



INSTITUTO POLITÉCNICO de PORTALEGRE



ESCOLA SUPERIOR DE TECNOLOGIA E GESTÃO
INSTITUTO POLITÉCNICO de PORTALEGRE

Instituto Politécnico de Portalegre

Escola Superior de Tecnologia e Gestão

Aplicação do Balanced Scorecard ao Serviço de
Medicina Física e de Reabilitação da Unidade Local
de Saúde do Norte Alentejano

Projecto de Mestrado

Mestrado em Empreendedorismo e Gestão de PME

Autor: Rui Miguel Mourato Miranda

Orientador: Professor Doutor Joaquim Mourato

Co-Orientador: Mestre Miguel Serafim

Junho 2011

“What you measure is what you get”

Robert Kaplan e David Norton, *The Balanced Scorecard – Measures that Drive Performance*

AGRADECIMENTOS

A realização deste projecto não teria sido possível sem o trabalho, empenho e apoio de várias pessoas ou entidades.

Aos Professores Doutor Joaquim Mourato e Mestre Miguel Serafim, pela orientação do projecto e total disponibilidade que sempre demonstraram.

Ao Dr. Pedro Figueiredo, Director Clínico do Serviço de Medicina Física e de Reabilitação da Unidade Local de Saúde do Norte Alentejano, pela disponibilidade em acolher o estudo efectuado e pelo interesse revelado.

Aos terapeutas António Melancieiro e Patrícia Gordo pela colaboração na ajuda de recolha de dados e enquanto interlocutores do trabalho a realizar.

Aos restantes colaboradores do Serviço de Medicina Física e Reabilitação pela disponibilidade.

Ao Conselho de Administração da ULSNA pela total abertura para a realização deste trabalho.

E à minha família, sobretudo aos meus Pais pelo apoio e à minha Esposa pela motivação.

RESUMO

Hoje em dia a avaliação está inerente a qualquer actividade. O *Balanced Scorecard* (BSC) tem vindo a ser um dos instrumentos de gestão e avaliação mais utilizados nos mais diversos tipos de organizações. Essa importância é também constatada pela sua utilização cada vez maior em diversas instituições públicas.

Neste pressuposto, este trabalho pretende verificar se a introdução de um instrumento de gestão como o BSC é adequada num Serviço da Unidade Local de Saúde do Norte Alentejano, o Serviço de Medicina Física e de Reabilitação, e até que ponto potencia condições de monitorização da performance geral do Serviço, envolvendo os colaboradores no processo. Para concretizar a investigação, efectuou-se uma revisão bibliográfica sobre esta temática orientada para a avaliação da performance e para o sector da saúde e descreveram-se uma série de instrumentos capazes de efectivas medições da performance. Como método de investigação, recorreu-se ao estudo de caso para efectivar a pesquisa, englobando um período de teste que envolveu os colaboradores do Serviço e produziu diversos resultados.

No final apresentam-se as conclusões do estudo que relevam a importância do BSC na dinâmica organizacional deste tipo de serviços públicos e o facto de ter sido aplicado com sucesso ao Serviço de Medicina Física e de Reabilitação.

Palavras-chave: Avaliação da Performance; Balanced Scorecard; Sistemas de Avaliação da Performance; Instrumentos de Gestão; Performance Organizacional

ABSTRACT

In our days, any activity is evaluated. The Balanced Scorecard has been increasing as one of the management systems used on a diversity of organizations. That importance is revealed by the continuous and increased usage on different public institutions.

Regarding that, this work pretends to validate if the implementation of a management system as the BSC its adequate to a public department of the institution Norte Alentejano's Health Local Unit and to what point it enhances conditions of monitoring its general performance, evolving all human resources. To achieve this goal, the investigation process first covered a bibliographical search on the item and then a demonstration of some performance measurement systems. As a method of investigation, the author uses de case study technique and also a pilot-test period which evolved all human resources of the Institution's department and demonstrates a series of results.

In the final the author addresses all conclusions and remarks from the study, revealing the importance and successful appliance of the BSC and its organizational dynamic in this type of public institutions departments.

Keywords: Performance Measurement; Balanced Scorecard; Performance Measurement Systems; Organizational Performance

LISTA DE ABREVIATURAS

- AVC – Acidente Vascular Cerebral
BSC – Balanced Scorecard
EFQM – European Foundation for Quality Management
EPE – Empresas Públicas Empresariais
FSE – Fornecimentos e Serviços Externos
INE – Instituto Nacional de Estatística
MFR – Medicina Física e de Reabilitação
PME – Pequenas e Médias Empresas
PMES – Productivity Measurement and Enhancement System
PP – Performance Prism
PPS – Performance Pyramid System
TB – Tableaux de Bord
SNS – Serviço Nacional de Saúde
ULSNA – Unidade Local de Saúde do Norte Alentejano

ÍNDICE

ÍNDICE DE ANEXOS.....	X
ÍNDICE DE FIGURAS.....	XI
ÍNDICE DE TABELAS.....	XIII
INTRODUÇÃO.....	1
PARTE 1 – REVISÃO DE BIBLIOGRAFIA.....	4
CAPÍTULO I – A AVALIAÇÃO DA PERFORMANCE.....	4
1.1 Conceitos, desenho e objectividade.....	4
1.2 Concepção de um sistema de avaliação da performance.....	11
1.3 Implementação de um sistema de avaliação da performance.....	13
1.4 Avaliação da performance no sector público de saúde.....	16
1.5 Erros na medição de indicadores de performance.....	18
1.6 Acções correctas a concretizar num sistema de avaliação da performance.....	19
1.7 Instrumentos de Gestão.....	20
1.7.1 Tableaux de Bord (TB).....	21
1.7.2 Productivity Measurement and Enhancement System (PMES).....	22
1.7.3 Performance Pyramid System (PPS).....	24
1.7.4 Performance Prism (PP).....	25
1.7.5 Balanced Scorecard.....	28
1.7.5.1 Pensamento estratégico.....	29
1.7.5.2 O Modelo BSC.....	31
1.7.5.3 Conceito BSC.....	35
1.7.5.4 Finalidade do BSC.....	36
1.7.5.5 Ligação do Orçamento ao BSC.....	37
1.7.5.6 As quatro perspectivas do BSC.....	38
1.7.5.7 Objectivos, Indicadores, Metas e Iniciativas.....	42
1.7.5.8 As relações causa-efeito.....	42

1.7.5.9 O mapa estratégico.....	43
1.7.5.10 O BSC enquanto processo estratégico	45
1.7.5.11 O BSC em instituições sem fins lucrativos	46
CAPÍTULO II - CASOS PRÁTICOS DE APLICAÇÃO DO BSC A INSTITUIÇÕES DE SAÚDE	50
2.1 O Uso do BSC em Hospitais Canadianos	50
2.2 Hospital Pediátrico Duke Children	52
2.3 Concepção de um Sistema BSC para o Serviço de Traumatologia do Hospital Garcia de Orta.....	56
2.4 Comentários aos Casos Práticos	58
PARTE 2 – ESTUDO DE CASO – APLICAÇÃO DO BSC AO SERVIÇO DE MEDICINA FÍSICA E DE REABILITAÇÃO DA UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DO NORTE ALENTEJANO.....	62
CAPÍTULO III – METODOLOGIA DO ESTUDO DE CASO	62
3.1 Questão Central.....	62
3.2 Tipologia do Estudo	63
3.3 Método	63
CAPÍTULO IV – CARACTERIZAÇÃO DA ULSNA E DO SERVIÇO DE MEDICINA FÍSICA E DE REABILITAÇÃO	66
4.1 Unidades de Saúde – Hospitais EPE.....	66
4.2 Caracterização geral da ULSNA.....	67
4.3 Caracterização do Serviço de Medicina Física e de Reabilitação	70
4.4 Diagnóstico de necessidades do Serviço de MFR da ULSNA.....	72
4.5 Apresentação de alguns dados	77
CAPÍTULO V- CONCEPÇÃO E IMPLEMENTAÇÃO DO BSC PARA O SERVIÇO DE MEDICINA FÍSICA E REABILITAÇÃO DA ULSNA.....	79
5.1 Plano Estratégico da ULSNA.....	79
5.2 Plano Operacional para o Serviço de Medicina Física e de Reabilitação	83

5.3 O BSC no Serviço de Medicina Física e de Reabilitação da ULSNA	85
5.3.1 Stakeholders	86
5.3.2 Factores críticos de sucesso	87
5.3.3 Objectivos Estratégicos	88
5.3.4 Indicadores	89
5.3.5 Mapa Estratégico do Serviço de MFR.....	89
5.3.6 Metas	91
5.3.7 Iniciativas.....	91
5.3.8 Fichas de Registo	94
5.4 Implementação do BSC no Serviço de Medicina Física e de Reabilitação da ULSNA	94
5.4.1 Processo de Implementação.....	94
5.4.2 Recolha de dados.....	95
5.4.3 Monitorização e relatórios	95
5.4.4 Comunicação e revisão	96
CAPÍTULO VI – RESULTADOS E DISCUSSÃO	97
6.1 Resultados dos Indicadores	97
6.2 Discussão dos Resultados.....	113
6.2.1 Avaliação do BSC no Serviço de Medicina Física e de Reabilitação	113
6.2.2 Implicação para o Serviço de Medicina Física e de Reabilitação	115
CONCLUSÃO	116
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	119
ANEXOS	128

ÍNDICE DE ANEXOS

Anexo 1 – Fichas de indicador	128
Anexo 2 – Fichas de registo de dados.....	140
Anexo 3 – Fichas de performance	145
Anexo 4 – Questionário de satisfação do colaborador.....	166
Anexo 5 – Questionário de satisfação do utente.....	168

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1 – Desenho de um sistema de avaliação da performance	6
Figura 2 – A focalização de objectivos primários e secundários da avaliação da performance	13
Figura 3 – Fases de concepção e implementação de um sistema de avaliação da performance	15
Figura 4 – Tableaux de Bord	21
Figura 5 – Teoria da Motivação de Pritchard e Ashwood	22
Figura 6 – O modelo Productivity Measurement and Enhancement System.....	23
Figura 7 – Sistema da Pyramid de Performance.....	25
Figura 8 – Modelo Performance Prism	26
Figura 9 – Diferenças entre o antiquado calendário estratégico e o novo calendário estratégico	30
Figura 10 – Desenho das quatro perspectivas do BSC e a sua interligação	32
Figura 11 – Ligar as medidas e indicadores à estratégia.....	37
Figura 12 – Ligar o orçamento ao BSC	38
Figura 13 – Tradução da visão e da estratégia: as quatro perspectivas do BSC	39
Figura 14 – Exemplo de construção de um mapa estratégico	44
Figura 15 – Processos de gestão em redor do BSC	46
Figura 16 – Adaptação do BSC para organizações não lucrativas	48
Figura 17 – Evolução dos custos médios por doente.....	54
Figura 18 – Evolução da margem líquida anual em milhões de dólares.....	55
Figura 19 – Valores da ULSNA	81
Figura 20 – Modelo BSC adaptado ao Serviço de MFR da ULSNA	86
Figura 21 – Mapa estratégico proposto para o Serviço de MFR da ULSNA.....	90
Figura 22 – Valores numa escala de 1 a 5 das respostas atribuídas pelos doentes.....	101

Figura 23 – Número total de tratamentos e evolução por períodos em %	102
Figura 24 – Número de horas em espera por doente, entre diagnóstico e início de tratamento, para doentes internos.....	103
Figura 25 – Número de dias em espera de doentes urgentes externos.....	104
Figura 26 – Número de horas por cada doente, entre a sua entrega de requisição e a comunicação da data da consulta	105
Figura 27 – Número de altas após 1ª série de tratamentos.....	106
Figura 28 – Número de doentes que receberam alta e número total de doentes nos dois períodos de tempo de duração do estudo	107
Figura 29 – Evolução em percentagem dos tratamentos efectuados por semana.....	108
Figura 30 – Número de primeiras consultas por semana	109
Figura 31 – Índice médio de satisfação.....	110
Figura 32 – Pontos-chave para o Serviço de MFR	115

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1 – Níveis de avaliação para melhor percepção do sistema.....	7
Tabela 2 – Categorias e Funções dos funcionários do Serviço de MFR.....	72
Tabela 3 – Evolução de Produção do Serviço de MFR entre 2008 e 2009.....	78
Tabela 4 – Oportunidades e ameaças ao processo de gestão da ULSNA	80
Tabela 5 – Eixos estratégicos da ULSNA.....	82
Tabela 6 – Linhas estratégicas e factores críticos de sucesso do Serviço de MFR	87
Tabela 7 – Objectivos estratégicos propostos para o Serviço de MFR.....	88
Tabela 8 – Quadro geral do BSC para o Serviço de MFR com indicação de objectivos, indicadores e funções, metas e iniciativas para cada perspectiva do BSC	92
Tabela 9 – Fontes de registo de dados por indicador.....	98
Tabela 10 – Resumo dos resultados dos indicadores.....	99

INTRODUÇÃO

É consensual nos diferentes sectores da sociedade actual, que a gestão deverá ter características muito específicas que passam pela objectividade no controlo de despesas, pela concretização de objectivos sociais e económicos, pela contínua melhoria produtiva e pela fundamentação estratégica, de modo a proporcionar uma melhoria da performance em geral. Para uma contribuição efectiva que oriente as organizações neste sentido, é necessária uma abordagem estruturada, ajustada com estratégias consistentes, baseada em medições reais e constantemente monitorizadas e, sobretudo, orientada para uma realização eficiente. A inclusão de instrumentos de gestão na dinâmica organizacional e a sua ligação estratégica aos objectivos gerais são consideradas mais-valias tanto pela comunidade académica como pelos gestores.

Mas existem algumas questões pertinentes que se colocam no âmbito desta temática: Será possível implementar um instrumento de gestão numa unidade hospitalar? Existirá abertura dos responsáveis para que tal seja possível? Os colaboradores estarão dispostos a colaborar? Este tipo de instrumentos melhora realmente a performance organizacional de uma instituição dessa natureza e contribuem para a melhoria dos seus objectivos? Serão os utentes beneficiados com este tipo de procedimentos?

Para encontrar as respostas é necessário realizar um trabalho que focalize a sua actuação no sentido de entender se a introdução de um instrumento de gestão num Serviço de uma Unidade de Saúde é adequada a esse Serviço e se contribui para uma melhoria na dinâmica organizacional, designadamente ao nível do alinhamento dos colaboradores com os objectivos do Serviço e até que ponto poderá existir uma melhoria de resultados, devido a essa dinâmica.

Neste contexto, este projecto realizado no âmbito do Mestrado em Empreendedorismo e Gestão de PME pretende estudar da implementação de um instrumento de gestão – o Balanced Scorecard (BSC) no Serviço de Medicina Física e de Reabilitação (MFR) da Unidade Local de Saúde do Norte Alentejano (ULSNA).

A justificação da escolha deste tema está vincada em vertentes de cariz teórico-académicas aliadas a aspectos motivacionais pessoais. Deste modo, pretende-se aplicar um conjunto de conceitos teóricos, apreendidos no âmbito lectivo do Mestrado, numa situação prática ajudando à decisão de topo. Por outro lado, visa conceber e implementar uma metodologia reconhecida internacionalmente, com diversos exemplos de aplicações de

sucesso a unidades de saúde no mundo e em Portugal, num organismo sem fins lucrativos e de grande dimensão, originando também uma contribuição efectiva numa unidade de saúde com as características do Serviço de MFR. Assume-se ainda a importância de realizar um projecto de mestrado que contém um cariz social, na região onde se insere a instituição de acolhimento do estudo.

Existem por outro lado objectivos que se pretendem atingir com a realização deste projecto e que de algum modo norteiam a sua execução tanto em termos gerais, de modo a compreender se o BSC é um instrumento adequado ao Serviço de MFR e a contribuir para a melhoria das condições de decisão para os gestores da organização; como em termos específicos, de forma a identificar as necessidades do Serviço de MFR, a estudar o nível organizacional do Serviço de MFR e contribuir com novas informações decorrentes do estudo, a proporcionar o envolvimento dos colaboradores do Serviço de MFR na dinâmica da organização do Serviço e na colecta de dados e, por último, possibilitar uma tomada de decisão mais consolidada.

Esta temática será analisada ao longo deste trabalho de forma transversal, através da revisão de bibliografia e de exemplos significativos apresentados em forma de casos práticos reais e, também, de forma directa, através de um estudo empírico que contempla o teste piloto de aplicabilidade do BSC no Serviço de MFR. Este trabalho visa a concretização desse estudo através do teste piloto realizado durante um período de 8 semanas no citado serviço que envolve todos os colaboradores do mesmo e teve, desde o início, especial interesse demonstrado pelo seu Director. O estudo tem a particularidade de ser pioneiro na ULSNA tanto ao nível da temática, como da profundidade de teste real efectuado e aplica conceitos teórico-práticos actuais, apreendidos no âmbito lectivo do mestrado em diversas disciplinas que o compõem.

Na elaboração da estrutura do projecto optou-se por assumir uma divisão de modo a delinear duas partes distintas, embora complementares. A Parte 1 engloba uma revisão bibliográfica na área da avaliação da performance e dos instrumentos de gestão, no capítulo I e a apresentação de casos práticos onde foi aplicado o BSC no capítulo II. A Parte 2, referente ao estudo de caso em concreto, engloba no capítulo III a metodologia do estudo de caso, seguida por uma caracterização da ULSNA e do Serviço de MFR, no capítulo IV. O capítulo V apresenta a descrição da efectiva concepção e implementação do BSC nesse Serviço e o capítulo VI apresenta os resultados do estudo empírico e a

respectiva discussão. No final são elaboradas as conclusões, limitações do trabalho e investigações futuras.

O projecto foi efectuado em 4 fases diferentes mas complementares. Na primeira fase, foi realizada a revisão bibliográfica sobre o tema, incidindo, no geral, na avaliação da performance, nos instrumentos de gestão e na avaliação da performance no plano do sector público da saúde e, em termos específicos, apresentado o instrumento de gestão BSC no seu todo e observados três casos práticos onde o BSC foi aplicado. Uma segunda fase passa pelo trabalho de campo, que incluiu reuniões preparatórias com administração da ULSNA, com as pessoas responsáveis pela recolha e armazenamento de dados da ULSNA e com o Director do Serviço de MFR. Nesta fase foi, também, concebido o BSC com base na informação recolhida. Na terceira fase, para além de contínuas reuniões preparatórias, teve lugar o estudo empírico, em termos de aplicação do teste-piloto, que originou uma recolha de dados através dos mecanismos que mais à frente serão apresentados. Na quarta fase, reuniu-se toda a informação disponível, de modo a validar os dados recolhidos, concretizar e sublinhar ideias e retirar as conclusões, pretendendo assim responder à questão central.

O estudo foi confinado a um Serviço da ULSNA e a um período de tempo pouco amplo, tanto por razões de decisão conjunta como por necessidade de não sobrecarregar os serviços com trabalho extra. Deste modo, os resultados esperados poderão ter algumas limitações mas que não deixarão de ter significância sobretudo quanto ao cumprimento dos objectivos propostos ou ao nível da questão central que será apresentada na metodologia do estudo de caso.

PARTE 1 – REVISÃO DE BIBLIOGRAFIA

CAPÍTULO I – A AVALIAÇÃO DA PERFORMANCE

Perceber que a boa performance de uma organização é um dos pilares que permite criar bases duradouras e enfrentar todas as adversidades com maior segurança, é entender que a gestão deixou de ser feita com base em meros indicadores que somados ou subtraídos dão determinados valores, mas antes que as organizações são hoje entidades que preservam uma identidade que advém, de entre outras características, das pessoas que as compõem.

Neste sentido, pretende-se apresentar, neste capítulo, conceitos de avaliação da performance e o que esta pode representar para a organização, consubstanciados na literatura disponível.

Numa abordagem que pretende compreender aquilo que está descrito na literatura mais antiga em ligação com os novos conceitos abordados mais recentemente, o objectivo passa por assegurar que todos os pontos com real relevância para este projecto são focados de forma clara.

Procura-se, desse modo, fazer uma pesquisa bibliográfica sobre a avaliação da performance, realçando a incidência no sector público da saúde e, por último, analisar o Balanced Scorecard enquanto instrumento de avaliação da performance.

1.1 Conceitos, desenho e objectividade

Actualmente, rápidas mudanças acontecem numa sociedade mundial globalizada. Tal não permite pensar que, estar baseado em sistemas normalizados e geralmente estagnados nas organizações, pode levar a um caminho de desenvolvimento e concretização de objectivos. Pelo contrário, é necessária a adopção de novos modelos de gestão por parte das organizações, focalizando estratégias bem delineadas e assentes em instrumentos de gestão eficazes. Isso é algo que só pode acontecer de uma forma correcta, se for tida em conta a adopção de sistemas de avaliação da performance que incorporem indicadores demonstrativos da realidade e que informem correctamente qual o estado da organização.

Para concretizar esta ideia que leva a avaliação da performance a estar na primeira linha da actualidade, a literatura existente invoca diversas razões. Neely (1999) identifica sete factores que relevam a importância da existência da avaliação da performance nas organizações e no auxílio à gestão:

- Factores naturais de mudança do trabalho;
- Competição crescente;
- Iniciativas específicas para melhoria;
- Prémios de qualidade, nacionais e internacionais;
- Mudança de papéis organizacionais;
- Mudança na procura externa;
- Poder das tecnologias de informação.

Ainda segundo Neely (1999) para atingir ou superar estes factores, é necessária abrangência ao nível dos diferentes objectivos a atingir nas organizações, disciplina na gestão dos orçamentos disponíveis, coerência na forma de tratamento e motivação dos recursos humanos e objectividade na concretização das estratégias.

A avaliação da performance está, por isso, na ordem do dia. Qualquer empresa ou instituição deve modelar-se através de regras que procurem a melhor forma para atingir objectivos. A relação entre os activos tangíveis e intangíveis, o valor do capital humano e o valor da informação têm sido fundamentais nas mudanças introduzidas para uma gestão inteligente. Importa concretizar alguns conceitos e perceber como pode ser desenhada e implementada a avaliação da performance que concretize objectivos gerais e específicos ao nível das organizações.

Venkatraman e Ramanujan (1986) enunciam performance organizacional como sendo a base da gestão estratégica, onde o controlo, avaliação e alinhamento da estratégia da organização estão presentes e detêm um papel fundamental. Estes autores apontam, ainda, as actividades necessárias para medir a performance através da definição de sistemas de avaliação de desempenho, com base em três elementos inter-relacionados:

- Medidas individuais que quantificam a eficiência e a eficácia das acções;
- Conjunto de medidas combinadas que permitem avaliar a organização como um todo;
- Estrutura de suporte que permita a recolha, análise, interpretação e divulgação de informação.

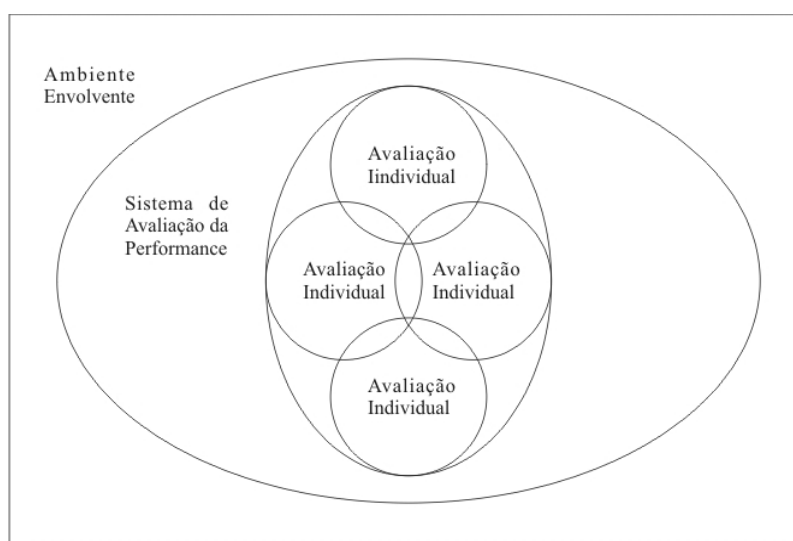
Nestes pressupostos, importa destacar que um sistema de avaliação da performance na sua essência visa uma série de objectivos, procurando a sua obtenção de forma integrada envolvendo todos os mecanismos e indivíduos. A necessidade de avaliações está subjacente a cada indivíduo, concretizando avaliações individuais através de todo o sistema, sem a obrigação de uma avaliação individualizada e pormenorizada, responsabilizando de forma hierárquica, todos os colaboradores.

O desenho de um sistema de avaliação da performance é um processo principalmente cognitivo, que traduz aspectos e necessidades de clientes ou *stakeholders* em objectivos de negócio e avaliações de performance apropriadas (Bourne *et al.*, 2000).

Existem vários desenhos ou formatos de avaliações de performance na literatura. À semelhança de Venkatraman e Ramanujan (1986), Neely *et al.* (1995), apresentam um sistema baseado num processo simplificado e sugerem que um sistema de avaliação da performance pode ser concretizado em três diferentes níveis:

- As avaliações das performances individuais;
- O sistema de avaliação da performance como entidade;
- O relacionamento entre o sistema da avaliação da performance e o ambiente envolvente a esse sistema.

Figura 1 – Desenho de um sistema de avaliação da performance



Fonte: Adaptado de Neely *et al.* (1995). Elaboração própria

De uma forma directa, este quadro de trabalho, permite verificar que os três níveis estão interligados, sobretudo do aspecto individual para o ambiente geral, sendo determinante que os recursos humanos das organizações são o fulcro da performance dessa organização e são a base do sistema. Uma avaliação assente nestes três níveis tenderá a envolver todos os indivíduos, ainda que, o interesse fundamental seja o desenvolvimento da performance geral da organização.

Em cada um dos níveis, Neely *et al.* (1995) propõem uma série de questões que podem ser colocadas para melhor entender o sistema e em como ele pode ser útil na avaliação.

Tabela 1 – Níveis de avaliação para melhor percepção do sistema

Ao nível da avaliação individual:	<ul style="list-style-type: none">• Que medidas de avaliação são usadas?• Para que servem?• Quanto custam?• Que benefícios trazem?
Ao nível do sistema propriamente dito:	<ul style="list-style-type: none">• O sistema contém todos os elementos apropriados?• Foram introduzidas medidas relacionadas com taxas de melhoramento?• Foram introduzidas medidas relacionadas com objectivos tanto de longo como de curto prazo?
Ao nível do ambiente envolvente:	<ul style="list-style-type: none">• As medidas introduzidas reforçam a estratégia da organização?• As medidas são consistentes com a estrutura de reconhecimento e recompensa existente?• As medidas estão focalizadas para a satisfação do cliente?

Fonte: Adaptado de Neely *et al.* (1995)

Estas são questões que podem ser levantadas em qualquer sistema de avaliação da performance que se implemente, independentemente da forma como é concebido, porque de um modo geral, estão consistentes com a generalidade dos objectivos que se pretendem atingir. Respondendo a estas questões, ou usando-as como guia de objectivação das medidas a implementar, conseguir-se-á chegar mais perto dos objectivos finais para uma melhoria geral da performance da organização. Na mesma linha, Neely (1999) refere que a estratégia e as medidas de avaliação têm de se manter alinhadas, enquanto serão

necessários processos que examinem com regularidade a influência dessas mesmas medidas na estratégia.

Concretamente, a avaliação da performance, a estratégia e a própria gestão organizacional não podem ser separadas (Lebas, 1995). Esta analogia subentende uma agregação lógica destes conceitos que não podem ser sobrepostos, mas antes integrados e complementados. A gestão vai derivar da própria avaliação que é efectuada à sua estrutura. Novas decisões são tomadas, tendo em conta os dados recolhidos nas avaliações realizadas. As decisões e a gestão deverão tender, conseqüentemente, de forma alinhada com a estratégia (Butler, Letza e Neale, 1997). Deste modo, a performance não está tanto relacionada com situações anteriores, que estão de modo geral aceites, mas sim com o futuro e com a capacidade da organização ser avaliada (Lebas, 1995). É necessária uma adaptação à exigência actual por parte das organizações, tendo em conta que a melhoria da sua performance está ligada a um conjunto de factores internos e externos e que vai originar a satisfação tanto dos *stakeholders* como dos próprios colaboradores.

Perceber o conceito de uma gestão da performance forte, implica ter em conta e de forma objectiva que esta é apoiada em diversos aspectos enumerados por Lebas (1995):

- Inculcar autonomia nos indivíduos dentro do raio de controlo da empresa;
- Reflectir relações de causa-efeito;
- Realçar o *empowerment* dos indivíduos;
- Criar bases para a discussão que conseqüentemente suportam a melhoria contínua;
- Apoiar a tomada de decisão.

Estes aspectos relacionam-se de alguma forma com os três níveis de desenho de um sistema de avaliação da performance identificados por Neely *et al.* (1995) e apresentados anteriormente tendo ainda o mesmo autor promovido uma definição consistente que identifique a avaliação da performance. Assim, o autor indica que esta pode ser compreendida como a técnica usada para quantificar a eficiência e a eficácia das actividades de negócio. A eficiência efectua uma relação de utilização económica dos recursos atendendo a um determinado nível de satisfação e a eficácia avalia um processo onde o resultado pode coincidir com as expectativas dos clientes serem ou não esperadas.

Na mesma linha, Kaplan e Norton (1992), afirmam que tudo o que não é medido não é gerido. Esta ideia assegura e reforça a importância da avaliação da performance na gestão e acentua o carácter essencial que assumem os instrumentos de gestão.

A abertura de mentalidade acerca das estruturas organizacionais e dos seus processos será muito mais efectiva agora e no futuro (Eccles, 1991). Esta ideia acentua que o que é realmente importante para uma organização vai depender da sua história e cultura bem como do estilo de gestão associado. Os líderes são decisivos no acompanhamento da implementação de qualquer sistema de gestão. Na mesma linha, em contraste com uma ideia de aplicação de simples regras punitivas, a avaliação é vista como preventiva, originando um conjunto de medidas que visam alterar algo que pode ficar fora de controlo antes que seja tarde demais (Neely *et al.*, 1995). Fala-se numa nova filosofia de avaliação da performance que se apresenta como um processo envolvente de mudança constante (Eccles, 1991).

Mas importa realçar que as medidas de avaliação de organizações sem fins lucrativos podem tornar-se descuidadas para a organização a não ser que o processo de escolha dessas medidas seja menos baseado em quadros de avaliação de intenções e mais substanciado em tópicos quantitativos e qualitativos que realmente contribuam para resultados económicos (Ittner e Larcker, 2003). Eccles (1991) concretiza ainda que as organizações vão ter necessidade de uma maior ajuda para desenvolver novas medidas que possam ser validadas e que sejam certificadas para uso externo.

Neste contexto, Kennerley e Neely (2002) destacam alguns factores que podem afectar a medição da performance, enquanto seus indutores ou criadores de barreiras:

- Processos – existência de processos que revejam e modifiquem as medidas;
- Pessoas – colaboradores com capacidade para usar e modificar as medidas;
- Sistema – existência de um sistema com flexibilidade para recolher dados e analisar e transmitir as medidas de performance correctas;
- Cultura – uma cultura que permita aos colaboradores de uma organização proceder às medições necessárias que levem à obtenção de resultados.

Numa outra perspectiva, Broadbent e Laughlin (1997) apontam que um sistema transaccional de gestão da performance é conduzido pela racionalidade dos indicadores para definir objectivos, que se caracterizam por serem altamente funcionais e direccionados para os resultados. Isto vai implicar a preconização de estratégias que orientem a organização na busca de melhores resultados e, de um modo geral, mais sucesso no alcance dos objectivos.

Do mesmo modo, Otley (1999) e Ittner, Larcker e Randall (2003) associam os objectivos e a tomada de decisão como forma de contribuição para a melhoria dos

resultados, o que veio misturar os conceitos de avaliação da performance e gestão de performance que, como já apontado, não podem ser separados (Lebas, 1995).

Numa organização de menor dimensão, ao nível de PME's ou de departamentos mais pequenos, encontram-se barreiras que são fortes opositoras à boa implementação e eficaz desenvolvimento de sistemas de avaliação da performance (Hudson, Smart e Bourne, 2001). Este é um dos problemas da implementação de um sistema de avaliação da performance, originado também pelo facto das organizações não terem em consideração que ter um sistema de avaliação da performance pode ser no futuro compensador em termos da eficiência das tarefas/actividades a realizar (Waggoner, Neely e Kennerley, 1999).

Recolher e analisar informação é um processo que demora tempo, dinheiro e ocupa pessoas em tarefas, aparentemente pouco produtivas. Por essa razão, as empresas por vezes não executam esses processos (Waggoner, Neely e Kennerley, 1999). Neste sentido, o desenvolvimento do sistema tem de ser eficiente na utilização de recursos e dinâmico-flexível de modo a poder originar mudanças estratégicas. Ou seja, tem de ser interactivo, para manter a relevância estratégica da avaliação da performance (Hudson, Smart e Bourne, 2001).

Assim sendo, o verdadeiro desafio para o gestor é o da implementação do sistema, após uma concepção segura e bem conseguida (Neely *et al.*, 2000). É necessário perceber e introduzir outros conceitos que são inerentes às organizações e que originam algumas questões pertinentes.

- De que forma o capital intelectual pode causar impacto positivo numa organização através da avaliação da performance (Marr, Gray e Nelly, 2003), sendo certo que esse tipo de capital representa um papel importante nas organizações modernas.
- A falta de indivíduos devidamente qualificados que saibam interpretar as informações recolhidas pode originar falhas na boa execução do sistema (Neely *et al.* 2000).
- Em que medida os sistemas de avaliação devem ser convenientemente testados, antes de implementados. Os testes deverão existir e ser realizados de forma participativa e num período de tempo prolongado, com a possibilidade de testar de forma segura todos os itens (Neely *et al.* 2000).

Pela importância do que está descrito anteriormente e pela necessidade inerente a esta temática, pretende-se que os sistemas de avaliação da performance sejam desenhados para assegurar que as estratégias e o planeamento são efectivamente implementados (Ferreira e Otley, 2009), alinhados com a estratégia, testados nos locais de implementação e adequados às organizações respectivas.

De um modo geral, pode afirmar-se que a monitorização dos objectivos é fulcral para uma melhoria contínua, o que vai permitir, em seguida, desenvolver novas estratégias que não seriam possíveis sem uma base sólida que auxilie a decisão.

As definições discutidas na literatura mostram que a avaliação da performance entende-se como um conjunto de actividades, que incluem:

- Definição de estratégias e objectivos;
- Elaboração de planos estratégicos e de acção;
- Implementação de planos operacionais baseados na estratégia, com o foco nos objectivos;
- Avaliação da estratégia através da monitorização dos objectivos, aplicando novas medidas;
- Realização de período de teste antes da implementação.

1.2 Concepção de um sistema de avaliação da performance

As organizações que usam de forma mais intensiva sistemas de avaliação (quer financeiros, quer não financeiros) têm melhores e maiores retornos do que as organizações que negligenciam estes sistemas (Ittner, Larcker e Randall, 2003).

Num nível conceptual, Chenhall e Langfield-Smith (2007), apontam que actualmente várias temáticas ou conceitos existentes levaram a um grande desenvolvimento ao nível da avaliação da performance – gestão contabilística; gestão de operações; marketing; gestão de recursos humanos e estratégia.

Do mesmo modo, Elbashir, Collier e Davern (2008), indicam que desenvolvimento de instrumentos ou programas que permitem melhores avaliações é baseado em teorias e métodos estabelecidos mas sobretudo numa recolha completa de dados apropriados. Neste caso, é importante que a edição a um nível organizacional pressuponha uma ferramenta

avaliativa que informe os gestores se a organização está a atingir benefícios ao nível da performance.

Ainda no mesmo contexto, Wen, Chen e Chen (2008), associam que cada vez mais os sistemas de avaliação da performance e de suporte à decisão estão implementados nas organizações, o que origina uma tónica acentuada na existência de avaliação da performance e na sua importância ao nível da ajuda que emprega aos gestores para uma tomada de decisão mais rápida e acertada. As organizações usam hoje processos melhorados através da utilização de sistemas de *business intelligence* que, normalmente informatizados, permitem aos gestores terem acesso a informação relevante e actualizada. (Elbashir, Collier e Davern, 2008)

De uma forma lateral, Broadbent e Laughlin, (2009) introduzem dois conceitos que impõem a gestão da performance para um patamar ainda mais amplo:

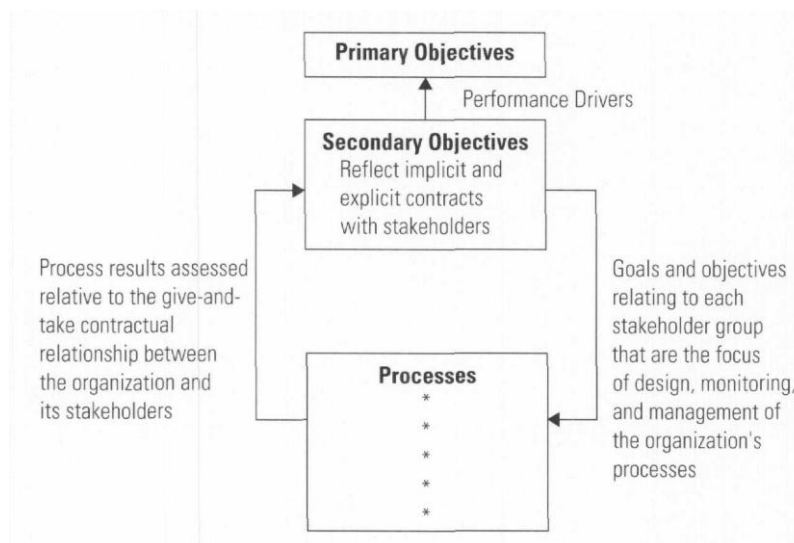
- O sistema de gestão da performance relacional - conduzido pelo exercício de comunicação racional entre os *stakeholders* no sentido de debater e atingir consenso nos objectivos a atingir.
- O sistema da gestão da performance transaccional - conduzido pela racionalidade instrumental para atingir os objectivos, o que leva a características altamente funcionais e direccionadas para objectivos específicos.

É importante frisar que a implementação de sistemas de avaliação da performance dependerá da afectação e do comportamento dos indivíduos, sendo certo que, com o desenvolvimento das tecnologias da informação, os sistemas de avaliação detalham dados, informam e imprimem conhecimento, mas só serão devidamente concretizados se as pessoas forem induzidas a detalhar essa informação.

Por outro lado, existem objectivos concretos que se pretendem atingir através da implementação de um sistema de avaliação da performance. Atkinson, Waterhouse e Wells (1997) apresentam o esquema de focalização e objectivação de um sistema de avaliação da performance. Este quadro indica a existência de objectivos primários e secundários. Os secundários influenciam através de condutores de performance os objectivos primários, sendo estes os centrais e aqueles que pretendem ser, em última análise, atingidos. Os secundários são, por outro lado, afectados pelos processos de relações entre a organização e os *stakeholders*. Neste caso, e à medida que esta relação vai sendo desenvolvida, os

objectivos secundários vão sendo atingidos e também alterados, de modo a que os objectivos centrais ou primários sejam cumpridos.

Figura 2 – A focalização de objectivos primários e secundários da avaliação da performance



Fonte: Atkinson, Waterhouse e Wells (1997)

Adicionalmente realça-se que para uma organização conseguir atingir os seus objectivos de forma consistente, é necessário desenvolver um sistema baseado em monitorizações constantes que avaliem se os objectivos secundários estão ou não a ser atingidos de modo a que os objectivos primários sejam conseguidos e que a performance geral seja melhorada (Atkinson, Waterhouse e Wells, 1997).

1.3 Implementação de um sistema de avaliação da performance

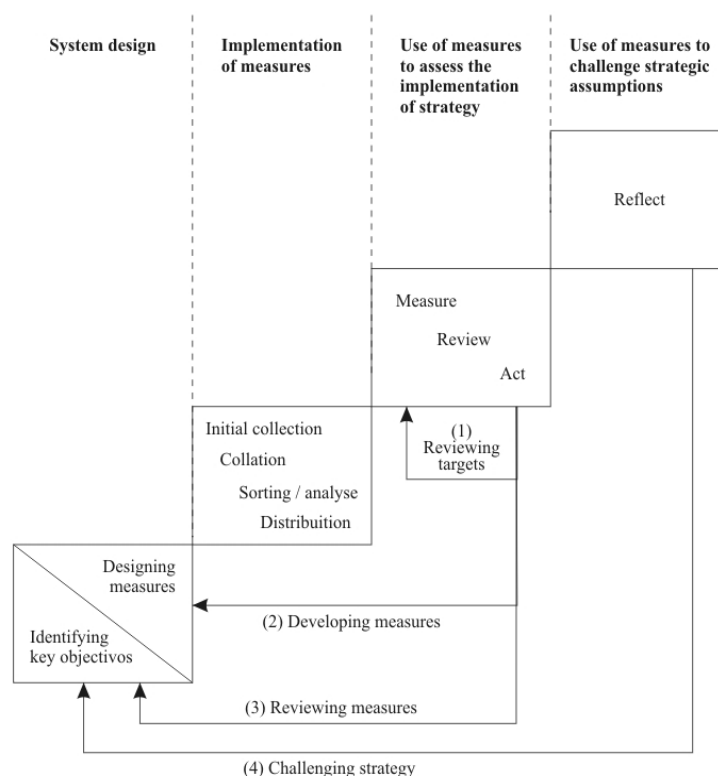
Em seguida, torna-se importante verificar como pode ser implementado um sistema de gestão da performance de uma forma geral. As etapas propostas por Wisner e Fawcett, *cit. in* Neely *et al.* (1995), num sistema desenhado por estes autores, são genéricas e podem

ser facilmente adaptadas a um novo sistema. Apresentam-se de seguida, de forma resumida, essas etapas:

- Definir claramente a missão da organização;
- Identificar os objectivos estratégicos usando a missão como guia;
- Desenvolver e perceber o papel da cada área funcional para atingir esses objectivos;
- Desenvolver medidas globais de avaliação capazes de definir a posição competitiva da organização, para cada área funcional;
- Comunicar objectivos estratégicos e de performance a níveis hierárquicos inferiores;
- Assegurar a consistência dos objectivos estratégicos entre os critérios de performance usados em cada nível;
- Assegurar a compatibilidade das medidas de performance usadas em cada área funcional;
- Usar o sistema de avaliação da performance para identificar a posição competitiva, localizar problemas, melhorar os objectivos estratégicos, etc;
- Reavaliar periodicamente o sistema implementado e os objectivos propostos.

É importante valorizar que os sistemas de avaliação da performance são apresentados pelos diferentes autores como um sistema faseado que deverá obedecer a uma série de etapas complementares. Nesta mesma linha, Bourne *et al.* (2000), através da pesquisa literária que efectuaram, apresentam um desenho de sistema de avaliação da performance que contempla esta ideia de sequência.

Figura 3 – Fases de concepção e implementação de um sistema de avaliação da performance



Fonte: Bourne *et al.* (2000)

Bourne *et al.* (2000) indicam que todas estas fases são apontadas como conceptuais, apesar de poderem ser alteradas ou aplicadas de forma coerente com as avaliações individuais ou até adaptando as fases às características específicas da organização a medir. Toda a estruturação de um sistema de avaliação da performance deverá ser efectuada com base na realidade existente, derivando da estratégia e consistindo com os objectivos a atingir (Bourne *et al.*, 2000).

Do mesmo modo, pode ainda observar-se na Figura 3 que as etapas têm processos contínuos de revisão, baseados em reavaliações que podem originar um regresso à etapa anterior, originar uma melhoria que pode influenciar a etapa seguinte e a própria concepção geral do sistema.

A estratégia e medidas de avaliação deverão manter-se alinhadas. Deverão existir processos que regularmente revejam as medidas que podem ir contra a estratégia delineada (Bourne *et al.*, 2000).

Neste contexto, os instrumentos de gestão abordados mais à frente neste trabalho, devem estar em consistência com o descrito, apresentando funções equilibradas, objectivos que sejam alinháveis com a estratégia e uma procura contínua de melhoria e comunicação. Antes será necessário fazer uma breve análise à avaliação da performance no sector particular da saúde.

1.4 Avaliação da performance no sector público de saúde

Na literatura está expressa a importância que a avaliação da performance tem ganho nas organizações públicas. Os instrumentos de gestão colocados à disposição dos gestores destas instituições têm sido mais-valias na melhoria das suas decisões. Ainda assim, Hood (1995) aponta que as variações convencionais de mudança no sector público, não parecem, por si só, suficientes para explicar as alterações da ideia da nova gestão pública, surgida nos anos 80.

Por outro lado, Osborne e Gaebler (1993) afirmam que a concorrência entre serviços, uma maior participação das pessoas dando origem a uma responsabilização descentralizada e a avaliação da performance a partir de resultados, são factores relacionados com regras de gestão empresarial que se encaixam na lógica do sector público. Também neste sector, onde a concretização dos objectivos passa, normalmente, pela satisfação dos utentes e menos pela obtenção pura do lucro económico, parece existir uma consciência de que a avaliação da performance é algo essencial para o bom desempenho geral das organizações.

Por conseguinte, importa perceber diferenças entre sectores – público e privado – e entre empresas de grande e pequena dimensão, para que exista uma uniformidade de aplicação dos sistemas de avaliação e para que estes se coadunem com a especificidade do sector público.

Existe, por outro lado, uma corrente de autores que prefere ser mais cautelosa no que diz respeito à transposição do mesmo tipo de gestão em todos os sectores da administração pública. É necessária prudência ao assumir que a gestão no sector público tenha entrado numa nova era de uniformidade geral em termos do contexto de gestão pública (Hodd, 1995). Ou seja, ainda não é claro que as lógicas de métodos de gestão privada e pública sejam equiparadas e possam ser operacionalizadas.

É, assim, necessário que se faça uma introdução gradual de sistemas de gestão que permitam melhorias e que tornem as organizações capazes de responder aos problemas actuais, dando-lhes instrumentos que as possam tornar mais profícuas no desenvolvimento dos seus serviços. Por conseguinte, a adopção de um modelo de novas práticas de gestão, assume um papel decisivo no desenvolvimento de sistemas de avaliação da performance na Administração Pública (Goddard 2005). Desse modo, estão criadas as condições para a implementação de uma estrutura de indicadores de desempenho.

Jeffcott e Mackenzie (2009) especificam que os profissionais de saúde reconhecem a importância de formar clínicos em tarefas mais sociais e de trabalho em equipa, que pressupõem mais colaboração em termos dos processos de avaliação. Existem mudanças no ambiente organizacional do Hospital que estão a alterar as barreiras profissionais de forma a constituir relações mais produtivas ao nível da gestão e trabalho organizacional (Minville *et al.* 2008).

Vários autores identificam que uma colaboração mais próxima entre clínicos e gestores pode gerar novas tarefas transfronteiriças de visão em termos de gestão e performance. A interpretação de liderança no sector público tem uma importância crescente no sentido de aumentar a performance organizacional (Minville *et al.* 2008). A avaliação da performance de equipas é especialmente importante na saúde (Jeffcott e Mackenzie, 2009) e a heterogeneidade das estratégias de todos os participantes envolvidos no processo de implementação dos sistemas de avaliação da performance é, cada vez mais, fulcral (Anarboldi e Azzone, 2010).

Por tudo isto, melhores instrumentos de avaliação da performance são necessários para recolher informação e diferentes contextos de saúde devem ser considerados em termos do uso do mesmo tipo de ferramentas de avaliação da performance de equipas (Jeffcott e Mackenzie, 2009). Anarboldi e Azzone (2010) identificam, nesta linha, três pontos-chave na avaliação da performance ligada ao sector público na área da saúde:

- A heterogeneidade de todos os participantes, envolvidos no processo de implementação dos sistemas de avaliação da performance, aumenta a importância dos mesmos.
- Devem ser ouvidos todos os participantes - seja com maior ou menor intervenção no processo.

- Mesmo os participantes mais problemáticos são cruciais para o processo porque questionam o papel dos sistemas de avaliação da performance, encontrando por vezes falhas que precisam de ser corrigidas.

Ao longo destes anos, praticamente todas as administrações públicas terão lançado iniciativas para melhorar a performance. Ainda assim, Gomes, Carvalho e Mendes (2007) apontam algumas limitações à implementação de um sistema de avaliação da performance: a falta de apoio dos executivos, a burocracia, os custos associados à implementação, a falta de formação dos colaboradores e a falta de recompensas associadas à melhoria da performance. Estes autores concretizam que a introdução de um sistema de avaliação de desempenho no sector público exige, cada vez mais:

- Uma análise multidimensional do desempenho;
- Uma adaptação ao contexto político;
- Uma mudança na cultura instalada;
- A consideração do cliente e das suas necessidades como principal objectivo a atingir.

1.5 Erros na medição de indicadores de performance

Ittner e Larcker (2003) apontam quatro erros crassos que por vezes são cometidos na aplicação e implementação de medidas para avaliação da performance, sobretudo ao nível dos indicadores não financeiros:

- **Falta de ligação entre as medidas e a estratégia** – Um dos principais problemas das organizações é o de perceber quais os itens não financeiros que devem ser seguidos, tanto para atingir os objectivos quer venham a existir ao nível da avaliação da gestão, da comunicação da estratégia ou da alocação de recursos.
- **Falta de validação das ligações** – As organizações adoptam medidas que, por vezes, não têm consequências futuras nem percebem que estão a influenciar outras medidas, nomeadamente financeiras.
- **Falta de escolha correcta nos objectivos de performance** – Excelentes performances ao nível dos indicadores não financeiros, não significam, só por si, uma melhoria substancial na performance geral, até porque podem induzir

os decisores em erro, por descurarem outros indicadores que estejam a produzir resultados menos bons.

- **Medir incorrectamente** – Organizações que elaboraram um quadro estratégico muito bom e evidenciaram especial importância na comunicação dessa estratégia a todos os colaboradores, podem apresentar uma performance menos boa pela falta de análise e medições correctamente definidas. Se todo o trabalho estiver bem organizado e as medições falharem, não se pode concretizar todo esse trabalho e perceber o que está ou não está a correr bem.

1.6 Acções correctas a concretizar num sistema de avaliação da performance

Ittner e Larcker (2003) contribuem com algumas acções que devem nortear a implementação dos indicadores para melhor assegurarem os resultados que se esperam alcançar:

- **Desenvolver um modelo** – Este é ponto de partida. O modelo deverá ser algo mais do que apenas uma declaração com a Visão e a Missão da organização;
- **Recolher e organizar os dados** – Inventariar as bases de dados e proporcionar rápido acesso a todos os dados recolhidos é primordial;
- **Transformar dados em informação** – Seja por correlações estatísticas mais complicadas ou por análises simples em folhas de cálculo acessíveis, o que interessa é que todos os dados recolhidos sejam transformados em informação legível;
- **Refinar continuamente o modelo** – Constantes medições produzem novos dados e asseguram melhores decisões. Estas podem também resultar na consistência do modelo para contínua melhoria nas medições;
- **Basear as acções nos resultados verificados** – Constatar que algo não está bem, através das medições efectuadas, permite que as decisões a tomar sejam céleres e eficazes;
- **Avaliar os resultados** – Nos diferentes processos, uma constante avaliação será importante para assegurar um bom funcionamento do sistema de avaliação da performance.

1.7 Instrumentos de Gestão

Como revisto atrás, a avaliação da performance valoriza a gestão das organizações e melhora a tomada de decisão. Para a execução de uma avaliação consistente, dinâmica e sobretudo eficaz quanto à fidelidade dos dados recolhidos, é necessária uma boa instrumentalização em termos de recolha desses dados. Pretende-se que exista um mecanismo nas organizações que possa impulsionar uma dinâmica de leitura e monitorização assente em indicadores demonstrativos da realidade da organização.

Devido a esta expansão do conceito de avaliação da performance, surgiram também diversos instrumentos de gestão, que pretendem executar essa avaliação. Estes instrumentos são utilizados nos mais variados tipos de organizações, sendo a sua base coincidente em termos do conceito a que estão associados – avaliar e monitorizar a gestão e a performance da organização – mas são também diferentes nalgumas características. A diversidade de instrumentos é revelada pela sua abundância:

Balanced Scorecard (1992); EFQM (1988); Intangible Assets Monitor (1986); Navigator (1997); Productivity Measurement and Enhancement System (1990); Performance Prism (2000); Performance Pyramid System (1991); Strategic Measurement and Reporting Technique (1991); Supply Chain Operations Reference (1996); Tableaux de Board (1932), entre outros.

Destacam-se e aprofundam-se de seguida os instrumentos que maior relevo incutiram nas empresas ao nível da sua longevidade de implementação, ligação a medições directamente relacionadas com a performance e conjugação de medidores abrangentes em diversos factores – medidores financeiros, não financeiros, de capital humano, de motivação, de análise de mercados e produção:

- Tableaux de Bord, 1932 (Malo, *cit. in* Bourguignon *et al*, 2004);
- Productivity Measurement and Enhancement System, 1990 (Pritchard, 1990);
- Performance Pyramid System, 1991 (Lynch e Cross, 1991);
- Performance Prism, 2000 (Neely e Adams, 2000);
- Balanced Scorecard, 1992 (Kaplan e Norton, 1992).

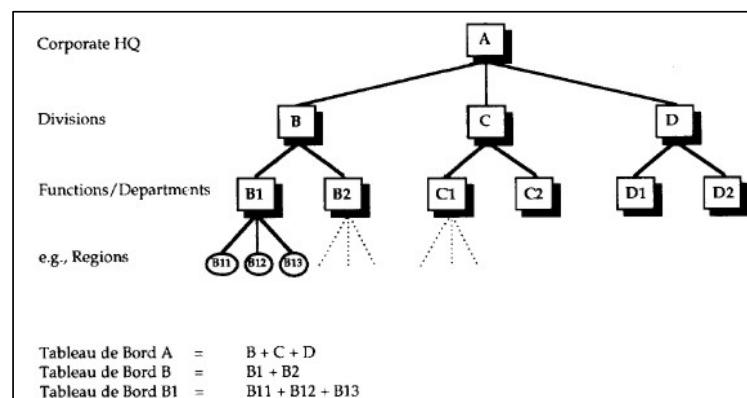
1.7.1 Tableaux de Bord (TB)

O TB é o instrumento de gestão mais antigo, dos aqui apresentados, tendo sido introduzido em França, de onde é originário, na década de 1930 (Malo, *cit. in Bourguignon et al*, 2004).

Este instrumento foi desenvolvido por engenheiros franceses numa fase inicial para poder aumentar a performance dos processos de trabalho e originar um aumento produtivo. O TB é usado ainda com alguma frequência sobretudo em organizações produtivas e mecanizadas, onde a actividade produtiva e os processos são um dos pontos fulcrais dessas organizações.

Segundo Epstein e Manzoni (1998), as duas principais características deste instrumento de gestão prendem-se, por um lado, com o facto de não ser possível aplicar um único documento para toda a organização, uma vez que cada departamento na hierarquia tem objectivos diferentes e, por outro lado, estes painéis de instrumentos não devem estar limitados a indicadores financeiros. São também necessários indicadores operacionais ou processuais que podem, por vezes, dar mais informações, até com repercussão financeira, do que meros indicadores numéricos.

Figura 4 – Tableaux de Bord



Fonte: De Guerny *et al. cit. in* Epstein e Manzoni (1998)

Na literatura, é possível encontrar diferentes definições para o sistema TB mas, por norma, nunca são feitas referências a menções estratégicas ou ligações a eixos de

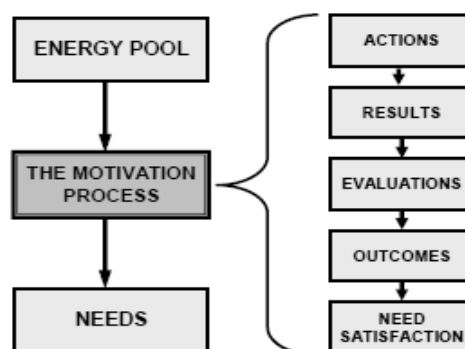
orientação. O TB é um instrumento orientado para a vertente operacional da organização e faz uma monitorização de acordo com os departamentos. Na Figura 4 pode verificar-se que existem TBs para cada departamento e subdepartamento. Esta indefinição organizacional em termos de monitorização leva à maior crítica apontada ao TB – a falta de visão total da gestão e o não-alinhamento dos departamentos, em termos de objectivos.

1.7.2 Productivity Measurement and Enhancement System (PMES)

Este é um modelo, desenvolvido por Pritchard em 1990, que atribui uma grande importância a uma forma participativa de avaliação da performance. Este sistema tem por base a teoria do comportamento no trabalho, e assenta também na teoria da motivação. Esta teoria conheceu desenvolvimentos no trabalho realizado por Pritchard e Ashwood (2007).

O processo motivacional, através da consequente interacção entre as acções, os resultados de comportamentos, as avaliações, a produção de informação e a satisfação de necessidades, influencia e transforma as energias ou os recursos existentes em necessidades antecipadas (Pritchard *et al.* 2002)

Figura 5 – Teoria da Motivação de Pritchard e Ashwood

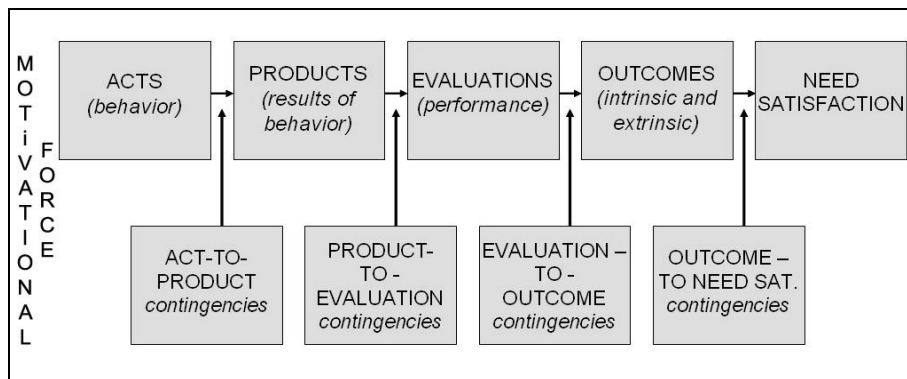


Fonte: Pritchard *et al.* (2007)

Segundo Pritchard (1990), o objectivo principal é a medição da produção organizacional, através de processos executados em forma faseada, ou passo-a-passo, que

identificam os objectivos organizacionais, desenvolvem um sistema de avaliação para perceber como estão a ser atingidos esses objectivos por parte dos departamentos da organização e implementam um sistema de feedback, proporcionando informações do modo como está a ser atingida a performance nos diferentes departamentos.

Figura 6 – O modelo Productivity Measurement and Enhancement System



Fonte: Pritchard (1990)

O PMES pode ser implementado seguindo um processo de aplicação conduzido em sete passos (Pritchard *et al.* 2002):

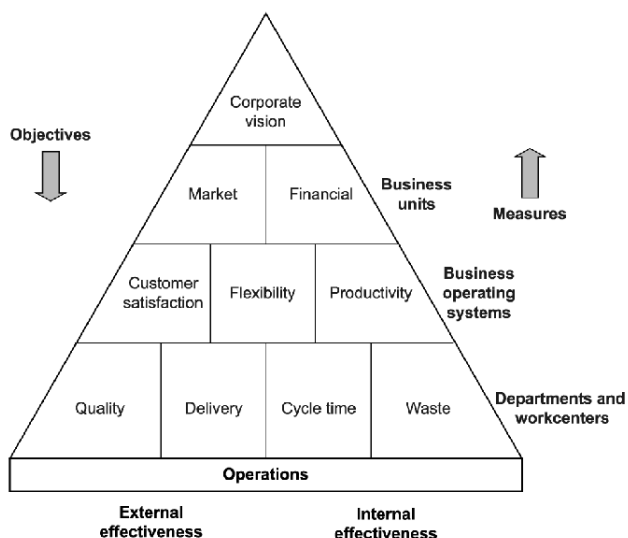
- Formar uma equipa multidisciplinar de desenho e desenvolvimento do sistema, composta por quem vai ser avaliado, por um supervisor e um operacional familiarizado com este sistema;
- Identificar os objectivos para a organização;
- Identificar um ou mais indicadores quantitativos para cada objectivo. É necessário um controlo efectivo por parte das pessoas empenhadas no processo de medição;
- Definir as contingências, ou seja, as funções que procuram quanto um determinado indicador é importante para a organização;
- Desenhar o sistema de *feedback*;
- Monitorizar o sistema e ajustar, quando necessário.

Este modelo é caracterizado por um desenho que se inicia de baixo para cima, envolvendo as pessoas que estão a ser avaliadas, no entanto, pela mesma razão, torna difícil a execução de certas medidas, pelo baixo envolvimento de chefias de topo. Por outro lado, a existência de uma série de contingências, que pretendem originar a implementação de prioridades, dá origem a uma maior dificuldade na implementação do sistema. O facto de alguns indicadores não estarem necessariamente alinhados com alguns objectivos, torna o modelo pouco consistente para a organização no seu todo. Este desalinhamento é incoerente com a necessidade de uma estratégia geral e global para toda a organização, que a literatura da avaliação da performance, em regra, sugere.

1.7.3 Performance Pyramid System (PPS)

Lynch e Cross (1991) desenvolveram o PPS que, de forma abreviada, pode ser descrito como um sistema inter-relacional de diferentes variáveis de performance que são controladas para níveis organizacionais diferentes. Neste sistema, os objectivos estratégicos têm uma relação de cima para baixo na hierarquia da organização, enquanto a informação tem a direcção inversa. No modelo apresentado por Lynch e Cross (1991), encontram-se as medidas em sentido ascendente, da base para o topo, que serão implementadas nos diferentes departamentos e ao nível de operações de sistema de negócios e das unidades de negócio. No sentido inverso surgem os objectivos estratégicos, que vão sendo divulgados desde o topo da organização em termos da visão da organização, até à sua base operacional. Todo o processo é iniciado com a definição e divulgação geral da visão da organização.

Figura 7 – Sistema da Pyramid de Performance



Fonte: Lynch e Cross (1991)

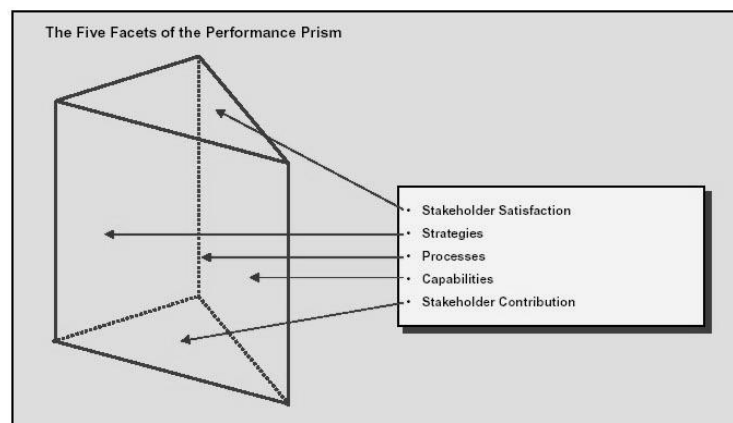
Na figura 7 verifica-se que o modelo apresentado por estes autores, contempla desde logo a visão corporativa da organização no topo, sendo seguida no segundo nível, pelas perspectivas de mercado e financeira. De uma forma geral, itens como qualidade, desperdício ou a entrega estão na base da pirâmide, sem que tal signifique que são menos importantes, mas antes, que têm um papel mais operacional no modelo desenhado. Este modelo prevê áreas financeiras mais fortes, levando, em contraste, a uma característica menos importante a nível da satisfação pessoal ou motivacional dos funcionários.

Este modelo terá de fazer ajustes ao nível da definição clara dos seus *stakeholders* e, não existindo referência à organização sem fins lucrativos, é um sistema que coloca algumas reservas na sua utilização ao nível deste tipo de organizações, até pela baixa concentração de níveis hierárquicos e medidas que prevejam estes mesmos tópicos.

1.7.4 Performance Prism (PP)

Desenvolvido por Neely e Adams (2000), este sistema está organizado em torno de cinco perspectivas: satisfação do *stakeholder*, estratégia, processos, capacidades, e contribuição do *stakeholder*.

Figura 8 – Modelo Performance Prism



Fonte: Neely e Adams (2000)

O desenho deste modelo é simples e permite demonstrar que cada uma destas perspectivas estão interligadas, tal como é possível verificar na figura 8. O PP apresenta as cinco perspectivas, colocando uma questão chave para cada uma delas (Neely, Adams e Kennerley, 2003). Estas questões foram identificadas pelos autores em conjunto com as cinco perspectivas. Apresenta-se de seguida o conceito de cada uma conforme apresentado por Neely, Adams e Kennerley (2003):

Satisfação do Stakeholder – “Quem são os *stakeholders*, o que é que querem e necessitam?”

As organizações existem para criar valor para os *stakeholders*, sejam eles, investidores, clientes, utentes, fornecedores, reguladores, etc. Esse valor é diferente de *stakeholder* para *stakeholder*, mas é necessário perceber que todos eles têm a expectativa de receber algo que seja criado pela organização e a própria organização terá de entender em como poderá criar o valor adequado a cada *stakeholder*.

Contribuição do Stakeholder – “O que é que queremos e precisamos dos *stakeholders*?”

Nesta perspectiva existe uma reciprocidade intrínseca, que advém da relação existente entre todos e que necessariamente terá de ser benéfica para todos. Os clientes esperam rapidez e qualidade nos serviços efectuados pela organização e a esta espera continuar a poder ter estes clientes no futuro.

Estratégias – “Que estratégias precisamos de implementar para satisfazer as necessidades?”

Tendo sempre em conta o valor a criar para os *stakeholders*, os decisores têm de escolher qual o melhor caminho, ou seja, qual a melhor estratégia para tornar a organização mais completa e adequada ao serviço ou produto a realizar, para satisfazer as necessidades dos seus clientes.

Processos – “Que processos precisamos de implementar para satisfazer as necessidades?”

Segundo este sistema, os processos são a forma de concretizar a estratégia. Através destes processos desenhados e alinhados para atingir o sucesso, que passam por estabelecimentos do que fazer e de quando fazer, a organização poderá mais facilmente adequar o seu trabalho e criar valor.

Capacidades – “Que capacidades, em termos de pessoas, práticas, tecnologia e infra-estrutura, precisamos de implementar, que nos permitam operar os nossos processos de forma mais efectiva e eficaz?”

Para a constituição de processos adequados que funcionem correctamente são necessárias pessoas, conhecimento, tecnologia e infra-estruturas que substanciem a execução dos processos e da estratégia e conseqüentemente, a criação de valor para os *stakeholders* da organização. Em última análise, o conceito do sistema PP abrange duas grandes linhas que os gestores têm de compreender e implementar:

- Perceber o que os seus *stakeholders* necessitam da organização e o que a organização necessita deles;
- Alinhar estratégias, processos e capacidades para satisfazer as diferentes necessidades dos diferentes *stakeholders*, de modo a contribuir para a sua criação de valor.

Na sequência dos pontos apresentados, o sistema prevê a criação de um processo de mapeamento que pretende ajudar no alinhamento dos processos com a estratégia. De seguida é necessário elaborar etapas de desenho estrutural do sistema, planear e construir métodos de recolha de informação e monitorização e proceder à implementação e operacionalização do sistema, existindo nesta fase uma sucessão de monitorizações necessárias para perceber como está a funcionar a organização. Em sequência, os autores apresentam uma etapa de actualização, onde se elabora um processo de refinação das medidas, no sentido de manter a sua actualidade e importância.

A grande novidade neste sistema de avaliação da performance é o facto de incluir em termos de *stakeholders* das organizações, não só os clientes e accionistas, mas também os próprios fornecedores, os reguladores do mercado, os funcionários, etc. Este é um sistema que pretende o envolvimento de todos na organização.

1.7.5 Balanced Scorecard

Apesar da importância atestada por alguns estudos efectuados que recai sobre os instrumentos anteriormente descritos, a escolha do BSC para ser o instrumento de gestão a aplicar no Serviço de MFR da ULSNA está assente nalguns pontos que Russo (2006) apresenta. Este autor indica que a inovação que o BSC apresenta, em relação a outros instrumentos de gestão, é resultante das seguintes características:

- O BSC focaliza a gestão na estratégia da empresa/organização, traduzindo-a em objectivos, iniciativas e indicadores;
- O BSC permite gerir factores intangíveis fundamentais para um bom desempenho;
- O BSC induz a comunicação, o envolvimento, o alinhamento das pessoas e o ajustamento dos recursos da organização, de acordo com a estratégia definida;
- Esta metodologia considera a existência de relações de causa-efeito entre diferentes perspectivas e factores críticos de sucesso para a organização;
- Este instrumento pretende assegurar o *feedback* e a aprendizagem resultante das acções e dos resultados alcançados (a curto e a longo prazo), que facilitem a revisão da própria estratégia.

Estas características são enquadráveis na procura dos actuais sistemas organizacionais públicos e são consistentes com a natureza de um Serviço como o de MFR. Neste sentido, entende-se que o BSC coloca a estratégia e a visão no centro, em vez do controlo, estabelecendo objectivos, assumindo, no entanto, que as pessoas adoptarão os comportamentos e acções necessárias para cumprir esses objectivos (Kaplan e Norton, 1992). Esta é a filosofia inerente ao BSC, que incorpora a participação de todos e tende a conseguir elevar os padrões de qualidade tanto ao nível da produção, como nos processos e na aprendizagem.

1.7.5.1 Pensamento estratégico

Os gestores, em toda a hierarquia da organização, necessitam de ter objectivos específicos e uma forma de os conseguir apurar e devem também de forma responsável participar na construção desses objectivos (Drucker, 1954). Para este autor, os objectivos são essenciais para se entender como as unidades produtivas de uma organização devem proceder ou produzir.

Um dos modelos mais conhecidos e aplicados hoje em diversas situações é o modelo das 5 forças de Porter (1985). Olhando de forma transversal para este modelo, podem encontrar-se algumas extensibilidades de um instrumento de gestão que influencie positivamente o modelo. O gestor deverá conhecer o modelo mas terá, em última análise e como indica Drucker (1954), de perceber o que esperam dele e de como deverão ser medidos os objectivos, ou seja, como os indivíduos e a própria organização pode ser analisada e melhorada. O BSC pode contribuir para que a utilização desse modelo em consistência com o modelo de trabalho do BSC, possa dinamizar e aumentar as probabilidades de êxito na execução da estratégia da organização e contribuir também para o cumprimento da missão da organização.

Mintzberg (2001) afirma, por sua vez, que as estratégias das organizações têm duas características essenciais:

- São feitas de forma antecipada em relação às acções que pretendem aplicar;
- São desenvolvidas de forma consciente e propositada.

A estratégia lida então, com a intenção com que os líderes tentam implementar directrizes para as organizações, de forma a estabelecer linhas de acção pré-determinadas. Mintzberg (1994) identifica dois tipos de pessoas em funções de planeamento estratégico:

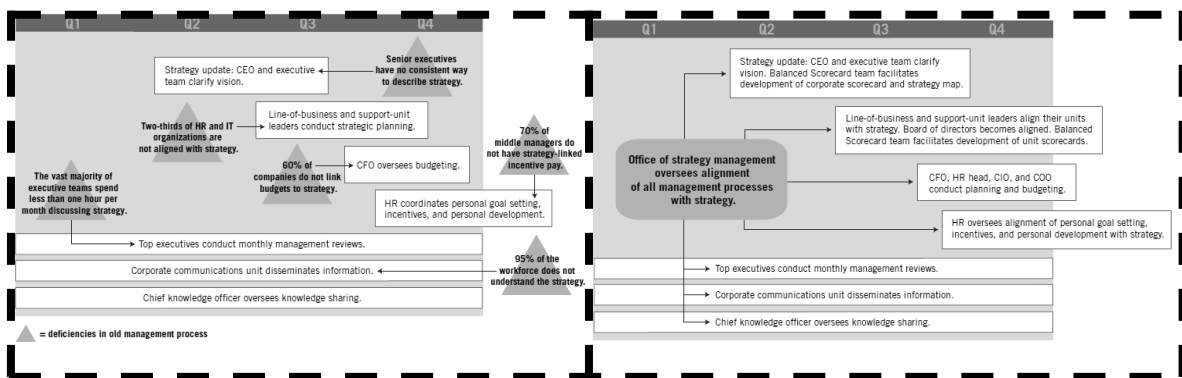
- Os "pensadores analíticos" são os mais convencionais e implementam estudos analíticos e estratégias baseadas em números e informação concreta.
- Os "pensadores criativos", menos convencionais e que procuram abrir o processo convencional de planeamento estratégico. Por vezes procuram e encontram estratégias em locais estranhos e encorajam os outros a utilizar também o pensamento estratégico.

É comum encontrar os dois tipos de estratégias nas organizações, dependendo da sua área de actuação, do tipo de produto/serviço que desenvolvem. Mais importante, é o facto

dos líderes das organizações perceberem que necessitam destes dois tipos de pessoas e quando e em que proporções são necessários na organização.

Na sequência do desenvolvimento do BSC, Kaplan e Norton procederam posteriormente à concepção de uma forma de alinhamento estratégico dos elementos que compõe o BSC com a estratégia da organização. Neste pressuposto, avançaram mesmo com a sequência, em termos de calendarização estratégica, que as organizações devem adoptar para a melhor aplicabilidade do BSC e até mesmo, para melhorar a adaptação a toda a envolvente da organização.

Figura 9 – Diferenças entre o antiquado calendário estratégico e o novo calendário estratégico



Fonte: adaptado de Kaplan e Norton (2005)

Deste modo, comparando as calendarizações estratégicas das organizações, verifica-se que anteriormente a gestão estratégica na maioria das organizações consistia em processos efectuados de forma isolada, por diferentes grupos com diferentes linhas hierárquicas. A estratégia tornava-se então desconectada entre as unidades das organizações (Kaplan e Norton, 2005). Actualmente existem departamentos próprios que asseguram a boa monitorização dos processos estratégicos, originando, em coordenação com os executivos ou gestores de equipas, que a estratégia geral da organização é reflectida em todas as actividades e em todos os níveis das organizações (Kaplan e Norton, 2005).

1.7.5.2 O Modelo BSC

O BSC surgiu no início da década de 1990, na sequência de estudos realizados por Robert Kaplan e David Norton, dois professores de Gestão da *Harvard Business Scholl*, a diversas empresas, através de entrevistas realizadas a gestores dessas empresas que identificaram como determinantes, os sistemas de gestão que utilizavam para a tomada de decisões. Após o seu desenvolvimento, este instrumento enquanto modelo e sistema de gestão integrado na avaliação da performance, foi publicado através do artigo "*The Balance Scorecard - Measures that Drive Performance*" em 1992.

Na sequência do trabalho efectuado, o artigo demonstra os resultados dos estudos, indicando que os tradicionais indicadores financeiros que vinham a ser utilizados há vários anos, na perspectiva do controlo de gestão, apresentavam limitações face à necessidade das organizações terem que gerar valor para o cliente com base em activos intangíveis. Esses activos são hoje considerados pela literatura em geral, de extrema importância para a sustentabilidade das empresas.

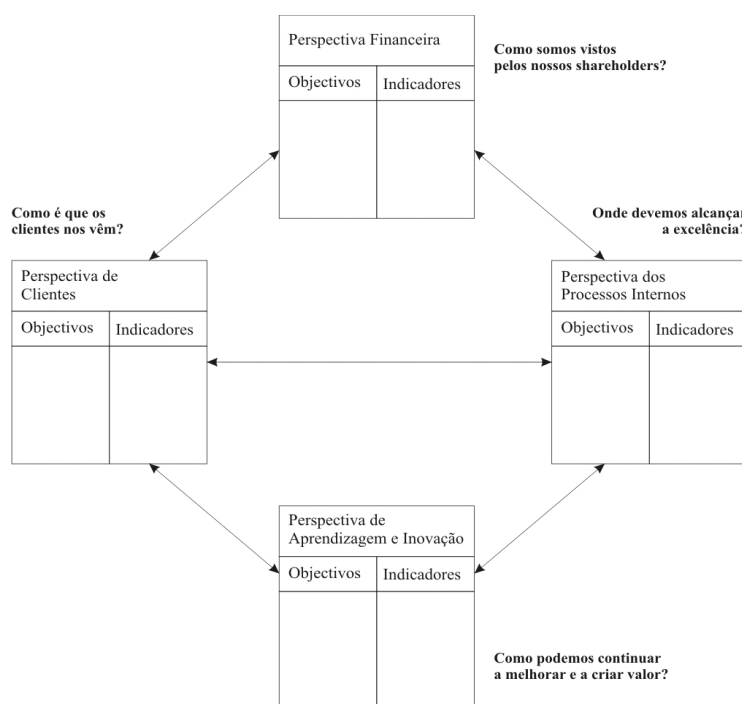
Assentes na inovação e na capacidade de gestão, integrando o serviço ao cliente, o *know-how* dos trabalhadores, produzindo processos internos eficientes e sistemas de informação integrados, estes activos proporcionam à organização um impacto positivo que vai influenciar todos os seus recursos, criando novas metodologias processuais. Assim, a base do BSC e a sua metodologia, pode melhorar a forma de gerir, a nível financeiro e não financeiro, em termos processuais e de modo a satisfazer os *stakeholders* das organizações.

Kaplan e Norton (1996) indicam que se torna inadequado basear as estratégias de uma empresa em indicadores tradicionais, que não reflectem a actualidade organizacional, sobretudo em empresas cujo factor intelectual é fulcral para o seu desenvolvimento. Da mesma forma, estes autores apontam que o desenvolvimento da estratégia da empresa deve ser baseado em resultados que sejam medidos e monitorizados. Para tal, Chow *et al.* (1997) advogam que alinhando a missão e visão da empresa com a estratégia, através de mecanismos dinâmicos de mediação que têm aspectos financeiros e não financeiros, vai permitir uma maior facilidade em chegar aos objectivos propostos. O BSC ajuda a colocar de parte algumas iniciativas, implementando outras, originando de uma forma mais adequada, que a organização atinja os objectivos estratégicos estabelecidos (Chow *et al.* 1997).

No BSC, alinhando a estratégia da organização, através de quatro perspectivas – financeira, de clientes, dos processos internos e de aprendizagem e desenvolvimento organizacional (Kaplan e Norton, 1992), com a missão e visão da empresa, é possível obter as respostas adequadas às questões de cada uma dessas perspectivas:

- Perspectiva Financeira – Como devemos ser vistos pelos nossos accionistas?
- Perspectiva de Clientes – Como é que os clientes nos vêem?
- Perspectiva Processos Internos – Onde temos de ser excelentes?
- Perspectiva Aprendizagem e Desenvolvimento Organizacional – Continuaremos a inovar e a criar valor?

Figura 10 – Desenho das quatro perspectivas do BSC e a sua interligação



Fonte: adaptado de Kaplan e Norton (1992). Elaboração própria

O sítio do *Balanced Scorecard Institute* (2009), citando Kaplan e Norton (1996) apresenta as quatro perspectivas de forma mais elaborada, aprofundando o seu significado:

- A perspectiva financeira é uma prioridade e os financiamentos correctos, em tempo real, têm de ser tidos em consideração.

- Na perspectiva de cliente, importa perceber se estes estão ou não satisfeitos, evitando que procurem outros fornecedores. Deste modo, uma performance fraca neste ponto pode ser negativa no futuro, ainda que financeiramente a organização pareça estável.
- A perspectiva de processos internos permite aos gestores conhecer como está a decorrer o processamento interno da organização. Se os produtos ou serviços estão de acordo com os requisitos dos clientes.
- Na perspectiva de aprendizagem e desenvolvimento organizacional estão incluídos factores como formação e auto-melhoria individual e empresarial.

Para cada uma das perspectivas são definidos factores críticos para a organização, estabelecendo-se relações de causa-efeito entre eles, dando origem ao mapa estratégico e que, em última análise, pretendem estar alinhados com a estratégia definida.

A adopção do BSC pode, por isso, permitir uma melhor formulação ou interpretação da estratégia, conseguir estabelecer prioridades, contribuir para uma maior assimilação das responsabilidades e a concretização da missão da organização. A boa definição de objectivos pode permitir o aumento da produtividade, da competitividade e da satisfação dos clientes.

Kaplan e Norton (1996) indicam que as organizações introduziram o uso do BSC, implementando-o de forma integrada e interactiva na sua gestão estratégica, aumentando gradualmente as suas potencialidades, acrescentando dinamismo e certeza ao processo de tomada de decisão (Kaplan e Norton, 2005). Kaplan e Norton (1996) indicam que as organizações que utilizam o BSC, fazem-no para:

- Clarificar e actualizar a estratégia;
- Difundir a estratégia pela organização;
- Alinhar objectivos das unidades e individuais com a estratégia;
- Unir objectivos estratégicos com alvos de longo prazo e orçamentos anuais;
- Identificar e alinhar iniciativas estratégicas;
- Executar monitorizações periódicas de performance para conhecer e melhorar a estratégia.

De forma concreta, o BSC é um instrumento que, para além de poder permitir a resolução de problemas e simplificar decisões, consegue imprimir uma dinâmica numa organização que a leva a estar mais bem preparada para enfrentar as adversidades e problemáticas do futuro. De um modo geral, é possível apontar os benefícios que o modelo

BSC origina numa organização. Vários são os autores que afirmam de forma convergente este ponto.

Rohm (2008) aponta que desenvolver um sistema BSC é algo como juntar peças de um puzzle, em que as peças são componentes estratégicos constituídos individualmente, verificados para parametrizar com outros componentes estratégicos e juntar num sistema completo. O modelo BSC permite aos decisores ter uma ferramenta analítica poderosa para colocar a sua estratégia organizacional em acção (Abran e Buglione, 2003).

Crabtree e DeBusk (2008) indicam que existe uma associação positiva entre a adopção do BSC e os retornos esperados para os *shareholders*. Ainda que há que ter em atenção que o real valor de um sistema *scorecard* advém de processos de consulta e análise permanentes que são o fulcro do sistema (Rohm, 2008) e o processo de formulação de um BSC sustentável indica como os aspectos sociais e o próprio ambiente podem ser integrados com a gestão geral de uma organização (Figge, Hahn, Shaltegger e Wagner, 2002). Estes últimos autores advogam ainda que a vantagem de um BSC sustentável é a de este ser um conceito aberto, ou seja, pode ser aplicado no sentido de envolver os aspectos sociais e ambientais na implementação do sistema para o tornar bem sucedido. Deste modo o BSC apresenta-se como uma ferramenta forte para uma gestão sustentável integrada.

Por outro lado, Ittner, Larcker e Randall (2003) apontam que um problema existente é o facto de as organizações não usarem o BSC, enquanto sistema de avaliação da performance, na sua plenitude, originando por isso que os resultados realmente não apareçam.

Por conseguinte, os gestores devem perceber que o simples uso do BSC não implica automaticamente uma boa performance por parte da organização (Braam e Nijssen, 2004) e que a transição da visão e da estratégia em medidas operacionais é um processo dinâmico mas complicado.

Braam e Nijssen (2004) apontam algumas sugestões adicionais ao modelo BSC de Kaplan e Norton que podem ser tomadas em linha de conta:

- Usar equipas multidisciplinares para uma implementação efectiva do BSC;
- Criar uma base multidimensional de indicadores de performance;
- Introduzir medidas mais específicas que melhor reflectam o mercado e estratégias da organização;
- Focalizar continuamente o que é crítico.

Crabtree e DeBusk (2008) assumem que é evidente que as organizações têm ganhos superiores depois de adoptarem o BSC, o que pressupõe a clareza quanto ao facto de esta ser uma ferramenta de gestão estratégica efectiva que leva a maiores retornos efectivos para todos os interessados. Deste modo, a adopção de novos conceitos, técnicas e sistemas que recaiam, não só na intuição, mas sobretudo na análise e avaliação da performance, são consequência de uma dinâmica que é necessária constituir nas organizações através da implementação de um sistema que realmente apoie a tomada de decisão.

No seguimento da necessidade cada vez maior de assumir a estratégia como ponto fulcral de uma organização e sobretudo de encontrar uma forma de intensificar o controlo e a dinâmica necessárias para uma melhor implementação dessa estratégia, associada a factores tangíveis e intangíveis (Kaplan e Norton, 2000), surge o modelo Balanced Scorecard.

1.7.5.3 Conceito BSC

O BSC é um sistema de gestão que consegue originar melhorias efectivas em áreas críticas como produto, processos, clientes ou desenvolvimento de mercado integrando quatro perspectivas diferentes que podem conter além dos indicadores financeiros, os indicadores de performance para actividades relacionadas com clientes, processos internos e inovação (Kaplan e Norton, 1993). Os autores assumem ainda que é visto como um sistema de gestão capaz de alinhar a estratégia, difundindo-a por toda a organização. Por outras palavras, o *Balanced Scorecard Institute* (2009), apresenta uma definição do BSC como sendo “(...) um instrumento de gestão e planeamento estratégico, usado de forma massificada por todo o mundo em organizações empresariais, indústria, empresas governamentais e outras organizações sem fins lucrativos, de forma a alinhar as actividades de gestão com a visão estratégica das organizações, aumentar as comunicações internas e externas das empresas e monitorizar a performance organizacional tendo em conta os objectivos estratégicos”.

O BSC veio introduzir novas formas organizacionais baseadas em medições constantes que pretendem monitorizar e ajudar os gestores nas suas decisões. Deste modo, os objectivos intangíveis são hoje originários de vantagens competitivas. Normalmente não eram considerados os indicadores que não fossem financeiros (Kaplan e Norton, 1993). O

problema estava, no passado, pelo facto da não existência de um modelo que conseguisse incorporar verdadeiramente os activos intangíveis (Kaplan e Norton, 2000). O *empowerment* das pessoas, em todos os níveis hierárquicos deve ser assumido e permitirá uma melhor exequibilidade do BSC, obrigando à envolvimento de todos e contribuindo para uma maior capacidade de gerar multifuncionalidades e multitarefas nas organizações.

O BSC origina a criação de objectivos e indicadores de performance através de um quadro de trabalho que gere a implementação da estratégia, permitindo também que essa estratégia consiga responder às mudanças do competitivo ambiente envolvente da organização, ao nível do mercado e tecnologia (Kaplan e Norton, 1996).

Com este contributo, a organização consegue uma abordagem mais abrangente em termos da integração de todos os interessados, que vai para além dos comuns indicadores financeiros encontrados noutros modelos de avaliação da performance. Assim, desde as chefias até aos colaboradores na base operacional da organização, todos devem estar alinhados estratégica e operacionalmente. As quatro perspectivas do BSC ajudam na definição e alinhamento dessa estratégia e empregam uma substância qualitativa através da recolha dos dados, que as medidas que a elas estão associadas executam. Este processo de monitorização contínua permite avaliar a performance da organização periodicamente e constitui-se como um veículo de comunicação da visão e estratégia por toda a organização.

1.7.5.4 Finalidade do BSC

O BSC pode ser aplicado a diferentes tipos de organizações, sejam elas privadas ou públicas, grandes empresas ou PME's. No entanto, existe uma característica importante que é necessário reter para que o BSC possa ser aplicado nas mais diversas organizações: diferentes situações do mercado, estratégias de produtos e ambientes competitivos, necessitam de diferentes *Scorecards* (Kaplan e Norton, 1993). As organizações devem conceber e implementar BSC's adequados às suas dimensões, culturas, áreas de negócio e em linha com a sua missão e estratégias a empregar.

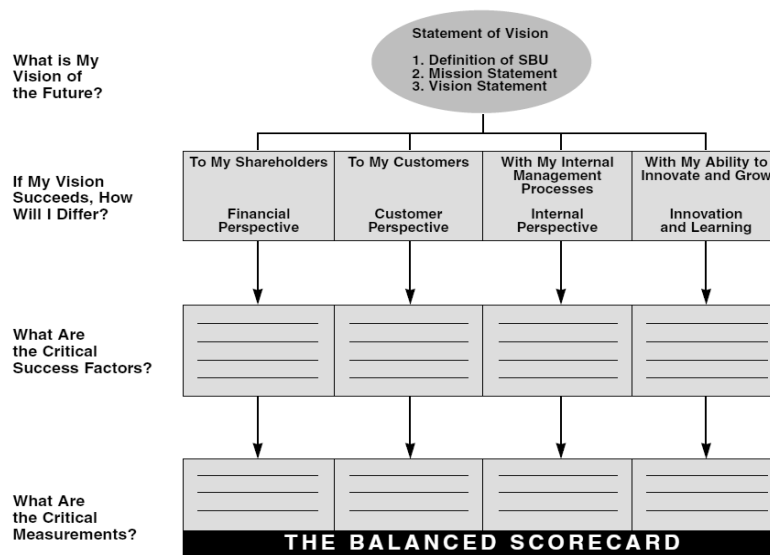
Deste modo, o BSC enquanto sistema de gestão foi desenvolvido para um fim global – ajudar a tomada de decisão, independentemente da organização em questão.

Por conseguinte, existem alguns pontos através dos quais este instrumento incrementa essa ajuda. De algum modo, são os objectivos principais do BSC, que estão

descritos no modelo de Kaplan e Norton e que se podem adequar tanto a unidades de maior dimensão, como a unidades mais reduzidas:

- Ligar os indicadores de performance à estratégia;
- Proporcionar aos gestores, uma visão alargada e integrada do desempenho para atingir uma comunicação estratégica;
- Ligar o controlo operacional à visão e à estratégia;
- Melhorar o planeamento e afectação de recursos;
- Clarificar as relações de causa-efeito em que se acredita;
- Focalizar a atenção dos gestores no que é mais crítico;
- Intensificar o *feedback* e aprendizagem estratégica, através de uma liderança forte e eficaz.

Figura 11 – Ligar as medidas e indicadores à estratégia



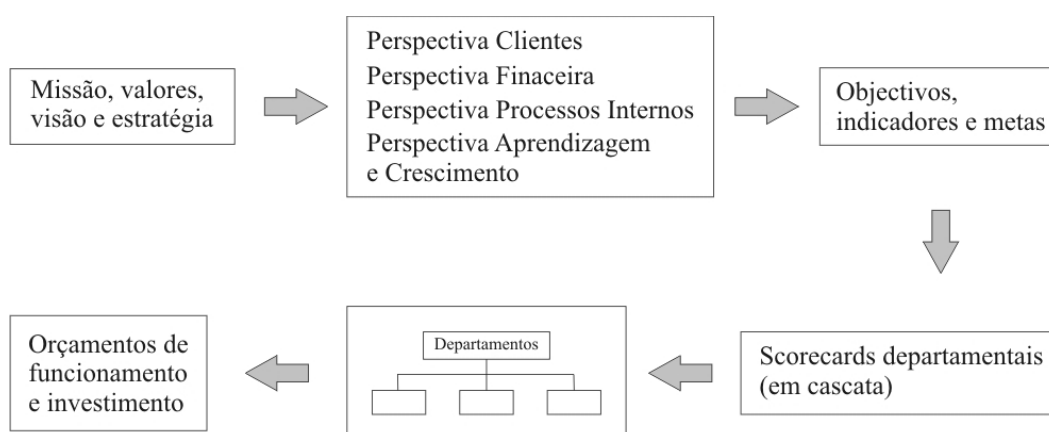
Fonte: adaptado de Kaplan e Norton (1993)

1.7.5.5 Ligação do Orçamento ao BSC

Niven *cit. in* Pinto (2007) identifica uma relação que efectiva a ligação entre o orçamento de uma organização e o BSC, numa instituição pública. Este processo está

patente na Figura 12 que identifica a sequência entre as definições das diferentes componentes necessárias para a implementação do BSC, a missão, os valores e a visão, até à afectação que os *scorecards* do BSC determinam num orçamento e as próprias ligações que permitem enquadrar esse orçamento.

Figura 12 – Ligar o orçamento ao BSC

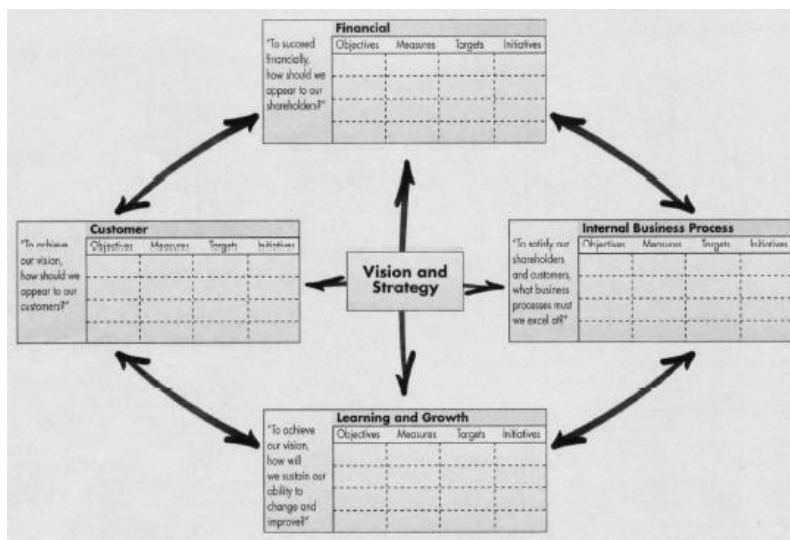


Fonte: Niven *cit. in* Pinto (2007). Elaboração própria

1.7.5.6 As quatro perspectivas do BSC

As perspectivas traduzem-se por objectivos, aos quais estão associados um conjunto de indicadores que permitem a sua quantificação. Segundo Kaplan e Norton (1992), o BSC permite aos gestores analisarem a empresa sob quatro importantes perspectivas, que permitem responder a quatro perguntas básicas como está demonstrado na Figura 13.

Figura 13 – Tradução da visão e da estratégia: as quatro perspectivas do BSC



Fonte: Adaptado de Kaplan e Norton (1996)

Para cada uma das perspectivas são definidos, de acordo com a visão e estratégia da organização, os objectivos, os factores críticos, os indicadores de desempenho, as metas e as iniciativas. Todas as perspectivas têm uma ligação com a visão e a estratégia da organização, o que origina que o modelo ganhe uma dinâmica que obriga todos os intervenientes a conhecerem e a estarem alinhados com essa estratégia.

Perspectiva financeira

“A estratégia para o crescimento, lucro e risco, vista pela perspectiva do accionista” (Kaplan e Norton, 2001).

As medidas de performance financeiras podem indicar se a estratégia está a ser implementada e bem executada (Kaplan e Norton, 1992). Contudo, é necessário preservar um limite consistente com o tipo de medidas que se estão a utilizar. As organizações poderão ter de conservar alguma distância e sobretudo perceber que existem diferentes patamares ou categorias, para além da financeira, que devem ser consideradas.

Esta ideia, não pressupõe que podem ser descurados os factores críticos financeiros, pelo contrário, eles devem ser tidos em conta de uma forma que possam ser eles próprios a indicar o que está a correr mal.

Kaplan e Norton (1992) apontam duas razões para não se subestimarem os objectivos de cariz financeiro: por um lado, um sistema financeiro bem desenhado pode despoletar,

em vez de inibir, um programa qualitativo de gestão numa organização; por outro lado, a ligação entre o desempenho operacional e o sucesso financeiro é muito incerta, o que torna importante preservá-la e fortalecê-la ao máximo.

Numa perspectiva ideal as organizações devem conseguir melhorar e aumentar a qualidade na sua produção e com isso, aumentar o seu mercado e satisfazer os seus clientes. O maior desafio prende-se na forma como o podem conseguir. O BSC, através da perspectiva financeira, pretende ajudar a aumentar as ligações entre sectores financeiros e operacionais que, no fundo, aumentem a qualidade geral da organização.

Perspectiva dos clientes

“A estratégia para criar valor e diferenciação numa perspectiva do cliente” (Kaplan e Norton, 2001).

A perspectiva dos clientes assume uma importância vital por nela estarem consagrados os principais actores para os quais a organização desenvolve a sua actividade – os clientes/utentes.

Kaplan e Norton (1992) apontam que os clientes, por norma, tendem a ter quatro grandes preocupações: tempo, qualidade, execução do serviço e custo. Estas quatro preocupações ocorrem em termos do tempo que leva a produzir o bem ou serviço e a disponibilizá-los, da qualidade empregada na execução dos bens e serviços, aliada ao valor que eles vão significar para o cliente e do próprio custo percebido para esses produtos. Assim, a organização necessita de compreender os clientes e proporcionar um conjunto de objectivos que valorizem a melhor forma de atender às suas necessidades.

Segundo Jordan, Neves e Rodrigues, (2007), é necessário conhecer os clientes através da introdução de alguns factores: a rendibilidade – que pretende garantir clientes que maximizem o valor da empresa; a satisfação – os clientes devem ter altos níveis de satisfação; retenção – manter clientes e, dentro do possível, aumentar esse número; e fidelização – continuar a ter capacidade de manter clientes actuais.

Kaplan e Norton (1996) assumem a segmentação de clientes de modo a aumentar margens de lucro. O crescimento da organização deverá ser mantido, se possível, com todos os clientes mas, poderá evidenciar-se nalguns segmentos e perder outros mercados menos importantes se tal orientar a organização para crescimento e desenvolvimento. Deste modo, pretende-se conseguir definir a forma de lidar com os clientes da organização, nomeadamente em relação ao mercado e segmentos nos quais esta deseja competir. A organização deverá proporcionar um real valor ao cliente.

Perspectiva dos processos internos

“Prioridades estratégicas para vários processos de negócio que criam a satisfação do cliente e do *shareholder*” (Kaplan e Norton, 2001).

Os gestores terão de concentrar-se no que é crítico para o bom funcionamento da organização. É necessário identificar processos que levem à eficaz prossecução dos objectivos (Kaplan e Norton, 1992). A perspectiva dos processos internos permite identificar quais são as actividades mais críticas para a realização dos objectivos da direcção e satisfação dos clientes.

Por conseguinte, nesta perspectiva encontramos factores críticos como a organização – onde se pretende reconhecer que a empresa existe para assegurar processos e não acumular funções; a racionalização – que tem em vista, claramente eliminar as actividades que não são geradoras de valor; a qualidade – onde se pretende assegurar elevados índices de aceitação do produto ou serviço; a eficiência e eficácia – que proporcionam uma optimização da utilização dos recursos dos quais dependem os resultados.

Os indicadores que poderão fazer parte da perspectiva de processos internos de um BSC têm, à semelhança dos restantes, de estar interligados, procurando aproveitar os recursos da perspectiva de aprendizagem e crescimento e originar melhorias nas actividades da organização. Assim, é possível criar melhoria interna que vai valorizar as restantes perspectivas de modo a atingir os objectivos gerais do BSC e consequentemente da organização. As organizações deverão identificar as suas competências centrais, as tecnologias necessárias para poderem melhorar os processos onde têm de ser excelentes, de modo a objectivar formas de medir esses processos.

Perspectiva da aprendizagem e crescimento

“Prioridades para criar um ambiente que suporte mudanças organizacionais, inovação e crescimento” (Kaplan e Norton, 2001).

Nesta perspectiva, o BSC identifica os pontos críticos que a organização considera essenciais para atingir competitividade. Mas estes factores críticos estão constantemente a mudar (Kaplan e Norton, 1992). É necessária uma actualização permanente e melhoria contínua dos produtos e processos. Os autores inferem ainda que essa actualização torna-se ainda mais importante quando o objectivo é inovar, melhorar e criar ligações de valor para a organização. Desde modo, uma organização estará melhor preparada para lançar novos produtos ou penetrar em novos mercados. Numa perspectiva não financeira, é possível configurar do mesmo modo, para objectivos específicos e críticos para a organização, uma

estrutura que considere esta perspectiva como um dos pilares da empresa na sua organização estratégica.

1.7.5.7 Objectivos, Indicadores, Metas e Iniciativas

Objectivos Estratégicos

Incorporam os factores críticos da organização, traduzindo a estratégia. Organizam-se no mapa estratégico através de relações de causa-efeito e são, em cada uma das diferentes perspectivas, os pontos de referência que permitem aos colaboradores identificarem o que se pretende atingir (Kaplan e Norton, 1996).

Indicadores

São o veículo de transporte da informação. Seja num sistema informatizado ou mais simplificado, são os indicadores que informam e apresentam os dados que atestam o desempenho da organização nos diferentes parâmetros (Kaplan e Norton, 1996). Permitem verificar consequências e tendências das acções que foram executadas e dão a imagem que irá ajudar na tomada de novas iniciativas no futuro.

Metas

Valores ou designações que indicam o que se espera atingir com determinada acção. Normalmente traduzem-se em níveis de significância ou taxas de crescimento ou redução conforme os indicadores e objectivos a melhorar. Podem e devem ser alteradas, caso necessário, para melhoria dos objectivos, mas não deverão ser irrealistas ou inatingíveis (Kaplan e Norton, 2004)

Iniciativas

Traduzem as acções promovidas que vão permitir a melhoria dos indicadores que apresentam valores que não estão de acordo com as metas pretendidas. Visam a correcção das actividades desenvolvidas para concretização das metas.

1.7.5.8 As relações causa-efeito

As relações de causa-efeito são um dos pilares de diferenciação que o BSC apresenta em relação a outros instrumentos de gestão e avaliação da performance. Estas relações

ligam as diferentes perspectivas. Cada acção numa das perspectivas influencia um ou mais objectivos da outra perspectiva e de um modo geral levam a uma concretização da estratégia definida. Assim, torna-se crucial envolver correctamente cada objectivo para tornar bastante dinâmicas as perspectivas do BSC.

Se for colocada na base do BSC a perspectiva financeira vai, em última análise, influenciar a estratégia e a missão da organização, no entanto, esse processo ocorre através de inúmeras acções que têm lugar entre todos os intervenientes, colaboradores e demais *stakeholders* da organização. Mas sem esta ligação que é depois representada pelo mapa estratégico, o processo seria inerte e não poderia dar lugar ao dinamismo pretendido.

1.7.5.9 O mapa estratégico

Os mapas estratégicos apresentam visualmente o processo de relações existente entre as diferentes perspectivas e permitem verificar a dinâmica da organização (Kaplan e Norton, 2004). Os mapas estratégicos são ferramentas de grande importância em qualquer organização, sendo mesmo em termos gerais, os guias de actuação nos quais se incluem os objectivos estratégicos a atingir. Todos os participantes no processo organizacional de uma empresa ou instituição podem assim melhor interiorizar qual o seu papel na organização, o meio e em que perspectiva estão inseridos e de que forma a sua actuação envolve mais-valias para a organização.

A melhor forma de construir mapas estratégicos é do topo até à base, iniciando pelo destino, onde se pretende chegar e depois mapeando os caminhos para lá chegar (Kaplan e Norton, 2000). Na metodologia BSC estes mapas assumem um papel ainda mais importante pela contribuição efectiva que permitem, na divulgação das linhas estratégicas e do posicionamento dos objectivos que levam a essas linhas. Os colaboradores podem identificar que as suas funções estão interligadas com funções de outros colaboradores, que todos trabalham para um mesmo fim para atingirem o mesmo objectivo geral, ou seja, executar a missão e concretizar as estratégias definidas.

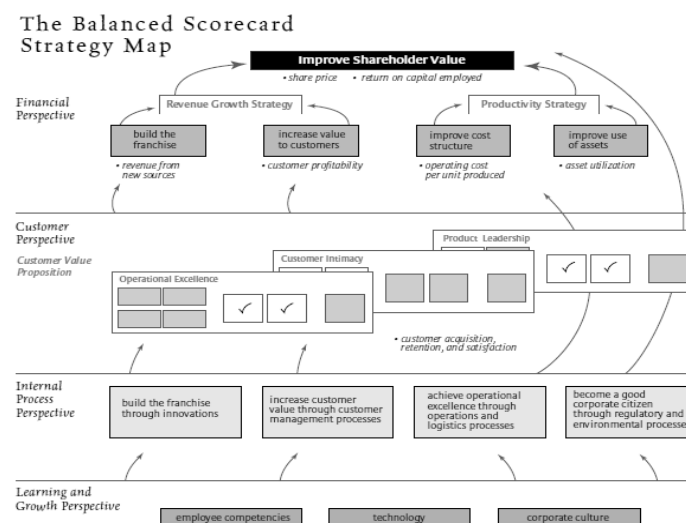
No BSC, o mapa estratégico permite perceber as relações de causa-efeito entre objectivos, o que vai originar uma melhor percepção de quais os sectores que mais dependem ou influenciam outros sectores e consequentemente, qual o grau de proximidade entre equipas e departamentos que deve existir para melhorar a performance. Neste

sentido, e de uma forma mais alargada, Kaplan e Norton (2000) indicam que os mapas estratégicos mostram como a organização converterá as suas iniciativas e recursos em resultados tangíveis.

Sendo a importância, cada vez mais, ligada aos factores e activos intangíveis, o problema é o de como medir esses factores, como lhes atribuir um valor que identifique a sua importância para a organização em que estão inseridos. Os relacionamentos com clientes, as novas tecnologias de informação, as qualidades e capacidades dos colaboradores são factores essenciais que têm valores diferentes para cada organização. O BSC foi desenvolvido no sentido de obter informações mais completas e fidedignas acerca das organizações, tanto a nível dos factores financeiros, mas sobretudo, a nível dos factores não financeiros, através das 4 perspectivas que já foram apresentadas anteriormente. Em sequência, surgem os mapas estratégicos que além de serem documentos estratégicos, são um sistema de divulgação da estratégia que em linguagem clara apresenta os objectivos e as linhas orientadoras, que todos devem conhecer.

De seguida demonstra-se o exemplo do mapa estratégico apresentado por Kaplan e Norton (2000) para exemplificar a construção de um mapa estratégico. Nele encontram-se os objectivos por cada perspectiva, as suas ligações de causa-efeito e a ligação destes objectivos às linhas estratégicas e ao objectivo final.

Figura 14 – Exemplo de construção de um mapa estratégico



Fonte: Kaplan e Norton (2000)

1.7.5.10 O BSC enquanto processo estratégico

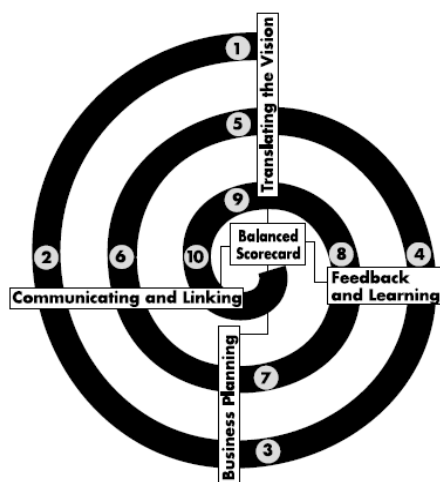
A implementação do BSC, passa por diversas fases ou etapas que são elaboradas conforme a organização onde se pretende implementar o modelo. Mas para que uma implementação seja bem sucedida, é necessário concretizar processos que possam ajudar nessa implementação e sobretudo levar os gestores a confiar no instrumento que têm entre mãos. Isto significa que o BSC permite aos gestores ter uma ferramenta que os auxilia nas suas tomadas de decisão, sejam elas baseadas em medidas de longo ou curto prazo (Kaplan e Norton, 1996).

Através de quatro processos de gestão bem definidos que fazem parte do processo de implementação do BSC, os gestores poderão acompanhar e monitorizar todo o processo, rebatendo várias vezes as recolhas de dados, de modo a comparar e melhor compreender o estado da sua organização. Assim os quatro processos de gestão são descritos resumidamente por Kaplan e Norton (1996) da seguinte forma:

- Traduzir a visão – permite aos gestores construir um consenso em redor da visão e estratégia da organização, através de um conjunto de objectivos e medidas, que descrevam estratégias de longo prazo.
- Comunicar e ligar – permite aos gestores comunicar a sua estratégia nos diferentes níveis e ligá-la a todos os departamentos da organização. Desta forma, todos os departamentos conhecem a estratégia e todos os objectivos, quer departamentais, quer individuais, são alinhados com ela.
- Plano de negócios - permite à organização integrar os seus planos financeiros e de negócios, que são por vezes difíceis de enquadrar.
- Feedback e aprendizagem – permitem às organizações ter a capacidade de exercer uma estratégia de aprendizagem, substanciada em monitorizações de curto prazo nas perspectivas de clientes, processos internos e aprendizagem e crescimento, avaliando assim a performance, tendo em conta esses indicadores recentes e possibilitando alterações que reflectam uma aprendizagem em tempo real.

Na figura 15 pode ver-se esquematicamente estes 4 processos em redor do BSC. De uma forma simples, pode afirmar-se que prosseguindo um caminho ao longo do tempo e das etapas, vai sendo possível alterar, melhorando, os processos de execução e aplicação do BSC, de uma forma estratégica.

Figura 15 – Processos de gestão em redor do BSC



Fonte: Kaplan e Norton (1996)

A filosofia do BSC assenta na abordagem global e sistémica da estratégia das organizações, apoiada nas quatro perspectivas, para as quais são fixados objectivos que têm que funcionar de forma integrada, estabelecendo relações de causa-efeito entre elas, gerando assim o encadeamento das acções e das decisões, conducentes ao cumprimento da estratégia. Qualquer falha de funcionamento (objectivos não atingidos) numa das perspectivas irá originar quebras de eficiência nas outras perspectivas, provocando desvios na estratégia da empresa e no cumprimento da missão (Pinto, 2007). Neste sentido, é importante referenciar que o desenvolvimento e a manutenção do Balanced Scorecard cria trabalho adicional para os colaboradores, que é preciso enquadrar nas tarefas já existentes, em particular relativamente a determinados dados que poderão não existir na empresa e que serão necessários recolher.

1.7.5.11 O BSC em instituições sem fins lucrativos

O BSC pode ser aplicado tanto em empresas privadas com o objectivo de atingir lucro, como em empresas públicas ou instituições não lucrativas. As possibilidades de realizar uma implementação bem sucedida no sector não lucrativo são as mesmas de uma

aplicação noutra tipo de empresa, exactamente pelo cariz funcional deste instrumento de gestão.

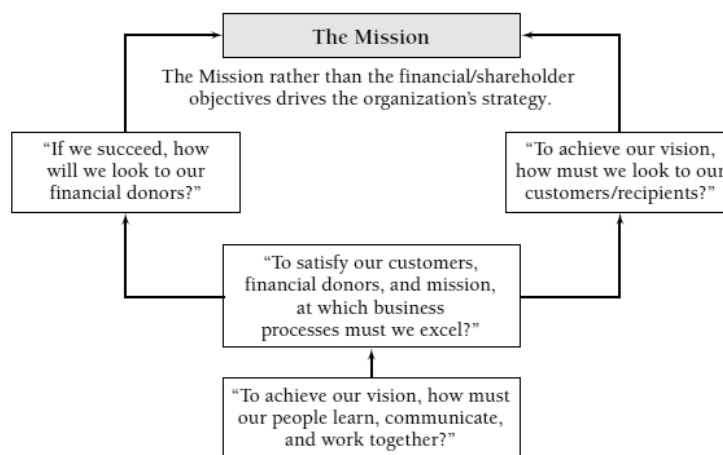
Kaplan (2001) assegura que o objectivo inicial do BSC era a melhoria do sector privado e das empresas lucrativas, mas a sua evolução para sectores não lucrativos pode trazer benefícios ainda maiores. Do mesmo modo, este autor refere a importância do uso de medições que melhorem a eficácia e eficiência, de forma a atingir o sucesso nas empresas não lucrativas. Na mesma linha, Kanter e Summers (1987), afirmam que devem ser usados indicadores que executem medições de longo prazo, bem como de curto prazo. Esta situação favorece a rápida intervenção em situações de eventuais despesas ou processos que podem estar a contribuir para aumento de despesas ou perdas de tempo inúteis.

Kaplan (2001) aponta algumas ideias a considerar para uma melhor implementação do BSC nas empresas ou instituições não lucrativas:

- Definir claramente a estratégia, uma área por vezes difícil de alcançar neste tipo de empresas;
- Valorizar a participação activa dos colaboradores;
- Iniciar um sistema de avaliação da performance tem de afirmar desde logo a estratégia;
- Arqueitectar o BSC numa organização não lucrativa, colocando a perspectiva financeira no topo, pode ser um problema.

Nestes pressupostos, Kaplan (2001), baseando-se nalguns exemplos que apresenta, afirma que a estrutura do BSC poderá ser ajustada ao tipo de organização que está a ser alvo de intervenção. Uma alteração apresentada é a que surge na figura 16, que demonstra que passa a ser a missão em vez da perspectiva financeira a direccionar a estratégia da organização. Na maioria das organizações estudadas por Kaplan (2001) a perspectiva financeira passa a surgir na base da estrutura, constituindo um ponto de partida, reformulando a questão colocada nessa perspectiva para “Com base nos recursos financeiros que temos disponíveis, como poderemos concretizar a nossa missão?” (Kaplan, 2001).

Figura 16 – Adaptação do BSC para organizações não lucrativas



Fonte: Kaplan (2001)

Em termos conclusivos, pode afirmar-se que o modelo BSC, com base nas suas quatro perspectivas permite equilibrar os factores intrínsecos e extrínsecos da organização, através da medição da sua performance, incluindo a satisfação dos clientes e colaboradores, além dos factores tipicamente financeiros, possibilitando uma análise integrada que engloba, desde o seu início, a estratégia da organização. A estratégia tem, por outro lado, de ser idealizada a longo prazo, não obstante a necessidade de monitorizar, com a definição de objectivos de longo prazo e, do mesmo modo, metas que sejam alcançáveis e realistas. É também necessário optimizar a estratégia com um mapa estratégico, que surge a partir de uma série de objectivos definidos e que têm por finalidade última a concretização das linhas estratégicas que foram delineadas.

Em suma, o Balanced Scorecard, concebido a partir do plano estratégico, apresenta-se como um instrumento de suporte ao controlo de gestão, operacionalizando a visão e a estratégia da organização, proporcionando informação rigorosa em tempo útil para os diversos níveis departamentais. O BSC apresenta-se, por isso, como um elemento basilar em termos de concretização dos objectivos da organização, permitindo auscultar se as metas definidas estão a ser cumpridas e se os processos necessitam de ajustes. Ao serem valorizados os activos intangíveis dando a mesma ênfase à informação financeira e não financeira, o BSC pode gerar vantagens competitivas para a organização, tornando-a mais forte e completa.

O BSC facilita também a implementação da estratégia, no entanto, não garante o seu sucesso, uma vez que este depende de outras variáveis como a capacidade de concepção da estratégia, da percepção da sua análise e da capacidade de inovação de quem gere a organização. Esta limitação obriga ao planeamento geral coordenado entre os diferentes departamentos, promovendo a comunicação entre eles, alinhando assim departamentos com estrutura de decisão, ou seja, com a estratégia existente.

CAPÍTULO II - CASOS PRÁTICOS DE APLICAÇÃO DO BSC A INSTITUIÇÕES DE SAÚDE

No capítulo anterior, realizou-se uma observação das diferentes componentes teóricas do tema deste projecto, centralizando-se a revisão de literatura na avaliação da performance e na sua componente de aplicabilidade ao serviço de saúde público, tendo sido ainda apresentado o BSC nos seus diferentes aspectos, como um instrumento de gestão adequado à organização moderna. Pretendeu-se enquadrar o tema numa perspectiva lógica de trabalho. Nesse seguimento, pretende-se agora promover a adequação do sistema BSC e das suas características em termos de aplicabilidade prática, sobretudo em termos de implementação em unidades hospitalares ou em serviços dessas unidades, como ferramenta potenciadora de uma gestão correcta dos recursos existentes.

Por conseguinte, apresentam-se três casos práticos, que são consistentes com o que anteriormente foi apresentado, promovendo práticas que podem ser exercidas aquando da implementação deste sistema no Serviço de MFR e procurando encontrar as conclusões que estes casos promoveram, ao serem utilizados como casos de estudo, de modo a perceber e enquadrar de forma mais correcta a futura implementação do BSC.

Os casos foram escolhidos de forma aleatória, tendo havido, ainda assim, um critério relacionado com o tipo de organizações onde o BSC foi aplicado e as semelhanças que podem existir com o projecto que é agora elaborado. Tentou-se ainda realizar a pesquisa de modo a encontrar casos que correspondessem a instituições com alguma dimensão e em diferentes territórios, incluindo um caso nacional.

O primeiro caso refere-se a um estudo efectuado em diversos hospitais, o segundo caso a um estudo específico sobre um hospital em particular e o terceiro debruça-se sobre um caso português, num serviço de uma unidade de saúde.

2.1 O Uso do BSC em Hospitais Canadianos

Chan e Ho (2000) elaboraram um estudo para perceber o grau de implementação do BSC em unidades hospitalares do Canadá. Com esse intuito, seleccionaram uma amostra de 555 hospitais do Guia de Instalações de Saúde Canadianas, sendo esta uma representação de cerca de um terço do total das instalações de saúde, na sua maioria

hospitais, das províncias de língua inglesa do Canadá. Para esta amostra foi enviado um questionário, previamente facultado e revisto por colegas dos investigadores, que teve um retorno efectivo de 21,8 %, ou seja, 121 questionários completos.

Os autores do estudo indicam que, dos 121 questionários recebidos, 97 indicam que o hospital correspondente já tinha ouvido falar no BSC, mas apenas 43 o implementaram. A percepção dos directores das unidades hospitalares que haviam indicado ter conhecimento sobre o BSC é apontada como forte, ou seja, na sua maioria responderam que o BSC é mais do que um mero sistema de indicadores financeiros e não financeiros, mas antes um sistema de avaliação da performance.

Uma outra característica importante neste estudo foi a indicação que ambos os directores de hospitais – os que já implementaram e os que ainda não implementaram o BSC – detêm um conhecimento similar acerca deste sistema, mas aqueles que dirigem uma unidade com o BSC já implementado têm um maior conhecimento da verdadeira essência do sistema e acreditam com mais veemência no seu contributo para a gestão estratégica do hospital.

Chan e Ho (2000) apontam também que os dados apurados dos hospitais que já têm o BSC indicam que apenas dois terços o implementaram ao nível de departamentos, o que faz perceber porque apenas 10 % das unidades tenham indicado terem implementado de uma forma avançada o BSC.

Quando questionados para darem uma indicação de três factores de sucesso para a implementação do BSC, os directores apresentaram desde logo o empenhamento e envolvimento de gestores seniores e do *staff* clínico nessa implementação. Os outros factores apontados foram a precisão, a oportunidade e a relevância da informação apurada.

Alguns problemas apontados à implementação do BSC, por alguns dos directores:

- Demasiado tempo para resolver pequenos problemas;
- Dificuldade em definir e medir indicadores de performance;
- Falta de formação para a melhor utilização do sistema.

Um último apontamento vai para o crescente entusiasmo que os directores denotam (cerca de três quartos) na implementação e no reconhecimento que o BSC ajuda e melhora a tomada de decisão, acreditando que pode ser uma boa ferramenta de gestão na organização. Em conclusão os autores indicam que os directores dos hospitais que responderam ao questionário:

- Têm um bom entendimento acerca do BSC e a sua ligação à gestão estratégica hoje necessária em qualquer organização;
- Indicam a falta de conhecimento técnico e formação, bem como o pouco empenhamento das chefias como as maiores barreiras à implementação do BSC;
- Apontam, do mesmo modo, que estes dois factores são vistos como os mais importantes, pelos directores que responderam ter um BSC implementado com sucesso na sua unidade hospitalar;
- Sentem que a implementação não foi 100% efectiva e que ainda não está concluída;
- Salientam que apesar de um sucesso moderado na implementação, estão entusiasmados com o BSC e todas as suas potencialidades e que o seu uso se torne corrente nos próximos cinco anos, sendo por isso uma ferramenta útil na gestão da performance das unidades hospitalares.

2.2 Hospital Pediátrico Duke Children

Este caso vem relatado no artigo “*Saving Money, Saving Lives*” escrito por Jon Meliones, Médico no Duke’s Children Hospital, situado em Durham, Carolina do Norte.

Meliones (2000) descreve este caso como uma situação paradigmática da importância do BSC em termos práticos na redução de custos e aumento da qualidade dos serviços e conseqüente melhoria dos mesmos.

Este caso foi estudado em 1996, sendo que nessa altura o Duke Children’s funcionava no 5º piso do Duke University Hospital com 134 camas pediátricas e cerca de 800 funcionários, entre pessoal médico, enfermeiro e auxiliar. A grande dificuldade encontrada foi a existência de pequenos grupos, nas diferentes classes do hospital, que originava uma tentativa de atingir objectivos individuais ou desse grupo em vez dos objectivos globais da organização. A ideia principal para Meliones (2000) era a necessidade da existência de uma filosofia de organização com lucros do que uma instituição de constante perda de dinheiro.

Em tempos difíceis, em que é necessária uma utilização mais racional dos fundos disponíveis, não pode ser levada à risca a ideia de cortes simples e directos. Pelo menos na

actividade de saúde a que se refere o artigo. Um corte em materiais e recursos que afectam pacientes traumatizados afecta não só os próprios pacientes, como também os médicos que passam a estar frustrados no seu trabalho. Esta filosofia anula a ideia de concretizar a missão e os objectivos de qualquer organização deste género, que em última análise, pretende dar um serviço de maior qualidade aos seus utilizadores – crianças e os seus pais.

Após um pequeno diagnóstico efectuado em que, na sua totalidade, o Hospital tinha perdas de 7 milhões de dólares anuais em quatro anos e com tendência para continuar a perder, foi tomada a decisão de implementar o BSC como instrumento que poderia recolocar as contas em ordem e dignificar o hospital em termos de qualidade de serviço prestado. Foi verificado que era necessário tornar pequenas situações inversas ao que estava implementado, nomeadamente:

- Envolver todo o pessoal na redução de custos – numa ideia empresarial, se não há margem para o hospital, não se está a praticar a missão da instituição;
- Envolver de forma incisiva a administração e alinhar os objectivos de clínicos e de gestão;
- Reajustar os objectivos individuais, numa perspectiva global.

Em termos de implementação do BSC, o que foi executado permitiu a interiorização de uma ideia chave por parte de todos os intervenientes – se sacrificarem demasiado um quadrante para satisfazer outro, a organização como um todo fica desequilibrada (Meliones, 2000). Ou seja, cada um dos quadrantes, ou perspectivas, que foram induzidas de forma a permitir o alinhamento dos objectivos do hospital – saúde financeira; satisfação do utilizador; procedimentos organizativos internos e satisfação dos funcionários – tinham de estar em sintonia, em prazos e formas de execução idênticos.

A implementação do BSC no Hospital derivou de uma metodologia que envolveu alguns passos necessários e fundamentais para poder ter sucesso:

- Realizar um projecto-piloto;
- Promover uma reorganização total;
- Desenvolver um sistema informatizado personalizado;
- Redesenhar todo o método de trabalho.

Esta implementação apresentou dificuldades, nomeadamente na reacção dos funcionários a novas metodologias organizacionais. Foi necessário, segundo Meliones (2000), grande persistência e muita persuasão, bem como o reafirmar que era necessário

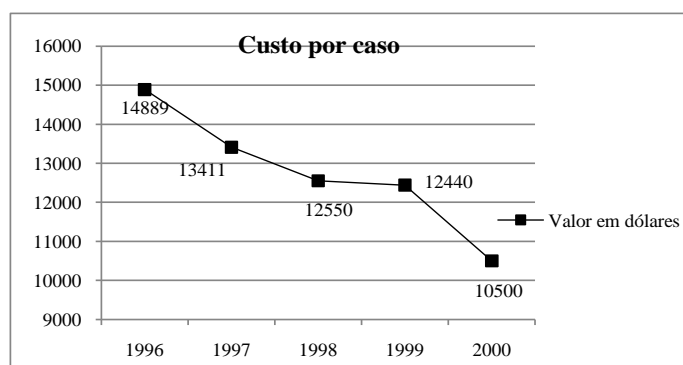
executar de determinada forma, para que alguns dos funcionários conseguissem realmente envolver-se nesta nova abordagem metodológica.

O teste-piloto, realizado nos cuidados intensivos da pediatria (local dirigido pelo autor na altura), foi a forma encontrada para primeiro implementar a metodologia BSC no hospital. O primeiro passo foi o de desligar as pessoas de um conceito ultrapassado onde os grupos são diferentes em cada bloco – gestores, enfermeiros, etc. – para uma nova abordagem por objectivos globais, através de equipas multidisciplinares, com uma coerência em termos de doença – os farmacêuticos, os fisioterapeutas, os cardiologistas (independentemente de serem médicos, enfermeiros ou administrativos).

Todos tentam chegar ao mesmo objectivo consagrado na missão do Hospital “Prestar aos pacientes e seus familiares cuidados de elevada qualidade numa organização eficiente” (Meliones, 2000). Estas equipas são chamadas de equipas clínicas, que numa outra organização poderão ser as unidades operacionais (Meliones, 2000). O fisioterapeuta e administrador líderes partilham a responsabilidade nestas equipas, analisando itens como a informação financeira, a satisfação do *staff* e dos pacientes.

Depois das alterações implementadas e sendo um grupo de trabalho efectivo, cada equipa destacada, olhava para cada caso, comparando notas entre todos, reviam a literatura médica e decidiam com base nessa abordagem quais os testes desnecessários, eliminando-os. Com este tipo de medidas, em seis meses, os resultados da implementação do BSC naquela unidade começaram a surtir efeito. As reduções de custos por caso chegaram aos 12%, enquanto a taxa de satisfação dos pacientes aumentou 8%.

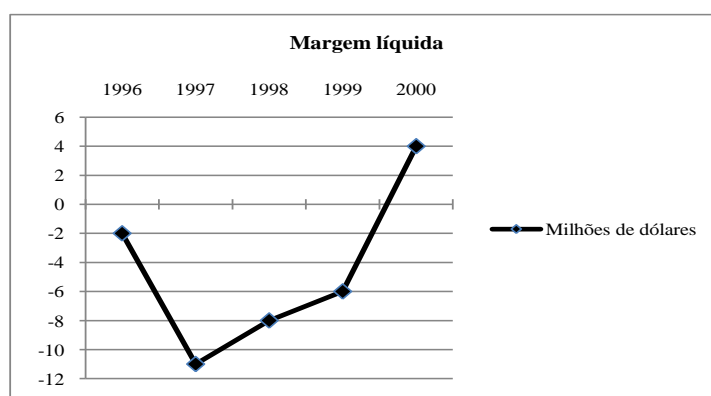
Figura 17 – Evolução dos custos médios por doente



Fonte: adaptado de Meliones (2000). Elaboração própria

Um exemplo prático das novas medidas foi a deslocalização, à noite, de alguns pacientes que aguardavam por cirurgia, para hotéis próximos, reduzindo assim as despesas em cerca de \$1000 por dia e tornando as noites dos pacientes e dos seus pais mais confortáveis. No espaço de um ano o sistema foi implementado em todas as áreas do Hospital. A metodologia a considerar foi simples – implementar o BSC nos mesmos moldes mas adaptando-o a cada uma das áreas. Em termos de medidas necessárias, foi tomada a decisão de medir tudo, desde uma seringa para hipodérmicos de \$15 como uma cirurgia para colocar um *bypass* no coração de \$5000.

Figura 18 – Evolução da margem líquida anual em milhões de dólares



Fonte: adaptado de Meliones (2000). Elaboração própria

Para além dos custos, passou-se também a uma situação de monitorização dos tempos de espera para admissão e também a alta do paciente, taxas de contaminação de sangue, etc.

Em resumo, o novo sistema BSC permitiu encontrar formas de melhorar a performance em todas as perspectivas. Os passos foram dados de forma faseada e lentamente, mas com convicção que seria o melhor para aumentar e melhorar a performance da organização. De uma forma global, os resultados obtidos a partir do uso do BSC, foram extraordinários:

- Permitiram aumentos de satisfação dos utentes na ordem dos 18%;
- Fomentaram o aumento da satisfação dos funcionários em 45%;

- Induziram uma redução de 7,9 dias para 6,1 dias de estadia média para os pacientes;
- Diminuíram a taxa de readmissão de 7% para 3%.

Após 4 anos desde a implementação do BSC no Duke Children's Hospital, as melhorias constantes continuam a ocorrer: confiam naquilo que resulta e relegam o que não interessa; sempre que alguém indica uma nova ideia que permite uma melhoria, faz-se passar a mensagem para que todos adoptem esse procedimento.

2.3 Concepção de um Sistema BSC para o Serviço de Traumatologia do Hospital Garcia de Orta

A concepção de um sistema BSC num determinado serviço de um hospital é algo que encontramos com alguma naturalidade numa rápida pesquisa sobre esta temática. Sendo este um projecto que versa exactamente nesta perspectiva, o terceiro caso prático escolhido foi o enunciado numa Dissertação de Mestrado do Instituto Superior Técnico da autoria de Ana Rita Calhau e designada por “Concepção de um Sistema de Balanced Scorecard para o Serviço de Traumatologia do Hospital Garcia de Orta”.

Numa perspectiva mais concentrada num serviço específico de uma unidade hospitalar, este caso dirige-se sobretudo ao serviço em questão. Assim, os procedimentos e desenvolvimentos realizados tiveram uma base menos ampla do que um processo dirigido ao hospital no seu todo. Neste sentido, importa referir que este é um procedimento correcto, porque uma vez iniciado este processo e equilibrado em termos da sua execução e monitorização, será depois mais facilmente replicado, se assim for desejável, para outros serviços e departamentos, realizando os indispensáveis ajustes.

O trabalho foi desenvolvido através de uma série de processos que envolveram, inicialmente, a caracterização do próprio hospital e mais em concreto do seu serviço de Traumatologia. Foram definidas a visão e missão e substanciados os valores para este serviço, bem como realizada uma caracterização geral do tipo de processos existentes. O serviço em questão foi escolhido pelas suas características em termos de dimensão, da possibilidade de replicação desta metodologia noutros departamentos e/ou no mesmo serviço noutros hospitais e também pela presença de um líder neste serviço concreto que acredita num instrumento desta natureza, o que se torna fundamental para uma melhor

prossecução do trabalho (Calhau, 2009). De uma forma mais concisa, a autora formula o problema, baseando-se em três questões concretas: problemas sociais; incapacidade de resposta do bloco operatório para situações urgentes e carência de um sistema de avaliação da performance.

Com base nestas questões levantadas, provenientes de falhas identificadas, tornou-se mais fácil a tarefa de promover um método de trabalho. A autora dividiu em três fases o processo de trabalho, sendo a primeira virada para a preparação e envolvimento das pessoas e funcionários do serviço; a recolha e tratamento de dados e a sua interpretação e o início da construção do modelo BSC com base nos dados recolhidos e na integração da chefia na obtenção e melhoramento da informação que era processada.

Na segunda fase, existiu um processo de aquisição de dados, aqui já referentes ao modelo BSC, de forma a originar os próprios *scorecards* necessários para o estabelecimento dos indicadores – processo seguinte que levou à concretização do mapa estratégico e à determinação das metas e iniciativas. Na terceira fase, a autora incluiu objectivos e indicadores num *software* específico para iniciar o processo de monitorização.

É natural que estas fases do processo tenham sido, de alguma forma, interactivas e proporcionado a definição das perspectivas, dos objectivos e indicadores necessários. A consequente elaboração do mapa estratégico e do plano que origina as metas e iniciativas a realizar, visa a sua monitorização sistemática.

Em termos gerais, a autora deparou-se com alguns problemas que dificultaram a execução deste trabalho e que tornaram a sua finalização mais complicada. Esses problemas passaram, desde logo, por algumas alterações que foram necessárias realizar ao modelo original do BSC proposto por Kaplan e Norton (1992); por outro lado, ao nível da recolha de dados, a resistência de pessoal clínico e administrativo que desconhecia a existência de indicadores, levou a uma incapacidade de extracção de dados dos sistemas informáticos, para além de uma grande dispersão de informação e dados conflitantes. Numa outra perspectiva, a autora assinala que a construção do mapa estratégico revelou-se muito útil no sentido em que passou a permitir uma outra visibilidade a todos, dos objectivos e das próprias relações de causa-efeito entre eles, permitindo até descobrir algumas incongruências nessas relações, promovendo alterações.

De um modo geral, é referido que o BSC demonstrou ser um instrumento bastante útil na revelação e actualização de informação, permitiu perceber melhor os desvios existentes e as acções a tomar a partir daí e facilitou a tomada de decisão. A autora indica a

necessidade de melhorar algumas questões relacionadas com a recolha de dados e a sua leitura numa base mensal ou até semanal, mas focaliza que a utilização do BSC seria importante noutros serviços e até em todo o hospital.

2.4 Comentários aos Casos Práticos

A implementação do BSC em diferentes organizações, públicas e privadas é hoje uma realidade. Os casos anteriormente descritos servem para exemplificar isso mesmo. Importa no entanto comentar estes casos de uma forma mais específica.

O primeiro caso permite verificar que a forma como está estruturado, apresenta uma margem de erro elevada devido à baixa taxa de devolução de questionários correctamente preenchidos. De uma amostra de 555 Unidades Hospitalares, apenas 21,8% responderam efectivamente, o que reduz a amostra para cerca de 1/5. Não estando fora de taxas de resposta em casos de estudo semelhantes, não deixa de ser uma amostra com algumas limitações. Deste modo, é difícil perceber se os dados daí retirados correspondem de forma concreta à perspectiva dos directores da maioria das unidades hospitalares, ainda que esteja legitimada a sua utilização enquanto amostra. É de assinalar que, das informações recebidas, uma grande parte dos directores conhece o BSC e acredita na sua utilidade enquanto sistema de gestão e avaliação da performance.

Nas unidades onde o BSC foi realmente implementado, essa crença é ainda mais vincada, o que revela após a experimentação, que o BSC passa a ser fundamental na melhoria da gestão consequente à sua implementação. De notar, no entanto, que as unidades que implementaram de forma avançada o BSC foram apenas 10% das que responderam, tendo as outras implementado o sistema apenas em alguns departamentos operacionais. Por outro lado, os factores de sucesso indicados: empenhamento e envolvimento de gestores seniores e do *staff* clínico; a precisão; a oportunidade e a relevância da informação apurada permitem verificar que são, de algum modo, semelhantes a alguns dos factores de sucesso descritos na literatura, o que revela uma adequação do sistema com as pessoas.

Por conseguinte, e apesar da pequena adesão a este estudo provocando algum enviesamento nos dados apurados, foi demonstrado que as unidades hospitalares que apresentaram e implementaram o BSC tornaram-se, de uma forma geral, melhor geridas

em níveis de qualidade, performance e reduções de despesas. Os directores, de um modo geral, aceitam e legitimam a utilização do BSC como instrumento adequado para uma gestão correcta.

No que diz respeito ao caso do Hospital Duke Children, pode dizer-se que é um dos mais citados na literatura e nos diversos estudos que são feitos para a implementação do BSC numa unidade hospitalar. Percebe-se esta razão quando se faz a sua análise. Trata-se de uma unidade que integra um serviço de saúde específico e com características ainda mais importantes por ser uma unidade para crianças. Mas o maior interesse, em termos de análise económica e de satisfação dos seus utentes, passa pelo rápido e contínuo crescimento que os indicadores revelam, quer na passagem de valores negativos para positivos nos indicadores económicos, quer no aumento da satisfação dos utentes.

É necessário ressaltar que, no artigo examinado, não é explícito que tenha sido desenvolvido e colocado em prática um plano estratégico baseado num mapa estratégico delineado para o efeito, mas todos os pressupostos necessários estão relatados: indicadores de permanência de utentes no hospital; de satisfação com o tratamento efectuado; de custo por doente; de custo de doente por noite de internamento; etc.

Neste sentido, é perceptível o cuidado que houve na ligação entre os pontos que eram necessários medir e com o alinhamento destes com a missão do hospital.

Por outro lado, numa perspectiva de maior envolvimento de todos, são indicadas as reuniões e sessões de trabalho que desde logo se entenderam necessárias para a boa execução da implementação do BSC. Não é possível ter bons resultados sem que todos estejam empenhados para que eles aconteçam.

As mudanças implementadas ao nível da passagem das equipas de enfermeiros, médicos, administrativos, etc., para equipas de cardiologistas, fisioterapeutas, etc., em que todos, independentemente da sua posição no grupo, trabalham para o mesmo objectivo – assistir bem, com a melhor qualidade e de forma mais eficiente – é um dos pontos a retirar deste caso. Esta posição indica a configuração que é necessária implementar numa organização desta natureza – trabalhar em função do *Todo*, em detrimento do *Eu*, para que todos ganhem.

A implementação do sistema à medida é também uma característica a realçar. Num sistema complexo e amplo torna-se mais adequado que o sistema BSC, contribuindo para melhorar a performance geral, deverá ser implementado por cada área e adequado a essa especificidade. Neste caso, revela-se que foi importante no início a realização de um teste

piloto. Por um lado, serviu para perceber a melhor forma de adequar a sua implementação e alterar pequenos detalhes quando necessário e, por outro, para que outros serviços mais inflexíveis pudessem, dessa forma, perceber e valorizar o sistema e sentirem que necessitam eles próprios de entrar no mesmo, sob pena de se tornarem conjuntos menos adequados na própria organização.

O último caso apresentado focou também a sua objectividade na possibilidade de implementação da metodologia BSC num serviço piloto que proporcione uma forma de adaptabilidade do conceito e que proporcione novas práticas de gestão que possam depois ser aplicadas noutros serviços.

Neste contexto, parece ter sido correcto o processo de, numa fase inicial, proceder ao levantamento das necessidades da unidade em questão, caracterizando a Unidade Hospital em geral e o serviço de Traumatologia em concreto. Neste ponto, talvez tivesse sido necessário um maior número de dados que permitissem o seu cruzamento, para melhor identificar as necessidades, ainda que, a autora tenha revelado ter sido por vezes difícil a extracção desses dados quer em termos informáticos, quer pelo simples desconhecimento dos próprios intervenientes no processo.

Ainda assim, e mesmo com uma forma processual simplificada que foi utilizada, contando também com a envolvimento intensa por parte do director do serviço, a autora conseguiu criar uma série de indicadores que, através da sua monitorização, permitem a quem tem de realizar a tomada de decisão conhecer melhor a realidade do serviço e, realizando essa monitorização frequentemente, perceber se os objectivos estão a ser atingidos e o plano estratégico está a ser colocado em prática. No fundo, o objectivo principal que se pretende com este instrumento foi colocado em prática.

Ocorre então a ideia que um instrumento como o BSC surge, de facto, em linha com a necessidade que este organismo público em concreto e as demais instituições de saúde em geral precisam. Algo que consiga de forma eficiente monitorizar indicadores, classificar iniciativas e promover acções, de forma a melhorar a performance geral do serviço, do organismo ou instituição.

Reflectindo sobre os comentários já tecidos em relação aos casos apresentados, a consistência do BSC implementado num organismo da natureza dos expostos, com todas as complexidades associadas, revela-se importante e em linha com as actuais necessidades. Num ambiente propício a situações em que as falhas podem custar recursos económicos muito importantes ou podem significar o descontentamento dos utentes ou utilizadores dos

serviços, colocar uma ferramenta desta natureza ao serviço destes organismos e instituições implicará uma mais-valia para o alcance do sucesso na execução das tarefas necessárias.

A conclusão deste capítulo encerra também aquilo que anteriormente a revisão bibliográfica tinha assegurado: instrumentos de gestão como o BSC são necessários, originam melhores tomadas de decisão e permitem clarificar as iniciativas.

Na prática, estas conclusões apontam para uma significativa melhoria no decorrer do tempo na instituição em que o BSC está implementado e à medida que ele próprio vai sendo melhorado e cada vez mais interiorizado por todos os intervenientes, tanto aqueles que devem usá-lo enquanto local para inserção de dados, como aqueles que, com base nesses dados, têm a vida facilitada para poderem tomar decisões mais correctas.

PARTE 2 – ESTUDO DE CASO – APLICAÇÃO DO BSC AO SERVIÇO DE MEDICINA FÍSICA E DE REABILITAÇÃO DA UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DO NORTE ALENTEJANO

CAPÍTULO III – METODOLOGIA DO ESTUDO DE CASO

A segunda parte do projecto integra o estudo empírico realizado no serviço de MFR. Neste sentido, o capítulo III apresenta a metodologia seguida para a realização desse estudo.

3.1 Questão Central

Como apontado na introdução do projecto, este baseia-se numa problemática em torno da aplicação do BSC no Serviço de MFR da ULSNA. Com base nessa problemática e após a revisão bibliográfica efectuada sobre esta temática e de acordo com os casos práticos apresentados, chegou-se à questão central que se pretende ver respondida com a execução do estudo de caso que se apresenta neste projecto:

A introdução do BSC no Serviço de MFR da ULSNA potencia as condições de monitorização e permite um maior envolvimento dos colaboradores de modo a proporcionar melhorias organizacionais.

Aprofundado o estado da arte sobre a avaliação da performance, efectuada a pesquisa em alguns dos instrumentos de gestão existentes e estudados casos práticos de sucesso de implementação do BSC, foi possível enquadrar algumas questões a analisar no estudo e que se baseiam também na questão central.

- O BSC adequa-se ao Serviço de MFR da ULSNA, contribuindo para uma melhoria organizacional?
- A monitorização permite uma leitura mais célere e concisa ao nível da direcção, originando maior percepção da evolução dos indicadores?
- O envolvimento dos colaboradores, apontando para os objectivos do serviço, pode ser potenciado pela introdução do BSC?
- A comunicação é facilitada entre colaboradores e chefias?

3.2 Tipologia do Estudo

Para a realização do estudo de caso, decidiu-se fazer a aplicação de um dos quatro tipos de estudo de casos indicados por Keating (1995) – Ilustração da Teoria¹. Desta forma, pretende-se dar corpo à base teórica apresentada anteriormente e aplicá-la em forma de estudo de caso numa instituição, para um estudo aplicado. Otley e Berry (2008) apontam também o estudo de caso do tipo ilustrativo² como uma das hipóteses de estudo da aplicação teórica à realidade, indo ao encontro do trabalho de Keating (1995), acentuando contextualidade em vez de isolamento na investigação da gestão. Deste modo, optou-se por esta tipologia, por estar indicada na Literatura e ser adequada ao caso que a seguir se descreve.

No que respeita ao estudo em concreto, este centrou-se numa componente empírica que resultou da recolha de dados de forma directa na ULSNA e no Serviço de MFR. Essa recolha de dados primários foi efectuada de três formas diferentes:

- Através de reuniões com representante da Administração da ULSNA e com o Director do Serviço de MFR;
- Através do teste de implementação do BSC que ocorrerá durante 8 semanas e dos dados recolhidos em períodos anteriores para efeitos comparativos;
- Através de indicadores de performance que foram criados e que envolveram recolhas de dados e questionários de satisfação dos utentes e dos colaboradores do Serviço de MFR.

3.3 Método

O processo de trabalho iniciou-se com algumas reuniões que foram necessárias para uma primeira recolha de informações. Estas reuniões tiveram lugar entre o autor do projecto e membros do Conselho de Administração da ULSNA, para apresentação e

¹ Os quatro tipos de estudos de caso indicados por Keating (1995) dizem respeito à: descoberta da teoria; ilustração da teoria; especificação da teoria e ao teste da teoria, sendo que este último não se refere ao teste de aplicabilidade, mas no sentido de refutar a teoria existente.

² Otley e Berry (1998) designam 4 formas de casos de estudo por: exploratórios; críticos; ilustrativos e acidentais.

pedidos de autorização da realização do estudo, com o elemento do gabinete de estatística e controlo de gestão da ULSNA, para melhor percepção das actividades e recolha de dados e, já no Serviço de MFR, tiveram lugar as várias reuniões preparatórias com o Director de serviço. Estes procedimentos ocorreram numa fase inicial, enquanto se realizou também a pesquisa bibliográfica.

A fase de teste foi iniciada a 18 de Abril finalizando-se no dia 9 de Junho (8 semanas consecutivas). Aqui foi explicado aos colaboradores do serviço, quer através do seu Director, quer directamente pelo autor do projecto, com a ajuda de 2 dos colaboradores, quais os procedimentos de recolha de informação que iriam ser necessários executar³. Saliente-se que o estudo não abrangeu apenas a data anterior apresentada, uma vez que para definir valores reais de modo a concretizar as metas efectivas para efeitos de comparação, foram recolhidos dados durante o período correspondente a dois meses – entre 1 de Fevereiro e 31 de Março. Neste caso, tendo em conta a existência de 9 semanas, realizaram-se pequenos ajustes, quando necessário, ou mantiveram-se as 9 semanas, caso não afectasse os dados em termos globais.

O período decorrido entre o dia 1 de Abril e 17 de Abril correspondeu ao tempo necessário para a execução dos cálculos com a ajuda de folhas de cálculo através do *software Microsoft Excel*, de modo a preparar as metas e elaborar os documentos necessários para a recolha de dados. Tendo em conta a diversidade de procedimentos foi sentida a necessidade de transmitir toda a informação essencial, seguindo o procedimento de implementação do BSC, para que as próprias pessoas envolvidas, desde o Director de Serviço às funcionárias administrativas, tivessem a noção exacta do que se pretendia e qual a razão efectiva da existência do BSC no seu serviço.

A concepção do BSC numa organização pode ser efectuada de duas formas: ou na organização no seu todo ou através de um teste-piloto num dos serviços que a compõem. Assim, com base nas necessidades verificadas, tendo como pano de fundo a recolha de dados realizada, a forma de execução do teste-piloto no Serviço de MFR da ULSNA foi o método de implementação escolhido por ser consistente com os casos relatados anteriormente (Meliones, 2000 e Calhau, 2009).

Optou-se por este método, por duas razões principais:

³ Estes procedimentos explicam-se pormenorizadamente no capítulo V

- Por ser um método já utilizado por outros investigadores ou autores em casos estudados ou implementações reais de sucesso⁴;
- Por garantir informações fidedignas numa primeira abordagem (que esses casos demonstraram), sustentando os resultados.

Kaplan e Norton (1996) afirmam que o BSC enfoca a estratégia e a visão nas pessoas, em vez do controlo puro e simples, sendo que os objectivos que assume deverão ser atingidos, independentemente dos comportamentos ou acções necessárias que os colaboradores tenham de executar. Isto pressupõe que os procedimentos a seguir tiveram sempre a envolvimento, concordância e exemplificação da chefia, neste caso do Director do Serviço. Com a sua responsabilidade a ser assumida e sobretudo partilhada com os funcionários, o processo de envolvimento de todos foi facilitado.

Deste modo, com a interligação e anuência do Director do Serviço de MFR, foi possível criar um processo que promoveu uma sequência para a total implementação do sistema, ainda que em forma de teste, que permitiu avaliar os objectivos, retirar as devidas conclusões e sublinhar a sua fiabilidade.

Como já referenciado a recolha de dados foi efectuada ao longo de todo o trabalho através da consulta de um conjunto de documentos existentes (para além das informações recolhidas nas reuniões preparatórias):

- Regulamento Interno da ULSNA;
- Regulamento Interno do Serviço de MFR;
- Relatórios anuais de actividades desenvolvidas pelos diferentes sectores do Serviço de MFR;
- Documentos de contratualização de produção do Serviço de MFR;
- Plano de Actividades do Serviço de MFR;
- Decretos-lei reguladores da actividade da ULSNA;
- Outros documentos diversos.

Estas recolhas permitiram a idealização dos objectivos estratégicos, dos indicadores e das próprias metas a incluir. A recolha de dados referentes em período de teste será pormenorizada no subcapítulo de implementação do BSC no Serviço de MFR.

⁴ Casos práticos apresentados no capítulo II

CAPÍTULO IV – CARACTERIZAÇÃO DA ULSNA E DO SERVIÇO DE MEDICINA FÍSICA E DE REABILITAÇÃO

Neste capítulo, vai realizar-se uma abordagem pelas Unidades de Saúde EPE que apresentam uma nova forma de gestão empresarial, virada para um contexto moderno e consagrando objectivos específicos a atingir. Por outro lado, torna-se também necessário realizar uma caracterização da instituição ULSNA no seu âmbito global, reportando uma série de observações e características que são pertinentes para o desenvolvimento deste trabalho e do teste de aplicabilidade do BSC. Pretende-se ainda efectuar uma caracterização mais pormenorizada do Serviço de Medicina Física e Reabilitação.

4.1 Unidades de Saúde – Hospitais EPE

Os Hospitais, em termos gerais, são instituições que consagram uma prática elementar para a vida humana – preservar a saúde e manter a qualidade de vida dos seus utentes. Estas instituições têm por isso um conjunto de serviços variado, com algumas especializações que podem alternar de local para local e, do mesmo modo, uma multidisciplinaridade de metodologias de trabalho que, só por si, tornam qualquer abordagem para a implementação de um novo sistema de gestão, um desafio que, implica a coordenação das chefias e o empenho de todos.

Sendo locais que englobam um diversificado conjunto de funções, os Hospitais EPE têm por objecto (Decreto Lei 233-2005 de 29 de Dezembro):

- A prestação de cuidados de saúde à população, designadamente aos beneficiários do SNS, aos beneficiários dos subsistemas de saúde ou de entidades externas;
- O desenvolvimento de actividades de investigação, formação e ensino.

Estas duas linhas principais que norteiam de algum modo a actuação geral dos Hospitais EPE indicam, desde logo, que a preocupação de actuação nos cuidados de saúde e na área da investigação e ensino pretendem ser aquelas que abrangem o todo da actuação destas unidades de saúde. Ainda assim, e como referido anteriormente, existe uma quantidade de funções ou serviços inerentes, que estão orientadas pelas linhas atrás referidas e que são muito mais abrangentes, podendo, em casos de ruptura ou excessiva

sobrecarga de serviços, ainda que por razões que se prendem com a própria natureza dos serviços prestados, contribuir para uma menor eficiência aliada a uma menor performance geral, afectando, por exemplo, áreas como o atendimento, o diagnóstico ou o tratamento.

Em contraponto, de forma a obstar estas situações de sobrecarga, para um nível que não coloque em perigo o normal funcionamento das organizações, têm vindo a ser tomadas medidas que procuram, por um lado, manter e melhorar os aspectos técnicos e sociais inerentes aos serviços e por outro lado, melhorar a componente financeira, de forma a equilibrar e racionalizar os recursos existentes⁵.

A gestão de uma estrutura desta natureza tem de ser inovadora ao nível dos processos e pragmática nos objectivos a atingir. Desse modo, o modelo assentou numa base organizacional que pressupõe uma lógica de gestão em cascata, do topo para as bases, estando consolidada num Conselho de Administração, que gere toda a Unidade e que nomeia os Directores de Serviço, sendo estes preponderantes nas diferentes áreas que pretendem atingir os mesmos fins.

O modelo dos Hospitais EPE anteriormente resumido enquadra-se na filosofia do BSC que Kaplan e Norton desenvolveram, ou seja, emprega conceitos estratégicos, envolvendo operacionalmente todos os intervenientes e fomenta a monitorização para uma gestão mais consistente (Kaplan e Norton, 1996). Uma gestão por objectivos que promove a dinâmica e o envolvimento de todos, começando pelas chefias vindo até à base da organização e promovendo uma atitude de alinhamento entre estratégias e objectivos, está presente no BSC (Kaplan e Norton, 1992) e pode também ser indicada para os Hospitais EPE. Por conseguinte, entende-se que a aplicação da metodologia BSC estará facilitada numa organização que já tem as características atrás resumidas.

4.2 Caracterização geral da ULSNA

A ULSNA é uma unidade EPE criada a 1 de Março de 2007 dotada de autonomia administrativa, financeira e patrimonial (Relatório e Contas ULSNA, 2009).

Numa primeira fase e integrado no plano de cobertura hospitalar do País, o Hospital Distrital de Portalegre, actualmente designado por Hospital Doutor José Maria Grande,

⁵ A entrada do FMI em Portugal e os acordos estabelecidos com os parceiros Europeus são exemplos disso.

abriu ao público em 26 de Dezembro de 1974. Para aqui foram transferidos os primeiros utentes, vindos do anterior Hospital da Misericórdia. A data oficial de abertura foi, no entanto, o dia 1 de Janeiro de 1975. No início, o Hospital dispunha de um total de 145 camas, distribuídas pelos primeiros serviços existentes: Medicina, Cirurgia, Obstetrícia e Pediatria. Desde essa altura até ao início do século XXI, outros serviços foram surgindo, dos quais se destacam: Quartos Particulares; Especialidades; Urgência; Unidade de Cuidados Intensivos; Neurologia; Ortopedia; Hemodiálise; Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental; Clínica de Evolução Aguda; Clínica de Evolução Prolongada; Consultas Externas Gerais; Atendimento Infantil e Juvenil; Quimioterapia/Oncologia.

Esta pequena caracterização histórica do principal Hospital pertencente à ULSNA, disponível no sítio da Unidade, pretende enquadrar de forma genérica a actual Unidade, que no presente dispõe de 276 camas distribuídas pelos diversos serviços dos dois Hospitais⁶ e 66 camas de outras especialidades. O número de utentes inscritos nos centros de saúde era em 2009 de 136 112. Um número maior do que a população existente no distrito que se justifica pela duplicação de utentes inscritos por diferentes entradas ou consultas.

Como já referido anteriormente, os Hospitais EPE foram constituídos seguindo uma linha orientadora do Estado Português, que pretendeu dar uma nova dinâmica e promover uma reforma que fosse um pilar de inovação ao nível do seu Serviço Nacional de Saúde. Ainda assim, o sistema organizativo não trouxe uma inovação ao nível da gestão, apenas ao nível da orientação e da filosofia de actuação, sendo estas Unidades Locais de Saúde encaradas como empresas de direito público e autonomia financeira.

O Decreto-Lei que rege a ULSNA é o 50-B/2007 de 28 de Fevereiro. Este decreto indica que, para além das normas em vigor aplicáveis às entidades integrantes ao Serviço Nacional de Saúde, a ULSNA é uma pessoa colectiva de direito público e natureza empresarial dotada de autonomia administrativa, financeira e patrimonial.

No Regulamento Interno da ULSNA é possível encontrar informações que caracterizam esta Unidade:

- Quanto ao seu objecto principal:
 - A ULSNA presta cuidados de saúde primários, secundários, reabilitação, continuados, integrados e paliativos à população;

⁶ O Hospital de Santa Luzia em Elvas é bastante mais reduzido.

- A ULSNA desenvolve actividades de investigação, formação e ensino.
- Quanto à sua área de influência:
 - É aquela que está afectada a todo o Distrito de Portalegre, designadamente aos concelhos de Alter do Chão, Arronches, Avis, Campo Maior, Castelo de Vide, Crato, Elvas, Fronteira, Gavião, Marvão, Monforte, Nisa, Ponte de Sor, Portalegre e Sousel;
 - A totalidade do Distrito de Portalegre cabe o número de 115 421 habitantes (INE, 2009), sendo que a maioria (cerca de 54%) é residente nas 3 cidades existentes no distrito, 23 448 hab. (Portalegre), 21 978 hab. (Elvas) e 16 915 hab. (Ponte de Sor), importando relevar que do total de 115 421 habitantes, 29 680 têm 65 anos ou mais (1 em cada 4 habitantes é idoso) (INE, 2009).
- Quanto à natureza da prestação, a ULSNA promove a prestação de serviços em três áreas distintas:
 - Área assistencial;
 - Área de suporte à prestação de cuidados;
 - Área de apoio geral e logístico.

Para a execução deste trabalho interessa focalizar atenções na Área Assistencial que engloba diferentes actividades, tais como:

- Promoção e vigilância do estado de saúde;
- Tratamento de doença;
- Reabilitação;
- Prestação de Cuidados Continuados e Paliativos;
- Intervenção multidisciplinar no domicílio.

A estrutura organizacional em termos de prestação de serviços da Área Assistencial está subdividida em duas outras subáreas: a Área de Cuidados de Saúde Primários e a Área de Cuidados de Saúde Hospitalares, sendo a primeira composta pelos Agrupamentos de Centros de Saúde do Caia e de São Mamede e a segunda constituída pelos Hospitais Dr. José Maria Grande, em Portalegre e Santa Luzia, em Elvas.

Focalizando novamente no âmbito de interesse para este estudo, a Área de Cuidados de Saúde Hospitalares está organizada por departamentos que compreendem os serviços e unidades funcionais. Os diferentes Departamentos que constituem a área de Cuidados de Saúde Hospital são:

- Departamento de Medicina;

- Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental;
- Departamento de Cirurgia e Anestesiologia;
- Departamento da Mulher e da Criança;
- Departamento de Urgência e Cuidados Intensivos;
- Serviço de Apoio Médico e Técnico.

O Serviço de Medicina Física e Reabilitação faz precisamente parte do Serviço de Apoio Médico e Técnico. Através deste desdobramento percebe-se a complexidade da estrutura existente numa organização desta natureza que emprega mais de um milhar de colaboradores e que promove a prestação de serviços numa área tão complexa e sensível como é a saúde. É importante salientar que os departamentos e respectivos serviços devem elaborar os seus regulamentos com a descrição da orgânica e respectivos procedimentos, sendo depois aprovados pelo conselho de Administração da ULSNA. Estes regulamentos devem ser redigidos, tendo como base os princípios e normas a cumprir e a política de qualidade definida pela ULSNA.

4.3 Caracterização do Serviço de Medicina Física e de Reabilitação

Conforme verificado na caracterização geral da ULSNA, o complexo sistema organizacional existente permite identificar o Serviço de Medicina Física e de Reabilitação inserido nos Serviços de Apoio Médico e Técnico que integram a Área Hospitalar. Este serviço faz parte integrante da ULSNA e está localizado fisicamente na Unidade Hospitalar de Portalegre.

Tal como os demais departamentos ou serviços da ULSNA, este serviço em estudo tem a sua Missão definida: “Prestar cuidados de reabilitação a todos os utentes da área de influência do Hospital e provenientes dos Centros de Saúde do Distrito de Portalegre”. Os valores do Serviço de Medicina Física e de Reabilitação estão também definidos:

- A procura da excelência dos serviços prestados;
- A resposta às necessidades de cada utente de acordo com as melhores práticas disponíveis;
- O bem-estar dos seus funcionários;
- A eficiência no uso dos recursos disponíveis e qualidade nos resultados;

- Comprometimento com ética nas relações pessoais, profissionais e institucionais.

Estas informações estão presentes no Regulamento Interno existente no Serviço de Medicina Física e de Reabilitação que foi elaborado pelo Director Clínico do serviço, sendo que, este procedimento acontece também nos demais Serviços e Departamentos existentes na ULSNA. De salientar ainda, que não se aplica aqui a necessidade da implementação de uma Visão para cada serviço. A Visão, aliada às linhas estratégicas existentes, corroborada pelos valores da ULSNA direcciona toda a estratégia dos diferentes serviços.

Cada serviço da ULSNA vai, através da realização da sua própria Missão, ligada a Visão da ULSNA, e com base nos seus próprios valores, procurando atingir os objectivos e a estratégia delineada tentando corresponder às expectativas que estão presentes na hierarquia. Mais à frente serão abordados estes aspectos de forma pormenorizada. Estes serviços funcionam de forma homogénea, com a autonomia necessária para estruturar o seu trabalho e desenvolver o normal funcionamento, ainda que exista a necessidade e obrigatoriedade de prestar as suas contas e a entrega de relatórios à hierarquia superior da ULSNA.

Em termos de recursos humanos, segundo o Regulamento Interno, o Serviço de Medicina Física e de Reabilitação é composto por 19 funcionários: 2 Médicos Fisiatras; 1 Fisioterapeuta Coordenador; 1 Fisioterapeuta Subcoordenador; 5 Fisioterapeutas; 1 Terapeuta Ocupacional; 1 Terapeuta da Fala; 5 Auxiliares de Acção Médica e 3 Funcionários Administrativos. Cada um deles tem as suas competências definidas, conforme indicado na tabela seguinte, em função da sua categoria.

Tabela 2 – Categorias e Funções dos funcionários do Serviço de MFR

Categoria	Funções
Director de Serviço	Um dos Médicos Fisiatras assume a direcção, sendo este o responsável pela programação das funções no âmbito da competência específica de cada profissional. É também responsável pela elaboração dos documentos internos, gestão e avaliação necessárias do serviço.
Médicos Fisiatras	Observação do doente em consulta, a marcação de exames complementares de diagnóstico e a prescrição de eventual terapêutica.
Fisioterapeuta Coordenador	Organização diária do trabalho dos Fisioterapeutas ao nível do horário de Enfermaria e Ambulatório, distribuição dos doentes pelos técnicos tendo em conta a competência e a melhor gestão dos recursos.
Fisioterapeutas	Execução do Plano Terapêutico elaborado pelo Médico Fisiatra, sendo da responsabilidade do Fisioterapeuta as técnicas específicas executadas, escolhendo a mais adequada a cada caso.
Terapeuta Ocupacional	Execução de técnicas específicas de reabilitação necessárias à concretização dos objectivos definidos na prescrição médica em consulta.
Terapeuta da Fala	Execução de planos terapêuticos no âmbito das alterações de linguagem e da deglutição.
Auxiliares de Acção Médica	Prestar apoio às consultas médicas e aos tratamentos de fisioterapia, nomeadamente na preparação dos doentes.
Funcionário Administrativo	Apoio administrativo do serviço, através da marcação de consultas, registo de tratamentos, convocação dos doentes para tratamentos e facturação.

Fonte: Regulamento Interno do Serviço de Medicina Física e de Reabilitação da ULSNA, 2007

É necessário realçar, que este serviço cresceu nos últimos anos, uma vez que em 2007, era composto no seu total, apenas por 12 funcionários. Tal deve-se a factores conjunturais, sobretudo ao nível do envelhecimento populacional, que aumenta o número de doentes a tratar e também pela melhoria que se pretendeu implementar pelo reforço dessas unidades que assim estão, no seu todo, menos sobrecarregadas, prestando serviços de maior qualidade.

4.4 Diagnóstico de necessidades do serviço de MFR da ULSNA

O diagnóstico de uma organização deve ser um dos passos importantes a realizar antes da operacionalização de um novo instrumento de gestão. Jordan, Neves e Rodrigues (2005), sugerem uma metodologia baseada em duas fases: a primeira, onde é analisada a organização em termos de controlo de gestão e a segunda, que pretende diagnosticar o sistema de controlo de gestão existente na organização.

Adaptando essa metodologia ao trabalho agora em execução e em relação à primeira fase, incluem-se alguns dos elementos que estes autores sugerem para a realização do diagnóstico de necessidades:

- Ambiente externo;
- Funcionamento interno da organização;
- Sistemas de avaliação do desempenho;
- Posição de controlo de gestão.

No que diz respeito ao **ambiente externo**, para além das oportunidades e ameaças apresentadas mais à frente neste estudo, é possível identificar alguns pontos no Plano de Bom Governo da ULSNA que importa reter:

- Aproveitar a política de contenção do Governo, de modo a implementar instrumentos de controlo necessários;
- Fomentar processos de investigação e inovação que melhorem as condições de trabalho e racionalizem os recursos existentes;
- Promover políticas de sensibilização para melhoria das condições de trabalho e empregabilidade.

Ao nível do **funcionamento interno da ULSNA**, o diagnóstico deverá dirigir-se especificamente para o Serviço de MFR, na medida em que é este que importa conhecer para o estudo em causa. Assim, identificam-se alguns procedimentos existentes que se apresentam de seguida e fazem parte do Regulamento Interno do Serviço de MFR:

Procedimentos para acesso à consulta de MFR. O acesso à consulta no Serviço MFR pode ser efectuado de 3 formas:

- Acesso à consulta médica interna, no caso de doentes internados nos diferentes serviços do hospital, através do pedido de consulta realizado pelo médico assistente do doente em questão. Este pedido deve ser registado no diário clínico e transmitido telefonicamente até às 11.00h para a funcionária administrativa do Serviço de MFR. Quando cumpridos estes requisitos, o doente será observado pelo médico fisiatra no mesmo dia do pedido e iniciando os eventuais tratamentos no dia seguinte.
- Acesso à consulta, no caso de doentes provenientes de diferentes consultas do hospital, através da requisição feita pelo médico assistente, usando um

impresso próprio⁷, sendo nele discriminada, desde logo, uma breve informação clínica que permita ao Médico Fisiatra estabelecer critérios de prioridade no acesso à consulta. A requisição deve ser entregue pelo doente ou acompanhante à funcionária administrativa do Serviço de MFR, sendo a data da consulta marcada e comunicada ao doente por carta ou telefone até ao prazo máximo de 48 horas após a entrega da requisição.

- Acesso à consulta, no caso de doentes provenientes dos Centros de Saúde, é realizado através de impresso próprio⁸ acompanhado de informação clínica relevante para, à semelhança do anterior, permitir ao Médico Fisiatra estabelecer critérios de prioridade na marcação da data de consulta. O doente deverá então ser avisado por carta, nos prazos idênticos ao ponto anterior – 48 horas.

Procedimento de consultas e tratamentos. Estes procedimentos realizam-se em 5 situações distintas:

- No caso das consultas externas e se houver lugar à marcação de tratamentos, estes serão prescritos pelos médicos fisiatras e entregues à fisioterapeuta coordenadora, que encaminhará conforme a urgência prescrita.
- No caso dos doentes provenientes dos Centros de Saúde e quando não seja possível ao Serviço de MFR iniciar os tratamentos nos 30 dias consequentes ao dia da consulta, o Médico Fisiatra realiza uma prescrição no impresso próprio, indicando o tratamento, o número de sessões e a incapacidade de realização do mesmo no Serviço de MFR naquela altura, para que o doente possa realizar o tratamento na medicina convencionada para o efeito. Se existirem gabinetes de fisioterapia nos Centros de Saúde de onde o doente é proveniente, então este é encaminhado para a realização do tratamento nesse gabinete. Se não for possível ao gabinete de fisioterapia do Centro de Saúde realizar o tratamento em tempo útil, o impresso é devolvido e o Hospital fica responsável pelo envio de credencial para a entidade convencionada mais próxima ou mais adequada ao caso clínico em questão.

⁷ Documento interno designado por Modelo 15

⁸ Modelo 330-10

- No caso dos doentes internados, a observação clínica é realizada no próprio dia, se o pedido for feito até às 11.00h ou no dia seguinte, se o pedido for feito depois dessa hora. Em qualquer dos casos, a observação é registada em impresso próprio de consulta interna e a prescrição feita no Modelo 148 do Hospital. O início dos tratamentos é iniciado no dia seguinte, excepto quando se tratam de casos de grande urgência. A avaliação dos fisioterapeutas é registada diariamente no modelo 345 do Hospital, que deve acompanhar todo o processo clínico do doente internado.
- No caso de doentes em tratamento ambulatorio, a marcação das consultas de reavaliação é feita pelos fisioterapeutas, em função do número de sessões de tratamento para que não existam diferenças substanciais entre o primeiro e o último dia de tratamentos.
- No caso de doentes internados nos diferentes serviços do Hospital, e aquando da sua situação de Alta Hospitalar, deve a mesma ser reportada pelos fisioterapeutas à funcionária administrativa, sendo-lhe entregue o cartão de tratamento, para que estes possam ser registados. Em caso de necessidade de continuação de tratamentos para estes doentes em regime de ambulatorio, o processo a realizar é o mesmo já descrito atrás.

É importante frisar que existem programas informáticos usados no Serviço de MFR que são comuns aos demais serviços da ULSNA e também a outros sistemas hospitalares do país. Por outro lado, existem diversos impressos ou documentos que são usados constantemente no Serviço de MFR da ULSNA:

- Avaliação periódica do pessoal técnico de diagnóstico e terapêutica – Modelo 773 INCM;
- Cartão de identificação do doente – Modelo 18 HDJMG;
- Cartão de tratamentos de doente internado – Modelo 148 HDJMG;
- Impresso de apresentação ao serviço – Modelo 101-A HDJMG;
- Boletim de deslocação de doentes – Modelo 331 HDJMG;
- Folha de diário clínico – Modelo 20 HDJMG;
- Folha de marcação de consultas – Modelo 10 HDJMG;
- Folha de registo de assiduidade – Modelo 493-A HDJMG;
- Plano de férias – Modelo 3 HDJMG;

- Folha de registo de tratamentos de doente internado – Modelo 345 HDJMG;
- Folha de consulta médica interna do Hospital.

No que diz respeito à terceira fase do diagnóstico, questionando o Director Clínico do Serviço de MFR, foi possível identificar os **sistemas de avaliação do desempenho** existentes no serviço. Estes não são mais do que os que actualmente compõem a ULSNA em particular e o Estado Português no geral.

Não existe outro sistema ou instrumento de gestão implementado que seja rigorosamente ligado à estratégia existente e que sublinhe a missão do Serviço de MFR e a visão da ULSNA, bem como os seus pontos estratégicos, com objectivos bem definidos. Não está por isso contemplada uma via informática, ou até mesmo, manual que leve a registo periódico e contínuo de informações, para além das que são necessárias ao abrigo das obrigações existentes para a administração da ULSNA e que passam, em grande parte por indicações financeiras, ou registos de tratamentos nas fichas de doentes.

No entanto, é necessário ressaltar que, em conformidade com as linhas orientadoras do Governo Português e que são colocadas em prática pela Administração da ULSNA, existe a tentativa de um modo geral, em colocar em prática essas linhas, pelos serviços da ULSNA e em particular pelo MFR. A questão prende-se com uma melhor monitorização que poderá ser necessário evidenciar. Saliente-se, no entanto, que um sistema de avaliação com a filosofia do BSC foi muito bem aceite pelo Director do serviço, tendo sido mesmo apontada, desde a primeira hora, como uma boa medida, a possibilidade da sua futura implementação.

Deste modo, surge ainda uma outra necessidade que se prende com uma **posição de controlo de gestão** que, apesar de existir na organização geral da ULSNA, se torna pouco mais do que incipiente, uma vez que pelas informações recolhidas, limita-se a um acompanhamento e apresentação gráfica de diversos dados recolhidos, em termos de relatórios semestrais e anuais. Mais uma vez, importa ressaltar que não é colocada em causa a boa execução do trabalho que é realizado, mas sim a inexistência de uma coordenação geral integrada que monitorizasse todo o sistema, o que originaria uma rápida percepção de eventuais pontos de fraqueza na estrutura financeira ou processual interna, promovendo a hipótese de tomadas de decisões rápidas com elevado grau de confiança e fiabilidade.

4.5 Apresentação de alguns dados

A partir do Relatório de Actividades 2009 do Serviço de MFR, é possível retirar algumas informações importantes. Verifica-se na Tabela 3 que existem objectivos configurados para cada uma das linhas de produção, ao nível dos tratamentos e das consultas. Estes itens, em termos gerais, estão todos acima dos objectivos propostos, exceptuando as consultas externas que ficam pelos 97,67% ainda assim muito próximo dos 100%. Mas também é possível verificar que muitos dos tratamentos (perto de metade em quantidade de terapias, ainda que num número reduzido em termos totais) ficam aquém dos objectivos propostos. Casos da Hidrocinesibalneoterapia (84,87%), Termoterapia (64,08%), Vibroterapia (63,34%), Terapia Ocupacional (63,23%), entre outras, para além de algumas terapias que não tinham objectivos propostos e que impossibilitam a comparação.

No entanto, mais do que indicar valores, a Tabela 3 serve sobretudo para exemplificar a forma como são propostos e apresentados actualmente, os dados do Serviço de MFR, sendo o seu tratamento muito básico. Apesar disso, são englobados objectivos, aos quais, no tratamento elaborado é atribuído o grau de execução. A proposta do BSC que se passa a descrever a seguir, irá englobar no seu final, os dados relativos ao período em estudo, apontando, onde foi possível apurar, os valores actualizados (à data do início do teste) e metas resultantes do apuramento desses valores. Para além disso, uma das valorizações do BSC é o da possibilidade de monitorização permanente (diária, semanal ou mensal, que neste caso não é possível efectuar).

Tabela 3 – Evolução de Produção do Serviço de MFR entre 2008 e 2009

Linhas de Produção	Total		% Var. Realizado 2008/2009	% Var. Realizado Objectivo	Objectivo ano 2009	% Total Execução
	2008	2009				
1 Tratamentos						
Hidrocinésio balneoterapia	1418	1273	-10,23%	-15,13%	1500	84,87%
Cinesioterapia	38591	48673	26,13%	25,45%	38799	125,45%
Electroterapia	1008	974	-3,37%	49,65%	651	149,65%
Mecanoterapia	843	878	4,15%	3,29%	850	103,29%
Termoterapia	3702	3781	2,13%	-35,92%	5900	64,08%
Vibroterapia	1208	1837	52,07%	-36,66%	2900	63,34%
Fototerapia	441	666				
Massoterapia	1628	3005				
Ventiloterapia	388	1069				
Terapia Ocupacional	4115	3920	-4,74%	-36,77%	6200	63,23%
Treinos Terapêuticos	2040	2174	6,57%	-25,03%	2900	74,97%
Terapia da Fala	765	1614	110,98%	24,15%	1300	124,15%
Outras Técnicas Terapêuticas	2127	2298				
Técnicas Terapêuticas Médicas		1				
Estudos Específicos	10	25				
Total Tratamentos	58284	72188	23,86%	18,34%	61000	118,34%
Tratamento p/ Área						
Internamento	18569	24964	34,44%	29,41%	19290	129,41%
Consulta Externa	31024	43844	41,32%	5,12%	41710	105,12%
Directos	8691	3380				
Total	58284	72188	23,86%	18,34%	61000	118,34%
2 Consultas						
Fisioterapia						
Primeiras	1223	1189	-2,78%	18,90%	1000	118,90%
Subsequentes	2770	2822	1,88%	0,79%	2800	100,90%
Telemedicina	0	0				
Primeiras	11	14	27,27%	20,07%	12	120,07%
Subsequentes	157	186	18,47%	-62,80%	500	37,20%
Total Consultas Externas	4161	4511	1,20%	-2,33%	4312	97,67%
2.2 Consultas Internas	494	451	-8,70%	-6,39%	482	93,61%

Fonte: Relatório 2009 do Serviço de Medicina Física e de Reabilitação. Elaboração própria

CAPÍTULO V- CONCEPÇÃO E IMPLEMENTAÇÃO DO BSC PARA O SERVIÇO DE MEDICINA FÍSICA E REABILITAÇÃO DA ULSNA

A concepção de um BSC para qualquer organismo ou empresa requer sempre uma idealização que assenta em dados recolhidos concretos, que serão a base de todo o trabalho. Anteriormente, já foi feita uma caracterização dos organismos em causa, tendo sido também apresentados dados estatísticos que permitem encontrar lacunas que podem e deverão ser corrigidas. Interessa agora aplicar a metodologia escolhida – o BSC – com base nos dados recolhidos, nas lacunas encontradas e com objectivos e metas a atingir, que sejam realistas e exequíveis.

Assim, neste capítulo e seguindo os trabalhos de Wisner e Fawcett, *cit. in* Neely *et al.* (1995) e de Bourne *et al.* (2000), descreve-se o Plano Estratégico da ULSNA, com base nos documentos consultados e nas linhas estratégicas já definidas, apresenta-se o Plano Operacional para o Serviço de MFR, baseado no Plano Estratégico da ULSNA. De seguida, apresenta-se a concepção do BSC feita de forma alinhada com os planos anteriores e na parte final do capítulo descreve-se a implementação do BSC no Serviço de MFR, focalizando o processo de execução e o método de recolha dos dados em termos de BSC.

5.1 Plano Estratégico da ULSNA

A ULSNA já tem definidas as linhas gerais de orientação, sobretudo ao nível daquelas que guiam o seu posicionamento estratégico, perante os seus utentes, funcionários e comunidade em geral. Numa perspectiva integrada, a ULSNA pretende atingir os objectivos propostos pelo Governo, abordando temáticas que surgem em forma de oportunidades no plano de negócios realizado para o quadriénio 2007/2010, transcrito pelo documento Princípios de Bom Governo (2009). Neste plano, são indicadas oportunidades a ter em conta e uma série de potenciais ameaças que podem afectar a prossecução de uma boa gestão da ULSNA.

Tabela 4 – Oportunidades e ameaças ao processo de gestão da ULSNA

Oportunidades	Ameaças
<ul style="list-style-type: none">• Criação da ULSNA (entretanto já efectuada);• Aposta e investimento na modernização e informatização dos serviços;• Existência de uma pressão que permita organização dos serviços para a sua melhoria na qualidade e na acessibilidade;• Expressão incipiente de cuidados de saúde privados na região;• Existência de uma nova rede de Cuidados Continuados e Paliativos.	<ul style="list-style-type: none">• Conjuntura económica nacional pouco propícia à obtenção dos investimentos necessários (já em 2007 se identificava esta ameaça, mais reforçada em 2011);• Interioridade, que pode afectar a qualidade e quantidade de recursos humanos disponíveis;• Altos níveis de envelhecimento das populações;• Expressão mais significativa de doença cérebro-vascular;• Atitudes bairristas do poder político local.

Fonte: Princípios de Bom Governo da ULSNA (2009). Elaboração própria

Das oportunidades apresentadas, destacam-se duas que revelam importância na área de abrangência do estudo em causa:

- A aposta e investimento na modernização e informatização dos serviços;
- A existência de uma pressão que permita organização dos serviços para a sua melhoria na qualidade e na acessibilidade.

Na mesma linha, é necessário ter presentes as principais ameaças que podem afectar uma boa gestão por parte dos decisores da ULSNA:

- Conjuntura económica nacional pouco propícia à obtenção dos investimentos necessários;
- A interioridade, que pode afectar a qualidade e quantidade de recursos humanos disponíveis.

Com base nestas informações, além de um conjunto de outros indicadores, pontos fortes e fracos e uma estratégia chapéu já identificada, que pretende renovar o Sistema Nacional de Saúde, por parte do governo, a ULSNA identificou e transcreveu os três factores chave para o seu posicionamento estratégico, a partir dos quais pretende reger a sua actividade nas mais diferentes vertentes: a visão, a missão e os valores. Estes são também os pontos de partida que vão dar substância ao BSC em termos da sua estratégia

orientadora. A seguir transcrevem-se estes elementos, conforme Regulamento Interno da ULSNA criado em Março de 2008:

Visão

“Constituir uma imagem de excelência no atendimento dos cidadãos, na ligação à comunidade, na criação de parcerias, na investigação permanente e no impacto das actividades desenvolvidas.”

Missão

“Promover o potencial de todos os cidadãos, através do fomento da saúde e da resposta à doença e incapacidade, garantindo a qualidade dos serviços prestados, a tutela da dignidade humana e a investigação permanente na procura contínua de soluções que reduzam a morbilidade e permitam obter ganhos de saúde.”

Valores

Os valores assumidos pela ULSNA enquadram-se num conjunto que revela empenhamento de gestão e estratégia e apresentam-se na figura 19:

Figura 19 – Valores da ULSNA



Fonte: Regulamento Interno da ULSNA, 2008. Elaboração própria

Na sequência da exposição anterior e mantendo o fio condutor, descrevem-se na Tabela 6 os sete Eixos Estratégicos apresentados no Relatório e Contas de 2009 que foram

delineados para a ULSNA. Estes Eixos vêm confirmar as informações contidas na visão e nos valores assumidos, assim como seguem em linha de continuidade desses factores. Daqui serão retiradas as linhas estratégias essenciais para o BSC do Serviço de MFR.

Tabela 5 – Eixos estratégicos da ULSNA

Eixos	Eixo estratégico
Eixo 1	Dinamizar e assegurar a resposta às necessidades de saúde da população no âmbito de referência da ULSNA numa perspectiva de complementaridade e articulação de cuidados que resultem numa correlação equilibrada entre os custos e os benefícios.
Eixo2	Incentivar e desenvolver o estabelecimento de parcerias em áreas para as quais a Unidade Local de Saúde não é institucionalmente referenciada e não se encontra vocacionada nem se afigura globalmente vantajosa na relação de cuidados a prestar e estrutura de custos.
Eixo 3	Rentabilizar, optimizando os recursos existentes, melhorando assim, o âmbito e a qualidade da oferta de serviços à população.
Eixo 4	Modernizar os sistemas de apoio à prática clínica e à gestão, apostando nas tecnologias de informação e comunicação.
Eixo 5	Promover e implementar acções de promoção de saúde que se tornem custo-efectivas, nomeadamente em áreas de patologias com elevada prevalência regional e morbidade, em grupos com grau de vulnerabilidade mais susceptível, na prevenção dos comportamentos de risco e na prevenção terciária.
Eixo 6	Planear e desenvolver políticas de Recursos Humanos de qualificação, melhoria contínua e estímulo dos vários grupos profissionais, numa óptica de racionalidade que resultem em maior eficácia e eficiência na resposta aos cidadãos.
Eixo 7	Promover e construir uma política global de qualidade que crie junto da população uma imagem estrutural de referência, confiança e crédito.

Fonte: Relatório e Contas da ULSNA, 2009. Elaboração própria

Como linha orientadora que se propõe para o Serviço de MFR, e não deixando de salientar que todos os Eixos assumem vital importância no desenvolvimento organizacional de toda a ULSNA, destacam-se os quatro Eixos que, resumidamente, determinam essa preponderância:

- Dinamizar e assegurar a resposta às necessidades de saúde da população;
- Rentabilizar, optimizando os recursos existentes;
- Modernizar os sistemas de apoio à prática clínica e à gestão, apostando nas tecnologias de informação e comunicação;

- Promover e construir uma política global de qualidade que crie junto da população uma imagem estrutural de referência, confiança e crédito.

Relembrando ainda, que toda a estrutura deverá estar alinhada, a ULSNA, mantendo a visão, missão e valores bem definidos, tal como apresentados anteriormente, procura manter uma estratégia baseada numa hierarquia consistente, quer em termos de equipas multidisciplinares nos diferentes serviços, quer em termos de identificação de problemas chave em cada serviço que, de um forma autónoma, procuram resolver de acordo com a linha estratégica assumida. Capacitando os demais serviços de poder autónomo para exercer as suas funções, a ULSNA não deixa de focalizar o que é realmente importante para a organização no seu todo, demonstrando através das suas linhas estratégicas, de que modo deve ser feito.

Por conseguinte, importa especificar que o BSC não pretende destruir e reiniciar um processo existente, que consagra já uma série de procedimentos correctamente elaborados, antes, pretende valorizar esse trabalho, aproveitar a focalização estratégica assumida e tirar partido de processos correctamente definidos. Nesta linha, importa destacar que no Eixo estratégico que identifica a modernização dos sistemas de apoio à prática clínica e à gestão, entronca a operacionalização e consequente implementação do BSC no Serviço de MFR, enquanto teste piloto.

Deste modo, o Plano Operacional que se desenvolve de seguida é apoiado numa linha estratégica completamente definida e que se revela adequada tanto ao Serviço de MFR, como à concepção do BSC.

5.2 Plano Operacional para o Serviço de Medicina Física e de Reabilitação

Como já foi indicado, o BSC é uma ferramenta que está disponível para permitir o desenvolvimento de planos que melhorem a tomada de decisão e a própria performance geral. Hoje, nas instituições portuguesas, é já possível verificar um esforço no sentido de melhorar os diferentes indicadores que denunciam uma maior ou menor performance global da organização. Este esforço, que procura a melhoria de resultados financeiros colectivos e individuais e da produtividade, permite aos decisores terem um maior leque de informação disponível que possa melhorar essa mesma tomada de decisão.

Nesse sentido, para contribuir para o desenvolvimento prático da intenção de aplicação do BSC num dos Serviços da ULSNA, foi necessário verificar características e retirar algumas ilações para perceber a melhor forma de avançar com um instrumento bem desenhado que se possa adaptar ao Serviço de MFR da ULSNA.

Desse modo, como diagnosticado anteriormente, foi possível verificar que não existe a implementação do BSC ou outro instrumento na ULSNA de forma global, apesar de haver uma série de objectivos e respectivos controlos efectivos que as novas administrações têm vindo a tentar implementar. No entanto, isto não significa que não exista já uma linha estratégica definida e que promova a visão instituída. Aliás, como demonstrado, anteriormente, ela está bem patente nos documentos oficiais da ULSNA, (Regulamento Interno, 2008; Relatório e Contas, 2009; Princípio de Bom Governo, 2009). Por conseguinte, essa linha estratégica tem de ser aliada a uma componente operacional que evidencie e impulse a estratégia e a visão da ULSNA aplicada aos processos diários de todos os intervenientes.

Assim, pretende-se alinhar toda a estrutura, independentemente do nível hierárquico a um mesmo ponto comum – realizar a missão, com base nos valores, atingindo os objectivos definidos e concretizar a estratégia sempre em prol da visão definida.

Para atingir os objectivos de implementação do BSC no Serviço de MFR da ULSNA, entendeu-se, nas reuniões preparatórias realizadas e nas consultas efectuadas que, dos sete Eixos estratégicos existentes, três contemplam correctamente a integração deste serviço:

- Dinamizar e assegurar a resposta às necessidades de saúde da população;
- Modernizar os sistemas de apoio à prática clínica e à gestão, apostando nas tecnologias de informação e comunicação;
- Promover e construir uma política global de qualidade que crie junto da população uma imagem estrutural de referência, confiança e crédito.

Como já foi referido, a implementação do BSC num serviço de uma instituição que tem esta estruturação já dimensionada, não pretende reorganizar toda a linha estratégica. Sugere-se, antes, que seja estabelecida a forma dinâmica de alinhar os objectivos e as metas a atingir com os eixos estratégicos apresentados. De acordo com esta ideia é importante encontrar as linhas estratégicas específicas adaptadas ao Serviço de MFR que vão orientar a concepção geral do BSC. Estas são as linhas que estão de acordo com a estratégia geral da ULSNA, são alinhadas com a própria visão da organização e vão nortear toda a gestão.

Por conseguinte, são propostas para o BSC do Serviço de MFR, as seguintes três linhas de orientação estratégica, delineadas a partir dos Eixos Estratégicos da ULSNA:

- Qualidade nos serviços de saúde prestados à população;
- Optimização de recursos;
- Imagem estrutural de referência.

Como vai ser então possível concretizar o BSC no Serviço de MFR de modo a fazer cumprir as linhas estratégicas propostas?

Desde logo é fundamental e necessária a concepção de um modelo que seja baseado no original BSC de Kaplan e Norton (1992). Esse modelo baseia-se nas linhas de orientação estratégica, numa dinâmica que resulta da visão instituída e dos Eixos Estratégicos existentes, pretendendo fazer cumprir a própria missão do Serviço de MFR. Esta dinâmica vai orientar a operacionalização do BSC no Serviço de MFR. Neste modelo, é necessário que todos os interessados, sobretudo ao nível de colaboradores, tenham interiorizado os aspectos estratégicos nas suas funções diárias. Como tal, deve-se inserir a missão nos documentos de gestão que vão ser propostos.

Importa referir, no que diz respeito ao orçamento do Serviço de MFR, que existe um orçamento anual autónomo que é actualmente proposto com base em certas condições, nomeadamente a contratualização dos serviços, onde estão descritos os objectivos que vão sendo cumpridos, dando expressão a uma forma organizacional de trabalho que pretende já assumir uma figuração profissional. No futuro e a partir da implementação do BSC, esse orçamento pode passar a ser influenciado pelo resultado das medições efectuadas e direccionado para os pontos que apresentem mais necessidades ou maiores desvios.

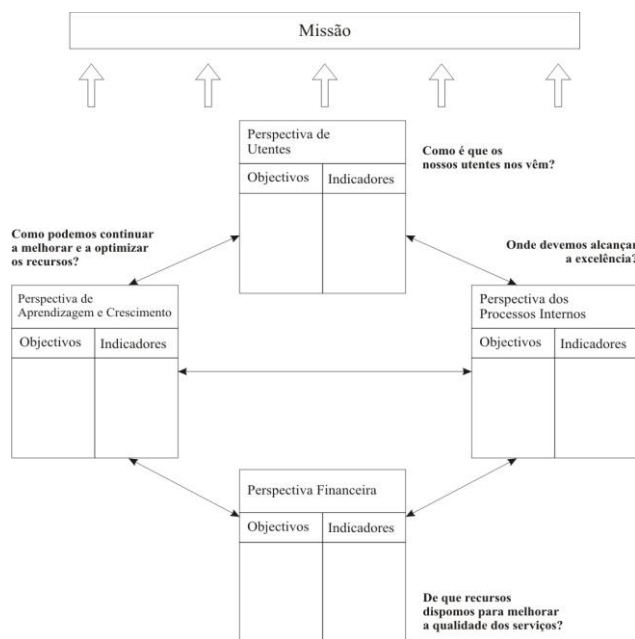
5.3 O BSC no Serviço de Medicina Física e de Reabilitação da ULSNA

É indicado por Pinto (2007) que cada Scorecard implica o seu desenvolvimento por objectivos e que cada um inclui as iniciativas necessárias para a concretização das metas fixadas. Este autor indica também o desdobramento em cascata que se faz, a partir das linhas estratégicas definidas, o que, na implementação do BSC no Serviço de MFR, passam por ser uma série de fases que são apresentadas de seguida.

O modelo adaptado para o Serviço de MFR da ULSNA foi elaborado a partir do original de Kaplan e Norton (1992), considerando as linhas estratégicas anteriormente

apresentadas como objectivos gerais a atingir, de modo a permitir estar em sintonia com a estratégia geral. A concepção foi realizada optando pela adaptação da perspectiva financeira à base do esquema original, tal como demonstra a figura 20 e de acordo com a indicação de Kaplan (2001), prevendo essa adaptabilidade a serviços ou organizações sem fins lucrativos, exemplificados através do caso de Duke Children's Hospital, também apresentado neste projecto.

Figura 20 – Modelo BSC adaptado ao Serviço de MFR da ULSNA



Fonte: Adaptado de Kaplan e Norton (1992). Elaboração própria

Com este modelo, semelhante ao utilizado no caso citado e em muitos outros casos existentes, foi possível identificar todos os pontos necessários para que o BSC do Serviço de MFR da ULSNA esteja totalmente estruturado.

5.3.1 Stakeholders

De uma forma geral, em qualquer adaptação do BSC e a sua consequente implementação no terreno, um aspecto importante a ter em conta prende-se com a

identificação dos *stakeholders* da organização. Sendo os *stakeholders* todos aqueles que têm algum tipo de interesse no serviço, os que mais interessam preservar e valorizar no Serviço de MFR, são os seus utentes. É para eles que a organização trabalha de modo a assegurar a sua satisfação. Isto significa que numa organização desta natureza, a perspectiva clientes (*stakeholders*) assume um papel principal tornando-a a perspectiva de topo na hierarquia do BSC, surgindo no modelo conceptual imediatamente após a missão. Nesta sequência, a criação de valor que se pretende desenvolver, está dependente de alguns factores críticos de sucesso.

5.3.2 Factores críticos de sucesso

A identificação dos factores críticos de sucesso é um dos pontos mais importantes a delinear para uma concretização eficaz da concepção do BSC. Deste modo foram definidos, em consonância com o Director Clínico do Serviço de MFR, alguns factores críticos que não podem ser descurados na elaboração do BSC. Estes pontos-chave vão ser a base da consequente identificação de objectivos estratégicos e foram identificados de forma interligada com as linhas estratégicas anteriormente apontadas. Apresentam-se na Tabela 7 os factores críticos de sucesso identificados e propostos para o BSC do Serviço de MFR da ULSNA.

Tabela 6 – Linhas estratégicas e factores críticos de sucesso do Serviço de MFR

Linhas Estratégicas	Qualidade nos serviços de saúde prestados à população	Optimização de recursos	Imagem Estrutural de Referência
Factores Críticos de Sucesso	<ul style="list-style-type: none"> • Satisfação dos utentes • Tempo de espera no atendimento • Qualidade no tratamento • Organização de consultas 	<ul style="list-style-type: none"> • Eficiência na gestão orçamental • Eficiência nos serviços • Gestão dos recursos • Qualificação 	<ul style="list-style-type: none"> • Imagem externa • Qualidade • Satisfação dos colaboradores

Fonte: Elaboração própria

5.3.3 Objectivos Estratégicos

Todos os processos de implementação do BSC no Serviço de MFR, como em qualquer organização, devem ser executados de forma simples, faseada e com uma comunicação clara para que todos os intervenientes no modelo, desde o início, se sintam inseridos no processo. Os objectivos estratégicos são fundamentais para que o BSC funcione e foram formulados por perspectiva, derivando dos factores críticos de sucesso e dinamizados por relações de causa-efeito que serão descritas mais à frente.

Os objectivos que são apresentados estão em coerência com as orientações dadas pelo Director de Serviço e pretendem assegurar o compromisso de seguir as linhas estratégicas definidas. Pretende-se que estes objectivos vão ao encontro da estratégia definida e pretendem concretizá-la ao serem atingidos. Assim, após toda a recolha e confirmações realizadas, foram propostos os objectivos que estão descritos na Tabela 8 para o BSC do Serviço de MFR da ULSNA.

Tabela 7 – Objectivos estratégicos propostos para o Serviço de MFR

Perspectiva	Objectivos
Perspectiva Utentes	Aumentar a satisfação do utente; Consolidar a imagem externa.
Perspectiva Processos Internos	Diminuir tempo de espera de doentes internos para tratamento; Diminuir tempo de espera de doentes externos para tratamento; Diminuir prazo de comunicação de consultas a doentes do Hospital e externos; Aumentar a qualidade no serviço; Aumentar a produtividade.
Perspectiva Aprendizagem e Crescimento	Aumentar a satisfação do funcionário; Introduzir novas formas de avaliação; Aumentar a formação dos colaboradores; Fomentar a participação em conferências científicas; Incrementar parcerias com Instituições de Ensino Superior.
Perspectiva Financeira	Optimizar despesas; Optimizar recursos; Criar mecanismo de financiamento.

Fonte: Elaboração Própria

5.3.4 Indicadores

Após a definição dos objectivos e como foi apresentado no capítulo I deste projecto, é necessário definir os indicadores que vão ter a função de informar como é medido cada objectivo e acompanhar a sua evolução. É através destes indicadores que vai ser possível realizar as medições necessárias para depois identificar níveis de execução e consequentemente tomar medidas adequadas para manter ou corrigir esses níveis. Para cada indicador foi também criada uma Ficha de Indicador. Esta ficha pretende identificar os dados de cada indicador, desde o objectivo a que está ligado até à informação do valor da meta a atingir. Os indicadores foram definidos com base nas reuniões mantidas com o Director do Serviço de MFR e com as suas percepções em relação à melhor forma de proporcionar uma monitorização efectiva. Os indicadores definidos estão apresentados na Tabela 9 em conjunto com a função que cada um tem.

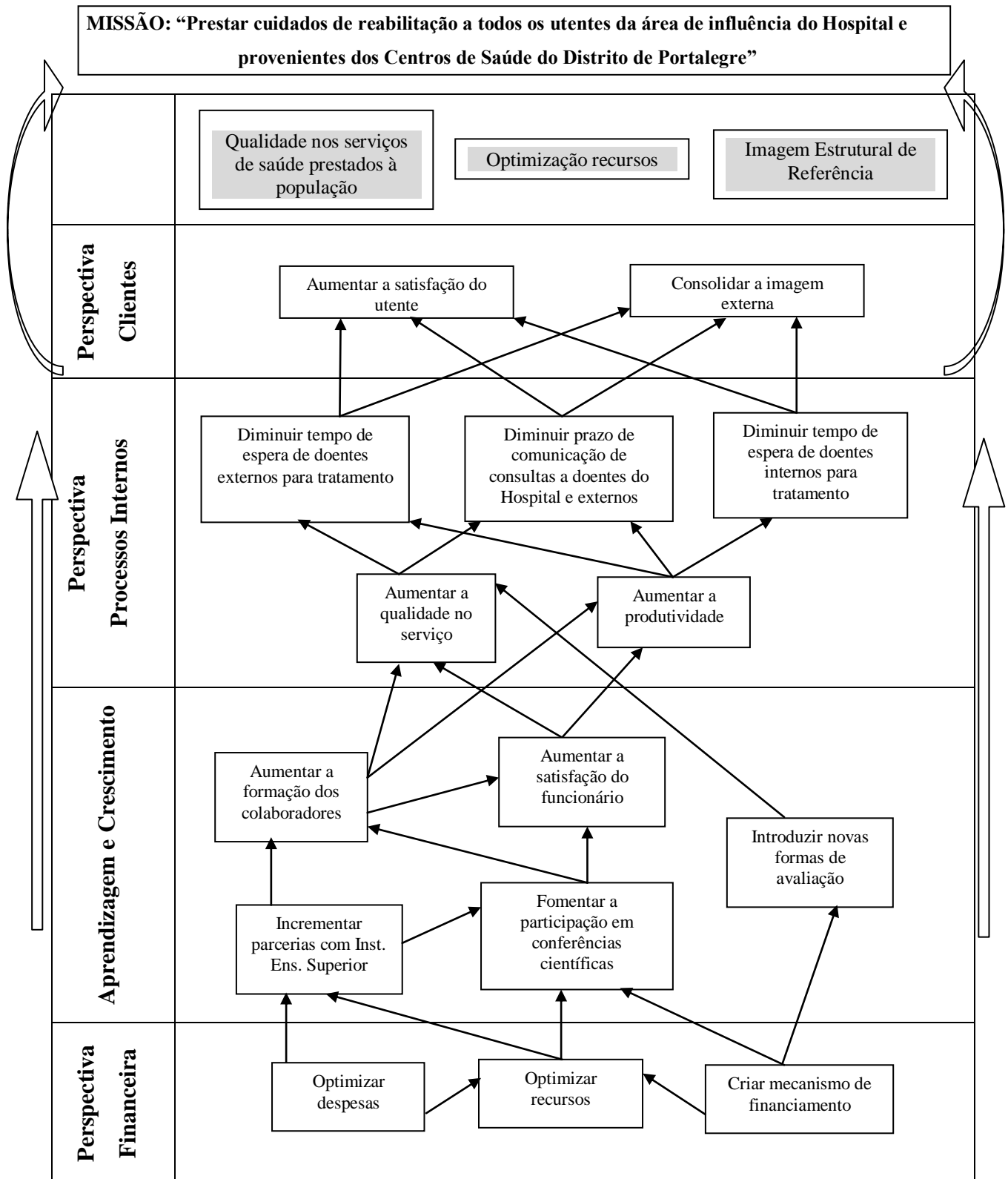
Apresentam-se no Anexo 1 deste projecto todas as Fichas de Indicador.

5.3.5 Mapa Estratégico do Serviço de MFR

Como demonstrado no capítulo I, o mapa estratégico do BSC apresenta-se como uma ferramenta importante ao nível da organização de toda a estrutura do modelo, incorporando todos os objectivos, ilustrando as suas relações de causa-efeito e apresentando as linhas estratégicas desenvolvidas (Kaplan e Norton, 2004).

No caso específico do mapa estratégico desenvolvido para o Serviço de MFR da ULSNA, o critério de execução do mapa foi seguido como definido no modelo de Kaplan e Norton, tendo sido perspectivado, através dos passos já apresentados anteriormente. Tal como indicado por Kaplan (2001) optou-se por colocar a perspectiva financeira na base do mapa de modo a idealizar um desenho do modelo que fosse concebido a partir de uma questão de grande importância para o restante desenvolvimento: Com os recursos financeiros disponíveis, como poderemos executar a nossa missão e atingir as linhas estratégicas delineadas?

Figura 21 – Mapa estratégico proposto para o Serviço de MFR da ULSNA



Fonte: Elaboração própria

5.3.6 Metas

As metas têm um objectivo específico de informar o nível de desempenho que se espera atingir. Para cada indicador, especifica-se uma meta que se pretende atingir, com base em valores anteriores. Quando essa meta é atingida ou, eventualmente, superada, significa que se está a alcançar com sucesso um patamar para que o objectivo a que esse indicador está adstrito, esteja a ser cumprido. Caso contrário, poderá ser necessário rever a meta ou tomar novas medidas através de iniciativas específicas. Em relação às metas a determinar para o BSC do Serviço de MFR, as mesmas foram elaboradas com a colaboração do Director do Serviço, à semelhança e na sequência dos objectivos já apresentados, de modo a que possam ser realistas e alcançáveis. Essas metas estão propostas na Tabela 9.

5.3.7 Iniciativas

As iniciativas estão ligadas às metas que são apresentadas. A finalidade das iniciativas é a de implementar acções que garantam que as metas são alcançadas. Por norma são alteradas ou impostas iniciativas quando se faz a avaliação das metas, ou seja, são reformuladas as acções de intervenção a realizar conforme seja necessário em virtude dos resultados. Neste estudo, por se tratar de um trabalho inicial, com uma primeira abordagem ao tema no Serviço em análise, foi decidido deixar para depois da primeira avaliação, a efectuar no final do teste, quais as necessárias medidas.

Importa referir que todos os indicadores e as próprias metas serão objecto de avaliação periódica, sendo a sua evolução continuamente aferida até o modelo atingir a maturidade. Na fase seguinte ao final do estudo, será efectuada reunião de avaliação do BSC, que neste caso corresponde à avaliação do período em estudo, pelo que as iniciativas necessárias para a melhoria dos índices dos indicadores serão apresentadas no próximo capítulo e correspondem a essa evolução do modelo.

Tabela 8 – Quadro geral do BSC para o Serviço de MFR com indicação de objectivos, indicadores e funções, metas e iniciativas para cada perspectiva do BSC

Perspectiva	Objectivos	Indicadores	Função do indicador	Actual	Metas	Iniciativas **	
Clientes	Aumentar a satisfação do utente	I 1 - Índice de satisfação dos utentes	Através de um questionário de satisfação, procura medir a satisfação dos utentes que utilizam o serviço.	--	Melhor prática		
		I 2 – Taxa de reclamações por utente	Indica o número de reclamações recebidas, em média, por mês no Serviço de MFR.	0,54%	0,45%		
	Consolidar a imagem externa	I 3 – Taxa de crescimento de tratamentos efectuados	Pretende verificar a evolução em média da taxa de crescimento do número de tratamentos efectuados por mês.	3,74%	6%		
Processos Internos	Diminuir tempo de espera de doentes internos para tratamento	I 4 - Nº de horas em média entre diagnóstico (observação clínica) e início de tratamento em doentes internos.	Pretende medir o tempo médio que decorre entre o diagnóstico efectuado e o início do tratamento para os doentes internos.	10 horas úteis de trabalho	8 horas úteis de trabalho		
	Diminuir tempo de espera de doentes externos para tratamentos	I 5 – Nº de dias de espera, em média, entre diagnóstico (observação clínica) e início de tratamento em doentes externos, urgentes	Pretende medir o tempo médio que decorre entre o diagnóstico efectuado e o início do tratamento para os doentes externos, urgentes.	6,2 dias úteis	6 dias úteis		
	Diminuir prazo de comunicação de consultas a doentes do Hospital e externos	I 6 – Nº de horas em média entre entrega da requisição e a comunicação da data da consulta	Vai aferir o tempo médio que decorre entre a requisição entregue por doente ou familiar e a comunicação da efectiva marcação da consulta.	14 horas úteis de trabalho	12 horas úteis de trabalho		
	Aumentar a qualidade no serviço	I 7 – Taxa de crescimento por mês de altas na 1ª série de tratamentos	Tem por objectivo medir a evolução do número de altas que são concedidas ao fim da 1ª série de tratamentos efectuados a cada doente.	3,125%	7%		
	Aumentar a produtividade		I 8 – Taxa de crescimento de doentes tratados por mês	Número de doentes que recebem alta por mês.	--	2,5%	
			I 9 – Taxa de crescimento de tratamentos por semana	Pretende medir o número de tratamentos efectuados por semana em termos médios.	2,46%	5%	
			I 10 – Taxa de crescimento médio de primeiras consultas médicas externas por semana	Pretende medir a evolução em média das primeiras consultas médicas externas por semana.	---	5%	
Aprendizagem e Crescimento	Aumentar a satisfação do funcionário	I 11 - Índice de satisfação do funcionário	Vai aferir o nível de satisfação dos funcionários e identificar pontos a melhorar. Realizado através de questionário ao funcionário.	----	Melhor prática		

Aplicação do Balanced Scorecard ao Serviço de Medicina Física e de Reabilitação da ULSNA

	Introduzir novas formas de avaliação	I 12 - Taxa de utilização de Escalas de Desempenho para doentes de AVC	Medida através do número de utilizações deste tipo de instrumento.	0	2	
	Aumentar a formação dos colaboradores	I 13 - Nº de horas de formação por terapeuta	Analisa o número de horas efectivo de formação por terapeuta por ano.	7 horas anuais	> 10 horas anuais	
	Fomentar a participação em conferências científicas	I 14 - Nº de participações em Conferências/Seminários ou palestras científicas	Vai medir o número de participações de funcionários do Serviço de MFR em Conferências/Seminários, em valores médios por ano.	4	Manter 4	
	Incrementar parcerias com Instituições de Ensino Superior	I 15 - Nº de alunos em estágio	Vai contabilizar o número de alunos em estágio no Serviço de MFR, em média por mês.	1,84	2	
		I 16 - Nº total de parcerias realizadas com Instituições de Ensino Superior	Avalia o número de parcerias que são realizadas por ano entre o Serviço de MFR e Instituições de Ensino Superior do país.	2	4	
Financeira	Optimizar despesas	I 17 - Índice de custos médios totais por tratamento, por dia	Mede a evolução dos custos totais com tratamentos por número de tratamentos efectuados diariamente.	*	*	
		I 18 - Taxa de despesa média de consumos de materiais por doente	Vai medir a evolução dos custos com a medicação, material clínico utilizado, etc., por número de doentes tratados.	*	*	
	Optimizar recursos	I 19 - Taxa de redução de custo diário médio por funcionário	Analisa a evolução do custo médio de pessoal por dia e por funcionário em percentagem.	*	*	
		I 20 - Taxa de crescimento de redução de despesa trabalhos executados no exterior + FSE	Mede o custo inerente a cada trabalho executado no exterior + FSE por doente e por dia.	*	*	
	Criar mecanismo de financiamento	I 21 - Nº de projectos submetidos a fundos estruturais	Pretende verificar quantos projectos foram submetidos à administração para aquisição de novo equipamento, formação, etc.	2	Manter 2	

* Não foi possível efectuar a medição deste indicador. Os dados fornecidos são anuais ou trimestrais e não correspondem ao período em análise.

** Estão indicadas nas fichas de registo no Anexo 3.

Fonte: Elaboração própria

5.3.8 Fichas de Registo

Na concepção do BSC para o Serviço de MFR foram designados de Fichas de Registo os documentos onde vão ser registados os dados diários, semanais ou mensais da recolha de informação que decorre da implementação do BSC. O objectivo destas fichas é o de recolha da informação necessária que vai ser utilizada para monitorizar os objectivos, através dos indicadores. Estas fichas são preenchidas pelos funcionários, médicos, terapeutas ou administrativos. Com os dados contidos nesta ficha, vai ser possível organizar a informação e identificar quais os indicadores que estão positivos e quais os que se encontram negativos perante as metas anunciadas. Apresentam-se no Anexo 2 deste projecto todas as Fichas de Registo utilizadas.

5.4 Implementação do BSC no Serviço de Medicina Física e de Reabilitação da ULSNA

A implementação do BSC no Serviço de MFR é efectuada de uma forma simplificada devido à necessidade de brevidade na execução do teste e pretende originar resultados fidedignos em tempo oportuno. Assim, em virtude da realização do teste num espaço temporal de 2 meses, optou-se pela não implementação de um sistema informatizado. A possibilidade de informatização do sistema não deixa de ser um aspecto muito importante a ter em conta face à tipologia de dados inerentes que têm de ser colectados, pelo que será um processo a considerar numa fase posterior, caso o modelo venha a ser introduzido no Serviço de MFR, o que daria uma automatização a todos os níveis importante para melhor monitorização geral.

5.4.1 Processo de Implementação

O Serviço de MFR disponibilizou as suas instalações para o procedimento de recolha de informação, sendo que o processo decorreu como se tratasse de uma implementação normalizada em termos reais do BSC. A recolha de dados foi simplificada, não existindo uma recolha informatizada, ainda que alguns dos indicadores apresentados tenham dados

originários de programas informáticos já existentes. Por conseguinte, para os outros indicadores, optou-se pelas fichas de registo, já apresentadas, que foram preenchidas de forma manual pelos funcionários, sendo os dados posteriormente tratados em termos estatísticos através de um programa de cálculo. Assim, cada funcionário teve à sua responsabilidade tarefas que foram assinaladas nas fichas de registo e originaram dados para monitorização e conseqüente elaboração dos relatórios de performance.

5.4.2 Recolha de dados

A recolha foi efectuada pelos funcionários em cada uma das suas áreas, com a periodicidade adequada a cada indicador – diariamente, semanalmente ou mensalmente. Este processo foi acompanhado pelo autor do projecto, funcionando como o elemento coordenador da actividade regular de recolha e teve também dois elementos do próprio Serviço de MFR que se responsabilizaram pela boa coordenação interna dessa recolha. Esta foi uma metodologia correcta para uma melhor recolha de dados. Neste processo procedeu-se a um acompanhamento da evolução da recolha e efectuaram-se pequenos ajustes processuais quando necessários.

5.4.3 Monitorização e relatórios

A monitorização de todo o processo tem a envolvimento de três pessoas para que não haja enviesamento de dados, de modo a torná-los o mais fidedignos possível. Assim, o Director Clínico enquanto responsável pelo Serviço de MFR, o Fisioterapeuta António Melancieiro, fazendo parte da equipa e sendo indicado pelo Director de Serviço e o próprio autor do projecto foram as pessoas que acompanharam de perto o processo e esta recolha. No final foram produzidos os Relatórios de Performance de cada indicador, a partir dos quais poderá ser possível perceber os resultados da informação recolhida e entender a possibilidade de implementação do BSC no Serviço de MFR. Esta avaliação dos relatórios e do próprio estudo será apresentada no capítulo VI do projecto. Os Relatórios de Performance encontram-se disponíveis no Anexo 3.

5.4.4 Comunicação e revisão

Neste projecto existiram dois tempos de comunicação muito importantes:

- O primeiro passou pela fase inicial de recolha de dados, no Serviço de MFR, aquando do início da implementação do BSC. Aqui foi necessário mostrar claramente o que se pretende e envolver todos os funcionários do Serviço. Este processo foi efectuado em parceria com o Director Clínico do Serviço.
- O segundo tem a ver com o final do estudo, onde teve lugar uma pequena reunião de apresentação de resultados para que, à semelhança de uma implementação real, as chefias ficassem a conhecer os números e percebessem quais as evoluções que aconteceram e de que forma foram atingidos os objectivos.

CAPÍTULO VI – RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os resultados do estudo efectuado resultante de um período de teste do BSC no Serviço de MFR durante 8 semanas (entre 18 de Abril e 10 de Junho) são apresentados em duas vertentes, por um lado, pela especificidade do BSC e do objectivo que este preconiza, através da descrição dos indicadores em termos individuais e do seu resultado em termos de BSC em concreto no Serviço de MFR, por outro lado, através de uma análise geral, resultante dessa análise específica dos indicadores e também dos propósitos do estudo empírico em termos globais, ao nível da implementação do BSC propriamente dito.

É importante frisar que alguns dos indicadores definidos apresentam dados que vão para além do período definido para o teste, uma vez que desta forma foi mais fácil encontrar aspectos comparativos ou assegurar mais amplitude de leitura em termos de execução de futuras medidas e, por outro lado, outros indicadores não apresentam valores, por serem indicadores anuais, que não poderiam deixar de ser descritos, ainda que se assuma que a sua análise fica limitada neste período de teste.

Neste capítulo apresentam-se os resultados por indicador, fazendo-se também a sua análise individualizada. No final exhibe-se a discussão desses resultados de forma integrada e apontam-se a avaliação da aplicação do BSC no Serviço de MFR e a implicação que este instrumento teve no mesmo, durante o teste efectuado.

6.1 Resultados dos Indicadores

Os indicadores que fazem parte do BSC definido resultaram na sua maioria da obtenção de dados retirados directamente pelos colaboradores do Serviço de MFR. A Tabela 9 apresenta as fontes de registo dos dados recolhidos.

Tabela 9 – Fontes de registo de dados por indicador

Indicador	Fonte de dados	Registo final
I 1	Questionário	
I 2	Registos internos	
I 3	Registos internos	
I 4	Ficha de Registo	
I 5	Ficha de Registo	
I 6	Ficha de Registo	
I 7	Ficha de Registo	
I 8	Ficha de Registo	
I 9	Registos internos	Relatórios
I 10	Ficha de Registo	
I 11	Questionário	de
I 12	Ficha de Registo	
I 13	Ficha de Registo	Performance
I 14	Ficha de Registo	
I 15	Registos internos	
I 16	Registos internos	
I 17	Registos internos	
I 18	Registos internos	
I 19	Registos internos	
I 20	Registos internos	
I 21	Registos internos	

Fonte: Elaboração própria

Para melhor percepção, optou-se por uma apresentação individual dos indicadores, sendo feita a análise respectiva a cada um. No entanto, para uma leitura geral, a Tabela 10, revela os dados finais de cada um dos indicadores e a consequente confirmação da obtenção da meta respectiva.

Tabela 10 – Resumo dos resultados dos indicadores

I 1 - Índice de satisfação dos utentes	Período anterior Meta Período de teste	--- Melhor prática 4,77	Observação: Sem base de comparação
I 2 - Taxa de reclamações por utente	Período anterior Meta Período de teste	0,54% 0,45% 0 %	Observação: Meta atingida (no período de estudo)
I 3 - Taxa de crescimento de tratamentos efectuados	Período anterior Meta Período de teste	3,74% 6% 16,95%	Observação: Meta foi superada
I 4 - Nº de horas em média entre diagnóstico (observação clínica) e início de tratamento em doentes internos	Período anterior Meta Período de teste	10 horas úteis de trabalho 8 horas úteis de trabalho 8,16 horas úteis de trabalho	Observação: Meta não foi atingida
I 5 - Nº de dias de espera, em média, entre diagnóstico (observação clínica) e início de tratamento em doentes externos, urgentes	Período anterior Meta Período de teste	6,2 dias úteis 6 dias úteis 4,52 dias úteis	Observação: Meta foi superada
I 6 - Nº de horas em média entre entrega da requisição e a comunicação da data da consulta	Período anterior Meta Período de teste	14 horas úteis de trabalho 12 horas úteis de trabalho 15,89 horas úteis de trabalho	Observação: Meta não atingida
I 7 - Taxa de crescimento por mês de altas na 1ª série de tratamentos	Período anterior Meta Período de teste	3,125% 7% 5%	Observação: Meta não foi atingida
I 8 - Taxa de crescimento de doentes tratados por mês	Período anterior Meta Período de teste	--- 2,5% 6,73%	Observação: Meta amplamente superada
I 9 - Taxa de crescimento de tratamentos por semana	Período anterior Meta Período de teste	0,07 % 5 % 9,78%	Observação: Meta foi substancialmente ultrapassada
I 10 - Taxa de crescimento médio de primeiras consultas médicas externas por semana	Período anterior Meta Período de teste	--- 5% 33,09%	Observação: Meta superada (no período em estudo)
I 11 - Índice de satisfação do funcionário	Período anterior Meta Período de teste	--- Melhor prática 3,4 média de satisfação	Observação: Sem base de comparação
I 12 - Nº de utilizações de Escalas de Desempenho para doentes com AVC	Período anterior Meta Período de teste	0 2 anuais 0	Observação: Meta ainda não atingida (no período de estudo)
I 13 - Nº de horas de formação por terapeuta	Período anterior Meta Período de teste	7 horas anuais > 10 horas anuais 0	Observação: Meta ainda não atingida (no período de estudo)
I 14 - Nº de participações em Conferências/Seminários ou palestras científicas	Período anterior Meta Período de teste	4 anuais 5 anuais 1	Observação: Meta foi atingida (no período de estudo)
I 15 - Nº de alunos em estágio	Período anterior Meta Período de teste	1,84 em média por período 2 em média por período 3 em média por período	Observação: Meta foi atingida
I 16 - Nº total de parcerias realizadas com Inst. Ens. Superior	Período anterior Meta Período de teste	2 4 2 + 2	Observação: Meta atingida em parte
I 17 - Índice de custos médios totais por tratamento, por dia	Período anterior Meta Período de teste	--	Observação: Sem medição
I 18 - Taxa de despesa média de consumos de materiais por doente	Período anterior Meta Período de teste	--	Observação: Sem medição
I 19 - Taxa de redução de custo diário médio por funcionário	Período anterior Meta Período de teste	--	Observação: Sem medição
I 20 - Taxa de crescimento de redução de despesa trabalhos executados no exterior + FSE	Período anterior Meta Período de teste	--	Observação: Sem medição
I 21 - Nº de projectos submetidos a fundos estruturais	Período anterior Meta Período de teste	2 Manter 2 Manutenção 2	Observação: Meta foi atingida (no período de estudo)

Fonte: Elaboração própria

I 1 - Índice de satisfação dos utentes

Este índice procura medir a satisfação dos utentes, através do preenchimento por questionário por parte dos mesmos, com o objectivo de avaliar a sua satisfação, tentando perceber o impacto na imagem externa do Serviço. Para o efeito foi elaborado um questionário simplificado, baseado no modelo criado por Zeithaml, Parasuraman & Berry (1990). Na versão simplificada que foi utilizada neste estudo, apontaram-se 15 questões com a hipótese de resposta numa escala de 1 a 5, sendo 1 considerado muito mau e 5 muito bom⁹.

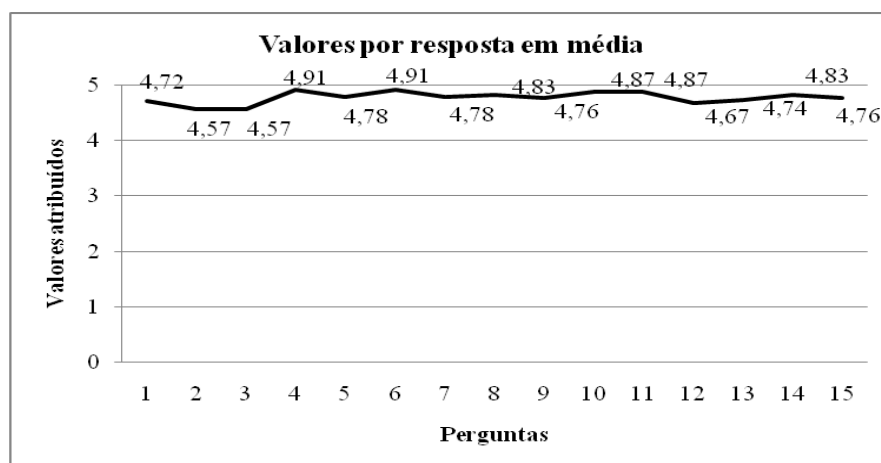
Este questionário foi apenas aplicado aos doentes que receberam alta e consequentemente correspondiam aos que tinham terminado os seus tratamentos. Foram preenchidos 46 questionários. Estes eram entregues pelo técnico (terapeuta que tinha acompanhado o doente) e preenchidos pelo próprio doente. Realce-se que nos questionários entregues, à semelhança do modelo ServQual, existia uma primeira abordagem, para que os respondentes dessem a sua opinião, para caracterizarem um Serviço ideal, também numa escala de 1 a 5, sobre as mesmas questões. Isto permitiria elaborar uma análise comparativa, para além da qualitativa. Apenas 2 dos respondentes preencheram essa coluna, pelo que foi decidido, por não ser significativo, não realizar essa análise.

Uma outra característica das respostas dadas prende-se com o elevado número de respostas número 5 encontradas na totalidade das respostas de alguns questionários. Tal pode revelar muita satisfação por parte dos utentes, ou, eventualmente, pouca incisão por parte de quem entregava os questionários, no sentido de realçar a importância do preenchimento dos mesmos. Por esta razão, na figura 22 é possível verificar que os valores médios para cada uma das 15 questões estão bastante nivelados por cima. A leitura possível pode ser concretizada nos aspectos revelados pelos respondentes como mais importantes, as questões 4 e 6 - “*Sou tratado de forma delicada e empenhada*” e “*Os funcionários têm atenção e dedicação no atendimento que fazem*”, respectivamente. E os dados com menor destaque nas questões 2 e 3, que apontam “*As instalações estão adequadas ao exercício das funções*” e “*Nível de conforto nas instalações (temperatura, ambiente, comodidade de camas e espaços de espera, etc.)*”.

⁹ O modelo do questionário apresenta-se no Anexo 5.

Ainda assim, a média global destes questionários, na mesma escala de 1 a 5 revela um valor de 4,77, que aponta para um grau de satisfação bastante elevado no geral.

Figura 22 – Valores numa escala de 1 a 5 das respostas atribuídas pelos doentes



Fonte: Elaboração própria

I 2 - Taxa de reclamações por utente

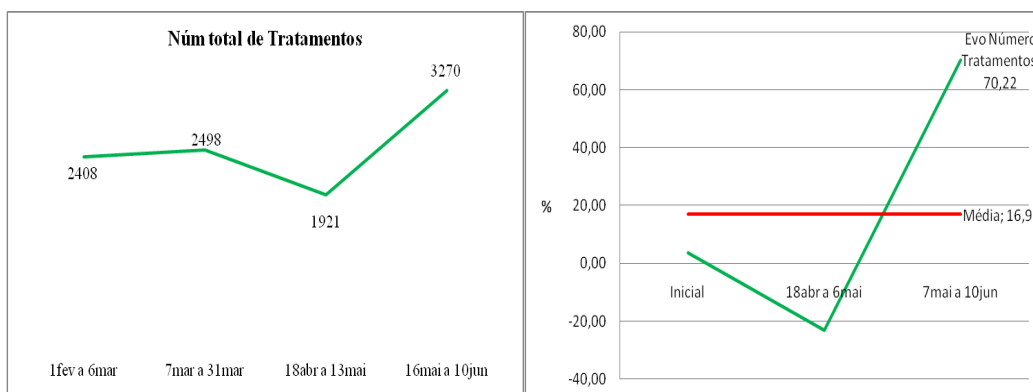
No período em análise não se registou nenhuma reclamação. Desde o início do ano, também não havia existido nenhuma reclamação, pelo que o indicador I 2 encontra-se numa situação favorável. Esta situação poderá alterar e influenciar o indicador, que tem um cariz anual, ainda assim, existe a positividade de, até ao final do momento do estudo, não ter dado entrada nenhuma reclamação, pelo que o valor é de 0%, abaixo dos 0,45% que se colocou como meta. Importa referir que as reclamações que aconteceram no ano transacto incidiram sobre questões de climatização de alguns espaços.

I 3 - Taxa de crescimento de tratamentos efectuados

Uma das situações verificadas neste estudo prende-se com a grande aleatoriedade do número de tratamentos efectuados. Ou seja, não existe um padrão definido, que permita tendenciar algumas situações. Isto não parece ter a ver com má organização, mas sim pelas características específicas do Serviço e dos seus colaboradores, como por exemplo doença de 1 terapeuta, férias conjuntas, ausências ou necessidade de tratar outros doentes mais urgentes. Outra situação tem a ver com o número de estagiários que aumentou e provocou

também um aumento no número de tratamentos efectuados. Este indicador é exemplo disso, conforme comprova a figura 23.

Figura 23 – Número total de tratamentos e evolução por períodos em %



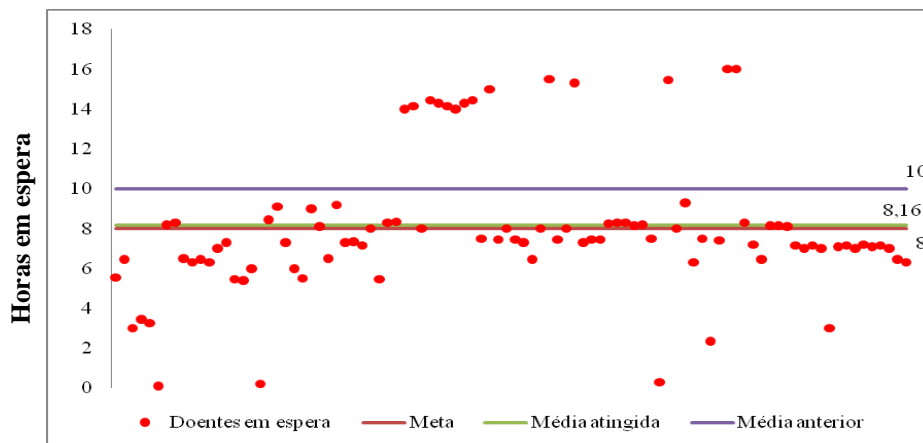
Fonte: Elaboração própria

A figura 23 revela um pequeno crescimento entre o 1º período de dados recolhidos (1 de Fevereiro a 6 de Março) e o 2º (7 de Março e 31 de Março), de 2408 a 2498. No período da análise já com a implementação do BSC, esse número baixou para os 1921 tratamentos (entre 18 Abril e 13 de Maio), e subiu logo para 3270 no último período (entre 16 de Maio e 10 de Junho). Entre 18 de Abril e 13 de Maio, teve lugar a Páscoa (feriado a 22 de Abril) e o feriado do 25 de Abril, para além de ter sido informado da existência de alguns dias de férias de 2 terapeutas. Tal pode explicar a baixa repentina do número de tratamentos neste período. No lado direito da figura é possível verificar, pela diferença destes dados, que a média de crescimento que estava nos 3,74%, resultante entre os dois primeiros períodos, baixou significativamente para os 23,10% negativos, tendo subido vertiginosamente em 70,22% no último período, sempre face aos valores imediatamente anteriores, aqui pela situação de estagiários que iniciaram serviço. Esta dinâmica resultou numa média na taxa de crescimento de 16,95%, bastante acima da meta traçada no início (6%).

I 4 - Nº de horas em média entre diagnóstico (observação clínica) e início de tratamento em doentes internos

Este é um indicador que se encaixa no perfil do anterior quanto à intermitência e à falta de padrão em termos do número de horas entre a observação clínica efectuada pelo médico e consequente diagnóstico e o início efectivo do tratamento necessário. Uma das razões prende-se com a urgência de certos doentes que pela característica da sua situação clínica podem necessitar de uma intervenção mais urgente. Na figura 24 estão retratados 3 casos em que o tratamento foi iniciado logo de seguida, podendo enquadrar-se numa situação de risco que teve necessidade urgente. Os casos com eventual menor urgência serão aqueles retratados na figura 24 com um tempo de espera que se aproximou das 14, 15 ou 16 horas. Não obstante a necessidade de tratamento mais urgente que é compreensível, deverão estes números baixar um pouco, nos casos destes tempos de espera referenciados, de modo a corresponder à meta apontada (8 horas úteis), uma vez que a média de horas em espera para a realização dos tratamentos ficou pelos 8,16 horas, muito perto, ainda assim, da meta traçada e bastante abaixo das 10 horas inicialmente apontadas como suficientes.

Figura 24 – Número de horas em espera por doente, entre diagnóstico e início de tratamento, para doentes internos



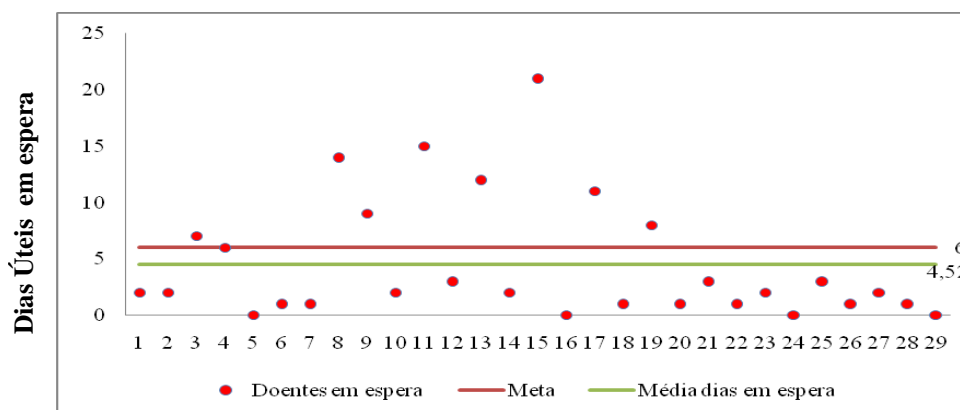
Fonte: Elaboração própria

I 5 - N° de dias de espera, em média, entre diagnóstico (observação clínica) e início de tratamento em doentes externos, urgentes

À semelhança do indicador anterior, este está também ligado à perspectiva dos processos internos na moldura conceptual do BSC. Nesse sentido, pretende-se aferir qual o tempo de espera em dias que os doentes externos mais urgentes têm de ter até iniciarem os tratamentos. Quanto menor for esse tempo, melhor para os doentes. A forma de medição permite ao Serviço de MFR articular melhor os serviços que, neste caso, resultaram numa diminuição do tempo médio de espera dos 6 dias úteis, para os 4,52 dias. Este indicador é tanto mais importante, pela questão que se aplica à urgência do início de tratamentos, podendo tratar-se de casos de necessidade urgente que não podem estar em espera.

Na figura 25, está expresso o tempo que cada um dos 29 doentes que acorreram ao Serviço de MFR entre 18 de Abril e 10 de Junho tiveram de esperar para iniciar o tratamento. Se na maioria dos casos, o tempo ocorreu entre os 0 e os 3 a 4 dias de espera, alguns tiveram de esperar 15 ou mesmo 20 dias. Estes casos foram diminutos mas será uma situação a rever.

Figura 25 – Número de dias em espera de doentes urgentes externos



Fonte: Elaboração própria

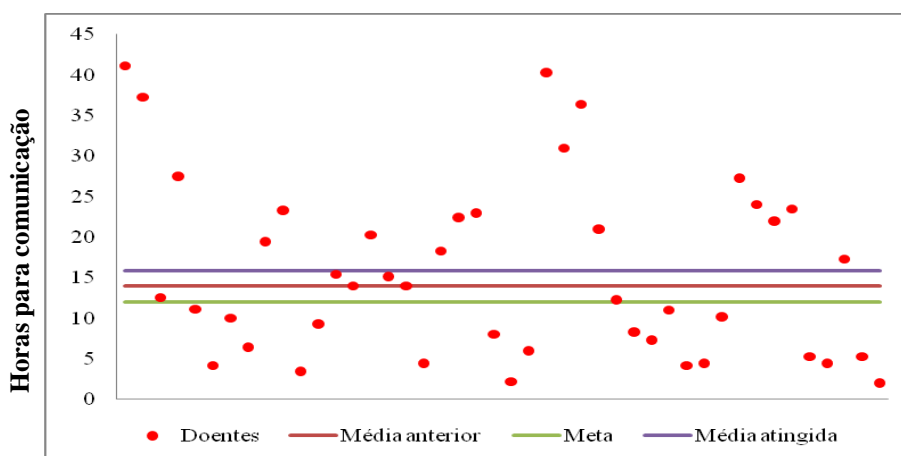
I 6 - N° de horas em média entre entrega da requisição e a comunicação da data da consulta

Neste indicador, cujo objectivo é o de aferir o tempo médio que decorre entre a entrega da requisição e a comunicação da efectiva marcação da consulta, visando a

diminuição desse prazo, revelou-se que o prazo aumentou em relação ao período anterior idêntico e ultrapassou largamente a meta. Assim, num indicador pertencente à perspectiva dos processos internos do BSC, é importante verificar formas de melhorar este aspecto. Realça-se a relevância que assumem quatro casos de doentes que estiveram mais de 32 horas úteis à espera da marcação de consulta e dois desses, mais de 40 horas. Sabe-se que num universo de 44 doentes abrangidos neste período, 4 são pouco menos de 10% e que isso influencia desde logo os dados, mas por essa razão e pela especificidade da área que se está a trabalhar, qualquer doente deverá ser tido em conta da mesma forma.

Na figura 26 e em complemento ao referido, denota-se que na maioria dos casos, os doentes são informados num espaço temporal que varia entre as 3 e as 25 horas. Se este espaço for encurtado em cerca de duas horas, em média, e os restantes casos com mais de 35 horas forem mantidos num espaço temporal menor, este será um indicador que alcançará facilmente a meta.

Figura 26 – Número de horas por cada doente, entre a sua entrega de requisição e a comunicação da data da consulta



Fonte: Elaboração própria

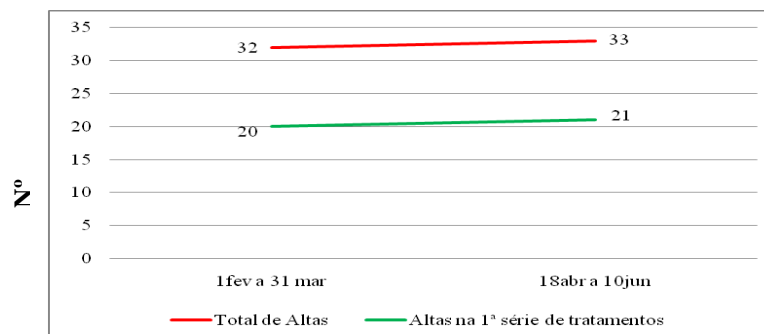
I 7 - Taxa de crescimento por mês de altas na 1ª série de tratamentos

O indicador I 7 pretende verificar o aumento da qualidade do serviço, através de uma medição da evolução do número de altas que são concedidas ao fim da 1ª série de tratamentos efectuados a cada doente. É assim possível perceber que com um maior

número de altas logo no final da 1ª série de tratamentos, os utentes ficam sem necessidade de voltar, ficando tratados com maior rapidez e, conseqüentemente, são poupados recursos ao Serviço e a satisfação do utente é maior.

A figura 27 indica que teve lugar um ligeiro aumento no período em estudo, de 20 para 21 doentes tratados ao fim da 1º série de tratamentos, tendo aumentado no mesmo número – 1 – o número total de doentes tratados, no mesmo período, que decorreu entre a primeira recolha de dados – 1 de Fevereiro a 31 de Março – e a segunda fase já com a implementação do BSC – 18 de Abril e 10 de Junho. Aplicados os números às fórmulas, verificou-se na primeira fase um crescimento de 3,125%, tendo sido aplicada uma meta ambiciosa de 7%. Não foi possível atingir essa meta, mas mesmo assim teve lugar um crescimento para os 5%. Apesar de apenas ocorrer um aumento de 1 doente nas informações recolhidas, a significância percentual é maior devido ao maior número de doentes no 2º período.

Figura 27 – Número de altas após 1ª série de tratamentos



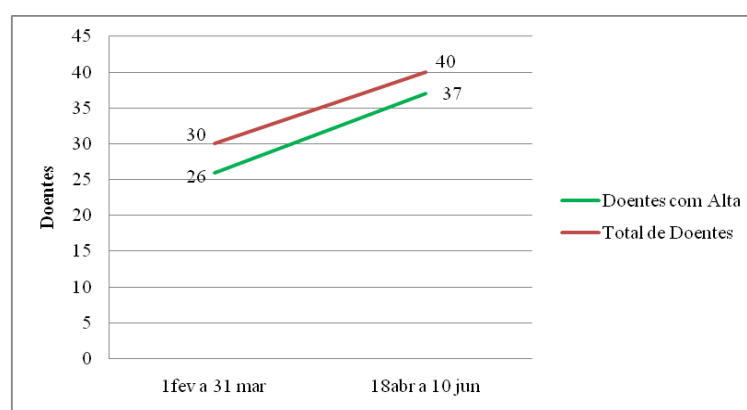
Fonte: Elaboração própria

I 8 - Taxa de crescimento de doentes tratados por mês

Ainda na perspectiva dos processos internos, mas ligados ao objectivo de aumentar a produtividade, estão os indicadores I 8, I 9 e I 10. O indicador I 8 pretende verificar qual a taxa de crescimento do número de doentes que recebem alta por mês, ou por período de análise. Dada a não existência de dados comparativos anteriores, não foi possível estabelecer um valor de crescimento em forma de taxa antes do início do teste, pelo que foi definida como meta atingir os 2,5% de aumento entre períodos decorrentes do estudo. Assim, como mostra a figura 28, o total de doentes que receberam alta foi de 26 no

primeiro período (entre 18 de Abril e 13 de Maio) e de 37 no segundo período (entre 16 de Maio e 10 de Junho). O número de doentes também aumentou (30 e 40, respectivamente). Deste modo, decompondo os números para chegar à taxa de crescimento no número de doentes que receberam alta nos períodos em estudo, chegou-se ao valor de 6,73%, ultrapassando a meta proposta, ainda que tendo sido colocada sem base numérica relevante, contribuindo para atingir o aumento de produtividade.

Figura 28 – Número de doentes que receberam alta e número total de doentes nos dois períodos de tempo de duração do estudo

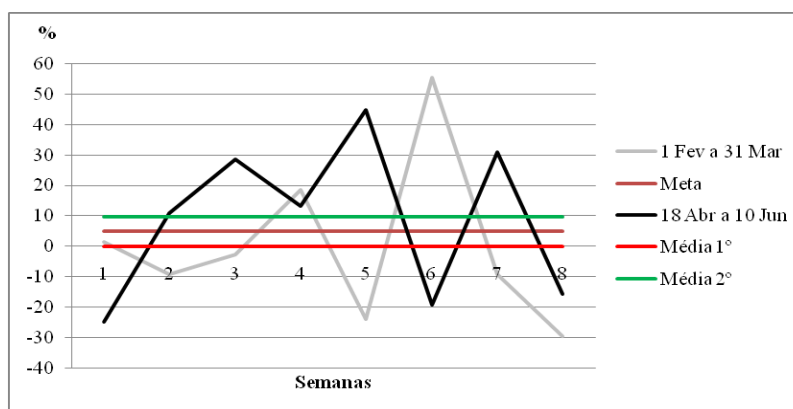


Fonte: Elaboração própria

I 9 - Taxa de crescimento de tratamentos por semana

Neste indicador, a figura 29 detalha os resultados obtidos e apresenta também, através da linha mais ténue, os valores que também foi possível recolher, relativos ao período anterior ao teste. Assim, nas oito semanas de duração do teste verifica-se alguma irregularidade nos valores percentuais evolutivos de uma semana para a semana seguinte, à semelhança dos dados do período anterior ao teste. Essa irregularidade tem a ver com os fenómenos já descritos anteriormente (doença de colaboradores, férias conjuntas, etc.). No entanto, foi possível verificar quais as médias de crescimento que existiram. No início do estudo era de 0,07%, tendo sido atribuída, baseada nesse número a meta de 5%, com alguma ambição, para as oito semanas seguintes. No final, a média encontrada foi de 9,78%, superando bastante a meta proposta.

Figura 29 – Evolução em percentagem dos tratamentos efectuados por semana



Fonte: Elaboração própria

I 10 - Taxa de crescimento médio de primeiras consultas médicas externas por semana

Pela ambiguidade dos resultados encontrados neste indicador é difícil atribuir uma meta acertada. Significa isto, que no início e olhando para os números que estavam disponíveis, decidiu-se não colocar uma meta e verificar os dados que resultariam do estudo.

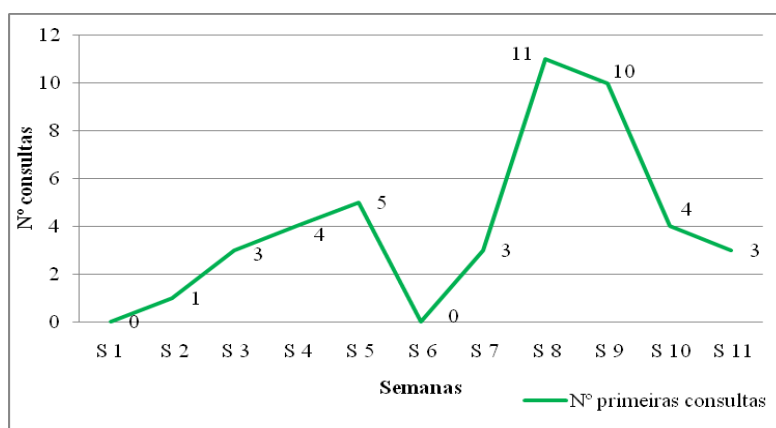
Na figura 30 verifica-se o número de consultas repartido por um período de 11 semanas, maior do que o período designado para o estudo. Foi decidido que seria mais viável assim, pelo motivo simples das consultas integradas nas semanas S 9, S 10 e S 11 da figura (aquelas que ultrapassam o dia 10 de Junho e o período de teste), terem sido marcadas durante o período de teste, sendo por isso contabilizadas. É por esta razão que na primeira semana – a S 1 – existiram 0 consultas. Deste modo, a análise possível prende-se, desde logo, com a irregularidade tipificada noutros indicadores. Por outro lado, verifica-se que, decompondo os valores em percentagens de comparação entre uma semana e a semana seguinte, encontrando depois o valor médio, esse valor corresponde a 33,09% de taxa de crescimento médio.

Realça-se o facto de, por um lado este ser um número bastante positivo, mas que se limita à média destas semanas, não sendo possível comparar com outros períodos anteriores, por outro lado, o baixo número de consultas imprime uma característica, em que

basta um número de 4 ou 5 consultas a mais ou a menos num período semelhante para poder inverter a situação.

Este foi considerado, pelo Director do Serviço, como um dos indicadores que mais interesse tinha em que os seus resultados fossem francamente positivos, porque impacta directamente nos números totais da ULSNA, pelo que, apesar de tudo, o número revela grande positividade.

Figura 30 – Número de primeiras consultas por semana



Fonte: Elaboração própria

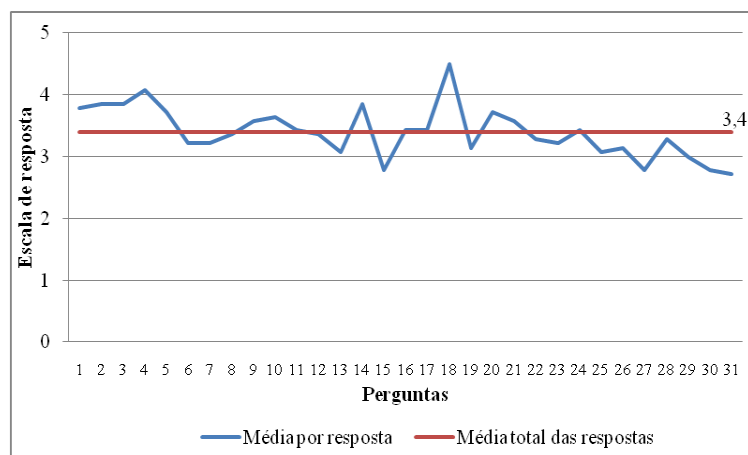
I 11 - Índice de satisfação do funcionário

Este indicador, à semelhança do indicador 1, é medido através dos resultados retirados das respostas a um questionário preenchido pelos colaboradores do Serviço de MFR. O número de colaboradores é de 19 e o número de questionários devidamente preenchidos foi de 14, uma vez que nos dois dias em que o questionário esteve disponível para ser preenchido, estavam colaboradores em período de férias ou alguns não quiseram responder.

O questionário foi elaborado com base noutros já efectuados ao nível de instituições públicas portuguesas (www.dgpj.mj.pt) para este tipo de medições ao nível da satisfação dos colaboradores e foi adaptada ao Serviço do estudo. O questionário está disponível no Anexo 4 deste projecto.

Analisando as respostas efectuadas a um total de 31 perguntas, é possível verificar uma média total de 3,4 valores numa escala de 1 a 5, sendo o 1 muito insatisfeito e o 5 muito satisfeito. Este valor revela uma satisfação moderada em termos médios. Importa verificar em pormenor que a resposta que apresenta melhor média – 4,5, pertence ao item de satisfação no *Horário de trabalho*, seguida pelo item *Relacionamento do Serviço com os cidadãos e a sociedade*, com 4,07. No lado oposto encontram-se os itens *Forma como o Serviço recompensa os esforços individuais e de grupo* com 2,71 valores e *Forma como o Serviço avalia os esforços individuais e de grupo*, *Participação em sugestões de melhoria* e *Implementação de monitorização das acções desenvolvidas no Serviço*, todos com 2,79 valores. Em termos globais o ponto com maior grau de satisfação é dos Colaboradores e o Serviço de MFR com 3,63 valores em média em contraste com a satisfação ao nível da Motivação com 3,03 valores

Figura 31 – Índice médio de satisfação



Fonte: Elaboração própria

I 12 - Nº de utilizações de Escalas de Desempenho para doentes com AVC

Ao nível da inovação, na perspectiva de aprendizagem e crescimento, a utilização deste indicador foi dada como muito importante por parte do Director do Serviço de MFR. Sabia-se, no entanto e antecipadamente, que dificilmente teria valores positivos. A razão prende-se com o facto de não ser possível de um momento para o outro iniciar um novo procedimento, neste caso, através da utilização das Escalas de Desempenho para doentes com AVC, apesar de este ser um método contemplado no Plano de Actividades 2011 do

Serviço de MFR. Mas a utilização deste indicador manteve-se, devido à pretensão, de no menor espaço de tempo possível passar a utilizar este tipo de Escalas e assim, a inclusão deste indicador, prende-se com razões que o próprio BSC assegura, ou seja, enfoque na comunicação. O simples facto do indicador estar presente, mesmo que continue a estar negativo, é suficientemente positivo para que mais rapidamente, esta seja uma Escala a vir a ser utilizada nos doentes do Serviço de MFR.

I 13 - Nº de horas de formação por terapeuta

Tendo em vista o aumento da formação dos colaboradores do Serviço de MFR, o indicador I 13 tem a função de analisar o número de horas de formação que cada terapeuta frequente durante o ano. Durante o período em estudo, este indicador não apresentou qualquer hora de formação, para qualquer terapeuta. Não sendo demasiado grave que esta situação ocorra, é exactamente por existir o BSC e ter sido medida a inexistência de horas de formação durante o período de teste, que se podem tomar medidas no sentido da promoção dessa formação nos próximos meses, para ser possível atingir a meta proposta: > 10 horas de formação por terapeuta.

I 14 - Nº de participações em Conferências/Seminários ou palestras científicas

Na mesma linha do indicador anterior, este I 14, pretende enumerar as participações dos colaboradores do Serviço de MFR em conferências, seminários e colóquios científicos. Durante o período de teste foi contabilizada uma participação num congresso. A meta apontada foi de 5 durante o ano, tentando superar as 4 participações do ano transacto de modo a atingir o objectivo de fomentar a participação em conferências científicas. Em termos médios, o facto da existência de 1 participação durante 2 meses, está dentro da margem de participações para atingir a meta, significando em termos médios 0,5 participações por mês – superior às 0,42 participações em média por mês para todo o ano (tendo em conta as 5 participações previstas na meta face a 12 meses).

I 15 - Nº de alunos em estágio

Continuando na perspectiva de aprendizagem e crescimento, o indicador I 15 contabiliza o número, em média por mês, de alunos que realizam estágio no Serviço de MFR. No período em estudo foram contabilizados 6 alunos que realizaram estágio no período de 18 de Abril a 10 de Junho. Este número corresponde a uma média mensal de 3

alunos em estágio, valor que supera a meta traçada de 2 alunos em estágio, em média por mês. Por ter sido atingida a meta, deve manter-se este nível de estágios, fomentando essa prática para no final do ano a meta continuar a ser atingida.

I 16 - Nº total de parcerias realizadas com Instituições de Ensino Superior

Tal como o indicador anterior, o indicador I 16 pretende apresentar dados que permitam incrementar parcerias com Instituições de Ensino Superior. Neste caso, este indicador quantifica o número de parcerias existentes. A informação recolhida indica que as duas parcerias existentes se mantêm, no entanto a meta proposta foi de 4 parcerias – o objectivo era passar os dois protocolos existentes a parcerias, para fomentar também o aumento do número de estágios. Será importante avaliar esta situação e promover contactos nesse sentido.

I 17 - Índice de custos médios totais por tratamento, por dia

I 18 - Taxa de despesa média de consumos de materiais por doente

I 19 - Taxa de redução de custo diário médio por funcionário

I 20 - Taxa de crescimento de redução de despesa trabalhos executados no exterior + FSE

Dos 21 indicadores apresentados, existem 4 que não apresentam resultados, positivos ou negativos, uma vez que os dados fornecidos não permitiram realizar a sua análise, tal como ela estava prevista. O período de teste teve lugar entre 18 de Abril e 10 de Junho. Já depois deste período ter passado é que foi possível ter disponíveis os dados de 2011 e ainda assim apenas relativos a 1º trimestre do ano. Os dados apenas são disponibilizados por trimestre e não por mês ou outra escala mais reduzida e demoram algum tempo até estarem disponíveis. Neste sentido, optou-se por não realizar medições, nos indicadores I 17, I 18, I 19, I 20, uma vez que seriam inconclusivas.

Deve-se realçar esta falha encontrada pela implementação do BSC, que deveria ser revista, de modo a ser mais fácil encontrar determinados valores de modo a proceder-se à sua monitorização. Ao contrário dos aspectos não financeiros, os financeiros não estão sob a alçada directa do Serviço de MFR, pelo que a sua reestruturação ou melhor monitorização dependerá da administração da ULSNA.

I 21 - Nº de projectos submetidos a fundos estruturais

Pelo que foi indicado pelo Director de Serviço aquando da definição dos objectivos, indicadores e metas, a submissão de novos projectos deverá ocorrer quando os já submetidos tiverem sido aprovados, ou eventualmente, recusados. Nessa altura foi indicado que estavam dois projectos submetidos para tentar possibilitar o desbloqueamento ou encontro de verbas que permitam a aquisição de novos equipamentos. Deste modo, sendo considerada importante a existência deste indicador, optou-se por estabelecer a meta de manter o número de dois projectos, correspondentes aos submetidos, e decidir submeter mais projectos aquando da alteração destes factos. Durante o período de teste, essa alteração não aconteceu, pelo que se considera a meta como atingida, com a necessidade de constante monitorização.

6.2 Discussão dos Resultados

O Balanced Scorecard apresenta-se como um modelo de medição, monitorização e avaliação da performance (Kaplan e Norton, 1992). Nesse sentido, tendo sido aplicado ao Serviço de MFR da USLNA, este instrumento de gestão assumiu uma preponderância nesse Serviço, que até ao momento não tinha sido alvo de um estudo desta natureza, envolvendo os colaboradores que desempenham as suas funções diárias. O empenho colocado por cada um dos colaboradores do Serviço de MFR permitiu que os dados tivessem sido conseguidos sem grande dificuldade. O próprio Director anuiu desde o início à importância e necessidade deste tipo de análises, estando disposto a colaborar no que fosse necessário, situação que ajudou no restante desenvolvimento do trabalho.

Apresenta-se de seguida a discussão das informações que os indicadores geraram e dos consequentes resultados em duas linhas específicas ao nível da avaliação do próprio Serviço de MFR através do BSC e o que este instrumento implica para o mesmo Serviço.

6.2.1 Avaliação do BSC no Serviço de Medicina Física e de Reabilitação

Foi possível enquadrar o estudo que se pretendia realizar num serviço específico de uma Unidade de Saúde e os resultados revelam empenho na boa recolha dos dados por

parte dos colaboradores, uma vez que foram todos conseguidos sem dificuldade. Todos os colaboradores estiveram envolvidos, inclusive os médicos, no preenchimento de algumas fichas de registo, bem como os auxiliares, menos solicitados – apenas com o preenchimento do questionário de satisfação.

Em termos gerais apresentam-se de seguida os principais pontos que é possível retirar dos resultados atrás identificados através dos indicadores:

- Os relatórios de performance revelam resultados bastante satisfatórios na maioria dos indicadores, revelando também que o Serviço de MFR, de um modo geral, está bem organizado;
- O nível de produção de tratamentos revela subidas, em termos gerais, que pressupõe a existência de maior número de doentes e também uma boa resposta;
- De uma forma geral o Serviço está bem fornecido de recursos humanos, nas diferentes áreas que necessita, que respondem às necessidades, sentindo-se a necessidade nalguns casos de mais um terapeuta, o que por vezes é colmatado com a integração dos estágios;
- Um dos principais problemas encontrado centra-se nos tempos de espera entre o diagnóstico e o início do tratamento nos doentes internos e, a comunicação da data da consulta, nos doentes externos;
- O tempo de comunicação das datas das consultas revelou-se difícil de concretizar em termos de meta;
- Existe alguma necessidade de aumentar formação, não por ser notória a sua ausência, mas por ser necessária a constante actualização dos recursos, para uma constante melhoria, situação que é abrangente nas diversas Instituições;
- Em termos de inovação de equipamentos ou técnicas, o Serviço carece de aumentos significativos nesta área, seja por meio de novas máquinas ou equipamentos, que podem estar pendentes de financiamento, seja por falta da introdução de novos métodos, como por exemplo as Escalas de Desempenho para doentes com AVC.
- Salienta-se o bom desempenho no aumento do número de tratamentos, do número de doentes tratados e do número de primeiras consultas.

6.2.2 Implicação para o Serviço de Medicina Física e de Reabilitação

Efectuado o estudo na área da estratégia global da ULSNA e operacionalizando-a ao Serviço de MFR, contribuindo através de um estudo global que aplica um instrumento de gestão conceituado, é possível afirmar que o teste localmente realizado permitiu analisar pormenorizadamente o Serviço de MFR e contribuir para um maior conhecimento dos seus aspectos operacionais. Na metodologia BSC, o procedimento adoptado foi o adequado para este tipo de análises, tendo o estudo sido feito num Serviço mais pequeno de uma grande organização, permitiu analisar da melhor forma a abordagem indicada como a mais adequada para este tipo de aplicações – teste piloto num pequeno Serviço de uma maior organização.

Com base no trabalho realizado e os resultados encontrados, será interessante criar, através de uma elaboração mais profunda, um sistema organizativo que traga ao Serviço de MFR melhorias qualitativas e quantitativas em diversos níveis. Isto significa que o trabalho efectuado origina a implicação de alguns pontos-chave no Serviço de MFR que se identificam na figura 32.

Figura 32 – Pontos-chave para o Serviço de MFR

- Possibilitar a monitorização constante e diária das diversas operações;
- Facilitar a comunicação entre os colaboradores e doentes;
- Aumentar a produção de tratamentos, pela percepção do modo de como organizar o Serviço;
- Organizar os períodos de descanso e férias de modo a que todos saiam satisfeitos;
- Implementar novos métodos e mecanismos de trabalho;
- Fazer interiorizar em todos os colaboradores a missão do Serviço e os valores associados;
- Envolver os colaboradores através da amostragem de mapas indicativos da performance, não apenas ao nível da despesa, mas também da satisfação dos seus doentes, por exemplo.

Fonte: Elaboração própria

CONCLUSÃO

Este projecto pretendeu dar seguimento a uma das áreas de estudo que integraram o Mestrado em Empreendedorismo e Gestão de PME, a avaliação da performance. Nesse sentido direccionou-se para a realização de um estudo de implementação de um instrumento de gestão no Serviço de Medicina Física e de Reabilitação da Unidade Local de Saúde do Norte Alentejano.

O instrumento escolhido com base numa consistente análise bibliográfica foi o Balanced Scorecard. A revisão bibliográfica pretendeu verificar o estado da arte relativamente à avaliação da performance no geral e no sector da saúde em particular e apresentar alguns instrumentos de gestão, para além de alguns casos práticos onde foi efectuada a aplicação do BSC. Deste modo, foi possível aprofundar o conhecimento nestes aspectos e preparar um estudo de caso substanciado em bases teóricas relevantes para o mesmo.

O estudo de caso foi efectuado no Serviço de MFR da ULSNA, tendo sido realizado um teste de aplicabilidade do BSC a esse Serviço. O ponto de partida para esse estudo concretizou-se pela necessidade de perceber qual a melhor forma de introduzir um instrumento de gestão no serviço, se este iria aumentar as condições de monitorização dos diferentes aspectos e até que ponto levaria a um maior envolvimento dos colaboradores do serviço. Aspectos como a adequação do BSC ao Serviço de MFR, condições de monitorização, envolvimento dos colaboradores e formas de comunicação foram pontos-chave que se pretenderam estudar para conseguir responder à questão central do estudo.

Os resultados apontados no capítulo VI, revelam que foi possível conceber e implementar o BSC e que essa concepção, elaborada em parceria com o Director Clínico do Serviço, foi bem efectuada e produziu resultados consistentes com a realidade e com a própria percepção do Director, revelando-se mensuráveis e dando indicações importantes para a chefia.

Verificou-se que 4 dos 21 indicadores não indicaram resultados e que esses quatros indicadores tinham por base dados financeiros. O BSC revelou a dificuldade de recolha desses dados e mostrou, por não ter sido possível efectuar a medição que estava prevista, que para poder haver uma monitorização efectiva com base neste tipo de dados, a metodologia de divulgação interna dos mesmos teria de ser alterada e simplificada.

A reunião de comunicação existente no final do período de teste, depois dos dados devidamente trabalhados, produziu algumas informações descritas nas Fichas de Performance na caixa dedicada às iniciativas, que resultaram da leitura dessas fichas, promovendo assim uma informação clara e fundamentada dos resultados apurados.

A organização do Serviço parece estar bem estruturada, ainda que pela sua dimensão, a existência de terapeutas em férias ou eventual falta por doença provoque uma menor fluidez no desempenho geral. Esta situação está também ligada ao facto de se sentir a necessidade de mais um terapeuta no Serviço de MFR para melhor suprir todas as necessidades.

Durante o período de estudo alguns dos colaboradores tiveram a iniciativa de sugerir alterações durante o processo, porque seria mais célere determinada recolha de dados ou por melhor se adequar a determinada situação;

Em resumo e com base no descrito pode então dizer-se que:

- A introdução do BSC no Serviço de MFR conseguiu produzir resultados importantes para a decisão, revelando a sua adequação através da capacidade de monitorização que originou;
- A monitorização foi potenciada com esta introdução, revelando que os dados apresentam alguma consistência com a percepção da chefia, mas agora estão mais visíveis e demonstráveis;
- O envolvimento dos colaboradores foi efectivamente revelado pelas sugestões e iniciativas que alguns deles promoveram, recebendo assim sem grandes barreiras uma nova metodologia de recolha de dados que contou com a participação de todos;
- Apesar de um teste de curta duração foi possível perceber quais os pontos a melhorar e quais aqueles onde o desempenho está melhor conseguido – a medição foi efectiva;
- O processo comunicacional fica mais facilitado com o BSC, uma vez que quem decide pode através das Fichas de Performance, que apresentam números evolutivos e medidos em escalas menores, identificar a evolução de diferentes itens e a performance geral e com isso promover alterações, se necessárias, com mais fundamentação que serão melhor acolhidas pelos colaboradores.

Em suma, o BSC revelou que potencia condições de monitorização, promove o envolvimento dos colaboradores e perspectiva melhorias organizacionais que poderão afectar a performance futura do Serviço de MFR.

Uma situação que importa evidenciar e que resulta deste projecto é o facto de, para além da concepção e implementação do BSC no Serviço, o BSC ter sido efectivamente testado, algo que em estudos semelhantes por vezes não é efectuado e revela maior importância nos dados apurados e nas consequentes conclusões aqui apresentadas.

O estudo de caso deste projecto teve, ainda assim, algumas limitações que originaram menor ampliação dos resultados.

Uma limitação que se aponta é o período de teste ter sido relativamente pequeno. No início ficou estabelecido que seria este o período por se achar conveniente e também para não sobrecarregar os serviços. Após a obtenção dos resultados, verificou-se que alguns dos indicadores necessitam de maior período de teste para melhor aferição dos resultados que produzem.

Outra limitação que deve ser apontada tem a ver com o facto da reunião de comunicação ter acontecido apenas com o Director do Serviço, uma vez que deveria ter acontecido com todos os colaboradores. Nestas reuniões importa que todos participem e possam contribuir com novas ideias. Esta situação deveu-se à urgência para a própria finalização do projecto o que originou que esta reunião fosse mais célere.

Uma terceira limitação, aqui em termos processuais, prende-se com a não utilização de sistema informático no período de teste. Os dados foram recolhidos de forma manual, conforme já descrito anteriormente e tendo em conta o tempo disponível, optou-se pela não utilização de sistema informático. Situação que deverá ser ultrapassada em caso de efectiva implementação futura do BSC neste Serviço.

Existem outras investigações a efectuar nesta temática. O facto do estudo em formato de teste ter sido correctamente elaborado e funcionalmente concretizado revela que deverão ocorrer novos estudos noutros serviços da ULSNA na mesma óptica deste, embora consagrando já as limitações apontadas, verificando-se assim a pertinência deste instrumento aplicado a um conjunto de serviços que poderia originar uma perspectiva de futura implementação efectiva a toda a ULSNA.

Por outro lado, deverão ser aprofundados estudos ao nível da verificação de outros objectivos aqui não contemplados e de indicadores que poderão ser escolhidos com maior precisão.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Abran, A. & Buglione, L. (2003). A multidimensional performance model for consolidating Balanced Scorecards. *Advances in Engineering Software*, 34, pp. 339-349.

Arnaboldi, M. & Azzone, G. (2010). Constructing performance measurement in the public sector, *Critical Perspectives on Accounting*, 21, pp. 266-282.

Atkinson, A., Waterhouse, J. & Wells, R. (1997). A stakeholder approach to strategic performance measurement. *Sloan Management Review*, 38 (3), pp. 25-37.

Bourguignon, A., Malleret, V. & Norreklit, H. (2004). The American Balanced Scorecard versus the French Tableau de Bord: the ideological dimension. *Management Accounting Research* 15, pp. 107-134.

Bourne, M., Mills, J., Wilcox, M., Neely, A. & Platts, K. (2000). Designing, implementing and updating performance measurement systems. *International Journal of Operations & Production Management*, 20 (7), pp. 754-771.

Braam, G. & Nijssen, E. (2004). Performance effects of using the Balanced Scorecard: a note on the Dutch experience. *Long Range Planning*, 37, pp. 335-349.

Broadbent, J. & Laughlin, R. (2007). Performance management systems: a conceptual model and analysis of the development and intensification of 'new public management' in the UK. *In APIRA Conference*, Auckland.

Broadbent, J. & Laughlin, R. (2009). Performance management systems: a conceptual model. *Management Accounting Research*, 20, pp. 283-297.

Butler, S., Letza, S. & Neale, B. (1997). Linking the balanced scorecard to strategy. *Long Range Planning*, 30 (2), pp. 242-253.

Calhau, A. R. L. (2009). *Concepção de um sistema de Balanced Scorecard para o serviço de Traumatologia do Hospital Garcia de Orta*. Dissertação para obtenção do Grau de Mestre em Engenharia Biomédica. Instituto Superior Técnico.

Chan, Y. & Ho, S. (2000). Performance measurement and the use of Balanced Scorecard in Canadian Hospitals. *Advances in Management Accounting*, 9, pp. 145-169.

Chenhall R. & Langfield-Smith, K. (2007) Multiple perspectives of performance measures. *European Management Journal*, 25 (4), pp. 266-282.

Chow, C. *et al.* (1997). Applying the Balanced Scorecard to Small Companies. *Management Accounting*, 79 (2), pp. 21-27.

Crabtree, A. & DeBusk, G. (2008). The effects of adopting the Balanced Scorecard on shareholder returns. *Advances in Accounting, incorporating Advances in International Accounting*, 24, pp. 8-15.

Cross, K. & Lynch, R. (1988). The SMART way to define and sustain success, *National Productivity Review*, 9 (1), pp. 23-33.

De Guerny, J., Guiriec, J. & Lavergne, J. (1990). *Principes et mise en place du Tableau de Bord de Gestion*. (6^a ed.). Delmas, Paris.

Decreto Lei 233-2005 de 29 de Dezembro.

Decreto-Lei 50-B/2007 de 28 de Fevereiro.

Drucker, P. (1954). *The Practice of Management*. New York: Harper & Row.

Eccles, R. (1991). The performance measurement manifesto. *Harvard Business Review*, January-February, pp. 131-140.

EFQM (2001). *The Business Excellence Model*. Bruxelas: European Foundation for Quality Management.

Elbashir, M., Collier, P. & Davern, M. (2008). Measuring the effects of business intelligence systems: the relationship between business process and organizational performance. *International Journal of Accounting Information Systems*, 9, pp. 135-153.

Epstein, M., & Manzoni J. (1998). Implementing corporate strategy: from Tableaux de Bord to Balanced Scorecards. *European Management Journal*, 16 (2), pp. 190-203.

Ferreira, A. & Otley, D. (2009). The design and use of performance management systems: an extended framework for analysis. *Management Accounting Research*, 20, pp. 263-282.

Figge, F., Hahn, T., Schaltegger, S. & Wagner, M. (2002). The sustainability Balanced Scorecard – linking sustainability management to business strategy. *Business Strategy and the Environment*, 11, pp. 269-284.

Goddard, A. (2005). Accounting and NPM in UK local government – contributions towards accountability. *Financial Accountability and Management*, 7 (2), pp.191-218.

Gomes, P., Carvalho, J. & Mendes, S. (2007). *Modelos multidimensionais de avaliação de desempenho para o sector público: o caso dos serviços policiais*. Texto.

Hood, C. (1995). The ‘new public management’ in the 1980s: variations on a theme. *Accounting, Organizations and Society*, 20 (2/3), pp. 93-119.

Hudson, M., Smart, A. & Bourne, M. (2001). Theory and practice in SME performance measurement systems. *International Journal of Operations & Production Management*, 21 (8), pp. 1096-1115.

Ittner, C. & Larcker, D. (2003). Coming up short on nonfinancial performance measurement, *Harvard Business Review*, November, pp. 88-95.

Ittner, C., Larcker, D. & Randall, T. (2003). Performance implications of strategic performance measurement in financial services firms, *Accounting, Organizations and Society*, 28, pp. 715-741.

Jeffcott, S. & Mackenzie, C. (2009) Measuring team performance in healthcare: review of research and implications for patient safety, *Journal of Critical Care*, 23, pp. 188-196.

Jordan, H., Neves, J. & Rodrigues, J. (2007). *O Controlo de gestão: ao serviço da estratégia e dos gestores*. 7ª Edição, Lisboa: Áreas Editora.

Kanter, R. & Summers, D. (1987). Doing well while doing good: dilemmas of performance measurement in nonprofit organization and the need for a multiple-constituency approach. In W. Powell (ed.), *The Nonprofit Sector: A Research Handbook*. New Haven, Conn.: Yale University Press.

Kaplan, R. (2001) Strategic performance measurement and management in Nonprofit Organizations. *Nonprofit Management & Leadership*, 11 (3), pp.353-370.

Kaplan, R. & Norton, D. (1992). The balanced scorecard - measures that drive performance. *Harvard Business Review*, January-February, pp. 71-79.

Kaplan, R. & Norton, D. (1993). Putting the Balanced Scorecard to work. *Harvard Business Review*, September-October, pp. 134-147.

Kaplan, R. & Norton, D. (1996). Using the Balanced Scorecard as a strategic management system. *Harvard Business Review*, Janeiro-Fevereiro, pp. 75-85.

Kaplan, R. & Norton, D. (1996). *The Balanced Scorecard: translating strategy into action*. Harvard Business School Press.

Kaplan, R. & Norton, D. (1996). Linking the balanced scorecard to strategy. *California Management Review*, 39 (1), pp. 53-79.

Kaplan, R. & Norton, D. (2000). Having trouble with your strategy? Then map it. *Harvard Business Review*, September-October, pp. 167-176.

Kaplan, R. & Norton, D. (2001), Transforming the balanced scorecard from performance measurement to strategic management: part I. *Accounting Horizons*, 15 (1), pp. 87-104.

Kaplan, R. & Norton, D. (2004), *Strategy Maps: Converting intangible assets into tangible outcomes*, Harvard Business School Press.

Kaplan, R. & Norton, D. (2005), The office of strategy management. *Harvard Business Review*, October, pp. 72-80.

Keating, P. (1995), A framework for classifying and evaluating the theoretical contributions of case study research in management accounting. *Journal of Management Accounting Research*, Fall, pp. 66-86.

Kennerley, M & Neely, A. (2002). Performance measurement frameworks: a review. In A. Neely (ed.), *Business Performance Measurement - Theory and Practice*. Cambridge University Press.

Lebas, M. (1995). Performance measurement and performance management. *International Journal of Production Economics*, 41 (1), pp. 23-35.

Lynch, R. & Cross, K. (1991). *Measure Up - The Essential Guide to Measuring Business Performance*. Mandarin, London.

Marr, B. Gray, D. & Nelly, A. (2003). Why do firms measure their intellectual capital? *Journal of Intellectual Capital*, 4 (4), pp. 441-464.

Meliones, J. (2000). Saving money, saving lives. *Harvard Business Review*, November-December, pp. 5-11.

Mintzberg, H. (1987). The strategy concept I: Five Ps for strategy. *California Management Review*, Fall, pp 11-24.

Mintzberg, H. (1994). The fall and rise of strategic planning. *Harvard Business Review*, January-February, pp 107-114.

Minville, E. *et al.* (2008). Hospital performance: competing or shared values? *Health Policy*, 87, pp. 8-19.

Neely, A. (1999). The performance measurement revolution: why now and what next? *International Journal of Operations & Production Management*, 19 (2), pp. 205-208.

Neely, A., Gregory, M. & Platts, K. (1995). Performance measurement system design: a literature review and research agenda. *International Journal of Operations & Production Management*, 15 (4), pp. 80-116.

Neely, A. & Adams, C. (2000). *Perspectives on performance: the performance prism. center for business performance (CBP)*, Cranfield University: School of Management.

Neely, A. *et al.* (2000). Performance measurement system design: developing and testing a process-based approach. *International Journal of Operations & Production Management*, 20 (10), pp. 1119-1145.

Neely, A., Adams, C. & Kennerley, M. (2003). *Performance Prism: the scorecard for measuring and managing stakeholder relationships*, Financial Times Prentice Hall.

Niven, P. (2003). *Balanced Scorecard step-by-step for government and nonprofit agencies*. Hoboken: Wiley.

Osborne, D. & Gaebler, T. (1993). *Reinventing government: how the entrepreneurial spirit is transforming the public sector*. New York: Penguin.

Otley, D. (1999). Performance management: a framework for management control systems research. *Management Accounting Research*, 10, pp. 363-382.

Otley, D. & Berry, A. (1998). Case study research in management accounting and control. *Accounting Education*, 7, pp. 105-127.

Pinto, F. (2009). *Balanced Scorecard - alinhar mudanças, estratégia e performance nos serviços públicos* (1ª ed.). Lisboa: Edições Sílabo.

Plano de Actividades (2011). Serviço Medicina Física e Reabilitação da Unidade Local de Saúde do Norte Alentejano.

Plano de Negócios do quadriénio 2007/2010 da Unidade Local de Saúde do Norte Alentejano.

Porter, M. (1985). *Competitive advantage: creating and sustaining superior performance*. New York: Free Press.

Princípios de Bom Governo da Unidade Local de Saúde do Norte Alentejano (2009).

Pritchard, R. (1990). *Measuring and improving organizational productivity: A practical guide*. New York: Praeger.

Pritchard, R. *et al.* (2002). Measuring and improving organizational productivity: an overview of ProMES, the Productivity Measurement and Enhancement System. In R. Pritchard, H. Holling, F. Lammers, & B. Clark (Ed.), *Improving organizational performance with the Productivity Measurement and Enhancement System: an international collaboration* (pp. 3-50). Huntington, NY: Nova Science.

Pritchard, R. *et al.* (2007). The Productivity Measurement and Enhancement System: a meta-analysis. *Journal of Applied Psychology*, October.

Pritchard, R. & Ashwood, E. (2007). *Managing motivation: A manager's guide to diagnosing and improving motivation*. New York: LEA/Psychology Press.

Regulamento Interno da Unidade Local de Saúde do Norte Alentejano (2008).

Regulamento Interno do Serviço de Medicina Física e de Reabilitação da Unidade Local de Saúde do Norte Alentejano (2007).

Relatório de Actividades (2009). Serviço de Medicina Física e de Reabilitação da Unidade Local de Saúde do Norte Alentejano.

Relatório e Contas da Unidade Local de Saúde do Norte Alentejano (2009).

Rohm, H. (2008) Using the Balanced Scorecard to align your organization, *The Balanced Scorecard Institute*, a Strategy Management Group Company.

Roos, J. *et al.* (1997). *Intellectual Capital: Navigating the New Business Landscape*. London: Macmillan Business.

Russo, J. (2006). *Balanced Scorecard para PME*, (2ª ed) Lisboa: Lidel.

Supply-Chain Council. (2000). *Supply-Chain Operations Reference Model, Version 4.0*. Pittsburgh, PA.

Sveiby, K. (1988). The Intangible Asset Monitor; 1998. Disponível em: <http://www.sveiby.com.au/IntangAss/CompanyMonitor.html>.

Venkatraman, N. & Ramanujan, V. (1986). Measurement of business performance in strategy research: a comparison of approaches, *Academy of Management Review*, 11 (4), pp. 801-814.

Waggoner, D., Neely, A. & Kennerley, M. (1999). The forces that shape organizational performance measurement systems: an interdisciplinary review. *International Journal of Production Economics*, 60, pp. 54-60.

Wen, W., Chen, I. & Chen, A. (2008). A knowledge-based decision support system for measuring enterprise performance. *Knowledge-Based Systems*, 21, pp. 148-163.

Wisner, J. & Fawcett, S. (1991). Link firm strategy to operating decisions through performance measurement, *Production and Inventory Management Journal*, third quarter, pp. 5-11.

Zeithaml, V., Parasuraman, A. & Berry, L. (1990). *Delivering quality service – balancing customer perceptions and expectations*. New York: The Free Press.

Sites consultados:

<http://www.dgpj.mj.pt/DGPJ/sections/home> (consultado em Maio de 2011)

http://www.dgpj.mj.pt/sections/planeamento/anexos/q_colaboradores/downloadFile/file/Q_colaboradores.pdf?nocache=1217503048.54 (consultado em Maio de 2011)

www.ine.pt (consultado em Dezembro de 2010)

www.balancedscorecard.org (consultado em Novembro de 2010)

ANEXOS

Anexo 1 – Fichas de Indicador

N.º Identificador – I 1

Nome – Índice de satisfação dos utentes

- **Definição** – Através de um questionário de satisfação, procura medir a satisfação dos utentes que utilizam o serviço
- **Nível da Organização** – Administrativo
- **Objectivo a Medir** - Aumentar a satisfação do utente
- **Valor actual** –
- **Meta a Atingir** – Melhor prática
- **Histórico** -
- **Periodicidade** – Bimensal
- **Fórmula** –
- **Fonte de Dados** – Questionário
- **Detalhe** -
- **Data de Actualização** -
- **Comentários** – medição efectuada

N.º Identificador – I 2

Nome – Taxa de reclamações por utente

- **Definição** – Indica o número de reclamações recebidas, em média, por mês no Serviço de MFR
- **Nível da Organização** – Chefia e Administrativo
- **Objectivo a Medir** - Aumentar a satisfação do utente
- **Valor actual** – 0,54%
- **Meta a Atingir** – 0,45%
- **Histórico** -
- **Periodicidade** - Mensal
- **Fórmula** –
- **Fonte de Dados** – Registos internos
- **Detalhe** -
- **Data de Actualização** -
- **Comentários** - medição efectuada

N.º Identificador – I 3

Nome – Taxa de crescimento de tratamentos efectuados

- **Definição** – Pretende verificar a evolução em média da taxa de crescimento do número de tratamentos efectuados por mês
- **Nível da Organização** – Produção e Administrativo
- **Objectivo a Medir** - Consolidar a imagem externa
- **Valor actual** – 3,74%
- **Meta a Atingir** – 6%
- **Histórico** -
- **Periodicidade** - Mensal
- **Fórmula** –
- **Fonte de Dados** – Registos internos
- **Detalhe** -
- **Data de Actualização** -
- **Comentários** - medição efectuada

N.º Identificador – I 4

Nome – N.º de horas em média entre diagnóstico (observação clínica) e início de tratamento em doentes internos

- **Definição** – Pretende medir o tempo médio que decorre entre o diagnóstico efectuado e o início do tratamento para os doentes internos
- **Nível da Organização** – Chefia, Produção e Administrativo
- **Objectivo a Medir** - Diminuir tempo de espera de doentes internos para tratamento
- **Valor actual** – 10 horas úteis de trabalho
- **Meta a Atingir** – 8 horas úteis de trabalho
- **Histórico** -
- **Periodicidade** - Mensal
- **Fórmula** –
- **Fonte de Dados** – Ficha de Registo
- **Detalhe** -
- **Data de Actualização** -
- **Comentários** - medição efectuada

N.º Identificador – I 5

Nome – N.º de dias de espera, em média, entre diagnóstico (observação clínica) e início de tratamento em doentes externos, urgentes

- **Definição** – Pretende medir o tempo médio que decorre entre o diagnóstico efectuado e o início do tratamento para os doentes externos, urgentes.
- **Nível da Organização** – Chefia, Produção e Administrativo
- **Objectivo a Medir** - Diminuir tempo de espera de doentes externos para tratamentos
- **Valor actual** – 6,2 dias úteis
- **Meta a Atingir** – 6 dias úteis
- **Histórico** -
- **Periodicidade** - Mensal
- **Fórmula** –
- **Fonte de Dados** – Ficha de Registo
- **Detalhe** -
- **Data de Actualização** -
- **Comentários** - medição efectuada

N.º Identificador – I 6

Nome – N.º de horas em média entre entrega da requisição e a comunicação da data da consulta

- **Definição** – Vai aferir o tempo médio que decorre entre a requisição entregue por doente ou familiar e a comunicação da efectiva marcação da consulta
- **Nível da Organização** – Chefia, Produção e Administrativo
- **Objectivo a Medir** - Diminuir prazo de comunicação de consultas a doentes do Hospital e externos
- **Valor actual** – 14 horas úteis de trabalho
- **Meta a Atingir** – 12 horas úteis de trabalho
- **Histórico** -
- **Periodicidade** - Mensal
- **Fórmula** –
- **Fonte de Dados** – Ficha de Registo
- **Detalhe** -
- **Data de Actualização** -
- **Comentários** - medição efectuada

N.º Identificador – I 7

Nome – Taxa de crescimento por mês de altas na 1ª série de tratamentos

- **Definição** – Tem por objectivo medir a evolução do número de altas que são concedidas ao fim da 1ª série de tratamentos efectuados a cada doente
- **Nível da Organização** – Produção
- **Objectivo a Medir** - Aumentar a qualidade no serviço
- **Valor actual** – 3,125%
- **Meta a Atingir** – 7%
- **Histórico** -
- **Periodicidade** - Mensal
- **Fórmula** –
- **Fonte de Dados** – Ficha de Registo
- **Detalhe** -
- **Data de Actualização** -
- **Comentários** - medição efectuada

N.º Identificador – I 8

Nome – Taxa de crescimento de doentes tratados por mês

- **Definição** – Número de doentes que recebem alta por mês
- **Nível da Organização** – Produção
- **Objectivo a Medir** - Aumentar a produtividade
- **Valor actual** –
- **Meta a Atingir** – 2,5%
- **Histórico** -
- **Periodicidade** - Mensal
- **Fórmula** –
- **Fonte de Dados** – Ficha de Registo
- **Detalhe** -
- **Data de Actualização** -
- **Comentários** - medição efectuada

N.º Identificador – I 9

Nome – Taxa de crescimento de tratamentos por semana

- **Definição** – Pretende medir o número de tratamentos efectuados por semana em termos médios
- **Nível da Organização** – Produção
- **Objectivo a Medir** - Aumentar a produtividade
- **Valor actual** – 2,46%
- **Meta a Atingir** – 5%
- **Histórico** -
- **Periodicidade** - Semanal
- **Fórmula** –
- **Fonte de Dados** – Registos internos
- **Detalhe** -
- **Data de Actualização** -
- **Comentários** - medição efectuada

N.º Identificador – I 10

Nome – Taxa de crescimento médio de primeiras consultas médicas externas por semana

- **Definição** – Pretende medir a evolução em média das primeiras consultas médicas externas por semana
- **Nível da Organização** – Chefia
- **Objectivo a Medir** - Aumentar a produtividade
- **Valor actual** –
- **Meta a Atingir** – 5%
- **Histórico** -
- **Periodicidade** - Semanal
- **Fórmula** –
- **Fonte de Dados** – Ficha de Registo
- **Detalhe** -
- **Data de Actualização** -
- **Comentários** - medição efectuada

N.º Identificador – I 11

Nome – Índice de satisfação do funcionário

- **Definição** – Vai aferir o nível de satisfação dos funcionários e identificar pontos a melhorar. Realizado através de questionário ao funcionário
- **Nível da Organização** – Chefia
- **Objectivo a Medir** - Aumentar a satisfação do funcionário
- **Valor actual** –
- **Meta a Atingir** – Melhor prática
- **Histórico** -
- **Periodicidade** - Anual
- **Fórmula** –
- **Fonte de Dados** – Questionário
- **Detalhe** -
- **Data de Actualização** -
- **Comentários** - medição efectuada

N.º Identificador – I 12

Nome – Taxa de utilização de Escalas de Desempenho para doentes de AVC

- **Definição** – Medida através do número de utilizações deste tipo de instrumento
- **Nível da Organização** – Chefia, Produção
- **Objectivo a Medir** - Introduzir novas formas de avaliação
- **Valor actual** – 0
- **Meta a Atingir** – 2
- **Histórico** -
- **Periodicidade** - Anual
- **Fórmula** –
- **Fonte de Dados** – Ficha de Registo
- **Detalhe** -
- **Data de Actualização** -
- **Comentários** - medição efectuada

N.º Identificador – I 13

Nome – N.º de horas de formação por terapeuta

- **Definição** – Analisa o número de horas efectivo de formação por terapeuta por ano
- **Nível da Organização** – Chefia, Produção e Administrativo
- **Objectivo a Medir** - Aumentar a formação dos colaboradores
- **Valor actual** – 7 horas anuais
- **Meta a Atingir** – > 10 horas anuais
- **Histórico** -
- **Periodicidade** - Anual
- **Fórmula** –
- **Fonte de Dados** – Ficha de Registo
- **Detalhe** -
- **Data de Actualização** -
- **Comentários** - medição efectuada

N.º Identificador – I 14

Nome – N.º de participações em Conferências/Seminários ou palestras científicas

- **Definição** – Vai medir o número de participações de funcionários do Serviço de MFR em Conferências/Seminários, em valores médios por ano
- **Nível da Organização** – Chefia e Produção
- **Objectivo a Medir** - Fomentar a participação em conferências científicas
- **Valor actual** – 4
- **Meta a Atingir** – Manter 4
- **Histórico** -
- **Periodicidade** - Anual
- **Fórmula** –
- **Fonte de Dados** – Ficha de Registo
- **Detalhe** -
- **Data de Actualização** -
- **Comentários** - medição efectuada

N.º Identificador – I 15

Nome – Nº de alunos em estágio

- **Definição** – Vai contabilizar o número de alunos em estágio no Serviço de MFR, em média por mês
- **Nível da Organização** – Chefia e Produção
- **Objectivo a Medir** - Incrementar parcerias com Instituições de Ensino Superior
- **Valor actual** – 1,84
- **Meta a Atingir** – 2
- **Histórico** -
- **Periodicidade** - Mensal
- **Fórmula** –
- **Fonte de Dados** – Registos internos
- **Detalhe** -
- **Data de Actualização** -
- **Comentários** - medição efectuada

N.º Identificador – I 16

Nome – Nº total de parcerias realizadas com Instituições de Ensino Superior

- **Definição** – Avalia o número de parcerias que são realizadas por ano entre o Serviço de MFR e Instituições de Ensino Superior do país
- **Nível da Organização** – Chefia
- **Objectivo a Medir** - Incrementar parcerias com Instituições de Ensino Superior
- **Valor actual** – 2
- **Meta a Atingir** – 4
- **Histórico** -
- **Periodicidade** - Anual
- **Fórmula** –
- **Fonte de Dados** – Registos internos
- **Detalhe** -
- **Data de Actualização** -
- **Comentários** - medição efectuada

N.º Identificador – I 17

Nome – Índice de custos médios totais por tratamento, por dia

- **Definição** – Mede a evolução dos custos totais com tratamentos por número de tratamentos efectuados diariamente
- **Nível da Organização** – Chefia e Administrativo
- **Objectivo a Medir** - Optimizar despesas
- **Valor actual** –
- **Meta a Atingir** –
- **Histórico** -
- **Periodicidade** - Diária
- **Fórmula** –
- **Fonte de Dados** – Registos internos
- **Detalhe** -
- **Data de Actualização** -
- **Comentários** - medição não efectuada

N.º Identificador – I 18

Nome – Taxa de despesa média de consumos de materiais por doente

- **Definição** – Vai medir a evolução dos custos com a medicação, material clínico utilizado, etc., por número de doentes tratados
- **Nível da Organização** – Chefia e Administrativo
- **Objectivo a Medir** - Optimizar despesas
- **Valor actual** –
- **Meta a Atingir** –
- **Histórico** -
- **Periodicidade** - Mensal
- **Fórmula** –
- **Fonte de Dados** – Registos internos
- **Detalhe** -
- **Data de Actualização** -
- **Comentários** - medição não efectuada

N.º Identificador – I 19

Nome – Taxa de redução de custo diário médio por funcionário

- **Definição** – Analisa a evolução do custo médio de pessoal por dia e por funcionário em percentagem
- **Nível da Organização** – Chefia e Administrativo
- **Objectivo a Medir** - Optimizar recursos
- **Valor actual** –
- **Meta a Atingir** –
- **Histórico** -
- **Periodicidade** - Diária
- **Fórmula** –
- **Fonte de Dados** – Registos internos
- **Detalhe** -
- **Data de Actualização** -
- **Comentários** - medição não efectuada

N.º Identificador – I 20

Nome – Taxa de crescimento de redução de despesa trabalhos executados no exterior + FSE

- **Definição** – Mede o custo inerente a cada trabalho executado no exterior + FSE por doente e por dia
- **Nível da Organização** – Chefia e Administrativo
- **Objectivo a Medir** - Optimizar recursos
- **Valor actual** –
- **Meta a Atingir** –
- **Histórico** -
- **Periodicidade** - Diária
- **Fórmula** –
- **Fonte de Dados** – Registos internos
- **Detalhe** -
- **Data de Actualização** -
- **Comentários** - medição não efectuada

N.º Identificador – I 21

Nome – N.º de projectos submetidos a fundos estruturais

- **Definição** – Pretende verificar quantos projectos foram submetidos à administração para aquisição de novo equipamento, formação, etc.
- **Nível da Organização** – Chefia e Administrativo
- **Objectivo a Medir** - Criar mecanismo de financiamento
- **Valor actual** – 2
- **Meta a Atingir** – Manter 2
- **Histórico** -
- **Periodicidade** - Anual
- **Fórmula** –
- **Fonte de Dados** – Registos internos
- **Detalhe** -
- **Data de Actualização** -
- **Comentários** - medição efectuada

Anexo 2 – Fichas de Registo de Dados

Indicador 4

Ficha de Registo de Dados		
Serviço de Medicina Física e de Reabilitação		Missão - Prestar cuidados de reabilitação a todos os utentes da área de influência do Hospital e provenientes dos Centros de Saúde do Distrito de Portalegre
Departamento:	_____	
Objectivo a medir	Diminuir tempo de espera de doentes internos para tratamento	Dia e hora de diagnóstico:
Nome do Indicador	I 4 - Nº de horas em média entre diagnóstico (observação clínica) e início de tratamento em doentes internos.	___/___/2011 - ___h___m
Função do Indicador	Pretende medir o tempo médio que decorre entre o diagnóstico efectuado e o início do tratamento para os doentes internos.	Dia e hora de início de tratamento:
Medição actual	10 horas úteis de trabalho	___/___/2011 - ___h___m
Meta	8 horas úteis de trabalho	

Indicador 5

Ficha de Registo de Dados		
Serviço de Medicina Física e de Reabilitação		Missão - Prestar cuidados de reabilitação a todos os utentes da área de influência do Hospital e provenientes dos Centros de Saúde do Distrito de Portalegre
Departamento:	_____	
Objectivo a medir	Diminuir tempo de espera de doentes externos para tratamentos	Dia de diagnóstico:
Nome do Indicador	I 5 - Nº de dias de espera, em média, entre diagnóstico (observação clínica) e início de tratamento em doentes externos, urgentes	___/___/2011
Função do Indicador	Pretende medir o tempo médio que decorre entre o diagnóstico efectuado e o início do tratamento para os doentes externos, urgentes.	Dia de início de tratamento:
Medição actual	6,2 dias úteis	___/___/2011
Meta	6 dias úteis	

Indicador 6

Ficha de Registo de Dados		
Serviço de Medicina Física e de Reabilitação		Missão - Prestar cuidados de reabilitação a todos os utentes da área de influência do Hospital e provenientes dos Centros de Saúde do Distrito de Portalegre
Departamento:	_____	
Objectivo a medir	Diminuir prazo de comunicação de consultas a doentes do Hospital e externos	Dia e hora de entrega de requisição:
Nome do Indicador	I 6 - Nº de horas em média entre entrega da requisição e a comunicação da data da consulta	____/____/2011 - ____h____m
Função do Indicador	Vai aferir o tempo médio que decorre entre a requisição entregue por doente ou familiar e a efectiva marcação da consulta.	Dia e hora de comunicação ao doente:
Medição actual	14 horas úteis de trabalho	____/____/2011 - ____h____m
Meta	12 horas úteis de trabalho	

Indicador 7

Ficha de Registo de Dados		
Serviço de Medicina Física e de Reabilitação		Missão - Prestar cuidados de reabilitação a todos os utentes da área de influência do Hospital e provenientes dos Centros de Saúde do Distrito de Portalegre
Departamento:	_____	
Objectivo a medir	Aumentar a qualidade no serviço	Doentes com Alta 1ª Sessão _____
Nome do Indicador	I 7 - Taxa de crescimento por mês de altas na 1ª série de tratamentos	Mês _____
Função do Indicador	Tem por objectivo medir a evolução do número de altas que são concedidas ao fim da 1ª série de tratamentos efectuados a cada doente	
Medição actual	3,125%	Nº _____
Meta	7%	

Indicador 8

Ficha de Registo de Dados		
Serviço de Medicina Física e de Reabilitação		Missão - Prestar cuidados de reabilitação a todos os utentes da área de influência do Hospital e provenientes dos Centros de Saúde do Distrito de Portalegre
Departamento:	_____	
Objectivo a medir	Aumentar a produtividade	Doentes com Alta Mês _____
Nome do Indicador	I 8 - Taxa de crescimento de doentes tratados por mês	Nº _____
Função do Indicador	Número de doentes que recebem alta por mês	Total de Doentes Mês _____
Medição actual	---	Nº _____
Meta	2,5%	

Indicador 9

Ficha de Registo de Dados		
Serviço de Medicina Física e de Reabilitação		Missão - Prestar cuidados de reabilitação a todos os utentes da área de influência do Hospital e provenientes dos Centros de Saúde do Distrito de Portalegre
Departamento:	_____	
Objectivo a medir	Aumentar a produtividade	
Nome do Indicador	I 9 - Taxa de crescimento de tratamentos por semana	Tratamentos Semana _____
Função do Indicador	Pretende medir o número de tratamentos efectuados por semana em termos médios	
Medição actual	2,46%	Nº _____
Meta	5%	

Indicador 10

Ficha de Registo de Dados		
Serviço de Medicina Física e de Reabilitação		Missão - Prestar cuidados de reabilitação a todos os utentes da área de influência do Hospital e provenientes dos Centros de Saúde do Distrito de Portalegre
Departamento:	_____	
Objectivo a medir	Aumentar a produtividade	1ª Consultas Médicas Semana _____
Nome do Indicador	I 10 - Taxa de crescimento médio de primeiras consultas médicas externas por semana	
Função do Indicador	Pretende medir a evolução em média das primeiras consultas médicas externas por semana	Nº _____
Medição actual	---	
Meta	5%	

Indicador 12

Ficha de Registo de Dados		
Serviço de Medicina Física e de Reabilitação		Missão - Prestar cuidados de reabilitação a todos os utentes da área de influência do Hospital e provenientes dos Centros de Saúde do Distrito de Portalegre
Departamento:	_____	
Objectivo a medir	Introduzir novas formas de avaliação	Utilizações de Escalas de Desempenho
Nome do Indicador	I 12 - Nº utilizações de Escalas de Desempenho para doentes de AVC	Mês _____
Função do Indicador	Medida através do número de utilizações deste tipo de instrumento.	Nº _____
Medição actual	0	
Meta	2	

Indicador 13

Ficha de Registo de Dados		
Serviço de Medicina Física e de Reabilitação		Missão - Prestar cuidados de reabilitação a todos os utentes da área de influência do Hospital e provenientes dos Centros de Saúde do Distrito de Portalegre
Departamento:	_____	
Objectivo a medir	Aumentar a formação dos colaboradores	Horas de Formação
Nome do Indicador	I 13 - Nº de horas de formação por terapeuta	Mês _____
Função do Indicador	Analisa o número de horas efectivo de formação por terapeuta por ano.	Nº de Funcionários _____
Medição actual	7 horas anuais	Nº de Horas _____
Meta	> 10 horas anuais	

Indicador 14

Ficha de Registo de Dados		
Serviço de Medicina Física e de Reabilitação		Missão - Prestar cuidados de reabilitação a todos os utentes da área de influência do Hospital e provenientes dos Centros de Saúde do Distrito de Portalegre
Departamento:	_____	
Objectivo a medir	Fomentar a participação em conferências científicas	Participações
Nome do Indicador	I 14 - Nº de participações em Conferências/Seminários ou palestras científicas	Mês _____
Função do Indicador	Vai medir o número de participações de funcionários do Serviço de MFR em Conferências/Seminários, em valores médios por ano.	Nº de participações _____
Medição actual	4	
Meta	5	

Anexo 3 – Fichas de Performance

Indicador 1

Relatório de Performance																																	
Serviço de Medicina Física e de Reabilitação	Missão - Prestar cuidados de reabilitação a todos os utentes da área de influência do Hospital e provenientes dos Centros de Saúde do Distrito de Portalegre																																
Nome do Indicador:	I 1 – Índice de satisfação dos utentes																																
Função do Indicador:	Através de um questionário de satisfação, procura medir a satisfação dos utentes que utilizam o Serviço.																																
Departamento:	Administrativo																																
Período anterior	---																																
Meta	Melhor prática																																
Período de teste	4,77																																
Observação:																																	
Sem base de comparação																																	
<table border="1" style="margin: 10px auto;"> <caption>Valores por resposta em média</caption> <thead> <tr> <th>Perguntas</th> <th>Valores atribuídos</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>1</td><td>4,72</td></tr> <tr><td>2</td><td>4,57</td></tr> <tr><td>3</td><td>4,57</td></tr> <tr><td>4</td><td>4,91</td></tr> <tr><td>5</td><td>4,78</td></tr> <tr><td>6</td><td>4,91</td></tr> <tr><td>7</td><td>4,78</td></tr> <tr><td>8</td><td>4,78</td></tr> <tr><td>9</td><td>4,83</td></tr> <tr><td>10</td><td>4,76</td></tr> <tr><td>11</td><td>4,87</td></tr> <tr><td>12</td><td>4,87</td></tr> <tr><td>13</td><td>4,67</td></tr> <tr><td>14</td><td>4,74</td></tr> <tr><td>15</td><td>4,76</td></tr> </tbody> </table>		Perguntas	Valores atribuídos	1	4,72	2	4,57	3	4,57	4	4,91	5	4,78	6	4,91	7	4,78	8	4,78	9	4,83	10	4,76	11	4,87	12	4,87	13	4,67	14	4,74	15	4,76
Perguntas	Valores atribuídos																																
1	4,72																																
2	4,57																																
3	4,57																																
4	4,91																																
5	4,78																																
6	4,91																																
7	4,78																																
8	4,78																																
9	4,83																																
10	4,76																																
11	4,87																																
12	4,87																																
13	4,67																																
14	4,74																																
15	4,76																																
Fórmula:	(Soma valores por questão) / Número de questionários recebidos = Média por questão (Soma totais 15 questões) / 15 = Média total																																
Iniciativa:	Tentar manter. Verificar questões de climatização mantendo contactos com a administração.																																
Data: ____ / ____ / ____																																	
O Responsável: _____																																	

Indicador 2

Relatório de Performance		
Serviço de Medicina Física e de Reabilitação	Missão - Prestar cuidados de reabilitação a todos os utentes da área de influência do Hospital e provenientes dos Centros de Saúde do Distrito de Portalegre	
Nome do Indicador:	I 2 – Taxa de reclamações por utente	
Função do Indicador:	Indica o número de reclamações recebidas, em média, por mês no Serviço de MFR.	
Departamento:	Chefia e Administrativo	
Período anterior	0,54%	Observação: Meta atingida (no período de estudo)
Meta	0,45%	
Período de teste	0 %	
Fórmula:	Nº de reclamações / Nº de utentes * 100 = Taxa de reclamações	
Iniciativa:	Nada a alterar, visto não terem existido reclamações.	
Data: ____/____/____		
O Responsável: _____		

Indicador 3

Relatório de Performance	
Serviço de Medicina Física e de Reabilitação	Missão - Prestar cuidados de reabilitação a todos os utentes da área de influência do Hospital e provenientes dos Centros de Saúde do Distrito de Portalegre
Nome do Indicador:	I 3 – Taxa de crescimento de tratamentos efectuados.
Função do Indicador:	Pretende verificar a evolução em média da taxa de crescimento do número de tratamentos efectuados por mês.
Departamento:	Produção e Administrativo
Período anterior	3.74%
Meta	6%
Período de teste	16,95%
Observação: Meta foi superada	
Fórmula:	$\frac{(\text{N}^\circ \text{ de tratamentos período 2} - \text{N}^\circ \text{ tratamentos período 1})}{\text{N}^\circ \text{ tratamentos período 1}} * 100$ $(\text{soma da \% dos períodos}) / 2 = \text{Taxa de crescimento médio}$
Iniciativa:	<p>Manter pressão para inclusão de mais um terapeuta.</p> <p>Manter estágios profissionais.</p>
Data: ____ / ____ / ____	
O Responsável: _____	

Indicador 4

Relatório de Performance		
Serviço de Medicina Física e de Reabilitação	Missão - Prestar cuidados de reabilitação a todos os utentes da área de influência do Hospital e provenientes dos Centros de Saúde do Distrito de Portalegre	
Nome do Indicador:	I 4 – Nº de horas em média entre diagnóstico (observação clínica) e início de tratamento em doentes internos.	
Função do Indicador:	Pretende medir o tempo médio que decorre entre o diagnóstico efectuado e o início do tratamento para os doentes internos.	
Departamento:	Chefia, Produção e Administrativo	
Período anterior	10 horas úteis de trabalho	Observação: Meta não foi atingida
Meta	8 horas úteis de trabalho	
Período de teste	8,16 horas úteis de trabalho	
<p>Horas em espera</p> <p>● Doentes em espera — Meta — Média atingida — Média anterior</p>		
Fórmula:	$\text{N}^\circ \text{ de horas totais em espera} / \text{N}^\circ \text{ total de doentes em espera} = \text{Média de horas}$	
Iniciativa:	Manter pressão para inclusão de mais um terapeuta. Manter estágios profissionais.	
Data: ____/____/____		
O Responsável: _____		

Indicador 5

Relatório de Performance																																																														
Serviço de Medicina Física e de Reabilitação	Missão - Prestar cuidados de reabilitação a todos os utentes da área de influência do Hospital e provenientes dos Centros de Saúde do Distrito de Portalegre																																																													
Nome do Indicador:	I 5 – Nº de dias de espera, em média, entre diagnóstico (observação clínica) e início de tratamento em doentes externos, urgentes																																																													
Função do Indicador:	Pretende medir o tempo médio que decorre entre o diagnóstico efectuado e o início do tratamento para os doentes externos, urgentes.																																																													
Departamento:	Chefia, Produção e Administrativo																																																													
Período anterior	6,2 dias úteis	Observação: Meta foi superada																																																												
Meta	6 dias úteis																																																													
Período de teste	4,52 dias úteis																																																													
<table border="1" style="display: none;"> <caption>Dados do Gráfico de Dispersão</caption> <thead> <tr> <th>Doente</th> <th>Dias Úteis em espera</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>1</td><td>2</td></tr> <tr><td>2</td><td>2</td></tr> <tr><td>3</td><td>7</td></tr> <tr><td>4</td><td>6</td></tr> <tr><td>5</td><td>0</td></tr> <tr><td>6</td><td>1</td></tr> <tr><td>7</td><td>1</td></tr> <tr><td>8</td><td>14</td></tr> <tr><td>9</td><td>9</td></tr> <tr><td>10</td><td>2</td></tr> <tr><td>11</td><td>15</td></tr> <tr><td>12</td><td>3</td></tr> <tr><td>13</td><td>12</td></tr> <tr><td>14</td><td>2</td></tr> <tr><td>15</td><td>21</td></tr> <tr><td>16</td><td>0</td></tr> <tr><td>17</td><td>11</td></tr> <tr><td>18</td><td>1</td></tr> <tr><td>19</td><td>8</td></tr> <tr><td>20</td><td>1</td></tr> <tr><td>21</td><td>3</td></tr> <tr><td>22</td><td>1</td></tr> <tr><td>23</td><td>2</td></tr> <tr><td>24</td><td>0</td></tr> <tr><td>25</td><td>3</td></tr> <tr><td>26</td><td>1</td></tr> <tr><td>27</td><td>2</td></tr> <tr><td>28</td><td>1</td></tr> <tr><td>29</td><td>0</td></tr> </tbody> </table>			Doente	Dias Úteis em espera	1	2	2	2	3	7	4	6	5	0	6	1	7	1	8	14	9	9	10	2	11	15	12	3	13	12	14	2	15	21	16	0	17	11	18	1	19	8	20	1	21	3	22	1	23	2	24	0	25	3	26	1	27	2	28	1	29	0
Doente	Dias Úteis em espera																																																													
1	2																																																													
2	2																																																													
3	7																																																													
4	6																																																													
5	0																																																													
6	1																																																													
7	1																																																													
8	14																																																													
9	9																																																													
10	2																																																													
11	15																																																													
12	3																																																													
13	12																																																													
14	2																																																													
15	21																																																													
16	0																																																													
17	11																																																													
18	1																																																													
19	8																																																													
20	1																																																													
21	3																																																													
22	1																																																													
23	2																																																													
24	0																																																													
25	3																																																													
26	1																																																													
27	2																																																													
28	1																																																													
29	0																																																													
Fórmula:	$\text{N}^\circ \text{ de dias totais em espera} / \text{N}^\circ \text{ total de doentes em espera} = \text{Média dias}$																																																													
Iniciativa:	A espera resulta do direccionamento de recursos para situações mais urgentes. Depende dos casos e seria mais fácil resolver com mais 1 terapeuta.																																																													
Data: ____ / ____ / ____																																																														
O Responsável: _____																																																														

Indicador 6

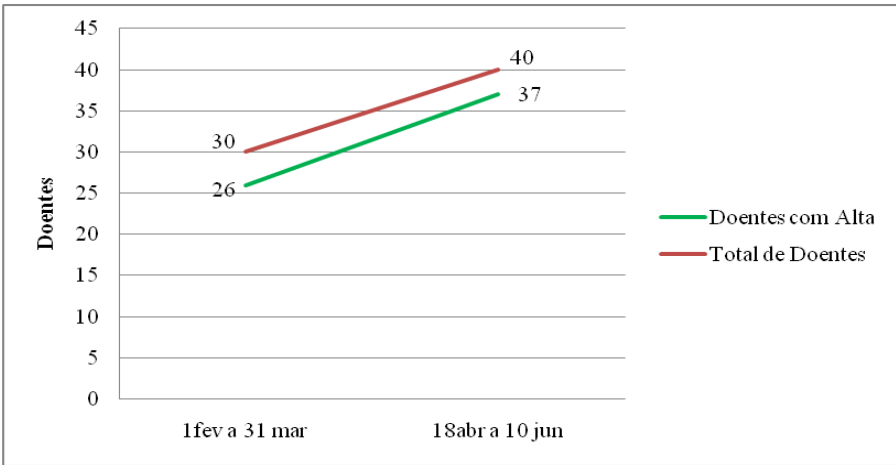
Relatório de Performance		
Serviço de Medicina Física e de Reabilitação	Missão - Prestar cuidados de reabilitação a todos os utentes da área de influência do Hospital e provenientes dos Centros de Saúde do Distrito de Portalegre	
Nome do Indicador:	I 6 – N° de horas em média entre entrega da requisição e a comunicação da data da consulta	
Função do Indicador:	Vai aferir o tempo médio que decorre entre a requisição entregue por doente ou familiar e a comunicação da efectiva marcação da consulta.	
Departamento:	Chefia, Produção e Administrativo	
Período anterior	14 horas úteis de trabalho	Observação: Meta não atingida
Meta	12 horas úteis de trabalho	
Período de teste	15,89 horas úteis de trabalho	
<p>● Doentes — Média anterior — Meta — Média atingida</p>		
Fórmula:	N° de horas total entre requisição e comunicação / N° total de doentes contactados = Média horas	
Iniciativa:	Mudar metodologia processual, caso se continue a agravar.	
Data: ____/____/____		
O Responsável: _____		

Horas para comunicação

Indicador 7

Relatório de Performance											
Serviço de Medicina Física e de Reabilitação	Missão - Prestar cuidados de reabilitação a todos os utentes da área de influência do Hospital e provenientes dos Centros de Saúde do Distrito de Portalegre										
Nome do Indicador:	I 7 – Taxa de crescimento por mês de altas na 1ª série de tratamentos										
Função do Indicador:	Tem por objectivo medir a evolução do número de altas que são concedidas ao fim da 1ª série de tratamentos efectuados a cada doente										
Departamento:	Produção										
Período anterior	3,125%	Observação: Meta não foi atingida									
Meta	7%										
Período de teste	5%										
<table border="1" style="margin: 10px auto; border-collapse: collapse;"> <caption>Dados do Gráfico de Linhas</caption> <thead> <tr> <th>Período</th> <th>Total de Altas</th> <th>Altas na 1ª série de tratamentos</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1 fev a 31 mar</td> <td>32</td> <td>20</td> </tr> <tr> <td>18 abr a 10 jun</td> <td>33</td> <td>21</td> </tr> </tbody> </table>			Período	Total de Altas	Altas na 1ª série de tratamentos	1 fev a 31 mar	32	20	18 abr a 10 jun	33	21
Período	Total de Altas	Altas na 1ª série de tratamentos									
1 fev a 31 mar	32	20									
18 abr a 10 jun	33	21									
Fórmula:	$\frac{(\text{N}^\circ \text{ altas fim 1}^\circ \text{ série período 2} - \text{N}^\circ \text{ altas fim 1}^\circ \text{ série período 1})}{\text{N}^\circ \text{ altas fim 1}^\circ \text{ série período 1}} * 100$ (Soma da % 2 períodos) / 2 = Taxa de crescimento médio										
Iniciativa:	Indicador satisfaz. Manter										
Data: ____/____/____											
O Responsável: _____											

Indicador 8

Relatório de Performance											
Serviço de Medicina Física e de Reabilitação	Missão - Prestar cuidados de reabilitação a todos os utentes da área de influência do Hospital e provenientes dos Centros de Saúde do Distrito de Portalegre										
Nome do Indicador:	I 8 – Taxa de crescimento de doentes tratados por mês										
Função do Indicador:	Número de doentes que recebem alta por mês.										
Departamento:	Produção										
Período anterior	--	Observação: Meta amplamente superada									
Meta	2,5%										
Período de teste	6,73%										
 <table border="1" style="margin: 10px auto;"> <caption>Data for Graph</caption> <thead> <tr> <th>Período</th> <th>Doentes com Alta</th> <th>Total de Doentes</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1 fev a 31 mar</td> <td>26</td> <td>30</td> </tr> <tr> <td>18abr a 10 jun</td> <td>37</td> <td>40</td> </tr> </tbody> </table>			Período	Doentes com Alta	Total de Doentes	1 fev a 31 mar	26	30	18abr a 10 jun	37	40
Período	Doentes com Alta	Total de Doentes									
1 fev a 31 mar	26	30									
18abr a 10 jun	37	40									
Fórmula:	$(N^{\circ} \text{ total altas período } 1^{\circ} / N^{\circ} \text{ total de doentes } 1^{\circ} \text{ período}) * 100 = X$ $(N^{\circ} \text{ total altas período } 2^{\circ} / N^{\circ} \text{ total de doentes } 2^{\circ} \text{ período}) * 100 = Y$ $(Y - X) / X * 100 = \text{Taxa de crescimento médio}$										
Iniciativa:	Indicador satisfaz. Manter										
Data: ____/____/____											
O Responsável: _____											

Indicador 9

Relatório de Performance		
Serviço de Medicina Física e de Reabilitação	Missão - Prestar cuidados de reabilitação a todos os utentes da área de influência do Hospital e provenientes dos Centros de Saúde do Distrito de Portalegre	
Nome do Indicador:	I 9 - Taxa de crescimento de tratamentos por semana	
Função do Indicador:	Pretende medir o número de tratamentos efectuados por semana em termos médios.	
Departamento:	Produção	
Período anterior	0,07 %	Observação: Meta foi substancialmente ultrapassada
Meta	5 %	
Período de teste	9,78%	
Fórmula:	$\frac{(\text{N}^\circ \text{ de tratamentos semana 2} - \text{N}^\circ \text{ de tratamentos semana 1})}{\text{N}^\circ \text{ de tratamentos semana 1}} * 100$ <p>(Soma de % 8 semanas) / 8 = Taxa de crescimento médio</p>	
Iniciativa:	A irregularidade tem a ver com ausências de terapeutas ou inclusão de estagiários. Média satisfaz. Manter.	
Data: ____/____/____		
O Responsável: _____		

Indicador 10

Relatório de Performance																										
Serviço de Medicina Física e de Reabilitação	Missão - Prestar cuidados de reabilitação a todos os utentes da área de influência do Hospital e provenientes dos Centros de Saúde do Distrito de Portalegre																									
Nome do Indicador:	I 10 - Taxa de crescimento médio de primeiras consultas médicas externas por semana																									
Função do Indicador:	Pretende medir a evolução em média das primeiras consultas médicas externas por semana.																									
Departamento:	Chefia																									
Período anterior	---	Observação: Meta superada (no período em estudo)																								
Meta	5%																									
Período de teste	33,09%																									
<table border="1" style="margin: 10px auto; border-collapse: collapse;"> <caption>Dados do Gráfico: Nº primeiras consultas</caption> <thead> <tr> <th>Semana</th> <th>Nº primeiras consultas</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>S1</td><td>0</td></tr> <tr><td>S2</td><td>1</td></tr> <tr><td>S3</td><td>3</td></tr> <tr><td>S4</td><td>4</td></tr> <tr><td>S5</td><td>5</td></tr> <tr><td>S6</td><td>0</td></tr> <tr><td>S7</td><td>3</td></tr> <tr><td>S8</td><td>11</td></tr> <tr><td>S9</td><td>10</td></tr> <tr><td>S10</td><td>4</td></tr> <tr><td>S11</td><td>3</td></tr> </tbody> </table>			Semana	Nº primeiras consultas	S1	0	S2	1	S3	3	S4	4	S5	5	S6	0	S7	3	S8	11	S9	10	S10	4	S11	3
Semana	Nº primeiras consultas																									
S1	0																									
S2	1																									
S3	3																									
S4	4																									
S5	5																									
S6	0																									
S7	3																									
S8	11																									
S9	10																									
S10	4																									
S11	3																									
Fórmula:	$\frac{(\text{N}^\circ \text{ de primeiras consultas semana 2} - \text{N}^\circ \text{ de primeiras consultas semana 1})}{\text{N}^\circ \text{ de primeiras consultas semana 1}} * 100$ (Soma da % das semanas) / 10 = Taxa de crescimento médio																									
Iniciativa:	Variações dependem do exterior, não existem doentes em espera. Manter.																									
Data: ____ / ____ / ____																										
O Responsável: _____																										

Indicador 11

Relatório de Performance																																																																																																		
Serviço de Medicina Física e de Reabilitação	Missão - Prestar cuidados de reabilitação a todos os utentes da área de influência do Hospital e provenientes dos Centros de Saúde do Distrito de Portalegre																																																																																																	
Nome do Indicador:	I 1 – Índice de satisfação do funcionário																																																																																																	
Função do Indicador:	Vai aferir o nível de satisfação dos funcionários e identificar pontos a melhorar. Realizado através de questionário ao funcionário.																																																																																																	
Departamento:	Chefia																																																																																																	
Período anterior	---	Observação: Sem base de comparação																																																																																																
Meta	Melhor prática																																																																																																	
Período de teste	3,4 média de satisfação																																																																																																	
<table border="1"> <caption>Dados do Gráfico de Performance</caption> <thead> <tr> <th>Perguntas</th> <th>Média por resposta</th> <th>Média total das respostas</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>1</td><td>3,8</td><td>3,4</td></tr> <tr><td>2</td><td>3,9</td><td>3,4</td></tr> <tr><td>3</td><td>3,9</td><td>3,4</td></tr> <tr><td>4</td><td>4,1</td><td>3,4</td></tr> <tr><td>5</td><td>3,8</td><td>3,4</td></tr> <tr><td>6</td><td>3,3</td><td>3,4</td></tr> <tr><td>7</td><td>3,3</td><td>3,4</td></tr> <tr><td>8</td><td>3,4</td><td>3,4</td></tr> <tr><td>9</td><td>3,6</td><td>3,4</td></tr> <tr><td>10</td><td>3,6</td><td>3,4</td></tr> <tr><td>11</td><td>3,4</td><td>3,4</td></tr> <tr><td>12</td><td>3,4</td><td>3,4</td></tr> <tr><td>13</td><td>3,2</td><td>3,4</td></tr> <tr><td>14</td><td>3,8</td><td>3,4</td></tr> <tr><td>15</td><td>2,8</td><td>3,4</td></tr> <tr><td>16</td><td>3,4</td><td>3,4</td></tr> <tr><td>17</td><td>3,4</td><td>3,4</td></tr> <tr><td>18</td><td>4,5</td><td>3,4</td></tr> <tr><td>19</td><td>3,2</td><td>3,4</td></tr> <tr><td>20</td><td>3,7</td><td>3,4</td></tr> <tr><td>21</td><td>3,6</td><td>3,4</td></tr> <tr><td>22</td><td>3,3</td><td>3,4</td></tr> <tr><td>23</td><td>3,3</td><td>3,4</td></tr> <tr><td>24</td><td>3,4</td><td>3,4</td></tr> <tr><td>25</td><td>3,3</td><td>3,4</td></tr> <tr><td>26</td><td>3,1</td><td>3,4</td></tr> <tr><td>27</td><td>2,8</td><td>3,4</td></tr> <tr><td>28</td><td>3,3</td><td>3,4</td></tr> <tr><td>29</td><td>3,1</td><td>3,4</td></tr> <tr><td>30</td><td>2,8</td><td>3,4</td></tr> <tr><td>31</td><td>2,7</td><td>3,4</td></tr> </tbody> </table>			Perguntas	Média por resposta	Média total das respostas	1	3,8	3,4	2	3,9	3,4	3	3,9	3,4	4	4,1	3,4	5	3,8	3,4	6	3,3	3,4	7	3,3	3,4	8	3,4	3,4	9	3,6	3,4	10	3,6	3,4	11	3,4	3,4	12	3,4	3,4	13	3,2	3,4	14	3,8	3,4	15	2,8	3,4	16	3,4	3,4	17	3,4	3,4	18	4,5	3,4	19	3,2	3,4	20	3,7	3,4	21	3,6	3,4	22	3,3	3,4	23	3,3	3,4	24	3,4	3,4	25	3,3	3,4	26	3,1	3,4	27	2,8	3,4	28	3,3	3,4	29	3,1	3,4	30	2,8	3,4	31	2,7	3,4
Perguntas	Média por resposta	Média total das respostas																																																																																																
1	3,8	3,4																																																																																																
2	3,9	3,4																																																																																																
3	3,9	3,4																																																																																																
4	4,1	3,4																																																																																																
5	3,8	3,4																																																																																																
6	3,3	3,4																																																																																																
7	3,3	3,4																																																																																																
8	3,4	3,4																																																																																																
9	3,6	3,4																																																																																																
10	3,6	3,4																																																																																																
11	3,4	3,4																																																																																																
12	3,4	3,4																																																																																																
13	3,2	3,4																																																																																																
14	3,8	3,4																																																																																																
15	2,8	3,4																																																																																																
16	3,4	3,4																																																																																																
17	3,4	3,4																																																																																																
18	4,5	3,4																																																																																																
19	3,2	3,4																																																																																																
20	3,7	3,4																																																																																																
21	3,6	3,4																																																																																																
22	3,3	3,4																																																																																																
23	3,3	3,4																																																																																																
24	3,4	3,4																																																																																																
25	3,3	3,4																																																																																																
26	3,1	3,4																																																																																																
27	2,8	3,4																																																																																																
28	3,3	3,4																																																																																																
29	3,1	3,4																																																																																																
30	2,8	3,4																																																																																																
31	2,7	3,4																																																																																																
Fórmula:																																																																																																		
Iniciativa:	Verificar as situações que revelam menor satisfação para tentar implementar melhorias.																																																																																																	
Data: ____ / ____ / ____																																																																																																		
O Responsável: _____																																																																																																		

Indicador 12

Relatório de Performance		
Serviço de Medicina Física e de Reabilitação	Missão - Prestar cuidados de reabilitação a todos os utentes da área de influência do Hospital e provenientes dos Centros de Saúde do Distrito de Portalegre	
Nome do Indicador:	I 12 – N° de utilizações de Escalas de Desempenho para doentes com AVC	
Função do Indicador:	Medida através do número de utilizações deste tipo de instrumento.	
Departamento:	Chefia e Produção	
Período anterior	0	Observação: Meta ainda não atingida (no período de estudo)
Meta	2 anuais	
Período de teste	0	
Fórmula:	N° de utilizações de Escalas de Desempenho	
Iniciativa:	Procurar implementar.	
Data: ____/____/____		
O Responsável: _____		

Indicador 13

Relatório de Performance		
Serviço de Medicina Física e de Reabilitação	Missão - Prestar cuidados de reabilitação a todos os utentes da área de influência do Hospital e provenientes dos Centros de Saúde do Distrito de Portalegre	
Nome do Indicador:	I 13 - Nº de horas de formação por terapeuta	
Função do Indicador:	Analisa o número de horas efectivo de formação por terapeuta por ano.	
Departamento:	Chefia, Produção e Administrativo	
Período anterior	7 horas anuais	Observação: Meta ainda não atingida (no período de estudo)
Meta	> 10 horas anuais	
Período de teste	0	
Fórmula:	Nº de horas totais	
Iniciativa:	Procurar novas formações. Em Junho, após dia 10, já foram iniciadas algumas.	
Data: ____ / ____ / ____		
O Responsável: _____		

Indicador 14

Relatório de Performance		
Serviço de Medicina Física e de Reabilitação	Missão - Prestar cuidados de reabilitação a todos os utentes da área de influência do Hospital e provenientes dos Centros de Saúde do Distrito de Portalegre	
Nome do Indicador:	I 14 - Nº de participações em Conferências/Seminários ou palestras científicas	
Função do Indicador:	Vai medir o número de participações de funcionários do Serviço de MFR em Conferências/Seminários, em valores médios por ano.	
Departamento:	Chefia e Produção	
Período anterior	4 anuais	Observação: Meta foi parcialmente atingida (no período de estudo)
Meta	5 anuais	
Período de teste	1	
Fórmula:	Nº de participações (período em estudo)	
Iniciativa:	Dentro do normal. Manter.	
Data: ____ / ____ / ____		
O Responsável: _____		

Indicador 15

Relatório de Performance		
Serviço de Medicina Física e de Reabilitação	Missão - Prestar cuidados de reabilitação a todos os utentes da área de influência do Hospital e provenientes dos Centros de Saúde do Distrito de Portalegre	
Nome do Indicador:	I 15 - Nº de alunos em estágio	
Função do Indicador:	Vai contabilizar o número de alunos em estágio no Serviço de MFR, em média por mês.	
Departamento:	Chefia e Produção	
Período anterior	1,84 em média por período	Observação: Meta foi atingida
Meta	2 em média por período	
Período de teste	3 em média por período	
Fórmula:	Nº de alunos em estágio / Nº períodos = Média de alunos por período	
Iniciativa:	Procurar manter os contactos. Depende dos pedidos das Escolas. Mas existe procura já para 2012.	
Data: ____/____/____		
O Responsável: _____		

Indicador 16

Relatório de Performance		
Serviço de Medicina Física e de Reabilitação	Missão - Prestar cuidados de reabilitação a todos os utentes da área de influência do Hospital e provenientes dos Centros de Saúde do Distrito de Portalegre	
Nome do Indicador:	I 16 - N° total de parcerias realizadas com Inst. Ens. Superior	
Função do Indicador:	Avalia o número de parecerias que são realizadas por ano entre o Serviço de MFR e Universidades do país.	
Departamento:	Chefia	
Período anterior	2	Observação:
Meta	4	
Período de teste	2 + 2	
Fórmula:	N° total de parcerias	
Iniciativa:	Parcerias oficiais são 2. Existem mais 2 protocolos. Manter esta situação ou procurar passar os dois protocolos a parcerias.	
Data: ____/____/____		
O Responsável: _____		

Indicador 17

Relatório de Performance		
Serviço de Medicina Física e de Reabilitação	Missão - Prestar cuidados de reabilitação a todos os utentes da área de influência do Hospital e provenientes dos Centros de Saúde do Distrito de Portalegre	
Nome do Indicador:	I 17 - Índice de custos médios totais por tratamento, por dia	
Função do Indicador:	Mede a evolução dos custos totais com tratamentos por número de tratamentos efectuados diariamente.	
Departamento:	Chefia e Produção	
Período anterior	--	Observação: Sem medição
Meta	--	
Período de teste	--	
<p>Nota:</p> <p>Não foi possível efectuar a medição deste indicador, uma vez que os dados fornecidos são anuais ou trimestrais, não correspondem ao período em análise.</p>		
Fórmula:		
Iniciativa:		
Data: ____/____/____		
O Responsável: _____		

Indicador 18

Relatório de Performance		
Serviço de Medicina Física e de Reabilitação	Missão - Prestar cuidados de reabilitação a todos os utentes da área de influência do Hospital e provenientes dos Centros de Saúde do Distrito de Portalegre	
Nome do Indicador:	I 18 - Taxa de despesa média de consumos de materiais por doente	
Função do Indicador:	Vai medir a evolução dos custos com a medicação, material clínico utilizado, etc., por número de doentes tratados.	
Departamento:	Chefia e Produção	
Período anterior	--	Observação: Sem medição
Meta	--	
Período de teste	--	
<p>Nota:</p> <p>Não foi possível efectuar a medição deste indicador, uma vez que os dados fornecidos são anuais ou trimestrais, não correspondem ao período em análise.</p>		
Fórmula:		
Iniciativa:		
Data: ____ / ____ / ____		
O Responsável: _____		

Indicador 19

Relatório de Performance		
Serviço de Medicina Física e de Reabilitação	Missão - Prestar cuidados de reabilitação a todos os utentes da área de influência do Hospital e provenientes dos Centros de Saúde do Distrito de Portalegre	
Nome do Indicador:	I 19 - Taxa de redução de custo diário médio por funcionário	
Função do Indicador:	Analisa a evolução do custo médio de pessoal por dia e por funcionário em percentagem.	
Departamento:	Chefia e Produção	
Período anterior	--	Observação: Sem medição
Meta	--	
Período de teste	--	
<p>Nota:</p> <p>Não foi possível efectuar a medição deste indicador, uma vez que os dados fornecidos são anuais ou trimestrais, não correspondem ao período em análise.</p>		
Fórmula:		
Iniciativa:		
Data: ____/____/____		
O Responsável: _____		

Indicador 20

Relatório de Performance		
Serviço de Medicina Física e de Reabilitação	Missão - Prestar cuidados de reabilitação a todos os utentes da área de influência do Hospital e provenientes dos Centros de Saúde do Distrito de Portalegre	
Nome do Indicador:	I 20 - Taxa de crescimento de redução de despesa trabalhos executados no exterior + FSE	
Função do Indicador:	Mede o custo inerente a cada trabalho executado no exterior + FSE por doente e por dia.	
Departamento:	Chefia e Produção	
Período anterior	--	Observação: Sem medição
Meta	--	
Período de teste	--	
<p>Nota:</p> <p>Não foi possível efectuar a medição deste indicador, uma vez que os dados fornecidos são anuais ou trimestrais, não correspondem ao período em análise.</p>		
Fórmula:		
Iniciativa:		
Data: ____/____/____		
O Responsável: _____		

Indicador 21

Relatório de Performance		
Serviço de Medicina Física e de Reabilitação	Missão - Prestar cuidados de reabilitação a todos os utentes da área de influência do Hospital e provenientes dos Centros de Saúde do Distrito de Portalegre	
Nome do Indicador:	I 21 - N° de projectos submetidos a fundos estruturais	
Função do Indicador:	Pretende verificar quantos projectos foram submetidos à administração para aquisição de novo equipamento, formação, etc.	
Departamento:	Chefia e Produção	
Período anterior	2	Observação: Meta atingida (no período em estudo)
Meta	Manter 2	
Período de teste	Manutenção de 2	
Fórmula:	N° total de projectos	
Iniciativa:	Verificar como estão os pedidos pendentes.	
Data: ____/____/____		
O Responsável: _____		

Anexo 4 – Questionário de satisfação do colaborador

Questionário de Satisfação do Colaborador do Serviço de Medicina Física e de Reabilitação da ULSNA.

Este questionário pretende aferir o **grau de satisfação** dos colaboradores do Serviço de MFR da ULSNA. O questionário é **anónimo**. Não existem respostas correctas ou erradas. Responda apenas com sinceridade a todas as questões. Este questionário será usado **exclusivamente para fins científicos** e o tratamento dos dados será efectuado de uma **forma global**.

As respostas devem ser dadas numa escala de 1 a 5, sendo escalonada da seguinte forma:

1 – muito insatisfeito	2 – insatisfeito	3 – mais ou menos satisfeito	4 – satisfeito	5 – muito satisfeito
------------------------	------------------	------------------------------	----------------	----------------------

Colaboradores e o Serviço de MFR.						
	Grau de satisfação com...	1	2	3	4	5
P 1	Imagem do Serviço					
P 2	Desempenho global do Serviço					
P 3	Papel do Serviço na sociedade					
P 4	Relacionamento do Serviço com os cidadãos e a sociedade					
P 5	Nível de envolvimento dos colaboradores do Serviço e na respectiva missão.					
P 6	Envolvimento dos colaboradores nos processos de tomada de decisão					
P 7	Envolvimento dos colaboradores em actividades de melhoria					
P 8	Possibilidade de perceber o grau de satisfação dos utentes					
P 9	Nível de conhecimento que tem dos objectivos do Serviço					
Gestão e Liderança						
	Grau de satisfação com...	1	2	3	4	5
P 10	Aptidão da liderança para conduzir o Serviço					
P 11	Aptidão da gestão para comunicar					
P 12	Demonstração de empenho da liderança em processos de mudança					
P 13	Aceitação de críticas construtivas e sugestões de melhoria					
P 14	Delegação de competências e responsabilidades, estimulando a iniciativa					
P 15	Promoção de acções de formação					
P 16	Implementação de monitorizações das acções desenvolvidas no Serviço					
Condições de trabalho						
	Grau de satisfação com...	1	2	3	4	5
P 17	Ambiente de trabalho					
P 18	Horário de trabalho					

P 29	Modo como o Serviço lida os conflitos, queixas ou problemas pessoais					
P 20	Igualdade de oportunidades para o desenvolvimento de novas competências profissionais					
P 21	Igualdade de tratamento no Serviço					
P 22	Acções de formação que realizou até ao presente					
P 23	Oportunidades criadas pelo Serviço para desenvolver novas competências					
Motivação						
	Grau de satisfação com...	1	2	3	4	5
P 24	Aprendizagem de novos métodos de trabalho					
P 25	Desenvolvimento de trabalho em equipa					
P 26	Participação em acções de formação					
P 27	Participação em projectos de mudança no Serviço					
P 28	Participação em sugestões de melhorias					
P 29	Forma como os objectivos individuais e partilhados são fixados					
P 30	Forma como o Serviço avalia os esforços individuais e de grupo					
P 31	Forma como o Serviço recompensa os esforços individuais e de grupo					

Obrigado pela sua colaboração.

Anexo 5 – Questionário de satisfação do utente

Questionário Satisfação Utente

O questionário é anónimo. Não existem respostas correctas ou erradas. Responda apenas com sinceridade a todas as questões. Este questionário será usado exclusivamente para fins científicos.

Num serviço excelente – Baseando as suas respostas em experiências de serviços hospitalares que frequentou atribua respostas para que um serviço fosse excelente na qualidade da prestação dos serviços. Atribua a importância que têm para si as características descritas a seguir.

No Serviço de MFR da ULSNA – Indique, em termos comparativos, o nível de qualidade que está associado a este Serviço, face à sua ideia indicada anteriormente.

As respostas devem ser dadas numa escala de 1 a 5, sendo escalonada da seguinte forma:

1 – muito mau	2 – mau	3 – nem bom nem mau	4 – bom	5 – muito bom
---------------	---------	---------------------	---------	---------------

Aspectos Tangíveis	Serviço Ideal					Serviço de MFR da ULSNA				
Nível de limpeza do espaço.	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
As instalações estão adequadas ao exercício das funções.	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
Nível de conforto nas instalações (temperatura ambiente, comodidade de camas e espaços de espera, etc.).	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
Empatia	Serviço Ideal					Serviço de MFR da ULSNA				
Sou tratado de forma delicada e empenhada.	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
Sinto que existe a mesma forma de atendimento para mim e para os outros utentes.	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
Os funcionários têm atenção e dedicação no atendimento que fazem.	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
Fiabilidade	Serviço Ideal					Serviço de MFR da ULSNA				
Os serviços prestados aparentam ser correctos e precisos.	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
As informações que recebo dos funcionários são claras.	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
Os tratamentos que recebi foram importantes para a minha recuperação.	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
Prontidão	Serviço Ideal					Serviço de MFR da ULSNA				
Fui recebido com dedicação e prontidão.	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
Os tratamentos que recebi foram realizados de forma correcta e sem demoras.	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5

Os horários e agendamentos dos tratamentos ou consultas foram cumpridos.	1	2	3	4	5		1	2	3	4	5
Confiança	Serviço Ideal						Serviço de MFR da ULSNA				
Sinto que me são fornecidas todas as informações necessárias.	1	2	3	4	5		1	2	3	4	5
Acredito que os funcionários estão correctamente formados para o desempenho das suas funções.	1	2	3	4	5		1	2	3	4	5
O Serviço está adequado de um modo geral ao tipo de tratamentos que necessitei.	1	2	3	4	5		1	2	3	4	5