¹ O grupo de referência é a região do Alentejo e Algarve, onde foi implementado o programa piloto do SIGIC, em junho de 2004.

² O grupo de controlo são as regiões do Norte, Centro e Lisboa e Vale do Tejo.

Foi realizada uma análise de regressão de fronteira estocástica³ para avaliar a eficiência produtiva dos hospitais, no entanto surgiram reservas em relação à fiabilidade da informação do indicador “horas de trabalho médico no bloco”. Em alternativa foi utilizado o indicador capacidade, no entanto “este não apresentou coeficientes estatisticamente significativos” (Tribunal de Contas: 2007:49), mantendo-se as conclusões que a eficiência produtiva nas cirurgias, não foi afetada pela adesão do hospital ao SIGIC (Tribunal de Contas: 2007:49).

Também foram realizadas estimativas de regressões lineares simples mantendo se as mesmas conclusões do indicador anterior.

Por fim, o Tribunal de Contas (2007: 17), no seu relatório, recomenda que os hospitais do SNS adotem “medidas que promovam uma melhor rentabilização da capacidade instalada” e que a ACSS garanta que o SIGLIC contém “indicadores sobre a rentabilidade da capacidade instalada dos hospitais”. Refere que uma “melhor organização de processos é potenciadora de um melhor aproveitamento da capacidade instalada” (Tribunal de Contas, 2007: 47) o que permitirá reduzir as listas de espera cirúrgicas.

Em 2009, o Tribunal de Contas realizou uma auditoria de acompanhamento ao SIGIC concluindo que as ARS monitorizam a produção cirúrgica contratualizada em produção base, através do contrato programa, contudo continuam a não avaliar a capacidade instalada das unidades de saúde, desconhecendo se estas estão a ser rentabilizadas para todas as especialidades cirúrgicas (Tribunal de Contas, 2009: 13). Esta produção cirúrgica não é monitorizada por especialidade o que limita a análise (Tribunal de Contas, 2009: 17). Refere ainda que o SIGLIC continua a não apresentar indicadores sobre a rentabilização da capacidade instalada das unidades hospitalares (Tribunal de Contas, 2009: 13) e recomenda à ACSS e à ARS a sua inclusão (Tribunal de Contas, 2009: 17-18).

Acresce que o facto dos contratos programa não monitorizarem o indicador da produção cirúrgica por especialidade, impossibilitou a avaliação do Programa de Intervenção em Oftalmologia (PIO).

O PIO foi incluído no contrato programa, e pretendia-se que os hospitais realizassem cirurgias de oftalmologia em produção adicional. Dado que a avaliação do indicador da produção cirúrgica não era dividida por especialidade, não foi possível apurar se as cirurgias contratualizadas em produção adicional no PIO, poderiam ter sido realizadas em produção base, com menor custos (Tribunal de Contas, 2009: 55).

A ARS LVT concorda com as recomendações supra citadas do Tribunal de Contas, reforçando a necessidade de aquando a negociação dos contratos programa ser avaliada a capacidade instalada da produção cirúrgica, por especialidade, das unidades hospitalares e definir a produção cirúrgica adicional por especialidade para uma melhor eficiência (Tribunal de Contas, 2009: 56).

³ Neste modelo foi utilizado como variável dependente o número total de cirurgias realizadas no bloco operatório. Como variáveis explicativas, as horas de trabalho médico no bloco, a percentagem de cirurgias programadas no total de cirurgias realizadas, o índice de *case-mix*, o número de readmissões, ter SIGIC (Tribunal de Contas: 2007:49).

O plano de desempenho de cada unidade hospitalar tem referência ao número de cirurgias realizadas por especialidade, produção base e produção adicional (confirmar), o que permite monitorizar a atividade assistencial por linha de produção e especialidade.

1.1.1 - Listas de espera cirúrgica: os números

O SIGIC está dividido em dois grupos: total de patologias e neoplasias malignas (NM).

Os dados mais recentes resumidos no quadro 1.1 (ACSS, 2014: 5), indicam que em 2013 entraram para a lista de espera 644.178 utentes, um valor 3,2% superior ao do período homólogo. De salientar que a mediana do tempo de espera em LIC foi de 2,8 meses em 2013 e de 3,0 meses no período homólogo, o que revela uma evolução positiva do tempo de espera para intervenção cirúrgica.

Indicadores	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Entradas em LIC	451.942	517.672	534.344	566.878	573.527	611.535	624.226	644.178
N.º utentes inscritos (LIC)	221.208	197.150	174.179	164.751	162.211	180.356	166.798	176.129
Mediana TE em meses em LIC	6,9	4,4	3,7	3,4	3,1	3,3	3,0	2,8
% Inscritos que ultrapassam o TMRG	43,5%	24,2%	21,6%	18,4%	13,0%	15,8%	15,1%	12,8%
Total operados	345.321	403.061	455.503	475.293	484.065	503.919	534.415	544.377

Quadro 1.1 - Indicadores do SIGIC, do total de patologias, para o período de 2006 a 2014

De acordo com o quadro 1.2 (ACSS, 2014: 8), em 2013 foram operados mais 1,9% de utentes face ao período homólogo. Este aumento deve-se sobretudo ao aumento da produção cirúrgica dos hospitais em parceria público privada (PPP).

Indicadores	N.º utentes operados							
	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Total hospitais públicos (inclui PPP)	331.479	375.418	426.007	451.374	458.497	460.789	482.302	502.251
Hospitais Convencionados ⁴	13.842	27.643	29.496	23.919	25.568	24.654	26.852	15.915
Hospitais Protocolados ⁵	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	18.476	25.261	26.211
Total Nacional	345.321	403.061	455.503	475.293	484.065	503.919	534.415	544.377

Quadro.1.2 - Número de utentes operados, por tipologia de no período de 2006 e 2013

⁴ Em 2005 tinham aderido ao SIGIC 15 hospitais convencionados. Um ano depois já tinham aderido 37 hospitais, sendo que em 2012 são 50 os hospitais convencionados que aderiram ao SIGIC.

⁵ Hospitais protocolados – hospitais das misericórdias com acordos entre as ARS e o Ministério da Saúde.

As cirurgias podem ser realizadas em modalidade remuneratório convencional, que corresponde a atividade desenvolvida no horário de trabalho dos profissionais de saúde, ou em modalidade remuneratória adicional (alternativa), quando a atividade cirúrgica decorre fora do horário de trabalho. As cirurgias realizadas na modalidade remuneratória alternativa, no 1.º semestre de 2012, representaram cerca de 8% do total de cirurgias realizadas pelo SNS. No período homólogo este valor era cerca de 9% (ACSS, 2012: 9).

Indicadores	N.º utentes operados 1.º semestre 2011	N.º utentes operados 1.º semestre 2012	Δ% 1.º semestre 2011/2012
Modalidade remuneratória alternativa	21.021	18.002	-14,4%
Modalidade remuneratória convencional	209.774	212.652	1,4%
Total hospitais públicos (sem PPP)	230.795	230.654	-0,1%

Quadro 1.3 - N.º utentes operados no 1.º semestre de 2011 e 2012 em MRA e MRC

O tempo de espera para cirurgia varia consoante a área de residência, conforme demonstra a figura 1.1. A região do Alentejo, Braga e Porto apresentam os valores mais baixos, no 1.º semestre de 2012, com menos de 4 meses de espera (ACSS, 2012: 10). Os utentes que mais tempo esperam para cirurgia são os de Viseu, Faro e Setúbal, o que revela uma iniquidade de acesso entre as regiões.

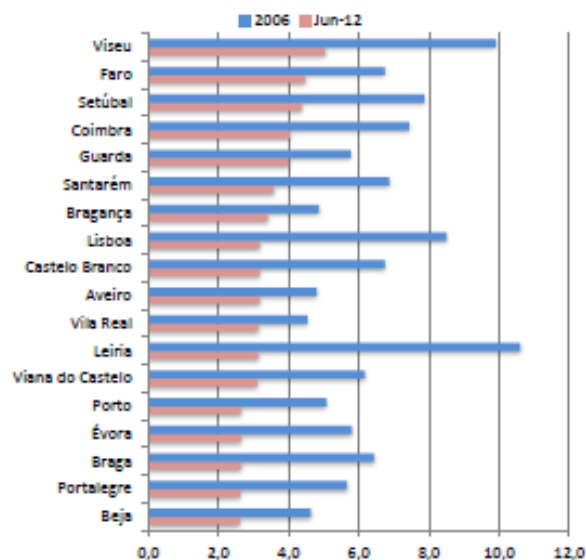


Figura 1.1 - Mediana do tempo de espera da lista de espera cirúrgica, em meses, por distrito de residência no mês de dezembro de 2006 e junho de 2012

Em relação aos indicadores em neoplasias malignas (ACSS, 2014: 34), descritos no quadro 1.4, destacamos um aumento de cerca de 5,4% do n.º de utentes inscritos NM em 2013 face ao período homólogo.

Os tempos máximos de resposta garantidos (TMRG) continuam a aumentar e em 2013, 25,1% dos utentes inscritos em LIC ultrapassaram o TMRG.

Indicadores	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Entradas NM em LIC	33.064	38.279	40.066	42.066	44.610	47.144	46.827	49.349
N.º utentes inscritos NM (LIC NM)	3.430	3.493	3.567	3.109	3.287	3.624	3.524	3.916
Mediana TE da LIC NM em dias	51	40	35	27	22	25	26	27
% Inscritos NM que ultrapassam o TMRG	55,1%	47,0%	37,5%	19,9%	16,5%	23,7%	21,7%	25,1%

Quadro 1.4 - Indicadores do SIGIC de neoplasias malignas, para o período de 2006 a 2013

De acordo com o quadro 1.5 (ACSS, 2014: 37), foram operados mais 6,1% de utentes de neoplasias malignas em 2013, face ao período homólogo.

Indicadores	N.º utentes operados NM							
	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Total hospitais públicos (inclui PPP)	27.100	32.491	35.940	37.248	39.041	41.495	41.403	44.024
Hospitais Convencionados	9	36	140	432	362	379	217	139
Hospitais Protocolados	n.a	n.a	n.a	n.a	n.a	122	85	101
Total Nacional	27.109	32.527	36.080	37.680	39.403	41.996	41.705	44.264

Quadro 1.5 - Número de utentes operados, de neoplasia maligna, no período de 2006 a 2013, por entidade

A atividade cirúrgica programada dos hospitais do SNS na modalidade remuneratória alternativa tem vindo a diminuir. Em 2011 8,4% das cirurgias foram realizadas nesta modalidade, o que representa uma diminuição de 29% face ao ano anterior (ACSS, 2011: 8; 73). Esta diminuição é explicada pela ACSS (2011, 60) pelo facto de vários hospitais terem deixado de fazer MRA.

Indicadores	2007	2008	2009	2010	2011
N.º operados	403.061	455.503	475.293	484.065	503.919
% Operados MRA hospitais SNS face operados hospitais SNS	10,9%	13,4%	14,3%	11,8%	8,4%

Quadro 1.6 - % doentes operados em MRA nos hospitais do SNS para o período de 2007 a 2011

Essa redução da MRA pode ser demonstrada por região de saúde (ACSS, 2011: 65). De acordo com o quadro 1.7, verifica-se que a região de LVT é a que menos utiliza a MRA, e a região do Alentejo e Algarve, as que mais utilizam.

Indicadores	Norte	Centro	LVT	Alentejo	Algarve	País
N.º operados	212.257	94.289	161.059	20.308	16.006	503.919
% Operados MRA hospitalis SNS face operados hospitalis SNS	9,5%	8,1%	5,2%	19,8%	14,9%	8,4%

Quadro 1.7 - % doentes operados em MRA nos hospitais do SNS, por região, no ano de 2011

De salientar que a ARS que mais intervenções cirúrgicas realiza, a utentes que não são da sua área de residência, é a ARS Norte. A ARS do Algarve tem um comportamento exatamente ao contrário, ou seja, é a região que menos opera utentes de outras regiões do país (ACSS, 2011: 67), conforme informação do quadro seguinte.

Região onde foram operados Região de residência	Alentejo	Algarve	Centro	LVT	Norte	Total
Alentejo	17.901	74	167	2.429	11	20.582
Algarve	43	15.858	165	1.056	48	17.170
Centro	23	6	90.590	5.484	26.668	122.771
LVT	2.336	37	2.414	151.441	225	156.453
Norte	4	5	731	197	185.309	186.246
Outras ⁶	0	0	106	436	155	697
Total	20.307	15.980	94.173	161.043	212.416	503.919

Quadro 1.8 - N.º de intervenções cirúrgicas realizadas por ARS a utentes que não são da sua área de residência

⁶ Referente a utentes que residem nas ilhas ou cuja morada é desconhecida.

1.2 - *Balanced scorecard*

Na gestão é um axioma referir-se que só é possível gerir o que se consegue medir, ou seja, nas organizações as ferramentas de gestão são imprescindíveis para medir a *performance*.

Na fórmula descrita num dos casos de estudo identificados na revisão bibliográfica, a administração da Mayo Foundation (uma das organizações privadas de maior dimensão mundial) refere que sentiu necessidade de desenvolver esforços para montar um reporte de gestão que “tomasse o pulso” a *performance* da organização (Curtright *et al*, 1999: 63).

Melhorar a *performance* implica “aumentar valor para os investidores (nas empresas) ou criar mais valor público para os cidadãos (nos serviços públicos)” (Pinto, 2007: 35).

Assim, e segundo Pinto (2007: 35), para se poder aumentar a *performance* primeiro é necessário medir, reportar e gerir.

Através da publicação de um artigo na *Harvard Business Review*, em Janeiro de 1992, os Professores Robert Kaplan e David Norton trouxeram para a atenção pública o *balanced scorecard*. Figurando um instrumento de gestão e suporte da mudança das organizações, o âmbito de aplicação do BSC inclui organizações públicas, privadas ou sem fins lucrativos.

Kaplan e Norton (1996: 55) mencionam que os gestores das organizações consideram que os sistemas de medição que utilizam, influenciam o comportamento dos colaboradores. Referem ainda que os gestores, ao realizarem uma análise baseada em indicadores financeiros, poderão não estar a veicular informação sobre inovação, fundamental para os tempos que decorrem.

Ao invés, o BSC veio colocar a estratégia e a visão, não o controlo, no centro (Kaplan e Norton, 1992: 79).

Durante muitos anos a *performance* das empresas era avaliada através de indicadores financeiros que facultavam informação sobre rentabilidade, lucro, património, *stocks*, retorno do investimento, entre outros. Mas para além destes indicadores tornou-se necessário medir “indicadores não financeiros, tais como a qualidade, a quota de mercado, a satisfação dos trabalhadores e clientes, a capacidade de inovação e de resposta” (Matos e Ramos, 2009: 15)⁷ e a formação dos colaboradores. Estes indicadores não financeiros não estão disponíveis nas demonstrações financeiras, pelo que foi necessário mudar a forma como as organizações mediam a sua *performance* e alinhá-las com a sua estratégia.

Conforme refere Matos (2006: 12), “a gestão das organizações num mundo empresarial, cada vez mais complexo e menos estável, necessita de ferramentas que valorizem não só os aspetos financeiros mas também bens intangíveis”.

Os colaboradores e os processos de produção são críticos para o sucesso presente e futuro de uma organização. Os objetivos e métricas financeiras, em última instância, melhorarão se o desempenho da organização aumentar. E para otimizar o valor a longo prazo para os acionistas, a organização

⁷ Prefácio escrito por Fernando Sollari Allegro.

tem que internalizar as preferências e expectativas dos acionistas, clientes, fornecedores, comunidade e colaboradores (Kaplan, 2010: 17).

Se para muitos gestores e académicos não tem sido consensual definir se para avaliar a *performance* de uma organização devem ser utilizados indicadores financeiros e/ou não financeiros, a adopção do modelo BSC permite ultrapassar esta questão, dado que utiliza ambos os indicadores.

De facto, o BSC, desenvolvido na *Harvard Business School*, em 1992, integrava e balanceava outros indicadores para além dos financeiros (Pinto, 2007: 40).

O BSC enfatiza a importância de se olhar para além da perspetiva tradicional de controlo e alarga o âmbito da tarefa desempenhada pelos profissionais de gestão. O BSC está associado, por isso, à mudança de papel do controlador de gestão/gestor como sinónimo de “pólicia das contas” para agente de mudança (Braam, 2012: 103).

O BSC revelou-se um modelo relativamente simples, facilmente aplicável, que envolvia quatro dimensões, desde a tradicional dimensão ou perspetiva financeira, passando pela perspetiva do cliente, a perspetiva dos processos internos e por fim a perspetiva da aprendizagem e do crescimento. Estas perspetivas estavam ainda ligadas à missão e visão da organização, conforme exemplificado na figura 1.2 (Matos e Ramos, 2009: 25).



Figura 1.2 - Perspetivas do BSC

Assim, para cada uma das quatro perspetivas são definidos objetivos e indicadores que funcionam de forma integrada (balanceada) estabelecendo relações de causa e efeito em todas as perspetivas, pelo que, o não atingir de um objetivo implica quebras de eficiência e desequilíbrio no BSC, com o conseqüente desvio da estratégia e do cumprimento da missão e visão da organização (Pinto, 2007: 40).

É através da perspectiva financeira que temos uma visão do passado, sendo que as outras três perspectivas relacionadas com os clientes, processos internos e aprendizagem, estão relacionadas com o futuro, e com aquilo que a organização pretende alcançar no longo prazo (Pinto, 2007: 40).

Os objetivos que a implementação do BSC visava, tal como proposto por Kaplan e Norton (1996a: 10) são:

- Obter consenso sobre a estratégia a seguir;
- Comunicar a estratégia da empresa;
- Alinhar toda a organização e os seus departamentos com a estratégia da organização;
- Comunicar e ligar os objetivos estratégicos e as medidas;
- Obter informação de retorno que promova a aprendizagem e melhore a formulação de estratégia.

Conforme referido anteriormente, foi definido por Kaplan e Norton (1992: 72) que para cada uma das perspectivas eram determinados objetivos, metas e indicadores e definidos as relações causa-efeito, conforme demonstra a figura seguinte:

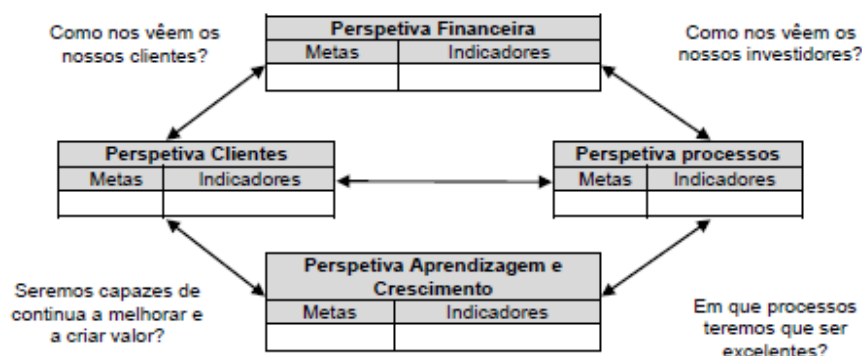


Figura 2.3 - Modelo BSC

O BSC é considerado “uma das melhores soluções para conseguir o alinhamento de todos os recursos organizacionais, em especial as pessoas, e concretizar mudanças” (Pinto, 2007: 53). O BSC ao fornecer aos gestores informação sobre as quatro perspectivas de uma forma objetiva e quantificável, minimiza o esforço dispendido com a recolha de grande quantidade de informação, impedindo o excesso de informação na tomada de decisão (Matos, 2006: 13).

Para construirmos um BSC é necessário percorrer o seguinte percurso (Matos e Ramos, 2009: 41-42):

- Traduzir a estratégia das operações. Como resultado obtemos um mapa estratégico, com os objetivos e recursos e relações causa-efeito das quatro perspectivas;
- Alinhar a organização com a estratégia. Este alinhamento é alcançado quando cada unidade da organização cria o seu BSC;

- Fazer da estratégia principal tarefa de cada colaborador. Identificar os elementos responsáveis pela utilização e controlo do BSC;
- Fazer da formulação da estratégia um processo contínuo, em que a aprendizagem se faz pelo processos de relação causa-efeito estabelecidos nos mapas estratégicos;
- Mobilizar a mudança através da liderança. Uma boa liderança e o envolvimento ativo dos dirigentes da organização são condições chave para o sucesso da implementação do BSC.

No entanto, mesmo que percorrido o trajeto acima referido, se não houve empenhamento e compromisso da gestão de topo, o processo falhará irreversivelmente (Kaplan e Norton, 1996: 294).

1.2.1 - Missão

Para se implementar o BSC numa organização é preciso refletir e identificar a missão, os valores e a visão. Estes são os pilares do BSC. Após a sua definição deve ser definida a estratégia e esta deve ser comunicada a toda a organização, para que em conjunto a possam executar. Sem uma estratégia definida, não se pode implementar um BSC (Pinto, 2007: 55).

Por missão entende-se a tarefa que a organização está encarregada de realizar. A missão deve ser clara, simples, objetiva e pequena.

A missão é a razão de ser da empresa, ou seja, a razão de existência.

A missão, nas empresas que visam o lucro, responde às perguntas “Porque é que existimos?” e “Para quê?”. Nestes casos, a missão é o ponto de partida para a definição da estratégia, sendo que habitualmente não integra nenhuma das perspetivas.

Nas empresas públicas ou organizações sem fins lucrativos, geralmente a missão é a resposta à pergunta “O que aconteceria se não existíssemos?”. Nestes casos, nos quais as metas financeiras não são prioritárias, a missão é fundamental e assume-se “como uma quinta perspetiva colocada no topo, acima das quatro perspetivas tradicionais” (Pinto, 2007: 58).

1.2.2 - Valores

Quanto aos valores, são os princípios que guiam a organização. Os valores representam crenças evidenciadas nos comportamentos dos seus colaboradores, ou seja, os valores devem servir de guia para os comportamentos que esperamos dos nossos colaboradores.

É fundamental que os gestores divulguem os valores da sua organização para que os seus colaboradores se revejam neles e adotem esses comportamentos. Estes valores devem de estar escritos e devem de ser praticados no dia-a-dia. Exemplos desses valores são o respeito, a comunicação, a dedicação, a excelência, a responsabilidade, entre outros.

Os valores devem estar alinhados com a missão da organização, pelo que são o segundo pilar do BSC. Assim, os objetivos colocados no BSC devem estar em sintonia com os valores. Não pode

haver contradição entre os valores e o BSC, nomeadamente não podem os interesses ou as necessidades de um grupo sobrepor-se aos de outro grupo.

1.2.3 - Visão

Em relação à visão, esta é sinónimo de intenções e aspirações para o futuro. É a panorâmica do destino que se pretende (Kaplan e Norton, 2001: 74).

A visão deve ser clara, tangível e motivadora. Tem que estar alinhada com a missão e com os valores da organização.

A visão é o terceiro pilar do BSC e é construída após a definição da missão e dos valores.

1.2.4 - Estratégia

A sequência de construção do BSC, desde a missão até à estratégia, é definida na figura 1.4 (Pinto, 2007: 61).

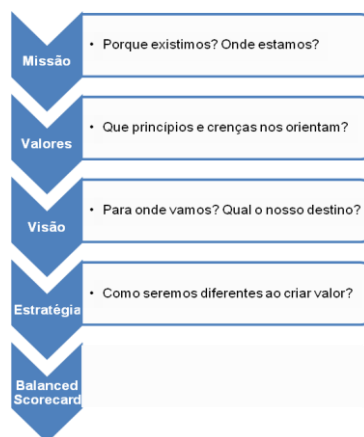


Figura 3.4 - Sequência do BSC desde a missão até à estratégia

Uma estratégia bem definida permite identificar prioridades, para as quais deverão ser afetados recursos e energias. É frequente encontrarmos nas organizações estratégias para a área da produção, para a área financeira e para os recursos humanos (Matos e Ramos, 2009: 37). Para que a organização tenha sucesso, é necessário definir uma estratégia global para a organização.

Com o BSC pretende-se medir resultados da implementação de uma estratégia. “Vamos medir os resultados presentes e comparar com o que se pretende obter no futuro” (Matos e Ramos, 2009: 38). O BSC é um sistema de medição que acompanha as mudanças na estratégia, por muitas variações que possam ocorrer.

O insucesso da estratégia não está na sua formulação ou na qualidade da mesma, mas sim nos mecanismos para executar a estratégia. Pinto (2007: 65) destaca que apenas 10% das estratégias são implementadas e que os principais fatores estão associados aos colaboradores não entenderem a estratégia, aos gestores de topo não dedicarem tempo suficiente para analisarem a estratégia e ao facto das organizações não articularem os orçamentos com a estratégia.

1.2.5 - A perspectiva do cliente

As preferências dos clientes mudam ao longo do tempo e os produtos/serviços que produzimos hoje poderão não constar das suas preferências no futuro, pelo que não é linear que os clientes de hoje, sejam os do futuro. Assim, é fundamental compreender o que os nossos clientes valorizam, dado que uma organização não pode ser tudo para todos os clientes, tendo que “criar propostas de valor diferentes para segmentos diferentes de clientes” (Pinto, 2007: 42).

Talvez a principal prioridade das organizações seja a importância e satisfação dos clientes, independentemente de estarmos perante entidades que visam ou não o lucro.

A globalização trouxe uma variedade de escolhas e formas de relacionamento entre o cliente e o fornecedor de bens e serviços, transformando a gestão do cliente na dimensão mais importante da estratégia (Pinto, 2007: 43).

Atualmente as empresas procuram identificar os seus clientes e segmentos de mercado, para obtenção de uma fonte de rendimento incrementando a *performance* financeira da empresa, situação bem diferente do que acontecia no passado em que as empresas se centravam na produção e os clientes compravam o que o mercado tinha para lhes oferecer (Matos e Ramos, 2009: 30). Esta mudança de atitude e a diversidade de fornecedores, obriga as organizações “a refletir sobre as necessidades dos clientes e a adaptar os processos produtivos a essas necessidades” (Matos e Ramos, 2009: 30).

Os gestores ao definirem a perspectiva dos clientes têm que ter “uma ideia clara dos segmentos e nichos de mercado que procuram atingir e quais os valores principais que os clientes procuram satisfazer” (Matos e Ramos, 2009: 30), para que possam igualmente traçar as suas estratégias de *marketing*, logística e investigação e desenvolvimento.

Assim, para avaliar a perspectiva do cliente, independentemente de estarmos perante uma organização com ou sem fins lucrativos é necessário conhecer a quota de mercado, a retenção de clientes, a atração de novos clientes, a satisfação de clientes e a rentabilidade de clientes (Kaplan e Norton (1996a: 68).

Estando perante uma organização sem fins lucrativos, nomeadamente um hospital, será necessário efetuar uma modificação ao BSC: atribuir lugar cimeiro à perspectiva do cliente (Kaplan, 2010: 23). Uma exceção a esta regra será, naturalmente, a implementação do BSC em hospitais psiquiátricos, uma vez que não será adequado incluir a perspectiva da satisfação dos clientes a um hospital psiquiátrico uma vez que os seus clientes são, muitas vezes, doentes mentais e doentes com desordens psíquicas, incapazes de avaliarem com propriedade os colaboradores do Hospital (Schmidt *et al*, 2006: 123).

1.2.6 - A perspectiva processos internos

Após estarem definidos os objetivos da perspectiva clientes, importa analisar os processos internos e definir os mais relevantes para a satisfação dos clientes ou seja para conseguirmos responder à pergunta: onde teremos que ser excelentes para atingir as metas dos clientes?

Não poderão ser criados objetivos para todos os processos da organização “sob pena de se tornarem incontroláveis e não contribuírem para a criação de valor para a organização” (Matos e Ramos, 2009: 32).

Por vezes as organizações não têm sucesso, mas isso não significa que tenham a estratégia errada. Muitas vezes o insucesso está associado aos processos que rodeiam a estratégia, e a perspetiva dos processos internos do BSC, ajuda a ultrapassar este problema (Pinto, 2007: 43-44), ocorrendo por vezes a necessidade de criar processos internos novos.

Segundo Kaplan e Norton (1996: 62-63) a perspetiva dos processos internos tem 3 processos principais: a inovação, as operações e os serviços de apoio.

A inovação estará a cargo de uma unidade ou departamento da organização que concentra o seu trabalho:

- No desenvolvimento de novos produtos e serviços que satisfaçam o mercado e;
- Na procura de novas oportunidades de negócio.

Contudo, nem sempre as organizações têm departamentos para investigação e desenvolvimento, ou quando os têm nem sempre os novos produtos desenvolvidos têm o retorno do investimento, pelo que muitas vezes as organizações optam por manter a carteira de bens e serviços existentes que geram dividendos, o que poderá trazer consequências nefastas no futuro (Matos e Ramos, 2009: 32-33).

Quanto às operações, processo que decorre desde a nota de encomenda à entrega do bem ou serviço, segundo Kaplan e Norton (1996: 63) não são tão valorizadas no processo de criação de valor dado que durante muitos anos, este foi o foco de atenção da gestão, sendo que a maioria das organizações já atingiu o nível de satisfação, pelo que os ganhos são marginais.

Por fim, os serviços de apoio, relacionados com os serviços pós venda, são de extrema importância, sobretudo porque estão relacionados com a fidelização do cliente e as vantagens competitivas.

1.2.7 - A perspetiva de aprendizagem e crescimento

Os mercados estão em constante alteração e as organizações têm que estar preparadas para responder às novas ofertas de produtos da concorrência e às alterações das necessidades dos clientes, pelo que a inovação assume um papel importante (Matos e Ramos, 2009: 34).

Pretende-se que cada colaborador aprenda mais e esteja preparado para exercer as suas funções da melhor forma, ou seja, é necessário investir num plano de aprendizagem e crescimento individual. Provavelmente os colaboradores que tenham a oportunidade de se desenvolverem profissionalmente, estão mais motivados e como tal produzem mais.

A motivação no local de trabalho implica que os colaboradores sintam-se menos atraídos a sair da sua organização (Matos e Ramos, 2009: 34). Organizações em que o fluxo de entradas e saídas é constante são menos propensas ao sucesso.

Como Matos e Ramos (2009: 34) referem “a saída de um colaborador implica também a saída de capital de conhecimento que não é transferível para outros sendo um bem que a organização perde”.

Face ao exposto o desenvolvimento da perspectiva da aprendizagem está associada à “inovação, produtividade e motivação dos colaboradores da organização” (Matos e Ramos, 2009: 34).

Destacamos que nem todas as organizações conseguem lidar corretamente com esta perspectiva e muitas vezes acabam por a descurar, sobretudo em períodos de contenção de custos, quando os primeiros cortes são realizados ao nível da formação, investigação, recursos humanos e outros valores intangíveis (Pinto, 2007: 45).

Kaplan e Norton, porém, chamam à atenção para o facto de um dos mais importantes objetivos para a adoção do *Balanced Scorecard* ser a promoção do crescimento das capacidades individuais da organização como um todo (Kaplan e Norton, 1996: 144).

A perspectiva de aprendizagem e crescimento está na base do BSC e estabelece relações de causa-efeito com as outras perspectivas. No caso do setor privado esta perspectiva influencia a perspectiva financeira. No caso do setor público, influencia a perspectiva clientes e a missão.

Para avaliar a perspectiva de aprendizagem e crescimento são utilizados indicadores diversos, nomeadamente, satisfação dos colaboradores (apurada através da aplicação de questionário), produtividade, horas de formação, competências adquiridas, retenção de colaboradores entre outros.

1.2.8 - A perspectiva financeira

O BSC foi desenvolvido inicialmente para ser aplicado em empresas privadas, colocando-se, por isso, a ênfase na perspectiva financeira. É nesta perspectiva que são definidos os objetivos relacionados com o lucro, a produtividade e rentabilidade da organização, centrando-se o BSC na área financeira (Pinto, 2007: 41). Por vezes as organizações esquecem-se de relacionar as metas financeiras com as metas não financeiras da sua estratégia. O BSC surge para eliminar essa falha “articulando os objetivos e indicadores financeiros com outras metas baseadas em valores intangíveis” (Pinto, 2007: 41), através de relações causa-efeito, que caracterizam o BSC.

Contudo, a literatura refere que o BSC também tem sido aplicada a entidades sem fins lucrativos e em organismos públicos, que não têm como objetivo o lucro. Nestes casos o ênfase é colocado na perspectiva dos clientes, ou seja é centrada nos utentes e/ou cidadãos, procurando-se maximizar a quantidade e a qualidade dos cuidados prestados (Matos e Ramos, 2009: 29).

Claramente, a *performance* das empresas públicas não pode ser medida apenas por indicadores financeiros. O seu sucesso tem que ser medido pela sua eficiência em fornecer benefícios (valor) ao seu público-alvo (Kaplan, 2010: 23).

O presente estudo centra-se nas entidades hospitalares do serviço nacional de saúde, empresas públicas empresariais, que não visam o lucro mas sim o equilíbrio das contas e a maximização da qualidade dos serviços disponibilizados aos utentes. O BSC destas entidades hospitalares certamente que colocará nos objetivos de longo prazo “a maximização da qualidade dos serviços aos utentes”, alinhando as outras perspectivas do BSC a este objetivo (Matos e Ramos, 2009: 29).

1.2.9 - Relações causa-efeito

O BSC têm um princípio subjacente de verificação de relações causa-efeito entre as perspetivas, os objetivos, as metas e os indicadores (Pinto, 2007: 46).

As relações causa-efeito consistem na elaboração de perguntas que conduzirão à formulação de objetivos e estratégias (Matos e Ramos, 2009: 38). Implicam, constantemente, escolhas e tomada de decisões para que se possa atingir a visão.

Um BSC bem construído torna explícita a missão e a estratégia da organização, através das relações causa-efeito entre os objetivos estratégicos e as medidas das diversas perspetivas (Kaplan e Norton: 1996: 64-65; Matos e Ramos, 2009: 39).

A ideia de relação causa-efeito entre as perspetivas do BSC, os objetivos, as metas e os indicadores conduziram à criação de mapas estratégicos (Kaplan, 2010: 21).

Os primeiros BSC a serem implementados nos anos 90 tinham como principal preocupação identificar objetivos para cada uma das perspetivas, definir indicadores adequados para medir cada um dos objetivos e analisar as relações causa-efeito entre as perspetivas, objetivos e indicadores.

Contudo, verificou-se que muitos dos objetivos tinham horizontes temporais superiores a 1 ano, o que dificultava a sua avaliação. Como alternativa passaram a definir-se metas para períodos de tempo mais pequenos, sem nunca perder de vista os objetivos definidos. Para atingir estas metas foram definidas iniciativas, que consistem em “ações, actividades, programas ou projetos que as organizações têm que desenvolver para atingirem as metas de performance” (Pinto, 2007: 66).

1.2.10 - Indicadores *lag* e indicadores *lead*

Para medir é necessário ter indicadores. Os indicadores devem medir os fatores críticos de sucesso e garantir a obtenção de vantagens competitivas. Estes podem ser indicadores de resultados designados também por *outcomes* ou *lag indicators* (Kaplan e Norton, 1996: 72) e indicadores indutores, designados por Kaplan e Norton (1996: 72) por *lead indicators* ou *performance drivers*.

Pinto (2007: 68) refere ainda a utilização de indicadores de *inputs*, indicadores de *outputs* e indicadores de processos.

No BSC devem ser utilizados indicadores *lead* e *lag* dado que estes se complementam entre si (Kaplan e Norton, 1996: 55-56). Os indicadores devem ser:

- Coerentes com a visão e a missão da organização;
- Claros e transmitir informação precisa sobre o que se pretende analisar;
- Fáceis de obter mediante o acesso intuitivo a uma aplicação de informática;
- Ter a sua unidade de medida corretamente identificada (exemplo: percentagens, números absolutos (n.º), dias, entre outros);
- Ter um elemento nomeado que saiba atuar sobre os indicadores.

Kaplan e Norton (1996: 64-65) referem que um excelente BSC é mais do que um conjunto de indicadores e fatores críticos de sucesso organizados pelas várias perspetivas. Para estes autores,

para ter um excelente BSC é necessário ter um número adequado de medidas e indicadores, e relações de causa-efeito que permitam refletir a estratégia da organização.

1.2.11 – Fontes de informação

De acordo com Matos e Ramos (2009: 25) “ao fornecer aos gestores informação sobre quatro perspetivas diferentes, mas bem objetivas e quantificáveis, o BSC minimiza a quantidade de informação necessária e impede o excesso de informação.”

Um dos problemas da tomada de decisão está relacionado com o excesso de informação, que surge de fontes de informação diversa que muitas vezes originam um excesso de informação que pelo seu volume e dificuldade de interpretação fazem com que a tomada de decisão não ocorra em tempo útil. Este excesso de informação muitas vezes está associado às tecnologias de informação e comunicação que entraram nas organizações como uma suposta chave para resolver todos os problemas, passando-se de uma situação de escassez de informação para uma com excesso de informação. Esta informação necessita de ser trabalhada e divulgada, para que se possam tomar decisões. Por algum motivo, acontece que pessoas diferentes com a mesma informação tomam decisões diferentes, dado que interpretam e tem conhecimento desta informação de forma diferente (Matos e Ramos, 2009: 26).

Conforme Matos e Ramos (2009, 27), referem, “a informação é matéria-prima para a tomada de decisão e condição necessária para este processo, o excesso de informação implica o aumento do tempo necessário para a tomada de decisão”.

1.3 - Evolução do *balanced scorecard*

O *balanced scorecard* inicialmente era considerado um sistema de medição da *performance* (figura 1.3). Este foi evoluído ao longo dos anos, tendo sido considerado um sistema de gestão estratégica (figura 1.5), posteriormente um instrumento de comunicação da estratégia e atualmente tido como metodologia de apoio à gestão da mudança (Pinto, 2007: 71).

Primeira etapa: do sistema de medição da *performance* ao sistema de gestão estratégica

A aplicação do BSC para medir a *performance* da empresa associado à utilização das tecnologias de informação nomeadamente aos sistemas informáticos de gestão empresarial, fez com que o modelo evoluísse para um sistema de gestão estratégica.

Assim, o modelo do BSC inicial (1992) evolui (Kaplan e Norton, 1996a: 9) para a configuração da figura 1.5, sendo que:

- No centro do BSC, surge a visão e a estratégia;
- Cada perspetiva, avaliada através de metas e indicadores, passa a considerar objetivos, métricas, metas e iniciativas.

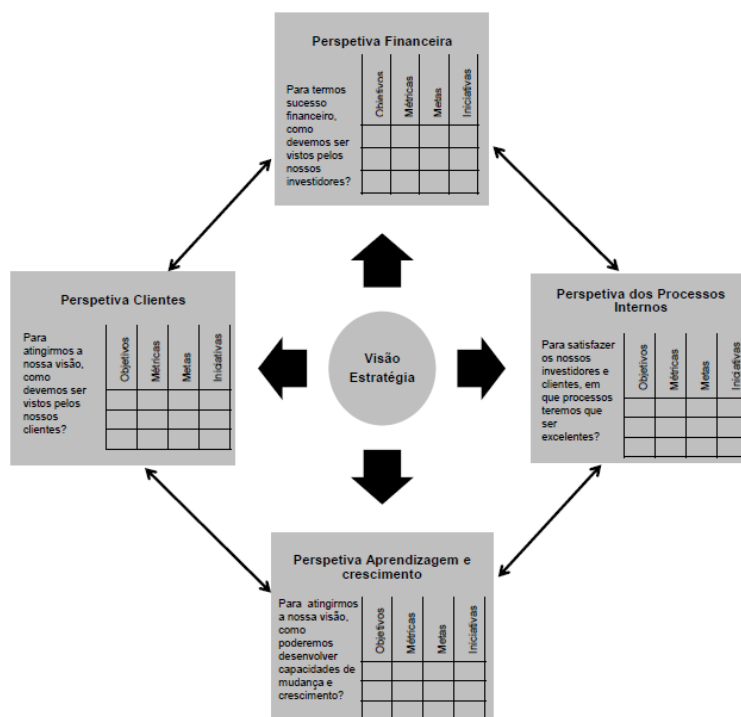


Figura 4.5 - Evolução do modelo do BSC

A nova configuração do BSC está apoiada em quatro processos. São eles (Kaplan e Norton, 1996a: 10-18):

- Traduzir a visão: clarificar a visão e obter consenso, transformando a visão em metas operacionais;
- Comunicar e articular: comunicar a estratégia definida pela gestão de topo a toda a organização. Os objetivos e as metas devem estar articulados com a estratégia. Deve de haver um conhecimento dos incentivos associados à estratégia;
- Planeamento: permite planear, coordenar e financiar iniciativas para objetivos a médio e longo prazo e estabelecer metas para cada período;
- *Feedback* e aprendizagem: possibilidade de rever e alterar as estratégias, de acordo com a *performance* da organização. O BSC permite articular as metas financeiras de curto prazo com a perspetiva cliente, perspetiva de processos e a perspetiva de aprendizagem/crescimento.

Kaplan e Norton (1996a: 30) verificaram que os gestores quando analisavam algumas relações causa-efeito entre os objetivos das perspetivas, utilizavam esquemas, pelo que propuseram a utilização do mapa estratégico.

O mapa estratégico descreve a estratégia da organização e mostra as relações causa-efeito que deverão ser estabelecidas entre os objetivos, para que o modelo funcione de forma balanceada.

Segunda etapa: do sistema de gestão estratégica ao instrumento de comunicação da estratégia

Pinto (2007: 78) refere que Kaplan e Norton, em 2000, divulgaram uma metodologia de desdobramento em cascata que consiste na construção de mapas estratégicos e *balanced scorecard* ao nível dos departamentos e serviços, alinhados com o mapa estratégico definido pela gestão de topo. A utilização de mapas estratégicos no processo de comunicação e envolvimento da organização foi tão eficaz que surgiu uma terceira versão do modelo do BSC, eleito como instrumento para comunicação da estratégia (Pinto, 2007: 78-79).

Existem vários sistemas de informação que apoiam o funcionamento do BSC, nomeadamente ao nível da construção do modelo e a alteração dos mapas estratégicos de uma forma rápida. Existe ainda o painel de instrumentos (*dashboard*) que permite monitorizar e gerir a *performance* da empresa em tempo real,

Em 2004, Kaplan e Norton (2001: 13) abordam os cinco princípios para uma organização concentrada na estratégia. Esses princípios, que se descrevem de seguida, pretendem alinhar a estratégia com os objetivos e metas da organização:

- 1.º Mobilizar para a mudança através da liderança de topo;
- 2.º Traduzir a estratégia em termos operacionais;
- 3.º Alinhar a organização com a estratégia;
- 4.º Fazer da estratégia um trabalho de todos;
- 5.º Fazer da estratégia um processo contínuo.

Terceira etapa: do instrumento de comunicação da estratégia à metodologia de apoio à gestão da mudança

Em 2006, Kaplan e Norton (2006: 1-2) publicaram um livro⁸ onde explicam que as empresas são constituídas por várias unidades de negócio, mas que muitas vezes essas unidades não são coordenadas, o que resulta, frequentemente, em conflitos, com perda de desempenho e consequentemente perda de oportunidades de negócio. Nesse livro desenvolvem como é possível alinhar a estratégia da organização com as unidades de negócio e de apoio, a gestão de topo e os parceiros externos, para garantir a sua sustentabilidade. Destacam ainda a importância de alinhar a organização com a estratégia, um dos cinco princípios da organização concentrada na estratégia, como vimos atrás.

O desenvolvimento do BSC como sistema de gestão estratégica, fê-lo progredir de sistema de diagnóstico para um sistema interativo (Kaplan, 2010: 24).

Atualmente e em resumo, o BSC é uma ferramenta de gestão que pretende alinhar pessoas, processos e infraestruturas com a estratégia da organização. O alinhamento da organização implica mudança, sendo que o BSC se tem revelado um instrumento facilitador desse processo (Pinto, 2007: 96).

⁸ Alignment – Using the Balanced Scorecard to Create Corporate Synergies

As unidades de negócio das organizações sejam elas privadas, públicas ou sem fins lucrativos têm que estar alinhadas, para que o resultado seja superior quando comparado ao valor que desenvolveriam se trabalhassem de forma isolada (Pinto, 2007: 96).

1.4 - O *balanced scorecard* no sector público

Conforme já foi referido anteriormente, o BSC foi criado como metodologia para aplicar preferencialmente nas empresas do setor privado.

Partindo do axioma “se não conseguimos medir, não conseguimos gerir” (Kaplan e Norton, 1996: 21) as organizações procuram medir o seu desempenho, definindo uma série de objetivos mensuráveis. Historicamente, a maioria dos sistemas de medição do desempenho eram dominados por aspetos financeiros. No entanto, os aspetos financeiros apenas traduzem os resultados de ações já desenvolvidas (Kaplan e Norton, 1996: 71).

Para Schimidt *et al* (2006: 120) a noção de que a visão tradicional que assentava a monitorização do desempenho na parte financeira é inadequada e está obsoleta, é particularmente apropriada para as organizações públicas.

A missão das organizações do sector público é a satisfação dos seus utentes, sendo que a eficiência e eficácia devem ser medidos pela sua prestação de serviços aos utentes (Matos e Ramos, 2009: 43).

Nos hospitais existe uma dupla linha de autoridade, uma característica comum das organizações de saúde. Uma mais formal, gestonária, executada pelo Conselho de Administração e pelos administradores hospitalares, outra mais técnica, representada pelos médicos e restantes profissionais de saúde. “Esta dupla linha de autoridade tem subjacente, muitas vezes, conflitos, nem sempre fáceis de dirimir, entre preocupações de natureza económica e preocupações técnico-profissionais de natureza ética e deontológica” (Boquinhas, 2012: 8).

Os gestores pretendem eficiência, dado que os recursos são escassos e devem ser utilizados de uma forma racional, pelo que pretendem uma relação custo/benefício e custo/efectividade adequadas. Os médicos pretendem o melhor para os seus doentes, independentemente do custo. Pretendem ainda reconhecimento entre os pares e perante a sociedade (Boquinhas, 2012: 8-9).

Tendo em consideração esta especificidade própria da saúde, é atualmente reconhecido que os hospitais são organizações humanas muito complexas (Druker, 2006: 54).

Boquinhas (2012: 9) refere “que há evidência que os hospitais onde os médicos estão profundamente empenhados na gestão e bem articulados com as administrações, são mais eficientes do que aqueles onde esse empenhamento não se faz sentir”.

Através da implementação do BSC será possível obter consensos relativamente à missão e à visão da organização e juntar numa única ferramenta de gestão os indicadores financeiros e clínicos, selecionando a informação relevante (Matos e Ramos, 2009: 52).

Para além da dupla linha de autoridade referida anteriormente, a implementação do BSC no sector da saúde está sujeita a alguns obstáculos nomeadamente (Macedo, 2014: 6):

- As deficiências dos sistemas de informação existentes nestas organizações;
- A inexperiência na definição e utilização de indicadores de gestão;
- A ausência da divulgação dos objetivos estratégicos e das medidas de desempenho;
- O desconhecimento da importância e utilização da metodologia do BSC.

Conforme já foi referido anteriormente, o BSC permite selecionar a informação relevante e centrar o seu enfoque nesta. O hospital tem uma diversidade de dados que vão desde a contabilidade analítica, até aos dados das várias linhas de produção, passando pelo preço dos bens consumidos e dos serviços e fornecimentos externos. Com esta diversidade de informação torna-se difícil tomar decisões, pelo que o BSC surge como uma ferramenta de extrema importância, que permite selecionar a informação relevante e centrarmos na estratégia da organização hospitalar, permitindo o enfoque naquilo que é mais relevante: criar valor para o utente.

Face ao exposto, os autores do BSC propuseram uma nova arquitetura para o BSC em organizações não lucrativas, conforme demonstra a figura seguinte (Matos e Ramos, 2009: 44).

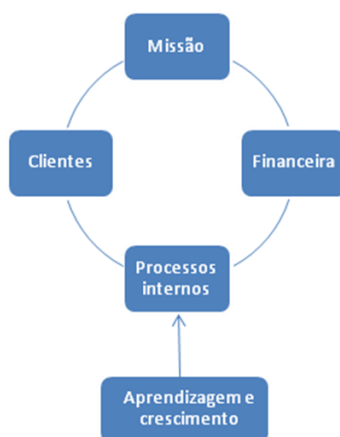


Figura 5.6 - Figura Arquitetura do *Balanced Scorecard* para organizações não lucrativas

1.5 – Estudos de caso

Em consequência da complexidade das organizações de saúde e do conjunto de influências que impactam simultaneamente nestas organizações (inovação medicamentosa e inovação tecnológica, por exemplo), é difícil imputar em que medida a implementação do BSC contribui para a criação de valor nas organizações de saúde (McDonald, 2012: 8).

Existe, no entanto, evidência resultante das conclusões de alguns estudos de caso que indicam relação direta entre a implementação do sistema de BSC e a melhoria dos indicadores dessas organizações, pelo que sumarizamos alguns desses casos de sucesso.

Jon Meliones, diretor clínico do Hospital Pediátrico Duke, narra que em 1992 o Hospital apresentava um resultado líquido anual de 4 milhões de dólares negativos.

O Hospital estava então numa encruzilhada: cada grupo profissional, desde os profissionais de saúde, passando pelos administrativos e gestores, focava-se mais nos seus objetivos pessoais, do que nos objetivos da instituição, como um todo. Genericamente os profissionais de saúde têm como missão recuperar a saúde dos seus doentes e os gestores, por seu lado, têm como missão controlar ou mesmo diminuir os custos (Meliones, 2000: 5).

No entanto, cortar custos de forma irracional traz insatisfação aos doentes, impacta a qualidade dos cuidados prestados, desmotiva os profissionais e, em última instância, mutila a missão do Hospital.

Perante esta encruzilhada, o diretor clínico do Hospital, Jon Meliones, iniciou um processo de reuniões periódicas com os profissionais de saúde, consciencializando-os da importância de conhecer e discutir custos, como meio de manter os programas de formação, investigação, satisfação profissionais, cuidados de qualidade e, em última instância, o contrato de trabalho.

Adotaram então um lema “sem equilíbrio financeiro não há missão” (Meliones, 2000: 6).

Para levar a bom porto o necessário alinhamento entre a missão dos médicos e dos gestores o Hospital adotou o método do *balanced scorecard*.

Foram adotadas quatro perspetivas: saúde financeira, satisfação dos clientes, processos internos e satisfação dos colaboradores.

O método foi explicado a todos os colaboradores: se se sacrifica uma perspetiva para satisfazer outra, a missão da organização, como um todo, desmorona-se (Meliones, 2000: 6).

O Hospital decidiu lançar um projeto piloto para o BSC escolhendo para o efeito um microcosmo do Hospital - a Unidade de Cuidados Intensivos Pediátricos.

Na perspetiva da satisfação dos clientes, as equipas da Unidade elaboraram vários protocolos (“pathways”), através da comparação de dados estatísticos dos doentes e discussão e disseminação das melhores práticas médicas. Verificaram, por exemplo, que a demora média de internamento variava bastante de doente para doente, sem justificação clínica (Meliones, 2000: 8).

Transformaram os dados em informação, o que permitiu fazer várias mudanças nas práticas habituais.

Tomaram conhecimento, por exemplo, que os pais frequentemente ficavam frustrados quando não sabiam quem era o médico e o enfermeiro responsável pelo seu filho. Esta questão foi facilmente resolvida, colocando na porta do quarto uma placa com os nomes dos profissionais responsáveis.

Os profissionais tomaram conhecimento que algumas crianças ficavam internadas na Unidade de Cuidados Intensivos (custo \$1.700/dia e rácio enfermeiro doente de 1 para 1 ou 1 para 2) mais dias do que os que a sua condição clínica impunha. Tal devia-se ao facto de não estarem ainda aptas para serem transferidas para a enfermaria de Pediatria (custo de \$700/dia e rácio de enfermeiro doente de 1 para 5). Foi então criada uma unidade de transição de 6 camas (custo \$1.200/dia e rácio de 3 para 1).

Para além de reduzir os custos por doente, esta medida permitia aos pais passarem mais tempo com os seus filhos internados, visto que as visitas na Unidade de Cuidados Intensivos são muito restritas, o que aumentou a satisfação dos clientes (Meliones, 2000: 9).

Em 2000 a satisfação dos clientes tinha aumentado 18%, a melhoria nos processos internos implicou a diminuição da demora média de 7,9 dias em 1996 para 6,1 dias em 2000. Na perspetiva financeira

o custo por doente tratado diminuiu cerca de \$5.000. O resultado líquido passou de 11 milhões de dólares negativos para 4 milhões de dólares de lucro.

Como estratégias para implementar o BSC, Meliones (2000: 10) recomenda:

- Comunicar, comunicar, comunicar;
- Tornar transparente para o Hospital qual a importância de controlar custos;
- Ouvir o que os colaboradores transmitem. Em vez de ordens, questionar “o que nós (como organização) podemos fazer?;
- Iniciar o BSC num serviço piloto e só depois estender à organização;
- De início definir objetivos conservadores; O cumprimento permitirá ganhar confiança para que sejam definidos objetivos mais ambiciosos;
- Definir pouco indicadores;
- Na escolha dos objetivos não se deixar aprisionar pela semântica. Exemplo: a Unidade passou cerca de um mês a discutir se um indicador se encaixava na perspectiva processos internos ou satisfação do cliente. O foco é o doente;
- Transformar dados em informação;
- Dar sempre *feedback* e divulgar as iniciativas de sucesso que contribuam para o sucesso do modelo;
- A monitorização da *performance* é um processo flexível e inacabado.

A Mayo Foundation, que é uma organização de saúde norte americana, constituída atualmente por três Hospitais (na Florida, Minnesota e Arizona) e galardoada em 2014 como o melhor Hospital dos Estados Unidos no *ranking* United States News, desenvolveu esforços para montar um reporte de gestão que “tomasse o pulso” à *performance* da organização.

Realizou em 1999 um *benchmark* com as organizações concorrentes como a Kaiser Permanente, Lahey Hitchcock Clinic e Henry Ford Health System e efetuou um levantamento sobre práticas levadas a cabo em várias indústrias no que diz respeito a *dashboards* e medição da *performance* (Curtright *et al*, 2000: 58-68).

Depois de analisar os modelos utilizados para medir a *performance* identificados na literatura, foi incorporada a visão, os valores e os princípios fundadores da organização. Isto porque o sucesso da Mayo Clinic é identificado com o seu alinhamento com os princípios fundadores.

O passo seguinte foi identificar os indicadores que melhor medem a *performance* em cada categoria. Para isso a gestão de topo da organização aproveitou os relatórios existentes e realizou reuniões para determinar que indicadores deveriam ser incluídos.

Após terem sido consensualizados 14 indicadores, a administração concluiu que a *intranet* era o meio mais eficaz de levar à organização o BSC.

A informação passou a estar disponível na *intranet* aos profissionais mediante “três cliques no rato”. Este esforço produziu um resultado direto e indireto. Serviu como catalisador para a disseminação de dados na prática clínica.

Por outro lado, os serviços ganharam interesse na medição da sua *performance*. Em alguns serviços essa preocupação alargou-se a áreas para além dos tradicionais indicadores de produtividade ou financeiros. Um dos departamentos, por exemplo, criou um relatório mensal que incluía indicadores sobre satisfação de profissionais e de utentes.

Deste caso de estudo resultou evidência que é crítico para o desenvolvimento de uma ferramenta de monitorização da *performance*, o envolvimento e o compromisso da gestão de topo.

Outra conclusão é que este é um processo sempre inacabado e interativo, bem como uma excelente ferramenta de aprendizagem para clínicos e gestores.

Em 2002, Inamdar e Kaplan (2002: 183-184) estudaram a implementação do BSC em nove hospitais e concluíram que esta ferramenta de gestão se demonstrou exequível devido ao aumento das pressões financeiras para diminuir custos e ao aumento da competição na saúde. Concluíram ainda que as ferramentas de gestão utilizadas antes do BSC para medir a *performance* da gestão não tinham informação sobre a estratégia, visão e missão da organização (Inamdar e Kaplan, 2002: 184-185). Indicam que os indicadores do BSC permitem ter uma perspetiva do futuro e que as relações causa-efeito permitem identificar a complexidade e as relações da estratégia, facilitando a compreensão e a aplicação do *trade-off* entre qualidade, custos e acesso. Por fim referem que os outros sistemas de medição complementam o BSC (Inamdar e Kaplan, 2002: 184-185).

Para Inamdar e Kaplan (2002: 185) a implementação do BSC não é um processo imediato, requerendo um tempo médio de dois anos e o envolvimento da gestão de topo, gestores e diretores dos serviços clínicos, informação de gestão, informação clínica e o apoio de sistemas de informação. Referem que o BSC tem duas fases. Uma de implementação na gestão de topo e outra, a implementação em cascata desse BSC aos serviços.

Também o serviço nacional de saúde inglês implementou, em 2004, o BSC. Segundo Matos e Ramos (2009: 69) os objetivos principais eram:

- Diminuir os tempos de acesso aos cuidados de saúde;
- Aumentar a eficiência do sistema;
- Responsabilizar os gestores pela implementação das melhorias.

Para alcançar os objetivos traçados, foi definido um conjunto de indicadores e medidas aplicadas a todos os hospitais de doentes agudos. O quadro seguinte refere alguns dos objetivos estabelecidos em cada perspetiva. Foram ainda estabelecidos incentivos e penalizações para o (in)cumprimento dos objetivos, nomeadamente a possibilidade de afastar a equipa de gestão.

Perspetiva	Objetivos
Financeira	Posição financeira satisfatória
Clientes	Lista de espera para internamento mais baixa
	Redução da lista de espera em ambulatório

Perspetiva	Objetivos
	Tempo de espera para consulta < 18 meses
	Tempo de espera tratamento cancro da mama < 2 semanas
	Tempo de espera no serviço de urgência < 12 horas
Processos internos	Operações canceladas no dia da cirurgia
Aprendizagem e crescimento	Limpeza das instalações
	Melhoria da qualidade de vida dos profissionais

Quadro 1.1 - Indicadores propostos para cada perspetiva do BSC

Com o objetivo de aumentar a transparência e estimular a competição entre os hospitais, os resultados foram disponibilizados na internet para qualquer pessoa consultar⁹.

Contudo, este sistema foi criticado pela sua dificuldade de implementação, a (pouca) fiabilidade da informação dos sistemas informáticos e pelos objetivos selecionados.

O governo inglês, através da implementação do BSC tentou aumentar a eficiência do sistema de saúde inglês, aumentar a satisfação dos utentes e controlar a despesa em saúde.

Em 2005, Matos e Ramos (2009: 95-116) aplicaram o BSC a dois serviços pilotos de um hospital universitário português: um serviço de internamento e uma unidade de cuidados intensivos de pequena dimensão. No serviço de internamento foram identificadas três patologias - doentes com patologia respiratória, doentes com AVC doentes com patologia cardíaca - e desenvolvido um BSC para cada uma delas.

Estes autores referem que o BSC pode ser aplicado a outras áreas de produção, nomeadamente as indicadas no contrato programa (Matos e Ramos, 2009: 119). São elas a urgência, a consulta externa, o internamento, o hospital de dia e a cirurgia do ambulatório e ainda os meios complementares de diagnóstico e terapêutica e o bloco operatório. Os autores concluem ainda que a maior parte da informação necessária já existe e está disponível e a que não está disponível não necessita de grandes recursos ou investimentos em sistemas informáticos para a obter (Matos e Ramos, 2009: 170). Acrescentam ainda que o BSC foi considerado uma ferramenta eficaz para medir os resultados da estratégia da organização, que permite detetar os desvios e corrigi-los atempadamente. Por fim, extraíram do seu estudo que os diretores dos serviços clínicos não consideraram esta ferramenta de gestão como um mecanismo de controlo, mas sim como algo que permitiu avaliar o sucesso das estratégias clínicas.

Gurd e Gao (2008: 8) procederam a uma revisão da literatura sobre a aplicação do BSC ao setor da saúde.

⁹ Portugal também já tem disponível para consulta o *benchmarking* das organizações de saúde que se encontra disponível em <http://benchmarking.acss.min-saude.pt/benchmarking.aspx>.

Depararam com 22 casos de estudo: 10 nos Estados Unidos, 3 no Reino Unido e na Suécia, respetivamente, 2 na Austrália e Nova Zelândia e 1 caso no Canadá e na China, respetivamente.

Começaram por concluir que a decisão sobre o número de indicadores a utilizar no BSC em cada instituição é um problema de difícil resolução. De facto, encontraram um número vasto de indicadores – desde 13 a 44. O intervalo superior destes números parece ser bem acima do recomendado na literatura (Kaplan e Norton, 1996: 68), tornando quase inexequível a monitorização de todos os indicadores.

Outra conclusão apreendida é que as quatro perspetivas nunca foram consideradas como uma “camisa de forças” (Kaplan e Norton, 1996: 68). A adaptabilidade das perspetivas e dos indicadores de cada perspetiva é parte da atração da ferramenta. Por exemplo, a qualidade da alimentação fornecida aos doentes como identificada por alguns hospitais dos Estados Unidos e do Reino Unido como um fator importante que impacta na satisfação dos utentes/doentes, enquanto nos outros hospitais não foi considerada (Gurd e Gao, 2008: 12).

Em 2 dos 22 BSC analisados, a perspetiva colocada no topo do BSC foi a perspetiva financeira.

Apesar de todos os exemplos de BSC analisados incluírem os doentes, nenhum dos BSC definiu a perspetiva “clientes” ou “doentes” como estando no topo do BSC.

Os autores concluíram que eram raros os casos em que apenas as quatro perspetivas tradicionais foram utilizadas no desenho do BSC. A maioria dos BSC modificou as quatro perspetivas de acordo com as contingências próprias da instituição e a perceção dos gestores.

Em 2010, Gameiro (2011: 73-78) realizou um estudo em três hospitais portugueses e propôs um *balanced scorecard* para o bloco operatório. Para cada perspetiva propôs três objetivos, de acordo com a informação do quadro seguinte:

Perspetiva	Objetivos	Indicadores
Clientes	Diminuição das listas de espera	N.º de doentes em lista de espera em cirurgia convencional/cirurgia do ambulatório
	Aumento da qualidade dos serviços prestados	N.º de infeções pós-operatórias que podem ser imputadas ao serviço
	Aumento da satisfação dos clientes	Índice de satisfação dos clientes
Processos Internos	Diminuição do número de cancelamentos de intervenções cirúrgicas	Índice de utilização do BO por especialidade e tipo de cirurgia
	Agilização dos processos internos	Valor total de encomendas à farmácia/armazém
	Melhorar a gestão de <i>stocks</i> , materiais e equipamentos	Horas não utilizadas por especialidade e tipo de cirurgia
Financeira	Aumento da produtividade	N.º de cancelamentos no dia da cirurgia
	Redução de custos	N.º de intervenções com início tardio no 1.º tempo operatório/tempo de turnover

Perspetiva	Objetivos	Indicadores
	Otimização dos recursos, materiais e equipamentos	N.º de falhas de <i>stocks</i> /tempo despendido na gestão de <i>stocks</i>
Aprendizagem e desenvolvimento	Desenvolvimento e reforço de competências dos trabalhadores	N.º de horas de formação dos trabalhadores
	Aumento o nível de motivação interna	Índice de satisfação dos trabalhadores
	Melhorar/sensibilizar o uso dos sistemas de informação	N.º de falhas nos diversos registos e causas

Quadro 1.2 - Indicadores e objetivos das quatro perspetivas do BSC

Silva (2012) aplicou o BSC a um hospital psiquiátrico português. Este hospital esgotava quase a sua capacidade instalada, contudo apresentava resultados financeiros negativos. Foi definida uma estratégia de aumento da produtividade e rentabilidade, tendo sido estabelecidos os objetivos e indicadores do quadro seguinte.

Perspetiva	Objetivos	Indicadores
Clientes	Satisfação do utente	Reclamações recebidas; Utentes entrados por recomendação
	Fidelização do utente	Faltas e desmarcações a pedido do utente
	Angariação novos utentes	Novos utentes num dado período
Processos Internos	Economias de escala	Taxa de concentração de compras
	Promover a eficiência	Tempo de resposta a pedidos de manutenção/aquisição; Tempo de transmissão de documentos/informação entre serviços
	Promover a produtividade	Consultas por hora; Taxa de utilização do centro de dia; Dias de internamento; Taxa de ocupação
	Conclusão de obras em curso	Capacidade máxima de internamento
Financeira	Reduzir custo medicamentos	Custo medicamentos por utente
	Reduzir gastos com FSE's	Custo FSE's por utente
	Reduzir custos com pessoal	Custos com pessoal
	Aumento das receitas	Volume de negócios
	Melhorar <i>deficit</i> de exploração	Resultado operacional por utente
Aprendizagem e desenvolvimento	Cumprir metas orçamentais fixadas	Desvios orçamentais
	Bons sistemas de informação e sua acessibilidade	Tempo de resposta a solicitações de informação; Investimento em tecnologias de informação
	Promover a motivação	Índice de satisfação dos colaboradores
	Desenvolver competências	Horas de formação por trabalhador
	Fomentar colaboração com instituições de ensino	Estágios recebidos

Quadro 1.3 - Proposta de indicadores e objetivos para as quatro perspetivas do BSC

Em 2010, Pegado (2010: 70-75) desenvolveu um estudo em seis blocos operatórios portugueses. Pretendia, com a colaboração de um painel de peritos, identificar os indicadores de “monitorização da gestão do bloco”. Obteve os seguintes indicadores:

Indicadores	Indicadores
Taxa de ocupação de sala	Registo de acidentes /incidentes/ocorrências anómalas no bloco
Taxa de infeção pós-cirúrgica	Hora média de início 1.º doente, bloco, sala, anestesia, cirurgia
N.º cirurgias/ano	Hora média de fim do último doente, cirurgia, anestesia, sala bloco
<i>Case-mix</i> do serviço	Tempo médio de prontidão da equipa
Taxa de cancelamento cirúrgico	Tempo médio de paragem de atividade por razões técnicas
Taxa de readmissão 5 dias após a alta	Tempo médio entre a admissão ao bloco operatório e a entrada na sala de operações
N.º de recursos humanos	Taxa de cancelamento cirúrgico com ocupação alternativa
Tempo médio de espera para cirurgia	N.º cirurgias realizadas por equipa / n.º horas atribuídas à equipa
N.º de salas de operações	Taxa de readmissão ajustada
Lista de espera	Manutenção preventiva/logística
N.º de camas de internamento cirúrgico	Programação das cirurgias
Monitorização de início e fim da atividade no bloco operatório	

Quadro 1.4 - Proposta de indicadores pelo painel de peritos

Calhau (2009: 68), entre 2008 e 2009, aplicou a metodologia do BSC ao serviço de serviço de Traumatologia do Hospital Garcia de Orta e desenvolveu um modelo de BSC para este serviço. Concluiu que a aplicação simultânea do BSC em vários hospitais, permite a comparação de desempenhos, ou seja, o *benchmarking*, o que poderá servir de estímulo às boas práticas.

Em 2010 Maia (2011: 31-32) estudou a aplicabilidade do BSC a alguns Centros Hospitalares, tendo concluído que os gestores hospitalares têm um bom conhecimento dos conceitos, da estrutura da ferramenta e das suas vantagens, contudo ainda não estão a aplicar o BSC à totalidade das suas organizações.

Em resumo, devemos notar, ao ler estes estudos de caso, que a implementação do BSC não será a panaceia que irá resolver todos os problemas dos nossos hospitais. No entanto, como exemplificado pelos casos de sucesso acima referenciados, o BSC pode ter uma importância crítica para o sucesso dos hospitais e auxiliar no cumprimento das suas missões (Schmidt *et al*, 2006: 130; McDonald, 2012: 29).

CAPÍTULO II - METODOLOGIA

2.1 - Metodologia

O presente trabalho tem por base um estudo de natureza qualitativa, o estudo de caso.

O estudo de caso é uma abordagem metodológica de investigação utilizada quando se pretende compreender, explorar ou descrever acontecimentos, nos quais estão envolvidos simultaneamente vários fatores.

Com este trabalho pretende-se recolher informação sobre o modelo de BSC implementado nos três blocos operatórios com maior % de capacidade utilizada do bloco operatório em 2013, e desenvolver um BSC que possa ser aplicado aos blocos operatórios de outros hospitais. A seleção destes hospitais teve em consideração o *benchmarking* hospitalar referente ao ano 2013, realizado pela ACSS.

A escolha deste serviço para implementação do BSC está relacionada com o facto de os blocos operatórios serem alvos primordiais para o desenvolvimento organizacional e contenção de despesas hospitalares, procurando máximo aproveitamento da capacidade instalada e evitando os estrangulamentos, frequentemente apontados como causadores de listas de espera para cirurgia (Martins, 2003: 1). E é conhecido que um tempo de espera para cirurgia excessivo deteriora a qualidade do serviço e cria ineficiências (ACSS, 2011: 21).

Foi realizada uma pesquisa bibliográfica sobre as listas de espera cirúrgicas e o *balanced scorecard*. Posteriormente foi elaborado um guião para uma entrevista semi estruturada para recolha de dados, através de questionários. O questionário foi aplicado aos 3 hospitais, que no *benchmarking* hospitalar apresentaram melhor desempenho ao nível do indicador “% Capacidade utilizada do bloco operatório”.

Este questionário, disponível no anexo A, foi aplicado à interveniente chave de cada um dos três blocos operatórios: ao diretor do bloco operatório, ao administrador hospitalar, ao diretor da cirurgia e ao enfermeiro chefe do bloco operatório, com o objetivo de recolher informação sobre os objetivos e indicadores utilizados no BSC dos seus hospitais.

2.2 - Base de dados

A Administração Central do Sistema de Saúde tem vindo a desenvolver *benchmarking* dos hospitais, através da divulgação de diversos indicadores na sua página *web*. A informação para a elaboração dos referidos indicadores, é obtida através dos dados reportados obrigatoriamente por cada entidade hospitalar, no Sistema de Informação para Contratualização e Acompanhamento, com periodicidade mensal, trimestral ou semestral.

O presente estudo teve em consideração o *benchmarking* hospitalar referente à informação tornada pública relativamente a 51 unidades hospitalares, mais precisamente à análise do indicador “% Capacidade utilizada do bloco operatório”, referente ao ano 2013¹⁰ (ACSS, 2014a).

A informação relativa a este indicador, que tem em linha de conta os dados estatísticos trimestrais e a média de cada trimestre para o ano de 2013, por unidade hospitalar.

Contudo, estes dados apresentam algumas limitações que se expõem:

- Os dados dos hospitais em parceria público privada¹¹, não estavam disponíveis no documento da ACSS, pelo que não foram considerados no presente estudo;
- Os hospitais psiquiátricos (Centro Hospitalar Psiquiátrico de Lisboa e Hospital de Magalhães Lemos E.P.E.), por não terem produção cirúrgica, foram, naturalmente, excluídos do presente estudo;
- O Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra E.P.E. não reportou dados. Deduz-se que esteja relacionado com o facto de em 2013 ter ocorrido a fusão do Centro Hospitalar de Coimbra com os Hospitais da Universidade de Coimbra. Face ao exposto, o Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra não foi considerado no presente estudo;
- O Instituto Português de Oncologia de Coimbra E.P.E., não reportou valores no segundo trimestre de 2013. Este facto tem implicações na determinação da % da capacidade utilizada do bloco operatório para o ano de 2013, pois muito provavelmente o valor obtido dos dados disponibilizados, é bastante inferior ao valor real;
- A Unidade Local de Saúde de Castelo Branco E.P.E. reportou informação desadequada, dado que os valores reportados apresentavam quatro dígitos. Não sendo os dados comparáveis, esta entidade não foi considerada para o presente estudo;
- O Centro de Medicina de Reabilitação da Região Centro não tem produção cirúrgica, pelo que não foi contemplado no presente estudo;
- O Centro Hospital de S. João E.P.E., à semelhança do referido para o Instituto Português de Oncologia de Coimbra, não reportou os valores do primeiro trimestre de 2013. Este facto tem implicações na determinação da % da capacidade utilizada do bloco operatório para o ano de 2013, pois muito provavelmente o valor obtido dos dados disponibilizados, é bastante inferior ao valor real;
- O Centro Hospitalar Póvoa do Varzim/Vila do Conde E.P.E. reportou no 3.º trimestre de 2013 um valor de 124,5% de capacidade utilizada do bloco operatório. Este valor foi considerado como um erro na submissão da informação, dado que enviesou a determinação da % capacidade utilizada do bloco operatório para o ano de 2013. Por este motivo, o Centro Hospitalar Póvoa do Varzim/Vila do Conde não foi considerado no presente estudo;
- Também o Centro Hospital Trás os Montes e Alto Douro E.P.E., reportou no 2.º trimestre de 2013 um valor de 906,4% de capacidade utilizada do bloco operatório. Este valor foi

¹⁰ Os dados podem ser consultados em <http://benchmarking.acss.min-saude.pt/benchmarking.aspx>.

¹¹ Hospital de Braga, PPP; Hospital de Vila Franca de Xira, PPP; Hospital de Loures, PPP; Hospital de Cascais, PPP.

considerado como um erro na submissão da informação pelo este Centro Hospitalar, não foi considerado no presente estudo;

- O Centro Hospitalar Vila Nova de Gaia/Espinho E.P.E. não reportou os dados do terceiro trimestre. Conforme referido anteriormente, este lapso no registo da informação tem implicações na determinação da % da capacidade utilizada do bloco operatório para o ano de 2013, dado que o valor obtido para este indicador é bastante inferior ao valor real;
- O Hospital da Prelada não reportou dados cirúrgicos, pelo que não foi contemplado no presente estudo.

Face ao exposto houve necessidade de expurgar do nosso estudo 13 unidades hospitalares, pelos motivos referidos anteriormente. Dessa listagem, disponível no anexo B, foram selecionadas para este estudo, as 3 unidades hospitalares que apresentaram a maior % de capacidade utilizada do bloco operatório, no ano de 2013. São elas:

- Hospital Professor Doutor Fernando da Fonseca E.P.E., com 73,8%;
- Centro Hospitalar Entre Douro e Vouga, E.P.E., com 68,1%;
- Hospital Garcia de Orta E.P.E., com 66,8%.

2.3 - Breve caracterização das entidades hospitalares

As três unidades hospitalares do presente estudo são o Hospital Professor Doutor Fernando da Fonseca E.P.E., o Centro Hospitalar Entre Douro e Vouga, E.P.E. e o Hospital Garcia de Orta E.P.E. Os três hospitais apresentam seis linhas de produção – urgência, internamento, meios complementares de diagnóstico e terapêutica, consulta externa, cirurgia do ambulatório e hospital de dia. De seguida apresenta-se uma síntese de cada um dos hospitais e um quadro resumo com informação sobre os principais indicadores de produção no ano de 2013.

O Centro Hospitalar de Entre o Douro e Vouga, E.P.E., com sede em Santa Maria da Feira, agrupa o Hospital de São Sebastião, E.P.E. (Santa Maria da Feira), o Hospital Distrital de São João da Madeira e o Hospital São Miguel (Oliveira de Azeméis).

O Centro Hospitalar passou a ser responsável pela prestação de cuidados de saúde a uma população que ronda os 340.000 habitantes, residentes nos concelhos de Santa Maria da Feira, Arouca, São João da Madeira, Oliveira de Azeméis, Vale de Cambra, Ovar e Castelo de Paiva (algumas freguesias).

Contava, em 31 de dezembro de 2012, com 1.448 colaboradores com vínculo permanente. O quadro 2.1 resume os principais indicadores de produção referentes ao ano de 2013 deste Centro Hospitalar (Centro Hospitalar Entre Douro e Vouga, 2014).

O Hospital Professor Doutor Fernando da Fonseca, E.P.E. constitui a única unidade de saúde pública de agudos dos Concelhos de Amadora e de Sintra. Com 772 camas, um serviço de urgência de nível

médico-cirúrgico e também de nível básico (Algueirão e Mem Martins), possui todas as especialidades médicas tradicionalmente presentes num hospital desta dimensão.

Tem a sua área de influência nos concelhos de Amadora e Sintra, servindo uma população que ronda os 600 mil habitantes.

Contava, em 31 de dezembro de 2013, com 2.570 colaboradores. O quadro 2.1 resume os principais indicadores de produção referentes ao ano de 2013 deste hospital (Hospital Professor Doutor Fernando da Fonseca, 2014).

O Hospital Garcia de Orta, E.P.E. serve atualmente uma população estimada em cerca de 350 mil habitantes dos concelhos de Almada e Seixal, sendo que em algumas valências a sua zona de influência extravasa largamente estes dois concelhos, estendendo-se a toda a Península de Setúbal, nomeadamente nas áreas de especialidade de Neonatologia e Neurocirurgia.

O Hospital Garcia de Orta dispõe de uma lotação de 545 camas, distribuídas por várias especialidades e serviços de referência que apoiam regularmente outros hospitais.

O hospital conta atualmente com cerca de 2.500 funcionários. O quadro 2.1 resume os principais indicadores de produção referentes ao ano de 2013 deste hospital (Hospital Garcia de Orta, 2014).

Entidade hospitalar	N.º de Camas	N.º total de intervenções cirúrgicas	N.º de intervenções cirúrgicas de ambulatório	N.º de intervenções cirúrgicas convencionais	N.º de consultas externas	Doentes saídos do internamento	Episódio de Urgência
Centro Hospitalar Entre Douro e Vouga	384	17.110	8.736	8.374	307.449	19.683	180.252
Hospital Fernando da Fonseca	772	16.778	8.999	7.799	294.260	30.598	265.599
Hospital Garcia de Orta	545	12.017	7.465	4.352	275.682	20.514	147.726

Quadro 5. - Indicadores de produção do ano de 2013, referentes aos três hospitais

CAPÍTULO III – APRESENTAÇÃO DOS DADOS

Neste capítulo apresentamos os dados recolhidos através da aplicação do questionário aos intervenientes chave com responsabilidades nos blocos operatórios dos três hospitais.

A **primeira questão** do questionário pretende saber se o “bloco operatório tem uma missão, independente da organização”.

Pretendia-se com esta questão compreender se o bloco operatório tem uma missão independente ou se acompanha a missão da organização.

Da análise dos dados conclui-se que 75% dos inquiridos (Figura 3.1) consideram que a missão do bloco operatório é igual à missão da organização.

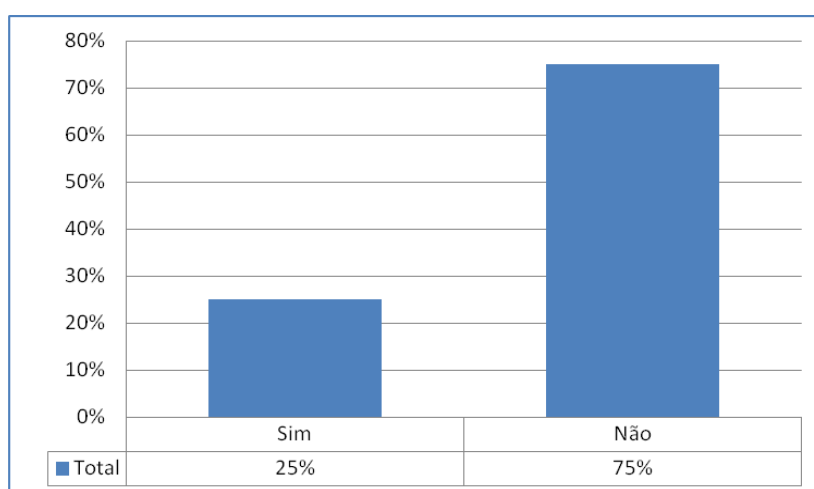


Figura 6.1 - Resposta à questão 1 “O bloco operatório tem uma missão, independente da organização?”

Contudo, 25% dos inquiridos consideraram que o bloco operatório tem uma missão independente da organização. Entre estas respostas é de destacar a referência à missão independente do bloco operatório que consiste em viabilizar a realização de actos terapêuticos e diagnósticos invasivos, programados ou urgentes, com ou sem anestesia e que exigem alto nível de assepsia, garantido a correção e eficiência dos cuidados prestados. As outras duas respostas identificaram a segurança, com o fim de restabelecer ou conservar a saúde e o bem-estar do indivíduo, antes, durante e após a intervenção cirúrgica.

Na **segunda questão** do questionário, pretendia-se determinar qual a importância atribuída aos valores e crenças, nomeadamente a comunicação, a dedicação, o desenvolvimento profissional, o equilíbrio trabalho/vida pessoal, a excelência, a integridade, a qualidade, o respeito e a responsabilidade. Para tal foi utilizada uma escala de 1 a 5, em que 1 correspondia a “Muito pequena importância”, 2 a “Pequena importância”, 3 a “Indiferente”, 4 a “Grande importância” e 5 a “Muito grande importância”.

Após análise dos dados (Quadro 3.1) concluiu-se que os valores e crenças com a maior importância (100,0%), segundo os respondentes, são a “qualidade” e a “responsabilidade”. De seguida surge o valor “respeito” com 75,0% dos inquiridos a atribuírem a este valor “muito grande importância”, sendo que 17,0% consideram ser de “grande importância”. Valores e crenças como a “excelência” e a “integridade” foram classificados como de “muito grande importância” por 67,0% dos inquiridos e de “grande importância” por 33,0% dos inquiridos.

A “comunicação” e o “desenvolvimento profissional” foram ambos classificados sendo de “muito grande importância” por 58,0% dos inquiridos.

Quanto ao valor “dedicação”, metade dos inquiridos, classifica-a como de “muito grande importância” e 42,0% de “grande importância”.

De salientar que o valor “equilíbrio trabalho/vida pessoal” foi considerado por metade (50,0%) dos inquiridos como de “muito grande importância”, tendo 17,0% classificado como “indiferente” e 8,0% como de “pequena importância”.

Valores e crenças	Não respondeu	Muito pequena importância	Pequena importância	Indiferente	Grande importância	Muito grande importância
Qualidade						100%
Responsabilidade						100%
Respeito	8%				17%	75%
Excelência					33%	67%
Integridade					33%	67%
Comunicação				8%	33%	58%
Desenvolvimento profissional				0%	42%	58%
Dedicação	8%			0%	42%	50%
Equilíbrio trabalho/vida pessoal			8%	17%	25%	50%

Quadro 6 - Resposta à questão 2 “Numa escala de 1 a 5, tendo em consideração a seguinte escala, que importância atribui aos valores e crenças que vos orientam?”

Em relação à **terceira questão** do questionário, pretende-se conhecer se todos os intervenientes chave conhecem a estratégia da organização. Obtiveram-se 100% de respostas afirmativas.

Destacam-se as seguintes referências às estratégias para a organização, mencionadas no questionário pelos intervenientes:

- “Ser um hospital de referência”;
- “Está centrada na excelência e qualidade, centrada no doente/utente”;
- “Está articulada com a estratégia nacional, com foco na acessibilidade, qualidade, eficiência e sustentabilidade”;
- “Pretende desenvolver uma política de melhoria continua da qualidade e política de gestão do risco”;
- “Pretende desenvolver modelos organizacionais assentes numa política de gestão integrada”;

- “Melhoria da rentabilidade e redução do desperdício”.

Quanto à **quarta questão**, pretende-se saber se os inquiridos conhecem a visão da organização, tendo-se obtido 75% de respostas afirmativas, conforme demonstra a figura seguinte.

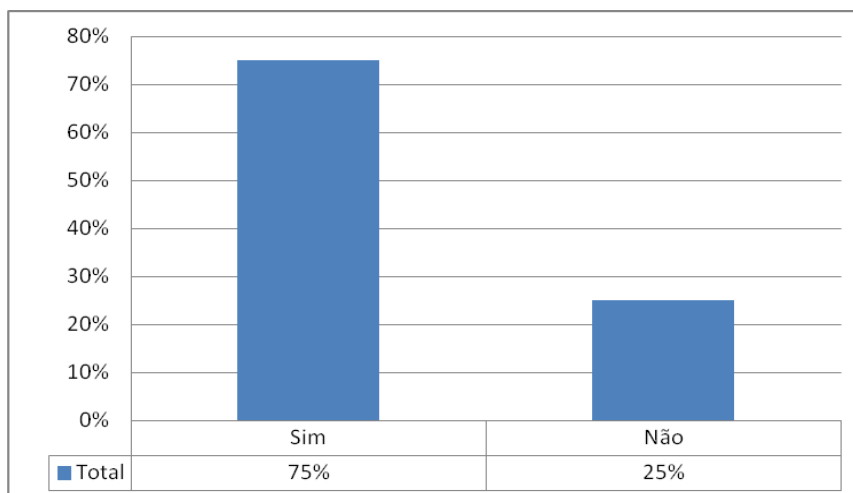


Figura 3.7 - Resposta à questão 4 “Conhece a visão da organização?”

Caso os inquiridos respondessem afirmativamente a esta questão, era-lhes solicitado que definissem a sua visão da organização. Das respostas obtidas destacam-se:

- “O tratar em tempo útil os doentes com eficiência/qualidade, a custos socialmente comportáveis, em articulação com a rede de hospitais que integram o Serviço Nacional de Saúde, com a rede de cuidados primários e com a rede nacional de cuidados continuados integrados”;
- “Aumentar as áreas de excelência e consolidar a prestação de cuidados de qualidade”.

Na **questão n.º 5** pretendia-se que fossem ordenados por ordem de importância, aqueles que são considerados os clientes do bloco operatório, através de uma escala em que 1 era o “mais importante” e 6 o “menos importante”.

Da análise dos questionários obteve-se a seguinte ordenação:

Cientes do bloco operatório	Ordenação
Os doentes cirúrgicos	1.º
Os utentes que procuram cuidados de saúde	2.º
Os utentes do SNS	3.º
Os serviços	4.º
Os trabalhadores do bloco operatório (médicos, enfermeiros, assistentes operacionais entre outros)	5.º

Clientes do bloco operatório	Ordenação
Tutela	6.º

Quadro 7 - Resposta à questão 5 “Ordene por ordem de importância (1 é o mais importante; 6 é o menos importante) quem considera serem os clientes do bloco operatório”

Relativamente à **questão n.º 6**, pretendia-se conhecer, ao nível da perspetiva dos clientes do BSC, qual a importância atribuída aos seguintes objetivos e indicadores:

- **Objetivo 1:** Diminuir as listas de espera;
- **Indicador 1:** N.º de doentes em lista de espera em cirurgia convencional/cirurgia do ambulatório.

- **Objetivo 2:** Reduzir a taxa de incidência de infeções;
- **Indicador 2:** (Número total de doentes com infeções / Número total de doentes entrados) * 100.

- **Objetivo 3:** Aumentar a satisfação dos clientes;
- **Indicador 3:** Índice de satisfação dos clientes.

- **Objetivo 4:** Reduzir a taxa de mortalidade cirúrgica (até 72 horas);
- **Indicador 4:** (Número total de óbitos ocorridas pós-intervenção cirúrgica / Número total de cirurgias realizadas) * 100.

- **Objetivo 5:** Proporção das intervenções cirúrgicas realizadas em relação às programadas;
- **Indicador 5:** (Número de intervenções cirúrgicas realizadas / Número de intervenções cirúrgicas programadas) * 100.

Para tal era solicitado aos inquiridos que pontuassem cada objetivo e indicador, numa escala de 1 a 5, em que 1 correspondia a “Muito pequena importância”, 2 a “Pequena importância”, 3 a “Indiferente”, 4 a “Grande importância” e 5 a “Muito grande importância”.

Dos dados obtidos podemos referir que o objetivo “Diminuir as listas de espera” e o indicador “N.º de doentes em lista de espera em cirurgia convencional/cirurgia do ambulatório”, foram considerados por 50,0% dos inquiridos de “muito grande importância”, conforme demonstra a figura 3.3.

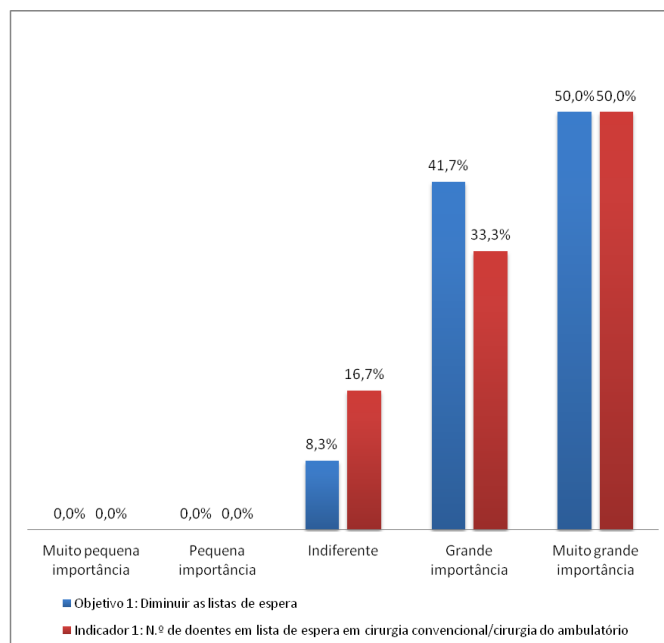


Figura 8.3 - Importância do objetivo “Diminuir as listas de espera” e do indicador “N.º de doentes em lista de espera em cirurgia convencional/cirurgia do ambulatório”

Quanto aos dados obtidos para o objetivo “Reduzir a taxa de incidência de infeções”, 83,3% dos inquiridos classificou o objetivo como de “muito grande importância” e 16,7% como de “grande importância”. O indicador “Número total de doentes com infeções / Número total de doentes entrados) * 100”, que avalia este objetivo, foi considerado por 91,7% dos respondentes como tendo “muito grande importância” e por 8,3% como tendo “grande importância”, conforme informação da figura 3.4.

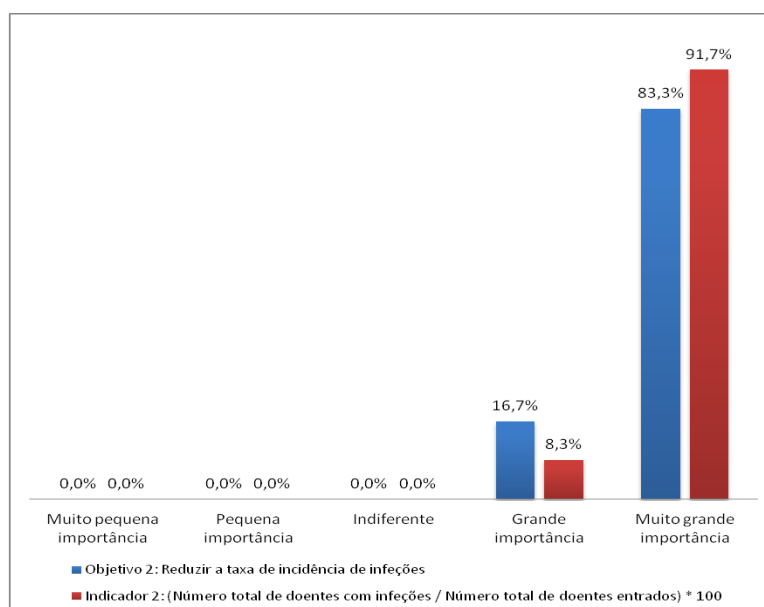


Figura 9.4 - Importância do objetivo “Reduzir a taxa de incidência de infeções” e do indicador “(Número total de doentes com infeções / Número total de doentes entrados) * 100”

Em relação ao objetivo “Aumentar a satisfação dos clientes”, verificou-se que 66,7% dos inquiridos classificaram este objetivo como de “grande importância” e 25,0% de “muito grande importância”.

O indicador “Índice de satisfação dos clientes”, proposto para avaliar este objetivo, é considerado por 58,3% dos inquiridos como de “grande importância”, sendo que 33,3% dos inquiridos atribuíram-lhe “muito grande importância”. De salientar que 8,3% dos inquiridos classificou este objetivo e indicador como “indiferente”, conforme demonstra a figura 3.5.

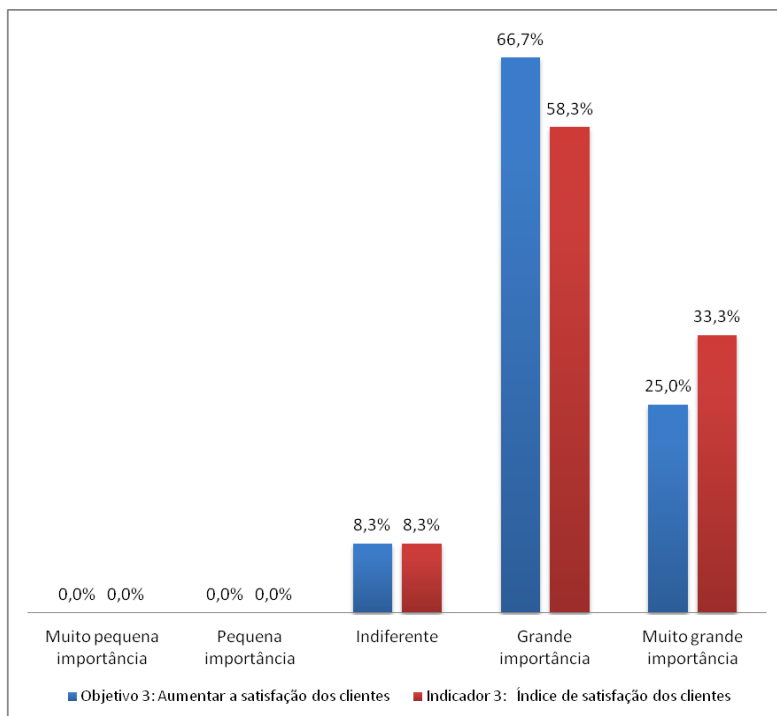


Figura 10.5 - Importância do objetivo “Aumentar a satisfação dos clientes” e do indicador “Índice de satisfação dos clientes”

No objetivo “Reduzir a taxa de mortalidade cirúrgica (até 72 horas)” e no indicador “(Número total de óbitos ocorridas pós-intervenção cirúrgica / Número total de cirurgias realizadas) * 100”, 91,7% dos inquiridos consideraram este objetivo e indicador de “muito grande importância”, e 8,3% atribuíram-lhe “grande importância”, conforme demonstra a figura seguinte.

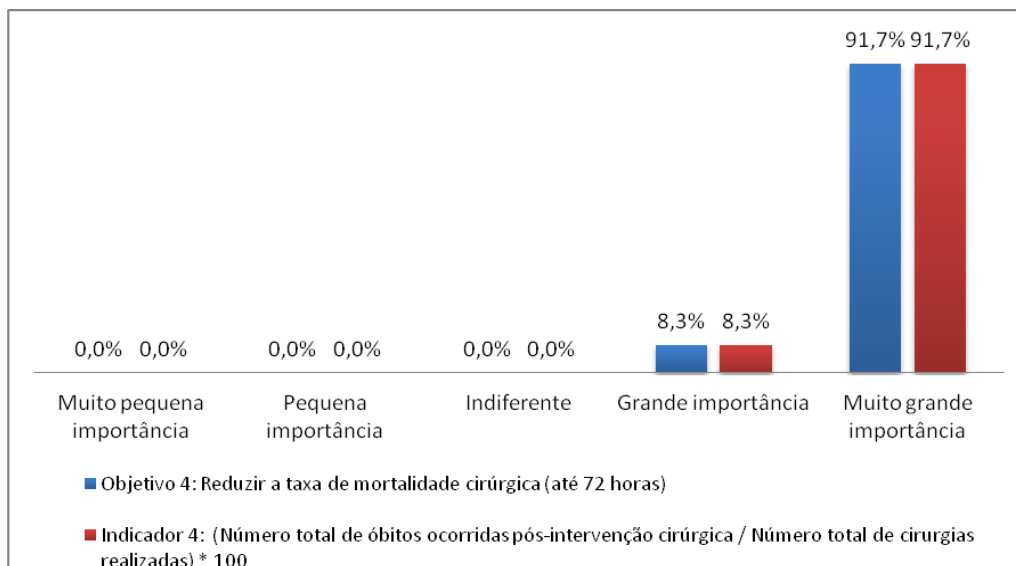


Figura 11.6 - Importância do objetivo “Reduzir a taxa de mortalidade cirúrgica (até 72 horas)” e do indicador “(Número total de óbitos ocorridas pós-intervenção cirúrgica / Número total de cirurgias realizadas) * 100”

Finalmente, analisamos o último objetivo e indicador da perspectiva do cliente do BSC, referente ao objetivo “Proporção das intervenções cirúrgicas realizadas em relação às programadas” e ao indicador “(Número de intervenções cirúrgicas realizadas / Número de intervenções cirúrgicas programadas) * 100”. O objetivo “Proporção das intervenções cirúrgicas realizadas em relação às programadas” foi considerado por todos os inquiridos como de “grande importância”. Quanto ao indicador “(Número de intervenções cirúrgicas realizadas / Número de intervenções cirúrgicas programadas) * 100, que avalia este objetivo, foi considerado por 83,3% dos inquiridos como sendo de “grande importância” e por 16,7% de “muito grande importância”, conforme informação da figura seguinte.

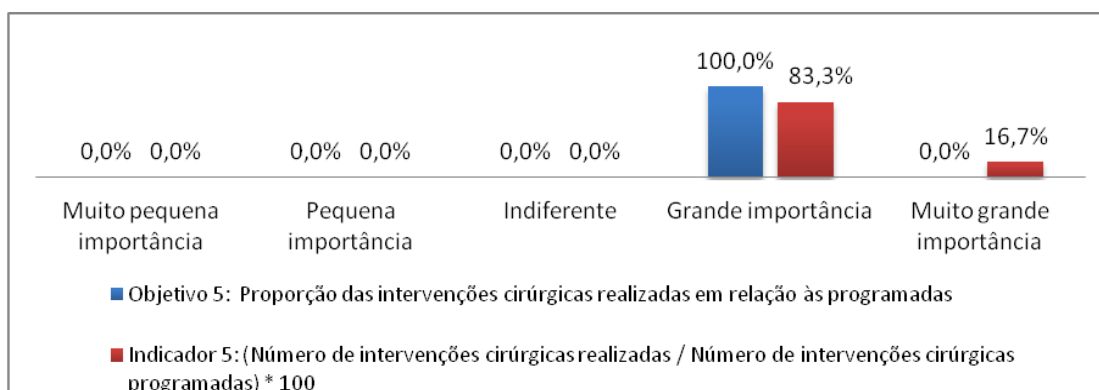


Figura 12.7 - Importância do objetivo “Proporção das intervenções cirúrgicas realizadas em relação às programadas” e do indicador “(Número de intervenções cirúrgicas realizadas / Número de intervenções cirúrgicas programadas) * 100”

Foi facultada a hipótese dos inquiridos sugerirem outros objetivos/indicadores, para além dos consignados, tendo sido propostos os seguintes indicadores:

- Número de reclamações;
- Custo por doente;
- Taxa de utilização do bloco;
- Número de intervenções cirúrgicas canceladas por tipologia.

Quanto à **questão n.º 7**, pretendia-se saber, ao nível da perspetiva financeira do BSC, qual a importância atribuída aos seguintes objetivos e indicadores:

- **Objetivo 1:** Aumentar a produtividade;
- **Indicador 1:** Índice de utilização do BO por especialidade e tipo de cirurgia.

- **Objetivo 2:** Média diária de intervenções cirúrgicas por sala;
- **Indicador 2:** (Número de intervenções cirúrgicas / Número de salas de operações) / Número de dias do período.

- **Objetivo 3:** Reduzir os custos com medicamentos e material clínico;
- **Indicador 3:** Custo de medicamentos/material clínico por doente.

- **Objetivo 4:** Otimizar o uso dos equipamentos;
- **Indicador 4:** Horas não utilizadas por especialidade e tipo de cirurgia.

- **Objetivo 5:** Taxa de utilização do bloco;
- **Indicador 5:** Número de horas de utilização do bloco / (Número de horas disponíveis por cada sala de bloco operatório * Número de salas de bloco operatório).

Para avaliar cada um dos objetivos e indicadores supra citados, foi utilizada uma escala de 1 a 5, em que 1 correspondia a “Muito pequena importância”, 2 a “Pequena importância”, 3 a “Indiferente”, 4 a “Grande importância” e 5 a “Muito grande importância”.

Ao analisarmos os dados obtidos (figura 3.8) podemos referir que o objetivo “Aumentar a produtividade” foi considerado por 83,3% dos respondentes como sendo de “grande importância” e por 16,7% como tendo “muito grande importância”. Quanto ao indicador “Índice de utilização do BO por especialidade e tipo de cirurgia”, definido para avaliar este objetivo, foi considerado por 66,7% dos inquiridos de “grande importância” e por 33,3% de “muito grande importância”.

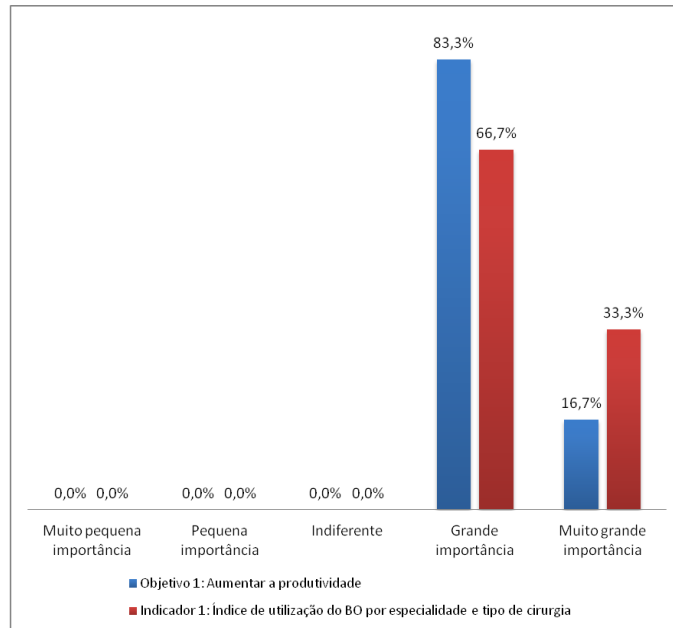


Figura 13.8 - Importância do objetivo “Aumentar a produtividade” e do indicador “Índice de utilização do BO por especialidade e tipo de cirurgia”

Em relação ao objetivo “Média diária de intervenções cirúrgicas por sala”, 66,7% dos inquiridos consideraram que objetivo assume “grande importância”, 16,7% “muito grande importância” e 16,7% dos inquiridos não lhe atribuem importância, classificando-o como “indiferente”. Quanto ao indicador “(Número de intervenções cirúrgicas / Número de salas de operações) / Número de dias do período”, este foi considerado de “grande importância” por 66,7% dos inquiridos, de “muito grande importância” por 25,0% e de “indiferente” por 8,3%, tal como descrito na figura 3.9.

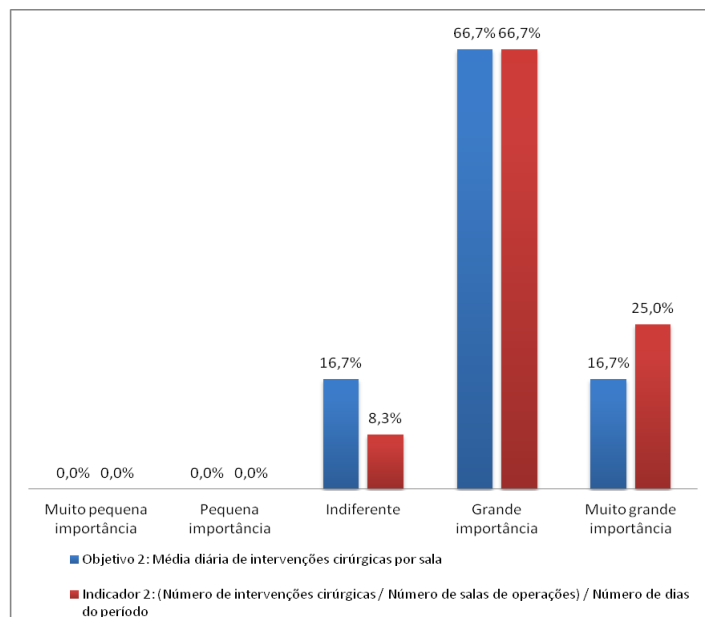


Figura 14.9 - Importância do objetivo “Média diária de intervenções cirúrgicas por sala” e do indicador “(Número de intervenções cirúrgicas / Número de salas de operações) / Número de dias do período”

No que concerne ao objetivo “Reduzir os custos com medicamentos e material clínico” 50,0% dos inquiridos consideraram-no como tendo “muito grande importância” e 41,7% como assumindo “grande importância”. Já o indicador “Custo de medicamentos/material clínico por doente”, foi classificado de “muito grande importância” por 58,3% dos inquiridos e de 33,3% de “grande importância”, conforme é possível visualizar na figura seguinte. De salientar que 8,3% dos inquiridos classificaram este objetivo e respetivo indicador de “indiferente”.

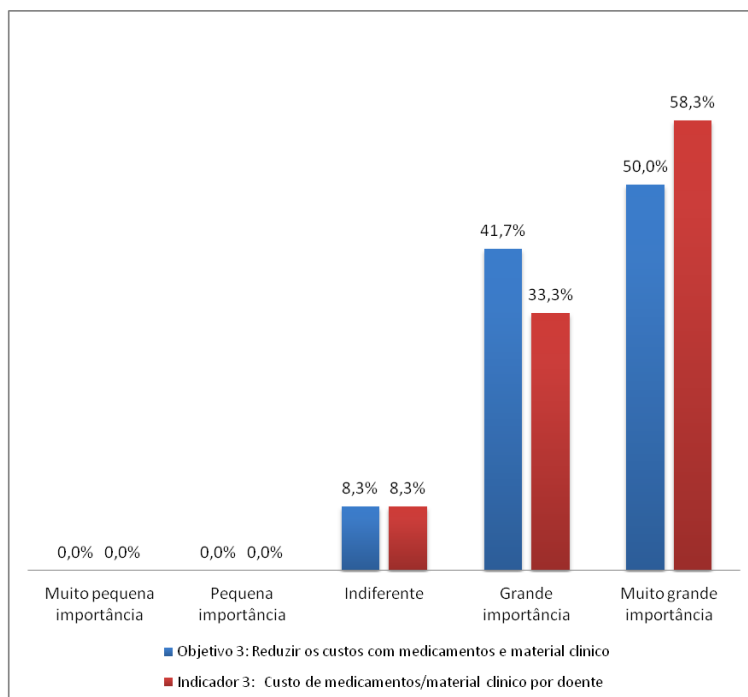


Figura 15.10 - Importância do objetivo “Reduzir os custos com medicamentos e material clínico” e do indicador “Custo de medicamentos/material clínico por doente”

Quanto ao objetivo “Otimizar o uso dos equipamentos” e ao indicador “Horas não utilizadas por especialidade e tipo de cirurgia”, 41,7% dos inquiridos atribuí-lhe “muito grande importância” e 58,3% “grande importância”, conforme demonstra a figura 3.11.

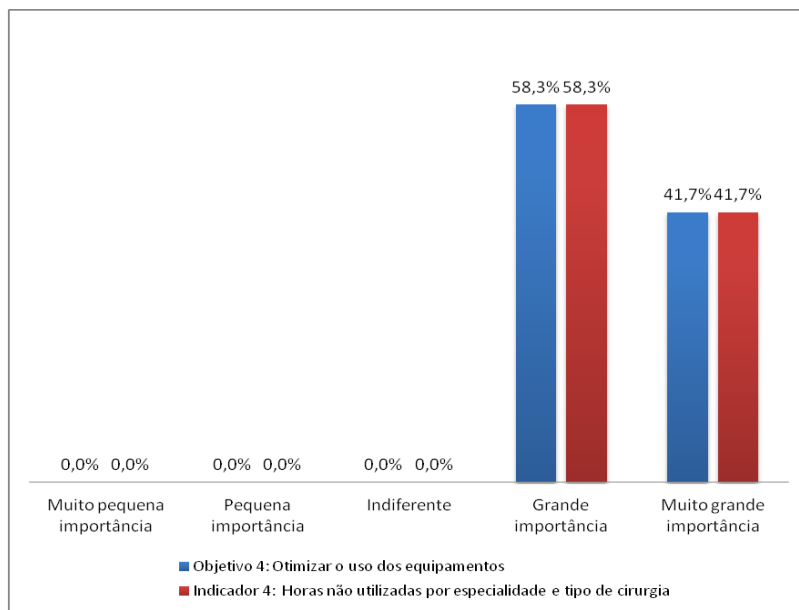


Figura 16.11 - Importância do objetivo “Otimizar o uso dos equipamentos” e do indicador “Horas não utilizadas por especialidade e tipo de cirurgia”

Quanto ao último objetivo da perspectiva financeira do BSC “Taxa de utilização do bloco” este foi considerado de “muito grande importância” por 83,3% dos inquiridos e de “grande importância por 16,7%”. O indicador “Número de horas de utilização do bloco / (Número de horas disponíveis por cada sala de bloco operatório * Número de salas de bloco operatório)”, definido para avaliar este objetivo, foi classificado por 58,3% dos inquiridos de “muito grande importância” e por 33,3% de “grande importância”. A figura seguinte (3.12) ilustra estes dados.

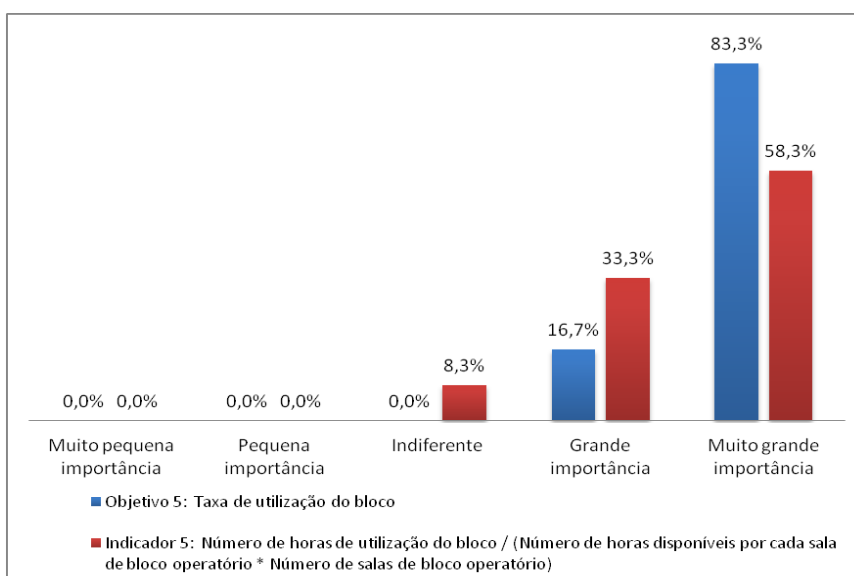


Figura 17.12 - Importância do objetivo “Taxa de utilização do bloco” e do indicador “Número de horas de utilização do bloco / (Número de horas disponíveis por cada sala de bloco operatório * Número de salas de bloco operatório)”

Ainda ao nível da perspetiva financeira do BSC, o questionário continha uma pergunta aberta que permitia aos inquiridos indicarem outros objetivos/indicadores que entendessem. Obteve-se como sugestão o desdobramento do terceiro objetivo/indicador, ou seja:

- Objetivo inicial: Reduzir os custos com medicamentos e material clínico;
- Indicador inicial: Custo de medicamentos/material clínico por doente.

Deveria ser desdobrado em:

- Objetivo: Reduzir os custos com medicamentos;
- Indicador: Custo de medicamentos por doente;
- Objetivo: Reduzir os custos com material clínico;
- Indicador: Custo de material clínico por doente.

Em relação à **questão n.º 8**, pretendia-se saber, no que diz respeito à perspetiva **de aprendizagem e desenvolvimento interno** do BSC, qual a importância atribuída aos seguintes objetivos e indicadores:

- **Objetivo 1:** Desenvolver e reforçar as competências dos trabalhadores;
- **Indicador 1:** N.º de horas de formação dos trabalhadores.

- **Objetivo 2:** Aumentar o nível de motivação interna;
- **Indicador 2:** Índice de satisfação dos trabalhadores.

- **Objetivo 3:** Melhorar o uso dos sistemas de informação;
- **Indicador 3:** N.º de falhas nos diversos registos e causas.

- **Objetivo 4:** Aumentar a acessibilidade aos sistemas de informação;
- **Indicador 4:** % de postos de trabalho informatizados.

- **Objetivo 5:** Aumentar o nível de rendimento dos trabalhadores;
- **Indicador 5:** Montante de prémios e incentivos.

À semelhança das questões anteriores, para avaliar cada um dos objetivos e indicadores supra citados, foi utilizada uma escala de 1 a 5, em que 1 correspondia a “Muito pequena importância”, 2 a “Pequena importância”, 3 a “Indiferente”, 4 a “Grande importância” e 5 a “Muito grande importância”.

Ao analisarmos os dados obtidos (figura 3.13) podemos referir que o objetivo “Desenvolver e reforçar as competências dos trabalhadores” foi considerado por 58,3% dos profissionais inquiridos no questionário, como assumindo “grande importância” e por 25,0% como tendo “muito grande importância”. Quanto ao indicador “N.º de horas de formação dos trabalhadores”, as respostas dividem-se, sendo que 33,3% dos inquiridos classificam este indicador como encerrando “muito

grande importância” e 33,0% “grande importância”. Contudo é igualmente considerado por 33,3% dos inquiridos como “indiferente”, conforme informação transmitida na figura seguinte.

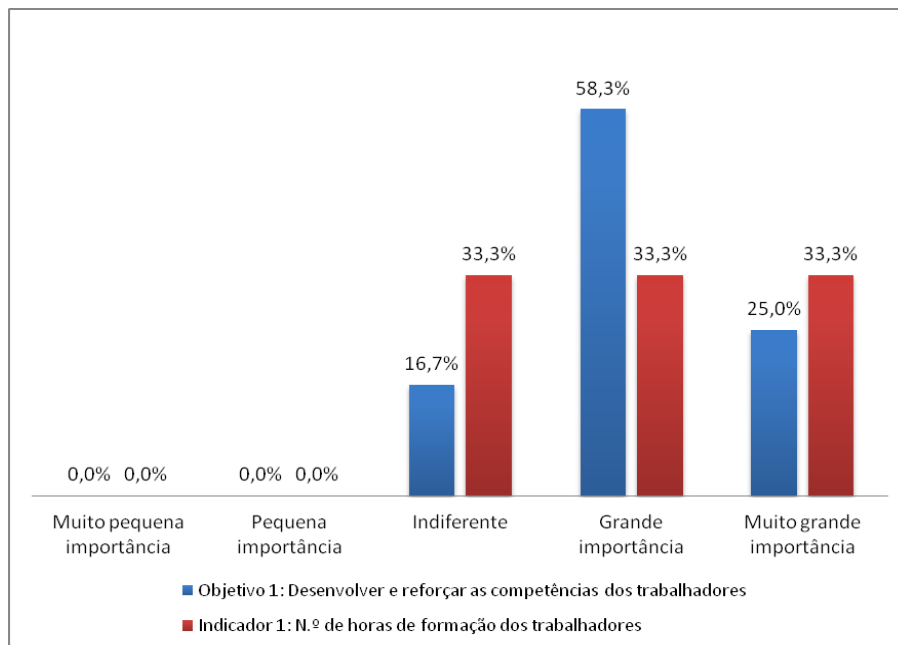


Figura 18.13 - Importância do objetivo “Desenvolver e reforçar as competências dos trabalhadores” e do indicador “N.º de horas de formação dos trabalhadores”

Em relação ao segundo objetivo da perspetiva de aprendizagem e desenvolvimento interno do BSC, - “Aumentar o nível de motivação interna” - 75,0% dos inquiridos consideram este objetivo de “muito grande importância” e 25,0% de “grande importância”, conforme ilustra a figura 3.14. Em relação ao indicador “Índice de satisfação dos trabalhadores” as respostas dividem-se (50,0%), entre quem o classifica como tendo “muito grande importância” e “grande importância”, conforme demonstra a figura seguinte.

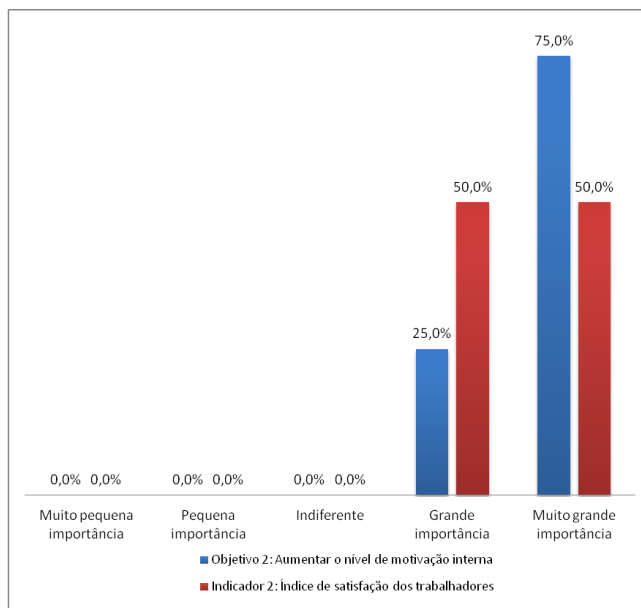


Figura 3.119 - Importância do objetivo “Aumentar o nível de motivação interna” e do indicador “Índice de satisfação dos trabalhadores”

Quanto ao objetivo “Melhorar o uso dos sistemas de informação”, 75,0% dos inquiridos consideram que este é de “grande importância” e 25,0% de “muito grande importância” (figura 3.15). Em relação ao indicador “N.º de falhas nos diversos registos e causas” proposto para avaliar este objetivo, 58,3% dos inquiridos atribui “grande importância” a este indicador e 16,7% classifica-o como de “muito grande importância” (figura 3.15). De salientar que 16,7% dos inquiridos classificaram este indicador como “indiferente”.

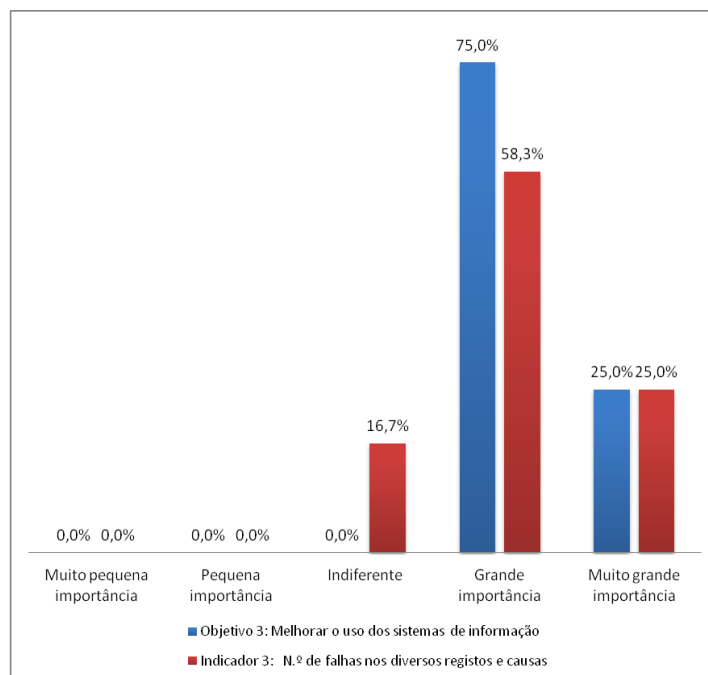


Figura 3.120 - Importância do objetivo “Melhorar o uso dos sistemas de informação” e do indicador “N.º de falhas nos diversos registos e causas”

O quarto objetivo da perspetiva de aprendizagem e desenvolvimento interno do BSC, “Aumentar a acessibilidade aos sistemas de informação”, é assumido como sendo de “muito grande importância” por um terço dos inquiridos (33,3%), de “grande importância” pelo outro terço dos inquiridos, e “indiferente” pelo restante terço de inquiridos, conforme informação da figura 3.16. Para avaliar este objetivo foi definido o indicador “% de postos de trabalho informatizados”, classificado por 50,0% dos inquiridos como de “grande importância” e por 25,0% de “muito grande importância”. Destacamos que 25,0% dos inquiridos classificaram este indicador como “indiferente” (figura 3.16).

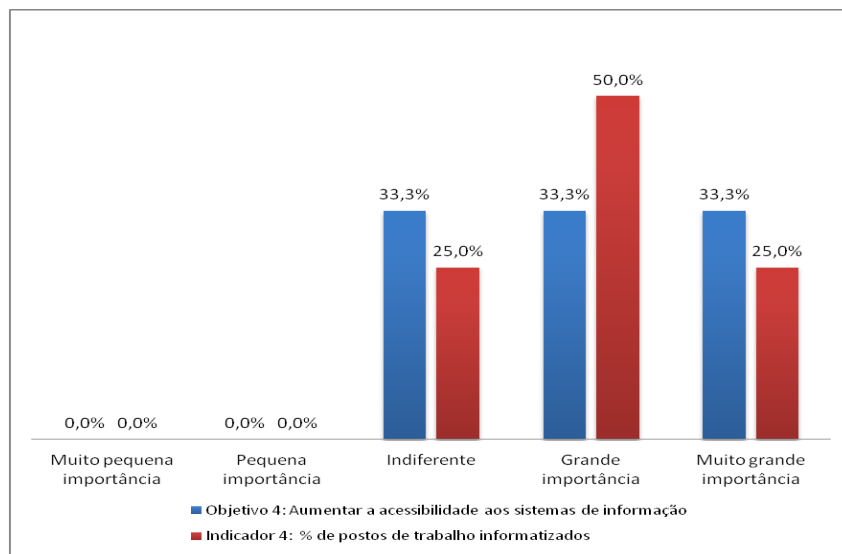


Figura 3.121 - Importância do objetivo “Aumentar a acessibilidade aos sistemas de informação” e do indicador “% de postos de trabalho informatizados”

De acordo com a figura 3.17, o objetivo “Aumentar o nível de rendimento dos trabalhadores” foi considerado por 58,3% dos inquiridos como de “grande importância” e por 16,7% de “muito grande importância”. O indicador “Montante de prémios e incentivos”, desenhado para avaliar este objetivo, foi classificado de “grande importância” por 41,7% dos respondentes e de “muito grande importância” por 33,3% das respostas. De salientar que 25,0% dos inquiridos classificaram este objetivo e indicador como “indiferente”.

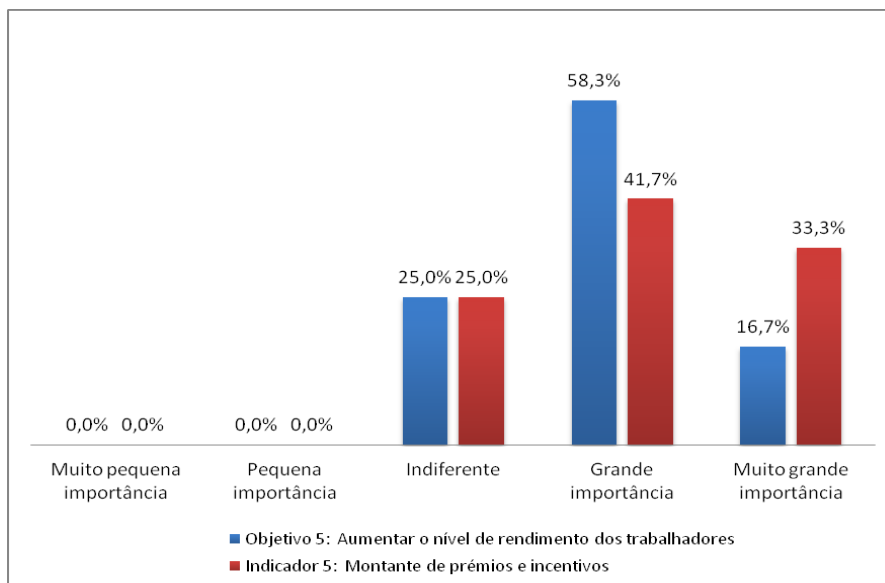


Figura 3.122 - Importância do objetivo “Aumentar o nível de rendimento dos trabalhadores” e do indicador “Montante de prémios e incentivos”

Ainda ao nível da perspetiva de aprendizagem e desenvolvimento interno do BSC, o questionário continha uma pergunta aberta que permitia aos interlocutores proporem outros objetivos/indicadores para esta perspetiva. Obteve-se como resposta a sugestão de análise dos seguintes objetivos/indicadores:

- Número de auditorias internas;
- Número de sessões clínicas/reuniões.

No que concerne à **questão n.º 9**, pretendia-se conhecer, ao nível da perspetiva dos processos internos do BSC, qual a importância atribuída aos seguintes objetivos e indicadores:

- **Objetivo 1:** Diminuir o n.º de cancelamentos de intervenções cirúrgicas;
- **Indicador 1:** N.º de cancelamentos no dia da cirurgia.

- **Objetivo 2:** Agilizar os processos internos;
- **Indicador 2:** N.º de intervenções com início tardio no 1.º tempo operatório/tempo de *turnover*.

- **Objetivo 3:** Melhorar o processo de gestão de *stocks*;
- **Indicador 3:** N.º de falhas de *stocks*/tempo despendido na gestão de *stocks*.

- **Objetivo 4:** Limpeza da sala operatória;
- **Indicador 4:** N.º minutos em que a sala esteve inoperacional a aguardar limpeza.

Também à semelhança das questões anteriores, para avaliar cada um dos objetivos e indicadores da questão 9, foi utilizada uma escala de 1 a 5, em que 1 correspondia a “Muito pequena importância”, 2 “Pequena importância”, 3 “Indiferente”, 4 “Grande importância” e 5 “Muito grande importância”.

Das respostas obtidas 66,7% dos entrevistados consideram de “muito grande importância” e 33,3% de “grande importância”, o objetivo “Diminuir o n.º de cancelamentos de intervenções cirúrgicas”. Quanto ao indicador “N.º de cancelamentos no dia da cirurgia”, 83,3% das respostas classificaram este indicador como tendo “muito grande importância” e 16,7% consideraram ser de “grande importância”, conforme informação da figura 3.18.

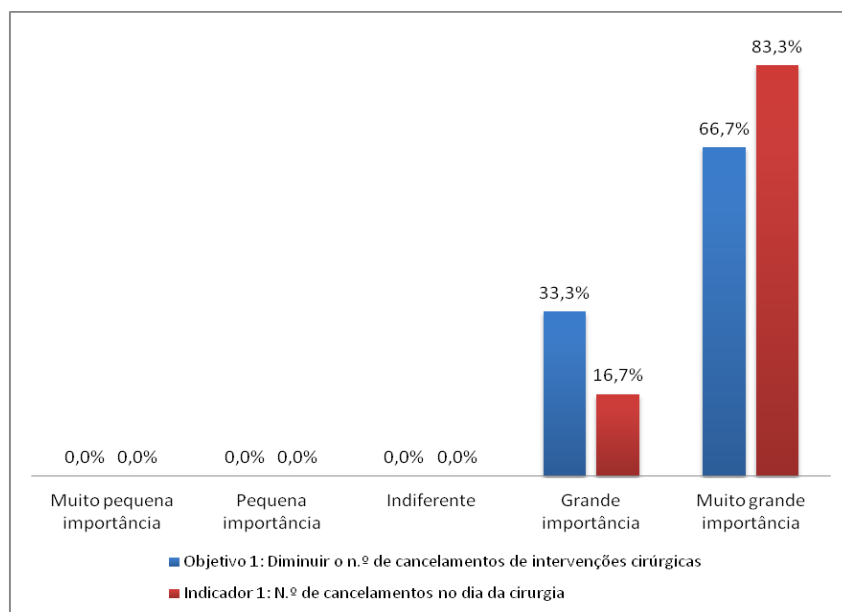


Figura 3.123 - Importância do objetivo “Diminuir o n.º de cancelamentos de intervenções cirúrgicas” e do indicador “N.º de cancelamentos no dia da cirurgia”

Quanto ao objetivo 2 “Agilizar os processos internos”, este foi considerado por 66,7% dos inquiridos como de “grande importância” e por 33,3% de “muito grande importância”. Já relativamente ao indicador “N.º de intervenções com início tardio no 1.º tempo operatório/tempo de *turnover*”, as respostas dividiram-se, sendo que 58,3% dos inquiridos consideraram que o indicador é de “muito grande importância” e 41,7% consideraram que era de “grande importância”, conforme informação da figura 3.19.

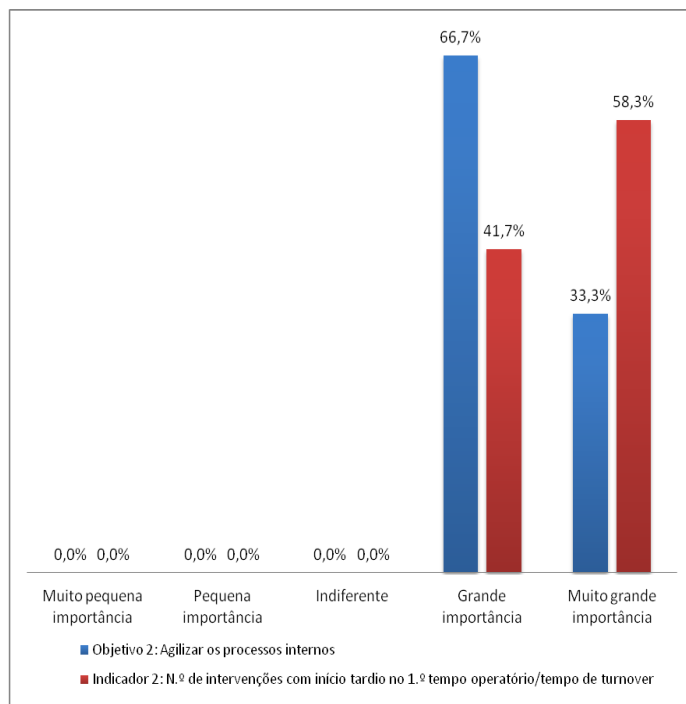


Figura 3.124 - Importância do objetivo "Agilizar os processos internos" e do indicador "N.º de intervenções com início tardio no 1.º tempo operatório/tempo de turnover"

Em relação ao objetivo "Melhorar o processo de gestão de *stocks*" 58,3% dos inquiridos consideraram este objetivo de "grande importância" e 25,0% de "muito grande importância". Para avaliar este objetivo foi definido o indicador "N.º de falhas de *stocks*/tempo despendido na gestão de *stocks*", classificado por 66,7% dos inquiridos de "grande importância" e por 16,7% de "muito grande importância", de acordo com a informação disponível na figura 3.20. De salientar que 16,7% dos entrevistados classificaram como "indiferente" o objetivo e o indicador n.º 3.

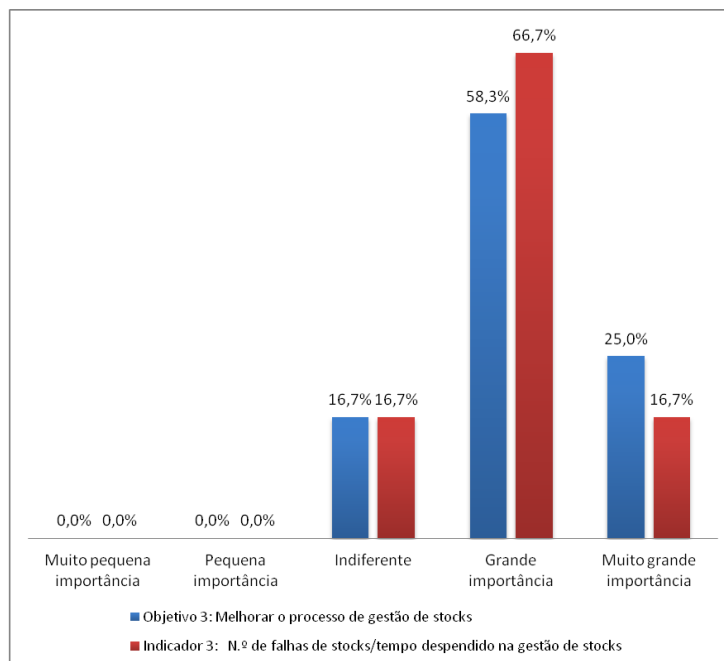


Figura 25.20 - Importância do objetivo “Melhorar o processo de gestão de stocks” e do indicador “N.º de falhas de stocks/tempo despendido na gestão de stocks”

E por fim, o objetivo 4 “Limpeza da sala operatória” e o indicador “N.º minutos em que a sala esteve inoperacional a aguardar limpeza”, apresentam uma grande dispersão de respostas, conforme é possível visualizar na figura 3.21. Metade (50,0%) dos inquiridos consideram que este objetivo e respetivo indicador são de “grande importância”, sendo que 33,3% dos inquiridos consideram este objetivo de “muito grande importância” e 25,0% dos inquiridos classificaram o indicador como de “muito grande importância”. De ressaltar que 8,3% das respostas dos inquiridos classificou o objetivo e respetivo indicador como tendo “pequena importância”. Estes dados estão descritos na figura 3.21.

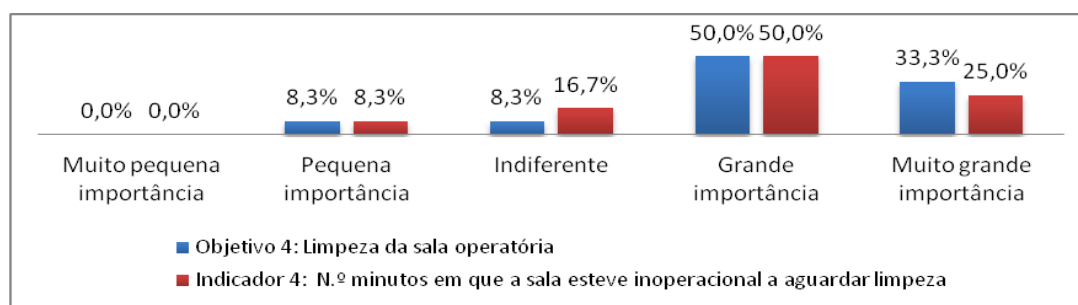


Figura 3.226 - Importância do objetivo “Limpeza da sala operatória” e do indicador “N.º minutos em que a sala esteve inoperacional a aguardar limpeza”

À semelhança da perspetiva dos clientes, da perspetiva financeira e da perspetiva da aprendizagem e desenvolvimento interno do BSC, o questionário continha uma pergunta aberta que permitia aos

intervenientes chave inquiridos, indicarem outros objetivos/indicadores para a perspetiva de processos internos, tendo-se obtido as seguintes sugestões de objetivos/indicadores:

- Taxa de incidência de queimaduras;
- Taxa de incidência de quedas;
- Taxa de utilização do bloco face ao planeado, em cirurgia convencional.

Na última questão do questionário, **questão n.º 10**, foi solicitado aos inquiridos que identificassem de entre os objetivos/indicadores referidos nas questões 6, 7, 8 e 9, quais os que são utilizados no BSC da sua organização, e ainda que, numa escala de 1 a 5, em que 1 correspondia a “Muito fraco desempenho”, 2 a “Fraco desempenho”, 3 a “Desempenho intermédio”, 4 a “Bom desempenho” e 5 a “Muito bom desempenho”, indicassem a importância que atribuem a cada um dos indicadores e/ou objetivos.

Face ao exposto, obtiveram-se seguintes objetivos e indicadores:

- Objetivo 6a): Diminuir as listas de espera;
- Objetivo 6b): Reduzir a taxa de incidência de infeções;
- Objetivo 6c): Aumentar a satisfação dos clientes;
- Indicador 6c): Índice de satisfação dos clientes;
- Indicador 6d): $(\text{Número total de óbitos ocorridas pós-intervenção cirúrgica} / \text{Número total de cirurgias realizadas}) * 100$;
- Indicador 6e): $(\text{Número de intervenções cirúrgicas realizadas} / \text{Número de intervenções cirúrgicas programadas}) * 100$;
- Objetivo 7a): Aumentar a produtividade;
- Indicador 7a): Índice de utilização do BO por especialidade e tipo de cirurgia;
- Objetivo 7c): Reduzir os custos com medicamentos e material clínico;
- Indicador 7c): Custo de medicamentos/material clínico por doente;
- Objetivo 7e): Taxa de utilização do bloco;
- Indicador 7e): $\text{Número de horas de utilização do bloco} / (\text{Número de horas disponíveis por cada sala de bloco operatório} * \text{Número de salas de bloco operatório})$;
- Indicador 8a): N.º de horas de formação dos trabalhadores;
- Indicador 8c): N.º de falhas nos diversos registos e causas;
- Indicador 9a): N.º de cancelamentos no dia da cirurgia;
- Indicador 9c): N.º de falhas de *stocks*/tempo despendido na gestão de *stocks*;

Dos novos objetivos/indicadores propostos (que não constavam do questionário):

- Perspetiva dos clientes do BSC: N.º de reclamações, taxa de utilização do bloco, N.º de intervenções cirúrgicas canceladas por tipologia;
- Perspetiva financeira: Custo por doente;
- Perspetiva da aprendizagem e desenvolvimento interno do BSC: N.º auditorias internas;

- Perspetiva da aprendizagem e desenvolvimento interno do BSC: N.º de sessões clínicas/reuniões;
- Perspetiva dos processos internos do BSC: Taxa de incidência de queimaduras;
- Perspetiva dos processos internos do BSC: Taxa de incidência de quedas;
- Perspetiva dos processos internos do BSC: Taxa de utilização do bloco face ao planeado, em cirurgia convencional.

A frequência das respostas é resumida na figura 3.22, infra.

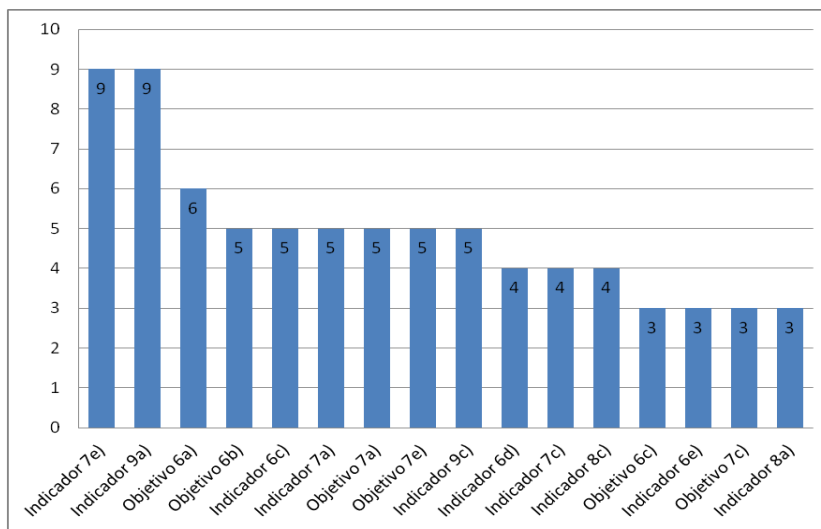


Figura 3.227 - Análise da frequência dos objetivos e dos indicadores da questão n.º 10

Os objetivos e indicadores mais utilizados, de acordo com os inquiridos nas suas organizações encontram-se resumidos na figura 3.22. De entre esses destacamos os seguintes:

- Indicador “Número de horas de utilização do bloco / (Número de horas disponíveis por cada sala de bloco operatório * Número de salas de bloco operatório)” (7e), com uma frequência de 9 respostas;
- Indicador “N.º de cancelamentos no dia da cirurgia” (9a), com uma frequência de 9 respostas;
- Objetivo “Diminuir as listas de espera” (6a), com uma frequência de 6 respostas;
- Objetivo “Reduzir a taxa de incidência de infeções” (6a), o indicador “Índice de satisfação dos clientes” (6c), o objetivo “Aumentar a produtividade” (7a), o indicador “Índice de utilização do BO por especialidade e tipo de cirurgia” (7a), o objetivo “Taxa de utilização do bloco” (7e) e o indicador “N.º de falhas de *stocks*/tempo despendido na gestão de *stocks*” – com uma frequência de 5 respostas *ex aequo*.

Quanto à importância atribuída aos objetivos e indicadores é de destacar que todos eles foram classificados como de “bom desempenho” ou de “muito bom desempenho”.

O indicador “Número de horas de utilização do bloco / (Número de horas disponíveis por cada sala de bloco operatório * Número de salas de bloco operatório)” (7e) foi classificado por 50,0% dos inquiridos

de “muito bom desempenho” e pelos restantes 50,0% de “bom desempenho”. Já o indicador “N.º de cancelamentos no dia da cirurgia” (9a) foi classificado por 71,0% dos inquiridos de “muito bom desempenho” e por 29,0% de “bom desempenho”.

O objetivo “Diminuir as listas de espera” (6a) foi considerado por 75,0% dos entrevistados como tendo “muito bom desempenho” e por 25,0% de “bom desempenho”.

Realçamos que todos os objetivos/indicadores propostos pelos inquiridos, foram, todos eles, classificados como de “muito bom desempenho”.

CAPÍTULO IV – ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS DADOS

4.1 - Estratégia: missão, visão e valores

O propósito fundamental que conduz à implementação do BSC nas organizações de saúde é garantir a sustentabilidade da sua estratégia a longo prazo. Para isso o foco é centrado na missão da organização (Zelman *et al*, 2003: 10).

Assim sendo, para definirmos a estratégia da organização é necessário definir a sua missão, visão e valores.

Dos dados obtidos pela aplicação do questionário (Anexo A) conclui-se que a maioria dos intervenientes chave (75%) considera que a missão do bloco operatório é igual à missão da organização.

A missão é a razão de ser da empresa.

Kaplan e Norton (1992: 73) referem que a missão deve ser definida pela gestão de topo e divulgada a toda a organização. Explicam que a missão deve estar centrada no cliente e que todos os elementos da organização devem desenvolver as suas atividades no sentido de a atingir (Kaplan e Norton, 1992: 75).

Para Pinto (2007: 58) a missão é fundamental e assume-se “como uma quinta perspetiva colocada no topo, acima das quatro perspetivas tradicionais”.

Face ao exposto, é fundamental que as organizações divulguem junto dos seus colaboradores a missão da organização para que todos tenham conhecimento da mesma e se possa implementar o *balanced scorecard*.

A segunda pergunta do questionário era constituída por um conjunto de valores selecionados após a revisão bibliográfica realizada no capítulo I.

Pretendia-se que os inquiridos indicassem qual o grau de importância que atribuíam a cada valor, tendo em consideração a escala definida (numa escala de 1 a 5, em que 1 correspondia a “Muito pequena importância”, 2 a “Pequena importância”, 3 a “Indiferente”, 4 a “Grande importância” e 5 a “Muito grande importância”).

Todos os inquiridos consideraram os valores “Qualidade” e “Responsabilidade” de “muito grande importância” (5).

O valor “respeito” foi classificado por 75,0% dos inquiridos como de “muito grande importância” (5) e por 17,0% dos inquiridos como de “grande importância” (4).

Quanto ao valor “Excelência” e “Integridade”, ambos foram considerados como de “muito grande importância” (5) por 67,0% dos inquiridos e de “grande importância” (4) por 33,0% dos inquiridos.

O valor “Equilíbrio trabalho/vida pessoal” foi considerado por 17,0% dos inquiridos como “indiferente” e por 8,0% como de “pequena importância”.

Os valores correspondem aos princípios que guiam a organização. Eles devem servir de guia para os comportamentos que esperamos dos colaboradores.

É sabido que a ferramenta BSC facilita a disseminação de valores e crenças a todos os elementos do bloco operatório. Segundo Silva (2012: 22), “uma boa comunicação praticada pela gestão de topo, que articule de forma consistente objetivos partilhados, valores e crenças, permite uma cultura mais consistente e comportamentos direcionados para esses objetivos, valores e crenças.”

Para se obter aceitação, “os indicadores devem ser, tanto quanto possível, estabelecidos com o apoio e participação dos profissionais cujas ações estão sob avaliação, uma vez que o objetivo principal é o desenvolvimento e a melhoria, e não simplesmente o controlo” (Martins, 2003: 15). Mas se a construção dos indicadores deve ser discutida com a participação dos profissionais, é essencial o acompanhamento da gestão de topo. Sem o patrocínio da gestão de topo da unidade ou serviço no qual o BSC é aplicado, este irá falhar e ruir (Kaplan e Norton, 1996: 294).

Quando questionados se conheciam a visão da organização, 75,0% dos inquiridos responderam afirmativamente.

Estas respostas são consentâneas com a importância de os profissionais conhecerem a visão da organização, porquanto a visão é o futuro da empresa (Kaplan e Norton, 1996: 77).

O Hospital Psiquiátrico do Sudoeste de Yorkshire, aquando da implementação do BSC, descreveu a sua visão na frase “o que queremos fazer?” (Schmidt, 2006: 122).

A visão tem que estar alinhada com a missão e os valores da organização e os *stakeholders* devem divulgá-la.

Kaplan e Norton (1992: 79) referem que a visão e a estratégia são colocadas no centro do BSC. As metas estabelecidas devem de estar alinhadas com a visão da organização.

Para Pinto (2007: 61) a visão é o terceiro pilar do BSC e é construída após definida a missão e os valores, conforme foi demonstrado na figura 1.4.

Relativamente à questão “conhece a estratégia da organização”, todos os inquiridos responderam que sim, citando como estratégia da sua organização:

- “Ser um hospital de referência”;
- “Centrado na excelência e qualidade, centrada no doente/utente”;
- “Está articulada com a estratégia nacional, com foco na acessibilidade, qualidade, eficiência e sustentabilidade”;
- “Pretende desenvolver uma política de melhoria contínua da qualidade e política de gestão do risco”;
- “Pretende desenvolver modelos organizacionais assentes numa política de gestão integrada”;
- “Melhoria da rentabilidade e redução do desperdício”.

Para se definir a estratégia da organização é necessário definir a sua missão, visão e valores (Kaplan, 2010: 28). Estes são os pilares do BSC.

Uma estratégia bem definida permite identificar prioridades, para as quais deverão ser afetados recursos e energias. O *scorecard* coloca a estratégia e a visão no seu centro (Kaplan e Norton, 1992:79).

Kaplan e Norton (1996a: 10-18) referem que a estratégia é definida pela gestão de topo e que esta deve ser comunicada a toda a organização. Explicam que os objetivos e metas devem estar articulados com a estratégia e que deve haver um conhecimento dos incentivos associados ao alcance dessas metas.

Definida a estratégia o BSC permitirá acompanhar as mudanças que ocorram, por muitas variações que se possam verificar. Kaplan e Norton (1996a: 10-18) referem mesmo que de acordo com a *performance* da organização obtida através dos resultados do BSC, a estratégia deve ser revista e alterada.

O BSC pretende alinhar pessoas, processos e infraestruturas com a estratégia da organização. O alinhamento da organização implica mudança, sendo que o BSC se tem revelado um instrumento facilitador desse processo (Pinto, 2007: 96).

Conforme refere Olave *et al* (1999: 77), o trajeto da evolução da estratégia e dos objetivos traçados deve ser verificado de forma permanente e devem ser tomadas as medidas corretivas necessárias.

4.2 - As quatro perspetivas do *balanced scorecard*

A quinta questão do questionário pretendia que os entrevistados ordenassem através de uma escala os clientes do bloco operatório, do mais importante (posição 6) para o menos importante (posição 1), de entre as opções apresentadas.

Os entrevistados consideraram que os utentes eram os principais clientes. Classificaram em primeiro lugar o utente cirúrgico, seguido do utente que procura cuidados de saúde e por fim os utentes do SNS.

Os serviços (clientes internos) foram classificados em quarto lugar. Quanto aos profissionais de saúde afetos ao bloco operatório, foi-lhes atribuído o quinto lugar. Em último lugar, como menos importante, ficou a tutela.

Conclui-se que todos os entrevistados consideram que o cliente é o utente. É focado no utente que a estratégia do hospital deve ser desenvolvida.

Na aplicação do BSC a organizações públicas sem finalidades lucrativas, os clientes são os utentes e/ou cidadãos, para os quais se pretende maximizar a quantidade e a qualidade dos cuidados prestados (Matos e Ramos, 2009: 29).

São conhecidos os desafios que confrontam a maioria dos países no sentido de conter e diminuir a despesa pública em saúde. No entanto, e sem escamotear a importância das outras perspetivas e indicadores, os utentes devem assumir o papel central no BSC das unidades de saúde (Gurd e Gao 2008: 18).

A perspetiva clientes é abordada na sexta questão do questionário. Pretende-se saber como classificam os inquiridos um conjunto de indicadores e objetivos, numa escala de 1 a 5, em que 1

corresponde a “Muito pequena importância”, 2 a “Pequena importância”, 3 a “Indiferente”, 4 a “Grande importância” e 5 a “Muito grande importância”.

Os referidos objetivos e indicadores foram definidos com base na revisão da literatura realizada no capítulo I.

É de referir, relativamente aos indicadores escolhidos, que as unidades de saúde possuem frequentemente múltiplos sistemas de recolha de dados e estatística, sendo que não raramente os sistemas não comunicam entre eles, tornando difícil obter a informação desejada de forma rápida (Zelman *et al*, 2003: 6).

Assim sendo, optou-se por levar em consideração indicadores claros e fáceis de obter nos sistemas de informação dos Hospitais.

Não foram considerados indicadores cuja obtenção de dados não seja exequível face aos sistemas de tecnologias de informação disponíveis na maioria dos hospitais públicos, ou não haja informação de partida que possibilite a construção do indicador. Dados necessários à construção de um indicador como a “taxa de doentes que esperam por cirurgia mais tempo do que o clinicamente adequado” serão muito difíceis de obter, ou mesmo inexecutáveis, dado que não foram ainda definidos os tempos de espera clinicamente aceitáveis para cada procedimento cirúrgico (Martins, 2003: 28).

Progredindo com a análise dos dados obtidos, concluiu-se que os inquiridos classificaram com 4 “Grande importância” e 5 “Muito grande importância” os indicadores e objetivos do quadro 4.1.

Dos dados obtidos podemos concluir que todos os indicadores e objetivos propostos neste estudo foram classificados pelos inquiridos “de grande importância” e de “muito grande importância” totalizando ambas as classificações em mais de 90,0% dos resultados. Excetua-se o indicador 1 “N.º de doentes em lista de espera em cirurgia convencional/cirurgia do ambulatório” que obtém 83,3% das respostas nos intervalos 4 e 5.

Também Gameiro (2011: 76) propôs no seu estudo, que fosse colocado no BSC do bloco operatório o objetivo “Diminuir as listas de espera” e respetivo indicador “N.º de doentes em lista de espera em cirurgia convencional/cirurgia do ambulatório” assim como, o objetivo “Aumentar a satisfação dos clientes” e o indicador “Índice de satisfação dos clientes”.

	Grande importância	Muito grande importância
Objetivo 1: Diminuir as listas de espera	41,7%	50,0%
Indicador 1: N.º de doentes em lista de espera em cirurgia convencional/cirurgia do ambulatório	33,3%	50,0%
Objetivo 2: Reduzir a taxa de incidência de infeções	16,7%	83,3%
Indicador 2: (Número total de doentes com infeções / Número total de doentes entrados) * 100	8,3%	91,7%
Objetivo 3: Aumentar a satisfação dos clientes	66,7%	25,0%
Indicador 3: Índice de satisfação dos clientes	58,3%	33,3%

	Grande importância	Muito grande importância
Objetivo 4: Reduzir a taxa de mortalidade cirúrgica (até 72 horas)	8,3%	91,7%
Indicador 4: (Número total de óbitos ocorridas pós-intervenção cirúrgica / Número total de cirurgias realizadas) * 100	8,3%	91,7%
Objetivo 5: Proporção das intervenções cirúrgicas realizadas em relação às programadas	100,0%	0,0%
Indicador 5: (Número de intervenções cirúrgicas realizadas / Número de intervenções cirúrgicas programadas) * 100	83,3%	16,7%

Quadro 8 - Análise dos objetivos e indicadores da perspectiva clientes, classificados de “muito grande importância” e de “grande importância”

Na sétima questão do questionário, pretendia-se saber como classificavam os inquiridos um conjunto de indicadores e objetivos propostos para a perspectiva financeira.

Numa escala de 1 a 5, em que 1 corresponde a “Muito pequena importância”, 2 a “Pequena importância”, 3 a “Indiferente”, 4 a “Grande importância” e 5 a “Muito grande importância”, os inquiridos classificaram os objetivos e indicadores discriminados na questão n.º 7 do questionários e traduzidos no quadro 4.2, infra.

Os referidos objetivos e indicadores foram definidos com base na revisão da literatura realizada, disponível no anexo capítulo I.

Da análise dos dados obtidos concluiu-se que os inquiridos classificaram com 4 “Grande importância” e 5 “Muito grande importância” os seguintes indicadores e objetivos:

	Grande importância	Muito grande importância
Objetivo 1: Aumentar a produtividade	83,3%	16,7%
Indicador 1: Índice de utilização do BO por especialidade e tipo de cirurgia	66,7%	33,3%
Objetivo 2: Média diária de intervenções cirúrgicas por sala	66,7%	16,7%
Indicador 2: (Número de intervenções cirúrgicas / Número de salas de operações) / Número de dias do período	66,7%	25,0%
Objetivo 3: Reduzir os custos com medicamentos e material clínico	41,7%	50,0%
Indicador 3: Custo de medicamentos/material clínico por doente	33,3%	58,3%
Objetivo 4: Otimizar o uso dos equipamentos	58,3%	41,7%
Indicador 4: Horas não utilizadas por especialidade e tipo de cirurgia	58,3%	41,7%

	Grande importância	Muito grande importância
Objetivo 5: Taxa de utilização do bloco	16,7%	83,3%
Indicador 5: Número de horas de utilização do bloco / (Número de horas disponíveis por cada sala de bloco operatório * Número de salas de bloco operatório)	33,3%	58,3%

Quadro 9 - Análise dos objetivos e indicadores da perspetiva financeira, classificados de “muito grande importância” e de “grande importância”

Da análise do quadro 4.2 podemos concluir que todos os indicadores e objetivos propostos para a perspetiva financeira, foram classificados pelos inquiridos como assumindo “de grande importância” e “muito grande importância”, totalizando a soma das respostas nos intervalos 4 e 5 mais de 90,0%. Excetua-se o objetivo 2 “Média diária de intervenções cirúrgicas por sala”, que obtém 83,4% no conjunto das respostas situadas nos intervalos 4 e 5.

No seu estudo, Gameiro (2011: 76) considerou a utilização do objetivo/indicador 1, 3 e 4. Ou seja:

- Objetivo 1: Aumentar a produtividade;
- Indicador 1: Índice de utilização do BO por especialidade e tipo de cirurgia.
- Objetivo 3 e 4: Melhorar a gestão de *stocks*, materiais e equipamentos;
- Indicador 3 e 4: Horas não utilizadas por especialidade e tipo de cirurgia.

Também Pegado (2010: 69-70) refere o objetivo 1 “Aumentar a produtividade”, o indicador 3 “Custo de medicamentos/material clínico por doente” e o objetivo “Otimizar o uso dos equipamentos”, como objetivos e indicadores para avaliar a *performance* do bloco operatório.

A perspetiva de aprendizagem e desenvolvimento interno é abordada na oitava questão do questionário. Era solicitado que os atores chave inquiridos qualificassem um conjunto de indicadores e objetivos, numa escala de 1 a 5, em que 1 corresponde a “Muito pequena importância”, 2 a “Pequena importância”, 3 a “Indiferente”, 4 a “Grande importância” e 5 a “Muito grande importância”. Os referidos objetivos e indicadores foram definidos com base na revisão da literatura realizada, traduzida no capítulo I.

Da análise dos dados obtidos concluiu-se que os inquiridos classificaram com 4 “Grande importância” e 5 “Muito grande importância” os seguintes indicadores e objetivos.

	Grande importância	Muito grande importância
Desenvolver e reforçar as competências dos trabalhadores	58,3%	25,0%
N.º de horas de formação dos trabalhadores	33,3%	33,3%

	Grande importância	Muito grande importância
Aumentar o nível de motivação interna	25,0%	75,0%
Índice de satisfação dos trabalhadores	50,0%	50,0%
Melhorar o uso dos sistemas de informação	75,0%	25,0%
N.º de falhas nos diversos registos e causas	58,3%	25,0%
Aumentar a acessibilidade aos sistemas de informação	33,3%	33,3%
% de postos de trabalho informatizados	50,0%	25,0%
Aumentar o nível de rendimento dos trabalhadores	58,3%	16,7%
Montante de prémios e incentivos	41,7%	33,3%

Quadro 10 - *Análise dos objetivos e indicadores da perspetiva aprendizagem e desenvolvimento interno, classificados de “muito grande importância” e de “grande importância”*

Analisando o quadro 4.3 concluímos que o objetivo “Aumentar a acessibilidade aos sistemas de informação” é o objetivo ao qual é atribuída menor importância pelos inquiridos, sendo seguido pelo objetivo “Aumentar o nível de rendimento dos trabalhadores”.

Apenas o objetivo “Aumentar o nível de motivação interna” e o respetivo indicador “Índice de satisfação dos trabalhadores”, são classificados por todos os inquiridos como assumindo grande preponderância, nomeadamente todos os respondentes colocaram-nos nas posições n.º 4 e n.º 5, de “grande importância” ou de “muito grande importância”.

Também Gameiro (2011: 76) propõe no seu estudo a utilização do objetivo/indicador 1, objetivo/indicador 2 e objetivo/indicador 3.

Na nona questão do questionário, pretende-se saber como classificavam os inquiridos um conjunto de indicadores e objetivos propostos para a perspetiva dos processos internos.

Numa escala de 1 a 5, em que 1 corresponde a “Muito pequena importância”, 2 a “Pequena importância”, 3 a “Indiferente”, 4 a “Grande importância” e 5 a “Muito grande importância”, os atores chave inquiridos classificaram os objetivos e indicadores apresentados na questão número nove.

À semelhança das outras perspetivas, os objetivos e indicadores apresentados no quadro 4.4., foram definidos com base na revisão da literatura realizada, no capítulo I.

Analisando os dados dos questionários concluiu-se que os inquiridos classificaram com 4 “Grande importância” e 5 “Muito grande importância” os seguintes indicadores e objetivos:

	Grande importância	Muito grande importância
Objetivo 1: Diminuir o n.º de cancelamentos de intervenções cirúrgicas	33,3%	66,7%
Indicador 1: N.º de cancelamentos no dia da cirurgia	16,7%	83,3%
Objetivo 2: Agilizar os processos internos	66,7%	33,3%
Indicador 2: N.º de intervenções com início tardio no 1.º tempo operatório/tempo de <i>turnover</i>	41,7%	58,3%
Objetivo 3: Melhorar o processo de gestão de <i>stocks</i>	58,3%	25,0%
Indicador 3: N.º de falhas de <i>stocks</i> /tempo despendido na gestão de <i>stocks</i>	66,7%	16,7%
Objetivo 4: Limpeza da sala operatória	50,0%	33,3%
Indicador 4: N.º minutos em que a sala esteve inoperacional a aguardar limpeza	50,0%	25,0%

Quadro 11 - Análise dos objetivos e indicadores da perspectiva aprendizagem dos processos internos, classificados de “muito grande importância” e de “grande importância”

Da análise dos dados, concluímos que ao objetivo 1 “Diminuir o n.º de cancelamentos de intervenções cirúrgicas” e respetivo indicador “N.º de cancelamentos no dia da cirurgia” e ao objetivo 2 “Agilizar os processos internos” e respetivo indicador “N.º de intervenções com início tardio no 1.º tempo operatório/tempo de *turnover*”, foi atribuída grande relevância, visto que a soma das respostas posicionadas no intervalo 4 “grande importância” e no intervalo 5 “muito grande importância”, perfazem 100%.

Já o objetivo 3 “Melhorar o processo de gestão de *stocks*” e o objetivo 4 “Limpeza da sala operatória” e os respetivos indicadores, apresentam uma dispersão de classificações, obtendo cerca de 80,0% no conjunto das respostas classificadas nos intervalos 4 e 5, de “grande importância” e “muito grande importância”, respetivamente.

Gameiro (2011: 78) considera que o objetivo 1 “Diminuir o n.º de cancelamentos de intervenções cirúrgicas”, o objetivo 2 “Agilizar os processos internos”, o indicador 2 “N.º de intervenções com início tardio no 1.º tempo operatório/tempo de *turnover*”, o objetivo 3 “Melhorar o processo de gestão de *stocks*”, o indicador 3 “N.º de falhas de *stocks*/tempo despendido na gestão de *stocks*”, como objetivos e indicadores a aplicar ao BSC do bloco operatório.

Também Pegado (2010: 69-70) refere o objetivo 1 “Diminuir o n.º de cancelamentos de intervenções cirúrgicas”, o indicador 1 “N.º de cancelamentos no dia da cirurgia”, o objetivo 2 “Agilizar os processos internos”, o indicador 2 “N.º de intervenções com início tardio no 1.º tempo operatório/tempo de *turnover*”, o indicador 3 “Melhorar o processo de gestão de *stocks*” e o indicador 3 “N.º de falhas de *stocks*/tempo despendido na gestão de *stocks*”, como objetivos e indicadores para avaliar a performance do bloco operatório.

Por fim, na última questão do questionário era solicitado aos inquiridos que dessem a conhecer, de entre os objetivos e indicadores referidos no questionário, quais estão instituídos para o bloco operatório das suas organizações.

As respostas obtidas incluem 16 dos 19 objetivos/indicadores propostos. Face ao exposto, podemos concluir que os objetivos/indicadores propostos no questionário são adequados, dado que representaram 84,2% das respostas.

CAPÍTULO V – PROPOSTA DE *BALANCED SCORECARD* E CONSIDERAÇÕES FINAIS

5.1 - Proposta de *balanced scorecard*

Definir a estratégia da organização implica definir a sua missão, visão e valores (Kaplan, 2010:28).

Para este *balanced scorecard* propõe-se a seguinte missão, que consiste na conjugação de duas missões de dois centros hospitalares do serviço nacional de saúde:

Prestar os melhores cuidados em tempo útil, com eficiência, qualidade e a custos socialmente comportáveis, em articulação com a rede de hospitais que integram o Serviço Nacional de Saúde, com a rede de cuidados de saúde primários e com a rede nacional de cuidados continuados integrados, fomentando a formação pré e pós-graduada e a investigação, respeitando sempre o princípio da humanização e promovendo o orgulho e sentimento de pertença de todos os profissionais (Centro Hospitalar de Entre o Douro e Vouga, 2014; Centro Hospitalar de São João, 2014).

Como valores a considerar propomos os valores que obtiveram melhores classificações no questionário: a qualidade, a responsabilidade, respeito, excelência e a integridade.

Sugerimos a visão do Centro Hospitalar de São João (2014) que refere:

Ser o exemplo na prestação de cuidados de saúde ao nível nacional e internacional, com uma perspetiva de crescimento sustentável, comprometimento, sentido de mudança e diferenciação, ambicionando a criação de valor para todos os seus públicos tornando-se a marca referência no setor da saúde.

Invocando a lição de Matos e Ramos (2009: 82), a implementação de um único BSC a todo o Hospital é muito difícil, propondo antes os autores que o BSC deverá ser iniciado por um serviço piloto. Quando os profissionais de saúde tomam conhecimento dos progressos feitos pela implementação do BSC num serviço do Hospital, será mais fácil “vender” a metodologia aos restantes serviços da organização (Meliones, 2000: 7).

É essa a nossa proposta, e, como já tivemos oportunidade de explanar, escolhemos o Bloco Operatório por ser um serviço charneira do Hospital.

De acordo com Kaplan e Norton (1996: 68) cada perspetiva deve ter entre quatro a sete indicadores. Tendo em consideração que existem quatro perspetivas, o *scorecard* não deverá ter mais de 25 indicadores. No seu estudo Gurd e Gao (2006: 9) referem que a definição de quantos indicadores devem ser escolhidos é um problema com que se deparam todas as organizações que utilizam o BSC. Mencionam também que se o número de indicadores escolhido se situar para além do indicado originalmente por Kaplan e Norton, menor será a capacidade dos gestores manterem o foco.

Face ao exposto, a presente proposta do *balanced scorecard* para o Bloco Operatório terá em consideração apenas quatro objetivos para cada uma das perspetivas.

De seguida serão propostos quatro objetivos e respetivos indicadores para cada uma das perspetivas. Os objetivos e indicadores propostos para integrar este BSC são os que obtiveram a melhor classificação na nossa análise dos dados, em resultado dos questionários respondidos.

Assim, para a perspetiva clientes, propomos que sejam definidos os objetivos/indicadores do quadro 5.1:

Objetivo	Indicador
Reduzir a taxa de mortalidade cirúrgica (até 72 horas)	(Número total de óbitos ocorridas pós-intervenção cirúrgica / Número total de cirurgias realizadas) * 100
Reduzir a taxa de incidência de infeções	(Número total de doentes com infeções / Número total de doentes entrados) * 100
Proporção das intervenções cirúrgicas realizadas em relação às programadas	(Número de intervenções cirúrgicas realizadas / Número de intervenções cirúrgicas programadas) * 100
Aumentar a satisfação dos clientes	Índice de satisfação dos clientes

Quadro 12 - Proposta de objetivos/indicadores para a perspetiva clientes

O quadro seguinte apresenta a proposta de objetivos/indicadores para a perspetiva financeira:

Objetivo	Indicador
Taxa de utilização do bloco	Número de horas de utilização do bloco / (Número de horas disponíveis por cada sala de bloco operatório * Número de salas de bloco operatório)
Otimizar o uso dos equipamentos	Horas não utilizadas por especialidade e tipo de cirurgia
Aumentar a produtividade	Índice de utilização do BO por especialidade e tipo de cirurgia
Reduzir os custos com medicamentos e material clínico	Custo de medicamentos/material clínico por doente

Quadro 13 - Proposta de objetivos/indicadores para a perspetiva financeira

Para a perspetiva aprendizagem e desenvolvimento interno, propomos os indicadores/objetivos considerados no quadro 5.3.

Objetivo	Indicador
Aumentar o nível de motivação interna	Índice de satisfação dos trabalhadores
Melhorar o uso dos sistemas de informação	N.º de falhas nos diversos registos e causas
Desenvolver e reforçar as competências dos trabalhadores	N.º de horas de formação dos trabalhadores
Aumentar o nível de rendimento dos trabalhadores	Montante de prémios e incentivos

Quadro 14 - Proposta de objetivos/indicadores para a perspetiva da aprendizagem e desenvolvimento interno

No quadro 5.4 propomos os objetivos/indicadores para a perspetiva dos processos internos.

Objetivo	Indicador
Diminuir o n.º de cancelamentos de intervenções cirúrgicas	N.º de cancelamentos no dia da cirurgia
Agilizar os processos internos	N.º de intervenções com início tardio no 1.º tempo operatório/tempo de <i>turnover</i>
Melhorar o processo de gestão de <i>stocks</i>	N.º de falhas de <i>stocks</i> /tempo despendido na gestão de <i>stocks</i>
Limpeza da sala operatória	N.º minutos em que a sala esteve inoperacional a aguardar limpeza

Quadro 15 - Proposta de objetivos/indicadores para a perspetiva dos processos internos

No presente estudo não são propostas metas nem iniciativas. Estas são demasiado específicas e dependem das características do bloco operatório e dos sistemas de informação de cada hospital, pelo que somos de opinião que deverão ser propostas por cada serviço, ajustadas à sua realidade hospitalar.

Temos consciência que não existem indicadores perfeitos, contudo, estes podem ser melhorados continuamente de forma a serem adaptados o melhor possível às características ou propriedades que se pretendem monitorizar (Martins, 2003: 14).

Julgamos que a presente proposta de BSC constituirá uma base de reflexão entre os vários atores chave, permitindo caminhar no sentido de mitigar a dupla (e frequentemente antagónica) linha de autoridade presente nos hospitais.

Se tivermos, sentados a uma mesma mesa, gestores que se questionem sobre o que pode ser feito para reduzir a taxa de mortalidade cirúrgica e médicos preocupados com a redução dos custos com material clínico e medicamentos, bem como em otimizar o uso dos equipamentos, teremos lançado as sementes e o BSC estará a dar passos como ferramenta para cumprir a missão do hospital.

5. 2 - Considerações finais

Tendo em consideração o estudo desenvolvido e a revisão bibliográfica efetuada, verifica-se que o BSC tem vindo a revelar-se uma ferramenta de gestão de grande utilidade para as empresas, em geral, e para a gestão hospitalar pública, em particular.

Esta conclusão resulta não só da revisão bibliográfica, mas também do estudo e avaliação que fizemos sobre as três instituições hospitalares públicas que, em 2013, tiveram maior taxa de ocupação dos seus blocos operatórios, segundo os dados disponibilizados pela Administração Central do Sistema de Saúde.

Vimos que o Bloco Operatório é um serviço charneira no Hospital: grande consumidor de recursos tem, simultaneamente, grande impacto nas receitas, imensa repercussão na satisfação dos utentes e gera grandes expectativas na comunidade, sobretudo no que diz respeito à resolução rápida (ou não) das listas de espera para cirurgia e à transparência do processo. É, pois, um serviço que se deseja o mais eficiente possível.

No entanto, vimos também que o BSC não reduz a monitorização da *performance* ao objetivo de cortar custos.

Ultrapassada a “visão tradicional”, por inadequada e obsoleta, que assentava a monitorização do desempenho sobretudo em indicadores financeiros, o BSC veio permitir perspetivar o futuro da organização.

Outra vantagem deste sistema de medição da *performance* das organizações é permitir a aproximação das diferentes classes profissionais, atenuando a dupla linha de autoridade que existe nos hospitais e os constrangimentos que daí resultam, alinhando os objetivos e as visões próprias da gestão, com os objetivos e valores dos profissionais de saúde.

De acordo com Lobo (2007: 197) o BSC permitirá a divulgação dos resultados dos seus indicadores tanto internamente junto dos seus profissionais como para o exterior, proporcionando ao utente informação sobre os cuidados de saúde.

Uma perspetiva a destacar, em contexto hospitalar, é a perspetiva do cliente, uma vez que o foco de um hospital público é o utente. Não se deverá, porém, descurar a necessidade de tornar transparente para o Serviço a necessidade e a importância de controlar os custos.

O BSC, não sendo de fácil implementação, dado que é um processo moroso e complexo que requer tempo, recursos e envolvimento da gestão de topo, é um processo flexível e sempre inacabado.

A definição do número de indicadores a utilizar no BSC é de difícil seleção (Gurd e Gao, 2008: 8), acrescido da necessidade de sistemas de informação que permitam, de uma forma muito objetiva avaliar esses indicadores e corrigir eventuais desvios, se necessário.

Os contratos programa para o triénio 2013-2015, celebrados entre Administração Central do Sistema de Saúde, as Administrações Regionais de Saúde e os hospitais, determinam que os hospitais estão

obrigados a desenvolver um processo de contratualização interna assente na metodologia do *balanced scorecard*, adaptado a cada organização, “com a definição de objetivos e indicadores para cada uma das unidades funcionais, alinhados com os vectores estratégicos da instituição” (Macedo, 2014: 4).

Podemos concluir que a utilização do BSC num hospital permitirá também trazer maior responsabilização pela *performance* em todos os níveis do hospital, constitui uma ferramenta de comunicação e discussão entre os profissionais, facilitando, em consequência, a disseminação da estratégia da instituição.

Em resumo, consideramos que a implementação do BSC nos blocos operatórios, nomeadamente podendo ser seguido o modelo que resultou das respostas dadas ao questionário aplicado aos três hospitais, pode contribuir para diminuir o hiato entre as capacidades de produção potencial e as utilizadas, reduzindo os custos unitários por doente operado e promovendo, em última instância, a sustentabilidade do SNS.

FONTES

ACSS (2014a), Monitorização do Serviço Nacional de Saúde, <http://benchmarking.acss.min-saude.pt/benchmarking.aspx>.

Centro Hospitalar de Entre o Douro e Vouga (2014), disponível em <http://www.hospitalfeira.min-saude.pt/>.

Centro Hospitalar de São João (2014), disponível em <http://portal-chsj.min-saude.pt/>.

Hospital Garcia de Orta (2014), disponível em <http://www.hgo.pt/>.

Hospital Professor Doutor Fernando da Fonseca (2014), disponível em <http://www.hff.min-saude.pt/>.

Portaria n.º 45/2008, de 15 de janeiro, publicada na I.ª série do DR, de 15 de janeiro.

Portaria n.º 271/2012, de 4 de setembro, publicada na I.ª série do DR, de 4 de setembro.

Resolução de Conselho de Ministros n.º 100/2002, de 26 de abril, publicada na I.ª série do DR, de 25 de maio.

Resolução de Conselho de Ministros n.º 79/2004, de 3 de junho, publicada na I.ª série do DR, de 24 de junho.

BIBLIOGRAFIA

- ACSS (2011), *Relatório da Atividade em Cirurgia Programada - ano de 2011*, Unidade Central de Gestão de Inscritos para Cirurgia, disponível em: <http://www.acss.min-saude.pt>.
- ACSS (2012), *Relatório Síntese da Atividade em Cirurgia Programada – 1.º semestre 2012*, Unidade Central de Gestão de Inscritos para Cirurgia, disponível em: <http://www.acss.min-saude.pt>.
- ACSS (2014), *Relatório Síntese da Atividade em Cirurgia Programada – Ano 2013*, disponível em: <http://www.acss.min-saude.pt>.
- Alves, Dias *et al* (1996), “PERLE: uma medida para um problema”, *Gestão Hospitalar*, 32, pp. 38-42.
- Barros, Pita (2005), *Economia da Saúde, conceitos e comportamentos*, Coimbra, Livraria Almedina.
- Barros, Pita (2008), “As listas de espera para intervenção cirúrgica em Portugal”, *Revista do Instituto Português de Relações Internacionais e Segurança*, Março, pp. 1-8.
- Boquinhas, José (2012), “Os médicos e a gestão hospitalar”, *Revista Portuguesa de Gestão & Saúde*, 8, pp. 8-9.
- Braam, Geert (2012), “Balanced Scorecard’s Interpretative Variability and Organizational Change”, in Dr. Chee-Heong Quah (Ed.), *Business Dynamics in the 21st Century*, InTech, pp. 99:112.
- Calhau, Ana (2009), *Concepção de um Sistema de Balanced Scorecard para o Serviço de Traumatologia do Hospital Garcia de Orta*, Dissertação de Mestrado em Engenharia Biomédica, Lisboa, Universidade Técnica de Lisboa.
- Curtright, Jonathan *et al* (2000), “Strategic Performance Management: Development of a Performance Measurement System at the Mayo Clinic”, *Journal of Healthcare Management*, 45 (1), pp. 58-68.
- Druker, Peter (2006), *Classic Drucker*, United States of America, A Harvard Business Review Book.
- Gameiro, Teresa (2011), *Balanced Score Card em instituições hospitalares: esboço para o Bloco Operatório*, Dissertação de Mestrado em Gestão e Economia da Saúde, Coimbra, Universidade de Coimbra.
- Gurd, Bruce e Tian Gao (2008), “Lives in the balance: an analysis of the balanced scorecard (BSC) in healthcare organizations”, *International Journal of Productivity and Performance Management*, 57 (1), pp. 6-21.
- Inamdar, Noorein e Robert Kaplan (2002), “Applying the balanced scorecard in healthcare provider organizations”, *Journal of Healthcare Management*, 47 (3), pp. 179-195.

- Kaplan, Robert (2010), "Conceptual Foundations of the Balanced Scorecard – Working Paper", *Harvard Business School*, pp. 1-36.
- Kaplan, Robert e David Norton (1992), "The Balanced Scorecard – Measures that drive performance", *Harvard Business Review*, January-February, pp. 70-79.
- Kaplan, Robert e David Norton (1996), "Linking the balanced scorecard to strategy", *California Management Review*, 39 (1), pp. 53-79.
- Kaplan, Robert e David Norton (1996a), *The balanced scorecard translating strategy into action*, United States of America, Harvard Business Press Books.
- Kaplan, Robert e David Norton (2006), *Alignment – Using the Balanced Scorecard to Create Corporate Synergies*, United States of America, Harvard Business Review Press.
- Lobo, Pedro (2007), *Cuidados de Saúde Diferenciados: aplicação da gestão por processos*, Dissertação de Mestrado em Gestão de Operações, Aveiro, Universidade de Aveiro.
- Macedo, Natália (2014), "O Balanced Scorecard como instrumento de implementação da contratualização interna: o caso dos serviços cirúrgicos do CHTS", *Gestão Hospitalar*, Abril, pp. 4-9.
- Maia, Luís (2011), *Balanced Scorecard: Uma ferramenta de Gestão no Sector Público Hospitalar*, Dissertação de Mestrado Integrado em Medicina, Porto, Faculdade de Medicina, Universidade do Porto.
- Martins, Marta (2003), *Identificação e Aplicação a Blocos Operatórios de Key Performance Indicators*, Dissertação de Especialização em Administração Hospitalar, Escola Nacional de Saúde Pública, Universidade Nova de Lisboa.
- Matos, Luís (2006), *A utilização do Balanced Scorecard para monitorizar o desempenho de um hospital*, Dissertação de Mestrado em Sistemas de Informação, Minho, Universidade do Minho.
- Matos, Luís; Ramos, Isabel (2009), *Medir para gerir - O Balanced Scorecard em Hospitais*, Lisboa, Edições Silabo.
- McDonald, Bob (2012), *A Review of the Use of the Balanced Scorecard in Healthcare*, BMCD Consulting, Abril, disponível em http://www.bmcdconsulting.com/index_htm_files/Review%20of%20the%20Use%20of%20the%20Balanced%20Scorecard%20in%20Healthcare%20BMCD.pdf.
- Meliones, Jon (2000), "Saving Money, Saving lives", *Harvard Business Review*, Novembro-Dezembro, pp. 1-11.

- Ministério da Saúde (1999), *A Saúde em Tempo de Mudança: Relatório do Director Geral da Saúde*, Lisboa, Direção Geral da Saúde.
- Olave, Nils *et al* (1999), *Performance Drivers: A practical Guide to Using the Balanced Scorecard*, England, John Wiley & Sons.
- Pegado, Ana (2010), *Gestão de bloco operatório: modelos de gestão e monitorização*, Dissertação de Mestrado em Gestão da Saúde, Lisboa, Escola Nacional de Saúde Pública, Universidade Nova.
- Pinto, Francisco (2007), *Balanced Scorecard*, Lisboa, Edições Silabo.
- Schmidt, Stefan *et al* (2006) "A management approach that drives actions strategically: Balanced scorecard in a mental health trust case study", *International Journal of Health Care Quality Assurance*, 19 (2), pp.119-135.
- Silva, Iva (2012), *Gestão estratégica: Balanced Scorecard para uma entidade hospitalar*, Dissertação de Mestrado em Contabilidade e Finanças, Porto, Instituto Politécnico do Porto, Instituto Superior de Contabilidade e Administração do Porto.
- Tribunal de Contas (2005), Auditoria ao Programa Especial de Combate às Listas de Espera Cirúrgicas - Relatório 15/05, disponível em: http://www.tcontas.pt/pt/actos/rel_auditoria/2005/audit-dgtc-rel015-2005-2s.pdf.
- Tribunal de Contas (2007), Auditoria ao Acesso aos Cuidados de Saúde do SNS – Sistema Integrado de Gestão de Inscritos para Cirurgia SIGIC - Relatório 25/07, disponível em: http://www.tcontas.pt/pt/actos/rel_auditoria/2007/audit-dgtc-rel025-2007-2s.pdf.
- Tribunal de Contas (2009), Auditoria de Seguimento das Recomendações Formuladas no Relatório de Auditoria ao “Acesso aos Cuidados de Saúde do SNS – Sistema Integrado de Gestão de Inscritos para Cirurgia – SIGIC”, Relatório 27/09, disponível em http://www.tcontas.pt/pt/actos/rel_auditoria/2009/audit-dgtc-rel027-2009-2s.pdf.
- Walker, Kenton e Laura Dunn (2006), “Improving Hospital Performance and Productivity with the Balanced Scorecard”, *Academy of Health Care Management Journal*, 2, pp. 85-110.
- Zelman, William *et al* (2003), “Use of Balanced Scorecard in Health Care”, *Journal of Health Care Finance*: 29(4): 1-16.

Anexos

Anexo A - Questionário

QUESTIONÁRIO

No âmbito do trabalho de dissertação do mestrado de Economia e Políticas Públicas, no ISCTE pretende-se criar um *Balanced Scorecard* (BSC) para o bloco operatório.

O Contrato Programa dos hospitais, na sua cláusula 20.^a refere a obrigatoriedade do desenvolvimento de um processo de contratualização interna assente na metodologia do BSC.

O BSC é um instrumento que a partir da missão, visão e estratégia da organização, se desdobra em quatro perspetivas: financeira, dos clientes, dos processos internos e de aprendizagem e desenvolvimento, que tem que ser adaptado à estrutura organizacional, com a definição de objetivos e indicadores para as respetivas unidades funcionais, alinhados com os vetores estratégicos de cada hospital.

No âmbito deste trabalho, e tendo em consideração os dados disponibilizados pela ACSS, foram selecionados para este estudo, os 3 hospitais que apresentaram a maior % de capacidade utilizada do bloco operatório em 2013.

Face ao exposto, pretende-se aplicar o presente questionário aos responsáveis pela gestão do bloco operatório (diretor do bloco operatório, administrador hospitalar, diretor da cirurgia e o enfermeiro chefe), e criar um BSC para o bloco operatório que possa ser replicado para outros hospitais.

Todas as informações recolhidas são estritamente confidenciais. Por favor responda com sinceridade pois não há respostas corretas ou incorretas. A sua opinião é muito importante.

Obrigado pela colaboração.

Para esclarecimento de dúvidas:

Ana Maria Silvestre Duarte

Diretor do Mestrado de Economia e Políticas Públicas: Professor Doutor Raúl Manuel Lopes

Orientador: Professor Doutor Raúl Manuel Lopes

Email: raul.lopes@iscte.pt

1. O bloco operatório tem uma **missão**, independente da organização?

Sim

Não

Se respondeu sim, qual a missão do bloco operatório?

2. Numa escala de 1 a 5, tendo em consideração a seguinte escala, que importância atribui aos **valores e crenças** que vos orientam?



Valores e crenças	1	2	3	4	5
Comunicação					
Dedicação					
Desenvolvimento profissional					
Equilíbrio trabalho/vida pessoal					
Excelência					
Integridade					
Qualidade					
Respeito					
Responsabilidade					

3. Conhece a **estratégia** da organização?

Sim

Não

Se respondeu sim, como definiria essa estratégia?

4. Conhece a **visão** da organização?

Sim

Não

Se respondeu sim, como definiria essa visão?

5. Ordene por ordem de importância (1 é o mais importante; 6 é o menos importante) quem considera serem os **clientes** do bloco operatório.

Objetivos	Ordenação
Os utentes que procuram cuidados de saúde	
Os serviços	
Os doentes cirúrgicos	
Os trabalhadores do bloco operatório (médicos, enfermeiros, assistentes operacionais entre outros)	
Tutela	
Os utentes do SNS	

6. Ao nível da **perspetiva dos clientes**, tendo em consideração a escala seguinte, numa escala de 1 a 5, que importância atribui aos seguintes objetivos e indicadores:



Objetivos	1	2	3	4	5
a) Diminuir as listas de espera					
b) Reduzir a taxa de incidência de infeções					
c) Aumentar a satisfação dos clientes					
d) Reduzir a taxa de mortalidade cirúrgica (até 72 horas)					
e) Proporção das intervenções cirúrgicas realizadas em relação às programadas					

Indicadores	1	2	3	4	5
a) N.º de doentes em lista de espera em cirurgia convencional/cirurgia do ambulatório					
b) (Número total de doentes com infeções / Número total de doentes entrados) * 100					
c) Índice de satisfação dos clientes					
d) (Número total de óbitos ocorridas pós-intervenção cirúrgica / Número total de cirurgias realizadas) * 100					
e) (Número de intervenções cirúrgicas realizadas / Número de intervenções cirúrgicas programadas) * 100					

Sugere outros objetivos/indicadores? Se sim quais?

7. Ao nível da **perspetiva financeira**, tendo em consideração a escala seguinte, numa escala de 1 a 5, que importância atribui aos seguintes objetivos e indicadores:



Objetivos	1	2	3	4	5
a) Aumentar a produtividade					
b) Média diária de intervenções cirúrgicas por sala					
c) Reduzir os custos com medicamentos e material clínico					
d) Otimizar o uso dos equipamentos					
e) Taxa de utilização do bloco					

Indicadores	1	2	3	4	5
a) Índice de utilização do BO por especialidade e tipo de cirurgia					
b) (Número de intervenções cirúrgicas / Número de salas de operações) / Número de dias do período					
c) Custo de medicamentos/material clínico por doente					
d) Horas não utilizadas por especialidade e tipo de cirurgia					
e) Número de horas de utilização do bloco / (Número de horas disponíveis por cada sala de bloco operatório * Número de salas de bloco operatório)					

Sugere outros objetivos/indicadores? Se sim quais?

8. Ao nível da **perspetiva da aprendizagem e desenvolvimento interno**, tendo em consideração a escala seguinte, numa escala de 1 a 5, que importância atribui aos seguintes objetivos e indicadores:



Objetivos	1	2	3	4	5
a) Desenvolver e reforçar as competências dos trabalhadores					
b) Aumentar o nível de motivação interna					
c) Melhorar o uso dos sistemas de informação					
d) Aumentar a acessibilidade aos sistemas de informação					
e) Aumentar o nível de rendimento dos trabalhadores					

Indicadores	1	2	3	4	5
a) N.º de horas de formação dos trabalhadores					
b) Índice de satisfação dos trabalhadores					
c) N.º de falhas nos diversos registos e causas					
d) % de postos de trabalho informatizados					
e) Montante de prémios e incentivos					

Sugere outros objetivos/indicadores? Se sim quais?

9. Ao nível da **perspetiva dos processos internos**, tendo em consideração a escala seguinte, numa escala de 1 a 5, que importância atribui aos seguintes objetivos e indicadores:



Objetivos	1	2	3	4	5
a) Diminuir o n.º de cancelamentos de intervenções cirúrgicas					
b) Agilizar os processos internos					
c) Melhorar o processo de gestão de <i>stocks</i>					
d) Limpeza da sala operatória					

Indicadores	1	2	3	4	5
a) N.º de cancelamentos no dia da cirurgia					
b) N.º de intervenções com início tardio no 1.º tempo operatório/tempo de <i>turnover</i>					
c) N.º de falhas de <i>stocks</i> /tempo despendido na gestão de <i>stocks</i>					
d) N.º minutos em que a sala esteve inoperacional a aguardar limpeza					

Sugere outros objetivos/indicadores? Se sim quais?

10. Dos **indicadores** referidos nas perguntas anteriores identifique os que foram definidos para o bloco operatório da sua organização, e tendo em consideração a escala seguinte, numa escala de 1 a 5, que importância atribui a cada indicador?



Indicadores	1	2	3	4	5

Obrigado pela colaboração,
Lisboa, 2014

Anexo B – Listagem expurgada com a % capacidade utilizada do bloco operatório, das entidades hospitalares no ano de 2013

ARS	Entidade Hospitalar	Março	Junho	Setembro	Dezembro	Média anual
ARS Algarve	Centro Hospitalar do Algarve E.P.E.	23,5	21,0	21,7	19,2	21,4
ARS Alentejo	Hospital do Espírito Santo de Évora E.P.E.	51,4	44,3	45,4	45,4	46,6
	Unidade Local de Saúde do Baixo E.P.E.	54,5	52,4	50,0	48,3	51,3
	Unidade Local de Saúde do Litoral Alentejano E.P.E.	26,6	23,3	31,0	27,5	27,1
	Unidade Local de Saúde do Norte Alentejo E.P.E.	1,7	1,7	2,1	2,0	1,9
ARS Lisboa e Vale do Tejo	Centro Hospitalar de Setúbal E.P.E.	50,5	56,2	59,1	65,9	57,9
	Centro Hospitalar Barreiro/Montijo E.P.E.	43,2	49,2	53,8	49,2	48,9
	Centro Hospitalar de Lisboa Central E.P.E.	50,9	52,4	52,4	48,2	51,0
	Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental E.P.E.	53,1	49,4	46,1	45,6	48,6
	Centro Hospitalar de Lisboa Norte E.P.E.	65,3	63,4	63,4	66,6	64,7
	Centro Hospitalar do Médio Tejo E.P.E.	40,9	41,6	42,0	42,3	41,7
	Hospital Distrital de Santarém E.P.E.	33,2	54,3	33,9	88,0	52,4
	Hospital Professor Doutor Fernando da Fonseca E.P.E.	73,6	73,8	73,8	73,8	73,8
	Hospital Garcia de Orta E.P.E.	65,0	63,1	69,5	69,5	66,8
	Instituto Português de Oncologia de Lisboa E.P.E.	56,8	48,7	63,7	57,8	56,8
	Centro Hospitalar do Oeste	44,7	44,2	40,5	42,9	43,1
Instituto Gama Pinto	18,2	19,5	20,0	36,4	23,5	
ARS Centro	Centro Hospitalar Cova da Beira E.P.E.	42,9	43,1	40,0	46,4	43,1
	Centro Hospitalar de Leiria E.P.E.	35,6	46,1	41,3	43,4	41,6
	Centro Hospitalar do Baixo Vouga E.P.E.	49,8	48,2	39,9	46,8	46,2
	Centro Hospitalar Tondela-Viseu E.P.E.	54,5	55,4	55,4	52,9	54,6
	Hospital Distrital da Figueira da Foz E.P.E.	37,3	46,4	42,0	43,9	42,4

ARS	Entidade Hospitalar	Março	Junho	Setembro	Dezembro	Média anual
	Instituto Português de Oncologia de Coimbra E.P.E.	58,9	0,0	58,9	58,9	44,2
	Unidade Local de Saúde da Guarda E.P.E.	74,0	74,0	46,0	46,0	60,0
	Hospital Arcebispo João Crisóstomo	42,1	44,0	39,9	40,5	41,6
	Hospital Dr. Francisco Zagalo	49,1	49,1	47,3	54,5	50,0
	Hospital José Luciano de Castro	29,1	29,1	29,1	29,1	29,1
ARS Norte	Centro Hospital de S. João E.P.E.	0,0	63,0	81,7	61,8	51,6
	Centro Hospitalar do Alto Ave, E.P.E.	52,7	51,9	46,8	48,7	50,0
	Centro Hospitalar do Médio Ave, E.P.E.	33,2	30,2	29,3	29,1	30,5
	Centro Hospitalar do Porto, E.P.E.	62,5	61,4	57,9	59,1	60,2
	Centro Hospitalar Entre Douro e Vouga, E.P.E.	69,8	74,7	69,2	58,8	68,1
	Centro Hospitalar Vila Nova de Gaia/Espinho E.P.E.	64,6	64,0	0,0	60,0	47,2
	Hospital Santa Maria Maior E.P.E.	53,0	51,0	43,9	46,0	48,5
	Instituto Português de Oncologia do Porto E.P.E.	55,9	54,1	51,1	51,9	53,3
	Unidade Local de Saúde de Matosinhos E.P.E.	45,5	46,3	44,2	45,5	45,4
	Unidade Local de Saúde do Alto Minho E.P.E.	56,4	56,0	49,9	49,8	53,0
Unidade Local de Saúde do Nordeste, E.P.E.	48,7	53,3	50,0	47,5	49,9	

Legenda:

n.a.: Não aplicável.

n.d.: Não disponível.

Fonte: ACSS, 2014