

Contribuição do Balanced Scorecard para a Gestão Estratégica das Unidades Hospitalares públicas empresariais: Um Estudo de Caso.

Balanced Scorecard Contribution to the Strategic Management of Corporate Public Hospitals: A Case Study.

Orlando Lima Rua¹

Tiago Milhões Silva²

RESUMO

O objetivo fundamental deste artigo consiste na análise da contribuição do Balanced Scorecard para o processo de gestão estratégica das unidades hospitalares públicas empresariais, considerando as respetivas perspectivas adaptadas a instituições públicas (clientes e stakeholders, finanças e orçamento, aprendizagem e conhecimento e processos). Para tal realizou-se um estudo empírico num Centro Hospitalar da Área Metropolitana do Porto, utilizando uma abordagem metodológica qualitativa, com recurso ao método do estudo de caso. Confirma-se a utilidade do Balanced Scorecard para a definição do processo de gestão estratégica deste tipo de organizações, tendo os resultados extraídos permitido apresentar uma proposta de implementação desta ferramenta, a qual, com os devidos ajustamentos, poderá ser implementada em outras organizações do setor da saúde.

Trata-se de um estudo precursor no que respeita à implementação do Balanced Scorecard em unidades hospitalares públicas empresariais portuguesas, acrescentando valor aos estudos realizados no âmbito da gestão estratégica de organizações do setor público.

Palavras chave: Balanced Scorecard, gestão estratégica, unidades hospitalares, entidades públicas empresariais.

Received on: 2016.02.22

Approved on: 2016.09.08

Evaluated by a double blind review system

¹ Politécnico do Porto/ISCAP/CECEJ; APNOR/UNIAG. orua@iscap.ipp.pt

² APNOR. tiagomilhaes@gmail.com

1. INTRODUÇÃO

Chavan (2009) sustenta que o Balanced Scorecard (BSC) surge, na atualidade, como uma ferramenta imprescindível na gestão estratégica. Kaplan & Norton (1996) referem o facto desta permitir que a partir da visão geral da organização se definam os fatores críticos de sucesso, considerando quatro perspetivas que através de uma relação causa-efeito apresentem um restrito número de temas estratégicos amplos, permitindo assim definir quais as orientações mais adequadas a prosseguir para o crescimento organizacional.

Reconhecendo algumas fraquezas e incertezas de outras abordagens estratégicas, o BSC prevê uma prescrição clara sobre o que as organizações devem medir para equilibrar as perspetivas financeira, do cliente, dos processos internos e da aprendizagem e conhecimento (Figge, Hahn, Schaltegger & Wagner, 2002), sendo um sistema de gestão, não apenas um sistema de medida, que habilita as organizações a consolidarem a sua visão e estratégia, traduzindo-as em ações (Scholey, 2006).

O BSC é maioritariamente utilizado por empresas do setor privado, devido ao facto da sua utilização em organizações do setor público ser de difícil execução face às modificações necessárias no instrumento e à complexidade deste tipo de organizações (Pinto, 2008). Tal é corroborado por Niven (2003) quando refere que as organizações do setor público têm tido uma maior dificuldade em adotar o Balanced Scorecard devido, por um lado, à relutância em experimentar ferramentas concebidas para empresas e, por outro, ao facto de que os esforços de medição de desempenho podem desvirtuar a verdadeira missão deste tipo de organizações.

Uma coisa é certa, apesar das organizações públicas serem diferentes das empresas (têm missões e objetivos que as distinguem), existem dois desafios que as relacionam às empresas: (1) sustentabilidade e (2) capacidade de adaptação às rápidas mudanças da envolvente (Niven, 2003). A utilização desta ferramenta, para além de permitir alavancar a qualidade da gestão das organizações, é desejável num setor no qual os custos são demasiados, requerendo vários cortes (Matos, 2006).

Os serviços públicos têm de oferecer aos cidadãos as condições a que estes têm constitucionalmente direito. Neste contexto, o setor da saúde, indispensável à

população, é um dos maiores consumidores de recursos públicos, tem como missão a satisfação dos utentes (Baganha, Ribeiro & Pires, 2002). Na sociedade atual, o desafio de gestão de custos numa organização de saúde exige que os gestores financeiros desempenhem um papel ainda mais difícil na tomada de decisões estratégicas e operacionais (Pineno, 2002).

Tavares (2002) refere que é objetivo dos sistemas de saúde melhorar e manter o nível de saúde das populações, proporcionar bons níveis de resposta e de serviço, para que estes se adequem às expectativas criadas pelos clientes/utentes, às suas condições económicas e se ajustem à contribuição financeira fornecida pelos utentes, reduzindo o risco de injustiças sociais e económicas (Campos, 2003). Para prosseguir estes objetivos com a máxima precisão é necessário entender, fundamentalmente, as transformações económicas e sociais. As características sociodemográficas e o envelhecimento, a evolução do conhecimento e as alterações de financiamento dos serviços de saúde são algumas das características que se deve ter em consideração aquando do ajustamento dos serviços, nunca esquecendo o facto do atendimento com qualidade ao utente ser a principal missão dos serviços de saúde (Delgado, 2007). Razão pela qual Gurd e Gao (2008) referem que o foco das organizações sem fins lucrativos é a saúde dos utentes, alicerçado nas mudanças da vida das pessoas que estas organizações procuram ajudar.

O peso das despesas totais da saúde em Portugal no Produto Interno Bruto (PIB) tem sofrido oscilações substanciais. Em 1970, correspondiam a 2,5% do PIB. Posteriormente, fruto essencialmente do aumento populacional e da esperança de vida das pessoas, tais despesas associadas à prestação de serviços fez com este peso no produto crescesse de forma significativa, ascendendo, em 2005, a 10,2% (OECD, 2010). A questão da (in)sustentabilidade do Sistema Nacional de Saúde (SNS) começa a colocar-se. As principais estratégias para garantir a sustentabilidade do SNS têm sido orientadas para a diminuição da despesa, prevendo o Orçamento do Estado de 2013 um corte das despesas no âmbito do sistema que representa 5,1% do PIB (Ministério da Saúde, 2012). Tais cortes terão um impacto significativo na atividade hospitalar, desde logo pela sua escala, peso e representatividade na rede estrutural dos serviços de saúde.

Em Portugal, a Resolução do Conselho de Ministros n.º 41/2002, de 7 de março (RCM, 2002), refere que “*a empresarialização de hospitais constitui um vector 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 de base da sua sustentabilidade, em termos duradouros". O Regulamento Jurídico da Gestão Hospitalar - Lei n.º 27/2002, de 8 de novembro (Lei, 2002) - criou um conceito de rede nacional de cuidados hospitalares constituída pelas seguintes tipologias hospitalares: Hospitais Setor Público Administrativo (SPA) - estabelecimentos públicos dotados de personalidade jurídica, autonomia administrativa e financeira, com ou sem autonomia patrimonial; Hospitais Entidades Públicas Empresariais (EPE) - estabelecimentos públicos dotados de personalidade jurídica, autonomia administrativa, financeira e patrimonial e natureza empresarial; Hospitais Sociedades Anónimas (SA) - sociedades de capitais exclusivamente públicos; e Hospitais Parcerias Públicas Privadas (PPP) - estabelecimentos privados, com ou sem fins lucrativos, com quem sejam celebrados contratos.

Gerou-se a expectativa que esta nova cultura de gestão proporcionasse um reforço substancial da autonomia. No entanto, persistiu a indefinição estratégica, a inexistências de planeamento e a falta de transparência nos processos de decisão, causando desresponsabilização e ausência de envolvimento na organização (Nunes e Rego, 2010). Uma das limitações mais significativas no que tange ao referido surge da ausência de sistemas de informação, que torna incapaz a obtenção de dados e indicadores fiáveis que permitam a melhoria dos serviços de saúde, a qual impede a adoção de estratégias de decisão baseadas na evidência (Ministério da Saúde, 2010a,b).

O objetivo fundamental deste estudo consiste na análise da contribuição do Balanced Scorecard para o processo de gestão estratégica das unidades hospitalares públicas empresariais, atendendo às várias necessidades das instituições desta natureza e aos indicadores necessários para uma correta construção e implementação da ferramenta, com vista à execução de um planeamento estratégico que possa ser realizado em contexto real e que permita uma melhoria contínua dessas unidades.

A questão de partida da presente investigação consubstancia-se assim no seguinte: "Como o BSC contribui para o processo de gestão estratégica das unidades hospitalares públicas?".

Seguidamente apresenta-se a revisão da literatura, a metodologia utilizada no estudo, os resultados e, finalmente, a discussão e as conclusões da pesquisa.

2. REVISÃO DE LITERATURA

Kaplan e Norton (1992) propuseram que se efetuasse um projeto de investigação envolvendo doze grandes empresas norte americanas, que pretendiam verificar as razões da ineficácia dos indicadores financeiros tradicionais usados na avaliação de desempenho. Surgem então as primeiras publicações e estudos acerca do BSC em que vários autores (e.g. Maisel, 1992; Kaplan & Norton, 1992, 1993), estudam esta ferramenta. O BSC veio focar a atenção das organizações na medição de desempenho que utiliza indicadores não financeiros conjugados com os financeiros, permitindo assim analisar todos os fatores envolventes à organização que proporcionem uma adaptação a mudança e ao sucesso futuro, perante o fenómeno da globalização económica e concorrencial (Chow, Ganulin, Haddad & Williamson, 1998; Chavan, 2009).

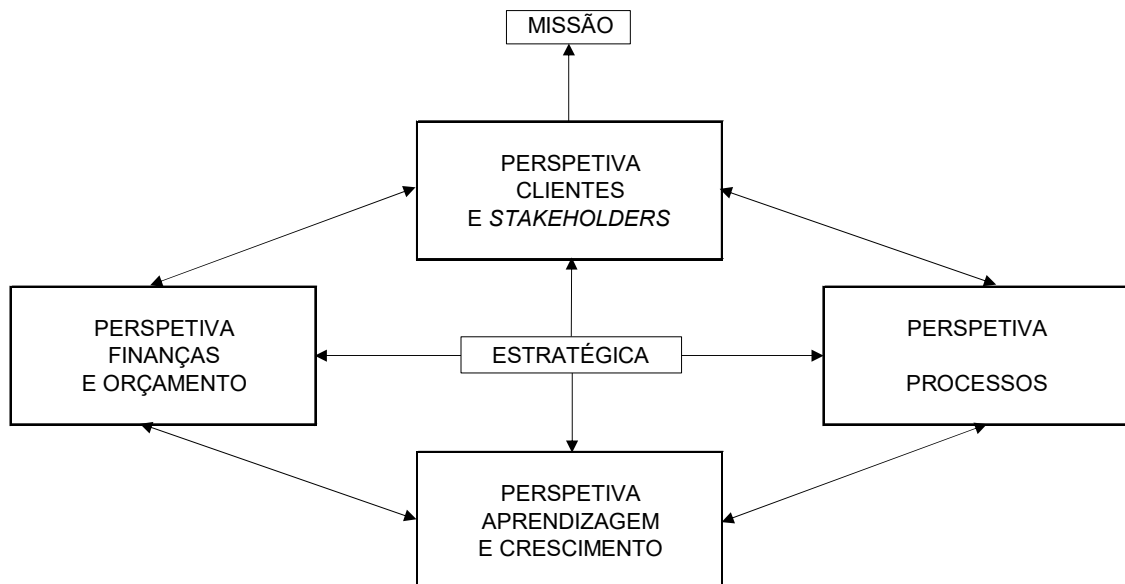
Desta forma, tornou-se deveras importante a comunicação da estratégia a toda a empresa e a relação desta com os fatores críticos de sucesso, visto condicionarem o desempenho da organização no médio e longo prazo. A integração de medidas de carácter não financeiro resulta da necessidade de conhecimento em áreas como a satisfação do cliente, rendibilidade, qualidade do produto/serviço, inovação, entre outras, indispensáveis à tomada de decisão estratégica (Figge, Hahn, Schaltegger & Wagner, 2002). Os indicadores não financeiros permitem complementar os financeiros, obtendo uma melhor identificação de aspetos estratégicos relevantes que aumentam a possibilidade de atuar com êxito em áreas estratégicas fundamentais (Rompho, 2011).

No início da conceção desta ferramenta, em 1992, o interesse do BSC centrava-se essencialmente na adição dos valores intangíveis à medição, possibilitando uma visão a longo prazo (Kaplan & Norton, 1992). Posteriormente, em 1993, o BSC era já visto como um sistema de gestão direcionado para a melhoria e planeamento, passando então de um sistema de medição para um sistema de gestão estratégica, já bem explícito em 1996, com a visão e a estratégia a serem colocadas no centro do Scorecard (Kaplan & Norton, 1993, 1996). Para estes autores o Balanced Scorecard é uma ferramenta de

gestão que procura dar visão global e integrada do desempenho organizacional de acordo com a perspectiva financeira, incluindo três novas perspectivas não-financeiras, relacionada com fatores intangíveis considerados essenciais para um bom desempenho futuro (Kaplan & Norton, 1996).

Atendendo à missão, valores e objetivos estratégicos das instituições públicas, Kaplan e Norton (2001) apresentaram um modelo adaptado a estas organizações compreendendo quatro perspectivas ajustadas à natureza das mesmas: clientes e *stakeholders*, finanças e orçamento, aprendizagem e conhecimento e processos (figura 1).

Figura 1 - Modelo adaptado aos serviços públicos



Fonte: Adaptado de Pinto (2009).

Segundo Ribeiro (2008), a adoção do BSC por instituições do setor da saúde a nível internacional tem sido ensaiada com sucesso, enquanto ferramenta de controlo de gestão e de avaliação da eficiência e eficácia das unidades de saúde. Esta permite obter uma visão holística da organização e demonstra em todas as perspetivas quais as áreas de excelência e quais as que necessitam de melhoria.

Emerge assim da revisão da literatura supra as seguintes questões de trabalho, teoricamente fundamentadas (tabela 1).

Tabela 1. Fundamentação teórica das questões de investigação (agrupamento concetual)

Questões	Principais autores
<p>Q1 - Quais as iniciativas que tem a instituição levado a efeito para elevarem o nível de satisfação dos seus clientes/utentes?</p> <p>Q2 - Quais as iniciativas que tem a instituição levado a efeito para reforçar o relacionamento com outras unidades de saúde da sua área de referência e/ou no Grande Porto?</p> <p>Q3 - Quais as iniciativas que tem a instituição levado a efeito ao nível solidário, com a sociedade em geral?</p> <p>Q4 - A elaboração do plano de atividades e do orçamento é participada, ou é da exclusiva responsabilidade da gestão de topo da instituição?</p> <p>Q5 - Como tem a instituição promovido boas práticas na utilização dos seus recursos e capacidades?</p> <p>Q6 - Como tem a instituição conseguido financiar-se para além das transferências da Administração Central?</p> <p>Q7 - Tem a instituição recorrido aos apoios e fundos comunitários (nacionais e comunitários) do QREN (Quadro de Referência da Estratégia Nacional)? Exemplos?</p> <p>Q8 - Como tem a instituição promovido a atividade de investigação e desenvolvimento (I&D) junto de entidades nacionais e/ou internacionais?</p> <p>Q9 - Como tem a instituição procurado aumentar a sua capacidade de resposta face à atual conjuntura?</p> <p>Q10 - Quais os aspetos que têm contribuído para melhorar os processos de comunicação interna?</p> <p>Q11 - Quais os aspetos que têm contribuído para melhorar os processos de comunicação externa (e.g. outras unidades de saúde, empresas e sociedade)?</p> <p>Q12 - Quais os canais de comunicação utilizados para promover/divulgar a instituição?</p> <p>Q13 - Qual o valor acrescentado conferido pela certificação de qualidade dos serviços da instituição?</p> <p>Q14 - Quais os serviços atualmente acreditados? E em curso?</p> <p>Q15 - O que tem sido feito para elevar o nível de satisfação dos colaboradores (médicos, enfermeiros, técnicos superiores de saúde, técnicos, administrativos, assistentes operacionais e auxiliares)?</p> <p>Q16 - Como tem a instituição promovido a atividade de investigação e desenvolvimento (I&D) junto de entidades nacionais e/ou internacionais?</p> <p>Q17 - O que tem sido feito para aumentar o número de eventos técnico-científicos?</p> <p>Q18 - O que tem sido feito para promover a existência de uma oferta formativa diferenciada e orientada às efetivas necessidades dos colaboradores neste domínio?</p> <p>Q19 - Quais os principais pontos fortes e fracos da instituição? Fundamente.</p> <p>Q20 - Quais as principais oportunidades e ameaças da instituição? Fundamente.</p>	<p>Kaplan e Norton. (1992, 1993, 1996, 2000, 2001, 2004); Frazão (2012); Frazão e Dominginhos (2013); Niven (2003).</p>

Fonte: Elaboração própria (2016).

3. METODOLOGIA DE INVESTIGAÇÃO

Denzin e Lincoln (1994) refere que a pesquisa qualitativa centra-se na interpretação dos fenómenos nos seus ambientes naturais para fazer sentido em termos dos significados que as pessoas trazem para essas configurações. Patton (2002) definiu a pesquisa qualitativa como a tentativa de compreender as interações únicas numa situação particular.

O estudo de caso é uma forma qualitativa de se fazer pesquisa empírica que investiga fenómenos contemporâneos dentro do seu contexto de vida real, em situações que as fronteiras entre o fenómeno e o contexto não estão claramente estabelecidas, onde se utiliza múltiplas fontes de evidência (Yin, 1994). Pode-se assim dizer que o estudo de caso permite, caso concluído, responder a questões de “como” e “porquê”. Ainda segundo este autor, é possível apontar como aplicações básicas do estudo de casos na investigação empírica: (a) a explicação das inter-relações causais que se originam na vida real, demasiado complexas para os estudos estatísticos ou os experimentos; (b) a descrição do contexto onde o trabalho empírico se realiza; e (c) a exploração daquelas situações em que podem resultar múltiplos desfechos.

O processo executado neste estudo segue o esquema proposto por Yin (1998). A triangulação aparece como um conceito comum e importante na metodologia qualitativa e de estudos de caso. Rodríguez, Gil e García (1996) integram o modelo de Yin, resultando daí um modelo mais detalhado e preciso, onde existem quatro fases fundamentais em qualquer investigação de carácter qualitativo: a preparatória; o trabalho de campo; a analítica; e a informativa. Cada uma destas fases descomponhem-se, por sua vez, em etapas. Desta forma na fase preparatória procedeu-se à etapa de reflexão e ao desenho da investigação. Na fase de trabalho de campo desenvolveu-se o acesso ao campo e à recolha de informação. Na fase analítica foram executadas as etapas da redução de dados, da disposição e transformação de dados e da obtenção de resultados e verificação de conclusões. Na fase informativa procedeu-se à elaboração do relatório (no nosso caso este consubstancia-se no presente artigo). Cada uma das fases gerou um produto distinto, a preparatória o projeto de investigação, o trabalho de campo os dados acumulados, a analítica os resultados da investigação e, por último, a informativa o relatório de investigação.

Alguns autores (e.g. Yin, 1993; Stake, 1994; Flick, 2004) apresentam a triangulação como uma estratégia de validação, na medida em que torna possível a combinação de metodologias para estudo do mesmo fenómeno. A triangulação permite obter, de duas ou mais fontes de informação, dados referentes ao mesmo acontecimento, a fim de aumentar a fiabilidade da informação. Tal como recomendado por Denzin e Lincoln (1994) e Janesick (1994) procedemos à triangulação metodológica utilizando para o efeito distintos métodos (triangulação de dados, triangulação do investigador, triangulação teórica, triangulação metodológica e triangulação disciplinar).

A entrevista para a recolha dos dados baseou-se na revisão de literatura efetuada sobre as temáticas estudadas, tendo sido elaborado o guião da mesma. A fim de preservar a privacidade dos entrevistados e proporcionar-lhes uma maior liberdade nas suas respostas, garantiu-se o seu anonimato bem como a confidencialidade das suas respostas, assegurando-se desta forma um maior conforto e segurança.

Relativamente às variáveis consideradas mais pertinentes para a investigação em consideração, partindo da revisão de literatura selecionamos um conjunto restrito de variáveis, agrupando-os em níveis, a que se chamou de categorias e subcategorias, conforme quadro seguinte (tabela 2).

Tabela 2 - Categorias e subcategorias da investigação

Categorias	Subcategorias
Perspetiva clientes e <i>stakeholders</i>	Iniciativas da instituição
	Relacionamento com outras unidades
Perspetiva finanças e orçamento	Utilização de recursos e capacidades
	Financiamento e apoios
Perspetivas processos	Aspetos de processo de comunicação
	Acreditação e qualidade
Perspetivas aprendizagem e crescimento	Satisfação dos colaboradores
	Promoção de atividades e oferta formativa
Análise SWOT	Pontos fortes e fracos
	Oportunidades e ameaças

Fonte: Elaboração própria (2016).

O tratamento efetuado à evidência empírica baseou-se na atribuição de categorias e respetivas subcategorias, tendo-se assegurado o respeito pelos critérios da credibilidade, confiança e conformidade associados a realização da investigação qualitativa (Carson, Gilmore & Perry, 2001).

4. ESTUDO DE CASO

4.1. Apresentação da organização

No presente estudo optou-se pelo estudo de caso único de um Centro Hospitalar (CH)³, da Área Metropolitana do Porto. Este CH foi constituído em 2000, tendo uma área de influência que abarca cerca de 150.000 habitantes. Prestar cuidados de saúde de qualidade à população da referida área e assegurar o desenvolvimento profissional dos seus colaboradores definem a missão do Centro Hospitalar (CH, 2008).

Este centro é uma unidade hospitalar, com a forma jurídica de entidade pública empresarial, do Serviço Nacional de Saúde (SNS) dotado de personalidade jurídica, autonomia administrativa, financeira e patrimonial, de natureza empresarial, regendo-se pelo regime jurídico aplicável às entidades públicas empresariais. Termos em que o Centro Hospitalar tem objetivos a cumprir que são quantificados e assumidos através de contratos-programa e de planos de ação que serão posteriormente avaliados interna e externamente. São também implementados projetos de prestação de cuidados de saúde inovadores, no sentido de minimizar o impacto da hospitalização nos utentes e seus prestadores de cuidados e desenvolver indicadores de qualidade dos cuidados prestados (CH, 2008).

É constituído por um conselho de administração (nível de gestão institucional), por dois grandes serviços: serviços operativos de apoio a gestão e serviços de assistência (nível de gestão intermédia), repartindo-se estes em vários serviços (nível de gestão operacional), articulando-se com a rede de cuidados de saúde primários da área de influência e, também, com a Rede Nacional de Cuidados Continuados (CH, 2008).

No presente optou-se pelo estudo de caso único por ser considerado este Centro Hospitalar como exemplificativo das unidades hospitalares públicas portuguesas empresariais.

Foram selecionados para serem entrevistados o Diretor Clínico (E1), a Enfermeira Chefe (E2) – gestores institucionais -, e dois Técnicos Superiores (E3 e E4) – gestores intermédios -, indivíduos com conhecimento vasto e preciso acerca da organização,

³ O anonimato da organização estudada deve-se a questões de ética e confidencialidade.

respetivamente, ao nível estratégico e tático. As entrevistas decorreram durante a primeira quinzena de agosto de 2013.

4.2. Resultados

4.2.1. Análise das questões de investigação

No que concerne ao tratamento de dados, utilizamos a técnica de análise de conteúdo, seguindo as diretivas de Bardin (2009). De acordo com este autor, esta técnica possibilita a inferência de conhecimento pela geração de indicadores, utilizando procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição de conteúdo.

Não obstante as palavras serem consideradas a unidade mais exata e fiável para a codificação de dados não capturam o significado da mensagem quando consideradas de forma individual (Krippendorff, 1980; Zéghal & Ahmed, 1990). Relativamente às frases tem-se dito que são as que melhor recolhem as ideias ou o significado do que se quer transmitir, mas, obviamente, não capturam a informação transmitida por meio de fotografias, gráficos ou tipos de letra (Unerman, 2000). Não obstante o referido, não hesitamos em utilizar no presente de investigação como unidade para a codificação de dados a frase.

Da evidência empírica recolhida nas entrevistas passamos a responder às questões de investigação formuladas.

Questão 1:

E1 - *“Introdução de melhorias nas instalações... Introdução de medidas que visem reduzir tempos de espera para consultas, cirurgias, o acesso em geral. Introdução de medidas que promovam a melhoria do atendimento e dos cuidados prestados...”*.

E2 - *“...no sentido de melhorar as condições hoteleiras da prestação de cuidados de saúde, inquéritos de satisfação dos utentes, formação dos profissionais em atendimento aos utentes, dinamização das formas de comunicação com os utentes por forma a tornar a sua interação com a instituição mais amigável.”*.

Todos os entrevistados concordam que a maior das iniciativas é a melhoria das instalações da instituição, que se dividem em várias razões, desde melhores condições de atendimento, a conforto e privacidade para os utentes. As medidas para a redução de tempo de espera em relação aos serviços e a formação de profissionais de saúde, são outras medidas que demonstram ter alto impacto na satisfação dos utentes de acordo com os inquéritos de satisfação.

Questão 2:

E1 - *“Reuniões periódicas com o ACES (...), integração de comissões com elementos dos cuidados de saúde primários, integração do núcleo executivo da rede social da (...)”* área de referência.

E2 - *“... protocolos com outros prestadores de saúde públicos e privados da região...”*.

Os entrevistados referem que a instituição estabelece protocolos com outros prestadores de saúde (públicos e privados), no sentido de facilitar e favorecer a prestação de cuidados aos utentes, realizando também reuniões periódicas no sentido de facilitar essa comunicação e rever quais os pontos passíveis de melhoria. Este ponto vai de encontro aos valores da instituição.

Questão 3:

E2 - *“Participação em eventos na área da saúde ... divulgação de informação em matéria de saúde aos cidadãos a título gratuito”*.

E1 - *“...participação em feiras de solidariedade...”*.

E3 - *“Disponibilização das instalações do Centro Hospitalar às IPSS (Instituições particulares de solidariedade social) que o solicitem para a realização de ações e campanhas para angariação de fundo nas instalações do Hospital.”*

As respostas remetem para a participação da instituição em ações de solidariedade, a nível de participação em eventos, assim como pela disponibilização do espaço da instituição para angariação de fundos a IPSS. O CH, como prestador de serviços

públicos, tem sido capaz de interagir com a sociedade, promover ações a nível interno e aceitar propostas de instituições de solidariedade social.

Questão 4:

E1 - *“É participada, envolvendo-se as chefias intermédias e o serviço de planeamento e apoio à gestão ...”*.

E4 - *“A elaboração do plano de atividades e do orçamento é feita pelos serviços de apoio a gestão, sendo que a decisão final cabe a gestão de topo.”*.

É possível constatar que gestão de topo da instituição integra contribuições de colaboradores de outros níveis de gestão, designadamente do intermédio, na elaboração destes instrumentos estratégicos. Tal permite uma elaboração mais consistente do plano, pois adquire uma visão mais próxima dos serviços, obtida pela gestão intermédia. A decisão efetuada pela gestão de topo torna-se objetiva, mediante os dados fornecidos pelos colaboradores mais próximos dos serviços.

Questão 5:

E2 - *“... gestão rigorosa dos recursos disponíveis, sempre numa perspetiva de maximização dos mesmos... Sempre que os indicadores apontem desvios face aos objetivos contratados são tomadas medidas corretivas e de reajustamento de processos no sentido se atingirem esses mesmos objetivos.”*.

E1 - *“...sensibilização e envolvimento das chefias nos projetos institucionais, através da dinamização do gabinete de qualidade, da comissão de qualidade e segurança do doente...”*.

E3 - *“...crescente controlo da produção (maximização progressiva dos recursos); com programas de combate ao desperdício; com um contínuo reajustamento de processos e circuitos... Através de formação; de regulamentação; de normalização de procedimentos, e de um controle financeiro apertado.”*.

É possível verificar que a instituição aposta na qualidade dos serviços para obter a maximização dos recursos e capacidades, correspondendo estas a algumas das medidas

desenvolvidas. A utilização da ferramenta de gestão “*tableau de bord*” permite à instituição obter um maior controlo das medidas desenvolvidas. A constatação dos indicadores possibilita o reajustamento dos processos, para que se possam atingir os objetivos propostos, sendo esta uma boa prática da utilização das capacidades. Promovem-se medidas para uma constante otimização da utilização dos recursos.

Questão 6:

E1 - “*Além do que resulta da aplicação das taxas moderadoras, o que é insignificante, não existe qualquer outro financiamento que não seja proveniente da administração e que é resultado da produção contratualizada ...*”

E2 - “*Antes financiou-se com alguns projetos de fundos Europeus.*”

Através dos dados recolhidos, é possível confirmar que a instituição além do que resulta da aplicação das taxas moderadoras, não tem outra forma de financiamento, além da Administração Central. Num passado recente, financiava-se ainda com fundos comunitários Europeus, que foram cancelados devido a situação económica atual.

Questão 7:

E1 - “*...em anos anteriores e sempre que foi possível. Neste momento apenas se recorre ao POPH para a formação interna dos profissionais ...*”

E2 - “*...tem recorrido a apoios de fundos comunitários em projetos nas áreas de instalações e equipamentos ... menos nos últimos exercícios.*”

Recentemente a instituição não tem recorrido a apoios de fundos comunitários substanciais, com a exceção a fundos para formação interna de profissionais e a alguns projetos na área de instalações e equipamentos.

Questão 8:

E2 - “... protocolos de formação com instituições universitárias para a realização de estágios na área da saúde, tem internato médico em algumas especialidades e uma área de formação permanente...”.

E1 - “...trabalhos científicos desenvolvidos pelos profissionais dos vários serviços e que são apresentados em congressos nacionais e internacionais.”.

E3 - “A Instituição tem um departamento de formação organizado; tem internato médico em algumas especialidades; tem diversos protocolos com ensino universitário e politécnico para estágios em várias áreas da saúde, da gestão e outras; está integrado em projetos externos de qualidade/investigação; e alguns dos seus profissionais participam (a título privado em relação ao Hospital) em projetos de investigação.”.

A instituição não tem qualquer tipo de protocolo ou atividade que promova a investigação e desenvolvimento junto de entidades nacionais e internacionais, exceto parcerias com universidades para a realização de estágios na área da saúde. Alguns dos funcionários da instituição efetuam trabalhos científicos, que contribuem não só para a sua valorização individual mas também para a valorização da instituição, já que esta participa na elaboração dos projetos e artigos compostos.

Questão 9:

E1 - “...apresentados um conjunto de medidas que visam oferecer novas linhas de produção para cuja implementação aguardamos autorização.”.

E2 - “... a instituição tem procurado essencialmente aumentar a sua capacidade de resposta através da obtenção de ganhos de eficiência e também em situações mais críticas por meio da utilização de programas de recuperação de listas de espera cirúrgicas.”.

E3 - “As políticas e os reajustamentos a nível nacional e regional no setor da saúde têm influenciado negativamente esta questão em relação à instituição.”.

Foram propostas um conjunto de medidas que visavam oferecer novas linhas de produção e simultaneamente obter ganhos de eficiência, estando estas condicionadas ao aval a nível da tutela (nacional e/ou regional) para serem postas em prática.

Questão 10:

E2 - *“Recurso às tecnologias de informação e comunicação como intranet e outras, assim como o correio interno.”*

E3 - *“Tecnologias da informação e comunicação; correios internos; regulamentação progressiva das áreas e matérias mais sensíveis e/ou de maior fragilidade. Intranet.”*

A instituição tem utilizado TIC para melhorar os processos de comunicação interna, sendo ministrada formação na área aos colaboradores.

Questão 11:

E3 - *“Tecnologias da informação e comunicação; protocolos; media; plataformas e normativos centrais do Ministério...”*

E1 - *“Encontros periódicos, ferramentas eletrónicas, flyers, imprensa e rádio.”*

As TIC assumem uma crescente importância no processo de comunicação externa. A utilização de *flyers* e o recurso aos media são outras das medidas que permitem uma melhoria nos processos de comunicação com outras entidades e sociedade em geral.

Questão 12:

E1 - *“Os órgãos de comunicação social, distribuição de flyers, seminários - comunicações e posters - e visitas à instituição por pessoas de outras instituições.”*

Sendo esta uma instituição pública, qualquer cidadão eventualmente poderá necessitar de utilizar os seus serviços, conhecendo de antemão onde e como os pode encontrar, não existem muitas iniciativas para a divulgação da instituição. É possível visualizar informação acerca da instituição, através do sítio de internet da instituição, que se tem demonstrado uma forte arma de divulgação, e ainda outras iniciativas como seminários,

posters e *flyers*. São também promovidas visitas ao CH por pessoas de outras instituições. Este processo vai promover a interação, trocas de conhecimento e divulgação entre instituições, sendo possível acrescentar valor com este processo.

Questão 13:

E3 - *“O Hospital não está Certificado, acreditado nem em processo de acreditação. Cumpre os normativos legais e regulamentares, e tem em setores sensíveis, regulamentação que é a mesma, se assemelha ou se aproxima da que é implementada em processos de acreditação ou certificação.”*.

A instituição não está certificada, nem em processo de acreditação. Contudo, é possível apontar que cumpre os normativos legais e regulamentares, e que em alguns setores, estes assemelham-se aos processos de certificação ou acreditação.

Questão 14:

E2 - *“Não existem atualmente serviços acreditados, no entanto o Centro Hospitalar participa no projeto SINAS, sistema nacional de avaliação em saúde, desenvolvido pela Entidade Reguladora da Saúde, concretamente nas áreas cirurgia, obstetrícia, ortopedia e pediatria, projeto de âmbito nacional na área da qualidade em saúde.”*.

Não sendo nenhum dos serviços certificados ou acreditados, é possível sublinhar a participação no projetos Sistema Nacional de Avaliação em Saúde (SINAS). Este é um sistema de avaliação da qualidade global dos estabelecimentos prestadores de cuidados de saúde desenvolvido pela Entidade Reguladora da Saúde.

Questão 15:

E1 - *“Envolvimento na decisão, diversas formas de reconhecimento, nomeadamente através de agradecimentos públicos, horários flexíveis, formação externa e interna, envolvimento em comissões e grupos de trabalho.”*.

E2 - *“... políticas ativas no sentido de manter e elevar os níveis de satisfação, proporcionando um bom ambiente organizacional, promovendo o trabalho em equipa*

multidisciplinar, a melhoria das condições físicas de trabalho e a formação contínua dos colaboradores.”.

A instituição utiliza várias medidas para motivar os seus colaboradores, é possível constatar que o envolvimento dos próprios na implementação de medidas e execução de decisões é um dos pontos fortes. Horários flexíveis e a formação são outros métodos aplicáveis a este caso. Procura-se proporcionar bom ambiente organizacional e promover o trabalho de equipa, aumentando assim a interação e os níveis de satisfação.

Questão 16:

E2 - “... disponibilidade para aceitação de participação na formação prática de alunos pré e pós-graduados, disponibilizando campos de estágio, assim como a participação em ensaios clínicos ...”.

E4 - “... colabora na promoção da atividade de investigação e desenvolvimento na unidade, autorizando os seus profissionais a obterem formação sempre que solicitado, deferindo pedidos de dispensa. ”.

A par do referido, os entrevistados remeteram ainda as suas respostas para o referido na questão 8.

Questão 17:

E2 - “... esforço para manter e aumentar o número de eventos técnico-científicos no seu plano anual de formação, de acordo com as suas possibilidades de financiamento e estabelecendo parcerias técnicas pontuais para o efeito ...”.

E1 - “Temos incentivado os profissionais periodicamente a partilharem os resultados das pesquisas e boas práticas internamente.”.

De acordo com as respostas, o CH, consoante as possibilidades de financiamento e tendo em conta o estabelecimento de algumas parcerias técnicas, tenta aumentar o número de eventos técnico-científicos no seu plano anual de formação. É também incentivado a que os colaboradores partilhem os resultados das pesquisas e das boas

práticas internamente. Mais uma vez, assim como em outras questões, é possível visualizar que existe uma dependência financeira para a execução de algumas práticas.

Questão 18:

E2 - “... *diagnóstico de necessidades de formação por uma equipa multidisciplinar no âmbito do departamento de formação ... traduzido no plano anual de formação...*”.

E3 - “*Incorpora também ofertas formativas propostas ou oferecidas por entidades externas...*”.

Os entrevistados mencionaram a existência de um levantamento das necessidades dos colaboradores, para que seja possível contemplar no plano anual de formação.

Questão 19:

E2 - “*Principais pontos fortes:*”

- a) *Instituição com larga experiência na atividade de saúde e boa imagem institucional junto das populações como hospital de proximidade;*
- b) *Dispõe de profissionais de saúde muito qualificados e diferenciados;*
- c) *Está bem implantada na comunidade, beneficiando de apoios locais de dois concelhos com visibilidade regional e mesmo nacional;*
- d) *Boa localização, dotada de boas acessibilidades locais, regionais e mesmo internacionais;*
- e) *Garante resposta adequada, com qualidade e respeitando os tempos de espera definidos na prestação de cuidados de saúde aos utentes.”.*

Estes são os pontos fortes descritos globalmente pelos entrevistados.

E2 - “*Principais pontos fracos:*”

- a) *Instalações envelhecidas e que apesar de continuamente melhoradas estarão sempre aquém das melhores condições hoteleiras praticadas por outros prestadores no mercado;*
- b) *Desequilíbrio estrutural no financiamento da atividade prestada;*

- c) *Falta de autonomia de gestão, com a conseqüente impossibilidade de ter respostas rápidas e flexíveis às necessidades dos utentes;*
- d) *Gestão burocrática, comprometedora da eficiência e eficácia da prestação e conseqüentemente dos resultados obtidos.”.*

Estes pontos sintetizam os pontos fracos apontados pelos entrevistados.

Questão 20:

E3 - *“Oportunidades: Necessidade da população na satisfação das necessidades de saúde (tem mercado); a existência (por enquanto) do SNS no qual o CH... está integrado, permite um nível de prestação e de integração na rede que não tem comparação; neste aspeto está constitucionalmente salvaguardado. Por si ou pela integração, é universal, não exclui ninguém e assegura o seu financiamento independentemente da participação ou comparticipação do utente. Pode fazer mais e melhor – aumento do mercado garantido (desde que haja condições).”.*

E2 - *“Principais ameaças:*

- a) *Instabilidade do quadro político-legislativo em que atua;*
- b) *Indefinição relativa ao futuro da gestão do estabelecimento com real perigo de extinção da entidade coletiva pública;*
- c) *Forte concorrência de prestadores na região;*
- d) *Extinção político-administrativa de alguns serviços clínicos da instituição;*
- e) *Estrangulamento financeiro por diminuição muito acentuada do pagamento dos cuidados de saúde prestados.”.*

As oportunidades e ameaças são coincidentes para a globalidade dos entrevistados.

4.2.2. Balanced Scorecard

a) Análise SWOT

Na tabela seguinte apresentamos a análise SWOT construída para a instituição, mediante os dados fornecidos pelos entrevistados (tabela 3). Neste âmbito tivemos

ainda em consideração as sugestões de Frazão (2012) e Frazão e Dominginhos (2013), com as devidas adaptações à especificidade do setor da saúde.

Tabela 3 - Análise SWOT

Pontos Fortes	Oportunidades
<ul style="list-style-type: none"> • Instituição com larga experiência na atividade de saúde e boa imagem institucional junto das populações como unidade hospitalar de proximidade; • Profissionais de saúde qualificados e diferenciados; • Boa implantação na comunidade, beneficiando de apoios locais de dois concelhos com visibilidade regional e nacional; • Boa localização, dotada de acessibilidades locais, regionais e mesmo internacionais de alto nível; • Capacidade de resposta adequada, com qualidade e respeitando os tempos de espera definidos na prestação de cuidados de saúde aos clientes. 	<ul style="list-style-type: none"> • Necessidades crescentes de cuidados da população; • Integração do CH no SNS, factor que permite um nível de prestação de cuidados de saúde na respetiva rede; • Aumento do mercado garantido (desde que haja condições); • Investimento na Região do Norte no âmbito do próximo quadro comunitário de apoio (2014-20) – fundos estruturais.
Pontos Fracos	Ameaças
<ul style="list-style-type: none"> • Instalações envelhecidas, que apesar de continuamente melhoradas, aquém das melhores condições hoteleiras praticadas por outros prestadores no mercado; • Desequilíbrio estrutural no financiamento da atividade prestada; • Falta de autonomia de gestão, com consequente impossibilidade de responder rápida e flexivelmente às necessidades dos clientes; • Gestão burocrática, comprometedora da eficiência e eficácia da prestação e, consequentemente, dos resultados obtidos. 	<ul style="list-style-type: none"> • Instabilidade do quadro político-legislativo em que a instituição atua; • Indefinição relativa ao futuro da gestão do estabelecimento com perigo real de extinção desta unidade pública; • Forte concorrência (pública e privada) de prestadores na sua área de referência região; • Extinção político-administrativa de alguns serviços clínicos da instituição; • Estrangulamento financeiro por acentuada diminuição do pagamento dos cuidados de saúde prestados; • Decréscimo do rendimento da população.

Fonte: Elaboração própria (2016).

b) Eixos Estratégicos

Considerando, por um lado, a missão, a visão, os valores, os objetivos estratégicos, as necessidades identificadas ao nível do processo de gestão estratégica e, por outro lado, os dados obtidos da análise SWOT, conseguimos definir os eixos estratégicos seguintes.

i. Sustentabilidade financeira:

Um dos fortes constrangimentos para o crescimento o desenvolvimento de instituição é a estrutura financeira dependente, quase em exclusivo, da Administração Central, o que limita a tomada de decisões neste domínio. Neste sentido o CH vê-se obrigado a reajustes, cortes e, no sentido positivo, procura aumentar a eficiência dos seus serviços. Tendo em consideração que os apoios a receber não sofrerão qualquer tipo de aumento nos próximos tempos, devido a atual conjuntura económica e financeira, é então crucial equacionar a implementação de estratégias alternativas que permitam caminhar no sentido do equilíbrio estrutural no financiamento da atividade prestada.

As instalações apresentam uma boa localização e acessibilidades, promovendo a prestação de um serviço mais rápido em termos de respostas de urgência e deslocação dos clientes/utentes à instituição. Como ponto negativo, apontamos o facto das instalações não terem as melhores condições devido à sua antiguidade, apesar de serem continuamente melhoradas nunca poderão ser equiparadas às instituições com melhor qualidade neste domínio.

ii. Experiência acumulada, formação e aprendizagem:

O facto da instituição ter uma vasta experiência na área da saúde concorre para que este seja um ponto importante a considerar como acrescentando valor à atividade do CH. Neste âmbito, o potencial do CH deve ser efetivado através da formação e aprendizagem técnica e científica dos colaboradores, com vista a aumentar as capacidades e competências dos mesmos.

Por outro lado, é urgente avançar para a certificação da qualidade para assim aproveitar a experiência acumulada da instituição ao nível dos processos e procedimentos

atualmente praticados. Tal contribuirá para, de forma incremental, a implementação de um sistema de gestão pela qualidade total, otimizando a qualidade dos serviços prestados.

iii. Equipa de gestão:

A instituição promove uma resposta adequada com qualidade e respeitando os tempos de espera definidos na prestação de cuidados de saúde aos clientes/utentes, mas devido a falta de autonomia de gestão, a indefinição relativa ao futuro da gestão do CH e a extinção político-administrativa de alguns serviços clínicos da instituição poderá comprometer o serviço prestado até agora, sendo, portanto, necessário a inserção de medidas para a resolução destes problemas.

iv. Relacionamento com a envolvente:

O CH detém uma boa imagem junto da sociedade, devendo assumir-se como um dos principais atores na sua área de referência e no seu domínio de atividade. Afirmar-se como uma instituição solidária e inclusiva serão com certeza fatores críticos de sucesso na sua relação com a envolvente, bem como reforçar o trabalho que vem sendo desenvolvido ao nível da sua responsabilidade social.

c) Objetivos Estratégicos

Para cada perspetiva definimos os correspondentes objetivos estratégicos (tabela 4), sendo que para cada um deles foram considerados os eixos estratégicos da instituição anteriormente referidos.

Tratando-se de uma instituição pública a **perspetiva clientes e stakeholders** assume particular destaque, na medida em que o seu objetivo fundamental se consubstancia na prestação de cuidados de saúde de qualidade aos seus clientes. O facto do CH aumentar a sua produção fruto da crescente necessidade de cuidados de saúde da população, aumenta desde logo as hipóteses de utilização das instalações e serviços. A instituição deve considerar este facto, mas não dar como garantido o aumento da procura dos seus

serviços e, porventura, da sua quota de mercado, sendo, portanto, necessário implementar medidas que garantam a satisfação dos seus clientes/utentes. É importante sublinhar que o número de clientes que utilizam os serviços está correlacionado com o financiamento despendido pelo SNS, nomeadamente pela Administração Regional de Saúde Norte (ARS-N). Partindo da perceção das necessidades efetivas dos clientes será possível definir algumas estratégias orientadas para estes. Prioritariamente será necessário promover a melhoria das instalações, reduzir o tempo de espera para consultas e cirurgias e dinamizar formas de comunicação com os clientes, para assim potenciar o aumento da procura.

O CH é uma instituição sem fins lucrativos pelo que a **perspetiva finanças e orçamento** deve, portanto, centrar-se na gestão dos recursos financeiros, designadamente na redução de custos e na captação de novas receitas, por via da promoção de boas práticas na utilização dos recursos da instituição, fomentando assim uma consciência em cada colaborador orientada para a eficiência e para a redução de custos. A nível interno é difícil conseguir libertar fundos que contribuam para a consolidação da sua estrutura financeira. A única fonte de receitas da instituição alternativa ao financiamento da Administração Central passa pelas taxas moderadoras cobradas pelos serviços, com um peso residual. Portanto, um dos constrangimentos estratégicos assenta na impossibilidade de autofinanciamento. Voltamos a referir o facto do financiamento que a instituição recebe estar associado ao número de serviços prestados, denotando o facto de ser necessário manter as estratégias cruzadas (clientes/finanças/processos). A redução das despesas e o aumento do número de clientes/utentes são os pontos fulcrais nesta perspetiva.

Já a **perspetiva dos processos** deve focar-se na eficiência ao nível do desenvolvimento das atividades internas da instituição. O excesso de burocracia dificulta sobremaneira os processos de comunicação interna. A indefinição relativa ao futuro da gestão do CH e a falta de autonomia de gestão, com a conseqüente impossibilidade de ter respostas rápidas e flexíveis às necessidades dos clientes/utentes são pontos a ter em consideração. Algumas das estratégias a implementar passam pela definição da equipa de gestão e pela adoção de uma estrutura organizacional orgânica, potenciadora da delegação de autoridade e responsabilidade, que diminua a burocracia que impossibilita

a rápida resposta às necessidades dos clientes/utentes; a falta de autonomia de gestão não pode ser alterada, por enquanto, porque vai além das decisões internas do CH, dependendo da tutela. A melhoria nos processos de comunicação com outras instituições públicas e privadas pode criar melhores condições na exploração de contatos e *networking*.

Por último, no que respeita à **perspetiva aprendizagem e crescimento**, devem ser identificados novos fatores em áreas inexploradas que possam acrescentar valor aos stakeholders da instituição, ou valorizar fatores que têm sido subvalorizados até à data, mas que a instituição tem capacidade de melhorar. Nesse sentido, a prioridade não poderá deixar de passar por aumentar o nível de satisfação dos colaboradores, estimulando, por um lado, as suas capacidades e competências (formais e informais), promovendo a sua participação em eventos técnico-científicos e, por outro, o seu envolvimento e compromisso na prossecução da estratégia do CH. É importante ainda aumentar o número de eventos técnico-científicos, com vista a aumentar a visibilidade do trabalho desenvolvido pelos colaboradores do Centro Hospitalar.

Tabela 4 - Resumo dos objetivos estratégicos por perspetiva do CH

Perspetivas	Objetivos Estratégicos
Perspetiva clientes e <i>stakeholders</i>	<ul style="list-style-type: none">• Aumentar satisfação dos clientes.• Melhorar das instalações.• Reduzir tempo de espera para consultas e cirurgias.• Dinamizar de meios de comunicação com os clientes.• Aumentar da mediatização sobre a instituição.
Perspetiva finanças e orçamento	<ul style="list-style-type: none">• Aumentar receitas.• Aumentar número de clientes.• Reduzir despesas.• Promover boas práticas na utilização de recursos.• Aumentar capacidade de autofinanciamento.• Renegociar passivo financeiro.• Recorrer a fundos estruturais da UE.• Desenvolver orçamentos funcionais.
Perspetiva processos	<ul style="list-style-type: none">• Promover a especialização da equipa de gestão.• Implementar estrutura organizacional orgânica, com

	uma hierarquia flexiva. <ul style="list-style-type: none">• Melhorar processos de comunicação com outras instituições públicas e privadas.
Perspetiva aprendizagem e crescimento	<ul style="list-style-type: none">• Aumentar a satisfação dos colaboradores.• Aumentar a participação dos funcionários nas decisões estratégicas da instituição.• Aumentar o número de eventos técnico-científicos.• Promover a oferta formativa avançada para os colaboradores.

Fonte: Elaboração própria (2016).

d) Mapa Estratégico

Kaplan e Norton (2004) introduzem o conceito de mapa estratégico, fornecendo estes uma representação visual das relações de causa e efeito entre os componentes de estratégia de uma organização. O processo de configuração é diferente de organização para organização, e requer uma análise profunda da direção sobre os seus objetivos, em sintonia com a estratégia pretendida.

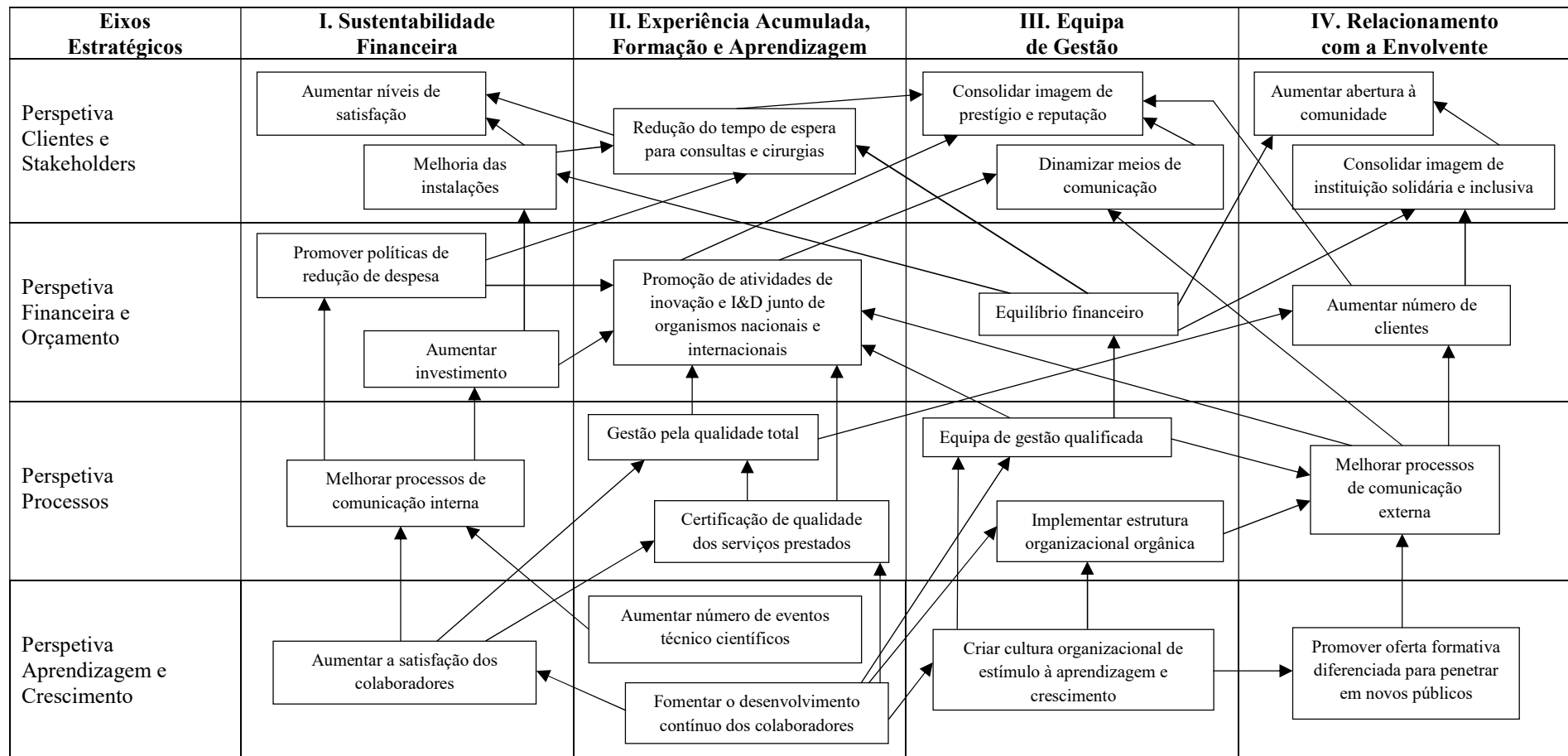
Numa perspetiva mais global, estes mapas mostram como uma organização converte as suas ações e recursos - incluindo os ativos intangíveis, como a cultura organizacional e os conhecimentos dos colaboradores – em resultados tangíveis (Kaplan e Norton, 2001). Este instrumento é apresentado como um conjunto de faculdades ao dispor das organizações, sendo esta criação tão importante como a criação do próprio BSC, dado ter como propósito fornecer um modelo para uma representação simples da organização, das relações de causa-efeito entre os objetivos tanto das dimensões aprendizagem/crescimento e processos internos, como das dimensões de mercado, económica e financeira da estratégia.

Contudo, o mapa estratégico não se resume à hierarquização dos objetivos. Kaplan e Norton (2000) propõem que o mapa estratégico sirva como base a partir do qual os gestores das organizações, com ou sem fins lucrativos, desenvolvam suas próprias estratégias. Assim, sustentando-se na implementação do BSC, o mapa estratégico deve apoiar os gestores a desenvolver as suas próprias estratégias, a otimizar o retorno do

investimento dos acionistas e a demonstrar com alguma clareza o trajeto empresarial a percorrer.

Face à definição das relações de causalidade da estratégia da organização estudada e da natureza das suas atividades, propomos o seguinte mapa estratégico (figura 2).

Figura 2 - Mapa Estratégico



Fonte: Elaboração própria (2016).

5. DISCUSSÃO E CONCLUSÕES

O objetivo fundamental deste estudo é analisar a contribuição do Balanced Scorecard para o processo de gestão estratégica das unidades hospitalares públicas empresariais.

Durante a pesquisa realizada para o estudo de caso foi possível verificar que apesar de, em termos globais, existir uma consciência de que é necessário adotar um modelo de gestão mais eficaz para fazer face aos desafios atuais, as unidades hospitalares públicas empresariais ainda se encontram num processo inicial de mudança estratégica. O BSC é assim uma ferramenta consistente e sistemática para ser implementada neste tipo de unidades hospitalares, permitindo o cruzamento entre os vários pontos estratégicos que são necessários introduzir, conduzindo ao reforço estratégico, na medida em que este apresenta um conjunto mais abrangente de medidas que abarcam o desempenho do negócio e o seu sucesso na implementação da estratégia, contribuindo para o suprimento das limitações aduzidas, devendo o sistema de medição tornar as relações entre os objetivos e as medidas explícitas de modo que possam ser geridas e validadas (Azizi, Afshari & Behzadian, 2012). Confirmamos que as contribuições do Balanced Scorecard para o processo de gestão estratégica das unidades hospitalares públicas empresariais são substanciais, sendo, portanto, uma ferramenta capaz de ser implementada em unidades de saúde hospitalares públicas empresariais. Através da evidência empírica recolhida foi possível adquirir elementos que nos permitiram perceber quais as estratégias do CH e analisar os seus ambientes interno e ambiente externo, com vista a explorar oportunidades, eliminar/mitigar ameaças, maximizar pontos fortes e minimizar pontos fracos.

O BSC permite assim formular estratégias passíveis de serem implementadas, sendo exequíveis face à sua natureza holística e à interligação das perspetivas deste modelo. O desenvolvimento e implementação do Balanced Scorecard nos cuidados de saúde tornou-se um processo de gestão popular, sendo necessário compreender quais as alterações da criação do mesmo para estes serviços em comparação com a abordagem documentada pelos criadores do BSC (Bilkhu-Thompson, 2003). A medição da performance, concretamente através do Balanced Scorecard, surge assim como uma possível resposta para os desafios que a generalidade dos serviços públicos enfrenta, sendo uma ferramenta amplamente conhecida e oficializada em grande parte da administração pública de vários países,

destacando-se os do norte da Europa (Suécia, Noruega e Finlândia) e América do Norte (Estados Unidos da América e Canadá) (Walker & Dunn, 2006). O BSC tem vindo a aumentar o desafio de medição do desempenho do setor privado, estando igualmente preparado para facilitar uma rápida e dramática transição das organizações públicas e sem fins lucrativos para o século XXI (Niven, 2003), não podendo Portugal abstrair-se, ou ficar à margem, dessa tendência.

O referido em Kaplan e Norton (1993, 1996) permitiu-nos assim apresentar propostas de melhoria e planeamento, identificando opções estratégicas alternativas, segundo uma visão global e integrada do desempenho organizacional, respondendo assim às questões de investigação do presente estudo. Consideramos, pois, que a introdução de uma ferramenta como o BSC, primeiro a nível departamental e depois a nível global, será de elevada utilidade no apoio à criação de um novo estilo de gestão mais global das unidades hospitalares públicas empresariais, mais objetiva, simples e completa, forçosamente menos burocrática, que com certeza conduzirá à melhoria da eficiência deste tipo de organizações.

Implicações para a teoria e para a prática

Este artigo tem relevantes implicações para a teoria, na medida em que aprofunda o estudo da gestão estratégica ao nível das unidades hospitalares do setor público, designadamente no que ao Balanced Scorecard diz respeito. Sobretudo pelo facto de este promover a consolidação da visão e da estratégia deste tipo de organizações (Scholey, 2006), dando-nos uma visão holística da organização, indicando-nos quais as áreas de excelência que necessitam de melhoria em todas as perspetivas do BSC (clientes e *stakeholders*, finanças e orçamento, aprendizagem e conhecimento e processos).

Por outro lado, terá ainda significativas implicações práticas para a gestão. Os indicadores de performance destas organizações encontram-se relativamente dispersos. O BSC permitirá o refinamento do processo de gestão estratégica, por via da definição de objetivos estratégicos e da sua correspondente medição ao nível das perspetivas desta ferramenta (Figge, Hahn, Schaltegger & Wagner, 2002), promovendo assim a eficácia e a eficiência da gestão estratégica de unidades hospitalares com este modelo de gestão empresarial.

Limitações e linhas futuras de investigação

Como sucede em qualquer estudo de caso devemos ter alguma prudência na generalização de resultados. Porquanto, o Balanced Scorecard poderá somente ser implementado em unidades hospitalares públicas empresariais do setor da saúde, com as devidas adaptações à realidade de cada uma das instituições. Este refere-se exclusivamente a uma entidade pública empresarial, não tendo sido consideradas as restantes tipologias hospitalares (SPA, SA e PPP), constituindo tal situação uma limitação.

Uma outra limitação é com certeza o facto deste estudo se debruçar exclusivamente em unidades hospitalares públicas, designadamente uma entidade pública empresarial. Futuros estudos poderiam passar pela realização de estudo de casos múltiplos, para assim se consolidar os resultados obtidos no presente estudo, considerando-se ainda outras unidades hospitalares públicas, privadas, público-privadas e sociais.

REFERÊNCIAS

- Azizi, F., Afshari, A. J. & Behzadian, M. (2012), “Application of Balanced Scorecard approach to healthcare organizations”, *European Journal of Scientific Research*, Vol. 74 No. 1, pp. 79–89.
- Baganha, M. I., Ribeiro, J. S. & Pires, S. (2002), *O setor da saúde em Portugal: funcionamento do sistema e caracterização sócio-profissional*. Coimbra: Faculdade de Economia da Universidade de Coimbra.
- Bardin, L. (2009), *Análise de Conteúdo*, Lisboa: Edições 70, Lda.
- Bilkhu-Thompson, M. K. (2003), “A Process Evaluation of a Health Care Balanced Scorecard”, *Health Care Finance*, Vol. 30 No. 2, pp. 37–64.
- Campos, A. C. (2003), “Hospital-empresa: crónica de um nascimento”, *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, Vol. 21 No. 2, pp. 23–34.

Carson, D., Gilmore, A. & Perry, C. (2001), *Qualitative Marketing Research*, London: Sage Publications.

CH (2008), *Regulamento Interno*, CH, EPE.

Chavan, M. (2009), “The balanced scorecard : a new challenge”, *Journal of Management Development*, Vol. 28 No. 5, pp. 393–406.

Chow, C. W., Ganulin, D., Haddad, K. & Williamson, J. (1998), “The balanced scorecard : A potent tool for energizing and focusing healthcare organization management”, *Journal of Healthcare Management*, Vol. 43 No. 3, pp. 263–279.

Delgado, M. (2007), “O sistema de saúde e os cidadãos”, 2.^o Congresso da Pastoral da Saúde, available at: http://www.pastoraldasaude.pt/dynamicdata/asset/CNPSII_Manuel_Delgado.pdf (accessed 20 August 2013).

Denzin, N.K. & Lincoln, Y.S. (1994), “Introduction: Entering the field of qualitative research”. In N.K. Denzin and Y.S. Lincoln (Eds.), *Handbook of Qualitative Research* (pp. 1-17). Thousand Oaks: Sage Publications.

Frazão, M. A. (2012), *A Utilização do Balanced Scorecard na Definição da Estratégia de uma Instituição Pública: O caso do Instituto Politécnico de Setúbal*. Trabalho de Projecto do Mestrado em Marketing, Lisboa: Universidade Técnica de Lisboa, Instituto Superior de Economia e Gestão.

Frazão, M. A. & Dominginhos, P. (2013), A utilização do balanced scorecard na definição da estratégia de uma instituição pública: o caso do Instituto Politécnico de Setúbal. *Proceedings of the XXIII Spanish-Portuguese Scientific Management Conference*, Universidad de Málaga, Málaga, Spain, February.

- Figge, F., Hahn, T., Schaltegger, S. & Wagner, M. (2002), "The Sustainability Balanced Scorecard - linking sustainability management to business strategy", *Business Strategy and the Environment*, Vol. 11 No. 5, pp. 269–283.
- Flick, U. (2009), *Uma introdução à pesquisa qualitativa*, (5a ed.), Porto Alegre: Artmed.
- Gurd, B. & Gao, T. (2008), Lives in the balance: an analysis of the balanced scorecard (BSC) in healthcare organizations. *International Journal of Productivity and Performance Management*, Vol. 57 No. 1, pp. 6-21.
- Janesick, V. J. (1994), The dance of qualitative research design: Metaphor, methodolatry, and meaning, In N. Denzin & Y. Lincoln (Ed), *Handbook of Qualitative Research*, (pp. 209-219), Thousand Oaks: SAGE Publications.
- Kaplan, R. S. & Norton, D. P. (1992), "The Balanced Scorecard - Measures that Drive Performance", *Harvard Business Review*, Vol. 70 No. 1, pp. 71–79.
- Kaplan, R. S. & Norton, D. P. (1993), "Putting the Balanced Scorecard to Work", *Harvard Business Review*, Sept./Oct., pp.134–147.
- Kaplan, R. S. & Norton, D. P. (1996), "Using the balanced scorecard as a strategic management system", *Harvard Business Review*, Vol. 74 No. 1, pp. 75-85.
- Kaplan, R. S. & Norton, D. P. (2000), *Mapas Estratégicos*, Rio de Janeiro: Campus.
- Kaplan, R. S. & Norton, D. P. (2001), *The Strategy - focused organization*, Pennsylvania: Soundview Executive Book Summaries.
- Kaplan, R. S. & Norton, D. P. (2004), *Strategy Maps: Converting Intangible Assets into Tangible Outcomes*. Boston: Harvard Business School Press.
- Lei (2002), Lei n.º 27/2002, de 8 de novembro, *Regime Jurídico da Gestão Hospitalar*, Lisboa: INCM.

- Maisel, L. (1992), "Performance measurement: the Balanced Scorecard approach", *Journal of Cost Management*, Vol. 6 No. 2, pp. 47–52.
- Matos, L. F. (2006), *A utilização do Balanced Scorecard para monitorar o desempenho de um Hospital*. Guimarães: Universidade do Minho.
- Ministério da Saúde (2010a), *A Organização Interna e a Governação dos Hospitais*, available at: <http://dbs.uni-leipzig.de/file/aumueller05wiksar.pdf> (accessed 20 February 2013).
- Ministério da Saúde (2010b), *História do Serviço Nacional de Saúde*, available at: <http://www.portaldasaude.pt/portal/conteudos/a+saude+em+portugal/servico+nacional+de+saude/historia+do+sns/historiadosns.htm> (accessed 5 October 2013).
- Ministério da Saúde (2012), *Discussão do Orçamento de Estado para 2013*, available at: <http://www.portaldasaude.pt/portal/conteudos/a+saude+em+portugal/ministerio/comunicacao/discursos+e+intervencoes/oe+mmxiii.htm> (accessed 14 June 2013).
- Niven, P. R. (2003), *Balanced Scorecard Step-by-Step For Government and Nonprofit Agencies*. New Jersey: John Wiley & Sons, Inc. Hoboken.
- Nunes, R. & Rego, G. (2010), *Gestão da Saúde*. (P. & Rodrigues, Ed.). Lisboa: Prata e Rodrigues.
- Patton, M. Q. (2002), *Qualitative Research & Evaluation Methods*. CA: Sage Publications.
- Perry, C., Riege, A. & Brown, L. (1999), "Realism's Role Among Scientific Paradigms in Marketing Research", *Irish Marketing Review*, Vol. 12 No. 2, pp. 16–23.
- Pineno, C. J. (2002), "The balanced scorecard: An incremental approach model to health care management", *Journal of Health Care Finance*, Vol. 28 No. 4, pp. 69–80.

Pinto, F. (2007), "Balanced Scorecard e SIADAP: Articulação, Integração e Desenvolvimento", *Administração Pública*, pp. 50–56.

Pinto, F. (2008), "Balanced Scorecard e SIADAP – Articulação, Integração e Desenvolvimento", *Interface Administração Pública, Algébrica*, Vol. 41 No. Março.

Pinto, F. (2009), *Balanced Scorecard – Alinhar Mudança, Estratégia e Performance nos Serviços Público*, Lisboa: Edições Sílabo.

RCM (2002), Resolução do Conselho de Ministros n.º 41/2002, de 7 de março, Estabelece medidas para permitir a transformação de estabelecimentos públicos prestadores de cuidados hospitalares em entidades públicas empresariais (EPE).

Ribeiro, C. (2008), "O controlo de gestão nas unidades de saúde: o Balance Scorecard", *TOC*, Vol. 100, pp. 61–66.

Rodríguez, G., Gil, F. J. & García, J. E. (1996), *Metodología de la Investigación Cualitativa*, Málaga: Ediciones Aljibe.

Rompho, N. (2011), "Why the Balanced Scorecard Fails in SMEs : A Case Study", *Journal of Business and Management*, Vol. 6 No. 11, pp. 39–47.

Scholey, C. (2006), "Risk and the Balanced Scorecard", *CMA Management*, Vol. 80 No. 4, pp. 32–35.

Tavares, S. (2002), Short profile of Portugal main health issues and the characteristics of the health system. available at: <http://www.ensp.unl.pt/saboga/prosaude/eumahp/default-2002.asp> (accessed 14 June 2013).

Unerman, J. (2000), "Methodological issues - Reflections on quantification in corporate social reporting content analysis", *Accounting, Auditing & Accountability Journal*, Vol. 13 No. 5, pp. 667–681.

- Walker, K. B. & Dunn, L. M. (2006), Improving hospital performance and productivity with the balanced scorecard. *Academy of Health Care Management Journal*, Vol. 2, pp. 85-110.
- Yin, R. (1993), *Applications of case study research*, London: Sage Publications.
- Yin, R. (1994), *Study Research: Design and Methods. Applied Social Research Methods Series*, Thousands Oaks: Sage Publications.
- Yin, R. (1998), *The Abridged Version of Case Study Research*. In L. Bickman & D. J. Rog (Ed.), Thousands Oaks: Sage Publications.
- Zéghal, D. & Ahmed, S. A. (1990), “Comparison of social responsibility information disclosure media used by Canadian firms”, *Accounting, Auditing & Accountability Journal*, Vol. 3 No. 1, pp. 38–53.

How to cite this article:

Rua, O.L. & Silva, T.M. (2016). Contribuição do Balanced Scorecard para a Gestão Estratégica das Unidades Hospitalares públicas empresariais: Um Estudo de Caso. *Portuguese Journal of Finance, Management and Accounting*. 2 (4), 100-136. Disponível em <http://u3isjournal.isvouga.pt/index.php/PJFMA>