

PROPOSTA DE IMPLEMENTAÇÃO DO BSC: ESTUDO DE CASO NUM CENTRO HOSPITALAR

BSC IMPLEMENTATION PROPOSAL: CASE STUDY IN HOSPITAL CENTER

Amélia Maria Martins Pires¹, Ana Isabel Rodrigues Fernandes², Jorge Daniel Magalhães Babo³

Resumo

O Balanced Scorecard (BSC), ainda que inicialmente pensado para ser utilizado por grandes entidades do setor privado, é hoje uma ferramenta amplamente utilizada, independentemente da tipologia ou setor de atividade em que a organização se encontra a operar. É neste contexto que se desenvolve este trabalho, que tem como objetivo geral continuar a discutir a aplicação desta ferramenta e, em particular, desenvolver uma proposta de Mapa Estratégico (ME) para ser implementado num centro hospital do setor público empresarial. Para responder ao objetivo proposto o estudo segue uma metodologia de natureza qualitativa, com recurso a um estudo de caso, fundamentalmente descritivo e explicativo. A informação a utilizar foi recolhida com recurso a dados primários, designadamente entrevistas e conversas informais, e secundários, nomeadamente os relatórios e contas da entidade. O trabalho desenvolvido conduziu à elaboração de um ME, que se propõe para ser implementado no Centro Hospital do Tâmega e Sousa (CHTS), desencadeando, por si só, a possibilidade da sua implementação e, com ela, a iniciação de um processo de mudança que irá ajudar toda a organização a compreender que as respostas para os problemas estão relacionadas com questões estratégicas que exigem ações que devem ser implementadas no médio e longo prazo.

PALAVRAS-CHAVE: Balanced Scorecard; Performance Organizacional; Gestão Hospitalar; Mapa Estratégico; Sistema de Gestão Estratégica.

Abstract

In its genesis the Balanced Scorecard (BSC) was directed to large private sector organizations. Over time it was being adapted and gaining increasing importance within different organizations and various sectors of activity. It's in this context that this work is developed, which has general objective to continue to discuss the application of this tool and to develop a Strategic Map (SM) proposal to be implemented in a hospital center of the public sector business. To respond to the proposed objective, the study follows a qualitative methodology, using a case study, fundamentally descriptive and explanatory. The information to be used was collected using primary data, including informal interviews

¹ amelia@ipb.pt; UNIAG; Instituto Politécnico de Bragança

² af@ipb.pt; Instituto Politécnico de Bragança

³ jorge-babo@hotmail.com; Instituto Politécnico de Bragança

and conversations, and secondary, in particular the entity's reports. The work developed led to the elaboration of an ME, which proposes to be implemented in the Hospital Center of Tâmega e Sousa (CHTS), which will trigger a process of change that will help the entire organization understand that the answers to the problems are related to strategic issues that require actions that must be implemented in the medium and long term.

KEYWORDS: Balanced Scorecard; Hospital management; Strategic Map; Public sector.

1. INTRODUÇÃO

Ainda que na sua génese o Balanced Scorecard (BSC) tenha sido pensado para ser aplicado em grandes organizações do setor privado, com o tempo foi sendo adaptado e conquistando importância crescente no âmbito de entidades de diversas tipologias e a operar em diferentes setores de atividade económica. Para tal, muito terão contribuído as exigências de um mercado que é hoje altamente competitivo e que não permite distinguir dimensão ou setor de atividade económica. Neste âmbito, o BSC oferece-se como uma ferramenta de gestão estratégica que, por oposição às tradicionais, faz a conjugação de indicadores financeiros e não financeiros e, com isso, põe em evidência a importância e contributos de todos os recursos, incluindo os intangíveis, para o processo de criação de valor. Com esta integração continua a oferecer a perspetiva dos resultados financeiros (indicadores financeiros) e, simultaneamente, a permitir que sejam observados todos os progressos ao nível da formação de atitudes e de aquisição dos recursos (indicadores não financeiros) de que as organizações precisam para um crescimento sustentável (Kaplan & Norton, 2000). Para isso, assenta numa filosofia que representa a organização a partir de quatro perspetivas, vinculadas entre si através de relações de causa-efeito e relacionadas em torno de uma estratégia e visão comuns que, por sua vez, é transformada em objetivos estratégicos e indicadores para a sua execução e controlo (eg. Quesado et al., 2018; Saraiva & Alves, 2017).

Sob esta perspetiva, o BSC consolidou-se na sua missão de ajudar a otimizar o nível de desempenho a longo prazo e oferecer uma visão global da organização (Kaplan & Norton, 1996; 1993; 1992), reunindo num só mapa diversos indicadores de desempenho que permitem visualizar as relações de causa-efeito entre os objetivos que suportam a estratégia, fornecendo, dessa forma, informação mais dirigida e útil (Hu et al., 2017). Atributos que o colocam entre as ferramentas de gestão mais bem avaliadas e que justificam a sua ampla utilização, em organizações de diferentes tipologias e setores (Balaji et al., 2018).

Por sua vez, quando pensamos na prestação de serviços de saúde e, em particular, por entidades públicas, entramos, comparativamente ao setor privado, numa esfera altamente complexa e peculiar. Por um lado, a necessidade de resolver problemas complexos inerentes à eficiência da prestação dos cuidados de saúde (Melo, 2015) e que se vêm perpetuando, como o aumento de custos com o exercício da atividade, o desperdício de recursos ou a baixa produtividade. Por outro, as expectativas dos utentes e da sua exigência ao nível da qualidade e rapidez dos processos de saúde e na resposta aos seus anseios (Bernardino, 2017).

É neste contexto, da utilidade que lhe vem sendo reconhecida, que, não sendo um tema novo, consideramos conseqüente continuar a investigar em torno da utilização e implementação do BSC, em particular em torno da necessidade de o ajustar para responder aos objetivos específicos de cada organização e desta investigação – desenvolver uma proposta de Mapa Estratégico (ME) para ser implementado num centro hospital do setor público empresarial. Para lhe dar resposta, a investigação, que inicia com esta introdução, desenvolve-se ao longo de dois capítulos. Um primeiro de enquadramento teórico, onde se procura oferecer uma caracterização do BSC a partir do seu conceito, razão e principais características, com o propósito de por em destaque a sua flexibilidade e capacidade de adaptação, as etapas subjacente à sua implementação e uma reflexão acerca do setor da saúde em Portugal, com o propósito de o contextualizar, identificar os principais

desafios e, neste âmbito, justificar a viabilidade e adequabilidade do BSC enquanto ferramenta capaz de os ajudar a suprir. Na continuação, surge o segundo capítulo, que suporta a componente empírica desta investigação, que compreende um estudo de caso desenvolvido no Centro Hospital do Tâmega e Sousa (CHTS), e onde, para além da apresentação e justificação da metodologia utilizada e da caracterização do CHTS, se apresentam, de forma devidamente fundamentada, as diferentes fases em que se fez assentar a construção do ME, em resposta ao objetivo central do estudo. Apresentam-se, por fim, as conclusões a retirar do trabalho realizado, as limitações que marcaram o seu desenvolvimento e o alcance dos resultados obtidos, bem como as linhas gerais para o desenvolvimento de investigação futura.

2. ENQUADRAMENTO TEÓRICO

2.1. BSC: conceito, razão de ser e capacidade de adaptação

A necessidade de adaptação a uma envolvente cada vez mais exigente e onde as organizações passam a estar confrontadas com problemas menos comuns e para os quais as ferramentas mais tradicionais deixaram de dar resposta adequada (Muñoz & Millán, 2003; Kaplan & Norton, 2001; Norreklit, 2000; García & Arias, 2000; Kaplan & Norton, 1997; Otley, 1995), desencadeou um processo de mudança em busca de ferramentas de maior alcance (Olve et al., 2000; Chong, 1996), com outra capacidade para antecipar a mudança e adaptação a essa mudança (Cokins, 2004). É neste contexto que surge o BSC, um modelo de gestão estratégica que veio desmistificar a visão de que para obter sucesso uma organização se deve focar unicamente em indicadores financeiros. A sua capacidade para relacionar informação financeira e não financeira converteu-o numa ferramenta que não só oferece uma visão global e integrada do desempenho organizacional (Kaplan & Norton, 1996; 1993; 1992) como mostra a importância que os intangíveis assumem no processo de criação de valor, viabilizando a possibilidade de uma organização seguir a pista dos resultados financeiros ao mesmo tempo que observa os progressos registados na formação de atitudes e de aquisição dos recursos intangíveis de que necessita para assegurar o seu crescimento sustentável (Kaplan & Norton, 2000). Uma metodologia que, ao assegurar o equilíbrio entre diferentes indicadores, financeiros e não financeiros, de curto e longo prazo, históricos e prospetivos, internos e externos (Kaplan & Norton, 1996), proporciona uma pluralidade que permite obter ou, no mínimo, que contribui para que se consiga alcançar uma visão equilibrada do desempenho global (Perramon et al., 2016). Um instrumento de comunicação útil para o processo de implementação estratégica em organizações com uma envolvente empresarial complexa e competitiva (Muñoz & Millán, 2002), pela sua capacidade para permitir medir as atividades em termos de visão e estratégia (Panggabean & Jermias, 2020; Ramírez & Baidez, 2011).

Criado no início dos anos 90 do século XX, vem, desde então, sendo aplicado com sucesso no mundo inteiro nas mais variadas organizações, privadas, públicas e não governamentais, o que deixa clara a sua capacidade para se adaptar a organizações de diferentes tamanhos e setores, privadas, públicas e não governamentais, pela sua flexibilidade e abrangência (Balaji et al., 2018; Chang et al., 2012), ainda que, não raras vezes, tais organizações se deparem com dificuldades na definição da estratégia por não compreenderem o seu real papel dentro da organização (Niven, 2005; Kaplan & Norton, 2000).

Concebido a partir de uma filosofia prática de gestão empresarial que representa a organização em quatro perspetivas relacionadas em torno de uma estratégia e visão comuns e vinculadas entre si através de relações de causa-efeito (Quesado et al., 2018; Saraiva & Alves, 2017; Lawson et al., 2006), proporciona uma maior comunicação entre os elementos da organização e uma maior perceção do impacto e respetiva contribuição no âmbito da missão da organização (Quesado et al., 2018). Esta relação de vínculo ou causalidade que oferece, característica que acabaria por lhe proporcionar o reconhecimento de que hoje goza (Saraiva & Alves, 2017), e geralmente descrita por

ME, é uma forma de fazer com que a estratégia seja mais facilmente captada pelos colaboradores (Dhaifallah et al., 2018), funcionando também como teste para avaliar se a estratégia está, ou não, corretamente refletida (Silva, 2017). Um modelo de BSC bem estruturado traduz a missão e descreve a estratégia da organização através das relações de causa-efeito entre os objetivos estratégicos e as medidas nas diferentes perspectivas (Porporato et al., 2017). Enquanto mecanismo de implementação, comunicação e compreensão da estratégia, é um elemento facilitador da identificação de problemas e do realinhamento do plano com as metas estabelecidas (Saraiva & Alves, 2017), proporcionando uma aprendizagem contínua pelo feedback que oferece (Quesado et al., 2018).

Assim, e ainda que não se possa afirmar que o BSC garante o sucesso da organização, desde logo porque não se pode ignorar que alguns dos seus indicadores parecem ser fruto do acaso (Saraiva & Alves, 2017), sem relação aparente com os demais e, inclusive, difíceis de sequenciar e relacionar (Vieira & Callado, 2018), o seu uso aumenta consideravelmente a probabilidade de êxito se os indicadores escolhidos forem os apropriados para garantir um controlo iterativo e incentivar uma atitude dinâmica (Kaplan & Norton, 1992) ou para proporcionar uma avaliação contínua das ações e do seu contributo para a concretização dos objetivos estratégicos (Hu et al., 2017; Jordan et al., 2015). Quando bem utilizado, os benefícios são claros, seja ao nível da monitorização do desempenho organizacional, da melhoria do processo de comunicação, da otimização da visão e missão (Balaji et al., 2018) ou da capacidade para gerar aprendizagem estratégica, proporcionando uma visão global do desempenho e promovendo a compreensão dos objetivos organizacionais (Quesado et al., 2018). O BSC não formula estratégias, antes as descreve de forma consistente para garantir que a sua execução é bem-sucedida, pelo que se encontra entre as ferramentas de gestão mais bem avaliadas, comparativamente às tradicionais, pela sua capacidade para ajudar a melhorar os resultados organizacionais, daí a sua utilização em organizações de diferentes tipologias e setores, enquanto meio para melhorar a comunicação e simplificar a visão e a missão (Balaji et al., 2018).

É um modelo que facilita a comunicação, o alinhamento organizacional e aumenta a eficiência na tomada de decisão, ainda que tenha que ser levado em conta o tipo de organização para se proceder aos necessários ajustamentos (Quesado et al., 2017). A sua construção parte sempre da premissa de que, considerando a natureza, setor ou tipologia da organização, existe permanentemente uma relação de causa-efeito entre as diferentes perspectivas que o integram (Perramon et al., 2016). Assim, e considerando as idiosincrasias das organizações que integram o setor público, a arquitetura original do BSC muda pela simples razão de que o sucesso financeiro não se apresenta aqui como o objetivo máximo a alcançar. O papel do cliente, que o utiliza e dele beneficia, ganha um valor adicional, uma vez que é para si e para a satisfação das suas necessidades que estas entidades existem. Destacam-se ainda os contribuintes, que o financiam. A satisfação da comunidade e a melhoria do bem-estar comum assumem particular importância no cumprimento da missão, pelo que deverá ser destacada, como se procura ilustrar na figura 1 que se segue (Ribeiro, 2008; Niven, 2005).

Tal como se pode observar (figura 1), a missão é destacada e elevada ao mais alto nível, funcionando como uma perspectiva mais abrangente para que a mesma seja cumprida e a visão alcançada (Ribeiro, 2008). Quando a organização tem o foco no lucro, a relação causa-efeito inicia com a descrição dos objetivos financeiros, ao passo que quando assim não é, inicia com a definição da missão (Porporato et al., 2017). Consequentemente, o papel do cliente é também elevado, uma vez que é em proveito das suas necessidades que estas organizações atuam (Niven, 2005; Kaplan, 2001). A perspectiva de clientes surge após a missão, uma vez que a sua satisfação surge aqui como o principal objetivo a ser alcançado (Kaplan, 2001). Quem identificamos como cliente e como lhe acrescentamos valor sem aumentar os custos – perspectiva financeira – que processos devemos otimizar para cumprir com o orçamento e as restrições orçamentais – perspectiva de processos – e como agir para crescer e mudar, indo de encontro às exigências e dinâmicas – perspectiva de aprendizagem e crescimento (Niven, 2005).

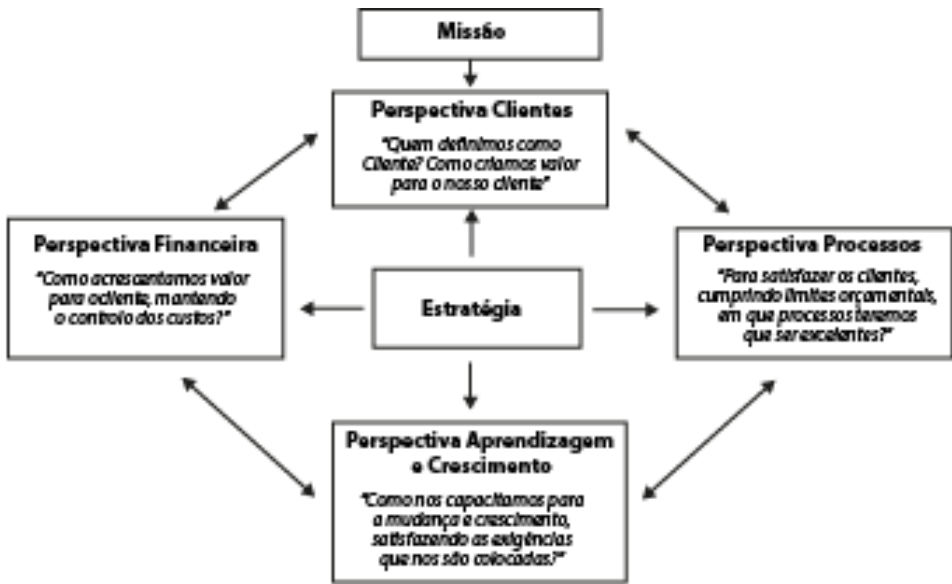


Figura 1: Balanced Scorecard: modelo adaptado ao setor público e às organizações sem fins lucrativos.
Fonte: Ribeiro (2008); Niven (2005); Kaplan (2001); Kaplan e Norton (2000).

2.2. Etapas subjacentes à implementação de um BSC

Quando se pretende elaborar um Mapa Estratégico (ME), objetivo último de um processo de implementação do BSC, sugere-se uma metodologia que pressupõe a existência de uma estratégia e a orientação da organização para a mudança (Kaplan & Norton, 2000), conforme figura 3, que se segue.

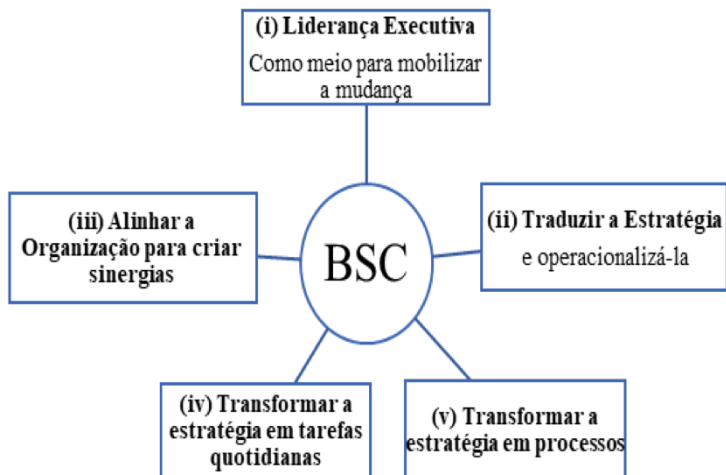


Figura 2: Conjunto de princípios orientadores da estratégia.
Fonte: Elaboração própria.

A sua análise (figura 2) permite alcançar a importância em:

- i. Mobilizar a mudança por meio da liderança executiva, ou seja, explicar as razões da mudança e da sua pertinência – apresentar o BSC e a sua importância para se alcançar a estratégia;

- ii. Traduzir a estratégia em termos operacionais, de forma que todos os membros da organização sejam capazes de a compreender e saibam qual o seu papel no novo contexto de mudança;
- iii. Alinhar a organização com a estratégia, ao ponto de fazer compreender a cada um que, no exercício das suas funções, o sucesso da organização só será alcançado se todos estiverem alinhados e conectados;
- iv. Transformar a estratégia em tarefa para todos, fazendo com que todos e cada um conduzam as suas ações do quotidiano de forma a contribuir para o sucesso. Para o efeito, deve ser criado um bom sistema de comunicação, que mostre a importância do trabalho de cada um e do trabalho em equipa; e
- v. Converter a estratégia num processo contínuo.

Permite, ainda, alcançar a importância de um líder, que assuma e coordene todo o processo e que defina com a sua equipa as diferentes etapas a seguir para a elaboração do ME, nomeadamente:

1. Esclarecer ou definir a missão, visão e valores (Herrero, 2005):
2. Missão: O que examinamos? Onde estamos?
3. Visão: Para onde vamos? Qual o nosso destino?
4. Valores: Que crenças orientarão o nosso comportamento?
5. Analisar o ambiente interno e externo, tendo em vista a elaboração da matriz SWOT;
6. Formular a estratégia organizacional e definir os objetivos estratégicos para cada uma das perspetivas: Como seremos diferentes ao criar valor?
7. Identificar e selecionar os indicadores e estabelecer metas; e
8. Traduzir a estratégia em termos operacionais, ou seja, elaborar o ME.

Assim, e tal como já tivemos oportunidade de realçar, nas melhores práticas das organizações focadas na estratégia, o seu comprometimento está sempre presente (Norton, 2005), uma vez que a implementação do BSC implica um forte envolvimento da gestão de topo e a sua adequada articulação com toda a organização (Quesado et al., 2017), um ambiente favorável à mudança, com o envolvimento de toda a equipa em todas as etapas do processo, um adequado esclarecimento da visão e da estratégia e a compreensão do novo estilo de gestão, com o objetivo de criar sinergias e tornar o todo maior que a soma das partes (Norton, 2005; Herrero, 2005). Tudo isto proporciona um processo de aprendizagem, provavelmente o processo mais importante e inovador deste método, pela possibilidade de se fazer uma aprendizagem organizacional com base no feedback que o BSC proporciona (Norton, 2005).

2.3. O setor da saúde em Portugal: contextualização e principais desafios

Se em qualquer empresa o princípio fundamental é a criação de valor para o acionista, no setor da saúde o processo de criação de valor nem sempre assume a mesma forma e é frequentemente divergente entre os principais stakeholders – prestadores de cuidados, acionistas e o próprio cliente. Enquanto para o cliente a definição de valor se reflete no seu nível de bem-estar, para os prestadores de cuidados essa definição vai depender dos recursos disponíveis para o desempenho da sua atividade e a prestação de um serviço de qualidade e em segurança, ao passo que para os acionistas a criação de valor depende da rentabilidade. Mas, quando pensamos na prestação destes serviços por entidades públicas, entramos na esfera das expectativas dos utentes e da sua exigência ao nível da qualidade e rapidez dos processos de saúde e na resposta aos seus anseios, pelo que a peculiaridade da gestão tem aqui um desafio acrescido e que reside, fundamentalmente, na gestão destes interesses, muitas vezes divergentes (Bernardino, 2017).

No caso concreto do setor da saúde em Portugal, assistimos, desde a década de 70 do século XX, a uma intervenção continuada e progressiva do Estado, numa atitude de priorização da promoção da saúde e da prevenção da doença. Neste âmbito, foi criado, em 1979, o Sistema Nacional de Saúde (SNS), universal e tendencialmente gratuito, o que permitiu ao país apresentar ganhos significativos em saúde e posicionar-se próximo dos melhores valores observados na Europa. Contudo, com o envelhecimento da população, a redução da natalidade, o aumento de doenças crónicas e dos custos com a saúde em geral, vem sendo confrontado com desafios de magnitude tal que têm permitido que muitos se questionem, e com fundamento crescente, acerca da sua sustentabilidade. Em conformidade, temos vindo a assistir, de há uns anos a esta parte, a um incrementar de medidas restritivas e potenciadoras de maiores níveis de eficiência e eficácia dos diferentes serviços que o integram (Cortes, 2016).

Estas dificuldades, que têm marcado a agenda do SNS nos últimos anos, são hoje o seu grande desafio porque traduzidas em problemas complexos, que estão inerentes à própria eficiência da prestação dos cuidados de saúde e que são hoje um facto reconhecido por todos os intervenientes neste processo, desde os beneficiários aos prestadores e financiadores (Melo, 2015).

Com efeito, têm proliferado medidas de regulação, de sustentabilidade económica e financeira, de desempenho e gestão e de política do medicamento. Problemas como o aumento de custos com o exercício da atividade, o desperdício de recursos ou a baixa produtividade dos serviços de prestação de cuidados de saúde, não são problemas de hoje, mas que persistem e que vêm preocupando os sucessivos Governos desde os anos 90 do século passado. Os encargos do SNS são maioritariamente públicos, financiados pelos contribuintes e que se foram agravando ao longo dos tempos, colocando em risco a sua sustentabilidade futura e, como consequência, a garantia de acesso a todos os cidadãos. Aliás, a sustentabilidade é hoje um problema dos sistemas de saúde eminentemente públicos (Cortes, 2016).

A par da questão financeira, observam-se ainda problemas de outra natureza, como a incapacidade de resposta operacional, confirmada pelo crescimento das listas de espera, problemas que alertam para a ineficiência do modelo de gestão, realidade que parece ser transversal a todos os países da Europa, e que vêm deixando claro, de há uns anos a esta parte, a necessidade de melhorar os resultados da prestação de cuidados de saúde (Nunes & Matos, 2017). Os principais problemas do ponto de vista da gestão no SNS relacionam-se com a excessiva afluência de utentes aos serviços de urgência, as demoradas listas de espera, a insatisfação de utentes e profissionais ou o crescimento desequilibrado da despesa (Bernardino (2017) e que parecem querer comprometer a sua sustentabilidade, preocupação que é comum a todos os países desenvolvidos, sendo consensual também o reconhecimento da necessidade de mudança (Melo, 2015).

Em conformidade, com o objetivo de gerar mais eficiência e produtividade a um menor custo e com melhores resultados, em 2002, os hospitais portugueses deixam de pertencer ao Setor Público Administrativo (SPA) para serem integrados no Setor Público Empresarial (SPE) e, com isso, passaram a adotar práticas de gestão empresarial. Ainda que esta medida se tenha traduzido num passo significativo na procura da excelência da prestação de cuidados, muito há ainda para fazer em busca da maximização da eficiência e da capacidade já instalada (Nunes, 2017). Seria precisamente após este processo de empresarialização dos hospitais que desencadeou a necessidade de ser criado um plano estratégico e que, como consequência, acabaria por se assistir à implementação, em Portugal, do BSC, ferramenta que, de resto, parece ser do agrado dos gestores hospitalares que com ele têm tido contacto (Mesquita et al., 2018). Na verdade, os gestores hospitalares têm vindo a reconhecer que com o processo de acreditação a que estas unidades foram submetidas, no âmbito da adoção da ISO 9001, se registou um aumento global de todos os indicadores de desempenho e um melhor relacionamento com os stakeholders, reconhecendo, ainda, que quando os processos são enquadrados com a metodologia BSC surgem novos insights, ou seja, que há novas perceções sobre os processos operacionais e os objetivos estratégicos mas também o desenvolvimento de iniciativas que vão para lá de uma análise operacional custo-benefício (Ritchie et al., 2019).

Por sua vez, a par da obtenção do estatuto de EPE por parte destas entidades, assistiu-se, tam-

bém, a processos de fusão de hospitais da mesma região em grandes centros hospitalares e de fusão de hospitais com centros de saúde. Presentemente, e considerando as restrições orçamentais, o objetivo do Governo continua a ser o de continuidade de promoção de uma política de saúde assente na maximização da capacidade e recursos do SNS, no cumprimento dos direitos dos utilizadores, na promoção da eficiência e produtividade com melhoria na qualidade dos cuidados prestados (Nunes & Matos, 2020).

3. ESTUDO DE CASO

3.1. Metodologia, método de investigação e processo de recolha de dados

Da vasta literatura de que se dispõe sobre as diferentes abordagens metodológicas, este estudo segue uma metodologia qualitativa, suportada num estudo de caso de tipo descritivo e explicativo (Barañano, 2008; Yin, 2015). A elevada componente interpretativa que caracteriza esta investigação justifica, por si só, a opção pelo estudo de caso, enquanto técnica fundamental para o desenvolvimento da teoria (Ryan et al., 2002) e para a obtenção de informação qualitativa (Barañano, 2008). Para a recolha de dados recorreu-se a dados primários, com recurso à aplicação de entrevistas, formais e informais, assentes em questões abertas, e em dados secundários, com recurso à análise de documentos produzidos pela empresa, com particular destaque para os relatórios e contas e o plano de atividades, do Centro Hospitalar do Tâmega e Sousa (CHTS), para os anos de 2019 e 2020.

3.2. Caracterização da unidade de análise

O estudo desenvolve-se no CHTS, unidade hospitalar de referência da região geográfica do Vale do Sousa e Baixo Tâmega, constituída por 12 concelhos, pertencentes a 4 distritos, Aveiro (Castelo de Paiva), Braga (Celorico de Basto), Porto (Amarante, Baião, Felgueiras, Lousada, Marco de Canaveses, Paços de Ferreira, Paredes e Penafiel) e Viseu (Resende e Cinfães), conforme figura 3.



Figura 3: Área de influência do CHTS.

Fonte: CHTS, 2020.

Com a atual figura jurídica, de EPE, criada pelo Decreto-Lei n.º 326/2007, de 28 de setembro, passou a ser constituído por duas unidades hospitalares, o Hospital Padre Américo (HPA), situado em Penafiel, e o Hospital de São Gonçalo (HSG).

Considerando que a forma como uma organização se estrutura é importante para compreender o seu funcionamento, apresentamos a figura 4, que se segue, a sua estrutura orgânica, com o objetivo de mostrar quer a sua estrutura básica quer a sua estrutura de serviços.

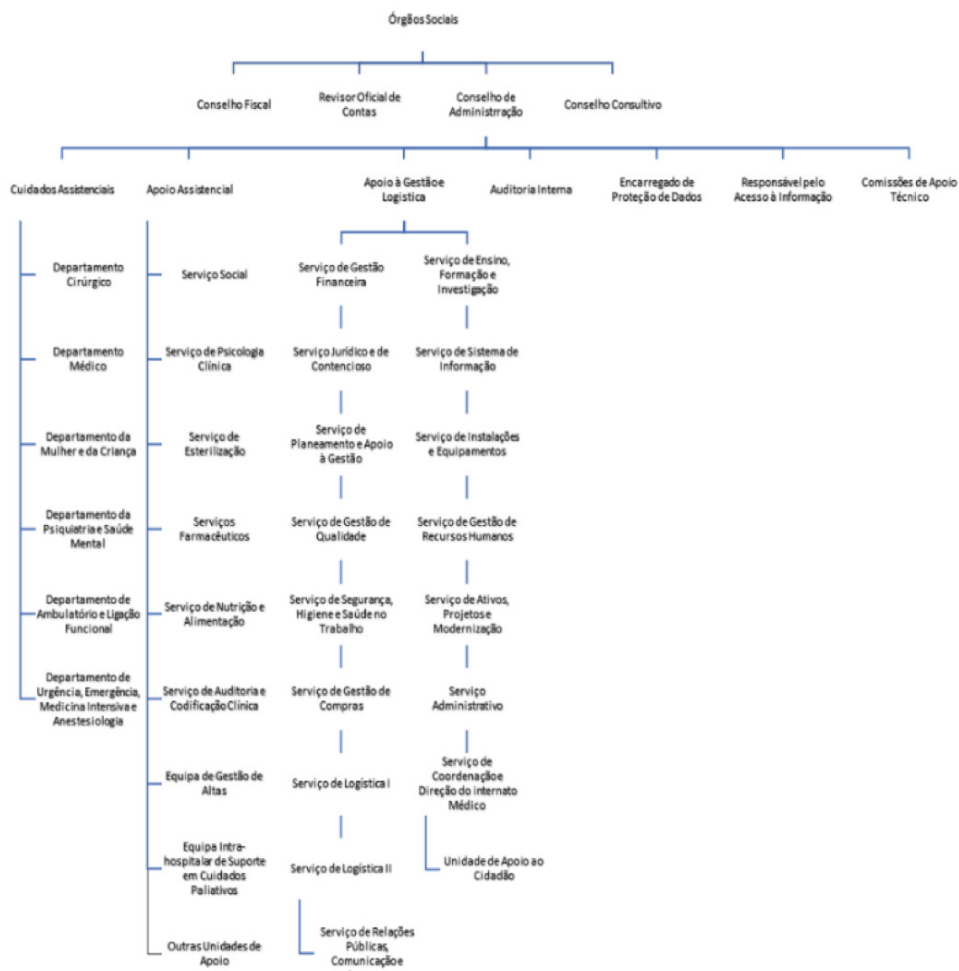


Figura 4: Estrutura Orgânica do CHTS.

Fonte: CHTS, 2020.

A filosofia de atuação do CHTS enquadra-se no âmbito da prestação de serviços de saúde a uma população que deverá totalizar cerca de 504.112 habitantes (INE, 2019), que corresponde à sua área de influência, a partir das duas unidades hospitalares referidas, o HPA e o HSG, que respondem pela capacidade instalada do CHTS e que estão ligadas pela autoestrada A4 e se distanciam em cerca de 40 quilómetros. Neste particular, e considerando que a apresentação de um organograma não é, por si só, suficiente para perceber como uma organização funciona, apresenta-se, na tabela 1, que se segue, os recursos humanos do CHTS, distribuídos pelos diferentes pelos grupos profissionais que o integram.

Tabela 1: Distribuição e evolução dos recursos humanos do CHTS.

Grupo Profissional	2018		2019		2020		Desvio 2019/2020	
	Número	Peso (%)	Número	Peso (%)	Número	Peso (%)	Número	%
Órgãos Sociais	6	0,30	6	0,28	6	0,25	0	
Médicos	416	21,10	446	21,16	461	19,21	15	3,36
Enfermeiros	655	33,22	701	33,25	819	34,13	118	16,83
Técnicos Superiores de Saúde	10	0,51	12	0,57	11	0,46	-1	-8,33
Técnicos Superiores de Diagnóstico e Terapêutica	119	6,03	124	5,88	157	6,54	33	26,61
Técnicos Superiores	41	2,08	39	1,85	40	1,67	1	2,56
Assistentes Técnicos	220	11,16	217	10,29	237	9,88	20	9,22
Assistentes Operacionais	483	24,49	542	25,71	649	27,04	107	19,74
Administradores Hospitalares	8	0,41	8	0,38	7	0,29	-1	-12,50
Pessoal de Informática	11	0,56	10	0,47	10	0,42	0	
Pessoal Docente	3	0,15	3	0,14	3	0,13	0	
Total	1972	100,00	2108	100,00	2400	100,00	292	13,85
Incertos	19	0,96	30	1,42	46	1,92	16	53,33
Total sem Incertos	1953	99,04	2078	98,58	2354	98,08	276	13,28

Fonte: CHTS, 2020.

Como se pode observar (tabela 1), o CHTS dispõe de um conjunto significativo de recursos humanos e que tem vindo a crescer, pelo dispõe de capacidade instalada, em diferentes especialidades e valências, que lhe permitem responder com uma carteira de serviços muito diversificada, tal como se pode constatar da análise à tabela 2, que a seguir se apresenta.

Tabela 2: Carteira de Serviços do CHTS.

Carteira de Serviços	Internamento	Consulta Externa	Urgência	Hospital de Dia
Anestesiologia		•	•	
Angiologia e Cirurgia Vascular	•			
Berçário	•			
Bloco Operatório			•	
Cardiologia	•	•		•
Cirurgia Geral	•	•	•	
Cirurgia Plástica e Reconstructiva e Estética	•	•		•
Endocrinologia e Nutrição		•		•
Estomatologia		•		
Gastroenterologia	•	•		•
Ginecologia	•	•		•
Imagiologia			•	
Imunoalergologia				•
Imunohemoterapia		•	•	•
Infeciologia		•		
Medicina Dentária		•		
Medicina do Trabalho		•		
Medicina Física e Reabilitação		•		
Medicina Interna	•	•	•	•
Nefrologia				•
Neonatologia	•			
Neurologia		•		•
Obstetrícia	•	•		•
Oftalmologia	•	•		
Ortopedia	•	•	•	
Otorrinolaringologia	•	•	•	
Patologia Clínica			•	
Pediatria	•	•		•
Pneumologia	•	•		•
Psicologia				•
Psiquiatria	•	•		•
Psiquiatria da Infância e Adolescência		•		•
SIV			•	
SMC (Adultos e Infância e Adolescência)				•
Unidade de Cuidados Intensivos	•			
Unidades de Cuidados Intermédios			•	
Urgência Pediátrica			•	
Urgência Polivalente			•	
Urologia	•	•		•
VMER			•	

Fonte: CHTS, 2020.

Com o objetivo de assegurar a necessária articulação, em termos operacionais, o CHTS apresenta-se organizado a partir de um conjunto de seis departamentos (tabela 3).

Tabela 3: Departamentos do CHTS.

Departamentos			
Departamento Cirúrgico	Serviço de Cirurgia Geral	Departamento Médico	Serviço de Cardiologia
	Serviço de Oftalmologia		Serviço de Medicina Interna
	Serviço de Otorrinolaringologia		Serviço de Neurologia
	Serviço de Ortopedia		Serviço de Gastroenterologia
	Serviço de Urologia		Serviço de Pneumologia
	Serviço de Cirurgia Vascular		Serviço de Endocrinologia
	Serviço de Bloco Operatório Central		Unidade de Nefrologia
	Serviço de Bloco Operatório de Ambulatório		Unidade de Infeciologia
Departamento da Mulher e Criança	Serviço de Ginecologia e Obstetrícia	Departamento Psiquiatria e Saúde Mental	Serviço de Psiquiatria
	Serviço de Pediatria e Neonatologia		Serviço de Pedopsiquiatria
	Hospital de Dia Pediátrico		Consulta Externa de Psiquiatria
	Bloco de Partos		Cuidados Domiciliários
Departamento Ambulatório e Ligação Funcional	Serviço de Imagiologia	Departamento de Urgência, Emergência, Medicina Intensiva e Anestesiologia	Hospital de Dia de Psiquiatria
	Serviço de Patologia Clínica		Serviço de Anestesiologia
	Serviço de Imunohemoterapia		Serviço de Urgência Médico-Cirúrgica do HPA
	Serviço de Medicina Física e Reabilitação		Serviço de Urgência Básica do HSG
	Unidade de Estomatologia		Serviço de Medicina Intensiva
	Consulta Externa		Viatura Médica de Emergência e Ressuscitação (VMER)
	Exames Especiais		Viatura de Suporte Imediato de Vida
	Hospital de Dia Polivalente		Unidades de Internamento de Curta Duração
	Clínica do Pé Diabético		Equipa de Emergência Interna
	Unidade de MCDT's e Transporte de Doentes		
Hospitalização Domiciliária			

Fonte: CHTS, 2020.

Os cuidados de saúde da região do Vale de Sousa e Baixo Tâmega são, tal como já tivemos oportunidade de referir, assegurados pelas duas unidades hospitalares que integram o CHTS. O HPA, localizado em Penafiel, constituído por um edifício principal, que se distribui por 11 pisos, onde se desenvolve a maior parte da atividade do CHTS. Nesta localização existe ainda um edifício exclusivamente destinado ao Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental, um Heliporto. Na unidade de Amarante, o HSG, estão em funcionamento apenas alguns serviços, designadamente de urgência, consulta externa, internamento de medicina, medicina física e reabilitação e a unidade de psiquiatria e saúde mental. Esta unidade hospitalar dispõe, também, de um Heliporto. Na tabela 4, que se segue, sintetizamos os recursos disponíveis nestas unidades hospitalares, no que se refere ao número de camas no Internamento, número de salas no bloco operatório e número de gabinetes na consulta externa.

De referir, ainda, que este centro hospitalar desenvolve a sua ação em complementaridade com outras estruturas, que também o integram, como é o caso dos Agrupamentos de Centros de Saúde (ACES) e suas extensões, e outras, designadamente as estruturas hospitalares das Misericórdias existentes nos concelhos da região e a rede de apoio pré-hospitalar, em articulação com o Instituto Nacional de Emergência Médica (INEM) e as Unidades Protocoladas com a Rede Nacional de Cuidados de Saúde (CHTS, 2020). Esta forma de atuar é uma consequência, tal como já tivemos oportunidade de destacar, dos processos de fusão entre hospitais da mesma região e entre hospitais e centros de saúde, pela aposta na promoção de uma política de saúde assente na maximização da capacidade e recursos do SNS (Nunes & Matos, 2020).

Em termos de equilíbrio financeiro, para o curto e médio e longo prazos, os principais indicadores permitem observar um agravamento no período em análise, de 2019 para 2020 face ao período de 2018 para 2019), tal como se pode observar na tabela 5, onde se apresentam os principais indicadores da mesma natureza.

Tabela 4: Capacidade instalada do CHTS.

Número de camas, salas e gabinetes no CHTS	HPA	HSG	Total
Gabinetes de Consulta Externa	49	19	68
Sala de Pequena Cirurgia da Consulta Externa	3	0	3
Salas do Bloco Operatório – Cirurgia Urgente	1	0	1
Salas do Bloco Operatório – Cirurgia Programada Convencional	6	1	7
Salas do Bloco Operatório – Cirurgia de Ambulatório	2	3	5
Salas de Bloco de Partos	10	0	10
Camas de Hospital de Dia	7	5	12
Cadeiras de Hospital de Dia	6	8	14
Camas da Unidade de Recobro	5	1	6
Camas de Internamento (Sem Berçário e sem Psiquiatria Crônicos)	399	65	464
Camas de Internamento Psiquiatria Crônicos	0	29	29
Berçário	38	0	38

Fonte: CHTS, 2020.

Tabela 5: Principais indicadores financeiros.

Indicador	Varição de 2019 para 2020	Varição de 2018 para 2019
Liquidez Geral	-15,76%	-21,85%
Liquidez Imediata	- 8,5%	-11,56%
Solvabilidade Autonomia Financeira	- 28,30%	-28,41%

Fonte: CHTS (2020; 2019).

Em termos operacionais, pode observar um agravamento no resultado (de 2019 para 2020), que se fica a dever, em grande parte, ao acréscimo nos gastos com o pessoal, consequência do crescimento registado ao nível dos recursos humanos, tal como já tivemos oportunidade de destacar (tabela 1) e das maiores necessidades que surgiram no âmbito do combate, proteção e tratamento do COVID-19 (de 2019 para 2020), e que exerceram uma enorme pressão sobre os indicadores operacionais. Uma tendência que, porém, já vinha sendo registada do período anterior, tal como se pode observar na tabela 6, e, ainda, à rigidez apresentada pela estrutura de gastos (CHTS, 2020).

Tabela 6: Comportamento dos principais indicadores de resultados.

Indicador	Varição de 2019 para 2020	Varição de 2018 para 2019
EBITDA	-62,94%	-11,33%
Resultado Operacional	- 53,62%	- 7,04%
Resultado Líquido	- 50,38%	-7,16%

Fonte: CHTS (2020; 2019).

3.3. Construção do BSC

3.3.1. Missão, visão e valores

A missão de uma organização não é mais do que a sua razão de existir e dá sentido e significado ao trabalho que desenvolve e que faz parte do seu quotidiano. O CHTS tem como missão “a prestação de cuidados de saúde à população da sua área de influência, desenvolvendo funções de assistência e de ensino pré e pós-graduado e estimulando a investigação e o desenvolvimento científico”, e como visão a “distinção pela qualidade de cuidados, capacidade de investigação, inovação e pelo impacto positivo na comunidade, garantindo a eficiência e a sustentabilidade económica, financeira e ambiental, a médio e longo prazo, e permitindo que a população por si servida obtenha elevados cuidados de saúde, adequando a prestação de cuidados hospitalares às necessidades da população, perseguindo a melhoria contínua, o elevado nível de organização dos serviços, o aproveitamento integral da capacidade instalada, contribuindo também para a sustentabilidade geral do SNS” (CHTS, 2020, p. 26). Acontece, não raras vezes, que não obstante a missão e visão serem claras, nem sempre a estratégia existe ou está claramente definida, dificultando a ação (Jordan et al., 2015), na medida em que não se consegue medir aquilo que não está adequadamente definido e, sem medir, torna-se difícil gerir (Kaplan & Norton, 2004). Recordamos, ainda, que a existência de missão pressupõe a existência de estratégia e visão estratégica que lhe permita saber o que fazer no médio e longo prazo (Quesado et al., 2017).

No âmbito da sua missão e visão, o CHTS e os profissionais que o integram norteiam a sua atividade profissional com base num conjunto de valores e políticas de atuação, designadamente (CHTS, 2020; 2019):

- Éticos, em respeito pelos princípios regulamentados e procedimentos definidos, trabalhando com honestidade, profissionalismo e transparência;
- Competência e cooperação, em busca da máxima eficiência na utilização de recursos, promovendo e prosseguindo a permanente aprendizagem e inovação no sentido de assegurar os objetivos e a sustentabilidade futura;
- Qualidade, em busca da excelência dos serviços prestados à população tendo como objetivo a melhoria contínua;
- Compromisso com o cidadão, identificando e satisfazendo as necessidades de cuidados aos utentes com correção, benevolência e humanismo;
- Humanização, estimulando continuamente o crescimento profissional e pessoal, trabalhando com entusiasmo, praticando a justiça, contribuindo e mantendo relações de confiança, lealdade, tolerância e respeito pela dignidade dos utentes; e
- Responsabilidade Social e Ambiental, contribuindo para o desenvolvimento consciente e sustentado da sociedade, elevando o pleno exercício da cidadania, o compromisso com a justiça social, equidade e respeito pelo ambiente.

3.3.2. Análise do ambiente interno e externo

No processo de implantação do BSC é fundamental que a organização busque analisar os ambientes externo e interno. Um dos recursos mais usuais para essa análise é a chamada Matriz SWOT, que permite pôr em evidência as forças (Strengths), fraquezas (Weaknesses), oportunidades (Opportunities) e ameaças (Threats). Neste particular, procurámos identificar os aspetos em que o CHTS se destaca e é, de facto, eficiente, e observar, também, onde se deve focar para melhorar a sua experiência e atividade. Para o efeito, desenvolveu-se uma análise interna da empresa e da sua relação com o seu meio envolvente, que se apresenta na tabela 1, que se segue.

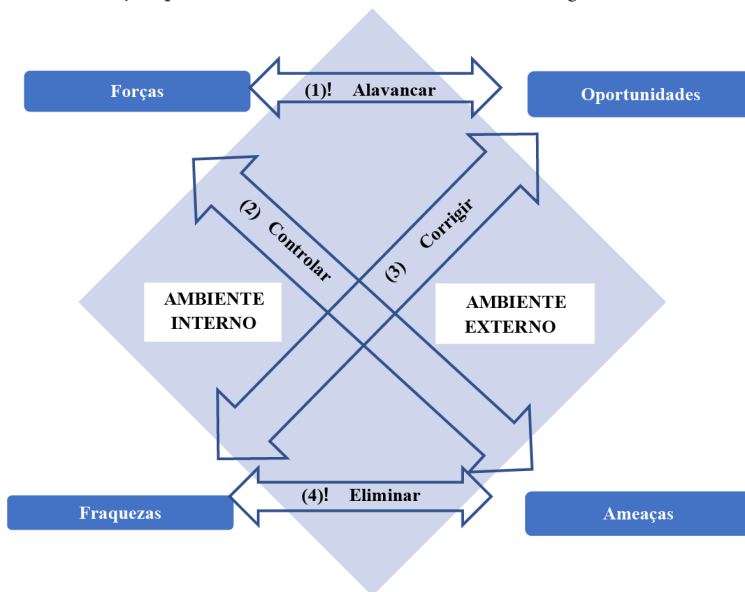
Tabela 1: Matriz SWOT do CHTS.

	Pontos Fortes	Pontos Fracos
Envolvente Interna	Qualidade técnica dos colaboradores	Insuficiência dos recursos humanos
	Potencial de desenvolvimento das equipas	Elevada dependência da Tutela para contratação
	Experiência de projeto de acreditação institucional	Baixa cobrança de receita
	Estrutura física de boa qualidade	Dificuldades de clarificação dos níveis de gestão interna
	Nível de informatização dos serviços	Pouco envolvimento e participação em processos de mudança
		Formação permanente com baixo impacto no desenvolvimento
		Clima organizacional desfavorável e gerador de baixa motivação profissional
		Elevado absentismo
		Elevada taxa de ocupação dos serviços
		Incompleta interoperabilidade dos sistemas de informação existentes
	Ausência de um processo organizado de gestão da qualidade	
	Inadequados circuitos e gestão de equipamentos e consumos	
	Subdimensionamento da capacidade de internamento face à população abrangida	
	Insuficiência da capacidade da Consulta e Urgência do HPA	
	Oportunidades	Ameaças
Envolvente externa	Nível crescente da taxa de natalidade	Contexto económico nacional e internacional
	Melhoria na circulação com ACES	Falta de perspetiva de desenvolvimento profissional
	Crescente grau de exigência das pessoas e famílias	Contratação de profissionais de saúde por outras instituições
	Orientação da Tutela para a asção a processos de melhoria da qualidade	Acumulação de funções
	Desenvolvimento e aperfeiçoamento da contratualização	Lento desenvolvimento dos sistemas de informação pela SPMS
	Potencial de desenvolvimento da ambulotorização de cuidados	Nível de envelhecimento e dependência da população
	Capacidade para aumentar a produtividade e eficiência interna	Proximidade com hospitais centrais

Fonte: CHTS, 2019; 2020.

A tabela 1 contempla, tal como se pode observar, as relações encontradas entre as condições externas e internas (Kaplan & Norton, 2008), proporcionando, nessa perspetiva, uma visão sobre as diferentes alternativas estratégicas que procurámos ilustrar na figura 4, que a seguir se apresenta.

Figura 4: Possíveis relações para o estabelecimento de alternativas estratégicas.



Fonte: Elaboração própria.

A sua análise (figura 4) permite recordando a importância da existência de visão estratégica e

da importância em fazê-la cumprir, para o que deverá compreender o que fazer no médio e longo prazo (Quesado et al., 2017). Para o efeito, aquando da definição dos seus objetivos estratégicos, deverá ponderar:

- (1) Melhorar a utilização dos pontos fortes para um maior aproveitamento das oportunidades;
- (2) Controlar as áreas onde a organização tem pontos fortes, mas relativamente aos quais sofre ameaças;
- (3) Corrigir as áreas onde a organização tem pontos fracos com as oportunidades que se lhe apresentam; e
- (4) Eliminar as áreas onde foram identificados pontos fracos e relativamente aos quais a organização sofre ameaças.

3.3.3. Estratégia, objetivos estratégicos, indicadores e metas

A organização necessita de uma visão estratégica que lhe permita saber o que fazer no médio e longo prazos (Quesado et al., 2017). Recordamos, a propósito, que a arte de desenvolver uma estratégia bem-sucedida e sustentada no tempo depende da capacidade para assegurar o necessário alinhamento entre os recursos disponíveis na organização – infraestruturas, processos, sistemas e pessoas – e a estratégia (Norton & Kaplan, 2000), o que pressupõe a determinação de conexões (causa-efeito) e o seu relacionamento com os objetivos, enquanto indutores de desempenho. Será deste alinhamento que resulta a criação de valor, pelo que a estratégia surge na posição central do BSC e representa a forma como se pretende alcançar a visão, finalidade máxima. Neste âmbito, considerando, por um lado, a visão definida pelo CHTS e, por outro, que para a definição da estratégia Kaplan e Norton (2000) sugerem a sua divisão em temas estratégicos, óptimos, no âmbito das opções oferecidas pelos autores, por enquadrar a estratégia do CHTS na temática da excelência operacional, assente na qualidade dos serviços prestados à população, em busca da melhoria contínua dos processos, práticas e competências. Assim, e sem perder de vista o que se pretende – atingir a visão – prosseguimos com a definição dos objetivos estratégicos, procurando, para o efeito, estabelecer articulação sistemática com a estratégia organizacional (figura 5), e tomando por base a matriz SWOT (tabela 1) e as possíveis relações a estabelecer (figura 4).

(1) ESTRATÉGIA ORGANIZACIONAL				
	(2)	(3)	(4)	(5)
Perspetivas	Objetivos Estratégicos	Indicadores	Metas	Plano de Ação
Utentes				
Financeira	Fatores Críticos de Sucesso	Monitorização	Desempenho	Atividades
Processo Internos		(Feedback)	Esperado	
Aprendizagem e Crescimento				

Figura 5: Articulação sistemática entre estratégia organizacional e objetivos estratégicos.

Fonte: Elaboração própria.

Tal como se alcança da análise à figura 5, o BSC deve ser construído de forma adaptada à organização onde se pretende implementar, explorando as suas características de flexibilidade e abran-

gência (Balaji et al., 2018; Chang et al., 2012), mas sem perder de vista a promoção e compreensão dos objetivos organizacionais (Quesado et al., 2018) e a sua coerência com os indicadores que, pelo feedback que proporcionam, serão utilizados como meio para melhorar a comunicação e simplificar a visão e a missão (Balaji et al., 2018). Para o efeito, considerámos que um número elevado de objetivos e indicadores poderia não permitir concentrar esforços e destacar o que realmente se pretende, pelo que se optou por apresentar os indicadores em número equilibrado para tornar o ME de mais fácil compreensão e análise e facilitar o processo de tomada de decisão, tal como vem sendo defendido por Kaplan e Norton (1996). Considerando que a performance desejável depende do cumprimento de objetivos estratégicos, a comunicação (feedback) do seu grau de cumprimento, que deverá ser feita com base nos indicadores selecionados e analisada com referência a um conjunto de atividades e iniciativas subjacentes a metas previamente fixadas, enquanto elementos representativos da performance desejada.

Clarificada a estratégia do CHTS – maximizar a eficiência operacional – e considerando os princípios orientadores e dificuldades encontradas, foram escolhidos os objetivos estratégicos, em função dos fatores críticos de sucesso, e respetivos indicadores para cada uma das quatro perspetivas (figura 6) que, por estarmos em presença de uma entidade pública, surge com uma arquitetura diferente da original. Tal como se alcança da estratégia definido para o CHTS, o sucesso financeiro não foi aqui considerado como o objetivo máximo. No setor público destaca-se o utente, enquanto utilizador dos seus serviços e que deles beneficia, e os contribuintes, que o financiam, pelo que a satisfação da comunidade e a melhoria do bem-estar comum assumem particular importância no cumprimento da sua missão (Ribeiro, 2008; Niven, 2005).

Perspetiva	Fatores críticos de sucesso	Objetivos	Indicadores
Utente	Alcançar elevados níveis de satisfação e fidelização	Melhorar a satisfação e a reputação na comunidade	Índice de satisfação Inquérito aos profissionais Nº de reclamações recebidas
		Aumentar a capacidade de resposta da consulta externa	Nº de consultas da consulta externa realizadas
Financeira	Melhorar a capacidade de gestão dos recursos e dos resultados	Cumprir as metas do Orçamento	Grau de execução do orçamento Desvios de Gastos
		Reduzir o consumo de medicamentos	Custo com medicamentos
		Reduzir os gastos com os doentes	Gastos Operacionais por doente padrão
Processos Internos	Eficiência e eficácia operacional Otimizar utilização dos recursos	Elevar a qualidade dos cuidados e a excelência operacional	% de episódios de urgência Nº médio de consultas por utente Desvio no tempo de espera, relativamente ao previsto no protocolo de triagem
		Reduzir o tempo de espera para primeiras consultas	% 1ª Consultas realizadas em tempo adequado
		Aumentar as cirurgias programadas	% de inscritos na lista de inscritos para cirurgia
Aprendizagem e Crescimento	Criar elevados índices de motivação e empenho Assegurar conhecimento e formação	Promover uma adequada cultura organizacional	Índice de satisfação
		Melhorar competência e dar formação	Nº de horas de formação
		Fomentar colaboração com instituições de ensino e aumentar I&D	Nº de estagiários recebidos Índice de evolução

Figura 6: Fatores críticos de sucesso, objetivos e indicadores.

Fonte: Elaboração própria.

A análise (figura 6) permite concluir que os fatores críticos de sucesso se encontram muito dependentes de recursos intangíveis, como os níveis de satisfação, muito dependentes da qualidade do serviço prestado, do tempo de espera, e, globalmente, da eficácia operacional ou das instalações e equipamentos. Em conformidade, mostra os indicadores selecionados e a utilizar, para efeitos de feedback e comunicação da situação identificada, com a periodicidade definida, pelo CHTS.

A situação que em cada momento será reportada terá como referência, para efeitos de interpretação e reflexão, as metas definidas, que mais não são do que a performance desejada, pelo que são elas que dão significado aos resultados obtidos. Considerando a sua especificidade e abrangência, não são fáceis de definir. Porém, como a monitorização terá sempre por base o caminho a percorrer, com base num conjunto de atividades que procuram imprimir um processo de melhoria contínua assente na concentração de esforços e na mobilização em torno do objetivo máximo, as metas foram traçadas para o médio e longo prazo com base numa perspetiva maximizadora da eficiência operacional (tabela 2).

Tabela 2: Metas do BSC no CHTS.

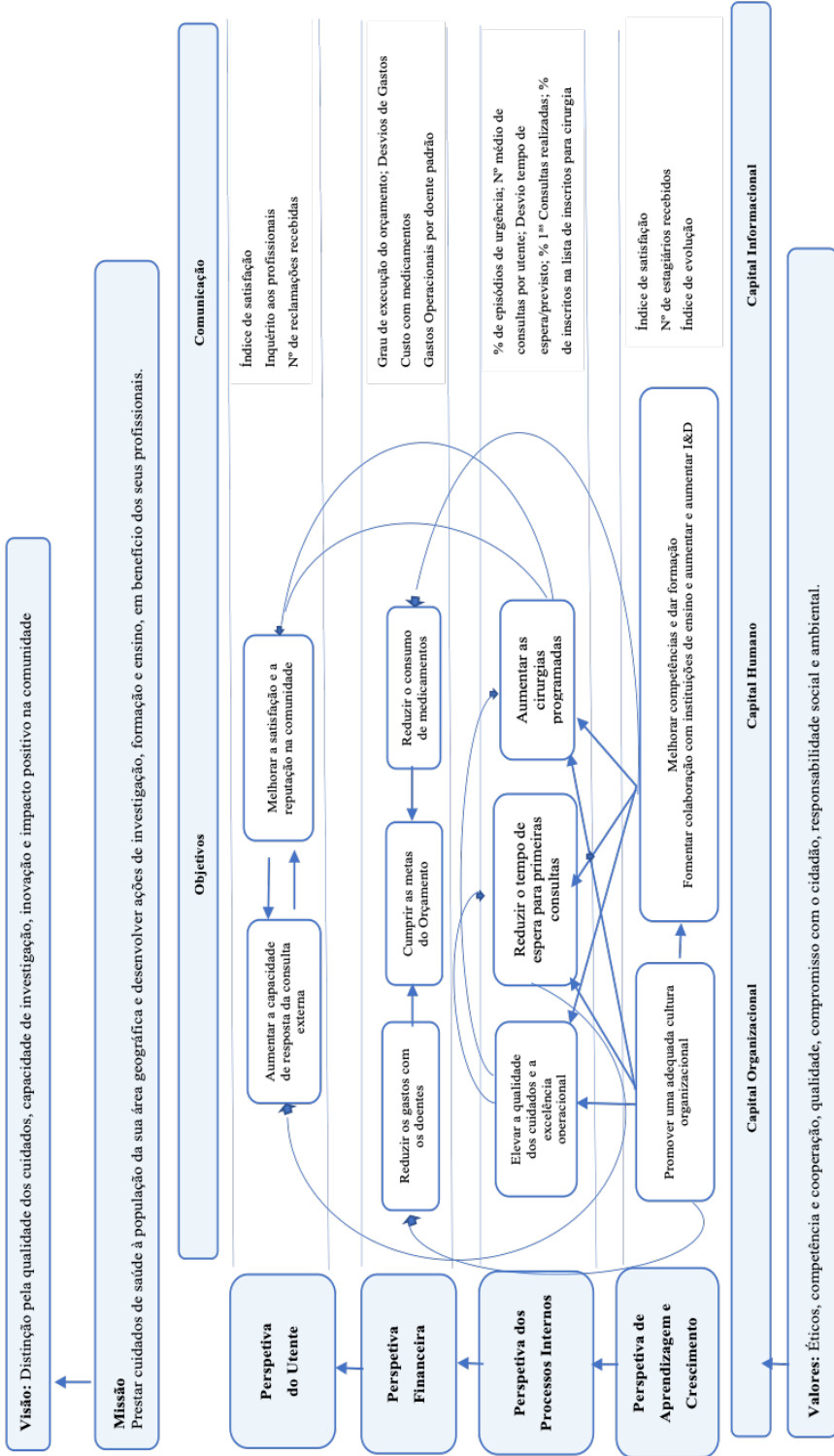
Perspetiva	Indicador	Frequência Comunicação	Meta
Utente	Índice de satisfação	Mensal	100%
	Nº de reclamações recebidas	Mensal	0
	Inquérito aos profissionais	Anual	-
Financeira	Grau de execução do orçamento	Trimestral	100%
	Desvios de gastos	Trimestral	2%
	Custo com medicamentos	Mensal	Orçamentado
	Gastos Operacionais por doente padrão	Trimestral	Orçamentado
Processos Internos	Percentagem de episódios de urgência	Mensal	Planeado
	Desvio no tempo de espera, relativamente ao previsto no protocolo de triagem	Mensal	0
	Número médio de consultas por utente	Mensal	Planeado
	% 1as Consultas realizadas em tempo adequado	Mensal	100%
	% de inscritos na lista de inscritos para cirurgia	Mensal	100%
Aprendizagem e Crescimento	Índice de satisfação		100%
	Nº de horas de formação	Trimestral	5% ano
	Nº de estagiários recebidos	Trimestral	5% ano
	Índice de evolução		+5% ano

Fonte: Elaboração própria a partir de CHTS (2019).

3.3.4. Mapa Estratégico

O objetivo último é a construção do ME, um quadro que permite estabelecer a ligação entre todos os elementos do BSC e que é muito visual e de fácil leitura, ao proporcionar um resumo do BSC a implementar com base nas diferentes perspetivas, objetivos e indicadores e, fundamentalmente, a interligação entre eles para que se possa facilmente alcançar a interdependência que existe para o cumprimento das metas. Pela sua simplicidade, cumpre o importante papel de estabelecer e facilitar o processo de comunicação da estratégia a todos os elementos da organização, requisito fundamental para tornar possível a sua execução. A figura 7, que se segue, representa a proposta do ME elaborado para o CHTS, de acordo com a metodologia proposta por Kaplan (2001), e onde se procurou ilustrar as relações de causa-efeito entre as perspetivas e os objetivos que representam o caminho a seguir pela organização para que a sua missão seja concretizada.

Figura 7: Mapa Estratégico do CHTS.



Fonte: Elaboração própria

Tal como se pode observar, a proposta de ME aqui apresentada (figura 7) é o resultado da seleção de um conjunto de dez objetivos estratégicos distribuídos pelas quatro perspetivas, em conformidade com as premissas oportunamente defendidas (figura 6). Ainda que os objetivos funcionem uns em função dos outros, considerando que o objetivo primordial do CHTS é a satisfação dos seus utentes e consequente reputação e reconhecimento por parte dos stakeholders, a perspetiva dos utentes ganha posição de destaque. Ou seja, onde a perspetiva financeira perde importância relativa sob o pressuposto de que o elemento lucro não é um objetivo em si mesmo mas um meio para a concretização dos demais processos tendentes à criação de valor para o utente (Kaplan, 2001).

4. CONCLUSÕES, LIMITAÇÕES E FUTURAS LINHAS DE INVESTIGAÇÃO

Recordamos que este estudo foi desenvolvido em torno da utilização e implementação do BSC, em particular em torno da necessidade de o ajustar para responder aos objetivos específicos de cada organização, com o propósito de desenvolver uma proposta de ME para ser implementado no CHTS. A investigação desenvolvida permitiu concluir que a capacidade que o BSC tem para relacionar informação diversa o converteu numa ferramenta com potencial relativo maior (Kaplan & Norton, 2000; 1996; 1993; 1992), em particular nas situações de implementação da estratégia em organizações com uma envolvente empresarial mais difícil (Muñoz & Millán, 2002). Assim, e enquanto ferramenta de gestão, representa uma metodologia que, pela sua capacidade para permitir medir as atividades em termos de visão e estratégia (Panggabean & Jermias, 2020; Ramírez & Baidez, 2011) e pôr em equilíbrio diferentes indicadores (Kaplan & Norton, 1996), contribui de forma determinante para se alcançar uma visão mais equilibrada e global acerca do desempenho (Perramon et al., 2016). Neste particular, funciona como mecanismo de implementação e comunicação da estratégia e elemento facilitador da identificação de problemas (Saraiva & Alves, 2017) e, por essa via, como uma metodologia de permanente aprendizagem (Quesado, Guzmán & Rodrigues, 2018), pelo que está entre as ferramentas de gestão mais bem avaliadas (Balaji et al., 2018). Ainda que não se possa afirmar que a sua utilização garante o sucesso (Saraiva & Alves, 2017), no mínimo contribui para o aumentar (Balaji et al., 2018; Hu et al., 2017; Jordan et al., 2015).

Por outro lado, permitimo-nos, também, destacar o BSC como uma ferramenta com enorme capacidade de adaptação, ao ponto de se encontrar hoje já implementado em todo o tipo de organizações (Balaji et al., 2018; Chang et al., 2012). A sua enorme flexibilidade garante os ajustamentos necessários para se adaptar às características da organização (Quesado et al., 2017), premissa em que se faz assentar a sua construção (Perramon et al., 2016). Neste particular, constatou-se que a definição da relação causa-efeito em organizações privadas inicia com a descrição dos objetivos financeiros, para atender ao lucro enquanto objetivo máximo, mas que no setor público, onde o lucro não é um objetivo em si mesmo, este procedimento é presidido pela missão (Porporato et al., 2017), com a consequente reorganização das perspetivas, na medida em que é em proveito dos utentes e para responder às suas necessidades que estas organizações atuam (Niven, 2005; Kaplan, 2001). Esta reorganização ganha uma dimensão ainda maior no setor da saúde, onde a definição de valor para o utente (cliente) se reflete fundamentalmente no seu nível de bem-estar (Bernardino, 2017).

Por sua vez, constatou-se também que ao nível do setor da saúde a agenda vem sendo marcada por enormes desafios (Melo, 2015), sejam financeiros ou de ordem operacional (Nunes & Matos, 2017), o que tem levado a um aumento de medidas restritivas e potenciadoras de maiores níveis de eficiência e eficácia (Cortes, 2016). Em conformidade, a tutela tem vindo a introduzir reformas e, no âmbito da gestão hospitalar, temos vindo a assistir à adoção de práticas de gestão empresarial, com a transferência dos hospitais portugueses do SPA para o SPE, e a processos de fusão de hospitais da mesma região em grandes centros hospitalares e de hospitais com centros de saúde.

Acabaria por ser com o processo de empresarialização (passagem do SPA para o SPE) que se desencadeou a necessidade de criação de um plano estratégico, levando os hospitais portugueses a implementar o BSC (Mesquita et al., 2018), consolidando esta ferramenta na sua missão de ajudar a otimizar o nível de desempenho e a oferecer uma visão global da organização no longo prazo (Ritchie et al., 2019) neste setor de atividade e neste tipo de organizações.

Porém, e não obstante o mérito destas medidas, muito há ainda para ser feito em prol da maximização da eficiência e da capacidade instalada no SNS em Portugal (Nunes, 2017), em particular em algumas unidades. Neste âmbito, desenvolveu-se o ME que se propõe para ser implementado no CHTS e que, no plano esquemático, surge com a missão no topo da hierarquia e com uma reorganização das perspetivas para ir ao encontro dos objetivos estratégicos, em linha com a proposta apresentada por Kaplan (2001), que também defende que se for implementado com sucesso pode funcionar como instrumento orientador de mudança. Neste particular, fica a convicção que assim poderá acontecer na medida em que o sucesso desta ferramenta passa, necessariamente, pela vontade de mudar, particularmente na sua fase da sua implementação e que, o simples facto de o CHTS equacionar a implementação do BSC permite, por si só, acreditar que existe vontade de mudar e o ganhar de uma certa consciência relativamente a uma maior perceção sobre a necessidade de mudar e de ter de se desencadear o processo de mudança. Em conformidade, permitimo-nos concluir, ainda, pela existência de um ambiente favorável à mudança e de uma predisposição para um maior envolvimento com essa mudança.

Assim, e globalmente, acreditamos que o trabalho realizado concorre, com alguma evidência, para a discussão em torno dos conceitos do BSC, fundamentalmente no que respeita à sua flexibilidade e capacidade de adaptação que nos oferece em contextos que exigem que a sua arquitetura seja ajustada, como é o caso das organizações que atuam no setor público. Estas conclusões devem, no entanto, ser interpretadas no âmbito de um conjunto de limitações, nomeadamente no que respeita à metodologia e método de investigação, que nos impedem de fazer generalizações. Neste sentido, sugere-se, como linhas de investigação futura, o acompanhamento da implementação deste ME para, numa primeira fase, se poder aferir acerca do grau de adequabilidade dos objetivos estratégicos identificados e respetivos indicadores de acompanhamento e medida e, com base nas conclusões aí obtidas, ser replicado noutros centros hospitalares, com o propósito de confrontar a escolha de objetivos e indicadores e, nessa medida, encontrar novos e/ou reforçados indícios sobre a sua adequação.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Balaji, M., Dinesh, S. & Parthiban, V. (2018). Applying balanced scorecards to supply chain performance. *Industrial & Systems Engineering at Work Magazine*, 50(11), 42-47.
- Barañano A. (2008). *Métodos e técnicas de investigação em gestão* (1.ª ed.), Edições Sílabo.
- Bernardino, M. (2017). *Gestão em Saúde: Organização Interna dos Serviços*, Almedina.
- Chang, Chen e Ho (2012). A Study of Marketing Performance Evaluation System for Notebook Distributors, *International Journal of Business and Management*, 7(13), 85-93.
- Chong, V. K. (1996). Management accounting systems, task uncertainty and managerial performance: a research note, *Accounting, Organizations and Society*, 12 (5), 415-21.
- CHTS (2019). Relatório e Contas - Relatório de gestão e documentos de prestação de contas relativos ao exercício de 2019, Centro Hospitalar do Tâmega e Sousa.
- CHTS (2020). Relatório e Contas - Relatório de gestão e documentos de prestação de contas relativos ao exercício de 2020, Centro Hospitalar do Tâmega e Sousa.
- CHTS (2019a). Plano de Atividades e Orçamento, Centro Hospitalar do Tâmega e Sousa.
- CHTS (2020a). Plano de Atividades e Orçamento, Centro Hospitalar do Tâmega e Sousa.

- Cokins, G. (2004). *Performance Management: Finding the missing pieces (to close the intelligence gap)*, John Wiley & Sons.
- Cortes, A. (2016). Breve olhar sobre o estado da saúde em Portugal, *Sociologia, Problemas e Práticas*, 80, 117-143.
- Dhaifallah, B., Auzair, S., & Maelah, R. (2018). The moderating role of employees' professionalism on BSC usage and organizational performance relationship. *Asian Journal of Accounting and Governance*, 10(1), 135-143.
- García, S. J. L. & Arias, A. M. (2000). Reflexiones acerca del diseño y puesta en práctica de un sistema de información para la gestión, *Actualidad Financiera*, 5(3), marzo, 89-102.
- Herrero, F. E. (2005). Balanced Scorecard e a gestão estratégica: uma abordagem prática, (4.ª ed), Elsevier.
- Hu, B., Wildburger, U., & Strohhecker, J. (2017). Strategy map concepts in a balanced scorecard cockpit improve performance. *European Journal of Operational Research*, 258(2), 664-676.
- INE (2019). Instituto Nacional de Estatística, Estimativas da População Residente em Portugal em 2018, *Destaque – Informação à Comunicação Social*, 14 de junho.
- Kaplan, R. & Norton, D. (1992). The Balanced Scorecard: Measures that Drive Performance. *Harvard Business Review*, enero-febrero, 71-80.
- Kaplan, R. & Norton, D. (1993). Putting the Balanced Scorecard to Work. *Harvard Business Review*, septiembre-octubre, 134-148.
- Kaplan, R. & Norton, D. (1996). Linking the Balanced Scorecard to Strategy. *California Management Review*, 39(1), 53-79.
- Kaplan, R. & Norton, D. (1997). Why does business need a balanced scorecard?, *Journal of Cost Management*, 48, september- october, 15-17.
- Kaplan, R. & Norton, D. (2000). Organização orientada para a estratégia: como as empresas que adotam o Balanced Scorecard prosperam no novo ambiente de negócios, Elsevier.
- Kaplan, R. & Norton, D. (2001). Having trouble with your strategy? Then map it!, *Harvard Business Review*, january-february.
- Kaplan, R. & Norton, D. (2004). Measuring the Strategic Readiness of Intangible Assets, *Harvard Business Review*, 82(2), 52-63.
- Kaplan, R. (2001). Strategic performance measurement and management in nonprofit organizations, *Non-profit Management and Leadership*, 11 (3), 353-370.
- Lawson, R.; Stratton, W. y Hatch, T. (2006). Los beneficios de un sistema de cuadro de mando, *Harvard Deusto Finanzas y Contabilidad*, 73(9), 72-80.
- Melo, J. Q. (2015). Sustentabilidade em Saúde – Um Novo Paradigma de Cuidados. Que Caminhos para o Futuro?, *Gestão Hospitalar*, 5, 30-33.
- Mesquita, C., Santos, J. F., Silva, A. F., & Silva, A. M. (2018). Novos modelos de planeamento e controlo de gestão nos hospitais públicos portugueses, *Revista de Gestão em Sistemas de Saúde, São Paulo*. 7 (3), 239-256. doi.org/10.5585/rgss.v7i3.414.
- Muñoz, C. I. & Millán, A. (2003). La integración de los indicadores estratégicos. El caso de las compañías de seguros, <http://www.intercostos.org/documentos/035.pdf>.
- Muñoz, C. I. & Millán, A. (2002). Análisis de las perspectivas para un cuadro de mando integral en el sector asegurador, Universidad Complutense de Madrid, Proyecto financiado por la Fundación MAPFRE Estudios sobre el “Cuadro de Mando Integral para las entidades aseguradoras”.
- Niven, P. R. (2005). Balanced Scorecard passo-a-passo: elevando o desempenho e mantendo resultados, Qualitymark.
- Norrekliit, H. (2000). The balance on de balanced scorecard - a critical analysis of some of its assumptions, *Management Accounting Research*, 11, 65-88.

- Norton, D. P. (2005). Putting Customer Understanding at the Heart of your Strategy, *Balanced Scorecard Report*, jul-aug.
- Nunes, A. M. & Matos, A. A. (2017). *Revista Gestão & Saúde* (Brasília), 8(2), maio, 284-301.
- Nunes, A. M. (2017). Gestão hospitalar em Portugal: Quatorze anos de empresarialização em Portugal, *Revista de Gestão em Sistemas de Saúde* (RGSS), 6(2), maio/agosto.
- Nunes, A. M. & Matos, A. A. (2020). Gestão hospitalar em Portugal: a busca de um modelo ajustado aos hospitais públicos, *Saúde em Redes*, 6(1), p. 11-24, DOI: 10.18310/2446-48132020v6n1.2346g486.
- Olve N., Roy, J. & Wetter, M. (2000). *Implantando y Gestionando el Cuadro de Mando Integral*, Ediciones Gestión 2000.
- Otley, D. (1995). Management control in contemporary organizations: towards a wider framework, *Management Accounting Research*, Vol. 5, 289-290.
- Panggabean, T., & Jermias, J. (2020). Mitigating Agency Problems Using the Balanced Scorecard. *Journal of Theoretical Accounting Research*, 15(2), 72-91.
- Perramon, J., Rocafort, A., Femenias, L. B. & Llach, J. (2016), “Learning to create value through the ‘balanced scorecard’ model: an empirical study”, *Total Quality Management & Business Excellence*, 27 (9), 1121-1139. doi.org/10.1080/14783363.2015.1060853.
- Porporato, M., Tsisis, P. & Marin Vinuesa, L.M. (2017). Do Hospital Balanced Scorecard Measures Reflect Cause-Effect Relationships?, *International Journal Of Productivity And Performance Management*, 66(3), 338-361. doi.org/10.1108/ijppm-02-2015-002.
- Quesado P., Rodrigues L. & Guzmán B. (2017). La incertidumbre percibida del entorno y el apoyo de la alta dirección en la implementación del cuadro de mando integral. *RC&C - Revista Contabilidade e Controladoria*, 9(2), 11-22.
- Quesado, P., Guzmán, B. & Rodrigues, L. (2018). Advantages and contributions in the Balanced Scorecard implementation. *Intangible Capital*, 14(1), 186-201.
- Ramírez, C. Y. & Baidez, G. A. (2011). El Balanced Scorecard como herramienta para la gestión estratégica en las instituciones de educación superior, *Partida Doble*, 232.
- Ribeiro, C. M. S. (2008). O controlo de gestão nas unidades de saúde: o Balanced Scorecard, *Revista TOC*, 100, julho, 61-66.
- Ritchie, W., Ni, J., Stark, E. M., & Melnyk, S. A. (2019). The Effectiveness of ISO 9001-Based Healthcare Accreditation Surveyors and Standards on Hospital Performance Outcomes: A Balanced Scorecard Perspective, *Quality Management Journal*, 26(4), 162-173. doi: 10.1080/10686967.2019.1647770.
- Ryan, Scapens & Theobald, (2002). *Research method and Methodology in finance and accounting* (2.^a ed.). Thomson.
- Saraiva, H. & Alves, M. (2017). A evolução do balanced scorecard – uma comparação com outros sistemas, *Holos*, 4(1), 185-200.
- Silva, E. (2017). O balanced scorecard (BSC) e os indicadores de gestão, *Vida Económica*.
- Vieira, L. & Callado, A. (2018). Relações causa efeito entre indicadores de desempenho: uma análise a partir dos pressupostos do Balanced Scorecard, In XVIII USP *International Conference in Accounting – moving accounting forward*, 25-27 de julho, Cidade Universitária - São Paulo.
- Yin, R. K. (2015). Estudo de caso – *Planejamento e Método*, (5.^a ed), Bookman.