

**GESTÃO DE PERFORMANCE EM SERVIÇOS  
DESCENTRALIZADOS NA SAÚDE – APLICAÇÃO A UMA  
UNIDADE DE CUIDADOS INTENSIVOS**

Daniel Augusto Esteves Mota

Projeto submetido como requisito parcial para a obtenção do grau de Mestre  
em Contabilidade

Orientador:

Prof. Doutor José Azevedo Rodrigues, Prof. Associado Convidado, ISCTE  
Business School, Departamento de Contabilidade

setembro 2018

## **Agradecimentos**

Quero aproveitar esta oportunidade para deixar um agradecimento a todos os que me ajudaram a conseguir alcançar mais um objetivo e permitiram o meu sucesso.

Ao professor José Azevedo Rodrigues pelo apoio, disponibilidade e sugestões ao longo de todo o projeto.

Ao Hospital de Vila Franca de Xira, pela oportunidade que me foi proporcionada de realizar este projeto e pela confiança e disponibilidade sempre demonstrada. Quero deixar uma especial menção à Dra. Juliana Rodrigues e ao Dr. João Gonçalves Pereira que desde o início deste estudo foram incansáveis para que tivesse sempre o apoio e tudo o que precisasse por parte da organização e pelas suas sugestões e conselhos para a realização do meu estudo.

Aos meus pais e ao meu irmão por todo o apoio e motivação que me foram transmitindo para eu conseguir alcançar este objetivo.

À minha namorada por todo apoio, motivação e força que me deu em todos os momentos, em especial nos momentos mais difíceis em que não me deixou desanimar.

Aos meus amigos pelo ânimo que me foram dando durante a realização deste projeto e pela força para continuar.

## Resumo

O setor da saúde tem vindo a sofrer várias alterações quanto à sua governação. A necessidade de satisfazer múltiplos e variados *stakeholders* aliada ao elevado custo dos recursos associados a esta atividade assistencial, exige uma nova abordagem na gestão, nomeadamente com a implementação de sistemas de avaliação de performance nas organizações deste setor de atividade.

O *Balanced Scorecard* é um sistema de avaliação de performance que pelas suas características de proporcionar relações de causa-efeito, a sua extensão e adaptabilidade se pode aplicar a um setor tão complexo como o da saúde.

O principal objetivo deste estudo é desenhar um modelo de gestão de performance de um centro de responsabilidade numa unidade pública de saúde.

Este estudo, para além da relevância académica de estudar o *Balanced Scorecard* e o seu processo de conceção para uma unidade descentralizada do setor da saúde pública também apresenta relevância prática. A necessidade identificada de uma nova ferramenta de controlo de gestão no centro de responsabilidade em estudo, permite a conceção de uma metodologia que fornece uma perspetiva global e integrada da realidade e que possibilita acompanhar o crescimento e a performance da atividade operacional da unidade.

Em concordância com a parte literária sobre o tema, o estudo permite concluir que é possível conceber um *Balanced Scorecard* numa organização do setor público, mais precisamente, na área da saúde desde que se tenha em conta a realidade organizacional e que com os devidos ajustamentos a cada unidade descentralizada, este pode ser replicado por outros centros de responsabilidade.

**Palavras-chave:** *Balanced Scorecard*, Sistemas de Avaliação de Performance, Centros de Responsabilidade, Organização de Saúde

**Sistema de Classificação JEL:** M40 (Accounting and Auditing – General); I18 (Health – Government Policy; Regulation; Public Health)

## **Abstract**

The health sector has introduced several changes in its governance. The need to please multiple and diverse stakeholders, linked to the high costs of the resources associated to healthcare, demands a new approach in management, which can be done with the implementation of management control systems in this type of organizations.

The Balanced Scorecard is a performance management system that by providing cause-effect relationships, its extent and adaptability can be applied to complex sectors, such as the health sector.

The main purpose of this study is to design a performance management model of a responsibility centre in a public health unit.

The present study, in addition to the academic relevance of studying the Balanced Scorecard and its design process for a decentralized unit of health sector, also presents practical relevance. The identified need for a new management control tool for the responsibility centre under study allows the design of a methodology that provides a global and integrated perspective of reality and that allows to monitor the growth and performance of the unit's operational activity.

In agreement with the literary part on the subject, the present study allows to conclude that it is possible to conceive a Balanced Scorecard in public sector organizations, more precisely in the health area, provided that is considered the organizational reality and the adjustments to each decentralized unit. If both conditions are met, the Balanced Scorecard can be replicated to other responsibility centres.

**Key-Words:** Balanced Scorecard, Performance Management System, Responsibility Centres, Health Organizations

**JEL Classification System:** M40 (Accounting and Auditing – General); I18 (Health – Government Policy; Regulation; Public Health)

# Índice

<b>1. Introdução</b> .....	<b>1</b>
1.1. Enquadramento do tema e relevância .....	1
1.2. Objetivos do estudo.....	2
1.3. Metodologia .....	3
1.4. Estrutura.....	4
<b>2. Revisão de Literatura</b> .....	<b>5</b>
2.1. A gestão estratégica e o controlo de gestão .....	5
2.2. A descentralização nas organizações .....	9
2.2.1. Vantagens e desvantagens nas estruturas descentralizadas .....	10
2.2.2. As especificidades da descentralização nos serviços públicos de saúde .....	11
2.2.3. O conceito de centros de responsabilidade.....	12
2.3. A avaliação de performance.....	14
2.4. O <i>Balanced Scorecard</i> .....	16
2.4.1. Conceito.....	16
2.4.2. Perspetivas do <i>Balanced Scorecard</i> .....	18
2.4.3. Componentes das perspetivas .....	23
2.4.4. Articulação entre as perspetivas do <i>Balanced Scorecard</i> e a estratégia.....	23
2.4.5. Processo de gestão do <i>Balanced Scorecard</i> .....	24
2.4.6. Evolução do <i>Balanced Scorecard</i> .....	26
2.4.7. Vantagens e limitações do <i>Balanced Scorecard</i> .....	27
2.4.8. Implementação do <i>Balanced Scorecard</i> .....	29
2.4.9. Mapa estratégico.....	32
2.5. O <i>Balanced Scorecard</i> no Setor Público .....	33
2.6. O <i>Balanced Scorecard</i> na Saúde.....	36
<b>3. Metodologia e Método de Investigação</b> .....	<b>40</b>
3.1. Metodologia de investigação .....	40
3.2. Método de Investigação: estudo de caso.....	42
<b>4. Estudo de caso</b> .....	<b>44</b>
4.1. Apresentação e caracterização da organização .....	44
4.2. Clarificação da estratégia organizacional .....	47
4.3. A Unidade descentralizada – estrutura organizativa.....	49

4.4.	Práticas de controlo de gestão atuais e novas necessidades.....	53
4.5.	Proposta de um <i>Balanced Scorecard</i> para a unidade descentralizada .....	54
<b>5.</b>	<b>Conclusões, Contribuições, Limitações e Oportunidades de Investigação.....</b>	<b>63</b>
5.1.	Conclusões .....	63
5.2.	Contribuições do estudo.....	64
5.3.	Limitações e Oportunidades de investigação futura .....	64
<b>6.</b>	<b>Bibliografia.....</b>	<b>65</b>

## Índice de Figuras

Figura 1: Perspetiva do Cliente .....	21
Figura 2: Mapa Estratégico do <i>Balanced Scorecard</i> .....	33
Figura 3: <i>Balanced Scorecard</i> adaptado às organizações sem Fins Lucrativos .....	34
Figura 4: Mapa dos Serviços .....	45
Figura 5: Organograma do HVFX, 2017 .....	46
Figura 6: Organograma da UCI/UCIP do HVFX .....	51
Figura 7: Processo de Internamento na Unidade .....	52
Figura 8: Mapa Estratégico da UCI/UCIP .....	60

## Índice de Tabelas

Tabela 1: As questões Básicas do <i>Balanced Scorecard</i> .....	18
Tabela 2: Diferenças na Aplicação do BSC na saúde .....	39
Tabela 3: Valores do HVFX .....	47
Tabela 4: Distribuição de Camas na UCI/UCIP do HVFX .....	50
Tabela 5: <i>Balanced Scorecard</i> para a UCI/UCIP .....	55
Tabela 6: BSC Perspetiva do Utente .....	56
Tabela 7: BSC Perspetiva Financeira .....	57
Tabela 8: BSC Perspetiva dos Processos Internos .....	58
Tabela 9: BSC Perspetiva da Aprendizagem Organizacional .....	59

## **Lista de Abreviações**

**ARSLVT:** Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo

**BSC:** *Balanced Scorecard*

**CRI:** Centros de Responsabilidade Integrados

**DGS:** Direção Geral de Saúde

**EBITDA:** *Earnings before interest, tax, depreciations and amortizations*

**ERS:** Entidade Reguladora de Saúde

**EVA®:** *Economic Value-Added*

**FCS:** Fatores Críticos de Sucesso

**HELICS-ICU:** *Hospitals in EUROPE link for Infections Control through Surveillance – Intensive Cure Unit*

**HFVX:** Hospital de Vila Franca de Xira

**PPP:** Parceria Público-Privada

**ROA:** *Return on Assets*

**ROI:** *Return on Investments*

**SINAS-UCI:** Sistema Nacional de Avaliação em Saúde- Unidade de Cuidados Intensivos

**SNS:** Sistema Nacional de Saúde

**UCI/UCIP:** Unidade de Cuidados Intensivos e Cuidados Intermédios



# 1. Introdução

## 1.1. Enquadramento do tema e relevância

O contexto da economia mundial tem vindo a alterar-se nos últimos anos, fomentando uma cultura de forte competitividade e uma rápida mudança nos mais variados níveis de atuação, exigindo uma gestão baseada na melhoria contínua. A manutenção e melhoria da posição competitiva só é possível com a adequação dos comportamentos organizacionais a esta nova realidade. É necessária uma estratégia bem definida e comunicada para se alcançar os objetivos propostos. Para a sobrevivência das organizações passa a ser fundamental a implementação de um sistema de avaliação de performance (Tung *et al.*, 2011).

Os sistemas de avaliação de performance não se devem centrar apenas em indicadores financeiros. Devem proporcionar respostas às necessidades de informação para a gestão e não apenas para os padrões contabilísticos tradicionais. Os gestores de topo necessitam de sistemas que avaliem a performance da organização, que lhes proporcionem uma maior variedade de perspetivas e de forma mais atempada.

Em resultado dos sistemas de avaliação de performance surgem as *learning organizations*, que devem incentivar a reflexão estratégica e a aprendizagem organizacional. São fundamentais para a adaptação às alterações do meio envolvente.

Kaplan e Norton (1992, 1996a) apresentaram uma ferramenta de gestão estratégica e de avaliação de performance, o *Balanced Scorecard* (BSC). Esta ferramenta permite definir a estratégia a implementar com base na visão, missão e valores da organização. O BSC permite, também, alinhar objetivos individuais com os objetivos globais da organização, ajudando ao desenvolvimento das *learning organizations* anteriormente referidas.

Um dos setores de atividade que mais alterações tem realizado, no que diz respeito à sua governação, é o setor da saúde. A revisão à lei da gestão hospitalar que vigorava desde a entrada em vigor do Decreto-Lei nº188/2003, de 20 de agosto, demonstra o comprometimento do XXI Governo Constitucional com a área da saúde. Deste modo, o Decreto-Lei nº18/2017, de 10 de fevereiro estabelece como objetivo a melhoria da

governança do Serviço Nacional de Saúde (SNS), procurando aumentar a sua eficiência com recurso a várias medidas, entre elas, o reforço da autonomia e da responsabilidade dos gestores do SNS e das unidades prestadoras de serviços.

Os fatores que influenciam a produtividade e os custos dos hospitais públicos centram-se ao nível dos departamentos ou serviços e é aí que se podem gerar e implementar alternativas para se aumentar a eficiência e a eficácia do hospital no seu todo. A sustentabilidade económico-financeira, de cada hospital, está dependente do seu modelo e práticas da gestão interna e dos instrumentos e técnicas de gestão empresarial utilizadas.

O conceito de centros de responsabilidade na rede de hospitais públicos foi apresentado pela primeira vez, em termos legislativos, em 1988, através do Decreto-Lei nº19/88, de 21 de janeiro. Em 1999, o Decreto-Lei nº374/99, de 18 de setembro, aprofundou o conceito, designando-os de centro de responsabilidade integrados, tendo por base a integração das funções de gestão com as de direção técnica.

A criação de centros de responsabilidade acarreta uma descentralização da gestão, possibilitando o envolvimento dos profissionais no processo de alinhamento com os objetivos globais da entidade, atribuindo uma maior responsabilidade pelos resultados e incentivando-os a um melhor desempenho através de maior autonomia (Jordan *et al.*, 2015).

Deste modo, este projeto irá ter como componente prática o setor da saúde. Será concebido um desenho de um modelo de gestão de performance de um centro de responsabilidade numa unidade pública de saúde. Procura-se que a unidade descentralizada aplique um dos propósitos do novo Decreto-Lei da Gestão Hospitalar e se torne mais eficaz e eficiente na sua gestão.

## **1.2. Objetivos do estudo**

O principal objetivo deste estudo é desenhar um modelo de gestão de performance de um centro de responsabilidade numa unidade pública de saúde. Ao mesmo tempo que se desenvolve o objetivo principal anteriormente referido, vão-se realizando outros objetivos específicos relacionados com os modelos de gestão de performance designadamente:

- Contribuir para um modelo de descentralização mais sustentado;
- Contribuir para uma gestão mais eficiente, alinhada, focalizada e responsável;
- Conceber um modelo de gestão facilmente replicável noutros centros de responsabilidade de unidades de saúde.

### **1.3. Metodologia**

O presente trabalho trata-se de um “projeto empresa”, que consiste no desenho de um *Balanced Scorecard* para uma unidade descentralizada, no setor da saúde. Será formulado um conjunto de procedimentos que orientem a ação e o pensamento de forma estratégica.

Pretende-se seguir um paradigma de investigação qualitativo do tipo interpretativo, que consiste na observação de uma realidade contextualizada, à qual se pretende propor metodologias de ação (Ahrens & Chapman, 2006; Parker, 2012). O estudo recorrerá a análises qualitativas de estudos descritivos, estudos interpretativos e estudos históricos.

O estudo qualitativo apresenta uma realidade múltipla e subjetiva, sujeita a interpretações e juízos de valor que pode ser influenciada pela personalidade do investigador (Vieira, 2009). Com recurso aos métodos experimental e exploratório, as conclusões serão obtidas através de métodos naturalistas, onde a interpretação é realizada com recurso à observação entre os atores em contextos específicos. Os métodos naturalistas serão as entrevistas semiestruturadas, a observação participante e documentação.

Embora, seja um “projeto empresa”, pode ser considerado um estudo de caso experimental e segue a lógica da *“Innovation Action Research”*, apresentada por Kaplan (1998).

Kaplan (1998) desenvolveu a lógica, referida anteriormente, com o intuito de se proceder à implementação de novas práticas de gestão nas organizações dependendo do envolvimento ativo de académicos. Esta abordagem metodológica é uma possibilidade de os académicos desenvolverem novas ideias e identificarem formas de melhorias das metodologias já existentes.

De forma a conceber um modelo de BSC, procedeu-se à caracterização da organização e à sua atual situação no que diz respeito aos sistemas de controlo de gestão. São definidos,

entre os vários atores, um conjunto de métricas de avaliação de desempenho, que se enquadram nas diferentes perspetivas do modelo de BSC concebido.

## **1.4.Estrutura**

Esta dissertação é dividida em duas partes e em cinco capítulos. A primeira parte onde se realiza uma introdução e um enquadramento teórico ao estudo e a segunda parte, que corresponde à fase empírica do trabalho e se descreve o método de investigação, o estudo de caso e as conclusões.

No primeiro capítulo, realiza-se um enquadramento do tema e a relevância deste estudo, são expostos os objetivos que se pretendem atingir e é descrito o método de investigação e a estrutura da dissertação.

O segundo capítulo, apresenta a revisão de literatura que é feita sobre os temas: a gestão estratégica e o controlo de gestão, a descentralização nas organizações, a avaliação de performance, e define-se o *Balanced Scorecard* como a ferramenta de avaliação de performance a ser aplicado no estudo de caso.

A definição da metodologia de investigação, os métodos adotados e os procedimentos metodológicos seguidos durante esta dissertação são apresentados no terceiro capítulo.

No quarto capítulo, é feita a apresentação do estudo de caso, é apresentada a organização em estudo, a sua história e a sua identidade. É realizada uma descrição da organização e da unidade descentralizada em estudo. É, também, no quarto capítulo que é apresentada a proposta de conceção de um BSC para a unidades de cuidados intensivos do Hospital de Vila Franca de Xira.

Surgem, por último, no quinto capítulo, as conclusões, os contributos do estudo, as limitações e as oportunidades de investigação futura.

## 2. Revisão de Literatura

### 2.1. A gestão estratégica e o controlo de gestão

A estratégia organizacional tem sido descrita de várias formas, mas destacando na maioria das vezes a preocupação com a direção da organização a longo prazo, com o alcance das suas metas, com a interligação das atividades organizacionais, com o meio envolvente, com os recursos e sua afetação. O principal objetivo da estratégia da organização é, conceder a esta, uma vantagem face às restantes organizações concorrentes.

O planeamento e o controlo são duas áreas chave da gestão organizacional. A organização necessita de planeamento (determinar as suas prioridades organizacionais e afetar os seus recursos), como também de mecanismos de acompanhamento, através dos quais possa controlar a sua atividade com base no planeamento (Agostinho, 2009).

O processo de definição da estratégia da organização, integrado nos procedimentos de planeamento, deve ser acompanhado de uma avaliação e compreensão de todos os processos organizacionais, a fim de uma correta identificação das áreas chave, e respetivos indicadores e metas. Sendo, o controlo definido como o processo que permite monitorizar a concretização dos resultados desejados.

Kaplan e Norton (1996a) referem que na maior parte dos casos, a diferença entre a estratégia formulada e a concretização real, não reside numa má definição da estratégia, mas sim na má execução da mesma. Essa diferença é resultante da indecisão, comportamentos erráticos, ou por dificuldades em traduzir em ações, ao nível operacional, a estratégia definida. O processo de planeamento pode não conduzir aos resultados desejados, se não for acompanhado por um processo de monitorização, análise e controlo das atividades planeadas (Van Veen-Dirks, 2006).

Agostinho (2009) apresenta o conceito de controlo estratégico, como um sistema que pretende assegurar que a estratégia é implementada conforme o planeado e que os resultados alcançados são os desejados. Estes sistemas de controlo estratégico devem ainda, assegurar que os planos estratégicos são traduzidos em ações, mantendo os fatores críticos de sucesso definidos inicialmente.

O controlo estratégico, é assim, a ligação entre o planeamento estratégico e o controlo de gestão. Avalia o planeamento estratégico, as atividades organizacionais e os resultados, através de planos de ação que servirão para controlar os resultados obtidos, permitindo obter as informações necessárias para ações futuras.

Segundo Simons (1995) o controlo de gestão procura a coordenação e o empenho dos responsáveis operacionais para alcançarem os objetivos definidos a curto prazo no âmbito dos mercados, dos produtos e dos meios atualmente existentes. Outra abordagem ao controlo de gestão, considera-o o esforço permanente que é realizado pelos principais responsáveis da empresa para atingir os objetivos fixados, devendo proporcionar a todos os responsáveis, os instrumentos para tomar as decisões adequadas que assegurem o futuro da empresa (Jordan *et al.*, 2015).

O controlo de gestão deve ser interpretado como um meio de garantir a interligação e a coerência entre os objetivos e os planos de curto e de longo prazo (Simons, 2000). Procurando assegurar também que estes sejam aplicados com eficiência e eficácia, e de uma forma convergente entre os objetivos da organização e os objetivos individuais. Sem planeamento estratégico o controlo de gestão teria falta de perspetiva de médio e longo prazo (Jordan *et al.*, 2015).

### **O papel do controlo de gestão**

É necessário que nas organizações exista controlo, pois são constituídas por pessoas com interesses, tarefas e perspetivas diferentes (Simons, 1995). Sem um sistema para motivar o desempenho dos colaboradores para as metas organizacionais, estes tendem a agir em sentido das próprias necessidades e objetivos pessoais, sem foco nos objetivos coletivos (Simons, 1995, 2000).

Os sistemas de controlo de gestão devem ser desenhados com a finalidade de alcançar um grau de controlo apropriado, que não seja muito liberal (pode levar ao caos) nem muito rígido (pode levar a extrema burocracia) (Flamholtz, 1996). Flamholtz (1996) sugere que os sistemas de controlo de gestão devem:

- Motivar os colaboradores a tomarem decisões e realizarem ações que sejam convergentes com os objetivos organizacionais;
- Integrar os esforços de diferentes partes da organização;
- Providenciar informações sobre os resultados das operações e do desempenho dos colaboradores;
- Facilitar a implementação de planos estratégicos, através de planos de atividade descentralizados, mas devidamente alinhados.

Flamholtz (1996) define um sistema de controlo organizacional como um conjunto de mecanismos – processos e técnicas – que são utilizados para convergir esforços a fim de alinhar os comportamentos dos colaboradores com as ações necessárias para cumprir os objetivos organizacionais. O objetivo final de um sistema de controlo não passa por controlar o comportamento dos colaboradores, mas sim, influenciar estes a agirem de forma a serem alcançadas as metas definidas (Flamholtz, 1996; Simons, 2000).

É definido como sistema de controlo “macro”: o sistema de controlo *core*, a estrutura organizacional e a cultura organizacional (Flamholtz, 1996). O sistema de controlo *core*, foca-se em qualquer aspeto do comportamento dos colaboradores, relacionado com a concretização dos objetivos organizacionais e, engloba cinco subsistemas:

1. Subsistema de planeamento: definição dos objetivos e metas de uma organização, bem como os meios para os alcançar.
2. Subsistema operacional: realização das funções essenciais para o dia-a-dia das atividades organizacionais.
3. Subsistema de medição: atribuição de uma escala para representar os aspetos do comportamento organizacional e do nível de desempenho.
4. Subsistema de *feedback*: dois tipos de *feedback* – corretivo e avaliativo. O *feedback* corretivo informa sobre o desempenho das operações que constituem o sistema operacional. O *feedback* avaliativo informa sobre o nível de qualidade do sistema operacional.
5. Subsistema de avaliação e recompensa: mecanismos de avaliação de desempenho e sistemas de recompensas. É a componente final do sistema de controlo organizacional.

A eficácia de um sistema de controlo, de acordo com Flamholtz (1996), está dependente de:

- Relevância comportamental – identificação de comportamentos necessários para alcançar as metas organizacionais;
- Validade comportamental – estratégia de motivação para alinhar os comportamentos com os objetivos da organização;
- Fiabilidade comportamental – o grau de fiabilidade do comportamento, será mais elevado, se as metas individuais forem congruentes com as metas comportamentais.

Para Flamholtz (1996) sem estas características, o sistema de controlo torna-se ineficaz, podendo originar comportamentos disfuncionais, com possíveis repercussões negativas para a organização.

A implementação de um sistema de controlo possibilita a mudança e a reorientação, ou seja, a transformação da organização, para que esta se possa posicionar no futuro que deseja. São identificadas as prioridades estratégicas, que se alinham em objetivos específicos (Mateus, 2016).

Simons (2000) destaca que a gestão de desempenho organizacional, era baseada, essencialmente, em informações fornecidas com base em indicadores financeiros. As informações fornecidas não eram acessíveis a todos, impossibilitando a comunicação dos objetivos estratégicos e metas da organização a todos os colaboradores. Jordan *et al.* (2015) sugerem que devido à necessidade de informação mais completa, surgiu o desenvolvimento de outros instrumentos de avaliação de desempenho, com o intuito de:

- Utilizar indicadores financeiros e não financeiros face à natureza de cada objetivo e estabelecer metas;
- Articular os indicadores com a estratégia definida;
- Estabelecer relações de causa-efeito entre os objetivos e indicadores, a fim de melhor se direcionarem as atividades que criam valor de modo sustentado;
- Comunicar a missão, a visão, a estratégia, as medidas, os objetivos e as metas a todas as unidades de negócio e unidades de suporte;
- Facilitar o acompanhamento e o controlo do desempenho, para que se possa avaliar, em tempo útil, o que está a acontecer, mas também, para antecipar problemas que



possam pôr em causa os objetivos e metas estabelecidas. Deste modo, articular o curto prazo com o longo prazo.

Os instrumentos de avaliação de desempenho, por si só, não constituem um sistema de controlo de gestão (Jordan *et al.*, 2015). Se o instrumento ignorar as necessidades de informação dos responsáveis operacionais, pode gerar reações negativas com fortes resistências a futuras adaptações.

Para se alcançar os objetivos, o controlo de gestão baseia-se na utilização de três categorias de instrumentos (Jordan *et al.*, 2015):

- Instrumentos técnicos ou de pilotagem, como os planos operacionais, os orçamentos, o controlo orçamental e os sistemas de avaliação de performance;
- Instrumentos de diálogo ou comunicação, como a negociação de objetivos e de meios, a análise e interpretação dos resultados e a negociação das ações corretivas;
- Instrumentos de orientação do comportamento, como a criação de centros de responsabilidade, os critérios de avaliação da performance financeira dos centros e dos gestores e o desenvolvimento de sistemas de preços de transferência interna.

## **2.2.A descentralização nas organizações**

A descentralização é uma característica da organização, avalia a extensão com que o poder ou autoridade é partilhado. A descentralização ocorre quando a tomada de decisão é delegada da gestão de topo para as outras partes da organização (Hempel *et al.*, 2012). Para Drury (2012) a descentralização é a delegação de competências aos gestores de escalões inferiores da linha hierárquica. Cada gestor de uma área é o responsável por todas as atividades relacionadas com a sua área, funcionando com um determinado nível de autonomia relativamente à gestão de topo, verificando-se, assim, a descentralização do processo de tomada de decisão (Drury, 2012).

O processo de descentralização apresenta como principal objetivo facilitar a concretização da estratégia e da missão da organização. Para a descentralização ter sucesso é necessário regular as relações entre as unidades descentralizadas para que não se verifique um prejuízo para a organização através de uma procura pelas unidades dos seus próprios resultados em detrimento dos objetivos organizacionais. Ao mesmo tempo, é necessário também, garantir

que cada unidade tem a independência adequada face a outras unidades. Drury (2012) alerta para uma autonomia adequada das unidades, pois esta, se levada ao limite pode por em causa o princípio de que essas unidades fazem parte integrante de uma única organização.

### **2.2.1. Vantagens e desvantagens nas estruturas descentralizadas**

As estruturas descentralizadas apresentam várias vantagens para a organização, de destacar:

- A melhoria do processo da tomada de decisão relacionada com a qualidade e com o tempo de resposta. A qualidade da tomada de decisão melhora devido ao melhor conhecimento dos problemas específicos da unidade pelos seus gestores e colaboradores. Os gestores intermédios e operacionais estão mais familiarizados com todas as atividades da unidade e têm um conhecimento mais aprofundado que a gestão de topo (Hempel *et al.*, 2012). O tempo de resposta é mais rápido devido a não ser preciso passar a informação por toda a linha de comando, as decisões são tomadas no local dum modo rápido e eficiente; (Drury, 2012)
- Uma maior motivação e dedicação no desempenho das suas funções por parte dos gestores intermédios e restantes colaboradores, devido ao maior nível de autonomia e responsabilidade que adquirem (Hempel *et al.*, 2012);
- A gestão de topo pode-se focar no planeamento e nas decisões estratégicas, permitido pela distribuição da responsabilidade no processo da tomada de decisão para níveis intermédios e operacionais;
- A experiência adquirida pelos gestores intermédios na gestão das unidades pode proporcionar a estes um treino adequado para no futuro integrarem a gestão de topo da organização (Pereira, 2009).

No entanto, a descentralização, se não realizada de forma adequada, apresenta algumas desvantagens. A falta de regulação interna na organização, no que respeita à descentralização, pode levar os gestores a procurarem aumentarem o desempenho da sua unidade em detrimento do das restantes. A organização fica prejudicada devido à falta de cooperação entre unidades, o que pode originar a redução do valor criado pela entidade ou no caso de uma organização sem fins lucrativos a um aproveitamento dos recursos que não vão de acordo com os objetivos da entidade (Drury, 2012).

A descentralização também apresenta outra desvantagem, nomeadamente, os custos de atividade que são comuns a todas as divisões podem ser maiores para uma estrutura descentralizada se essas atividades também forem descentralizadas. Uma unidade central com cada uma dessas atividades é menos dispendiosa (Drury, 2012).

### **2.2.2. As especificidades da descentralização nos serviços públicos de saúde**

Os sistemas de saúde são na sua maioria ineficientes devido a uma estrutura tradicional de administração com um grande nível de burocracia que concentra a autoridade e a responsabilidade no topo da hierarquia. Araújo (2005) refere-se ao sistema de saúde como um modelo hierárquico com pouca flexibilidade no processo de tomada de decisão, que está muito dependente da gestão de topo. O mesmo autor defende que essas limitações estão relacionadas com uma preocupação com as normas e regras e não os resultados ou a satisfação dos utentes.

Este tipo de modelo tradicional que ainda vigora em alguns serviços públicos de saúde, não é o mais adequado, principalmente ao nível dos hospitais, essencialmente por quatro fatores, que Pereira (2009) apresenta:

- Os hospitais são entidades expostas a uma forte instabilidade, turbulência e elevado grau de incerteza;
- O crescente volume de despesas e um aumento das exigências em termos de quantidade e qualidade de serviços prestados, exige um modelo organizacional com base numa postura de responsabilidade e avaliação pelos resultados;
- São entidades em que os seus profissionais são altamente qualificados e assumem um papel importante na atividade. Um modelo de gestão descentralizada permitiria aos gestores intermédios e profissionais da linha da frente uma tomada de decisão em tempo útil e uma responsabilidade acrescida, quer pelas decisões quer pelos resultados. É a esse nível, que os fatores que afetam a produtividade e custos podem ser geridos e modificados;

- Nas atuais estruturas centralizadas existentes nos hospitais públicos, o controlo e a avaliação do volume e a diversidade das funções produtivas são difíceis de exercer, tornando a gestão ineficiente.

O modelo de gestão em centros de responsabilidade, se aplicado de forma adequada, será uma solução para contrariar os modelos tradicionais apoiados em burocracia que vigoram.

A nível político tem sido demonstrado, ao longo dos anos, uma preocupação com a necessidade de introduzir novas formas de gestão, nos hospitais públicos, que ajudem a racionalizar e a conter as despesas no setor. Assim, com o objetivo de melhorar a governação do SNS, o XXI Governo Constitucional, através do Decreto-Lei nº18/2017, de 10 de fevereiro comprometeu-se, entre outras situações, a aumentar a eficiência do SNS, no que diz respeito, ao reforço da autonomia e da responsabilidade dos gestores do SNS, dando ênfase aos Centros de Responsabilidade Integrados (CRI).

### **2.2.3. O conceito de centros de responsabilidade**

A necessidade de descentralização de poderes e de responsabilidade, com o intuito de melhorar a eficiência e a eficácia da organização, tem levado a serem adotados sistemas de controlo de gestão que destaquem a relevância do conceito de centro de responsabilidade. Em organizações de grande dimensão, um sistema de controlo de gestão tem capacidade limitada para avaliar o grau de concretização de objetivos se a estrutura não for descentralizada.

Jordan *et al.*(2015) definem os centros de responsabilidade como estruturas intermédias de gestão com uma missão, objetivos atribuídos, medidas de avaliação de desempenho e um gestor responsável pela sua performance. Para os mesmos autores, os centros de responsabilidade devem verificar uma gestão por objetivos, estruturas descentralizadas e responsabilização e delegação de autoridade, para serem considerados instrumentos importantes de gestão.

Os centros de responsabilidade são assim, instrumentos de gestão que permitem o envolvimento dos colaboradores no processo de alinhamento de objetivos departamentais com os objetivos globais da organização. Incentivam os gestores ao bom desempenho através de uma autonomia gestionária, ou seja, a descentralização da tomada de decisão

concedida pela gestão de topo e da responsabilização pelos resultados (Pereira, 2009). Os gestores são responsáveis pelo controlo dos recursos que tem à disposição do centro e pelos resultados gerados. O critério para avaliação do desempenho depende do tipo de centro de responsabilidade constituído.

A gestão deve procurar que os centros de responsabilidade sejam eficientes e eficazes, ou seja, preocupar-se em atingir os seus objetivos, minimizando os recursos utilizados (Jordan *et al.*, 2015).

Pereira (2009) evidencia que a organização de uma estrutura em centros de responsabilidade, quando bem desenhada, deverá permitir:

- Um melhor equilíbrio financeiro com base na convergência dos resultados dos vários centros de responsabilidade;
- Uma análise global e completa da organização para a gestão de topo, destacando as áreas mais problemáticas e as mais produtivas;
- À gestão de topo acompanhar e avaliar o desempenho dos vários centros de responsabilidade.

Na constituição de um centro de responsabilidade é essencial identificar os recursos necessários e os produtos ou serviços que serão gerados. O centro de responsabilidade deve ter *inputs* associados e determinados *outputs*, quer sejam tangíveis ou intangíveis (Pereira, 2009). Deve ser atribuída pela gestão de topo, um determinado nível de responsabilidade do gestor, em função do tipo de centro de responsabilidade. A gestão de topo deve, em função do tipo de centro de responsabilidade, definir os critérios de avaliação de desempenho do respetivo gestor.

Uma inadequada implementação do conceito de centros de responsabilidade pode resultar numa falta de clareza dos objetivos de cada centro ou de objetivos não convergentes com os da organização e falhas de clarificação das relações entre os diferentes centros, quanto à prestação e solicitação de atividades e recursos entre os centros.

### **Tipos de Centros de Responsabilidade**

A classificação dos centros de responsabilidade varia consoante os autores e as referências bibliográficas.

Anthony *et al.* (2007) apresentam quatro tipos de centro de responsabilidade, classificados com base na natureza dos recursos monetários e/ou *outputs* medidos para controlo:

- Centros de receita ou resultado;
- Centros de custo ou despesa;
- Centro de lucros;
- Centros de investimentos.

Os centros de custos são depois subdivididos em centros de custos discricionários e centros de custo padrão. Drury (2012) segue a mesma classificação para os centros de responsabilidade.

Por sua vez, Jordan *et al.* (2005) apresentam apenas três tipos de centros de responsabilidade: centros de custos, centros de resultados e centros de investimento, apresentando depois uma subdivisão no que diz respeito aos centros de custos. Estes centros são classificados de acordo com o grau de responsabilidade de cada gestor.

### **2.3.A avaliação de performance**

A performance pode ser entendida como, a ação, o resultado da ação e o sucesso desse resultado quando comparado com algum padrão (Agostinho, 2009). Para Atkinson *et al.* (1997) uma boa performance deve considerar os benefícios das diferentes partes interessadas que se relacionam com a organização. Os mesmos autores, destacam a importância de a avaliação da performance apresentar informação pertinente para todas as partes, de modo a que estas possam fazer avaliações fundamentadas.

Quando se fala em avaliação de performance de uma organização, subentende-se a análise dos seus resultados, o que sugere que podemos avaliar a performance da organização através dos seus resultados. No entanto, a análise da performance de uma organização deve estar relacionada com um sistema de avaliação que ofereça informação fidedigna quanto ao grau de sucesso da estratégia (Agostinho, 2009). A organização cresce devido à criação de valor e não por controlar os seus custos e os indicadores de performance. Não se deve

basear apenas em informação financeira, devendo também incluir indicadores não financeiros (Eccles, 1991).

O objetivo dos sistemas de avaliação da performance é o de implementar a estratégia da organização (Anthony, 1988). Os sistemas são desenhados com recurso a vários indicadores de performance que, representam a estratégia da organização e visam monitorizar o grau de implementação estratégico da organização.

Epstein e Manzoni (1998) argumentam que os sistemas de avaliação de performance devem ser desenvolvidos para suportar a estratégia da organização. Devem ser incluídos vários indicadores não financeiros, para complementar os indicadores financeiros. Por fim, o sistema de avaliação de performance global da organização deve ser desagregado em indicadores de avaliação local que reflitam os objetivos locais, os quais devem estar alinhados com as orientações estratégicas e objetivos globais.

São vários os instrumentos que são considerados de avaliação de performance, pela literatura desta temática, entre eles: *Balanced Scorecard*, *Tableau de Bord*, *Performance Prism*, entre outros.

## **A avaliação de performance em organizações de saúde**

A avaliação global da organização prende-se com a avaliação dos seus vários processos e pelo modo como estes contribuem para a concretização da estratégia. Nas organizações sem fins lucrativos, os objetivos organizacionais são definidos por todas as partes interessadas, desde gestores, entidades reguladoras, consumidores, colaboradores, entre outros. Os seus indicadores operacionais são estabelecidos em função dos objetivos estabelecidos, permitindo avaliar o seu grau de concretização.

Nos serviços de saúde a utilização de indicadores de performance motiva-se por dois objetivos: a utilização dos recursos de forma mais eficiente possível e obter elevados níveis de serviço (Wright, 1998).

É difícil compatibilizar, nos serviços de saúde, os objetivos de performance e de nível de serviço quando se desconhecem os fatores valorizados pelos utilizadores dos serviços. Wright (1998), defende que para se resolver esse conflito entre os indicadores de

performance se deve identificar um sistema de controlo de gestão que consiga integrar os vários objetivos de negócio face à estratégia definida. O mesmo autor, considera a metodologia do *Balanced Scorecard* como uma das ferramentas mais adequadas.

A gestão dos serviços de saúde é um processo complexo devido às diferentes partes interessadas. As organizações de saúde são estruturas que se caracterizam por uma forte fragmentação e diferenciação interna. Através da partilha de valores e de uma liderança empenhada, é alcançada coerência interna, essencial para que estas organizações alcancem o seu objetivo social e económico de forma eficiente (Agostinho, 2009). Foi necessário implementar, nestas organizações, um processo de descentralização na tomada de decisão recorrendo a vários responsáveis departamentais para uma gestão mais eficiente. A necessidade de um sistema de reporte, para a monitorização e coordenação da atividade global dos diferentes departamentos e colaboradores, à gestão de topo ficou facilitada (Agostinho, 2009).

Desenvolver um sistema de controlo de gestão adequado, nas organizações de saúde, pressupõe que se têm em conta alguns fatores (Anthony & Govindarajan, 2007):

- Inventários desorganizados e em excesso;
- Dificuldade no controlo da qualidade;
- Mão de obra intensiva, sendo uma grande parte com elevada nível de qualificação;
- Pouco conhecimento de gestão por parte dos colaboradores e de muitos dirigentes;
- Redefinição do *mix* de produtos fornecidos, devido ao aumento de custos e outros fatores sociais.

Os indicadores de performance, além de permitirem uma avaliação da performance interna, facilitam a comparação entre diferentes entidades.

## **2.4.O *Balanced Scorecard***

### **2.4.1. Conceito**

O *Balanced Scorecard* foi apresentado, em 1992, num artigo publicado na *Harvard Business Review* sob o título “*The Balanced Scorecard – Measures that Drive Performance*” com base num estudo realizado com a participação de 12 empresas norte



americanas com o intuito de desenvolver um novo modelo de avaliação de performance (Agostinho, 2009). O BSC é apresentado como um sistema de avaliação de performance, formado por indicadores financeiros e não-financeiros, que fornece à gestão de topo uma visão global, integrada e compreensiva do desempenho organizacional (Kaplan & Norton, 1992, 1993). Em 1996, o BSC deixa de ser considerado um simples painel de instrumentos, e passa a ser considerado uma metodologia para criar um sistema de gestão estratégica (Kaplan & Norton, 1996a, 1996c).

O nome reflete o balanço entre os objetivos de curto e longo prazo, os *lagging indicators*<sup>1</sup> e os *leading indicators*<sup>2</sup>, entre indicadores financeiros e não-financeiros e entre as perspectivas de performance externas e internas (Kaplan & Norton, 1996b).

São englobados, no BSC, um conjunto reduzido de indicadores de desempenho de natureza financeira e não-financeira, selecionados pelos gestores para que permitam um equilíbrio entre indicadores externos, direcionados para os acionistas e para os clientes e os indicadores internos, orientados para os processos internos, para a aprendizagem e para o crescimento, permitindo um equilíbrio entre as medidas de resultados e medidas de desempenho futuro.

O modelo BSC capacita os gestores para uma visão da performance, em simultâneo, de várias áreas da organização (Kaplan & Norton, 1992). Os vários indicadores de performance da organização permitem responder às questões básicas que se pretendem solucionar, como se pode observar na Tabela 1:

Perspetiva	Questão
Financeira	Como somos percecionados pelos nossos investidores?
Clientes	Como somos percecionados pelos nossos clientes?
Processos Internos	Em que processos devemos alcançar a excelência?
Aprendizagem Organizacional	Onde podemos continuar a melhorar para criar valor?

<sup>1</sup> Indicadores de resultados que representam as consequências de ações passadas.

<sup>2</sup> Indicadores de tendência que representam a veemência das ações presentes para atingir resultados futuros.

TABELA 1: AS QUESTÕES BÁSICAS DO *BALANCED SCORECARD*

Adaptado de Kaplan, R., Norton, D., *The Balanced Scorecard: Measures That Drive Performance*, Harvard Business Review, 1992.

As quatro perspectivas identificadas por Kaplan e Norton (1992) são meramente indicativas podendo ser complementadas com outras perspectivas dependendo das circunstâncias do setor de atividade e da estratégia da organização (Kaplan & Norton, 1996c).

A informação gerada por estas quatro perspectivas limita a informação fornecida aos gestores dando a possibilidade destes se focarem na resolução dos problemas críticos. A opção por indicadores críticos de desempenho e um número de indicadores que se situe entre os 15 e 25, no seu total, vai facilitar o processo de focalização na visão estratégica (Kaplan & Norton, 1993). O equilíbrio de indicadores cruciais utilizados é um ponto essencial, pois um só indicador não consegue controlar um sistema tão complexo e muitos indicadores tornam o sistema incontrolável, devido ao excesso de informação (Agostinho, 2009).

O BSC apresenta a capacidade de criar competências produtoras de valor futuro (visão de médio e longo prazo) através de ações orientadas para o curto prazo (Kaplan & Norton, 1996c).

É diferente dos outros sistemas de avaliação de performance, pois sendo composto por indicadores de resultados e indicadores de tendência, estes originam relações de causa-efeito entre as diferentes perspectivas (Kaplan & Norton, 1996c, 1996b). Sendo assim, o BSC é um sistema de avaliação de performance, como também um sistema de controlo de desempenho futuro, usado não apenas para clarificar e comunicar a estratégia, mas também para gerir a estratégia (Kaplan & Norton, 1996b).

#### **2.4.2. Perspetivas do *Balanced Scorecard***

“The four perspectives of the Scorecard permit a balance between short-term and long-term objectives, between desired outcomes and the performance drivers of those outcomes, and between hard objective measures and softer, more subjective measures.” (Kaplan & Norton, 1996c: 56).

#### **Perspetiva Financeira**

A perspectiva financeira procura responder à questão “Como somos percebidos pelos nossos investidores?”.

Os objetivos de longo prazo da organização encontram-se representados na perspectiva financeira. Os objetivos e indicadores financeiros devem definir a expectativa da performance financeira da estratégia e são as últimas metas dos objetivos e indicadores de todas as outras perspectivas do BSC. De acordo com Kaplan e Norton (1996b), existem três objetivos financeiros que guiam a estratégia da organização e estão relacionados com a rentabilidade do capital utilizado e os resultados da atividade operacional:

- Crescimento e diversificação do volume de negócios;
- Redução de custos;
- Estratégia de aplicação dos ativos e do investimento;
- Criação de valor acrescentados para os sócios/acionistas.

Kaplan e Norton (1992, 1996b) identificam três fases do ciclo de vida do setor onde a empresa atua – crescimento, manutenção e maturidade – e os indicadores financeiros devem adaptar-se a essa fase e ao contexto específico da organização. Deste modo, os indicadores permitem antever se os objetivos estratégicos contribuem para um melhor resultado financeiro, avaliando os objetivos de longo prazo relacionados com os resultados para os investidores. O BSC veio permitir interligar os indicadores financeiros com a realidade dos clientes, dos processos internos e da aprendizagem organizacional, ou seja, com as outras perspectivas do BSC.

Numa entidade de natureza empresarial, os objetivos e medidas das restantes perspectivas do BSC vão influenciar a definição dos objetivos da perspectiva financeira. Todas as medidas adotadas devem fazer parte de uma cadeia de relações causa-efeito que originam um melhor desempenho financeiro da organização. Segundo Kaplan e Norton (1992, 1996b) o BSC deve contar a história da estratégia da organização, começando por relacionar os objetivos financeiros de longo prazo com o conjunto de ações que devem ser executadas em relação aos processos financeiros, aos clientes, aos processos internos, aos colaboradores e aos sistemas, de modo a que, seja alcançado o desempenho económico desejado, no longo prazo. Kaplan e Norton (1992) destacam que, caso não se verifique uma melhoria da

performance nos resultados financeiros, os gestores devem reexaminar os pilares centrais da sua estratégia e da sua missão.

Entre os indicadores financeiros mais utilizados destacam-se, o *Return on Investments* (ROI), o *Return on Assets* (ROA), o EBITDA (*Earnings before interest, tax, depreciations and amortizations*) o resultado líquido e o *Economic value-added* (EVA®).

### **Perspetiva dos Clientes**

Nesta perspetiva do BSC, a organização preocupa-se com a forma como é percecionada pelos clientes. Deve identificar os segmentos de clientes e de mercado em que quer competir (Kaplan & Norton, 1996c). São esses segmentos que irão refletir a componente receita dos objetivos financeiros da empresa.

A perspetiva dos clientes assume importância, na medida em que, os resultados financeiros ficam dependentes da satisfação dos clientes com a organização (Figura 1). O interesse dos clientes enquadra-se, preferencialmente, em prazos (de execução, de entrega), qualidade dos produtos e serviços, nível de serviços e custos, ou seja, os fatores intangíveis que atraem o consumidor. Kaplan e Norton (1996a) identificam como indicadores mais frequentes nesta perspetiva: a satisfação dos clientes, a quota de clientes, a retenção de clientes, custos de aquisição, rentabilidade por cliente e a quota de mercado.

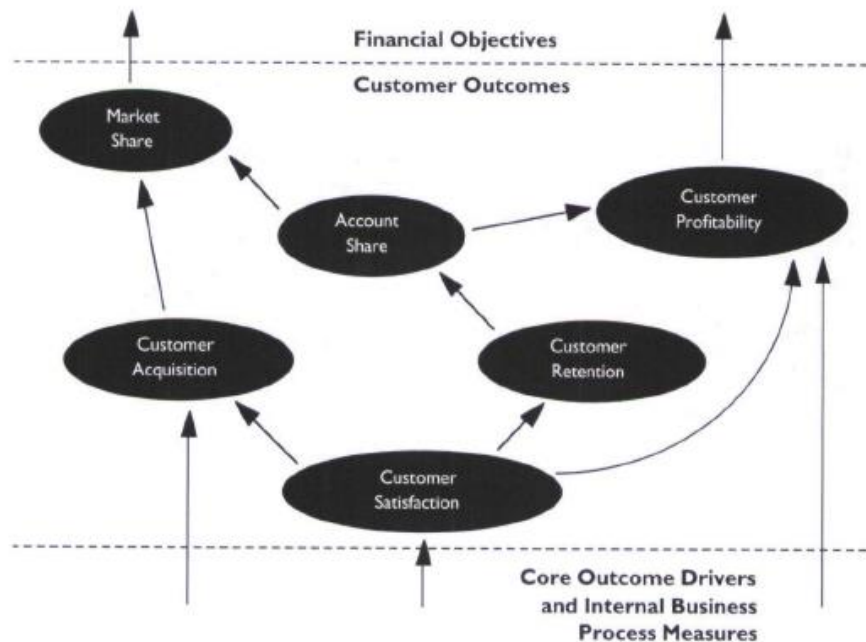


FIGURA 1: PERSPECTIVA DO CLIENTE

Fonte: Kaplan, R., Norton, D., *Linking the Balanced Scorecard to Strategy*, 1996, California Management Review.

### Perspectiva dos Processos Internos

A perspectiva dos processos internos procura saber em que processos devemos alcançar a excelência. Através dos seus processos, decisões e ações, a organização deve alcançar um desempenho excelente do ponto de vista dos investidores e dos clientes. A gestão deve focar-se nas operações internas críticas capazes de alcançar os objetivos dos investidores e em satisfazer as necessidades dos clientes.

Os objetivos e indicadores desta perspectiva são desenvolvidos após estarem estabelecidos objetivos e indicadores das duas perspectivas anteriores. Deste modo, os processos internos do negócio vão de encontro aos objetivos já estabelecidos permitindo uma melhoria contínua dos processos e a competitividade da organização (Kaplan & Norton, 1996b). Kaplan e Norton (1992) sugerem que as organizações devem identificar a eficácia dos processos críticos, especialmente a inovação, as operações e o serviço pós-venda, através de uma visão transversal da organização. O BSC obriga a que a performance dos processos internos seja consequência das expectativas dos constituintes externos (investidores e clientes) (Kaplan & Norton, 1996b). Os sistemas de informação possuem um papel

importante a ajudar a gestão a desagregar a medição de indicadores, as organizações devem identificar os processos críticos do negócio em que alcançam a excelência e especificar os indicadores para garantirem que esses processos são satisfatórios (Kaplan & Norton, 1992).

Alguns indicadores desta perspectiva são: a rotação dos *stocks*, o tempo de entrega, a qualidade e a melhoria da produtividade (Kaplan & Norton, 1996c).

### **Perspetiva da Aprendizagem Organizacional**

A perspectiva da aprendizagem organizacional procura saber onde a organização tem capacidade para melhorar e continuar a criar valor para os *stakeholders*. Os objetivos desta perspectiva providenciam apoio a alcançar os objetivos nas outras três perspectivas. Kaplan e Norton (1996b) destacam a importância de investir no futuro e não apenas nas áreas tradicionais de equipamentos e investigação e desenvolvimento de novos produtos e serviços. As organizações devem investir nas pessoas, nos sistemas e nos seus processos para alcançar os objetivos de crescimento de longo prazo. Um dos principais objetivos do BSC como ferramenta de gestão e controlo é o de promover o crescimento individual e organizacional (Agostinho, 2009).

Para Kaplan e Norton (1996b) esta perspectiva deve-se focar em três áreas importantes de ativos intangíveis para a estratégia:

- Capacidades dos colaboradores;
- Capacidades dos sistemas de informação;
- Motivação, *empowerment* e alinhamento estratégico.

Os seus indicadores devem traduzir a criação de valor para os clientes através de todas as ações de médio e longo prazo que permitam desenvolver os ativos intangíveis da organização.

Para a avaliação desta perspectiva é recorrente a utilização de indicadores como as despesas de investigação e desenvolvimento, a taxa de retenção dos colaboradores e os dias de formação facultados (Olve *et al.*, 1999).

### **2.4.3. Componentes das perspetivas**

Todas as perspetivas do BSC são compostas pelos seus objetivos, indicadores, metas e ações a realizar, necessárias para se alcançar os objetivos estratégicos definidos (Kaplan & Norton, 1993).

Os objetivos (estratégicos) refletem quantitativamente e qualitativamente a estratégia da organização. Estão organizados em mapas estratégicos que estabelecem entre si relações de causa-efeito entre todas as perspetivas do BSC. Os mapas permitem, a todos os colaboradores, o entendimento da estratégia e perceberem como transformar os ativos intangíveis em resultados tangíveis (Kaplan & Norton, 2000).

São criados indicadores (chave de desempenho) para informar como é medido e monitorizado cada objetivo estratégico (Kaplan & Norton, 1996b). Deve ser realizada uma combinação de indicadores de resultados com indicadores de tendência para impulsionar um desempenho ajustado à estratégia da organização.

As organizações estabelecem metas ao longo do tempo relativas ao desempenho esperado ou a taxas de melhorias para cada indicador, devem ser ambiciosas e negociadas com os gestores (Pedro, 2004). As metas podem ser modificadas ao longo do tempo, de modo a que, permitam uma evolução do desempenho relacionado com os objetivos estratégicos, sem ser necessário alterar estes últimos (Agostinho, 2009).

As ações (a desenvolver) são definidas para se alcançarem as metas estabelecidas pela organização ao longo do tempo. São planos de ações que tornam as metas alcançáveis e aproximam a realização dos objetivos propostos.

### **2.4.4. Articulação entre as perspetivas do *Balanced Scorecard* e a estratégia**

De forma, a traduzir coerentemente a estratégia da organização num conjunto de indicadores lógicos, é necessário assegurar a construção de um BSC que tenha em atenção:

1. As relações de causa-efeito;
2. Os resultados e os geradores desses resultados;
3. A ligação aos objetivos financeiros.

### **As relações de causa-efeito**

A estratégia é um conjunto de hipóteses sobre relações de causa-efeito entre as várias perspectivas dentro da organização, o BSC deverá permitir conhecer e compreender os processos e as relações de causa-efeito, nas diferentes perspectivas, entre os objetivos definidos e as ações tomadas (Russo, 2006). Deve permitir, ao mesmo tempo, que seja possível avaliar e gerir essas relações e a validar as ações ou realizar medidas corretivas (Kaplan & Norton, 1992). As relações de causa-efeito são essenciais no BSC. Para cada perspectiva da organização e entre cada uma delas, as relações de causa-efeito entre os indicadores da performance e os de tendência constituem o mapa estratégico que ajuda os gestores na tomada de decisão (Norreklit, 2000).

### **Os resultados e os indutores desses resultados**

Os indicadores do BSC devem constituir um equilíbrio entre indicadores de resultados (*lagging indicators*) e de indicadores de tendência (*leading indicators*). Os indicadores de resultados relatam a performance organizacional passada e os indicadores de tendência estão orientados para a ação e são geradores de performance futura. Os indicadores geradores de performance permitem avaliar e comunicar o modo como os resultados são obtidos e devem ser específicos para a organização em análise (Kaplan & Norton, 1996a).

### **A ligação aos objetivos financeiros**

Kaplan e Norton (1996a) referem que os objetivos a alcançar pela organização e o seu comportamento para atingir esses objetivos devem estar relacionados com indicadores financeiros. Os mesmos autores defendem que os indicadores não financeiros devem ter uma ligação direta aos indicadores de resultados.

#### **2.4.5. Processo de gestão do *Balanced Scorecard***

Kaplan e Norton (1992, 1996b, 2000, 2004) abordam a estratégia da organização prevenindo para a necessidade de ser essencial a ligação e coerência entre as iniciativas operacionais e os objetivos estratégicos da organização. Apresentam quatro processos de gestão estratégica que garantem, a partir do BSC, essa ligação:

1. Clarificação e tradução da visão estratégica;



2. Comunicação e alinhamento estratégico;
3. Formulação estratégica, orçamentação e afetação de recursos;
4. *Feedback* e aprendizagem estratégica.

### **Clarificação e tradução da visão estratégica**

Muitas organizações não têm estratégias ou orientações estratégicas bem definidas, e nem sempre a missão e a visão são discutidas e clarificadas. Algumas organizações, embora definam a missão não a divulgam com eficácia entre os colaboradores da organização, o que dificulta a mobilização e participação ativa, dos mesmos, no sucesso a longo prazo (Jordan *et al.*, 2015; Russo, 2006).

Kaplan e Norton (1992, 1996b, 2000) referem que a definição do mapa estratégico através de uma sequência de relações causa-efeito entre resultados e vetores de desempenho, o BSC, ajuda a ultrapassar as dificuldades referidas, clarificando as ações a desenvolver para que o sucesso da organização seja uma realidade. O BSC ajuda, igualmente, a obter consenso em torno da visão e estratégia e na definição de objetivos e indicadores, que descrevem os fatores críticos de sucesso (FCS), recorrendo a relações de causa-efeito (Jordan *et al.*, 2015).

### **Comunicação e alinhamento estratégico**

A comunicação é essencial na implementação da estratégia favorecendo uma interligação entre os objetivos globais da organização e os colaboradores. O BSC possibilita, em todos os níveis da organização, que se entenda a estratégia a longo prazo e que os objetivos departamentais e individuais estejam de acordo com a estratégia global (Kaplan & Norton, 1992, 1996b, 2000).

A comunicação da estratégia a todos os níveis da organização, promovida pelo BSC, através do processo de análise dos objetivos e fatores críticos, desde o topo até ao nível local possibilita a descentralização e a melhoria do sistema de incentivos (Russo, 2006).

### **Formulação estratégica, orçamentação e afetação de recursos**

O BSC pode ser entendido como a metodologia ideal para aferir a afetação de recursos às iniciativas de melhoria de processos críticos e garantir que o orçamento é coerente com a estratégia e dá suporte efetivo à sua implementação (Jordan *et al.*, 2015).

Kaplan e Norton (1992, 1996b, 2000) referem que o orçamento integrado com o BSC deverá incluir, além dos tradicionais objetivos financeiros, metas para os indicadores não financeiros, de acordo com as perspectivas de análise, conferindo uma visão mais global e completa do desempenho esperado.

### ***Feedback e aprendizagem organizacional***

O BSC não é sinónimo, automático, de sucesso da organização (Braam & Nijssen, 2004). No entanto, ajuda os gestores a compreenderem melhor a estratégia e os respetivos FCS, monitorizando-os através da definição de indicadores apropriados (Jordan *et al.*, 2015).

Está subentendido um sistema de *feedback* que constitui um processo de aprendizagem estratégica sobre as relações de causa-efeito, podendo conduzir à reformulação das metas, ou à modificação da estratégia.

Kaplan e Norton (1992, 1996b, 2000) destacam que o BSC não é apenas um conjunto de indicadores estruturados nas suas quatro perspectivas, mas um sistema coerente de objetivos e indicadores que têm de garantir um controlo interativo e a reflexão e aprendizagem estratégicas, incentivando uma atitude ativa perante as permanentes mudanças num ambiente de grande competitividade.

### **2.4.6. Evolução do *Balanced Scorecard***

Na sua apresentação, o BSC foi formulado e apresentado como um sistema de medição do desempenho organizacional (Kaplan & Norton, 1992). A primeira abordagem do BSC tinha como principal objetivo fornecer aos gestores mais e melhor informação para a tomada de decisão estratégica. Introduzia indicadores de desempenho financeiro e não-financeiro, agrupados em quatro perspectivas e a identificação de ligações causa-efeito entre todas as perspectivas (Kaplan & Norton, 1992, 1996b). O BSC era um novo conceito de medição de desempenho, onde eram incluídos valores além dos financeiros, que possibilitava às empresas acompanhar a estratégia de longo prazo através de decisões no curto prazo.

As implementações e evoluções ocorridas entre 1992 e 1996 confirmam que a prática das organizações coloca o BSC num nível superior ao da medição de performance, mas fundamentalmente como sistema de gestão estratégica (Agostinho, 2009). Em 1996, Kaplan e Norton publicam um artigo com o título “*Using the Balanced Scorecard as a Strategic Management System*” em que dão ênfase a esta nova utilidade do BSC.

O novo modelo apresentado, em 1996, coloca em destaque a visão e a estratégia da organização. O BSC é utilizado para gerir a estratégia, traduzindo-a em objetivos operacionais balanceados nas quatro perspetivas, com recurso a relações de causa-efeito (Agostinho, 2009). A evolução do BSC pretende traduzir a estratégia em termos mais operacionais, permitindo um alinhamento de toda a organização com a estratégia delineada e mobilizar a mudança através de uma liderança efetiva (Agostinho, 2009).

Na utilização da metodologia BSC a medição de desempenho tem passado para um segundo plano, enquanto se verifica uma ênfase mais forte na estratégia. No entanto, a medição de desempenho ainda é importante na implementação e na monitorização e controle da estratégia (Mateus, 2016).

Atualmente, o BSC é visto como um modelo central nos sistemas de gestão de performance, interagindo com outras metodologias de melhoria. Os sistemas de informação, com a filosofia “painel de instrumentos” (*dashboards*) são parte crucial para monitorizar e gerir a performance em tempo real (Agostinho, 2009).

#### **2.4.7. Vantagens e limitações do *Balanced Scorecard***

O BSC é uma ferramenta importante para a estratégia da organização porque, desde logo, descreve a visão do futuro da organização. Ao mesmo tempo, permite aos colaboradores compreender a sua contribuição para o sucesso organizacional, foca-se nos esforços de mudança para alcançar os resultados desejados e permite uma aprendizagem organizada ao nível do topo, através das relações de causa-efeito entre os objetivos a organização pode avaliar a sua estratégia e adaptar-se, em tempo real, à medida que vai aprendendo (Kaplan & Norton, 1992, 1996c, 2000).

A estruturação das medidas em quatro perspetivas é uma vantagem, pois permite aos gestores organizarem o elevado número de medidas de desempenho incluídas no BSC.

Incluir medidas financeiras e não financeiras é, também, uma vantagem do BSC quando comparado com os sistemas tradicionais, uma vez que por não se basear só em medidas financeiras pode fornecer conhecimentos sobre a organização em todas as suas dimensões (Van Veen-Dirks & Wijn, 2002).

Kaplan e Norton (1996b) referem que o BSC é mais do que um sistema de medida tático ou operacional. Complementa medidas financeiras de desempenho passado com medidas dos indutores de desempenho futuro. Diferencia-se dos demais sistemas de avaliação de performance pela sua relação de causa-efeito entre as suas perspetivas.

A utilização da metodologia BSC não vai implicar uma melhoria do desempenho da organização automaticamente, sendo importante a forma como este é utilizado (Braam & Nijssen, 2004). O desempenho da organização pode ser prejudicado se a utilização do BSC não estiver relacionada com a estratégia.

O BSC apresenta algumas limitações, no geral o modelo sofre de falta de clareza (Norreklit, 2000). Kaplan e Norton (1996b) descrevem que a relação entre as perspetivas no BSC é ambígua. Nesse mesmo artigo, Kaplan e Norton reclamam casualidade entre as perspetivas e por outro lado argumentam que as ações estão assentes num raciocínio financeiro.

Norreklit (2000) refere que a suposição da relação de causa-efeito é essencial porque permite que os indicadores não financeiros sejam usados para prever a performance financeira futura. Existem outros autores que argumentam que não existe relação causal entre as perspetivas pois, para estes, elas são independentes (Norreklit, 2000).

Agostinho (2009) refere outras limitações como a seleção *a priori* das áreas críticas da organização, sendo estas as perspetivas do modelo, ou a não monitorização dos concorrentes, os desenvolvimentos tecnológicos e as incertezas estratégicas. O uso isolado do BSC pode levar a organização a não observar, em tempo útil, as alterações de mercado (Van Veen-Dirks & Wijn, 2002).

O BSC é um sistema de medição e gestão de desempenho estratégico. A organização ao implementá-lo deve ligar esforços de todos os colaboradores e gestores, senão as repercussões não serão as ambicionadas (Kaplan & Norton, 1996b, 2000).

### **2.4.8. Implementação do *Balanced Scorecard***

A metodologia BSC é uma ferramenta para implementar a estratégia definida (Russo, 2006). O processo de concepção e adoção de um BSC implica considerar um conjunto de questões relacionadas com várias etapas (Kaplan & Norton, 2004). Numa primeira fase, realiza-se uma análise estratégica e depois a formulação da estratégia.

A primeira etapa de análise estratégica consiste num diagnóstico da situação da organização que consiga destacar a posição no setor de atividade onde se insere, as suas competências críticas e a situação atual do seu setor (Russo, 2006). São usadas a análise SWOT e o modelo das cinco forças de Porter para esta primeira fase.

A organização deve definir a sua missão, visão, os valores e os FCS, numa primeira fase da formulação estratégica.

A missão deve definir o propósito central da organização, todos os colaboradores devem ter conhecimento da mesma, destacando as competências necessárias ao domínio dos fatores críticos do negócio. Este é o início da segunda fase com a formulação estratégica.

A organização define a visão estabelecendo quais as ambições para o futuro. Determinar e divulgar o que se deseja alcançar é importante para definir uma linha orientadora e estabelecer uma referência para se alocar os meios da organização e motivar colaboradores (Agostinho, 2009).

Os valores constituem os padrões de conduta que guiam as ações da organização, através de normas de comportamento que têm relevância na atuação de colaboradores e direção. Uma comunicação eficaz pela gestão de topo, permite uma cultura mais consistente e comportamentos orientados para os objetivos estratégicos, valores e crenças.

Os FCS são o conjunto de competências que contribuem para o sucesso da organização, assegurando vantagem competitiva. Permitem alcançar os objetivos estratégicos e ajudam a criar valor para os clientes.

Numa segunda fase de formulação estratégica a organização deve definir quais as suas linhas e objetivos estratégicos, como também, os seus indicadores estratégicos.

A organização deve atuar em concordância com a sua missão, visão e valores. A sua linha estratégica deve procurar realizar a visão acordada, através da escolha dos segmentos de mercado e clientes que a organização pretende servir, da identificação dos processos internos críticos e da seleção das competências individuais e organizacionais onde deve atingir a excelência, para concretizar as propostas de valor aos clientes que permitirão obter os resultados pretendidos pelos acionistas (Russo, 2006). Os objetivos estratégicos vão identificar os fatores essenciais para realizar com sucesso a visão da empresa, devendo estar organizados em relações de causa-efeito.

Os indicadores estratégicos devem ser definidos de forma a traduzirem e quantificarem a estratégia da organização. Devem permitir avaliar o grau de cumprimento da estratégia estabelecida, através da recolha de dados credíveis, verificáveis e comparáveis ao longo do tempo e disponíveis quando necessário (Agostinho, 2009). Kaplan e Norton (1996c) referem que os indicadores a adotar devem seguir alguns critérios:

- Não devem ser ambíguos e devem ser definidos de forma uniforme por toda a organização;
- O conjunto de indicadores deve abranger todos os aspetos do negócio que estão inseridos na estratégia adotada;
- Devem ser úteis na fixação dos objetivos considerados realistas pelos responsáveis por alcançá-los;
- Os indicadores devem estar todos interligados de forma clara, entre as diferentes perspetivas.

A fase seguinte corresponde á definição da estratégia e a organização deve delinear as suas metas estratégicas e os seus planos de ações estratégicas.

As metas estratégicas serão o quantificador de todos os objetivos, sejam eles de longo ou curto prazo. Russo (2006) refere que as metas deverão ser ambiciosas, mas realísticas e exequíveis, de modo a que os objetivos estratégicos da organização sejam alcançados.

Na implementação do BSC e definição das metas estratégicas, a organização deve estabelecer as ações necessárias para atingir as metas definidas, devendo criar um plano de ação de modo a alcançar os objetivos estratégicos (Kaplan & Norton, 1996c). O plano de

ação deve identificar responsáveis, recursos, cronogramas e orçamentos, de modo a que as iniciativas tenham um impacto positivo e relevante na concretização dos objetivos estratégicos (Agostinho, 2009).

A última etapa de implementação do BSC é estabelecer um mecanismo de avaliação e melhoria contínua, de forma a avaliar e realizar ações de melhoria na organização. De forma a receber um *feedback* adequado a organização deve demonstrar a coerência entre objetivos estratégicos, medidas, metas e planos de ação (Kaplan & Norton, 1996b), complementando-os com os referidos mecanismos. A finalidade do sistema de *feedback* estratégico é verificar se os objetivos fixados estão a ser alcançados, podendo esta revisão permitir adequar as medidas de desempenho (Agostinho, 2009).

A implementação do BSC requer um comprometimento de longo-prazo, pensamento crítico, criatividade, trabalho de equipa e uma comunicação aberta (Voelker *et al.*, 2001).

### **Dificuldades na implementação do *Balanced Scorecard***

A adoção de qualquer modelo numa organização obriga a mudanças, pelo que existem alguns obstáculos na sua implementação.

Tuomela (2005) destaca dois problemas que existem com a medição de desempenho. Primeiro, para os colaboradores, a resistência inicial forte à introdução de novas medidas de desempenho não financeiro, e por fim, a introdução de novas medidas não financeiras que pode perturbar as estruturas de poder, já estabelecidas, numa organização. O tempo adicional gasto na recolha de dados e o uso real das informações também é um fator de conflito.

Northcott e Ma'amora Tualapapa (2012) referem que na implementação do BSC as principais dificuldades são:

- Objetivos pouco claros;
- Falta de compromisso dos gestores e colaboradores;
- Sistema de informação e *feedback* limitado;
- Valores dos indicadores contraditórios;
- Falta de foco na estratégia.

O BSC necessita de uma elevada transparência de informação por parte de todos os envolvidos. A resistência de alguns gestores a partilhar informação com outros gestores e subordinados origina mais uma dificuldade na sua implementação. É um processo lento e complexo que requer tempo e recursos (Agostinho, 2009).

As inúmeras dificuldades de implementação do BSC podem ser ultrapassadas se existir um grande envolvimento de todos os colaboradores da organização no processo de implementação do BSC.

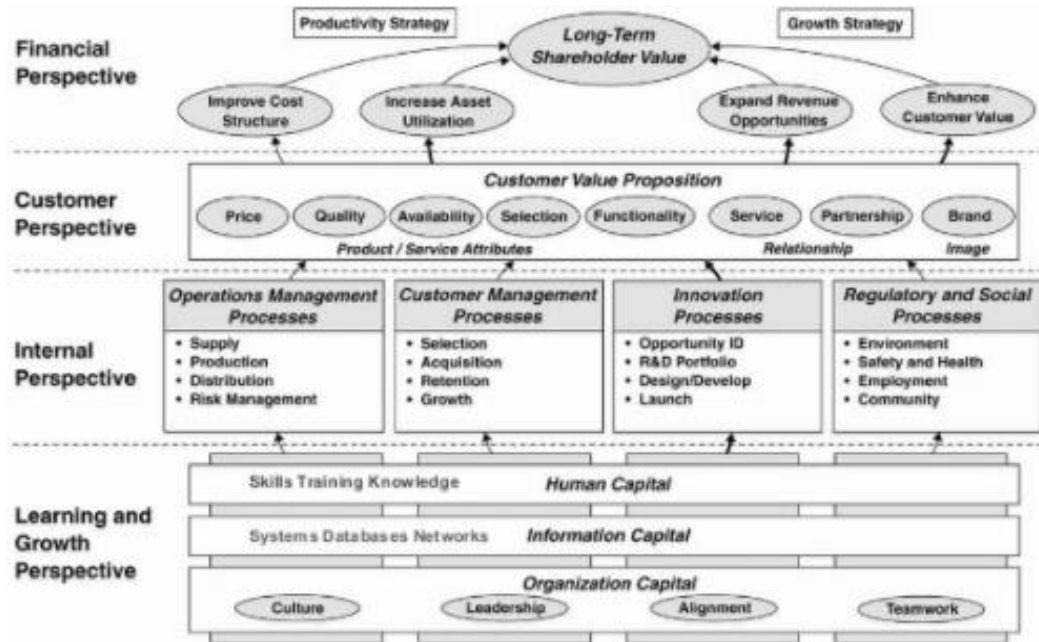
#### **2.4.9. Mapa estratégico**

O BSC é a estrutura central da organização e um mecanismo de comunicação que ajuda a guiar o processo de mudança da organização. Recorrendo a relações de causa-efeito, deve comunicar a estratégia através dos objetivos e dos indicadores escolhidos, para cada uma das suas perspetivas (Braam & Nijssen, 2004).

O mapa estratégico do BSC fornece uma estrutura para demonstrar as ligações de causa-efeito entre as componentes da estratégia da organização, ou seja, liga os ativos intangíveis ao processo de criação de valor (Kaplan & Norton, 2000, 2004). As relações de causa-efeito permitem as melhorias específicas de uma ação que cria os resultados esperados pela organização. Agostinho (2009: 62) relativamente ao mapa estratégico, afirma que *“Proporciona uma linguagem simples e de fácil entendimento para todos, procurando descrever a visão de futuro da organização, permitindo que os colaboradores dessa organização lidem com a incerteza.”*

Kaplan e Norton (2000) destacam a importância que o mapa estratégico tem em demonstrar como uma organização transforma as suas ações e recursos em resultados tangíveis. Os ativos intangíveis tornaram-se na principal fonte de vantagens competitivas para as organizações, deste modo, o sucesso da estratégia organizacional fica dependente da compreensão e execução por parte dos seus colaboradores (Kaplan & Norton, 1996b).



FIGURA 2: MAPA ESTRATÉGICO DO *BALANCED SCORECARD*

Adaptado de Kaplan, R., Norton, D., *Having trouble with your Strategy? Then Map it*, 2000, Harvard Business School Press.

O mapa estratégico (Figura 2) é um instrumento de comunicação, simples e integrador que permite centrar a mensagem no fundamental comunicando a estratégia de forma mais explícita. A principal finalidade do mapa estratégico é a de dar a conhecer a forma como a organização irá criar valor ao longo do tempo, estabelecendo uma relação entre as atividades de formulação e de implementação da estratégia.

### 2.5.O *Balanced Scorecard* no Setor Público

O setor público, um setor caracterizado pela infinidade de normas legais e pela escassez de recursos financeiros, encontra-se pressionado pela necessidade urgente de adotar novos instrumentos de gestão que demonstrem uma eficaz gestão de performance (Pedro, 2004). Northcott e Ma'amora Tualapapa (2012) referem a crescente exigência por parte dos governantes por uma maior transparência e prestação de contas no uso dos fundos públicos. Deste modo, as organizações do setor público decidiram procurar junto do setor privado práticas de gestão de performance que seriam ferramentas mais adequadas para melhorar e demonstrar as suas performances e prestação de contas.

Pedro (2004) defende que quase todas as organizações públicas ou privadas planeiam a utilização do BSC se ainda não o fizeram, pois este é um instrumento de gestão moderno e orientado à estratégia que reflete em cada momento a situação do departamento ou da área. A utilização da metodologia BSC numa organização do setor público necessita de uma visão horizontal de processos estruturados, orientados para o cidadão e para as empresas, totalmente alinhados por uma estratégia clara e difundida para todos. Northcott e Ma'amora Taulapapa (2012) referem que o BSC pode ser adaptado para as organizações do setor público realizando algumas alterações ao modelo original apresentado por Kaplan e Norton.

A Figura 3 é o desenho da metodologia BSC adaptado às organizações sem fins lucrativos, típicas do setor público. No topo da hierarquia, está a missão da organização, o objetivo de alcançar e satisfazer os clientes. Uma boa condição financeira é um requisito para uma viabilidade de longo prazo, pois permite obter os recursos necessários para providenciar os serviços que satisfazem os *stakeholders* e cumprir a missão (Voelker *et al.*, 2001). É uma condição necessária e não o objetivo final.



FIGURA 3: *BALANCED SCORECARD* ADAPTADO ÀS ORGANIZAÇÕES SEM FINS LUCRATIVOS

Fonte: Elaboração própria.

A escassez de recursos num contexto competitivo, obriga à necessidade de no setor público se definirem objetivos consistentes com a estratégia estabelecida e que sejam atrativos para os gestores os apresentarem nas suas propostas junto da decisão de topo. No entanto, o que é mais comum nestas organizações, é uma fixação de objetivos vaga e abrangente, com poucas metas quantitativas para avaliação. As preocupações da gestão estão mais associadas aos riscos de incumprimento das normas legais do que a uma gestão objetiva e racional (Pedro, 2004).

O BSC tem a sua maior utilidade para o setor público devido a conseguir capturar os aspetos não financeiros da performance e por identificar um número limitado de indicadores de performance chave que providenciam uma visão clara para alcançar a estratégia da organização (Northcott & Ma'amora Taulapapa, 2012). A utilização do BSC vai facilitar o reporte que é exigido pelos governantes às organizações do setor público. Existe também um aumento da transparência e prestação de contas que precisam de ser reportados ao governo central ou ao público (Northcott & Ma'amora Taulapapa, 2012).

Uma implementação de sucesso do BSC é influenciada por vários fatores como o comprometimento da gestão de topo e dos colaboradores, uma ênfase na excelência da performance, um BSC simples e com uma estratégia e objetivos organizacionais integrados e claros. As implementações que não são bem-sucedidas podem estar relacionadas com inadequados sistemas de informação, inadequada monitorização e falta de tempo, incerteza relacionada com os indicadores chave de performance, resistência organizacional à mudança ou à pequena dimensão da organização pública.

Na implementação do BSC a uma empresa ou serviço público são necessárias algumas adaptações ao modelo aplicado no setor empresarial (Gonzalez-Sanchez *et al.*, 2017). Northcott & Ma'amora Taulapapa (2012) identificaram dois fatores chave para o sucesso do BSC no setor público. A necessidade de o modificar consoante as necessidades da organização e a realização de uma aprendizagem apropriada. As modificações propostas ao modelo original do BSC incluem a inclusão de outras perspetivas de performance ou a expansão da perspetiva de cliente devido à sua preponderância no contexto do setor público.

## **Os Processos Internos no Sector Público**

Para compreender o alcance da aplicação do BSC é necessário o entendimento do conceito de processo. Pedro (2004) sugere que um processo é um conjunto de atividades estruturadas para produzir um determinado *output* para um cliente ou mercado. É uma estrutura para a ação integrada.

Implementar a metodologia do BSC numa organização pública pressupõe uma visão de processos e uma preocupação para com o cidadão e para com as empresas. É preciso

compreender como funcionam os processos e compará-los com uma situação ideal para identificar os pontos de ineficiência que a organização precisa de aperfeiçoar.

A inovação de processos é essencial porque origina o redesenho dos serviços, questionando a sua utilidade (Pedro, 2004). A necessidade de inovar é justificada por uma necessidade de reduzir tempo nos processos ou uma redução de custos.

A aplicação do BSC a apenas um ponto isolado da organização não produz resultados globais. Para se alcançar uma eficácia global é necessário verificar-se uma dinâmica geral com aplicação da metodologia em mais do que um departamento.

Se o BSC for implementado com ambição num vasto número de serviços públicos pode ser um fator poderoso de mudança indo de encontro a um aumento da satisfação dos clientes sem obrigar a um aumento de recursos financeiros (Pedro, 2004).

## **2.6.O *Balanced Scorecard* na Saúde**

Na maioria dos países desenvolvidos, o setor da saúde é uma das áreas de crescimento mais rápido da economia. Os sistemas de saúde são especialmente complexos, caracterizados por um conjunto heterogéneo de entidades, atividades e processos devido ao envolvimento dos cidadãos, governo, pacientes e profissionais (Catuogno *et al.*, 2017). As organizações de saúde operam em três domínios relacionados com política, gestão administrativa e serviços profissionais. Cada domínio atua com princípios diferentes e contrastantes entre si. A crescente preocupação e educação dos pacientes são novos desafios que as organizações de saúde enfrentam (Lapão, 2005).

Num setor, tradicionalmente, focado na saúde da população, na prevenção da doença e proteção e promoção da saúde, a existência de vários *stakeholders* vai aumentar a exigência de mais informação para suporte das decisões tomadas (Weir *et al.*, 2009). Para satisfazer os interesses dos diferentes *stakeholders* existe a necessidade de avaliar a performance de várias dimensões. Deste modo, o desenho de um sistema de avaliação de performance que promova a partilha de informações, prestação de contas e que inclua vários indicadores para analisar resultados é essencial (Catuogno *et al.*, 2017). A avaliação de performance vai ser útil para *benchmarking*, recompensar a qualidade e eficiência e ajudar a evolução das práticas clínicas dos profissionais.

A redução de custos e a melhoria da qualidade dos serviços, para ir de encontro às exigências dos contribuintes e reguladores, é também uma das preocupações das organizações de saúde (Walker & Dunn, 2006).

Uma metodologia, como o BSC, que abrange informação financeira e não-financeira é relevante para o setor público. A relação entre a qualidade e os custos é importante nas organizações de saúde para monitorizar as várias relações, o BSC é uma ferramenta apropriada para essas organizações em indústrias complexas, pois é o único que realiza ligações explícitas entre as diferentes dimensões de performance (Catuogno *et al.*, 2017; Gonzalez-Sanchez *et al.*, 2017; Voelker *et al.*, 2001; Zelman *et al.*, 2003).

A adoção do BSC nas organizações de saúde ajuda-as a organizar e implementar o plano estratégico, a reportar os resultados críticos e oferece informação aos contribuintes e reguladores. Permite sistemas integrados de saúde e aos seus grupos de trabalho trocarem informações sobre várias dimensões e estabelecer objetivos e metas integradas (Zelman *et al.*, 2003). Verifica-se um foco nos processos críticos e indicadores de resultados que demonstram o sucesso da implementação desta metodologia (Gonzalez-Sanchez *et al.*, 2017).

Walker & Dunn (2006) definem três princípios a estabelecer usando a metodologia BSC nas organizações de saúde. Primeiro devem estabelecer-se os objetivos globais da organização, seguido de um mapa estratégico onde os gestores de cada departamento devem definir os seus objetivos alinhados com os objetivos globais. Por fim, é necessário desenvolver um conjunto de indicadores de performance que avaliem a performance da organização. O BSC requiere também uma elevada quantidade de dados, sendo necessário estabelecer uma base de dados organizacional de informação clínica, operacional e financeira que pode ser usada no suporte à decisão (Zelman *et al.*, 2003).

A aplicação do BSC no setor da saúde é um grande desafio, desde logo devido aos muitos e diferentes *stakeholders*. A perspetiva dos clientes é prioritária face à perspetiva financeira, contrariamente ao modelo empresarial, sendo pedida uma atenção especial ao reporte para com os múltiplos *stakeholders* (Gonzalez-Sanchez *et al.*, 2017). Para alcançar os objetivos estratégicos, cada organização deve adaptar número e tipo de perspetivas e os indicadores

chave de performance à sua estratégia e não ficar limitada ao BSC tradicional (Gonzalez-Sanchez *et al.*, 2017; Walker & Dunn, 2006).

Algumas organizações não obtêm bons resultados da aplicação do BSC porque não desenvolvem relações causa-efeito entre as perspectivas e os indicadores. Apenas monitorizar os indicadores chave de performance ou a relação com os *stakeholders* pode melhorar a performance de curto-prazo, mas não vai ajudar a organização a gerir a estratégia (Gonzalez-Sanchez *et al.*, 2017; Voelker *et al.*, 2001).

### **Diferenças entre a aplicação do *Balanced Scorecard* em organizações de saúde e no setor da saúde**

Quando uma organização de saúde opta por implementar a metodologia BSC quer garantir que ao longo do tempo consegue comparar os diferentes resultados obtidos e realizar *benchmarking*. Na aplicação do BSC ao setor da saúde a comparabilidade entre as organizações é o mais importante, e a comparação de desempenho relevante é o *benchmarking* entre setores de saúde (Zelman *et al.*, 2003). A Tabela 2 destaca as principais diferenças entre a aplicação do BSC nas organizações de saúde e o setor de saúde.

	<b>Organizações de Saúde</b>	<b>Setor da Saúde</b>
<b>Unidades em análise</b>	Organização de saúde Departamentos estratégicos	Setor da saúde Organizações de saúde
<b>Objetivos</b>	Alcançar a missão da organização Gestão estratégica Melhorar os serviços Gestão de qualidade	Alcançar a missão do sistema Prestação de contas Melhorar os serviços Necessidades políticas
<b>Interessados</b>	Gestores de todos os níveis da organização	Direção da organização Contribuintes Governo Colaboradores
<b>Métodos</b>	Comparabilidade ao longo do tempo <i>Benchmarks</i> organizacional	Comparabilidade entre organizações <i>Benchmarks</i> no setor da saúde
<b>Informação</b>	Indicadores específicos para a organização Informação para a organização Reporte idiossincrático Menos problemas com a qualidade da informação	Indicadores gerais para o setor Informação para muitas organizações Reporte <i>standard</i> Mais problemas com a qualidade da informação
<b>Resultados</b>	Mecanismos de <i>feedback</i> internos Forças internas para mudança	Mecanismos de <i>feedback</i> externos Forças internas e externas para mudanças Formulação e modificação de políticas

TABELA 2: DIFERENÇAS NA APLICAÇÃO DO BSC NA SAÚDE

Adaptado de Zelman et al., *Use of the Balanced Scorecard in Health Care*, 2003, Journal of Health Care Finance.

### **3. Metodologia e Método de Investigação**

#### **3.1. Metodologia de investigação**

O processo de investigação em contabilidade pode ser classificado em diferentes paradigmas, nomeadamente, a investigação positivista, a investigação interpretativa e a investigação crítica (Chua, 1986; Hopper & Powell, 1985). Cada paradigma é o resultado de diferentes pressupostos sobre o conhecimento do estudo, o objeto do estudo e a relação entre o conhecimento teórico e a prática contabilística.

A investigação predominante em contabilidade assenta no paradigma de investigação positivista. É uma metodologia que ontologicamente possui uma visão objetiva da sociedade, em que os fenómenos são estudados independentemente do comportamento das pessoas (Vieira, 2009). Inicia-se com a definição do problema a investigar, seguido de uma definição de hipóteses de estudo e tem como objetivo investigar se os dados da realidade confirmam as hipóteses sendo, na investigação em contabilidade, a metodologia mais frequente em contabilidade financeira.

Na investigação interpretativa, a realidade é contextual, não sendo independente do investigador. O objetivo não é conseguir uma generalização estatística, mas sim de nível teórico. Vieira (2009) refere que, normalmente, são utilizados métodos qualitativos seguindo um processo iterativo que envolve um estudo empírico da realidade. É uma metodologia de investigação mais comum em contabilidade de gestão.

O paradigma de investigação crítica, assenta na problemática do conflito social e organizacional. Verifica-se uma relação entre o investigador e o objeto estudado. Neste caso, os valores do investigador e dos que estão a ser investigados influenciam a investigação (Vieira, 2009).

Vieira (2009) refere que se tem verificado uma crescente diversificação de metodologias utilizadas na investigação em contabilidade, no último quarto do século XX. Existe, agora, uma maior preocupação em estudar a contabilidade em contexto organizacional e social, assumindo uma visão subjetiva dos fenómenos contabilísticos e procurando as interações que ocorrem, em vez de se assumir que existe uma realidade objetiva com o observador



neutro e passivo. O paradigma de investigação vai estar associado ao fenómeno que o investigador pretende estudar. Os pressupostos que o investigador utilizar relativos à natureza da realidade do fenómeno em estudo afetarão a forma de alcançar o conhecimento sobre o fenómeno, e assim, determinar a metodologia a adotar na investigação.

Tratando-se de um “projeto empresa”, este trabalho consiste no desenho de um sistema de avaliação de performance numa organização específica, em articulação com os objetivos da mesma. Assim, será realizado seguindo um paradigma qualitativo do tipo interpretativo, com recurso à observação de uma realidade contextualizada, para a qual se pretende propor metodologias de ação.

Vieira *et al.* (2009) argumentam que na investigação qualitativa se consideram os sistemas sociais, não como fenómenos naturais, mas sim como fenómenos socialmente construídos. Deste modo, os sistemas sociais podem sofrer alterações em consequência de ações e comportamentos, dependendo do contexto social em que se inserem (Vieira *et al.*, 2009). Na investigação qualitativa tenta-se explicar a forma como os fenómenos sociais são interpretados, compreendidos, produzidos e construídos.

São selecionados métodos qualitativos que incluem um estudo empírico da realidade, interpretando-a no contexto sob o ponto de vista dos vários intervenientes no estudo. O estudo recorre ao método experimental e exploratório. Este consiste na produção de soluções e recomendações para um problema específico que se identificou, através da observação de vários fatores e intervenientes, que influenciam as conclusões que se pretendem alcançar (Ahrens & Chapman, 2006; Parker, 2012).

As conclusões serão formuladas através de métodos naturalistas, nos quais a interpretação é feita através da observação entre os atores em contextos específicos. Devido à complexidade deste paradigma, o estudo não será fundamentado com base em teorias e leis, pois as conclusões não são aplicáveis a todos os contextos. Os métodos naturalistas serão as entrevistas semiestruturadas, a observação participante e documentação (literatura e informação existente na organização).

As entrevistas semiestruturadas são adequadas à pesquisa qualitativa. Neste tipo de entrevistas, o investigador prepara um conjunto de perguntas estruturadas por categoria de

assuntos procurando explorar e aprofundar os vários temas em análise (Patton & Appelbaum, 2003; Vieira *et al.*, 2009). Contudo, pode durante a entrevista omitir ou adicionar novas questões, dependendo do rumo da entrevista e dos objetivos da investigação (Saunders *et al.*, 2009).

A opção por uma observação participante permite ao investigador estar presente na organização acompanhando e observando todas as atividades, comportamentos e interações com os diversos participantes da organização (Vieira *et al.*, 2009).

A utilização da documentação existente na organização é utilizada para contextualizar, clarificar e verificar a informação adquirida por outras técnicas.

### **3.2.Método de Investigação: estudo de caso**

O método de investigação vai influenciar a forma como são recolhidas e analisadas as informações, de acordo com a metodologia utilizada pelo investigador (Ahrens & Chapman, 2006). O método de investigação adotado neste projeto é o de estudo de caso, sendo mais frequente o seu uso na área da contabilidade de gestão do que em outras vertentes da contabilidade (Cooper & Morgan, 2008).

O estudo de caso é apresentado como uma investigação empírica que estuda um fenómeno no seu ambiente real, quando as fronteiras entre o fenómeno e o seu contexto não são evidentes, utilizando múltiplas fontes de evidência (Saunders *et al.*, 2009; Vieira *et al.*, 2009; Yin, 2003). Yin (2003) menciona que o estudo de caso procura responder ao como e ao porquê, descrevendo a implementação e tornando público o conhecimento privado e ilustrando o motivo da abordagem do estudo. No entanto, um estudo de caso pode ser considerado apenas uma representação subjetiva do sistema social em estudo, em que um outro investigador poderia obter diferentes conclusões. Patton e Appelbaum (2003) referem que num estudo de caso, para além da subjetividade do investigador, existe também o problema do enviesamento ou falta de rigor que pode acontecer devido à subjetividade dos informantes a que o investigador recorre para compreender o caso em estudo.

Pretende-se desenvolver um estudo de caso do tipo experimental seguindo a lógica de “*Innovation Action Research*”, proposto por Kaplan (1998).

O estudo de caso experimental caracteriza-se pela utilização de várias práticas, técnicas e procedimentos por investigadores que têm como objetivo a aplicação de técnicas/ferramentas de gestão em organizações e analisar o seu impacto (Ryan *et al.*, 2002). Este tipo de estudo de caso tem ajudado a compreender os problemas, as dificuldades na implementação e os benefícios da adoção destas técnicas/ferramentas nas organizações.

A metodologia “*Innovation Action Research*” foi proposta por Kaplan (1998) para tentar solucionar problemas relacionados com os sistemas de custos e de medição de desempenho. É um novo conceito de um programa de pesquisa com intuito de formular e aplicar as melhores soluções que garantam um melhor desempenho das organizações.

Kaplan (1998) apresenta a lógica “*Innovation Action Research*” com uma estrutura representada por um ciclo de pesquisa. Numa primeira fase os investigadores observam as práticas organizacionais que podem ser melhoradas, que consiste no caso base, dando assim início ao ciclo, composto por quatro fases:

- Fase 1: Observação e análise para identificação de novas práticas inovadoras;
- Fase 2: Ensinar e falar sobre o processo de inovação;
- Fase 3: Escrever artigos de jornais e livros sobre as novas práticas inovadoras;
- Fase 4: Implementação do conceito em organizações.

É na fase 4, no momento de implementação, em que o investigador valida o novo conceito e se cria valor para a organização, tornando possível o avanço de conhecimento sobre o conceito e sobre o processo de implementação. Com a implementação inicial concluída e, com o intuito de criar ainda mais valor para a organização, inicia-se um novo ciclo (Kaplan, 1998).

Este trabalho terá por base a perspetiva metodológica do estudo de caso experimental e algumas fases da lógica “*Innovation Action Research*”. Pretende-se propor um modelo de avaliação de resultados, nomeadamente, um *Balanced Scorecard* para implementação num contexto e organização específica.

## **4. Estudo de caso**

### **4.1. Apresentação e caracterização da organização**

O Hospital de Vila Franca de Xira (HVFX), era um Hospital da Misericórdia e foi nacionalizado e integrado na rede nacional hospitalar em 7 de dezembro de 1974. Em 1993, foi adotada a designação de Hospital Reynaldo dos Santos.

É, atualmente, gerido através de um modelo de parceria entre o Estado português e o Grupo José de Mello Saúde que teve início no dia 1 de junho de 2011.

A 9 de outubro de 2012, o Hospital Reynaldo dos Santos, foi extinto e integrado na Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo (ARSLVT).

Em 3 de abril de 2013, foi iniciada a atividade plena no novo edifício, construído de raiz. As novas instalações, permitem oferecer condições físicas de melhor qualidade e ao utente usufruir de cuidados de saúde de mais qualidade.

Em outubro de 2014, o HVFX obteve o selo de acreditação Hospitalar pela Joint Commission International, a mais prestigiada instituição acreditadora na área da saúde, a nível mundial. Prosseguindo a sua aposta na segurança do doente.

A Parceria Público-Privada (PPP) estabelecida visa promover a partilha do risco para a prestação de cuidados de saúde, com novas experiências de gestão, bem como a participação do setor privado na conceção, construção, financiamento e exploração de unidades hospitalares do SNS. Apesar do investimento e exploração ser privado, o acesso aos serviços clínicos é o mesmo disponível nas restantes unidades hospitalares do setor público, isto é, os utentes mantêm os direitos e deveres previstos no acesso ao SNS.

O HVFX está, atualmente, integrado na rede de hospitais públicos, sendo uma unidade prestadora de cuidados de saúde diferenciados e que responde às necessidades de cerca de 245 mil pessoas dos concelhos de Alenquer, Arruda dos Vinhos, Azambuja, Benavente e Vila Franca de Xira.

O hospital conta, neste momento, com uma dotação de 313 camas. Existem 33 gabinetes para dar resposta às diferentes solicitações de consultas. No que diz respeito ao bloco

operatório conta com 9 salas de bloco operatório (6 em funcionamento contínuo) e 5 salas de partos e 1 de cesariana.

Em termos de urgências o HVFX conta com três tipos de urgência: geral, pediátrica e ginecologia/ obstetrícia. Para complementar as múltiplas especialidades médicas e cirúrgicas que existem no hospital, os utentes podem igualmente contar com serviços de cuidados especiais como as unidades de cuidados intensivos, intermédios e neonatologia. O hospital possui, também, equipamentos modernos e de tecnologia avançada ao dispor dos profissionais de forma a realizar meios complementares de diagnóstico e terapêutica.

O mapa dos serviços que o hospital oferece é o seguinte (Figura 4):

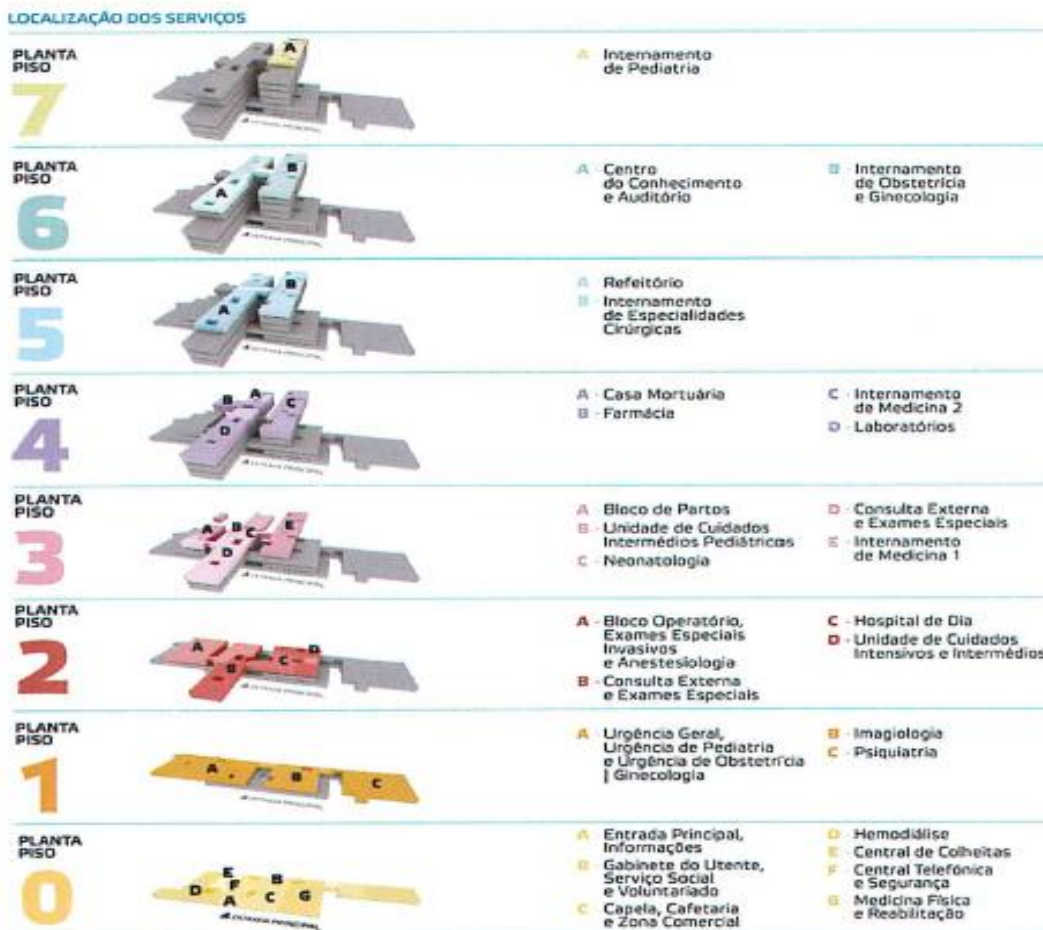


FIGURA 4: MAPA DOS SERVIÇOS

Fonte: Relatório de Gestão e Contas do HVFX 2016

No final de 2016, o HVFX contava com 1.390 colaboradores, dos quais 1.244 internos ao hospital e 146 prestadores de serviço. Registrou um crescimento de 8% face ao ano anterior e um crescimento de 73%, traduzido em 585 colaboradores, desde 2012.

Destaca-se que cerca de 66% dos colaboradores do hospital possuem o grau de licenciatura ou semelhante e que, 29% dos colaboradores pertencem ao HVFX há 6 ou mais anos.

O seguinte organograma, representado na Figura 5, foi apresentado pelo Conselho de Administração do HVFX para o ano de 2017.

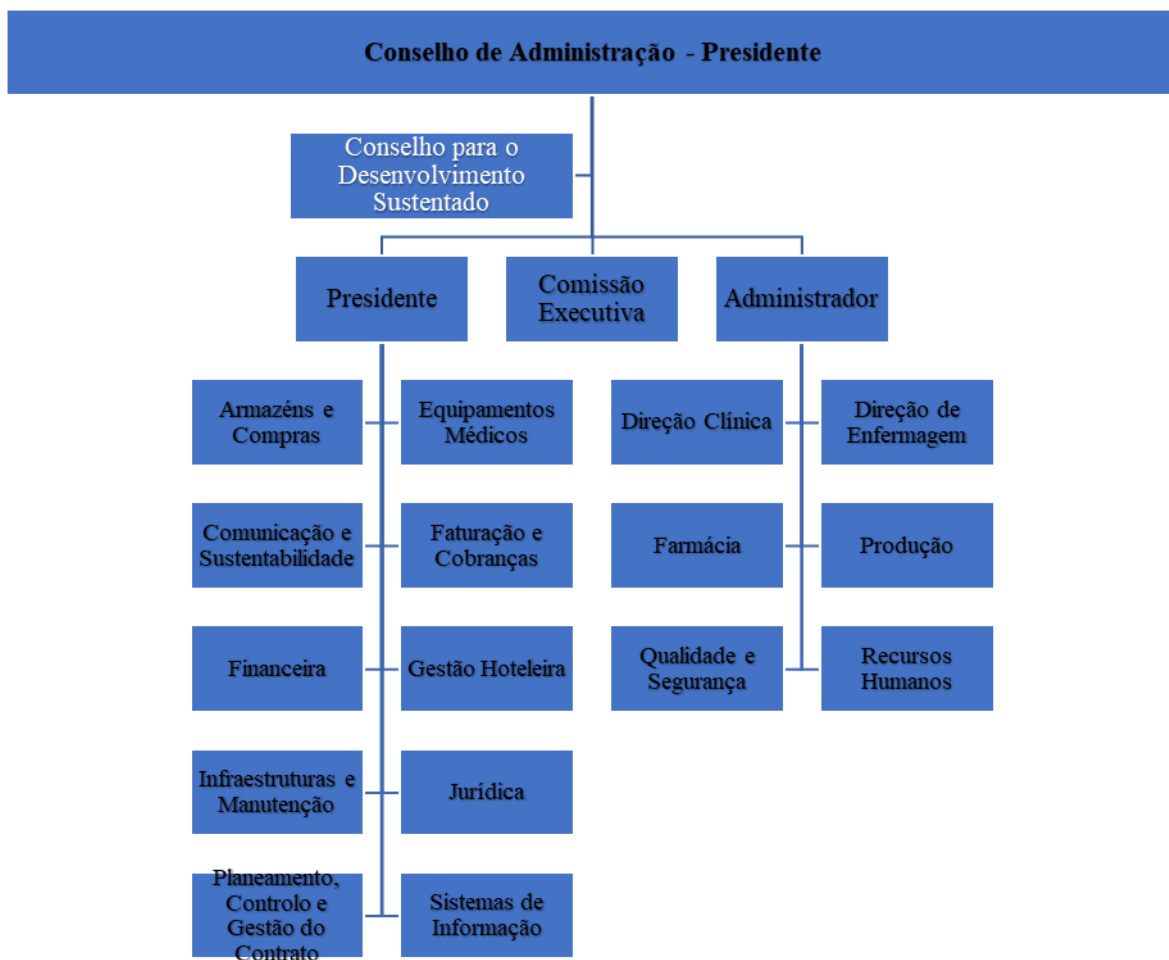


FIGURA 5: ORGANOGAMA DO HVFX, 2017

Fonte: Site Institucional

O Conselho de Administração é constituído por 8 elementos. Sendo eles um presidente e sete vogais. A Comissão executiva é composta por um presidente e dois administradores executivos.

## 4.2. Clarificação da estratégia organizacional

O HVFX tem as suas orientações estratégicas definidas no Relatório de Gestão e Contas de 2016 e, também, no seu Plano Estratégico 2016-2018, incluindo uma clara definição da Missão, Valores e Visão da organização, assim como os eixos estratégicos da organização.

Foi definida a missão do HVFX como a prestação de serviços de saúde à população da sua área de influência, com os mais elevados níveis de conhecimento, respeitando o primado da vida e o ambiente. Sendo, igualmente, uma entidade que desenvolve o capital humano e promove a saúde em estreita articulação com a comunidade, na busca permanente do melhor.

O HVFX tem como visão ser uma referência nacional pela qualidade, eficiência e segurança do serviço prestado, pretende ainda, obter um elevado nível de satisfação na população e tratar cada utente como gostaria de ser tratado, e por último desenvolver uma cultura forte e própria com elevado orgulho e satisfação por parte dos seus profissionais.

Os valores que o hospital defende constituem o padrão de comportamento que é respeitado, partilhado e privilegiado na gestão das atividades. A Tabela 3, apresenta os valores defendidos.

<b>Valores</b>	<b>Propósito</b>
Respeito pela Dignidade e Bem-Estar da Pessoa	Garantir os direitos e o bem-estar do utente, humanizando a relação e os cuidados prestados.
Desenvolvimento Humano	Incentivar o crescimento dos profissionais, valorizando as capacidades e a procura de um objetivo comum.
Competência	Valorizar a capacidade técnica, a formação e a entreajuda de todos os profissionais.
Inovação	Encontrar novas formas de atuar, privilegiando o trabalho em equipa e a partilha de conhecimentos.
Responsabilidade	Promover a responsabilidade individual e coletiva na boa prática clínica e na utilização de recursos.

TABELA 3: VALORES DO HVFX

Fonte: Relatório de Gestão e Contas de 2016

No plano estratégico 2016-2018 foram delineados eixos de compromisso estratégico, sob os quais se definiram objetivos e medidas que consistem nas linhas orientadoras para o triénio, sendo eles:

- Qualidade e Segurança do Doente – consiste na implementação de uma abordagem estruturada, mensurável e auditável, que promova a melhoria contínua, integrando as diferentes metodologias da qualidade e apoiando ativamente os profissionais.
- Eficiência Operacional Sustentável – este eixo estratégico, encontra-se em consonância com o pressuposto de os hospitais em PPP usufruem de um enquadramento que lhes permite atingir níveis de eficiência e sustentabilidade elevados. Procura-se um crescimento nas diversas áreas de atividade.
- Tecnologias de Informação e Comunicação – é pretendido que os sistemas de informação promovam e suportem a concretização dos objetivos da organização e que sejam agentes facilitadores de comunicação.
- Comunicação e Transparência – o hospital, através deste eixo estratégico, pretende aumentar a eficácia da sua comunicação e conseqüentemente melhorar a sua reputação e notoriedade.
- Valorização e Satisfação dos Profissionais – pretende-se que o HVFX seja reconhecido por empregar profissionais de elevada qualidade, claramente acima da média do mercado. Necessita de aumentar a capacidade de atração, retenção e desenvolvimento dos profissionais. Pretende promover uma cultura assente no mérito.
- Hospital e a Comunidade – é intenção do hospital estabelecer uma forte ligação com a comunidade onde está inserido, procurando posicionar-se como um parceiro para a saúde local. É, também, pretendido pelo HVFX ser um promotor ativo da saúde da população através de várias iniciativas.
- Cuidados Centrados na Pessoa – estando a missão do hospital centrada na prestação dos melhores cuidados de saúde ao utente, este, ambiciona fazer mais e melhor. Pretende desenvolver uma cultura focada no utente em que este é a prioridade.



### **4.3.A Unidade descentralizada – estrutura organizativa**

*“Um serviço que é um espaço de fronteira entre a vida e a morte. Um serviço gerido ao minuto. Um serviço que obriga a um estar sempre presente. Um serviço de decisões difíceis em curto espaço de tempo”*, é assim que a Unidade de Cuidados Intensivos é definida por um diretor de uma dessas unidades de um hospital do SNS (Catorze, 2016).

É uma das unidades pilar dos hospitais. A Unidade de Cuidados Intensivos recebe doentes críticos, doentes que carecem de suporte vital de órgãos em contextos multifatoriais e multi-patológicos. Os doentes, nesta unidade, recebem suporte de funções vitais, de vigilância e monitorização em determinado tipo de doenças, com o objetivo de melhorar a qualidade associada à sua qualidade de vida e para que possam ultrapassar situações críticas (Catorze, 2016).

Catorze (2016) sublinha que *“A gestão deste serviço não é só uma gestão de afetos mas também é uma gestão de recursos, quer humanos quer técnicos. As Unidades de Cuidados Intensivos são o culminar do desenvolvimento técnico e científico do saber”*. O mesmo autor, sugere que é na Unidade de Cuidados Intensivos que a concentração de recursos humanos, tecnológicos e científicos bem rotinados promovem uma melhor qualidade dos serviços médicos prestados aos doentes.

A Unidade de Cuidados Intensivos e Cuidados Intermédios Polivalentes (UCI/UCIP) do HVFX presta cuidados no âmbito do doente crítico, à população adulta da sua área de influência e a todos os restantes doentes que sejam transferidos para esta Unidade.

Os cuidados prestados são orientados para garantir a excelência, de forma humanizada e ética, gerindo de forma eficiente os recursos humanos e financeiros existentes. O principal objetivo da Unidade é sempre o benefício da pessoa doente. A UCI/UCIP está estruturada em duas unidades autónomas de prestação de cuidados, as quais têm recursos humanos e materiais, bem como gestão e direção partilhada: Unidade de Cuidados Intensivos e Unidade de Cuidados Intermédios Polivalentes.

#### **Missão e Atribuições**

A UCI/UCIP foca-se na prestação de cuidados médicos diferenciados a pessoas doentes em situação crítica, com o intuito de promover a sua recuperação global, ou a minorar o impacto da doença crítica na sua vida e função. Promove também, cuidados paliativos destinados a minorar o sofrimento do doente crítico. A Medicina Intensiva é centrada no doente crítico, especificamente no seu diagnóstico, na identificação das alterações fisiopatológicas, no suporte de órgãos e sistemas em sofrimento ou falência, assim como na prevenção da deterioração clínica.

Os objetivos da Unidade de Cuidados Intensivos do HVFX ficaram definidos no regulamento interno da mesma, são eles:

- Suportar e recuperar funções vitais de doentes em situação clínica de falência de órgãos, e, em paralelo, tratar as doenças subjacentes proporcionando a recuperação do bem-estar;
- Monitorizar e tratar doentes em situações de risco de evolução de falência orgânica, prevenindo a evolução clínica para situações de maior gravidade;
- Proporcionar cuidados adequados de acordo com a ética, o bem-estar do doente e a justiça distributiva, no caso de situações clínicas consideradas intratáveis;
- Suportar o funcionamento de órgãos e sistemas passíveis de colheita para transplante em casos de potenciais dadores em processo de morte cerebral.

### Localização e Instalações

A UCI/UCIP situa-se no piso 2 do HVFX. O serviço é composto pela área de prestação de cuidados, onde se encontram os doentes críticos internados, e a área de apoio, que é externa e separada por portas. A Tabela 4 apresenta a distribuição de camas na UCI/UCIP e as suas características.

Medicina Intensiva	Nº de camas	Quartos Individuais	Sala Aberta
UCI	8	8	0
UCIP	12	2	10

TABELA 4: DISTRIBUIÇÃO DE CAMAS NA UCI/UCIP DO HVFX

Fonte: Regulamento Interno da UCI/UCIP do HVFX

São dois serviços assistenciais direcionados para diagnosticar várias situações clínicas, a orientação terapêutica e prognóstica. Sob a coordenação de uma equipa médica sempre

residente, discute-se multidisciplinarmente os problemas clínicos. É, igualmente, promovido o ensino, a formação contínua e a investigação científica.

A equipa de saúde que se encarrega dos cuidados aos doentes é comum às duas unidades, deste modo, os profissionais possuem o treino adequado para acompanhar todos os doentes que possam ser admitidos na Unidade.

### Recursos Humanos

A UCI/UCIP do Hospital de Vila Franca de Xira, quanto aos seus recursos humanos, encontra-se distribuída num organograma como se descreve na Figura 6.

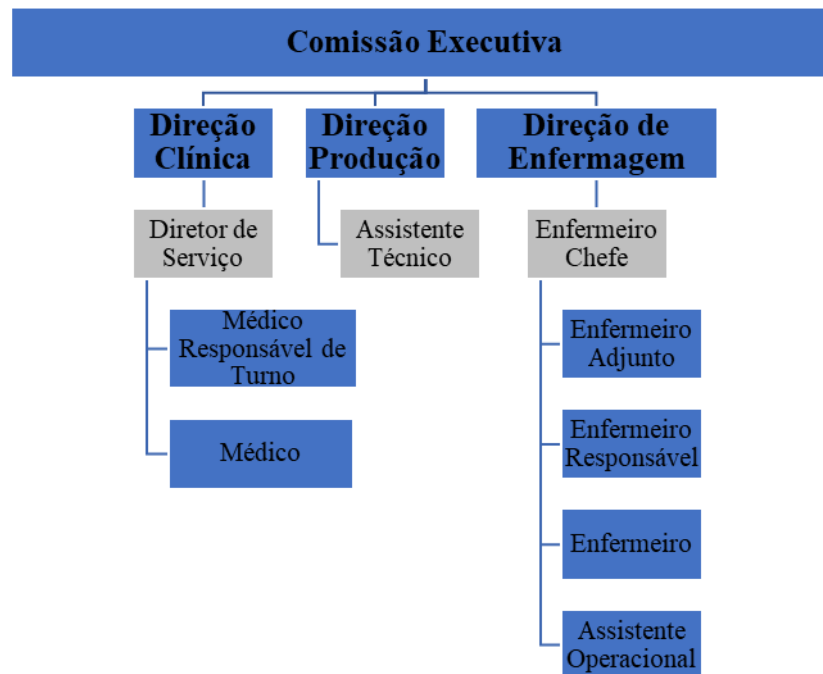


FIGURA 6: ORGANOGAMA DA UCI/UCIP DO HVFX

Fonte: Regulamento Interno da UCI/UCIP do HVFX

Destaca-se que alguns fatores como a gestão de risco e, também, ao mesmo tempo, a dinamização de qualidade e de segurança são assegurados através de uma interação entre o diretor de serviço e o enfermeiro chefe.

### Organização e Funcionamento da Unidade

O processo de internamento na unidade é o que se apresenta na Figura 7:

**FIGURA 7: PROCESSO DE INTERNAMENTO NA UNIDADE**

Fonte: Regulamento Interno da UCI/UCIP do HVFX

Todas estas ações são regulamentadas pelos protocolos e processos que lhes estão associados.

A UCI/UCIP é constituída por uma equipa médica, equipa de enfermagem e equipa de assistentes operacionais.

A equipa médica permanente da área de Medicina Intensiva é constituída por médicos especialistas, que possuam uma especialidade primária e com treino de Medicina Intensiva. Devem estar incluídos na equipa médica, pelo menos 3 médicos com a sub-especialidade de Medicina Intensiva creditada pelo Colégio da Sub-especialidade de Medicina Intensiva da Ordem dos Médicos.

No que se refere à equipa de enfermagem, esta deve ser coordenada pelo enfermeiro gestor e, na sua ausência, pelo enfermeiro adjunto ou pelo enfermeiro responsável de equipa. Os enfermeiros estão agrupados em quatro equipas, num horário rotativo.

Os enfermeiros são distribuídos pelas duas áreas (UCI/UCIP) através do documento de distribuição diária, responsabilidade do enfermeiro gestor ou seu adjunto. O rácio mínimo de enfermeiros por doente é 1:2 na UCI e de 1:4 na UCIP.

Por último, a equipa de assistentes operacionais é coordenada pelo enfermeiro gestor. A distribuição dos assistentes operacionais, segue o mesmo método adotado na distribuição dos enfermeiros. O número mínimo de assistentes operacionais é de 1 por cada unidade (1 para a UCI e 1 para a UCIP).

A UCI/UCIP mantém atividade clínica constante, 24h por dia, todos os dias da semana.

O acesso à área assistencial da UCI/UCIP é efetuado exclusivamente através de cartão.

#### **4.4. Práticas de controlo de gestão atuais e novas necessidades**

A unidade realiza, mensalmente, um relatório de atividade onde são monitorizados e comparados com o período homólogo alguns indicadores não financeiros de índole técnica e onde são identificados, também, alguns acontecimentos de relevo ao nível do quadro de pessoal da unidade.

A gestão efetuada na unidade está, essencialmente, relacionada com a análise de indicadores não financeiros, como a taxa de ocupação (número de doentes/número de camas), número de infeções registadas ou o número de dias de medicação.

Ao nível de indicadores financeiros, a unidade efetua a análise aos resultados obtidos tendo por base a demonstração de resultados na unidade realizada mensalmente. O principal indicador a considerar são os custos da unidade.

Com o intuito de se acompanhar a evolução e melhoria da prestação de serviço, são monitorizados vários indicadores e a participação em vários programas. De referir:

- Indicadores de Contrato da PPP: indicadores clínicos de segurança do processo, incidência de infeção nosocomial e de dados epidemiológicos relevantes;
- Programa SINAS-UCI (Sistema Nacional de Avaliação em Saúde – Unidades de Cuidados Intensivos) para aferição do cumprimento dos procedimentos clínicos. Coordenado pela Entidade Reguladora da Saúde (ERS);
- Programa HELICS-ICU (Hospitals in Europe Link for Infection Control through Surveillance – Intensive Cure Unit) para aferição e comparação de dados. Coordenado pela Direção Geral de Saúde (DGS);
- Programa de vigilância epidemiológica da Gripe em UCI. Coordenado pela DGS.

No seguimento, da intenção de uma evolução e melhoria da prestação de serviço decidiu-se proceder a conceção de um BSC para a UCI/UCIP do HVFX. Um melhor uso da informação proveniente dos indicadores não financeiros já monitorizados e a inclusão de outros que possam proporcionar uma melhoria contínua da atividade da unidade é destacado no ponto seguinte com a apresentação de um BSC para a UCI/UCIP.

#### **4.5. Proposta de um *Balanced Scorecard* para a unidade descentralizada**

A concepção do BSC, tendo como referência o modelo base apresentado por Kaplan e Norton e com as devidas adaptações referentes ao setor público e às organizações sem fins lucrativos, pode ser realizada após ter sido efetuada uma análise estratégica à organização e à unidade descentralizada em estudo. Seguidamente, apresenta-se uma tabela resumo (Tabela 5), onde é apresentada a proposta final de BSC para a unidade, o mapa estratégico e são destacados outros princípios referentes à unidade.

Missão/Visão/Valores		Objetivos	Indicadores	Iniciativas Estratégicas
		Perspetiva do Utente		
<p><b>Missão:</b> Prestar cuidados médicos a doentes em situação crítica, promovendo a sua recuperação ou minorando o impacto da doença crítica.</p>	<p><b>Valores:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Respeito pela dignidade e bem-estar da pessoa;</li> <li>• Desenvolvimento humano;</li> <li>• Competência;</li> <li>• Inovação;</li> <li>• Responsabilidade.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Aumentar grau de satisfação do utente e familiares no período de internamento</li> <li>• Garantir um elevado nível de qualidade do serviço</li> <li>• Reforçar a abordagem multidisciplinar na resposta hospitalar ao utente</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Índice de satisfação do utente</li> <li>• Nº de medidas adotadas</li> <li>• Nº de reclamações de utentes</li> <li>• Nº de transferências indevidas</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Inquérito sobre as principais necessidades do utente e familiar no período de internamento</li> <li>• Assegurar a correta duração da proflexia e terapêutica antibiótica</li> <li>• Consolidar percursos clínicos</li> </ul>
		Perspetiva Financeira		
<b>Visão:</b> Ser uma referência nacional pela qualidade, eficiência e segurança no serviço prestado.				
Pilares de funcionamento global da UCI/UCIP		Perspetiva dos Processos Internos		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Promover iniciativas com outras unidades do hospital</li> <li>• Identificar erros e eventos adversos</li> <li>• Adequar os processos aos indicadores de qualidade</li> <li>• Controlar investimentos</li> </ul>
<p>Suporte e recuperação de funções vitais de doentes em situação clínica de falência de órgãos, e, em paralelo, tratamento das doenças subjacentes proporcionando a recuperação do bem-estar;</p> <p>Monitorização e tratamento de doentes em situação de risco de evolução de falência orgânica, prevenindo a evolução clínica para situações de maior gravidade;</p> <p>Proporcionar cuidados adequados de acordo com a ética, o bem-estar do doente e a justiça distributiva, no caso de situações clínicas consideradas intratáveis;</p> <p>Suporte ao funcionamento de órgãos e sistemas passíveis de colheita para transplante em casos de potenciais dadores em processo de morte cerebral.</p>		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Aumentar a eficácia da comunicação</li> <li>• Apresentar taxas de infeção reduzidas</li> <li>• Alcançar a avaliação de excelência do SINAS</li> <li>• Melhorar o nível de disponibilidade dos recursos</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Nº de consultas de <i>follow-up</i></li> <li>• Taxa de infeção de internamento</li> <li>• Nº de dias de medicação</li> <li>• Avaliação SINAS obtida</li> <li>• Nº de processos alterados</li> <li>• Taxa de utilização da capacidade instalada</li> </ul>	
		Perspetiva da Aprendizagem Organizacional		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Identificar objetivos</li> <li>• Promover uma avaliação 360º</li> <li>• Iniciativas que fomentem as relações entre os colaboradores</li> <li>• Realizar formações</li> </ul>
		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Implementar um modelo de avaliação de desempenho</li> <li>• Aumentar o grau de satisfação dos colaboradores</li> <li>• Mentalizar os colaboradores da importância que têm na experiência do utente</li> <li>• Identificar “talento” na unidade</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Concretização do <i>score</i></li> <li>• Índice de satisfação dos colaboradores</li> <li>• Nº de eventos de <i>networking</i></li> <li>• Nº médio de horas de formação por colaborador</li> </ul>	

TABELA 5: BALANCED SCORECARD PARA A UCI/UCIP

## Missão, Visão e Valores

Através da documentação analisada e observação participante foi possível verificar a concordância entre a missão e a visão que a unidade apresenta. Quanto aos valores definidos na unidade, foi realizado uma nova proposta de valores, com o objetivo de um maior alinhamento com os definidos pela organização, como apresentado na Tabela 5.

## Perspetivas do *Balanced Scorecard* e objetivos estratégicos

A concretização da estratégia definida necessita que se estabeleçam desde logo os objetivos estratégicos a alcançar.

A Tabela 6 , apresenta a proposta de BSC para a perspetiva do utente. Esta perspetiva procura entender como somos percecionados pelos nossos utentes.

Perspetiva de Performance	Temas Estratégicos	Objetivos Estratégicos	Indicadores de Performance
Utente	• Satisfação do utente	• Aumentar o grau de satisfação do utente e familiares no período de internamento	• Índice de satisfação do utente • N° de medidas corretivas adotadas
	• Promoção da melhoria do estado de saúde da população e segurança do doente	• Garantir um elevado nível de qualidade do serviço	• N° de reclamações de utentes
		• Reforçar a abordagem multidisciplinar na resposta hospitalar ao utente	• N° de transferências indevidas

TABELA 6: BSC PERSPETIVA DO UTENTE

A satisfação do utente é uma das grandes preocupações que as entidades de saúde enfrentam atualmente. Assim sendo, decidiu-se propor o objetivo “Aumentar o grau de satisfação do utente e familiares no período de internamento” como resposta a essa preocupação. Onde o *feedback* destes intervenientes sobre o período de interação com a unidade é essencial.

Sendo uma unidade de serviço onde não se consegue atuar por antecipação da doença, é necessário promover a melhoria do estado de saúde e segurança do doente. Com o intuito de solucionar essa necessidade são propostos os objetivos “Garantir um elevado nível de qualidade do serviço” e “Reforçar a abordagem multidisciplinar na resposta hospitalar ao



utente”. Estes objetivos vão, também, de encontro com o objetivo do HVFX de ser um hospital de referência entre os pares na área de resposta às necessidades dos utentes.

Os temas estratégicos, objetivos estratégicos e indicadores de performance da perspetiva financeira, são apresentados na Tabela 7. Nesta perspetiva, procura-se compreender como somos vistos pelos nossos *stakeholders*.

Perspetiva de Performance	Temas Estratégicos	Objetivos Estratégicos	Indicadores de Performance
Financeira	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Monitorização e adequação dos gastos</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Garantir uma gestão equilibrada</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Resultado da unidade</li> <li>• Custo doente padrão</li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Equilíbrio da posição económica e financeira</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Adequar o nível de investimento à atividade realizada</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Volume de investimentos</li> </ul>

TABELA 7: BSC PERSPETIVA FINANCEIRA

O HVFX encontrando-se sobre gestão de uma PPP onde tem obrigações contratuais a cumprir, pelo que o desempenho financeiro não pode ser menosprezado. Deste modo, para a UCI/UCIP, foram definidos dois objetivos estratégicos, na perspetiva financeira, para garantir a melhor performance da unidade.

Ao propor-se o objetivo de “Garantir uma gestão equilibrada”, pretende-se assegurar que os gastos da unidade estão alinhados com os valores orçamentados no início do ano e em cumprimento do contrato de PPP.

O objetivo de “Adequar o nível de investimento à atividade realizada”, surge com o intuito de garantir que o volume de investimentos na unidade seja rentabilizado, quer a nível físico quer a nível humano.

A perspetiva dos processos internos, onde se procura que os processos adotados permitam a excelência, apresenta na Tabela 8 os seus objetivos e indicadores de performance mais relevantes para a unidade.

Perspetiva de Performance	Temas Estratégicos	Objetivos Estratégicos	Indicadores de Performance
<b>Processos Internos</b>	• Reforço da cooperação entre unidades	• Aumentar a eficácia da comunicação	• Nº de consultas de <i>follow-up</i>
	• Promoção de qualidade nos serviços prestados	• Apresentar taxas de infeção reduzidas	• Taxas de infeção de internamento • Nº de dias de medicação
		• Alcançar a avaliação de excelência do SINAS	• Avaliação SINAS obtida • Nº de processos alterados
	• Promoção de uma eficiência operacional sustentável	• Melhorar o nível de disponibilidade dos recursos	• Taxa de utilização da capacidade instalada

TABELA 8: BSC PERSPETIVA DOS PROCESSOS INTERNOS

Como já foi referido anteriormente, o HVFX, e por consequência a UCI/UCIP, pretendem ser uma referência nacional pela qualidade, eficiência e segurança do serviço prestado. Deste modo, são apresentados quatro objetivos para a perspetiva dos processos internos procurando alcançar essa ambição.

O objetivo “Aumentar a eficácia da comunicação”, procura incrementar a interação entre as várias unidades do HVFX, conseguindo um melhor acompanhamento do utente e um processo de melhoria do estado de saúde mais sustentado.

Os objetivos “Apresentar taxas de infeção reduzidas” e “Alcançar a avaliação de excelência do SINAS” são apresentados com o intuito de promover a qualidade dos serviços prestados. A participação no programa SINAS permite acompanhar a evolução e melhoria da prestação de serviços na unidade.

Na procura de uma eficiência operacional sustentável, sugere-se o objetivo “Melhorar o nível de disponibilidade dos recursos”. Este objetivo procura avaliar a utilização de recursos da unidade e garantir que são utilizados com a máxima otimização dos mesmos.

A Tabela 9, apresenta a proposta de BSC para a perspetiva da aprendizagem organizacional. Nesta perspetiva, procura-se continuar a inovar e a criar valor para a unidade.

Perspetiva de Performance	Temas Estratégicos	Objetivos Estratégicos	Indicadores de Performance
<b>Aprendizagem Organizacional</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Metodologias de avaliação e responsabilização</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Implementar um modelo de avaliação de desempenho</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Concretização do <i>Score</i></li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Satisfação e motivação dos colaboradores</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Aumentar a satisfação dos colaboradores</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Índice de satisfação dos colaboradores</li> <li>• N° de eventos de <i>networking</i></li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Promoção da qualificação dos colaboradores</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Consciencializar os colaboradores da importância que têm na experiência do utente</li> <li>• Identificar “talento” na unidade</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• N° médio de horas de formação por colaborador</li> </ul>

TABELA 9: BSC PERSPETIVA DA APRENDIZAGEM ORGANIZACIONAL

A proposta para a perspetiva da aprendizagem organizacional da UCI/UCIP destaca a necessidade de promover uma cultura assente no mérito, de maximizar a satisfação dos colaboradores e de procurar integrar profissionais de elevada qualidade nos seus quadros. São propostos quatro objetivos que pretendem abranger estas necessidades identificadas.

A promoção de uma cultura assente no mérito proporciona que seja proposto o objetivo “Implementar um modelo de avaliação de desempenho” para assegurar que seja concretizado este tema estratégico. Modelo que terá de ser adaptado às particularidades da UCI/UCIP.

O objetivo “Aumentar a satisfação dos colaboradores” pretende avaliar a motivação dos profissionais na realização das suas atividades e com o desempenho da unidade e garantir que esta atinja os 100%.

Sendo uma das metas estratégicas do HVFX contar com profissionais de elevada qualidade nos seus quadros são apresentados os objetivos “Consciencializar os colaboradores da importância que têm na experiência do utente” e “Identificar “talento” na unidade” para a concretização da mesma. Estes objetivos procuram garantir a máxima formação dos profissionais da unidade para fazer face a qualquer situação que possam encontrar no exercício das suas funções.

## Mapa Estratégico

A importância da cadeia de relações de causa-efeito entre as perspectivas do BSC já foi mencionada anteriormente no presente trabalho. Estas relações ajudam a comunicar a estratégia através dos objetivos e indicadores escolhidos, em cada uma das perspectivas (Braam & Nijssen, 2004).

Kaplan e Norton (2000, 2004) evidenciam a importância do mapa estratégico em criar resultados tangíveis através de ações intangíveis. O mapa estratégico demonstra, também, o alinhamento com os pilares estratégicos e com a visão da organização.

Com os objetivos estratégicos da unidade bem definidos e alinhados com as metas estratégicas do HVFX, a Figura 8 apresenta o mapa estratégico da UCI/UCIP.

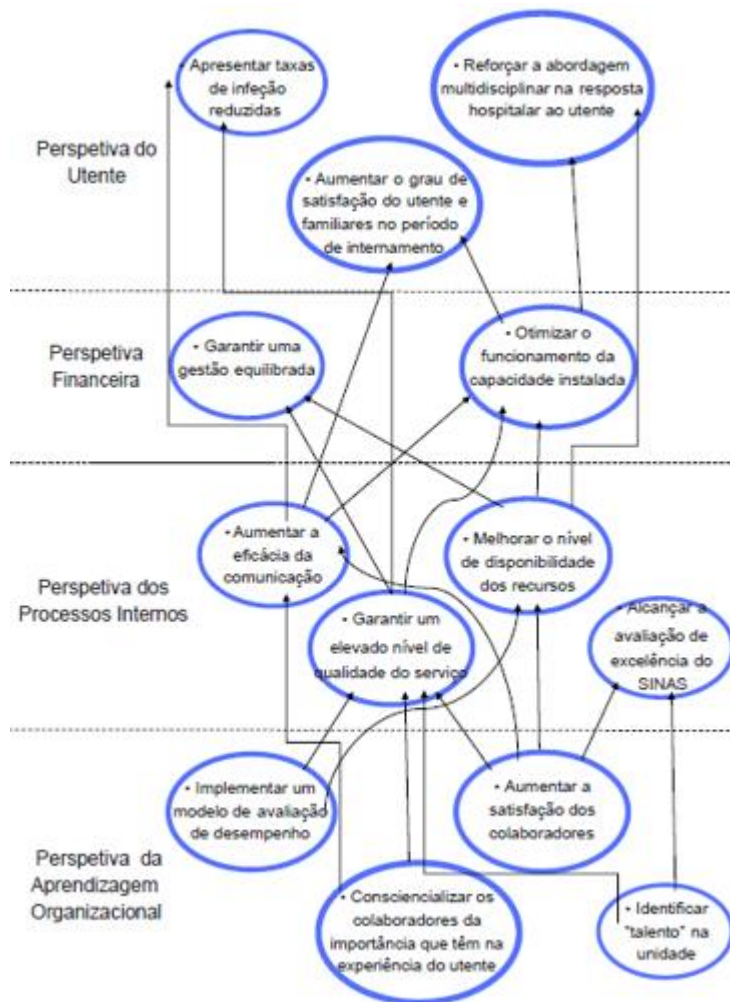


FIGURA 8: MAPA ESTRATÉGICO DA UCI/UCIP

## Indicadores de Desempenho

Os indicadores financeiros e não financeiros, da proposta de BSC para a UCI/UCIP do HVFX são dezoito, todos eles de acordo com a estratégia da organização e da unidade.

De seguida é realizado uma breve descrição dos mesmos.

### **Perspetiva do Utente**

- O índice de satisfação do utente diz respeito à avaliação que os utentes realizam à qualidade dos serviços prestados e à qualidade dos colaboradores.
- O nº de medidas corretivas adotadas é um indicador que pretende refletir alterações adotadas com base na opinião dos utentes.
- O nº de reclamações de utentes procura avaliar a satisfação dos utentes e da qualidade do serviço prestado na unidade.
- O nº de transferências indevidas diz respeito às situações em que o utente sai da UCI/UCIP para outra unidade e a situação não o exigia.

### **Perspetiva Financeira**

- O resultado operacional da unidade diz respeito à diferença entre o valor da sua produção e dos custos suportados na prática das suas atividades, para cumprimento da sua missão.
- O custo doente padrão vai permitir a realização de *benchmarking* e ter acesso ao custo *standard* de cada utente da unidade.
- O volume de investimentos procura aferir a rentabilização dos ativos da unidade.

### **Perspetiva dos Processos Internos**

- O nº de consultas de *follow-up* reflete o acompanhamento que é realizado ao utente entre as várias unidades de saúde.
- A taxa de infeção de internamento pretende avaliar a qualidade do serviço prestado ao utente e garantir que os serviços de saúde prestados são os melhores.

- O nº de dias de medicação reflete a prestação de cuidados aos utentes e avalia a gestão da melhoria do estado de saúde.
- A avaliação SINAS obtida diz respeito à avaliação das práticas de controlo atuais, onde são consideradas as indicações da ERS.
- O nº de processos alterados reflete a necessidade de aumentar a qualidade dos serviços prestados, após recomendações.
- A taxa de utilização da capacidade instalada procura avaliar a utilização de recursos da unidade e garantir que são utilizados com a máxima otimização dos mesmos de forma a aumentar a eficiência.

### **Perspetiva da Aprendizagem Organizacional**

- A concretização do Score diz respeito à avaliação alcançada pelos colaboradores nos seus processos de avaliação de desempenho.
- O índice de satisfação dos colaboradores reflete o grau de satisfação destes para com o desempenho da unidade e da organização.
- O nº de eventos de *networking* indica as iniciativas realizadas com o intuito de fomentar um bom ambiente de trabalho e criação de rede de contactos.
- O nº médio de horas de formação por colaborador diz respeito ao compromisso de desenvolvimento técnico e humano do colaborador na unidade.

## **5. Conclusões, Contribuições, Limitações e Oportunidades de Investigação**

### **5.1. Conclusões**

O presente estudo teve como principal objetivo desenhar um modelo de gestão de performance de um centro de responsabilidade numa unidade pública de saúde e, ao mesmo tempo, realizar outros objetivos específicos relacionados com os modelos de gestão de performance, designadamente contribuir para um modelo de descentralização mais sustentado, contribuir para uma gestão mais eficiente, alinhada, focalizada e responsável e conceber um modelo de gestão facilmente replicável noutros centros de responsabilidade.

Para a execução deste estudo, procedeu-se a um enquadramento teórico e, seguidamente, à realização do estudo de caso. O estudo necessitou de uma caracterização do setor de atividade e da organização em estudo. Foram identificadas as práticas de controlo de gestão atuais e novos desafios que a unidade em estudo espera encontrar.

A oportunidade de conceber um modelo BSC para a UCI/UCIP do HVFX, surge no seguimento do interesse da organização e da unidade descentralizada em procurar aumentar a eficiência, o reforço da autonomia e da responsabilidade dos gestores. Em concordância com este interesse surge, também, após análise da unidade, a necessidade de encontrar uma nova metodologia de avaliação de performance que complemente as práticas de gestão que a unidade já praticava.

A metodologia BSC é apresentada como um instrumento de gestão moderna e orientada para a estratégia que reflete, em cada momento, a situação do departamento ou da área, abrangendo informação financeira e não-financeira. O facto de este desenvolver as relações de causa-efeito entre as diferentes dimensões de performance torna-o na ferramenta apropriada para indústrias complexas como a da saúde (Catuogno *et al.*, 2017; Gonzalez-Sanchez *et al.*, 2017; Voelker *et al.*, 2001; Zelman *et al.*, 2003).

Para a conceção do BSC foram definidos os objetivos estratégicos da unidade, de acordo com as diferentes perspetivas do BSC, as iniciativas estratégicas e os indicadores de performance.

Este estudo permitiu concluir que é possível conceber um BSC numa organização do setor público na área da saúde desde que se tenha em conta a realidade organizacional e com os devidos ajustamentos, a cada unidade descentralizada, este pode ser replicado.

## **5.2. Contribuições do estudo**

O presente estudo contribui para alargar os conhecimentos da metodologia BSC no setor público e, conseqüentemente num setor complexo como é o caso da saúde.

Permitirá à UCI/UCIP do HVFX a clarificação da estratégia da unidade pelos seus colaboradores, um alinhamento da estratégia com os objetivos e indicadores definidos no BSC e um acompanhamento constante da envolvente interna da unidade onde irá possuir informação sistematizada sobre todos os seus objetivos estratégicos.

Este estudo pode também ser utilizado pelo HVFX para ser replicado em outros centros de responsabilidade da organização para ir de encontro ao objetivo de realizar melhorias das atuais práticas de controlo de gestão.

## **5.3. Limitações e Oportunidades de investigação futura**

A realização deste estudo envolve um elevado grau de complexidade devido a ser uma organização do setor da saúde que se encontra sobre a gestão de uma PPP. A informação disponibilizada e o tratamento da mesma exigiu um especial cuidado devido à necessidade de alguma confidencialidade.

A conceção do BSC para a UCI/UCIP do HVFX pode ter ficado limitada devido à existência das metas estratégicas da organização para o triénio 2016-2018 que reduzem o âmbito dos objetivos estratégicos da unidade.

Este estudo cria a oportunidade de implementar o BSC na UCI/UCIP do HVFX e o estudo dos resultados obtidos analisando os efeitos e as possíveis alterações a este modelo concebido para melhoria da avaliação de performance.

Surge, também, a oportunidade de com as devidas alterações o modelo aqui apresentado ser adaptado a outras unidades descentralizadas desta organização de saúde e a outras organizações de saúde com as mesmas características.



## 6. Bibliografia

Agostinho, T. 2009. *Avaliação da Performance numa organização de saúde: o caso da clínica de Santo António*. Tese de mestrado não publicada, Iscte-Iul, Lisboa.

Ahrens, T., & Chapman, C. S. 2006. Doing Qualitative Field Research in Management Accounting: Positioning Data to Contribute to Theory. *Handbooks of Management Accounting Research*, 1: 299–318.

Anthony, R. 1988. *The Management Control Function*. Boston, Massachusetts: The Harvard Business Press.

Anthony, R., & Govindarajan, V. 2007. *Management Control Systems*. (12th ed.). Boston: McGraw-Hill.

Araújo, J. 2005. A reforma do serviço nacional de saúde: o novo contexto de gestão pública.

Atkinson, A. A., Waterhouse, J. H., & Wells, R. B. 1997. A Stakeholder Approach to Strategic Performance Measurement. *Sloan Management Review*, 38(3): 109–110.

Braam, G. J. M., & Nijssen, E. J. 2004. Performance effects of using the Balanced Scorecard: A note on the Dutch experience. *Long Range Planning*, 37(4): 335–349.

Catorze, N. 2016, June 17. Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente. +*Médio Tejo*.

Catuogno, S., Arena, C., Saggese, S., & Sarto, F. 2017. Balanced performance measurement in research hospitals: the participative case study of a haematology department. *BMC Health Services Research*, 17(1): 522.

Chua, W. F. 1986. Radical Developments in Accountig Thought. *The Accounting Review*, LXI(4): 601–632.

Cooper, D. J., & Morgan, W. 2008. Case study research in accounting. *Accounting Horizons*, 22(2): 159–178.

Drury, C. 2012. *Management and Cost Accounting*. (8th ed.). Hampshire: Cengage

Learning.

Eccles, R. G. 1991. The performance measurement manifesto. *Harvard Business Review*, 69(1): 131–137.

Epstein, M., & Manzoni, J. F. 1998. Implementing corporate strategy: from tableaux de bord to balanced scorecards. *European Management Journal*, 16(2): 190–203.

Flamholtz, E. 1996. Effective organizational control: A framework, applications, and implications. *European Management Journal*, 14(6): 596–611.

Gonzalez-Sanchez, M. B., Broccardo, L., & Martins Pires, A. M. 2017. The use and design of the BSC in the health care sector: A systematic literature review for Italy, Spain, and Portugal. *The International Journal of Health Planning and Management*, (September 2016): 1–25.

Hempel, P. S., Zhang, Z. X., & Han, Y. 2012. Team Empowerment and the Organizational Context: Decentralization and the Contrasting Effects of Formalization. *Journal of Management*, 38(2): 475–501.

Hopper, T., & Powell, A. 1985. Making Sense of Research into The Organizational and Social Aspects of Management Accounting: a Review of Its Underlying Assumptions. *Journal of Management Studies*, 22(September): 429–465.

Jordan, H., Neves, J. C., & Rodrigues, J. A. 2015. *O Controlo de Gestão: ao Serviço da Estratégia e dos Gestores*. (10th ed.). Lisboa: Áreas Editora.

Kaplan, R. S. 1998. Innovation action research: Creating new management theory and practice. *Journal of Management Accounting Research*, 10: 89–118.

Kaplan, R. S., & Norton, D. P. 1992. The Balanced Scorecard - Measures That Drive Performance. *Harvard Business Review*, 70(1): 71.

Kaplan, R. S., & Norton, D. P. 1993. Putting the Balanced Scorecard To Work. *Harvard Business Review*, 71(5): 134–142.

Kaplan, R. S., & Norton, D. P. 1996a. Linking the Balanced Scorecard to Strategy.

*California Management Review*, 39(1): 53–79.

Kaplan, R. S., & Norton, D. P. 1996b. *The Balanced Scorecard: Translating Strategy Into Action*. Boston, Massachusetts: Harvard Business School.

Kaplan, R. S., & Norton, D. P. 1996c. Using the Balanced Scorecard as a Strategic Management System. *Harvard Business Review*, 74(jan-fev): 75–86.

Kaplan, R. S., & Norton, D. P. 2000. Having Trouble with Your Strategy? Then Map It. *Harvard Business Review*, 78(5): 167–176.

Kaplan, R. S., & Norton, D. P. 2004. *Strategy Maps: Converting Intangible Assets Into Tangible Outcomes*. Boston, Massachusetts: Harvard Business School.

Lapão, L. V. 2005. A complexidade da saúde obriga à existência de uma arquitectura de sistemas e de profissionais altamente qualificados O problema da saúde – inexistência de informação impossibilita a gestão. *Revista de Estudos Politécnicos*, 4: 15–27.

Mateus, L. 2016. *O Controlo de Gestão no departamento de recursos humanos da RTP : Conceção de um Balanced Scorecard*. Tese de mestrado não publicada, Iscte-Iul, Lisboa.

Ministério da Saúde, Decreto-Lei nº19/88, de 21 de janeiro.

Ministério da Saúde, Decreto-Lei nº374/99, de 18 de setembro.

Ministério da Saúde, Decreto-Lei nº188/2003, de 20 de agosto.

Ministério da Saúde, Decreto-Lei nº18/2017, de 10 de fevereiro.

Norreklit, H. 2000. The balance on the balanced scorecard a critical analysis of some of its assumptions. *Management Accounting Research*, 11(1): 65–88. Retrieved from

Northcott, D., & Ma’amora Taulapapa, T. 2012. Using the balanced scorecard to manage performance in public sector organizations. *International Journal of Public Sector Management*, 25(3): 166–191.

Olve, N., Roy, J., & Wetter, M. 1999. *Performance Drivers: A Practical Guide to Using the Balanced Scorecard*. UK: Wiley

Parker, L. D. 2012. Qualitative management accounting research: Assessing deliverables and relevance. *Critical Perspectives on Accounting*, 23(1): 54–70.

Patton, E., & Appelbaum, S. H. 2003. The case for case studies in management research. *Management Research News*, 26(5): 60–71.

Pedro, J. M. 2004. O balanced scorecard (BSC) no sector público. *Informação e Informática*, 28: 14–23.

Pereira, R. M. 2009. *Os Centros de Responsabilidade e o Aumento da Performance dos Hospitais Públicos - o Caso do Centro Hospitalar do Médio Tejo, E.P.E.* Tese de mestrado não publicada, Iscte-Iul, Lisboa.

Russo, J. 2006. *Balanced Scorecard para PME*. (3rd ed.). Lisboa: LIDEL

Ryan, B., Scapens, R., & Theobald, M. 2002. *Research Method & Methodology in Finance & Accounting*. (2nd ed.). London: Cengage Learning.

Saunders, M., Lewis, P., & Thornhill, A. 2009. *Research methods for business students*. (5th ed.). England: Pearson Education Limited.

Simons, R. 1995. Control in an age of empowerment. *Harvard Business Review*, 73(2): 80–88.

Simons, R. 2000. *Performance Measurement & Control Systems for Implementing Strategy*. New Jersey: Prentice-Hall.

Tung, A., Baird, K., & Schoch, H. P. 2011. Factors influencing the effectiveness of performance measurement systems. *International Journal of Operations & Production Management*, 31(12): 1287–1310.

Tuomela, T.-S. 2005. The interplay of different levers of control: A case study of introducing a new performance measurement system. *Management Accounting Research*, 16(3): 293–320.

Van Veen-Dirks, P. 2006. Complementary choices and management control: Field research in a flexible production environment. *Management Accounting Research*, 17(1): 72–105.

Van Veen-Dirks, P., & Wijn, M. 2002. Strategic control: Meshing critical success factors with the balanced scorecard. *Long Range Planning*, 35(4): 407–427.

Vieira, R. 2009. Paradigmas Teóricos da Investigação em Contabilidade. In M. J. Major & R. Vieira (Eds.), *Contabilidade e Controlo de Gestão, Teoria, Metodologia e Prática* (5th ed., pp. 11–34). Lisboa: Escolar Editora.

Vieira, R., Major, M. J., & Robalo, R. 2009. Investigação Qualitativa em Contabilidade. In M. J. Major & R. Vieira (Eds.), *Contabilidade e Controlo de Gestão, Teoria, Metodologia e Prática* (5th ed., pp. 131–163). Lisboa: Escolar Editora.

Voelker, K. E., Rakich, J. S., & French, G. R. 2001. The balanced scorecard in healthcare organizations: a performance measurement and strategic planning methodology. *Hospital Topics*, 79(3): 13–24.

Walker, K., & Dunn, L. 2006. Improving Hospital Performance and Productivity with the Balanced Scorecard. *Academy of Health Care Management*, 2: 85–111.

Weir, E., d’Entremont, N., Stalker, S., Kurji, K., & Robinson, V. 2009. Applying the balanced scorecard to local public health performance measurement: deliberations and decisions. *BMC Public Health*, 9(1): 127.

Wright, G. 1998. Perspectives on Performance Measurement Conflicts in Service Business. *Journal of General Management*, 23(4): 35–50.

Yin, R. 2003. *Case Study Research - Design and Methods*. (3rd ed.). London: Sage Publications.

Zelman, W. N., Pink, G. H., & Matthias, C. B. 2003. Use of the balanced scorecard in health care. *Journal of Health Care Finance*, 29(4): 1–16.