



**Paulo Filipe de
Almeida e Silva Diz
N.º mec 29932**

**Balanced Scorecard - Unidade de Desabituação de
Coimbra**



**Paulo Filipe de
Almeida e Silva Diz
N.º mec 29932**

**Balanced Scorecard - Unidade de Desabituação de
Coimbra**

Dissertação apresentada à Universidade de Aveiro para cumprimento dos requisitos necessários à obtenção do Grau de Mestre em Gestão, realizada sob a orientação científica da Professora Doutora Silvina Maria Vagos Santana, Professora Associada do Departamento de Economia, Gestão e Engenharia Industrial da Universidade de Aveiro.

Dedico este trabalho à minha esposa e aos meus pais.

o júri

Presidente

Prof. Doutor António Carrizo Moreira
Professor Auxiliar do DEGEI da Universidade de Aveiro

Doutor Luís Manuel Dionísio Marques,
Professor Convidado da Universidade Católica Portuguesa

Professora Doutora Silvína Maria Vagos Santana
Professora Associada com Agregação do DEGEI da Universidade de Aveiro

Agradecimentos

A realização desta dissertação só foi possível com a colaboração de um grupo de pessoas ao qual gostaria de demonstrar o meu reconhecimento.

À minha orientadora, Professora Doutora Silvína Santana, por todo o acompanhamento, paciência infindável e estímulo sempre demonstrados. Obrigado pela insistência e por tudo o que me ensinou.

Aos profissionais da Unidade de Desabilitação de Coimbra, agradeço toda a disponibilidade e simpatia com que sempre me receberam, com especial destaque para a Dr.^a Cristina Nogueira Roma, o Dr. João Nuno Lopes Curto e Dr. José António Rocha Almeida.

À minha esposa e aos meus pais por toda a motivação e apoio em momentos de desinteresse e cansaço, sem eles não teria concluído este trabalho.

Palavras-chave

Estimulação cognitiva, Desabitação, Substâncias psicoativas, Balanced Scorecard, Unidade de Desabitação de Coimbra

Resumo

A prestação de cuidados de saúde em Portugal demonstra uma enorme rutura com as reais necessidades dos doentes e a condição socioeconómica do País. O conhecimento sobre o consumo de substâncias psicoativas, comportamentos, aditivos e dependências em Portugal, e a sua evolução ao longo dos anos, permite identificar as tendências e as necessidades de intervenção, e orientar as opções estratégicas.

A problemática da luta contra a droga é um fenómeno complexo, multifacetado, podendo ser visto de vários prismas: do político, da saúde individual e pública, do impacto quotidiano aos níveis familiar, social e cultural, da investigação e da cooperação internacional contra o tráfico de droga. A legislação e as políticas a implementar têm, necessariamente, de ter em conta todos estes aspetos e reuni-los em propostas coerentes e consistentes.

O propósito primordial deste trabalho é contribuir para o fortalecimento da capacidade de gestão estratégica da Unidade de Desabitação de Coimbra (UDC), Unidade Especializada da Administração Regional de Saúde do Centro. Para isso, desenvolveu-se e propõe-se uma ferramenta de avaliação baseada no Balanced Scorecard (Kaplan e Norton, 1992), utilizando um conjunto de medidas de desempenho financeiras e não-financeiras, interligadas por relações de causa-e-efeito e agrupadas em quatro dimensões: utente, processo, inovação/aprendizagem e financeira.

Keywords

Cognitive stimulation, Drug withdrawal, Psychoactive substances, Balanced Scorecard, Coimbra Detoxification Unit

Abstract

The Portuguese health system is not able to respond to the real needs of patients and the socio-economic situation of the country. Knowledge about the reality of consumption of psychoactive substances, behaviors, additives and dependencies in Portugal, and its evolution over the years, allows the identifications of trends and intervention needed, and guide the strategic options.

The fight against drugs theme is a complex one, multi-faceted phenomenon and can be viewed from several angles: the political, public and individual health, family impact daily life, social and cultural, research and international cooperation against drug trafficking. Legislation and policies to implement must necessarily take into account all these aspects and by bringing them together in coherent and consistent proposals.

The primary purpose of this work is to contribute to the strengthening of strategic management capacity of the UDC, a specialized Unit of the Regional Health Administration of the Centre. To this end, it was developed and we are proposing an assessment tool based on the Balanced Scorecard (Kaplan and Norton, 1992), using a set of measures of financial and non-financial performance, linked by relations of cause-and-effect and grouped into four perspectives: customer, business process, Learning and Growth, and Financial.

Índice

INTRODUÇÃO	12
CAPÍTULO I - ENQUADRAMENTO	14
1.1 O consumo de drogas em Portugal e as políticas para o seu combate	14
1.2 Prevalência do Consumo de Substâncias Ilícitas.....	19
1.2.1 População em Geral	19
1.2.2 Populações Escolares	20
1.2.3 Consumo Problemático de Substâncias Psicoativas	22
1.3 Novos Desafios.....	23
1.3.1 Novas substâncias psicoativas/alternativas legais às drogas ilegais (Legal highs).....	23
1.3.2 Comportamentos aditivos sem consumo de substâncias.....	23
1.3.2.1 <i>Jogo patológico e Internet</i>	24
1.4 Unidade de Desabituação de Coimbra.....	26
1.4.1 Movimento Assistencial	27
1.4.2 Recursos Financeiros.....	28
1.4.3 Poder político vs toxicodependente	31
1.4.4 Apresentação do Programa Terapêutico de Estimulação Cognitiva com Dependentes de Substâncias.....	33
1.4.5 Enquadramento da Unidade de Desabituação de Coimbra face à nova legislação.....	35
CAPÍTULO II – FERRAMENTAS DE MEDIDA DE DESEMPENHO EMPRESARIAL	37
2.1 Origens aspetos conceptuais do TDB e do BSC.....	38
2.2 As críticas ao BSC formuladas pelos defensores do TDB	43
2.3 Diferenças ideológicas e culturais subjacentes às metodologias	45
2.4 BSC versus TDB na prática.....	46
2.5 Súmula comparativa	48
CAPÍTULO III - MÉTODOS.....	51
3.1 Natureza, forma de abordagem, objetivos e procedimentos técnicos	51
3.2 Tipo de estudo e método de investigação	52
3.3 Método utilizado na recolha de dados	53
3.4 Escolha da metodologia de medição e gestão a aplicar na UDC	53
3.5 Metodologia utilizada para o desenvolvimento da ferramenta a aplicar na UDC.....	54
3.6 Objetivos gerais e específicos	55

CAPÍTULO IV - Desenvolvimento da ferramenta de medição e gestão de desempenho	57
4.1 Missão, Visão e Valores.....	58
4.2 Análise de stakeholders	59
4.3 Análise SWOT	62
4.3.1 Envolve interna	62
4.3.2 Envolvimento externo	63
4.4 Vetores Estratégicos.....	64
4.4.1 Objetivos estratégicos.....	66
4.5 Desenvolvimento da ferramenta de avaliação baseada no BSC.....	66
4.5.1 Perspetivas da ferramenta de avaliação	67
4.5.2 Mapa Estratégico da UDC.....	69
4.5.3 Indicadores identificados	70
4.5.4 Iniciativas.....	71
4.5.4.1 <i>Acompanhamento</i>	72
4.5.5 Ferramenta de avaliação, baseada no método do BSC.....	72
4.6 Plano de Desenvolvimento	74
4.6.1 Preparação	74
4.6.2 Desenvolvimento	75
4.7 Sistema Gestão da Qualidade e sua relação com o BSC	76
4.7.1 SGC e BSC	76
4.7.2 Objetivos Individuais	79
4.8 Plano de formação	80
4.9 Plano de Comunicação	82
4.9.1 Comunicação Interna	83
4.9.2 Comunicação Externa.....	84
4.10 Aplicação do BSC Quidgest® à Unidade de Desabituação de Coimbra	87
CAPÍTULO V – DISCUSSÃO E CONCLUSÃO.....	94
5.1 Avaliação dos resultados.....	94
5.2 Dificuldades encontradas.....	96
5.3 Sugestões de trabalho futuro.....	96
Bibliografia	97

Índice de figuras

Fig. 1 – Serviços de Intervenção	17
Fig. 2 – Evolução Nacional da luta contra as drogas	18
Fig. 3 – Marcos fundamentais da política antidrogas portuguesa	19
Fig. 4 – Distribuição dos RH da UDC por categoria	26
Fig. 5 – Organograma da UDC	27
Fig. 6 – N.º de Utentes	28
Fig. 7 – Dados da atividade assistencial da Unidade	29
Fig. 8 – Total dos Custos da Unidade da UDC no quadriénio 2007-2010	29
Fig. 9 – Evolução dos Custos utente/dia, de 2007 a 2010	30
Fig. 10 – Evolução dos Custos por utente tratado	30
Fig. 11 – Repartição de Custos em 2010	31
Fig. 12 – Diferente estados do Sistema Nervoso Central	32
Fig. 13 – Programa Terap.de Estimulação Cognitiva com Dep. de Substâncias	34
Fig. 14 – Perspetivas do Balanced Scorecard	41
Fig. 15 – Valores identificados pela UDC	58
Fig. 16 – Matriz de Stakeholders	61
Fig. 17 – Matriz da Análise de Stakeholders	62
Fig. 18 – Análise Swot	65
Fig. 19 – Relação entre Vetores Estratégicos e Objetivos Estratégicos	66
Fig. 20 – Mapa Estratégico da UDC	69
Fig. 21 – Perspetivas vs Objetivos vs Indicadores	70
Fig. 22 – Iniciativas propostas vs objetivos identificados	71
Fig. 23 – Ferramenta de avaliação baseada no método do BSC	73
Fig. 24 – Sistema Gestão da Qualidade e a relação com o BSC	77

Fig. 25 – Sistema Gestão da Qualidade vs BSC	78
Fig. 26 – Sistema Gestão da Qualidade vs BSC vs SIADAP	79
Fig. 27 – Plano de formação	81
Fig. 28 – Quadro resumo da Comunicação interna e externa	85
Fig. 29 – Plano de desenvolvimento e comunicação	86
Fig. 30 – Quidgest®	87
Fig. 31 – Mapa Estratégico da UDC no Quidgest®	88
Fig. 32 – Score Card	89
Fig. 33 – Score Card detalhado	89
Fig. 34– Objetivos	89
Fig. 35 – Objetivos e indicadores	90
Fig. 36 – Dashboard	91
Fig. 37 – Histograma	92
Fig. 38 – Pontos fortes e fracos da aplicação	92

0. INTRODUÇÃO

A prestação de cuidados de saúde em Portugal demonstra uma enorme rutura com as reais necessidades dos doentes e a condição socioeconómica do País. Contudo, o conhecimento sobre a realidade do consumo de substâncias psicoativas, comportamentos, aditivos e dependências em Portugal, e a sua evolução ao longo dos anos, permite-nos identificar as tendências e as necessidades de intervenção e orientar as opções estratégicas.

A problemática da luta contra a droga é um fenómeno complexo, multifacetado, que pode ser visto de vários prismas: do político, da saúde individual e pública, do impacto quotidiano familiar, social e cultural, da investigação e da cooperação internacional contra o tráfico de droga. A legislação e as políticas a implementar têm, necessariamente, de ter em conta todos estes aspetos e reuni-los em propostas coerentes e consistentes. Posto isto, verifica-se uma necessidade crescente de informação que permita gerir, de forma mais eficiente e eficaz, os recursos existentes, através de indicadores que possam ser claramente definidos, monitorizados e avaliados.

O primeiro capítulo deste trabalho pretende contribuir para o enquadramento histórico do consumo de drogas em Portugal e, paralelamente, versar as políticas implementadas para o seu combate. Far-se-á também uma apresentação da Unidade de Desabilitação de Coimbra (UDC), nomeadamente, no que concerne ao seu movimento assistencial e à sua estrutura de custos. Dar-se-á especial destaque ao *Programa terapêutico de estimulação cognitiva com dependentes de substâncias*, conjuntamente com o enquadramento da UDC, face à nova legislação em vigor.

No segundo capítulo serão abordadas duas das principais ferramentas de medida de desempenho empresarial e de gestão, desenvolvidas e utilizadas no âmbito do controlo de gestão - Balanced Scorecard (BSC) e Tableau de Bord (TDB), procurando identificar e clarificar as diferenças entre elas e os pontos em que convergem. A partir da análise das principais características destas ferramentas, apresentam-se as suas perspetivas ideológicas e culturais, que são distintas, e procuram-se eventuais pontos em comum e potenciais complementaridades.

No terceiro capítulo, que corresponde à apresentação dos métodos seguidos na pesquisa, expõem-se os objetivos do estudo e as principais motivações para a seleção da metodologia de medição e gestão em que se baseia a ferramenta de avaliação desenvolvida. Será, ainda, descrita a metodologia de investigação, nomeadamente no que diz respeito à natureza da investigação, a forma de abordagem do problema, os procedimentos técnicos e os métodos aplicados na recolha de dados.

Do quarto capítulo consta o caso prático, com o desígnio principal de contribuir para o fortalecimento da capacidade de gestão estratégica da UDC, através da proposta de uma ferramenta de avaliação baseada no Balanced Scorecard (Kaplan e Norton, 1992), utilizando um conjunto de medidas de desempenho financeiras e não-financeiras, interligadas por relações de causa-e-efeito e agrupadas em quatro dimensões: utente, processo, inovação/aprendizagem e financeira.

No quinto capítulo discutem-se os resultados obtidos e conclui-se a dissertação, à luz dos elementos relatados nos capítulos anteriores e apresentando sugestões para futuros trabalhos nesta área.

1. CAPÍTULO I - ENQUADRAMENTO

Este primeiro capítulo inicia-se com a apresentação e discussão do enquadramento histórico do consumo de drogas em Portugal e das políticas implementadas para o seu combate. Será comentado o consumo de substâncias ilícitas na população em geral e nas populações escolares, bem como o consumo problemático de substâncias psicoativas. Apresentar-se-ão os novos desafios existentes, como o consumo de novas substâncias psicoativas/alternativas legais às drogas ilegais e os comportamentos aditivos sem consumo de substâncias psicoativas, como as compras compulsiva, o jogo patológico e a utilização obsessiva de serviços baseados na Internet.

De seguida, apresenta-se a Unidade de Desabilitação de Coimbra, como resposta aos desafios existentes no combate aos comportamentos aditivo, com a apresentação do seu movimento assistencial e dos seus recursos financeiros e a apresentação do *Programa terapêutico de estimulação cognitiva com dependentes de substâncias*.

Por fim, será feito o enquadramento da Unidade de Desabilitação de Coimbra face à nova legislação em vigor.

1.1 O consumo de drogas em Portugal e as políticas para o seu combate

O conhecimento sobre a realidade do consumo de substâncias psicoativas, comportamentos aditivos e dependências em Portugal, e a sua evolução ao longo dos anos, permite-nos identificar as tendências e as necessidades de intervenção, tarefa fundamental no desenvolvimento de uma ferramenta de avaliação que possa contribuir para o alinhamento da UDC com a estratégia para o triénio 2012-2014.

A problemática da luta contra a droga é um fenómeno complexo, multifacetado, podendo ser visto de vários prismas: do político, da saúde individual e pública, do impacto quotidiano familiar, social e cultural, da investigação e da cooperação internacional contra o tráfico de droga. A legislação e as políticas a implementar

têm necessariamente de ter em conta todos estes aspetos e reuni-los em propostas coerentes e consistentes.

Neste sentido, é importante que a informação sobre a situação em matéria de drogas nos diversos países seja objetiva, fiável e esteja disponível em tempo real. Só assim se pode assegurar que as políticas relacionadas com a droga e os programas para o seu combate sejam conhecidas e baseadas em evidências científicas, procurando criar respostas eficazes e eficientes a nível local, nacional e internacional.

Em Portugal, o início do fenómeno do consumo de drogas coincide com um período em que as medidas nacionais eram praticamente inexistentes. Até aos finais dos anos 1960, o consumo de drogas em Portugal reunia características particulares e muito distintas dos outros países, consequência da conjuntura política, cultural e socioeconómica do país. Ser consumidor de drogas, nessa altura, aparecia envolto numa aura de amadorismo inspirada pelas classes sociais com maior poder económico: *“tratava-se de um outro mundo, ao qual os mais abastados tinham acesso”* (Carlos Poiares, 1998).

A expansão do consumo de drogas no nosso país assume maior expressão nos anos 1970, com a ida de um maior número de jovens para a guerra colonial, sendo por esta altura que começam a surgir os primeiros problemas com os consumidores de substâncias psicoativas.

A droga tinha, então, um claro significado social dando suporte às teorias que a entendiam como um fator causador de desordem social, “é a droga que faz o toxicodependente” e portanto se é a substância que faz o mal, é a ela que se deve fazer a guerra.

A época da criminalização do consumo, que se inicia com a publicação do Decreto-Lei nº 420/70 de 3 de Setembro, aborda o fenómeno da droga numa perspetiva criminalizadora, baseado num modelo jurídico-moral. O consumidor/dependente era visto como um indivíduo socialmente perigoso, que deve ser punido e tratado numa perspetiva de defesa social, ignorando aspetos ligados à proteção da saúde pessoal e pública.

Com o processo de descolonização em 1975, os problemas com os consumos de drogas ganham maior dimensão e uma nova estratégia começa a ser implementada. Com a publicação do Decreto-Lei nº 792/76, o combate à droga passou a ser realizado, em termos policiais, pelo Centro de Investigação e Controlo da Droga (CICD), que visava a investigação, fiscalização e repressão criminal, e, no contexto clínico e psicossocial, pelo Centro de Estudos de Profilaxia da Droga (CEPD), direcionado para o estudo da problemática relativa ao consumo de drogas e seu tratamento médico e social, assim como ao estudo de medidas de prevenção dos consumos. O tratamento “médico-social” começa a fazer parte integrante do processo de toxicodependência. O tratamento era, então, efetuado com relativa independência em relação a medidas de carácter policial e judicial, uma vez que o CICD e o CEPD estavam sob a tutela do Ministério da Justiça.

Nos finais da década de 1970, o consumo de heroína constituiu-se como a tendência dominante. A ela se associava, muitas vezes, o uso e abuso de medicamentos psicotrópicos.

Nos princípios dos anos 1990, o consumo de heroína atinge a sua maior expressão, passando a ser a principal droga de consumo problemático. É também nesta década que se verifica um aumento no consumo de cocaína, na maioria das vezes consumida em associação com heroína.

A procura e o consumo das drogas começam a estar associados a fenómenos de marginalidade e exclusão, com grande predomínio nas áreas mais pobres e desfavorecidas. Simultaneamente, e face ao elevado número de consumidores por via endovenosa, começam a surgir graves problemas de saúde pública, mortes por *overdose*, aumento de infeções VIH/SIDA, Hepatites B e C, Tuberculose.

Foi neste período que o problema da droga assumiu um papel primordial na sociedade portuguesa. Face aos graves problemas de saúde, para o próprio toxicodependente e de saúde pública, que as dependências estavam a originar, o Ministério da Saúde cria as primeiras unidades de tratamento, o Centro das

Taipas em Lisboa e os Centros Regionais de Alcoologia norte, centro e sul e um serviço que englobava a prevenção primária, o Projeto Vida (fig. 1).

A rutura com a filosofia criminal face ao consumo de drogas adquire destaque a partir de 1995, quando se começa a adotar uma atitude mais flexível influenciada pelo quadro compreensivo do fenómeno do consumo de drogas numa vertente psicossocial.

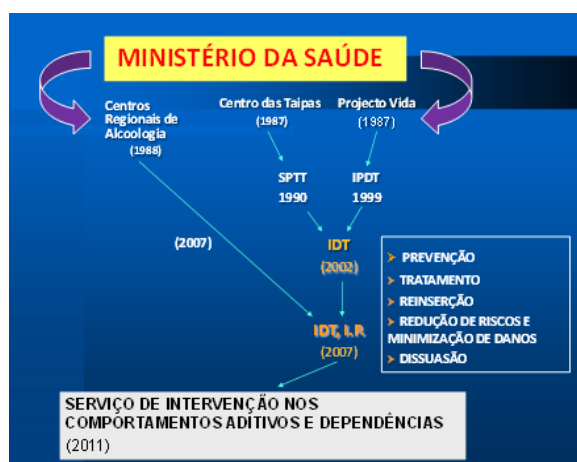


Figura 1. Serviços de intervenção (Almeida et al - 2012)

Em 1995 instala-se em Lisboa o Observatório Europeu da Droga e da Toxicodependência (OEDT), que tem a seu cargo a monitorização do fenómeno das drogas nos países europeus. Para o efeito, articula-se em rede com os Pontos Focais Nacionais, um por cada Estado Membro. Em Portugal, é ao Instituto da Droga e da Toxicodependência, I.P. que cabe essa responsabilidade. Esta recolha de informação sobre diversos indicadores, que permitem acompanhar a evolução da situação do problema da droga na Europa, é retratada em relatório divulgado anualmente ao público.

Posteriormente, foi criado o Serviço de Prevenção e Tratamento das Toxicodependências, SPTT (SPTT), focalizado no tratamento das substâncias ilícitas, e o Instituto Português da Droga e da Toxicodependência (IPDT), mais direcionado para os aspetos ligados à prevenção dos consumos. O CEPD é integrado no SPTT.

Em 2002 dá-se a fusão destas duas estruturas, surgindo o Instituto da Droga e da Toxicodependência (IDT), com intervenção nas áreas do tratamento, da prevenção, da redução de riscos e minimização de danos e da reinserção, dando corpo a um serviço integrado.

Em 2007, o IDT foi transformado em Instituto Público, IDT, I.P. Os Centros Regionais de Alcoologia são integrados no IDT, I.P., que abrange agora na sua estratégia cinco áreas de missão: Prevenção, Redução de Riscos e Minimização de Danos, Tratamento, Reinserção e Dissuasão.

Com a publicação da nova orgânica do Ministério da Saúde, aprovada pelo Decreto-Lei n.º 124/2011, de 29 de dezembro, o Governo criou o Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e Dependências (SICAD), extinguindo, em consequência, o Instituto da Droga e da Toxicodependência, I.P., e atribuindo às Administrações Regionais de Saúde, I.P., parte da operacionalização das políticas no domínio dos comportamentos aditivos e dependências, passando assim a missão do tratamento, onde se inclui a Unidade de Desabilitação de Coimbra, para a orgânica das Administrações Regionais de Saúde.

A Estratégia Nacional de Luta Contra a Droga e o Plano Nacional contra a Droga e as Toxicodependências aprovados em Conselho de Ministros (fig. 2) passam a ser as referências da política de saúde em matéria de dependências em Portugal.



Figura 2. Evolução Nacional da luta contra as drogas (Almeida et al - 2012)

A rede de serviços públicos deveria garantir a existência de, pelo menos, uma unidade de atendimento de toxicodependentes por cada distrito e de unidades de desabilitação e de comunidades terapêuticas, próprias ou convencionadas, na base de uma cama por 100.000 habitantes ou por 10.000 habitantes, respetivamente.

A política antidrogas portuguesa tem, pois, marcos importantes que estão registados no quadro infra apresentado (fig. 3).

A Política Portuguesa: marcos fundamentais

Políticas inovadoras em matéria de redução de danos e de saúde pública baseadas na assumpção de que o toxicodependente é um doente

- Programa Nacional de Troca de Seringas (1993)

Tratamento

- Rede Pública complementada por rede privada convencionada (1987)
- Acessibilidade a programas de tratamento com metadona (1997)

Descriminalização do consumo

- Lei nº 30/2000, define o regime jurídico aplicável ao consumo de estupefacientes e substâncias psicotrópicas, bem como a protecção sanitária e social dos consumidores dessas substâncias
- Criação das Comissões de Dissuasão da Toxicodependência (2000/2001)

Redução da Procura (2006/2007)

- Abordagem e Respostas Integradas e Prevenção Focalizada
- Centralidade no Cidadão e Territorialidade
- Inclusão do álcool no mandato do IDT

Figura 3. Marcos fundamentais da política antidrogas Portuguesa (Almeida et al - 2012)

1.2 Prevalência do Consumo de Substâncias Ilícitas

1.2.1 População em Geral

Dos resultados de duas vagas do Inquérito Nacional ao Consumo de Substâncias Psicoativas na População em Geral, levadas a cabo em 2001 e em 2007, destacam-se os seguintes elementos:

- Subida da prevalência dos consumos de qualquer droga, ao longo da vida (de 7% para 12% da população, entre 15-64 anos, que consumiram uma substância ilícita, pelo menos uma vez na vida);

- Estabilidade das prevalências de consumo de qualquer droga nos últimos 30 dias (2,5% em 2001 e 2007);
- Descida das taxas de continuidade¹ dos consumos (a de qualquer droga passou de 44% para 31%)²;
- Verifica-se uma maior proporção de homens do que mulheres a consumir substâncias ilícitas. Encontraram-se diferenças de género relacionadas com a experimentação, bem como na prevalência de consumos nos últimos 30 dias, quer para a população total (15-64 anos) quer para a jovem-adulta (15- 34 anos), em qualquer das substâncias ilícitas consideradas³;
- A cannabis é a substância ilícita que mais portugueses experimentaram, quer na população total, quer na jovem-adulta. Seguem-se a cocaína e o ecstasy;
- Em ambas as populações, destaca-se a subida, em 2007, das prevalências de consumo de cocaína;
- As prevalências de consumo de substâncias ilícitas são superiores na população jovem-adulta, relativamente à população total;
- Verifica-se que Portugal se manteve entre os países europeus com menores prevalências do consumo de drogas (à exceção da heroína).

1.2.2 Populações Escolares

Conforme consta do Relatório Anual 2010, *“no contexto das populações escolares, os resultados dos estudos nacionais evidenciam que o consumo de drogas que vinha aumentando desde os anos 90 diminuiu pela primeira vez em 2006 e 2007, constatando-se em 2010 novamente um aumento do consumo de drogas nestas populações, o que alerta desde já para a necessidade do reforço das medidas preventivas.”* (IDT, I.P., 2011: 11).

Em 2006, os resultados do HBSC/OMS e do INME evidenciaram descidas dos consumos, sendo a cannabis a droga com maiores prevalências de consumo

¹ A Taxa de Continuidade indica a proporção de indivíduos que tendo consumido uma dada substância ao longo da vida, declaram ter consumido essa mesma substância no último ano.

² IDT, I.P., Relatório Anual 2010, pp 15-26.

³ Cannabis, cocaína, anfetaminas, ecstasy, heroína, LSD, cogumelos mágicos.

entre estas populações. A exceção na diminuição do consumo de cannabis verificou-se no grupo dos mais novos e com estatuto socioeconómico mais baixo.

Em 2007, os resultados do ESPAD (alunos de 16 anos) e do ECATD (alunos dos 13 aos 18 anos) também evidenciaram descidas dos consumos (entre 2003-2007), destacando-se a descida da experimentação de todas as substâncias ilícitas⁴ em todas as idades⁵. A cannabis manteve-se como a droga mais experimentada.

Contudo, os resultados dos estudos apresentados a partir de 2010 evidenciam uma tendência de aumento das prevalências dos consumos.

Em 2010, os resultados do HBSC/OMS evidenciaram um aumento das prevalências dos consumos entre 2006 e 2010, contrariamente à diminuição ocorrida entre 2002-2006, nomeadamente da cannabis. A cannabis, os estimulantes e o LSD surgiram, em 2010, como as drogas mais experimentadas. Em 2011, os resultados do ESPAD, do ECADT e do INME confirmam a tendência de aumento das prevalências de consumos, entre 2007 e 2011, nos dois primeiros e entre 2006 e 2011, no último (IDT, I.P., 2012).

Os resultados do ESPAD e do ECADT revelam uma subida da experimentação de drogas, com aumento das prevalências ao longo da vida em todas as idades, comparativamente a 2007. Verifica-se ainda:

- Especificamente quanto à cannabis, registou-se um aumento da experimentação entre os alunos dos 14 aos 18 anos, comparativamente a 2007. Verificou-se, ainda, um aumento das prevalências dos consumidores recentes (no último ano), à exceção dos alunos com 13 anos. Quanto aos consumos atuais, verifica-se um aumento das prevalências em todas as faixas etárias, à exceção dos alunos com 13 anos;
- Comparativamente a 2007, destaca-se ainda o aumento da experimentação de anfetaminas, dos alunos com 14, 16 e 18 anos, de LSD

⁴ ESPAD - a prevalência ao longo da vida de qualquer droga passou de 18% para 14% (IDT, I.P., 2010: p.11).

⁵ ECADT – descida das prevalências de consumo ao longo da vida de qualquer droga em todas as idades (IDT, I.P., 2010: p.11).

em todas as idades, de cocaína entre os 13 e os 16 anos e de heroína entre os alunos com 14 e 15 anos;

- No INME 2011, verificou-se um aumento das prevalências de consumo ao longo da vida de qualquer droga, quer no 3.º Ciclo (10,3%, 2006 – 8,4%), quer no Secundário (29,4%, 2006 – 19,9%). Desatacam-se, ainda, os seguintes resultados⁶:
- A cannabis manteve-se com as maiores prevalências de consumo ao longo da vida, quer no 3.º ciclo quer no Secundário;
- No 3.º Ciclo, entre 2006 e 2011, verificou-se um aumento das prevalências do consumo de cannabis, e registou-se uma estabilização e diminuições na maioria das outras drogas; e
- Entre 2006 e 2011, no Secundário, a tendência foi de aumento do consumo da maioria das drogas, destacando-se para além da cannabis, uma subida das prevalências de consumo de anfetaminas e de LSD.

1.2.3 Consumo Problemático de Substâncias Psicoativas

Relativamente às estimativas da prevalência de consumidores problemáticos de drogas em Portugal e de acordo com o Relatório Anual de 2010, constata-se uma diminuição do número estimado de consumidores, comparando com os dados de 2000-2005, no que diz respeito aos consumidores de opióides, cocaína e/ou anfetaminas⁷, aos consumidores de longa duração/uso regular de opióides, cocaína, e/ou anfetaminas⁸, bem como dos consumidores (atuais ou recentes) de drogas por via endovenosa⁹.

Relativamente ao movimento clínico, desde 2008 a 2011 verifica-se uma estabilidade (com ligeiras alterações) do número total de utentes em ambulatório na Rede Pública (2008 – 38 532; 2009 – 38 875; 2010 – 37 983 e 2011 – 38 292)¹⁰.

⁶ IDT, I.P., Relatório Anual 2011, pp 21-23.

⁷ Estimativa da prevalência 2005 situa-se entre 44 653-53 240, entre 6,2 – 7,4 por mil habitantes dos 15 – 64 anos.

⁸ Estimativa da prevalência 2005 entre 30 833 – 35 576, entre 4,3 – 5,0 por mil habitantes 15-64 anos.

⁹ Estimativa da prevalência 2005 entre 13 183 – 16 285, entre 1,8 – 2,2 por mil habitantes 15-64 anos.

¹⁰ IDT, I.P. Relatório Anual 2010, p. 27 e Relatório de Atividades 2011, p. 91.

1.3 Novos Desafios

1.3.1 Novas substâncias psicoativas/alternativas legais às drogas ilegais (Legal highs)

Em Portugal tem-se verificado um aumento do mercado de novas substâncias psicoativas, nomeadamente através do aumento do número de pontos de venda que disponibilizam estas substâncias. Refira-se, contudo, que se assiste ao aumento deste fenómeno em toda a Europa, como se pode confirmar no Relatório Anual 2011 do OEDT, onde é referido que “*Em 2010 foi notificado um número recorde de 41 substâncias novas ao mecanismo europeu de alerta rápido e os dados preliminares para 2011 não mostram sinais de diminuição.*” (OEDT, 2011: 16).

A Internet é um dos principais mercados para estas substâncias, e tem-se podido observar a rapidez com que surgem novos produtos. Um aspeto importante a considerar é o facto de estas substâncias estarem disponíveis à população em geral e serem de fácil acesso, contrariamente, às drogas ilícitas. Importa, assim, conhecer aprofundadamente esta realidade, acompanhar os novos desenvolvimentos a vários níveis (mercado, procura, consequências para a saúde, entre outros), por forma a implementar medidas adequadas e relevantes.

1.3.2 Comportamentos aditivos sem consumo de substâncias

No campo da adição, tornou-se comum adotar o conceito de dependência associada ao abuso de substâncias psicoativas, legais e ilegais. Contudo, a adição abrange também um espectro de comportamentos de alto risco e de dependência que podem não estar relacionados com substâncias. Os comportamentos aditivos podem ser definidos enquanto dependência compulsiva de determinadas atividades ou comportamentos (como, por exemplo, o jogo e as compras patológicas). A adição e a adoção de comportamentos de alto risco associados a substâncias e a atividades têm características comuns, nomeadamente quando se tornam tão excessivos na vida dos indivíduos, que assumem um papel fundamental, conduzindo-os a situações de negligência ou

exclusão de outras áreas da sua vida quotidiana, a nível social ou profissional. Apesar de os indivíduos estarem conscientes dessas situações e das implicações nas suas vidas, não têm capacidade de limitar ou alterar esses comportamentos.

Importa conhecer quais os comportamentos aditivos que assumem relevância na sociedade portuguesa e exigem o planeamento de intervenções ajustadas às necessidades diagnosticadas.

1.3.2.1 Jogo patológico e Internet

De acordo com a Organização Mundial de Saúde, o jogo patológico é reconhecido como uma perturbação dos hábitos e dos impulsos, segundo a Classificação Internacional de Doenças (CID – 10).

Nos últimos anos, tem havido uma preocupação crescente com o perigo de adição ao jogo na Internet, uma vez que é possível jogar num ambiente mais isolado e anónimo, sem nenhuma forma de controlo social, o que leva a uma maior exposição a todas as formas de jogo.

Segundo o estudo realizado em 2009, da autoria de Henrique Lopes¹¹, sobre a dependência do jogo em Portugal, há pelo menos 16.124 viciados em jogos a dinheiro em Portugal e mais de 400 mil jogadores de risco. Segundo o autor, um dos dados preocupantes é o número de jovens que mostram sinais de dependência: 1.564 têm menos de 25 anos e 8.741 têm entre 26 e 40 anos. Segundo o autor, assiste-se a um fenómeno de rejuvenescimento da classe dos jogadores, o qual se deve ao crescimento da oferta e acesso a jogos a dinheiro na Internet. Entre as principais conclusões do estudo “*Epidemiologia de Dependência de Jogo a Dinheiro em Portugal*” destacam-se as seguintes:

- Os jogos que causam maior dependência são, por ordem decrescente: jogos clandestinos de cartas, jogos por *Internet* e *slot machines*;
- Existe ainda pouco conhecimento sobre o fenómeno de dependência de jogo a dinheiro, em particular entre os mais jovens, nomeadamente entre os adolescentes e jovens na faixa 14-18 anos ou 12-18 anos; e

¹¹ Apresentação disponível em <http://www.jogoremoto.pt/docs/extra/qSE2sB.pdf>

- Verifica-se ainda que a taxa de prevalência entre os jovens em Portugal é semelhante à taxa de prevalência nos países ocidentais e “é motivo de séria reflexão” (Lopes, 2009).

Considerando a falta de informação aprofundada deste fenómeno em Portugal, bem como a importância que o jogo patológico, associado à Internet, tem assumido noutros países, é de particular importância conhecer aprofundadamente esta realidade, principalmente junto das populações jovens. Será necessário desenvolver intervenções adequadas às necessidades diagnosticadas, de carácter preventivo, relativamente ao jogo patológico e ao uso indevido da *Internet*.

1.4 Unidade de Desabilitação de Coimbra

A Unidade de Desabilitação de Coimbra está alojada no Hospital Sobral Cid. Uma vez que as instalações anteriores não eram consideradas adequadas para uma unidade de internamento e o número de camas disponíveis era considerado insuficiente para a área geográfica da região centro, em Março de 2007 foram realizadas obras de remodelação do pavilhão 12 do Hospital Sobral Cid, para onde se transferiu a Unidade de Desabilitação de Coimbra que passou a contar com instalações novas e modernas, disponibilizando 12 camas para internamento.

O edifício conta com dois andares, sendo o 1º andar destinado ao internamento em quartos individuais e duplos, e existindo um quarto devidamente preparado para doentes agitados e salas de tratamento. O rés-do-chão contempla os serviços administrativos, refeitório, gabinetes para consulta, área de terapia ocupacional, sala para terapia de grupo e um espaço exterior.

Desde Julho de 2009 que a UDC está certificada para a Qualidade pela Norma NP EN ISO 9001: 2008. Esta certificação garante que todos os processos de gestão e manutenção são realizados de acordo com as melhores metodologias e com os mais elevados níveis de qualidade nas intervenções.

Atualmente, a UDC de Coimbra conta com vinte e seis técnicos distribuídos pelas áreas representadas na Figura 4.

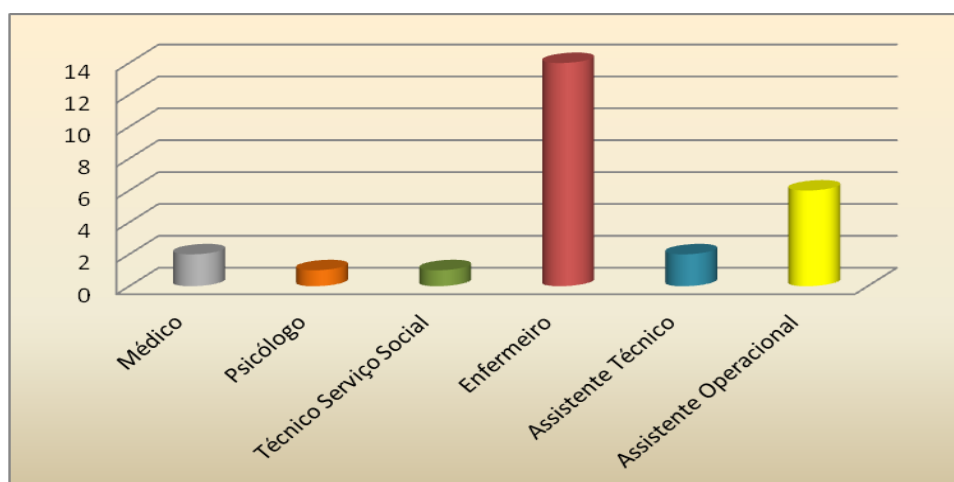


Figura 4. Distribuição dos recursos humanos da UDC, por categoria.

As Unidades Locais de Tratamento do IDT espalhadas por Portugal Continental, e nas quais se enquadra a Unidade de Desabilitação de Coimbra, foram integradas nas Administrações Regionais de Saúde através do Decreto-Lei nº 22/2012, de 30 de Janeiro. O Organograma da UDC é apresentado na Figura 5.

Organograma da Unidade de Desabilitação de Coimbra

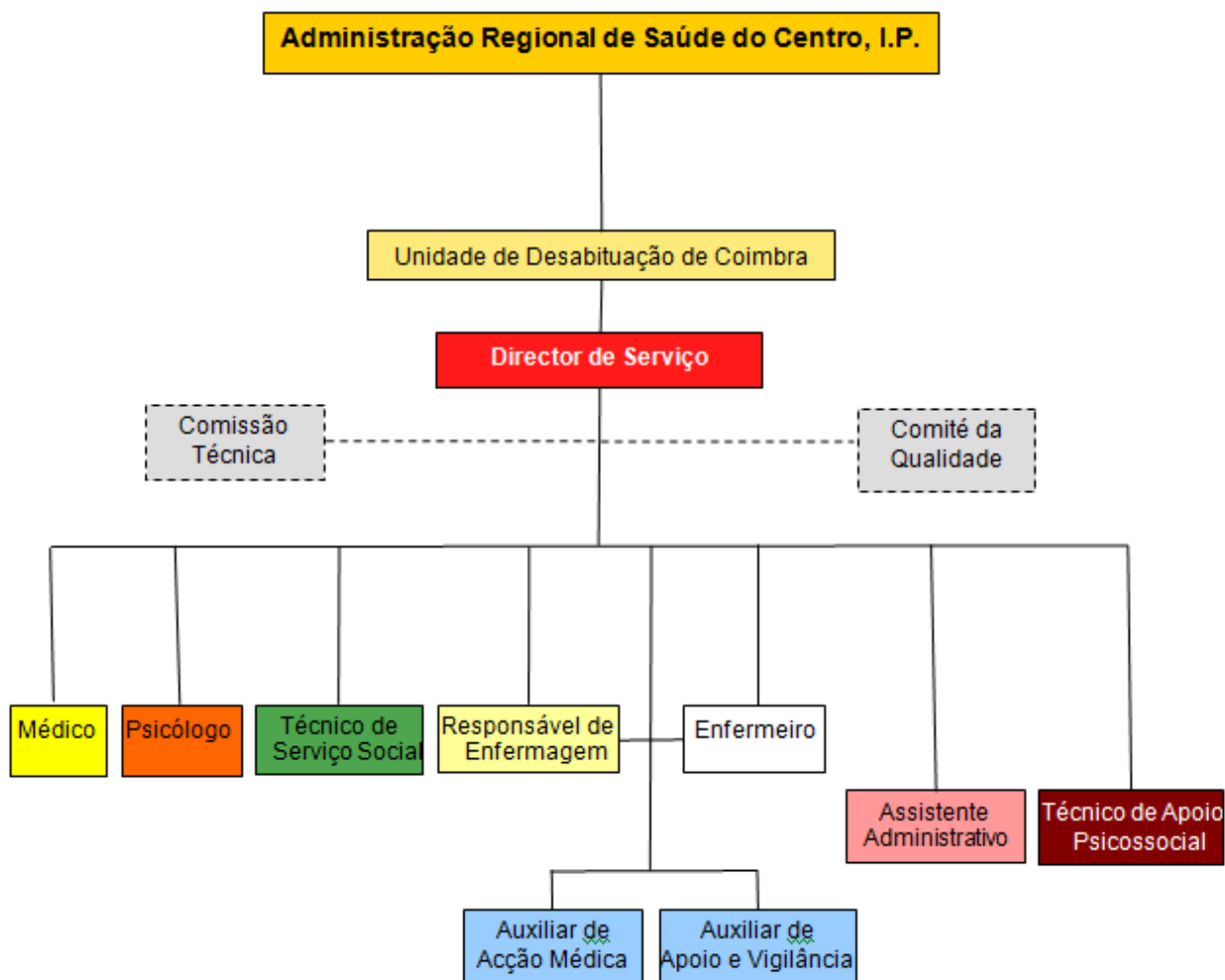


Figura 5. Organograma da UDC.

1.4.1 Movimento Assistencial

A Unidade de Desabilitação de Coimbra proporciona, por ano, internamento a 360 utentes, em média, para realizarem o seu tratamento de desabilitação de

substâncias psicoativas (drogas e/ou álcool). Saliente-se que, conforme já referido, no ano de 2007 ocorreu a transferência de instalações de um serviço com apenas sete camas, para as novas instalações que passaram a disponibilizar doze camas para internamento.

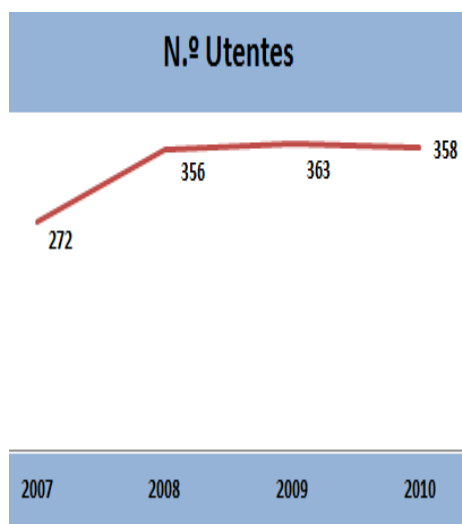


Figura 6. N.º de Utentes.

Estes utentes perfazem uma média anual de 2740 dias de internamento, em termos de ocupação, verificando-se um aumento da média de dias de internamento individual que passou de sete dias no ano de 2007 para perto de 9 dias em 2010, o que representa um aumento da taxa de ocupação de 55%, em 2007 para 76,8%, em 2010. De destacar também que a taxa de retenção (altas clínicas) tem vindo a progredir positivamente desde o ano de 2007.

Numa observação atenta dos gráficos apresentados na Figura 7, podemos verificar o esforço que tem sido feito no sentido de potenciar, ao máximo, esta resposta terapêutica.

1.4.2 Recursos Financeiros

A UD é uma estrutura orgânica que nos últimos quatro anos teve uma dotação financeira que ronda, em média, os 668.000 €. Ao longo dos últimos anos, a sua estrutura de custos tem tido uma evolução, por grandes rubricas, conforme os dados apresentados na figura 8.

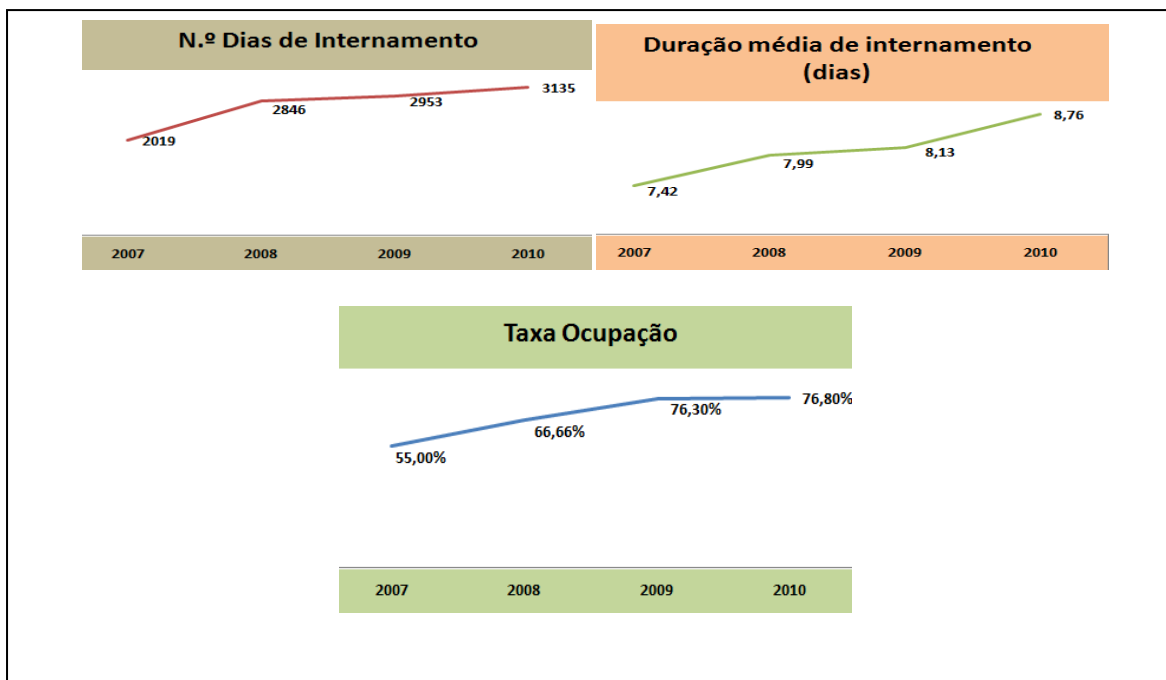


Figura 7. Dados da atividade assistencial da UDC.

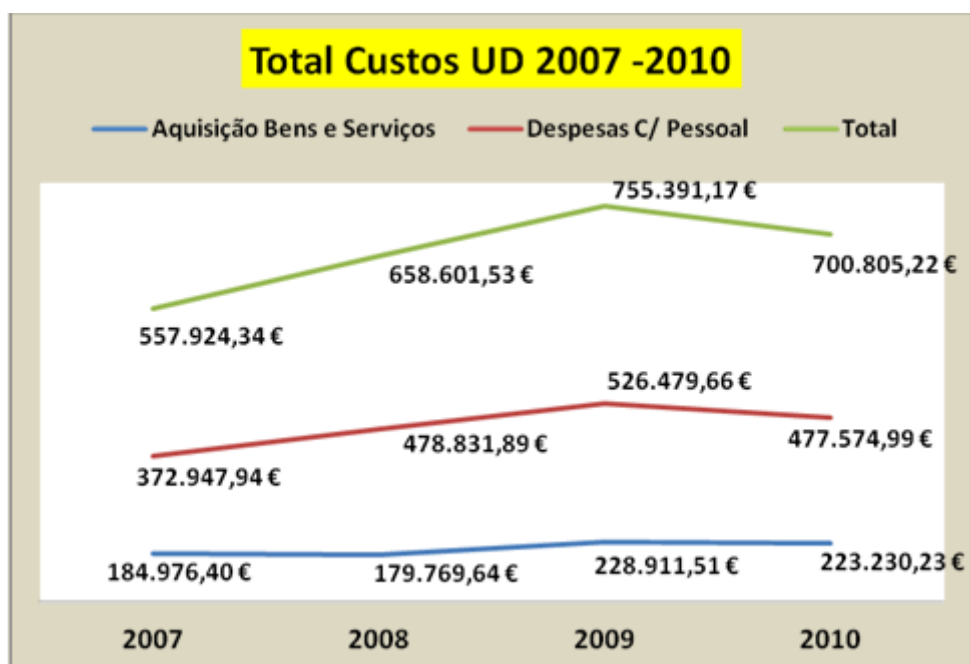


Figura 8. Total dos custos da UDC, no quadriénio 2007-2010.

Tendo em conta a especificidade do tratamento de desintoxicação, verifica-se que o custo médio por utente tratado em 2010 era elevado, 1.958 €, o que perfaz um custo médio por dia de internamento de 224 €.

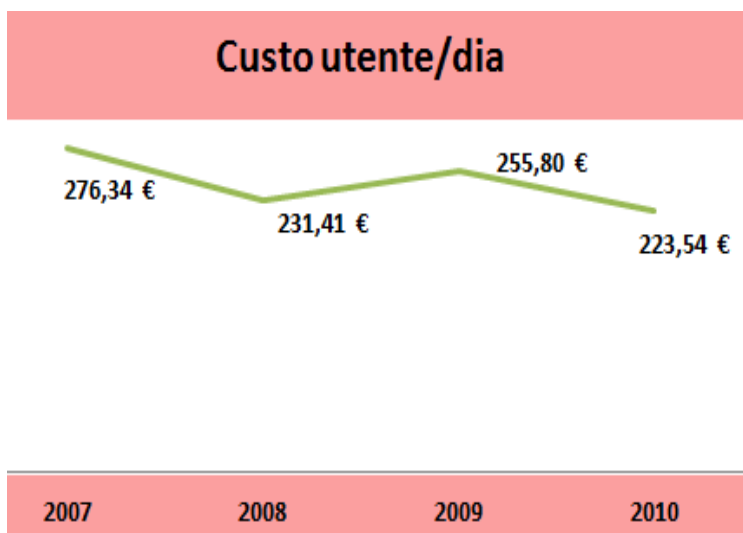


Figura 9. Evolução do custo utente/dia, de 2007 a 2010.

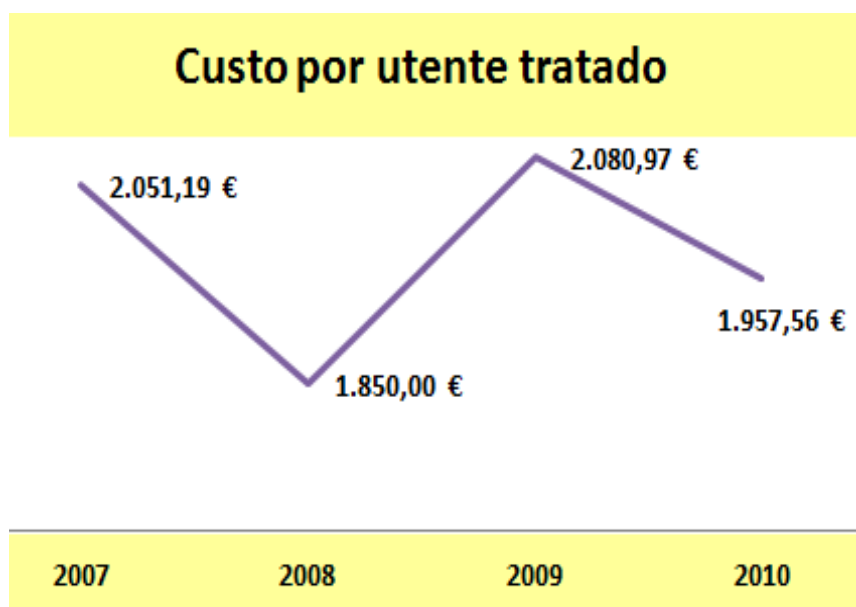


Figura 10. Evolução do custo por utente tratado, ao longo dos anos.

Importa ainda referir que, analisando a estrutura de custos da Unidade de Desabilitação em 2010 (Figura 11), verificamos que as despesas com pessoal representam cerca de 68% do total dos custos, ou seja, mais de dois terços dos custos da UDC são custos tendencialmente fixos e difíceis de fazer variar significativamente, dada a natureza do serviço prestado (Unidade de internamento com 12 camas, que funciona 24 horas por dia, 7 dias por semana, 365 dias por ano).

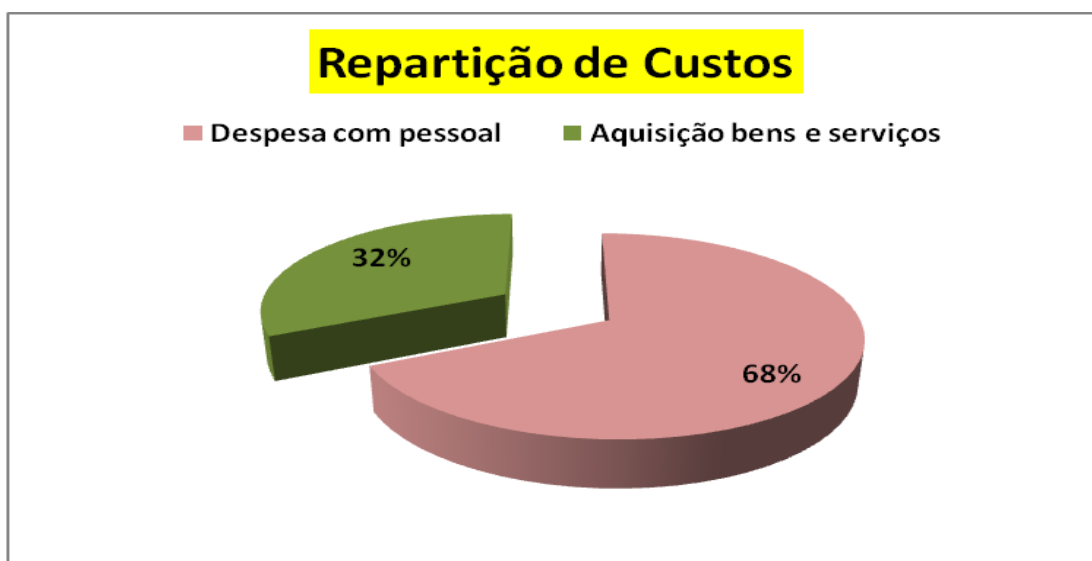


Figura 11. Repartição de custos, em 2010.

1.4.3 Poder político vs toxicodependente

A política portuguesa tem-se baseado na ideia de que o toxicodependente é uma pessoa doente com necessidades de tratamento

A decisão sobre a necessidade de se tratar surge, a maioria das vezes, quando o toxicodependente considera que os efeitos negativos devidos aos consumos são superiores aos efeitos positivos.

Do ponto de vista neurobiológico, as drogas alteram o equilíbrio dos sistemas de neuro transmissão e dos circuitos cerebrais, modificando a homeostasia cerebral, originando alterações cognitivas, emocionais, motivacionais e comportamentais.

Um consumo produz alterações transitórias que revertem quando acaba o efeito da substância. Se os consumos se repetem, pouco a pouco o cérebro opõe-se aos efeitos da substância para manter o equilíbrio, é o fenómeno da neuro adaptação. Ao mesmo tempo, há necessidade de aumentar os consumos. É a fase em que o toxicodependente recorre à droga de que está dependente, não tanto para a procura do prazer, mas para recuperar o equilíbrio perdido devido às alterações cerebrais que ocorreram com os consumos. A droga deixa de dar prazer e o consumo ocorre para o toxicodependente não se sentir mal.

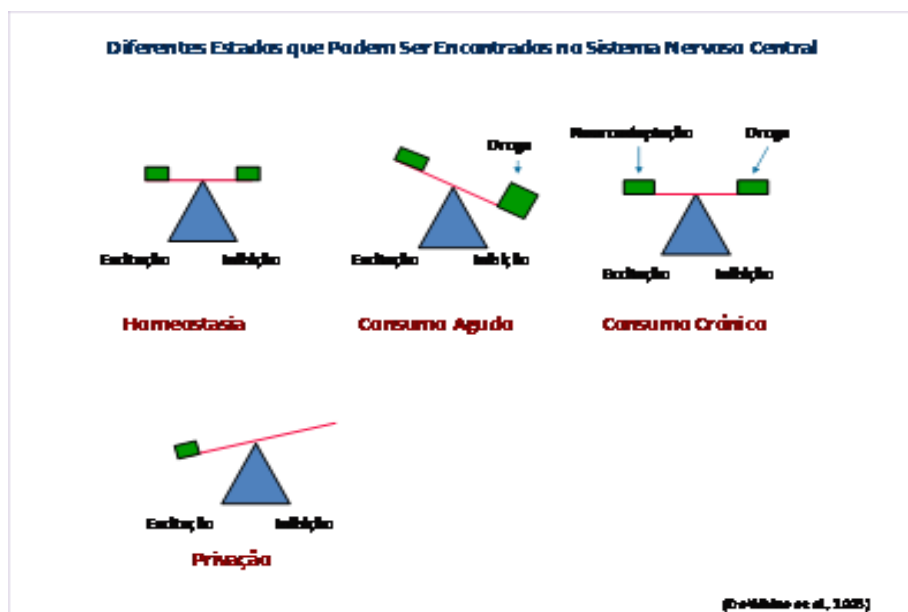


Figura 12. Diferente estados do Sistema Nervoso Central (Almeida et al - 2012).

A investigação a nível das neurociências vem mostrando que a decisão de deixar os consumos é um processo que requer um córtex pré-frontal em boas condições.

No entanto, e segundo Hester, Lubman y Yucel (2010) o funcionamento do córtex pré-frontal está seriamente afetado pelos consumos. Neste sentido, a capacidade de tomar decisões e de autocontrolo está comprometida.

A tendência é para o toxicodependente estar mais preocupado com o presente e pelo efeito imediato, mostrando uma despreocupação e uma insensibilidade, pelo futuro.

Por isso, quando o toxicodependente toma a decisão de se tratar e parar os consumos, tem grandes dúvidas sobre as suas capacidades para enfrentar o problema.

Por vezes, o pedido de ajuda não parte da sua vontade, (motivação intrínseca), mas de pressões externas, familiares ou outras, ou na procura de um benefício, por exemplo tratamento alternativo ao cumprimento de pena judicial.

1.4.4 Apresentação do Programa Terapêutico de Estimulação Cognitiva com Dependentes de Substâncias

Conseguir que alguém pare de consumir drogas é uma parte de um processo longo. O consumo ocupou o lugar primordial das pessoas, ao ser o único ponto de interesse para o consumidor. A adição pode afetar muitos aspetos da vida da pessoa, pelo que o tratamento terá de ser dirigido a todas as dimensões da sua vida, para que possa ser bem-sucedido.

Tratando-se de uma doença com tendência à cronicidade e recidiva, a adição tem componentes genéticos, neurofisiológicos e comportamentais que se influenciam mutuamente e revelam toda a complexidade da doença e, conseqüentemente, das abordagens terapêuticas.

É neste sentido que a procura de novas intervenções terapêuticas baseadas em evidência científica se torna um verdadeiro desafio, uma vez que ainda não há um tratamento de eficácia comprovada para as adições.

Mas o tratamento é possível numa doença crónica e recidivante, como acontece em todas as outras doenças crónicas, em que podemos verificar o sucesso da intervenção pelos benefícios conseguidos na vida da pessoa.

Tendo em consideração que a adição resulta da disfunção de sistemas neurobiológicos ligados às funções cognitivas, particularmente as implicadas na tomada de decisão, e na valorização e relevância motivacional de reforçadores, pretende-se que ao estimularmos este tipo de funções através de um conjunto de técnicas terapêuticas específicas, o doente realize um processo de reaprendizagem que possa facilitar as escolhas mais adaptadas ao seu tratamento e ponderar melhor as suas ações de forma a serem mais adaptativas.

Com este pressuposto, devemos entender a aplicação de técnicas de estimulação cognitiva, no contexto de desabilitação física, como uma reativação de funções cognitivas através de um conjunto de instrumentos terapêuticos coordenados e adaptados às circunstâncias que permitam ao adito assimilar melhor o conteúdo do programa terapêutico, contribuir para uma maior capacidade em finalizar o tratamento, ao mesmo tempo que se proporciona ao doente feedback sobre o seu rendimento e evolução.

A necessidade de estimular as funções cognitivas torna-se assim importante em todo o processo de tratamento, sem nunca perder de vista o objetivo principal do utente quando é internado – concluir com êxito o processo de desabilitação.

A Unidade de Desabilitação possui uma equipa técnica com profissionais com formação nas várias terapêuticas incluídas no modelo de programa terapêutico, com o objetivo de garantir intervenções específicas de acordo com as suas competências profissionais.

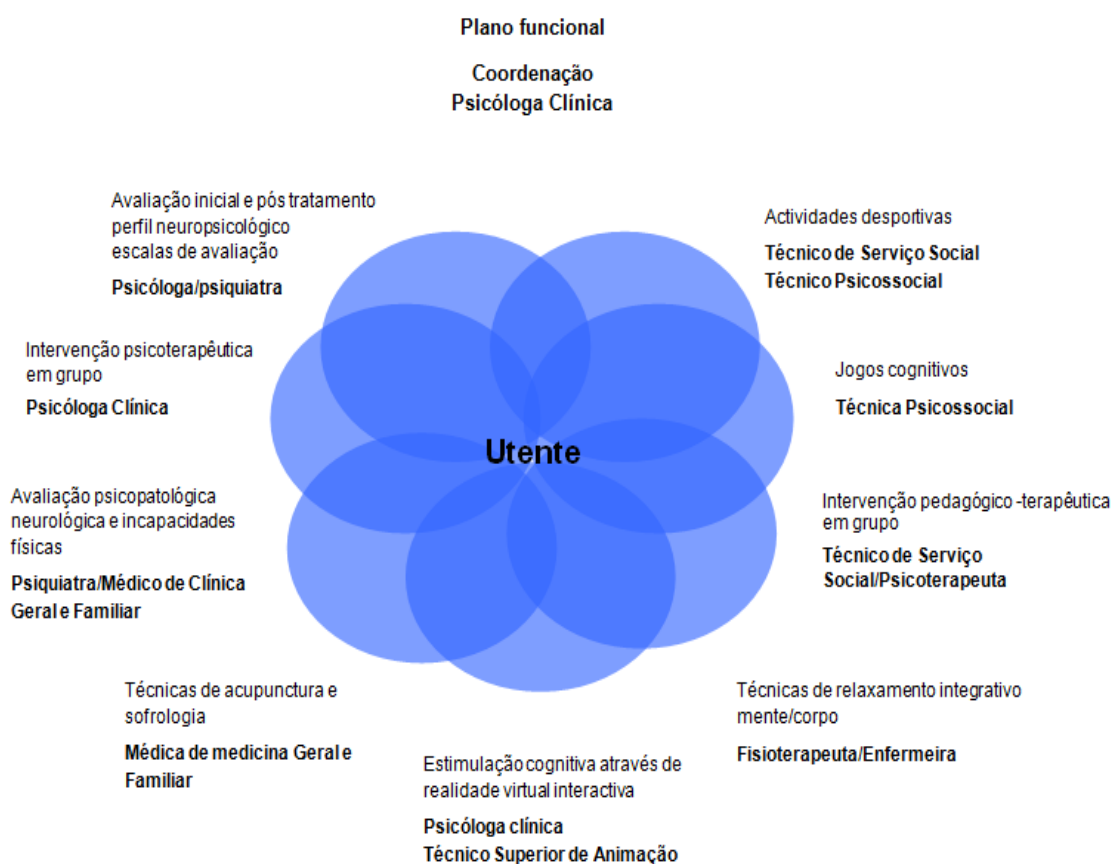


Figura 13. – Programa Terapêutico de Estimulação Cognitiva com Dependentes de Substâncias (Almeida et al - 2012).

1.4.5 Enquadramento da Unidade de Desabituação de Coimbra face à nova legislação

A lei orgânica (Decreto-Lei nº 43/94, de 17 de Fevereiro) do Serviço de Prevenção e Tratamento da Toxicodependência (SPTT) faz referência às Unidades Hospitalares Especializadas, sendo criado em Coimbra o Centro de Apoio a Toxicodependentes de Coimbra, que integrava a Unidade de Desabituação. Através do Decreto-Lei nº 67/95, de 8 de Abril é alterada a lei orgânica do SPTT, passando a referir que o SPTT dispõe de três tipos de Unidades Especializadas: Centros de Atendimento, Unidades de Desabituação (UDC) e Comunidades Terapêuticas. É esta a estrutura que mais tarde vem a ser implementada no regulamento do IDT, IP.

A partir desta altura, a UDC de Coimbra passa a ter autonomia administrativa, ficando situada nas mesmas instalações do então Centro de Atendimento para Toxicodependentes de Coimbra, disponibilizando um máximo de seis camas para internamento.

Contudo, com a publicação da nova orgânica do Ministério da Saúde, aprovada pelo Decreto-Lei n.º 124/2011, de 29 de dezembro, o Governo criou o Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e Dependências (SICAD), extinguindo, em consequência, o Instituto da Droga e da Toxicodependência, I.P., e atribuindo às Administrações Regionais de Saúde, I.P., parte da operacionalização das políticas no domínio dos comportamentos aditivos e dependências, através das Unidades de Desabituação.

Ao SICAD foram atribuídas as competências eminentemente técnico-normativas no que respeita à intervenção, ao planeamento e avaliação, assim como o acompanhamento e coordenação do dispositivo da dissuasão.

SUMÁRIO

Neste primeiro capítulo, realizou-se um enquadramento histórico sobre o consumo de drogas em Portugal e, paralelamente versaram-se as políticas implementadas para o seu combate. Abordou-se, igualmente, o tema do consumo de substâncias ilícitas na população em geral, nas populações escolares, bem como, o consumo problemático de substâncias psicoativas.

Através da apresentação da Unidade de Desabilitação de Coimbra foi possível conhecer o seu movimento assistencial, os seus recursos financeiros e a apresentação do Programa terapêutico de estimulação cognitiva com dependentes de substâncias.

Através do enquadramento da Unidade de Desabilitação de Coimbra foi possível verificar que com a publicação do Decreto-Lei n.º 124/2011, de 29 de dezembro foi extinto o Instituto da Droga e da Toxicodependência, I.P., e atribuído às Administrações Regionais de Saúde, I.P., parte da operacionalização das políticas no domínio dos comportamentos aditivos e dependências, nomeadamente através das Unidades de Desabilitação.

O novo enquadramento da Unidade e os desafios que são colocados pelas novas dependências agora existentes, como o jogo patológico, dependência da Internet, de compras ou outras associadas ao novo ciclo estratégico que agora se inicia exigem da Unidade de Desabilitação de Coimbra uma posição de sistemática concertação e alianças estratégicas, designadamente com os parceiros responsáveis pela definição das políticas e das intervenções.

Neste sentido, logo após a estabilização e a entrada em vigor dos normativos que regulam o funcionamento da Unidade de Desabilitação de Coimbra, é essencial o desenvolvimento de um método de avaliação que contribua para o alinhamento da UDC, com a estratégia definida no Plano Estratégico 2012- 2014 e que promove a Comunicação da estratégia a toda a organização.

2. CAPÍTULO II – FERRAMENTAS DE MEDIDA DE DESEMPENHO EMPRESARIAL

Conforme foi referido, o novo enquadramento da Unidade de Desabilitação e Coimbra e os desafios que são colocados pelas novas dependências agora existentes, como o jogo patológico, dependência da Internet, de compras ou outras, associadas ao novo ciclo estratégico que agora se inicia exigem da Unidade de Desabilitação uma posição de sistemática concertação e alianças estratégicas, designadamente com os parceiros responsáveis pela definição das políticas e das intervenções.

Neste sentido, logo após a estabilização e a entrada em vigor dos normativos que regulam o funcionamento da Unidade de Desabilitação de Coimbra, é essencial o desenvolvimento de um método de avaliação que contribua para o alinhamento da UDC, com a estratégia definida no Plano Estratégico 2012- 2014 e que promove a Comunicação da estratégia a toda a organização.

Surge assim uma questão fundamental: qual a ferramenta de avaliação mais adequada?

O presente capítulo procura identificar e clarificar o que diferencia e o que têm em comum o Balanced Scorecard (BSC) e o Tableau de Bord (TDB), metodologias desenvolvidas no âmbito do controlo de gestão, a partir da análise das suas características estudadas por vários autores, de forma a contextualizar e informar a tomada de decisão.

2.1 Origens aspetos conceptuais do TDB e do BSC

O Tableau de Bord e o Balanced Scorecard nasceram em circunstâncias, épocas e lugares distintos. O TB surgiu em França no campo da gestão em 1932, como resposta ao facto de os dados contabilísticos serem manifestamente insuficientes para a tomada de decisões, como tinha ficado evidente quando analisadas as causas da crise de 1929.

No início, o TB representava sobretudo um conjunto de medidas de desempenho, associadas às engenharias e não exatamente à área da contabilidade. Contudo, a evolução a que se assistiu, principalmente a partir da década de 1950, nomeadamente com a propagação dos métodos de gestão vindos dos Estados Unidos da América, permitiu que o TB passasse a incluir dados orçamentais e a desagregar-se por centros de custo/responsabilidade.

Apesar disso, até à década de 1980, o TB consistia, fundamentalmente, num “relatório” onde se comparavam e controlavam as metas anteriormente definidas com os dados realizados, com o objetivo de implementar medidas corretivas. Apesar da utilidade evidente do Tableau de Bord para as empresas/organizações, esta ferramenta revelava várias insuficiências, como refere Bugalho (2004):

- Apresentava dados eminentemente financeiros;
- A predominância de critérios financeiros não garantia o alinhamento dos interesses da Direção e dos gestores dos diversos centros de responsabilidade;
- Não estabelecia relações de causa e efeito, apenas apurava o resultado final;
- Não mostrava qual o impacto das decisões dos gestores sobre as variáveis não financeiras, como a qualidade, a satisfação dos clientes e a inovação;
- Não fazia a ligação entre a estratégia e as decisões e ações ao nível operacional;
- Analisava dados históricos, do passado, mas não considerava de forma sistemática variáveis com impacto nos resultados futuros.

Ainda assim, nos anos 1990 surgem preocupações para encontrar congruências entre os objetivos estratégicos e as ações a tomar no âmbito desta ferramenta de

gestão. Contudo, estas ligações são abordadas de modo abstrato, deixando aos gestores a tarefa de definirem o que consideram mais relevante, o que contribuiu para que a tónica se mantivesse na perspetiva financeira na análise do desempenho, em detrimento de outras perspetivas igualmente importantes.

Com o crescimento da relevância dos fatores intangíveis e não financeiros para a gestão das organizações, assistiu-se à melhoria do TD, que passou a incluir novos aspetos, conforme referem Bugalho (2004) e Jordan et al. (2002):

- O TB é desenvolvido a partir da missão e da definição dos objetivos de cada Centro de Responsabilidade que, por sua vez, dão origem à identificação dos fatores críticos de sucesso, quantificados pelos Indicadores Chave de Desempenho;

- Como instrumento de informação rápida, para apoio ao processo de tomada de decisão, o Tableau de Bord deve ter as seguintes características:

- Ser personalizado por Gestor ou Centro de Responsabilidade, em função das necessidades e objetivos específicos de cada um;
- Conter indicadores financeiros e não financeiros que possibilitem prever, com mais precisão, o impacto das decisões operacionais;
- Ser sintético, mas incluir os elementos relevantes no processo de decisão, permitindo, ainda assim, o desdobramento da informação;
- Incluir informação diversificada, como dados reais e previsionais (por estimativas), dados físicos, financeiros, indicadores de objetivos e de meios, entre outros.
- Ser convergente, i.e., os objetivos dos Centros de Responsabilidade mais elementares devem traduzir os meios de ação dos Centros de Responsabilidade hierarquicamente superiores; e
- Ser disponibilizado em tempo útil, de forma continuada e frequente;

Face ao exposto, pode-se referir que o TB é um instrumento de informação célere, que confronta previsões e a execução e que possibilita o apuramento de desvios e a elaboração de diagnósticos para contribuir para a tomada de decisões a curto prazo.

Por seu lado, o conceito e sistema de gestão Balanced Scorecard (BSC) apresentado por Robert Kaplan e David Norton nos anos 1990, nos Estados Unidos, surgiu na sequência de estudos realizados em várias multinacionais americanas, insatisfeitas com o facto de verificarem que os seus métodos de avaliação do desempenho empresarial, baseados em indicadores contabilísticos e financeiros, eram inadequados no atual contexto competitivo mundial, porque prejudicavam a criação de valor a médio e longo prazo.

Efetivamente, para além da pouca adesão e divulgação do Tableau de Bord entre os gestores e académicos norte americanos, os gestores nem sempre retiraram o melhor partido das potencialidades do TB, utilizando-o, muitas vezes, de forma inadequada no controlo de gestão, apesar das recomendações existentes para a utilização desta ferramenta.

Este facto contribuiu, decisivamente, para o desenvolvimento do Balanced Scorecard, como alternativa para dar resposta às insuficiências apontadas na avaliação do desempenho empresarial com base noutras metodologias, como o TB.

O primeiro artigo sobre o Balanced Scorecard – *“The Balanced Scorecard – Measures that Drive Performance”* – foi publicado em Jan-Fev.1992, na Harvard Business Review, páginas 71-79. Por essa altura, os gestores exclusivamente interessados na maximização das suas remunerações variáveis, dependentes dos resultados financeiros apresentados aos acionistas, promoviam, no curto prazo, a redução de custos sem olhar a meios. Os “cortes cegos” nas despesas das empresas, com o objetivo claro de alcançar lucros imediatos, tinham como consequência não só a quebra da qualidade dos serviços prestados mas, também, a saída de colaboradores fundamentais, aumentando a insatisfação dos clientes e a desmotivação dos colaboradores que permaneciam nas entidades, ou seja, minando o potencial de desenvolvimento futuro das organizações.

A crescente globalização dos mercados, desde os anos oitenta do século passado e a necessidade de diferenciação das empresas no novo contexto económico internacional, tornara indispensável a gestão e o controlo de fatores não financeiros e intangíveis, como forma de se alcançarem vantagens

competitivas duradouras, o que não estava a ser assegurado pelas ferramentas de controlo de gestão existentes até então.

A novidade do BSC assenta nas seguintes características:

1º Focaliza a gestão na estratégia da empresa/organização, traduzindo esta em objetivos, iniciativas e indicadores, segundo quatro perspetivas, uma financeira e três não financeiras;

2º Inclui três perspetivas até então descuradas em ferramentas semelhantes - Clientes, Processos Internos, Aprendizagem e Desenvolvimento Organizacional – para além da Perspetiva Financeira tradicional de avaliação do desempenho, já contemplada no TDB, o que permite gerir fatores intangíveis fundamentais para um bom desempenho futuro;

3º Induz a comunicação, o envolvimento e o alinhamento dos colaboradores e o ajustamento dos recursos da organização, de acordo com a estratégia definida;

4º Considera a existência de relações de causa e efeito entre as várias perspetivas e entre as medidas e as ações de desempenho, de curto e longo prazo.

5º Pretende assegurar o feedback e a aprendizagem resultante das ações e dos resultados alcançados (a curto e a longo prazo), de modo a facilitar a revisão da própria estratégia.



Figura 14. Perspetivas do Balanced Scorecard (Adaptado de KAPLAN & NORTON (1996)).

De acordo com Sousa e Rodrigues (2002), apesar de ter surgido como mera ferramenta de medição e avaliação de desempenho multidimensional, o BSC rapidamente evoluiu para um sistema de comunicação e de alinhamento da organização com novas estratégias, tornando-se numa metodologia de clarificação e implementação da estratégia.

Numa altura em que as organizações atribuíam excessiva importância à definição de objetivos de curto prazo, assentes na redução de custos e na política de preços baixos, como forma de combater a concorrência, quase desprezando os seus planos de ação de médio e longo prazo, o BSC surge como uma ferramenta capaz de colmatar as carências sentidas por muitas das organizações.

Segundo os criadores do BSC, o conjunto de indicadores de desempenho tem de ser escolhido de modo coerente com a visão, missão e estratégia organizacional, num processo de desdobramento hierárquico do topo para a base (top-down). A definição e construção dos indicadores devem ser realizadas na fase de planeamento, quando se determina a missão e a estratégia da empresa, os fatores críticos de sucesso da mesma, as metas de desempenho a alcançar, os indutores desses resultados e os indicadores de causa-efeito, para posterior controlo. Define-se, assim, o cenário pretendido, com os meios para o atingir, consciencializando os envolvidos para o seu alcance, através de medidas de compensação e incentivo (Ramos e Gonçalves, 2002).

Na mesma linha de opinião, Citando Atkinson e Epstein (2001), Russo (2005) afirma que *“um dos aspectos mais importantes do Balanced Scorecard, que permite ligar os resultados com as actividades operacionais e as características que conduzem a esses resultados, é o esforço sistemático conjunto para medir essas relações, comunicá-las aos gestores operativos e providenciar o suporte para a aprendizagem das organizações sobre essas relações”*.

Em síntese, o Balanced Scorecard é apresentado pelos seus criadores e defensores como uma solução “à medida” para as empresas implementarem um sistema multidimensional de medição do desempenho organizacional, articulado com a estratégia definida, que lhes possibilita identificar o que realmente cria e

sustenta a sua competitividade e agir atempadamente, de forma a assegurarem a criação de valor económico para o futuro.

O atual ambiente competitivo exige das empresas a definição da sua orientação estratégica e o domínio de fatores não financeiros e intangíveis, necessários à sustentação futura das suas vantagens competitivas. Neste contexto, o Balanced Scorecard apresenta-se como uma solução apelativa, nomeadamente para o tecido empresarial português, constituído maioritariamente por PME, confrontado hoje com graves problemas de competitividade internacional. Contudo, deve existir alguma precaução e ponderar alguns aspetos mais críticos. O mais sensível é, talvez, o facto de o BSC ter sido desenvolvido num contexto diferente daquele que é o da maioria das empresas portuguesas, que são de reduzidíssima dimensão. Nesta situação particular, o grau de formalismo e a complexidade inerentes à implementação da ferramenta podem não ser compatíveis com a gestão fortemente informal e simplificada das empresas mais pequenas, numa perspetiva de custo-benefício (RUSSO, 2003). No entanto, este problema também se coloca na implementação de um modelo formal de Tableau de Bord.

Para poder aferir melhor as virtudes e defeitos do Balanced Scorecard, o que se propõe, em seguida, é a comparação crítica com o Tableau de Bord.

2.2 As críticas ao BSC formuladas pelos defensores do TDB

Alguns autores afirmam que o TDB francês “inspirou” o desenvolvimento do BSC (Bourguignon et al., 2004 e, de facto, parece evidente que apesar de se tratarem de duas ferramentas de gestão originárias de contextos e épocas diferentes, o TDB deve ser visto como a ferramenta que serviu de base ao BSC na medição do desempenho empresarial.

Esta é a base das críticas lançadas ao BSC pelos defensores do TDB, que não identificam inovação na ferramenta de Kaplan & Norton. Afirmam, ainda, que na base do BSC estiveram necessidades de dados não contabilísticos, nomeadamente os dados físicos de produção e de consumos. No entanto, o atual Tableau de Bord também abarca, adicionalmente, um largo espectro de outras medidas não financeiras, por exemplo, medidas qualitativas (percentagem de

entregas fora de prazo), medidas sociais (absentismo), medidas de satisfação dos clientes, medidas de orientação dos processos (tempos de produção).

Bessire (2000) mas, também, autores como Otley, Atkinson, Waterhouse e Wells, referidos por BESSIRE (2000) apresentam outras críticas ao BSC, pelo facto de:

- Não esclarecer, suficientemente, a contribuição dos colaboradores e fornecedores para que a organização atinja os seus objetivos;
- Ser incapaz de identificar o papel da sociedade na definição do meio envolvente em que a organização está inserida;
- Não reconhecer o processo de definição das medidas de desempenho como um processo de duas vias, que seja capaz de uma gestão avaliadora da contribuição dos "Stakeholders" para os objetivos primários e secundários, e que consiga que os mesmos "*Stakeholders*" percebam que a organização é capaz de respeitar as suas obrigações face aos mesmos.

Bessire (2000) critica ainda o BSC pelo facto de Kaplan & Norton apresentarem esta ferramenta como uma grande novidade, por integrar medidas derivadas da Estratégia. Efetivamente, considera que o TDB, apesar de existir em grande número de formatos, é para os gestores e investigadores franceses, uma ferramenta mais conhecida, e que, não obstante as suas fraquezas, é do ponto de vista conceptual, mais rica e menos dúbia que o BSC.

Bessire (2000) conclui que "*o contributo do BSC reside, não na ferramenta em si, mas na atenção dada à aprendizagem organizacional e à adequação dos objetivos com a estratégia que este pode induzir, quer seja na fase de construção ou na fase de análise*" ou seja, apesar das críticas lançadas ao BSC é-lhe reconhecido determinado sucesso de implementação no meio empresarial, não pelas suas qualidades intrínsecas, mas sim pelo modo de funcionamento que revela uma forte compreensão dos mecanismos de orientação das empresas/organizações.

A novidade do BSC face ao TDB consistiria, assim, em dois aspetos, referidos por Kaplan e Norton:

- o modo como permite a criação de objetivos alinhados com a estratégia para os membros da organização;
- o facto de constituir um modo privilegiado de construir, orientar e estimular a aprendizagem.

Acrescenta ainda BESSIRE (2000), acerca da comparação do BSC com o TDB, as seguintes apreciações:

- A abordagem francesa (TDB) e americana (BSC) são complementares. A abordagem do TDB sustenta melhor os fundamentos das suas propostas, contudo não dispensa atenção suficiente à aprendizagem e adequação do processo. Já o BSC apresenta falhas na sua concetualização teórica mas tem um maior potencial na sua aplicabilidade prática;
- Apesar de muito importantes, as ferramentas como o BSC e o TDB devem ser encaradas como instrumentos que contribuem para definir o rumo das organizações e que não revogam a necessidade de liderança, de chefias e equipas com as competências adequadas;
- Para alcançar os objetivos das organizações através de ferramentas de análise de desempenho (TDB, BSC ou outras) é necessário consumir recursos para obter conhecimentos sobre o meio envolvente, com mecanismos de vigilância, pensamento estratégico, aprendizagem individual e organizacional e construção de consensos.

2.3 Diferenças ideológicas e culturais subjacentes às metodologias

As duas ferramentas apresentadas refletem contextos sociais e ideologias diferentes. Estas diferenças culturais e sociais, bem como o facto das escolas Francesas que formam os gestores de topo não terem frequentemente tradição como escolas de negócios, ao contrário do que se passa nos Estados Unidos da América, em que os seus principais gestores são formados em escolas de negócios prestigiadas, que dão a maior importância às técnicas de gestão, estão bem evidentes no BSC e no TDB.

Bourguignon, Malleret e Norreklit (2004) procederam à análise das diferenças entre as duas ferramentas e explicaram que o TDB, com origem em França, e o BSC oriundo dos USA, refletem em ambos os casos, contextos sociais e ideologias diferentes uma vez que:

- A gestão e as suas técnicas gozam de um melhor “*status*” nos EUA do que em França, presumivelmente devido à já referida diferença na visão das relações contratuais e sociais/hierárquicas dos americanos e franceses;

Os Americanos favorecem a relação contratual enquanto os Franceses optam pela presença de hierarquias sociais e a limitação da insegurança.

O pragmatismo Norte-americano contrasta com a orientação mais filosófica dos Franceses.

Tendo em atenção as características apontadas ao BSC e ao TDB, não surpreende, pois, a relutância dos franceses, adeptos do Tableau de Bord na gestão, em aceitarem o conceito americano de Balanced Scorecard, rebatizando-o de Tableau de Bord Prospectif ou de Gestion, ou de Tableau de Bord Équilibré. Trata-se de uma colagem dos dois conceitos, o que seguramente gera alguma confusão entre os mesmos e sugere inadvertidamente que a abordagem do BSC pode ser integrada na metodologia do TDB.

2.4 BSC versus TDB na prática

Segundo Jordan et al. (2002), as principais diferenças entre o TDB e o BSC são:

- 1) O TDB é preferentemente vocacionado para a vertente mais operacional, enquanto que o BSC está profundamente relacionado e dependente da estratégia formulada;
- 2) O BSC foi concebido por professores de gestão da Universidade de Harvard, com fortes tradições no estudo e divulgação da estratégia, enquanto que o TDB teve origem na necessidade de monitorização dos elementos críticos da esfera técnico-produtiva;
- 3) O TDB foi difundido numa altura em que os novos sistemas de informação ainda não tinham surgido. O BSC foi rapidamente associado a várias aplicações

informáticas, desenvolvidas para apoiar o processo de tomada de decisão dos gestores, o que contribuiu para uma rápida divulgação desta ferramenta de gestão;

4) A conceção e definição dos objetivos no BSC está facilitada pelo facto de os mesmos serem enquadrados nas quatro perspetivas já referidas e sempre com relações de causa-efeito entre as mesmas, enquanto no TDB existe uma grande subjetividade na definição dos objetivos, dado poderem ser definidos livremente;

5) O TDB assenta no conceito de variável-chave (uma ação condiciona os resultados) enquanto o BSC usa o conceito do fator crítico (elemento que condiciona a realização dos objetivos).

6) Enquanto o BSC distingue dois tipos de indicadores, os de resultados e os de processo (indutores dos resultados), o TDB inclui indicadores mais abrangentes (definindo indicadores de objetivos, de meios, de convergência e do meio);

7) No BSC, com base na estratégia, são definidos os objetivos e os fatores críticos para que, a partir dos mesmos, sejam identificados os planos de ação. O TDB tem por base a definição dos objetivos e planos de ação, que por sua vez darão origem aos indicadores de desempenho; e

8) O TDB revela-se um produto operacional, por oposição ao BSC, com uma imagem de produto de marketing, talhado para ser difundido e utilizado no meio académico e empresarial.

Por outro lado, Jordan et al. (2002) apresentam as semelhanças entre as duas ferramentas:

1) São instrumentos de medição do desempenho das organizações;

2) Apresentam informação financeira e não financeira;

3) Relacionam os objetivos e meios de ação (fatores críticos) com os indicadores de desempenho utilizados;

4) Têm como objetivo produzir informação muito concisa e imediata, que permita celeridade na avaliação do desempenho e conseqüente tomada de decisão, mas sendo possível a ambos decompor essa informação;

- 5) Possibilitam o cálculo de prémios e incentivos a atribuir, mediante o cumprimento dos indicadores, porque permitem ambos avaliar o desempenho;
- 6) Podem desenvolver-se de acordo com as necessidades específicas de cada organização (especialmente o TDB), pelo que será recomendável que sejam personalizados em função das necessidades e preferências dos gestores e das organizações;
- 7) Contribuem para que os dirigentes das organizações definam metas, objetivos, identifiquem os fatores críticos de sucesso e promovam a circulação da informação e o diálogo interno.

2.5 Súpula comparativa

Os elementos expostos nas secções anteriores permitem afirmar que o TDB e o BSC são instrumentos de gestão com muitas características comuns e até complementares. O facto de o TDB depender mais da perspetiva dos gestores que o concebem, mesmo que orientado por uma determinada estratégia, à semelhança do BSC, implica que seja aproveitado preferencialmente pelos gestores numa perspetiva operacional. Apesar das diversas críticas já mencionadas, verifica-se que o BSC representa uma evolução positiva face ao Tableau de Bord e a outros quadros de comando/avaliação de desempenho, pelas seguintes razões (Carvalho e Azevedo, 2001):

- Inclui, de forma constante, os fatores intangíveis e qualitativos, relacionados com a situação competitiva e a capacidade de inovação;
- As variáveis e os indicadores utilizados no BSC são mais globais, mais ligados a aspetos estrategicamente importantes e menos sobre o detalhe da execução a nível operacional;
- Estabelece um equilíbrio entre e uma ponderação dos pesos das medidas financeiras e não financeiras;
- Considera inter-relações entre todas as perspetivas (financeira, clientes, processos internos, aprendizagem e desenvolvimento organizacional), gerando

um encadeamento de ações e decisões em todas elas, conducente ao cumprimento da estratégia;

Russo (2005) indica como vantagem do BSC o facto de se apresentar *“mais focalizado no essencial da gestão do que o Tableau de Bord, nomeadamente ao privilegiar a definição de valores, numa visão estratégica, à qual se submetem as ações a desenvolver enquadradas nas quatro perspetivas essenciais referidas (o que constitui uma novidade), sustentadas por um núcleo reduzido de indicadores fundamentais para a organização”*.

Malmi (2001) salienta que o papel dos consultores na promoção desta ferramenta, através de seminários, artigos, livros e outros meios, assumiu um papel determinante na fama obtida pelo BSC. Por outro lado, a modalidade *“pronto a utilizar”* do BSC, estimulou a rápida divulgação desta ferramenta, tendo mesmo despontado uma nova especialidade em consultoria para ajudar as empresas a implementarem o mesmo.

Face ao exposto, a metodologia de gestão desenvolvida em 1992 por Robert S. Kaplan, professor da Harvard Business School com sede em Boston, EUA e David P. Norton, presidente da Balanced Scorecard Collaborative (ROEST, 1997) surge como a melhor metodologia para servir de base à ferramenta de avaliação que se pretende desenvolver, na medida em que procura avaliar, medir e otimizar o desempenho, através de um conjunto de medidas de desempenho, aplicando diversos indicadores financeiros e não-financeiros, interligadas por relações de causa-e-efeito.

Sumário

Conforme já foi referido, o novo enquadramento da Unidade de Desabituação de Coimbra e os desafios que são colocados pelas novas dependências agora existentes, como o jogo patológico, dependência da Internet, de compras ou outras, associadas ao novo ciclo estratégico que agora se inicia, exigem da Unidade de Desabituação uma posição de sistemática concertação e alianças estratégicas, designadamente com os parceiros responsáveis pela definição das políticas e das intervenções.

Neste sentido, logo após a estabilização e a entrada em vigor dos normativos que regulam o funcionamento da Unidade de Desabilitação de Coimbra, é essencial a implementação de um método de avaliação que difunda a comunicação da estratégia a toda a organização e promova o alinhamento da organização com a estratégia adotada

Com o objetivo de informar o desenvolvimento de tal ferramenta de avaliação, identificou-se e clarificou-se, neste segundo capítulo, o que diferencia e o que têm em comum o Balanced Scorecard e o Tableau de Bord, metodologias desenvolvidas no âmbito do controlo de gestão, a partir da análise das suas características estudadas por vários autores.

3. CAPÍTULO III - MÉTODOS

Depois das apresentações realizadas nos dois capítulos anteriores, que serviram para contextualizar o trabalho efetuado na Unidade de Desabilitação de Coimbra e para discutir as duas principais ferramentas existentes no âmbito do controlo de gestão, o BSC e o TDB, este terceiro capítulo, de métodos, identifica e justifica as opções metodológicas tomadas para a execução deste trabalho. Nele se justifica a seleção efetuada, em termos de modelo de ferramenta de avaliação de desempenho organizacional, se declaram os objetivos do estudo e se descreve a metodologia utilizada no desenvolvimento da ferramenta específica a aplicar na Unidade de Desabilitação de Coimbra, incluindo o tipo de estudo seguido e o método utilizado na recolha de dados.

3.1 Natureza, forma de abordagem, objetivos e procedimentos técnicos

De acordo com Silva e Menezes (2001), as pesquisas podem ser classificadas quanto à natureza, forma de abordagem do problema, objetivos e procedimentos técnicos utilizados no seu desenvolvimento.

Centrando-se nos objetivos, considera-se uma pesquisa exploratória e descritiva. Uma pesquisa exploratória proporciona maior familiaridade com o problema com vista a torná-lo explícito, envolvendo levantamento bibliográfico e análise de exemplos, que estimulem a compreensão. Já a pesquisa descritiva caracteriza-se por descrever características eminentes das ferramentas apresentadas. Gil (1999, p. 81) afirma que “a pesquisa descritiva tem como principal objetivo descrever características de determinada população ou fenómeno, ou o estabelecimento de relações entre as variáveis”.

Em relação à forma de abordagem do problema, trata-se de uma pesquisa qualitativa, pois considera que há uma relação dinâmica entre mundo real e o objeto de estudo, isto é, um vínculo indissociável entre o mundo objetivo e a subjetividade do objeto a estudar, que não pode ser traduzido em números, efetuando-se análises indutivamente.

Em termos de procedimentos técnicos adotados, envolveram a necessária pesquisa bibliográfica, recorrendo a publicações científicas, relatórios técnicos e legislação relacionada e o levantamento de dados primários, por via da observação direta e da análise documental, de forma a construir um BSC adaptada à realidade da UDC.

3.2 Tipo de estudo e método de investigação

A metodologia de investigação utilizada nesta dissertação foi o estudo de caso que se pode definir como *“uma investigação empírica que investiga um fenómeno contemporâneo dentro de seu contexto da vida real, especialmente quando os limites entre o fenómeno e o contexto não estão claramente definidos”* (Yin, 2005: 32).

Inicialmente foi realizada uma pesquisa bibliográfica, com maior destaque para a última década, independentemente das suas características, nomeadamente, livros, revistas e artigos de jornais, legislação e doutrina publicada, publicações científicas, trabalhos apresentados em reuniões científicas e técnicas, estatísticas oficiais, artigos disponibilizados na Internet e contactos com instituições ligadas à realidade do consumo de substâncias psicoativas, comportamentos, aditivos e dependências em Portugal para que, no processo de elaboração da dissertação, fosse aproveitado todo o conhecimento disponibilizado.

A pesquisa de bibliografia é um procedimento introdutório em qualquer investigação, sendo que o *“seu valor depende da sua precisão, exaustividade, detalhe e proximidade aos acontecimentos registados”* (Moreira, 1994: 32). A referida revisão bibliográfica foi realizada com o objetivo de verificar quais as respostas existentes para as questões, para decidir da pertinência de repetir uma investigação com objetivos idênticos mas, também, quais os métodos utilizados em investigações similares, para decidir sobre o melhor método a utilizar.

Por outro lado, a revisão bibliográfica permitiu o enquadramento do estudo de caso e, assim, diferenciar quais serão as variáveis de exposição, de resposta e, sobretudo, as variáveis interferentes. Estas variáveis interferentes (sejam elas de confusão ou apenas modificadoras do efeito) deverão ser identificadas logo no

início do estudo através do conhecimento já existente sobre a matéria. Isto possibilitará desenhar adequadamente o estudo de caso para controlar estas variáveis, não deixando que as mesmas confundam os nossos resultados.

A revisão bibliográfica incidiu, em primeiro lugar, nos livros de forma a enquadrar o melhor possível o problema a investigar. No entanto, investigou-se, também, aquilo que de mais atual sobre o assunto foi publicado em revistas ou publicações online, procurando ser criteriosos para incidir especial atenção nas publicações mais relevantes, no meio das centenas que são publicados anualmente. Em Portugal, a entidade com mais publicações na área da toxicodependência é o SICAD.

3.3 Método utilizado na recolha de dados

Para a realização desta dissertação utilizaram-se diferentes técnicas na recolha de dados, nomeadamente, a observação direta e a análise documental.

A utilização destas fontes contribuiu para a triangulação de fontes de dados, que permite recolher informação complementar e exaustiva sobre a realidade em análise, o que não seria exequível caso se recorresse apenas a uma técnica, como a análise documental. Os dados podem ser recolhidos em períodos do tempo distintos, em vários locais e a partir de várias pessoas (Moreira, 1994). Efetuaram-se várias visitas à Unidade de Desabilitação de Coimbra, para se observar o funcionamento da mesma e verificar os vários processos ali existentes. Paralelamente foi efetuado o levantamento dos documentos utilizados no âmbito desses processos, nomeadamente formulários e relatórios.

A observação direta revelou-se um método de recolha de dados profícuo, uma vez que permitiu um maior conhecimento da realidade em análise e também um registo mais fiel dos acontecimentos.

3.4 Escolha da metodologia de medição e gestão a aplicar na UDC

Tendo em conta o que foi descrito no capítulo anterior, nomeadamente na secção 2.1.5 *Súmula comparativa* e o facto de se pretender que esta dissertação

contribua para o alinhamento da UDC com Estratégia para o triénio 2012-2014, elegeu-se o BSC como a metodologia mais adequada para servir de base à ferramenta de avaliação que se pretende desenvolver. Para além do referido, a ferramenta de medição e gestão a aplicar na UDC baseada no BSC proporcionará:

- Uma relação de causa efeito entre as áreas estratégicas da organização;
- A monitorização de aspetos financeiros e não financeiros estrategicamente importantes;
- Uma vinculação entre o cumprimento dos objetivos estratégicos e os sistemas de incentivos dos colaboradores; e
- A elaboração de diagnósticos e a tomada de decisões de médio e de longo prazo.

3.5 Metodologia utilizada para o desenvolvimento da ferramenta a aplicar na UDC

O objetivo principal por detrás do desenvolvimento da ferramenta de avaliação para a UDC, baseada no Balanced Scorecard (Kaplan e Norton, 1992), que aqui se propõe é de contribuir para a melhoria da capacidade de gestão estratégica da UDC. A ferramenta utiliza um conjunto de medidas de desempenho financeiras e não-financeiras específicas a esta organização, interligadas por relações de causa-e-efeito e agrupadas em quatro dimensões: utente, processo, inovação/aprendizagem e financeira. Pressupõe-se que permitirão fornecer respostas a quatro questões fundamentais:

- Como é que os utentes dos serviços nos veem? (perspetiva do utente);
- Em que devemos ser excelentes? (perspetiva interna);
- Como podemos continuar a melhorar e a criar valor? (perspetiva da inovação e aprendizagem) e
- Como encaramos as entidades que financiam as nossas atividades? (perspetiva financeira).

O desenvolvimento desta ferramenta de avaliação a ser implementada na UDC envolverá as seguintes etapas:

1. Identificação da visão: para onde vamos?
2. Identificação da estratégia: como vamos lá chegar?
3. Identificação dos fatores críticos de Sucesso: onde devemos procurar a excelência? e
4. Seleção do indicadores a utilizar.

3.6 Objetivos gerais e específicos

Com o desenvolvimento de uma ferramenta de avaliação baseada no BSC (Kaplan e Norton, 1992), seguindo as etapas já descritas pretende-se:

- Que a estratégia passe a guiar ações corretas e concretas;
- Que os indicadores estratégicos sejam aplicados nos processos organizacionais;
- Contribuir para existência de uma visão sistematizada do desempenho organizacional;
- Garantir uma cultura organizacional de aprendizagem e melhoria contínua; e
- Contribuir para um maior incentivo ao desempenho individual, contribuindo com os resultados obtidos pela UDC.

Depois de desenvolvida a ferramenta de avaliação baseada no BSC (Kaplan e Norton, 1992) pretende-se obter as seguintes respostas:

- A ferramenta adequa-se à UDC?
- O sistema de gestão da qualidade existente na UDC e o modelo apresentado são compatíveis? e
- Existem aplicações informáticas aplicáveis ao modelo desenvolvido?

Sumário

Depois das apresentações realizadas nos dois capítulos anteriores, este terceiro capítulo, de métodos, identificou e justificou as opções metodológicas tomadas, para a execução deste trabalho, com especial destaque para a seleção do BSC como a metodologia para servir de base à ferramenta de avaliação, que se pretende desenvolver.

Foram, igualmente, identificados os procedimentos técnicos adotados, nomeadamente a necessária pesquisa bibliográfica, recorrendo a publicações científicas, relatórios técnicos e legislação relacionada e o levantamento de dados primários, por via da observação direta e da análise documental, de forma a construir um BSC adaptada à realidade da UDC.

Apresentaram-se as etapas para o desenvolvimento da ferramenta de avaliação a ser implementada na UDC, bem como as respostas que se pretende obter.

4. CAPÍTULO IV - Desenvolvimento da ferramenta de medição e gestão de desempenho

O propósito primordial deste quarto capítulo é apresentar os resultados do trabalho desenvolvido, no sentido de construir uma proposta de ferramenta de avaliação que permita potenciar a gestão estratégica da UDC, Unidade Especializada da Administração Regional de Saúde do Centro.

O desenvolvimento da ferramenta de avaliação da UDC, baseada no BSC (Kaplan e Norton, 1992) seguiu as etapas descritas no capítulo de métodos, sendo que a estrutura do presente capítulo segue o mesmo percurso, com especial destaque para:

- A identificação da Missão, Visão e Valores e o estudo dos Stakeholders;
- Análise SWOT, para projetar, com base na análise efetuada de forças e fraquezas, as opções que possibilitem reconhecer os fatores críticos de sucesso,
- Apresentação do Mapa estratégico onde se relacionam os objetivos estratégicos, para cada uma das perspetivas, com os vetores estratégicos;
- Reconhecimento dos indicadores identificados para as diferentes perspetivas, para os vários objetivos estratégicos, bem como as metas e critérios de superação
- Apresentação das iniciativas e a sua relação com os objetivos existentes

Após as referidas etapas, apresenta-se o mapa resumo da ferramenta de avaliação da UDC, baseada no BSC (Kaplan e Norton, 1992).

Será, ainda, apresentado o plano de desenvolvimento e concretização do processo de implementação da ferramenta de avaliação, baseada no BSC, na UDC.

4.1 Missão, Visão e Valores

Missão

A UDC tem como missão ser um serviço público orientado para o tratamento da síndrome de abstinência de substâncias de abuso em pessoas com problemas de adição, ajudando a promover um projeto terapêutico de continuidade, com vista a uma vida autónoma.

Visão

A visão da UDC é proporcionar a descoberta e o aperfeiçoamento de técnicas terapêuticas, adaptadas ao contexto de internamentos de curta duração, para desabitação de substâncias de abuso, com incidência nas abordagens da estimulação cognitiva, orientado pela evidência científica.

Valores

O conjunto de valores que sustentam a prática no seio da UDC são claramente assumidos por todos os profissionais, numa lógica de interligação contínua.

Esses valores identificados são os seguintes (Figura 15):



Figura 15. Valores identificados pela UDC.

Responsabilidade – Ter em conta o impacto das opções terapêuticas que são aplicadas aos utentes;

Evidência – Conciliar o conhecimento científico atual com a prática clínica;

Inovação – Criar, a partir da evidência científica, abordagens terapêuticas na área das dependências;

Confiança – Garantir credibilidade perante o utente do que lhe é administrado através do programa terapêutico;

Dignidade – Reconhecer do doente como pessoa que necessita de cuidados de saúde para a sua doença;

Transparência – Fornecer informação atualizada ao doente durante todo o processo terapêutico;

Equidade – Garantir igualdade no tratamento perante pessoas que necessitam de cuidados de saúde com especial relevância na área das dependências.

4.2 Análise de Stakeholders

A identificação dos indivíduos e das organizações que, quer interna, quer externamente, detêm a influência e a capacidade de condicionar a estratégia, bem como o seu desempenho, permite clarificar quais os agentes cuja ação é imprescindível monitorizar, face aos quais é necessário encontrar um equilíbrio de forças e minimizar riscos e impactos negativos na execução deste processo.

Relativamente à UDC, foram identificados doze Stakeholders internos e externos que podem, de alguma forma, influenciar ou ser influenciados pela organização.

Como Stakeholders internos, identificaram-se os seguintes:

- Conselho Diretivo da Administração Regional de Saúde do Centro, IP – é responsável por garantir a componente de operacionalização das intervenções com vista à redução do consumo de substâncias psicoativas, à prevenção dos comportamentos aditivos e à diminuição das dependências.
- Diretor da Unidade de Desabilitação de Coimbra – é responsável pela gestão do serviço e pela implementação do programa terapêutico.
- Diretor-geral do SICAD – é responsável pelo planeamento e acompanhamento de programas de redução do consumo de substâncias psicoativas, de prevenção dos comportamentos aditivos e de diminuição das dependências.

- Profissionais da Unidade de Desabilitação de Coimbra – equipa técnica multidisciplinar, médicos, enfermeiros, psicólogo, técnico serviço social, assistente técnico, assistentes operacionais, a quem compete a aplicabilidade das orientações para o desenvolvimento do programa terapêutico.

Como Stakeholders externos, identificaram-se os seguintes:

Utentes da UD – os principais clientes.

Familiares e/ou próximos do utente – acompanhantes do utente em todo o processo de referenciação e tratamento.

Comissões para a Dissuasão da Toxicodependência do SICAD – unidades do SICAD que se encontram distribuídas por todo o país, havendo uma preferência das unidades da região centro, e que referenciam utentes.

Administração Regional de Saúde do Centro, I. P. – centros de saúde, unidades de saúde familiar, hospitais, que articulam serviços com a UDC.

Instituições Particulares de Solidariedade Social e ONG. – Instituições privadas que referenciam utentes.

Ministério da Justiça – órgão que solicita informações sobre utentes e internamentos compulsivos.

Universidade de Coimbra – através do Centro de Neurociências, fará a supervisão do programa terapêutico.

Clínica Privada – entidades privadas de saúde que referenciam utentes.

Uma vez identificados os Stakeholders, estabelecemos uma hierarquia, resultando nos seguintes níveis de importância:

Nível 5 – Stakeholders de importância/influência fundamental;

Nível 4 – Stakeholders de importância/influência elevada;

Nível 3 - Stakeholders de importância/influência moderada;

Nível 2 – Stakeholders com alguma importância/influência;

Nível 1 – Stakeholders com pouca ou importância/influência.

Na figura 16 são apresentados, de forma sintética e desagregada, de acordo com o seu poder e interesse para a organização, os agentes acima referenciados, de modo a proporcionar uma visão mais simplificada da análise realizada.

STAKEHOLDERS (SH)		Que critérios utiliza para avaliar a organização?	A organização pode influenciar o SH?	O SH tem interesse na organização?	O SH pode influenciar a organização?
INTERNOS	Conselho Diretivo da Administração Regional de Saúde do Centro, IP	Cumprimento dos objectivos QUAR	2	4	5
	Diretor-geral do SICAD	Cumprimento dos objectivos SIADAP II	3	5	5
	Diretor da Unidade de Desabilitação (UD)	Verificar a execução do plano de actividades garantir a qualidade do serviço	3	5	5
	Profissionais da UD	Desenvolvimento pessoal, auto avaliação de desempenho	4	5	3
EXTERNOS	Utentes da UD	Satisfação do utente	4	5	2
	Familiares e/ou próximos do utente	Satisfação pelo serviço prestado	3	4	2
	Comissões para a Dissuasão da Toxicodependência do SICAD	Articulação na resposta ao internamento	2	5	2
	Administração Regional de Saúde do Centro, I. P.	Eficiência no processo de referência dos utentes	1	3	3
	Instituições Particulares de Solidariedade Social e ONG's	Resposta às solicitações	2	5	2
	Ministério da Justiça	Cumprimento das disposições legais	1	2	4
	Universidade de Coimbra	Colaboração no acompanhamento da investigação científica	2	3	2
	Clínica Privada	Resposta às solicitações	1	3	2
			1(-) a 5(+)	1(-) a 5(+)	1(-) a 5(+)

Figura 16. Matriz de Stakeholders.

Dos Stakeholders externos destacamos os utentes, familiares e unidades de referência públicas e privadas, que têm um nível elevado de interesse, mas menor poder na gestão da organização.

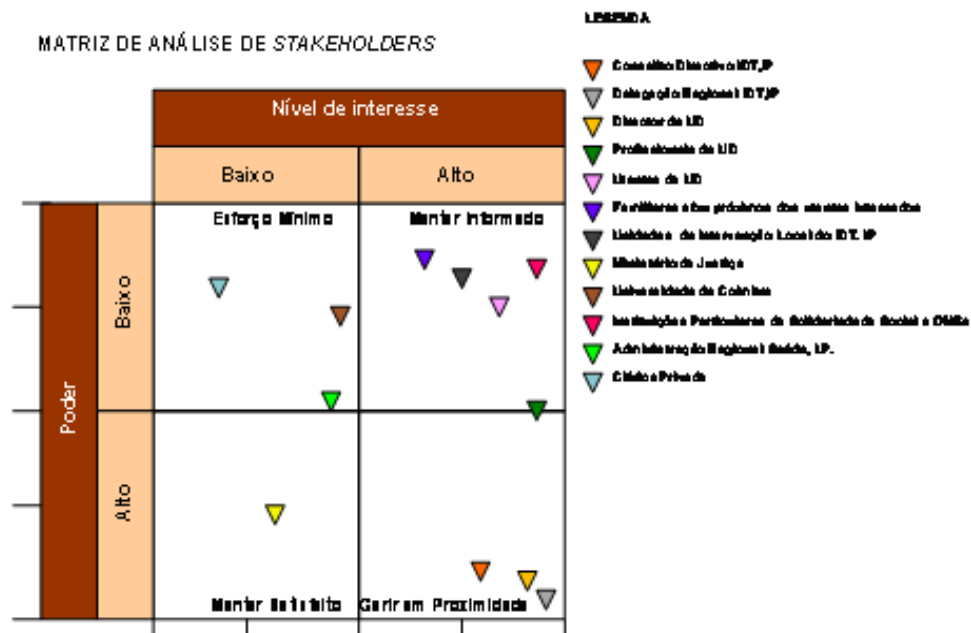


Figura 17. Matriz da análise de Stakeholders (Almeida et al - 2012).

4.3 Análise SWOT

A análise SWOT permite projetar, com base na análise efetuada de forças e fraquezas, as opções que possibilitem reconhecer os fatores críticos de sucesso. Através da identificação e conhecimento das forças e fraquezas internas e da aplicação de uma estratégia de antecipação poder definir novas oportunidades que se transformem em benefícios para os utentes da organização.

4.3.1 Envolverte interna

Pontos Fortes

Foram identificados os seguintes pontos fortes:

- Unidade Certificada em sistemas de gestão de qualidade pela norma ISO 9001-2008 – Em 2009 a UD foi certificada pelo grupo Lloyd's Register Quality

Assurance e Instituto Português da Qualidade e mantém, através de auditorias anuais, a certificação em 2011;

- Programa integrado e equipa multidisciplinar especializada para o tratamento dependentes de substâncias de abuso – a Unidade mantém uma formação especializada em dependências para os seus profissionais;
- Instalações, equipamentos e software adequados ao exercício das funções – instalações construídas com um projeto próprio de uma unidade de tratamento para desintoxicação de dependentes de substâncias de abuso;
- Acessibilidade fácil e atendimento rápido, sem lista de espera – o acesso pode ser feito via telefone, correio eletrónico ou presença física, um contacto direto e imediato com a organização; o acesso às instalações está facilitado pela rede transportes municipais.

Pontos Fracos

Foram identificados os seguintes pontos fracos:

- Falta de preparação prévia do utente para o internamento – deficiente informação fornecida ao utente pelas entidades de referência;
- Dificuldade na equidade na relação terapêutica com os doentes – utentes olhados pelos técnicos de forma diferente;
- Falta de supervisão técnica – atualmente, não existe supervisão externa da equipa técnica.

4.3.2 Envolvimento externo

Oportunidades

Foram identificados as seguintes oportunidades:-

- Alargamento da intervenção a outras dependências com ou sem substâncias psicoativas – a intervenção de estimulação cognitiva possibilita a abordagens noutras dependências com ou sem substâncias;

- Importância das funções cognitivas na reabilitação dos dependentes – contributo das neurociências ao demonstrar as alterações de funções cognitivas nos consumidores de substâncias psicoativas.
- Existência de sinergias institucionais com Stakeholders externos – contributos para a investigação científica com entidades públicas e privadas ligadas à investigação.

Ameaças

Foram identificados as seguintes ameaças:

- O estigma da doença – perceção da sociedade em geral do toxicodependente;
- Desilusão e desmotivação individual, familiar e social face ao tratamento – dificuldade da aceitação de se tratar de uma doença crónica com recidivas;
- Presença de comorbilidade psiquiátrica e/ou somática – maior dificuldade no diagnóstico e na adequação do tipo de intervenção terapêutica;
- Dificuldades na aplicação de instrumentos de avaliação não validados para a população portuguesa – nem todos os instrumentos de avaliação utilizados internacionalmente estão validados para a população portuguesa.

4.4 Vetores Estratégicos

Verifica-se a existência de três vetores essenciais, considerados pela UDC como alicerces da estratégia para o triénio 2012-2014:

- Aperfeiçoar o programa terapêutico para dependentes de substância de abusos.
- Oferecer inovação, através de uma intervenção terapêutica de estimulação cognitiva que possa trazer mais valor para os doentes é um contributo importante para o serviço de elevada qualidade que se pretende atingir.
- Aumentar o nível de eficiência e eficácia do programa terapêutico da UDC - Um programa terapêutico tem de acompanhar a evolução científica. A investigação nas neurociências permitiu desenvolver o conhecimento ao nível da ação das

drogas nos circuitos cerebrais e respetiva base neurobiológica, tornando possível um melhor conhecimento da ação das drogas nos mecanismos que afetam as funções cognitivas. A intervenção terapêutica na reabilitação destas funções em doentes com transtornos de consumo de substâncias psicoativas pretende evitar a cronificação das dependências e aumentar a o nível de adesão dos doentes ao tratamento.

- Promover a avaliação sistemática e organizada, que possa conduzir à produção de estudos científicos - A implementação de novas técnicas terapêuticas deve ser monitorizada e os resultados devem ser avaliados, de forma a provar a sua eficácia e utilidade. Para isso, é necessário utilizar instrumentos validados para a população portuguesa, pelo que a coordenação deve ter presente a necessidade de garantir rigor permanente, através de mobilização de todos os envolvidos.

		AMEAÇAS				OPORTUNIDADES		
		O estigma da doença	Desilusão e desmotivação individual, familiar e social face ao tratamento	Presença de comorbidade psiquiátrica e/ou somática	Dificuldades na aplicação de instrumentos de avaliação não validados para a população portuguesa	A alargamento da intervenção a outras dependências com ou sem substâncias psicoativas	Importância das funções cognitivas na reabilitação dos dependentes	Existência de sinergias institucionais com Stakeholders externos
PONTOS FORTES	Unidade certificada em sistemas de gestão de qualidade pela norma ISO 9001-2008				+			+
	Programa integrado e equipa multidisciplinar especializada para o tratamento	+	+	+	+	+	+	+
	Instalações, equipamento e Software adequados ao exercício das funções		+					+
	Acessibilidade fácil e Atendimento rápido (sem lista de espera)		+			+		
PONTOS FRACOS	Falta de preparação prévia para o internamento	-	-	-			-	
	Dificuldade na equidade na relação terapêutica com os doentes		-	-				
	Falta de supervisão técnica				-	-		+

Figura 18. Análise SWOT.

4.4.1 Objetivos estratégicos

Na figura 19 apresentam-se os objetivos definidos para cada um dos vetores mencionados, considerados pela UDC como essenciais para o triénio 2012-2014, e a relação entre eles.



Figura 19. Relação entre Vetores Estratégicos e Objetivos Estratégicos.

4.5 Desenvolvimento da ferramenta de avaliação baseada no BSC

A UDC de Coimbra é uma Unidade de Saúde sem divisão em subunidades orgânicas. Trata-se de assegurar o alinhamento das atividades operacionais com a estratégia planeada. Desta forma entende-se que as ações terapêuticas exercidas no âmbito de cada intervenção se constituem como parte de um todo articulado cujo fim único é a evolução positiva do doente internado, nas dimensões orgânica e cognitiva. As novas atividades terapêuticas programadas e que contribuem para o objetivo comum de estimular as funções cognitivas, com

incidência na atenção, memória de trabalho e tomada de decisões, são aplicadas/desempenhadas por profissionais qualificados para a função e de acordo com modelos cuja fundamentação científica está inserida em pasta de anexos do Manual da Qualidade.

Cada atividade está representada por um conjunto de indicadores e iniciativas que constam dos respetivos mapas Indicadores e Iniciativas, e possuem instrumentos específicos de avaliação por cada uma delas, sendo os profissionais abrangidos por avaliação de desempenho de acordo com objetivos que resultam do desdobramento dos fatores estratégicos iniciais.

Nesta secção será demonstrado o alinhamento da ferramenta de avaliação, baseada no método do BSC, da UDC com a visão, o mapa estratégico, os indicadores e as iniciativas, os objetivos individuais (profissionais) e finalmente a verificação do alinhamento com a estrutura organizacional.

4.5.1 Perspetivas da ferramenta de avaliação

Perspetiva de Aprendizagem e Inovação

Todos os objetivos definidos tiveram em consideração as competências e a capacidade de mobilização dos profissionais da UDC e do sistema de informação existente, Quebrando o paradigma existente, a aplicação de técnicas de estimulação cognitiva, no contexto da desabilitação física contribui não só para uma maior adesão/finalização ao/do tratamento, como também proporciona ao doente compreensibilidade sobre a sua evolução. A pesquisa de literatura científica atualizada nesta área e a promoção da avaliação de resultados das intervenções realizadas é também uma forma de comprometer todos os intervenientes para com o sucesso da estratégia.

Perspetiva dos Processos

Aproveitando a formação dada aos colaboradores e o Manual da Qualidade da UDC, numa primeira perspetiva pretende-se conseguir a uniformização de procedimentos, por forma a credibilizar a atuação. Através da supervisão do processo garante-se a operacionalização do programa terapêutico.

Perspetiva do Utente

Partindo da interação entre todas as intervenções incluídas no programa de terapêutico e do conhecimento mútuo das atividades por parte dos colaboradores, poderá conseguir-se maior eficiência, obtendo assim ganhos nos tempos de resposta aos utentes.

Perspetiva Financeira

Não sendo um objetivo essencial da Unidade alcançar o lucro, será necessário assegurar o controlo da execução orçamental estipulado

4.5.2 Mapa Estratégico da UDC

Na Figura 20, apresentam-se os objetivos estratégicos para cada uma das perspetivas e os vetores estratégicos, bem como os seus relacionamentos.

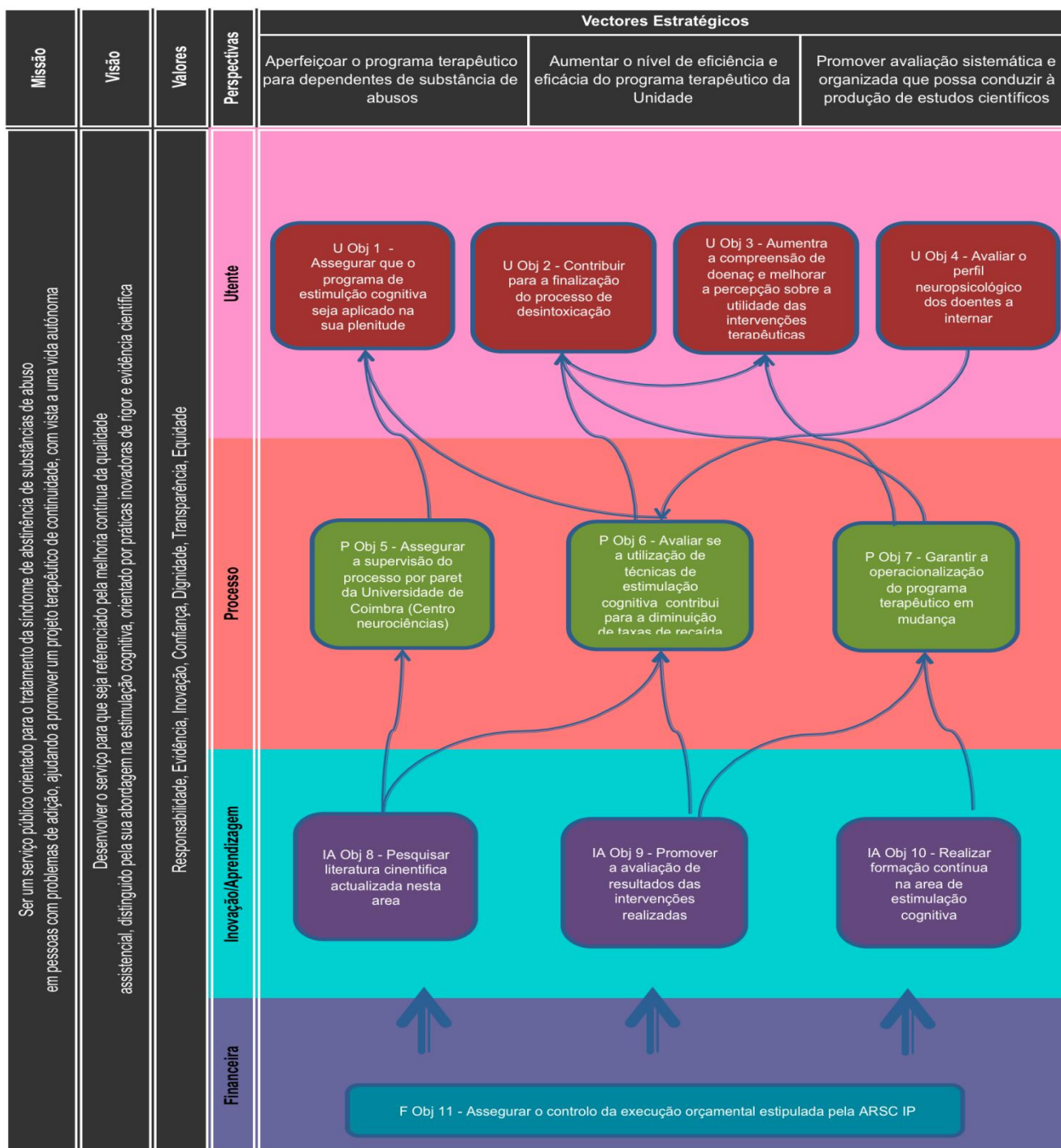


Figura 20. Mapa estratégico da UDC.

4.5.3 Indicadores identificados

Na figura 21, apresentam-se os indicadores identificados para as diferentes perspetivas, para os vários objetivos estratégicos, bem como as metas e critérios de superação.

Perspetivas	Objetivos	Indicadores	Unidade	Meta 2012	Meta 2013	Meta 2014	Tolerância	Peso Objectivo
Utente	Assegurar que o programa de estimulação cognitiva seja aplicado na sua plenitude	Ind 1.1 - Número de ações terapêuticas desenvolvidas	Nº	350	350	350	10%	100%
	Contribuir para a finalização do processo de desintoxicação	Ind 2.1 - Taxa de retenção	%	80%	82%	85%	3%	70%
	Aumentar a compreensão de doença e melhorar a percepção sobre a utilidade das intervenções terapêuticas	Ind 2.2 - Movimento clínico mensal	Nº	370	390	400	10%	30%
		Ind 3.1 - Número de testes de avaliação pós tratamento	Nº	100	150	200	3%	100%
	Avaliar o perfil neuropsicológico dos doentes a internar	Ind 4.1 - Número de entrevistas semi estruturada	Nº	100	150	200	10%	50%
		Ind 4.2 - Número de testes aplicados	Nº	100	150	200	10%	50%
Processo	Assegurar a supervisão do processo por parte da Universidade de Coimbra (Centro neurociências)	Ind 5.1 - Número de reuniões	Nº	12	12	12	10%	50%
	Avaliar se a utilização de técnicas de estimulação cognitiva contribui para a diminuição de taxas de recaída	Ind 6.1 - Taxa de recaída a 3, 6 e 12 meses	%	18%	15%	12%	3%	50%
		Ind 6.2 - Taxa de reinternamento	%	15%	12%	10%	3%	50%
	Garantir a operacionalização do programa terapêutico em mudança	Ind 7.1 - Número de não conformidades detetadas	Nº	10	6	0	10%	50%
		Ind 7.2 - Percentagem de cumprimento das ações terapêuticas	%	90%	95%	100%	5%	50%
	Inovação/Aprendizagem	Pesquisar literatura científica actualizada nesta área	Ind 8.1 - Número documentos na pasta	Nº	35	45	60	5%
Promover a avaliação de resultados das intervenções realizadas		Ind 9.1 - Percentagem de instrumentos de avaliação neurocognitiva aplicados	%	100%	100%	100%	5%	80%
		Ind 9.2 - Grau de satisfação dos utentes internados	%	85%	90%	97%	5%	20%
Realizar formação contínua na área de estimulação cognitiva		Ind 10.1 - Número de formação	Nº	4	5	6	0%	60%
		Ind 10.2 - Percentagem de colaboradores com participação em reuniões científicas	%	75%	80%	90%	10%	40%
Financeira	Assegurar o controlo da execução orçamental estipulada pela ARSC IP	Ind 11.1 - Monitorização mensal dos custos de funcionamento	Custos	100%	100%	100%	0%	100%

Figura 21. Perspetivas vs Objetivos vs Indicadores.

4.5.4 Iniciativas

Na figura 22, apresentamos as iniciativas propostas e sua relação com os objetivos identificados.

Iniciativa	Descrição da iniciativa	Orçamento (€)	Objectivo 1	Objectivo 2	Objectivo 3	Objectivo 4	Objectivo 5	Objectivo 6	Objectivo 7	Objectivo 8	Objectivo 9	Objectivo 10	Objectivo 11
In 1.1	Introdução de técnicas de "Terapia Ocupacional Individualizada"	3.900,00 €	2	1	1		2	1	1				2
In 1.2	Espaço de intervenção "Pedagógico-terapêutica em grupo"	3.900,00 €	2	1	1		2	1	1				2
In 1.3	Grupo terapêutico de "Relaxamento integrativo mente/corpo"	1.900,00 €	2	1	1		2	1	1				2
In 1.4	Introdução de técnicas de "Estimulação cognitiva através de realidade virtual"	5.000,00 €	2	1	1		2	1	1				2
In 1.5	Introdução de técnicas de "Acupuntura e Sofrologia"	2.500,00 €	2	1	1		2	1	1				2
In 2.1	Consulta de intervenção em crise	300,00 €		1				1	2				
In 2.2	Registo clínico em "Sistema de Informação Multidisciplinar"	500,00 €				2			2		1		2
In 3.1	Introdução de escalas de avaliação após alta do programa	500,00 €			2		2	1		1	1	2	
In 4.1	Desenvolver no acto da admissão entrevista de avaliação neuropsicológica	1.200,00 €	1	1		1		2	1				
In 4.2	Diligenciar a recepção prévia à admissão dos testes de avaliação coanitiva	2.500,00 €	1	1		1			1				
In 5.1	Formalizar parceria institucional com o Centro de Neurociências da FMUC	0,00 €					1	2		1		2	
In 5.2	Introdução de mecanismos de supervisão clínica	2.450,00 €	2				1	1	1	2	1	1	1
In 5.3	Criação de serviço partilhado desmaterializado entre a UDC e a FMUC	5.000,00 €					1	2		1	2	2	
In 6.1	Programar consulta de seguimento follow-up aos 3, 6 e 9 meses após a alta	0,00 €			2			1			1		
In 6.2	Mapa mensal de monitorização do número de readmissões	0,00 €						1			2		
In 6.3	Monitorização semestral da taxa de variação de readmissões	0,00 €						1			2		
In 7.1	Reuniões multidisciplinares de equipa	5.000,00 €	1	2		2	2	1	1			2	2
In 7.2	Briefing's diários para discussão clínica de casos	5.000,00 €	1	2		2		1	1			2	2
In 7.3	Avaliação dos registos observados em sede de SGQ ISO 90012008	1.200,00 €	2						1		2		
In 7.4	Registos das acções terapêuticas desenvolvidas	500,00 €	2	2			1	2	2		2		
In 8.1	Acesso a bases de dados da especialidade	3.500,00 €					2			1		1	2
In 8.2	Disponibilização aos colaboradores de pasta partilhada de informação científica	500,00 €								1		1	
In 9.1	Elaboração da bateria de avaliação neuro-psicológica	1.200,00 €					1	2	1	1			2
In 9.2	Validação científica da bateria de avaliação neuro-psicológica	500,00 €					1	2	1	1			2
In 9.3	Implementação de bateria de avaliação neuropsicológica	1.500,00 €	2		1	2	2	1	1	2	1		
In 9.4	Inquérito a utentes (Satisfação e Qualidade dos Cuidados Recebidos)	0,00 €	2	2	1			2		2	1		
In 10.1	Acções de formação sobre Técnicas de Estimulação Neuro-Coanitiva	500,00 €	1	1			1	1	1	2	2	1	1
In 10.2	Participação em congressos, seminários e workshops na área	10.000,00 €		2						1		1	2
In 11.1	Elaboração de mapa mensal de controlo de gestão dos recursos administrativos	1.200,00 €				2	2		2	2	2	2	1
In 11.2	Elaboração de mapa mensal de controlo de gestão dos recursos tecnológicos		1			2	2		1	1	2	1	1
In 11.3	Elaboração de mapa mensal de controlo de gestão dos recursos hoteleiros			2					2				1
In 11.4	Elaboração de mapa mensal de controlo de gestão dos recursos clínicos			2					2				1
In 11.5	Elaboração de mapa mensal de controlo de gestão dos recursos farmacológicos		1	2						1			1

1 Impacto Fort 2 Impacto Médio

Figura 22. Iniciativas propostas vs objetivos identificados (Almeida et al - 2012)

As iniciativas propostas pretendem garantir uma melhor viabilidade do plano existente e permitir, ao mesmo tempo, testar a validade intrínseca da nova

proposta terapêutica, aferindo o impacto que vão tendo nos doentes sujeitos ao programa.

A importância de alguns Stakeholders externos e o seu potencial de influência na organização leva a que sejam realizadas algumas ações junto das mesmas, não só no sentido da sua colaboração como também no que respeita à informação que a organização terá que fornecer.

Uma vez que todos os colaboradores devem compreender e conhecer a estratégia existente, torna-se imperativo comunicar e, acima de tudo, ouvir e saber envolver. Só assim se conseguirá o apoio necessário para a implementação, com sucesso, de todas as iniciativas definidas.

Não alheia a esta situação, foi a escolha de algumas das ações a desenvolver, pois além de as mesmas permitirem o aperfeiçoamento das competências e um conhecimento mais real da estratégia, constituir-se-ão um aliado essencial para que toda a comunicação flua de uma forma mais célere e simples.

4.5.4.1 Acompanhamento

Tão importante como definir as iniciativas é acompanhar a evolução das mesmas para perceber e avaliar o impacto na organização.

Assume capital importância realizar uma monitorização constante das iniciativas, criando responsabilidade, através da nomeação de um responsável no acompanhamento das mesmas. É necessário atuar em tempo real, para que os eventuais desvios possam ser detetados em tempo útil e as eventuais ações corretivas possam ser aplicadas de forma imediata. Propõe-se a realização de reuniões trimestrais, e o desenvolvimento/preenchimento de um relatório de desempenho.

4.5.5 Ferramenta de avaliação, baseada no método do BSC

Através da figura 23, pretende-se demonstrar o alinhamento da ferramenta de avaliação da UDC, baseada no método do BSC, com a visão, o mapa estratégico, os indicadores e suas metas associadas, bem como as iniciativas respetivas, e finalmente a verificação do alinhamento com a estrutura organizacional.

Missão	Visão	Valores	Vectores Estratégicos			Indicadores	Unidade	Meta 2012	Meta 2013	Meta 2014	Tolerância	Peso Objectivo	Iniciativas	Impacto	Recursos																																																																																												
			Aperfeiçoar o programa terapêutico para dependentes de substância de abusos	Aumentar o nível de eficiência e eficácia do programa terapêutico da Unidade	Promover a avaliação sistemática e organizada que possa conduzir à produção de estudos científicos																																																																																																						
Ser um serviço público orientado para o tratamento do sintoma de abstinência de substâncias de abuso em pessoas com problemas de ação, ajudando a promover um padrão terapêutico de continuidade, com vista a uma vida autónoma	Desenvolver o serviço para que seja referenciado pela melhoria contínua da qualidade assistencial, distinguido pela sua abordagem na estimulação cognitiva, orientado por práticas inovadoras, de rigor e evidência científica	Responsabilidade, Evidência, Inovação, Confiança, Dignidade, Transparência, Equidade	Utileza		Ind 1.1- Número de ações terapêuticas desenvolvidas	Nº	350	350	350	10%	100%	In 1.1 - Introdução de técnicas de "Terapia Ocupacional individualizada"	M/F	3.900,00 €	In 1.2 - Espaço de intervenção "Pedagógico-terapêutico em grupo"	M/F	3.900,00 €																																																																																										
																		Ind 2.1- Taxa de retenção	%	80%	82%	85%	3%	70%	In 2.1 - Consulta de intervenção em crise	M/F	300,00 €																																																																																
																												Ind 2.2 - Movimento clínico mensal	Nº	370	390	400	10%	30%	In 2.2 - Registo clínico em Sistema de Informação Multidisciplinar	M	500,00 €																																																																						
																																						Ind 3.1- Número de testes de avaliação pós-tratamento	Nº	100	150	200	3%	100%	In 3.1- Introdução de escalas de avaliação após alta do programa	M/F	500,00 €																																																												
																																																Ind 4.1 - Número de entrevistas semi estruturadas	Nº	100	150	200	10%	50%	In 4.1- Desenvolver no acto da admissão entrevista de avaliação psicológica	M	1.200,00 €																																																		
																																																										Ind 4.2 - Número de testes aplicados	Nº	100	150	200	10%	50%	In 4.2- Diligenciar a recepção prévia à admissão dos testes de avaliação cognitiva	M	2.500,00 €																																								
																																																																				Ind 5.1- Número de reuniões	Nº	12	12	12	10%	50%	In 5.1- Formalizar parceria institucional com Centro Neurociência da FMUC	M/F	0,00 €																														
																																																																														Ind 6.1- Taxa de recaída a 3, 6 e 12 meses	%	18%	15%	12%	3%	50%	In 5.2 - Introdução aos mecanismos de supervisão clínica	M/F	2.450,00 €																				
																																																																																								Ind 6.2 - Taxa de reinternamento	%	15%	12%	10%	3%	50%	In 5.3 - Criação de serviço partilhado desmaterializado entre UD e FMUC	M/F	5.000,00 €										
																																																																																																		Ind 7.1- Número de não conformidades detetadas	Nº	10	6	0	10%	50%	In 6.1 - Programar consulta de seguimento follow up aos 3, 6 e 12 meses	F	0,00 €
Ind 8.1- Número do documento na pasta	Nº	35	45	60	5%	80%	In 6.3 - Monitorização semestral da taxa de variação de readmissões	F	0,00 €																																																																																																		
										Ind 9.1- Percentagem de instrumentos de avaliação neuro cognitiva aplicados	%	100%	100%	100%	5%	80%	In 7.1- Reuniões multidisciplinares de equipa	M/F	5.000,00 €																																																																																								
																				Ind 9.2 - Grau de satisfação dos utentes internados	%	85%	90%	97%	5%	20%	In 7.2 - Briefing's diários para discussão de casos	M/F	5.000,00 €																																																																														
																														Ind 10.1- Número de formação	Nº	4	5	6	0%	80%	In 7.3 - Avaliação dos registos observados em sede de SQG NP/EN ISO 9001:2008	M	1.200,00 €																																																																				
																																								Ind 10.2 - Percentagem de colaboradores com participação em	%	75%	80%	90%	10%	40%	In 7.4 - Registos de ações terapêuticas desenvolvidas	M	500,00 €																																																										
																																																		Ind 11.1- Monitorização mensal dos custos de funcionamento	Custos	100%	100%	100%	0%	100%	In 8.1- Acesso à base de dados especialidade	M/F	3.500,00 €																																																
																																																												Ind 11.2 - Elaboração de mapa mensal de controlo de gestão dos recursos administrativos	M	1.200,00 €																																													
																																																															Ind 11.3 - Elaboração de mapa mensal de controlo de gestão dos recursos tecnológicos	M/F	1.200,00 €																																										
																																																																		Ind 11.4 - Elaboração de mapa mensal de controlo de gestão dos recursos hoteleiros	M	1.200,00 €																																							
																																																																					Ind 11.5 - Elaboração de mapa mensal de controlo de gestão dos recursos farmacológicos	F	1.200,00 €																																				

Figura 23. Ferramenta de avaliação, baseada no método do BSC.

4.6 Plano de Desenvolvimento

O plano de desenvolvimento corresponde à fase de alinhamento com o Plano Estratégico 2012-2014 e concretização do processo de implementação da ferramenta de avaliação, baseada no BSC, na UDC. A realização deste projeto exige o envolvimento de todos os profissionais com a forte convicção dos potenciais benefícios que esta programação possa trazer aos utentes internados para desabituação. As razões da implementação da ferramenta de avaliação, baseada no método do BSC, como metodologia de trabalho na ajuda à gestão, numa Unidade já certificada pela norma ISO 9001: 2008 prende-se com a possibilidade de aumentar o rigor nas dimensões organizativa, funcional e integrativa das várias ações terapêuticas utilizadas, bem como permitir que as competências profissionais possam complementar-se de forma mais compreensível.

Paralelamente aos objetivos definidos em QUAR para a UDC são elaborados objetivos da qualidade que podem ou não coincidir com os objetivos estabelecidos em sede de SIADAP, e que comprometem todos os profissionais da Unidade.

Assim sendo, o processo de implementação da ferramenta de avaliação, baseada no método do BSC, ao nível da UDC e da sua equipa técnica terá, necessariamente, de ter em consideração esta realidade já existente.

O plano de desenvolvimento consiste na preparação e planeamento de todo o processo de implementação da BSC para a UDC e da sua equipa técnica, chegando ao desdobramento para todas as áreas de atividade terapêutica.

4.6.1 Preparação

Esta etapa inclui:

- Pesquisa bibliográfica, com incidência na última década, de literatura científica sobre função e reabilitação cognitiva, particularmente a que se dedica à estimulação cognitiva em dependentes de substâncias de abuso;

- Levantamento dos recursos humanos, materiais e financeiros disponíveis para a realização do projeto;
- Criação e organização de pasta partilhada em suporte informático com a documentação resultante do trabalho de recolha da literatura científica;
- Apresentação do projeto em reunião geral de serviço;
- Atribuição aos vários profissionais responsáveis pela aplicação de sessões terapêuticas, a responsabilidade de um memorando fundamentado sobre as técnicas a aplicar em cada ação terapêutica;
- Levantamento de conjunto de escalas e questionários de avaliação e sua organização para avaliação neuro cognitiva;
- Definição de objetivos a atingir;
- Elaboração de plano de formação e comunicação bem como formação em BSC dirigida a todos os técnicos;
- Inventariação e aquisição de equipamentos necessários para as ações definidas no programa terapêutico;
- Contacto com o Centro de Neurociências da Universidade de Coimbra, Stakeholder externo, para definição de parâmetros de supervisor do projeto;
- Apresentação ao dirigente superior.

4.6.2 Desenvolvimento

Esta etapa inclui:

- Colocação do projeto à discussão interna que permita críticas e sugestões ao mesmo tempo que identifique ameaças e oportunidades presentes e futuras.
- Definição de ações individuais/grupais para implementação do BSC.
- Fase experimental de duas semanas no que respeita à realização das sessões e teste do funcionamento do equipamento.
- Divulgação junto das entidades de referência do novo programa de tratamento na Unidade de Desabilitação.
- Elaboração da estratégia de implementação organizacional, harmonização dos objetivos QUAR, da Qualidade e do SIADAP.

- Consolidação da parceria com os supervisores do Centro de Neurociências para estudo sobre validação da evidência científica do programa e sua aplicação na área das dependências.
- Definição da monitorização trimestral da implementação do programa com discussão em reunião geral do serviço.
- Preparação do sistema de informação.

4.7 Sistema Gestão da Qualidade e sua relação com o BSC

A Unidade de Desabilitação de Coimbra está certificada, segundo a Norma ISO 9001: 2008, desde 2009 pela Lloyd's Register Quality Assurance Limited e pelo Instituto Português da Qualidade, no âmbito – “Abordagem Terapêutica do Processo de Desabilitação do Consumo de Substâncias e Doenças Associadas”. De acordo com o Manual da Qualidade, “A política da Qualidade da UDC reflete-se, em última instância, na adequação e no nível dos cuidados prestados, mas está igualmente interligada com as condições de trabalho dos seus profissionais, de atendimento aos utentes e ainda com os níveis gerais e específicos da segurança do seu edifício e equipamentos. Neste contexto, a UDC tem como objetivo primordial ir ao encontro das necessidades e superar continuamente as expectativas dos utentes a quem presta serviços”.

4.7.1 SGC e BSC

Nesta lógica de intervenção, para concretizar cada um dos desafios estratégicos e mais facilmente monitorizar a evolução, há que identificar indicadores estratégicos do BSC. Estas iniciativas manifestam-se em metas concretas e estas metas correspondem na ISO aos objetivos da Qualidade. Verificamos, então, que na UDC os objetivos da Qualidade e objetivos do BSC se cruzam em aspetos essenciais, já que o objetivo último da existência desta Unidade é o utente e a melhoria do serviço prestado. Ora, tratando-se de um Serviço Público, podemos aferir que a direção final da intervenção de ambos os modelos é o utente e a tutela perante quem a UDC responde, sendo que existe sempre a responsabilização dos intervenientes nos resultados. Os dois sistemas poderão coexistir, apresentando objetivos similares ou relacionados (Figuras 24 e 25).

SGQ	BSC
4. SISTEMA DE GESTÃO DA QUALIDADE	
4.1 Requisitos Gerais	
4.2 Requisitos da documentação	Documentação de apoio
5. RESPONSABILIDADE DA GESTÃO	Envolvimento da gestão topo
5.1 Comprometimento da gestão	
5.2 Focalização no cliente	Satisfação cliente
5.3 Política da Qualidade	Mapa estratégico
5.4 Planeamento	Objetivos, indicadores, metas
5.5 Responsabilidade, autoridade e comunicação	Comunicação interna e externa
5.6 Revisão pela Gestão	Monitorização
6. GESTÃO DE RECURSOS	Iniciativas (recursos necessários)
6.1 Provisão de recursos	
6.2 Recursos humanos	
6.3 Infraestrutura	
6.4 Ambiente de Trabalho	
7. REALIZAÇÃO DO PRODUTO	
7.1 Planeamento da realização do produto	Fluxogramas, documentos, responsável, custos
7.2 Processos relacionados com cliente	
7.3 Conceção e desenvolvimento	
7.4 Compras	
7.5 Produção e fornecimento do serviço	
7.6 Controlo do equipamento de monitorização e medição	
8. MEDIÇÃO, ANÁLISE E MEDIÇÃO	
8.1 Generalidades	
8.2 Monitorização e medição	Satisfação do utente
8.3 Controlo do produto não conforme	
8.4 Análise de dados	Análise dos dados
8.5 Melhoria	Tomada de decisões

Figura 24. SGQ (Norma ISO 9001: 2008) e a relação com o BSC (Almeida et al - 2012)

A ISO 9001 refere as exigências de um sistema de gestão de qualidade feito por processos tendo em vista a eficácia da satisfação do cliente.

O modelo BSC através da definição de objetivos e indicadores permite balizar as metas que terão impacto na definição do mapa estratégico e consequentemente nos resultados obtidos.

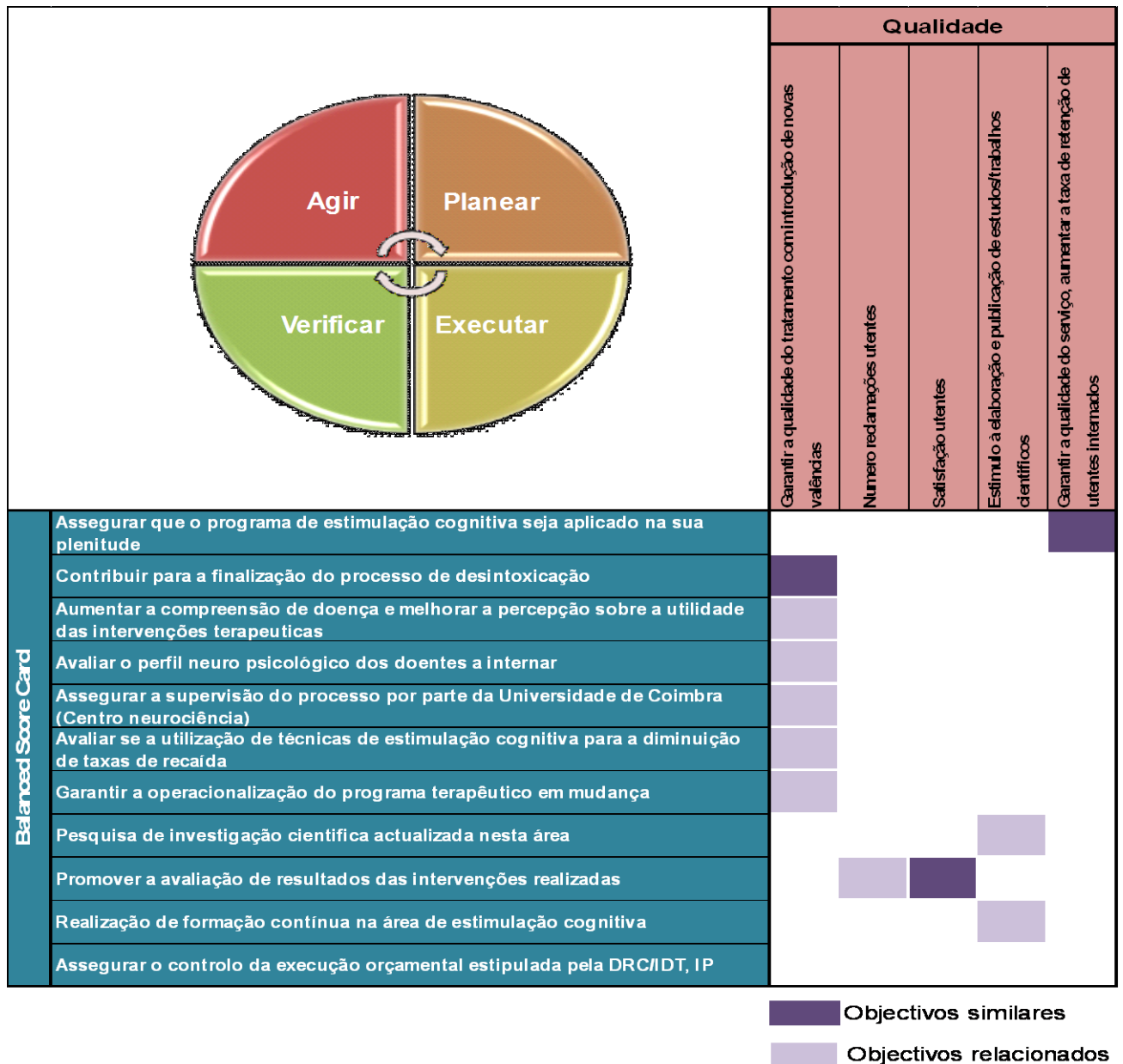


Figura 25. Sistema Gestão da Qualidade vs BSC (Almeida et al - 2012).

4.7.2 Objetivos Individuais

As razões do desenvolvimento de uma ferramenta de avaliação, que tem como base o BSC, numa Unidade já certificada pela norma ISO 9001/2008 prendem-se com a possibilidade de aumentar o rigor nas dimensões organizativa, funcional e integrativa das várias ações terapêuticas utilizadas, bem como permitir que as competências profissionais possam complementar-se de forma mais compreensível.

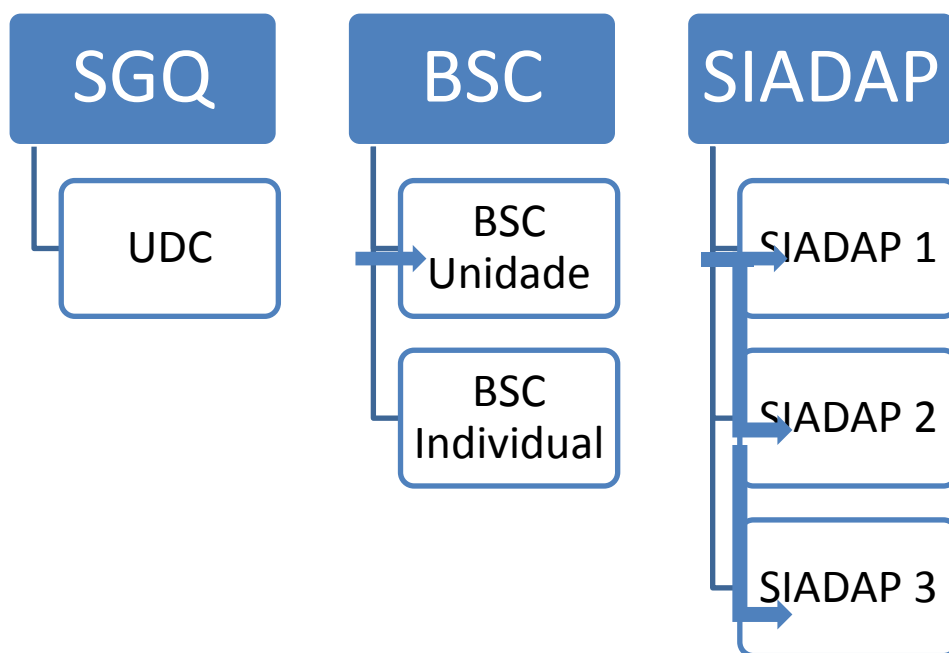


Figura 26. Sistema Gestão da Qualidade vs BSC vs SIADAP.

Paralelamente aos objetivos definidos em QUAR para a UDC de Coimbra, são elaborados objetivos da Qualidade que podem ou não coincidir com os objetivos estabelecidos em sede de SIADAP, e que comprometem todos os profissionais da Unidade.

Assim sendo, o processo de implementação da referida ferramenta na UDC e sua equipa técnica, terá necessariamente de ter em consideração esta realidade já existente.

A integração e articulação entre a Qualidade, o BSC e o SIADAP, vistos como um modelo global, concetualizador e regulador da gestão, são fatores importantes que podem fazer a diferença no sucesso futuro de processos em mudança.

4.8 Plano de formação

Sendo o objetivo primordial da administração a prestação de um serviço público qualificado e ajustado aos interesses dos cidadãos, os resultados da sua ação estão estreitamente associados à sua capacidade de acompanhar e interpretar os sinais da mudança.

Os serviços públicos, sendo estruturas propensas à estabilidade, atuam num universo marcado pela incerteza e pelo imperativo da mudança. Tais desafios poderão constituir uma ameaça ao arquétipo tradicional de funcionamento da administração ou, em vez disso, poderão ser convertidos em oportunidades.

A equipa do BSC tem responsabilidades que necessitam, não só do conhecimento da metodologia, mas também de excelente conhecimento da UDC. Esta equipa terá de transmitir conhecimento, segurança, confiança e competência aos colaboradores da instituição. Deste modo, proporcionar-se-á à equipa BSC e às equipas de apoio as competências indispensáveis ao pleno sucesso do BSC. Será de primordial importância, a elaboração de ações de formação com objetivos claramente definidos para todos.

Aquando da preparação destas ações formativas deverá ser colocada a seguinte questão: “Como, Quem e Quando formar?”.

O plano de formação elaborado garantirá níveis de eficiência (otimização do tempo e do esforço dos formandos) e eficácia (obtenção por parte dos formandos, de resultados relevantes para os objetivos pretendidos) no processo de aprendizagem. Deste modo, são objetivos a alcançar com o Plano de Formação na UDC:

- Dotar a equipa de conhecimentos, métodos, técnicas e instrumentos de aplicação do BSC
- Aplicar as potencialidades do BSC para melhorar a eficiência da UDC

- Dotar a equipa de capacidade de perceção da Norma
- Fomentar a aquisição de competências no âmbito da reabilitação cognitiva
- Capacitar a equipa de conhecimentos de técnicas de relaxamento
- Partilhar técnicas de intervenção diversificadas dotando-as de mais conhecimentos

Para adaptar o Plano aos conhecimentos dos colaboradores da UDC, proceder-se-á à Estruturação do Plano de Formação, tendo em conta o levantamento de necessidades de formação; e numa segunda fase, ao próprio Plano de Formação e à definição dos vários aspetos que comporta, tais como, conteúdos, materiais e calendarização.

Plano de formação

População alvo	Ação formação	Objetivos	Meios	Duração
Todos os profissionais da UDC	BSC: Conceito, operacionalização e aplicação	Dotar a equipa de conhecimentos, métodos, técnicas e instrumentos de aplicação do BSC Aplicar as potencialidades do BSC para melhorar a eficiência da UDC	Métodos expositivos Metodologias ativas e participativas	24 horas
	Sistema de Gestão da Qualidade Norma ISO 9001:2008	Dotar a equipa de capacidade de perceção da Norma	Métodos expositivos Metodologias ativas e participativas	14 horas
	Reabilitação cognitiva	Fomentar a aquisição de competências no âmbito da reabilitação cognitiva	Metodologias ativas e participativas	35 horas
	Técnicas relaxamento	Capacitar a equipa de conhecimentos de técnicas de relaxamento	Metodologias ativas e participativas	6 horas
	Técnicas de acupuntura e sofrologia	Partilhar técnicas de intervenção diversificadas dotando-as de mais conhecimentos	Metodologias ativas e participativas	8 horas

Figura 27. Plano de formação

4.9 Plano de Comunicação

O plano de comunicação parte do princípio que deve ser estabelecida ligação com todos os colaboradores internos ou externos, quer ao nível de grupo, quer ao nível individual.

Necessitamos de ter em conta que a comunicação deverá ser simples, clara e limitar-se ao essencial, de forma a despertar o interesse das pessoas envolvidas, imprimindo autenticidade em todas as informações que se querem vincular. Neste sentido e na área de intervenções técnicas é necessário que seja suportada por dados e literatura científica.

Gerar entusiasmo e empenhamento em todos os colaboradores obriga a que a chefia assuma uma liderança onde demonstre o seu envolvimento e entusiasmo, através de uma circulação de informação a todos os níveis, impedindo dessa maneira a entrada de “ruído” que comprometa a credibilidade do projeto. Por outras palavras deve ser dada informação em tempo útil à medida que se desenvolve o trabalho de maneira a evitar a desmotivação e a desmobilização, mesmo em fases de maior instabilidade.

Neste sentido e tendo em consideração que a UDC está certificada, o plano comunicação para a implementação do BSC beneficia da dinâmica já existente.

Assim e de acordo com o projeto BSC já apresentado, no qual está identificada a história, enquadramento e identidade da UDC, definem-se os objetivos da comunicação que necessariamente se articulam com o plano de desenvolvimento e de formação.

Objetivos do Plano de Comunicação

- Facilitar a autonomia da equipa da UDC e desenvolver a sua capacidade de inovar.
- Mobilizar e motivar os profissionais e ganhar o seu apoio e contributo para o processo.

- Reforçar a coesão interna dos profissionais da UDC através do seu envolvimento responsável.
- Transmitir e divulgar conhecimentos e saberes acerca da metodologia BSC.
- Eliminar os ruídos de comunicação que podem ocorrer em todos os momentos do processo de comunicação, na fonte, no emissor ou no retorno da comunicação, distribuindo o saber por todos os profissionais.
- Conseguir o envolvimento e apoio dos Stakeholders internos e externos.

4.9.1 Comunicação Interna

A comunicação interna procura estabelecer canais de comunicação para promover o diálogo e dinamizar a motivação dos profissionais da UDC. O diretor deve manter um relacionamento muito próximo com os profissionais, assegurando um forte empenhamento e dinamização em todo o processo, ao mesmo que garante uma cultura interna de transparência tendo objetivos muito concretos onde assentam os planos de atividades da UDC.

Instrumentos de Comunicação Interna

1. Cara a cara
2. Briefing diário;
3. Reuniões e comunicações audiovisuais;
4. Intranet;
5. Correio eletrónico
6. Pastas partilhadas;
7. Sistema de Informação multidisciplinar (SIM), aplicação informática do serviço;
8. Placard de parede; e
9. Outros eventos internos (aniversários pessoais e da UDCC, jantares periódicos).

4.9.2 Comunicação Externa

A comunicação externa é a forma de pôr em comum os objetivos da UDC e de os tornar reconhecidos e aceites pela comunidade. Todos os funcionários da UDC têm de conhecer a estratégia de comunicação e estar conscientes de que a relação com os Stakeholders externos funciona como um ato de comunicação do serviço e não de uma qualquer área técnica.

A comunicação externa desenvolve-se para fora da UDC, com o objetivo de obter ou consolidar um clima de recetividade entre todos os Stakeholders e de maneira a que exista um feedback sobre o sucesso dessa comunicação.

Este tipo de comunicação pretende também promover junto das organizações e instituições diretamente relacionadas com a sua atividade, uma imagem de credibilidade através da qualidade dos serviços prestados e reconhecidos por entidades auditoras externas (certificadoras) de gestão e de evidência científica.

Destacamos dentro dos Stakeholders externos o relacionamento direto com os utentes e entidades que os referenciam, por ser o elemento humano a quem é necessário prestar cuidados de saúde, que constitui a atividade central da UDC.

Instrumentos de Comunicação Externa

1. Correio eletrónico.
2. Telefone.
3. Documentação escrita por correio.
4. Formação externa sobre temas relacionados com a área das dependências.
5. Nas iniciativas com a comunidade em geral destaca-se a realização do Encontro Científico da Unidade de Desabilitação de Coimbra, já realizados cinco eventos, com periodicidade anual e com duração de dois dias. Tem permitido a divulgação pública da atividade da UDC, valorizando o trabalho dos técnicos que aí trabalham, submetendo-se à crítica da comunidade científica.
6. Apresentação de trabalhos científicos realizados pelos técnicos da UDC em encontros científicos nacionais e internacionais.

7. Publicações de trabalhos na imprensa e revistas da especialidade.

8. Elaboração de manuais e relatórios técnicos

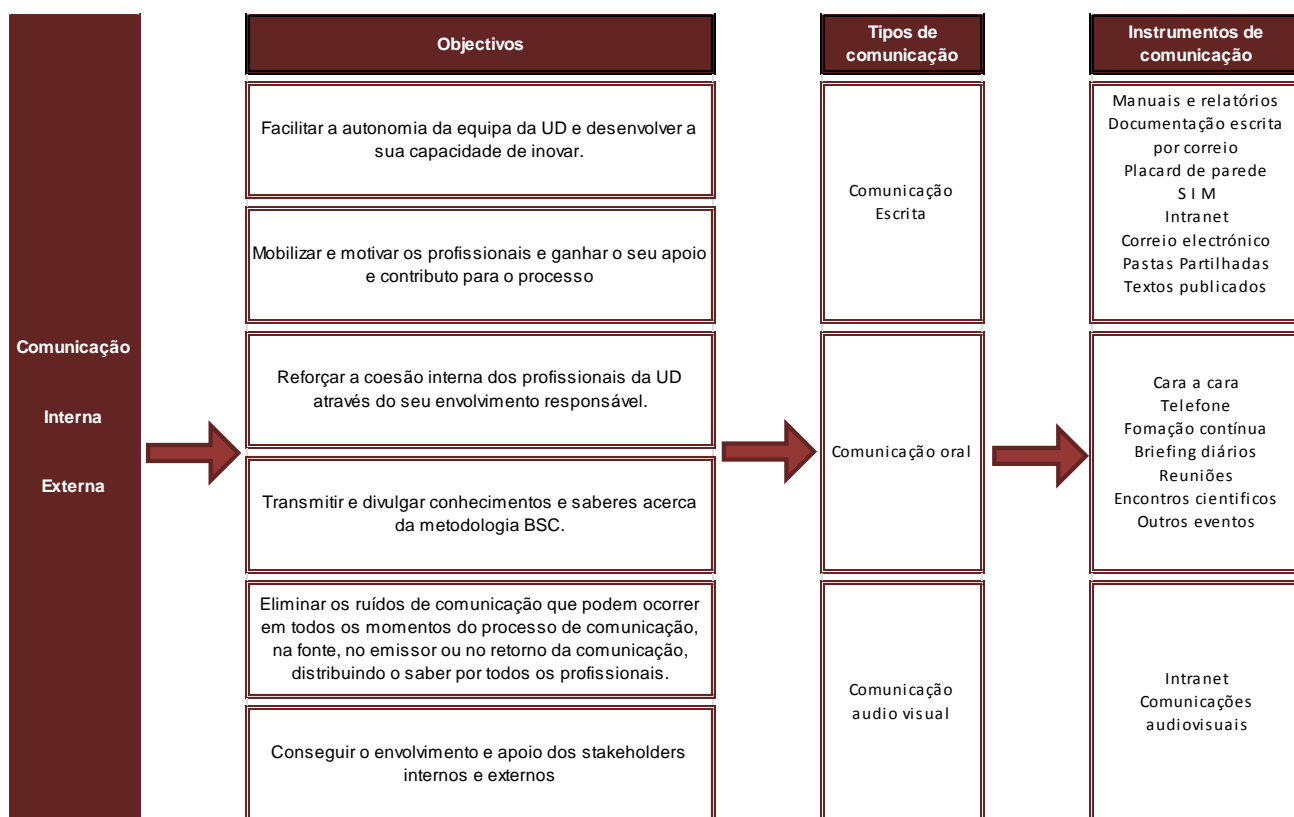


Figura 28. Quadro resumo Comunicação interna e externa

4.10 Aplicação do BSC Quidgest® à Unidade de Desabituação de Coimbra

Planear, executar e avaliar são pontos essenciais da atividade de gestão. Para gerir é fundamental obter e transmitir informação fidedigna, utilizando metodologias que façam a ponte entre o estratégico e o operacional. Assim procurou-se verificar a existência de sistemas de informação que pudessem contribuir para o desenvolvimento

Neste contexto, o BSC Quidgest® surge como um sistema de informação que tem como objetivo final uma avaliação completa do ciclo de gestão com um alinhamento e aliança estratégica.

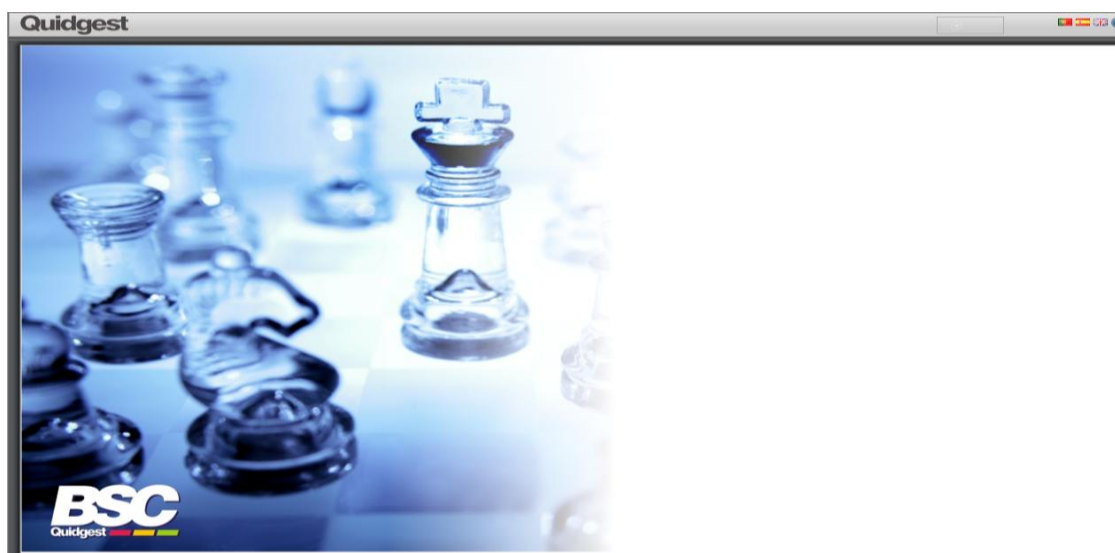


Figura 30. Quidgest®.

O sistema pretende disponibilizar, de forma simples e objetiva, o acompanhamento dos objetivos e indicadores da organização permitindo em tempo real verificar os resultados da estratégia de gestão aplicada na UDC. O BSC Quidgest® funciona numa arquitetura do tipo cliente servidor.

Depois de aceder ao endereço e de fazer o login inicia-se a construção do mapa estratégico, inserindo os objetivos, os indicadores, as metas, os dados. Com esta informação inserida e feitas as respetivas ligações é possível construir o Scorecard. A partir deste podemos visualizar em forma de árvore, lista, histograma ou Dashboard.

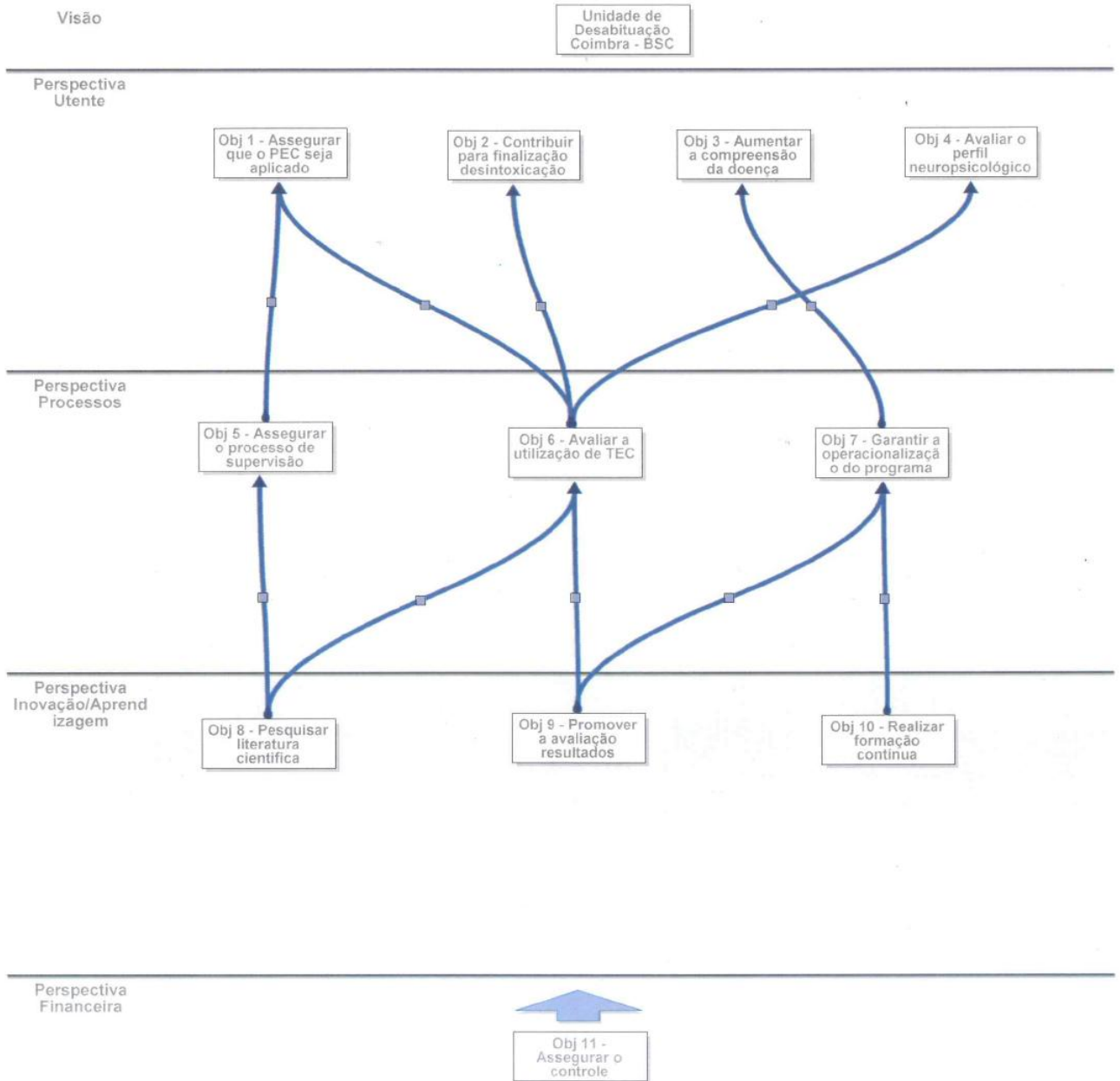


Figura 31. Mapa estratégico da UDC no Quidgest®.

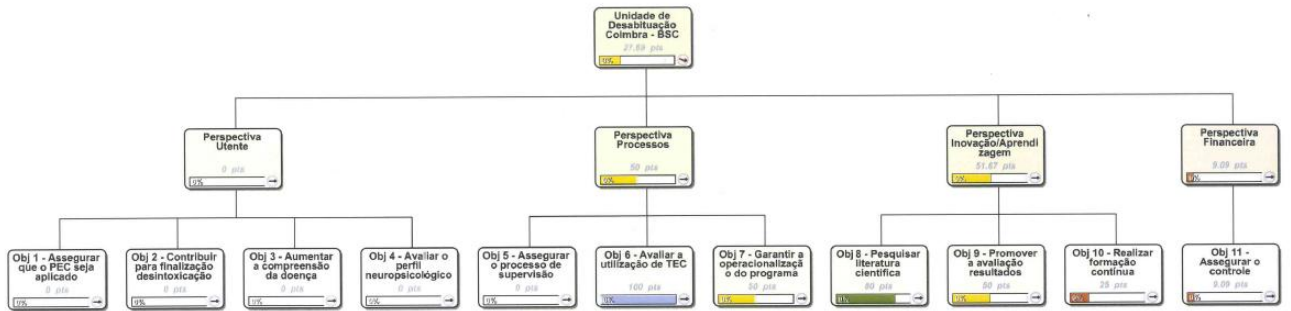


Figura 32. Score Card.

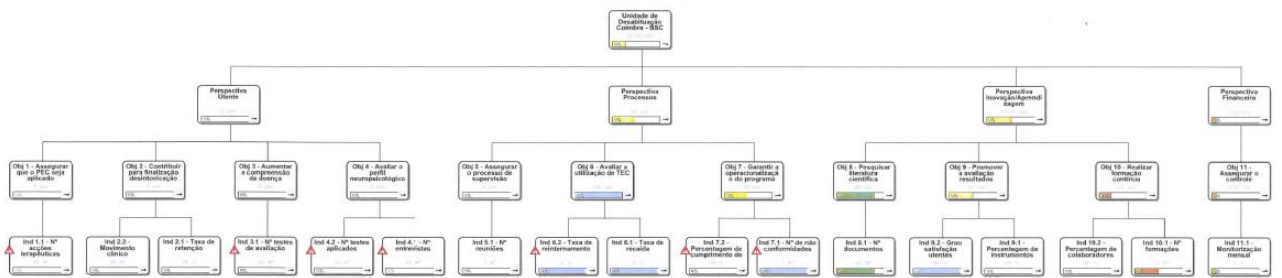


Figura 33. Score Card detalhado.

	Eficácia	Metas
Unidade de Desabilitação Coimbra - BSC	27.69 pts	(87.5 pts)
Perspectiva Utente	0 pts	(100 pts)
Obj 1 - Assegurar que o PEC seja aplicado	0 pts	(100 pts)
Obj 2 - Contribuir para finalização desintoxicação	0 pts	(100 pts)
Obj 3 - Aumentar a compreensão da doença	0 pts	(100 pts)
Obj 4 - Avaliar o perfil neuropsicológico dos doentes	0 pts	(100 pts)
Perspectiva Processos	50 pts	(50 pts)
Obj 5 - Assegurar o processo de supervisão	0 pts	(100 pts)
Obj 6 - Avaliar a utilização de TEC	100 pts	(0 pts)
Obj 7 - Garantir a operacionalização do programa	50 pts	(50 pts)
Perspectiva Inovação/Aprendizagem	51.67 pts	(100 pts)
Obj 8 - Pesquisar literatura científica	80 pts	(100 pts)
Obj 9 - Promover a avaliação resultados	50 pts	(100 pts)
Obj 10 - Realizar formação contínua	25 pts	(100 pts)
Perspectiva Financeira	9.09 pts	(100 pts)
Obj 11 - Assegurar o controle execução orçamental	9.09 pts	(100 pts)

Figura 34. Objetivos.

	Eficácia	Metas		
☐ Unidade de Desabilitação Coimbra - BSC	27.69 pts	(87.5 pts)	0%	☐
☐ Perspectiva Utente	0 pts	(100 pts)	0%	☐
☐ Obj 1 - Assegurar que o PEC seja aplicado	0 pts	(100 pts)	0%	☐
☐ Ind 1.1 - N° acções terapêuticas	92 N°	(350 N°)	0%	☐ ⚠
☐ Obj 2 - Contribuir para finalização desintoxicação	0 pts	(100 pts)	0%	☐
☐ Ind 2.2 - Movimento clínico	60 N°	(370 N°)	0%	☐
☐ Ind 2.1 - Taxa de retenção	15 %	(80 %)	0%	☐
☐ Obj 3 - Aumentar a compreensão da doença	0 pts	(100 pts)	0%	☐
☐ Ind 3.1 - N° testes de avaliação	29 N°	(100 N°)	0%	☐ ⚠
☐ Obj 4 - Avaliar o perfil neuropsicológico dos doentes	0 pts	(100 pts)	0%	☐
☐ Ind 4.2 - N° testes aplicados	32 N°	(100 N°)	0%	☐ ⚠
☐ Ind 4.1 - N° entrevistas	35 N°	(100 N°)	0%	☐ ⚠
☐ Perspectiva Processos	50 pts	(50 pts)	0%	☐
☐ Obj 5 - Assegurar o processo de supervisão	0 pts	(100 pts)	0%	☐
☐ Ind 5.1 - N° reuniões	2 N°	(12 N°)	0%	☐
☐ Obj 6 - Avaliar a utilização de TEC	100 pts	(0 pts)	0%	☐
☐ Ind 6.2 - Taxa de reinternamento	2 %	(15 %)	0%	☐ ⚠
☐ Ind 6.1 - Taxa de recaída	0 %	(18 %)	0%	☐
☐ Obj 7 - Garantir a operacionalização do programa	50 pts	(50 pts)	0%	☐
☐ Ind 7.2 - Percentagem de cumprimento de acções	15 %	(90 %)	0%	☐ ⚠
☐ Ind 7.1 - N° de não conformidades	1 N°	(10 N°)	0%	☐ ⚠
☐ Perspectiva Inovação/Aprendizagem	51.67 pts	(100 pts)	0%	☐
☐ Obj 8 - Pesquisar literatura científica	80 pts	(100 pts)	0%	☐
☐ Ind 8.1 - N° documentos	31 N°	(35 N°)	0%	☐
☐ Obj 9 - Promover a avaliação resultados	50 pts	(100 pts)	0%	☐
☐ Ind 9.2 - Grau satisfação utentes	88 %	(85 %)	0%	☐
☐ Ind 9.1 - Percentagem de instrumentos utilizados	25 %	(100 %)	0%	☐
☐ Obj 10 - Realizar formação continua	25 pts	(100 pts)	0%	☐
☐ Ind 10.2 - Percentagem de colaboradores com formação	25 %	(75 %)	0%	☐
☐ Ind 10.1 - N° formações	2 N°	(4 N°)	0%	☐
☐ Perspectiva Financeira	9.09 pts	(100 pts)	0%	☐
☐ Obj 11 - Assegurar o controle execução orçamental	9.09 pts	(100 pts)	0%	☐
☐ Ind 11.1 - Monitorização mensal	2 N°	(12 N°)	0%	☐

Figura 35. Objetivos e indicadores.

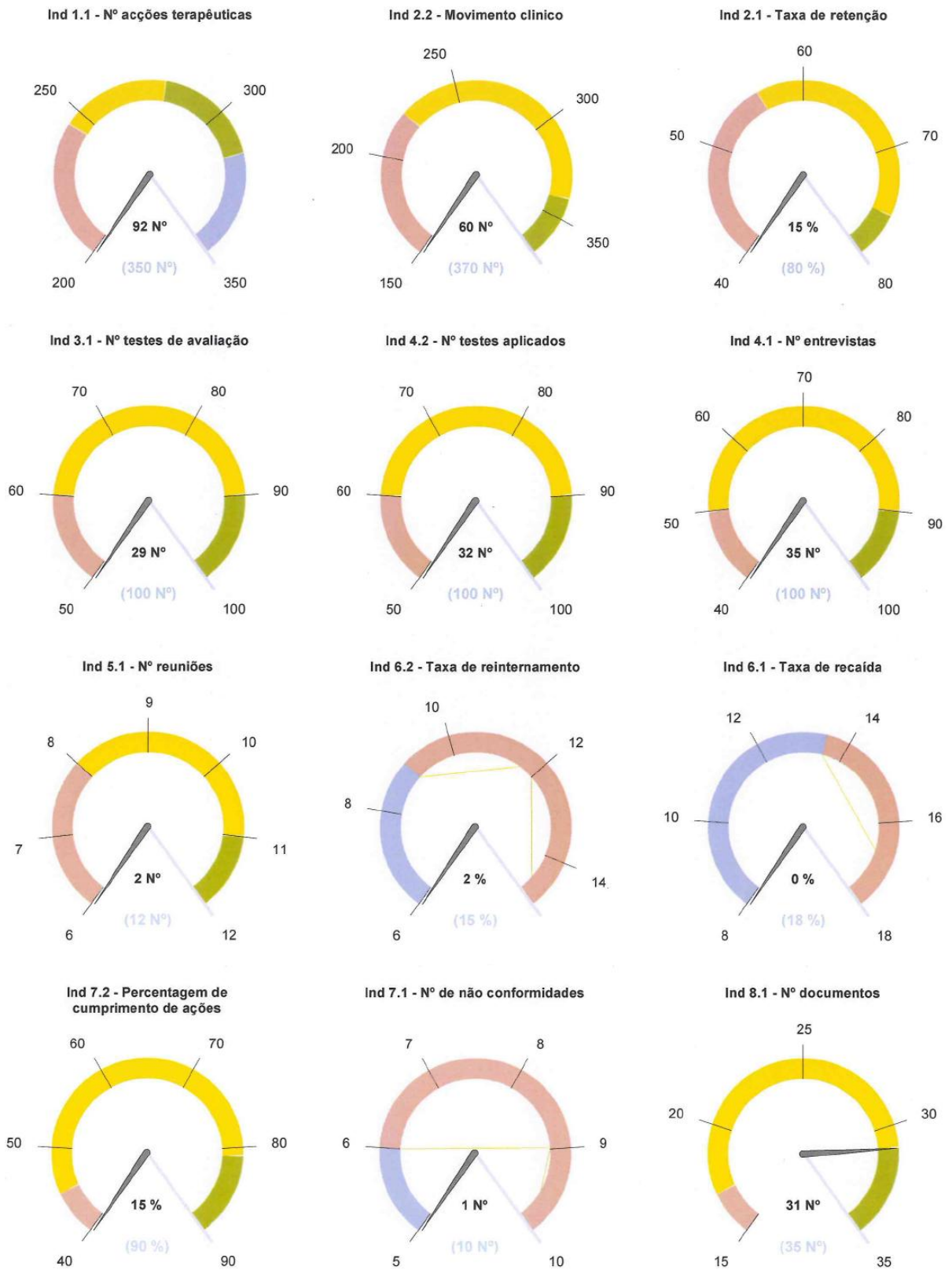


Figura 36. Dashboard.

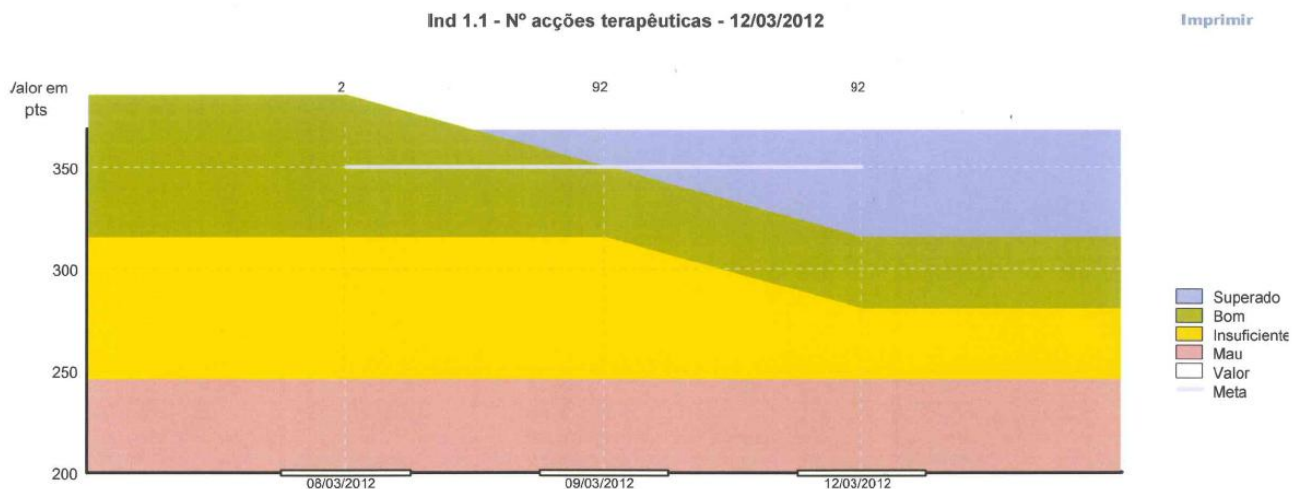


Figura 37. Histograma.

A utilização do Quidgest® permitiu perceber os pontos fortes e os pontos fracos na sua utilização, como se detalha na Figura 38.

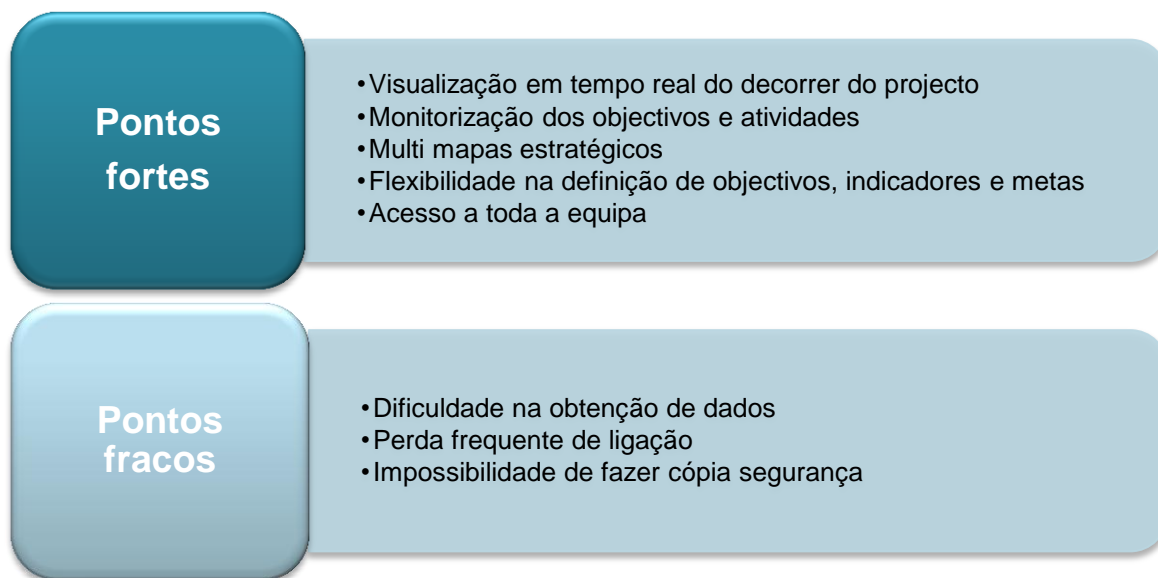


Figura 38. Pontos fortes e fracos da aplicação.

Sumário

Neste quarto capítulo, seguindo as etapas descritas no capítulo de métodos, desenvolveu-se a ferramenta de avaliação da UDC, baseada no BSC (Kaplan e Norton, 1992), com vista à apresentação do mapa resumo da mesma.

Apresentou-se, ainda, o plano de desenvolvimento e concretização do processo de implementação na UDC da ferramenta de avaliação, baseada no BSC,

Analisou-se, o Sistema Gestão da Qualidade (Norma ISO 9001: 2008) e a sua relação com o BSC, bem como o Plano de Formação e o Plano de Comunicação

Na parte final do presente capítulo, procurou aferir-se da mais-valia na utilização do BSC Quidgest®, enquanto sistema de informação de apoio à ferramenta de avaliação da UDC, baseada no BSC.

5. CAPÍTULO V – DISCUSSÃO E CONCLUSÃO

No início deste trabalho propôs-se o desenvolvimento de uma ferramenta de avaliação para a UDC, baseada num método de medida de desempenho empresarial e de gestão, desenvolvido e utilizado no âmbito do controlo de gestão.

Foram adotados diversos procedimentos técnicos, nomeadamente a necessária pesquisa bibliográfica, recorrendo a publicações científicas, relatórios técnicos e legislação relacionada e o levantamento de dados primários, por via da observação direta e da análise documental, de forma a construir um BSC adaptado à realidade da UDC. Cabe aqui discutir os resultados obtidos face aos objetivos traçados e à metodologia adotada, fazendo, sempre que possível, a ligação com o enquadramento teórico adotado.

5.1 Avaliação dos resultados

Após o enquadramento histórico sobre o consumo de drogas em Portugal e, paralelamente sobre políticas antidroga implementadas, realizou-se a apresentação da Unidade de Desabituação de Coimbra e do seu inovador Programa terapêutico de estimulação cognitiva com dependentes de substâncias.

Face ao novo enquadramento da Unidade e aos desafios que são colocados pelas novas dependências agora existentes, como o jogo patológico, dependência da Internet, de compras ou outras, associadas ao novo ciclo estratégico, que agora se inicia, concluiu-se ser atualmente exigido uma posição de sistemática concertação e alianças estratégicas, designadamente com os parceiros responsáveis pela definição das políticas e das intervenções.

Neste sentido, atestou-se que, logo após a estabilização e a entrada em vigor dos normativos, que regulam o funcionamento da UDC, seria essencial o desenvolvimento de um método de avaliação que contribuísse para o alinhamento da UDC, com a estratégia definida no Plano Estratégico 2012- 2014 e que promovesse a comunicação da estratégia a toda a organização.

Com o objetivo de informar o desenvolvimento de tal ferramenta de avaliação, identificou-se e clarificou-se o que diferencia e o que têm em comum o Balanced Scorecard e o Tableau de Bord, metodologias desenvolvidas no âmbito do controlo de gestão, a partir da análise das suas características estudadas por vários autores.

Identificou-se o BSC como a melhor metodologia para servir de base à ferramenta de avaliação que se pretendia desenvolver, na medida em que permitiria o alinhamento da UDC, com a estratégia definida no Plano Estratégico 2012- 2014, através de um conjunto de medidas de desempenho, aplicando diversos indicadores financeiros e não-financeiros, interligadas por relações de causa-e-efeito.

Foram, igualmente, nomeados os procedimentos técnicos adotados, nomeadamente a necessária pesquisa bibliográfica, recorrendo a publicações científicas, relatórios técnicos e legislação relacionada e o levantamento de dados primários, por via da observação direta e da análise documental, de forma a construir um BSC adaptada à realidade da UDC e apresentaram-se as etapas para o desenvolvimento da ferramenta de avaliação a ser implementada na UDC, bem como as respostas que se pretende obter.

Posteriormente e, com o propósito primordial de contribuir para o fortalecimento da capacidade de gestão estratégica da UDC, Unidade Especializada da Administração Regional de Saúde do Centro, desenvolveu-se uma ferramenta de avaliação baseada no BSC (Kaplan e Norton, 1992), utilizando um conjunto de medidas de desempenho financeiras e não-financeiras, interligadas por relações de causa-e-efeito e agrupadas em quatro dimensões: utente, processo, inovação/aprendizagem e financeiras.

Seguindo as etapas descritas, no capítulo de métodos, foi possível verificar que a mesma se adequa à UDC e, desde que aplicada de forma apropriada, poderá representar uma contribuição válida para alcançar os resultados pretendidos, nomeadamente, na prevenção de falhas na implementação da estratégia.

Podemos, ainda, afirmar que a desagregação dos indicadores em metas para níveis secundários prevalecendo o essencial permite que haja maior probabilidade de atingir os resultados pretendidos. Contudo, deverão ser identificadas as competências essenciais e potenciais dos colaboradores, para contribuir para alcançar os objetivos definidos.

O sistema de gestão da qualidade é um sistema de gestão feito por processos tendo em vista a eficácia e a satisfação do utente. Pode-se inferir que os dois sistemas (BSC e SGQ) podem coexistir e complementarem-se, trabalhando estratégias e objetivos específicos, mas ambos operacionais.

A aplicação informática BSC Quidgest® permitiu uma visualização rápida da monitorização das atividades e do decorrer dos objetivos, bem como a elaboração de relatórios contudo, existem, ainda dificuldades na obtenção de dados, perda frequente de ligação e a impossibilidade de fazer cópia segurança.

5.2 Dificuldades encontradas

Dada a complexidade associada às entidades estatais que prestam cuidados de saúde e afins, em virtude de serem organismos dependentes totalmente do Estado, em que a legislação que os rege está em constante transformação e, por outro lado, as alterações na Esfera de atuação da Unidade de Desabituação, descritas ao longo deste trabalho tiveram como consequência a escassez de informação relativa aos exercícios de 2010 e 2011, pelo que foi necessário realizar alguns ajustes ao longo do trabalho de dissertação.

5.3 Sugestões de trabalho futuro

Este estudo de caso permitiu demonstrar a utilidade de uma ferramenta de avaliação, baseada no BSC (Kaplan e Norton, 1992), no contexto das entidades do Serviço Nacional de Saúde Português, pelo que, será importante a sua aplicação num hospital do Setor Empresarial do Estado.

Bibliografia

Almeida, J.A., Curto, J., Diz, P., Roma, C.; **BSC Avançado**, Projeto Aplicado do CADAP, INA, 2012;

Beirão, Inácio; **Manual de Comunicação Empresarial**, Ed. Plátano; 2008;

Bessire, D., **French Tableau de Bord versus American Balanced Scorecard: Misery and Glory of Metaphors**, 9 at 12th July 2000, in The Sixth Interdisciplinary Perspectives on Accounting Conference. Manchester Federal School of Business and Management UMIST/University of Manchester, England, 2000

Bourguignon, A., Malleret, V. e Norreklit, H., **The American Balanced Scorecard versus French tableau de bord: the ideological dimension**, Management Accounting Research, vol. 15, nº 2, pp. 107-1344, 2004.

Bugalho, A., **O Balanced Scorecard nas Empresas de Construção Civil e Obras Públicas com actividades no estrangeiro**, Tese de Mestrado em Gestão, ISEG, Lisboa, polic., 2004

Caldeira, Jorge; **Implementação do Balanced Scorecard no Estado – Gerir a performance estratégica para a criação de valor público**, Ed. Almedina; 2009;

Carvalho, C. e Azevedo, G., **Balanced Scorecard – Sistema de Informação vs Sistema de Gestão**. Revista Estudos do I.S.C.A.A., IIª Série 6/7, 56-78, 2001.

Damásio, António **Modelos dos marcadores somáticos**, 2007

Dante, G. C. **Evaluación de la eficacia de un programa de intervención. Evaluación neuropsicológica del funcionamiento ejecutivo en pacientes drogodependientes. SalUDC y Drogas**, pg.7, 235-247, 2007;

ENLC – **Estratégia Nacional de Luta Contra a Droga 2004-2012, Resolução da Presidência do Conselho de Ministros**, 2004 - www.idt.pt;

Fals-Stewart, W. y Lam, W. K. K., **Computer-assisted cognitive rehabilitation for the treatment of patients with substance use disorders: A randomized clinical trial. Experimental and Clinical Psychopharmacology**, pg.18, 87-98, 2010;

Gonçalves, J. P., **Desempenho Organizacional**. In **Semanário Económico**, nº 815, 2012;

Lopes, Henrique **Epidemiologia de Dependência de Jogo a Dinheiro em Portugal**, 2009, Apresentação disponível em <http://www.jogoremoto.pt/docs/extra/qSE2sB.pdf> ;

Jordan, H., Neves, J. C. e Rodrigues, J. A. **O Controlo de Gestão – Ao serviço da Estratégia e dos Gestores**. 4ª Edição. Lisboa: Áreas Editora, 2002.

Letza, S., **The design and implementation of the balanced business scorecard: an analysis of three companies impractice**. Business Process Re-engineering & Management Journal. Vol.2, n 31996;

Lesley, Carina do Lago Attadia, **Balanced Scorecard: Uma Análise Crítica**. In XI Encontro Parmemter, 2003;

Malmi, T., **Balanced Scorecards in Finnish companies: A research note**, in Management Accounting Research. Vol.12, nº2, 207-220, 2001

Neely, A; AUSTIN, R., **Measuring operations performance: past, present and future**. In: Neely, ^a (d.), **Performance measurement – past, present and future**. Centre for Business Performance, Cranfield, p.419-426. v. 15, n.4, pp80-116, 2003;

Neely, A; GREGORY, M.; PLATTS, K., **Performance measurement system design: a literature review and research agenda**, International Journal of Operations & Production Management. v. 15, n.4, pp80-116, 1995

Plano Nacional contra a Droga e a Toxicodependência, www.idt.pt;

Plano Estratégico 2013-2015, SICAD – Serviço de Intervenção nos comportamentos aditivos e nas dependências, www.idt.pt;

Maxwell, John, **Todos falam, poucos comunicam**, Smartbook, 2010

Moreira, C, **Planeamento e estratégias da investigação social**, Lisboa, 1994

Universidade Técnica de Lisboa - Instituto Superior de Ciências Sociais e Políticas.

Pires, António Ramos, **Qualidade – sistemas de gestão da qualidade**, Edições Sílabo, 2007

Poiares, Carlos, **Reestruturar, repensar, refletir: para uma nova política de dissuasão da toxicod dependência**, Revista Toxicod dependências, vol. 13, nº1, 2007;

Roest, P. - **The golden rules for implementing the balanced business scorecard**. Information Management & Computer Security. MCB University Press, 1997;

Slack, N., Chambers, S., Harrison, A., Johnston, R. - **Operations & Production Management**, 2000;

Sociedade Espanhola de Toxicomanias, Neurociências e Adição; 2011;

Rodrigues, Fernando; **Curso – Balanced Scorecard Inicial – INA**, 2011;

Ramos, Isabel, Matos, Luís, **Medir para gerir – O Balanced Scorecard em Hospitais**;

Russo, J., **Balanced scorecard versus tableau de bord**, Revista da Câmara dos Técnicos Oficiais de Contas, n. 62, p. 56-63, 2005

Simões, Maria, **Marketing e Comunicação Política**, Edições Sílabo; 2009;

Sousa, M^a. G. e Rodrigues, L., **O Balanced Scorecard – Um instrumento de gestão estratégica para o séc. XXI**. Porto: Editora Rei dos Livros, 2002.

Verdejo García A, Perez-Garcia M, Bechara A.; **Emotion, decision-making and substance dependence: A somatic-marker model of addiction**. *Current Neuropharmacology*, 4: 17-31, 2006;

Y. Ginarte-Arias (2002) **Cognitive Rehabilitation. Theoretical and Methodological Aspects**, *Revista Neurologia*, pg. 34 (9); 870-876.

Yin, R., **Estudo de caso planejamento e métodos** (3.^a ed.). Porto Alegre: Bookman, 2005.