

RICARDO EMANUEL SOUSA MESTRE

**BALANCED SCORECARD APLICADO A UNIDADES
HOSPITALARES:
UMA REVISÃO SISTEMÁTICA DA LITERATURA**



UNIVERSIDADE DO ALGARVE
FACULDADE DE ECONOMIA

2020

RICARDO EMANUEL SOUSA MESTRE

**BALANCED SCORECARD APLICADO A UNIDADES
HOSPITALARES:
UMA REVISÃO SISTEMÁTICA DA LITERATURA**

Dissertação de

Mestrado em Gestão de Unidades de Saúde

Trabalho efetuado sob a orientação de:

Professora Doutora Carla Amado

Professor Doutor Sérgio Santos



UNIVERSIDADE DO ALGARVE
FACULDADE DE ECONOMIA

2020

BALANCED SCORECARD APLICADO A UNIDADES HOSPITALARES: UMA REVISÃO SISTEMÁTICA DA LITERATURA

Declaração de Autoria do Trabalho

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

Ricardo Emanuel Sousa Mestre

.....

Direitos de cópia ou Copyright

© **Copyright:** *Ricardo Emanuel Sousa Mestre*

A Universidade do Algarve reserva para si o direito, em conformidade com o disposto no Código do Direito de Autor e dos Direitos Conexos, de arquivar, reproduzir e publicar a obra, independentemente do meio utilizado, bem como de a divulgar através de repositórios científicos e de admitir a sua cópia e distribuição para fins meramente educacionais ou de investigação e não comerciais, conquanto seja dado o devido crédito ao autor e editor respetivos.

AGRADECIMENTOS

Aos Professores Orientadores, pela disponibilidade e apoio ao longo do desenrolar deste trabalho.

À minha família e ao Paulo, pelo seu apoio incondicional!

RESUMO

Fruto da realidade vivida atualmente no setor da saúde, onde se verifica um aumento da competitividade e onde o controlo dos custos é cada vez mais evidente, a gestão do desempenho nesta área é distinta e mais complexa, comparativamente a outras áreas. Surgindo, assim, o Balanced Scorecard (BSC), como a ferramenta ideal para melhorar o desempenho das organizações de saúde.

O BSC é uma ferramenta de gestão com potencial para clarificar os objetivos estratégicos das organizações de saúde e para auxiliar na seleção dos indicadores de desempenho mais adequados a utilizar. Para o seu sucesso, é importante o alinhamento entre a estratégia da organização e a estratégia dos serviços, bem como o envolvimento das chefias.

Esta dissertação tem como principal objetivo fazer um diagnóstico do estado da arte, no que respeita à implementação do BSC em Unidades Hospitalares. Para alcançar esse objetivo, realizou-se uma revisão sistemática da literatura e procurou-se responder a nove questões relacionadas com o objetivo em causa.

Da pesquisa realizada, foram selecionados para a revisão da literatura 24 artigos, que respondiam aos critérios de inclusão. Da análise destes artigos foi possível concluir que a implementação desta ferramenta pode representar uma mais valia para o sucesso das organizações de saúde em geral, e das Unidades Hospitalares em particular. A evidência empírica sugere que, através da implementação do BSC, as Unidades Hospitalares têm conseguido aumentar o seu nível de qualidade, a satisfação dos utentes e profissionais, bem como contribuir para a eficiência e eficácia das mesmas. No entanto, e apesar dos seus benefícios, a implementação do BSC ainda não é um processo linear, sendo identificadas várias limitações e/ou dificuldades no processo de conceção e implementação desta ferramenta.

Palavras-chave: BSC, Saúde, Hospital, Avaliação de Desempenho

ABSTRACT

As a result of the reality currently experienced in the health sector, where there has been an increase in competitiveness and where cost control is increasingly evident, performance management in this sector is distinct and more complex, compared to other sectors. Thus, the Balanced Scorecard (BSC), emerged as the ideal tool to control and improve the performance of healthcare organizations.

The BSC is a management tool with potential to clarify the strategic objectives of healthcare organizations and to assist in the selection of the most appropriate performance indicators. For its success, it is important to align the strategy of the organization with the strategy of the different services or departments, and to ensure that management is involved in the process.

The aim of this dissertation is to make a diagnosis of the state of the art in which regards to the implementation of the BSC in Hospital Units. To achieve this aim, a systematic literature review was carried out and an attempt was made to answer nine questions related to the main goal.

From this literature review, 24 articles were selected and thoroughly analyzed. One of the main conclusions is that the BSC might provide a very valuable contribution for the success of healthcare organizations. In particular, it can contribute to increase the quality of the services, the satisfaction of users and professionals, as well as the efficiency and effectiveness of the organizations that implement it. However, despite its benefits, the process of implementing an effective BSC is not linear and some challenges need to be addressed.

Keyword: BSC, Health, Hospital, Performance Evaluation

ÍNDICE GERAL

	Página
Índice de Figuras	ix
Índice de Tabelas	x
Lista de Abreviaturas.....	xi
Capítulo 1. INTRODUÇÃO.....	12
Capítulo 2. O BALANCED SCORECARD.....	14
2.1. Elementos fundamentais do Balanced Scorecard.....	16
2.1.1. Missão, Visão, Valores e Estratégia	21
2.1.2. Objetivos, Indicadores, Metas e Iniciativas	23
2.1.3. Relações de Causa-Efeito e Mapa Estratégico	25
2.1.4. Perspetivas	28
2.2. BSC no Setor da Saúde	34
2.2.1. Benefícios e Dificuldades na Aplicação do BSC Aplicado às Organizações de Saúde.....	39
Capítulo 3. METODOLOGIA.....	43
3.1. Revisão Sistemática da Literatura	43
3.2. Principais etapas da revisão sistemática da literatura sobre a aplicação do BSC em Unidades Hospitalares	47
3.2.1. Objetivo Geral e Questões de Investigação	47
3.2.2. Descritores	48
3.2.3. Fontes de Pesquisa	48
3.2.4. Critérios de Inclusão	48
3.2.5. Critérios de Exclusão	49
3.2.6. Seleção dos artigos	49
Capítulo 4. ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS.....	52
Capítulo 5. CONCLUSÃO	89
5.1. Limitações da Investigação	91
5.2. Sugestões de Investigação	92

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	93
Apêndice 1 - Bibliografia dos artigos utilizados na revisão da literatura.....	106

ÍNDICE DE FIGURAS

	Página
Figura 3.1 - Diagrama de pesquisa e seleção da literatura	51

ÍNDICE DE TABELAS

	Página
Tabela 4. 1 – Estudos que fazem referência à motivação que esteve na origem da aplicação do BSC	55
Tabela 4. 2 – Caracterização dos hospitais e nível de implementação.....	58
Tabela 4. 3 – Intervenientes no processo de conceção e implementação do BSC (para os estudos em que tal é especificado)	60
Tabela 4. 4 – Perspetivas utilizadas nos diferentes artigos analisados	62
Tabela 4. 5 – Indicadores da perspetiva Financeira (referentes aos estudos que incluíram esta perspetiva)	64
Tabela 4. 6 – Indicadores da perspetiva Clientes (referentes aos estudos que incluíram esta perspetiva)	66
Tabela 4. 7 – Indicadores da perspetiva Processos Internos (referentes aos estudos que incluíram esta perspetiva).....	68
Tabela 4. 8 – Indicadores da perspetiva Aprendizagem e Conhecimento (referentes aos estudos que incluíram esta perspetiva)	71
Tabela 4. 9 – Indicadores relativos a perspetivas específicas da área da saúde	72
Tabela 4. 10 – Indicadores referentes a outras perspetivas.....	74
Tabela 4. 11 – Dificuldades e/ou Limitações à implementação do BSC	83

LISTA DE ABREVIATURAS

BSC	<i>Balanced Scorecard</i>
DEMATEL	<i>Decision Making Trial and Evaluation Laboratory</i>
KPI	<i>Key Performance Indicator</i>
PGF	<i>Pettigrew and wipp's framework</i>
ROA	Retorno sobre o ativo

Capítulo 1. INTRODUÇÃO

Segundo dados da Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico (2015), Portugal gasta mais no setor da saúde do que a maioria dos países, sendo os hospitais os responsáveis por mais de metade da despesa pública associada aos cuidados de saúde (Alves, 2016). O envelhecimento da população, os avanços tecnológicos, a pressão para diminuir a despesa pública associada aos cuidados de saúde e o crescente interesse do setor privado e social nesta área, levantam desafios no setor, fazendo com que a gestão do desempenho nesta área seja distinta e mais complexa, comparativamente a outras áreas (Joyce, 2003). Consequentemente, surgiu a necessidade de serem elaborados planos estratégicos e de ação, o *benchmarking* ganhou destaque, e começaram a reunir-se condições para a aplicação do *Balanced Scorecard* (BSC) (Calhau, 2009).

O BSC surge em 1992 com o objetivo de melhorar os sistemas de medição de desempenho no setor privado, mas rapidamente ganhou destaque no setor público (Al-kaabi, Chehab & Selim, 2019). Em Portugal, não foi diferente e veio ajudar as organizações na medição eficaz do desempenho organizacional e na implementação de estratégias. É um modelo de avaliação de desempenho que permite clarificar os objetivos da organização e os indicadores mais adequados a utilizar, sendo necessário que haja o alinhamento entre a estratégia do serviço e a estratégia da organização, bem como o envolvimento das chefias de topo e chefias intermédias, para o sucesso da metodologia instituída (Ojah, Malik & Ali, 2019; Freitas, 2015; Macedo, 2014; Pinto, 2013; Jordan, Neves & Rodrigues, 2011; Alvarez, 1999 citado em Santos, 2006;).

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

Esta dissertação surge no âmbito do Mestrado em Gestão de Unidades de Saúde e, tem como principal objetivo fazer, através de uma revisão sistemática da literatura, um diagnóstico do estado da arte, no que respeita à implementação do BSC em Unidades Hospitalares. Recorrendo à literatura existente sobre esta temática, é nosso

objetivo responder às seguintes questões: Quais as características das publicações que reportam a aplicação do BSC nos hospitais?; Qual a motivação para a utilização do BSC?; Quais as características dos hospitais onde foi implementado o BSC?; Quais os intervenientes no processo de conceção e implementação do BSC?; Quais as perspetivas e os indicadores de desempenho mais frequentemente utilizados na aplicação do BSC em hospitais?; Quais os fatores facilitadores na conceção e na implementação?; Quais os resultados obtidos com a implementação do BSC?; Quais as dificuldades e/ou limitações à implementação do BSC?; Que oportunidades existem para futuras investigações nesta área?.

Esta revisão sistemática da literatura, nasce da necessidade de promover uma melhor compreensão sobre a temática em estudo, com base na evidência científica. Através de um processo de procura, seleção, organização e síntese de estudos sobre a implementação desta ferramenta em Unidades Hospitalares, e, a partir do conhecimento científico deles extraído, pretende-se, através de um processo de reflexão, análise e discussão do seu conteúdo, contribuir para a clarificação e compreensão desta ferramenta, e quais os benefícios que podem advir da sua implementação, facilitando assim a sua adoção e desenvolvimento, ao apresentar uma sumula do que tem sido estudado a nível mundial. Os aspetos pelos quais esta revisão sistemática da literatura sobressai relativamente às já existentes, prendem-se com o facto de se focar apenas em Unidades Hospitalares, incluir estudos desde o início do BSC até à atualidade, ter sido organizada de forma a responder a questões específicas, permitindo assim uma melhor sistematização da informação analisada.

A presente dissertação encontra-se dividida em cinco capítulos. No capítulo um é feita a introdução. No capítulo dois fazemos um enquadramento da ferramenta objeto de análise, onde serão discutidas noções gerais sobre o BSC, nomeadamente: conceito, objetivos, perspetivas, relação de causa-efeito e mapa estratégico, bem como será abordada a aplicação do BSC no setor da saúde. No capítulo três será abordada a metodologia utilizada no decorrer da dissertação. No capítulo quatro teremos a apresentação, análise e discussão dos resultados, tendo por base a literatura selecionada. Por fim, no capítulo cinco serão apresentadas as conclusões, limitações e sugestões para futuros trabalhos.

Capítulo 2. O BALANCED SCORECARD

A aplicação do conceito de estratégia, associada à gestão, ganhou destaque em meados do século passado (Banza, 2013; Silva, 2012; Barcellos, 2002). Para Andrews (1980, p.46) “*estratégia é o padrão de objetivos, propósitos ou metas e principais políticas e planos para os alcançar, expressos de forma a definir em que negócio a empresa está ou deverá estar e o tipo de empresa que é ou deverá ser.*” Mintzberg (1987, citado em Grant, 2013), defende que a estratégia não pode ser encarada como um conceito único e acabado, e, neste sentido, define os 5P’s da estratégia: *Plan*, sequência ordenada e coerente de ações; *Pattern*, coerência e consistência nos comportamentos e na tomada de decisão; *Positioning*, ajuste entre as capacidades e ações, e as condições de competição no meio circundante; *Perspective*, a forma como a empresa encara o mundo e nele quer agir; e *Ploy*, táticas a usar para obter vantagens sobre a concorrência.

Mintzberg (1994) defende ainda que a estratégia deve ser encarada como algo que é partilhado e transversal aos diferentes membros da organização e que se reflete nas suas ações e/ou intenções. Outros autores (Santos, 2008; Freire, 1997), acrescentam que a estratégia passa, essencialmente, por um conjunto de decisões e ações, em que a finalidade principal é acrescentar valor ao cliente, a longo prazo, levando assim à fidelização por parte dos mesmos.

Para o conceito de estratégia, dois aspetos fundamentais devem ainda ser salientados: primeiro, a relevância da influência direta da estratégia no futuro das organizações e, segundo, a definição dos objetivos, dos meios e das formas de os atingir, tal como a sua operacionalização na prática, apenas fazem sentido se pensados de forma integrada e coerente (Silva, 2012). Por vezes, o problema está numa má execução da estratégia, e não numa má definição da mesma, consequência de uma má interpretação do pretendido.

Fruto das mudanças no meio envolvente onde as organizações se encontram inseridas, tem sido necessário apostar no desenvolvimento do conhecimento e das competências dos recursos humanos, no desenvolvimento do pensamento estratégico e na criação de modelos que consigam dar resposta aos novos paradigmas (Santos, 2008).

A gestão estratégica pode ser encarada como um plano que integra desde os objetivos aos processos, e que faz com que toda a organização atue com vista a alcançar

resultados competitivos, e que garantam a sua perenidade no mercado (Madaleno, 2015). Para que o planeamento estratégico seja bem-sucedido, é importante que haja um alinhamento entre este e o planeamento tático-operacional, tomando em consideração as condições internas e externas à organização. Deve haver também uma aposta na inovação e na diferenciação, considerando o relacionamento entre organização e o meio ambiente, permitindo assim que esta funcione como um todo em direção aos resultados pretendidos (Pinto, 2009; Prieto, Carvalho & Fischmann, 2009; Marçal, 2008; Vieira, 2008; Oliveira, 2006). Pode assim dizer-se que a gestão estratégica procura moldar-se à organização, sendo caracterizada pela sua flexibilidade perante as mudanças do ambiente, permitindo assim aos gestores uma visão mais abrangente da organização.

Em síntese, a gestão estratégica assume-se como um processo contínuo e dinâmico de planeamento, organização, liderança e controlo, através do qual as organizações definem “onde estão”, para “onde querem ir” e como “lá chegar”, sendo para tal imprescindível uma estratégia claramente definida (Marçal, 2008; Santos, 2008). Para isso é necessário agir de acordo com o caminho pré-definido, mas ajustando-se sempre às mudanças do meio envolvente, assumindo especial relevância as preferências/necessidades dos clientes.

Na elaboração e implementação do planeamento estratégico, Oliveira (2006) descreve quatro fases: diagnóstico estratégico, missão da empresa, instrumentos prescritivos e quantitativos, controle e avaliação. Sendo a execução da estratégia o cerne da criação de valor e do crescimento da organização, a avaliação da sua implementação deve ser da responsabilidade dos líderes da organização, devendo este processo contemplar a revisão e o ajuste da estratégia, bem como dos processos que a sustentam (Marçal, 2008).

Para Madaleno (2015), a definição clara de objetivos, o adequado desdobramento e encadeamento da estratégia com os processos, bem como o controle da sua implementação através de um sistema de medição de desempenho, são fulcrais com vista ao alcance dos objetivos da organização. Apesar de transparecer simplicidade, existem muitas ameaças internas à implementação da estratégia, que podem ser classificadas em três grupos: as que atuam sobre a orientação estratégica, as que afetam a capacidade de aprendizagem e as que afetam a capacidade de implementação da estratégia (Beer & Eisenstat, 2000).

Para a implementação de um modelo de gestão estratégica que leve ao sucesso da organização num ambiente em constante mudança, Santos (2008) defende a necessidade do compromisso, dedicação e envolvimento da gestão de topo; a promoção de um ambiente motivador, onde se privilegie a participação, favorável à mudança, e onde todos sejam incentivados a contribuir; adequação da formação às funções; um sistema de comunicação eficaz; definição de prazos para o desenvolvimento do processo; simplificação e flexibilização do processo, encarando este como um meio e não um fim para a obtenção e sustentação de vantagens competitivas.

Alguns autores defendem que este processo funciona melhor quando existem indicadores de desempenho, garantindo assim a adesão entre processos/operações/estratégia, pois ao existirem medidas de desempenho estas vão servir de base à análise e à tomada de decisão (Skrinjar, Bosilj-Vuksic & Stemberger, 2008; Oliveira, Costa & Cameira, 2007).

Face às grandes transformações que se tem vivenciado no setor da saúde, quer a nível global (onde Portugal não é exceção) e, considerando o atual panorama económico-financeiro, tem sido necessário recorrer a instrumentos de gestão estratégica com a finalidade de auxiliar as organizações a avaliar o seu desempenho, recorrendo para isso a diferentes abordagens, metodologias, instrumentos e níveis de intervenção, entre os quais se destaca o Balanced Scorecard (Serrano, 2017; Russo, 2015).

2.1. Elementos fundamentais do Balanced Scorecard

A gestão do desempenho é definida por Pinto (2009: 30) “*como um sistema integrado, composto por um conjunto de processos, metodologias e soluções*”. Este conceito já existe há muitos anos e integra o sistema de medição, em que as ferramentas nos permitem avaliar, monitorizar e rever o desempenho. A gestão de desempenho tem como principal objetivo motivar e alinhar a organização com vista ao alcance da sua missão, visão e objetivos estratégicos, conseguindo assim melhores resultados (Freitas, 2015).

Um sistema de medição de desempenho pode ser definido como um conjunto de métricas, compostas por vários elementos, às quais se recorre para quantificar quer a

eficiência, quer a eficácia das ações (Neely, Gregory & Platts, 1995). A eficiência refere-se à utilização económica dos recursos e é um pré-requisito para medir o desempenho de uma organização, quer em termos financeiros, quer em termos não financeiros (Lindlbauer, Jonas & Vera, 2016). A eficácia avalia o resultado de um processo onde as expectativas/necessidades dos clientes são ou não alcançadas (Neely, Gregory & Platts, 1995).

De acordo com Rahimi *et al.* (2018), a relação causal entre indicadores, avaliação e desempenho da organização de saúde é complexa e multidimensional. Portanto, para ter um sistema de avaliação poderoso e obter sucesso na melhoria do desempenho hospitalar, em vez do sistema se focar numa dimensão única, deve prestar atenção a todas as dimensões do desempenho. De entre os vários instrumentos para avaliação do desempenho, destacam-se o *Tableau de Bord*, *Performance Prism* e *Balanced Scorecard*. Nos últimos anos, na área da saúde, a maioria das organizações tem recorrido ao BSC para avaliar o seu desempenho, sendo este reconhecido como um instrumento ideal para alcançar transformações organizacionais e avaliar o desempenho a nível organizacional e individual, uma vez que estabelece a melhor ligação entre as operações e a estratégia das organizações de saúde (Al-kaabi, Chehab & Selim, 2019; Lin *et al.*, 2013; Porporato, Tsisis & Marin, 2017; Jordan, Neves & Rodrigues, 2011).

Para Calhau (2009: 8) “*esta ferramenta cumpre três finalidades essenciais: é um eficiente sistema de medição, um modelo de gestão estratégica e um modo de comunicação*”. Ao contrário dos sistemas tradicionais de avaliação de desempenho, que são insuficientes para compreender, prever e controlar as determinantes do sucesso organizacional, o BSC aposta na valorização dos ativos intangíveis, de natureza qualitativa, tais como na qualidade dos serviços, nível de satisfação e taxa de retenção dos clientes e colaboradores, competência e motivação dos recursos humanos, capacidade de inovação e adaptação, entre outros (Santos, 2008). Russo (2015) e Silva (2012) acrescentam ainda que os sistemas tradicionais de controlo de gestão, ao estarem assentes apenas em critérios financeiros, transmitem apenas resultados do passado, o que torna a informação incompatível com os objetivos estratégicos. Tais sistemas podem levar a que sejam ignorados indicadores intangíveis, como, por exemplo, fidelização de clientes e fornecedores, inovação dos produtos, qualidade dos processos, motivação e um nível de conhecimento técnico superior dos colaboradores, capacidade

de resposta a problemas, etc. São estes indicadores que assumem cada vez mais um papel de destaque na competitividade das organizações.

O BSC aparece pela primeira vez em 1992, desenvolvido por Kaplan e Norton, numa época em que havia um grande descrédito pelas medidas financeiras, e era preciso encontrar novos métodos para medir o desempenho das empresas. Após a sua implementação, os resultados foram visíveis e foi o início do seu sucesso (Calhau, 2009; Kaplan & Norton, 2004).

Kaplan e Norton (1997: 25), referem que o BSC traduz a

“...missão e estratégia em objetivos e medidas, organizados através de indicadores para informar os funcionários sobre os vetores do sucesso atual e futuro. Ao articularem os resultados desejados pela empresa com os vetores desses resultados, os executivos esperam canalizar as energias, as habilidades e os conhecimentos específicos das pessoas na empresa inteira, para alcançar os objetivos de longo prazo”.

Para a operacionalização do BSC recorre-se à utilização de indicadores que se encontrem relacionados com os objetivos estratégicos da organização (Madaleno, 2015). Como referido, tais indicadores não se limitam a avaliar apenas aspetos financeiros, mas também a mensurar e a controlar indicadores de ordem não financeira (Ojah, Malik & Ali, 2019; Tuan, 2020), que sejam considerados fundamentais para o alcance dos objetivos da organização (Prazeres, Lopes & Meira, 2013). O BSC, ao focar-se em indicadores não financeiros conjugados com os financeiros, permite analisar todos os fatores envolventes à organização que ajudem no seu processo de adaptação e mudança num mundo de globalização económica, onde a concorrência é cada vez maior (Chavan, 2009; Chow *et al.*, 1998). Da mesma forma, reconhecer que medidas de carácter não financeiro são imprescindíveis para se alcançar os objetivos estratégicos, é aceitar que a complementaridade entre indicadores financeiros e não financeiros pode ser o pilar para o sucesso de uma organização (Rompho, 2011; Kaplan & Norton, 1996). Procura ainda dar respostas às críticas feitas aos tradicionais sistemas de medição estratégica, que apenas valorizavam aspetos financeiros, revelando-se assim desadequados para as organizações onde o capital intelectual assume destaque e onde a capacidade de adaptação perante as exigências do meio envolvente é de extrema importância para o sucesso das mesmas (Manica, 2009; Norreklit, 2003; Ahn, 2001; Kaplan & Norton, 1996).

Segundo Tuan (2020) e Martins (2015), ao reconhecer fraquezas e imprecisões de gestão, o BSC dá-nos indicação daquilo que as empresas devem medir para "balancear" a perspetiva financeira, facultando-nos um *feedback* em relação aos processos internos do negócio e aos resultados externos, com a finalidade de melhorar continuamente o desempenho estratégico e os resultados.

Para Rua e Silva (2016) e Kaplan e Norton (1996), sendo o BSC uma ferramenta de gestão que tem por objetivo dar uma visão global e integrada do desempenho da organização, é importante que haja uma boa comunicação da estratégia a toda a organização e a relação desta com os fatores críticos de sucesso, pois estes condicionam o desempenho da organização a médio e longo prazo. Deste modo, Alvarez *et al.* (2019) e Barboza (2011) referem que para que se aplique esta ferramenta é fulcral que haja uma identificação dos objetivos, indicadores e metas por perspetiva, tendo por base a missão e visão estratégica.

De acordo com um estudo realizado sobre a implementação da estratégia com recurso ao BSC, são apontadas como melhores práticas com vista ao sucesso e ao alcance de benefícios tangíveis, os seguintes princípios (Kaplan & Norton, 2000): mobilizar a mudança por meio da liderança executiva; traduzir a estratégia em termos operacionais; alinhar a organização à estratégia; transformar a estratégia numa tarefa quotidiana de todos, e transformar a estratégia num processo contínuo. Estes autores (Kaplan & Norton, 2006) referem que de entre estes princípios aquele que mais facilita a implementação bem-sucedida da estratégia, é o alinhamento organizacional.

Pode-se assim dizer que o BSC é um instrumento de medida que permite clarificar e traduzir a visão e a estratégia da organização, de aprendizagem contínua, uma ferramenta de comunicação constituída por indicadores de desempenho equilibrados que facilitam o alinhamento entre a parte operacional e os objetivos estratégicos, que permite a monitorização e *feedback* das ações e práticas pelos líderes das organizações, e que facilita o planeamento e a afetação de recursos (Tarigan & Bachtiar, 2019; Jordan, Neves & Rodrigues, 2011; Niven, 2002; Malina & Selto, 2001; Epstein & Manzoni, 1998; Kaplan & Norton, 1996). Esta ferramenta considera os equilíbrios entre objetivos a curto e a longo prazo, indicadores financeiros e não financeiros, indicadores de resultado e indicadores indutores e ainda entre as perspetivas de desempenho interno e

externo, levando assim a que seja alcançada a estratégia da organização, aumentando a sua eficiência e eficácia (Santos, 2008; Kaplan & Norton, 1996).

O BSC recorre a um mapa estratégico para materializar a visão e a estratégia da organização. Esse mapa inclui os objetivos, organizados segundo quatro perspetivas diferentes: financeira, clientes, processos internos e aprendizagem e crescimento (Freitas, 2015; Calhau, 2009; Kaplan & Norton, 1997). Ao considerar estas quatro perspetivas, permite aos gestores definir quais as perspetivas e objetivos mais importantes de acordo com a visão e a estratégia da organização, tendo sempre presente que nenhuma funciona isolada ou autonomamente.

A implementação do BSC implica: identificar a missão, a visão, a estratégia e os fatores críticos de sucesso, selecionar indicadores, avaliar, criar planos de ação e acompanhar e gerir (Kaplan & Norton, 2001). Para além destes processos, a implementação do BSC implica a definição de uma relação de causa-efeito entre as perspetivas, os objetivos estratégicos e os indicadores, para que seja perceptível a relação causal que foi assumida aquando da definição da estratégia (Pinto, 2009). Já Kaplan e Norton (1996) afirmavam que para haver ligação entre o BSC, as políticas e as estratégias da organização deverão ser respeitados três princípios: a interligação com os objetivos financeiros, as relações de causa-efeito e os indicadores de desempenho.

Após estar implementado, espera-se que: a estratégia leve à implementação de ações corretivas, os indicadores estratégicos sejam aplicados nos processos da organização, se proporcione uma visão sistematizada do desempenho organizacional, seja desenvolvida uma cultura de aprendizagem e melhoria contínua, haja atribuição de incentivos e seja testada com regularidade a estratégia implementada (Kaplan & Norton, 2008).

Assim, a lógica desta ferramenta está no funcionamento integrado, sendo que os objetivos e indicadores estabelecem entre si relações de causa-efeito. Neste sentido, são os objetivos colocados na base aqueles que vão levar ao alcance dos objetivos colocados no topo, ou seja, é do encadeamento e das relações estabelecidas entre eles que se consegue alcançar a estratégia da organização. Este modelo caracteriza-se, assim, pela sua flexibilidade, pode ser ajustado consoante a organização, estando sujeito a adaptações e refinamentos (Niven, 2005).

De acordo com Collis e Rukstad (2008), Padoveze (2007), e Kaplan e Norton (1996, 1992), ao ser considerada uma ferramenta de gestão estratégica de controlo da gestão, permite informar os *stakeholders* das decisões e ações estratégicas, e envolve todos os intervenientes facilitando assim a compreensão da visão e da estratégia, levando ao alinhamento em todas as suas vertentes. Quando utilizado de forma adequada, assume um papel de extrema importância na comunicação da estratégia organizacional aos diferentes colaboradores, permitindo o *feedback* e vinculando a estratégia de longo prazo com as ações a curto prazo, ao mesmo tempo que cria consciência estratégica entre os colaboradores. É neste contexto que a abordagem adotada pelo BSC vai ajudar os gestores a definirem a estratégia da organização, para decidirem sobre o que medir e como prever eventuais conflitos entre os diferentes objetivos e indicadores.

2.1.1. Missão, Visão, Valores e Estratégia

Para que se consiga colocar em prática a estratégia da organização e para que esta rume em direção ao sucesso, é necessário, que haja uma definição clara da missão, visão, valores e estratégia da organização, recorrendo a indicadores de desempenho financeiros e não financeiros (por exemplo, Dias, 2014; Kaplan & Norton, 2001).

Por tudo isto, é importante clarificar estes quatro conceitos.

- **Missão:** define a razão de ser da organização, a sua singularidade, o seu propósito central e qual a função social que esta exerce (Hitt, Ireland & Hoskisson, 2009; Kaplan & Norton, 2004; Niven 2003; Tachizawa & Rezende, 2000). Deve ser definida de forma clara, deve fazer sentido para o público interno e ser compreendida pelo público externo, sendo específica da organização em causa (Dias, 2014). Percebe-se assim, que deve servir de orientação aos *stakeholders*. É importante ser considerada na implementação do BSC, pois é o ponto de partida para a estratégia. Kaplan e Norton (2004) referem que a missão deve definir o rumo das atividades e quais os valores que orientam essas atividades, bem como deve assumir claramente a forma como competir no mercado e acrescentar valor aos clientes. Uma missão eficaz é, para Pinto (2009), aquela que é concisa e orientada para metas, tem um forte conteúdo emocional, define a razão de ser da organização, traduz as ações da organização e declara o propósito a

alcançar, envolvendo não só a organização, mas todos os *stakeholders*. De acordo com Serrano (2017), a definição da missão assume uma maior importância quando estamos perante organizações públicas ou sem fins lucrativos. Para este autor, nas organizações do setor privado, a missão não é uma questão central, já nas organizações do setor público e social a missão assume um papel extremamente importante, pois estas estão totalmente orientadas para a missão.

- Visão: é uma declaração clara, precisa e abrangente, que traduz as intenções e aspirações da organização, ou seja, aquilo que a organização quer alcançar no futuro (Hitt, Ireland & Hoskisson, 2009; Kaplan & Norton, 2004; Niven, 2003; Tachizawa & Rezende, 2000), com a utilização dos recursos, produtos e serviços de que dispõe ou virá a dispor (Pinto, 2009). Deve estar orientada para o mercado, transmitir como quer ser percebida pelo exterior e refletir os valores e aspirações (Senge, 2010; Hitt, Ireland & Hoskisson, 2009; Kaplan & Norton, 2004), apresentando-se assim como imprescindível a qualquer tipo de organização: pública, privada, público-privada ou sem fins lucrativos (Pinto, 2009). A missão e a visão, são os pilares em que a gestão de topo se vai apoiar para dar início ao processo de construção e implementação da estratégia (Serrano, 2017), sendo que a visão só deve ser formulada após a definição da missão e dos valores da organização (Pinto, 2009). A visão é assim encarada como o ponto de partida para a definição de prioridades e como um dos pilares fundamentais para a construção de programas e mapas estratégicos que servirão de guia orientador para a organização e que a irão ajudar a alcançar o sucesso (Serrano, 2017).

- Valores: são princípios que guiam uma organização, retratam as suas crenças e definem a perceção do que é importante, do certo e do errado, do justo e do injusto (Sousa, 2016; Senge, 2010; Niven, 2003) e estão interligados com a missão, permitindo-lhes que haja uma continuidade lógica (Kaplan & Norton, 2008; Collins & Porras, 1996). De acordo com Sousa (2016) e Werner e Xu (2012), os valores são os princípios orientadores de uma organização, definindo assim o modo como a organização deve agir de acordo com a sua missão, ao mesmo tempo que acompanham a organização para alcançar a sua visão.

- Estratégia: conjunto de hipóteses, decisões e ações que representam qual o caminho a seguir para chegar ao futuro desejável, descrito na visão e que permita acrescentar valor aos *stakeholders* (Dias, 2014; Kallás & Coutinho, 2005; Kaplan & Norton, 1997). Alves (2016) afirma que a definição da estratégia assume um destaque especial no BSC e a sua execução é uma das tarefas mais difíceis dos líderes, sendo para

isso importante que haja uma clarificação da orientação estratégica antes da implementação desta ferramenta.

Para Pinto (2009), a missão, a visão, e os valores colocam em destaque o “porquê” e o “quem”, já a estratégia diz-nos “como”. Após definir e clarificar estes conceitos, as organizações encontram-se em condições de elaborar e implementar o BSC (Dias, 2014).

2.1.2. Objetivos, Indicadores, Metas e Iniciativas

O BSC não pode ser encarado apenas como um sistema de medição, mas sim como um sistema de gestão (Gallon *et al.*, 2008). Como tal, permite que as organizações mensurem e qualifiquem a sua visão e estratégia e a traduzam em ações. Como referido anteriormente, esta ferramenta assenta em quatro perspetivas (Financeira, Clientes, Processos Internos e Aprendizagem e Crescimento), e cada uma delas tem os respetivos objetivos estratégicos. Por sua vez são estes objetivos que vão permitir que a organização consiga alcançar a sua missão e visão (Kaplan & Norton, 1997).

Segundo Norreklit (2000) e Mooraj, Oyon e Hostettler (1999), para cada um dos objetivos estratégicos, são definidos indicadores, sendo que a escolha destes deve ser feita tendo em consideração alguns critérios, nomeadamente: ligação à estratégia, acessibilidade e relevância. Os mesmos autores afirmam que, nestes indicadores, as relações de causa-efeito são um aspeto central no BSC.

Quando se utiliza o BSC, os gestores têm ao seu dispor quatro processos de gestão que, de forma isolada ou em conjunto, ajudam a conjugar os objetivos de longo prazo com os objetivos de curto prazo, nomeadamente tradução da visão, comunicação e ligação, planeamento do negócio e *feedback* e aprendizagem (Kaplan & Norton, 1996). Estes processos de gestão facultam as etapas necessárias para alcançar o sucesso financeiro em termos futuros, tendo por base indicadores não financeiros (Kaplan & Norton, 1996; Malina & Selto, 2001). Para estes autores, não se deve considerar como satisfatório a concretização de metas financeiras de curto prazo quando se prevê que as medidas de longo prazo não estão a ser devidamente executadas. É importante que os gestores que recorrem ao BSC não confiem apenas em medidas financeiras de curto

prazo, enquanto indicadores do desempenho, pois estes dão-nos informação em relação ao bom funcionamento do passado, mas pouca informação em relação ao que poderá vir a ser o futuro.

A utilização desta ferramenta apenas faz sentido quando o processo tem início com a gestão de topo, permitindo que esta traduza a estratégia da organização em objetivos estratégicos. Para Kallás e Ribeiro (2008), estes objetivos devem ser organizados num diagrama para que possam ser identificadas as relações de causa-efeito nas diferentes perspetivas. Para Alves (2016), ao traduzir a visão e a estratégia, o BSC facilita a definição das ações a empreender para definir o mapa estratégico, bem como ajuda na criação de consenso entre os gestores da visão e estratégia da organização. De acordo com Padoveze (2007), se existir uma comunicação e associação entre objetivos e medidas estratégicas, os gestores conseguem assegurar que todos os colaboradores entendem a estratégia a longo prazo, e que os objetivos de todos se encontram alinhados.

A escolha dos indicadores é uma tarefa de importância extrema, pois a escolha errada pode levar ao desperdício dos investimentos. Após a escolha destes, devem ser alvo de revisão entre a gestão de topo e gestão intermédia, o que facilita a avaliação das estratégias de acordo com as novas informações que vão surgindo sobre os concorrentes, clientes, mercados, tecnologias e fornecedores (Kaplan & Norton, 2004, 1996).

Alguns autores (Bourguignon, Malleret & Norreklit, 2004; Ittner & Larcker, 1998) defendem que ao ser um sistema flexível, o BSC facilita a definição quer do número de indicadores, quer do peso que cada um deverá assumir, podendo este ser ajustado pela própria organização. Num estudo realizado por Inamdar, Kaplan e Bower (2002), em nove organizações de saúde, estes autores definem que cada perspetiva deverá ter idealmente o seguinte peso: clientes 33%; processos internos 27%; financeira 23%; aprendizagem e crescimento 17%, contudo, caberá a cada organização a definição do peso a atribuir de acordo com a sua realidade e estratégia.

Para que a implementação do BSC seja bem-sucedida, tão importante como a definição de objetivos e indicadores, é a definição de metas e iniciativas (Serrano, 2017):

- Objetivos: devem ser claros e concisos, estipulados para cada uma das perspectivas e devem declarar aquilo que a organização espera alcançar (Alves, 2016). A sua escolha deve recair sobre as vertentes que levem a uma melhoria do desempenho da organização, bem como as vertentes que a ajudem a melhorar o seu leque de competências (Alves, 2016). Segundo o mesmo autor cada objetivo tem metas associadas, e deve facilitar o alcance da estratégia da organização. Caso o objetivo não se revele útil na consolidação da estratégia da organização, deve ser eliminado ou a estratégia deve ser alterada.

- Indicadores: ajudam a avaliar o sucesso de cada objetivo, ou seja, facilitam a avaliação do grau de alcance de cada objetivo (Alves, 2016). Os indicadores devem ser de dois tipos, indicadores de resultado (*lagging*) e indicadores de ação (*leading*). O BSC é tão mais forte quanto melhor for o *mix* de indicadores a que recorre em cada uma das áreas estratégicas (Norreklit, 2000; Epstein & Manzoni, 1998).

- Metas: definem o nível de desempenho ou a taxa de melhoria pretendida para cada um dos indicadores definidos (Alves, 2016) e devem ser adaptadas a cada um dos objetivos estratégicos, tendo por base estimativas reais, o tempo necessário para produzir benefícios e os recursos disponíveis (Caldeira, 2010; Kaplan & Norton, 2009). É preciso que a sua definição seja cautelosa, para que seja passível de ser alcançada, pois a definição de metas irrealistas, pode levar à desmotivação dos profissionais (Caldeira, 2010; Kaplan & Norton 2004).

- Iniciativas: são encaradas como planos de ação, onde se encontram definidas quais as ações que vão contribuir para alcançar metas estabelecidas (Werner & Xu, 2012). Kaplan e Norton (2009) afirmam que as iniciativas são a força que leva a organização a combater a inércia e a resistência à mudança.

2.1.3. Relações de Causa-Efeito e Mapa Estratégico

Para Kaplan e Norton (1996), no seio do BSC, a estratégia não é mais do que um conjunto de hipóteses sobre causas e efeitos, ou seja, para toda e qualquer ação haverá uma reação, com impacto nos negócios da organização e que irá influenciar a implementação da(s) sua(s) estratégia(s). Para implementar o BSC, é necessário estabelecer relações de causa-efeito entre as quatro perspectivas, entre as medidas de resultado e entre os vetores de desempenho. Também Pinto (2009) corrobora esta ideia

ao afirmar que esta ferramenta tem como princípio fundamental a definição e verificação de relações de causa-efeito entre as perspectivas, objetivos, metas e indicadores.

Quando se desenvolve o BSC em organizações com fins lucrativos, o enfoque são os objetivos de caráter financeiro, no entanto, em organizações do setor público (não lucrativas) esta ferramenta inicia-se com a definição da missão da organização (Pinto, 2009). Este autor afirma, ainda, que as relações de causa-efeito passam pela formulação de perguntas simples que irão levar à definição de objetivos e estratégias, que por sua vez contribuirão para a correta identificação de quais as competências e infraestruturas, em que a organização precisa apostar para que consiga suportar os processos internos e, por conseguinte, satisfazer os clientes. As relações de causa-efeito permitem avaliar até que ponto o BSC retrata a estratégia da organização, assumindo que se considera um BSC bem organizado aquele que torna a missão explícita e descreve como foi formulada a estratégia da organização, considerando as relações de causa-efeito existentes entre os diferentes objetivos estratégicos e as iniciativas das quatro perspectivas.

Para Alvarez *et al.*, (2019) o mapa estratégico é desenvolvido analisando as relações de causa-efeito entre os diferentes objetivos. Trata-se de uma relação gráfica, da forma como os objetivos estão relacionados numa perspectiva e também da relação que estabelecem entre as restantes perspectivas, constituindo aquilo a que se chama alinhamento de objetivos. Esse alinhamento permite esclarecer que a consecução de alguns objetivos leva ao alcance de outros (Alvarez *et al.*, 2019).

O mapa estratégico, quando ajustado à estratégia da organização, indica qual o percurso para transformar os ativos intangíveis em ativos tangíveis, ou seja, faz uma descrição da forma como os primeiros levam a melhorias de desempenho nos processos internos, que por sua vez se traduzem na criação de valor para os clientes, acionistas e comunidade. Este mapa estratégico é construído estabelecendo um vetor vertical através das quatro perspectivas e promove a comunicação dentro da organização, ao mesmo tempo que constitui um sistema de *feedback* estratégico (Sousa, 2016; Marçal, 2008; Norreklit, 2003; Ahn, 2001; Kaplan & Norton, 2000, 1996; Mooraj, Oyon & Hostettler, 1999).

Recorre-se às relações de causa-efeito para comunicar a maneira como os colaboradores podem contribuir para a concretização das metas estabelecidas, implicando assim que haja uma ligação clara com a implementação da estratégia. As relações de causa-efeito facilitam também a compreensão no que respeita à alocação de recursos e capacidades (Caudle, 2008; Ahn, 2001). Por sua vez, o mapa estratégico cria os alicerces para a implementação de estratégias de forma rápida e eficaz (Kaplan & Norton, 2001), podendo ser encarado como a estrutura que é usada para comunicar a história da estratégia ao público alvo (Alves, 2016) e auxiliando as organizações a verem as suas estratégias de maneira coerente, integrada e sistemática (Quintella, 2004).

Esta estrutura clarifica a estratégia e os valores da organização, facilitando a compreensão por parte dos funcionários de como as suas atividades podem contribuir para o sucesso da organização. Esta compreensão por parte de todos é imprescindível para que a implementação da estratégia seja bem-sucedida (Barbosa & Perez, 2016; Madaleno, 2015; Maia, Oliveira & Martins, 2008; Atkinson, 2006; Niven, 2005). Smith (2007) afirma que os mapas estratégicos constituem um ótimo meio de comunicação, ao indicarem quais os processos mais críticos e que impacto positivo se obteria em termos financeiros e na satisfação dos clientes se fossem feitas melhorias nos mesmos.

Para Sousa e Rodrigues (2002), o mapa estratégico deve traduzir a estratégia da organização em termos operacionais, bem como deve ser um elemento facilitador para a avaliação do desempenho.

De acordo com Kaplan e Norton (2001), é no mapa estratégico que se encontram explanados os objetivos essenciais, bem como as ligações que definem a estratégia da organização. De entre estes, salientam-se os seguintes:

- Objetivos para aumentar o valor do acionista;
- Participação na quota de mercado, aquisição e retenção de clientes-alvo;
- Proposta de valor que contribua para uma maior margem de lucro;
- Inovação e excelência em produtos, serviços e processos;
- Investimentos necessários em recursos humanos e tecnológicos para gerar e manter o crescimento.

O mapa estratégico é construído do topo para a base, melhora a clareza e o foco, bem como representa o elo perdido entre a formulação e a execução da estratégia (Kaplan & Norton, 2004). Segundo Penha e Costa (2012), o mapa estratégico inclui quatro etapas: definição da estratégia; identificação das perspectivas imprescindíveis ao desenvolvimento da estratégia; definição dos objetivos estratégicos a serem alcançados em cada perspectiva, e por fim representação da relação de causa e efeito entre as perspectivas/objetivos.

Cabe a cada organização personalizar o seu mapa estratégico de acordo com os seus objetivos específicos. Kaplan e Norton (2004) defendem que as organizações podem elaborar e comunicar as suas estratégias recorrendo a aproximadamente duas a três dezenas de objetivos, desde que para isso o mapa estratégico esteja bem elaborado e que faça uma identificação clara das relações de causa e efeito entre eles.

Já em 1996, os mesmos autores afirmavam que o BSC assenta na visão global da estratégia das organizações, suportada por quatro perspectivas, e que para cada uma delas são definidos objetivos e indicadores que necessitam funcionar de forma integrada e balanceada. Para Norreklit (2000), são estas relações que distinguem o BSC dos restantes sistemas de gestão estratégica. Uma falha na concretização dos objetivos de uma perspectiva, vai levar a quebras de eficiência nas restantes perspectivas, provocando assim o desequilíbrio do BSC, e afetando de forma negativa a concretização da estratégia, bem como o cumprimento da missão e visão da organização. Posto isto, fica claro que os mapas estratégicos são a base para a construção do BSC.

2.1.4. Perspetivas

O BSC baseia-se na visão estratégica da organização e é sustentado por quatro perspectivas: financeira, clientes, processos e aprendizagem. Para cada uma destas perspectivas, são estipulados objetivos e indicadores, que atuam de forma integrada e que estabelecem, entre as quatro perspectivas, relações de causa-efeito (Serrano, 2017; Sousa, 2016; Alves, 2016; Dias, 2014; Kaplan & Norton, 1996).

Percebe-se assim que esta ferramenta não contemple apenas indicadores financeiros, mas também indicadores de ordem não financeira, e é com o recurso a estes

indicadores de carácter não financeiro que consegue alcançar o seu objetivo de medir o desempenho da organização (Dias, 2014; Corral & Urieta, 2001). Pinto (2009) chama a atenção para o facto desta ferramenta permitir estabelecer a ligação entre os objetivos a curto prazo e entre aquela que é a estratégia a longo prazo, sendo este um dos aspetos que o coloca na linha da frente em termos de sistemas de medição do desempenho.

Kaplan e Norton (1997) afirmam que os objetivos a curto e a longo prazo, os resultados e os vetores do desempenho, devem ser definidos tendo como ponto de referência a medição do desempenho das quatro perspetivas e, dado que o BSC é uma ferramenta de carácter sistémico, esses objetivos devem transparecer de forma clara e balanceada, qual o nível de integração da estratégia da organização, evitando assim que o foco seja apenas numa das perspetivas.

Só faz sentido pensar nestas perspetivas, quando se coloca no centro destas a visão e a estratégia da organização. Pinto (2009), complementa esta teoria e afirma que a visão e a estratégia, são não só o ponto de partida, como também a luz que deve direccionar o caminho, com vista ao alcance dos objetivos da organização a longo prazo.

Para cada uma das perspetivas, existem questões definidas, que indicam o que deve ser medido em cada uma delas (Kaplan & Norton, 1996, 1992):

- Financeira: Para sermos bem-sucedidos financeiramente, como nos deveremos apresentar perante os acionistas?
- Clientes: Para alcançar a nossa visão, como nos deveremos apresentar perante os nossos clientes?
- Processos Internos: Para satisfazer clientes e acionistas, em que processos devemos ser excelentes?
- Aprendizagem e Crescimento: Para alcançar a nossa visão, seremos continuamente capazes de mudar e melhorar?

Perspetiva Financeira: durante muito tempo, os indicadores financeiros eram considerados a única forma de mensurar o desempenho de uma organização. O BSC procura ir mais além e considera a interação entre esta perspetiva e as restantes,

permitindo assim aos gestores identificarem em que perspetivas devem agir num dado momento para conseguir alcançar os objetivos financeiros.

De acordo com Serrano (2017), esta perspetiva representa a forma mais tradicional de avaliação de resultados, e é aquela que é mais utilizada para avaliar os resultados do desempenho organizacional, encontra-se intimamente relacionada com os interesses dos acionistas, que são sobretudo de carácter financeiro.

A perspetiva financeira considera o equilíbrio entre objetivos a curto e a longo prazo, e para muitas organizações ocupa o topo do mapa estratégico (Kaplan & Norton, 2001, 1993, 1992), sobretudo nas organizações privadas. No caso das organizações públicas esta pode aparecer, quer no topo do mapa estratégico ao lado da perspetiva dos clientes, quer em segundo lugar, imediatamente antes da perspetiva dos clientes.

Para Kaplan e Norton (1997), os objetivos e indicadores financeiros desempenham um papel duplo. Se por um lado definem o desempenho financeiro esperado da estratégica, por outro, servem de referência para os objetivos e indicadores de todas as outras perspetivas.

De acordo com Ferreira (2012), o uso isolado de indicadores económicos e financeiros pode prejudicar a criação de valor a longo prazo, na medida em que tende a centrar a atenção em resultados de curto prazo. Salienta-se a importância de todos os objetivos e indicadores das restantes perspetivas estarem ligados aos objetivos desta, orientando para metas a longo prazo, ao mesmo tempo que assegura que todas as estratégias e iniciativas estejam direcionadas para a obtenção dos objetivos financeiros. Os indicadores financeiros são diferentes consoante o ciclo de vida da organização, sendo os mais utilizados a taxa de rentabilidade, taxa de redução de custos, crescimento e volume de vendas, percentagem de investimento, retorno do investimento, resultado líquido do período, entre outras (Zhou *et al.*, 2020; Jordan, Neves & Rodrigues, 2011; Kaplan & Norton, 2001; Lipe & Salterio, 2000).

Quando se trata de hospitais públicos e sem fins lucrativos, Dias (2014) refere que o objetivo não é o retorno dos acionistas, como tal o fundamental é a organização ter recursos financeiros, saber rentabilizá-los e transformá-los em benefícios para os seus clientes/utentes. Serrano (2017) reforça a ideia anterior e acrescenta que, no BSC, os indicadores financeiros são de grande importância neste tipo de organizações, pois os

recursos humanos, materiais e financeiros são fundamentais para o adequado funcionamento das organizações.

Perspetiva Clientes: muitas organizações estipulam a sua missão tendo como foco o cliente. Ao assumir esta posição, a perspetiva clientes torna-se a prioridade dos gestores de topo (Dias, 2014; Pinto, 2009; Caudle, 2008; Mooraj, Oyon & Hostettler, 1999; Kaplan & Norton, 1996, 1992). Kaplan e Norton (1996) referem que esta preocupação é importante não só no setor privado, como no setor público e organizações sem fins lucrativos.

Esta perspetiva traduz a missão e a estratégia em objetivos direcionados aos clientes. Como tal, é necessário que sejam identificados os segmentos de clientes e mercados onde desejam competir, e que esses objetivos sejam comunicados a toda a organização (Alves, 2016; Martins, 2015; Russo, 2015; Dias, 2014; Caldeira, 2010; Kaplan & Norton, 1996). Kaplan e Norton (1997), afirmam que quando não há uma compreensão por parte das organizações, relativamente às necessidades dos clientes, estas acabam por os perder para outras onde há uma maior valorização das necessidades/preferências dos clientes.

De acordo com Santos (2008), esta perspetiva preocupa-se com a forma como a organização é vista pelos seus clientes e em relação à forma como gostaria de ser vista por eles. Como tal, preocupa-se em criar valor para o cliente para que este se fidelize (Russo, 2015), permitindo o alinhamento dos seus indicadores de resultados relacionados com os clientes (satisfação, fidelidade, retenção, captação) como os segmentos específicos de mercado (Serrano, 2017; Banza, 2013). Percebe-se assim a importância de encontrar indicadores-chave ajustados à estratégia da organização, e que a ajudem a compreender quer os clientes, quer as suas necessidades. Ao estar relacionada com a satisfação dos clientes, é importante que todos os elementos da organização assumam como prioridade a relação e a satisfação das necessidades dos mesmos.

Kaplan e Norton (1996, 2000), afirmam que o foco de qualquer estratégia é a proposta de valor para o cliente, que é conseguida através da junção de um conjunto de aspetos, nomeadamente produtos e serviços, relação com os clientes e imagem externa.

Estes autores apontam como propostas de valor: excelência operacional; intimidade com o cliente; e liderança pelo produto.

Perspetiva Processos Internos: considera as medidas/esforços que a organização faz para melhorar os processos operacionais existentes, de forma a satisfazer as expectativas dos clientes, dos acionistas, bem como atingir os objetivos financeiros da organização. De um modo geral, esta perspetiva procura alcançar aquilo que é a qualidade desejada pelo cliente, sem nunca esquecer quais os objetivos estratégicos da organização (Russo, 2015; Dias, 2014; Werner & Xu, 2012; Caldeira, 2010; Manica, 2009; Matos & Ramos, 2009; Pinto, 2009; Kaplan & Norton, 1996, 1992).

Para Martunis *et al.* (2020), a perspetiva dos processos internos refere-se à capacidade da organização realizar atividades de trabalho conforme planeado.

Serrano (2017) e Kaplan e Norton (1996) dizem-nos que são considerados processos principais os que tiverem um maior impacto na satisfação dos clientes e que devem ser as organizações a decidir quais os processos e competências nos quais devem atingir a excelência, bem como especificar quais os objetivos e indicadores para cada um deles, de forma a alcançarem vantagem competitiva. Desta forma, a excelência alcança-se através de processos, ações e decisões que ocorrem em toda a organização, assumindo os processos de inovação um papel de destaque rumo a um bom desempenho financeiro. Torna-se assim fundamental que estas organizações identifiquem quais os processos chave para a criação de valor, de forma a conseguir melhorá-los.

A perspetiva dos processos internos, tendo como preocupação alcançar os objetivos estratégicos da organização, procura encontrar solução para os seguintes desafios: crescer; produzir valor; entregar o valor proposto aos clientes; valorizar os ativos; melhorar os processos e reduzir os custos da componente produtiva (Serrano, 2017; Santos, 2008). São utilizados como principais indicadores, segundo Alves (2016) e Dias (2014), o tempo de ciclo, custos, qualidade, produtividade e inovação.

Os gestores devem estipular uma cadeia de valor dos processos internos que deve apostar em três grandes áreas: inovação, operações e pós-venda (Kaplan & Norton, 1997). Com a realização de mensurações nesta perspetiva, os gestores conseguem compreender e conhecer melhor o funcionamento do seu negócio, dos seus produtos e

serviços, de acordo com aqueles que são os requisitos do cliente. Quanto melhor os gestores conhecerem o processo, melhor será a adequação das estratégias.

Perspetiva de Aprendizagem e Crescimento: no que toca a esta perspetiva, as principais fontes são: as pessoas, os sistemas e os procedimentos (Russo, 2015; Kaplan & Norton, 1996). O BSC realça a importância de investir na aprendizagem, sempre com os olhos postos no futuro, e considerando que para fazer face às mudanças tecnológicas torna-se necessário apostar na aprendizagem contínua (Massingham, Massingham & Dumay, 2018; Martins, 2015; Dias, 2014) para que a organização possa crescer e desenvolver-se a médio/longo prazo (Alves, 2016). Para Martunis *et al.* (2020), esta perspetiva representa o esforço da organização com vista à melhoria da qualidade do desempenho dos seus recursos humanos.

É nesta perspetiva que se incluem as principais competências e habilidades, tecnologias, valores e cultura necessários, que suportam a estratégia da organização e onde se definem as prioridades que ajudem na construção de um ambiente organizacional que sustente a inovação, o crescimento e a mudança (Dias, 2014; Kaplan & Norton, 2004, 2001, 1996).

De acordo com Kaplan e Norton (2004, 1996), esta perspetiva considera uma série de valores intangíveis, tais como capital humano, capital informação e capital organizacional, que estabelecem entre si relações de causa-efeito com as restantes perspetivas, conduzindo assim ao sucesso final obtido na perspetiva de topo – perspetiva clientes, no caso do setor público. Para que tal aconteça, é necessário que haja uma aposta na requalificação dos funcionários, no desenvolvimento das tecnologias, e no alinhamento de procedimentos e rotinas organizacionais, para colmatar as falhas existentes entre as capacidades necessárias e as existentes (Kaplan & Norton, 2004; Mooraj, Oyon & Hostettler, 1999).

No que diz respeito à perspetiva aprendizagem e crescimento, Kaplan e Norton (1997) referem-se às necessidades da organização, ou seja, aquilo que é preciso que a mesma desenvolva para conseguir crescer a longo prazo. Como tal, esta perspetiva recorre a indicadores como satisfação dos profissionais, formação profissional e tempo de serviço.

Esta perspectiva destaca-se das restantes, porque os seus objetivos são definidos após a identificação das necessidades nas restantes perspectivas, sendo assim aquela que vai ser a indutora dos resultados alcançados nas outras perspectivas, dada a relação de interdependência existente entre elas (Norreklit, 2003; Santos, 2008).

Para Pinto (2009), esta perspectiva sublinha quais os fatores, em termos de recursos e infraestruturas, nos quais a organização deverá investir para ser competitiva, sendo cada vez mais importante, pois preocupa-se não só com a manutenção, mas também com a sustentabilidade a longo prazo da organização (Alves, 2016). É fundamental para o sucesso da organização que os recursos humanos possuam formação adequada, se encontrem motivados, envolvidos e alinhados, pois só assim conduzirão a mesma ao sucesso (Kaplan & Norton, 1996).

O BSC dá ao gestor uma visão do negócio a partir destas quatro perspectivas, de forma quantificável e objetiva, evitando o excesso de informação (Dias, 2014; Kanji & Sá, 2002). Segundo Serrano (2017), as quatro perspectivas estão interligadas numa relação de causa-efeito, e a visão e a estratégica representam simultaneamente os pilares e o ponto de partida para a construção e desenvolvimento do BSC.

Embora a literatura destaque a importância das quatro perspectivas, é importante perceber qual a ordem estipulada para as diferentes perspectivas, consoante o âmbito da organização (público, privado, público-privado e social).

2.2. BSC no Setor da Saúde

A área da saúde tem um enorme impacto em termos de significado económico, representando um dos maiores consumidores de recursos públicos, ao mesmo tempo que está sujeita a enormes críticas por parte dos cidadãos, dada que a sua função passa por prevenir a doença e tratar da saúde dos mesmos. No entanto, deve estar sempre presente que vivemos com escassez de recursos e com necessidades virtualmente ilimitadas, pelo que é de extrema importância uma tomada de decisão criteriosa quando se fala na utilização dos recursos. Neste contexto, 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 & Bower,

2002). Também Zelman, Pink e Matthias (2003) afirmam que a utilização do BSC se assume de importância extrema para o meio hospitalar pois permite estabelecer uma ligação entre prática, qualidade, resultados, valor e custos. Outros autores defendem ainda que ao recorrer a esta ferramenta é mais fácil conseguir o alinhamento entre estratégia organizacional, planos de ação e gestão de desempenho, pois vai haver uma união entre a visão, os valores e as operações do dia-a-dia (Carvalho, Dias & Prochnik, 2005).

A utilização, pela primeira vez, do BSC na saúde foi responsabilidade de Griffith, em 1994. Desde então, a sua utilização neste campo ganhou destaque. De acordo com Inamdar, Kaplan e Bower (2002), a utilização do BSC nesta área 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.

Silva e Prochnik (2005) e Baraldi (2002) apontam como principais aspetos que fundamentam a utilização desta ferramenta nas organizações de saúde, os seguintes:

- Dificuldade de vincular indicadores ao planeamento estratégico;
- Sistemas de informação problemáticos;
- Falta de sistemas de medição formais;
- Défice de coordenação entre profissionais de saúde e administradores;
- Vasto leque de necessidades dos consumidores;
- Maior competitividade.

Vários fatores impulsionaram a utilização do BSC nas instituições hospitalares, entre eles, as fortes pressões económico-financeiras relacionadas com o aumento dos custos com a saúde, as pressões políticas de contenção da despesa pública, e os avanços tecnológicos. Todos estes aspetos levaram os gestores a implementar instrumentos de gestão, que até então eram desenvolvidos no seio privado, mas com provas dadas que levavam ao aumento do desempenho quando associados a uma gestão eficiente de recursos (Quesado & Macedo, 2010). Fruto das crescentes restrições orçamentais nesta área, a introdução de sistemas de gestão torna-se cada vez mais importante, pois facilita

o acompanhamento, avaliação, e apoio à tomada de decisão com vista à melhoria do desempenho das organizações. Sendo os sistemas de gestão tradicionalmente aplicados no contexto privado, Tarigan e Bachtiar (2019) e Niven (2005) referem que cada vez mais hospitais públicos recorrem ao BSC, e têm conseguido obter resultados aliciantes, pois este permite-lhes encontrar formas de articular as suas estratégias, e quantificar o seu sucesso no que diz respeito ao alcance dos objetivos.

Santos (2008) refere que o sucesso da implementação do modelo é trabalhoso e deve partir da gestão de topo, que é quem elabora as políticas e é responsável pela sua execução. Na área da saúde, a utilização desta ferramenta deve contemplar a utilização de indicadores de estrutura, processos, resultados e aqueles relativos ao meio externo ou ambiente. Através deste conjunto de indicadores consegue-se obter informações com o objetivo de alcançar eficiência e eficácia (Bittar, 2001). Kaplan e Norton (2001) referem que para implementar o BSC na saúde é necessário: mobilizar a mudança por meio de uma liderança executiva, traduzir a estratégia em termos operacionais, alinhar a organização à estratégia, transformar a estratégia numa tarefa de todos, e converter a estratégia num processo contínuo.

Embora a estratégia seja o ponto focal do BSC, as organizações públicas demonstram dificuldade em delinear a de forma clara e concisa. Para Kaplan e Norton (2001), esta deve encerrar em si a missão da organização, deve ser visível para todos, permitindo que estes percebam qual a sua finalidade.

Embora tenha sido criado para ser implementado em instituições privadas, são necessárias algumas alterações quando se pretende fazer a sua implementação no setor público. Vários autores afirmam que, contrariamente ao setor privado, as organizações públicas não apresentam a perspetiva financeira como objetivo final, e como tal, a perspetiva colocada no topo é a perspetiva Clientes (Tarigan & Bachtiar, 2019; Kaplan, 2010; Caldeira, 2010; Matos & Ramos, 2009; Pinto, 2009; Kaplan & Norton, 1997; Niven, 2005). Nas organizações públicas, os objetivos financeiros serão encarados como um elemento facilitador ou restritivo rumo à satisfação dos clientes (Alves, 2016; Niven, 2005). As diferenças entre implementação no setor privado e público são bem ilustradas por Alves (2016) que defende que a implementação do BSC nas organizações de saúde públicas deve considerar três alterações ao modelo original:

1. Missão – surge no topo do BSC e funciona como uma quinta perspectiva. Nos hospitais públicos, a Missão deverá ser mais abrangente e para a qual devem convergir os objetivos, metas e iniciativas estipulados para as outras perspectivas (Dias, 2014; Tarigan e Bachtiar, 2019).
2. Perspetiva Clientes – assume o papel principal, logo após a missão.
3. Perspetiva Financeira – deixa de estar no topo e surge antes dos clientes, significando assim que é um recurso e, ao mesmo tempo um constrangimento associado às regras orçamentais existentes no setor.

A adoção do BSC em muitas organizações de saúde mundiais tem levado as mesmas ao sucesso, pois é utilizada como uma ferramenta que ajuda no controlo da gestão e que permite uma melhor avaliação da eficiência e eficácia das mesmas (Ribeiro, 2008). Deste modo, esta ferramenta, quando aplicada à saúde, não representa apenas um simples instrumento de medição e controlo, mas uma evolução em termos de gestão estratégica. 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). Também Zelman, Pink e Matthias (2003) afirmam que a utilização do BSC se assume de importância extrema para o meio hospitalar pois permite estabelecer uma ligação entre prática, qualidade, resultados, valor e custos.

Vários são os casos de sucesso relatados, dos quais se destacam os seguintes:

- Segundo dados publicados no *Duke Children's Hospital*, nos Estados Unidos, o BSC começou a ser utilizado em 1996, e em 2000 a satisfação dos utentes já tinha melhorado 18%, a satisfação dos profissionais 45%, a estadia média dos doentes passou de 7,9 para 6,1 dias, a taxa de readmissão de 7 para 3%, e o custo por paciente diminuiu cerca de 5.000 dólares (Meliones, 2000). Estas alterações fizeram com que o hospital, que estava numa situação de prejuízo, começasse a ter lucro (Meliones, 2000).

- Outro exemplo, que demonstra os bons resultados obtidos com a aplicação do BSC, é o caso de um hospital Tailandês que aplicou esta ferramenta no serviço de urgência e constatou que: os níveis de satisfação dos seus colaboradores aumentaram; houve melhorias no tempo de desempenho dos laboratórios, que por sua vez levaram a

melhorias no atendimento aos doentes, aumentando por sua vez a satisfação com o serviço; em termos operacionais obtiveram-se resultados positivos; e que o investimento na formação, nas áreas de atendimento e comunicação, contribuíram para o aumento da satisfação dos utentes (Matos & Ramos, 2009).

- Também o Hospital Nove de Julho, em São Paulo, um dos primeiros a implementar o BSC no Brasil, registou resultados positivos após a utilização desta ferramenta, tendo já recebido prémios de qualidade e atendimento ao cliente (Alves, 2016).

- No Mackay Memorial Hospital, em Taiwan, foi implementado o BSC em 2001, com o objetivo de aumentar a vantagem competitiva deste hospital. Segundo Chang *et al.* (2008), a implementação desta ferramenta contribuiu para a aprendizagem e melhoria contínua, permitindo que a administração melhorasse a visão sobre a indústria, bem como sobre a posição competitiva do hospital. Com os resultados alcançados após a implementação, este hospital conseguiu reforçar a sua vantagem competitiva (Chang *et al.*, 2008).

Em Portugal, embora seja reconhecida a importância da avaliação do desempenho, esta ainda se encontra numa fase embrionária (Pinto, 2009) e a divulgação e estudo do BSC ainda não está tão avançada como noutros países da Europa e da América do Norte (Russo, 2015). No entanto, Calhau (2009) e Matos (2006), referem que, quando implementado, existe uma grande aceitação por parte dos profissionais de saúde na implementação desta ferramenta nos hospitais portugueses, representando o BSC um meio para melhorar a eficiência e a eficácia dos mesmos. Uma gestão que tem por base o BSC pode levar a uma utilização mais eficiente dos recursos públicos, à satisfação das necessidades sociais e ao equilíbrio entre as obrigações do Estado perante os contribuintes (Russo, 2015). Serrano (2017), refere que também em Portugal se têm constatado casos de sucesso com a implementação do BSC no setor da saúde. Para este autor, deve recorrer-se aos casos de sucessos e replicá-los em diferentes organizações de saúde, desde que com as devidas adaptações. Ao assumir esta política caminharíamos no sentido de uma maior aproximação das diferentes classes profissionais na concretização de objetivos comuns, melhoria na comunicação organizacional, melhoria da qualidade do serviço prestado ao utente e na criação de valor para os mesmos.

2.2.1. Benefícios e Dificuldades na Aplicação do BSC Aplicado às Organizações de Saúde

Reverendo a literatura existente sobre esta ferramenta (por exemplo, Oyewo, Oyedokun & Azuh, 2019; Cruz, Geada & Silva, 2012; Silva & Nunes, 2007; Matos, 2006; Walker & Dunn, 2006; Pereira, 2005; Inamdar, Kaplan & Bower, 2002; Sanchez, Stadnick & Erdmann, 2002) são apontados os seguintes benefícios alcançados com a utilização do BSC pelas organizações de saúde:

- Ajuda a esclarecer e a obter consensos sobre a estratégia;
- Melhora o alinhamento de todos os profissionais em torno de uma estratégia centrada no utente, fazendo com que a estratégia se torne um processo contínuo e uma função de todos;
- Clarifica a atribuição de responsabilidades pelo desempenho hospitalar;
- Contribui para a simplificação, monitorização e avaliação da implementação dos objetivos estratégicos;
- Aumenta a credibilidade dos órgãos de gestão;
- Facilita o processo de tomada de decisão;
- Estabelece os princípios e processos essenciais para a implementação da estratégia;
- Otimiza a alocação de recursos;
- Permite que se tenha uma visão financeira e não financeira da organização;
- Aumenta a motivação dos colaboradores;
- Contribui para desenvolvimento e retenção de pessoal;
- Permite o desenvolvimento de um sistema de medição e reporte de informação, que ajude na avaliação do progresso e sucesso da estratégia;
- Permite a criação de um mecanismo de comunicação e colaboração entre os profissionais;

- Incentiva a melhoria e a aprendizagem contínuos;
- Favorece o desenvolvimento de novos produtos;
- Torna a gestão mais eficiente e sistemática;
- Contribui para a melhoria na assistência médica;
- Melhora os processos internos;
- Permite a manutenção da estabilidade financeira;
- Contribui para a redução de custos, sem que isso tenha impacto na qualidade do serviço prestado.

Apesar de todos os benefícios enumerados associados à utilização do BSC, também é possível que a sua implementação não seja bem-sucedida, o que se pode dever à falta de compromisso pela gestão de topo, pouco envolvimento pelos profissionais, processos de desenvolvimento demasiado longos, recurso a consultores inexperientes e implementação com objetivo de remuneração (Kaplan & Norton, 2000). Dado que estas dificuldades são sentidas nos outros setores, não é expectável que a situação seja diferente no setor da saúde (Carvalho, Dias & Prochnik, 2005).

Os problemas, descritos na literatura (por exemplo, García, 2007; Silva & Nunes, 2007; Matos, 2006; Carvalho, Dias & Prochnik, 2005; Cruz, 2005; Silva & Prochnik, 2005; Zelman, Pink & Matthias, 2003) associados à utilização do BSC na saúde podem ser divididos entre internos e externos, dos quais se salientam alguns:

- Conflito de interesses entre administração e clínicos;
- Défice na difusão dos métodos de avaliação de desempenho;
- Desconhecimento do BSC;
- Falta de compromisso da gestão de topo;
- Inexperiência na utilização/monitorização e avaliação dos indicadores;
- Dificuldade em justificar o dinheiro investido;

- Dificuldade de agrupar e selecionar a grande quantidade de indicadores oriundos de diferentes fontes de informação;
- Falha na seleção de indicadores de avaliação do desempenho.

Embora apresente limitações, é importante frisar que o BSC se revela como uma ótima ferramenta a ser utilizada no setor público. Por forma a contribuir para a melhoria do desempenho das organizações de saúde esta ferramenta precisa, contudo, de ser implementada de forma pensada e organizada. O sucesso da sua implementação está dependente de orientações, monitorização e avaliação eficazes (El-Jardali, Saleh & Jamal, 2011).

Uma recente revisão da literatura (Aryani & Setiawan, 2020) conduziu a três conclusões fundamentais: que o BSC é amplamente utilizado, contribuindo quer para a melhoria do desempenho organizacional quer para o desenvolvimento da estratégia da organização; o *status* de implementação do Balanced Scorecard revela um alto nível de sucesso, e um baixo nível em termos de falhas; embora apresente limitações, os benefícios obtidos com a sua implementação superam as limitações e reforça a visão de que o BSC é uma ferramenta válida a considerar em termos de gestão de desempenho.

Contudo, existem muitos estudos que destacam a não generalização na sua utilização, fruto de um conjunto de barreiras que podem impedir ou limitar as hipóteses de sucesso (Quesado, Guzmán e Rodrigues, 2018). Por este motivo, vários autores (Tarigan & Bachtiar, 2019; Gao *et al.*, 2018; Quesado, Guzmán & Rodrigues, 2018; Madsen & Stenheim, 2015; Lueg, 2015; Hoque, 2014; Lueg & Julner, 2014; Lin *et al.*, 2013; Lueg & Silva, 2013), referem a necessidade de desenvolver mais estudos nesta área de conhecimento.

A revisão da literatura realizada deixa transparecer que a investigação empírica sobre esta temática ainda não é suficiente, e muitas vezes, os resultados obtidos são incoerentes. Embora já se encontrem algumas revisões da literatura sobre esta temática, estas focam-se essencialmente no sucesso ou insucesso na implementação do BSC. É, portanto, fundamental uma revisão da literatura que, de forma sistemática, possa clarificar e uniformizar o processo de implementação do BSC no setor da saúde nos seus diversos contextos (isto é, setor público, privado, público-privado e social). É aqui que esta dissertação pretende deixar o seu contributo, ao identificar e sistematizar

quais os indicadores mais utilizados a nível mundial, em cada uma das perspetivas, facilitando assim a escolha mais adequada a cada realidade.

É nesse sentido, que nos parece importante responder a algumas questões, nomeadamente: Quais as características das publicações que reportam a aplicação do BSC nos hospitais?; Qual a motivação para a utilização do BSC?; Quais as características dos hospitais onde foi implementado o BSC?; Quais os intervenientes no processo de conceção e implementação do BSC?; Quais as perspetivas e os indicadores de desempenho mais frequentemente utilizados na aplicação do BSC em hospitais?; Quais os fatores facilitadores na conceção e na implementação?; Quais os resultados obtidos com a implementação do BSC?; Quais as dificuldades e/ou limitações à implementação do BSC?; Que oportunidades existem para futuras investigações nesta área?

Com o recurso a uma revisão da literatura como metodologia, pretendemos obter a resposta a estas questões, apresentar uma visão global da literatura existente sobre a aplicação do BSC nas Unidades Hospitalares, e sintetizar quais os principais indicadores utilizados na aplicação desta ferramenta, bem como os principais resultados obtidos com a sua implementação e possíveis lacunas nesta área de conhecimento. A concretização destes objetivos poderá facilitar a adoção e desenvolvimento desta ferramenta nas instituições de saúde, ao apresentar uma sumula do que tem sido estudado a nível mundial.

Capítulo 3. METODOLOGIA

Neste capítulo será abordada a metodologia usada nesta dissertação, com a finalidade de obter um suporte teórico, relativamente à estratégia de investigação e aos procedimentos adotados para a sua realização.

Para a realização desta dissertação, optou-se pela realização de uma revisão sistemática da literatura, por nos parecer a metodologia mais adequada para a concretização do objetivo da investigação e, ao mesmo tempo, dar resposta às questões anteriormente elencadas. Para além disso, esta metodologia faculta a recolha de dados sobre o tema em estudo, através de pesquisa, seleção e síntese de literatura, ou seja, vai permitir-nos procurar os artigos que focam a aplicação do BSC em contexto hospitalar, retirar conclusões sobre o estado da arte e identificar aspetos que careçam especial atenção.

3.1. Revisão Sistemática da Literatura

A revisão de literatura assume-se como crucial em qualquer investigação, é essencial na investigação académica e muito útil para a análise de estudos sobre temas emergentes (Xiao & Watson, 2017; Jabbour, 2013). Segundo Xiao e Watson (2017) o avanço do conhecimento deve ser construído, tendo por base os trabalhos já anteriormente realizados, pois recorrendo a estes consegue-se perceber qual a amplitude e profundidade do trabalho existente, bem como identificar lacunas a explorar. Paré *et al.* (2015) reforçam este pressuposto e afirmam que a revisão da literatura permite ainda avaliar a validade e qualidade do trabalho existente, revelar fraquezas, inconsistências e contradições. De acordo com Xiao e Watson (2017), a revisão da literatura é tão válida e confiável quanto as investigações empíricas.

Para Petticrew e Roberts (2006:2), “*systematic literature reviews are a method of making sense of large bodies of information, and a means of contributing to the answers to questions about what works and what does not – and many other types of question too*”. Nicholson, McCrillis e Williams (2017) afirmam que ao resumirem os resultados de estudos originais sobre um determinado tema, as revisões sistemáticas da literatura são consideradas como evidência de alta qualidade, assumem-se cada vez

como mais importantes e tem-se constatado um aumento crescente do uso da revisão sistemática como metodologia de investigação.

Esta metodologia de investigação tem como principal objetivo facultar uma análise crítica e uma síntese das principais evidências relacionadas com a temática em estudo (Sampaio & Mancini, 2006).

A revisão sistemática da literatura tem por base métodos científicos, que vão funcionar como limitadores de possíveis erros, ao identificarem, avaliarem e sintetizarem todos os estudos relevantes na área de estudo (Petticrew & Roberts, 2006). A identificação de todos os estudos é, no entanto, uma das principais dificuldades da revisão sistemática da literatura.

Higgins e Green (2011), editores da *Cochrane Collaboration*, afirmam que uma revisão sistemática da literatura tem como principais características: um conjunto de objetivos claros e precisos com critérios de elegibilidade previamente definidos para os estudos; uma metodologia explícita e reproduzível; uma pesquisa sistemática que tente identificar todos os estudos que preencham os critérios de elegibilidade; uma avaliação da validade dos resultados dos estudos incluídos na amostra e uma apresentação sistemática e resumida das características e resultados dos estudos incluídos na mesma.

De acordo com Donato e Donato (2019), existem quatro critérios fundamentais para a realização de uma revisão sistemática da literatura:

- ser exaustiva: incluindo toda a literatura relevante na área;
- seguir uma metodologia rigorosa – através da definição da questão de investigação, elaboração de um protocolo, pesquisa da literatura, recolha, triagem e análise da literatura. Sendo importante que todo este processo fique documentado;
- ter uma estratégia de pesquisa rigorosa e de alta sensibilidade para encontrar todos os potenciais artigos relevantes, devendo essa pesquisa ser feita em diferentes bases de dados e em outros recursos;
- envolver, pelo menos, duas pessoas na triagem de artigos e extração de dados.

De acordo com a literatura, são várias as etapas envolvidas na realização de uma revisão sistemática da literatura, nomeadamente:

1. Formular a(s) pergunta(s) de investigação: antes de se iniciar a pesquisa é preciso definir de forma clara, precisa e objetiva, qual (quais) a(s) pergunta(s) de investigação. É importante que cada pergunta não seja nem muito restritiva (pois pode dificultar na seleção de estudos, tornando a generalização limitativa), nem muito abrangente (pois comprometerá a aplicabilidade das conclusões à população) (Donato & Donato, 2019; Wright *et al.*, 2007).

2. Produzir um protocolo de investigação e efetuar o seu registo: após a definição da(s) pergunta(s) de investigação, é importante que seja criado um protocolo de investigação, onde conste(m) a(s) pergunta(s) a ser(em) investigada(s), os métodos que serão usados na revisão e os objetivos a alcançar. Será ainda importante que no protocolo constem também os termos de pesquisa, as bases de dados e outros recursos a consultar, de forma a minimizar o enviesamento das conclusões. É importante ainda que, neste protocolo, conste a definição de critérios de inclusão e exclusão, se indique como se efetuará a seleção dos estudos, e que se especifique a estratégia para a síntese dos dados. A realização deste protocolo é determinante para ajudar a garantir a consistência, transparência e a integridade (Donato & Donato, 2019; Petrou, Kwon & Madan, 2018).

3. Definir os critérios de inclusão e de exclusão: é aqui que os autores definem, de forma explícita, quais os critérios a usar para selecionar os estudos que irão incluir e quais os estudos que irão excluir (Donato & Donato, 2019).

4. Desenvolver uma estratégia de pesquisa e pesquisar a literatura: encontrar os estudos relevantes é a componente-chave da realização de uma revisão sistemática da literatura. Para que esta metodologia seja bem-sucedida, é fundamental uma pesquisa exhaustiva, de forma a que se consigam identificar todos os estudos relevantes sobre a temática em estudo. Como tal, a estratégia de pesquisa deve ser desenvolvida de forma rigorosa e ter elevada sensibilidade, garantido, assim, que são encontrados todos os estudos com potencial para a investigação que se está a levar a cabo (Donato & Donato, 2019; Uttley & Montgomery, 2017).

5. Seleção dos estudos: nesta fase é necessário examinar títulos e resumos, para remover documentos obviamente irrelevantes; obter os textos integrais dos artigos potencialmente relevantes; examinar se os estudos estão em consonância com os critérios de elegibilidade, e em caso de dúvida, contactar os autores, para clarificar a elegibilidade do estudo; decidir quanto à inclusão dos estudos antes de proceder à recolha dos dados. É desejável que a avaliação da elegibilidade dos estudos seja conduzida por, pelo menos, dois investigadores. É também aconselhável o recurso a um fluxograma, onde seja evidente o número de artigos remanescentes em cada fase de seleção dos estudos (Donato & Donato, 2019; Ward, Usher-Smith & Griffin, 2019; Petrou, Kwon & Madan, 2018).

6. Avaliação da qualidade dos estudos: aquando da leitura dos estudos, devem ser utilizadas escalas de avaliação da sua qualidade. O método escolhido deve ser aquele que melhor se adapta ao tipo de revisão que está a ser elaborada (Donato & Donato, 2019).

7. Extração dos dados: após aplicar os critérios de exclusão e a lista final dos estudos ter sido identificada, podem utilizar-se diferentes métodos para extrair os dados. Quer os requisitos de extração, quer os formulários de extração devem ser adaptados à(s) pergunta(s) de investigação. Por norma, a extração destes dados faz-se para tabelas que compilam a informação relevante de todos os estudos, e que permitem a análise dos resultados (Harris *et al.*, 2014; Wright *et al.*, 2007).

8. Síntese dos dados e avaliação da qualidade da evidência: para que se consigam retirar conclusões válidas e lógicas, após a recolha dos dados, estes têm de ser resumidos e combinados com os resultados dos diferentes estudos. Para Donato e Donato (2019), a síntese deve ter em consideração a força da evidência, verificar se os efeitos observados apresentam consistência entre os diferentes estudos, e, caso surjam divergências, procurar identificar quais as causas dessas divergências. Após todos estes requisitos estarem reunidos, é possível tirar conclusões, devendo os investigadores direccionar sempre a análise para a(s) pergunta(s) de partida e perguntar se as evidências obtidas são suficientes para responder à(s) pergunta(s) de investigação (Donato & Donato, 2019).

9. Disseminação dos resultados: após a conclusão do trabalho, torna-se importante a sua publicação.

3.2. Principais etapas da revisão sistemática da literatura sobre a aplicação do BSC em Unidades Hospitalares

Para melhor compreender a aplicação do BSC nas instituições hospitalares recorreu-se, tal como já foi dito, a uma revisão sistemática da literatura. Com esta metodologia pretende-se identificar e sistematizar informação relevante sobre esta temática. Após ter sido explicado anteriormente o que é uma revisão sistemática da literatura, passaremos, de seguida, a descrever cada uma das etapas da nossa investigação.

3.2.1. Objetivo Geral e Questões de Investigação

O objetivo geral desta dissertação é fazer um diagnóstico do estado da arte no que respeita à implementação do BSC em Unidades Hospitalares. Para alcançar este objetivo foram elaboradas as seguintes questões de investigação: Quais as características das publicações que reportam a aplicação do BSC nos hospitais?; Qual a motivação para a utilização do BSC?; Quais as características dos hospitais onde foi implementado o BSC?; Quais os intervenientes no processo de conceção e implementação do BSC?; Quais as perspetivas e os indicadores de desempenho mais frequentemente utilizados na aplicação do BSC em hospitais?; Quais os fatores facilitadores na conceção e na implementação?; Quais os resultados obtidos com a implementação do BSC?; Quais as dificuldades e/ou limitações à implementação do BSC?; Que sugestões são apontadas para futuras investigações nesta área? Para dar resposta a estas questões, efetuámos uma revisão sistemática da literatura.

3.2.2. Descritores

A pesquisa das publicações nas bases de dados foi realizada de acordo com os seguintes descritores: (“Scorecard” OR “BSC”) AND “hospital”. A utilização do operador booleano “OR” permitiu-nos conjugar os diferentes descritores (“scorecard” e “BSC”), em igual forma, nas diferentes bases de dados. Por sua vez, o operador booleano “AND” permitiu-nos encontrar artigos que reúnam duas ou mais ideias, ou seja, em que ambos os termos, (isto é, scorecard ou BSC e hospital) apareçam simultaneamente no documento.

3.2.3. Fontes de Pesquisa

Neste estudo, o nosso foco centrou-se nos trabalhos publicados em revistas especializadas. Através das palavras-chave acima mencionadas, recorreu-se às bases de dados “Scopus” e “Web of Science”, tendo o levantamento sido feito a 30/01/2020. Neste levantamento, foram identificados um total de 83 (53 na “Scopus” e 30 na “Web of Science”) publicações com potencial interesse. Foi realizada uma segunda pesquisa na base de dados Medline, a 13/03/2020, utilizando os mesmos critérios que foram utilizados na primeira pesquisa. Posteriormente, ainda foi realizada uma terceira pesquisa, baseada nas referências bibliográficas das revisões da literatura encontradas nas pesquisas anteriores.

3.2.4. Critérios de Inclusão

Como critérios de inclusão foram definidos os seguintes:

- Artigos que apresentem no título os descritores supramencionados;
- Artigos escritos em inglês;
- Artigos empíricos e focados na aplicação do BSC em contexto hospitalar;
- Artigos publicados em revistas científicas;
- Artigos com resumo e texto completo.

3.2.5. Critérios de Exclusão

Além de definir critérios de inclusão, tornou-se pertinente definir também critérios de exclusão. Como tal, de entre todos os artigos selecionados, os que continham os critérios abaixo identificados, foram excluídos:

- Escritos noutra língua que não o inglês;
- Não focados na aplicação do BSC para avaliação de hospitais;
- Não empíricos, ainda que focados no BSC em contexto hospitalar;
- Escritos em formato de dissertação, ata de conferência ou artigo de opinião;
- Revisões da literatura;
- Texto completo não encontrado, após os melhores esforços da parte do autor.

3.2.6. Seleção dos artigos

A pesquisa ocorreu em três fases, tendo a 1ª fase da pesquisa apenas coberto as bases Scopus e Web of Science, da qual resultaram 83 artigos ($N = 83$). Numa primeira fase, estes artigos foram organizados por autor(es), título do artigo, local da publicação, ano de publicação, e resumo. Após a remoção dos artigos duplicados, restaram 55 artigos para análise, a qual se concretizou, primeiramente, através do título e *abstract*. Dessa primeira triagem, e tendo em consideração os critérios de inclusão e exclusão, foram excluídos 36 artigos (19 artigos não se focavam na aplicação do BSC; nove artigos não disponibilizavam acesso ao texto integral; três artigos discutiam revisões da literatura; um artigo estava escrito em espanhol, um artigo não abordava a aplicação do BSC na área hospitalar, um artigo não foi publicado num jornal com revisão por pares, mas sim numa magazine do hospital e dois artigos não discutiam aplicações empíricas). Com a exclusão destes artigos, restaram 19 artigos para análise.

Dado o número reduzido de artigos, considerou-se prudente realizar nova pesquisa, na tentativa de aumentar o número de artigos que reunissem critérios para incluir na dissertação. Foi realizada a segunda pesquisa na base de dados Medline, a 13/03/2020, utilizando os mesmos critérios que foram utilizados na primeira pesquisa. O recurso a esta base de dados, tem como principal objetivo aumentar o número de artigos relevantes para a revisão em causa. Com esta pesquisa, foram encontradas 41 publicações, das quais 3 foram selecionadas. O motivo da exclusão das restantes 38

publicações foi: 31 artigos estavam duplicados; dois artigos não focavam a aplicação do BSC; um artigo discutia uma revisão sistemática; um correspondia a um livro; dois artigos não dispunham de texto integral e um artigo não discutia uma aplicação empírica.

Por forma a garantir que não se deixava de fora nenhum artigo relevante, optou-se por fazer uma terceira pesquisa. Nesta pesquisa, foram analisadas as referências bibliográficas das revisões da literatura que constavam das listagens anteriores, e das quais tínhamos acesso ao texto completo. No seguimento desta análise, foram identificados 15 potenciais artigos, dos quais, após análise, apenas foram selecionados dois artigos. O motivo de exclusão dos restantes 13 artigos foram os seguintes: quatro artigos por não se tratarem de um estudo empírico, três artigos por serem revisão da literatura, um artigo por não focar a aplicação do BSC e cinco artigos por não ser possível aceder ao texto completo, apesar dos nossos melhores esforços.

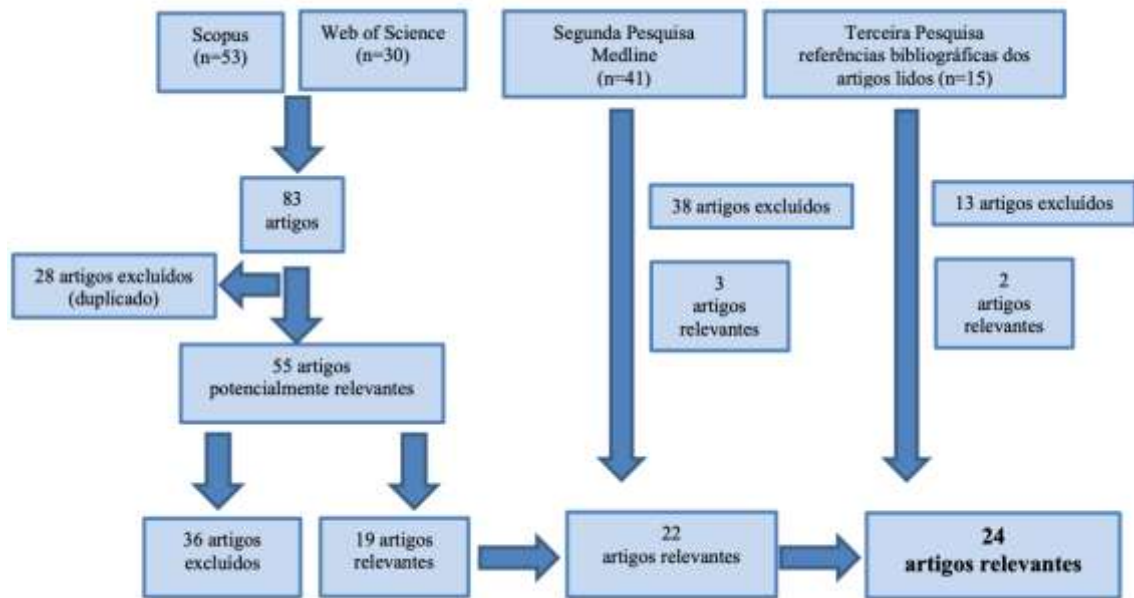
No total foram incluídos nesta revisão 24 artigos (apêndice 1).

De salientar que nos artigos em que não foi encontrado o texto completo e que eram potencialmente relevantes para o estudo, foi enviado email aos respetivos autores, não tendo sido recebido o texto completo.

O fluxograma abaixo mostra o processo de obtenção da amostra final (Figura 3.1).

Para responder às questões de investigação e atingir os objetivos desta dissertação, foi construída uma tabela síntese dos artigos revistos, que contém informação sobre: autores do artigo, objetivo(s) do estudo, motivações do estudo, características do hospital (público, privado, público-privado e social), país em que ocorreu a implementação, nível de implementação (global/específico), intervenientes, perspetivas, indicadores de desempenho, fatores facilitadores, principais conclusões, benefícios, riscos, dificuldades do estudo, limitações ao uso do BSC e sugestões para futuras investigações.

Figura 3.1 - Diagrama de pesquisa e seleção da literatura



Capítulo 4. ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Sendo esta dissertação uma revisão da literatura, onde se pretende resumir informação sobre o estado da arte no que se refere à aplicação do BSC nas Unidades Hospitalares, procurou-se responder às nove questões orientadoras do trabalho (abaixo apresentadas).

Para tal, foi desenvolvida uma tabela onde fosse possível agrupar toda a informação extraída dos 24 artigos, para que, numa fase posterior, se procedesse à análise e discussão dos resultados. As referências bibliográficas dos artigos analisados encontram-se no apêndice 1.

De seguida, passaremos à análise e discussão dos resultados obtidos, por forma a responder a cada uma das questões colocadas.

Questão 1: Quais as características das publicações que reportam a aplicação do BSC nos hospitais?

Esta primeira questão tem como finalidade caracterizar os estudos selecionados, no que se refere: ao ano e local de publicação, tipo de estudo e objetivos do estudo.

Os artigos selecionados para esta revisão da literatura foram publicados entre 1998 e 2020, em jornais e revistas conceituado(a)s nesta área, nomeadamente: *Journal of Modelling in Management*, *International Journal of Health Planning and Management*, *Shiraz & Medical Journal*, *Journal of International Medical Research*, *Journal of Strategy and Management*, *International Journal of Productivity and Performance Management*, *Expert Systems with Applications*, *International Journal of Health Care Quality Assurance*, *Journal of the Chinese Medical Association*, *Health Policy*, *Implementation Science*, *Cost Effectiveness and Resource Allocation*, *Health Care Manage Review*, *Total Quality Management*, *International Journal of Enterprise Network Management*, *Health Care Management Review*, *Journal of Health Care Finance*, *Journal of Pain and Symptom Management*, *Advances in Patient Safety: new directions and alternative approaches*, *Studies in Health Technology and Informatics*, e *Journal of Healthcare Management*.

Pelos estudos encontrados, verificamos que tem aumentado nos últimos anos o número de publicações relacionadas com a utilização desta ferramenta. Na primeira década de existência do BSC (1992 a 2000) encontramos uma publicação, na segunda década de existência desta ferramenta (de 2001 a 2010) encontramos 11 publicações e depois nos últimos 10 anos (2011 a 2020) foram encontradas 13 publicações. Este aumento pode estar associado à conjugação de vários fatores, nomeadamente: publicação do livro “*The Execution Premium*” de Kaplan e Norton em 2008, que contribuiu para a divulgação e reconhecimento do mérito desta ferramenta; maior preocupação com o nível de desempenho no setor da saúde e valorização crescente em torno desta ferramenta.

Os estudos incluídos nesta revisão são na sua maioria qualitativos (12 estudos qualitativos, 5 estudos quantitativos e 7 estudos mistos: qualitativos e quantitativos), e tiveram como objetivo:

- avaliação de desempenho através da implementação do BSC (Martunis *et al.*, 2020; Lin *et al.*, 2013; Chen, Hou & Chang, 2012; Naranjo-Gil, 2009; Chang *et al.*, 2008);
- compilar um conjunto de indicadores de desempenho para cada uma das quatro perspetivas (Behrouzi & Ma’aram, 2019; Gao *et al.*, 2018; Rabbani *et al.*, 2010);
- descrever o desenvolvimento e implementação do primeiro indicador de desempenho num hospital (El-Jardali *et al.*, 2011);
- explorar as perspetivas contextuais em relação à implementação do BSC num hospital (Rabbani *et al.*, 2011);
- identificar e ordenar um conjunto de indicadores de desempenho que sejam fiáveis e relevantes para hospitais privados (Behrouzi & Ma’aram, 2019);
- analisar a relação entre os indicadores chave (Rahimi *et al.*, 2018; Yang & Tung, 2006);
- desenvolver recomendações para a criação e desenvolvimento de políticas nos hospitais (Gao *et al.*, 2018);
- analisar a relação de causa-efeito entre o processo e as medidas reportadas (Porporato, Tsisis, & Marin, 2017);

- explorar como o processo de desenvolvimento do BSC num departamento hospitalar pode ser um fator chave no desenvolvimento da estratégia de melhoria da qualidade (Smith & Loonam, 2016; Schmidt *et al.*, 2006);
- descrever o processo de criação do BSC para um sistema hospitalar (Pink *et al.*, 2001);
- adaptar o BSC ao setor público da saúde (Koumpourous, 2013; Qudrat-Ullah, Chow & Goh, 2007);
- implementar a aplicação do BSC no setor da saúde (Verzola *et al.*, 2009);
- confirmar a fiabilidade e valor do uso do BSC para medir o desempenho de dois hospitais em países diferentes (Chen *et al.*, 2006).

Dada a importância que o BSC pode assumir na melhoria do desempenho de uma Unidade Hospitalar, e, sendo nosso objetivo clarificar o processo de criação, definição e implementação desta ferramenta ao analisar os objetivos destes estudos, parece-nos que a sua seleção terá sido a adequada e nos permitirá identificar pontos comuns, elementos facilitadores, falhas e dificuldades sentidas no processo de desenvolvimento desta ferramenta.

Questão 2: Qual a motivação para a utilização do BSC?

As motivações para a aplicação do BSC no contexto da saúde podem ser várias e sofrem a influência do âmbito das instituições (público, privado, público-privado e social), tal como já referimos no decorrer desta revisão da literatura. Essa variabilidade de motivações está refletida nos estudos selecionados na presente revisão sistemática.

Contudo, dos 24 estudos selecionados, apenas 15 (Martunis *et al.*, 2020; Behrouzi & Ma'aram, 2019; Rahimi *et al.*, 2018; Gao *et al.*, 2018; Porporato, Tsasis & Marin, 2017; Smith & Loonam, 2016; Koumpourous, 2013; Chen, Hou & Chang, 2012; El-Jardali *et al.*, 2011; Rabbani *et al.*, 2011; Verzola *et al.*, 2009; Naranjo-Gil, 2009; Chen *et al.*, 2006; Yang & Tung, 2006; Inamdar, Kaplan & Bower, 2002) fazem referência à motivação que levou à aplicação desta ferramenta (Tabela 4.1).

Um dos estudos mais recentes a documentar uma aplicação do BSC em contexto hospitalar é o estudo de Martunis *et al.* (2020), o qual teve como principal motivação

melhorar o estado atual e futuro dos cuidados de saúde prestados pelo hospital analisado, bem como promover esforços de melhoria dos benefícios do hospital sem descuidar a sua função social.

Apesar de existirem numerosos estudos sobre a aplicação de medidas de desempenho no sistema de saúde, faltava um método eficaz para auxiliar os hospitais privados a identificar e classificar o seu desempenho sob as perspetivas do BSC. Foi essencialmente esta a motivação que esteve subjacente ao trabalho de Behrouzi e Ma'aram (2019).

Tabela 4. 1 – Estudos que fazem referência à motivação que esteve na origem da aplicação do BSC

		Martunis <i>et al.</i> , (2020)	Behrouzi & Ma'aram (2019)	Rahimi <i>et al.</i> , (2018)	Gao <i>et al.</i> , (2018)	Porporato, Tsasis & Marin (2017)	Smith & Loonam (2016)	Koumpourou (2013)	Chen, Hou & Chang (2012)	El-Jardali <i>et al.</i> , (2011)	Rabbani <i>et al.</i> , (2011)	Verzola <i>et al.</i> , (2009)	Naranjo-Gil (2009)	Chen <i>et al.</i> , (2006)	Yang & Tung (2006)	Inamdar, Kaplan & Bower (2002)	
MOTIVAÇÃO PARA UTILIZAÇÃO DO BSC EM INSTITUIÇÕES HOSPITALARES	Melhorar os cuidados prestados	X															
	Promover esforços de melhoria dos benefícios do Hospital	X															
	Desenvolver um sistema de avaliação de desempenho	Público			X							X	X				
		Privado		X							X						
	Uniformizar medidas de avaliação e monitorização									X							
	Aumento das exigências									X							
	Definição de necessidades prioritárias									X							
	Aprofundar conhecimento sobre	a relação entre perspetivas e indicadores de desempenho			X												
		fatores que influenciam o desempenho hospitalar								X							
		indicadores que melhoram o desempenho hospitalar								X							
		a motivação, experiência e resultados obtidos com a implementação do BSC (perspetiva dos executivos)															X
	Aprofundar investigação empírica sobre aplicação do BSC em contexto hospitalar					X	X									X	
	Discussão de um caso real de aplicação do BSC em contexto hospitalar								X								
	Compreender as diferenças entre hospitais de diferentes países														X		
	Discutir a fiabilidade e valor do BSC enquanto sistema de medição do desempenho hospitalar														X		

Desde 2005, a necessidade de medidas estandardizadas e comparáveis para avaliação e monitorização, tem sido falada por várias partes interessadas, durante reuniões políticas e *workshops* de desenvolvimento. O aumento da exigência e definição de necessidades prioritárias esteve na base da decisão de desenvolver e implementar, por parte de El-Jardali *et al.* (2011) o primeiro sistema de indicadores hospitalares *standard* do Líbano.

Embora o BSC seja largamente usado no setor da saúde, existe um conhecimento limitado da relação entre as perspectivas e os indicadores de desempenho pelo que o trabalho de Rahimi *et al.* (2018) procurou aprofundar o conhecimento sobre estas relações.

Gao *et al.* (2018) tiveram como principal motivação o desenvolvimento de um sistema de avaliação de desempenho para os hospitais do município de Guangxi, que possa refletir o contexto social e cultural da província.

A literatura demonstra vários constrangimentos na aplicação do BSC na área dos cuidados de saúde; contudo, muito poucos têm sido empiricamente testados. Foi esta necessidade a principal motivação de Porporato, Tsasis e Marin (2017), numa primeira tentativa de analisar alguns desses constrangimentos, com dados colhidos por um hospital que usa o BSC há mais de uma década.

Smith e Loonam (2016), consideravam que existia falta de investigação empírica que discuta a implementação de Balanced Scorecard, na perspetiva dos cuidados em saúde. O seu estudo vem demonstrar o processo de desenvolvimento de um BSC eficaz no setor da saúde.

A principal motivação apontada por Koumpouros (2013), prende-se com a discussão da aplicação do BSC nos cuidados de saúde da Grécia. O artigo apresenta, pela primeira vez, um exemplo real da aplicação do BSC nos sistemas de cuidados de saúde públicos da Grécia.

O efeito da implementação do BSC na organização hospitalar raramente tem sido descrito, e a investigação realizada tem usado, maioritariamente, dados qualitativos, o que não permite a verificação dos dados capturados de casos reais. Através da utilização de dados experimentais, Chen, Hou e Chang (2012) esperam melhorar o conhecimento sobre os fatores que influenciam de forma positiva o desempenho hospitalar e o uso de indicadores que melhoram esse desempenho.

O propósito do estudo levado a cabo por Rabbani *et al.* (2011), foi a implementação de uma ferramenta de gestão moderna, o BSC, num hospital académico privado em Karacho, Paquistão. A questão operacional principal foi: “Quais as circunstâncias contextuais na qual o BSC foi implementado em quatro unidades deste

hospital?”. Considerando a importância atribuída ao contexto na estrutura *Pettigrew and Wipp's Framework* (PGF) e a influência de contexto sobre processo e conteúdos de implementação, o PGF foi selecionado, como estrutura, para a colocação de questões secundárias relacionadas com o para quê, como e porquê da implementação do BSC.

No Ferrara University Hospital não existia um sistema de avaliação de desempenho balanceado. Os objetivos a serem atingidos dentro de um ano são definidos para cada departamento, e são económicos e organizacionais. Desta forma, o desempenho global de *Operation Units* nunca foi avaliado tendo sido esta a principal motivação de Verzola *et al.* (2009).

O estudo de Naranjo-Gil (2009) foca-se no uso do Balanced Scorecard por enfermeiros gestores, em hospitais espanhóis, porque estes estão numa posição crucial para a liderar a implementação desta ferramenta, como um sistema de avaliação estratégica de desempenho.

Ajudar a compreender as diferenças entre hospitais de dois países diferentes foi uma das motivações de Chen *et al.* (2006). Para além disso, os autores discutem a fiabilidade e valor do uso do BSC na medição do desempenho hospitalar a nível internacional.

Já Yang e Tung (2006) apontavam como motivação o facto de nenhum estudo ter verificado, empiricamente, a causalidade na estrutura do BSC na indústria dos cuidados de saúde.

A publicação mais antiga a apontar a motivação foi a de Inamdar, Kaplan e Bower (2002), que refere a existência de um *gap* na literatura, que descreva, na perspetiva dos executivos que implementaram o BSC nas suas organizações, a motivação, experiência e resultados.

Pelas diferentes motivações relatadas ao longo das publicações analisadas, depreende-se que é reconhecido potencial a esta ferramenta, enquanto impulsionadora da melhoria dos cuidados prestados e enquanto sistema de avaliação e melhoria de desempenho das instituições hospitalares. É ainda reconhecido que embora nos últimos anos tenha ocorrido um aumento no interesse pelo BSC, é necessário realizar mais estudos empíricos e analisar a aplicação desta ferramenta, de acordo com os diferentes

contextos político-sociais, permitindo, assim, aprofundar conhecimentos sobre esta ferramenta, definir e uniformizar procedimentos de implementação, avaliação e acompanhamento.

Questão 3: Quais as características dos hospitais onde foi implementado o BSC?

Dependendo da localização geográfica, bem como do setor onde o hospital se encontra inserido, assim será a forma como o BSC é implementado. Posto isto, é importante classificar os hospitais envolvidos nos estudos selecionados, tendo em consideração o setor ao qual pertencem, bem como a sua distribuição geográfica e o nível de implementação do BSC dentro da Unidade Hospitalar (Tabela 4.2).

Tabela 4. 2 – Caracterização dos hospitais e nível de implementação

PAIS	NÍVEL DE IMPLEMENTAÇÃO	CARACTERÍSTICAS DO HOSPITAL					Martunis <i>et al.</i> , (2020)	Behrouzi & Ma'aram (2019)	Rahimi <i>et al.</i> , (2018)	Gao <i>et al.</i> , (2018)	Porporato, Tsasis & Marin (2017)	Smith & Loonam (2016)	Lin <i>et al.</i> , (2013)	Koumpouros (2013)	Weiss & Downar (2013)	Chen, Hou & Chang (2012)	El-Jardali <i>et al.</i> , (2011)	Rabbani <i>et al.</i> , (2011)	Rabbani <i>et al.</i> , (2010)	Verzola <i>et al.</i> , (2009)	Naranjo-Gil (2009)	Chang <i>et al.</i> , (2008)	Meliones <i>et al.</i> , (2008)	Qudrat-Ullah, Chow & Goh (2007)	Chen <i>et al.</i> , (2006)	Schmidt <i>et al.</i> , (2006)	Yang & Tung (2006)	Inamdar, Kaplan & Bower (2002)	Pink <i>et al.</i> , (2001)	Gordon <i>et al.</i> , (1998)
		Setor Público	Setor Privado	Setor Público-privado	Setor Social	Não especificado																								
Indonésia	Global	X					X					X		X					X	X			X	X	X				X	
Malásia	Específico		X														X	X				X								
Irão	Outro		X																		X									
China	Não especificado/Não aplicável																										X			
Canadá						X	X																				X	X		
Irlanda										X	X																			
China																														
Grécia													X																	
Canadá													X																	
Taiwan																														
Libano																														
Paquistão																														
Paquistão																														
Itália																														
Espanha																														
Taiwan																														
Estados Unidos																														
Malásia																														
China e Japão																														
Reino Unido																														
Taiwan																														
Não especificado																														
Canadá																														
Canadá																														

Analisando os dados obtidos, concluímos que a maioria dos estudos dizem respeito a implementações do BSC em hospitais do setor público (13), o que demonstra que esta ferramenta, inicialmente desenvolvida para apoiar a gestão das empresas privadas, tem vindo a ganhar projeção e importância também no setor público. Há ainda

quatro estudos relativos a hospitais privados que implementaram esta ferramenta, um hospital público-privado e um hospital do setor social. Há seis estudos nos quais não se consegue aferir qual o setor de atividade da Unidade Hospitalar.

No que diz respeito à distribuição geográfica, e tendo em consideração os estudos selecionados, concluímos que a maioria dos estudos focados na aplicação do BSC, no setor hospitalar, se situam na Ásia (China, Taiwan, Malásia, Indonésia e Paquistão) e América do Norte (Canadá e Estados Unidos). Ao nível da Europa foram encontrados apenas quatro estudos (Espanha, Grécia, Itália e Reino Unido). Estes resultados parecem indicar uma falta de reconhecimento, ao nível da Europa, no que diz respeito às vantagens da aplicação desta ferramenta, contrariamente ao que se verifica na Ásia e na América do Norte.

Nas publicações selecionadas, o BSC foi maioritariamente aplicado a nível global (12), ou seja, para avaliar e gerir o desempenho da Unidade Hospitalar como um todo, sendo que, apenas quatro dos estudos referem que a aplicação do BSC se limitou a um serviço/departamento/setor da Unidade Hospitalar. Há ainda seis publicações que não especificam a que nível de análise é que o BSC foi aplicado.

Questão 4: Quais os intervenientes no processo de conceção e implementação do BSC?

A escolha e seleção dos intervenientes no processo de conceção e implementação do BSC, assume especial relevância, tal como já referimos ao longo desta dissertação. Existe um reconhecimento na literatura de que é importante para o sucesso do processo de conceção e implementação que a equipa responsável pelo mesmo seja definida pela gestão de topo, e que tenha três tipos de intervenientes: líder, equipa de desenvolvimento e equipa de especialistas (Vitória, 2017; Santos, 2014)

Com a análise das 24 publicações, constatamos que não há uma uniformização nos intervenientes neste processo. Embora 10 estudos não especifiquem quais os intervenientes no processo de conceção e implementação do BSC, nos restantes 14, a maioria dos intervenientes são Gestores e Diretores (Tabela 4.3).

Tabela 4. 3 – Intervenientes no processo de conceção e implementação do BSC (para os estudos em que tal é especificado)

		Behrouzi & Ma'aram (2019)	Rahimi <i>et al.</i> , (2018)	Gao <i>et al.</i> , (2018)	Porporato, Tsasis & Marin (2017)	Smith & Loonam (2016)	Lin <i>et al.</i> , (2013)	Kounpouros (2013)	El-Jardali, <i>et al.</i> , (2011)	Rabbani <i>et al.</i> , (2010)	Naranjo-Gil (2009)	Chang <i>et al.</i> , (2008)	Inamdar, Kaplan & Bower (2002)	Pink <i>et al.</i> , (2001)	Gordon <i>et al.</i> , (1998)	
INTERVENIENTES	Gestores	Gestores de Topo (inclui Administrador Principal e Executivos)	X			X		X					X			
		Gestores Hospitalar					X									
		Gestores de Planeamento Estratégico				X										
		Gestor de Codificação					X									
		Gestores sem experiência em BSC														X
		Gestores com experiência em BSC														X
		Equipas de Gestão das Unidades														X
	Diretores	Diretor de Enfermagem											X			
		Diretor Médico											X			
		Diretor de Recursos Humanos											X			
		Diretor Financeiro				X	X						X			
		Diretor de Investigação Médica											X			
		Diretor de Operações											X			X
		Diretor dos Sistemas de Informação											X			
	Outros Profissionais das Unidades Hospitalares	Profissionais de Saúde			X		X	X				X	X			
		Pessoal Administrativo											X			
		Serviço Social											X			
		Painel Consultivo Financeiro													X	
		Departamento de Engenharia											X			
		Elementos da Igreja											X			
Auditores												X				
Painel de Peritos (representativos de diferentes áreas)	Painel de Peritos (representativos de diferentes áreas)		X	X					X	X						
	Utentes			X												
	Autor do Estudo e Académicos						X								X	

Aprofundando a análise dos resultados obtidos, verifica-se que apenas três estudos têm como intervenientes somente elementos da gestão, nomeadamente gestores de topo. Esta pode ser uma crítica a apontar a estes estudos, pois, de acordo com a literatura (por exemplo, Vitória, 2017), embora o envolvimento e compromisso dos gestores de topo seja imprescindível para alcançar os resultados pretendidos, é igualmente importante que existam outros elementos dinamizadores na equipa e que contribuam para o desenvolvimento e supervisão deste processo.

Existe um estudo (Gao *et al.*, 2018) que documenta uma implementação do BSC que não envolveu nem elementos de gestão, nem elementos de direção, mas que teve como mais valia o envolvimento dos profissionais de saúde, de um painel de peritos nas diferentes áreas, e o envolvimento dos utentes. Considerando que o envolvimento dos utentes é crucial, dado que a sua satisfação representa a principal missão das unidades hospitalares, este é, sem dúvida, um ponto positivo a considerar.

Assumindo os resultados obtidos através da análise dos artigos selecionados, podemos concluir que a implementação bem-sucedida do BSC implica que do seu

processo de conceção e implementação façam parte os seguintes elementos: gestão de topo e direção, profissionais de saúde, profissionais de referência de cada setor onde se pretende implementar o BSC, um painel de peritos nesta ferramenta, utentes e académicos. Embora possa parecer que a equipa é de grandes dimensões, cada um dos elementos assumirá um papel crucial em cada fase. A gestão de topo, numa metodologia *top-down*, definirá a equipa, indicará o líder do projeto e será crucial, enquanto fonte de informação, a toda a comunidade hospitalar (Vitória, 2017; Santos, 2014; Collis & Rukstad, 2008; Kaplan & Norton, 1996). Os elementos da direção e os profissionais de referência nos setores de implementação, serão fulcrais na recolha e divulgação de informação e construção de planos de implementação (Santos, 2014; Chang *et al.*, 2008). O painel de peritos e os académicos, serão fundamentais enquanto formadores da equipa e indispensáveis na análise e monitorização do processo (Rahimi *et al.*, 2018; Santos, 2014; Lin *et al.*, 2013) . Por fim, os utentes também poderão ter um papel de destaque na equipa enquanto representantes do público-alvo e da missão da Unidade Hospitalar (Gao *et al.*, 2018).

Questão 5: Quais as perspetivas e os indicadores de desempenho mais frequentemente utilizados na aplicação do BSC em hospitais?

Com vista a perceber quais as perspetivas e os indicadores mais comumente utilizados na aplicação do BSC, no âmbito das organizações hospitalares, procuramos identificá-los nas diferentes publicações.

No que diz respeito às perspetivas utilizadas (Tabela 4.4), a maioria dos estudos (13) recorre apenas às perspetivas originais do modelo de Kaplan e Norton. No entanto, alguns estudos optam por modificar parcialmente as perspetivas ou acrescentar outras, comprovando, assim, a flexibilidade desta ferramenta. Esta modificação pode estar intimamente relacionada com a necessidade de conceber sistemas de avaliação perfeitamente ajustados às características e especificidades de cada hospital, como é o caso do estudo de Chang *et al.* (2008), que se trata de um hospital de cariz social, tendo sido acrescentada uma perspetiva designada de “Compromisso Social”.

Apesar de não se encontrar na Tabela 4.4, por não se conseguir identificar quais as perspetivas utilizadas, é importante fazer referência ao estudo de Naranjo-Gil

(2009). Este estudo centra-se na investigação da relação entre as características dos enfermeiros gestores e os dois tipos de uso de scorecards (interativo ou diagnóstico) e qual o efeito consequente no desempenho estratégico dos hospitais. Trata-se de um estudo interessante e que ajuda a perceber a abrangência desta ferramenta.

Tabela 4. 4 – Perspetivas utilizadas nos diferentes artigos analisados

		Martunis <i>et al.</i> , (2020)	Behrouzi & Ma'aram (2019)	Rahimi, <i>et al.</i> , (2018)	Gao <i>et al.</i> , (2018)	Porporato, Tsisis & Marin (2017)	Smith & Loonam (2016)	Lin <i>et al.</i> , (2013)	Koumpourou (2013)	Weiss & Downar (2013)	Chen, Hou & Chang (2012)	El-Jardali <i>et al.</i> , (2011)	Rabbani <i>et al.</i> , (2011)	Rabbani <i>et al.</i> , (2010)	Verzola <i>et al.</i> , (2009)	Chang <i>et al.</i> , (2008)	Meliones <i>et al.</i> , (2008)	Quadrat-Ullah, Chow & Goh (2007)	Chen <i>et al.</i> , (2006)	Schmidt <i>et al.</i> , (2006)	Yang & Tung (2006)	Pink <i>et al.</i> , (2001)	Inamdar, Kaplan & Bower (2002)	Gordon, <i>et al.</i> , (1998)	
PERSPETIVAS	Financeira	X	X	X	X		X	X	X		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	
	Clientes	X	X	X	X		X	X	X						X	X	X		X	X	X			X	X
	Processos internos	X	X	X	X		X	X	X				X	X	X	X			X	X	X			X	X
	Aprendizagem e Conhecimento	X	X	X	X		X	X	X					X	X	X			X	X	X			X	
	Outras					X					X	X	X	X			X	X	X				X		X

A forma como estão organizadas as diferentes perspetivas, ao longo das diferentes publicações, também não é estanque, e depende muito da natureza da Unidade Hospitalar (público, privado, público-privado ou social).

No que se refere a elementos inovadores em termos de perspetivas, encontramos alguns estudos que se diferenciaram das tradicionais perspetivas. Porporato, Tsisis e Marin (2017) focam-se numa única perspetiva, à qual atribuem o nome de “*Best patient experience*”. Também Weiss e Downar (2013) focam-se numa única perspetiva, à qual atribuem o nome de “*Qualidade centrada no utente*”. Todos os outros estudos apresentam mais de uma perspetiva, adicionando às perspetivas tradicionais ou substituindo as mesmas por outros elementos. Chen, Hou e Chang (2012) utilizam a perspetiva Financeira e acrescentam as perspetivas “*Admission performance*”, “*Administration*” e “*Quality of care*”. Também El-Jardali *et al.* (2011) utilizam a perspetiva Financeira, mas complementa com as perspetivas “*Utilização Clínica e Resultados*”, “*Integração de Sistemas e Recursos Humanos*” e “*Satisfação dos Utentes*”. Por sua vez, Rabbani *et al.* (2011) utilizam a perspetiva Financeira e Processos Internos, mas acrescentam as seguintes perspetivas “*Recursos Humanos*” e “*Satisfação dos Utentes*”. Já, Chang *et al.* (2008) utilizam as quatro perspetivas clássicas e acrescentam a perspetiva “*Compromisso Social*”, enquanto Quadrat-Ullah,

Chow e Goh (2007) utilizam a perspectiva Financeira e acrescentam três perspectivas que designam por “*Better indicators*”, “*Faster indicators*” e “*Cheaper indicators*”. Pink *et al.* (2001) também utilizam a perspectiva Financeira, referem a utilização de outras perspectivas, mas não as especificam. Por sua vez, Meliones *et al.* (2008) utilizam a perspectiva Financeira e a perspectiva Clientes e recorrem a duas outras perspectivas “*Cultura de trabalho*” e “*Qualidade e Segurança do paciente*”, enquanto Gordon *et al.* (1998) recorrem às perspectivas Financeira, Clientes e Processos Internos e complementam com outra perspectiva que designam apenas por “*Inovação*”. Mais uma vez, é notória a importância que a perspectiva Financeira assume, sendo aquela que mais está presente nos diferentes estudos (21 estudos), sem necessidade de adaptações em relação ao modelo tradicional.

No que diz respeito às inovações, em termos das perspectivas, temos dois estudos (Gao *et al.*, 2018; Inamdar, Kaplan & Bower, 2002) em que foram atribuídas diferentes ponderações a cada uma das perspectivas, o que parece estar intimamente relacionado com os objetivos estratégicos das Unidades Hospitalares onde foi desenvolvido o estudo.

Com os dados obtidos, podemos inferir que as quatro perspectivas originalmente criadas por Kaplan e Norton são adequadas para a aplicação do BSC no setor hospitalar, embora possam ter de ser ligeiramente modificadas, dada a complexidade do setor e as especificidades de cada uma das organizações avaliadas.

Passando à análise dos indicadores de desempenho utilizados para as diferentes perspectivas, os mesmos estão identificados nas Tabelas 4.5; 4.6; 4.7; 4.8; 4.9 e 4.10. Pink *et al.* (2001) salientam a importância de ser flexível na escolha de indicadores, pois estes devem refletir os problemas críticos de desempenho e poderão sofrer alterações com o passar do tempo. Este aspeto da flexibilidade sobressai na literatura revista. De realçar que dois estudos não mencionam indicadores para as diferentes perspectivas, mas sim, objetivos a alcançar para cada uma das perspectivas consideradas. São eles os estudos de Smith e Loonam (2016) e o estudo de Verzola *et al.* (2009).

Relativamente à perspectiva “**Financeira**”, tal como indicado na Tabela 4.4, das 24 publicações analisadas, 21 consideraram esta perspectiva. Os indicadores utilizados por cada um dos autores encontram-se explanados na Tabela 4.5 (de ressaltar que nesta

tabela apenas estão incluídos os estudos que fazem referência aos indicadores utilizados).

Tabela 4. 5 – Indicadores da perspectiva Financeira (referentes aos estudos que incluíram esta perspectiva)

INDICADORES		Martunis <i>et al.</i> , (2020)	Behrouzi & Ma'aram (2019)	Rahimi <i>et al.</i> , (2018)	Gao <i>et al.</i> , (2018)	Lin <i>et al.</i> , (2013)	Koumpourou (2013)	Chen, Hou & Chang (2012)	El-Jardali <i>et al.</i> , (2011)	Rabbani <i>et al.</i> , (2011)	Rabbani <i>et al.</i> , (2010)	Chang, <i>et al.</i> , (2008)	Qudrat-Ullah, Chow & Groh (2007)	Chen <i>et al.</i> , (2006)	Schmidt <i>et al.</i> , (2006)	Yang & Tung (2006)	Pink <i>et al.</i> , (2001)	Gordon <i>et al.</i> , (1998)
FINANCEIRA	Value-for-money	X																
	Retorno do investimento	X																
	Asset turnover rate	X																
	Fluidez de dinheiro	X																
	Lucro médio por cama	X																
	Rácio de dívida	X																
	Retorno em capital próprio	X																
	Taxa de rotatividade de stock	X																
	Current ratio	X																
	Rácio de rendimento do total de custos			X														
	% deduções do hospital			X														
	Rendibilidade e Despesa				X													
	Habilidade para o pagamento de dívidas				X													
	Retorno por empregado					X												
	Rotatividade por capital (capital turnover)					X												
	Administração Low-cost					X												
	Produção e distribuição a custo mínimo					X												
	Customer-focused purchasing processes at lowest possible cost					X												
	Potencial de crescimento						X											
	Ocupação								X									
	Overtime								X							X		
	Cash-flow								X									
	Tempo de Internamento									X	X							
	Daily censos								X	X								
	Taxa de referência de ambulatórios de baixo custo								X									
	Número de referências para internamento								X									
	Market share													X				
	Taxa de retenção de clientes													X				
	Taxa de fidelização de clientes													X				
	Rotatividade dos ativos													X				
	Retorno de ativos (ROA)															X		
	Rácio Corrente																X	
	Dias de Inventário																X	
	Serviços corporativos																X	
	Horas de assistência de enfermagem em % por total de enfermeiros internados																X	
	Working capital																	X
	Produtividade																	X
	Equilíbrio financeiro														X			
	Custos e Despesas	Custos com agências													X			
		Custos com formação													X			
		Custo médio por caso													X			X
		Despesas de equipamento															X	
		Desempenho de custo unitário															X	
		Mudança de custos por caso													X			
		Despesas com pessoal como % do total de receitas com clientes													X			
Custos com material como % do total de receitas com clientes														X				
Custos médios cobrados									X	X								
Custos controláveis								X										
Custo com medicação e material				X														
Custo diário por utente			X															
% de custos com pessoal do total de custos				X														
Média de despesas por cama por dia				X														
Margem		Margem de lucro operacional														X		
	Margem Total															X		
	Margem de lucro												X					
	Resultado Líquido/margem de contribuição financeira											X						
	Margem de lucro líquido		X															
Margens	Margens				X					X								
	Margem líquida operacional								X	X								
	Receita (em milhões)										X							
Receita	Receita em serviços não cobertos pelo The National Health Insurance (NHI)										X							

Analisando a Tabela 4.5, percebe-se a importância que esta perspectiva assume nos diferentes setores (público, privado, público-privado e social), pelo elevado número

de indicadores utilizados nos diferentes estudos. No entanto, os mais utilizados são os indicadores relacionados com a rúbrica custos e despesas, utilizados em 9 dos 21 estudos que recorreram a esta perspetiva (Behrouzi & Ma'aram, 2019; Rahimi *et al.*, 2018; Chen, Hou & Chang, 2012; Rabbani *et al.*, 2011; Rabbani *et al.*, 2010; Chen *et al.*, 2006; Schmidt *et al.*, 2006; Pink *et al.*, 2001; Gordon *et al.*, 1998). Como exemplo dos indicadores referentes a custos e despesas, temos “custos com formação”, “custo médio por caso”, “custos médios cobrados”, “custos com material como % do total de receitas com clientes”, “custo com medicação e material”, “% de custos com pessoal do total de custos”, “despesas com pessoal como % do total de receitas com clientes” e “despesas de equipamento”. Ainda dentro do grupo dos indicadores mais utilizados, inclui-se os indicadores relacionados com a “margem”, utilizados em oito estudos (Behrouzi & Ma'aram, 2019; Lin *et al.*, 2013; Rabbani *et al.*, 2011; Rabbani *et al.*, 2010; Qudrat-Ullah, Chow & Goh, 2007; Chen *et al.*, 2006; Yang & Tung, 2006; Pink *et al.*, 2001). Dentro dos indicadores relacionados com a margem, podemos referir “margem de lucro operacional”; “margem total”; “margem de lucro” e “margem líquida operacional”.

Existem outros indicadores dentro desta perspetiva, que, embora não tenham sido utilizados com tanta frequência, são igualmente importantes, nomeadamente, indicadores relacionados com o “nível de receita” (Chang *et al.*, 2008); “lucro médio por cama” (Behrouzi & Ma'aram, 2019); “retorno em capital próprio” (Behrouzi & Ma'aram, 2019); “habilidade para pagar as dívidas” (Gao *et al.*, 2018); “retorno por empregado” (Lin *et al.*, 2013); “cash-flow” (El-Jardali *et al.*, 2011); “rotatividade dos ativos” (Chen *et al.*, 2006); “retorno dos ativos” (Yang & Tung, 2006); “produtividade” (Gordon *et al.*, 1998) e “equilíbrio financeiro” (Schmidt *et al.*, 2006).

É importante salientar que todos os indicadores são importantes, no entanto, é preciso perceber qual a realidade da instituição sobre a qual se está a trabalhar e qual a sua missão e visão.

Em relação à **perspetiva clientes**, da análise dos diferentes artigos foi possível identificar os indicadores transcritos para a Tabela 4.6.

Para esta perspetiva, o indicador mais utilizado é “taxa de satisfação dos utentes” tendo sido identificado em nove dos estudos analisados (Martunis *et al.*, 2020;

Behrouzi & Ma'aram, 2019; Rahimi *et al.*, 2018; Gao *et al.*, 2018; Koumpouros, 2013; Chen *et al.*, 2006; Yang & Tung, 2006; Gordon *et al.*, 1998). Ainda relativamente à taxa de satisfação, o estudo de Chang *et al.*, (2008) também utiliza este indicador, mas de uma forma desagregada, por forma a capturar a “taxa de satisfação dos utentes com o internamento”, a “taxa de satisfação dos utentes com o ambulatório” e a “taxa de satisfação dos utentes com o departamento de emergência”. O mesmo acontece com Lin *et al.*, (2013) que recorre a este indicador para capturar a “taxa de satisfação dos utentes com a equipa operatória”.

Tabela 4. 6 – Indicadores da perspetiva Clientes (referentes aos estudos que incluíram esta perspetiva)

		Martunis <i>et al.</i> , (2020)	Behrouzi & Ma'aram (2019)	Rahimi <i>et al.</i> , (2018)	Gao <i>et al.</i> , (2018)	Lin <i>et al.</i> , (2013)	Koumpouros (2013)	Chang <i>et al.</i> , (2008)	Chen <i>et al.</i> , (2006)	Yang & Tung (2006)	Gordon <i>et al.</i> , (1998)	
INDICADORES												
Clientes	Taxa de satisfação	dos utentes	X	X	X	X		X		X	X	X
		dos utentes com o internamento							X			
		dos utentes com o ambulatório							X			
		dos utentes com o departamento de emergência							X			
		dos utentes com a equipa operatória					X					
	Número/Taxa de reclamações dos utentes			X	X		X					
	Tempo de Espera	Médio		X			X					X
		para ambulatório							X			
	Taxa de retenção de utentes			X								
	Duração média do internamento			X								
	% de infeções pós-operatórias			X			X					
	Taxa de mortalidade			X								
	% de novos utentes			X								
	Taxa de crescimento de utentes											
	% de transferências para outros hospitais			X								
	Carga com despesas médicas					X						
	Despesas sociais					X						
	Instalações para familiares e visitantes				X							
	Duração da Cirurgia						X					
	Tempo de recuperação pós-operatório						X					
Capacidade de providenciar serviços atempadamente aos utentes						X						
Capacidade de resposta a questões dos utentes						X						
Prestação de informação suficiente e precisa						X						
Índice de Case <i>mix</i>								X				
Quota de mercado										X		
Número de cancelamentos											X	

De seguida, os indicadores mais utilizados nesta perspetiva são o “número/taxa de reclamação dos utentes”, mencionados em três estudos (Behrouzi & Ma'aram, 2019; Rahimi *et al.*, 2018; Lin *et al.*, 2013). Também utilizado três vezes temos o indicador “tempo de espera médio” (Behrouzi & Ma'aram, 2019; Lin *et al.*, 2013; Gordon *et al.*, 1998).

Analisada a Tabela 4.6 e, tendo em consideração o número de indicadores considerados, verificámos que existem de dois estudos (Behrouzi & Ma'aram, 2019;

Lin *et al.*, 2013) que deram especial importância a esta perspectiva, pois incluíram um número considerável de indicadores que lhes permitiu avaliar a perspectiva dos clientes, deixando assim transparecer uma grande preocupação com os clientes.

Há ainda outros estudos que não se encontram explanados na Tabela anterior, mas que também abordam esta perspectiva. Smith e Loonam (2016) e Verzola *et al.*, (2009), recorrem a esta perspectiva, mas não fazem referência a indicadores, mencionam apenas objetivos a alcançar. Já Meliones *et al.*, (2008) e Inamdar, Kaplan e Bower (2002) referem utilizar esta perspectiva, mas não especificam indicadores. Schmidt *et al.*, (2006) focam a perspectiva dos clientes, mas ajustada à sua realidade. Será, por isso, analisada numa seguinte fase.

Embora nem todos os estudos recorram a esta perspectiva, ou pelo menos não recorrem a ela da forma tradicional, como foi desenvolvida por Kaplan e Norton, percebe-se a sua importância e a preocupação que existe em seu redor, pois o alcance da missão das unidades hospitalares depende dos seus clientes e da forma como estes percecionam a mesma.

Na perspectiva “Processos Internos” são identificados os indicadores e os processos que melhor conseguem avaliar a eficiência das organizações de saúde na concretização de objetivos relacionados com o aumento da satisfação dos doentes e redução dos custos (Freitas, 2015). Dos 24 artigos analisados, 16 deles utilizam a perspectiva “**Processos Internos**” (Martunis *et al.*, 2020; Behrouzi & Ma’aram, 2019; Rahimi *et al.*, 2018; Gao *et al.*, 2018; Smith & Loonam, 2016; Lin *et al.*, 2013; Koumpouros, 2013; Rabbani *et al.*, 2011; Rabbani *et al.*, 2010; Verzola *et al.*, 2009; Chang *et al.*, 2008; Chen *et al.*, 2006; Schmidt *et al.*, 2006; Yang & Tung, 2006; Inamdar, Kaplan & Bower, 2002; Gordon *et al.*, 1998). Destes, e tal como acontece em algumas das perspectivas discutidas anteriormente, há três estudos que não definem indicadores (Smith & Loonam, 2016; Verzola *et al.*, 2009; Inamdar, Kaplan & Bower, 2002) e um estudo (Schmidt *et al.*, 2006) que refere que adaptou esta perspectiva à realidade dos seus objetivos/contexto, sendo assim analisado numa fase posterior.

Tabela 4. 7 – Indicadores da perspectiva Processos Internos (referentes aos estudos que incluíram esta perspectiva)

INDICADORES		Marumis <i>et al.</i> , (2020)	Behrouzi & Ma'aram (2019)	Rahimi <i>et al.</i> , (2018)	Gao <i>et al.</i> , (2018)	Lin <i>et al.</i> , (2013)	Koumpourou (2013)	Rabbani <i>et al.</i> , (2011)	Rabbani <i>et al.</i> , (2010)	Chang <i>et al.</i> , (2008)	Chen <i>et al.</i> , (2006)	Yang & Tung (2006)	Gordon <i>et al.</i> , (1998)
		INDICADORES											
Tempo	médio de internamento	X	X										
	médio de permanência no departamento de emergência		X										
	de espera na urgência		X										
	na correção de falhas				X								
	de permanência de pacientes com cirrose com peritonite bacterial espontânea (in							X					
	de permanência de paciente com G.I bleed							X					
	de resposta do laboratório							X	X				
	Retorno à urgência em menos de 48h							X					
	Pacientes admitidos da urgência em menos de 4,5h							X					
	Utentes com alta, dentro de 2h após admissão							X					
	de resposta do laboratório até 2 horas							X					
	Alta atempada de pacientes com G.I patients							X					
	Atraso entre solicitação e obtenção de consultas com antibióticos (horas)									X			
	% de utentes internados na UCI do departamento de emergência em menos de 3 horas									X			
	% de pacientes internados numa enfermaria do departamento de emergência em menos de 4 horas									X			
Satisfação	de permanência										X	X	X
	até tratamento												X
	de resposta												X
Satisfação	dos estudantes com o ensino							X					
	com conhecimento e competências dos estagiários							X					
	Índice de Satisfação dos Profissionais	X								X			
	Alta com satisfação nos cuidados prestados			X									
Incidentes	Taxa de erros médicos	X	X										
	Taxa de infeção hospitalar		X					X	X				
	Incidentes com reação a transfusões de sangue							X	X				
	Lesões por picadas de agulha							X	X				
	Número de eventos adversos							X					
	Conformidade com procedimentos de segurança e controlo de infeção							X					
	Taxa de acidentes médicos que levam a processos no tribunal									X			
	Taxa de complicações												X
Profissionais	Resposta a falhas				X								
	Taxa de retenção de profissionais		X										
	Taxa de absentismo dos profissionais		X										
Ocupação	Rotatividade dos profissionais									X			
	Ocupação de camas		X	X						X	X		
	Índice de disponibilidade de camas		X										
	Taxa de rotatividade de camas			X									
PROCESSOS INTERNOS	Número de camas por enfermeiro											X	
	Aumento/diminuição dos dias de internamento	X											
	Aumento/diminuição dos dias de ambulatório	X											
	Taxa de mortalidade			X							X		
	% de cirurgias canceladas			X									
	Qualidade do trabalho				X								
	Eficiência do trabalho				X								
	Processo contínuo de melhoria de aptidões/capacidade					X							
	Processo de standardização de aptidões/capacidade					X							
	Regulação da capacidade de gestão					X							
	Comunicação interna e externa					X							
	Produção eficiente, distribuição e logística					X							
	Sistemas de informação efetivos					X							
	Capacidade de coordenação					X							
	Melhorar a exploração de recursos						X						
	Taxa de película radiológica rejeitada Radiology							X	X				
	Internamento não planeado após procedimento ambulatório							X	X				
	Taxa de correspondência cruzada para transfusão							X	X				
	Gestão apropriada de pacientes							X					
	Número apropriado de medicação por diagnóstico							X					
	Publicações & Resultados de investigação							X					
	Número de altas contra parecer médico							X					
	Conformidade com guidelines clínicas (credenciais dos consultores, sedação e manutenção de privacidade)							X					
	Taxa de mortalidade internamento							X					
	Ambulatório por ano por médico										X		
	Emergências por ano por médico										X		
	Utentes admitidos no internamento por ano por médico										X		
	Taxa de mortalidade líquida												X

Após analisar os indicadores encontrados nas diferentes publicações, constata-se a existência de um grande número de indicadores nesta perspectiva (Tabela 4.7). No entanto, é possível agrupar alguns deles em cinco categorias, por serem aqueles que mais se relacionam e contribuem para o aumento da satisfação dos clientes e redução de custos. Como tal, construímos cinco grupos de indicadores, a que chamámos “tempo”, onde se destacam “tempo médio de internamento” (Behrouzi & Ma’aram, 2019; Rahimi *et al.*, 2018), “tempo de permanência” (Chen *et al.*, 2006; Yang & Tung, 2006; Gordon *et al.*, 1998) e “tempo de espera na urgência” (Rahimi *et al.*, 2018); “Satisfação” e onde temos, como exemplo, de indicadores, “índice de satisfação dos profissionais” (Behrouzi & Ma’aram, 2019; Chen *et al.*, 2006) e “alta com satisfação nos cuidados prestados” (Rahimi *et al.*, 2018); “Incidentes” e neste grupo reunimos todos os indicadores que possam estar relacionados com incidentes críticos e falhas, tais como, “taxa de erros médicos” (Behrouzi & Ma’aram, 2019; Rahimi *et al.*, 2018), “incidentes com a reação a transfusões de sangue”, “número de eventos adversos” (Rabbani *et al.*, 2011; Rabbani *et al.*, 2010) e “taxa de complicações” (Gordon *et al.*, 1998); “Profissionais” e nesta categoria incluímos todos os indicadores que estejam relacionados com as equipas, nomeadamente, “taxa de retenção” e “taxa de absentismo de profissionais” (Behrouzi & Ma’aram, 2019), bem como a “rotatividade dos profissionais” (Chen *et al.*, 2006). É curioso a utilização do indicador “índice de satisfação dos profissionais” (Behrouzi & Ma’aram, 2019; Chen *et al.*, 2006), pois normalmente aparece na perspectiva aprendizagem e conhecimento. Um dos motivos pode-se prender com a tentativa de tentar capturar a produtividade.

Por fim, a última categoria elaborada foi chamada de “Ocupação” e, como exemplo de indicadores-chave, temos “ocupação de camas” (Behrouzi & Ma’aram, 2019; Rahimi *et al.*, 2018; Chen *et al.*, 2006; Yang & Tung 2006) e o “índice de disponibilidade de camas” (Behrouzi & Ma’aram, 2019).

Para além dos indicadores incluídos nas cinco categorias anteriores, existem muitos outros (como observável na Tabela 4.7) que fazem parte desta perspectiva e são igualmente importantes, pois, dependendo da realidade de cada Unidade Hospitalar, esta irá identificar quais os processos críticos com vista à concretização dos seus objetivos e de seguida, definirá quais os indicadores mais adequados para alcançar a sua missão, seja ela mais direcionada para o lucro, ou para a satisfação do utente.

É sempre importante ver esta perspectiva como uma peça de um puzzle, que tem por trás uma perspectiva anterior e “abrirá caminho” à perspectiva seguinte.

A perspectiva “**Aprendizagem e Conhecimento**” é aquela que serve de base à concretização dos objetivos das restantes perspectivas. Num contexto em constante mudança, como é o da saúde, esta perspectiva assume especial destaque, pois permite o crescimento e aprendizagem das equipas com vista a que estas executem os processos de forma eficiente e eficaz, contribuindo para a satisfação dos utentes e para a sustentabilidade financeira das organizações.

Dos 24 estudos analisados, 14 debruçam-se sobre esta perspectiva (ver Tabela 4.4) e 10 definem indicadores (ver Tabela 4.8; Martunis *et al.*, 2020; Behrouzi & Ma’aram, 2019; Rahimi *et al.*, 2018; Gao *et al.*, 2018; Lin *et al.*, 2013; Koumpouros, 2013; Chang *et al.*, 2008; Chen *et al.*, 2006; Yang & Tung, 2006; Gordon *et al.*, 1998). Os restantes quatro estudos, Smith e Loonam (2016) e Verzola *et al.* (2009) não definem indicadores; Rabbani *et al.* (2010) e Schmidt *et al.* (2006) mencionam esta perspectiva, mas adaptam-na à sua realidade, pelo que serão analisados posteriormente.

Analisando a Tabela 4.8, concluímos que são os indicadores relacionados com a formação e educação, os mais abordados nesta perspectiva, o que consolida o que foi dito no início do parágrafo, ou seja, que a formação é a base para o sucesso das equipas.

De entre os indicadores relacionados com a formação e investigação podemos referir alguns que merecem destaque, nomeadamente “frequência de formação e educação” (Martunis *et al.*, 2020); “% de profissionais formados” (Behrouzi & Ma’aram, 2019); “tempo médio de formação de profissionais” (Behrouzi & Ma’aram, 2019); “despesa com formação *per capita*” (Rahimi *et al.*, 2018); “despesa com investigação médica” (Chen *et al.*, 2006); “número de artigos publicados” (Lin *et al.*, 2013; Chang *et al.*, 2008; Chen *et al.*, 2006).

Outro indicador que merece destaque e que foi utilizado em três estudos (Martunis *et al.*, 2020; Rahimi *et al.*, 2018; Lin *et al.*, 2013), é “a taxa de satisfação dos profissionais”. Compreende-se facilmente a importância deste indicador, por representar um elemento fundamental na procura do sucesso de uma instituição. Seria ainda importante analisar este indicador em simultâneo com o indicador “rotatividade do

staff”, tal como é feito no estudo de Rahimi *et al.* (2018), pois facilitaria a compreensão entre o grau de satisfação e a rotatividade das equipas.

Tabela 4. 8 – Indicadores da perspetiva Aprendizagem e Conhecimento (referentes aos estudos que incluíram esta perspetiva)

		Marunis <i>et al.</i> , (2020)	Behrouzi & Ma'aram (2019)	Rahimi <i>et al.</i> , (2018)	Gao <i>et al.</i> , (2018)	Lin <i>et al.</i> , (2013)	Koumpouros (2013)	Chang <i>et al.</i> , (2008)	Chen <i>et al.</i> , (2006)	Yang & Tung (2006)	Gordon <i>et al.</i> , (1998)	
INDICADORES												
APRENDIZAGEM E CONHECIMENTO	Taxa de satisfação dos profissionais	X		X		X						
	Frequência de formação e educação	X										
	% de profissionais formados		X									
	% de horas de formação para treino da cultura		X									
	Tempo médio de formação de profissionais		X									
	Despesa com formação per capita			X								
	Estudos avançados				X							
	Número de seminários num tópico e resultados de pesquisa					X						
	Número de artigos publicados					X						
	Formação dos profissionais e conhecimentos de gestão					X						
	Despesa com investigação médica								X			
	Artigos científicos escritos em inglês por ano (escritos pelos profissionais de saúde)								X			
	Estudos clínicos em pacientes										X	
	Número de projetos de pesquisa							X				
	Número de artigos SCI							X				
	Qualificação							X				
	Investimento em Tecnologia	% do orçamento destinado à compra de tecnologia		X								
		% do orçamento destinado a tecnologias de informação		X								
		Capacidade de aplicar sistemas informatizados					X					
	Ambiente Organizacional	Taxa de absentismo dos funcionários			X							
Rotatividade do staff				X								
Comunicação interna						X						
Empregar e manter pessoal competente						X						
Trabalho de equipa						X						
Estrutura do pessoal				X								
Atividade ambulatorial								X				
Formulação da missão e Visão									X			
Implementação de análise estratégica									X			
Gestão por objetivos									X			
Comparação de mercado									X			
Organização de aprendizagem									X			
BSC									X			
Certificação ISSO									X			
Participação no TQIP									X			
Procedimentos no dia de admissão										X		
Objetivos focados nos cuidados ao paciente										X		
Número de projetos de pesquisa							X					

Mais uma vez, referimos que todos os indicadores assumem a sua importância e que isso irá sempre depender do foco da organização e da direção que seja tomada pelos intervenientes no processo de implementação do BSC.

Para além das quatro perspetivas tradicionais, através das quais o BSC se tornou conhecido, há autores que optaram por construir novas perspetivas (Tabela 4.9 e 4.10), de forma a satisfazer melhor os objetivos dos seus estudos. Na Tabela 4.9, apresentamos

os indicadores relativos a perspetivas específicas da área da saúde e, na Tabela 4.10 apresentamos os indicadores referentes a outras perspetivas

Tabela 4. 9 – Indicadores relativos a perspetivas específicas da área da saúde

		Martunis <i>et al.</i> , (2020)	Weiss & Downar (2013)	Chen, Hou & Chang (2012)	El-Jardali <i>et al.</i> , (2011)	Rabbani <i>et al.</i> , (2011)	Rabbani <i>et al.</i> , (2010)	Quadrat-Ullah, Chow & Goh (2007)	Pink <i>et al.</i> , (2001)	
		INDICADORES								
<i>Best Patient Experience</i>	Taxa de recomendação por utentes	X								
	Taxa de mortalidade	X								
	Taxa de infeção	X								
	Tempo de Espera	X								
	Tempo de Espera ED P4R(?)	X								
	Transição e Continuidade	X								
	Alternate level of care (ALC)	X								
	Days over the province 50% lite (LOS)	X								
	Higiene das mãos	X								
Incidentes Críticos	X									
Desempenho de admissão	Duração média do internamento			X						
	Taxa de ocupação (%)			X						
	Taxa de rotatividade de camas			X						
Qualidade dos cuidados	Taxa de infeção (%)			X						
	Taxa de readmissões não programadas (%)			X						
	Taxa de acidentes hospitalares (%)			X						
Utilização clínica e resultados	Mortalidade pacientes internados				X					
	Readmissão pelo mesmo diagnóstico				X				X	
	Procedimento cirúrgicos repetidos				X					
	Quedas dos pacientes				X					
	Erros médicos				X					
	Cesarianas				X					
	Erros medicação				X					
	Tempo de internamento				X				X	
	Complicações								X	
	% de cirurgias/dia								X	
	Tecnologia de diagnóstico usadas								X	
Satisfação dos utentes	Satisfação dos utentes				X					
	Satisfação com a equipa médica					X	X		X	
	Satisfação com a equipa de enfermagem					X	X		X	
	Reclamações dos utentes					X	X			
	Proporção de utentes que recomendariam o hospital a outros					X	X			
	Qualidade global								X	
	Processo de Qualidade								X	
	Resultados								X	
	Satisfação com os Serviços de suporte								X	
	Satisfação com os Serviços de Limpeza								X	
<i>Better indicators</i>	Satisfação com o Pessoal auxiliar nos cuidados ao utente								X	
	Taxa de re-intervenção clínica							X		
	Acesso ao telefone							X		
	Acesso ao serviço							X		
Qualidade centrada no utente	Tempo para marcação de consulta de especialidade							X		
	Segurança	Taxa de infeção por Clostridium difficile		X						
		Pneumonia com uso de ventilador		X						
		Higiene das mãos		X						
		Infeção no local da punção		X						
		Úlcera de Pressão		X						
		Quedas		X						
	Eficácia	Rácio <i>standard</i> de mortalidade hospitalar		X						
		Readmissões		X						
		Nível de Cuidados alternativos		X						
		Margem total		X						
	Acesso	Tempo de espera na urgência		X						
		Satisfação	Vontade de recomendar os serviços hospitalares após a alta		X					

No que se refere a perspetivas diretamente relacionadas com o setor da saúde, estas foram encontradas em oito das publicações analisadas (Martunis *et al.*, 2020;

Chen, Hou & Chang, 2012; El-Jardali *et al.*, 2011, Rabbani *et al.*, 2011; Rabbani *et al.*, 2010; Qudrat-Ullah, Chow & Goh, 2007; Pink *et al.*, 2001, Weiss & Downar, 2013).

Tal como se encontra na Tabela 4.9, a estas perspetivas foram atribuídos os nomes “*Best Patient Experience*”, “Desempenho de admissão”, “Qualidade dos cuidados”, “Utilização clínica e resultados”, “Satisfação dos utentes”, “*Better indicators*” e “Qualidade centrada no utente” incluem, sobretudo, indicadores que se encontram relacionados com os utentes e com a qualidade dos cuidados prestados, aspetos fundamentais para que qualquer organização de saúde alcance o sucesso e elevados níveis de desempenho.

Já no que se refere a outras perspetivas (ver Tabela 4.10), estas foram desenvolvidas em sete estudos (Chen, Hou & Chang, 2012; El-Jardali *et al.*, 2011, Rabbani *et al.*, 2011; Rabbani *et al.*, 2010; Qudrat-Ullah, Chow & Goh, 2007; Pink *et al.*, 2001, Schmidt *et al.*, 2006) e foram apelidadas de “Administração”, “Sistemas de Integração e Recursos Humanos”, “Recursos Humanos”, “*Faster indicators*”, “*Cheaper indicators*”, “Risco Clínico”, “Modernização” e “*Workforce*”. Analisando os indicadores utilizados em cada uma destas “novas” perspetivas é fácil perceber que, contrariamente aos indicadores encontrados na Tabela 4.9, estes não se encontram diretamente relacionados com o utente, mas sim com todo o trabalho de *back-office* e com os profissionais. Fazendo um paralelismo com as perspetivas tradicionais, enquanto as perspetivas mencionadas na Tabela 4.9 se aproximam da perspetiva Clientes, as apresentadas na Tabela 4.10 estão mais relacionadas com as restantes perspetivas (Financeira, Processos Internos e Aprendizagem e Conhecimento). Compreendemos, assim, que pode ser uma tentativa de inovar e adequar o BSC à nova realidade que se vive dentro das organizações de saúde.

De acordo com Rahimi *et al.* (2018) a perspetiva “Processos Internos” é aquela que assume o papel central em termos de perspetivas, sendo a que mais se interrelaciona com as restantes; a perspetiva “Aprendizagem e Conhecimento” é a que mais influencia as outras, enquanto a perspetiva “Clientes” é a que recebe maior influência das restantes. Por sua vez, e de acordo com os mesmos autores a perspetiva “Financeira” não é o “*main effect factor*” nem o “*main cause*”, nem tem um papel central. Em termos de indicadores, estes autores concluíram que aquele que assume um papel central é o

indicador “ocupação de camas”; o indicador “erros clínicos” é o que mais afeta os outros indicadores, enquanto o mais afetado é a “% de satisfação dos utentes”.

Tabela 4. 10 – Indicadores referentes a outras perspectivas

		Chen, Hou & Chang (2012)	El-Jardali <i>et al.</i> , (2011)	Rabbani <i>et al.</i> , (2011)	Rabbani <i>et al.</i> , (2010)	Qudrat-Ullah, Chow & Goh (2007)	Schmidt <i>et al.</i> , (2006)	Pink <i>et al.</i> , (2001)
		INDICADORES						
Administração	% de registo médicos completos	X						
	Rate of prompt consultation (%)	X						
Sistemas de Integração e Recursos Humanos	Infeções cirúrgicas		X					
	Lesões com agulhas ou cortantes		X					
	Rotatividade pessoal		X					
	Satisfação pessoal		X					
	Tempo de espera desde ER a atribuição de cama		X					
	Tempo de espera ER		X					
	Ausência de pessoal		X					
	Taxa de licença por doença do pessoal		X					
	% de transferências para outro hospital		X					
	Tecnologia de Informação clínica							X
	Colheita, disseminação e benchmarking clínico							X
	Intensidade do uso de informação							X
	Desenvolvimento e uso de vias clínicas							X
	Coordenação de cuidados							X
Recursos Humanos	Integração comunitária							X
	Estratégia para gerir utentes em ALC							X
	Satisfação com o trabalho			X	X			
	Satisfação com os colegas			X	X			
	Satisfação com as instalações			X	X			
Faster indicators	Satisfação com a organização			X	X			
	Satisfação com os Supervisores			X	X			
	Tempo total de rotatividade					X		
Cheaper indicators	Total Turnaround time					X		
	Taxa de referenciação externa de pacientes					X		
Risco Clínico	Valor médio da despesa					X		
	Tempo médio de internamento					X		
Modernização	Resultados (<i>Health of nation outcome scales, Royal College of Psychiatrists</i>)						X	
	Taxa média de suicídio em 3 anos para doentes mentais e altas						X	
	% de reclamações onde com resposta dentro de 20 dias						X	
	Quedas						X	
	Divulgação assertiva da quantidade de casos pela equipa						X	
	Utilizadores do serviço que receberam serviços de resolução de crise						X	
	Quantidade de casos com intervenção precoce						X	
	Utilizadores de serviço que esperaram >21 semanas para uma primeira consulta (consultant						X	
	Utilizadores de serviço cuja transferência para cuidados no serviço de adultos está atrasada						X	
	Utilizadores de serviço cuja transferência para cuidados no serviço geriátrico está atrasada						X	
Workforce	Ocupação de camas no internamento de adultos, sem alta para o domicílio						X	
	Ocupação de camas no internamento geriátrico, sem alta para o domicílio						X	
	Colocações fora da área						X	
	Cuidadores com um plano de cuidados ativo						X	
Licença por doença	Licença por doença						X	
	Overtime						X	
	Rotatividade						X	
	% de staff que recebeu formação						X	

Gao *et al.*, (2018) referem que o sistema de indicadores desenvolvido demonstrou boa validade e fidelidade; que os indicadores de primeiro nível demonstram a seguinte ordem: Financeira > Processos Internos > Clientes > Aprendizagem e Conhecimento, sendo a perspetiva financeira a primeira a ser considerada; na correlação entre as perspetivas Processos Internos, Clientes e Financeira, é a primeira que apresenta um maior peso, pela necessidade de garantir qualidade nos serviços de saúde. Percebe-se, assim, que a perspetiva Clientes é afetada pela perspetiva Processos Internos. Neste estudo, a perspetiva que se demonstrou menos relevante é a perspetiva Aprendizagem e Conhecimento, talvez pelo facto de o foco dos hospitais abrangidos pelo estudo serem mais direccionados para o trabalho prático, em vez de investigação científica ou ensino.

Yang e Tung (2006) reforçam que o BSC reflete relações causais entre as quatro perspetivas. Os resultados obtidos suportam a hipótese de que a aprendizagem organizacional tem uma influência positiva na qualidade, a qualidade tem uma influência positiva no lucro, a eficiência tem uma influência positiva na quota de mercado e no lucro. No entanto, os resultados obtidos não suportaram a hipótese de que a satisfação dos utentes tem uma influência positiva na quota de mercado, nem que a quota de mercado tem uma influência positiva no lucro. Os resultados obtidos nas perspetivas Aprendizagem e Conhecimento e Processos Internos demonstraram um efeito direto nos indicadores financeiros. Constataram ainda que, com a implementação desta ferramenta, a qualidade médica afetou a eficiência, uma baixa mortalidade líquida em 2001 resultou num significativamente maior retorno sobre o ativo (ROA) em 2002, uma taxa de ocupação significativamente maior conduziu a maior quota de mercado no ano seguinte. Como tal, a eficiência teve uma influência positiva no desempenho financeiro. A satisfação dos utentes encontra-se, significativamente, associada ao lucro, mas existe uma relação negativa entre satisfação de clientes e quota de mercado, não foi encontrada relação entre quota de mercado e lucro.

Embora não haja uniformidade em termos de relevância das perspetivas, mais uma vez é perceptível a importância que a perspetiva Financeira assume, bem como a perspetiva Aprendizagem e Conhecimento. É de salientar que as perspetivas estabelecem entre si relações de causa e efeito, onde uma boa base será um pilar essencial para a concretização da missão da Unidade Hospitalar.

Questão 6: Quais os fatores facilitadores na concepção e na implementação do BSC?

Sendo o BSC uma ferramenta que contribui para a melhoria do desempenho das organizações de saúde, onde todos os elementos da organização devem compreender/perceber qual o seu papel para alcançar este objetivo, torna-se importante perceber quais os elementos considerados como facilitadores deste processo nas publicações analisadas.

Dos 24 estudos, apenas sete, fazem referência aos elementos facilitadores. São estes estudos que discutimos seguidamente.

Koumpouros (2013), aponta, como elementos facilitadores para a concepção e implementação do BSC, o constante fluxo de informação e a participação de um grupo de clientes, enquanto elemento de suporte ao projeto. Este autor refere ainda que a comunicação constante e a informação são a chave para o sucesso deste processo, porque aumentam a familiarização com o mesmo, à medida que diminui a resistência e aumenta a confiança no seu sucesso.

No estudo levado a cabo por Rabbani *et al.* (2010), estes referem que o desenho do BSC foi possível porque a maioria dos pré-requisitos necessários para uma concepção e implementação de sucesso (liderança, planos estratégicos e sistemas de informação viáveis) já estavam a ser utilizados, e a prontidão para o uso do BSC já tinha sido avaliada previamente. Este parece um bom princípio a assumir na concepção e implementação desta ferramenta, ou seja, assegurar que estes três requisitos estão assegurados, pois tal como estes autores referem, irá facilitar o processo de desenvolvimento e implementação da mesma. Também Rabbani *et al.* (2011), referem que fazem parte da lista de elementos facilitadores, o suporte da organização em termos de benefícios financeiros e não financeiros, experiência prévia com iniciativas em *Quality Care*, colocação de recursos humanos específicos para monitorização dos indicadores do BSC, comunicação de uma agenda clara sobre a concepção e implementação do BSC, encorajamento para a atribuição de incentivos não financeiros e reporte de indicadores do BSC nas reuniões de rotina das unidades.

No seguimento dos elementos facilitadores, Smith e Loonam (2016), deixam algumas recomendações das quais salientamos as seguintes: apoio formal da gestão de topo, existência de um plano educativo e um processo de comunicação que inclua todo

o pessoal, a importância da padronização de procedimentos, as equipas envolvidas devem incluir pessoal de todos os níveis, para que todos os funcionários do departamento estejam envolvidos em, pelo menos, uma iniciativa.

Por sua vez, Pink *et al.* (2001), salienta que deve ser garantida a qualidade dos dados; os dados devem ser apresentados de forma cuidadosa e em formato compreensível; os comitês consultivos devem incluir pesquisadores, gestores e clínicos de hospitais; construir vínculos com os dados; ponderar, cuidadosamente, a divulgação de informações e as variações na forma como é feita a alocação de recursos.

Também são referidos como elementos facilitadores, a participação dos membros do Conselho de Administração na equipa executiva do BSC, a implementação do scorecard a nível organizacional nos departamentos mais relevantes, e a apresentação aberta de resultados (Chang *et al.*, 2008).

No estudo levado a cabo por Chen *et al.* (2006), este aponta como elementos facilitadores do processo de implementação do BSC, a seleção de *Key Performance Indicator* (KPI's) adequados aos hospitais envolvidos no estudo.

Olhando para os elementos apontados como facilitadores nas diferentes publicações, percebe-se que a comunicação aberta, a divulgação de resultados e o envolvimento dos gestores de topo, contribuem para o sucesso na conceção e implementação desta ferramenta. A aceitação do BSC pelos diferentes colaboradores, depende do seu grau de conhecimento em relação ao plano estratégico da organização, bem como do seu envolvimento com os objetivos organizacionais. A gestão de topo e o seu envolvimento no processo assumem um papel fundamental na divulgação do plano estratégico, pois a perceção pelos demais colaboradores dessa situação, facilita a aceitação desta ferramenta, bem como facilita o alinhamento estratégico.

De acordo com as diferentes publicações analisadas, pode-se concluir que o envolvimento dos líderes assume importância não só em termos financeiros, mas, também, em termos não financeiros, ao encorajar as equipas e ao facilitar a divulgação dos resultados, contribuindo, assim, para o aumento da motivação que levará ao sucesso.

Questão 7: Quais os resultados obtidos com a implementação do BSC?

Para responder a esta questão, optámos por procurar informação ao longo das publicações relativamente a três pontos: principais conclusões, benefícios, e aspetos menos positivos resultantes do estudo/implementação do BSC.

Embora nem todos os estudos façam referência aos benefícios obtidos com o estudo/implementação do BSC, a maioria refere as vantagens associadas ao uso de indicadores. Para Behrouzi e Ma'aram (2019) a grande vantagem na conceção e implementação do BSC foi que a revisão da literatura, que precedeu esse exercício, permitiu identificar um conjunto de indicadores comumente utilizados, auxiliando os gestores de cuidados de saúde a identificar os indicadores mais apropriados para os seus hospitais. Chen, Hou e Chang (2012), apontam como benefício o facto do “*sistema de aviso de luz vermelha*” associado ao BSC servir de alerta relativamente aos indicadores que apresentam piores desempenhos. Pode dizer-se que um dos benefícios é contribuir para a melhoria do desempenho, ainda que possa não se refletir de forma homogénea em toda a organização (Martunis *et al.*, 2020).

Koumpouros (2013) conclui que a implementação do BSC é encorajadora, mesmo passado um ano após a sua implementação. De acordo com o autor, com a aplicação desta ferramenta, o hospital finalizou projetos estruturais e eletromecânicos que estavam em progresso há quase dez anos. Os resultados dão suporte à ideia de que a adoção de sistemas de controle de gestão não é apenas função de um processo racional de tomada de decisão e pressões institucionais, mas, que também depende das características dos decisores. Com o desenvolvimento do seu estudo Chen, Hou e Chang (2012) concluem que esta ferramenta é apropriada ao controle financeiro e administrativo em ambiente hospitalar, onde a melhoria depende de atenção constante, ao mesmo tempo que tem um benefício direto no desempenho na admissão. Para El-Jardali *et al.* (2011) a utilização de indicadores estandardizados e folhas de registo, facilitaram o processo de avaliação de desempenho, melhoraram os sistemas de informação, bem como os sistemas já existentes de captação de dados.

De forma sumária, e ainda no que se refere a benefícios obtidos com a implementação do BSC, relatados ao longo das publicações, podemos apontar os seguintes:

- permite a implementação de novas recomendações aos hospitais (Gao *et al.*, 2018);

- oferece uma oportunidade de agregar a estratégia de negócio aos objetivos atribuídos a cada unidade operativa. Desta forma, a estratégia pode ser comunicada a todos os níveis da organização (Verzola *et al.*, 2009), e a alocação de recursos pode refletir os objetivos estratégicos (Verzola *et al.*, 2009; Inamdar, Kaplan & Bower, 2002);

- permite maior facilidade em explicar as relações de causa-efeito a clínicos, staff e utentes (Verzola *et al.*, 2009);

- facilita a comunicação entre os diferentes profissionais, fazendo com que seja possível chegar a um consenso sobre as prioridades estratégicas (Verzola *et al.*, 2009);

- ajuda a clarificar a estratégia entre os gestores (Verzola *et al.*, 2009; Inamdar, Kaplan & Bower, 2002), e facilita o alinhamento organizacional (Chang *et al.*, 2008);

- aumenta a credibilidade da gestão, responsabilizando a gestão de topo e demais gestores (Chang *et al.*, 2008; Inamdar, Kaplan & Bower, 2002);

- através da relação de causa-efeito do mapa estratégico, pode ajudar os gestores a equilibrar objetivos financeiros de curto prazo, e investimentos a longo prazo (Chang *et al.*, 2008);

- através das quatro perspetivas do BSC, os executivos têm uma estrutura para a tomada de decisão (Inamdar, Kaplan & Bower, 2002);

- define prioridades para identificar, racionalizar e alinhar iniciativas (Inamdar, Kaplan & Bower, 2002);

- suporta maior responsabilidade, especialmente quando ligado aos planos de incentivo dos gestores (Inamdar, Kaplan & Bower, 2002);

- proporciona aprendizagem e melhoria contínua (Chang *et al.*, 2008; Inamdar, Kaplan & Bower, 2002);

- permite contar a história da estratégia das organizações (Inamdar, Kaplan & Bower, 2002);

- serve de guia à sua implementação, oferecendo uma linha temporal e indicadores virados para o futuro, e relações de causa-efeito que capturam a complexidade e as inter-relações da estratégia (Inamdar, Kaplan & Bower, 2002);

- o processo de desenvolvimento do sistema de indicadores ajuda as equipas de gestão a definir objetivos estratégicos relevantes (Gordon *et al.*, 1998);

- facilita o entendimento comum dos objetivos das unidades (Gordon *et al.*, 1998).

Pelo exposto, percebe-se que há uma clara identificação dos benefícios que a implementação desta ferramenta pode trazer ao nível do desempenho de uma organização, melhorando, assim, a eficácia e a eficiência da mesma. Em contrapartida, quando procuramos aspetos menos positivos resultantes da implementação do BSC, apenas numa das publicações é feita referência a aspetos negativos, e que, no nosso entender, podem ser facilmente contornados, são eles: sobrecarga de trabalho e ausência de sistemas de informação capazes de responder ao BSC de forma eficaz (Verzola *et al.*, 2009). Como forma de contornar estes obstáculos, é importante que, aquando da implementação desta ferramenta, haja uma correta alocação de recursos humanos, os sistemas de informação sejam adequados e exista um bom sistema de comunicação interna.

Nos parágrafos seguintes, apresentaremos as principais conclusões alcançadas nos diferentes estudos.

Para Verzola *et al.* (2009) o BSC é um ponto de contato ideal entre as dimensões financeira e clínica da administração, salientam que a rápida difusão do BSC entre as principais organizações internacionais com e sem fins lucrativos é uma prova do seu grande potencial, e que este projeto pode ser encarado como uma fase preparatória, na análise estratégica de um plano de negócios subsequente.

Naranjo-Gil (2009) com o seu estudo conclui que, enfermeiros mais novos e com mais cargos utilizam o BSC de forma mais interativa, contrariamente aos enfermeiros mais velhos e com menos cargos, que apenas utilizam esta ferramenta de

forma diagnóstica; a maioria dos enfermeiros gestores recorre a indicadores não financeiros; o uso do BSC facilita os enfermeiros gestores a alcançar o desempenho estratégico baseado em custos, e também objetivos estratégicos focados na qualidade e flexibilidade.

De acordo com os resultados obtidos por Chang *et al.* (2008), a implementação do BSC levou a um aumento da receita, da satisfação dos utentes, aumento do número de visitas de grupos desfavorecidos, aumento do número de clientes admitidos em unidades de cuidados intensivos em menos de três horas, vindos diretamente da urgência, diminuição do tempo de espera para consulta de prescrição de antibióticos e aumento do número de publicações científicas e de projetos de investigação. Referem ainda, estes autores, que o processo abrangente de implementação do BSC é um excelente sistema estratégico e de desempenho, e que, por sua vez, o processo gradual, desde o início do BSC em nível hospitalar até a implementação posterior dos BSC a nível departamental, aumentou a compreensão desta ferramenta pelos diferentes profissionais, ao mesmo tempo que facilitou o alcançar da missão e visão.

Outra das conclusões a destacar é referida por Qudrat-Ullah, Chow & Goh (2007), que ressaltam que utilizando a estrutura qualitativa do BSC, identificaram a necessidade de existirem sistemas de decisão que sejam suficientemente robustos, para incorporar melhor conhecimento do ambiente externo nos processos internos do hospital e desenvolver o conhecimento mais alargado do desempenho organizacional, através da identificação de áreas que não têm recebido tanta atenção (particularmente os procedimentos e métodos para melhorar o *feedback* e aprendizagem em várias dimensões).

O estudo de Chen *et al.* (2006) levanta-nos a questão que embora esta ferramenta possa trazer benefícios significativos para a organização, o seu sucesso pode estar dependente também de aspetos culturais. Estes autores abordaram a implementação do BSC nos hospitais da China e do Japão, no entanto um dos países apresenta melhores resultados do que o outro.

Embora os diferentes estudos se refiram à implementação do BSC no setor da saúde, todos tinham objetivos diferentes, no entanto, é visível que todos eles deixam transparecer o fato do BSC ser uma ferramenta que ajuda a melhorar o desempenho

hospitalar, quer individualmente, quer complementado com outras ferramentas de gestão.

Resumindo a informação recolhida na resposta a esta pergunta, é perceptível que uma das grandes vantagens da conceção e implementação do BSC é contribuir para a melhoria do desempenho das Unidades Hospitalares. Como exemplo disto, salientamos os resultados obtidos por Meliones *et al.* (2008), onde referem que com a implementação do BSC, e quando comparado com o ano anterior, se verifica uma redução na morbilidade, uma diminuição nas readmissões de 7% para 4%, uma diminuição das taxas de infeção de 3% para 1%, uma diminuição do tempo de permanência de 0.6 dias, a equipa atingiu um fluxo de utentes de 26% de melhoria nos tempos de alta e 10% de melhoria na Unidade de Cuidados Intensivos Pediátricos; um aumento da margem contributiva em 240% e uma melhoria da margem líquida que foi desde perdas de \$4.7 milhões por ano em 2004, para um total de \$7.4 milhões de perdas nos últimos dois anos, os scores de satisfação de utentes excederam os *targets* no último ano, a percentagem de internamentos que reportaram o Duke Children's como “muito bom” excedeu os *targets* para o ano fiscal.

Questão 8: Quais as dificuldades e/ou limitações à implementação do BSC?

Da análise das publicações, são várias as dificuldades e/ou limitações mencionadas pelos autores dos estudos (consultar Tabela 4.11). De todas elas, aquela que se repete num maior número de estudos, é a dificuldade no acesso à informação, nomeadamente o acesso a *targets*, iniciativas e planos estratégicos. De seguida, apresenta maior número de referências, a falta de colaboração com os investigadores, seja essa falta de colaboração por parte da Gestão de Topo, ou por parte dos profissionais de saúde, sendo esta sentida ao nível da aprovação, e da disponibilidade e compromisso para com o processo de implementação do BSC. O compromisso dos líderes organizacionais é fundamental, quer no acesso à informação, quer na comunicação interna dentro da instituição, facilitando, assim, uma maior transparência e diminuindo a renitência perante a conceção e implementação do BSC.

Tabela 4. 11 – Dificuldades e/ou Limitações à implementação do BSC

		Behrouzi & Ma'aram (2019)	Gao <i>et al.</i> , (2018)	Koumpourou (2013)	El-Jardali <i>et al.</i> , (2011)	Rabbani <i>et al.</i> , (2011)	Rabbani <i>et al.</i> , (2010)	Verzola <i>et al.</i> , (2009)	Meliones <i>et al.</i> , (2008)	Chen <i>et al.</i> , (2006)	Yang & Tung (2006)	Inamdar, Kaplan & Bower (2002)	Pink <i>et al.</i> , (2001)	Gordon <i>et al.</i> , (1998)	
Dificuldades e/ou Limitações	Acesso a informação	X					X	X		X				X	
	Baixa colaboração com os investigadores (aprovação, disponibilidade e compromisso)	X										X		X	
	Recursos humanos limitados				X	X									
	Extenso número de indicadores pode levar a dificuldades na implementação de sistemas de avaliação de desempenho em termos de custo e eficiência		X												
	Resistência à mudança			X											
	Não acreditar no sucesso			X											
	Quantidade de trabalho clínico					X									
	Dificuldade na escolha ou definição de padrões de referência							X							
	Seleção de KPI's eficazes									X					
	Dados	Dados obtidos através de questionários autoadministrados										X			
		Ausência de dados que avaliem a profundidade da implementação										X			
		Intervalo de tempo entre a recolha de dados clínicos e financeiros e a recolha dos restantes dados												X	
		Obter e interpretar os dados atempadamente e de forma efetiva em termos de custos										X			
		Falta de análise <i>in-depth</i> do <i>outcome</i> dos dados						X							
	Dificuldade em desenvolver iniciativas direcionadas para os objetivos das instituições tendo por base o plano estratégico.								X						
	Dificuldade em remover fatores de confusão								X						
	Estender o BSC a toda a organização											X			
	Manter o BSC simples e utilizá-lo para aprendizagem											X			
	Falta de conhecimento sobre BSC e Gestão			X											
	Qualidade	Ausência de cultura de qualidade nos hospitais				X									
		Ausência de Departamento de qualidade nos hospitais				X									
	Resistência do médico à medição e relatórios de desempenho				X									X	
	Falta de pessoal competente na medição e interpretação dos dados				X										
	Falta de iniciativas nacionais de gestão de desempenho para providenciar avaliação comparativa					X									
	Incapacidade de a liderança comunicar uma agenda BSC clara					X									
	Papéis do staff mal definidos na implementação do BSC.					X									

Também a escassez de recursos humanos é referida em duas publicações (El-Jardali *et al.*, 2011; Rabbani *et al.*, 2011) como sendo uma dificuldade/limitação à conceção e implementação desta ferramenta. Percebe-se que o excesso de trabalho (Rabbani *et al.*, 2011), fruto da limitação de recursos humanos dificulte a colaboração neste processo (El-Jardali *et al.*, 2011; Gordon *et al.*, 1998).

Pink *et al.* (2001) defendem que é importante que seja garantida a qualidade dos dados e que estes devem ser apresentados de forma cuidadosa e em formato compreensível, como tal, e para destacar este aspeto considerámos pertinente agrupar as diferentes dificuldades/limitações que se encontram relacionadas com os dados, onde se incluíram as seguintes dificuldades/limitações: a forma de obtenção de dados (Yang & Tung, 2006), ausência de dados que avaliem a profundidade da implementação de novas atividades de gestão, capital humano, e informação na perspetiva Aprendizagem e Conhecimento (Yang & Tung, 2006), o *timing* para colher os dados (Pink *et al.*, 2001; Inamdar, Kaplan & Bower, 2002) e falta de análise *in-depth* do *outcome* dos dados (Rabbani *et al.*, 2010). Inamdar, Kaplan e Bower (2002), e Pink *et al.*, (2001), salientam o fator tempo como uma das dificuldades/limitações, e alertam para a necessidade de recolha e análise de dados atempadamente, sendo importante que o tempo que medeia a recolha e a análise de dados não seja muito distante, pois o contexto pode sofrer alterações entre estes dois momentos e influenciar o processo de análise.

Como exemplo de outras dificuldades/limitações apontadas, temos o elevado número de indicadores (Gao *et al.*, 2018), a resistência à mudança (Koumpouros, 2013), muito associada à falta de conhecimento sobre BSC e Gestão (Koumpouros, 2013), o não acreditar no sucesso, nem nos benefícios que a implementação desta ferramenta pode trazer (Koumpouros, 2013), ausência de cultura de qualidade (El-Jardali *et al.*, 2011), papéis mal definidos (Rabbani *et al.*, 2011), falta de iniciativas que permitam realizar comparações entre diferentes unidades hospitalares (Rabbani *et al.*, 2011), incapacidade dos líderes comunicarem uma agenda clara (Rabbani *et al.*, 2011), a adequada seleção de KPI's (Chen *et al.*, 2006), a dificuldade de estender o BSC a todos os departamentos da organização (Inamdar, Kaplan & Bower, 2002), a dificuldade em remover fatores de confusão (Meliones *et al.*, 2008), e a dificuldade em manter o BSC simples e utilizá-lo enquanto elemento de aprendizagem (Inamdar, Kaplan & Bower, 2002).

De todas as dificuldades/limitações apontadas, há três que gostaríamos de refletir em maior detalhe: adequada seleção de indicadores, resistência à mudança e a falta de comunicação *top-down*.

Relativamente à seleção de indicadores, tal como referem Kaplan e Norton (2000), é importante não apresentar indicadores em excesso, e os selecionados devem

ter como foco complementar a estratégia. Ou seja, é importante que os indicadores não sejam demasiados, e que representem exatamente aquilo que pretendemos deles.

A resistência dos profissionais de saúde prende-se, muitas vezes, com falta de conhecimento sobre esta ferramenta, que poderá ser colmatada com recurso a formação e sessões de esclarecimento. Muitas das dificuldades/limitações sentidas poderão desaparecer, apenas com recurso a formação e à existência de peritos em BSC nas equipas de implementação.

Outro dos pontos que, a nosso entender, merece ser realçado é a falta de comunicação *top-down*. Se as organizações tivessem um bom sistema de comunicação interna, muitos dos obstáculos mencionados desapareceriam.

Compreender as dificuldades e limitações sentidas por outros autores, será um passo para o sucesso.

É importante identificar quais as dificuldades/limitações sentidas para que, em futuras investigações, estas possam ser contornadas, evitando assim o fracasso desta ferramenta. Muitas delas, podem ser solucionadas com a promoção de formações sobre esta ferramenta e sobre os resultados de sucesso que se conseguem alcançar, quando devidamente implementada. Devem fazer parte da equipa de trabalho peritos no BSC, que assumem um papel fundamental durante todo o processo no contorno a algumas dificuldades sentidas, nomeadamente, na reorientação e adequação do foco, bem como no esclarecimento de eventuais dúvidas que surjam.

Questão 9: Que oportunidades existem para futuras investigações nesta área?

Após analisar as publicações e recolher informação sobre o processo de implementação do BSC, pareceu-nos também importante identificar oportunidades para futuras investigações, deixadas como sugestões pelos autores das referidas publicações e da nossa própria reflexão sobre a implementação desta ferramenta em Unidades Hospitalares.

Ao longo das 24 publicações, podemos destacar como sugestões para futuras investigações/estudos as seguintes:

- Abranger mais elementos do BSC como *targets* e iniciativas (Behrouzi & Ma'aram, 2019);
- Aplicar esta ferramenta a outros hospitais, a diferentes tipologias de hospitais (e.g. hospitais pediátricos, maternidades, etc.) (Gao *et al.*, 2018), e dentro dos hospitais, a diferentes departamentos hospitalares (Gao *et al.*, 2018; Koumpouros, 2013);
- Comparar o BSC com métodos de avaliação de desempenho como o *Comprehensive Index Method* e o *Rank Sum Ratio Method* (Gao *et al.*, 2018);
- Desenvolver e executar testes empíricos conjuntamente com outras ferramentas presentes na literatura académica (Porporato, Tsisis & Marin, 2017);
- Realizar um estudo longitudinal para avaliar se o BSC é uma ferramenta eficaz no suporte de uma estratégia de execução nos cuidados de saúde (Smith & Loonam, 2016);
- Generalizar os resultados a outros hospitais e setores públicos (Lin *et al.*, 2013);
- Realizar avaliação comparativa, entre as diferentes unidades hospitalares que se encontram a utilizar o BSC para identificar eventuais influências nos resultados obtidos (El-Jardali *et al.*, 2011);
- Rastrear contextos durante um período de tempo mais longo, para avaliar o impacto do PGF ou estruturas de mudança de estratégia alternativas em várias organizações, com a construção de uma explicação teórica (Rabbani *et al.*, 2011);
- Testar a aplicação do BSC seguindo uma estratégia de *bottom-up*, ou seja, começar por costumizar o BSC para uso individual em departamentos clínicos e depois implementar o sistema a um nível executivo (Rabbani *et al.*, 2010);
- Analisar se a utilização de medidas de desempenho objetivas *versus* subjectivas contribue para atitudes de gestão, como justiça, clareza de objetivos e equidade na organização (Naranjo-Gil, 2009);
- Analisar se o equilíbrio entre constituintes internos e externos da organização afeta a equidade (Naranjo-Gil, 2009).

- Testar as relações de causalidade entre as diferentes perspetivas (Yang & Tung, 2006; Pink *et al.*, 2001).

Tendo por base a reflexão feita durante este processo, parece-nos que uma oportunidade interessante de investigação consiste em explorar oportunidades de complementar o BSC com recurso a outras ferramentas de gestão. Já existem relatos que esta complementaridade pode contribuir na construção de BSC mais eficazes. Rabbani *et al.* (2010), por exemplo, constatou que o processo Delphi utilizado na conceção do BSC permite, incorporar com sucesso perspetivas dos profissionais de saúde e especialistas no desenvolvimento do BSC, uma interpretação pragmática dos dados existentes, o que facilita o desenho de um scorecard com indicadores compreensivos em múltiplas dimensões. Também Rahimi *et al.* (2018), ao discutir a possibilidade de auxiliar a conceção e implementação do BSC com o recurso a outros métodos, verificou que a utilização do método DEMATEL (*Decision Making Trial And Evaluation Laboratory*), se pode revelar útil para estabelecer relações entre indicadores-chave. Outros autores que propõem a complementaridade do BSC com outras ferramentas são Lin *et al.* (2013), que sugerem a integração de “*fuzzy linguistic*” com o BSC, de forma a avaliar o desempenho do Bloco Operatório. Este método tem como vantagem o facto de os indicadores de desempenho poderem ser claramente identificados e expressos quantitativamente. Também Schmidt *et al.* (2006) recorreram ao BSC para desenvolver uma ferramenta operacional que inclui mapeamento estratégico, árvores de decisão e lógica RADAR. Juntamente com o BSC, a lógica RADAR demonstrou ser uma nova oportunidade de estabelecer um processo de ação estruturado.

Um outro modelo que pode ser explorado é a simulação, baseado na estrutura qualitativa existente. Uma vez desenvolvido e calibrado para os dados específicos do hospital, a gestão poderá explorar o impacto de várias estratégias, de forma a otimizar os recursos existentes, mas limitados do hospital (Qudrat-Ullah, Chow & Goh, 2007).

Embora o BSC tenha vindo a ser alvo de uma maior investigação e investimento no setor da saúde, percebe-se pelas sugestões deixadas, que ainda há muito caminho a percorrer, com vista a uma maior facilidade na implementação desta ferramenta. Só com parâmetros uniformizados, se poderão realizar comparações que permitam avaliar a eficácia desta ferramenta em diferentes contextos. A síntese deste conjunto de sugestões

recolhidas ao longo das diferentes publicações analisadas, vem, por um lado, comprovar a necessidade de investimento nesta área, e, por outro lado, oferecer algumas sugestões para futuras investigações no sentido de aprofundar o conhecimento sobre esta ferramenta.

Capítulo 5. CONCLUSÃO

Com esta revisão sistemática da literatura, o nosso objetivo foi explorar e perceber o estado da arte sobre o BSC em Unidades Hospitalares. Esta ferramenta assume cada vez maior importância no setor da saúde e, como tal, é pertinente compreender o que já havia sido estudado, permitindo assim uma melhor compreensão sobre o assunto.

O BSC é uma ferramenta de gestão que surgiu inicialmente em 1992, pelas mãos de Kaplan e Norton, direcionada para o setor privado; só mais tarde ganhou relevância no âmbito das organizações de saúde e no setor público. Atualmente é considerada uma ferramenta de bastante utilidade no setor privado, no setor público, no setor público-privado e no setor social. Constituído tradicionalmente por quatro perspectivas, com o avanço do conhecimento sobre esta ferramenta, já foi possível encontrar novas perspectivas, que refletem, por um lado, a necessidade das organizações de caminhar rumo à eficiência e, por outro lado, a permeabilidade/flexibilidade do BSC às necessidades das organizações. Relativamente aos indicadores delineados para cada perspectiva, estes variam muito de aplicação para aplicação, no entanto, o importante é que estes reflitam sempre os pontos críticos e a realidade da organização em causa.

Embora todas as publicações refiram a importância que esta ferramenta assume no âmbito da saúde, ainda existem muitas lacunas ao nível da sua implementação. Kompouros (2013) aponta como uma dessas lacunas a renitência à mudança, que, em muitos casos, se pode dever à falta de conhecimento sobre o BSC, à falta de cultura de qualidade dentro das organizações (El-Jardali *et al.*, 2011) ou à incapacidade da liderança comunicar qual o propósito da implementação do BSC (Rabbani *et al.*, 2011). Percebe-se, assim, que é de extrema importância a criação de equipas específicas para a implementação desta ferramenta, e que se encontrem no terreno, monitorizando e avaliando o trabalho desenvolvido, transmitindo o *feedback* ao serviço, departamento e/ou instituição hospitalar e fazendo os ajustes que sejam necessários.

Embora nem todas as publicações analisadas especifiquem quais os benefícios alcançados com a implementação do BSC, as que os referem apontam para um aumento da satisfação dos utentes e profissionais, aumento da qualidade e da eficiência. 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.

Com a resposta a cada uma das questões inicialmente levantadas, podemos alcançar algumas conclusões, que referimos nos próximos parágrafos.

A maioria dos estudos encontrados foram levados a cabo na última década, são na sua maioria qualitativos e foram publicados em revistas e jornais conceituados nesta área. Na globalidade, estes estudos tinham como objetivo compreender melhor a ferramenta BSC e clarificar qual o seu impacto na melhoria do desempenho das Unidades Hospitalares.

Relativamente à principal motivação apontada pelos investigadores para a realização do estudo, aquelas que são referidas com maior frequência prendem-se com a necessidade de desenvolver um sistema de avaliação de desempenho para as Unidades Hospitalares e aprofundar conhecimento e a investigação empírica sobre a aplicação desta ferramenta.

De acordo com as publicações analisadas, são as Unidades Hospitalares do setor público aquelas onde mais se aplicou o BSC. Já no que diz respeito à distribuição geográfica, a maioria dos estudos foram realizados na Ásia e na América do Norte, apenas tendo sido identificados quatro estudos na Europa.

Ainda de acordo com os relatos encontrados, depreende-se que durante a conceção e implementação do BSC devem estar envolvidos a gestão de topo e direção, profissionais de saúde, profissionais de referência de cada setor onde se pretende implementar o BSC, um painel de peritos nesta ferramenta, utentes e académicos.

No que diz respeito às perspetivas mais frequentemente utilizada é a perspetiva Financeira a que assume a liderança. Embora a maioria dos estudos utilize as perspetivas do modelo de Kaplan e Norton, alguns estudos fazem uma readaptação das mesmas, havendo mesmo estudos que criam novas perspetivas, parecendo-nos que esta inovação esteja muito associada à necessidade de adaptação à realidade de cada organização. Já no que diz respeito a indicadores, na perspetiva Clientes os indicadores mais utilizados são os relacionados com a taxa de satisfação: na perspetiva Financeira os mais utilizados encontram-se relacionados com custos e despesas, margem e nível

receita; na perspectiva Processos Internos temos como indicadores mais utilizados os que se encontram relacionados com o fator tempo, satisfação, incidentes profissionais e ocupação, por fim na perspectiva Aprendizagem e Conhecimento há uma grande referência a indicadores relacionados com formação e investigação, investimento em tecnologia e ambiente organizacional.

Em relação aos elementos apontados como facilitadores nas diferentes publicações, percebe-se que a comunicação aberta, a divulgação de resultados e o envolvimento dos gestores de topo contribuem para o sucesso na conceção e implementação desta ferramenta.

Pelos resultados encontrados nas diferentes publicações é perceptível que a grande vantagem da conceção e implementação do BSC é contribuir para a melhoria do desempenho das Unidades Hospitalares.

Relativamente às dificuldades/limitações na conceção e implementação desta ferramenta aquelas que são apontadas com maior frequência estão relacionadas com o acesso à informação, a falta de colaboração com os investigadores, a escassez de recursos humanos, e dificuldades relacionadas com os dados (a forma de obtenção de dados, timing, forma de análise). É importante a identificação destas limitações/dificuldades como forma de poderem ser contornadas em futuras investigações.

Da literatura encontrada, 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.

5.1. Limitações da Investigação

Durante a realização desta revisão da literatura, foram sentidas como maiores limitações, o reduzido número de estudos encontrados que respondessem aos critérios de inclusão, a inexistência de artigos que descrevessem a implementação do BSC em Portugal e que estivessem escritos em inglês e a dificuldade de acesso a alguns estudos identificados como potencialmente interessantes. Outra das limitações sentidas prende-se com o facto de que nem todos os estudos identificaram indicadores para cada

perspetiva, nem abordarem o BSC da mesma forma, o que dificultou a análise comparativa dos diferentes trabalhos e a interpretação dos dados.

Considerando o tempo limitado para a realização do estudo, a pesquisa apenas através do título tornou-se necessária, no entanto revelou-se uma limitação, podendo ter deixado de fora alguns estudos relevantes.

5.2. Sugestões de Investigação

Para futuras investigações, sugere-se que seja realizada revisão da literatura com os estudos realizados em Portugal, na área da saúde, e que se faça uma comparação com os resultados obtidos noutros países. Outra sugestão prende-se com o alargar os critérios de inclusão, bem como a revisão dos descritores, numa tentativa de obter um maior número de estudos que permitam mais generalizações.

Ainda de acordo com os artigos analisados, consideramos que em futuras investigações seria importante aplicar o BSC complementado com outras ferramentas de gestão, realizar comparação entre o BSC e outros métodos de avaliação de desempenho e realizar estudos comparativos entre hospitais com as mesmas características de forma a perceber que fatores podem influenciar a aplicação desta ferramenta.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Ahn, H. (2001) Applying the Balanced Scorecard Concept: An experience report. *Long Range Planning*, 34(4): 441-461.
- 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.
- Alvarez, L., Soler, A., Guiñón, L., & Mira, A. (2019). A Balanced Scorecard for assessing a strategic plan in a clinical laboratory. *Biochemia medica: Biochemia medica*, 29(2): 1-8.
- Alves, M. (2016) *Balanced Scorecard para o serviço de urgência geral*. Dissertação de Mestrado não publicada, Instituto Superior de Contabilidade e Administração de Lisboa.
- Andrews, K. (1980) *The Concept of Corporate Strategy*. Pennsylvania, Third Edition.
- Aryani, Y., & Setiawan, D. (2020) Balanced Scorecard: Is It Beneficial Enough? A Literature Review. *Asian Journal of Accounting Perspectives*, 13(1): 65-84.
- Atkinson, H. (2006) Strategy implementation: a role for the Balanced Scorecard? *Management Decision*, 44 (10): 1441-1460.
- 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.
- Banza, E. (2013) *Construção de um Balanced Scorecard para uma gestão estratégica do Centro Hospitalar Cova da Beira: Mudar o modelo de gestão para mudar o hospital*. Dissertação de Mestrado não publicada, Universidade de Beira Interior: Ciências Sociais e Humanas.
- Baraldi, S. (2002) The Balanced Scorecard in hospitals: performances measurement as a driver of change — a case study. In: Epstein, M. e Manzoni, J. (Ed.). *Performance measurement and management control: a compendium of research*. Oxford: Elsevier Science.
- Barbosa, C. & Perez, G. (2016) Implantação do Balanced Scorecard em Empresa Familiar do Setor de Serviços: Um Estudo de Caso. *Contabilidade Vista & Revista*, 27(1): 1-24.
- Barboza, L. (2011) *O Uso Equilibrado de Indicadores Balanceados*, comunicação apresentada no VII Congresso Nacional de Excelência em Gestão, 12-14 de Agosto de 2013, Rio de Janeiro.
- Barcellos, P. (2002) Estratégia Empresarial in Schmidt, P. (org.) *Controladoria: agregando valor para a empresa*. Porto Alegre, Bookmam.

- Beer, M. & Eisenstat, R. (2000) The silent killers of strategy implementation and learning. *Sloan Management Review*, 41(4): 29-40.
- Behrouzi, F. & Ma'aram, A. (2019) Identification and ranking of specific Balanced Scorecard performance measures for hospitals: A case study of private hospitals in the Klang Valley area, Malaysia. *The International Journal of Health Planning and Management* 34 (4), 1364–1376. <https://doi.org/10.1002/hpm.2799>.
- Bittar, O. (2001) Indicadores de qualidade e quantidade em saúde. *Revista de Administração em Saúde*, São Paulo, 3(12): 21-28.
- Bourguignon, A., Malleret, V. & Norreklit, H. (2004) The American Balanced Scorecard vs. the French Tableau de bord: the ideological dimension management. *Accounting Research*, 15(2): 107-134.
- Caldeira, J. (2010) *Implementação do Balanced Scorecard no Estado: gerir a performance estratégica para a criação de valor público*. Coimbra, Almedina.
- Calhau, A. (2009) *Concepção 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.
- Carvalho, F., Dias, L. & Prochnik, V. (2005) *A Utilização do Balanced Scorecard em hospitais: O Caso do Hospital Nove de Julho*, comunicação apresentada no IX Congresso Internacional de Custos, “A Gestão de Custos na Era da Gestão do Conhecimento”, 28-30 Novembro, Florianópolis.
- Caudle, S. (2008) The Balanced Scorecard: A Strategic Tool in Implementing Homeland Security Strategies. *Homeland Security Affairs*, 4 (3): 1-17.
- Chang, W., Tung, Y., Huang, C. & Yang, M. (2008) Performance improvement after implementing the Balanced Scorecard: A large hospital's experience in Taiwan. *Total Quality Management & Business Excellence*, 19(11): 1143–1154. <https://doi.org/10.1080/14783360802323560>.
- Chavan, M. (2009) The Balanced Scorecard: a new challenge. *Journal of Management Development*, 28(5): 393–406.
- Chen, H., Hou, Y. & Chang, R. (2012) Application of the Balanced Scorecard to an academic medical center in Taiwan: the effect of warning systems on improvement of hospital performance. *Journal of the Chinese Medical Association*, 75(10): 530–535. <https://doi.org/10.1016/j.jcma.2012.07.007>.
- Chen, X., Yamauchi, K., Kato, K., Nishimura, A. & Ito, K. (2006) Using the Balanced Scorecard to measure Chinese and Japanese hospital performance. *International Journal of Health Care Quality Assurance*, 19(4): 339–350. <https://doi.org/10.1108/09526860610671391>.
- Chow, C., Ganulin, D., Teknika, O., Haddad, K. & Williamson J. (1998) The Balanced Scorecard: A Potent Tool for Energizing and Focusing Healthcare Organization Management. *Journal of Healthcare Management*, 43(3): 263-279.

- Collis, D. & Rukstad, M. (2008) Can you say what your strategy is? *Harvard Business Review*, 86(4): 82-90.
- Collins, J. & Porras, J. (1996) Building Your Company's Vision. *Harvard Business Review*, 74(5): 65-77.
- Corral, A. & Urieta, C. (2001) *Nuevas Herramientas de Gestión Pública: El Quadro de Mando Integral*. Madrid, Ortega Ediciones Gráficas.
- Cruz, I. (2005) *O Balanced Scorecard e a Gestão das Organizações Hospitalares*, comunicação apresentada nas XV Jornadas Hispano-Lusas de Gestão Científica, 2-4 de Fevereiro, Sevilha: 441-446.
- Cruz, L.; Geada, F. & Silva, T. (2012) *Value Balanced Scorecard: ferramenta para atingir a excelência*. Lisboa, Edições Sílabo.
- Dias, V. (2014) *Análise da implementação da ferramenta Balanced Scorecard num hospital EPE*. Dissertação de mestrado, ISCTE-IUL, Lisboa. Disponível em [www:http://hdl.handle.net/10071/8603](http://hdl.handle.net/10071/8603) (acedido a 10 de Outubro de 2019).
- Donato, H. & Donato, M. (2019) Etapas na condução de uma revisão sistemática, *Acta Médica Portuguesa*, 32(3): 227-235.
- El-Jardali, F., Saleh, S., Ataya, N. & Jamal, D. (2011) Design, implementation and scaling up of the Balanced Scorecard for hospitals in Lebanon: Policy coherence and application lessons for low and middle income countries. *Health Policy*, 103(2-3): 305–314. <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2011.05.006>.
- Epstein, M. & Manzoni, J. (1998) Implementing corporate strategy: from Tableaux de Bord to Balanced Scorecards. *European Management Journal*, 16(2): 190-203.
- Ferreira, J. (2012) *O Balanced Scorecard na avaliação de desempenho: aplicação na Bosch Security Systems*. Dissertação de Mestrado não publicada, Instituto Universitário de Lisboa. Disponível em [www:http://hdl.handle.net/10071/4634](http://hdl.handle.net/10071/4634) (acedido a 10 de junho de 2019).
- Freire, A. (1997) *Estratégia: Sucesso em Portugal*. Lisboa, Editorial Verbo.
- Freitas, C. (2015) *Aplicação da metodologia de Balanced Scorecard a um serviço de cardiologia de um hospital público*. Dissertação de Mestrado não publicada, Faculdade de Economia do Porto. Disponível em <https://comum.rcaap.pt/> (acedido a 04 de junho de 2019).
- Gallon, A., Nascimento, S., Ensslin, S., Ensslin, L. & Dutra, A. (2008) Mapeamento das ferramentas gerenciais para avaliação de desempenho disseminadas em pesquisas da área de engenharia. *Revista P&D em Engenharia de Produção*, 7: 53-72.
- Gao, H., Chen, H., Feng, J., Qin, X., Wang, X., Liang, S., Zhao, J. & Feng, Q. (2018) Balanced Scorecard-Based Performance Evaluation of Chinese County Hospitals in Underdeveloped Areas. *Journal of International Medical Research* 46(5): 1947–1962. <https://doi.org/10.1177/0300060518757606>.

- García, B. (2007) *El Uso de la Información para la Gestión por parte de los Clínicos. Un Estudio en los Hospitales Públicos Españoles*, comunicação apresentada no XIV Congreso AECA, “Empresa y Sociedad: Respondiendo al Cambio”, 19-21 de Setembro Valencia.
- Gordon, D., Chapman, R., Kunov, H., Dolan, A. & Carter, M. (1998) Hospital Management Decision Support: a Balanced Scorecard approach. *Studies in Health Technology and Informatics*, 52: 453-456.
- Grant, R. (2013) *Contemporary Strategy Analysis*. Chichester, John Wiley & Sons.
- Griffith, J. (1994) Reengineering Health Care: Management Systems for Survivors. *Hospital & Health Services Administration*, 39(4): 451-470.
- Harris, J., Quatman, C., Manring, M., Siston, R. & Flanigan, D. (2014) How to write a systematic review. *The American Journal of Sports Medicine*, 42: 2761-2768.
- Higgins, J. & Green, S. (2011) Cochrane Handbook for Systematic Reviews of Interventions Version 5.1.0. *The Cochrane Collaboration*, 2011. Disponível em www.cochrane-handbook.org. (acedido a 29 de fevereiro de 2020).
- Hitt, A., Ireland, R. & Hoskisson R. (2009) *Strategic Management Concepts & Cases. Competitiveness and Globalization*. South-Western Cengage Learning.
- Hoque, Z. (2014) 20 Years of Studies on the Balanced Scorecard: Trends, Accomplishments, Gaps and Opportunities for Future Research. *The British Accounting Review*, 46(1): 33-59. <https://doi.org/10.1016/j.bar.2013.10.003>.
- Inamdar N., Kaplan, R. & Bower, M. (2002) Applying the Balanced Scorecard in healthcare provider organizations. *Journal Healthcare Management*, 47(3): 179-195.
- Ittner, C. & Larcker, D. (1998) Innovations in performance measurement: Trends and research implications. *Journal of Management Accounting Research*, 10(2): 205-238.
- Jabbour, C. (2013) Environmental training in organisations: From a literature review to a framework for future research. *Resources, Conservation and Recycling*, 74: 144-155.
- Joyce L. (2003) *Performance Management in the Health Service*, comunicação apresentada no seminário de segurança pública QMW, Dublin, 11 de Setembro de 2003.
- Jordan, H., Neves, J. & Rodrigues, J. (2011) *O Controlo de Gestão*. Lisboa, Áreas Editora.
- Kallás, D. & Coutinho, A. (2005) *Gestão da Estratégia: experiências e lições de empresas Brasileiras*. Rio de Janeiro, Elsevier.

- Kallás, D. & Ribeiro, F. (2008) *Balanced Scorecard (BSC) – Conceitos Gerais*. Disponível em: http://kcd.com.br/arquivos/3bsc_conceitos_gerais_2008.pdf (acedido a 15 de outubro de 2019).
- Kanji, G., & Sá, P. (2002) Kanji's Business Scorecard. *Total Quality Management*, 13(1): 13-27.
- Kaplan, R. (2010) Conceptual Foundations of the Balanced Scorecard. *Harvard Business School Publishing Corporation*: 1-36.
- Kaplan, R. & Norton, D. (2009) *Prémio de Execução. Concretize a estratégia do seu negócio com eficácia e reforce a sua vantagem competitiva*. Lisboa, Actual Editora.
- Kaplan, R. & Norton, D. (2008) Mastering the Management System. *Harvard Business Review*: 63-77.
- Kaplan, R. & Norton, D. (2006) *Alinhamento: Utilizando o Balanced Scorecard para criar sinergias corporativas*. Rio de Janeiro, Campus.
- Kaplan, R. & Norton D. (2004) *Strategy Maps: Converting Intangible Assets Into Tangible Outcomes*. Boston, Harvard Business Scholl Press.
- Kaplan, R. & Norton, D. (2001) *The strategy focused organization: how Balanced Scorecard companies thrive in the new business environment*. Boston, Harvard Business Scholl Press.
- Kaplan, R. & Norton, D. (2000) Having trouble with your strategy? Then map it. *Harvard Business Review*, 78(5): 167-176.
- Kaplan, R. & Norton, D. (1997) *A estratégia em ação: Balanced Scorecard*. Rio de Janeiro, Campus.
- Kaplan, R. & Norton, D. (1996) *Translating strategy into action – the BSC*. Boston, Harvard Business School Press.
- Kaplan, R. & Norton, D. (1993) Putting the Balanced Scorecard to work. *Harvard Business Review*, 71(5): 134-142.
- Kaplan, R. & Norton, D. (1992) The Balanced Scorecard: Measures that drive performance. *Harvard Business Review*, 70(1): 172-180.
- Koumpouros, Y. (2013) Balanced scorecard: application in the General Panarcadian Hospital of Tripolis, Greece. *International Journal of Health Care Quality Assurance*, 26(4): 286–307. <https://doi.org/10.1108/09526861311319546>.
- Lin, Q., Liu, L., Liu, H. & Wang, D. (2013) Integrating hierarchical Balanced Scorecard with fuzzy linguistic for evaluating operating room performance in hospitals. *Expert Systems with Applications*, 40(6): 1917–1924. <https://doi.org/10.1016/j.eswa.2012.10.007>.
- Lindlbauer I., Jonas S., & Vera W. (2016) Change in Technical Effeicienscy After Quality Managemen Certification: A DEA Approach Using Difference-in-

- Difference Estimation With Genetic Matching in the Hospital Industry. *European Journal of Operation Research*, 250: 1026-1036.
- Lipe, M. & Salterio, S. (2000) The Balanced Scorecard: Judgmental Effects of Common and Unique Performance Measures. *The Accounting Review*, 75: 283-298. <https://doi.org/10.2308/accr.2000.75.3.283> (acedido a 23 de outubro de 2019).
- Lueg, R. (2015) Success Factors in Balanced Scorecard Implementations – A Literature Review. *Management Revue*, 26(4): 306-327. <https://doi.org/10.5771/0935-9915-2015-4-306>.
- Lueg, R., & Julner, P. (2014) How are Strategy Maps Linked to Strategic and Organizational Change? A Review of the Empirical Literature on the Balanced Scorecard. *Corporate Ownership & Control*, 11(4): 439-446.
- Lueg, R., & Silva, A. (2013) When One Size Does Not Fit All: A Literature Review on the Modifications of the Balanced Scorecard. *Problems and Perspectives in Management*, 11(3): 86-94.
- Macedo, N. (2014) O Balanced Scorecard como instrumento de implementação da contratualização interna: o caso dos serviços cirúrgicos do CHTS. *Gestão Hospitalar*, Abril: 4-9.
- Madaleno, J. (2015) *Uma proposta de sistematização de indicadores de desempenho na área hospitalar*. Dissertação de Mestrado, Universidade Federal Fluminense, Niterói.
- Madsen, D., & Stenheim, T. (2015) The Balanced Scorecard: A Review of Five Research Areas. *American Journal of Management*, 15(2): 24-41.
- Maia, J. Oliveira, G. & Martins, R. (2008) O papel da medição de desempenho no processo estratégico: uma tentativa de síntese teórica. *Revista Eletrônica Sistemas & Gestão*, 3(2): 129-146, mai-ago.
- Malina, M. & Selto, F. (2001) Communicating and controlling strategy: an empirical study of the effectiveness of the Balanced Scorecard. *Journal of Management Accounting Research*, 13: 47-90.
- Manica, J. (2009) *Estudo descritivo dos indicadores do desempenho estratégico em empresas sedeadas na Região Autónoma da Madeira*. Dissertação de Mestrado: Universidade de Lisboa, Instituto Superior de Economia e Gestão.
- Martins, N. (2015) *Balanced Scorecard numa organização da economia social*. Dissertação de Mestrado, Universidade de Lisboa, Instituto Superior de Economia e Gestão.
- Martunis, A., Dalimunthe, R., Amalia, K., Juanita, J., Syahputra, H., Adam, M. & Masyudi, M., (2020) Adaptation of the Balanced Scorecard model to measure performance of the departments at Dr Zainoel Abidin Regional General Hospital, Banda Aceh. *Journal of Modelling in Management*. <https://doi.org/10.1108/JM2-09-2018-0149>.

- Marçal, C. (2008) *A avaliação de desempenho empresarial: o passo seguinte à implementação do sistema de gestão*. Dissertação de Mestrado, Escola Brasileira de Administração Pública e de Empresas, Fundação Getúlio Vargas, Rio de Janeiro.
- Massingham, R.; Massingham, P. & Dumay, J. (2018) Improving integrated reporting: A new learning and growth perspective for the Balanced Scorecard. *Journal of Intellectual Capital*, 20: 60–82.
- Matos, L. (2006) *A utilização do Balanced Scorecard para monitorar o desempenho de um hospital*. Dissertação de Mestrado não publicada, Universidade do Minho, Braga.
- Matos, L. & Ramos, I. (2009) *O Balanced Scorecard em hospitais*. Lisboa, Edições Sílabo.
- Meliones, J., Alton, M., Mericle, J., Ballard, R., Cesari, J., Frush, K. & Mistry, K. (2008) 10-Year Experience Integrating Strategic Performance Improvement Initiatives: Can the Balanced Scorecard, Six Sigma®, and Team Training All Thrive in a Single Hospital?. *Advances in Patient Safety: New Directions and Alternative Approaches*, 8(3): 148-153.
- Meliones, J. (2000) Saving Money, Saving Lives. *Harvard Business Review*, 78 (6), 57-67. Disponível em *web of science* (acedido a 18 de setembro de 2019).
- Mintzberg, H. (1994) *The Rise and Fall of Strategic Planning*. Englewood Cliffs, Prentice Hall.
- Mooraj, S., Oyon, D. & Hostettler, D. (1999) The Balanced Scorecard: a Necessary Good or an Unnecessary Evil? *European Management Journal*, 17(5): 481-491, October.
- Naranjo-Gil, D. (2009) Strategic performance in hospitals: the use of the Balanced Scorecard by nurse managers. *Health Care Management Review*, 34(2), 161-170. doi:10.1097/HMR.0b013e31819e8fd0.
- Neely, A., Gregory, M. & Platts, K. (1995) Performance measurement system design - a literature review and research agenda. *International Journal of Operations & Production Management*, 15(4): 80-116.
- Nicholson, J., McCrillis, A. & Williams, J. (2017) Collaboration challenges in systematic reviews: a survey of health sciences librarians. *Journal of the Medical Library Association*, 105: 385-393.
- 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.
- Niven, P. (2003) *Balanced Scorecard Step-By-Step: for government and nonprofit agencies*. New Jersey, John Wiley & Sons, Inc.
- Niven, P. (2002) *Balanced Scorecard - Step by Step - Maximizing Performance and Maintaining Results*. New York, John Wiley & Sons, Inc.

- Norreklit, H. (2003) The Balanced Scorecard: What is the score? A rhetorical analysis of the Balanced Scorecard. *Accounting, Organizations and Society*, 28(6): 591-619.
- Norreklit, H. (2000) The Balanced Scorecard – a critical analysis of some of its assumptions. *Management Accounting Research*, 11: 65-88.
- Ojah, H., Malik, Y., & Ali, A (2019) The Use of the Balanced Scorecard in Improving Health Performance-The Study of the Health Sector in Iraq. *International Journal of Multidisciplinary Research and Publications*, 2(5), 24-30.
- Oliveira, D. (2006) *Planejamento Estratégico: Conceitos, Metodologia e Práticas*. São Paulo, Atlas.
- Oliveira, A., Costa, B. & Cameira, R. (2007) *Proposta para concepção de um sistema de medição de desempenho orientado por processos: aplicação em uma prestadora de serviços de suporte operacional*, comunicação apresentada no XIV SIMPEP - Simpósio de Engenharia de produção, novembro.
- Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico (2015) *Review of health care quality: Portugal raising standards*. Paris, OECD Publishing.
- Oyewo, B., Oyedokun, G., e Azuh, A. (2019) The Use of Multi-Perspective Strategic Performance Measures by Manufacturing Firms: Benefits, Determinants and Challenges. *DLSU Business & Economics Review*, 29(1): 115-130.
- Padoveze, C. (2007) *Controladoria Estratégica e Operacional*. Salvador, Edições Cengage Learning.
- Paré, G., Trudel, M., Jaana, M. & Kitsiou, S. (2015) Synthesizing information systems knowledge: A typology of literature reviews. *Information and Management*, 52(2): 183–199.
- Penha, R. & Costa, J. (2012) Constatações sobre a construção de mapas estratégicos: um estudo de caso no terceiro setor. *GEPROS - Gestão da Produção, Operações e Sistemas*, 7(3): 41-56, julho-setembro.
- Pereira, G. (2005) *Balanced Scorecard em hospitais*. Dissertação de Mestrado, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, Brasil.
- Petrou. S., Kwon, J. & Madan, J. (2018) A practical guide to conducting a systematic review and meta-analysis of health state utility values. *Pharmacoeconomics*, 36: 1043-1061.
- Petticrew, M. & Roberts, H. (2006) *Systematic reviews in the social sciences: a practical guide*. United Kingdom, Blackwell Publishing Ltd.
- Pink, G., McKillop, I., Schraa, E. & Preyra, C. (2001) Creating a Balanced Scorecard for a hospital system. *Journal of healthcare finance*, 27(3), 1-20.
- Pinto, F. (2013) Utilização do Balanced Scorecard em Tempos de Economia Recessiva. *Revista da Ordem dos Contabilistas Certificados*, 159: 55-64.

- Pinto F. (2009) *Balanced Scorecard - Alinhar Mudanças, Estratégia e Performance nos Serviços Públicos*. Lisboa, Edições Sílabo.
- Porporato, M., Tsasis, P. & Marin, L. (2017) Do hospital Balanced Scorecard measures reflect cause-effect relationships? *International Journal of Productivity and Performance Management*, 66(3): 338–361. <https://doi.org/10.1108/IJPPM-02-2015-0029>.
- Prazeres, R., Lopes, L. & Meira, J. (2013) Balanced Scorecard (BSC): Uma análise do Perfil de suas Aplicações nos Anais do ANPCONT, ENANPAD e USP. *Revista de Contabilidade da UFBA*, 7(2): 52-65, maio-agosto.
- Prieto, V., Carvalho, M. & Fischmann, A. (2009) Análise comparativa de modelos de alinhamento estratégico. *Production Journal*, 19(2): 317-331.
- Quadrat-Ullah, H., Chow, C. & Goh, M. (2007) Towards a dynamic Balanced Scorecard approach: the case of Changi General Hospital in Singapore. *International Journal of Enterprise Network Management*, 1(3): 230-237. <https://doi.org/10.1504/IJENM.2007.012756>.
- Quesado, P., Guzmán, B. & Rodrigues, L. (2018) Advantages and contributions in the Balanced Scorecard implementation. *Intangible Capital*, vol. 14 (1): 186-201.
- Quesado, P., & Macedo, N. (2010) O Balanced Scorecard no Serviço de Urgência de um Hospital Público Empresarializado: Estudo de Caso. *XIV Encontro AECA, 42d*. Coimbra. Disponível em <http://www.aeca1.org/> (acedido a 13 de setembro de 2019).
- Quintella, O. (2004) *O Balanced Scorecard como Ferramenta para o Desenvolvimento de um Sistema De Medição Do Desempenho: Uma Proposta De Implantação*. Dissertação de Mestrado, Universidade Federal Fluminense, Niterói.
- Rabbani, F., Jafri, S., Abbas, F., Shah, M., Azam, S., Shaikh, B., Brommels, M. & Tomson, G. (2010) Designing a Balanced Scorecard for a tertiary care hospital in Pakistan: a modified Delphi group exercise. *The International Journal of Health Planning and Management*, 25(1): 74–90. <https://doi.org/10.1002/hpm.1004>.
- Rabbani, F., Lalji, S., Abbas, F., Jafri, S., Razzak, J., Nabi, N., Jahan, F., Ajmal, A., Petzold, M., Brommels, M. & Tomson, G. (2011) Understanding the context of Balanced Scorecard implementation: a hospital-based case study in Pakistan. *Implementation Science*, 6(1): 2-14. <https://doi.org/10.1186/1748-5908-6-31>.
- Rahimi, H., Bahmaei, J., Shojaei, P., Kavosi, Z. & Khavasi, M. (2018) Developing a Strategy Map to Improve Public Hospitals Performance with Balanced Scorecard and DEMATEL Approach. *Shiraz E-Medical Journal* In Press, 19(7). <https://doi.org/10.5812/semj.64056>.
- Ribeiro, C. (2008) O controlo de gestão nas unidades de saúde: o Balance Scorecard. *TOC*, 100: 61–66.
- Rompho, N. (2011) Why the Balanced Scorecard fails in SME's: a case study. *International Journal of Business and Management*, 6(11): 39-46.

- Rua, O. e Silva, T. (2016) Contribuição do Balanced Scorecard para a Gestão Estratégica das Unidades Hospitalares públicas empresariais: Um Estudo de Caso. *Portuguese Journal of Finance, Management and Accounting*, 2(4): 100-136. Disponível em <http://u3isjournal.isvouga.pt/index.php/PJFMA>.
- Russo, J. (2015) *Balanced Scorecard para PME e Pequenas e Médias Instituições*. Lisboa, Lidel.
- Sampaio, R. & Mancini, M. (2006) Estudos de revisão sistemática: um guia para síntese criteriosa da evidência científica. *Revista Brasileira de Fisioterapia*, 11(1): 83- 89.
- Sanchez, K., Stadnick, K. & Erdmann, R. (2002) *Balanced Scorecard: Uma Ferramenta de Inovação Gerencial na Gestão de Organizações Hospitalares*, comunicação apresentada no XXII Simpósio de Gestão da Inovação Tecnológica, 6-8 de Novembro, Salvador da Bahia, Brasil.
- Santos, L. (2014) *Balanced scorecard: contributos para a implementação na Administração Local*. Dissertação de Mestrado, Instituto Superior de Educação e Ciências, Lisboa.
- Santos, A. (2008) *Gestão estratégica: conceitos, modelos e instrumentos*. Lisboa, Escolar Editora.
- Santos, A. (2006) *Balanced Scorecard em Portugal: Visão, Estratégia e Entusiasmo*. Cascais, Editora Pergaminho.
- Schmidt, S., Bateman, I., Breinlinger, J. & Smith, P. (2006) A management approach that drives actions strategically: Balanced scorecard in a mental health trust case study. *International Journal of Health Care Quality Assurance*, 19(2): 119–135. <https://doi.org/10.1108/09526860610651663>.
- Senge, P. (2010) *A Quinta Disciplina: arte e prática da organização que aprende*. Rio de Janeiro, Best Seller.
- Serrano, V. (2017) *Balanced scorecard para a saúde mental infantojuvenil: proposta para a especialidade de pedopsiquiatria do Hospital Dona Estefânia*. Dissertação de Mestrado, Escola Nacional de Saúde Pública, Lisboa.
- Silva, I. (2012) *Gestão estratégica: Balanced Scorecard para uma entidade hospitalar*. Dissertação de Mestrado, Instituto Politécnico do Porto, Porto.
- Silva, J. & Nunes J. (2007) *O Balanced Scorecard na Gestão Estratégica: Caso de um Hospital Público*, comunicação apresentada no II Seminário de Gestão em Saúde, 18-19 Maio, Universidade da Beira Interior, Covilhã.
- Silva, B. & Prochnik, V. (2005) *Seven Challenges for the Implementation of Balanced Scorecard in Hospitals*, comunicação apresentada na 3ª Conference on Performance Measurement and Management Control, 22-23 de Setembro, Nice.
- Smith, R., (2007) *Business Process Management and the Balanced scorecard: using processes as strategic drivers*. New Jersey, John Wiley and Sons.

- Smith, M. & Loonam, J. (2016) Exploring strategic execution: A case study on the use of the Balanced Scorecard within an Irish hospital. *Journal of Strategy and Management*, 9(4): 406–428. <https://doi.org/10.1108/JSMA-11-2015-0094>.
- Sousa, J. (2016) *Proposta de Balanced Scorecard para a unidade local de saúde da Guarda*. Dissertação de Mestrado, Universidade de Lisboa. Instituto Superior de Economia e Gestão.
- Sousa, M. & Rodrigues, L. (2002) *O Balanced Scorecard: um instrumento de gestão estratégica para o século XXI*. Porto, Rei dos Livros.
- Skrinjar, R., Bosilj-Vuksic, V. & Stemberger, M. (2008) The impact of business process orientation on financial and non financial performance. *Business Process Management Journal*, 14 (5): 738-754.
- Tachizawa, T. & Rezende, W. (2000) *Estratégia Empresarial. Tendência e Desafios: Um enfoque na realidade brasileira*. São Paulo, Makron Books.
- 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.
- Tuan, T. (2020) The Impact of Balanced Scorecard on Performance: The Case of Vietnamese Commercial Banks. *The Journal of Asian Finance, Economics and Business (JAFEB)*, 7(1): 71-79.
- Uttley, L. & Montgomery, P. (2017) The influence of the team in conducting a systematic review. *Systematic Reviews*, 6(1):149.
- Verzola, A., Bentivegna, R., Carandina, G., Trevisani, L., Gregorio, P. & Mandini, A. (2009) Multidimensional evaluation of performance: experimental application of the Balanced Scorecard in Ferrara university hospital. *Cost Effectiveness and Resource Allocation*, 7(1): 7-15. <https://doi.org/10.1186/1478-7547-7-15>.
- Vieira, E. (2008) *Características Da Medição De Desempenho Organizacional: um estudo descritivo nos hospitais do Estado do Rio Grande do Norte*. Dissertação de Mestrado, Universidade Federal do Rio Grande do Norte.
- Vitória, F. (2017) *Balanced Scorecard: Uma revisão da literatura (2000 – 2017)*. Projeto de Pós-graduação, Universidade de Brasília.
- Walker, K. & Dunn, L. (2006) Improving hospital performance and productivity with the Balanced Scorecard. *Academy of Health Care Management Journal*, (2): 85-110.
- Ward, R., Usher-Smith, J. & Griffin, S. (2019) How to produce a systematic review. *InnovAiT*, 12(3): 155-157.
- Weiss, A. & Downar, J. (2013) Ontario Hospitals Are Not Using Palliative Care Performance Indicators in Their Balanced Scorecards. *Journal of Pain and Symptom Management* 46(2), e1–e5. <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2013.03.006>.

- Werner, M. & Xu, F. (2012) Executing Strategy with the Balanced Scorecard. *Internacional Journal of Financial Research*, 3(1): 88-94.
- Wright, R; Brand, R; Dunn, W. & Spindler, K. (2007) How to write a systematic review. *Clinical Orthopaedics and Related Research*, 455: 23-9.
- Xiao, Y. & Watson, M. (2017) Guidance on Conducting a Systematic Literature Review. *Journal of Planning Education and Research*, 1-20.
- Yang, M. & Tung, Y. (2006) Using Path Analysis to Examine Causal Relationships Among Balanced Scorecard Performance Indicators for General Hospitals: the Case of a Public Hospital System in Taiwan. *Healthcare management review*, 31(4): 280-288. DOI:[10.1097/00004010-200610000-00003](https://doi.org/10.1097/00004010-200610000-00003).
- Zelman, W., Pink, G. e Matthias, C. (2003) Use of the Balanced Scorecard in Health Care. *Journal of Health Care Finance*, 29 (4): 1-16.
- Zhou, P., Zhou, P., Yüksel, S., Dinçer, H., & Uluer, G. (2020) Balanced Scorecard-Based Evaluation of Sustainable Energy Investment Projects with IT2 Fuzzy Hybrid Decision Making Approach. *Energies*, 13(1): 82.

APÊNDICES

Apêndice 1 - Bibliografia dos artigos utilizados na revisão da literatura

- Behrouzi, F. & Ma'aram, A. (2019) Identification and ranking of specific Balanced Scorecard performance measures for hospitals: A case study of private hospitals in the Klang Valley area, Malaysia. *The International Journal of Health Planning and Management* 34 (4), 1364–1376. <https://doi.org/10.1002/hpm.2799>.
- Chang, W., Tung, Y., Huang, C. & Yang, M. (2008) Performance improvement after implementing the Balanced Scorecard: A large hospital's experience in Taiwan. *Total Quality Management & Business Excellence*, 19(11): 1143–1154. <https://doi.org/10.1080/14783360802323560>.
- Chen, H., Hou, Y. & Chang, R. (2012) Application of the Balanced Scorecard to an academic medical center in Taiwan: the effect of warning systems on improvement of hospital performance. *Journal of the Chinese Medical Association*, 75(10): 530–535. <https://doi.org/10.1016/j.jcma.2012.07.007>.
- Chen, X., Yamauchi, K., Kato, K., Nishimura, A. & Ito, K. (2006) Using the Balanced Scorecard to measure Chinese and Japanese hospital performance. *International Journal of Health Care Quality Assurance*, 19(4): 339–350. <https://doi.org/10.1108/09526860610671391>.
- El-Jardali, F., Saleh, S., Ataya, N. & Jamal, D. (2011) Design, implementation and scaling up of the Balanced Scorecard for hospitals in Lebanon: Policy coherence and application lessons for low and middle income countries. *Health Policy*, 103(2-3): 305–314. <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2011.05.006>.
- Gao, H., Chen, H., Feng, J., Qin, X., Wang, X., Liang, S., Zhao, J. & Feng, Q. (2018) Balanced Scorecard-Based Performance Evaluation of Chinese County Hospitals in Underdeveloped Areas. *Journal of International Medical Research* 46(5): 1947–1962. <https://doi.org/10.1177/0300060518757606>.
- Gordon, D., Chapman, R., Kunov, H., Dolan, A. & Carter, M. (1998) Hospital Management Decision Support: a Balanced Scorecard approach. *Studies in Health Technology and Informatics*, 52: 453-456.
- Inamdar N., Kaplan, R. & Bower, M. (2002) Applying the Balanced Scorecard in healthcare provider organizations. *Journal Healthcare Management*, 47(3): 179-195.
- Koumpouros, Y. (2013) Balanced Scorecard: application in the General Panarcadian Hospital of Tripolis, Greece. *International Journal of Health Care Quality Assurance*, 26(4): 286–307. <https://doi.org/10.1108/09526861311319546>.
- Lin, Q., Liu, L., Liu, H. & Wang, D. (2013) Integrating hierarchical Balanced Scorecard with fuzzy linguistic for evaluating operating room performance in hospitals. *Expert Systems with Applications*, 40(6): 1917–1924. <https://doi.org/10.1016/j.eswa.2012.10.007>.
- Martunis, A., Dalimunthe, R., Amalia, K., Juanita, J., Syahputra, H., Adam, M. & Masyudi, M., (2020) Adaptation of the Balanced Scorecard model to measure performance of the departments at Dr Zainoel Abidin Regional General Hospital, Banda Aceh. *Journal of Modelling in Management*. <https://doi.org/10.1108/JM2-09-2018-0149>.

- Meliones, J., Alton, M., Mericle, J., Ballard, R., Cesari, J., Frush, K. & Mistry, K. (2008) 10-Year Experience Integrating Strategic Performance Improvement Initiatives: Can the Balanced Scorecard, Six Sigma®, and Team Training All Thrive in a Single Hospital?. *Advances in Patient Safety: New Directions and Alternative Approaches*, 8(3): 148-153.
- Naranjo-Gil, D. (2009) Strategic performance in hospitals: the use of the Balanced Scorecard by nurse managers. *Health Care Management Review*, 34(2), 161-170. doi:10.1097/HMR.0b013e31819e8fd0.
- Pink, G., McKillop, I., Schraa, E. & Preyra, C. (2001) Creating a Balanced Scorecard for a hospital system. *Journal of healthcare finance*, 27(3), 1-20.
- Porporato, M., Tsisis, P. & Marin, L. (2017) Do hospital Balanced Scorecard measures reflect cause-effect relationships? *International Journal of Productivity and Performance Management*, 66(3): 338–361. <https://doi.org/10.1108/IJPPM-02-2015-0029>.
- Qudrat-Ullah, H., Chow, C. & Goh, M. (2007) Towards a dynamic Balanced Scorecard approach: the case of Changi General Hospital in Singapore. *International Journal of Enterprise Network Management*, 1(3): 230-237. <https://doi.org/10.1504/IJENM.2007.012756>.
- Rabbani, F., Jafri, S., Abbas, F., Shah, M., Azam, S., Shaikh, B., Brommels, M. & Tomson, G. (2010) Designing a Balanced Scorecard for a tertiary care hospital in Pakistan: a modified Delphi group exercise. *The International Journal of Health Planning and Management*, 25(1): 74–90. <https://doi.org/10.1002/hpm.1004>.
- Rabbani, F., Lalji, S., Abbas, F., Jafri, S., Razzak, J., Nabi, N., Jahan, F., Ajmal, A., Petzold, M., Brommels, M. & Tomson, G. (2011) Understanding the context of Balanced Scorecard implementation: a hospital-based case study in Pakistan. *Implementation Science*, 6(1): 2-14. <https://doi.org/10.1186/1748-5908-6-31>.
- Rahimi, H., Bahmaei, J., Shojaei, P., Kavosi, Z. & Khavasi, M. (2018) Developing a Strategy Map to Improve Public Hospitals Performance with Balanced Scorecard and DEMATEL Approach. *Shiraz E-Medical Journal* In Press, 19(7). <https://doi.org/10.5812/semj.64056>.
- Schmidt, S., Bateman, I., Breinlinger, J. & Smith, P. (2006) A management approach that drives actions strategically: Balanced scorecard in a mental health trust case study. *International Journal of Health Care Quality Assurance*, 19(2): 119–135. <https://doi.org/10.1108/09526860610651663>.
- Smith, M. & Loonam, J. (2016) Exploring strategic execution: A case study on the use of the Balanced Scorecard within an Irish hospital. *Journal of Strategy and Management*, 9(4): 406–428. <https://doi.org/10.1108/JSMA-11-2015-0094>.
- Verzola, A., Bentivegna, R., Carandina, G., Trevisani, L., Gregorio, P. & Mandini, A. (2009) Multidimensional evaluation of performance: experimental application of the Balanced Scorecard in Ferrara university hospital. *Cost Effectiveness and Resource Allocation*, 7(1): 7-15. <https://doi.org/10.1186/1478-7547-7-15>.

- Weiss, A. & Downar, J. (2013) Ontario Hospitals Are Not Using Palliative Care Performance Indicators in Their Balanced Scorecards. *Journal of Pain and Symptom Management* 46(2), e1–e5. <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2013.03.006>.
- Yang, M. & Tung, Y. (2006) Using Path Analysis to Examine Causal Relationships Among Balanced Scorecard Performance Indicators for General Hospitals: the Case of a Public Hospital System in Taiwan. *Healthcare management review*, 31(4): 280-288. DOI:[10.1097/00004010-200610000-00003](https://doi.org/10.1097/00004010-200610000-00003).