

INSTITUTO POLITÉCNICO DE LISBOA
INSTITUTO SUPERIOR DE CONTABILIDADE
E ADMINISTRAÇÃO DE LISBOA



ISCAL

BALANCED SCORECARD PARA O
SERVIÇO DE URGÊNCIA GERAL

Miguel de Jesus Costa Alves

Lisboa, Março de 2016

INSTITUTO POLITÉCNICO DE LISBOA
INSTITUTO SUPERIOR DE CONTABILIDADE E
ADMINISTRAÇÃO DE LISBOA

BALANCED SCORECARD PARA O SERVIÇO DE URGÊNCIA GERAL

Miguel de Jesus Costa Alves

Dissertação submetida ao Instituto Superior de Contabilidade e Administração de Lisboa para cumprimento dos requisitos necessários à obtenção do grau de Mestre em Contabilidade, realizada sob a orientação científica da Doutora Célia Cristina da Silva Vicente, professora adjunta da área científica Contabilidade e Auditoria / Contabilidade de Gestão.

Constituição do Júri:

Presidente: Doutora Paula Gomes dos Santos

Arguente: Especialista (Mestre) José Manuel dos Santos Pereira

Vogal: Doutora Célia Cristina da Silva Vicente

Lisboa, Março de 2016

Declaração

Declaro ser o autor desta dissertação, que constitui um trabalho original e inédito, que nunca foi submetido (no seu todo ou qualquer das suas partes) a outra instituição de ensino superior para obtenção de um grau académico ou outra habilitação. Atesto ainda que todas as citações estão devidamente identificadas. Mais acrescento que tenho consciência de que o plágio – a utilização de elementos alheios sem referência ao seu autor – constitui uma grave falta de ética que poderá resultar na anulação da presente dissertação.

Agradecimentos

À Professora Doutora Célia Vicente, por ter aceite orientar a minha dissertação, pela disponibilidade, apoio, acompanhamento permanente e pelo espírito crítico que sempre manifestou.

À Dr^a Micaela Monteiro, diretora de serviço de Urgência Geral, pela sua colaboração para a elaboração do estudo de caso.

Aos meus filhos e à Catarina, por estarem sempre presentes e pelo apoio que sempre me deram ao longo de todo este processo.

Resumo

Nas organizações de saúde onde os ativos intangíveis são importantes e assumem-se como críticos para o sucesso, a aplicação do *Balanced Scorecard* (BSC) torna-se mais que justificada, uma vez que precisam de transformar os seus ativos intangíveis em resultados mensuráveis.

A definição da missão, visão, estratégia e o estabelecimento de objetivos estratégicos, de iniciativas, de metas e de indicadores, pelas perspetivas organizacionais, considerando as suas relações de causa-efeito, permitem uma gestão mais adequada à realidade dos tempos.

O Serviço de Urgência é um serviço cuja casuística é difícil de prever, pelo que há uma natural ineficiência de recursos e na perspetiva da gestão é um serviço de elevados custos, essencialmente de pessoal e medicamentos.

Após ampla pesquisa, detetaram-se estudos empíricos que investigam a importância do tema e propõem modelos de gestão (Matos, 2009; Calhau, 2009), mas conclui-se que poucos hospitais portugueses têm conhecimento sobre o BSC.

A presente dissertação teve como objetivo principal aferir em que medida o BSC será uma ferramenta adequada para implementar a gestão estratégica num serviço de Urgência Geral Polivalente (SUP) e quais os passos a seguir, no sentido da respetiva construção e implementação.

Utilizando Yin (2015) como autor de referência, foi efetuado um estudo de caso no Serviço de Urgência. A estratégia de utilizar vários métodos de recolha de dados (triangulação), tais como a observação, as entrevistas e a análise documental, para além de ter sido importante por si só, dada a diversificação que incorpora, foi útil para se obter várias perspetivas do SUP e aumentar-se, assim, a validade e a fiabilidade na investigação.

Definiram-se dezanove objetivos estratégicos, distribuídos por quatro perspetivas, e procedeu-se, assim, ao estabelecimento das relações de causa-efeito. Este processo ficou concluído com a elaboração do mapa estratégico.

Palavras-Chave: *Balanced Scorecard*, Estratégia, Objetivos Estratégicos, Hospital e Serviço de Urgência Geral.

Abstract

The principal research issue of the present dissertation is to evaluate to what extent the Balanced Scorecard (BSC) is an appropriate tool to implement the strategic management at the General Polyvalent Emergency Services (SUP) and which steps are to be undertaken as regards its design and implementation.

The Emergency Service is a service whose casuistic is difficult to predict, which is a cause to a natural resource inefficiency, and from the management standpoint this is a service of elevated costs, mainly as regards staff and medicine.

The definition of mission, vision, strategy and the establishment of strategic objectives, initiatives, targets and indicators, in accordance with organizational perspectives, considering their cause-effect relationships, would allow for the management, which would be more adequate to the present realities. In health organizations where intangible assets are important and are assumed to be critical for success, the application of BSC becomes more than justified, because it is necessary to translate the intangible assets into measurable results.

After extensive research, we found only empirical studies that investigated the importance of the issue and proposed management models (Matos, 2009; Calhau, 2009), but there is no evidence of their effective implementation; in fact, it is concluded that very few Portuguese hospitals possess knowledge about the BSC.

Using Yin (2013) as the reference author, a case study was carried out at the Emergency Service. The strategy of using multiple data collection methods (triangulation), such as observation, interviews and document analysis, in addition to being important in itself and given the inherent diversification, was helpful to get multiple perspectives of SUP and in this way, increase the validity and reliability in the research.

As a result, nineteen strategic objectives were defined, which were spread over four perspectives, and the cause-effect relationships have been established. This process was completed with the preparation of the strategic map.

Key Words: *Balanced Scorecard*, Strategy, Strategic Objectives, Hospital, Emergency Services.

Índice

1.	INTRODUÇÃO	1
1.1.	Enquadramento geral	1
1.2.	Objetivos do estudo	2
1.3.	Metodologia adotada.....	2
1.4.	Estrutura da dissertação	3
2.	REVISÃO DE LITERATURA	4
2.1.	Conceito de BSC	4
2.2.	Evolução do conceito <i>Balanced Scorecard</i>	6
2.3.	Objetivos do <i>Balanced Scorecard</i>	8
2.4.	As matérias-primas do <i>Balanced Scorecard</i>	9
2.4.1.	A missão	10
2.4.2.	Os valores	10
2.4.3	A visão.....	10
2.4.4.	A estratégia	10
2.5.	As perspetivas do <i>Balanced Scorecard</i>	12
2.5.1.	Perspetiva financeira	13
2.5.2.	Perspetiva dos clientes.....	14
2.5.3.	Perspetiva dos processos internos	14
2.5.4.	Perspetiva de aprendizagem e crescimento	16
2.6.	<i>Balanced Scorecard</i> e gestão estratégica	17
2.6.1.	Os princípios básicos da estratégia.....	18
2.7.	Objetivos, indicadores, metas e iniciativas	24
2.8.	Os níveis de profundidade do BSC.....	24
2.9.	A importância das relações de causa-efeito. O mapa estratégico.....	25
2.10.	Metodologia para a elaboração do <i>Balanced Scorecard</i>	26

2.10.1. Etapas na construção e implementação do <i>Balanced Scorecard</i>	27
2.10.2. Outros processos de construção do <i>Balanced Scorecard</i>	28
2.11. Dificuldades de implementação do BSC	29
3. O <i>BALANCED SCORECARD</i> NO SECTOR DA SAÚDE.....	34
3.1. Aplicação do <i>Balanced Scorecard</i> ao sector da saúde	34
3.1.1. Adaptação do BSC ao sector da saúde em Portugal.....	37
3.1.2. Contratualização interna assente na metodologia <i>Balanced Scorecard</i>	39
3.2. Exemplos de aplicação no sector da saúde	41
3.2.1. <i>Duke Children Hospital</i>	41
3.2.2. Hospital Nove de Julho	43
4. METODOLOGIA.....	49
4.1. Justificação do método.....	49
4.2. Vantagens e limitações	50
4.3. Processo de investigação para obter a validade e fiabilidade na investigação.....	51
5. ESTUDO DE CASO.....	52
5.1. Introdução	52
5.2. Caracterização de um serviço de urgência geral polivalente	53
5.2.1. Níveis de urgência.....	53
5.2.2. Atividade assistencial	54
5.2.3. Relação com estruturas circundantes	55
5.2.4. Sistema de triagem de <i>Manchester</i>	56
5.2.5. Recursos humanos.....	58
5.3. Proposta de construção de BSC para SUG	59
5.3.1. Introdução	59
5.3.2. As matérias-primas do BSC: missão, valores, visão e estratégia.....	60
5.3.3. Objetivos estratégicos e respetivos indicadores.....	61
5.3.4. Visão integrada das quatro perspetivas – Mapa estratégico	62

5.3.5. Fundamentação dos objetivos e respectivos indicadores	63
5.3.6. Elaboração do plano estratégico: metas	68
6. CONCLUSÃO.....	70
6.1. Conclusões gerais.....	70
6.2. Limitações e sugestões para investigação futura.....	72
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	73
APÊNDICE 1: Guião para Reunião.....	78

ÍNDICE DE QUADROS

Quadro 2.1 - O que é o BSC.....	5
Quadro 2.2 - Etapas e tarefas na construção de um BSC.....	27
Quadro 2.3 – Passos para a construção do BSC.....	29
Quadro 3.1 - Fases de implementação da Contratualização Interna.....	41
Quadro 5.1 – Avaliação do número do SUP.....	54
Quadro 5.2 - Objetivos estratégicos e respectivos indicadores no SUG.....	62
Quadro 5.3 - Indicadores e respectivas metas.....	69

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 2.1 – Evolução do conceito do BSC.....	7
Figura 2.2 - Os quatro processos do BSC.....	8
Figura 2.3 - Matérias-Primas para a construção de um BSC.....	11
Figura 2.4 - As quatro perspetivas do BSC.....	12
Figura 2.5 - Cadeia de valor na formulação do BSC.....	15
Figura 2.6 - A perspetiva de aprendizagem e desenvolvimento no mapa da estratégia.....	16
Figura 2.7 - Os princípios da organização focada na estratégia.....	18
Figura 2.8 - Mobilizar a mudança por meio de uma liderança executiva.....	19
Figura 2.9 - Traduzir a estratégia em termos operacionais.....	20
Figura 2.10 - Alinhar a organização à estratégia.....	21
Figura 2.11 - Transformar a estratégia em tarefas de todos.....	22
Figura 2.12 – Converter a estratégia em processo contínuo.....	23
Figura 2.13 – Cadeia de relações de causa-efeito.....	26
Figura 2.14 - Obstáculos à implementação da estratégia.....	30
Figura 3.1 - BSC adaptado aos serviços públicos.....	36
Figura 3.2 - Dívidas acumuladas no SNS.....	37
Figura 3.3 - BSC do Duke Children Hospital.....	42
Figura 3.4 - Mapa estratégico do Hospital Nove de Julho.....	46
Figura 5.1 - Distribuição de urgências segundo destino.....	55
Figura 5.2 – Triagem de Manchester.....	57
Figura 5.3 - Fluxograma de encaminhamento de doentes do SUG.....	58
Figura 5.4 - Mapa estratégico do SUG.....	63

LISTA DE ABREVIATURAS

ACSS - Administração Central do Sistema de Saúde

ARSLVT - Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo, I.P.

BSC - *Balanced Scorecard*

CI – Contratualização Interna

CP – Contrato-Programa

CRRNEU - Comissão de Reavaliação da Rede Nacional de Emergência e Urgência

EPE - Entidade Pública Empresarial

INA - Instituto Nacional de Administração

S.A – Sociedade Anónima

SIADAP - Sistema Integrado de Avaliação do Desempenho da Administração Pública

SIGIC - Sistema Integrado de Gestão de Inscritos para Cirurgia

SNS - Serviço Nacional de Saúde

SPA – Setor Público Administrativo

SUB – Serviço de Urgência Básica

SUG – Serviço de Urgência Geral

SUMC – Serviço de Urgência Médico-Cirúrgica

SUP – Serviço de Urgência Polivalente

1. INTRODUÇÃO

1.1. Enquadramento geral

O artigo que definiu o *Balanced Scorecard* (BSC) como uma ferramenta de gestão estratégica que desdobra objetivos estratégicos, visão e missão da organização em indicadores de desempenho para monitorizar a estratégia foi publicado, em 1992, na revista *Harvard Business*, sob o título: *Measuring Performance in the Organization of the Future*.

A razão principal da necessidade de adoptar uma nova metodologia de gestão estratégica, baseada no BSC, era justificada por não haver uma integração clara entre indicadores e as estratégias da empresa.

Os tradicionais métodos de análise e avaliação de desempenho das empresas, baseados principalmente em indicadores financeiros, começaram, nos anos 80, a ser questionados devido a fornecerem apenas um retrato estático de decisões passadas, mostrando-se, assim, incapazes de refletir as atividades que criavam valor, relacionadas com os ativos intangíveis de uma organização.

Começaram a surgir iniciativas que procuravam formas eficientes de gerir também os aspectos não financeiros da atividade empresarial, como: participação de mercado, qualidade, relacionamento com o cliente, qualidade do produto e capacidade de inovação.

Estas iniciativas foram motivadas pela forte mudança imposta pelo novo modelo de competição, onde a implementação da estratégia e, por consequência a busca da vantagem competitiva, passaram a ser vistos como *itens* decisivos para o sucesso forçando as empresas a procurarem meios de obter informações mais confiáveis e, principalmente, relevantes sobre todos os processos da empresa.

A adoção do BSC por parte das instituições hospitalares surge associada a diversos fatores, particularmente: as fortes pressões económicas associadas ao aumento dos custos com a saúde, as pressões políticas de contenção das despesas públicas e os avanços tecnológicos, os quais forçaram os gestores hospitalares a implementarem instrumentos de gestão, amplamente desenvolvidos no sector privado, que propiciem o desempenho sustentável através de uma gestão eficiente de recursos (Quesado e Macedo, 2010). Num ambiente em que as restrições orçamentais impostas aos hospitais tendem a ser cada vez maiores, a existência de instrumentos de gestão que possibilitem o acompanhamento, avaliação e

apoio à tomada de decisão passaram a assumir uma importância decisiva para o bom desempenho das organizações.

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

A escolha pelo tema proposto encontra a sua justificação na fraca utilização de instrumentos de gestão privada nas instituições públicas de saúde portuguesas, promovendo-se assim um maior conhecimento sobre o funcionamento do BSC neste contexto (Matos, 2009).

1.2. Objetivos do estudo

A presente dissertação teve como objetivo principal aferir em que medida o BSC será uma ferramenta adequada para implementar a gestão estratégica num Serviço de Urgência Polivalente (SUP) e quais os passos a seguir, no sentido da respetiva construção e implementação.

1.3. Metodologia adotada

O presente estudo caracteriza-se como uma pesquisa qualitativa exploratória e descritiva. Optou-se pelo método do estudo de caso dadas as vantagens que apresenta na análise dos processos organizacionais permitindo explorar, descrever, explicar, avaliar e proporcionar conhecimento que fica disponível acerca do fenómeno estudado, a aplicação da metodologia BSC a um serviço de urgência.

1.4. Estrutura da dissertação

A presente dissertação encontra-se estruturada em duas partes. Na primeira apresenta-se o enquadramento teórico do tema, e na segunda o desenvolvimento de um modelo de BSC a propor ao SUG, objeto de estudo.

O enquadramento teórico é composto por dois pontos: o primeiro faz referência aos aspetos gerais do BSC, tais como, conceito, evolução, objetivos, matérias-primas, perspectivas, etc. e, o segundo trata da aplicação do BSC ao setor da saúde.

Na segunda parte da dissertação desenvolve-se a parte empírica do presente trabalho, pelo que se encontra dividida em dois pontos: caracterização de um SUP e proposta de construção de BSC para um SUP. Por fim, termina-se com as principais conclusões obtidas no trabalho desenvolvido.

2. REVISÃO DE LITERATURA

2.1. Conceito de BSC

Existem várias definições de BSC. De seguida citam-se as mais elucidativas.

O nome BSC reflete o balanço estabelecido entre os objetivos a curto e a longo prazo, entre os indicadores financeiros e não financeiros, entre os indicadores de resultado (*lagging indicators*) e os indicadores indutores (*leading indicators*) e entre as perspetivas de desempenho interno e externo (Kaplan e Norton, 1996).

O BSC materializa a visão e a estratégia da empresa por meio de um mapa com objetivos e indicadores de desempenho, organizados segundo quatro perspetivas diferentes: financeira, clientes, processos internos e aprendizagem e crescimento. Estes indicadores devem ser interligados para comunicar um pequeno número de temas estratégicos amplos, como o crescimento da empresa, a redução de riscos ou o aumento da produtividade (Kaplan e Norton, 1997).

Kaplan e Norton (1997, p.25) comentam que:

“O *Balanced Scorecard* traduz missão e estratégia em objetivos e medidas, organizados através de indicadores para informar aos funcionários sobre os vetores do sucesso atual e futuro. Ao articularem os resultados desejados pela empresa com os vetores desses resultados, os executivos esperam canalizar as energias, as habilidades e os conhecimentos específicos das pessoas na empresa inteira, para alcançar os objetivos de longo prazo.”

O BSC constitui um método que permite à organização definir o caminho a seguir, de forma concertada. O *Balanced Scorecard* pretende unir o controlo operacional de curto prazo com a visão e a estratégia de longo prazo (Olve, Roy e Wetter, 2000).

Esta metodologia pressupõe a definição da missão, visão, valores e estratégia da organização, através da definição de indicadores de desempenho financeiros e não financeiros, de forma a possibilitar a execução da estratégia, com o intuito último de gerir a organização de forma eficiente e eficaz, mediante a elaboração de mapas estratégicos (Kaplan e Norton, 2001).

O BSC é um modelo integrado de quantificação do desempenho organizacional, cujo principal objetivo é proporcionar aos gestores uma visão global e integrada do desempenho organizacional, através de indicadores do desempenho adstrito a um conjunto de perspetivas que os auxiliem nessa mesma gestão a alcançar os objetivos organizacionais (Niven, 2005).

O BSC é um modelo de avaliação da atuação da empresa que equilibra os aspetos financeiros e não financeiros na gestão e planifica a estratégia da organização. É um quadro de direção, coerente e multidimensional, que supera as avaliações tradicionais da contabilidade (Santos, 2008).

O BSC é um modelo que procura favorecer a implementação da estratégia através da definição e seguimento de um conjunto de objetivos coerentes com a mesma. Vinculando a estratégia a longo prazo com os objetivos a médio e a curto prazo, este sistema foi desenvolvido para comunicar os diversos objetivos perseguidos por uma organização, refletindo os elementos (tangíveis e intangíveis) que se consideram críticos para a sobrevivência e crescimento da organização (Quesado e Rodrigues, 2009).

Padoveze (2007) comenta que «o *Balanced Scorecard* é um sistema de informação para a gestão da estratégia empresarial. Traduz a missão e a estratégia da empresa num conjunto abrangente de medidas de desempenho financeiras e não financeiras, que serve de base a um sistema de medição e gestão estratégica.»

O quadro 2.1. sintetiza as características que devem e não devem estar associadas ao conceito do BSC.

Quadro 2.1 O que é o BSC

O que é ...	O que não é ...
. Um sistema de gestão do desempenho estratégico para a organização.	. Uma ferramenta de medição de desempenho para controlo da produtividade individual.
. Uma ferramenta de comunicação para clarificar a estratégia global.	. Um novo sistema de medição de desempenho.
. Uma forma de equilibrar visões financeiras e não financeiras da organização.	. Uma divisão das medidas de desempenho atuais em quatro categorias.
. Um processo evolutivo.	. Um projeto.
. Um sistema de aumentar a responsabilização.	. Fácil
. Um compromisso de mudança.	. Uma iniciativa de <i>Total Quality Management</i>
. Uma forma de alinhar a visão da organização com os recursos humanos e financeiros e com as operações diárias.	

Fonte: Texto de apoio ao curso de preparação para concurso de admissão ao curso de estudos avançados em gestão pública (módulo 3), Instituto Nacional de Estatística, 2008

2.2. Evolução do conceito *Balanced Scorecard*

O *Balanced Scorecard* foi desenvolvido pelos professores da *Harvard Business School*, Robert Kaplan e David Norton, em 1992. Surgiu de um estudo que estava a ser realizado desde 1990, no Instituto *Nolan Norton*, tendo sido publicado, em 1992, na revista *Harvard Business*, sob o título: *Measuring Performance in the Organization of the Future*. Este artigo traduzia as conclusões do grupo de trabalho para a necessidade das organizações refletirem as suas preocupações estratégicas, mudando o foco na produção para a qualidade dos produtos e serviços prestados. Daqui resultou a proposta de um painel de gestão multidimensional e equilibrado que designaram de *Balanced Scorecard*. É multidimensional porque é construído em torno de 4 perspetivas distintas e é equilibrado, como referem Kaplan e Norton (1997), estabelecendo uma ligação equilibrada entre: objetivos de curto e longo prazo; indicadores financeiros e não financeiros; indicadores de resultados e de ação; indicadores históricos e prospetivos e indicadores de desempenho interno e externo.

Em 1993 é publicado um outro artigo designado “*Putting the Balanced Scorecard to work*” que chama a atenção para a importância de identificar os processos críticos e de fazer a ligação dos indicadores à estratégia. Segundo Kaplan e Norton (1996) o *Balanced Scorecard* permite não só clarificar e comunicar a estratégia como também geri-la.

Em 1996, fruto da experiência de aplicação da metodologia como sistema de suporte a alguns projetos organizacionais, é publicado na mesma revista, o artigo “*Using the Balanced Scorecard as a strategic management system*”. Na sequência deste artigo, é publicado em 1996 o primeiro livro de Robert Kaplan e David Norton: “*The Balanced Scorecard - translating strategy into action*” que era uma espécie de relatório de progresso.

Em 2001, demonstrando a importância do foco na estratégia e sugerindo uma abordagem integrada de gestão, os mesmos autores publicam um segundo livro intitulado “*The Strategy-Focused Organization*”.

Em 2004 surge um novo livro “*Strategy maps – converting intangible assets into tangible outcomes*” que chama a atenção para a utilidade dos mapas estratégicos.

Em 2006 seguiu-se o livro “*Alignment - using the Balanced Scorecard to create corporate synergies*” que demonstra a utilização do *BSC* no alinhamento organizacional e na comunicação da estratégia.

Finalmente, em 2008 é editado o livro “*The execution Premium – linking strategies to operations for competitive advantage*” que mostra como é possível executar a estratégia integrando outras ferramentas de gestão. A figura 2.1. mostra a evolução do conceito do BSC.

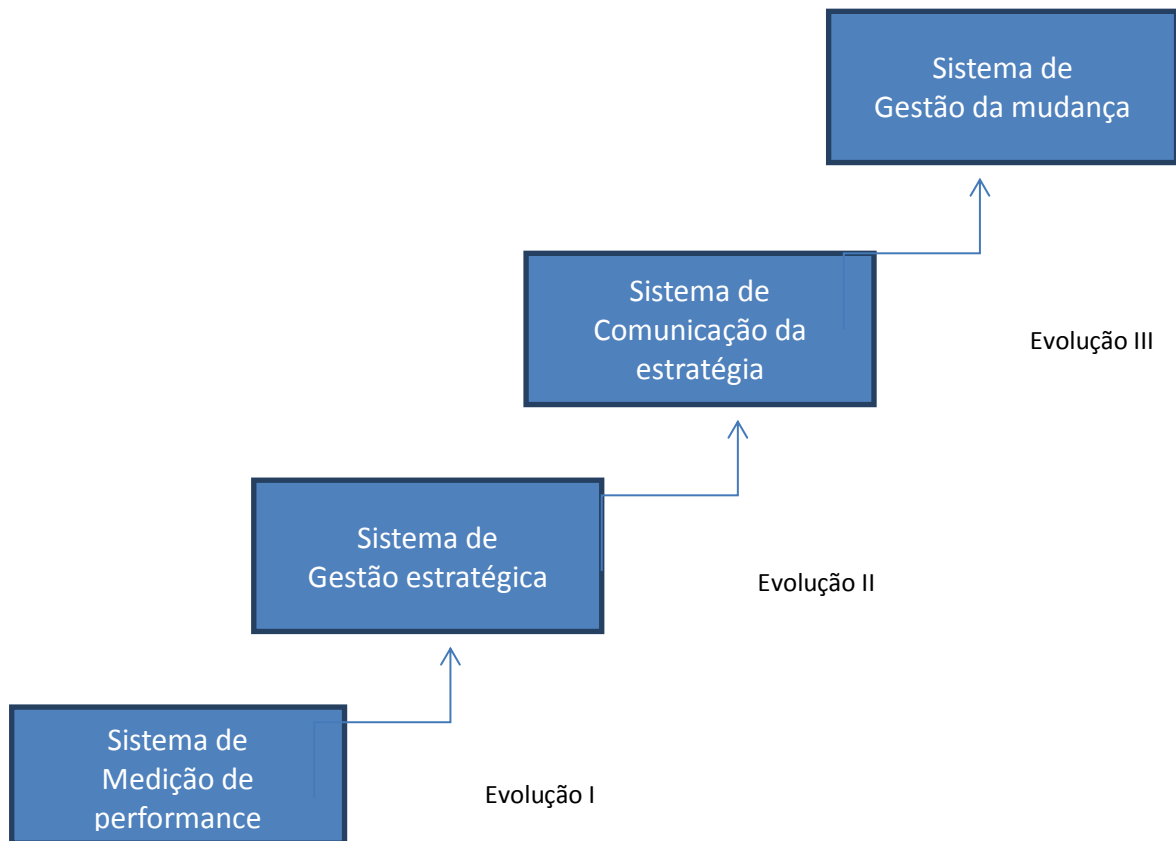


Figura 2.1 Evolução do conceito do BSC

Fonte: Santos (2008)

Depois desta evolução do conceito do *BSC*, apresentada por Kaplan e Norton (1996), são vários os investigadores e gestores que têm elaborado estudos sobre esta matéria. Efetivamente, a sua aplicação prática propiciou o seu desenvolvimento, passando de uma metodologia de avaliação da *performance* organizacional, para uma metodologia de gestão estratégica.

2.3. Objetivos do *Balanced Scorecard*

O principal objetivo do BSC está no alinhamento do planeamento estratégico por meio de algumas ações, de acordo com a figura 2.2.

De acordo com Kaplan e Norton (1996), os decisores que utilizem o BSC passam a dispor de quatro processos de gestão que, separada ou conjuntamente, contribuem para ligar os objetivos de longo prazo com as ações de curto prazo, nomeadamente tradução da visão, comunicação e ligação, planeamento do negócio e *feedback* e aprendizagem.

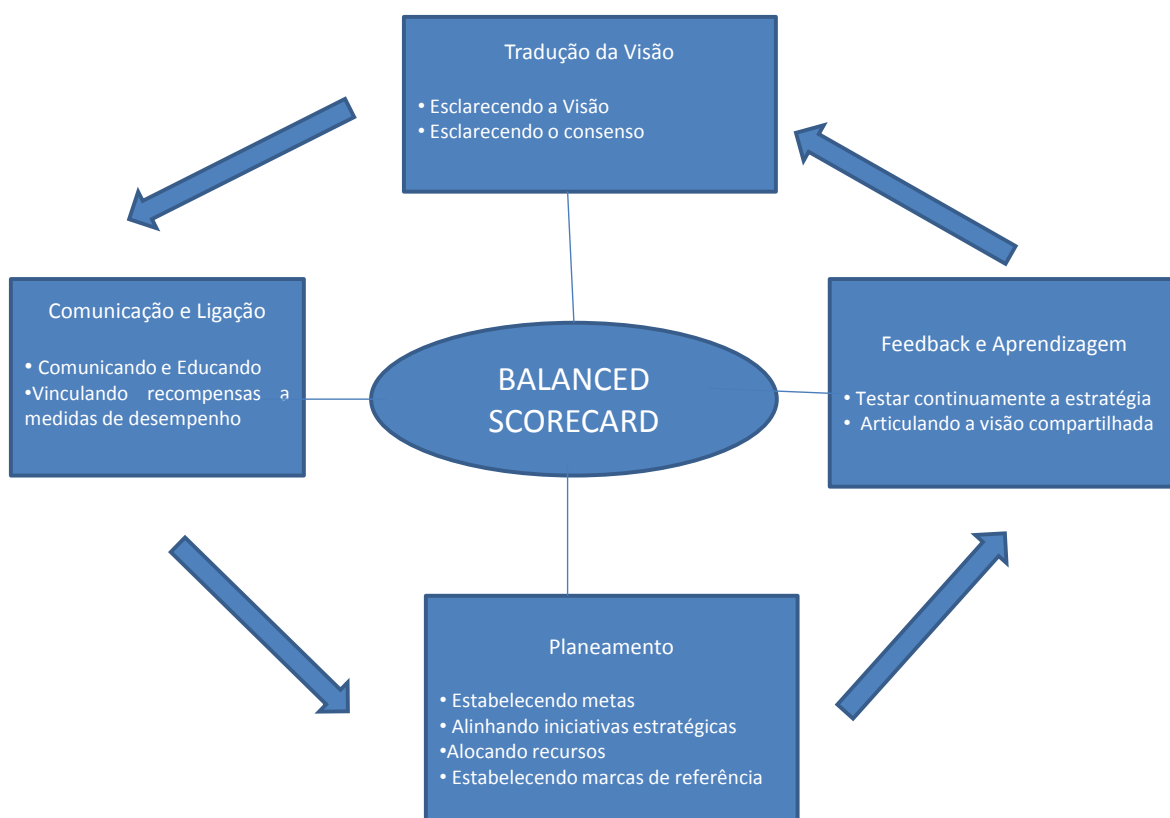


Figura 2.2 Os quatro processos do BSC

Fonte: Adaptado de Padoveze (2007, p.123)

O BSC ao esclarecer e traduzir a visão e a estratégia ajuda a esclarecer as ações a empreender para definir o mapa estratégico através de uma sequência de relações de causa-efeito entre resultados e vetores de desempenho. Este método também contribui para a criação de consensos entre os gestores da visão e estratégia da organização. O processo tem início com a alta administração para traduzir a estratégia da sua unidade de negócios

em objetivos estratégicos. Tais objetivos devem ser dispostos em diagrama para mostrar a relação de causa efeito nas diferentes perspetivas de negócios da organização (mapa estratégico). Para cada objetivo devem ser identificados indicadores de desempenho, de forma que seja simples e rápida a mensuração de desempenho nos diversos níveis e que a análise da *performance* da organização seja menos subjetiva. (Kallás e Ribeiro, 2008, p.2).

A comunicação e associação dos objetivos e medidas estratégicas permite aos gestores comunicar a estratégia, ligando os objetivos empresariais aos departamentais e individuais. O *Scorecard* proporciona aos gestores uma forma de assegurar que todos os níveis da organização entendam as estratégias de longo prazo e que tanto os objetivos departamentais quanto os individuais estão alinhados entre si. (Padoveze, 2007).

Ao planear, estabelecer metas e alinhar iniciativas estratégicas os gestores devem identificar metas desafiantes para os seus funcionários, definir processos internos, planear o desempenho financeiro e o crescimento;

Melhorar o *feedback* e a aprendizagem estratégica permite monitorizar continuamente a organização, em torno de quatro questões/visões:

- Perspetiva Financeira: Como é que aparecemos aos nossos acionistas?
- Perspetiva de Clientes: Como é que os clientes nos vêem?
- Perspetiva de processos internos: Em que temos de ser excelentes?
- Perspetiva de aprendizagem e crescimento: Como podemos melhorar e criar valor?

Segundo Kaplan e Norton (1997, p.16):

“a construção do *Scorecard*, com ênfase nas causas e efeitos, induz o raciocínio sistémico e dinâmico. Os profissionais dos diversos setores da organização passam a entender como as peças se encaixam, como os seus papéis influenciam outras pessoas, e por fim, a empresa inteira.”

2.4. As matérias-primas do *Balanced Scorecard*

O BSC é uma ferramenta que procura traduzir a missão, os valores, a visão e a estratégia em objetivos e indicadores de *performance*, desdobrando-os pelas suas quatro perspetivas.

2.4.1. A missão

«O ponto de partida de qualquer sistema de avaliação de desempenho deve ser uma declaração clara da missão, dos objetivos e da consequente estratégia da organização.» (Santos, 2008)

A missão traduz os objetivos gerais da empresa e a razão da sua existência.

Para Tachizawa e Rezende (2000), a missão define a razão de ser da organização e qual a função social exercida por ela. Esta deve fazer sentido para o público interno e ser entendida também pelo público externo. No entanto deve ser específica para cada organização, e não servir para qualquer instituição.

2.4.2. Os valores

Os valores são princípios intemporais que guiam uma organização, representam as crenças, definem a percepção do que é importante, do certo e do errado, do justo e do injusto. Os valores de uma organização são as linhas orientadoras sobre o que se espera do comportamento de todos os seus elementos (Werner e Xu, 2012).

2.4.3 A visão

A visão é uma declaração que traduz de uma forma abrangente, um conjunto de intenções e aspirações para onde a organização pretende ir e como pode vir a ser no futuro (Tachizawa e Rezende, 2000).

Segundo os mesmos autores a visão pode ser definida como um objetivo de longo prazo da organização, pois:

«É um misto de sonho, utopia e desejos de uma pessoa ou de um grupo que tem de ser socializado para servir de linha mestra para o conjunto de participantes e para ser o ponto de convergência da energia de todos os elementos da organização.»

2.4.4. A estratégia

A definição da estratégia assume-se como o momento central de toda esta metodologia do BSC. A estratégia é um conjunto de decisões e ações que visam ganhar e aumentar a capacidade de forma sustentável, por forma a proporcionar aos seus *stakeholders* mais

valor do que o oferecido pela concorrência. A execução da estratégia é uma das tarefas mais difíceis dos executivos. Estudos comprovaram que as organizações enfrentavam grandes dificuldades na execução das suas estratégias mostrando uma percentagem de insucesso de 70% a 90% (Coutinho e Kallás, 2005).

É necessário a focalização na definição da estratégia antes da implementação propriamente dita do BSC, devendo-se começar nas organizações pela clarificação das linhas de orientação estratégica através de um diálogo aberto e participativo.

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

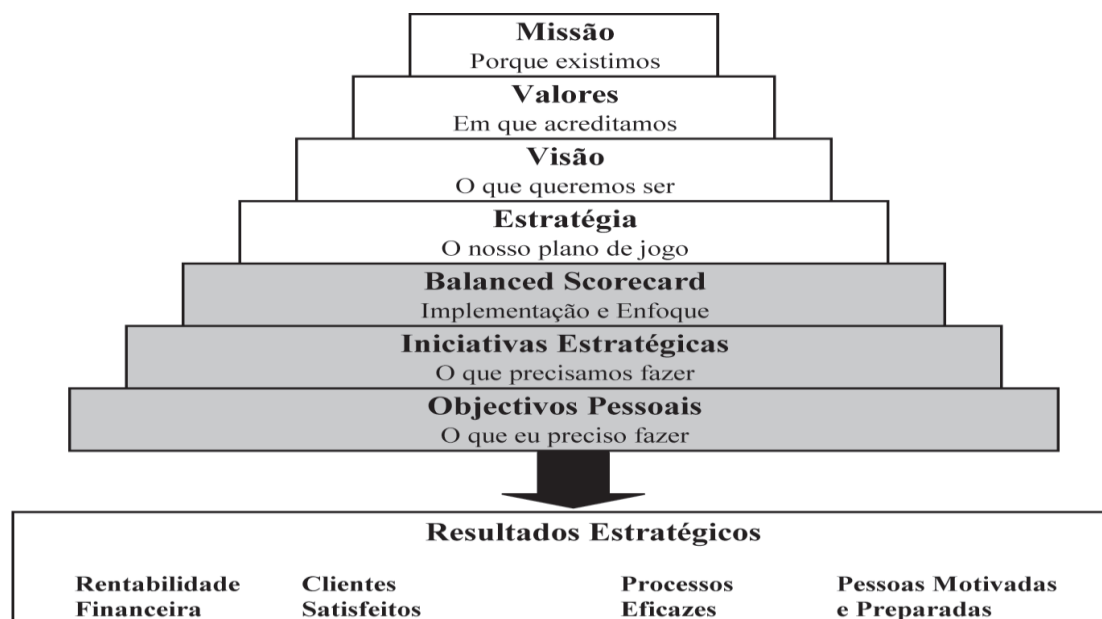


Figura 2.3 Matérias-Primas para a construção de um BSC.

Fonte: Kaplan e Norton (2001, p. 85)

2.5. As perspectivas do *Balanced Scorecard*

De acordo com os criadores do *Balanced Scorecard*, Robert S. Kaplan e David P. Norton, o BSC traduz a missão e a visão da estratégia segundo quatro perspectivas: financeira, do cliente, dos processos internos e da aprendizagem e crescimento. Essas quatro perspectivas do *Scorecard* equilibram os objetivos de curto e longo prazo, com os vetores desses resultados, sendo que essas medidas apontam para a execução de uma estratégia integrada. Os objetivos dessas quatro perspectivas relacionam-se uns aos outros numa cadeia de relação de causa-efeito. A figura 2.4. mostra alguns exemplos de medidas genéricas que aparecem na maioria dos *Scorecards* das empresas.

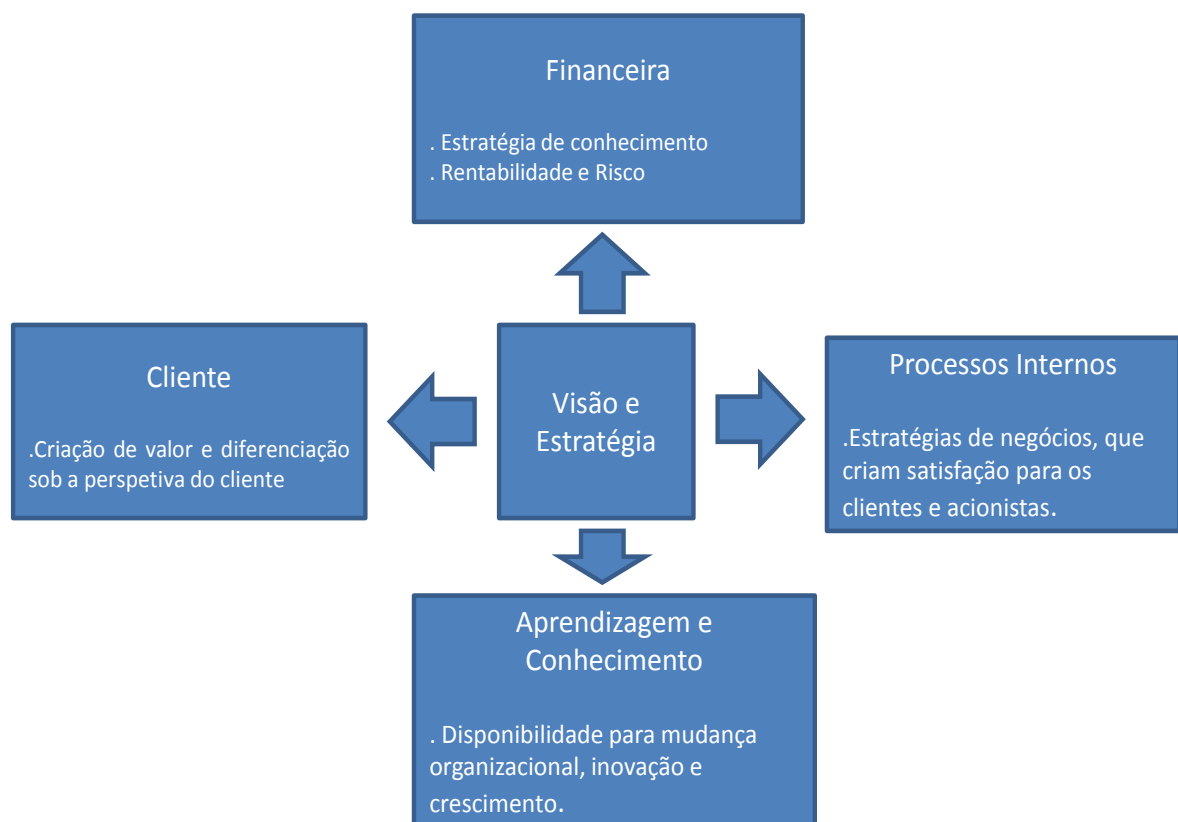


Figura 2.4 As quatro perspectivas do BSC

Fonte: Adaptado de Kaplan e Norton (2001, p.34)

O desenvolvimento dos ativos intangíveis induz a melhoria no desempenho dos processos, impulsionando o sucesso para os clientes e acionistas. (Kaplan e Norton, 1999, p. 7).

Ainda segundo Kaplan e Norton (2004, p. 33-34), essa ligação de causa-efeito que interliga as quatro perspetivas, é a estrutura na qual se desenha o mapa estratégico. A construção do mapa estratégico faz com que a organização esclareça a lógica de como e para quem ela criará valor.

2.5.1. Perspetiva financeira

A perspetiva financeira serve de foco para as outras perspetivas do *Scorecard*. O BSC deve contar a história da estratégia, começando pelos objetivos financeiros de longo prazo relacionando-os com outras ações que devem ser tomadas em relação às quatro perspetivas, alcançando o desempenho económico desejado (Kaplan e Norton, 1997, p. 49). Ao se iniciarem o desenvolvimento da perspetiva financeira, os executivos devem identificar as medidas financeiras adequadas à sua estratégia.

A pesquisa de Kaplan e Norton (1997, p. 50) relatou que os objetivos e medidas financeiras precisam desempenhar um papel duplo: definir o desempenho financeiro esperado da estratégica e servir de meta principal para os objetivos e medidas de todas as outras perspetivas do *Scorecard*.

Os indicadores financeiros evoluíram e, atualmente, o conceito EVA¹ é o que prevalece. «Utilizando este método, é possível determinar que, mesmo existindo lucro, a empresa poderá estar a destruir o valor dos acionistas, se por exemplo o custo do capital investido for muito elevado ao ponto de não ter o devido retorno» (Santos, 2008).

Ainda segundo Santos (2008), os indicadores financeiros caracterizam-se pelos seguintes aspetos: não são consistentes com o ambiente de negócio atual em que o valor é criado sobretudo por ativos intangíveis; sendo um excelente espelho do passado, dizem pouco em termos de definição do futuro e a criação de valor a médio/longo prazo pode ser comprometida se apenas considerarmos os aspetos financeiros na tomada de decisão.

¹ EVA – Economic Value Added (Valor Económico Acrescentado) – este conceito tem como principal fundamento: os proveitos de um determinado produto ou serviço devem exceder os seus custos de capital, senão não estará a gerar lucro aos acionistas.

2.5.2. Perspetiva dos clientes

Na perspetiva dos clientes do *Balanced Scorecard*, as empresas identificam os segmentos de clientes e mercado nos quais desejam competir. Esta perspetiva permite que as empresas alinhem as suas medidas de resultados relacionadas aos clientes com segmentos específicos de clientes e mercado.

Antes as empresas podiam se concentrar nas suas capacidades internas, enfatizando o desempenho dos produtos e a inovação tecnológica. Porém as empresas que não compreenderam as necessidades dos clientes acabaram por constatar que os concorrentes lhes tomavam mercado oferecendo produtos ou serviços melhor alinhados às preferências desses clientes. (Kaplan e Norton, 1997, p. 67).

A perspetiva do cliente centra-se na forma como a empresa é vista pelos seus clientes e em relação à forma como a empresa gostaria de ser vista por eles. Esta perspetiva descreve as formas nas quais os valores devem ser criados para os clientes e os motivos pelos quais o cliente vai querer pagar o preço pedido pelo bem, seja produto ou serviço. Esta perspetiva permite que as empresas alinhem tanto os seus indicadores essenciais de resultados relacionados com os clientes - satisfação, fidelidade, retenção, captação – como os segmentos específicos do mercado (Santos, 2008).

Para o BSC, a perspetiva dos clientes traduz a missão e a estratégia da empresa em objetivos específicos dos segmentos de clientes, por isso este tipo de objetivos pode e deve ser comunicado a toda a organização.

Segundo Russo (2006) existe um conjunto de atributos dos produtos e serviços da organização que são capazes de atrair o interesse dos clientes – proposta de valor. Embora as propostas de valor variem de acordo com o setor de atividade, observa-se um conjunto comum de atributos divididos em três categorias: atributos dos produtos e serviços que abrange funcionalidade, preço e qualidade do produto ou serviço; relacionamento com os clientes, refere-se à entrega do produto ou serviço ao cliente, tempo de resposta e entrega; conforto do cliente na relação de compra e imagem e reputação, refletem os fatores intangíveis que atraem um cliente para a empresa através da publicidade e qualidade dos produtos oferecidos, fazendo com que as empresas obtenham fidelidade dos clientes.

2.5.3. Perspetiva dos processos internos

Nesta perspetiva foca-se a atenção nas atividades e nos processos críticos internos necessários à satisfação dos clientes e à satisfação dos acionistas, ou seja, o

reconhecimento dos processos organizacionais críticos para a concretização dos objetivos da perspectiva financeira e dos clientes (Russo, 2006).

Segundo Santos (2008), a perspectiva dos processos internos visa atingir as componentes vitais da estratégia organizacional, procurando responder aos seguintes desafios: como crescer; como produzir e entregar o valor proposto aos clientes; como valorizar os ativos; e como melhorar os processos e reduzir os custos da componente produtiva.

A perspectiva dos processos internos procura analisar e identificar os processos produtivos da organização que efetivamente são os grandes responsáveis pela criação de valor, bem como identificar e medir a prestação dos recursos disponíveis e das capacidades que contribuem para elevar o nível de qualidade do produto ou serviço final. Os processos internos influenciam diretamente a capacidade da empresa em satisfazer as necessidades dos seus clientes, o que impulsiona os resultados financeiros e a criação de lucro para a empresa (Werner e Xu, 2012).

Os objetivos a atingir nesta perspectiva relacionam-se, na maior parte dos casos, com a duração do ciclo de produção, com a qualidade, com os custos e com a produtividade.

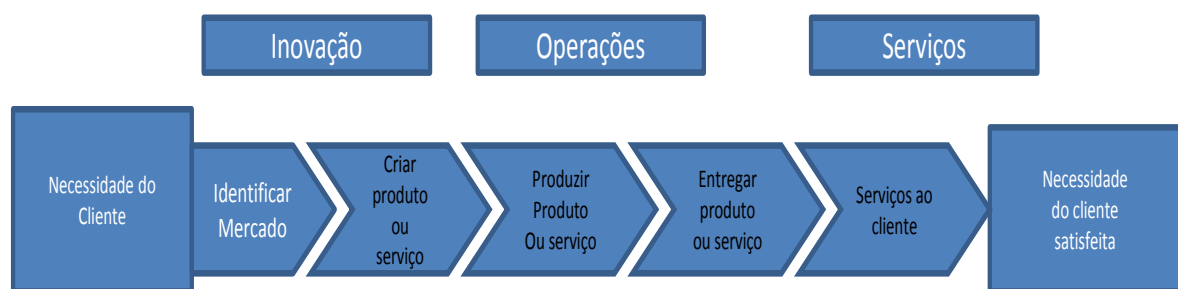


Figura 2.5 Cadeia de valor na formulação do BSC

Fonte: The Balanced Scorecard – translating strategy into action – Robert S. Kaplan, David P. Norton – Harvard business school press - 1996

Segundo Kaplan e Norton (1997, p. 101), os executivos devem definir uma cadeia de valor completa dos processos internos que inclui três processos principais: inovação, a empresa pesquisa as necessidades dos clientes, criando produtos ou serviços que atenderão a essas necessidades; operações, os produtos e serviços são criados e oferecidos aos clientes; serviço pós-venda, serviço de atendimento ao cliente após a venda de um produto ou serviço (Figura 2.5).

2.5.4. Perspetiva de aprendizagem e crescimento

A perspetiva de aprendizagem e crescimento identifica as infraestruturas tecnológicas, de capitais e humanas, para que a empresa possa crescer e desenvolver-se a médio/longo prazo. Esta perspetiva procura identificar os objetivos e os indicadores que são responsáveis por orientar o crescimento organizacional. Isto significa que enquanto os objetivos das outras três perspetivas indicam onde e como a empresa se deve destacar para obter um excelente desempenho, os objetivos de aprendizagem e crescimento revelam quais as infraestruturas e as capacidades que possibilitam a consecução ideal das outras perspetivas. Os objetivos da perspetiva de aprendizagem e crescimento são determinados através das necessidades identificadas nas restantes perspetivas, ou seja, esta perspetiva é a indutora dos resultados a obter nas três primeiras perspetivas (Santos, 2008).

A elaboração do BSC, segundo Russo (2006), revela três categorias de objetivos para a perspetiva de aprendizagem e crescimento: capacidade dos funcionários, o conhecimento dos empregados tem de ser melhorado para que as suas mentalidades e capacidades criativas sejam mobilizadas no sentido dos objetivos organizacionais; capacidades dos sistemas de informação, para que os funcionários possam desempenhar as suas funções com eficácia precisam de sistemas de informação eficazes (sobre clientes, processos internos, as consequências financeiras das suas decisões, etc.); motivação, *empowerment* e alinhamento, mesmo os funcionários habilitados que possuem acesso a todo o tipo de informação não contribuirão para o sucesso da organização se não estiverem motivados para isso, se não tiverem liberdade para agir e decidir e se os objetivos pessoais não estiverem devidamente alinhados com os objetivos corporativos.

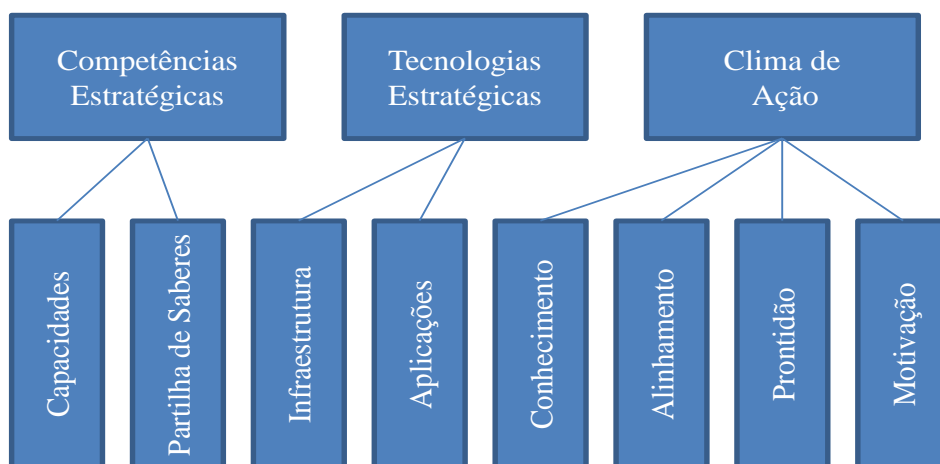


Figura 2.6 A perspetiva de aprendizagem e desenvolvimento no mapa da estratégia

Fonte: Kaplan e Norton (2000, p. 93)

Esta perspectiva é cada vez mais importante pois preocupa-se com a manutenção e sustentabilidade da organização a longo prazo, de forma a preparar a mesma para o futuro. Esta perspectiva centra-se em todos os aspetos da preparação da empresa, tais como a inovação de produtos e de novos processos produtivos.

2.6. *Balanced Scorecard* e gestão estratégica

Com a globalização e a concorrência assídua entre as organizações para a sobrevivência no mercado, tornou-se fundamental a utilização de estratégias de gestão para a obtenção de melhores resultados e sobrevivência.

Segundo Serra, Torres e Pavan (2003) a estratégia pode ser definida como a determinação das metas e dos objetivos básicos no longo prazo de uma empresa, bem como a adoção de cursos de ação e alocação de recursos necessários à consecução dessas metas.

A aplicação da gestão estratégica é de responsabilidade da alta administração, pois são obrigados a visualizar o futuro em função das estratégias do presente. Nesse sentido, a essência da gestão estratégica é elaborar, por meio de uma abordagem inovadora, uma estratégia competitiva que assegure o êxito da organização nos negócios atuais, ao mesmo tempo em que constrói as competências essenciais necessárias para o sucesso nos negócios de amanhã (Filho, 2005).

Conforme Hamel (1997), o processo e a elaboração de uma estratégia competitiva implica que toda a organização precisa participar na criação da estratégia e segundo, as discussões referentes à estratégia devem abranger os diferentes setores da organização, inclusive os parceiros de negócios, para possibilitar uma combinação inovadora de conhecimentos.

Na opinião de Filho (2005, p.3) «a estratégia é emergente, precisando ser flexível e criativa para superar as incertezas, os riscos e aproveitar as novas oportunidades nos mercados».

2.6.1. Os princípios básicos da estratégia

Kaplan e Norton (2001) destacam que as empresas bem-sucedidas com o BSC revelam um padrão consistente na consecução do foco e do alinhamento estratégico.

O processo de alinhamento inicia-se quando a alta direção define a sua proposta de valor e promove a criação de sinergias entre as áreas operacionais, de apoio e os parceiros externos. A estratégia precisa de um processo de alinhamento que esteja integrado ao ciclo anual de gestão, e que seja realinhada sempre que ocorrerem mudanças nos planos em qualquer nível do negócio. Este processo é indispensável e deve ser realizado de forma cíclica e *top-down*. (Kaplan e Norton, 2006).

Os autores Kaplan e Norton (1996) definem, em 5 etapas, e de acordo com a figura 2.7, o ciclo para a implementação e manutenção do BSC. A partir desses princípios básicos as empresas poderão colocar as estratégias no centro dos seus processos de gestão.

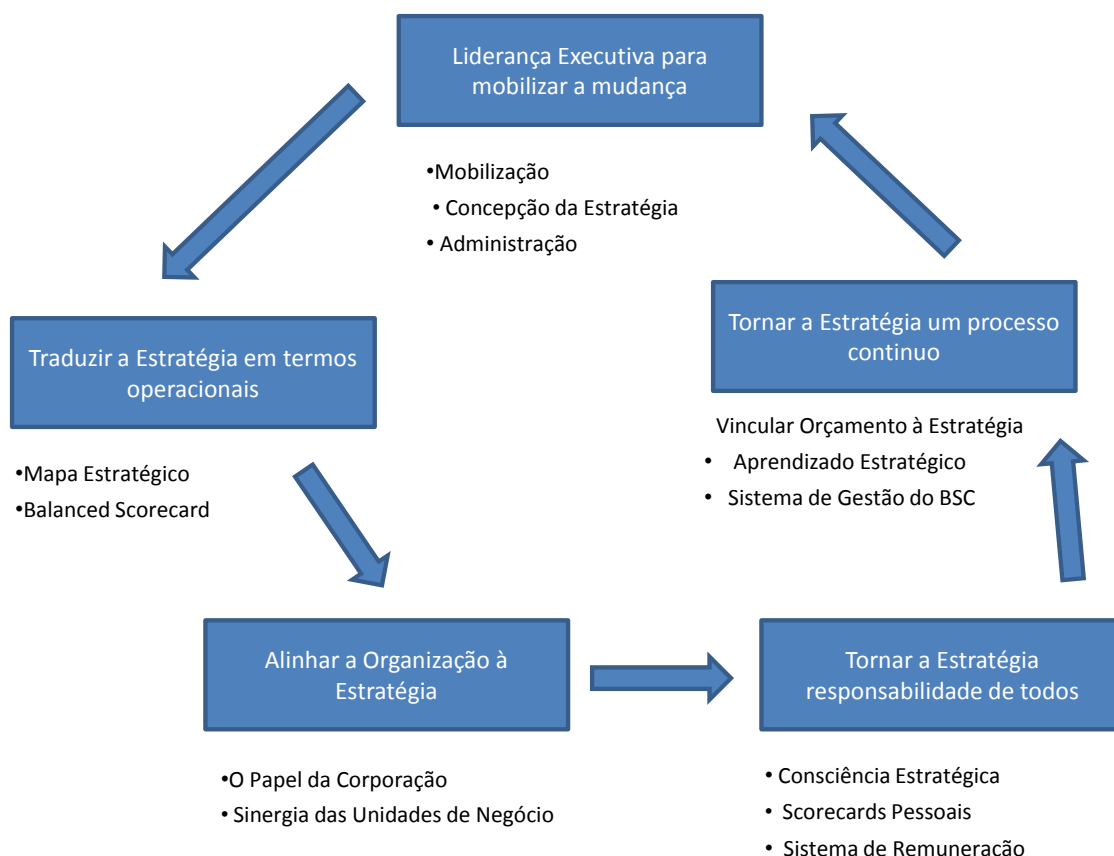


Figura 2.7 – Os princípios da organização focada na estratégia

Fonte: Kaplan e Norton (2000)

Princípio I: Mobilizar a mudança por meio de uma liderança executiva

Inicialmente é preciso uma liderança para mobilizar a equipa. Nesta fase, as ações começam no topo da organização.

Segundo Kaplan e Norton (2000), os quatro princípios seguintes concentram-se nas ferramentas, no referencial e nos processos do BSC. Porém é insuficiente para uma bem-sucedida implementação do BSC. É preciso envolvimento da equipa executiva, pois o BSC é mais do que um projeto de mensuração, é um processo de mudança.



Figura 2.8 Mobilizar a mudança por meio de uma liderança executiva

Fonte: Santos (2008, p. 55)

Kaplan e Norton (2000) defendem que se as pessoas da alta direção não atuarem como líderes incentivadores, as mudanças não acontecerão e a estratégia não será implementada.

Segundo Filho (2005), mobilizar a mudança por meio da liderança executiva, exige da organização quatro desafios: realizar a iniciativa do BSC, tendo como patrocinador um executivo da alta direção, que desempenhará o papel de líder em todo o processo; motivar e dar autonomia aos integrantes das equipas responsáveis pela implementação do BSC para que atuem como líderes do processo; mobilizar a equipa de colaboradores para que adquiram conhecimento do processo de BSC e desenvolvam o modelo de gestão estratégica inspirado no BSC.

Princípio II: Traduzir a estratégia em termos operacionais

Segundo Kaplan e Norton (2001), não é possível executar a estratégia sem antes compreendê-la e não há como compreendê-la sem primeiro descrevê-la. E para isso, a ferramenta específica, conforme a metodologia do BSC, é o mapa estratégico. O processo começa com o trabalho de descrição e comunicação da estratégia e, a partir daí, definem-se os objetivos estratégicos, as metas e os indicadores que integram as perspectivas.

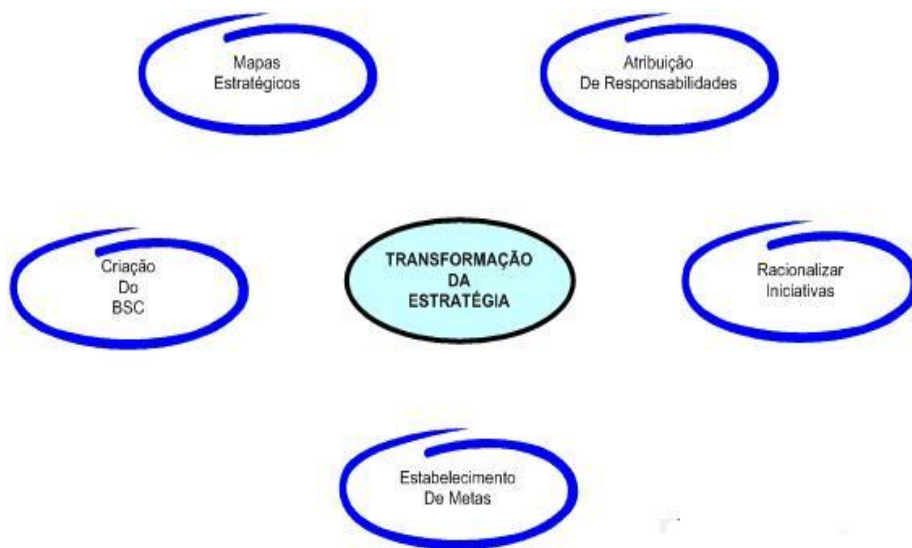


Figura 2.9 Traduzir a estratégia em termos operacionais

Fonte: Santos (2008, p. 56)

Filho (2005) resumiu este princípio em três etapas: descrever a estratégia, utilizando como instrumento de comunicação os mapas estratégicos; identificar e explicar as relações de causa-efeito entre os objetivos estratégicos selecionados para as perspectivas de valor, mostrando como os ativos intangíveis se transformam em resultados financeiros; selecionar os indicadores não financeiros que possibilitam a descrição e mensuração do processo de criação de valor da empresa.

Princípio III: Alinhar a organização à estratégia

Para Carvalho, Fischmann e Prieto (2009) o conceito de alinhamento é um requisito presente tanto no processo de formulação quanto de implementação da estratégia. A formulação está relacionada com o ajuste da estratégia ao ambiente competitivo; na implementação, é requerida a integração entre vários elementos, nomeadamente, o alinhamento da estrutura, pessoas, sistemas de informação, métricas e recompensas para viabilizar a proposta estratégica.

Segundo Oliver, Stewart e Cravens (2010) o alinhamento das unidades de uma organização em direção a uma estratégia comum cria sinergia corporativa. As empresas bem-sucedidas usam os BSC de maneira coordenada em toda a sua organização, para garantir que o todo exceda a soma das partes.

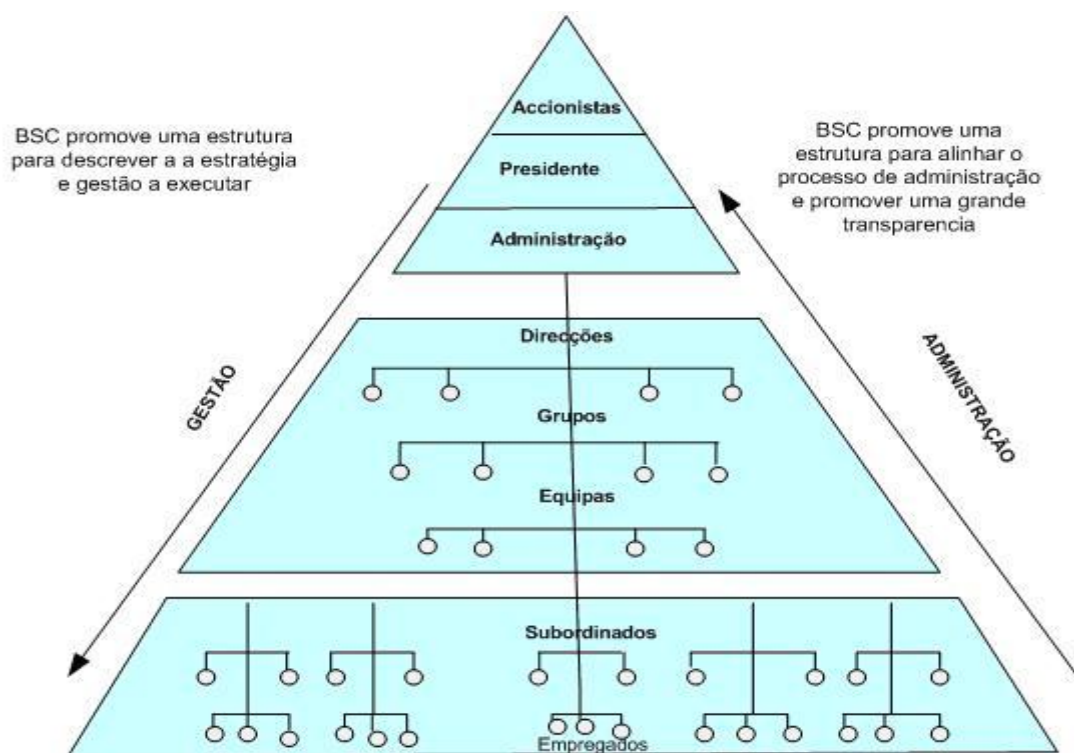


Figura 2.10 Alinhar a organização à estratégia

Fonte: Santos (2008, p. 57)

Filho (2005) aponta três desafios que a empresa precisa cumprir para alinhar a organização à estratégia: integrar as estratégias das unidades de negócio, das áreas funcionais e dos indivíduos às estratégias organizacionais; promover a sinergia de recursos, conhecimentos e competências entre as diferentes áreas da organização; utilizar os temas e prioridades estratégicas como instrumento de gestão e comunicação, substituindo os tradicionais relatórios financeiros

Princípio IV: Transformar a estratégia em tarefa de todos

Kaplan e Norton (2000) definiram o conceito de consciência estratégica, que significa que «as organizações focadas na estratégia exigem que todos os empregados compreendam a estratégia e conduzam as suas tarefas de modo a contribuir para o êxito da estratégia». Referem que para transformar as estratégias em tarefa quotidiana de todos, as organizações focadas na estratégia alinham a remuneração por incentivos aos resultados dos indicadores, aumentando o interesse e motivação dos empregados pelo sucesso da estratégia.



Figura 2.11 Transformar a estratégia em tarefa de todos

Fonte: Santos (2008, p. 58)

Filho (2005) acrescenta quatro desafios para que a organização possa transformar a estratégia em tarefas de todos: difundir a estratégia para as equipas operacionais por meio da combinação dos diversos canais de comunicação; educar a equipa de colaboradores da organização sobre os conceitos de negócios e a estratégia competitiva da empresa; definir indicadores individuais e vincular o sistema de remuneração e recompensas aos resultados individuais e organizacionais.

Princípio V: Converter a estratégia em processo contínuo

A gestão da estratégia consiste em estabelecer um acompanhamento constante, procurando analisar as causas quando existe um desvio entre os objetivos definidos e os verificados.

Segundo Kaplan e Norton (2000), 85% das equipas de gestão dedicam menos de uma hora por mês discutindo a estratégia, não havendo um direcionamento de esforços para a gestão estratégica com o devido acompanhamento.

Estes autores afirmam que o processo de *feedback* e aprendizagem permite fazer da gestão estratégica um processo contínuo.

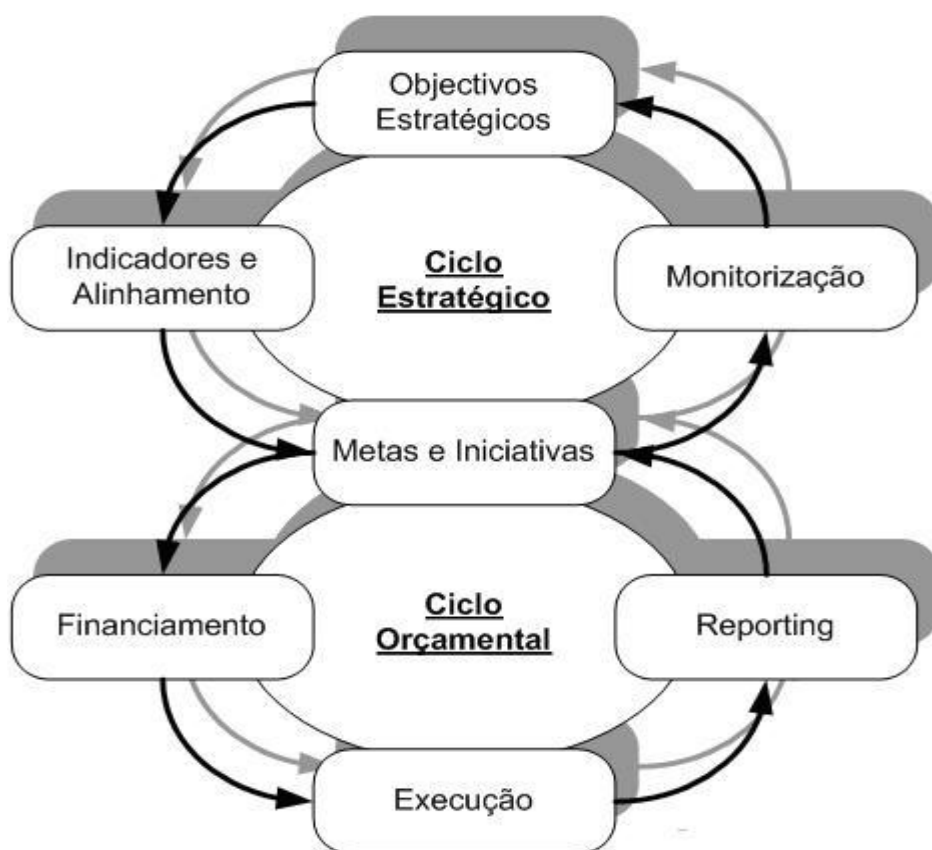


Figura 2.12 Converter a estratégia em processo contínuo

Fonte: Santos (2008, p. 59)

Filho (2005) refere quatro desafios com o objetivo de converter a estratégia em processo contínuo: elaborar o orçamento a partir de objetivos e iniciativas estratégicas; avaliar periodicamente (mensal ou trimestralmente), nas equipas de gestão e operacionais, a consistência da estratégia competitiva formulada; criar uma cultura organizacional que

estimule a aprendizagem em todos os níveis da organização; criar sistemas de informação e análise que possibilitem elaborar relatórios para a avaliação de desempenho.

2.7. Objetivos, indicadores, metas e iniciativas

Os objetivos são declarações concisas do que a organização espera realizar e devem ser estabelecidos para cada uma das perspectivas do BSC. A seleção dos objetivos estratégicos deve incidir nas áreas que reforçam as competências da organização e que melhoram o seu desempenho. Os objetivos têm metas associadas e cada objetivo deve promover a estratégia da empresa. Se um objetivo não apoiar a estratégia da empresa deve ser eliminado ou a estratégia deve ser alterada.

Para executar a estratégia devem ser estabelecidos mais três elementos importantes do BSC – indicadores, metas e iniciativas estratégicas.

Definidos os objetivos, a empresa define indicadores para avaliar o sucesso de cada um, ou seja, os indicadores ajudam a organização a medir o grau com que os objetivos foram atingidos.

As metas especificam o nível de desempenho ou a taxa de melhoria desejada para cada indicador.

As iniciativas são planos de ação onde se define o que vai ajudar a organização a alcançar as metas estabelecidas (Werner e Xu, 2012).

2.8. Os níveis de profundidade do BSC

O BSC possui vários níveis de profundidade na sua ligação aos processos de gestão da própria organização.

O BSC pode ser encarado como: sistema de medição, utilizado como instrumento de medição de indicadores estratégicos nas suas quatro perspectivas, reportando posteriormente os resultados; sistema de gestão estratégica, a este nível, o BSC passa a ser utilizado como ferramenta de suporte à gestão que suporta essencialmente, de forma quantificada, as decisões geradoras de mudança organizacional; sistema de comunicação, um contributo essencial da implementação da ferramenta nas organizações refere-se à sua utilização como forma de comunicação a todos os membros da organização de quais os objetivos

estratégicos da empresa (Celestino e Silva, 2011), de forma a conseguir desenvolver uma cultura organizacional direcionada para a estratégia e ainda sistema de avaliação individual, o nível mais profundo de fundir a metodologia BSC nos processos e estruturas da organização faz-se desdobrando o BSC por todas as suas unidades intermédias (departamentos, equipas e funcionários). De salientar a importância de uma política de recompensas indexada a objetivos, individuais ou gerais, que estimulam o autocontrolo dos colaboradores da empresa e incentiva a criatividade (Santos, 2008).

2.9. A importância das relações de causa-efeito. O mapa estratégico

O mapa estratégico, ajustado à estratégica específica da organização, descreve o processo de transformação de ativos intangíveis em resultados tangíveis, ou seja, descreve como os ativos intangíveis impulsionam melhorias de desempenho nos processos internos que exercem o máximo de alavancagem no fornecimento de valor para os clientes, acionistas e comunidade (Kaplan, 2004).

A melhoria nas perspetivas mais baixas, nos ativos intangíveis, têm um longo período de gestação mas é a única maneira de conseguir uma mudança durável no desempenho da organização (Kaplan, 2001).

Assim, o mapa estratégico é a estrutura pela qual a história da estratégia será comunicada ao público-alvo.

O mapa estratégico constrói os alicerces para um sistema de gestão capaz de implementar as estratégias de forma rápida e eficaz e ajuda também as organizações a verem as suas estratégias de modo coeso, integrado e sistémico (Kaplan, 2001). O mapa estratégico melhora a clareza e o foco e representa o elo perdido entre a formulação e a execução da estratégia (Kaplan, 2004).

Por outro lado, o mapa estratégico deve traduzir a estratégia da organização em termos operacionais e, ao mesmo tempo, permitir a mensuração do desempenho através de indicadores de resultados que traduzem os objetivos finais da estratégia e permitem verificar se os esforços desenvolvidos conduziram aos resultados pretendidos e de indutores desses resultados ou que informam todos os participantes da organização sobre o que eles devem fazer hoje para criar valor no futuro (Sousa, 2002).

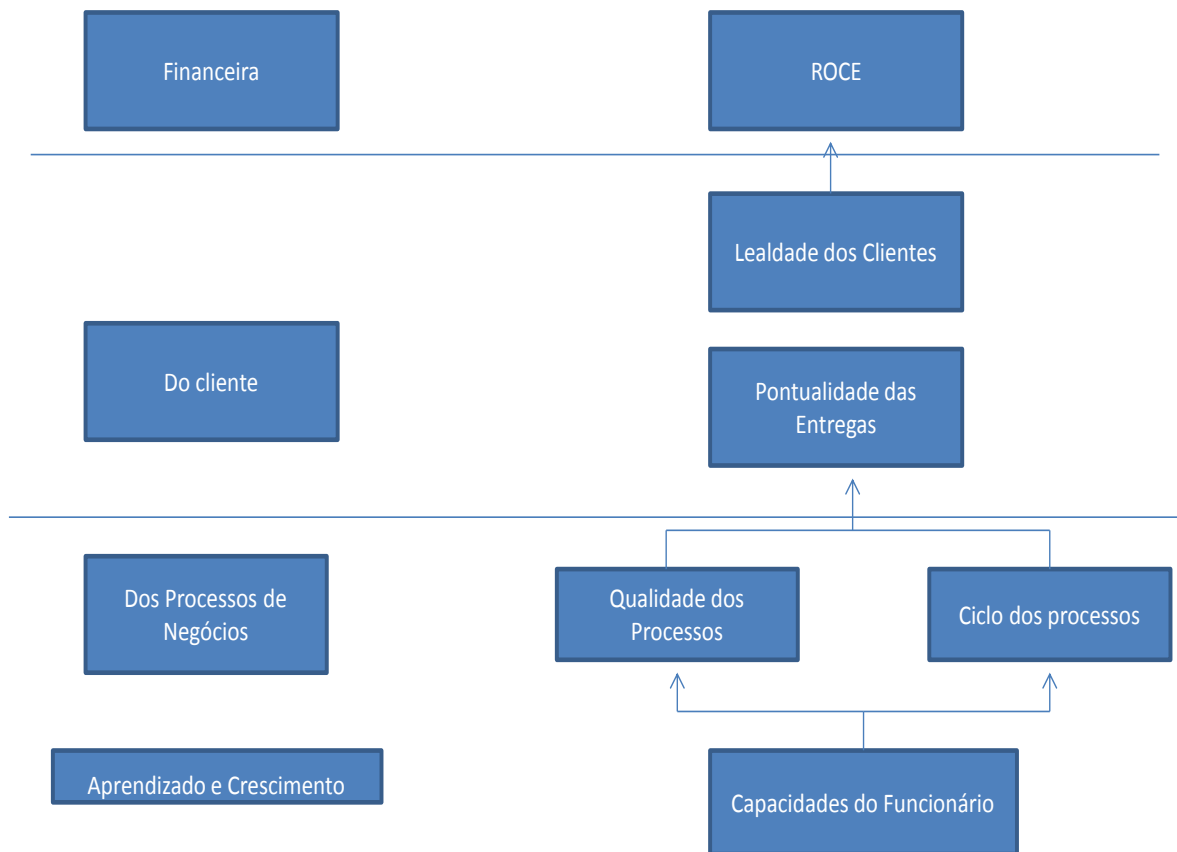


Figura 2.13 Cadeia de relações de causa-efeito

Fonte: Kaplan e Norton (1997, p. 31)

A filosofia do BSC assenta na visão global da estratégia das organizações, apoiada em quatro perspetivas, nas quais são fixados objetivos e indicadores que têm de funcionar de forma integrada e balanceada. Qualquer falha de funcionamento, derivada de objetivos não atingidos numa das perspetivas, irá originar quebras de eficiência noutra(s) perspetiva(s), desequilibrando o BSC e provocando consequentemente desvios no percurso estratégico, no cumprimento da missão e da visão da organização (Kaplan, 1996).

Considerando então que a criação de valor provém essencialmente dos ativos intangíveis, a questão que se coloca é: como transformá-los em resultados mensuráveis? A solução apresentada por Kaplan e Norton (2005) é a criação de mapas estratégicos.

2.10. Metodologia para a elaboração do *Balanced Scorecard*

O processo de construção do BSC pode ser influenciado por diversos fatores. São eles: a estrutura, a complexidade e a formação, influenciam a forma como o projeto deve ser implementado. Assim, este processo deve variar de acordo com o tipo de organização. O

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

2.10.1. Etapas na construção e implementação do *Balanced Scorecard*

Kaplan e Norton (1997) propõem um plano de desenvolvimento assente em quatro passos e dez tarefas.

Quadro 2.2 Etapas e tarefas na construção de um BSC

Etapas	Tarefas
I. Arquitetura do programa de avaliação	1. Selecionar as unidades de negócio 2. Identificar as ligações entre as unidades de negócio e o topo da organização
II. Definir os objetivos estratégicos	3. Primeira ronda de entrevistas 4. Reunião síntese 5. Primeiro <i>workshop</i> com os gestores de topo
III. Seleção das unidades de medida estratégica	6. Reunião com os subgrupos 7. Segundo <i>workshop</i> com os gestores de topo
IV. Construir o plano de implementação	8. Desenvolver o plano de implementação 9. Terceiro <i>workshop</i> com os gestores de topo 10. Finalizar o plano de implementação

Fonte: Kaplan e Norton (1997, p.10)

Arquitetura do programa de avaliação – nesta etapa, o objetivo é promover uma compreensão e uma análise crítica das direções executivas da organização para as necessidades da execução da estratégia, de modo a que se atinja a visão de futuro, bem como garantir o apoio executivo ao projeto de implementação (Santos, 2008).

De seguida define-se a área de negócio onde será aplicado o *Balanced Scorecard* e identificam-se as relações entre esta e a organização, de forma a evitar desenvolver objetivos e medidas não compatíveis com as áreas de negócio.

Definição dos objetivos estratégicos – nesta etapa procura-se encontrar o consenso quanto aos objetivos estratégicos de cada uma das quatro perspetivas, juntamente com a sua descrição detalhada. Para tal, é feita a primeira ronda de entrevistas com os gestores de topo da empresa e de cada área de negócio e, se necessário, com os principais acionistas para apresentar os objetivos a atingir. Estas entrevistas possuem objetivos implícitos como traduzir a estratégia e objetivos estratégicos em medidas tangíveis. É feita também uma reunião síntese e um primeiro *workshop* executivo onde os gestores de topo se reúnem para debater resultados das entrevistas e onde é delineado um esboço do BSC, onde cada perspetiva é abordada de forma sequencial.

Seleção das unidades de medida estratégica – nesta fase são definidos os indicadores e as metas para cada indicador. É feita uma reunião dos subgrupos onde são revistas as descrições dos objetivos estratégicos e onde se identificam os indicadores que melhor comunicam a intenção de cada objetivo. De seguida faz-se um segundo *workshop* executivo para debater a visão, a estratégia, os objetivos e os indicadores experimentais da organização para o BSC. No final do *workshop*, deve ser elaborada uma brochura que comunique as intenções e o conteúdo do BSC a todos os funcionários da unidade de negócio. A par disto, deve-se estabelecer também as metas para cada indicador.

Elaboração do plano de implementação – nesta fase ocorre a aprovação final dos objetivos estratégicos, dos indicadores, das metas, do plano de ação para alcançar as metas propostas e do plano de implementação do BSC. Assim, em primeiro lugar, será desenvolvido um plano de implementação, seguido de um terceiro *workshop* executivo para chegar à decisão final sobre a visão, os objetivos e os indicadores desenvolvidos nos outros dois *workshops* e validar as metas propostas pela equipa de implementação. Por fim, conclui-se o plano de implementação, sendo o BSC divulgado por toda a organização bem como o modo como se obtêm os valores. O processo de construção do BSC não é estático, e deve ser revisto pelos gestores à medida que obtêm informações da sua utilização.

2.10.2. Outros processos de construção do *Balanced Scorecard*

Existem outros processos de construção do BSC, nomeadamente o apresentado por Olve *et al.* (2000) que refere que a ordem das tarefas e o tempo que demora cada uma delas

depende fundamentalmente da organização. Estes autores apresentam onze passos para o processo de criação do BSC, conforme constam no quadro 2.3.

Quadro 2.3 Passos para a construção do BSC

Passo	Descrição	Duração
1	Definir o sector, descrever o seu desenvolvimento e o papel da organização	1-2 meses
2	Estabelecer/confirmar a visão da organização	2-3 dias
3	Estabelecer as perspetivas	1-2 dias
4	Desdobrar a visão para cada perspetiva e formular os objetivos estratégicos gerais	2-3 dias
5	Identificar os fatores críticos de sucesso	2-3 dias
6	Desenvolver indicadores, identificar relações de causa-efeito e estabelecer um equilíbrio	1-2 dias
7	Estabelecer o BSC de alto nível	1-2 dias
8	Desdobrar o BSC e indicadores por unidade organizacional	> 2 meses
9	Formular objetivos	
10	Desenvolver um plano de ação	
11	Implementação do BSC	

Fonte: Olve et al. (2000, p. 62)

2.11. Dificuldades de implementação do BSC

Uma das principais dificuldades a ultrapassar e que pode pôr em causa a celeridade da implementação do BSC é a inexistência de um sistema de informação que permita uma fácil identificação e elaboração de indicadores relacionados com as diferentes dimensões da organização e uma automatização do suporte dos indicadores e a atualização de resultados e hipóteses. A aplicação do BSC é ainda muito embrionária e o conhecimento acerca desta ferramenta é muito diminuto, pelo que poucas organizações procederam à sua implementação (Pinto, 2007).

A implementação do BSC pode, portanto, não ser pacífica para algumas organizações inviabilizando as vantagens pretendidas. Gaspar (2009) refere que nem todas as organizações estão preparadas para comunicar, a todos os níveis hierárquicos, os seus objetivos e respetivos resultados.

Segundo Russo (2006), os defensores do *Tableau de bord*, nomeadamente as organizações francesas, apresentam fortes críticas ao BSC, duvidando da sua novidade e autenticidade e enumerando várias imperfeições desta metodologia, nomeadamente algumas inconsistências metodológicas e conceptuais relacionadas com as relações de causa-efeito. As relações de causa-efeito não estão devidamente estudadas e avaliadas pelo que se

deveriam chamar de relações lógicas. Por outro lado, além de uma forte componente de ambiguidade, não contemplam o fator tempo, o que torna o modelo estático. Este autor reconhece também que o BSC ainda carece de alguma compreensão e simplificação. A sua complexidade, a omissão da concorrência, o esquecimento da maioria dos *stakeholders*, a dificuldade de definição de objetivos e indicadores não financeiros e o alinhamento dos objetivos individuais com os da organização, constituem fortes limitações.

Norreklit (2003) partilha da dúvida sobre a autenticidade, defendendo que o BSC não é um modelo teoricamente inovador e que carece de uma base teórica fidedigna. Alega também que os princípios que lhe estão subjacentes frequentemente provocam resistência.

De acordo com Kaplan e Norton (2001), apenas uma minoria dos gestores (15%) dispensam mais de uma hora por mês para discutir a estratégia. Do mesmo modo, unicamente 5% dos colaboradores entende a estratégia e visão da organização e somente 25% tem incentivos para o seu cumprimento (Figura 2.13). Ou seja, os principais obstáculos à implementação da estratégia não passam pela sua má formulação mas antes pela falta de capacidade e de mecanismos para a sua execução.

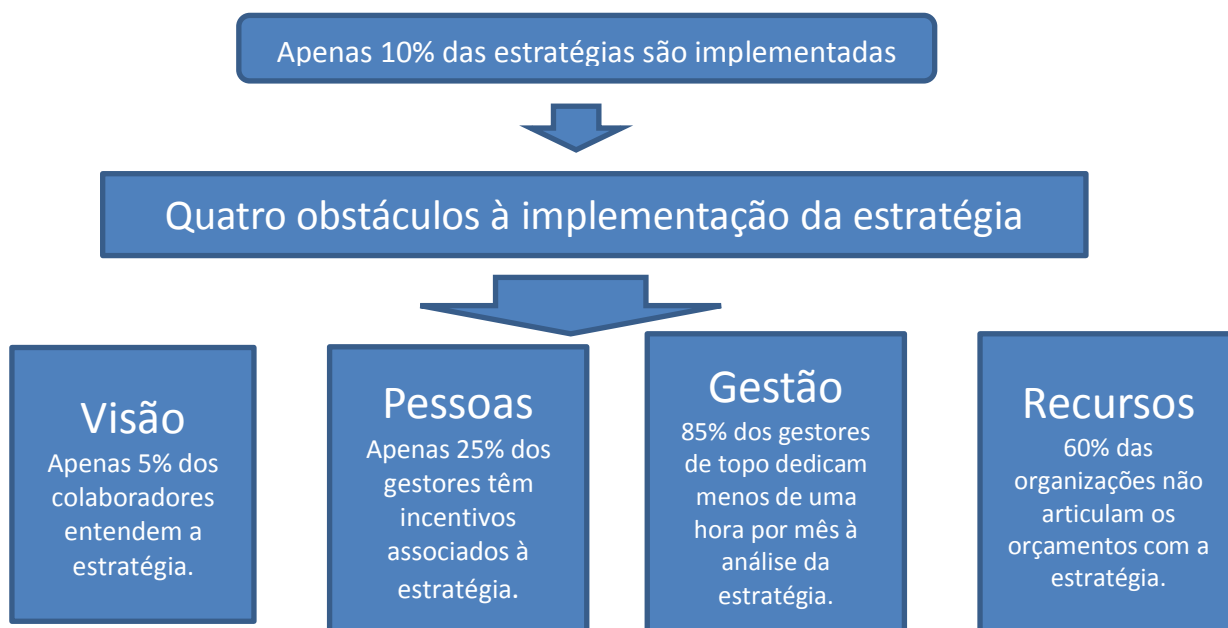


Figura 2.14 Obstáculos à implementação da estratégia

Fonte: Adaptado dos trabalhos desenvolvidos por Kaplan e Norton.

De acordo com Kaplan e Norton (2001), diversas empresas encontraram dificuldades na implementação do BSC, e não obtiveram os resultados desejados, ainda que tivessem utilizado significativos recursos humanos e financeiros.

Um dos problemas mais comuns diz respeito ao envolvimento dos executivos, uma vez que passam a delegar toda a estratégia do processo de implementação ao nível hierárquico intermédio. Kaplan (1999) argumenta que esses gestores intermediários podem não estar preparados para entender a estratégia e o projeto do BSC como um todo, não tendo nem autoridade nem o conhecimento dos processos necessários para o sucesso da implementação. Além disso, enfatiza que a posição da alta administração deve ser a de dividir funções e responsabilidades, de forma a evitar o isolamento durante a implementação do BSC.

Para alcançar o propósito da empresa como um todo, Kaplan (1999) sugere definir os *scorecards* da empresa gradualmente, distribuindo o esforço da implementação e também ajustando e refinando os objetivos e necessidades em todos os setores da empresa. Segundo Kaplan (1999) uma parte significativa do conjunto total de medidas do BSC não está disponível nos primeiros meses de implementação do processo. No entanto, isso não deve ser considerado um verdadeiro problema.

Carvalho e Laurindo (2003) alertam ainda para o fato de que a implementação do BSC acompanha a gestão de processos. Se a empresa ainda não mapeou os seus processos críticos, vai demorar para estabelecer as métricas nessa perspetiva.

Um outro importante relato de Kaplan (1999) diz respeito a uma situação muito comum: quando consultores externos ficam responsáveis pela implementação do BSC. Em tal circunstância, há um alto risco de se produzir um sistema sofisticado, mas que não prioriza as necessidades de gestão do executivo. Portanto, do ponto de vista de Kaplan (1999) «[...] sistema e tecnologia são extremamente importantes... mas os sistemas e tecnologias aplicados devem vir após a gestão ter finalizado o seu trabalho estratégico inicial, e irão criar os objetivos, medidas, metas, iniciativas e *scorecards* interligados por toda a empresa.»

Hauser e Katz (1998) defendem que vantagens relacionadas a valores não devem ser baseadas apenas em planeamentos de longo prazo, mas também nos de curto prazo, para manter a motivação individual.

Por outro lado, Kaplan (2000) alerta para o risco do resultado ser apenas uma simples adição de medidas não financeiras orientadas para a composição dos planos de compensação. Nesse caso, cada medida específica de *performance* é melhorada, mas não a *performance* financeira total. Ao se implementar um sistema de medida de *performance*,

há o risco de se produzirem valores incompatíveis com o uso de modelos comparativos sem a devida caracterização/personalização. Kaplan e Norton (1993) alertam para esse fato e demonstram que as diferentes situações de mercados, segmentos de negócios, estratégias de produtos e ambientes competitivos implicam diferentes *scorecards*.

Hauser e Katz (1998) afirmam que a utilização de valores difíceis de controlar pode criar uma certa resistência à sua utilização pelos gestores do nível intermédio. Para evitar esse problema, os autores sugerem escolher valores que possam ser implementados a curto prazo, mas fortemente ligados aos objetivos de longo prazo da empresa, numa correlação altamente estratégica. Os autores preferem esses valores adequados, estrategicamente alinhados, mesmo quando não são precisos, do que valores de alta precisão e sem importância para uma abordagem produtiva. Além disso, há o risco de se perderem os objetivos organizacionais e de se manter a velha cultura baseada em antigos valores.

Conforme Kaplan (1996), discussões inconsistentes, assim como informação e comunicação improdutivas, são os maiores impedimentos para a total compreensão dos objetivos e da estratégia da empresa pelos funcionários. Este autor reconhece que onze em cada quinze seguidores bem sucedidos do BSC utilizam sistemas formais para avaliação dos conhecimentos dos funcionários.

Embora de vital importância para o sucesso do BSC, segundo Kaplan e Norton (1993), o processo de comunicação pode ser influenciado pelo risco de informações estratégicas chegarem a investidores externos ou competidores. É importante, assim, organizar os dados confidenciais, para evitar impactos negativos na comunicação e na implementação de objetivos internos.

Um importante preceito de Kaplan e Norton (1996) diz respeito à falta de definição de uma estratégia comum e à sua transição para objetivos claros. O simples conhecimento das metas corporativas não é suficiente para mudar o comportamento das pessoas, é necessário incentivar a aliança dos objetivos com as medidas, associando o nível individual às metas de longo prazo da empresa. Dessa forma, um *scorecard* corporativo deverá envolver a definição de objetivos comuns e temas a serem adotados por todas as unidades de negócios, promovendo uma sinergia que irá produzir um valor maior para a empresa.

Um outro erro comum apresentado por Kaplan e Norton (2001) consiste em considerar o BSC simplesmente como um projeto para desenvolver métricas, em vez de um projeto de mudanças estratégicas que inclui cada detalhe da empresa. Esse erro pode levar a

resultados inexpressivos. Implementar uma estratégia vista de cima para baixo e bons resultados exigem gestão de tempo e ênfase em prioridades bem definidas.

Por último, a equipa encarregada da implementação do BSC é de extrema importância. As pessoas envolvidas na condução do projeto BSC devem compor uma equipa estrategicamente posicionada, multifuncional e integrada, para analisar em detalhe a estratégia e os valores da empresa como um todo. Deve-se evitar que a equipa seja constituída apenas por um grupo de especialistas nas suas funções.

No seguimento da implementação do BSC nas organizações, Kaplan e Norton (1996) realçam a importância do compromisso de todos os profissionais da organização, em relação à definição da estratégia, dos objetivos e das políticas seguidas.

Importa realçar neste enquadramento teórico do BSC que a implementação do BSC no sector da saúde pode ser confrontada pela existência de obstáculos, comuns aos verificados noutros sectores de atividade: a colisão de interesses entre gestores hospitalares e os profissionais de saúde; falta de cooperação entre médicos e administradores; deficiências dos sistemas de informação existentes na organização; inexperiência na definição e utilização de indicadores de gestão; ausência da divulgação dos objetivos estratégicos e das medidas de desempenho e desconhecimento da importância e utilização da metodologia BSC (Carvalho, Laurindo, Pereira e Prieto, 2005).

3. O *BALANCED SCORECARD* NO SECTOR DA SAÚDE

3.1. Aplicação do *Balanced Scorecard* ao sector da saúde

Este capítulo analisa a aplicação da metodologia *Balanced Scorecard* ao sector da saúde, nomeadamente nos hospitais, e seguidamente faz-se uma análise da aplicação da metodologia em duas instituições públicas, uma nos E.U.A e outra no Brasil.

Introduzir o BSC nos setores públicos e sem fins lucrativos é um grande desafio devido ao grau de complexidade do processo de implementação ser superior ao do setor privado. Para Niven (2005) esta complexidade pode ter origem em vários fatores como: as organizações públicas estão coladas aos ciclos políticos; nem sempre é dada a importância ao que poderá ser o papel da organização a longo prazo; os resultados do desempenho da organização são de interesse público e a exposição desses resultados pode ser complexa.

Segundo o mesmo autor, um crescente número de organizações governamentais e sem fins lucrativos optou pelo BSC e está a obter importantes resultados. Ao organizar a arquitetura do BSC elas encontraram meios de articular as suas estratégias através de medições e de quantificar o seu sucesso na obtenção dos objetivos abrangentes.

Segundo Inamdar e Kaplan (2002), existem benefícios do BSC para o setor da saúde, nomeadamente: o processo de desenvolvimento do BSC força a esclarecer e a obter consensos sobre a estratégia; aumenta a credibilidade dos órgãos de gestão; as perspectivas do BSC fornecem aos gestores um quadro de referência para a tomada de melhores decisões; estabelece os princípios e processos fundamentais para a implementação da estratégia; relaciona a estratégia com a alocação de recursos; desenvolve um sistema de medição e reporte de informação para avaliar o progresso e o sucesso da estratégia e induz à melhoria e processos de aprendizagem contínuos.

A estratégia é o ponto focal do sistema *scorecard*, independentemente do tipo de organização. No entanto, as organizações públicas têm dificuldade de cultivar uma estratégia clara e concisa.

Segundo Kaplan e Norton (2001) a estratégia deve definir claramente a missão da organização e deve situar-se no alto do *scorecard* para que possa comunicar com clareza a todas as pessoas a razão da existência da organização e o que ela está lutando para conquistar.

Ainda Niven (2005) afirma que, colocar a missão no alto da estrutura traz uma distinção clara entre os BSC dos setores privado e público onde a missão é o ponto de vista da

clientela e da organização, e não o dos interesses nas finanças, como ocorre no setor privado.

No modelo BSC para o setor público, segundo Niven (2005):

As medidas financeiras serão vistas como facilitadoras do sucesso do cliente ou como restrições com as quais o grupo opera. A meta fundamental da agência do governo é executar a sua missão e as exigências do cliente, e não atingir o sucesso financeiro (Niven, 2005, p.360).

As organizações do setor privado estão cada vez mais a procurar técnicas de gestão baseadas em atividades para auxiliá-las a estabelecer medidas de processos internos com foco na perspectiva do cliente, procurando o alinhamento de cima para baixo, na organização.

Segundo Kaplan e Norton (2006, p.12): «As organizações públicas focadas na estratégia configuram uma resposta dos gestores destas instituições à procura de maior eficácia e eficiência no setor». Para esses autores, o BSC não é um simples instrumento de medição e controlo, mas uma evolução em termos de gestão podendo ser perfeitamente aplicável tanto em empresas privadas como em organizações públicas ou sem fins lucrativos.

Segundo Caldeira (2009), no setor público, o BSC assume um modelo avançado de gestão por objetivos estratégicos, estes são considerados um dos elementos críticos do processo de implementação do BSC. São eles que permitem comunicar as intenções estratégicas aos colaboradores da organização.

A resposta à necessidade de aumento da eficácia e eficiência das instituições do sector da saúde, em particular dos hospitais públicos, tem passado noutros países, entre outros aspetos, pela adoção de métodos, práticas e instrumentos de gestão, característicos do sector empresarial privado.

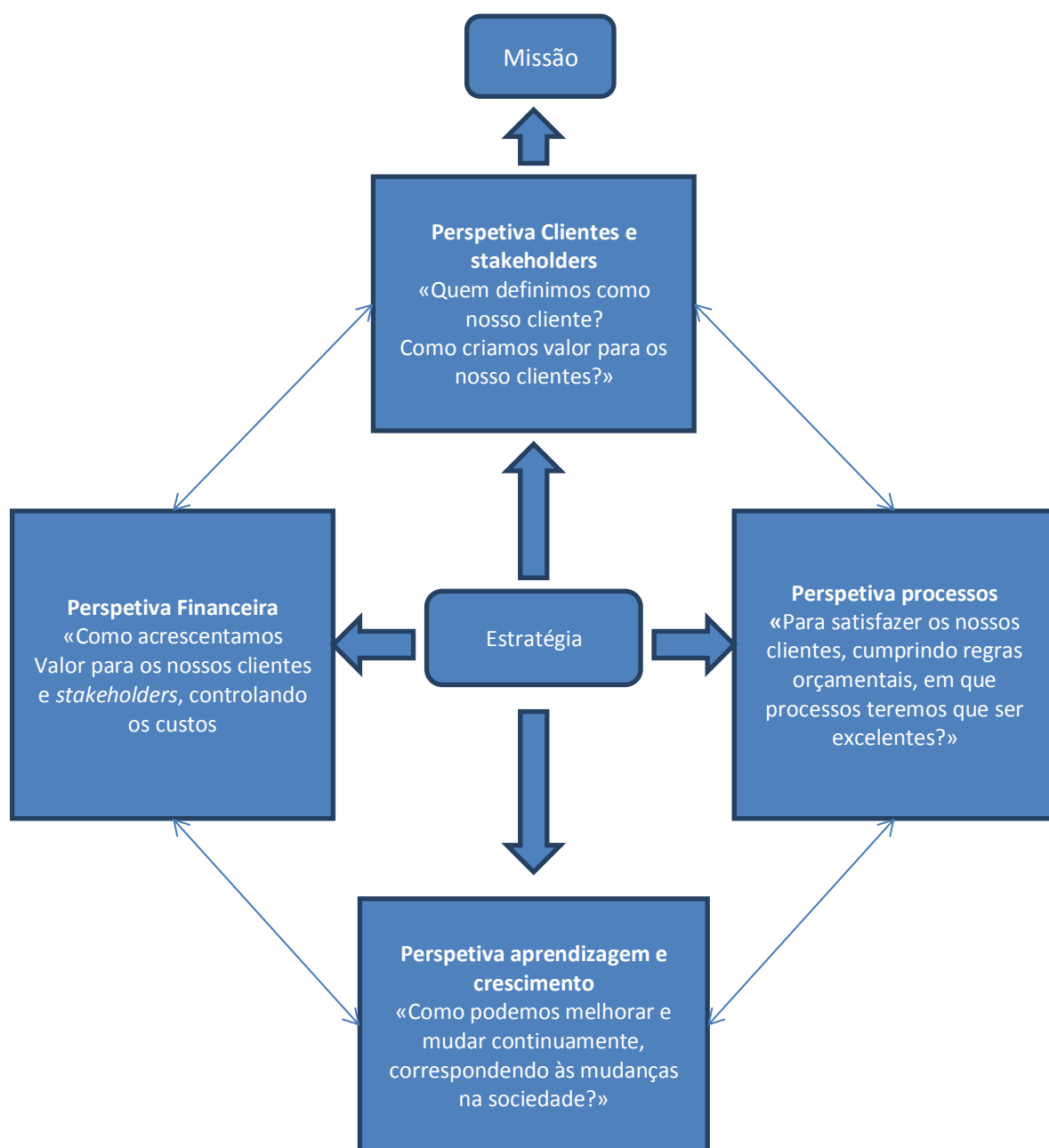


Figura 3.1 BSC adaptado aos serviços públicos

Fonte: Pinto (2007)

A adaptação do *Balanced Scorecard* aos serviços públicos, nomeadamente, hospitais, implicou três alterações dos conceitos relativamente ao modelo original:

1. Missão – surge no topo do BSC para a qual terão que convergir os objetivos, metas e iniciativas fixadas nas outras perspetivas. Funciona como uma quinta perspetiva.
2. Perspetiva Clientes – Assume o papel principal, logo a seguir à missão.

3. Perspetiva Financeira – No modelo original constituía a figura de topo. No BSC adaptado é posicionada depois dos clientes, funcionando como um recurso e, simultaneamente, como um constrangimento associado às regras orçamentais existentes no sector.

3.1.1. Adaptação do BSC ao sector da saúde em Portugal

Os cuidados de saúde são atualmente uma das atividades com maior crescimento na despesa, constituindo, assim, um objetivo prioritário aumentar a sua eficiência e a sua eficácia, respondendo aos desafios sociais, demográficos, culturais e económicos. Como se pode observar na Figura 3.2, existe um excesso de despesa face à receita disponível para o Serviço Nacional de Saúde (SNS):

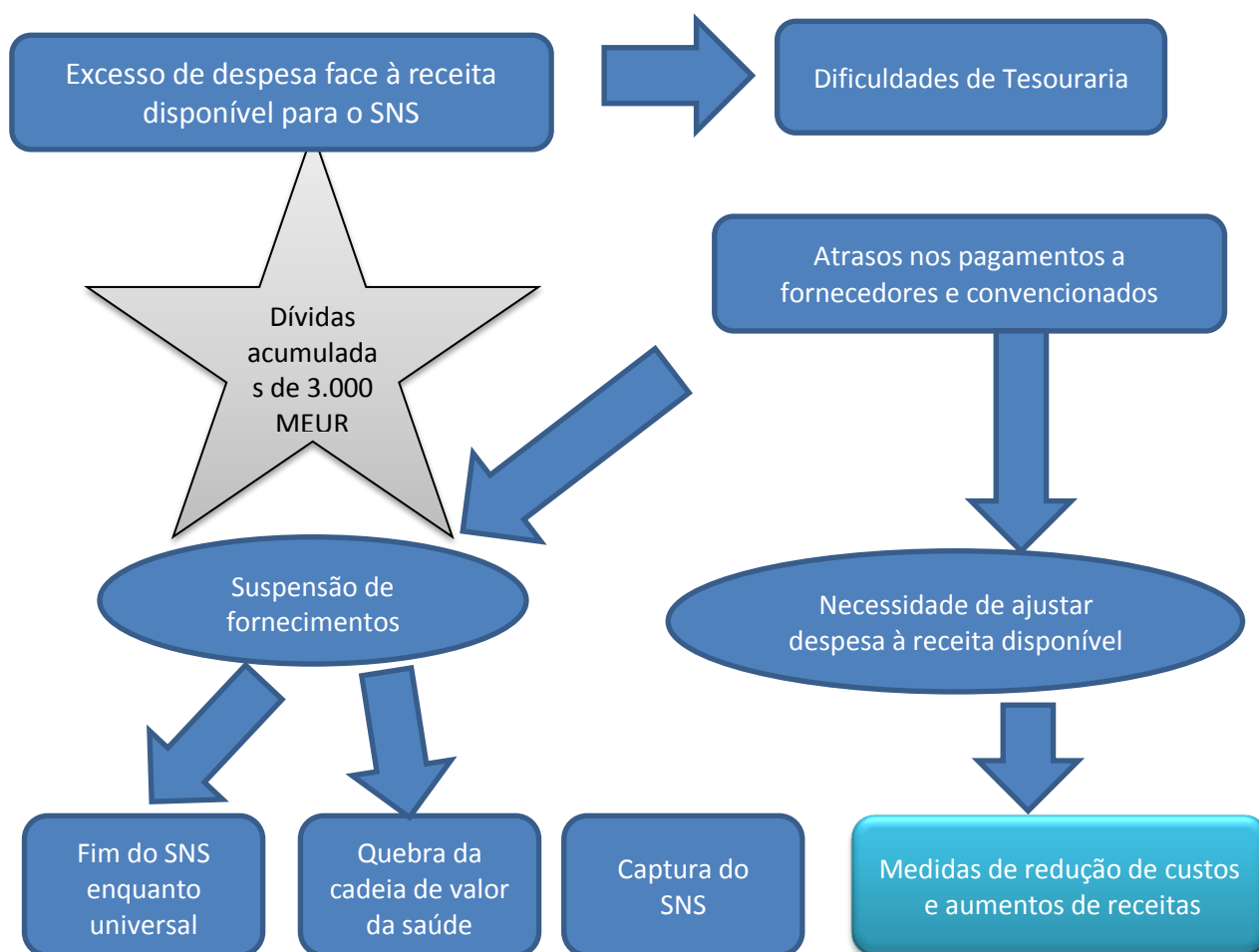


Figura 3.2 Dívidas acumuladas no SNS

Fonte: Administração central do sistema de saúde, IP

No sector da saúde, os hospitais são apontados como sendo responsáveis por mais de metade da despesa pública total da saúde. Em 2003, os hospitais (públicos e privados) foram responsáveis por 52,4 por cento do total da despesa corrente do SNS. O elevado peso da despesa hospitalar, nos gastos com a saúde, tem conduzido à sucessiva introdução de alterações na forma como estas unidades são geridas, numa tentativa de inverter a tendência de evolução da despesa com os hospitais públicos.

A lei n.º 48/90, de 24 de Agosto (Lei de Bases da Saúde) prevê que a gestão das unidades de saúde deve obedecer a regras de gestão empresarial, possibilitando que a gestão de hospitais do SNS seja feita por entidades privadas, através de contratos de gestão.

A primeira experiência de entrega da gestão de uma unidade hospitalar pública à iniciativa privada deu-se com a celebração do contrato de gestão do Hospital Professor Doutor Fernando da Fonseca, em 10 de Outubro de 1995, entre a Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo e a Sociedade Amadora/Sintra – Sociedade Gestora, S.A. Mais tarde, em 1998, a criação, pelo XIII Governo Constitucional, do Hospital de São Sebastião, marcou o início do processo de empresarialização da gestão hospitalar, tendo em vista a melhoria do desempenho e da eficiência económico/financeira do SNS.

A Resolução do Conselho de Ministros n.º 41/2002, de 7 de março, refere que

«a empresarialização de hospitais constitui um vetor essencial de reforma da gestão hospitalar em curso e um fator indispensável para melhorar o nível de desempenho global do Serviço Nacional de Saúde, potenciando ganhos de saúde acrescidos e assegurando as condições da base da sua sustentabilidade, em termos duradouros».

Numa aposta clara no reforço da empresarialização da gestão hospitalar, a lei n.º 27/2002, de 8 de Novembro, que aprovou o novo regime jurídico da gestão hospitalar e procedeu à primeira alteração à lei de bases da saúde, veio estabelecer que os hospitais públicos passariam a poder revestir a natureza de sociedades anónimas de capitais exclusivamente públicos ou de estabelecimentos públicos, dotados de personalidade jurídica, autonomia administrativa, financeira e patrimonial e natureza empresarial.

A lei de gestão hospitalar criou um conceito de rede nacional de cuidados hospitalares, constituída por: hospitais Sociedade Anónima (SA), hospitais Sector Público Administrativo (SPA), hospitais em Entidades Públicas Empresariais (EPE) e hospitais em parceria público privada (PPP), tendo como objetivo um reforço substancial da autonomia dos hospitais.

A transformação de 36 hospitais em 31 sociedades anónimas, na sequência da lei n.º 27/2002, pelo XV Governo Constitucional foi assumida como mais uma tentativa de introduzir maior eficiência na gestão das unidades de saúde, especificamente pela dissociação entre o papel de financiador, prestador e regulador dos cuidados de saúde, promovendo maior competitividade entre os agentes, salvaguardando o Estado o papel de regulador. Este movimento culminou na transformação do estatuto jurídico de algumas unidades hospitalares, como veículo para a introdução de um novo modelo empresarial de gestão hospitalar, que envolve um novo modelo de contratação e financiamento das prestações de saúde. Apesar da transformação, no ano de 2005, dos hospitais SA em hospitais EPE, o compromisso de dotar os hospitais públicos de mecanismos de gestão efetiva, prosseguindo o processo de empresarialização, manteve-se.

Este cronograma de evolução do processo, suportado em alterações estatutárias de base legislativa, deve ser acompanhado de uma alteração efetiva dos processos de gestão dos hospitais, sustentada na adoção de ferramentas de gestão empresarial com provas dadas no sector privado. A adoção de estratégias de decisão baseadas na evidência depende de um eficaz sistema de informação. De acordo com o ministério de saúde, existe uma ausência de sistemas de informação, uma vez que tornam incapaz a obtenção de dados e indicadores fiáveis que permitam a melhoria dos serviços de saúde.

3.1.2. Contratualização interna assente na metodologia *Balanced Scorecard*

A implementação do BSC revela ser na maioria dos casos um processo de mudança cultural, pois a formulação e implementação da estratégia passa a ser realizada pelos colaboradores. Por isso, é importante que seja implementado um processo de gestão da mudança para assegurar a compreensão do modelo. A adoção do BSC enquanto ferramenta de gestão requer trabalho conjunto de toda uma equipa. Deve partir dos responsáveis máximos, que são responsáveis pela elaboração de políticas e pela sua execução, numa hierarquia de cima para baixo (Santos, 2008).

Os Contratos-Programa (CP), celebrados entre os hospitais e a Administração Regional de Saúde (ARS), contemplam a obrigatoriedade de desenvolvimento do processo de contratualização interna (CI) assente na metodologia BSC, adaptada à sua estrutura organizacional, com a definição dos objetivos e indicadores para as respetivas unidades funcionais, alinhados com os vetores estratégicos da instituição. Existe a necessidade de

um calendário anual de CI e a formalização da CI num documento para posterior monitorização nos termos determinados no referido cronograma anual. O processo de CI culmina, assim, com a assinatura do acordo de gestão, acordado entre o Presidente do Conselho de Administração e os respetivos diretores de serviço. O anexo 1 do acordo de gestão estipula a atividade que será realizada, designadamente o número de atendimentos na urgência, entre outros. O cumprimento dos objetivos definidos no contexto da CI é possível mediante o envolvimento de todos os profissionais dos serviços médicos e cirúrgicos, designadamente: diretor de serviço, médicos, enfermeiro responsável, enfermeiros, auxiliares de ação médica, assistentes administrativos e restantes profissionais do serviço. Os objetivos estabelecidos são, assim, divulgados e contratualizados internamente com todos os profissionais.

A contratualização externa é um instrumento utilizado para afetação dos recursos financeiros ao sector hospitalar, instituído entre a tutela, representada pela ARS, e os hospitais e é refletido no documento Contrato-Programa. Este documento enuncia a atividade contratualizada, assim como, os objetivos definidos e os indicadores que permitem avaliar o desempenho institucional, a diferentes níveis, designadamente: acesso, qualidade, desempenho assistencial e económico-financeiro.

O sucesso do cumprimento das metas e atividades contratualizadas no contexto da contratualização externa, evidenciadas no CP, passa pela implementação do processo de CI, com o envolvimento de todos os profissionais no cumprimento da missão, dos valores e da estratégia hospitalar. As principais fases de implementação da CI, assente no BSC, resumem-se a: pré-contratualização interna, CI e pós-contratualização interna, conforme se descreve no quadro 3.1.

Quadro 3.1 – Fases de implementação da Contratualização Interna

Fases da Contratualização	Documentos Utilizados	Importância dos Documentos
Pré-contratualização Interna	<ul style="list-style-type: none">. Orientações Estratégicas do Ministério da Saúde e da ARS. Missão, Visão e Objetivos Estratégicos. Plano Estratégico 2013-2015	<ul style="list-style-type: none">. Identificação dos objetivos estratégicos e da missão e visão para orientação dos gestores na determinação dos objetivos, na escolha dos indicadores e na enunciação das metas e iniciativas estratégicas.
Contratualização Interna	<ul style="list-style-type: none">. Atividade Mensal e Acumulada desenvolvida pelo Serviço de Urgência Geral. Acordo de Gestão. Atividade Contratualizada. Dashboard do BSC	<ul style="list-style-type: none">. Identificação da capacidade instalada no Serviço de Urgência, para auxílio na definição dos objetivos a contratar.. Evidência formal, no acordo de Gestão, do processo de CI entre o Conselho de Administração e o Serviço de Urgência Geral, ao nível da atividade contratualizada e dos objetivos estratégicos, indicadores, metas e iniciativas definidos para o ano.
Pós-contratualização Interna	<ul style="list-style-type: none">. Monitorização da Atividade Contratualizada. Monitorização dos Objetivos Estratégicos	<ul style="list-style-type: none">. Avaliação periódica da atividade e dos objetivos contratualizados, com o propósito de implementação

Fonte: Escoval et al. (2010, p. 163)

A metodologia BSC, ao permitir a focalização em objetivos de desempenho a longo prazo, tem sido apreciada como uma abordagem que contribui para melhorar o desempenho das instituições de saúde (Griffith, Alexander e Jelinek, 2002) existindo por isso, consenso na literatura internacional de que as perspetivas propostas por Kaplan e Norton são apropriadas ao sector da saúde, embora em alguns casos com designações diferentes e com maior relevo dado às perspetivas dos utentes (Quesado e Macedo, 2011).

3.2. Exemplos de aplicação no sector da saúde

3.2.1. Duke Children Hospital

O *Duke Children Hospital*, do Estado da Carolina do Norte (EUA), é uma unidade pediátrica com 134 camas, localizado no 5.º andar do Duke University Hospital (DUH), e implementou o *Balanced Scorecard* com o objetivo de definir uma cultura com base no princípio «...exercer medicina mais inteligente» (Kaplan e Norton, 2001). Os responsáveis

da organização decidiram implementar o *Balanced Scorecard* pois tinham identificado algumas questões fundamentais, tais como:

- Existia alguma confusão quanto aos serviços mais importantes que teriam de prestar;
- Não existia um propósito comum entre a administração, o pessoal e os médicos;
- A comunicação e a coordenação com os pediatras era «pobre»;
- Existiam ameaças competitivas fortes;
- Dificuldade em equilibrar aspetos como a qualidade, a satisfação dos clientes e do pessoal e a educação e investigação com os objetivos financeiros.

Para isso, foram desenvolvidas definições de missão e visão no sentido de poderem ser estabelecidos objetivos para as diferentes perspetivas. Posteriormente, uma equipa desenvolveu o *Balanced Scorecard*, conforme representa a figura 3.3.

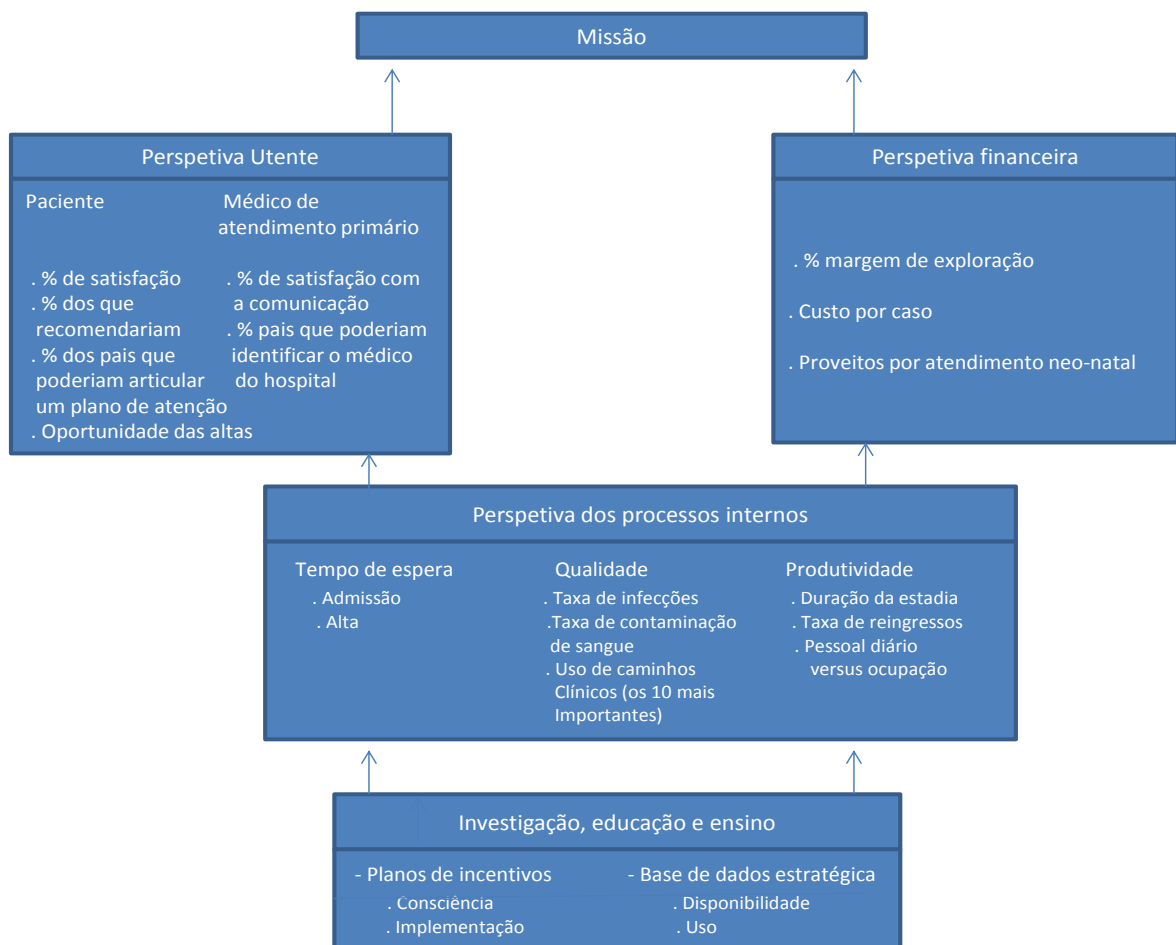


Figura 3.3 BSC do Duke Children Hospital

Fonte: Kaplan e Norton (2001, p. 169)

Com a implementação deste sistema conseguiu-se melhorar as condições clínicas e a satisfação do pessoal, bem como a satisfação e fidelização dos pacientes e dos médicos (Kaplan e Norton, 2001).

As conclusões apresentadas são as seguintes: a satisfação dos clientes subiu 18%; a melhoria dos processos internos permitiu uma redução da demora média de internamento de 1,8 dias, com uma redução dos reinternamentos de 7% para 3%; o custo por dia do doente internado desceu cerca de 5.000 dólares; a satisfação dos profissionais cresceu cerca de 45% e no final do ano de 2000, o DUH preparava-se para expandir a utilização do BSC a todo o Hospital.

3.2.2. Hospital Nove de Julho

A recente crise da saúde no município do Rio de Janeiro trouxe a público a existência de fortes deficiências na gestão hospitalar pública. Também são notórios os problemas de gestão de muitos hospitais privados. Silva e Prochnik (2005), por exemplo, mostram que os hospitais da amostra examinada não têm sequer indicadores para um acompanhamento regular da gestão. Neste contexto, destaca-se o Hospital Nove de Julho (H9J), detentor de vários prémios de qualidade e atendimento e um dos primeiros a implementar o BSC no Brasil.

Por ano, o H9J realiza mais de 15 mil internamentos, 17 mil cirurgias, 110 mil atendimentos de urgência.

O H9J foi o primeiro hospital de São Paulo a receber o selo Nível Pleno da Organização Nacional de Acreditação, que analisa as operações do hospital para lhe conceder o certificado de Creditação Hospitalar.

Em 2003, o H9J recebeu o Prémio *Marketing Best*, tendo também sido eleito o melhor Hospital do Estado de São Paulo - Prémio Top Hospitalar 2003, repetido em 2004. Em 2004 e 2005, o H9J foi vencedor do Prémio Consumidor Moderno de Excelência em Serviços ao Cliente.

3.2.2.1. Como surgiu a necessidade do BSC

Desde 1999, o hospital realizava planejamento estratégico anual, porém sem o uso do BSC. O acompanhamento do processo contava também com o uso de indicadores, mas não tão estruturados como ao aplicar o BSC. Posteriormente, a atividade de planejamento foi intensificada. Conforme a Gestão de Qualidade e Estratégia, o H9J passou a precisar de identificar os seus pontos fortes e pontos de melhoria, para estabelecer um posicionamento mais claro no mercado, porque a sua posição se tornou-se mais sujeita a ameaças competitivas. Adicionalmente, segundo uma pesquisa de mercado, havia oportunidade de melhoria da comunicação do hospital com o meio externo. O hospital decidiu, então, pela adoção do BSC, pois esta ferramenta parecia adequada para implementar o novo tipo de planejamento estratégico preconizado.

3.2.2.2. Processo de implementação do BSC

A implementação do BSC iniciou-se em dezembro de 2002, tendo sido feita uma pesquisa que mapeou a visão que médicos, pacientes, funcionários e fornecedores tinham do H9J. A partir desses dados, foi realizado um diagnóstico estratégico do hospital. Cerca de 95% dos funcionários responderam à pesquisa, onde também foi identificado o clima organizacional. No caso do H9J, este era um grande foco de interesse visto que, na pesquisa com os clientes, o desempenho e atendimento do corpo de enfermagem foi apontado como sendo tão importante quanto o do corpo médico. Assim, a motivação dos funcionários passou a ser considerada um fator estratégico para o atendimento a muitas das expectativas dos clientes.

Na segunda etapa, ocorreu um *workshop*, reunindo diretores, alta administração e convidados, totalizando 21 profissionais, onde foi discutido o direcionamento estratégico da instituição.

Também foram elaboradas as diretrizes estratégicas principais, estratégia de diferenciação, visão de futuro e missão do Hospital. Para isso, o H9J contou com o auxílio de uma consultora especializada, que orientou o processo, dando o suporte necessário para o entendimento do BSC.

Na terceira fase, foi construído o mapa estratégico da empresa com a definição dos objetivos, fatores críticos de sucesso e indicadores de desempenho, para monitorar a execução da implementação do BSC.

Na quarta etapa, foram elaborados os planos de ação, com metas de desempenho para cada área.

Na quinta e atual etapa, o H9J começa a rever e refinar o seu Mapa Estratégico.

Desde a implementação até à fase atual, ocorreram: preparação de gestores; criação de dois níveis de responsabilidade no processo de operação do BSC (pessoas que auxiliam diretamente os gestores, imputando dados e divulgando resultados); divulgação da missão e estratégia para todos os níveis hierárquicos da organização; reuniões periódicas; atualização de fichas do plano de ação de cada objetivo estratégico e análise de indicadores.

Foram criados dezoito objetivos estratégicos, divididos entre as quatro perspectivas propostas por Kaplan e Norton (2004; p. 32 a 34), conforme mapa estratégico seguinte.

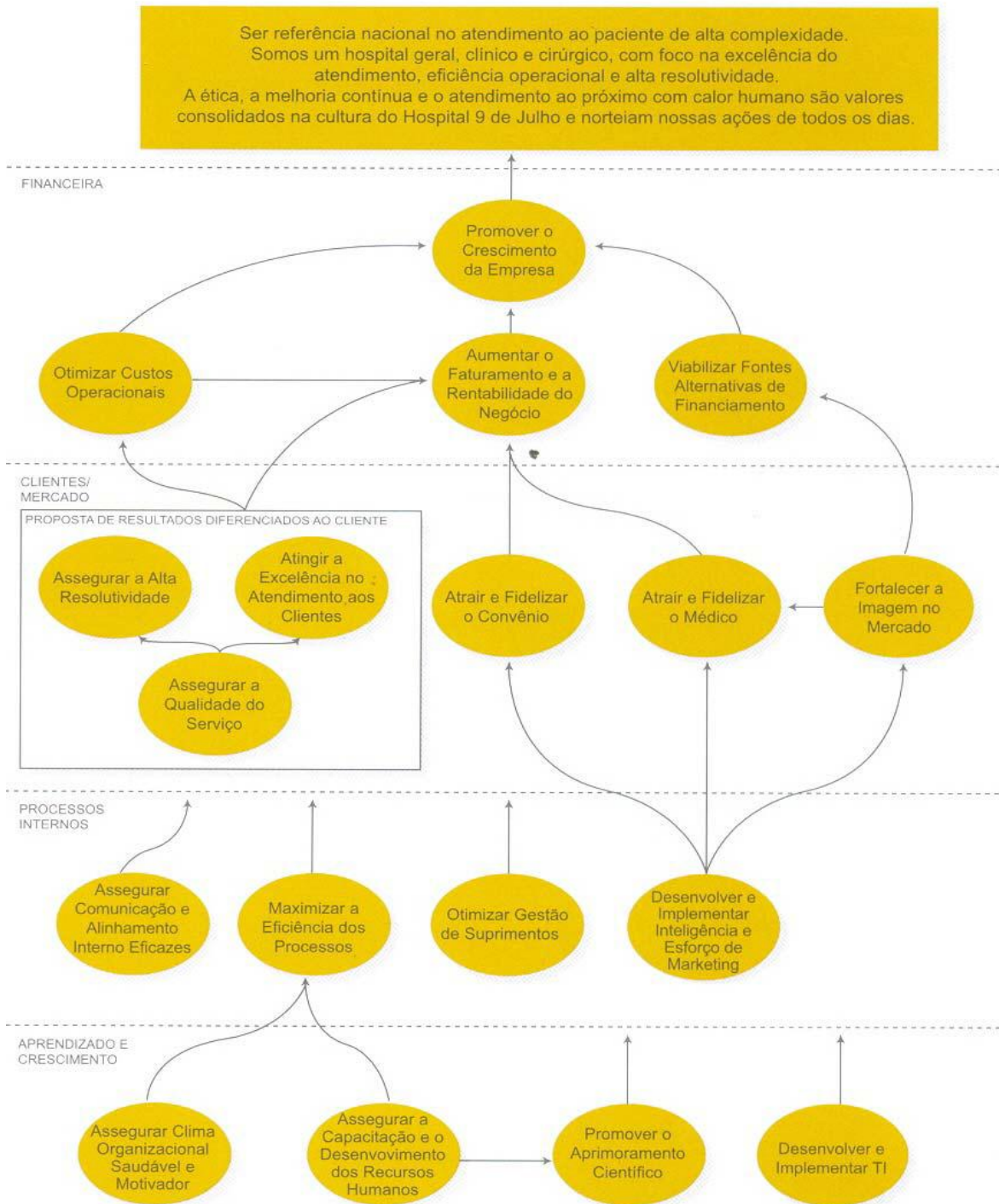


Figura3.4 Mapa estratégico do H9J

Fonte: Hospital Nove de Julho

Os objetivos estão a ser implementados por dezoito grupos de trabalhos, sendo cada grupo formado por equipas multidisciplinares, compostas sempre por um gestor - responsável pelos objetivos daquela área - e diferentes níveis de funcionários.

Para cada estratégia, foram desenvolvidos diversos indicadores de desempenho, que avaliam periodicamente o impacto das ações e o alcance dos objetivos propostos.

3.2.2.3. Considerações sobre a utilização do BSC

Segundo Carvalho, Dias, Prochnik (2005), o comprometimento da alta administração, na implantação do BSC, é fundamental por ser este um projeto bastante abrangente. Sem tal comprometimento, o BSC torna-se inviável. No H9J, a ideia foi trazida por uma pessoa da alta administração e aceite pelos gestores da época, que iniciaram o processo de desenvolvimento do modelo. Fato importante foi a mudança da direção administrativa em meados do processo de implantação do BSC. Contudo, a nova direção entendeu a necessidade e valor do projeto e, além de dar continuidade à ideia, vem incentivando ainda mais o comprometimento do corpo funcional com o BSC.

O principal benefício foi o alinhamento aos objetivos da organização, que agora são compartilhados por todos. Foi testemunhado que o envolvimento de todas as áreas, influenciando na definição dos objetivos estratégicos acaba originando um grau de comprometimento maior, porque é sabido o motivo da existência dos objetivos e como estes influenciam o alcance da estratégia. Anteriormente a esta ferramenta, cada área trabalhava com objetivos e planos de ação próprios, não interagindo, de modo geral, com as demais áreas, o que fazia com que o hospital exercesse esforços em direções contrárias, algumas vezes distanciando-se da estratégia. O BSC gerou maior sinergia entre pessoas e equipes.

O BSC é uma ferramenta que necessita de uma constante atualização de dados, para que se possa acompanhar as ações executadas e verificar se estas estão ao alcance da estratégia.

Foi comprado um *software* próprio para a implementação do BSC. O mesmo ainda está em fase de parametrização, mas já apresenta vantagens em relação ao antigo sistema utilizado.

De acordo com Carvalho et. al. (2005), as dificuldades na implementação do BSC identificadas pelo H9J foram: justificar o investimento, pois o BSC é um processo contínuo que tem vários custos significativos; baixo comprometimento dos colaboradores na fase inicial de implementação (ao contrário da gestão, que a apoiou desde o início); adaptação da cultura organizacional principalmente quanto à utilização de indicadores e quanto à gestão de um elevado número de informações provenientes da utilização do BSC; falta de consciência da importância da ferramenta, atualização e revisão de fichas manualmente (Excel); ausência de capacitação técnica de gestores para criar fórmulas de indicadores e

falta de costume na utilização dos mesmos; relativamente aos indicadores, além da dificuldade da sua definição, também foi relatado que o excesso de indicadores elaborados inicialmente foi prejudicial, pois a sua compreensão e análise levavam muito tempo; o estabelecimento da relação de causa-efeito entre os objetivos ainda gera dúvidas e muitas pessoas ainda estão a aprender este conceito e a burocracia que a ferramenta gera num dado momento, visto que diversas novas ações de gestão são incorporadas ao quotidiano do trabalho.

Para solucioná-las, as seguintes ações foram adotadas:

- Aquisição de sistema específico para implementação do BSC;
- Revisão dos objetivos, metas, iniciativas e indicadores;
- Foco nas dificuldades de cada gestor na elaboração das fórmulas dos indicadores;
- Reuniões semanais para acompanhamento e discussão do projeto (*feedback*);
- Nas entrevistas estruturadas, foram feitas observações adicionais às colocadas pelo hospital.

O modelo de Kaplan e Norton enfatiza que a elaboração do orçamento deve estar diretamente relacionada ao planeamento estratégico. Isto ainda não ocorre na sua totalidade no H9J, pois o mesmo encontra-se em fase de preparação do seu orçamento.

Um dos problemas da implementação do BSC é o fato de algumas empresas darem maior ênfase à perspectiva financeira, deixando de lado as demais (clientes, processos internos e aprendizagem e crescimento) o que, muitas vezes, levou ao insucesso da implementação desta ferramenta. Este fato (ênfase na perspectiva financeira) não ocorreu no H9J, pois todas as quatro perspectivas foram igualmente contempladas. É inquestionável o fato de que a implementação do BSC proporcionou o conhecimento da missão e da estratégia da organização para todos os setores do hospital, fazendo com que estes passassem a despende esforços voltados para a mesma direção.

4. METODOLOGIA

No presente trabalho utiliza-se o método de investigação designado de estudo de caso. De seguida, justifica-se a escolha deste método e são identificadas as suas vantagens e limitações.

4.1. Justificação do método

O presente estudo caracteriza-se como uma pesquisa qualitativa exploratória e descritiva. Segundo Yin (2015) um estudo de caso é exploratório quando se conhece muito pouco da realidade em estudo e os dados se dirigem ao esclarecimento e delimitação dos problemas ou fenómenos da realidade; um estudo de caso é descritivo quando há uma descrição densa e detalhada de um fenómeno no seu contexto natural.

Optou-se pelo método do estudo de caso dadas as vantagens que apresenta na análise dos processos organizacionais permitindo explorar, descrever, explicar, avaliar e proporcionar conhecimento que fica disponível acerca do fenómeno estudado, neste caso, a aplicação da metodologia BSC a um serviço de urgência.

Segundo Yin (2015), o estudo de caso é uma investigação empírica que se baseia no raciocínio indutivo que depende fortemente do trabalho de campo e que se baseia em fontes de dados múltiplas e variadas e é utilizada frequentemente. Pode afirmar-se que é a estratégia mais utilizada quando se pretende conhecer o “como?” e o “porquê?”.

De forma resumida, Yin (2013) apresenta quatro aplicações para o método do estudo de caso:

- Para explicar ligações causais nas intervenções na vida real que são muito complexas para serem abordadas pelas estratégias experimentais;
- Para descrever o contexto da vida real no qual a intervenção ocorreu;
- Para fazer uma avaliação, ainda que de forma descritiva, da intervenção realizada;
- Para explorar aquelas situações onde as intervenções avaliadas não possuam resultados claros e específicos.

Neste estudo de caso, foram envolvidas três subunidades de análise: o conselho de administração, direção médica e de enfermagem do serviço de urgência geral (SUG).

4.2. Vantagens e limitações

As vantagens na investigação pela utilização do método estudo de caso, segundo Yin (2013), são: método que produz informação de fácil entendimento, o que facilita a compreensão e comunicação; foca pontos únicos que se perderiam num estudo de escala mais alargada; relata pormenorizadamente a situação em estudo, o que proporciona uma maior compreensão da realidade e, finalmente, pode ser implementado por um único investigador.

No que toca às limitações, há que se confrontar, em primeiro lugar, o que pode ser considerado como uma crítica clássica ao próprio método de estudo de caso que é a impossibilidade de generalização para o universo de empresas. Neste sentido, nenhum caso é generalizável para o universo ou população. O objetivo do investigador é aprofundar conhecimentos e teorizar (generalização analítica) e não fazer generalizações estatísticas (Yin, 2013).

Como é referido por Humphrey e Scapens (1996), outra limitação constantemente atribuída ao estudo de caso refere-se ao viés representado pela subjetividade do pesquisador. Embora inegável, esta influência também pode ocorrer noutros métodos, inclusive nos quantitativos, devendo ser mitigada por meio do uso de técnicas conhecidas como a gravação e transcrição das entrevistas e pela triangulação das fontes.

McKinnon (1988) identifica quatro tipos de ameaças à validade e à fiabilidade que comporta um estudo de caso:

- Efeitos causados pelo observador - a presença do investigador conduz os participantes a alterarem o seu comportamento e os seus diálogos, levando à observação de um cenário diferente daquele que seria natural sem a sua presença;
- Enviesamento do observador - resulta do fato daquilo que o investigador observa ou ouve, podendo não corresponder exatamente à realidade;
- Limitações de acesso à informação - deriva do período limitado de tempo que é passado na organização e de restrições de acesso criadas pela própria organização;
- Complexidades e limitações da mente humana são originadas por dois aspetos: os entrevistados podem propositadamente transmitir uma imagem para o exterior que não corresponde à realidade dos factos e, os próprios entrevistados, mesmo querendo transmitir a realidade, estão sujeitos às limitações da mente humana.

Segundo o mesmo autor além da subjetividade do investigador, o problema do enviesamento ou falta de rigor também provém da subjetividade das fontes de informação a que o investigador recorre para compreender o caso.

4.3. Processo de investigação para obter a validade e fiabilidade na investigação

Um bom estudo de caso deve utilizar o maior número possível de fontes de evidências, de acordo com Yin (2015). Desse modo, neste estudo de caso utilizou-se as seguintes fontes: entrevistas focais, documentos e observação direta.

A estratégia de utilizar vários métodos de recolha de dados (triangulação), tais como a observação, as entrevistas e a análise documental, para além de ter sido importante por si só, dada a diversificação que incorpora, foi útil para se obter várias perspetivas do fenómeno sob investigação e aumentar-se, assim, a validade e a fiabilidade na investigação.

O trabalho de campo realizado foi baseado essencialmente em reuniões com as responsáveis do SUG, Dr^a Micaela Monteiro e a Enf^a Gabriela Fernandes, médica e enfermeira responsável. Essas reuniões foram efectuadas sobretudo com o objectivo de conhecer o SUG. Não foram efectuadas entrevistas. Para a recolha das informações foi usado um guião, como o que pode observar no apêndice 1, com o objectivo de reunir toda a informação que se considerou importante para o desenvolvimento deste estudo.

5. ESTUDO DE CASO

5.1. Introdução

No presente capítulo aborda-se o processo de construção e implementação do BSC num serviço de urgência polivalente (SUP) que pertence a um hospital central da zona centro do país.

Desde logo, levantam-se algumas dúvidas quanto à viabilidade deste exercício.

- Estará o serviço de urgência preparado para receber esta metodologia?

O caso aqui apresentado mereceu a atenção uma vez que aborda um dos serviços mais complexos de um hospital, devido aos seguintes fatores:

- Excesso de procura por parte dos utentes; nos anos 90, um estudo do ministério da saúde, indicava que num só ano, para todos os hospitais Portugueses tinham sido registados 10.000.000 de episódios de urgência; cerca de 80% dos utentes que recorrem ao serviço de urgência, têm alta para casa;
- Tempo de espera elevado, como consequência de múltiplos fatores: excesso de utentes; falta de pessoal; tempo de espera para realização de meios complementares de diagnóstico e terapêutica; dificuldade em distinguir os casos urgentes dos outros, apesar dos sistemas de triagem;
- Serviço consumidor de grandes recursos em especial no que respeita aos custos com pessoal;
- Índices de satisfação dos utentes muito baixos.

Segundo Matos e Ramos (2009) o serviço de urgência é um serviço cuja casuística é difícil de prever, pelo que há uma natural ineficiência de recursos e na perspetiva da gestão é um serviço de elevados custos, essencialmente de pessoal e medicamentos. Os cuidados prestados nestes serviços são direcionados a situações específicas e caracterizam-se por ser imediatos, ou seja, não incluem uma prestação de cuidados duradoura.

O funcionamento dos serviços de urgência (SU) tem sido, ao longo dos anos, uma preocupação constante do SNS. Por múltiplas razões, os serviços de urgência transformaram-se, progressivamente, na porta de entrada no SNS e em grandes consumidores de recursos humanos e financeiros, condicionando, em muitos hospitais, o

funcionamento regular de todos os outros Serviços de ação médica, do ambulatório e dos meios complementares de diagnóstico e terapêutica.

O cidadão incorporou expectativas e comportamentos, como exigência de atenção imediata, utilização de serviços sem prévia referência clínica, exigência de atendimento personalizado e de informação do SU como serviço de atendimento continuado não urgente, que pesam no funcionamento dos SU. Segundo Machado (2008), existe uma oferta mantida ao nível dos serviços de urgência, uma vez que não é constitucionalmente possível negar cuidados neste ou noutro nível de prestação, as populações optam por resolver os seus problemas agudos, eventualmente não emergentes nem urgentes, nos serviços que têm a sua disponibilidade anunciada e efetiva nas vinte e quatro horas do dia, todos os dias do ano.

5.2. Caracterização de um serviço de urgência geral polivalente

Os SUP são objeto de estudo neste trabalho de investigação, uma vez que constituem o nível mais diferenciado dos serviços de resposta a urgências/emergências e encontram-se, normalmente, em hospitais centrais (Silva, 2009). A estrutura de um SU, assim como o seu funcionamento, é de todo diferente da maior parte dos serviços hospitalares.

5.2.1. Níveis de urgência

Em conformidade com o Despacho nº 10319 de 11 de Agosto, os níveis de urgência deverão ser classificados segundo os três níveis:

- Serviço de Urgência Polivalente (SUP) – o nível mais diferenciado de resposta à situação de urgência/emergência e deve oferecer resposta de proximidade à população da sua área, possuindo todos os recursos que um Serviço de Urgência Médico-Cirúrgica (SUMC) tem, diferenciado nas seguintes áreas: neurocirurgia; imagiologia, com angiografia digital e ressonância magnética; patologia clínica com toxicologia; cirurgia vascular; pneumologia, com endoscopia; via verde da sépsis, do AVC, do trauma e via coronária, com cardiologia de intervenção; cirurgia cardiotorácica; cirurgia maxilo-facial; cirurgia plástica e reconstrutiva; gastroenterologia, com endoscopia.

Devem ter uma viatura médica de emergência e reanimação em gestão integrada, que participe na prestação de cuidados ao doente crítico do SUP, colaborando no seu transporte. Em termos de rácio, é aceite que exista um SUP por cada 750.000 – 1.000.000 habitantes, o que implica uma rede de 10 a 13 SUP.

Quadro 5.1 – Avaliação do número de SUP

	Conforme Despacho 5414/2008				Avaliação em 2012			
	Norte	Centro	Sul	Total	Norte	Centro	Sul	Total
SUP	5	3	6	14	3	2	3	8

Fonte: Relatório comissão de reavaliação da rede nacional de emergência e urgência (CRRNEU)

De acordo com a situação em 2012, conclui-se que não se constituíram os SUP mencionados no Despacho 5414/2008.

- Serviço de Urgência Médico-Cirúrgica (SUMC) - o segundo nível de acolhimento das situações de urgência;
- Serviço de Urgência Básica (SUB) – o primeiro nível de acolhimento a situações de urgência.

5.2.2. Atividade assistencial

Os utentes, após a observação no SUG, poderão ser encaminhados para exterior não referenciado, consulta externa, centro de saúde ou hospital de dia.

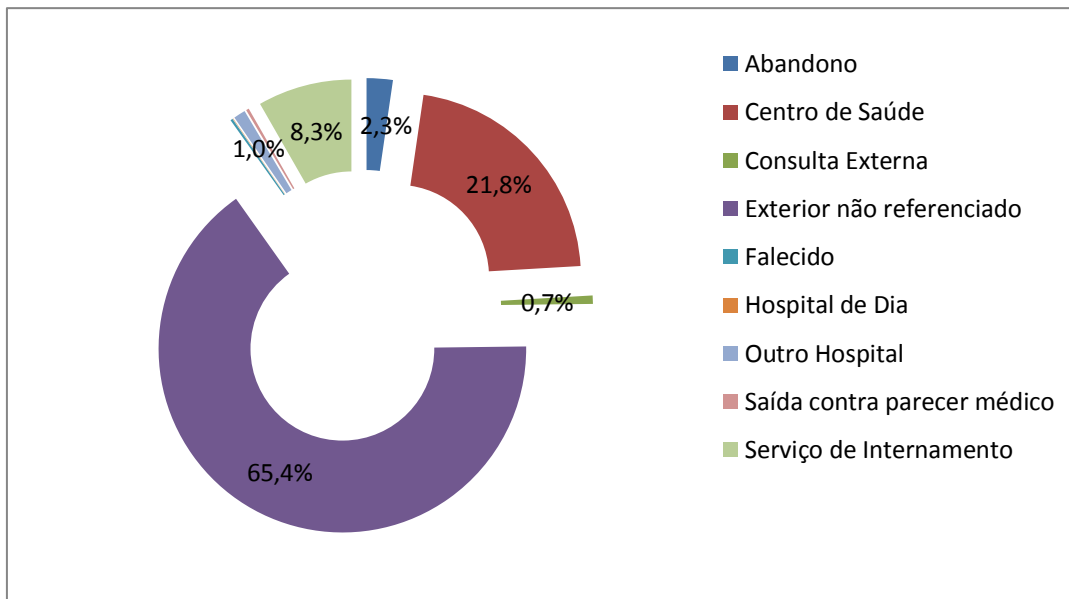


Figura 5.1 Distribuição de urgências segundo destino

Fonte: Aplicação informática “Sonho”

É através da análise dos resultados dos destinos a partir do serviço de urgência que se poderá ter uma ideia sobre o que projetar e contratualizar, num âmbito hospitalar.

5.2.3. Relação com estruturas circundantes

A regulação da procura assistencial urgente implica uma visão integral dos processos de urgência, em que o SUP terá que se relacionar com estruturas circundantes, nomeadamente:

- Emergência extra-hospitalar;

O sistema extra-hospitalar e hospitalar de urgência deve integrar-se num sistema de emergência/urgência comum. Ativação de meios, transporte pré-hospitalar, avaliação em serviço de urgência e transporte inter-hospitalar são elos de um processo único.

- Serviços de internamento;

O doente não deverá ter a sua estadia no SUP prolongada por indisponibilidade de camas em internamento. Para que isso aconteça é necessário:

1. Existência de um processo de camas sob o escrutínio do SUG em tempo real;
2. Transferência do doente para o internamento sem necessidade de observação clínica pela equipa do internamento;
3. Existência de um clínico gestor de camas.

- Centro de Saúde Primário (CSP)

A situação atual caracteriza-se por um excesso de oferta, inadequada, no acesso ao SUG. A resposta exige a coordenação dos dois sistemas – SUG e CSP, que permitirá adequar a oferta e identificar os papéis de cada um dos sistemas, ganhando, assim, qualidade e eficiência.

- Triagem clínica de prioridade e orientação centralizada, por via telefónica

É essencial a implementação de sistemas de triagem de prioridades no SUG, de forma a identificar os doentes que mais rapidamente necessitam de cuidados, numa realidade caracterizada por uma casuística elevada.

5.2.4. Sistema de triagem de *Manchester*

Em Portugal e em muitos países europeus, verifica-se uma necessidade de implementar regras de triagem à entrada dos serviços de urgência. O excesso de procura e a incapacidade consistente de dar resposta atempada e segura, levou a que se pensasse em aplicar este tipo de modelo de hierarquização de atendimento. No fundo, foi sendo assumido que não era possível disponibilizar tudo a todos, isto é, o direito ao acesso a cuidados, no âmbito do serviço de urgência, deveria ser privilegiado a quem clínica e manifestamente mais precisava. Houve que separar o que era realmente emergente/urgente, dos casos que embora agudos não verificavam os critérios atrás mencionados.

A necessidade de separar os casos emergentes e/ou urgentes de todos os outros, constituiu uma das medidas de maior equidade empregue nos últimos tempos nos hospitais portugueses. Com efeito, a triagem é um enorme instrumento de equidade no acesso a cuidados de saúde, ou seja, a resposta ou a prestação é diferente, de acordo com situações de necessidade clínica diferente. O despacho ministerial 19124 de 17 de Agosto de 2005 vem determinar a implementação de protocolos de triagem de prioridades nos hospitais que fazem parte do Serviço Nacional de Saúde (SNS).

É um método de triagem que fornece ao profissional não um diagnóstico, mas uma prioridade clínica baseada na identificação de problemas e apropriada a guiar a tomada de decisão. A avaliação do doente deve ser sistemática e todos os elementos dessa avaliação devem ser reunidos para dar uma imagem completa da situação clínica do doente.

Este sistema de triagem define cinco tempos médios previstos de atendimento: emergente, muito urgente, urgente, pouco urgente e não urgente (Figura 5.2).

Prioridade	Cor	Observação (minutos)
Emergente	Vermelho	Observação imediata
Muito Urgente	Laranja	10
Urgente	Amarelo	60
Pouco Urgente	Verde	120
Não Urgente	Azul	240

Figura 5.2 Triagem de Manchester: cores, caracterização da situação e tempo de espera.

Fonte: Adaptado de Novo (2010).

De acordo com o art.º 20, do Despacho n.º 10319/2014, a estrutura física dos SUG é variável e deve, necessariamente, incluir, de acordo com o fluxograma (Figura 5.3).

- Área de admissão e registo;
- Área de triagens de prioridades;
- Área de espera;
- Área de avaliação clínica;
- Área de emergência com suporte avançado de vida;
- Área de ortotraumatologia;
- Área de curta permanência e observação;
- Áreas não assistenciais.

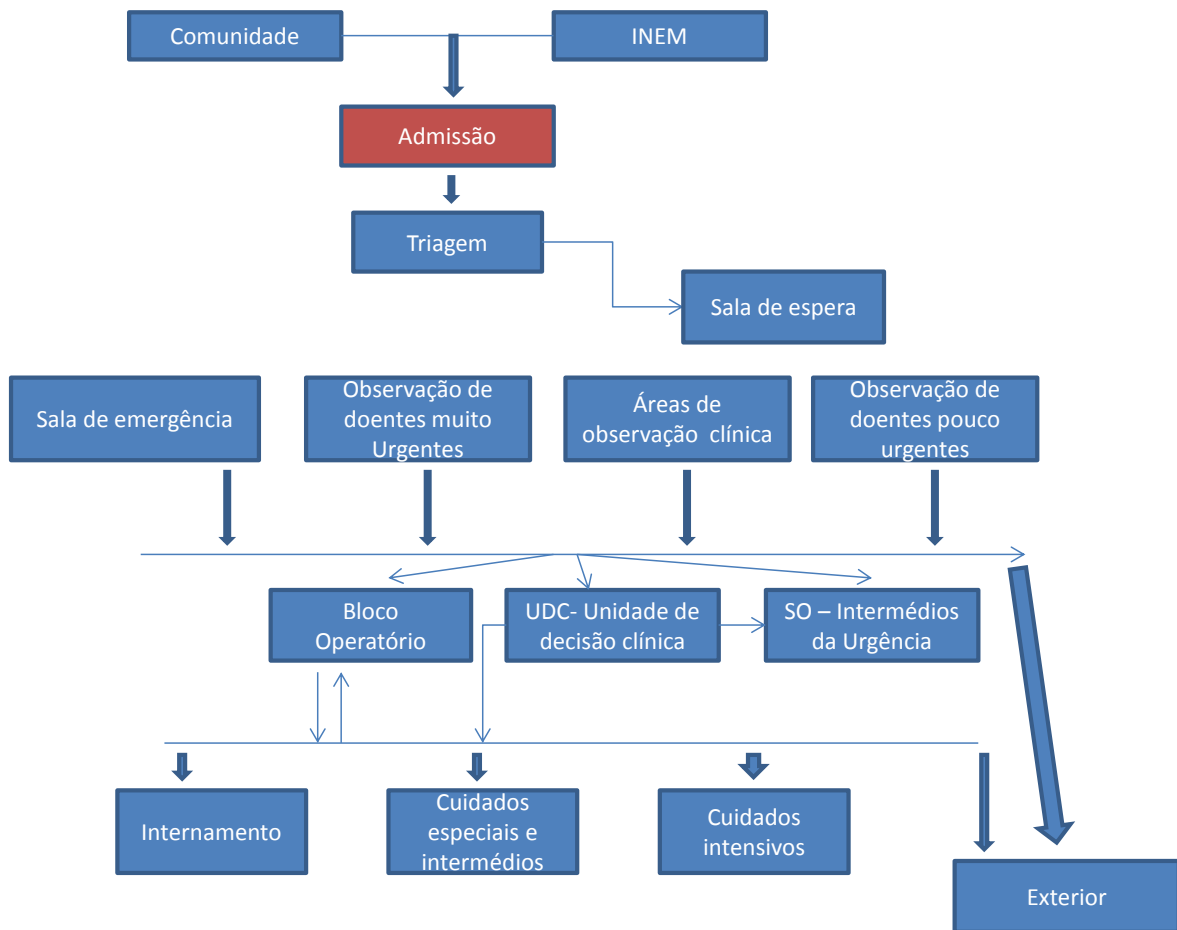


Figura 5.3 Fluxograma de encaminhamento de doentes do SUG

Fonte: Fluxograma do Serviço de Urgência Geral

É necessário promover a sua utilização, reforçar o seu papel decisor da orientação do doente e aumentar a sua qualidade, através de auditoria de desempenho. Através da redução das taxas moderadoras e da priorização de atendimentos nos CSP ou no SUG é possível incentivar a utilização deste sistema.

Segundo Kosnik (2002), é objetivo principal a adequada coordenação entre os diferentes níveis assistenciais, de forma a garantir a continuidade assistencial. O sistema operativo dos SUG depende de micro-sistemas e de macro-sistemas de saúde.

5.2.5. Recursos humanos

Pela posição dos SUG no sistema de saúde, os seus profissionais desempenham um importante papel na gestão do sistema, quer na ligação com os cuidados de saúde primários

quer na ligação com as consultas e o internamento hospitalar, exigindo uma eficaz interação multi-disciplinar e multi-profissional.

Os SUG têm quadro específico de enfermeiros e assistentes operacionais, que dedicam toda a sua atividade clínica a esse serviço, adquirindo, assim, conhecimentos e competências específicas.

Relativamente aos médicos, foi emitido um Despacho nº 47/SEAS/2006 que afirma que “o Conselho de Administração deve promover a constituição de equipas dedicadas constituídas por médicos que afetem parte ou a totalidade do seu horário semanal de trabalho ao SUG, com caráter definitivo ou temporário”.

Existem três modelos de recursos humanos médicos:

- Modelo “clássico”: médicos dos vários serviços e especialidades fazem 12 a 24 horas do seu horário semanal no SUG;
- Modelo “dedicado”: a urgência é assegurada por médicos que trabalham apenas no SUG e que têm competência para essa prática clínica;
- Modelo “misto”: parte dos recursos, no setor não cirúrgico, é do tipo “dedicado” e na vertente cirúrgica é de tipo “clássico”.

Na sequência do inquérito realizado pela CRRNEU, constata-se que, dos três modelos de recursos médicos, 5% dos SUG têm modelo “dedicado”, 49% modelo “misto” e 46% modelo “clássico”.

5.3. Proposta de construção de BSC para SUG

5.3.1. Introdução

Após a definição clara e a obtenção de consenso relativamente às matérias-primas do BSC, serão expostos e fundamentados os objetivos estratégicos e os respetivos indicadores definidos. Posteriormente serão apresentadas as metas para ajudar o SUG a alcançar as mesmas. Esta proposta de BSC tem como suporte a análise das entrevistas aos responsáveis, pela área clínica e de enfermagem, de um SUG, bem como a revisão de literatura efetuada.

Por razões de confidencialidade, não foi permitida a divulgação exata das metas a atingir, sendo estas apenas ilustrativas.

5.3.2. As matérias-primas do BSC: missão, valores, visão e estratégia

Como ponto de partida para o desenvolvimento do BSC, foi necessária a definição clara de quatro elementos fundamentais – a missão, os valores, a visão e a estratégia. Estes elementos encontram-se aprovados pelos responsáveis do SUG e administração do hospital central.

Missão

O serviço de urgência tem como missão:

Melhorar a prestação de cuidados de saúde em todas as situações enquadradas nas definições de urgência e emergência, que são aquelas cuja gravidade, de acordo com critérios clínicos adequados, exijam uma intervenção médica imediata.

Valores

No cumprimento da missão, o serviço de urgência rege todas as atividades por um conjunto de princípios baseados nos valores em que acredita e preserva:

«Humanização, qualidade, comunicação, respeito, desenvolvimento profissional e responsabilidade, excelência técnico profissional e ética profissional.»

Visão

A visão da empresa é uma declaração que define para onde é que a organização pretende ir no futuro. Sendo assim, o SUG tem a seguinte visão:

Queremos desenvolver um trabalho de qualidade assente numa boa comunicação, respeito entre todos os elementos da equipa multidisciplinar, contribuindo para o desenvolvimento profissional e responsabilização pelo trabalho desenvolvido.

Estratégia

A estratégia do SUG assenta, assim, em três pilares:

- Prestação de cuidados de saúde humanizados, de qualidade e em tempo oportuno;
- Promoção da investigação e da formação profissional;
- Melhoria dos sistemas de informação.

5.3.3. Objetivos estratégicos e respetivos indicadores

O BSC tem como objetivo traduzir a estratégia da organização, começando pelos objetivos clientes e, em seguida, relacioná-los com as iniciativas a serem tomadas nas três outras perspetivas – financeira, processos internos e aprendizagem e crescimento.

Foram selecionados os objetivos estratégicos que melhor representam a descrição sobre o que o SUG tem de fazer bem para concretizar a sua estratégia. Os indicadores selecionados são estrategicamente relevantes para a avaliação de cada objetivo. Na escolha dos indicadores, teve-se em atenção algumas características fundamentais, como a possibilidade de recolher dados comparativos ao longo do tempo, fiáveis, fáceis de obter e que se encontrem disponíveis para serem consultados a qualquer momento.

No Quadro 6.1 encontram-se enunciados dezanove objetivos estratégicos e os respetivos indicadores selecionados para cada perspetiva do BSC do SUG. Todos os objetivos e indicadores foram obtidos através de reuniões com os responsáveis do serviço de urgência geral.

Quadro 5.2 - Objetivos estratégicos e respetivos indicadores no SUG

Perspetivas	Objetivos	Indicadores
Utentes	Proporcionar boas condições de acolhimento ao nível das instalações Disponibilizar cuidados de Qualidade Aumentar os ganhos em saúde Melhorar a acessibilidade Diminuir o risco clínico e não clínico Reduzir o tempo de espera no SU	Índice de satisfação dos utentes Nº de atendimentos em tempo útil (triagem de Manchester) Índices de Mortalidade e Morbilidade Nº de utentes agendados no SUG para os CSP Nº de incidentes e más práticas clínicas reportadas Tempo, em minutos, de permanência no SU
Financeira	Melhorar os resultados económicos Reduzir custos operacionais Aumentar proveitos	Resultados operacionais (EBIT) % custos com Pessoal Nº episódios de urgência faturados
Processos Internos	Processo de contratualização interna Fomentar a melhoria contínua da qualidade Melhorar canais de comunicação externa Avaliação e auditoria dos SU Reforçar os interfaces e protocolos entre CSP e SU Melhorar processo de faturação Melhorar ferramentas informáticas de apoio	Grau de concretização dos objetivos contratualizados Nº de reclamações Nº de utentes referenciados pela Linha Saúde 24 ao SU Nº atendimentos não urgentes Nº utentes referenciados pelos CSP ao SU Nº episódios de urgência faturados no momento da alta Nº de computadores e aplicações
Aprendizagem e Crescimento	Desenvolver e reforçar competências dos colaboradores Aumentar nível de motivação Envolver os colaboradores no processo de mudança	Nº horas de formação dos trabalhadores Índice de satisfação dos trabalhadores Nº programas de formação contínua, comunicação e consultadoria entre Médicos e Enfermeiros do CSP e do Hospital, envolvendo o atendimento em SU

Fonte: Elaboração própria

5.3.4. Visão integrada das quatro perspetivas – Mapa estratégico

O mapa estratégico é um elemento fundamental na construção de um BSC, pois descreve a estratégia através das relações causa-efeito entre os objetivos. Este mapa deve ser lido de baixo para cima.

Relativamente à sequência das perspetivas, o SUG apresenta o seu mapa estratégico com a perspetiva financeira ao mesmo nível da perspetiva utentes (Figura 5.4).

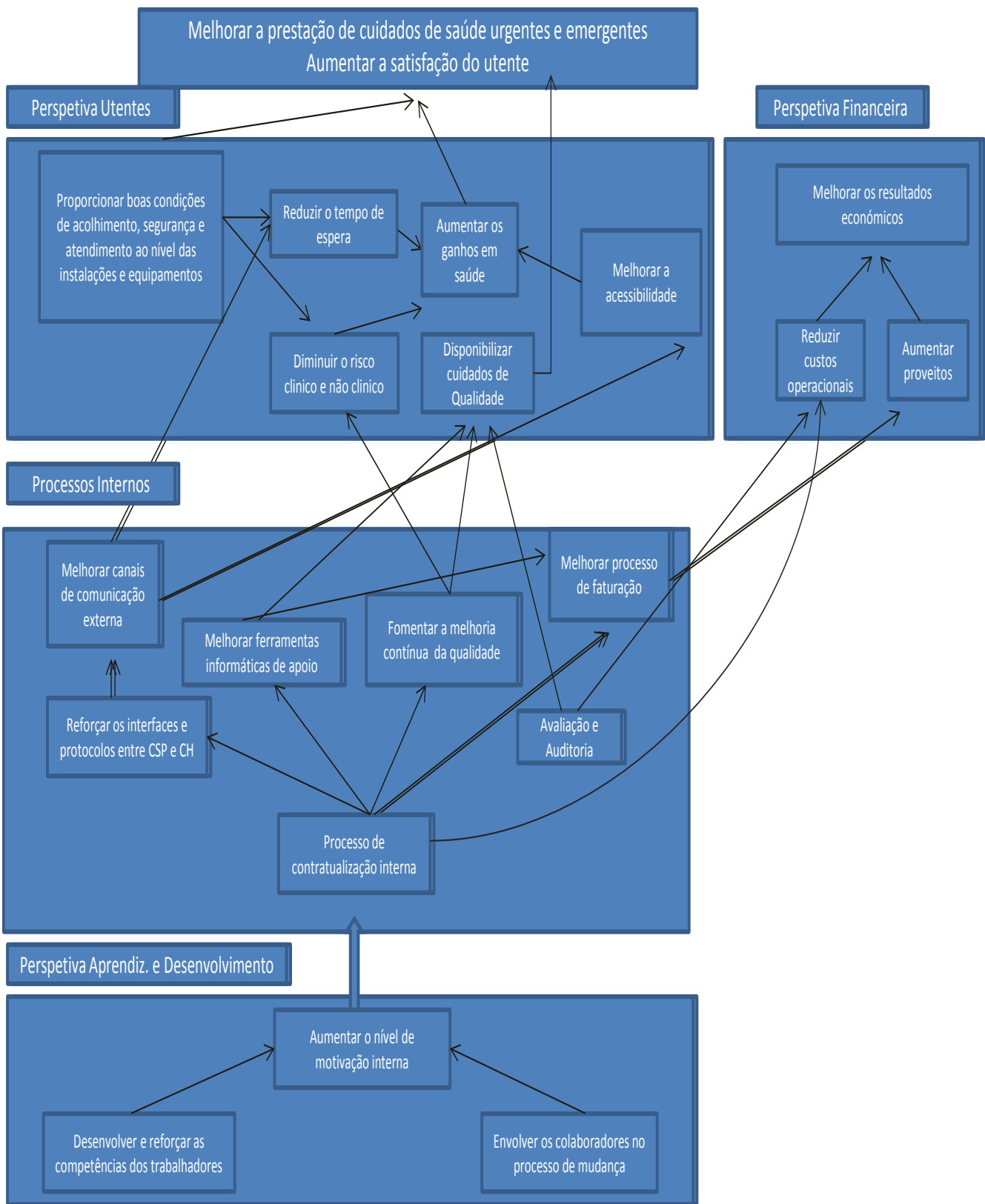


Figura 5.4 Mapa Estratégico do SUG

Fonte: Elaboração Própria

5.3.5. Fundamentação dos objetivos e respetivos indicadores

De acordo com o Contrato-Programa, celebrado entre a Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo e o hospital central, o processo de contratualização tem como princípios:

- Promoção de acesso, melhoria da qualidade dos cuidados de saúde, satisfação dos utentes e obtenção de ganhos em saúde;
- Gestão criteriosa e utilização eficiente dos recursos disponíveis;
- De seguida será justificada a adoção de cada objetivo e respetivos indicadores presentes no quadro 6.2, agrupados nas quatro perspetivas.

5.3.5.1 Perspetiva dos utentes

Segundo Ribeiro (2004) pela própria natureza da atividade clínica e dada a assimetria de informação entre o prestador e o consumidor, característica muito específica desta atividade, o utente tende a valorizar os níveis de serviço que lhe é prestado, e não a qualidade intrínseca do ato clínico, para a qual não tem competências. Interessa ao utente se é atendido a horas, se o local onde espera ou é atendido é confortável, se está limpo, se o atendimento é cortês. Não é o utente que vai discutir se um determinado exame ou medicamento foi bem ou mal prescrito, se uma cirurgia, em que ele é parte passiva, foi tecnicamente bem executada ou até se aquele profissional era o mais competente para lhe prestar o cuidado.

Os utentes assumem particular importância no cerne de qualquer organização, sendo os que determinam e fundamentam a missão e a visão com que as organizações se orientam. Consequentemente, a satisfação dos utentes é vista como algo tão ou mais importante que a obtenção de lucro.

Os objetivos estratégicos definidos na perspetiva dos utentes foram: proporcionar boas condições de acolhimento ao nível das instalações, disponibilizar cuidados de qualidade, aumentar os ganhos em saúde, melhorar a acessibilidade, diminuir o risco clínico e não clínico e reduzir o tempo de espera no SUG.

As boas condições de acolhimento ao nível das instalações, nomeadamente níveis ótimos de conforto, limpeza e segurança, serão avaliadas através de inquéritos de avaliação de satisfação de forma a assegurar o respetivo funcionamento em condições de segurança para

os pacientes, profissionais e outros que se encontrem nas instalações do hospital. Os resultados foram desagregados em dois subindicadores: o tempo, em minutos, de permanência no SUG e o número de incidentes e más práticas clínicas reportadas.

Em relação à prestação de cuidados de qualidade optou-se por monitorizar o número de atendimentos em tempo útil, através da triagem de Manchester.

De acordo com o mapa estratégico, os ganhos em saúde dependem da redução do tempo de espera, da diminuição do risco clínico e não clínico e da acessibilidade e definiu-se que se iria medir através de índices de mortalidade e morbilidade.

A acessibilidade será avaliada através da possibilidade do SUG agendar consulta nos CSP.

5.3.5.2 Perspetiva financeira

Na perspetiva financeira procurou-se definir as medidas impulsionadoras de uma boa *performance* financeira, capaz de sustentar a estratégia traçada. O SUG tem como objetivos financeiros aumentar os proveitos, reduzir custos operacionais e consequentemente melhorar os resultados económicos. Por forma a apurar se os resultados económicos estão a melhorar, foi definido como indicador os resultados operacionais (EBIT). Este indicador financeiro revela o resultado da empresa antes do apuramento dos juros financeiros e do cálculo do imposto, ou seja o resultado operacional da empresa. O EBIT determina-se, a partir da demonstração de resultados, através da diferença entre as receitas e as despesas da empresa.

Foi selecionado um indicador para avaliar os proveitos, número de episódios de urgência faturados, que depende de um processo eficaz de faturação. De acordo com o Despacho n.º 12011/2013, foi criado um sistema de informação denominado sistema de informação sobre as taxas moderadoras (SITAM) que visa a gestão da cobrança de taxas moderadoras e recuperação dos valores em dívida, garantindo, ainda, a integração centralizada e automática com a autoridade tributária, para efeitos de cobrança coerciva.

Definiu-se medir os custos operacionais a partir dos custos com pessoal, uma vez que é a rubrica com maior peso nos custos totais, 67%. É necessário aumentar a eficiência na utilização dos recursos humanos, implementando processos de controlo que acompanhem os objetivos contratados.

5.3.5.3 Perspetiva dos processos internos

Ao nível dos processos internos existem fatores críticos que são essenciais a ter em conta. Para tal, foram estabelecidos sete objetivos a serem monitorizados: processo de contratualização interna, fomentar a melhoria contínua de qualidade, melhorar canais de comunicação externa, avaliar e auditar os SUG, reforçar os interfaces e protocolos entre CSP e SUG, melhorar o processo de faturação e melhorar ferramentas informáticas de apoio. A contratualização de serviços é considerada um instrumento chave para melhorar o desempenho dos sistemas de saúde. Em teoria, está associada a um conjunto de funções com potencialidades para aumentar a eficiência das instituições e a efetividade dos cuidados prestados (Valente, 2010).

Para avaliar o processo de contratualização interna definiu-se como indicador o grau de concretização dos objetivos contratualizados. Este indicador é de elevada importância porque vai permitir uma melhoria no processo de faturação e, conseqüentemente, um aumento de proveitos.

A avaliação e auditoria dos SUG com maior e menor percentagem de atendimentos não urgentes para identificação de eventuais problemas e de boas práticas. A auditoria tem implicações na gestão de qualidade. Considerando a complexidade do setor saúde, nomeadamente no SUG, é necessário avaliar todos os processos envolvidos por meio de ações propostas pela auditoria, auxiliando na redução de custos e melhorando a qualidade dos serviços prestados. A implementação de uma gestão da qualidade deve contribuir para a melhoria contínua dos serviços prestados.

De acordo com a cláusula 23ª do Contrato-Programa, o hospital, nomeadamente o SUG, obriga-se a dispor de sistemas e tecnologias de informação e comunicação adequados ao desenvolvimento das suas atividades, tendo especialmente em vista: promover a implementação do processo clínico eletrónico, registar de forma exaustiva as atividades executadas, quer na vertente assistencial quer nas vertentes económica e financeira, proceder à implementação do sistema de faturação eletrónico, determinado pela administração central do sistema de saúde (ACSS), e apoiar a decisão clínica e de gestão.

Segundo a cláusula 24ª do CP, relativamente ao objetivo da melhoria contínua da qualidade, o SUG no exercício da sua atividade fica obrigado a assegurar elevados parâmetros de qualidade dos serviços de saúde prestados, quer no que respeita aos meios e processos utilizados quer no que respeita aos resultados. Conseqüentemente, o SUG deverá

aderir a um processo de acreditação, com o objetivo de promover as ações tendentes à melhoria contínua da qualidade assistencial, segurança e satisfação dos profissionais. Estabelecer normas e procedimentos de governação clínica, promotores de elevados padrões de qualidade de prática clínica e, conseqüentemente, da redução do erro clínico.

Para avaliar a eficácia dos canais de comunicação externa definiu-se como indicador o número de utentes referenciados pela linha saúde 24 ao SUG. Deverá haver uma discriminação positiva dos utentes referenciados pela linha saúde 24 ao SUG, através de atendimento prioritário, dentro do mesmo nível de urgência, isenção ou redução significativa da taxa moderadora.

Relativamente aos interfaces e protocolos entre CSP e SUG definiu-se que se iria medir a sua eficácia através do número de utentes referenciados pelos CSP ao SUG. Será necessário implementar canais de comunicação permanentes, eficazes (p. ex. telemóvel dedicado), entre os CSP e as urgências de uma área, para consultoria e discussão de casos. Haverá um aumento de utentes referenciados para o SUG se for possível agendar consultas nos CSP.

5.3.5.4. Perspetiva de aprendizagem e crescimento

A perspetiva de aprendizagem e crescimento é indutora dos resultados das três outras perspetivas – financeira, clientes e processos internos. Esta procura identificar os objetivos e indicadores que são condutores de um crescimento organizacional.

O SUG considera que os seus colaboradores são parte importante das infraestruturas pelo que é fundamental investir nas pessoas. Para tal, selecionaram-se três objetivos, dos quais o nível de motivação interna depende do desenvolvimento e reforço das competências dos trabalhadores e do envolvimento dos colaboradores no processo de mudança.

Um colaborador motivado realizará as suas tarefas com empenho, evitando erros e faltas de atenção. Assim, estabeleceu-se como objetivo a satisfação dos colaboradores, a qual é medida através de inquéritos periódicos (anuais) aos colaboradores, de forma a avaliar o índice de satisfação dos mesmos.

Foi selecionado um indicador para avaliar as competências dos colaboradores, número de horas de formação dos trabalhadores. De acordo com a cláusula 28ª do contrato programa, o hospital compromete-se a desenvolver atividades de formação e de investigação com o

objetivo de aperfeiçoar as capacidades dos profissionais de saúde e melhorar os serviços de saúde prestados.

Para avaliar o envolvimento dos colaboradores no processo de mudança, definiu-se como indicador o número de programas de formação contínua, comunicação e consultadoria entre médicos e enfermeiros dos CSP e do hospital, envolvendo o atendimento em SUG.

5.3.6. Elaboração do plano estratégico: metas

Segundo (Calhau, 2009), o último passo no processo de criação do BSC como sistema de medição e ferramenta de comunicação consiste na fixação de metas e na priorização das iniciativas que as tornam possíveis. As metas especificam o nível de desempenho desejado para cada indicador. É este passo que contribui para a constituição do BSC como pedra fundamental dos futuros processos de gestão. Por questões de confidencialidade, os valores das metas a atingir para o ano de 2015 são meramente ilustrativas. As iniciativas das respetivas metas não serão objeto de análise.

Quadro 5.3 - Indicadores e respectivas metas

Perspetivas	Indicadores	Metas para o ano 2015
Utentes	Índice de satisfação dos utentes	> 80%
	Nº de atendimentos em tempo útil (triagem de Manchester)	> 90%
	Índices de Mortalidade e Morbilidade	Manter <5%
	Nº utentes agendados no SUG para os CSP	Aumentar 25%
	Nº de incidentes e más práticas clínicas reportadas	Reduzir 30%
	Tempo, em minutos, de permanência no SU	< 25% em cada prioridade
Financeira	Resultados operacionais (EBIT)	> 15%
	% custos com Pessoal	< 10%
	Nº episódios de urgência faturados	> 15%
Processos Internos	Grau de concretização dos objetivos contratualizados	> 95%
	Nº de reclamações	Reduzir 50%
	Nº de utentes referenciados pela Linha Saúde 24 ao SU	Aumentar 15%
	Nº atendimentos não urgentes	Reduzir 40%
	Nº utentes referenciados pelos CSP ao SU	Aumentar 20%
	Nº episódios de urgência faturados no momento da alta	> 85%
Nº de computadores e aplicações	Aumentar 15%	
Aprendizagem e Crescimento	Nº horas de formação dos trabalhadores	> 35 horas
	Índice de satisfação dos trabalhadores	> 75%
	Nº programas de formação contínua, comunicação e consultadoria entre Médicos e Enfermeiros do CSP e do Hospital, envolvendo o atendimento em SU	> 80%

Fonte: Elaboração própria

6. CONCLUSÃO

6.1. Conclusões gerais

As unidades de saúde prosseguem objetivos diversificados e estão sujeitas a distintos grupos de interesse. Esta situação conduz, na maioria das vezes, a grandes dificuldades na definição de um rumo estratégico e no foco na atividade central de prevenção e proximidade à comunidade. Um hospital é uma organização dotada de grande complexidade, onde se encontram mesclados ciência e tecnologia, justificando uma preocupação especial com o processo de formulação da estratégia. O desenvolvimento de estratégias na área da saúde, especialmente hospitais de grande porte, é um desafio estimulante.

A previsível intensificação da concorrência no sector privado, a grande complexidade da gestão hospitalar e a quantidade de informação que se gere na saúde reforça ainda mais a ideia de focalização e tende a impulsionar estratégias de diferenciação e diversificação para a antecipação das mudanças que a sociedade atual espera.

O BSC, enquanto ferramenta de gestão estratégica, promove a obtenção de melhorias significativas na *performance* dos serviços públicos, através do alinhamento obtido entre mudanças estruturais, prioridades estratégicas e eficiência operacional. A utilização do BSC em organizações do sector público implica uma visão horizontal de processos estruturados e orientados para o cidadão. No sector público, assistimos a uma reestruturação profunda que caminha no sentido de se seguirem as mesmas regras do privado, ou seja, pautarem-se pela responsabilização assente na gestão por objetivos e pela satisfação dos utentes e dos seus profissionais.

Porter (1996) defende que, para se superar a concorrência, é necessário que as organizações adotem estratégias baseadas na diferenciação, que permitam a criação e uma oferta de valor aos clientes superior àquilo que a concorrência faz. Para ele, a definição e a execução da estratégia, bem como a avaliação do desempenho, constituem os elementos fundamentais cuja compreensão e aplicação são basilares para garantir o sucesso.

O presente estudo foi realizado com o objetivo de desenvolver e sugerir um modelo de monitorização de desempenho para um serviço de urgência geral, baseado no BSC.

Começou por fazer-se o enquadramento teórico do tema. De um modo geral foram revistos conceitos que sustentaram o desenvolvimento do trabalho prático, desde a apresentação

dos conceitos e instrumentos de gestão utilizados na definição do posicionamento estratégico (missão, visão, valores, estratégia), até ao enquadramento teórico do BSC.

Importa salientar o enquadramento feito no que respeita à aplicação do BSC em Hospitais, e às especificidades deste tipo de empresas.

Apesar das limitações à implementação do BSC, nomeadamente pelos recursos disponíveis, partilha da gestão com a propriedade, reduzida cultura organizacional, inexistência de uma estratégia, formação dos empresários, a sua implementação conduz a inúmeras vantagens para esta tipologia de empresas, já que obriga a uma definição clara da estratégia organizacional, ao alinhamento dos recursos e de toda a organização com a orientação estratégica, ao aumento do rigor nos processos, à definição de hierarquias, ao alinhamento da organização com as necessidades dos clientes e, sobretudo, à medição e verificação do seu desempenho estratégico.

Conclui-se que o modelo de BSC proposto mostra a importância de indicadores de desempenho diversos, além dos financeiros. Começa por destacar o papel dos colaboradores na perspetiva da aprendizagem e crescimento, a sua satisfação e envolvimento na estratégia da empresa, como a base de sucesso para o caminho que a empresa pretende percorrer. Destaca-se a necessidade da excelência e da máxima eficiência nos processos chave da empresa para a criação de valor e satisfação do cliente e, por conseguinte, dos objetivos ao nível da perspetiva financeira.

Ao nível dos recursos humanos considera-se que no modelo “clássico” e “misto” é difícil implementar a estratégia, devido a vários fatores: o diretor do SUG tem a sua ação dificultada, uma vez que os seus colaboradores são inúmeros e dependem de outros diretores de serviço; uma parte significativa do horário dos médicos, 12 a 24 horas, está afeta ao SUG, implicando, assim, uma redução na atividade programada dos serviços; a implementação de protocolos clínicos é mais difícil; os doentes readmitidos não são discutidos entre quem o avalia na readmissão e quem o avaliou na admissão; o sentimento de pertença e de grupo é menor; e o serviço é gerido num paradigma por classes, uma vez que existem equipas específicas de enfermagem e assistentes operacionais, reduzindo a gestão por processos

No modelo “dedicado” é possível implementar a estratégia, uma vez que permite estruturar o SUG como uma estrutura autónoma dotada de missão e objetivos bem definidos, recursos humanos próprios e específicos, recursos logísticos e cultura organizacional.

Considera-se, assim, que o modelo “dedicado” é adequado aos objetivos e orientações estratégicas do serviço de Urgência.

As relações causa-efeito definidas no mapa estratégico proposto definem uma coerência perfeita entre os objetivos definidos nas várias perspetivas do BSC.

Assim, concluiu-se pela aplicabilidade do BSC, embora tenha sido necessário adaptar o modelo generalista, desenvolvido por Kaplan e Norton, à realidade do SUG. O BSC apresenta-se como uma ferramenta de criação de valor, quer para a organização, quer para os seus *stakeholders*, em especial para os seus utentes.

6.2. Limitações e sugestões para investigação futura

Os resultados do estudo realizado devem ser entendidos mediante algumas limitações. A principal limitação está associada ao facto de se tratar apenas de um esboço de um BSC para um serviço de Urgência Geral e, como tal, não ter sido testado. Dada a limitação apontada, existe uma variedade de investigações que poderiam ser desenvolvidas, nomeadamente, realizar um estudo sobre a implementação real do BSC num Serviço de Urgência Geral.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

CALDEIRA, Jorge – **Implementação do Balanced Scorecard no Estado: Gerir a performance estratégica para a criação de valor público**. Coimbra: Almedina, 2009.

CALHAU, Ana – Concepção de um sistema de Balanced Scorecard para o Serviço de Traumatologia do Hospital Garcia de Orta. Lisboa: [s.n.], 2009. Tese de Mestrado.

CARVALHO, M; LAURINDO, F.; PEREIRA, F.; PRIETO, V – Fatores Críticos na Implementação do Balanced Scorecard. [em linha]. [Consult. 10 Agosto.2015].

Disponível em:

http://pedu.portaleducacao.com.br/arquivos/arquivos_sala/media/objeto_de_aprendizagem_bsc.pdf

CARVALHO, M; LAURINDO, B – **Estratégias para competitividade**. São Paulo: Futura, 2003. 254 p.

CARVALHO, Fernanda; DIAS, Lidiane; PROCHNIK, Victor – A utilização do Balanced Scorecard em hospitais: o caso do Hospital Nove de Julho estudo de caso [em linha]. [Consult. 15 Agosto.2015]. Disponível em:

http://www.aeca.es/pub/on_line/comunicaciones_xivencuentroaeca/cd/42d.pdf

CARVALHO, Marly; PRIETO, Vanderli; FISCHMANN, Adalberto – Análise comparativa de modelos de alinhamento estratégico [em linha]. [Consult. 30 Agosto.2015]. Disponível em:

http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-65132009000200008&script=sci_arttext

CELESTINO, Maxwell; SILVA, José - The Balanced Scorecard as a framework for strategic action. Revista Ibero-Americana de Estratégia. Vol. 10, nº 3 (2011), p. 147-172.

CRRNEU– Relatório [em linha]. [Consult. 3 Agosto. 2015]. Disponível em:

<http://www.portaldasauade.pt/NR/rdonlyres/0323CC90-45A4-40E4-AA7A-7ACBC8BF6C75/0/ReavaliacaoRedeNacionalEmergenciaUrgancia.pdf>

FILHO, Emílio – **Balanced Scorecard e a Gestão Estratégica: Uma abordagem prática**. 3ª ed. Rio de Janeiro : Elsevier Editora, 2005. 215 p. ISBN 85-352-1745-2.

GASPAR, Francisco - O Balanced Scorecard como um Instrumento de Gestão Estratégica adaptado a um Serviço de Saúde [em linha]. [Consult. 30 Julho.2015]. Disponível em:

http://repositorio-iul.iscte.pt/bitstream/10071/3490/1/Tese_MGSS_07_09_FMG.pdf

GARY, Hamel; C.K. Prahalad – Competindo pelo futuro [em linha]. [Consult. 20 Setembro.2015]. Disponível em:

https://casesdesucesso.files.wordpress.com/2008/08/competindo_pelo_futuro_prahalad.pdf

GRIFFITH, R; ALEXANDER, A; JELINEK, C. - Measuring comparative hospital performance. *Journal of Healthcare Management*. Vol. 47, nº 1 (2002), p. 41-57.

HUMPHREY, C; SCAPENS, R. - Methodological themes: theories and case studies of organizational practices: limitation or liberation? *Accounting, Auditing & Accountability Journal*. Vol. 9, nº 4 (1996), p. 86-106.

HAUSER, J.; KATZ, G - Metrics: you are what you measure! *European Management Journal*. Vol. 16, nº 5 (1998), p. 517-528.

INAMDAR, Noorein; KAPLAN, Robert – Applying the Balanced Scorecard in Healthcare Provider Organizations [em linha]. [Consult. 15 Setembro.2015]. Disponível em:

<http://www.biomedsearch.com/article/Applying-Balanced-Scorecard-in-healthcare/94510077.html>

KALLÁS, David; COUTINHO, André - **Gestão da estratégia: experiências e lições de empresas brasileiras**. 2ª ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2005. 241 p. ISBN 85-352-1922-6.

KALLÁS, D; RIBEIRO, F – Balanced Scorecard (BSC) – Conceitos Gerais [em linha]. [Consult. 17 Setembro.2015]. Disponível em:

<http://www.kcd.com.br/downloads.htm>

KAPLAN, Robert ; NORTON, David – **The balanced Scorecard : Translating strategy into action**. Boston : Harvard School, 1996. 322 p. ISBN 0-87584-651-3.

KAPLAN, Robert ; NORTON, David – **The strategy focused organization : how balanced scorecard companies thrive in the new business environment**. Boston : Harvard School, 2001. 400 p. ISBN 1-57851-250-6.

KAPLAN, Robert ; NORTON, David – **Strategy Maps: Converting Intangible Assets Into Tangible Outcomes**. Boston: Harvard Business Scholl Press, 2004. ISBN 978-1-59139-134-0.

KAPLAN, Robert ; NORTON, David – Alignment : using the Balanced Scorecard to create corporate synergies [em linha]. [Consult. 27 Julho.2015]. Disponível em:

http://www.amazon.com/Alignment-Balanced-Scorecard-Corporate%20Synergies/dp/1591396905#reader_1591396905

KAPLAN, Robert ; NORTON, David - The execution Premium – linking strategies to operations for competitive advantage [em linha]. [Consult. 27 Julho.2015]. Disponível em:

<http://www.amazon.com/The-Execution-Premium-Operations-Competitive/dp/142212116>

KOSNIK, K. – The new paradigma of crew resource management: Just what is needed to re-engage the stalled collaborative movement? Join Commission Journal on Quality Improvement. Vol. 28, nº 5 (2002), p. 235-241.

MACHADO, Humberto – Relação entre a triagem de prioridades no Serviço de Urgência e a gravidade dos doentes. Lisboa: [s.n.], 2008. Tese de Mestrado.

MATOS, Luis ; RAMOS, Isabel – **Medir para gerir: o balanced scorecard em hospitais**. Lisboa : Edições Sílabo, 2009. 191 p. ISBN 978-972-618-552-9.

MATOS, Tânia; FERREIRA, Ana; ESCOVAL, Ana - Contratualização interna vs. Contratualização externa [em linha]. [Consult. 27 Julho.2015]. Disponível em: <https://www.ensp.unl.pt/dispositivos-de-apoio/cdi/cdi/sector-de-publicacoes/revista/2010/pdf/volume-tematico-contratualizacao/EC-13-2009.pdf>

MCKINNON, J – Reliability and validity in field research: some strategies and tactics. Accounting, Auditing and Accountability. Vol. 1, nº 1 (1988), p. 34-54.

NIVEN, P - **Balanced Scorecard - Step by Step - Maximizing Performance and Maintaining Results**. New York: Edições John Wiley & Sons, Inc, 2005. 306 p. ISBN 0-471-78049-9.

NORREKLIT, Hanne - The balanced scorecard: What is the score? A rhetorical analysis of the balanced scorecard. Accounting, Organizations and Society, Vol. 28, nº 6 (2003), p. 591-619.

OLIVER, G.; STEWART, S.; CRAVENS, S - Can a positive approach to performance evaluation help accomplish your goals? Business Horizons, Vol. 53, nº 3 (2010), p. 269-279.

OLVE, N.; Roy, J.; Wetter, M. - Performance **drivers: a practical guide to using the Balanced Scorecard**. New York: Edições John Wiley & Sons, Inc, 2000. 362 p. ISBN 0-471-98623-2.

- PADOVEZE, C. - **Controladoria Estratégica e Operacional**. Edições Cengage Learning, 2007. 493 p. ISBN 8-522-10729-7.
- PEDRO, José – O Balanced Scorecard no Sector Público. Revista Informação & Informática. Vol.28 (2004), p. 14-23.
- PINTO, Francisco – **Balanced Scorecard : alinhar mudança, estratégia e performance nos serviços públicos**. Lisboa : Sílabo, 2007. 305 p. ISBN 978-972-618-459-1
- PORTER, M. – **What is strategy?** Edições Harvard Business School Publishing, 1996. 21 p. ISBN 1-578-51413-4.
- QUESADO, Patricia; Rodrigues, Lucia – Fatores determinantes na implementação do Balanced Scorecard em Portugal [em linha]. [Consult. 27 Julho.2015]. Disponível em: <http://proxy.furb.br/ojs/index.php/universocontabil/article/view/1630/1093>
- QUESADO, P.; MACEDO, N. – O Balanced Scorecard no serviço de urgência de um hospital público empresarializado: estudo de caso [em linha]. [Consult. 27 Julho.2015] . Disponível em: http://www.aeca.es/pub/on_line/comunicaciones_xivencuentroaeca/cd/42d.pdf
- RIBEIRO, José - Reforma do sector público hospitalar: programa de empresarialização de 34 hospitais portugueses. Revista Informação & Informática. Vol.4 (2004), p. 65-77.
- RUSSO, João – **Balanced Scorecard para PME**. 3ª ed. Lisboa : Lidel, 2006. 202 p. ISBN 978-972-757-433-9
- SANTOS, R.A. - **Balanced Scorecard em Portugal – Visão, Estratégia e Entusiasmo**. Cascais: Pergaminho, 2008. 217 p. ISBN 9-727-11771-6.
- SILVA, Sónia; Reis, Rui – Balanced Scorecard em Organizações de Saúde. Estudo de caso : Hospital da Trofa [em linha]. [Consult. 10 Agosto.2015]. Disponível em: <http://revistas.lis.ulsiada.pt/index.php/lee/article/view/869/1033>
- SERRA, Fernando; TORRES, Maria; TORRES, Alexandre - **Administração Estratégica: Conceitos, Roteiro Prático e Casos**. Rio de Janeiro: Reichmann & Affonso Editores, 2003. 178 p. ISBN 8-587-14867-2.
- SOUSA, Maria; RODRIGUES, Lúcia – **O balanced Scorecard : um instrumento de gestão para o século XXI**. Porto: Rei dos Livros, 2002. 229 p. ISBN 972-51-1014-5.

TACHIZAWA, T.; REZENDE, W. - **Estratégia Empresarial. Tendência e Desafios: Um enfoque na realidade brasileira.** São Paulo: Makron Books, 2000. 193 p. ISBN 8-534-61167-X

VALENTE, Maria – **Contratualização em Contexto Hospitalar.** Revista Portuguesa de Saúde Pública, Vol. Temático sobre Contratualização, nº 9 (2000), p. 25-39.

WERNER, M.; XU F. - Executing Strategy with the Balanced Scorecard. Internacional Journal of Financial Research, Vol.3, nº1 (2012).

YIN, Robert – **Applications of case study research.** Beverly Hills : Sage Publications, 2013. 312 p. ISBN 9781452242569.

YIN, Robert – **Estudo de caso: planejamento e métodos.** Porto Alegre: Bookman, 2015. 320 p. ISBN 97885778065.

DESPACHO NORMATIVO nº 10319/2014. D.R. II Série. 153(11-08-2014) 20673

DESPACHO nº 5414/2008. D.R. II Série. 42(28-02-2008) 8083

Apêndice 1: Guião da Reunião

1. Qual a missão/visão do SUG?
2. Como é transmitida a missão/visão pelos seus colaboradores?
3. Possui algum conhecimento do instrumento de gestão *Balanced Scorecard*?
4. Qual a Estratégia seguida até aqui pelo SUG? Prevê alguma alteração da mesma?
5. É comunicada aos colaboradores? Como?
6. Quais considera ser os grandes temas estratégicos do SUG?
7. Para a construção do BSC, quais as perspectivas que considera serem mais importantes para alcançar a missão/visão do SUG e qual a sua hierarquia?
8. Quais são os factores críticos de sucesso do SUG?
9. Existe algum sistema de avaliação de desempenho implementado no SUG que permita acompanhar a evolução da estratégia?
10. Relativamente à perspectiva dos utentes, no seu entender, quais as iniciativas que são necessárias desenvolver para aumentar a satisfação dos utentes?
11. Relativamente aos processos internos, quais as iniciativas e metas a utilizar para que o SUG alcance a missão e visão organizacional?
12. Qual o grau de envolvimento dos colaboradores nos processos de mudança da organização?
13. Quais os incentivos ao desempenho dos colaboradores?
14. Qual o grau de importância dada à formação contínua dos colaboradores?