

ALEXANDRA MONTEIRO

APLICAÇÃO DO *BALANCED SCORECARD* NUMA UNIDADE LOCAL DE SAÚDE 2.0
- Unidade Local de Saúde do Baixo Alentejo, E.P.E. -



UNIVERSIDADE DO ALGARVE
FACULDADE DE ECONOMIA
2024

ALEXANDRA MONTEIRO

APLICAÇÃO DO *BALANCED SCORECARD* NUMA UNIDADE LOCAL DE SAÚDE 2.0
- Unidade Local de Saúde do Baixo Alentejo, E.P.E. –

DISSERTAÇÃO

Mestrado em Gestão de Unidades de Saúde

Trabalho efetuado sob a orientação de:
Prof. Doutor Sérgio Santos
Dr. José Carlos Queimado



UNIVERSIDADE DO ALGARVE
FACULDADE DE ECONOMIA

2024

APLICAÇÃO DO *BALANCED SCORECARD* NUMA UNIDADE LOCAL DE SAÚDE 2.0

- Unidade Local de Saúde do Baixo Alentejo, E.P.E. -

Declaração de Autoria do Trabalho

Declaro ser a autora deste trabalho, que é original e inédito. Autores e trabalhos consultados estão devidamente citados no texto e constam da listagem de referências incluída.

Alexandra Maria Monteiro Conceição Silva

.....

(assinatura)

Direitos de cópia ou Copyright

© Copyright: Alexandra Maria Monteiro Conceição Silva

A Universidade do Algarve tem o direito, perpétuo e sem limites geográficos, de arquivar e publicitar este trabalho através de exemplares impressos reproduzidos em papel ou de forma digital, ou por qualquer outro meio conhecido ou que venha a ser inventado, de o divulgar através de repositórios científicos e de admitir a sua cópia e distribuição com objetivos educacionais ou de investigação, não comerciais, desde que seja dado crédito ao autor e editor.

Dedico esta tese ao meu pai, que, embora não esteja fisicamente entre nós desde o momento que iniciei esta jornada, continua presente em cada conquista da minha vida.

Sua força, bondade e amor incondicional serão sempre a minha maior inspiração!

A elaboração desta tese apenas foi possível graças ao apoio e ao carinho de várias pessoas a quem gostaria de expressar a minha profunda gratidão.

Aos meus Orientadores excepcionais:

Ao Dr. José Carlos Queimado, cuja sabedoria, paciência e capacidade de trabalho são verdadeiramente notáveis e foram fundamentais para a conclusão deste trabalho.

Ao Prof. Doutor Sérgio Santos, cujo conhecimento específico na área, a sua sensatez e incansável colaboração foram essenciais neste desafio.

A ambos, pessoas com qualidades humanas e profissionais excepcionais, muito obrigada por cada conselho, crítica construtiva e estímulo ao pensamento crítico.
Aprendi mais do que poderia imaginar ao longo desta caminhada.

Ao Prof. Doutor Francisco Pinto:

Pela sua admirável e contagiante paixão pelo BSC, que já se tornou também minha.
Muito obrigada pela generosidade do seu enorme contributo.

Ao meu Marido, à minha Filha, à minha Mãe, ao meu Irmão e familiares mais próximos:
Pelo amor e encorajamento que me deram em todos os momentos desta jornada.
Obrigada por serem o meu porto seguro nos dias de cansaço e de incerteza.

Por fim, aos meus Colegas de Mestrado e do Trabalho:
Que tornaram este percurso mais leve com a partilha de desafios e risadas.
Juntos enfrentámos cada obstáculo e criámos laços que levarei para a vida.

A TODOS, o meu mais profundo agradecimento.

RESUMO

Este trabalho aborda a pertinência da aplicação de ferramentas de gestão estratégica em contexto real no setor da saúde, com ênfase na integração vertical dos cuidados. O principal objetivo foi aplicar o conhecimento teórico e as competências adquiridas ao longo do Mestrado em Gestão de Unidades de Saúde na construção de um *Balanced Scorecard* (BSC) para a Unidade Local de Saúde do Baixo Alentejo (ULSBA), constituído por dois elementos fulcrais da metodologia, o Mapa da Estratégia (ME) e o *Scorecard* Corporativo (SC), no contexto do novo modelo organizacional das Unidades Locais de Saúde (ULS) 2.0.

Atentando à escassez de estudos sobre a aplicação do BSC em organizações de saúde com modelos de integração vertical de cuidados, este trabalho procurou contribuir para o aprofundamento do conhecimento nesta área, através de uma metodologia de estudo exploratória e descritiva. A investigação empírica envolveu uma análise qualitativa de informação estratégica da ULSBA, conciliando a literatura existente sobre a temática e adaptando à realidade específica da entidade, acrescida do impacto do modelo ULS 2.0, que foi recentemente generalizado em todo o território continental. Por forma a atingir a pretensão principal, como métodos de recolha de dados foram utilizados a revisão da literatura, a análise documental e a investigação colaborativa.

Não obstante o trabalho ter sido realizado em contexto de profunda reorganização do setor da saúde, os resultados permitiram constatar que foram colhidos benefícios ao nível do aprimoramento do foco estratégico da instituição para o triénio 2024-2026, embora tenha sido afetado por limitações impostas pela transição para um novo modelo de gestão e avaliação do desempenho organizacional.

As conclusões apuradas sugerem que o presente trabalho possa situar-se ao nível de um protótipo aplicável a outras organizações da mesma natureza, abrindo-se uma janela de oportunidade para que noutros estudos seja reforçada a vantagem de aplicar o BSC ao atual modelo organizativo do SNS. Apresentaram-se, por fim, recomendações para que futuras investigações explorem a adaptação do BSC a diferentes segmentos do setor público, investigando de que forma os elementos estruturais do modelo podem ser ajustados às particularidades de cada serviço.

Palavras-Chave:

Unidades Locais de Saúde | Estratégia | *Balanced Scorecard* | Objetivos | Indicadores | *Benchmarking*

ABSTRACT

This work addresses the relevance of applying strategic management tools in a real context in the health sector, with an emphasis on the vertical integration of care. The main objective was to apply the theoretical knowledge and skills acquired during the Master's Degree in Health Care Services Management to build a Balanced Scorecard (BSC) in the Baixo Alentejo Local Health Unit (ULSBA), consisting of two key elements of the methodology, the Strategy Map and the Corporate Scorecard, in the context of the new model of Local Health Units (ULS) 2.0.

Given the scarcity of studies on the application of the BSC in health organizations with vertical integration models of care, this work sought to contribute to the deepening of knowledge in this area, through an exploratory and descriptive study methodology. The empirical research involved a qualitative analysis of ULSBA's strategic information, reconciling the existing literature on the subject and adapting it to the specific reality of the entity, plus the impact of the ULS 2.0 model, which has recently been generalized throughout mainland Portugal. To achieve the main objective, literature review, document analysis and collaborative research were used as data collection methods.

Although the work was carried out in a context of profound reorganization of the health sector, the results showed that benefits were reaped in terms of improving the institution's strategic focus for the three-year period 2024-2026, although it was affected by limitations imposed by the transition to a new management model and assessment of organizational performance.

The conclusions drawn suggest that this work could be a prototype applicable to other organizations of the same nature, opening a window of opportunity for other studies to reinforce the advantages of applying the BSC to the current organizational model of the SNS. Finally, recommendations were made for future research to explore the adaptation of the BSC to different segments of the public sector, investigating how the structural elements of the model can be adjusted to the particularities of each service.

Keywords:

Local Health Units | Strategy | Balanced Scorecard | Objectives | Indicators | Benchmarking

ÍNDICE GERAL

	Página
DEDICATÓRIA E AGRADECIMENTOS	v
RESUMO	vii
ABSTRACT	viii
ÍNDICE DE FIGURAS	xi
ÍNDICE DE TABELAS.....	xi
LISTA DE ABREVIATURAS.....	xii
1. INTRODUÇÃO	1
1.1. Definição do Tema a Estudar	1
1.2. Relevância do Tema	3
1.3. Objetivos da Investigação	5
1.4. Organização do Estudo e Resumo dos Capítulos Seguintes	7
2. REVISÃO DA LITERATURA.....	8
2.1. O <i>Balanced Scorecard</i> como Ferramenta de Gestão Estratégica.....	8
2.1.1. Missão, Valores, Visão e Estratégia.....	9
2.1.2. Objetivos, Indicadores, Metas e Iniciativas.....	11
2.1.3. Relações de Causa-Efeito e Mapa Estratégico	12
2.1.4. Perspetivas	12
2.2. O <i>Balanced Scorecard</i> no Setor Público.....	14
2.3. O <i>Balanced Scorecard</i> no Setor da Saúde.....	15
2.4. Relevância da Conciliação do <i>Balanced Scorecard</i> com outros Instrumentos de Avaliação, como o <i>Benchmarking</i>	19
3. METODOLOGIA DA INVESTIGAÇÃO	21
3.1 População e Amostra.....	22
3.2 Desenvolvimento da Pesquisa	22

3.3 Organização de Dados e Análise.....	23
4. RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	24
4.1 Descrição do Objeto de Estudo.....	24
4.2 Análise do Ambiente Organizacional e Validação da MVV.....	26
4.3 Proposta de um <i>Balanced Scorecard</i> para a ULSBA.....	33
5. CONCLUSÕES.....	57
5.1 Sumário.....	57
5.2 Recomendações.....	58
5.3 Perspetivas de Investigação Futura.....	60
BIBLIOGRAFIA.....	61
ANEXOS.....	65
Anexo A: Aprovação da Comissão de Ética da ULSBA.....	65
Anexo B: QEO (Quadro Estratégico e Operacional) da ULSBA 2024-2026.....	66

ÍNDICE DE FIGURAS

	Página
Figura 1.1: Objetivos da Investigação	6
Figura 2.1: A sequência lógica na construção de um Balanced Scorecard	10
Figura 2.2: As quatro perspetivas de um Balanced Scorecard	13
Figura 2.3: Exemplificação das componentes de um Balanced Scorecard	13
Figura 2.4: BSC Tradicional versus BSC adaptado ao Setor Público	15
Figura 2.5: O Balanced Scorecard num Hospital sem fins lucrativos	16
Figura 4.1: Distribuição Territorial da Estrutura Assistencial da ULSBA	25
Figura 4.2: Organograma da ULSBA.....	26

ÍNDICE DE TABELAS

	Página
Tabela 4.1: ULSBA – Análise SWOT (Simples)	27
Tabela 4.2: ULSBA – Análise SWOT (Cruzada).....	29
Tabela 4.3: ULSBA – Missão, Valores e Visão (MVV).....	32
Tabela 4.4: Mapa da Estratégia (ME)- BSC ULSBA	36
Tabela 4.5: <i>Scorecard</i> Corporativo (SC) - BSC da ULSBA	43
Tabela 4.6: Iniciativas Estratégicas (IE) do BSC vs Iniciativas Específicas da ULSBA	53

LISTA DE ABREVIATURAS

ACSS	Administração Central dos Serviços de Saúde, I.P.
BSC	<i>Balanced Scorecard</i> (Metodologia)
C-Trail	Centro Académico Clínico do Alentejo (C-Trail)
CSP	Cuidados de Saúde Primários
DEA	<i>Data Envelopment Analysis</i>
DE-SNS	Direção Executiva do Serviço Nacional de Saúde, I.P.
EBITDA	<i>Earnings Before Interest, Taxes, Depreciation and Amortization</i>
ECCI	Equipas de Cuidados Continuados Integrados
E.P.E.	Entidade Pública Empresarial
ETC	Equivalente em Tempo Completo
HJF	Hospital José Joaquim Fernandes
IE	Iniciativas Estratégicas
KPI/ICD	<i>Key Performance Indicators</i> Indicador-chave de Desempenho
ME	Mapa da Estratégia
SC	<i>Scorecard</i> Corporativo
MVV	Missão, Valores e Visão
OE	Objetivo Estratégico
QEO	Quadro Estratégico Operacional
PDO	Plano de Desenvolvimento Organizacional
SNS	Serviço Nacional de Saúde
SWOT	<i>Strengths, Weaknesses, Opportunities and Threats</i>
TMRG	Tempos Máximos de Resposta Garantidos
TOWS	<i>Threats, Opportunities, Weaknesses, Strengths</i>
ULS	Unidades Locais de Saúde
ULSBA	Unidade Local de Saúde do Baixo Alentejo, E.P.E.

1. INTRODUÇÃO

A elaboração do presente estudo surgiu do entusiasmo e do gosto pela gestão estratégica, enquadrando-se no âmbito da Unidade Curricular de Dissertação, integrada no 2.º ano do Mestrado de Gestão de Unidades de Saúde, da Faculdade de Economia, sendo efetivamente uma das metodologias utilizadas para avaliação da Unidade Curricular.

1.1. Definição do Tema a Estudar

Considerando o contexto atual da Política de Saúde, mormente a aposta na implementação generalizada de modelos organizativos de integração vertical dos cuidados de saúde, conjugados com os desafios complexos que confrontam os sistemas de saúde relacionados com o aumento contínuo das necessidades em saúde e da pressão sobre as contas públicas, a aplicação de instrumentos de gestão integrada, como o *Balanced Scorecard* (BSC), assume cada vez maior relevância.

Em termos científicos, e atentando a que os estudos existentes sobre a aplicação do BSC no setor público da área da saúde ainda são escassos e pouco explorados, o presente estudo teve como pretensão constituir um contributo para o aprofundamento do conhecimento da temática numa unidade de integração vertical de cuidados de saúde de nova geração – vulgo Unidade Local de Saúde (ULS) 2.0 em Portugal-, e demonstrar as potenciais mais-valias da sua aplicação enquanto indutor de melhoria do desempenho neste tipo de organização.

Adicionalmente, ousou ainda realçar a importância da gestão estratégica alicerçada no BSC e conjugada com outros instrumentos, como por exemplo o *benchmarking*. Se por um lado, se prevê que o BSC proporcione uma avaliação abrangente do desempenho, considerando diferentes perspetivas estratégicas, e um suporte relevante para a tomada de decisão, por outro, o *benchmarking* auxiliará na definição de metas eficientes e alcançáveis considerando as limitações e recursos disponíveis.

Espera-se que a implementação dum abordagem integrada contribua para a melhoria contínua da prestação de serviços de saúde e para o alcance dos objetivos estratégicos (OE) da ULS, permitindo a identificação de áreas de melhoria e a adoção de ações corretivas adequadas, sendo favorecedora de um dispositivo de governação que garanta

a gestão do conhecimento e o processo de tomada de decisão consciente, e que contribua para a disseminação da aplicação destes instrumentos em unidades da mesma natureza.

Os sistemas de saúde, desde há alguns anos, deparam-se com um impasse estrutural, relacionado com a compatibilização entre um cenário de aumento das necessidades em saúde (despoletado pela transição demográfica e alteração dos padrões epidemiológicos de morbi-mortalidade, pela inovação tecnológica e pelo grau de expectativa de cidadãos mais informados), a par de um cenário de exigência crescente que se coloca no plano do acesso e da equidade, da qualidade, do financiamento, da organização dos serviços e da otimização de recursos (CNS, 2017; INA, 2011).

Segundo o Relatório “Financiamento Sustentável dos Sistemas de Saúde” da OCDE (2024), a obtenção de financiamento suficiente para sustentar sistemas de saúde mais resilientes constitui um desafio no atual contexto económico. Estima-se que a despesa com a saúde poderá atingir 11,8% do PIB nos países da OCDE até 2040.

Não obstante as últimas décadas evidenciarem um progresso nas políticas de saúde, o relatório “*Health at a Glance: Europe 2022 State of Health in the EU Cycle*” destacou os elementos benéficos e os elementos a melhorar no sistema de saúde em Portugal. Deu enfoque aos novos problemas que a pandemia trouxe para a saúde da população, como o acesso desta a cuidados de saúde adequados, bem como, a outros latentes, como a organização e a prestação de cuidados de saúde e o financiamento do sistema (OCDE e European Commission, 2022).

Por seu turno, a análise de sistemas de saúde desenvolvida pelas organizações internacionais tem contribuído para que as decisões políticas sejam baseadas na evidência e ações materializáveis, elegendo como parâmetros de avaliação a eficiência e sustentabilidade, o acesso e a equidade dos modelos de prestação de cuidados de saúde, assim como, a qualidade dos cuidados e o estado de saúde das populações (Silva, 2012). A partir de janeiro de 2024, com a generalização das ULS de nova geração (ULS 2.0) a todo o território continental- que constituem uma evolução das ULS tradicionais, incorporando novas tecnologias e abordagens para melhorar a gestão e a qualidade dos serviços de saúde - 39 ULS passaram a assegurar as respostas em saúde a toda a população portuguesa, com base num modelo de gestão conjunta de hospitais e centros de saúde e financiamento em função dos doentes, entrando assim em vigor um novo modelo de

financiamento por capitação, baseado na estratificação da população pelo risco, nos fluxos de doentes entre entidades do Serviço Nacional de Saúde (SNS) e na diferenciação de cada entidade prestadora.

Este cenário implicou a construção de um volume considerável de instrumentos de planeamento e organização, acarretando potenciais ganhos em saúde, através da otimização e integração de cuidados, da proximidade assistencial, da autonomia de gestão e do reforço dos Cuidados de Saúde Primários (CSP). A Direção Executiva do SNS (DE-SNS, I.P.) entrou em funções no início do ano de 2023, tendo como missão coordenar a resposta assistencial das unidades de saúde do SNS.

Nesta senda, de transformação do setor público da saúde em Portugal, que acarreta uma profunda reorganização do modelo de organização, financiamento, contratualização e prestação dos cuidados de saúde do SNS, a implementação de uma ferramenta de gestão estratégica torna-se fundamental para enfrentar os desafios complexos e garantir a prestação de cuidados de saúde de qualidade, pelo que a filosofia subjacente ao BSC, enquanto instrumento de gestão integrador, tem-se destacado como uma poderosa ferramenta de gestão estratégica que permite medir o desempenho de uma organização a partir de múltiplas perspetivas, com o objetivo de melhorar a gestão e o desempenho da instituição.

1.2. Relevância do Tema

A promoção de uma melhor saúde pública e de sistemas de saúde mais fortes na Europa e em todo o mundo continua a ser uma prioridade estratégica da Comissão Europeia e da OCDE. A área da saúde apresenta um impacto económico considerável, numa conjuntura de recursos limitados e escassos e de necessidades crescentes, pelo que é imprescindível uma tomada de decisão criteriosa no que toca à afetação dos recursos (OCDE, 2024; OCDE e European Commission, 2022).

Em Portugal, apesar do baixo volume de estudos nesta temática, o BSC já foi adotado, total ou parcialmente, por Hospitais e ULS como uma ferramenta de gestão estratégica para melhorar a eficácia e a qualidade dos serviços de saúde. Os estudos efetuados demonstraram que a sua implementação contribui para uma melhor gestão do desempenho, alinhamento estratégico e tomada de decisões mais informadas.

Mestre(2020) refere que a literatura analisada é consensual, no que se refere à principal motivação para a implementação do BSC, reconhecendo o seu potencial enquanto impulsionador da melhoria dos cuidados prestados, enquanto sistema de avaliação de desempenho. Da literatura explorada, percebe-se a importância que esta ferramenta assume e compreende-se que, cada vez mais, é reconhecido o seu impacto positivo ao nível das organizações. O sucesso na implementação do BSC tem sido considerado uma mais-valia ao nível das organizações de saúde, na medida em que ajuda a melhorar o desempenho do hospital, bem como do sistema nacional de saúde (Ba-abaad, 2009).

Referir ainda, que, a escassez de estudos científicos sobre o BSC aplicado especificamente a ULS constitui um vazio significativo na literatura consultada, deixando uma oportunidade para explorar a implementação desta metodologia neste tipo de unidades de saúde que buscam uma abordagem integrada de cuidados e que evoluíram recentemente para um novo modelo (ULS 2.0).

Adicionalmente, o recurso a técnicas de *benchmarking*, como por exemplo o *Data Envelopment Analysis* (DEA), poderá ser igualmente pertinente para a definição de métricas realistas e equilibradas, necessárias para a monitorização de um sistema de avaliação do desempenho como o BSC.

É nesta senda que se apresenta o presente estudo, uma vez que o BSC quando aplicado à saúde, não representa apenas um simples instrumento de medição e controlo, mas uma evolução em termos de gestão estratégica.

Por outro lado, alguns estudos e artigos analisados, identificaram algumas pistas de investigação que vão ao encontro desta proposta, como por exemplo a aplicação do BSC complementado com outras ferramentas de avaliação como o *benchmarking*, que poderão ser abordagens muito promissoras (Amado, Santos e Marques, 2012; Edward, Kumar, Kakar, Salehi, Burnham e Peters, 2011).

Partindo do pressuposto supra e que as ULS enfrentam desafios em relação à gestão do seu desempenho e à definição de metas claras e alcançáveis, a literatura sugere que a utilização do BSC representa uma ferramenta valiosa na gestão de organizações a operar no setor da saúde, dadas as suas características de complexidade e alto grau de incerteza (Inamdar, Kaplan e Reynolds, 2002). Acresce ainda, que, nas entidades hospitalares existe atualmente uma enormidade e complexidade de dados, originando constrangimentos na

sua organização e consulta, pelo que urge promover ferramentas que promovam a sua utilidade junto de todos os profissionais daquelas organizações.

Nestes termos, a presente proposta tem como finalidade dar resposta à problemática levantada, pretendendo ser um contributo para a utilização deste tipo de instrumentos nas ULS 2.0, e demonstrando ser uma mais-valia no processo de gestão estratégica na ULSBA.

Na fase de construção do BSC serão definidas as perspetivas a integrar neste modelo, bem como os objetivos relacionados com cada uma e o estabelecimento das relações causa-efeito que lhes estão subjacentes, culminando a sua representação num mapa da estratégia. Será evidenciada a importância da gestão estratégica, alimentada por dados fiáveis para um processo de decisão consciente. A articulação dos OE e dos indicadores a desenvolver estarão alinhados com a Missão, Visão e Valores (MVV) da ULSBA, cumprindo os compromissos assumidos externamente, nomeadamente com a Administração Central dos Serviços de Saúde, I.P. (ACSS) e a DE-SNS, I.P..

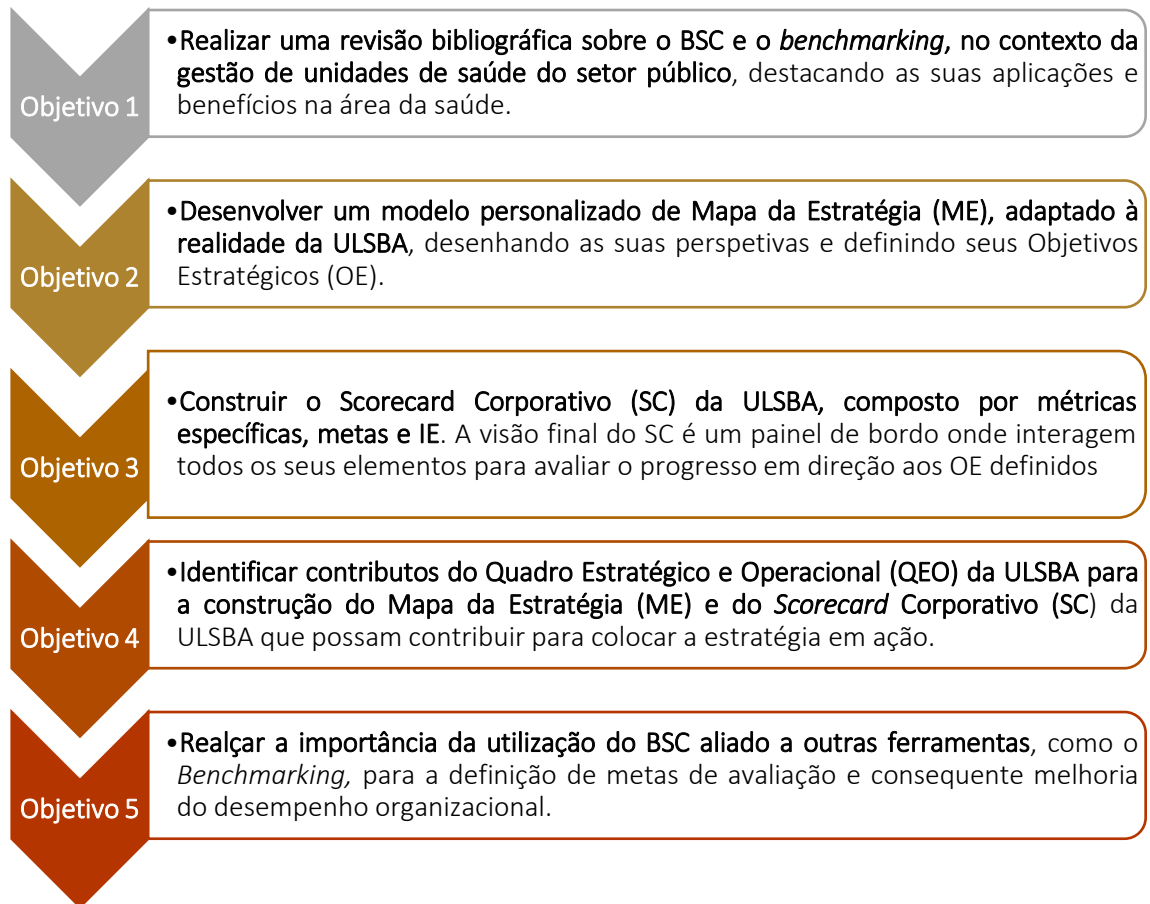
1.3. Objetivos da Investigação

O presente estudo exhibe como tópico principal de investigação a proposta de aplicação de uma ferramenta de gestão estratégica, o BSC, numa ULS da nova geração (2.0), particularmente na ULSBA, e a relevância da sua eventual conciliação com outros instrumentos de avaliação, como por exemplo o *Benchmarking*.

Nesta senda, em termos práticos, o objetivo principal deste estudo é propor a elaboração de uma ferramenta de BSC personalizada para a ULSBA, com eventual recurso a ferramentas de *Benchmarking* para estabelecer as respetivas metas de avaliação.

Como objetivos específicos deste estudo traçaram-se os seguintes:

Figura 1.31: *Objetivos da Investigação*



A concretização destes objetivos foi marcada, no entanto, por um conjunto de desafios que importa desde já referir. Nomeadamente, é importante assinalar que a composição deste estudo decorreu num cenário de profunda reestruturação do modelo de prestação dos cuidados de saúde do SNS, designadamente nos aspetos relacionados com as questões da organização, do financiamento e da contratualização, que impactaram de forma significativa os documentos orientadores estratégicos emanados pela Tutela e pela DE-SNS às ULS.

Nesta senda, indagações várias se ergueram, tornando desafiante a decisão e a escolha de um caminho orientador que contemplasse efetivamente a ideia a prosseguir. Durante a sua elaboração foi possível clarificar alguns conceitos, o modelo conceptual de análise, a adaptação das metodologias a empregar face às limitações do processo reformativo atual e até redesenhar o seu ambicioso trilho.

1.4. Organização do Estudo e Resumo dos Capítulos Seguintes

O roteiro da presente dissertação assenta fundamentalmente em cinco capítulos, que abaixo se elucidam:

- 1º. inicia-se com o capítulo introdutório presente que aborda a problemática e pertinência do tema;
- 2º. prossegue para o capítulo do enquadramento teórico que explana a metodologia em análise e sua aplicabilidade concreta no setor público da saúde;
- 3º. passa pelo capítulo da abordagem metodológica que especifica a metodologia utilizada na recolha e organização da informação;
- 4º. segue para o capítulo da apresentação, análise e discussão dos resultados obtidos para a organização em análise à luz dos modelos teóricos existentes;
- 5º. culmina, por fim, no capítulo das conclusões do estudo, envolvendo ainda a formulação de algumas limitações e propostas para contributos académicos futuros, no sentido de alcançar a mudança necessária para um desempenho organizacional mais elevado.

Os aspetos estruturais, tipo de conteúdo e formatação deste trabalho seguiram para o efeito o Guia para a elaboração de Trabalho Final de Mestrado (ed. 2023) da Faculdade de Economia, da Universidade do Algarve.

2. REVISÃO DA LITERATURA

O BSC constitui uma ferramenta de gestão estratégica amplamente utilizada em organizações públicas e privadas para traduzir a visão e a estratégia em objetivos mensuráveis e ações concretas. No setor público, particularmente no setor da saúde, o BSC tem sido adotado como uma abordagem para melhorar o desempenho e a eficácia das organizações.

Esta revisão bibliográfica tem como objetivo explorar a aplicação do BSC no setor público da saúde, com foco em unidades de integração vertical de cuidados de saúde- ULS.

2.1. O *Balanced Scorecard* como Ferramenta de Gestão Estratégica

Os sistemas de controlo de gestão constituem usualmente sistemas formais e sistemáticos que coadjuvam na manutenção ou alteração das atividades organizacionais (Guenther, 2013).

A informação de natureza económica e financeira, durante a era industrial, constituía quase unicamente a ferramenta utilizada para suportar o processo de tomada de decisão em contexto empresarial. Sucede que, a introdução das Tecnologias de Informação evidenciou a necessidade do acesso a outro tipo de informações, espelhando os dados de índole não financeira mais prementes (Gonzalez-Sanchez, Broccardo e Pires, 2018).

Em resposta a este desafio, em 1992, Robert Kaplan, professor da Harvard Business School, e David Norton, CEO da empresa patrocinadora do projeto de investigação, introduziram o BSC, num enquadramento de um enorme descrédito pelas medidas de natureza financeira, em que era necessário encontrar novas metodologias para medir o desempenho das empresas, designadamente uma ferramenta que medisse o desempenho organizacional em quatro perspetivas equilibradas: financeira, do cliente, dos processos internos e da aprendizagem e desenvolvimento, proporcionando uma visão equilibrada das atividades organizacionais, e permitindo que as organizações alinhassem as suas ações com a sua estratégia. Após a sua implementação, os resultados foram visíveis e foi o início do seu sucesso (Calhau, 2009).

Portanto, a partir do início da década de 1990, a metodologia BSC ampliou a tradicional abordagem organizacional de medição do desempenho, não apenas focada na vertente financeira, mas dando enfoque à utilidade de uma estrutura multidimensional.

Note-se que, primeiramente ao desenvolvimento desta nova abordagem, os resultados financeiros eram considerados o principal indicador de desempenho e de sucesso organizacional (Bohm, Lacaille, Spencer e Barber, 2021).

O modelo do BSC apresenta como filosofia primordial a tradução da visão e da estratégia global da organização, definidos pela gestão de topo, em indicadores de objetivos e de iniciativas, que envolvem as quatro perspectivas diferenciadas da performance organizacional já elencadas supra.

A lógica do BSC assenta numa forma de pensamento estratégico que é ilustrada num mapa estratégico. Este mapa é parte integrante do modelo, constituindo um instrumento que permite compreender a coerência e a relação do tipo causa-efeito entre os OE das várias perspectivas do BSC e assim visualizar a estratégia de forma gráfica (Ribeiro, 2008).

A ferramenta BSC, que encetou uma nova abordagem de desempenho organizacional, evoluiu posteriormente para um sistema inovador de gestão estratégica num ambiente corporativo (Voelker, Rakich e French, 2001).

Desde essa altura, o BSC tem sido adotado numa vasta tipologia de áreas de atividade, mormente na área da prestação de serviços de saúde, tanto do setor público, como do setor privado (Zelman, Pink e Matthias, 2003).

2.1.1. Missão, Valores, Visão e Estratégia

A abordagem do BSC pressupõe que o mesmo seja orientado e alinhado de acordo com a MVV e a estratégia da organização.

Figura 2.1: A sequência lógica na construção de um Balanced Scorecard



(Fonte: Adaptado de Kaplan e Norton, 2000 e Pinto, 2009)

Os autores Kaplan e Norton (1993, 1996) delinearam como pedras basilares de toda a estrutura do BSC a MVV, e por fim, a estratégia, que se aflora nesta senda como a concretização da visão.

A missão de uma organização traduz-se num elemento crucial para a execução da estratégia, sendo o primeiro pilar do BSC. Segundo Pinto (2009), a missão constitui a razão de existir de uma organização, estabelecendo a finalidade e o sentido para a qual a organização foi criada.

O segundo pilar do BSC, de acordo com os autores Kaplan e Norton (1996), corresponde aos valores, constituindo princípios fundamentais na vida de uma organização, uma vez que conferem coerência e concorrem para a prossecução da missão da organização. Segundo Pinto (2009) os valores deverão estar intimamente conectados com os outros pilares essenciais na construção do BSC.

Para o mesmo autor, a visão da organização assume-se como outro conceito essencial para a construção do BSC, e terceiro pilar da sua arquitetura, traduzindo-se na convicção da organização de atingir os seus OE e na sua capacidade de antecipação do futuro, sendo um componente importante para a tomada de decisão estratégica.

Efetivamente, a partir dos três pilares enunciados, os gestores da organização encetam o seu processo de construção e de implementação da estratégia.

Para que a visão possa ser plenamente operacionalizada, terá de ocorrer um processo transformador da qual resultem: perspetivas, objetivos e indicadores.

2.1.2. Objetivos, Indicadores, Metas e Iniciativas

Segundo Bohm et al. (2021), o BSC é desenvolvido e implementado considerando a MVV e a estratégia da organização, selecionando métricas que estejam alinhadas com esses elementos-chave. Os mesmos autores defendem ser fundamental que as métricas do BSC possam ser ligadas diretamente às ações tomadas com vista à implementação da estratégia organizacional, garantindo uma avaliação holística e direcionada do desempenho em relação à estratégia da organização (Bohm et al., 2021).

As organizações deparam-se habitualmente com uma grande multiplicidade de indicadores, sendo um dos seus principais constrangimentos definir o número ideal daqueles. O BSC constitui um bom instrumento para a tomada de decisão, uma vez que permite selecionar um conjunto limitado de indicadores para cada uma das perspetivas que formam o BSC (Kaplan e Norton, 1992).

Para Kaplan e Norton (2001b), um BSC deverá exibir entre 20 e 25 indicadores inter-relacionados, e com foco na prossecução da visão e estratégia da organização.

Segundo Ittner e Larcker (1998), o BSC para além de ajudar a definir o número de indicadores para cada perspetiva, ajuda a atribuir um peso relativo que deve ser atribuído a cada um deles, dentro de cada perspetiva.

As iniciativas possibilitam atingir as metas estabelecidas, por forma a cumprir os OE fixados, sendo a sua ferramenta de medição os indicadores (Pinto, 2009).

2.1.3. Relações de Causa-Efeito e Mapa Estratégico

A importância das relações de causa-efeito e do mapa estratégico reside na necessidade de alinhar o BSC com a MVV da organização. As relações de causa-efeito a estabelecer permitem que os indicadores selecionados estejam diretamente relacionados com as ações que a organização adota para implementar a sua estratégia. O mapa estratégico, por sua vez, proporciona uma representação visual das conexões entre os OE em diferentes perspectivas do BSC, auxiliando na compreensão e comunicação da estratégia para toda a organização (Bohm et al., 2021).

Os autores Kaplan e Norton (2001a) definem o mapa estratégico como uma espécie de arquitetura lógica e integradora que descreve a estratégia da organização, fornecendo a base de suporte para a concepção de um BSC.

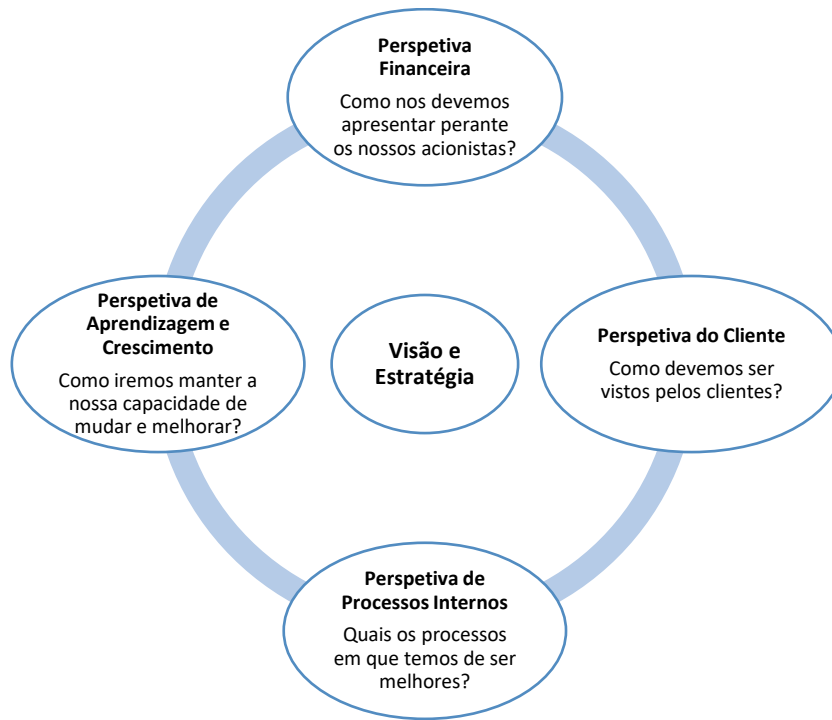
2.1.4. Perspetivas

O BSC desenvolvido por Kaplan e Norton na Harvard Business School, no início da década de 1990, assume-se, portanto, como uma estrutura conceptual para traduzir os OE de uma organização num conjunto de medidas de desempenho, que por sua vez, se distribuem no modelo tradicional em quatro perspetivas: financeira, cliente, processos internos de negócios e aprendizagem e crescimento. Para cada uma das perspetivas são desenvolvidos os correspondentes objetivos, medidas, metas e iniciativas.

Segundo Amado et. al (2012), o BSC permite que os gestores se centrem nas suas organizações a partir destas quatro principais perspetivas. Por outro lado, o BSC também fornece respostas às questões esquematizadas abaixo, enquadradas nas diferentes perspetivas (Kaplan e Norton, 1996).

No que se refere aos pesos de cada perspetiva, e de acordo com um estudo dos autores Inamdar et al. (2002), as organizações de saúde que aplicaram o BSC atribuíram maior importância relativa à perspetiva de clientes (33%), seguida dos processos internos (27%), da perspetiva financeira (23%) e da aprendizagem e crescimento (17%). Por outro lado, Amer et al. (2022) evidenciaram que a implementação do BSC demonstrou um impacto ligeiro nos efeitos relacionados com a dimensão da satisfação dos profissionais de saúde, tendo sugerido a necessidade de atribuir maior destaque a esta área no futuro.

Figura 2.11: As quatro perspetivas de um Balanced Scorecard



(Fonte: Adaptado de Kaplan e Norton, 1996)

O BSC é concebido a partir da MVV e da estratégia da organização, sendo constituído por várias componentes relacionadas entre si, que seguidamente se esquematizam na figura abaixo.

Figura 2.12: Exemplificação das componentes de um Balanced Scorecard

Missão	Valores	Visão	Estratégia	Mapa Estratégico	Perspetiva	Objetivos	Indicadores	Metas	Iniciativas
Prestar um serviço de referência no mercado...	Qualidade, Humanismo, Integração, Acessibilidade e Sustentabilidade	Ser líder no mercado através da prestação de um serviço de excelência	Tornar a empresa sustentável financeiramente		Financeira	Gerar fundos suficientes para suportar investimento	Lucro líquido/Total receitas	1M€	Contenção de custos, em particular com pessoal
			Fidelizar os clientes		Clientes	Melhorar satisfação do utente	Taxa de ocupação	95%	Estudos de mercado Inquérito
			Melhorar os procesos internos		Processos	Desenvolver protocolos e procedimentos	% dos protocolos e procedimentos existentes melhorados	90%	Consolidar grupo da qualidade
			Apostar na inovação e aprendizagem		Aprendizagem	Desenvolver unidades organizacionais intermédias	N.º de unidades organizacionais intermédias	10	Avaliar o pessoal e implementar remuneração variável

(Fonte: Adaptado de Sérgio Santos, 2023 - Material Didático da U.C. de Contabilidade e Controlo de Gestão em Unidades de Saúde do Mestrado em Gestão de Unidades de Saúde (MGUS) da UALG)

2.2. O *Balanced Scorecard* no Setor Público

Efetivamente, o BSC inicialmente surgiu com a finalidade de melhorar os sistemas de avaliação do desempenho no setor privado, mas rapidamente ganhou notoriedade no setor público (Al-Kaabi, Chehab e Selim, 2019).

Para Pinto (2009), a sua implementação traz benefícios significativos na melhoria do desempenho das organizações públicas, se existir um alinhamento entre as mudanças estruturais, as prioridades estratégicas e a eficiência operacional.

Segundo Al-Kaabi et al. (2019), o BSC fornece as bases para executar, adequadamente, a estratégia da organização e gerir, com sucesso, a mudança.

A utilização do BSC no setor público tem-se revelado promissora para alinhar os OE com os resultados desejados. Alguns estudos têm demonstrado que o BSC ajuda a melhorar a gestão e o desempenho das organizações públicas, proporcionando uma abordagem holística para medir e avaliar o desempenho em várias dimensões (Betto, Sardi, Garengo e Sorano, 2022; Bohm et al., 2021).

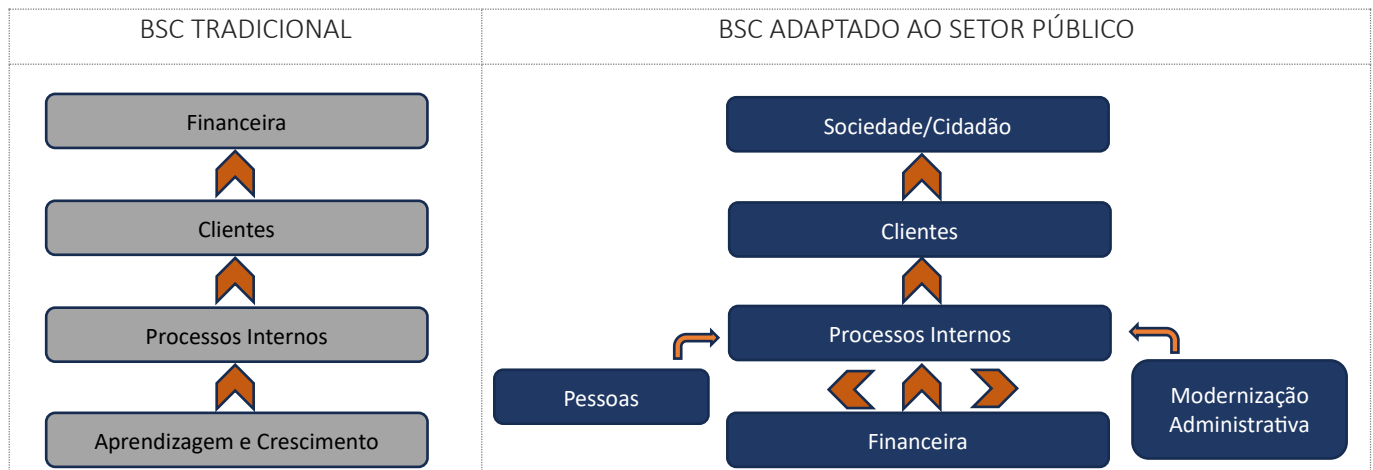
O desenvolvimento da abordagem do BSC nas entidades do setor público, inicia-se com a definição da missão da organização, e não dos objetivos financeiros ou económicos, ao invés das entidades do setor privado (Matos e Ramos, 2009).

As relações de causalidade a estabelecer dependerão assim da estratégia e da natureza da atividade da organização, que se revelam essenciais para identificar as competências a desenvolver, por forma a sustentar os processos internos e a satisfazer os clientes (Dos Santos Pinho e Leonte, 2023).

A revisão da literatura efetuada espelha assim a importância crescente do BSC enquanto instrumento de gestão estratégica para a Administração Pública, nos últimos anos, apesar de existirem ainda barreiras à sua implementação. Para tal, foram consideradas relevantes, as contribuições dos autores Kaplan e Norton (1997, 2000), Niven (2003) e Santos (2008).

A figura seguinte ilustra e exemplifica as diferenças entre o BSC tradicional de Kaplan e Norton e um BSC adaptado ao Setor Público de acordo com a proposta dos autores Ghelman e Costa, (2006).

Figura 2.24: BSC Tradicional versus BSC adaptado ao Setor Público



(Fonte: Adaptado de Kaplan e Norton, 1996 e Ghelman e Costa, 2006)

Reportando às diferenças dos dois modelos, enquanto que o BSC tradicional, desenvolvido por Kaplan e Norton para o setor privado, assenta em quatro perspetivas (Financeira, Clientes, Processos Internos e Aprendizagem e Crescimento), no modelo proposto e adaptado ao setor público figuram no total 6 perspetivas: três perspetivas do modelo tradicional (Financeira, Clientes e Processos Internos) com significados diferentes, considerando as diferenças existentes entre os dois setores, bem como, mais três novas perspetivas, provenientes da necessidade de separar a perspetiva Aprendizagem e Crescimento em duas (Pessoas e outra para Modernização Administrativa), e ainda uma nova perspetiva denominada Sociedade/Cidadão (Ghelman e Costa, 2006).

O número ideal e a designação das perspetivas de um BSC para organizações do setor público não é, no entanto, uma questão consensual, podendo-se encontrar na literatura propostas diferentes.

2.3. O *Balanced Scorecard* no Setor da Saúde

O BSC apresenta-se como alternativa exequível face aos tradicionais sistemas de gestão, de controlo e de avaliação da performance dos hospitais. Este modelo permite às administrações não perder o foco nos aspetos orçamentais e nos constrangimentos financeiros, concomitantemente com a necessidade de otimizar a utilização dos recursos financeiros, técnicos e humanos de que dispõem (Ribeiro, 2008).

Não obstante os sistemas de gestão serem tradicionalmente mais aplicados no setor privado, os autores Tarigan e Bachtiar (2019) e Niven (2005) referem que cada vez mais hospitais do setor público socorrem-se da ferramenta BSC, uma vez que aquele viabiliza formas de articular estratégias e quantificar os resultados atingidos.

Os autores Zelman et al., (2003) referem que a utilização do BSC assume especial relevância no meio hospitalar, tendo em consideração que permite estabelecer uma conexão entre prática, qualidade, resultados, valor e custos. De facto, a maior parte dos estudos defendem que esta ferramenta contribui para o alinhamento entre estratégia organizacional, os planos de ação e a gestão de desempenho (Bohm et al., 2021; Tarigan & Bachtiar, 2019).

Segundo Ribeiro (2008), apesar do BSC constituir um instrumento de gestão primeiramente concebido para as organizações com fins lucrativos, constitui igualmente uma ferramenta possante na melhoria da gestão de organizações sem fins lucrativos. Todavia, a sua implementação nos hospitais públicos não resulta da sua aplicação direta, sendo necessário efetuar alguns ajustes ao modelo, face ao contexto e finalidade distintas deste tipo de organizações. A figura imediatamente abaixo esquematiza um tipo do modelo de BSC para os hospitais sem fins lucrativos.

Figura 2.35: O Balanced Scorecard num Hospital sem fins lucrativos



(Fonte: Adaptado de Ribeiro, 2008)

Tal como indicado numa revisão sistemática levada a cabo por Mestre (2020), a principal motivação referida pelos investigadores para a realização deste tipo de estudos, encontra-se relacionada com a necessidade de conceber um sistema de avaliação de desempenho para as unidades hospitalares, assim como aprofundar conhecimento e a investigação empírica sobre aplicação do BSC.

Segundo os autores Amer, Hammoud, Khatatbeh, Lohner, Boncz e Endrei (2022) na revisão sistemática efetuada sobre o benefício da aplicação do BSC nas organizações de saúde, a avaliação do impacto da implementação do BSC na satisfação dos profissionais de saúde, na satisfação do utente e no desempenho financeiro, fornece aos gestores e aos políticos evidências para apoiar a utilização do BSC no setor de saúde. Amer et al. (2022) evidenciaram que a implementação do BSC demonstrou resultados positivos, para as dimensões satisfação do utente e financeira, no desempenho das unidades de saúde. No entanto, apenas foi demonstrado um impacto ligeiro nos efeitos relacionados com a dimensão da satisfação dos profissionais de saúde, pelo que os autores sugerem no estudo a necessidade de atribuir maior destaque a esta área no futuro.

Ainda de acordo com um estudo para a implementação do BSC no Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, os autores Dos Santos et al. (2023) concluíram que a inclusão da perspetiva de Aprendizagem e Crescimento, permite valorizar os recursos humanos e o seu comprometimento com o desempenho organizacional, contribuindo para uma maior produtividade e maior racionalidade na utilização de recursos, concorrendo para o aumento da efetividade dos cuidados de saúde.

Bohm et al. (2021), numa revisão sistemática onde mais de 26 países estavam representados, referem que a maioria dos BSC se encontravam aplicados ao nível local, em ambientes hospitalares. E que, pese embora discutam o BSC original de Kaplan e Norton, apenas 21% dos modelos incluíam perspetivas utilizando formatação idêntica à descrição original, pelo que têm sido adotadas diferentes abordagens nos diversos ambientes de saúde, que frequentemente passam por adaptações do modelo original para se ajustarem a um contexto de saúde específico.

Os mesmos autores enfatizam ainda que considerando a heterogeneidade evidente no desenvolvimento de diversas abordagens, torna-se premente uma orientação

metodológica nesta área, bem como a inclusão de pacientes/famílias nas equipas de desenvolvimento do BSC.

Também os autores Betto et al. (2022), num artigo que aborda como o design BSC evoluiu ao longo dos anos em ambientes de saúde, mapeando o desenvolvimento das fases de adoção do BSC, referenciam o baixo número de artigos e a baixa maturidade do BSC em contextos de saúde.

Ainda num outro estudo na área da saúde, os participantes identificaram uma série de abordagens para incorporar dimensões ambientais no BSC, totalmente integradas, parcialmente integradas, ou mesmo até uma perspetiva adicional diferenciada, a partir das atividades e eventos ambientais. Estas descobertas confirmaram a iminência do modelo selecionado, reforçando a importância da visão organizacional e da estratégia ambiental como fatores formativos (Khalid, Beattie, Sands e Hampson, 2019).

No que concerne especificamente ao setor da saúde, e de acordo com o estudo realizado por Inamdar et al. (2002), as organizações investigadas por estes autores, atribuíram maior importância relativa à perspetiva de clientes (33%), seguida dos processos internos (27%), da perspetiva financeira (23%) e da aprendizagem e crescimento (17%).

As perspetivas tradicionais do BSC nem sempre são capazes de incorporar as novas necessidades, como a dimensão ambiental, ou cuidados integrados e humanizados. Como consequência, é necessário o redesenho específico das perspetivas do BSC, para que fiquem alinhadas com a estratégia e com o planeamento da organização (Betto et al., 2022).

Embora o BSC tenha aplicação em organizações de saúde, tal como descrito anteriormente, a sua aplicação tem-se cingido mais a unidades hospitalares, pelo que a sua aplicação específica em unidades locais de saúde com integração verticalizada de cuidados é menos explorada e quase inexistente. Em Portugal, a única exceção nesta área consiste num estudo levado a cabo por Sousa (2016) que apresenta uma proposta de BSC para a ULS da Guarda. Não obstante existir já este estudo, o presente estudo vai trazer elementos novos, pelo facto de ser realizado numa ULS na nova geração (ULS 2.0), recentemente generalizadas em todo o SNS, bem como, por adicionalmente promover, relativamente ao anterior, a conciliação da utilização do BSC com outros instrumentos de avaliação como o *benchmarking*.

Portanto, a escassez de estudos científicos sobre o BSC em ULS constitui uma lacuna significativa na literatura consultada, deixando um vácuo de conhecimento em relação às unidades locais que buscam uma abordagem integrada de cuidados.

2.4. Relevância da Conciliação do *Balanced Scorecard* com outros Instrumentos de Avaliação, como o *Benchmarking*

Ainda de acordo com os artigos analisados, identificaram-se algumas pistas de investigação que vão ao encontro desta proposta, como por exemplo a aplicação do BSC complementado com outras ferramentas de gestão.

O *benchmarking*, sob uma perspectiva de gestão, refere-se ao contínuo e sistemático método de avaliação de processos, práticas e desempenho das organizações, que são considerados como as melhores aplicações para o propósito de melhoria contínua organizacional (Talluri e Sarkis, 2002). Na área hospitalar o *benchmarking* é um dos métodos usados para melhorar a gestão das operações.

A técnica DEA consiste numa ferramenta de *benchmarking*, baseada numa abordagem matemática que avalia a eficiência relativa de unidades produtivas, como por exemplo os hospitais, considerando múltiplas variáveis de entrada e saída. Esta técnica possibilita a identificação dos hospitais que alcançam a máxima eficiência e servem como referência para os demais.

Os autores Chiang e Lin (2009) num estudo que tentou desenvolver uma estrutura integrada para abranger os conceitos básicos de BSC e DEA para medir o desempenho da gestão, referem que o BSC e o DEA são complementares entre si, considerando que, se por um lado o BSC pode fornecer resultados de desempenho apropriados para a organização por outro lado o DEA pode definir *benchmarks* para organizações com base nos seus *inputs* e *outputs*, bem como transformar medidas de desempenho em informação de gestão. Assim, a sinergia do BSC e do DEA pode traduzir os índices de desempenho apropriados no processo de gestão.

Os autores Edward et. al (2011) demonstraram num estudo que o BSC foi utilizado com sucesso, durante um período de 5 anos, para avaliar e melhorar a capacidade e a prestação de serviços de saúde no Afeganistão utilizando *benchmarking* de desempenho. Os autores enunciados concluíram que seriam necessárias reconfigurações ao modelo clássico, com vista a agregar medidas de eficácia e eficiência, bem como, alojar mudanças de políticas e estratégias dos sistemas de saúde para garantir a sua pertinência como medida abrangente de desempenho do sistema de saúde.

Noutro estudo, fora da área da saúde, Hsu, Chung, Lee e Sherman (2013) também evidenciam que o uso combinado de DEA e BSC aplicado a um conjunto completo de dados operacionais tem o potencial de auxiliar, neste caso, empresas de transporte marítimo a melhorar as operações e a concentrar esforços e investimentos em áreas que têm potencial para gerar melhor desempenho.

3. METODOLOGIA DA INVESTIGAÇÃO

A escolha do método de investigação teve em consideração o objeto de estudo e os objetivos anteriormente definidos que se pretendem atingir.

O estudo em apreço assume o tipo exploratório e descritivo, sendo que a abordagem nesta tipologia não se cinge apenas a um melhor conhecimento do tema, mas também ao aprofundamento do fenómeno em estudo. Autores como Creswell (2009) abordam a pertinência dos estudos exploratórios e descritivos como fases basilares no processo de pesquisa, particularmente em campos onde o conhecimento é limitado ou segmentado. Esta tipologia de estudos permite um suporte para pesquisas mais aprofundadas, concorrendo para a aquisição e desenvolvimento do conhecimento nos seus diferentes âmbitos (Castela e José, 2023).

Apesar de ser utilizado um modelo de base, neste caso o BSC, este tipo de estudo ainda não acumulou uma bibliografia significativa no que se refere à sua aplicação em unidades de saúde do setor público em Portugal, designadamente, em ULS.

Portanto, o presente estudo enquadra-se na tipologia supra descrita, sendo igualmente um estudo-caso, tendo em conta que se pretende conhecer e aprofundar a essência do BSC e a sua aplicabilidade numa organização específica, a ULSBA, enquanto uma necessidade corrente e na tentativa de acrescentar conhecimento sobre aquela realidade.

Um estudo de caso consiste numa abordagem de pesquisa que investiga profundamente um fenómeno contemporâneo dentro de seu contexto da vida real, especialmente quando os limites entre o fenómeno e o contexto não são claramente evidentes, permitindo uma análise detalhada e holística de um caso específico, procurando compreender as suas complexidades, dinâmicas e interações (Yin, 2018).

Portanto, nesta dissertação será levada a cabo uma abordagem metodológica mista, qualitativa e quantitativa, com um desenho do tipo estudo-caso numa organização específica.

3.1 População e Amostra

Considerando que a dissertação em apreço visa em concreto a elaboração de uma proposta de BSC para uma ULS, e atentando a que se trata de um estudo-caso, a amostra irá coincidir com a população alvo que se pretende estudar, designadamente a organização ULSBA, pelo que, não se irão utilizar técnicas de amostragem quanto a este aspeto. Para o efeito, foi solicitada autorização para a realização deste estudo ao Conselho de Administração da instituição. A aprovação da Comissão de Ética da ULSBA encontra-se apenas a este documento (anexo A).

Por outro lado, e no que se refere especificamente à fase de definição das metas com recurso a ferramentas de *benchmarking*, a técnica de amostragem será a utilizada pela ACSS para a definição de grupos de entidades hospitalares com estatuto de entidades públicas empresárias, que recorre à técnica de *clustering* hierárquico, após standardização de variáveis com capacidade explicativa dos custos e de análise de componentes principais, disponível no portal de *Benchmarking* dos Hospitais (<https://benchmarking-acss.min-saude.pt/>), que tem como fonte de dados os dados reportados pelas instituições através de múltiplos Sistemas de Informação para Contratualização e Acompanhamento, bem como, os dados disponíveis no portal do BI dos CSP (<https://bicsp.min-saude.pt/pt/Paginas/default.aspx>).

3.2 Desenvolvimento da Pesquisa

Ao longo do desenvolvimento do estudo as técnicas de recolha de dados aplicadas consistiram essencialmente em quatro, seguidamente descritas:

- Revisão da literatura

Dedicada à ferramenta de gestão BSC, com especial enfoque na sua aplicação às Unidades de Saúde do setor público, bem como, nas potencialidades do *benchmarking* enquanto aliado na implementação e aplicação do BSC.

- Análise Documental (dados secundários)

Consulta e análise de dados em portais institucionais públicos, bem como, de documentos estratégicos e instrumentos de gestão da ULSBA, de acesso público e de natureza interna ou confidencial, estes últimos cedidos pelo Conselho de Administração, entre os quais: Plano de Desenvolvimento Organizacional (PDO) 2024-2026, Plano de

Atividades e Orçamento 2023, Contrato-Programa 2023, Estatutos ULSBA, EPE., Caracterização da Entidade, Ficha Síntese, Regulamento Interno e outros documentos que se mostraram relevantes.

- o Dados resultantes da investigação colaborativa

Dados que resultaram do processo em estudo, uma vez que a sua pretensão não se encontrou desligada dos objetivos e da ação da instituição, mas procurou primeiramente integrar-se nas suas necessidades e dar resposta aos seus problemas. A obtenção dos dados, por coincidir com o contexto reformativo no setor da Saúde e transição do modelo de gestão, envolveu sobretudo os intervenientes da gestão de topo (Conselho de Administração da ULSBA) cingindo-se fundamentalmente na recolha de informação relevante, relacionada com os processos de gestão da ULSBA (internamente consensualizada com os restantes interlocutores-chave, ex. chefias intermédias que representam as equipas), bem como, com a análise simples e dinâmica do ambiente interno e externo da organização, aspetos essenciais para a construção e posterior implementação da nova ferramenta de gestão. Por outro lado, teve igualmente como propósito a obtenção e a seleção de um conjunto de OE, *Key Performance Indicators* (KPI)/Indicadores-chave de Desempenho (ICD) Iniciativas Estratégicas (IE) a adotar para cada uma das perspetivas do BSC, que concorram para as dimensões do acesso e integração de cuidados, para a eficiência, sustentabilidade e qualidade dos serviços.

3.3 Organização de Dados e Análise

A utilização de técnicas de análise deverá ir ao encontro dos objetivos do estudo, pelo que, utilizaram-se essencialmente métodos qualitativos para a revisão bibliográfica, consulta e obtenção de dados através de análise documental e investigação colaborativa com a gestão de topo da ULSBA. A utilização prevista de métodos quantitativos no tratamento e análise de dados resultantes da aplicação de técnicas ou modelos matemáticos de *benchmarking* para a definição de metas (como por exemplo o DEA) não foi possível pelas limitações do estudo elencadas mais adiante.

Os resultados deste estudo são apresentados em capítulo próprio recorrendo, quando necessário, à utilização de figuras e tabelas, para melhor ilustração e clareza das temáticas abordadas.

4. RESULTADOS E DISCUSSÃO

A análise dos dados, a sua interpretação e a sua discussão teórica constante do presente capítulo foram efetuadas de forma conjugada, por preferência e conveniência de servir melhor os objetivos deste trabalho. Assim sendo, ao longo deste capítulo são realçados os factos mais importantes do trabalho, e as aplicações teóricas e práticas dos resultados alcançados. São igualmente ressaltadas as limitações dos resultados e realizadas analogias com resultados encontrados noutros estudos.

Os diversos resultados estão agrupados e ordenados convenientemente, de acordo com os objetivos previamente enunciados, sendo acompanhados ao longo da sua redação por tabelas e figuras, para permitir uma adequada síntese e esquematização da informação apurada. Nesta parte do trabalho são também suscitadas novas questões, assim como recomendações referentes a estudos posteriores.

4.1 Descrição do Objeto de Estudo

Para a descrição do objeto de estudo recorreu-se à consulta dos documentos organizacionais disponíveis para consulta pública, bem como, a outros documentos internos fornecidos pela gestão de topo, como o PDO 2024-2026.

A ULSBA constitui uma Entidade Pública Empresarial (E.P.E.) integrada no SNS, criada pelo Decreto-lei nº 183/2008, de 1 de outubro, e que define a sua atuação assente no Decreto-Lei n.º 52/2022, de 4 de agosto, na sua redação atual, que estipula um modelo de organização e prestação de serviços de saúde alicerçado na integração dos vários níveis de cuidados de saúde.

A ULSBA tem como área geográfica de influência os 13 Concelhos do Baixo Alentejo (NUTS III, nomenclatura INE), constituindo uma sub-região da Região do Alentejo, representando cerca de 9,3% do território nacional, com uma superfície geográfica de 8.542,7 Km². De acordo com as estimativas do INE, no ano de 2022 apresentava uma população residente de 115.237 habitantes, correspondente a cerca de 1,2% da população do Continente. Segundo o contexto geodemográfico supra, a sub-região do Baixo Alentejo exhibe uma densidade populacional de somente 13,5 habitantes/km², quando comparada com os 113,5 habitantes/km² assinalados em Portugal Continental.

Na figura abaixo ilustra-se a distribuição territorial da estrutura assistencial da ULSBA, bem como, os níveis de cuidados de saúde que a incorporam.

Figura 4.1: Distribuição Territorial da Estrutura Assistencial da ULSBA



CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS - assegurados através das unidades funcionais do Agrupamento de Centros de Saúde do Baixo Alentejo, que agrega os Centros de Saúde e as Extensões de Saúde dos 13 concelhos, que constituem a sua área de abrangência geográfica, abarcando ainda a Unidade de Saúde Pública (USP) que exerce, entre outras, as atribuições inerentes à Autoridade de Saúde.

CUIDADOS DE SAÚDE HOSPITALARES - prestados pelo Hospital José Joaquim Fernandes, localizado na cidade de Beja.

CUIDADOS CONTINUADOS INTEGRADOS E CUIDADOS PALIATIVOS - conferidos pelas Equipas de Cuidados Continuados Integrados (ECCI), que incorporam a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI), assim como, pela Equipa Comunitária de Suporte em Cuidados Paliativos (ECSCP), que integra a Rede Nacional de Cuidados Paliativos.

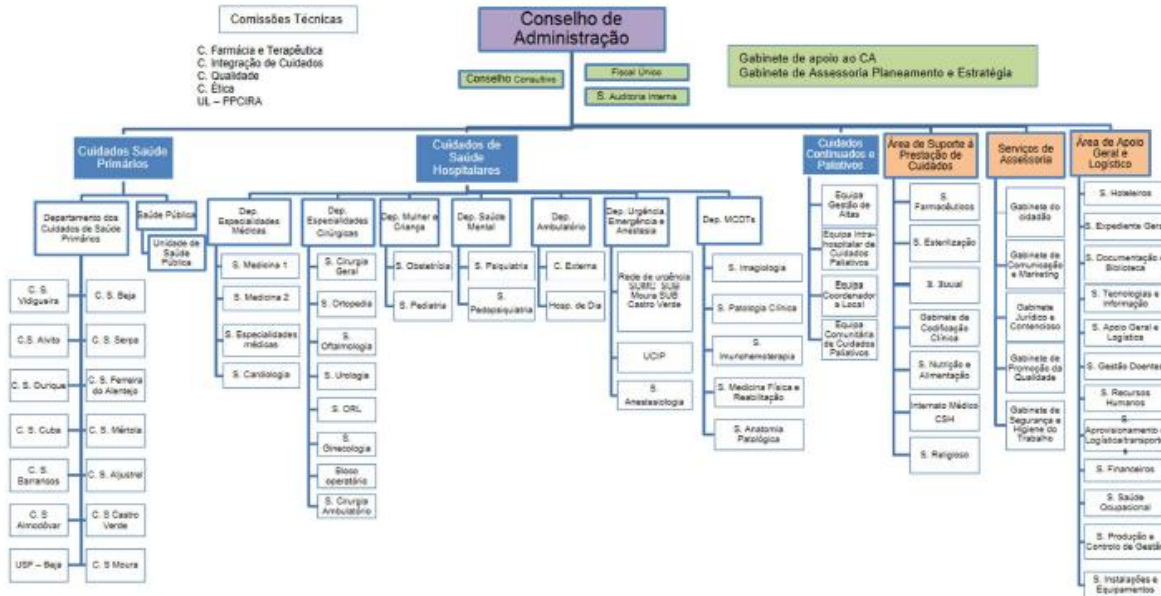
(Fonte: Plano Local de Saúde 2018-2020 da ULSBA e Plano de Desenvolvimento Organizacional da ULSBA, 2024-2026)

De acordo com as orientações nacionais e regionais, vertidas em planos e programas, o posicionamento estratégico da ULSBA, o perfil assistencial preconizado para os diferentes níveis de cuidados de saúde que integra e os seus recursos disponíveis, a ULSBA dispõe atualmente de uma carteira de serviços que preconiza a realização das atividades de promoção e proteção da saúde, prevenção da doença, diagnóstico, tratamento e reabilitação, que possibilitam atender às necessidades em saúde da comunidade, que ronda atualmente os 122.684 utentes inscritos (ULSBA, PDO 2024-2026).

A estrutura organizacional interna da ULSBA encontra-se distribuída em departamentos, serviços, unidades funcionais e equipas, assente no regulamento interno aprovado pelo

Conselho de Administração em 01.06.2022 (e ainda não homologado pela Tutela), e que se explana no organograma infra.

Figura 4.2: Organograma da ULSBA



(Fonte: Plano de Desenvolvimento Organizacional da ULSBA, 2024-2026)

4.2 Análise do Ambiente Organizacional e Validação da MVV

No processo de gestão estratégica são utilizadas várias técnicas de análise para atingir os objetivos de longo prazo de uma organização. A análise “*Strengths, Weaknesses, Opportunities and Threats*” (SWOT) foi desenvolvida por *Albert Humphrey*, um consultor de gestão e investigador da Universidade de Stanford, nos Estados Unidos da América, entre as décadas de 1960 e 1970. Ao longo dos anos, a análise SWOT em sido uma técnica amplamente utilizada na análise de ambientes internos e externos das organizações para apoiar a decisão estratégica (Gürel, 2017).

A SWOT da ULSBA, apresentada na tabela imediatamente abaixo e designada “simples”, evidencia as principais características do ambiente interno, respetivamente os pontos fortes e pontos fracos, bem como as oportunidades e ameaças, que revelam as características mais relevantes do ambiente externo que a instituição identificou para estabelecer as orientações estratégicas e operacionais do triénio 2024-2026.

Tabela 4.1: ULSBA – Análise SWOT (Simples)

FORÇAS	FRAQUEZAS
<ul style="list-style-type: none"> ○ Qualidade e resiliência dos recursos humanos existentes ○ Algumas áreas assistenciais certificadas e com elevado desempenho e reconhecimento externo ○ Equipas de Cuidados de Proximidade (ECCI; Paliativos, Psiquiatria) ○ Melhoria dos níveis de atividade assistencial ○ Renovação progressiva de instalações e equipamentos ○ Implementação de projetos na área da transição digital e otimização de processos 	<ul style="list-style-type: none"> ○ Insuficiência de recursos humanos em vários grupos profissionais ○ Elevado número de utentes inscritos sem médico de família atribuído ○ Carteira de serviços e estrutura operacional desajustada face às necessidades em saúde da população ○ Incipiente Integração clínica de cuidados e percursos assistenciais integrados pouco desenvolvidos ○ Excessiva dependência de prestadores de serviços médicos e de trabalho extraordinário ○ Degradação e desadequação de várias instalações (Hospital José Joaquim Fernandes (HJJF); Centros de Saúde de Moura e Castro Verde) e obsolescência de equipamentos
OPORTUNIDADES	AMEAÇAS
<ul style="list-style-type: none"> ○ Novo modelo de gestão e de prestação de cuidados de saúde do SNS, centrados na integração de cuidados ○ Disponibilidade de Investimento no SNS (Plano de Recuperação e Resiliência; Portugal 2030) ○ Transformação digital, desenvolvimento tecnológico e sustentabilidade ambiental ○ Parcerias na comunidade (Autarquias, Setor Social, Educação) ○ Desenvolvimento do Centro Académico Clínico do Alentejo (C-Trail) 	<ul style="list-style-type: none"> ○ Características geodemográficas e estado de saúde da população do Baixo Alentejo (dispersão territorial; baixa densidade populacional; envelhecimento da população; acessibilidades; taxa de mortalidade) ○ Respostas comunitárias insuficientes na área social e no transporte de doentes ○ Fragilidade e/ou inexistência do setor convencionado em diversas áreas de Meios Complementares de Diagnóstico e Terapêutica ○ Não concretização do investimento na modernização do HJJF ○ Contexto orçamental, financeiro e laboral do SNS

(Fonte: Plano de Desenvolvimento Organizacional da ULSBA, 2024-2026)

A principal limitação da SWOT simples deriva da sua abordagem descritiva e isolada, que não estabelece interações explícitas entre os fatores identificados. Essa ausência de interconexão pode levar a uma interpretação superficial, dificultando a priorização de estratégias eficazes.

Na sequência dessa limitação, emergiu a análise “*Threats, Opportunities, Weaknesses, Strengths*” (TOWS). Em 1982 Heinz Wehrich (1982) introduziu a matriz TOWS, comumente denominada por SWOT cruzada, correspondendo as ameaças e as oportunidades ambientais com os pontos fracos e, sobretudo, com os pontos fortes da organização, combinado as variáveis da SWOT simples de uma forma sistemática (Gürel, 2017).

Os resultados desses cruzamentos induzem oportunidades de melhoria que, após reflexão da equipa diretiva, facilitam a definição de estratégias mais realistas. Este modelo mais robusto representa uma evolução da SWOT simples, sendo amplamente utilizada na gestão das organizações, com especial evidência no planeamento estratégico.

A transição da SWOT Simples para a SWOT Cruzada representa, assim, um avanço metodológico essencial para um planeamento estratégico mais dinâmico e orientado a resultados. Enquanto o modelo da SWOT simples oferece uma visão estática do ambiente organizacional, a SWOT cruzada direciona a organização para estratégias proativas, maximizando as oportunidades e minimizando os riscos.

Assim, a adoção desta abordagem integrada pela ULSBA, fortalece a sua capacidade de resposta perante as grandes incertezas que caracterizam o ambiente externo, promovendo um posicionamento mais competitivo e sustentável.

A SWOT cruzada da ULSBA com as principais interações positivas e negativas, entre os diversos fatores do ambiente externo e interno, encontra-se sistematizada na tabela seguinte.

Tabela 4.2: ULSBA – Análise SWOT (Cruzada)

FATORES INTERNOS \ FATORES EXTERNOS		FORÇAS					FRAQUEZAS					
		Qualidade e Resiliência RH	Áreas Assistenciais Certificadas	Equipas de Cuidados de Proximidade	Melhoria dos Níveis Atividade Assistencial	Renovação Progressiva Instalações e Equipamentos	Implementação da Transição Digital	Insuficiência RH	Elevado n.º Utentes s/ MF	Carteira Serviços e Estrutura Desajustada	Incipiente Integração Clínica de Cuidados	Excessiva Dependência Prestadores Serviços Médicos
OPORTUNIDADES	Novo Modelo de Gestão	+							+			
	Disponibilidade de Investimento no SNS					+	+					+
	Transformação Digital e Sustentabilidade Ambiental		+		+							
	Parcerias na Comunidade					+				+		+
	Desenvolvimento do Centro Académico Clínico							+			+	
AMEAÇAS	Caraterísticas Geodemográficas e Estado de Saúde da População			+			+	-		+		
	Respostas Comunitárias Insuficientes			+								
	Fragilidade e/ou Inexistência do Setor Convencionado							-				
	Não Concretização de Investimentos											-
	Contexto Orçamental, Financeiro e Laboral do SNS						-				-	-

(Fonte: Elaboração Própria)

Após a validação dos dois modelos SWOT- simples e cruzada - a equipa diretiva da ULSBA, desenvolveu um trabalho de reflexão sobre as conclusões mais relevantes a retirar das interações realizadas entre fatores internos (pontos fortes e pontos fracos) e fatores externos (oportunidades e ameaças). Essas conclusões foram essenciais para iniciar o Mapa da Estratégia (ME) adiante apresentado. Os cruzamentos efetuados acabaram por induzir melhorias importantes que a organização deveria incorporar na sua estratégia. Estas melhorias, depois de discutidas e priorizadas pela gestão de topo evoluíram para uma predefinição de “quase OE”, consubstanciados em grandes ambições para o triénio 2024-2026. Segue-se abaixo um breve resumo das interações mais relevantes e potenciais estratégias de intervenção:

1. Forças vs Oportunidades (FO)- Desenvolvimento

As interações entre forças e oportunidades destacam o potencial para alavancar as áreas certificadas e a qualidade dos recursos humanos, especialmente no contexto de novas oportunidades, como a transformação digital e sustentabilidade ambiental, bem como o desenvolvimento do Centro Académico Clínico. A qualidade e resiliência dos recursos humanos, combinadas com o novo modelo de gestão do SNS, apresentam uma oportunidade clara de desenvolvimento, permitindo que as equipas assistenciais se adaptem e cresçam em eficácia. A renovação progressiva de instalações e equipamentos aparece como uma força crucial para concretizar os benefícios trazidos pelo novo modelo de gestão e parcerias na comunidade.

2. Fraquezas vs Oportunidades (WO)- Crescimento

Apesar das fraquezas identificadas, como a insuficiência de recursos humanos e a incipiente integração clínica, as oportunidades, como a disponibilidade de investimentos no SNS (PRR e Portugal 2030) e a transformação digital, poderão ser catalisadores de melhorias significativas e aproveitados para superar estas limitações. Um exemplo prático seria o uso da digitalização para otimizar processos, reduzindo a dependência de prestadores médicos e melhorando a integração dos cuidados de saúde.

3. Forças vs Ameaças (FA)- Manutenção

Embora existam ameaças significativas, como o contexto orçamental e a fragilidade do setor convencionado, forças como a qualidade assistencial certificada e a progressiva implementação da transição digital podem mitigar os riscos inerentes. As respostas comunitárias e a renovação progressiva/gradual de equipamentos poderão revelar-se estratégias eficazes para manter os níveis de prestação de serviços, reduzindo gradualmente os impactos negativos externos.

4. Fraquezas vs Ameaças (WT)- Sobrevivência

Fraquezas, tais como degradação das instalações, insuficiência de recursos humanos e a excessiva dependência de prestadores, podem tornar-se mais críticas quando cruzadas com ameaças, como por exemplo a não concretização de alguns investimentos, as características geodemográficas/estado de saúde da população servida e o contexto financeiro desfavorável. Estas interações negativas requerem uma abordagem focada na sobrevivência, com esforços concentrados na otimização de processos, integração clínica e colaborações estratégicas. Para sobreviver, será também essencial aumentar o foco em estratégias de curto prazo, tais como priorizar investimentos para áreas críticas e otimizar recursos existentes.

Resumindo, e a título de reflexão final sobre as oportunidades de melhoria que derivam das interações na SWOT, destaca-se que a estratégia da organização deverá estar mais focada no aproveitamento de oportunidades de investimento e transformação digital para modernizar instalações e otimizar a gestão de recursos humanos, resolvendo assim alguns dos desafios estruturais e operacionais que enfrenta. A integração de cuidados, bem como as parcerias institucionais e comunitárias deverão ser priorizadas para melhorar a resposta às necessidades de saúde da população, especialmente em áreas geograficamente desafiadoras. No entanto, é essencial que a organização enfrente também as ameaças de escassez de recursos humanos e a falta de investimento, utilizando uma abordagem estratégica que maximize o contributo das parcerias e desenvolva soluções inovadoras para garantir a sustentabilidade a longo prazo.

Para concluir este subcapítulo, e no que concerne ao principal suporte estratégico da ULSBA, a Administração revisitou o texto da narrativa contida nos três pilares (MVV), tendo-os considerado suficientemente robustos e coerentes para continuarem a nortear a mudança e o alinhamento das equipas em todas as áreas da organização. O quadro infra mostra essas definições.

Tabela 4.3: MVV (Missão, Valores e Visão da ULSBA)

Missão	Valores	Visão
Prestação de cuidados de saúde integrados, com qualidade, equidade, efetividade e em tempo útil, através da utilização sustentável dos recursos, em estreita articulação com outros serviços de saúde e parceiros, com a finalidade de obter ganhos em saúde para a comunidade.	<ul style="list-style-type: none"> - Centralidade no cidadão - Equidade no acesso - Qualidade e segurança - Integração e parcerias - Ética, integridade e transparência 	Reconhecimento como instituição de referência na qualidade dos cuidados de saúde prestados, no contexto do Baixo Alentejo e do SNS.

(Fonte: Plano de Desenvolvimento Organizacional da ULSBA, 2024-2026)

Decorrida esta etapa, passaram a existir condições para direcionar o foco no principal objetivo deste trabalho, mormente a proposta de BSC para a ULSBA, que consiste em construir o ME e o *Scorecard* Corporativo (SC). Adicionalmente, e tendo sempre presente que a ULSBA já possuía um Quadro Estratégico e Operacional (QEO), baseado numa terminologia diferente do BSC, identificaram-se quais os conceitos do QEO que seriam mais suscetíveis de adaptação, redefinição e, finalmente, incorporação no ME e no SC da ULSBA, como contributos importantes para reforçar o realismo destes instrumentos. Existiu, neste processo de integrar contributos, uma dupla preocupação- **criar um BSC original com uma nova linguagem, mas manter ligações à terminologia que a organização já conhecia e usava** – que se revelou desafiante. Em nosso entender, esta seria talvez a forma mais coerente de colocar a ESTRATÉGIA EM AÇÃO na ULSBA, fazendo dela um trabalho de TODOS (Kaplan & Norton, 2006).

4.3 Proposta de um *Balanced Scorecard* para a ULSBA

A metodologia do BSC, conforme descrita por Kaplan & Norton nas publicações de 2004 (*Strategy Maps: Converting Intangible Assets Into Tangible Outcomes*) e 2008 (*Strategy Execution*), consiste numa abordagem estratégica que visa transformar a estratégia organizacional em ações mensuráveis e orientadas para resultados. **O modelo BSC integra dois instrumentos fundamentais: ME e o SC** (Kaplan e Norton, 2004, 2008).

Neste trabalho, o processo definido para a recolha de dados, designadamente a revisão bibliográfica, análise documental da organização, externa e interna, bem como a interação e aprendizagem resultantes da investigação colaborativa junto do Conselho de Administração da ULSBA, foram determinantes para a concretização dos objetivos inicialmente preconizados, que abaixo se descrevem de forma sequencial.

Objetivo 1

- Realizar uma revisão bibliográfica sobre o BSC e o *benchmarking*, no contexto da gestão de unidades de saúde do setor público, destacando as suas aplicações e benefícios na área da saúde.

A revisão bibliográfica levada a cabo permitiu concluir que atualmente o BSC constitui uma ferramenta de gestão estratégica utilizada em várias organizações do setor público e privado, com a finalidade principal de traduzir a visão e a estratégia em objetivos mensuráveis e ações concretas.

Nas instituições públicas, com especial enfoque no setor da saúde, e tendo em consideração o contexto de informação excessiva e a existência de múltiplos sistemas de informação, a adoção do BSC tem sido implementada como uma abordagem integradora, no sentido de melhorar o foco, o desempenho e a eficácia organizacional.

Numa revisão sistemática recente, os autores Amer et. al. (2022) salientam o benefício da aplicação do BSC nas organizações de saúde, fornecendo aos gestores e aos políticos evidências para apoiar a utilização do BSC no setor de saúde.

Por outro lado, também foi possível constatar na literatura consultada que no setor da saúde as perspetivas do modelo tradicional de BSC nem sempre são capazes de incorporar as novas necessidades, como a dimensão ambiental, ou cuidados integrados e humanizados, pelo que o redesenho específico das perspetivas do BSC revela-se

indispensável, com vista ao alinhamento das mesmas com a estratégia e com o planeamento da organização (Betto *et al.*, 2022).

Reitera-se que os autores Betto *et al.* (2022), numa revisão sistemática recente, alusiva à forma como a conceção do BSC evoluiu ao longo dos anos no contexto do setor da saúde, relatam o desenvolvimento das fases de adoção do BSC e fazem menção ao baixo número de artigos existentes e à baixa maturidade do BSC em ambientes de saúde.

Embora o BSC tenha aplicação em organizações de saúde, tal como descrito anteriormente, a sua aplicação tem-se cingido mais a unidades hospitalares e a sistemas de saúde, pelo que a sua aplicação específica em unidades locais de saúde com integração verticalizada de cuidados é menos explorada e quase inexistente.

Porquanto, a escassez de estudos científicos sobre o BSC em unidades locais de saúde constitui uma lacuna significativa na literatura consultada, deixando um vácuo de conhecimento em relação às unidades locais que buscam uma abordagem integrada de cuidados, mas ao mesmo tempo uma oportunidade para investigações futuras neste âmbito.

Objetivo 2

- **Desenvolver um modelo personalizado de Mapa Estratégico (ME)** adaptado à realidade da ULSBA, desenhando as suas perspetivas e definindo seus OE.

Criar um BSC, constituído por ME e SC, para executar a estratégia de uma organização, seguindo a literatura e as aplicações práticas de *Kaplan & Norton*, implica uma série de etapas sequenciais e interdependentes. A ULSBA é uma grande organização local de saúde, que já possuía um conjunto de conceitos, instrumentos e metodologias para gerir a sua estratégia e melhorar as operações no dia-a-dia. Contudo, esses conceitos e instrumentos, emanados dos serviços centrais, possuem definições e lógicas específicas, que não correspondem exatamente à abordagem do BSC, embora possuam algumas aproximações. Na realidade, a ULSBA não utiliza esta metodologia.

Este aspeto constituiu um desafio fulcral na dissertação e que teria de ser resolvido. A opção escolhida foi: *“vamos seguir Kaplan & Norton, mas nunca esqueceremos que a ULSBA já tem instrumentos específicos, que tentaremos explorar e integrar no novo BSC que vamos desenhar”*.

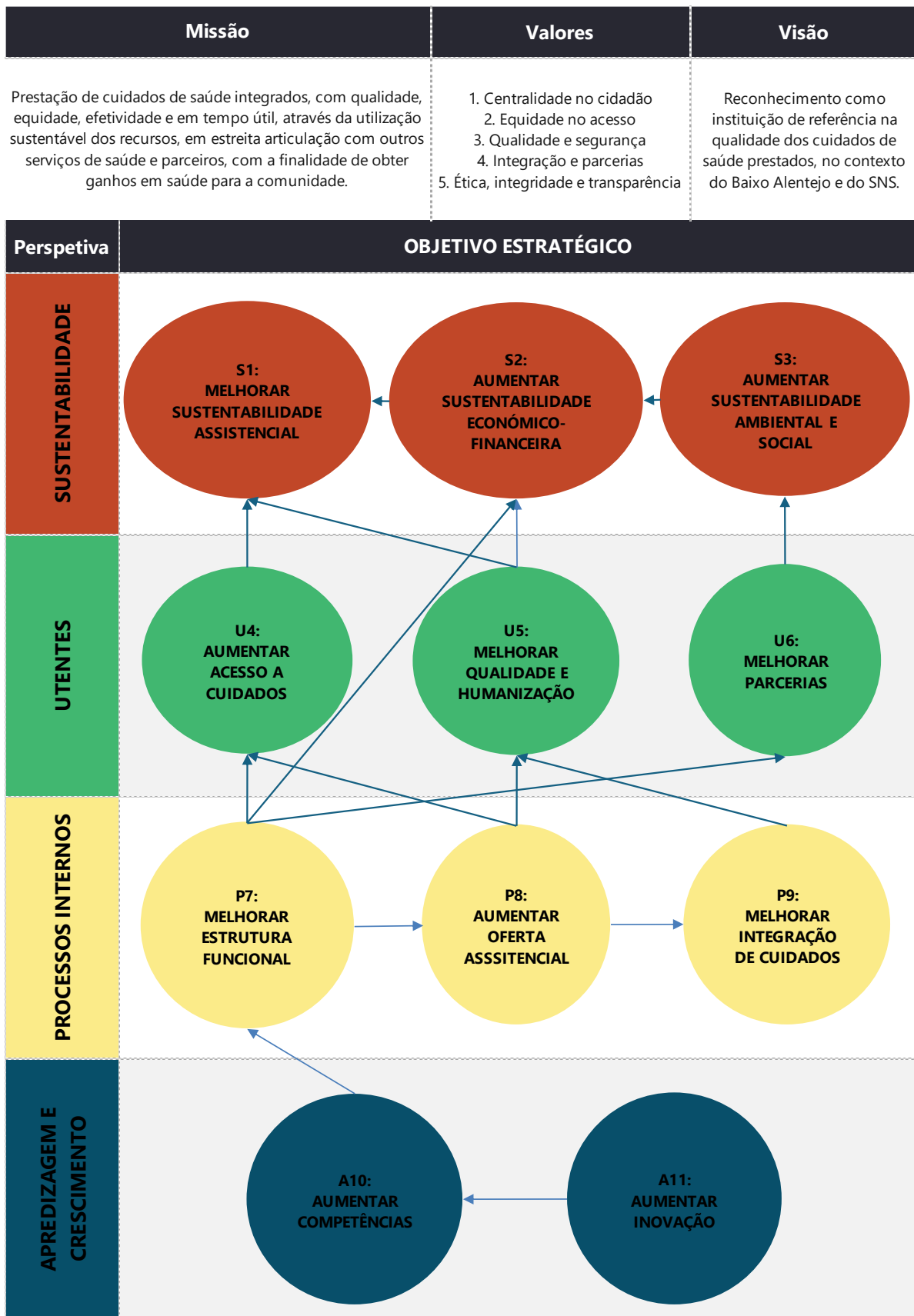
Vejamos uma síntese de como se rentabilizou e integrou alguns dos instrumentos incluídos no QEO para o triénio 2024-2026:

- o **Eixos Estratégicos (6)** - Tratam-se de grandes dimensões estratégicas da ULSBA, que inspiraram a reflexão para o desenvolvimento do ME original, adiante apresentado e explicado;
- o **Linhas de Ação (21) e Medidas (+ de 50)**. Na realidade, estas medidas são ações, projetos, partes de projetos, ou até atividades concretas a desenvolver no terreno pela ULSBA, com diferentes níveis de relevância. A análise desenvolvida permitiu concluir que as mesmas poderiam ser elementos úteis para a conceptualização de verdadeiras IE, habitualmente projetos de elevada dimensão, que requerem a participação de equipas multidisciplinares. Esta metodologia facilitou o processo de criação das IE finais incluídas no SC, adiante apresentado, reforçando o realismo e a consistência aplicados à ULSBA. De facto, as IE constituem peças decisivas que contribuem para alavancar os KPI e atingir as metas definidas, como veremos na explicação do SC. Este *Scorecard* constitui o instrumento imprescindível para “colocar a estratégia em ação” (conceito usado transversalmente em toda a bibliografia de *Kaplan & Norton*).

Portanto, a partir da metodologia teórica, documentação estratégica interna da ULSBA (QEO do triénio 2024-2026), e trabalho colaborativo com o Conselho de Administração da ULSBA, foi possível iniciar a **construção de um ME ajustado ao contexto da instituição, alinhado com a MVV previamente revalidada e integrando também melhorias resultantes das interações na SWOT cruzada.**

No quadro abaixo, encontra-se explanado o ME elaborado com base nos pressupostos anteriores, que originaram 11 OE, distribuídos pelas quatro perspetivas do BSC infra (Aprendizagem e Crescimento, Processos Internos, Utente e Sustentabilidade).

Tabela 4.4: Mapa da Estratégia (ME) – BSC da ULSBA



(Fonte: Elaboração Própria)

Um desafio importante que se impunha no arranque do ME era a definição das perspetivas a adotar. De facto, revisões sistemáticas recentes evocam que as perspetivas do modelo tradicional de BSC nem sempre acomodam as novas necessidades no setor da saúde (Betto et al., 2022), como por exemplo a dimensão ambiental, e que, pese embora discutam o BSC original de Kaplan e Norton, apenas 21% dos modelos estudados incluíam perspetivas utilizando a abordagem tradicional. Constatou-se também que têm sido adotados diferentes formatos, a partir de ajustes do modelo original para se adaptarem a um ambiente de saúde específico (Bohm et al., 2021).

Em consonância com boa parte dos modelos BSC para unidades de saúde referidos na literatura, no modelo de BSC construído para a ULSBA optou-se pela redesignação da perspetiva tradicional financeira do BSC, para a designação de perspetiva de sustentabilidade, com a finalidade de comportar as dimensões da sustentabilidade assistencial, ambiental e social, para além de apenas a dimensão económico-financeira, previstas nos eixos estratégicos traçados pela organização.

Uma vez que **qualquer ME terá de incluir obrigatoriamente um conceito fundamental do BSC- causalidade entre todos os OE-** vamos seguidamente apresentar uma narrativa de todo esse processo de relação causa-efeito, começando pela base do Mapa e percorrendo todo o circuito das setas de impacto até ao topo. Este roteiro estratégico, inicia-se assim na perspetiva Aprendizagem e Crescimento, crucial para a transformação organizacional, e culmina na perspetiva Sustentabilidade, que constitui o ponto de chegada no topo do ME, garantindo a continuidade da ULSBA na prestação eficaz dos serviços de saúde, em sintonia com o compromisso expresso na sua **Missão**.

1. PERSPETIVA | APRENDIZAGEM E CRESCIMENTO

O percurso inicia-se no OE A11 – AUMENTAR INOVAÇÃO, essencial para o desenvolvimento e modernização da prestação de cuidados. A aposta na inovação e na investigação é essencial para desenvolver novas abordagens na prestação de cuidados de saúde, otimizando processos e promovendo a eficiência dos serviços. Tal como se identificou na SWOT cruzada, a transformação digital e o desenvolvimento tecnológico representam uma oportunidade crucial para superar limitações estruturais e melhorar a

integração dos cuidados. A inovação permitirá também mitigar fragilidades como a obsolescência dos equipamentos, a degradação das infraestruturas e a escassez de recursos humanos.

O OE AC11 influencia diretamente o OE A10 – AUMENTAR COMPETÊNCIAS, pois a inovação exige capacitação contínua dos profissionais de saúde. Esta capacitação é indispensável para que possam implementar novas tecnologias e práticas assistenciais. Como referido na análise SWOT, a insuficiência de recursos humanos é uma fragilidade crítica, que pode ser contornada através da aposta na formação e retenção de talento para garantir a sustentabilidade dos serviços. O desenvolvimento de competências, permitirá ainda reduzir a dependência de prestadores externos e assegurar uma resposta mais eficiente às necessidades da população. Aumentar competências numa área tão complexa como a saúde pública, tem uma dimensão que está para além da vertente técnica e instrumental. Na verdade, a ULSBA nunca poderá perder o foco no reforço contínuo das competências comportamentais das suas equipas (ex. *soft skills*). O alinhamento organizacional, foco nos resultados, trabalho em equipa e desenvolvimento de lideranças, são bons exemplos de prioridades essenciais para promover a colaboração, sinergia e comunicação eficazes. Este equilíbrio potenciará resultados sustentáveis e um impacto positivo direto nos profissionais e, mais a jusante, nos utentes.

2. PERSPETIVA | PROCESSOS INTERNOS

Com profissionais mais qualificados e inovação incorporada, haverá um impacto direto nos processos internos. A melhoria das competências e o uso de inovação contribuem para o OE P7 – MELHORAR ESTRUTURA FUNCIONAL. A otimização dos processos internos é fundamental para garantir a sustentabilidade operacional, reduzindo desperdícios e melhorando a gestão dos recursos existentes. Tal como se identificou na SWOT, a carteira de serviços e a estrutura operacional estão desajustados face às necessidades da população, sendo crucial implementar melhorias estruturais que aumentem a eficiência e acessibilidade dos serviços.

A otimização da estrutura funcional (P7) influencia diretamente o OE P8- AUMENTAR OFERTA ASSISTENCIAL. A modernização da estrutura permite uma melhor organização dos serviços de saúde, garantindo que a oferta assistencial se torna mais eficaz e centrada nas necessidades dos utentes. A análise SWOT indicou também a necessidade de

modernização das infraestruturas e equipamentos, por forma a aumentar a capacidade e resolatividade dos serviços e prestados.

Paralelamente, o aumento da oferta assistencial (P8) também impacta no OE P9 - MELHORAR INTEGRAÇÃO DE CUIDADOS. A integração de cuidados é essencial para garantir uma abordagem coordenada e eficiente na prestação de serviços de saúde, reduzindo redundâncias e melhorando a experiência do utente. A SWOT destacou a incipiente integração clínica como um ponto fraco, o que reforça a necessidade de implementar modelos que melhorem a coordenação entre serviços e otimizem os percursos assistenciais dos utentes, oferecendo respostas mais articuladas, integradas e eficazes. Este objetivo impacta igualmente nos objetivos U5, adiante explanado.

3. PERSPETIVA | UTENTES

A melhoria dos processos internos tem repercussões diretas na perspetiva Utentes, onde se encontram três OE. O primeiro impacto, causado por objetivos posicionados nos Processos Internos, verifica-se no OE U4 - AUMENTAR ACESSO A CUIDADOS. A otimização da estrutura funcional (P7) e a qualificação da oferta assistencial (P8) contribuem para eliminar barreiras no acesso aos serviços de saúde. Como evidenciado na SWOT, a elevada quantidade de utentes sem médico de família atribuído constitui uma fraqueza crítica e representa um desafio para a acessibilidade aos cuidados. No entanto, as equipas de Cuidados de Proximidade e a implementação de projetos na área da transição digital são pontos fortes que podem facilitar a criação de soluções que garantam um acesso equitativo aos cuidados de saúde, conforme preconizado como valor fulcral na MVV da organização.

Por outro lado, o aumento da oferta assistencial (P8) e a melhoria da integração de cuidados (P9) impactam no OE U5- MELHORAR QUALIDADE E HUMANIZAÇÃO, valores bem patentes na MVV da organização. A qualificação da oferta assistencial impacta na qualidade dos serviços de saúde que constitui um fator determinante para a satisfação e segurança do utente. Como apontado na análise SWOT, a certificação de algumas áreas assistenciais representa uma força que pode ser ampliada, assegurando um padrão de excelência na prestação de cuidados. Por outra via, o acesso a cuidados integrados contribui para uma abordagem mais humanizada e centrada no utente, garantindo que

os serviços são prestados com maior qualidade, eficiência e sensibilidade às necessidades individuais.

Para concluir a perspetiva Utentes, constata-se que a otimização da estrutura funcional (P7), impacta diretamente o OE U6 - MELHORAR PARCERIAS, ao fomentar uma rede de colaboração entre parceiros para desenvolver soluções inovadoras e sustentáveis. A SWOT e a MVV da ULSBA apontam as parcerias como oportunidades de alto valor estratégico para reforçar a resposta assistencial e social, colmatar insuficiências na rede de cuidados e criar respostas mais adaptadas às necessidades locais.

4. PERSPETIVA | SUSTENTABILIDADE

Por fim, os avanços na perspetiva do Utente impactam diretamente a Sustentabilidade, perspetiva inovadora criada de raiz para a ULSBA, onde se encontram os três últimos objetivos que constituem o ponto de chegada no percurso da estratégia direcionada para a Visão, conforme se relata nesta narrativa de causalidade desde a base até ao topo do ME.

O primeiro objetivo a ser influenciado é o S3- AUMENTAR SUSTENTABILIDADE AMBIENTAL E SOCIAL. A SWOT da organização destacou a sustentabilidade ambiental como um desafio emergente, exigindo medidas para reduzir o impacto ecológico das unidades de saúde e melhorar a eficiência energética. A aposta em parcerias comunitárias (U6) e práticas assistenciais mais eficientes contribui para uma utilização mais sustentável dos recursos, ao reduzir impactos ambientais e assegurar um modelo de saúde socialmente mais responsável, que irão impactar no Objetivo S2.

A sustentabilidade ambiental e social fortalecem o OE S2- AUMENTAR SUSTENTABILIDADE ECONÓMICO-FINANCEIRA. A otimização da estrutura funcional (P7), a qualidade dos serviços prestados (U5), a melhoria das parcerias e a adoção de práticas ambientais responsáveis (S3) permitirão um melhor aproveitamento dos recursos financeiros, reduzindo desperdícios e garantindo a viabilidade económica da organização. Como identificado na SWOT, a não concretização de investimentos em infraestruturas representa uma ameaça significativa, tornando essencial a adoção de estratégias que garantam a sustentabilidade financeira do serviço de saúde.

Finalmente, constata-se que todas as melhorias convergem para o OE S1 - MELHORAR SUSTENTABILIDADE ASSISTENCIAL. A inovação, desenvolvimento de competências, melhoria dos processos internos, promoção do acesso e da qualidade dos cuidados, bem como a sustentabilidade ambiental e financeira, serão fatores essenciais para assegurar a continuidade e a resiliência na prestação de cuidados de saúde no Baixo Alentejo.

Em suma, **a trajetória estratégica delineada pelo BSC, projetada no ME da ULSBA, demonstra uma relação clara de interdependência** entre inovação, capacitação, eficiência operacional, qualidade assistencial e sustentabilidade, sendo fundamental implementar uma abordagem de gestão integrada e articulada capaz de enfrentar os desafios identificados na análise SWOT e garantir um serviço de saúde sustentável e centrado no cidadão, **perfeitamente alinhados com a MVV da ULSBA.**

Objetivo 3

- **Construir o SC da ULSBA, composto por métricas específicas, metas e IE.** A visão final do SC é um painel de bordo onde interagem todos os seus elementos para avaliar o progresso em direção aos OE definidos.

Terminada a etapa anterior de construção do ME, elemento fulcral da metodologia BSC que descreve visualmente como os OE se encontram interconectados, há que passar à **etapa seguinte – a elaboração do respetivo SC.**




O *Scorecard*, em formato tabela, inicia-se com a retoma rigorosa de todos os objetivos definidos no ME, para os quais é necessário encontrar métricas específicas para acompanhar e medir o progresso em direção a esses objetivos. Dessa forma, **o *Scorecard* constitui um elemento essencial para operacionalizar a estratégia**, permitindo que as organizações consigam alinhar as suas operações, através da definição de metas em todos os níveis hierárquicos, desde a gestão de topo até aos serviços da linha de frente. Este instrumento da metodologia BSC ajuda a garantir que toda a organização se foque e trabalhe em direção aos mesmos OE.

O processo não se limita a metas de curto prazo, envolve também a orientação para um desempenho sustentável no longo prazo, através de uma visão integrada entre as diversas áreas da empresa.

Resumindo, a integração do ME com o *Scorecard* visa garantir que a estratégia da empresa seja bem executada, de forma mensurável, balanceada e alinhada com todos os membros da organização.

No próximo quadro encontra-se explanado o SC proposto para a ULSBA, constituído pelos OE delineados no ME, acrescidos dos KPI de medição e das respetivas metas a atingir. Na última coluna do SC surgem as IE, que visam colocar a estratégia da ULSBA em ação. Para que tal aconteça, a todos os níveis da organização, envolvendo as quatro perspetivas do BSC, será preciso concretizar mudanças e melhorias, algumas das quais derivaram das interações observadas na SWOT cruzada. As IE assumem assim um papel primordial, e sem estas não se alcançaria mudança, a organização mantinha as rotinas do passado e a estratégia teria sido um esforço inútil e em vão. No trabalho colaborativo desenvolvido com a direção da ULSBA ficou claramente perceptível que existia este tipo de pensamento.

Tabela 4.5: Scorecard Corporativo (SC) – BSC da ULSBA



Perspetiva	OBJETIVO ESTRATÉGICO	KPI	INDICADOR	METAS 2024-2026	INICIATIVAS ESTRATÉGICAS	
SUSTENTABILIDADE	S1	Melhorar Sustentabilidade Assistencial	Sustentabilidade Assistencial	● Doente padrão por médico/enf ETC (Benchmark- Produtividade)*	a definir	<p>SUSTENTABILIDADE. PRECISA-SE!</p>  S1 S2 S3 <p>PREVENIR E CUIDAR É O NOSSO COMPROMISSO!</p>  U4 U5 U6 P7 <p>JUNTOS VAMOS CONSEGUIR MAIS SAÚDE.</p>  U6 P8 P9 S1 S2 S3
	S2	Aumentar Sustentabilidade Económico-Financeira	Gestão de Recursos	● Gastos operacionais por residente (Benchmark- Económico-Financeira)*	a definir	
			Desempenho Económico-Financeiro	● EBITDA**	5583877	
S3	Aumentar Sustentabilidade Ambiental e Social	Sustentabilidade Ambiental	● % Edifícios certificados energeticamente/%Viaturas substituídas por modelos elétricos***	100% 30%		
		Sustentabilidade Social	● % Estruturas comunitárias com projeto implementado (promoção da economia circular e a valorização do capital humano)***	a definir		
UTENTES	U4	Aumentar Acesso a Cuidados	Acesso a Consultas	● % Pedidos/utentes em lista de espera/lista de inscritos para consulta (LEC) ou cirurgia (LIC) dentro do TMRG (Benchmark - Acesso)*	48% 90%	
			Acesso a Cirurgias	● % de população rastreada no Rastreo do Cancro do Cólon e Reto (RCCR)/Útero (RCCU) no total de população inscrita elegível**	37% 37%	
	U5	Melhorar Qualidade e Humanização	Qualidade	● % Reinternamentos em 30 dias, na mesma grande categoria de diagnóstico (benchmark - produtividade)*	2,6%	
			Humanização	● % Ferramentas digitais de contato com os utentes implementadas ou Nível Satisfação Utentes***	3 a definir	
U6	Melhorar Parcerias	Parcerias	● % Parceiros-chave que participaram na elaboração do Plano Local de Saúde***	80%		

Legenda

- *Indicador do Portal de Benchmarking Hospitalar da ACSS
- **Indicador dos Termos de Referência para Contratualização de Cuidados de Saúde no SNS para 2024 - DE-SNS
- ***Indicador proposto com base no QEO 2024-2026 da ULSBA

(Fonte: Elaboração Própria)

Tabela 4.5: Scorecard Corporativo (SC) – BSC da ULSBA

Perspetiva	OBJETIVO ESTRATÉGICO	KPI	INDICADOR	METAS 2024-2026	INICIATIVAS ESTRATÉGICAS
PROCESSOS INTERNOS	P7 Melhorar Estrutura Funcional	Gestão da Saúde	● Índice de Desempenho da Sub-área Gestão da Saúde**	0,8	COMPETENTES, ORGANIZADOS E MOTIVADOS.  P7 P10
		Gestão da Doença	● Índice de Desempenho da Sub-área Gestão da Doença**	24%	
	P8 Aumentar Oferta Assistencial	Capacidade e Resolutividade	● % Concretização do Plano de Investimentos***	60%	
		Renovação e Requalificação	● % Protocolos com autarquias para execução de procedimentos de renovação e requalificação das instalações previstos***	70%	
	P9 Melhorar Integração de Cuidados	Desempenho da Integração de Cuidados	● Índice de Desempenho* da Sub-área Integração de Cuidados**	a definir	
		Referenciação Integrada de Cuidados	● Proporção de consultas de psicologia, nutrição e medicina dentária referenciadas por médicos dos CSP/CH, realizadas em menos de 90d**	a definir	
APREZIZAGEM E CRESCIMENTO	A10 Aumentar Competências	Capacitação Profissional	● % Colaboradores que concluem formação interna anualmente***	>85%	USAMOS TODAS AS "INTELIGÊNCIAS" PARA INOVAR.  A11 A10 P8 P9 U4 U5 S1 S2 S3
		Cultura Organizacional	● % Colaboradores que reconhecem e aplicam os valores institucionais no trabalho diário (questionário anual de cultura organizacional)***	>80%	
		Motivação e Clima Organizacional	● % Colaboradores satisfeitos e motivados (questionário anual de clima organizacional)***	>75%	
	A11 Aumentar Inovação	Investigação Clínica	● N.º Ensaio clínico iniciados no ano**	a definir	
		Investigação	● % Projetos investigação apoiados face às solicitações***	90%	
		Inovação	● % Projetos inovação implementados face aos previstos***	70%	

Legenda	*Indicador do Portal de Benchmarking Hospitalar da ACSS **Indicador dos Termos de Referência para Contratualização de Cuidados de Saúde no SNS para 2024 - DE-SNS ***Indicador proposto com base no QEO 2024-2026 da ULSBA
---------	--

(Fonte: Elaboração Própria)

A seleção dos KPI, complementados com indicadores específicos, e as metas, foi efetuada através da investigação colaborativa com a gestão de topo da ULSBA, tendo como ponto de partida o ME, conjugado com documentos estratégicos relevantes para este tipo de unidades, como por ex. QEO do PDO 2024-2026 da ULSBA, Termos de Referência para Contratualização de Cuidados de Saúde no SNS para 2024 da DE-SNS, e ainda alguns indicadores do Portal de *Benchmarking* dos Hospitais (tal como assinalado no quadro acima).

Abaixo, desenvolve-se uma análise narrativa, estruturada em duas abordagens, sobre a seleção dos KPI, metas e IE, fundamentando essa escolha com base no **alinhamento que deve existir entre o SC e os OE previamente definidos no ME.**

Na primeira abordagem, a narrativa percorre as quatro perspetivas do SC, do topo para a base, descrevendo individualmente os KPI e indicadores, referenciando também algumas metas. No final deste relato, tecem-se também algumas considerações sobre o processo que envolve a definição de metas no contexto real de organizações que implementam o BSC. Alerta-se ainda para algumas limitações que existem quando, num trabalho de investigação, como é o caso deste projeto académico, se procura associar metas coerentes aos KPI e indicadores já definidos.

Na segunda abordagem, direcionou-se a narrativa para a explicação individual de cada uma das cinco IE incluídas no SC. Aí são relatados aspetos que vão, desde o processo criativo envolvido nos títulos atribuídos às IE, até à importância dos investimentos que requerem, passando pelo papel das equipas multidisciplinares que é sempre necessário envolver nestes projetos de grande dimensão estratégica.

o **ABORDAGEM – KPI, INDICADORES E METAS**

1. **PERSPETIVA | SUSTENTABILIDADE**

Esta perspetiva, centrada na sustentabilidade, assenta em três dimensões: Assistencial, Económico-Financeira e Ambiental e Social.

KPI/Indicadores:

- Doente-padrão por Médico/Enfermeiro Equivalente em Tempo Completo (ETC); (*benchmark* - Produtividade): Este KPI mede a produtividade, avaliando a adequação da alocação de recursos humanos aos cuidados prestados.
- Gastos operacionais por residente (*benchmark*- Económico-Financeira): Reflete a eficiência económica, garantindo que os recursos financeiros são usados de forma responsável e sustentável. As metas destes dois KPI encontram-se ainda “por definir”, evidenciando a necessidade de um planeamento mais detalhado.
- *Earnings Before Interest, Taxes, Depreciation and Amortization* (EBITDA): Este indicador económico-financeiro é essencial para medir a rentabilidade e a sustentabilidade económica da ULSBA, com a meta de 558.377 euros a refletir um OE para assegurar o equilíbrio financeiro.
- % de edifícios certificados energeticamente/viaturas substituídas: Este KPI evidencia o compromisso ambiental da instituição, com metas de 100% para certificação energética e 30% para renovação da frota, promovendo a redução de impacto ambiental.
- % de estruturas comunitárias com projeto implementado: Mede o impacto social da ULSBA na comunidade. Este indicador está “por definir”, mas sublinha a importância de parcerias sociais na implementação de projetos que reforcem a sustentabilidade.

2. PERSPETIVA | UTENTES

Esta perspetiva visa a melhoria da experiência e acessibilidade dos utentes aos cuidados de saúde.

KPI/Indicadores:

- % Pedidos/utentes em lista de espera/lista de inscritos para consulta (LEC) ou cirurgia (LIC) dentro dos Tempos Máximos de Resposta Garantidos (TMRG) (*benchmark*- Acesso): Este KPI assegura a acessibilidade dos utentes aos cuidados, com uma meta de 48% no curto prazo e 90% no longo prazo, alinhada com padrões nacionais de desempenho.
- % de população rastreada no Rastreio do Cancro do Cólon e Reto (RCCR)/Útero (RCCU) no total de população inscrita elegível: Reflete a proatividade em saúde

preventiva, com a meta de 37% indicando um esforço para ampliar a cobertura de rastreios essenciais.

- % Reinternamentos em 30 dias, na mesma grande categoria de diagnóstico (*benchmark*- produtividade): Um indicador de qualidade assistencial, com a meta de 2,6% mostrando o compromisso em reduzir reinternamentos através de uma gestão mais eficaz do seguimento clínico.
- % Ferramentas digitais de contato com os utentes implementadas ou Nível Satisfação Utesntes: Este KPI medem a implementação e a satisfação dos utentes com a digitalização dos serviços, um aspeto crucial para humanizar e modernizar os cuidados de saúde.
- % Parceiros-chave que participaram na elaboração do Plano Local de Saúde: Reflete a integração e colaboração intersetorial na saúde, com uma meta de conclusão do documento estratégico em data específica.

3. PERSPETIVA | PROCESSOS INTERNOS

O foco está na melhoria contínua da estrutura funcional, da oferta assistencial e da integração de cuidados.

- KPI/Indicadores:

- Índice de Desempenho da Subárea Gestão da Saúde: Este KPI mede a eficiência global da gestão funcional, com a meta de 0,8%, apontando para melhorias incrementais na gestão.
- Índice de Desempenho da Subárea Gestão da Doença: Com uma meta de 24%, avalia a capacidade de gerir doenças específicas, reforçando a priorização de cuidados integrados.
- % Concretização do Plano de Investimentos: Reflete o investimento da ULSBA em melhorar a capacidade e resolutividade dos cuidados prestados, bem como, de renovar serviços e expandir valências. Com uma meta de 60%, reforça o compromisso em robustecer e amplificar a capacidade assistencial.
- % Protocolos com Autarquias para Execução de Procedimentos de Renovação e Requalificação das Instalações Previstos: Reflete a capacidade da ULSBA de renovar e requalificar instalações, assegurando a prestação de serviços em continuidade e segurança.

- Índice de Desempenho da Subárea Integração de Cuidados: Mede a articulação entre diferentes níveis de cuidados, promovendo a continuidade e eficiência do serviço.
- Proporção de consultas de psicologia, nutrição e medicina dentária referenciadas em menos de 90 dias: Este indicador foca-se na referência integrada de cuidados, designadamente na acessibilidade e rapidez na prestação de cuidados especializados.

4. PERSPETIVA | APRENDIZAGEM E CRESCIMENTO

Esta perspetiva foca-se no desenvolvimento das competências profissionais e na promoção da inovação organizacional.

- KPI/Indicadores:

- % de colaboradores que concluem formação interna anualmente: Este KPI assegura a capacitação profissional contínua, com a meta >85% a demonstrar um compromisso elevado com o desenvolvimento de competências técnicas e comportamentais.
- % Colaboradores que reconhecem e aplicam os valores institucionais no trabalho diário: Mede a adesão à cultura organizacional, com a meta >80% a indicar a importância de uma identidade organizacional coesa e um ambiente alinhado com os princípios institucionais.
- % de colaboradores satisfeitos e motivados: Este é um dos principais indicadores de bem-estar/clima organizacional, com uma meta >75%, a evidenciar a importância de um ambiente de trabalho positivo, onde os colaboradores se sintam valorizados e engajados.
- N.º de ensaios clínicos iniciados no ano: Mede o investimento em investigação clínica, fundamental para a inovação e melhoria contínua.
- % de projetos de investigação apoiados face às solicitações: Este KPI reflete o apoio a iniciativas de investigação, garantindo que 90% das solicitações são apoiadas.
- % Projetos inovação implementados face aos previstos: Mede a implementação de iniciativas inovadoras, garantindo que 70% das solicitações são colocadas em prática.

O processo de seleção de KPI e indicadores efetuado através da investigação colaborativa com a gestão de topo, que teve como ponto de partida os pressupostos já anteriormente referidos, beneficiou também da análise de documentos/sistemas de informação relevantes no setor da saúde, designadamente: *“Termos de Referência para Contratualização de Cuidados de Saúde no SNS para 2024 - DE-SNS”* e Portal de Benchmarking Hospitalar da ACSS.

No que concerne às metas, importa referir que, para alguns indicadores, a sua definição constituiu uma limitação do estudo e algum constrangimento parcial, no âmbito do objetivo 4 planeado para o trabalho. A insuficiência de informação histórica relativa a alguns indicadores, gerada pela mudança organizacional na saúde e novas orientações relativas à elaboração dos planos de gestão das ULS, criaram insegurança na definição de metas para esses indicadores. Como se sabe, estando cada meta vinculada ao indicador respetivo, sem um histórico adequado acerca desse indicador, haverá um sério risco de se fixar uma meta irrealista.

Na implementação real do BSC numa organização, a fase em que se definem e negociam metas para as áreas departamentais poderá gerar algum desconforto, ou até, por vezes, contestação. Quando se tenta definir metas para atribuir consistência a um trabalho de investigação sobre BSC, como o presente, é impossível “transportar” aquele ambiente organizacional para um documento escrito. Daí resulta, uma tentativa que poderá considerar-se simplista – simular uma evolução histórica aceitável para cada indicador e definir metas também razoáveis a atingir no horizonte, para o qual o plano estratégico se encontra direcionado.

○ **ABORDAGEM INICIATIVAS ESTRATÉGICAS (IE)**

A seleção das cinco grandes IE do SC baseou-se na análise detalhada do diagnóstico estratégico, alinhando-se aos principais desafios e oportunidades identificados pela organização. Priorizaram-se áreas críticas e estruturantes, considerando tanto as necessidades imediatas dos utentes e da organização, como os desafios a longo prazo.

Estas iniciativas foram escolhidas pela sua relevância transversal e pela capacidade de impactar múltiplos OE, refletindo uma abordagem integrada e direcionada para o futuro (Ver: simbologia de objetivos impactados S1, U4, P7, A10, etc. na coluna IE do SC).

As iniciativas, num contexto geral de implementações BSC em diferentes organizações, desempenham um papel fundamental na concretização da estratégia. Num cenário hipotético, se uma organização define uma nova estratégia, estabelece métricas para acompanhar seus objetivos e metas, mas não identifica as IE basilares a serem realizadas, poderá evidenciar que, a médio prazo, não haverá progresso. Isso poderia indicar que a organização prosseguiu com as práticas anteriores, não alocando novos recursos e não modificando os seus comportamentos, ou seja, mantendo a estratégia anterior.

Revisitando o que se afirmou antes, neste capítulo, acerca de alguma “*agitação organizacional*” relativamente às metas, poderá aplicar-se também às IE, muito embora com alguns contornos específicos.

O primeiro aspeto a considerar numa organização implementadora, envolve a análise consistente sobre as iniciativas mais prioritárias e impactantes, a que se seguirá, um estudo económico-financeiro relativo ao montante a investir nessas IE e qual a capacidade financeira da organização para suportar os respetivos custos.

O segundo aspeto a ter em consideração, e este tem alguma analogia com as metas, implica uma quase “*desconstrução*” na hierarquia funcional da organização, uma vez que as IE, consoante a dimensão dos projetos, são normalmente geridas por equipas multidisciplinares nomeadas transversalmente a partir do organograma tradicional. As pessoas nomeadas para integrar essas equipas passam a reportar por vezes a duas cadeias hierárquicas, à chefia normal no seu departamento e à chefia excecional da equipa de projeto/iniciativa.

O terceiro e último aspeto a ponderar, tem a ver com a designação a atribuir a cada iniciativa. Apesar de parecer algo irrelevante, as implementações BSC pelo mundo revelam que é um tema aliciante a considerar. A escolha de um título curto, criativo e com poucas palavras, pode fazer a diferença. Existem relatos de melhorias no alinhamento organizacional conseguidas pela via de iniciativas atrativas, impactantes e bem executadas.

Seguidamente, elencam-se as cinco grandes IE do SC:

1. Iniciativa: “Sustentabilidade. Precisa-se!”

É uma iniciativa transversal aos OE na perspetiva Sustentabilidade, sublinhando o compromisso com a gestão eficiente de recursos. Reúne ações que abrangem as três dimensões de sustentabilidade, promovendo a integração dos esforços económico-financeiros, assistenciais e ambientais.

2. Iniciativa: “Prevenir e Cuidar é o Nosso Compromisso!”

Constitui uma iniciativa central que prioriza a prevenção, o diagnóstico precoce e a qualidade dos serviços prestados, reforçando o comprometimento da ULSBA com a acessibilidade e a humanização dos cuidados servidos.

3. Iniciativa: “Juntos Vamos Conseguir Mais Saúde.”

Esta iniciativa, partindo da necessidade de reforçar parcerias, identificada no diagnóstico estratégico inicial, reflete o esforço colaborativo para melhorar a coordenação entre equipas, a integração de cuidados e a partilha de recursos.

4. Iniciativa: “Competentes, Organizados e Motivados.”

Reflete um compromisso estratégico da ULSBA com o desenvolvimento do capital humano, a melhoria da organização interna e a criação de um ambiente de trabalho positivo e estimulante.

5. Iniciativa: “Usamos Todas as ‘Inteligências’ Para Inovar.”

É uma iniciativa chave que engloba tanto a capacitação interna como o incentivo à investigação e inovação. A referência alusiva às “inteligências”, para além de tornar a IE num forte slogan facilmente memorizável, tem também uma intenção inclusiva, numa época em que dispomos de vários tipos de inteligência, com a artificial a assumir papéis que não se imaginava há alguns anos.

Em suma, o SC da ULSBA apresenta uma abordagem estratégica robusta e integrada, onde cada perspetiva contribui para a missão global de prestar cuidados de saúde sustentáveis, acessíveis e inovadores. A seleção dos KPI reflete prioridades estratégicas bem alinhadas com os desafios atuais do setor da saúde, enquanto as IE garantem um esforço coletivo e transversal em direção aos objetivos definidos.

- **Identificar contributos do QEO 2024-2026 da ULSBA para a construção do ME e do SC da ULSBA que possam contribuir para colocar a estratégia em ação.**



Após a construção do ME e do SC a ULSBA deveria passar ao desdobramento corporativo do *Scorecard*, através das suas Unidades Funcionais (Departamentos, Serviços e Unidades/Gabinetes), uma vez que a Estratégia é de TODOS.

Face ao exposto, a partir do QEO da ULSBA, para o triénio 2024-2026 (anexo B), foram adicionalmente identificadas múltiplas iniciativas específicas, em curso ou a serem implementadas na realidade da organização, mas que não derivam da criação do SC, pese embora poderem futuramente ser adotadas e incorporadas nas IE do SC formulado para a ULSBA e assim contribuir para colocar a estratégia em ação.

A seleção dos contributos foi efetuada através da investigação colaborativa com a gestão de topo, de acordo com a priorização das medidas resultantes da análise SWOT, do ME desenvolvido, das grandes IE propostas no SC para a ULSBA e das possibilidades de execução e de melhoria identificadas.



Na tabela seguinte encontram-se assim elencadas as 30 iniciativas consideradas mais relevantes (num grupo superior a 50, constante do QEO 2024-2026 da ULSBA). Na tabela infra, pode observar-se que as iniciativas escolhidas foram encaixadas em consonância com as IE a que reportam e com os OE em que vão impactar.

Tabela 4.6: Iniciativas Estratégicas (IE) do BSC vs Iniciativas Específicas da ULSBA

Perspetiva	GRANDES INICIATIVAS ESTRATÉGICAS (IE) - Scorecard Corporativo da ULSBA -	INICIATIVAS ESPECÍFICAS - QDO 2024-2026 DA ULSBA -
SUSTENTABILIDADE	<p>SUSTENTABILIDADE. PRECISA-SE!</p>  <p>S1 S2 S3</p>	<p>Desenvolvimento efetivo dos procedimentos de recrutamento dos recursos humanos previstos no mapa de pessoal</p> <p>Monitorização do cumprimento do orçamento e da prossecução dos resultados operacionais e líquidos propostos</p> <p>Certificação energética de todos os edifícios no âmbito da revisão do Plano de Eficiência ECO.AP 2030</p> <p>Substituição gradual do parque de viaturas existentes por viaturas elétricas</p> <p>Implementação de projetos de sustentabilidade da ULSBA em estruturas comunitárias</p>
UTENTES	<p>PREVENIR E CUIDAR É O NOSSO COMPROMISSO!</p>  <p>U4 U5 U6 P7</p>	<p>Monitorização das listas de espera, adequando, sempre que possível, os recursos disponíveis</p> <p>Monitorização de forma ativa, nos CSP, da cobertura dos grupos vulneráveis</p> <p>Aumento da cobertura dos rastreios oncológicos e do rastreio da retinopatia diabética e Implementação do Rastreio Visual Infantil</p> <p>Dinamização do funcionamento articulado da EGA e das ECL com a RNNCI</p> <p>Participação ativa no programa STOP Infecção Hospitalar 2.0</p> <p>Renovação da forma e dos instrumentos de interação com os utentes e com a comunidade</p> <p>Atualização de documentos estratégicos de Planeamento em Saúde de base populacional (Perfil de Saúde e Plano Local de Saúde)</p>

(Fonte: Elaboração Própria)

Tabela 4.6: Iniciativas Estratégicas (IE) do BSC vs Iniciativas Específicas da ULSBA

Perspetiva	GRANDES INICIATIVAS ESTRATÉGICAS (IE) - Scorecard Corporativo da ULSBA -	INICIATIVAS ESPECÍFICAS - QDO 2024-2026 DA ULSBA -
PROCESSOS INTERNOS	<p>JUNTOS VAMOS CONSEGUIR MAIS SAÚDE.</p>  <p>U6 P8 P9 S1 S2 S3</p>	<p>Intensificação de ligações com entidades/parceiros e dinamização/participação ativa em processos e projetos</p> <p>Reorganização de serviços</p> <p>Criação e reforço de unidades e respostas integradoras</p> <p>Harmonização de horários de funcionamento e das agendas clínicas</p> <p>Redução do nível de absentismo</p> <p>Revisão de documentos internos</p>
	<p>COMPETENTES, ORGANIZADOS E MOTIVADOS.</p>  <p>P7 P10</p>	<p>Construção/Requalificação de instalações</p> <p>Capacitação dos cuidados de saúde primários e renovação/modernização de equipamentos no HJJF</p> <p>Reativação de consultas/serviços, criação de equipas, reabertura de especialidades, alargamento de cuidados e criação de valências</p> <p>Recrutamento de Médicos, Enfermeiros, TSDT e outros profissionais</p> <p>Criação de percursos assistenciais integrados nas áreas prioritárias</p> <p>Revisão de protocolos de referenciação interna nas áreas prioritárias</p>
APREDIZAGEM E CRESCIMENTO	<p>USAMOS TODAS AS "INTELIGÊNCIAS" PARA INOVAR.</p>  <p>A11 A10 P8 P9 U4 U5 S1 S2 S3</p>	<p>Execução do plano de formação interna</p> <p>Ações de formação externa realizadas pelos profissionais</p> <p>Realização de protocolos com entidades do SNS e do ensino superior, nas áreas das ciências da saúde e da gestão da saúde</p> <p>Participação ativa no Centro Académico Clínico do Alentejo (C-Trail)</p> <p>Realização de eventos científicos</p> <p>Apoio na elaboração/participação em projetos inovadores/investigação</p>

(Fonte: Elaboração Própria)

Objetivo 5

- **Realçar a importância da utilização do BSC aliado a outras ferramentas, como o *benchmarking*, para a definição de metas de avaliação e consequente melhoria do desempenho organizacional.**

O processo reformativo, que se vive atualmente no setor da saúde, teve também algum impacto no objetivo 5 que orienta a sequência deste trabalho. Mais concretamente, o processo de mudança influenciou a definição das metas com recurso a ferramentas de *benchmarking*.

Efetivamente, a origem dos dados desta natureza, sediados no portal de *Benchmarking* Hospitalar da ACSS (que tinha como fonte os dados reportados pelas instituições através de múltiplos Sistemas de Informação para Contratualização e Acompanhamento), em face da transição para o novo modelo ULS 2.0 e das alterações dos instrumentos de avaliação e desempenho já evocadas, sofreu um processo de descontinuação, comportando apenas atualizações de dados até novembro de 2023.

Não obstante a sua descontinuidade constituir um passo necessário para futuramente alinhar as práticas de gestão de saúde com as novas exigências e inovações introduzidas pelo novo modelo, esta situação inviabilizou parte do pretendido, tendo em conta a reestruturação significativa nos indicadores de desempenho organizacional, que implicou a criação de novos indicadores e/ou a eliminação de alguns até então utilizados.

As 43 unidades hospitalares do país, até então, encontravam-se distribuídas em cinco grupos/clusters, segundo a metodologia de *clustering* hierárquico aplicada pela ACSS, sendo que, a ULSBA inseria-se no grupo C, que constitui o grupo mais numeroso constituído (contava com 17 unidades hospitalares).

Apesar dos constrangimentos já enunciados, foi possível ainda estabelecer analogia dos indicadores selecionados com 5 dos indicadores do Portal de *Benchmarking* dos Hospitais que se enquadram nas quatro áreas/dimensões previstas no referido portal (dimensões de acesso, produtividade e económico-financeira) que ainda constam nas orientações ou termos de contratualização para as novas ULS 2.0, designadamente:

- Doente padrão por médico/enf ETC (*benchmark* - produtividade);
- % pedidos em lista de espera para consulta (LEC) dentro dos TMRG, (*benchmark*-acesso);

- o % inscritos em lista de espera para cirurgia (LIC) dentro dos TMRG, (*benchmark*-acesso);
- o % de reinternamentos em 30 dias, na mesma grande categoria de diagnóstico (*benchmark* - produtividade);
- o Gastos operacionais por residente (*benchmark* - Económico-Financeira).

De facto, com a implementação das novas 39 ULS 2.0, surgiu um novo formato de integração de cuidados, trazendo novos processos e critérios para a análise, tornando alguns sistemas de informação obsoletos e menos adequados para as novas necessidades e exigências do setor da saúde.

As ULS 2.0 encontram-se atualmente na fase de adaptação ao novo quadro de avaliação e desempenho, sendo que algumas das ULS não possuem ainda os seus PDO aprovados, como é o caso da unidade em estudo.

Por outro lado, encontram-se igualmente numa fase de transição e integração de sistemas de informação, que permitam a inclusão e/ou a interoperabilidade entre os existentes, por forma a fornecerem a visão abrangente e detalhada dos diferentes níveis de cuidados ora necessária, pelo que, futuramente, espera-se que a disponibilização e o acesso aos novos indicadores de desempenho e a restabelecimento da plataforma de *benchmarking* seja uma realidade, para que se possam reunir condições para utilização em pleno de ferramentas de *benchmarking* que permitam ser utilizados de forma mais robusta em estudos de investigação futuros.

5. CONCLUSÕES

5.1 Sumário

O presente trabalho teve como objetivo aplicar o conhecimento teórico e as competências adquiridas no Mestrado em Gestão de Unidades de Saúde (MGUS). Mais concretamente, o foco principal incidiu na exploração e aplicação de ferramentas de gestão estratégica no setor da saúde em contexto real. Entre as muitas opções de escolha existentes, considerando o vasto universo da estratégia organizacional, o interesse pela metodologia BSC surgiu durante uma aula no MGUS. A simplicidade e, ao mesmo tempo, o potencial inspirador que aquelas quatro perspetivas, criadas por *Kaplan & Norton*, incutiam, consolidaram definitivamente a escolha do BSC para constituir a espinha dorsal desta dissertação.

Atentando a que os estudos existentes sobre a aplicação do BSC no setor público na área da saúde ainda são escassos, sobretudo em modelos organizativos de “integração vertical dos cuidados de saúde”, o presente estudo atingiu a principal pretensão de constituir um contributo para o aprofundamento do conhecimento nessa temática.

Perante o contexto atual da Política de Saúde, em particular a ainda muito recente generalização dos modelos organizativos em apreço, o estudo centrou-se na “formulação de um BSC para a ULSBA, classificada como ULS 2.0”, transpondo para o trabalho, tanto quanto foi possível, a realidade específica da organização.

Ao longo deste projeto, por vezes repetidamente, mostraram-se evidências da complexidade que envolve o setor público da saúde em Portugal. Num cenário onde impera a informação excessiva, suportada em múltiplos sistemas de informação por vezes não interoperáveis, conjugado com os desafios complexos com que se confrontam os sistemas de saúde, é urgente e prioritário melhorar a sua gestão. Contudo, essa urgência nunca deverá perder o foco nos destinatários- comunidade, famílias e utentes- e, ao mesmo tempo, ser capaz de criar um ambiente organizacional estimulante para todas as equipas profissionais, quer atuem na prestação direta dos cuidados, quer nas áreas de suporte.

O processo reformativo supra, que gerou a disseminação do modelo ULS 2.0 a todo o território continental, representou também um importante desafio transversal na gestão das ULS tradicionais já existentes, como a ULSBA. Assinala-se, em particular, a dificuldade em alinhar a alocação de recursos com as necessidades reais da população, relativamente aos diferentes níveis de cuidados. Quando, no âmbito da dissertação, se iniciou a construção do BSC para a ULSBA, a organização vivia uma fase exigente, que derivou da necessidade de transitar para o novo modelo de gestão. O que se afigurava inicialmente como “ameaça”, acabou por se transformar em oportunidade, gerando mais-valias no reforço do enfoque na estratégia real da instituição, permitindo assim extrair um contributo mais coerente para o novo modelo organizacional.

A aplicação eficaz de instrumentos de gestão integrada no setor da saúde poderá ser um contributo importante para a melhoria ambicionada. O BSC, com mais de três décadas de existência, usado globalmente por milhares de organizações em diferentes setores – empresarial, público e sem fins lucrativos – poderá assumir um papel preponderante no SNS e no Sistema de Saúde Português. O presente trabalho ficará disponível para consulta e talvez possa vir a ser considerado um contributo, ainda que modesto, para a transformação desejada nesta área.

5.2 Recomendações

O presente estudo demonstrou a aplicabilidade do BSC como instrumento estruturante para a gestão estratégica de uma ULS da nova geração – ULS 2.0, sendo também extensível a outros modelos organizativos do SNS, atuais ou futuros. A construção do ME e SC revelou-se um processo dinâmico e adaptável, alinhado com as especificidades e desafios do setor público na área da saúde. Dada a flexibilidade do modelo e a capacidade para integrar objetivos comuns entre diferentes entidades, considerando ainda a sequência estrutural adotada neste projeto BSC e, por último, a forma como os conceitos foram aplicados, com a explicação de todos os passos através de narrativas claras, o presente trabalho poderá situar-se ao nível de um protótipo ou modelo, aplicável, com as devidas adaptações, a outras organizações. As entidades que podem querer explorar o modelo desenvolvido neste trabalho, serão como é natural serviços públicos, mas não exclusivamente pertencentes ao SNS. Organismos desconcentrados pertencentes a

outros setores, com boa implementação regional e sub-regional, poderão tornar-se adeptos da ferramenta preconizada neste projeto.

Num regresso à leitura da revisão sistemática apresentada no capítulo 2, observou-se que alguns autores terão constatado que existe alguma heterogeneidade no desenvolvimento de diversas abordagens ao BSC, e também a necessidade premente de orientação metodológica nesta área (Bohm et al., 2021), pelo que este trabalho poderá ser um contributo nesse sentido.

A fundamentação para a possibilidade de expandir o modelo e abordagem desenvolvidos neste trabalho, baseia-se na premissa de que, embora não existam duas organizações idênticas, e por consequência também duas estratégias rigorosamente iguais, muitas compartilham objetivos comuns relacionados à eficiência operacional, qualidade do serviço prestado e otimização de recursos. O que, na verdade, diferencia a estratégia de cada instituição será sempre a narrativa que estabelece as relações de causalidade entre os objetivos definidos nos seus dois instrumentos fulcrais- ME e SC. Assim, o modelo proposto pode servir como referência para implementar abordagens semelhantes em outros contextos institucionais.

Neste sentido, recomenda-se que futuras investigações explorem a adaptação do BSC a diferentes segmentos do setor público, investigando de que forma os elementos estruturais do modelo podem ser ajustados às particularidades de cada serviço. Ademais, considera-se pertinente a colaboração entre académicos e profissionais da gestão pública para aprimorar as abordagens apresentadas, fortalecendo a capacidade das organizações para gerar impacto positivo na sociedade.

Por fim, destaca-se que a disseminação de boas práticas e a adoção de metodologias baseadas em evidência são essenciais para a modernização da administração pública. O presente estudo poderá, portanto, representar uma contribuição relevante para a evolução dos modelos de gestão em serviços públicos, incentivando novas pesquisas e iniciativas de implementação.

5.3 Perspetivas de Investigação Futura

Considerando que a adoção do BSC em unidades de saúde do setor público, que buscam uma abordagem integrada de cuidados, é menos explorada e quase inexistente, sendo que a maioria destes instrumentos se encontram aplicados em ambientes hospitalares (Bohm et al., 2021) e que a escassez de estudos científicos, neste contexto, cria um vácuo de conhecimento, abre-se agora mais uma janela de oportunidade para que, em investigações futuras, seja reforçada a vantagem de aplicar o BSC ao atual modelo organizativo do SNS.

Partindo, por outro lado, das limitações e constrangimentos deste estudo, estamos cientes que com a maturidade destas novas organizações, a integração dos sistemas de informação e a consolidação dos novos indicadores de desempenho organizacional, poderão ser ultrapassados alguns problemas metodológicos enfrentados, tornando à priori mais viável a realização de investigações que suportem a utilização de aplicativos de *benchmarking* para a definição de metas realistas e alcançáveis, alavancando desta forma a conciliação da ferramenta de gestão BSC com aquele tipo de instrumentos.

BIBLIOGRAFIA

- o Amado, C., Santos, S. & Marques, P. (2012). Integrating the Data Envelopment Analysis and the Balanced Scorecard approaches for enhanced performance assessment. *Omega*, 40(3), 390–403. <https://doi.org/10.1016/j.omega.2011.06.006>
- o Amer, F., Hammoud S., Khatatbeh, H., Lohner, S., Boncz, I. & Endrei, D. (2022) The deployment of balanced scorecard in health care organizations: is it beneficial? A systematic review. *BMC Health Services Research*, 22-65 <https://doi.org/10.1186/s12913-021-07452-7>.
- o Al-Kaabi, S., Chehab, M. & Selim, N. (2019) The Balanced Scorecard as a Performance Management Tool in the Healthcare Sector – The Case of the Medical Commission Department at the Ministry of Public Health, Qatar. *Cureus*, 11(7), e5262. DOI 10.7759/cureus.5262.
- o Ba-abaad, K. (2009) Review of the literature of Balanced Scorecard and Performance measurement: the case of healthcare organizations. *Business e-Bulletin*, 1(1), 33-47.
- o Betto, F., Sardi, A., Garengo, P. & Sorano, E. (2022) The Evolution of Balanced Scorecard in Healthcare: A Systematic Review of Its Design, Implementation, Use, and Review. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19 (16). MDPI. <https://doi.org/10.3390/ijerph191610291>
- o Bohm, V., Lacaille, D., Spencer, N. & Barber, C. (2021) Scoping review of balanced scorecards for use in healthcare settings: Development and implementation. *BMJ Open Quality*, 10 (3). <https://doi.org/10.1136/bmjog-2020-001293>
- o Calhau, A. (2009) Conceção de um sistema de Balanced Scorecard para o Serviço de Traumatologia do Hospital Garcia de Orta. Dissertação de Mestrado não publicada, Instituto de Contabilidade e Administração de Lisboa.
- o Castela, G. & José, J. (2023) Material Didático da U.C. de Metodologias de Investigação do Mestrado em Gestão de Unidades de Saúde da UALG. Disponível em: <https://tutoria.ualg.pt/2022/course/view.php?id=2886> (acedido em 11.06.2023).
- o Chiang, C. Y. & Lin, B. (2009) An integration of balanced scorecards and data envelopment analysis for firm's benchmarking management. *Total Quality Management and Business Excellence*, 20(11), 1153–1172. <https://doi.org/10.1080/14783360903248286>
- o Creswell, J. W. (2009) *Research Design: Qualitative, Quantitative, and Mixed Methods Approaches*. Sage Publications.
- o Conselho Nacional de Saúde. (2017). Relatório sobre a Saúde em Portugal.
- o Direção Executiva do SNS (2024) Termos de Referência para a Contratualização de Cuidados de Saúde no SNS.
- o Edward, A., Kumar, B., Kakar, F., Salehi, A. S., Burnham, G. & Peters, D. H. (2011) Configuring balanced scorecards for measuring health system performance: Evidence from 5 years' evaluation in Afghanistan. *PLoS Medicine*, 8(7). <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1001066>.

- Ghelman, S. & Costa, S. (2006) Adaptando o BSC para o setor público utilizando os conceitos de efetividade, eficácia e eficiência. In: *Simpósio de excelência em gestão e tecnologia 3*, Resende. Disponível em: https://simpep.feb.unesp.br/anais/anais_13/artigos/137.pdf, (Acedido em: 10.set.2024).
- Gonzalez-Sanchez, M., Broccardo, L. & Pires, A. (2018) The use and design of the BSC in the health care sector: A systematic literature review for Italy, Spain, and Portugal. 2017, *International Journal of Health Planning and Management*, 33, 6–30.
- Guenther, T. (2013) Conceptualisations of 'controlling' in German-speaking countries: analysis and comparison with Anglo-American management control frameworks. *J Manag Control*, 23 (4), 269-290. DOI:10.1007/s00187-012-0166-7
- Gürel, E. (2017) SWOT Analysis: A Theoretical Review. *Journal of International Social Research*, 10 (51), 994-1006. DOI: 10.17719/jisr.2017.1832
- Hsu, Y.-C., Chung, C.-C., Lee, H.-S. & Sherman, H. D. (2013) Evaluating and Managing Tramp Shipping Lines Performances: A New Methodology Combining Balanced Scorecard and Network DEA. *INFOR: Information Systems and Operational Research*, 51(3), 130–141. <https://doi.org/10.3138/infor.51.3.130>
- Instituto Nacional de Administração, I.P. (2011). Contratualização em Saúde. 8.º Congresso da Administração Pública.
- Inamdar, N., Kaplan, R. & Reynolds, K. (2002) Applying the Balanced Scorecard in healthcare provider organizations. *Journal Healthcare Management*, 47(3), 179- 196.
- Ittner, C. D. & Larcker, D. F., (1998) Innovations in Performance Measurement: Trends and Research Implications. *Journal of Management Accounting Research*, 10(2), 205-238.
- Khalid, S., Beattie, C., Sands. J. & Hampson, V. (2019) Incorporating the environmental dimension into the balanced scorecard: A case study in health care. *Meditari Accountancy Research*, 27(4), 652–674. <https://doi.org/10.1108/MEDAR-06-2018-0360>
- Kaplan, R. & Norton, D. (1992) The balanced scorecard: measures that drive performance. *Harvard business review*, 70(1), 71-79.
- Kaplan, R. & Norton, D. (1993) Putting the Balanced Scorecard to work. *Harvard Business Review*. 71(5), 134-147.
- Kaplan, R. & Norton, D. (1996) *Using the Balanced Scorecard as a Strategic Management System*. *Harvard Business Review*, 74(1), 75-85.
- Kaplan, R. & Norton, D. (1997) *A estratégia em ação: Balanced Scorecard*, Rio de Janeiro, Campus.
- Kaplan, R. & Norton, D. (2000) Having trouble with your strategy? Then map it. *Harvard Business Review*, 78(5), 167-176.
- Kaplan, R. & Norton, D. (2001a) *The Strategy-Focused Organization - How Balanced Scorecard Companies Thrive in the New Business Environment*. Harvard Business School Press, Boston, Massachusetts. (p. 10).
- Kaplan, R. & Norton, D. (2001b) Transforming the balanced scorecard from


- performance measurement to strategic management: Part II. *Accounting Horizons*, 15(1), 87-104.
- Kaplan, R. & Norton, D. (2004) *Strategy Maps: Converting Intangible Assets Into Tangible Outcomes*, Boston, Harvard Business School Publishing Corporation.
 - Kaplan, R. & Norton D. (2006) *Alignment – Using the balanced scorecard to create corporate synergies*, Boston, Harvard Business School Press.
 - Kaplan, R. & Norton, D. (2008) *The Execution Premium: Linking Strategy to Operations for Competitive Advantage*, Boston, Harvard Business Press.
 - Matos, L. & Ramos, I. (2009) *Medir para gerir. O Balanced Scorecard em Hospitais*. Edições Sílabo.
 - Mestre, R., Amado C. & Santos, S. (2020) *Balanced scorecard aplicado a unidades hospitalares: uma revisão sistemática da literatura*. Dissertação de Mestrado não publicada, Universidade do Algarve. Faculdade de Economia.
 - Niven, P. (2003) *Balanced Scorecard Step-By-Step: for government and nonprofit agencies*, New Jersey, John Wiley & Sons, Inc..
 - Niven, P. (2005) Driving Focus and Alignment With the Balanced Scorecard. Why Organizations Need a Balanced Scorecard. *The Journal for Quality & Participation*, 32(3), 1-25.
 - Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico. (2024). Fiscal Sustainability of Health Systems - How to finance more resilient health systems when money is tight? <https://doi.org/10.1787/880f3195-en>
 - Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico e Comissão Europeia (2022). Health at a Glance: Europe 2022. <https://doi.org/10.1787/507433b0-en>
 - Pinto, F. (2009) *Balanced Scorecard – Alinhar mudanças, estratégia e performance nos serviços públicos*, Lisboa, Edições Sílabo.
 - Ribeiro, C. (2008) O controlo de gestão nas unidades de saúde: Balanced Scorecard. *Revista TOC 100*, Gestão.
 - Santos, A. (2008) *Gestão estratégica: conceitos, modelos e instrumentos*, Lisboa, Escolar Editora.
 - Santos, S. (2023) Material Didático da U.C. de Contabilidade e Controlo de Gestão em Unidades de Saúde do Mestrado em Gestão de Unidades de Saúde da UALG. Disponível em: <https://tutoria.ualg.pt/2022/course/view.php?id=2888> (acedido em 11.06.2023).
 - Dos Santos, P., Pinho, C. & Leonte, F. (2023) Estudo para a implementação do Balanced Scorecard no Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental. *Revista de Gestão e Secretariado (Management and Administrative Professional Review)*, 14(6), 9590–9614. <https://doi.org/10.7769/gesec.v14i6.2316>
 - Silva, M. (2012) Políticas públicas de saúde: tendências recentes. *Sociologia, Problemas e Práticas*, 69, 121-128. Disponível em: <https://journals.openedition.org/spp/906?lang=en> (acedido em 15.06.2023).
 - Sousa, J. (2016) Proposta de *Balanced Scorecard* para a Unidade Local de Saúde da

Guarda. Dissertação de Mestrado não publicada, Universidade de Lisboa. Instituto Superior de Economia e Gestão..

- Talluri, S. & Sarkis, J. (2002) A model for performance monitoring of suppliers. *International Journal of Production Research*, Vol. 40(1), 4257-69.
- Tarigan, S. & Bachtiar, A. (2019) A review of the Balanced Scorecard implementation in health organization. *Proceedings of the International Conference on Applied Science and Health*, 4, 942-949.
- Unidade Local de Saúde do Baixo Alentejo, E.P.E. (2023) Plano de Atividades e Orçamento.
- Unidade Local de Saúde do Baixo Alentejo, E.P.E. (2024) Plano de Desenvolvimento Organizacional 2024-2026.
- Unidade Local de Saúde do Baixo Alentejo, E.P.E. (2018) Plano Local de Saúde 2018-2020.
- Unidade Local de Saúde do Baixo Alentejo, E.P.E. (2022) Regulamento Interno.
- Universidade do Algarve (2023) Guia para a elaboração de Trabalho Final de Mestrado, Faro, Faculdade de Economia.
- Voelker, K. E., Rakich, J. S. & French GR. (2001) The balanced scorecard in healthcare organizations: a performance measurement and strategic planning methodology. *Hosp Top*, 79, 13–24.
- Yin, R. (2018) "Case Study Research and Applications: Design and Methods". 6th Ed. Sage Publications Inc.
- Zelman, W., Pink, G. & Matthias, C. (2003) Use of the Balanced Scorecard in Health Care. *Journal of Health Care Finance*, 29 (4), 1-16.

ANEXOS

Anexo A: Aprovação da Comissão de Ética da ULSBA

 ULSBA Unidade Local de Saúde do Baixo Alentejo, EPE	ANEXO 1 - FORMULÁRIO PARA SUBMISSÃO DE PEDIDOS DE APRECIÇÃO À COMISSÃO DE ÉTICA RELATIVOS A ESTUDOS DE INVESTIGAÇÃO	PR.344.0
---	---	----------

TERMO DE RESPONSABILIDADE

Eu, Alexandra Maria Monteiro Conceição Silva, na qualidade de investigadora responsável, declaro por minha honra que as informações prestadas são verdadeiras e que em todo o processo de investigação serão respeitados os direitos humanos e as recomendações constantes nos documentos nacionais e internacionais relativos à investigação.

Toda a informação recolhida remete a confidencialidade e será utilizada apenas para a finalidade do projeto de dissertação, não existindo eventuais conflitos de interesses.

Data: 23.11.2023

O Proponente:

Assinado por: ALEXANDRA MARIA MONTEIRO
CONCEIÇÃO SILVA
Num. de identificação: 12006549
Data: 2023.11.23 22:59:38+00'00'

(Alexandra Maria Monteiro Conceição Silva)



EXTRATO DA ACTA DA REUNIÃO N.º 01/2024 DA COMISSÃO DE ÉTICA HOMOLOGADA PELO CONSELHO DE ADMINISTRAÇÃO EM 12.01.2024 (Ata nº 1, Ponto 4.1)

Aos cinco de janeiro de dois mil e vinte e quatro, pelas catorze horas e trinta minutos, na Sala João Paradela do Departamento de Saúde Mental da ULSBA, EPE, reuniu a Comissão de Ética da ULSBA, estando presentes: Aida Maria Matos Pardal, Enfermeira, Ana Matos Pires, Assistente Graduada-Sénior de Psiquiatria, Diretora do Departamento de Saúde Mental, e Presidente desta Comissão, Carla Alexandra Bicas Pereira Lourenço, Técnica Superior de Serviço Social, José Maria Afonso Coelho, Capelão e Coordenador do Serviço de Assistência Espiritual e Religiosa, Sara Isabel Veiga Marfins, Assistente de Medicina Geral e Familiar, e Sílvia Edgar Aurélio Lampreia Guerreiro, Farmacêutica. Não puderam estar presentes e justificaram a sua ausência Ana Cristina Pardal Charraz, Psicóloga, António Joaquim Conceição Silva, Juiz e Presidente da Comarca de Beja, e Rui Manuel Pereira Ruivo, Engenheiro do Serviço de Gestão Integrada da Qualidade, Segurança e Ambiente.

Foram tratados os seguintes assuntos:

«PUNTO DOIS – EDOC/2024/455 – Projeto «Aplicação do Balanced Scorecard na Unidade Local de Saúde do Baixo Alentejo – com recurso a Benchmarking e ao Business Intelligence», a realizar por Alexandra Maria Monteiro Conceição Silva. ---
--- A Comissão de Ética não tem nada a opor e emite parecer favorável. ---»

Beja, 16 de janeiro 2024

A Presidente da Comissão de Ética

Ana Matos Pires

Assinado por: ANA PAULA DE MATOS PIRES
Num. de identificação: 06551925
Data: 2024.01.17 14:58:25+00'00'

UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DO BAIXO ALENTEJO, EPE
SEDE: HOSPITAL JOSÉ JOAQUIM FERREIRAS
Rua Dr. António Fernando Costa Lima
7801-800 Beja, Portugal
Tel: (+351) 284 310 200 - Fax: (+351) 284 302 717
geral@ulsa.baixo-saude.pt - www.ulsa.baixo-saude.pt
NIF: 508 756 276



Anexo B: QEO (Quadro Estratégico e Operacional) da ULSBA 2024-2026

Quadro 4. ULSBA – Quadro estratégico e operacional para 2024-2026

Eixos Estratégicos	Linhas de Ação	Medidas
1. Qualificar a oferta assistencial	I. Atualização de Documentos Estratégicos	Atualizar o Plano Local de Saúde Revisão do Plano de Requalificação e Ampliação do HJJF
	II. Renovação e Requalificação das instalações	CSP - Novo CS Vidigueira e Extensões Rio de Moinhos e Panóias; Conclusão CS Ourique; Processos de Requalificação CS CaStro Verde, Moura e Extensão Vila Nova S. Bento
	III. Melhoria da capacidade e resolutividade dos serviços de saúde	HJJF - Requalificação do Bloco de Partos e da UTMI CSP - Espirómetros, MAPA, eletrocardiógrafos, doppler fetal, DAE, Gabinetes de Movimento
	IV. Alargamento da carteira de serviços	CSP - Consultas de cessação tabágica; centro de vacinação internacional; consulta do viajante; medicina dentária HJJF - Ressonância Magnética; Equipa de Hospitalização Domiciliária; ORL CCI e CP - 3 ECCI (+40 camas); alargamento dos CP a todos os concelhos e ao HJJF
	V. Reforço dos Recursos Humanos	Renovação de equipamentos no HJJF Recrutamento de Médicos, Enfermeiros, TSDT e outros profissionais
2. Otimizar a estrutura funcional	I. Reorganização da estrutura funcional	Revisão do Regulamento Interno Reorganização de serviços de apoio geral e logístico Reorganização das UCSP, USP, extinção da URAP Verticalização dos serviços de apoio clínico/TSDT/serviço social
	II. Promoção da inovação organizacional	CSP - criação de UCC e USF HJJF - Criação de CRI; Reforço da Cirurgia de Ambulatório; Resposta integrada a doentes complexos/grandes frequentadores do SU
	III. Eficiência dos processos internos	CSP - Harmonização dos horários de funcionamento e das agendas clínicas HJJF - Bloco Operatório e consultas externas (referenciação interna CSP-HH) Desmaterialização e simplificação de processos Redução do nível de absentismo
3. Promover o acesso, a qualidade e a humanização dos cuidados	I. Cumprir os TMRG nas CE, Cirurgias, MCDT	Monitorizar as listas de espera e, sempre que possível, adequar os recursos disponíveis
	II. Alargar a cobertura dos principais programas de promoção e vigilância da saúde e prevenção da doença	Monitorizar de forma ativa nos CSP, a cobertura dos grupos vulneráveis e de risco
	III. Dinamizar os rastreios de base populacional	Melhorar a taxa de cobertura dos rastreios oncológicos e do rastreio da retinopatia diabética Iniciar o Rastreio Visual Infantil
	IV. Melhorar a qualidade e segurança dos cuidados	Dinamizar o funcionamento articulado da EGA e das ECL com a RNNCI Participação ativa no programa STOP Infecção Hospitalar 2.0 Incentivar a adesão de mais serviços a processos de certificação
	V. Promover uma interação mais humana e eficaz com os utentes	Generalização de ferramentas digitais no contato com os utentes (appMyULSBA, voicebot, consentimentos informados) Revisão dos procedimentos de informação clínica aos utentes e famílias Maior envolvimento do Gabinete do Cidadão na humanização dos serviços
4. Aprofundar a integração de cuidados e as parcerias com a comunidade	I. Definição de percursos assistenciais integrados	Diabetes, DPOC, Insuficiência Cardíaca e Saúde Mental
	II. Atualização de protocolos de referenciação CSP/HJJF	Cirurgia Geral, Hematologia Clínica, MFR e Pneumologia
	III. Reforço da articulação com a comunidade	Intensificar a ligação com as IPSS/ERPI Participação ativa na operacionalização da legislação dos cuidadores informais Dinamização e participação em projetos de literacia e autocuidados Disseminar em todos os concelhos projetos em curso relacionados com determinantes em saúde Dinamizar, em articulação com os Municípios, a transferência de competências nos CSP
5. Garantir a sustentabilidade assistencial, económico-financeira, ambiental e social	I. Garantir a sustentabilidade assistencial	Garantir a possibilidade efetiva de recrutamento dos recursos humanos previstos no mapa de pessoal Otimização da estrutura funcional e dos processos internos
	II. Garantir a sustentabilidade económico-financeira	Monitorizar o cumprimento do orçamento
	III. Garantir a sustentabilidade ambiental e social	Efetuar a certificação energética de todos os edifícios Renovar o parque de viaturas com viaturas elétricas Alargar, em articulação com a comunidade, o projeto de reutilização de tecido não tecido
6. Incentivar o desenvolvimento de competências, a inovação e investigação	I. Desenvolvimento de competências	Executar o Plano de Formação Interna Incentivar a aquisição de competências externas Promover a articulação com entidades do SNS e do ensino superior
	II. Inovação e Investigação	Participar ativamente no C-Trail Realização das tas Jornadas da ULSBA Incentivar o desenvolvimento/participação em projetos inovadores/investigação