



INSTITUTO SUPERIOR TÉCNICO
Universidade Técnica de Lisboa

Concepção de um Sistema de Balanced Scorecard para o Serviço de Traumatologia do Hospital Garcia de Orta

Ana Rita Lourenço Calhau

Dissertação para obtenção do Grau de Mestre em
Engenharia Biomédica

Júri

Presidente: Prof. Mónica Oliveira

Orientador: Prof. Doutor Luis Almeida

Prof. Doutora Teresa Paiva

Vogal: Eng. Artur Alves

Junho de 2009

Agradecimentos

Para começar, quero agradecer ao Eng. Artur Alves me ter oferecido a possibilidade de realizar um trabalho que me deu tanto prazer. Agradeço igualmente toda a disponibilidade e apoio prestado. A sua ajuda e conselhos foram fundamentais.

A realização deste trabalho não teria sido possível sem o consentimento e ajuda do Prof. Luís Tadeu, presidente da empresa FORDESI, que assim disponibilizou os meios para que tal se concretizasse, pelo que para ele vai um agradecimento especial.

Dentro da empresa FORDESI importa ainda referir o Nuno, que me deu o apoio necessário ao nível dos sistemas de informação e o Hugo, por todo o tempo e paciência que despendeu a me ajudar com o software FOR XML.

A concretização prática da Tese no Hospital Garcia de Orta deveu-se ao Dr. Álvaro de Carvalho, antigo administrador deste hospital. Não só foi fundamental nos passos iniciais mas também no ultrapassar dos vários obstáculos que foram surgindo, pelo que não podia ser esquecido.

Para o Dr. Craveiro Lopes, director do Serviço de Traumatologia do Hospital Garcia de Orta, vai um obrigado muito forte e sincero por todos os esclarecimentos e prestabilidade. Não é comum encontrar alguém a disponibilizar um tempo ilimitado.

Quero também agradecer à Prof. Teresa Paiva por ter acreditado neste trabalho e aceitado orientar-me, mesmo numa fase mais posterior.

Para terminar, quero expressar a minha gratidão a todos os que me fizeram sorrir em momentos de desânimo e que me acompanharam nos momentos de entusiasmo. Aos meus pais, à minha maninha, ao Pedro, e a todos “aqueles” amigos, obrigado por tudo.

Abstract

This work aimed at developing the Balanced Scorecard (BSC) methodology, a strategic management and performance evaluation tool, in a public hospital department, namely in the Traumatology Department of Hospital Garcia de Orta. In this theoretic implementation, the department strategy was formulated in objectives and measures, which allowed the identification of the problems that unable the prosecution of the service's mission and the injection of relevant information in the decision process.

After an information collecting phase, revision of the mission, values, vision, and strategy concepts, and meetings with the central actors, the perspectives that would figure in this model were developed: patients/stakeholders, budget, internal processes and learning and growth. Afterwards, the objectives to each perspective were defined, culminating this process in the preparation of the strategic map. In parallel, the measurement system was established, followed by the setting of targets and initiatives. Finally, a scorecard with 20 objectives and 26 measures, distributed by 4 perspectives, was obtained. To make the conceptualization of the BSC more appellative and organized, the obtained data were introduced in the FOR XML software.

The Balanced Scorecard tool proved to be very flexible, being successfully adapted to the Traumatology Department. Its development was very advantageous to the understanding of the strategy, providing, in a quick and attractive way, useful information, and revealing to be extremely important in the service management process. A practical implementation is left as future work.

Keywords: Management of health public services, performance evaluation, Balanced Scorecard, FOR XML

Resumo

Com este trabalho, pretendeu-se desenvolver num serviço público hospitalar, concretamente, no serviço de Traumatologia do Hospital Garcia de Orta, a metodologia Balanced Scorecard (BSC), ferramenta de gestão estratégica e de avaliação do desempenho. Com esta implementação teórica, procurou formular-se a estratégia do serviço num sistema de objectivos e indicadores, de forma a identificar os problemas que dificultam a prossecução da missão do serviço e injectar no processo de decisão informação relevante.

Para tal, após uma fase de recolha de informação, revisão dos conceitos missão, valores, visão e estratégia, e de reuniões com os principais actores internos, foram definidas as perspectivas que iriam figurar neste modelo: doentes/stakeholders, orçamento, processos internos e aprendizagem e crescimento. De seguida, definiram-se os objectivos e iniciou-se o estabelecimento das relações causa-efeito que lhes dão significado, culminando este processo na elaboração do mapa estratégico. Paralelamente, procedeu-se ao estabelecimento do sistema de indicadores, seguindo-se a determinação das metas e das iniciativas. No final obteve-se um scorecard com 20 objectivos e 26 indicadores, distribuídos pelas 4 perspectivas. De forma a tornar a conceptualização do BSC mais apelativa e organizada, introduziram-se os dados obtidos no software FOR XML.

A ferramenta BSC mostrou-se bastante flexível, tendo a sua adaptabilidade ao serviço de Traumatologia sido concluída com sucesso. O seu desenvolvimento foi muito vantajoso para a compreensão da estratégia, fornecendo, de forma rápida e atractiva, informação útil, e revelando-se bastante importante no processo de gestão do serviço. A implementação prática seria o passo seguinte.

Palavras-chave: Gestão de serviços públicos de saúde, avaliação do desempenho, Balanced Scorecard, FOR XML

Índice

Agradecimentos.....	i
Abstract	ii
Resumo	iii
Índice de Figuras	v
Índice de Tabelas	vi
Lista de Abreviações	vii
1. Introdução.....	1
2. Gestão da Performance: Contextualização e sua Importância.....	4
2.1 Tipos de Metodologias Existentes.....	4
3. Balanced Scorecard: de Ferramenta de Medição a Sistema de Gestão Estratégica.....	7
3.1 As Perspectivas do Balanced Scorecard	8
3.2 Pilares do Balanced Scorecard: Missão, Valores, Visão e Estratégia.....	11
3.3 Objectivos e Medidas/Indicadores de Desempenho.....	13
3.4 Mapas Estratégicos.....	14
3.5 Metas e Iniciativas.....	14
4. Adaptação do Balanced Scorecard aos Serviços Públicos.....	16
4.1 Case Studies: O Sector da Saúde	19
4.1.1 Duke Children’s Hospital	19
4.1.2 Agência de Saúde Pública de Barcelona	22
4.2 Problemas no Desenvolvimento do Balanced Scorecard no Sector Público.....	24
5. Hospitais EPE.....	26
5.1 Indicadores Hospitalares.....	28
5.2 Hospital Garcia de Orta.....	29
5.2.1 Serviço de Ortopedia e Traumatologia.....	31
6. Aplicação do Balanced Scorecard no Serviço de Traumatologia do Hospital Garcia de Orta.....	36
6.1 Formulação do Problema	36
6.2 Método.....	38
6.2.1 Definição das Perspectivas	39
6.2.2 Definição de Objectivos Estratégicos.....	40
6.2.3 Escolha e Elaboração de Indicadores.....	43
6.2.4 Mapa Estratégico.....	48
6.2.5 Elaboração do Plano Estratégico: Metas e Iniciativas	51
6.2.5.1 Metas.....	51
6.2.5.2 Iniciativas	57
7. Conclusões e Desenvolvimentos Futuros	65
8. Bibliografia	69
Anexo I	73

Índice de Figuras

Figura 1 Sequência Lógica da gestão da performance	4
Figura 2 Modelo de valor para os serviços públicos	10
Figura 3 Representação esquemática do corpo organizativo do Balanced Scorecard	15
Figura 4 Balanced Scorecard adaptado os serviços públicos	17
Figura 5 Evolução da margem líquida no DCH ao longo da implementação do BSC.....	22
Figura 6 Mapa da localização dos hospitais EPE bem como das 5 sedes da ARS	27
Figura 7 Circuito do doente de traumatologia	33
Figura 8 Representação esquemática do método seguido na concepção do BSC	39
Figura 9 Mapa estratégico para o serviço de Traumatologia do Hospital Garcia de Orta.....	49
Figura 10 Definição de um indicador segundo a sintaxe do XML. Na estrutura de indicadores foram associados os valores obtidos, por período, e as respectivas metas	62
Figura 11 Processo de importação da informação no FOR XML	62
Figura 12 Interface disponibilizada pelo FOR XML para a visualização dos dados.....	63
Figura 13 Visualização de vários indicadores, por perspectiva, em formato gráfico e em tabela, estando associado a cada um deles o valor, a meta e o estado.	64
Figura 14 Processo de disseminação do BSC pelo Hospital Garcia de Orta.....	67

Índice de Tabelas

Tabela 1 Resultado da aplicação do BSC no DCH.....	21
Tabela 2 Objectivos e indicadores definidos para a ASPB no âmbito da implementação do Balanced Scorecard	23
Tabela 3 Indicadores de produção do internamento e bloco operatório referentes ao HGO.....	31
Tabela 4 Comparação entre as perspectivas adoptadas para o serviço de Traumatologia do HGO e as perspectivas originariamente propostas por Kaplan e Norton.....	40
Tabela 5 Objectivos desenvolvidos para o Serviço de Traumatologia do HGO.....	43
Tabela 6 Indicadores desenvolvidos para o Serviço de Traumatologia do HGO	44
Tabela 7 Descrição detalhada da medida P15 – Taxa de desmarcação de consultas.....	48
Tabela 8 Reclamações recebidas, referentes a anos anteriores a 2007.....	52
Tabela 9 Valores para os custos, para os anos de 2005 e 2006.....	52
Tabela 10 Valores para a taxa de mortalidade, referentes a anos anteriores a 2007.....	53
Tabela 11 Valores para o índice de readmissão, referentes a anos anteriores a 2007	53
Tabela 12 Número de intervenções cirúrgicas efectuadas em tempos de cirurgia adicional, referentes a anos anteriores a 2007	53
Tabela 13 Valores para a demora média, referentes a anos anteriores a 2007	54
Tabela 14 Valores para a representatividade da Traumatologia no número de altas da urgência, referentes aos anos de 2007 e 2008	54
Tabela 15 Valores para a taxa de ocupação, referentes a anos anteriores a 2007	54
Tabela 16 Valores para o indicador doente tratado por cama, referentes a anos anteriores a 2007.....	55
Tabela 17 Valores para a taxa de desmarcação de consultas, para os anos de 2006 e 2007 ..	55
Tabela 18 Valores relativos ao número de horas semanais afectas a formação, referentes a anos anteriores a 2007.....	55
Tabela 19 Valores relativos ao número de congressos nacionais e internacionais e ao número de estagiários recebidos ao abrigo do Programa de Estágios do ICOE, referentes a 2005 e 2007.....	56
Tabela 20 Metas desenvolvidas para o serviço de Traumatologia do Hospital Garcia de Orta.	56

Lista de Abreviações

ACSS	Administração Central do Sistema de Saúde
ARS	Administração Regional de Saúde
ASPB	Agência de Saúde Pública de Barcelona
BSC	Balaced Scorecard
DCH	Duke Children's Hospital
DUH	Duke University Hospital
DM	Demora média
EFQM	European Foundation for Quality Management
EPE	Entidade Pública Empresarial
ESE	Escola Superior de Enfermagem
EVA	Escala Visual Analógica
GDH	Grupo de Diagnóstico Homogéneo
GPRA	Government Performance and Results Act
HGO	Hospital Garcia de Orta
ICM	Índice de Case-mix
IGIF	Instituto de Gestão Informática e Financeira da Saúde
INA	Instituto Nacional de Administração
PECLEC	Programa Especial de Combate às Listas de Espera Cirúrgicas
SAPE	Sistema de Apoio às Práticas de Enfermagem
SIADAP	Sistema Integrado de Avaliação do Desempenho da Administração Pública
SIGIC	Sistema Integrado de Gestão de Inscritos para Cirurgia
SNS	Serviço Nacional de Saúde
TM	Taxa de Mortalidade
TO	Taxa de ocupação
QUAR	Quadro de Avaliação e Responsabilização

1. Introdução

“*What you measure is what you get*” (Kaplan e Norton, 1992). Esta frase, publicada em 1992 na *Harvard Business Review*, naquele que viria a ser o primeiro artigo acerca do Balanced Scorecard (BSC), marca uma viragem na forma de ver o mundo dos negócios. Até então, as medidas financeiras de desempenho dominavam a medição da performance das organizações. Contudo, a sua inconsistência com o mundo de negócios, o facto de não oferecerem poder de previsão, para além de poderem fornecer sinais erróneos à melhoria contínua e inovação, tornaram-nas insuficientes para os interessados em atingir os objectivos fundamentais para o sucesso das organizações. Embora as tradicionais medidas financeiras funcionassem adequadamente no contexto da era industrial, estas passaram a estar desenquadradas das competências e capacidades que as companhias, hoje em dia, procuram dominar. Com estas constatações, não se pretendeu denegrir a importância das medidas financeiras, antes ressaltar a sua incompletude.

Da necessidade de um poderoso sistema de medição que complementasse os indicadores financeiros, Kaplan e Norton idealizaram o BSC – um conjunto de objectivos e medidas que fornece, aos gestores e funcionários, uma visão rápida e clara de todo o negócio. Com esta metodologia, passou a balancear-se as medidas financeiras, referentes a actividades já realizadas, com medidas operacionais indutoras da performance futura. Esta nova abordagem foi inicialmente testada, durante 1 ano, em 12 empresas, tendo sido reconhecido o seu valor. O BSC ajudou os gestores a entenderem, explícita e implicitamente, muitas inter-relações que ajudaram a transcender as noções tradicionais sobre as barreiras funcionais e, em última análise, conduziram à melhoria da tomada de decisão e à resolução de problemas.

Desde a sua concepção em 1992, a sua disseminação não mais parou. Um estudo mundial, envolvendo 45 países, e publicado no final de 2007 no livro “*Scorecard Best Practices – Design, Implementation and Evaluation*”, afirma que o BSC é a metodologia mais usada como modelo de gestão da performance – 62% das empresas usam esta ferramenta.

Paralelamente ao sucesso que o BSC ia tendo no sector privado começaram a surgir vozes defensoras da sua aplicação no sector público, sendo para tal necessário algumas mudanças na sua arquitectura, não impeditivas de alcançar igual êxito de implementação.

Nos serviços públicos portugueses, a necessidade de metodologias que permitam informação organizada e disponível, bem como uma prática sistematizada de tratamento e ancoragem de informação factual relevante e de rotinas de análise e avaliação dessa informação está eminente. Nos inícios de 2008, o Instituto Nacional da Administração (INA) divulgou estar a desenvolver acções de formação sobre o Sistema Integrado de Avaliação do Desempenho da Administração Pública (SIADAP) que prevê a avaliação de serviços, dirigentes de topo e funcionários. O BSC está no centro destas acções de formação destacando-se duas já realizadas: “Avaliação dos Serviços no SIADAP – construção dos QUAR (Quadro de Avaliação e Responsabilização) através do BSC” e “Articulação entre BSC e o novo SIADAP”.

Contudo, no que se refere ao sector da saúde, a gestão da performance adquire uma dimensão diferente, pelos desafios que surgem. A gestão da saúde, de características distintivas, é extremamente complexa, constituindo, por isso, um “desafio único de gestão” (Joyce, 2003). Não obstante, são muitos os defensores do BSC neste sector.

Num *workshop* lançado pelo Instituto Europeu para Estudos Avançados em Gestão, Dana Forgione (1997), especialista em gestão de organizações prestadoras de cuidados de saúde, defendeu que neste sector, tal como a divulgação financeira é essencial para a eficiente alocação de capital, também a partilha de informação referente à qualidade é importante para a eficiente alocação dos recursos. O Professor Forgione (1997), defensor entusiástico do uso do BSC em saúde, acredita que o fluxo de informação gerado irá resultar em mercados económicos de saúde mais eficientes e serviços de saúde de melhor qualidade.

Desde a publicação, em 1997, do *paper* de Forgione, intitulado “*Health Care Financial and Quality Measures: International Call for a Balanced Scorecard Approach*”, muito tem acontecido no que respeita ao uso do BSC. Por todo o mundo, numerosos artigos têm surgido decorrentes da sua aplicação nos serviços de saúde, a maioria registando o seu uso numa organização específica (Pink et al, 2001).

Em Portugal, nos últimos anos, têm-se reunido as condições ideais para a aplicação do BSC. Destaca-se a crescente tendência de empresarialização dos hospitais nacionais, com evidências claras de mecanismo de gestão semelhantes aos usados no sector privado, concretamente a introdução de termos de negócio como receitas/vendas e a contratualização da produção com o Serviço Nacional de Saúde (SNS), para além do que já era feita com os subsistemas de saúde (ADSE, forças armadas e outros) e com operadores privados, concretamente as seguradoras. Ao mesmo tempo, foi introduzido nos hospitais a prática corrente de elaboração de planos estratégicos, planos de acção, planos de negócio, de *benchmarking*, e integração destes elementos com sistemas que acompanham o desempenho, disseminam este conhecimento e incentivam boas práticas clínicas. Neste sentido, evidencia-se o sistema *tableau de bord* adoptado pelos chamados hospitais EPE (Entidade Pública Empresarial). Este sistema permite a comparação mensal entre hospitais numa perspectiva de recursos dispendidos na actividade, baseando-se num conjunto de indicadores de índole diversa – operacionais, económico-financeiros, qualidade e serviço. Assim, é possível acompanhar a actividade de todos eles e avaliar a sua evolução.

Ainda que subsistam modelos de gestão diferentes e unidades hospitalares com diferentes níveis de diferenciação, pode afirmar-se que os hospitais portugueses já adoptaram as práticas empresariais e estão a adoptar sistemas de gestão cada vez mais modernos, embora, claro, se mantenham elementos característicos de épocas passadas que retardam este processo e influenciam a eficácia desta nova filosofia.

A adopção de determinadas metodologias, como sendo o BSC, pode ser decidida pelas administrações hospitalares, no âmbito da sua autonomia. Porém, há que salientar que estas são organizações integradas no SNS pelo que têm de responder, primariamente, a estímulos oriundos dos organismos de nível superior.

A aplicabilidade crescente do BSC em Portugal, a sua disseminação paulatina pelos serviços públicos e os casos de sucesso internacionais referentes à sua implementação no sector da saúde, fazem querer que este trabalho será revestido de interesse óbvio para este tipo de organizações.

A Tese de Mestrado desenvolvida encontra-se dividida em duas partes.

Na primeira parte, encontra-se toda a revisão bibliográfica relativa ao BSC. Particularizando, no capítulo 2 é feita a contextualização e referida a importância da existência de ferramentas que

permitam medir a performance. Após o estabelecimento de que o BSC é uma das melhores ferramentas são descritos, no capítulo 3, os seus pilares fundamentais e os passos genéricos envolvidos na sua concepção. O capítulo 4 apresenta as modificações que uma aplicação a um serviço público, nomeadamente a um serviço de saúde como um hospital, exige. De forma a se conferir as vantagens desta metodologia, são ainda apresentados dois casos de estudo onde são enfatizadas as potencialidades desta ferramenta. Um desses casos é o do *Duke Children's Hospital*, cuja situação, antes da implementação do BSC, era bastante semelhante à situação actual de muitos hospitais públicos portugueses. Nesta primeira parte procurou também descrever-se o contexto actual do sector de saúde em Portugal, concretamente, a empresarialização crescente dos Hospitais que passam a constituir entidades públicas empresariais, pois é este o modelo de gestão do Hospital Garcia de Orta, hospital escolhido para se dar início à implementação do BSC (capítulo 5).

A segunda parte desta Tese refere-se à aplicação do BSC no serviço de Traumatologia do Hospital Garcia de Orta. No capítulo 6 é feita a revisão das motivações que levaram à realização deste trabalho, bem como à escolha do serviço de Traumatologia em particular. São, ainda, enumeradas as várias fases seguidas, terminando este capítulo com a concretização do BSC pelas suas várias etapas. Destaca-se a elaboração do mapa estratégico que irá permitir identificar *key projects* e priorizar iniciativas, bem como da interface gráfica que permite uma visualização fácil e rápida da evolução dos vários indicadores estabelecidos. No sétimo e último capítulo são assinaladas as conclusões, bem como vários aspectos que, no futuro, poderão ser melhorados para uma melhor aplicabilidade desta ferramenta.

2. Gestão da Performance: Contextualização e sua Importância

A gestão da performance trata-se de um conceito enraizado, há já vários anos, na gestão das diversas organizações privadas. A partir da década de 80, decorrente da Nova Gestão Pública (*New Public Management*) introduzida em vários países, passou a ter uma relevância significativa nos serviços públicos. Associada a este conceito, de forma absoluta, está a medição.

O princípio base da medição da performance, numa perspectiva organizacional, consiste na criação de metodologias baseadas, essencialmente, em factos numéricos, que facilitem a tomada de decisão e o desenvolvimento de operações que conduzam ao alinhamento de toda a organização para a melhoria da performance. Para tal, são necessários indicadores ou métricas, correctamente identificados e seleccionados, que devem integrar uma infra-estrutura de suporte para recolha, tratamento, análise e interpretação da informação. Através dos *outputs* provenientes da medição é possível motivar e alinhar as pessoas com a missão, visão e objectivos estratégicos, contribuindo-se assim para o sucesso da organização.

Concretizando para os serviços públicos, a medição deve ser particularmente centrada nos resultados, e não na avaliação, para que a medição não seja interpretada num sentido punitivo, mas antes num sentido motivador.

Após a medição, os resultados obtidos deverão ser reportados para os níveis adequados de decisão. Com este reporte adquire-se uma maior transparência e conhecimento real do funcionamento de toda a organização. A gestão e controlo da performance podem, assim, ser vistos como um importante passo intermédio numa sequência lógica que se inicia com um sistema de medição, seguido de reporte, e que culmina com acções de melhoria (Figura 1).

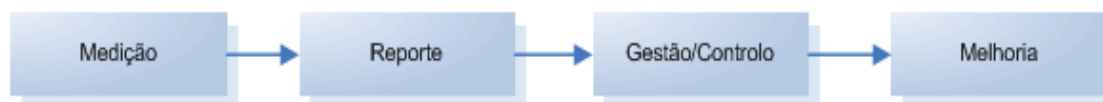


Figura 1 Sequência Lógica da gestão da performance (Fonte: Pinto, 2007)

Devido à importância crescente dada à melhoria da performance por parte das organizações em geral – empresas, serviços públicos e organizações sem fins lucrativos – muito se tem investido, nos últimos anos, em sistemas que visam esse objectivo.

Em Portugal, a avaliação da performance dos seus serviços públicos, encontra-se ainda em estado embrionário quando comparado com os grandes países desenvolvidos, tendo encontrado ao longo dos anos alguma resistência. Portugal não aproveitou a «onda» dos anos 80, continuou a não aproveitá-la nos anos 90, entrando no século XXI com sérios problemas. Contudo, assiste-se hoje, a uma clara vontade de mudança por parte de diferentes intervenientes da política e sociedade portuguesa que deverá ser encarada com optimismo (Pinto, 2007).

2.1 Tipos de Metodologias Existentes

Para a medição da performance existe um vasto conjunto de metodologias que respondem às necessidades das diversas organizações. Na decisão de que modelo reproduz melhor o trabalho que

se pretende desenvolver, há que analisar a natureza da situação em estudo, bem como a relação existente entre os *inputs* e os *outputs*.

Embora o extenso número de metodologias existentes, destacam-se algumas que, pelo êxito alcançado, são hoje frequentemente utilizadas.

- Modelo de excelência da EFQM (*European Foundation for Quality Management*) – O Modelo de Excelência da EFQM foi lançado em 1993, tendo sofrido, desde então, revisões anuais. Embora inicialmente pensado para as grandes indústrias privadas, rapidamente foi transplantado para os diversos tipos de organização. Este modelo é composto por nove critérios classificados como “meios” – liderança, política e estratégia, pessoas, parcerias e recursos, e processos – e “resultados” – resultados clientes, resultados pessoas, resultados sociedade e resultados chave do desempenho. A cada um destes critérios estão ainda associados subcritérios. Este modelo está suportado por um sistema de pontuação (50% para os “meios” e 50% para os “resultados”) que é o resultado da pontuação específica dada a cada critério que, por sua vez, varia segundo a sua importância. É assim possível a comparação de desempenhos entre organizações pela análise deste sistema de classificação (Reis, 2008).

Em termos da sua aplicabilidade, refere-se a sua considerável utilização no sector da saúde com elevada taxa de sucesso, destacando-se, como principais desvantagens, o facto de a sua abordagem não ser suficientemente específica para cobrir todas as áreas relevantes dos cuidados de saúde, bem como as barreiras que podem surgir pela sua terminologia (Moeller, 2001).

- *Six Sigma* – A origem do *Six Sigma* remonta ao final dos anos 80 tendo sido desenvolvida por Bill Smith, da Motorola. O *Six Sigma* trata-se de uma metodologia de melhoramento de processos que se serve essencialmente de ferramentas estatísticas e analíticas. Em termos práticos, uma organização que adopte o *Six Sigma* tem como meta alcançar 3,4 defeitos por cada milhão de oportunidades, tomando como oportunidade todas as situações em que uma organização pode falhar durante um processo. No limite, pode dizer-se que o objectivo máximo desta ferramenta é proporcionar aos seus clientes um serviço/produto perfeito. A aplicação desta metodologia inicia-se pela definição do problema e processos, seguindo-se a medição e análise das suas variáveis. Depois, procede-se à melhoria através da realização de experiências utilizando modelos matemáticos. Por último, há o controlo e acompanhamento do processo de melhoria. A grande diferença relativamente ao método anterior é a possibilidade de facilitar a gestão de intervenções específicas (Andersen *et al.*, 2004).

Também o *Six sigma* foi implementado com considerável sucesso no sector da saúde (Bush *et al.*, 2007), Contudo, há que referir que este é um método complexo, o que pode servir de obstáculo no recrutamento de todos os interessados para o processo de mudança, factor que é determinante na aplicação desta ferramenta no sector público. Para além disso, trata-se de uma ferramenta dispendiosa.

- *Balanced Scorecard* (BSC) – O BSC, desenvolvido em 1992 pelos professores da *Harvard Business School*, Robert Kaplan e David Norton, é uma metodologia que atinge os fins de medição, gestão estratégica e comunicação. Esta ferramenta assenta, tipicamente, em quatro perspectivas: financeira, clientes, processos internos e aprendizagem e crescimento. Embora, inicialmente concebido, tal como o modelo de excelência EFQM, para as organizações privadas, rapidamente foram detectadas as suas enormes potencialidades no sector público e organizações sem fins

lucrativos. Este é um modelo que prima pela simplicidade (não simplismo) visando a melhoria da performance das organizações.

Pelas considerações apontadas às metodologias *Six Sigma* e modelo de excelência EFQM, bem como pelo facto de se possuir um forte *know how* ao nível do BSC e de serem consideráveis os casos de sucesso (não nacionais) da sua aplicabilidade no sector da saúde (*vide* capítulo 4), foi esta a ferramenta escolhida para ser testada numa organização de saúde portuguesa.

3. Balanced Scorecard: de Ferramenta de Medição a Sistema de Gestão Estratégica

O conceito de Balanced Scorecard (BSC) foi desenvolvido nos anos 90 por Robert Kaplan, professor da Universidade de Harvard, e David Norton, consultor da região de Boston, após desenvolverem um estudo de pesquisa envolvendo 12 empresas. Nesse estudo, Kaplan e Norton, procuravam explorar novos métodos de medição do desempenho dado começar a sentir-se uma forte descrença nas medidas financeiras pelas empresas modernas. Às medidas financeiras eram apontadas críticas como a não consistência com a actual realidade dos negócios, o sacrifício do pensamento a longo prazo e não serem relevantes para vários níveis da organização. As empresas alvo de estudo, bem como Kaplan e Norton, acreditavam que a confiança nas medidas financeiras estava, assim, a deturpar conclusões, afectando a capacidade de as empresas criarem valor. Desta forma, de entre as alternativas possíveis, a que se mostrava mais viável e que veio depois a vingar seria a ideia de um Scorecard com medidas de desempenho que reflectissem as actividades empresariais como um todo – processos comerciais internos, actividades funcionais e estruturais, interesses dos clientes e, logicamente, os interesses dos accionistas, que não sendo agora considerado o interesse exclusivo da empresa serviria de complemento, com importância óbvia. Embora o Scorecard tenha inicialmente surgido para corrigir a desadequação de metodologias, rapidamente evoluiu para um poderoso instrumento de gestão e suporte de mudança de qualquer organização. Em 1992, Kaplan e Norton resumem esta nova ferramenta no primeiro de uma série de três artigos na *Harvard Business Review*, “The Balanced Scorecard – Measures that Drive Performance” (Kaplan e Norton, 1992).

Nos quatro anos que se seguiram, diversas organizações adoptaram esta ferramenta, não apenas para complementar as medidas financeiras mas também para comunicar a estratégia através das medidas seleccionadas. Os resultados na maioria destas organizações foram imediatos. A implementação deste modelo não mais parou, tendo sido adoptado por cerca de metade das empresas que integram a Fortune 1000 (Kaplan e Norton, 2001(a)).

O BSC pode ser descrito como um conjunto de objectivos e medidas, criteriosamente seleccionados, que se apoiam em perspectivas – financeira, clientes, processos internos e aprendizagem e crescimento –, que se originam a partir da visão e estratégia das organizações reflectindo o valor intangível e tangível destas. Os objectivos e indicadores terão de funcionar de forma integrada (balanceada), estabelecendo-se entre eles relações de causa-efeito. Estas relações permitem avaliar se o BCS está efectivamente a reflectir a visão da organização, devendo os objectivos colocados na base servir como indutores dos objectivos superiores, os quais, em última análise, irão permitir atingir a estratégia da organização. Para além disso, estas articulações permitem documentar e transmitir aos diversos *stakeholders* a história da estratégia tornando as relações entre as medidas explícitas para que possam ser monitorizadas e geridas.

Na caracterização do BSC há, também, que salientar uma das suas grandes vantagens, designadamente, a sua flexibilidade. Esta ferramenta pode ser ajustada consoante a organização sendo, frequentemente, alvo de adaptações e refinamentos. Uma das alterações habitualmente efectuadas dá-se ao nível das perspectivas inicialmente seleccionadas por Kaplan e Norton. Estas

não têm ser taxativamente seguidas, podendo ser acrescentadas outras ou modificadas estas, consoante o que convier à organização.

As medidas seleccionadas por este processo permitem comunicar resultados a funcionários e outros interessados e servir de motor de motivação, permitindo ainda alcançar a missão e os objectivos a que uma empresa se propõe. Assim, pode dizer-se que esta ferramenta cumpre três finalidades essenciais: é um eficiente sistema de medição, um modelo de gestão estratégica e um modo de comunicação.

O conceito de Balanced Scorecard, por si só, reflecte algumas das assunções necessárias para a aplicação deste método, sendo o conceito *balance* o centro deste sistema. Este termo relaciona-se, essencialmente, com três pontos:

- Equilíbrio entre os indicadores financeiros e não financeiros;
- Equilíbrio entre os componentes internos e externos da organização. Entende-se por componentes externos os accionistas e clientes, e por componentes internos os funcionários e processos, procurando-se um equilíbrio entre as necessidades, frequentemente, contraditórias, destes grupos.
- Equilíbrio entre os indicadores de resultado e de tendência.

Ao nível de software, a indústria informática desenvolveu muitas aplicações que permitem o proveito integral dos benefícios oferecidos pelo BSC, disponibilizando uma análise sofisticada, mapeamento estratégico e partilha de informação. Todavia, na implementação informática do BSC e sua exploração, há que definir de forma correcta a envolvente tecnológica de análise.

3.1 As Perspectivas do Balanced Scorecard

A filosofia do BSC assenta na visão global da estratégia das organizações. Tal como já referido, esta é apoiada, essencialmente, em quatro perspectivas diferenciadas – financeira, clientes, processos internos e aprendizagem e crescimento.

3.1.1 Perspectiva Financeira

No sector privado a perspectiva financeira é determinante pretendendo dar resposta à forma como a empresa deve ser vista pelos investidores. Neste sector, objectivos como o lucro, produtividade e rentabilidade são de maior importância, razão pela qual figuram no topo do BSC, articulados, contudo, com outros objectivos que de forma directa ou indirecta contribuem para o resultado final de natureza financeira.

Abordagem e importância diferente tem no sector público e organizações sem fins lucrativos, onde esta surge mais como adjuvante ou barreira de implementação da missão. Basicamente, o fundamento desta perspectiva num serviço público é criar valor, a um custo mínimo, procurando continuamente o suporte das entidades financiadoras.

3.1.2 Perspectiva Clientes

No que se refere à perspectiva clientes, procura-se identificar os objectivos e metas que melhor respondam às perguntas: «Quem são os nossos clientes e qual a nossa proposta de valor para servi-los?».

A escolha de uma política de ser «tudo para todos» poderá impedir que uma organização se destaque da sua concorrência devendo, assim, escolher-se uma proposta de valor adequada. Tal escolha poderá apresentar alguns desafios, devendo existir um enfoque numa das três “disciplinas” apresentadas por Treacy e Wiersema (1995) no livro *The Discipline of Market Leaders*:

- Excelência operativa que irá gerar produtos de baixo preço;
- Liderança no produto/serviço por uma inovação contínua (produtos/serviços diferenciados)
- Proximidade do cliente através de soluções únicas para as suas necessidades. As empresas que optem por esta “disciplina” não podem visar uma única transacção comercial, devendo criar relacionamentos duradouros com o cliente.

Há ainda a acrescentar a estas três possíveis propostas de valor uma outra, o *System Lock-in* ou *Lock-in Strategies* apresentada por Kaplan e Norton no seu terceiro livro, *Strategy Maps* (Kaplan e Norton, 2004). Esta proposta de valor bem como a estratégia que lhe está associada encontram-se fortemente relacionadas com o advento da «nova economia» que permitiu, a diversas empresas, a criação de valor pelo estabelecimento de relações de longo prazo envolvendo a substituição dos seus produtos/serviços altos custos. Assim, a mudança de produto/serviço exige do consumidor uma ponderação e análise da relação custo-benefício que, frequentemente, culmina pela lealdade à empresa.

O facto de a «nova economia» disponibilizar uma enorme variedade de escolhas, de formas de comunicação e interacção entre clientes e empresas, fez com que a gestão dos clientes passasse a constituir a dimensão mais importante da estratégia. Neste sentido, o BSC surge como facilitador da criação da estratégia centrada nos clientes ao identificar com grande detalhe os processos que contribuem para criar valor, e ao desenvolver mecanismos de informação que permitam analisar e balancear as diferentes visões do cliente: a visão *inside-out*, referente a métricas de eficácia de processos, nomeadamente em termos de custo e rapidez de implementação, e a visão *outside-in*, relacionada com medidas de percepção e atitude do cliente.

Adaptações às propostas de valor referidas podem ser feitas no sentido de estas traduzirem a criação de valor dos serviços públicos. Contudo, há que ter o cuidado de estas não serem meras adaptações forçadas e desajustadas. Antes de se efectuarem quaisquer transposições, há que ter um suporte conceptual sobre a noção de Valor Público, conceito indispensável na proposta de valor a criar a cidadãos usufruidores de serviços públicos.

Valor Público

A noção de Valor Público foi introduzida por Mark Moore, professor na Universidade de Harvard e autor do livro *Creating Public Value – Strategic Management in Government* (2005). A ideia central deste conceito prende-se com identificar na gestão pública - através de serviços, leis, regulamentações - os factores e variáveis que acrescentam valor para cidadãos e *stakeholders*, implicando, depois, uma mudança radical na atitude para com a eficiência, eficácia e performance dos serviços públicos. São as preferências dos cidadãos, estabelecidas em família, com amigos ou através de debate público, incorporadas em diversos meios e adoptadas pelo poder político eleito que determinam esse Valor. À diferença entre os benefícios produzidos, e os recursos (impostos) e poder que os cidadãos concordam em dar aos governos e entidades públicas, chama-se Valor

Acrescentado. Assim, só se pode falar em Valor se os cidadãos estiverem dispostos a dar ou abdicar de algo tendo em conta a contrapartida a receber.

Este conceito tem sofrido mudanças constantes produzidas pela demanda da maximização desse mesmo Valor. Particularizando para o sector da saúde, um exemplo comumente apontado é o do SNS do Reino Unido que no início dos anos 90 se concentrou essencialmente na eficiência e redução de custos. Nos últimos anos, todavia, as preocupações têm sido direccionadas para a melhoria da experiência de doentes relativamente ao serviço, para o aumento das alternativas de escolha, ou seja, o Valor passou a centrar-se em torno doente. As práticas das últimas décadas mostram ainda que a criação de maior Valor Público passa por uma intervenção balanceada de instituições públicas, privadas e organizações sem fins lucrativos integrando princípios de transparência, inovação, eficiência e gestão da performance (Pinto, 2007).

Apresenta-se, de seguida, um Modelo de Valor para Serviços Públicos tendo sido considerados dois motores de criação de valor para o cidadão – os resultados, que podem ser sociais ou económicos, e a relação custo-eficácia.

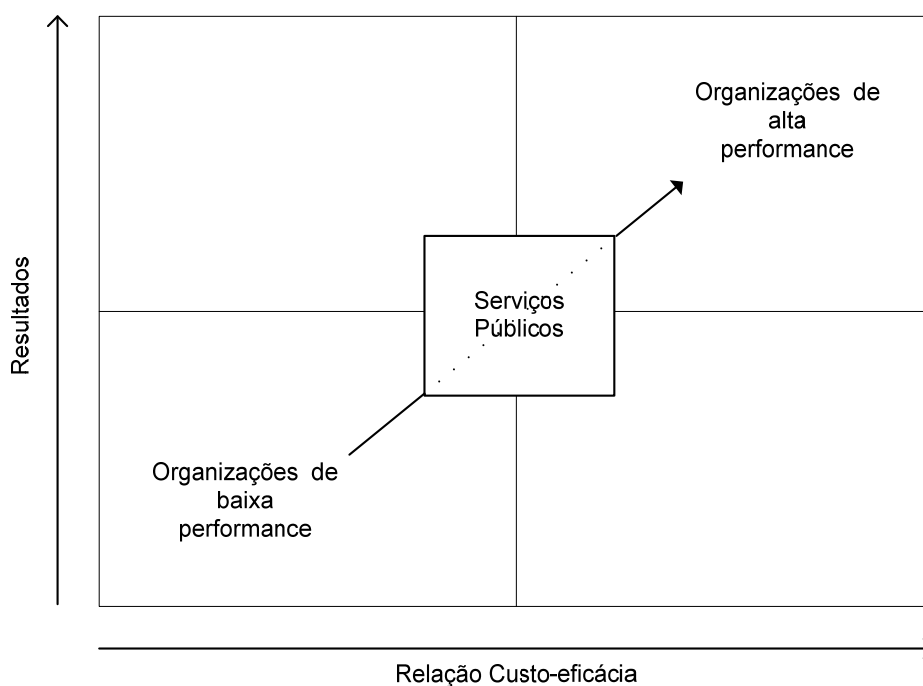


Figura 2 Modelo de valor para os serviços públicos (Adaptado de Cole e Parston, 2006)

Através deste modelo traduzido numa matriz é possível avaliar, ao longo de um determinado período de tempo, o percurso de determinada organização em termos de performance, bem como determinar se a mesma está a criar valor público pela obtenção de altos níveis de *outcomes* e de custo-eficácia.

Este Modelo de Valor Público completado com o BSC pode constituir “*um instrumento integrado de grande potencial para a melhoria da performance – o BSC alinha toda a organização com a estratégia e o Modelo de Valor dá uma perspectiva bi-dimensional sobre os impactos finais e sobre a relação custo-eficácia da performance*” (Pinto, 2007).

3.1.3 Perspectiva Processos Internos

Na perspectiva processos internos, o conjunto de objectivos e indicadores confluem de forma a determinar quais os processos em que a organização tem de ser excelente. O insucesso de muitas empresas não resulta da estratégia em si, mas de falhas em métodos e processos que a rodeiam. Todas as organizações, públicas ou privadas, são detentoras de procedimentos, circuitos, culturas e regras que constituem os processos internos operacionais que estabelecem a sua cadeia de valor. Através desta perspectiva, procura-se identificar de que recursos se dispõem, bem como a sua prestação, de forma a se descobrir o que contribui para elevar a qualidade do produto ou serviço final. É através destes processos, eficaz e eficientemente executados, que os departamentos e unidades de negócio concretizam a proposta de valor a que se propõem, tendo de rever e reposicionar o seu sistema de operações se pretendem evoluir, de forma a satisfazer clientes e accionistas.

Há ainda a referir que no BSC aplicado aos serviços públicos é importante manter uma visão inter-organizacional dos processos uma vez que os resultados finais oferecidos aos cidadãos dependem de processos horizontais que podem incluir vários serviços de um mesmo ministério e, frequentemente, de diferentes ministérios.

3.1.4 Perspectiva Aprendizagem e Crescimento

A perspectiva que responde ao modo como se podem conseguir capacidades de mudança e desenvolvimento é a perspectiva aprendizagem e crescimento. Esta perspectiva, situada na base do BSC, segundo o modelo original de Kaplan e Norton, inclui valores intangíveis como o capital humano, capital informação e tecnologia, e capital organizacional, estabelecendo relações cruciais de causa-efeito com as demais perspectivas e contribuindo decisivamente para o sucesso final obtido na perspectiva de topo – financeira ou missão, caso se trate do sector privado ou público, respectivamente. Estes valores intangíveis são fortes *drivers* de acções e resultados, fundamentais para este modelo. Enquanto os objectivos das perspectivas anteriores visam o «onde» e «como» a empresa se deve destacar, os objectivos desta perspectiva revelam qual a infra-estrutura necessária para alcançar os objectivos das outras perspectivas, ou seja, é a sua fonte, figurando, por isso, na base dos modelos (*vide* Figura 4).

É bastante frequente, em tempos de crise, quando se tem de lidar com orçamentos limitados que os primeiros cortes surjam ao nível desta perspectiva. Esta visão a curto prazo é maioritariamente das vezes errada, sacrificando o desenvolvimento de competências fundamentais.

3.2 Pilares do Balanced Scorecard: Missão, Valores, Visão e Estratégia

As componentes que suportam a estrutura de um Balanced Scorecard eficaz, os seus pilares, são a missão, os valores essenciais defendidos por dada organização, a visão e a estratégia, desempenhando esta última, o processo fundamental de todo o modelo.

A afirmação da missão define o propósito central da existência de uma organização, constituindo o motor para a activação, execução e comunicação da estratégia. A missão constitui a razão de ser da organização, definindo a sua função básica na sociedade, fora de contextos financeiros, e reflecte a motivação dos funcionários. Contrariamente às estratégias e metas que podem ser atingidas num

curto/médio prazo, a missão quase invariavelmente nunca se atinge completamente. Esta funciona como linha orientadora das acções, devendo-lhe ser inerente uma inspiração de mudança. Deve, ainda, caracterizar-se por uma longa durabilidade, facilidade de perceptibilidade e comunicação, e tangibilidade. É ela que permite responder à questão «Porque (e para quê) existimos?», fazendo sentido reformular a pergunta para «O que aconteceria se não existíssemos?», quando se trata de um serviço público (Pinto, 2007). No sector público, a missão adquire o estatuto de quinta perspectiva figurando no topo do BSC, destacando-se, assim, a sua extrema importância. Relativamente ao sector privado, embora a missão não figure explicitamente nas perspectivas do BSC ela constitui o ponto de partida para a estratégia.

A vantagem competitiva pode ser conseguida de diferentes formas – estratégias superiores, diferenciação de produtos, serviços exemplares, baixo preço – mas algumas empresas conseguem-na pela forma como se comportam, pelos seus valores. Os valores, princípios intemporais que conduzem a organização, representam crenças profundamente enraizadas que proclamam o que se espera do comportamento de todos os elementos; são os princípios eternos segundo os quais uma organização se orienta. Estes valores têm de estar interligados com a missão, dando-lhe uma continuidade lógica. Uma contradição entre os valores declarados e a prática organizacional pode conduzir a impactos negativos muito fortes. O BSC surge, a este nível, como comunicador de valores e como ferramenta que permite o alinhamento de toda a organização, para que o funcionário comum veja o seu trabalho diário compatível com os valores da empresa, percebendo, assim, como a vivência destes valores está a contribuir para o sucesso geral (Niven, 2002).

Após a definição da missão e dos valores, torna-se importante definir onde se pretende estar no futuro, a visão. Através da visão, faz-se a ponte entre a missão indiscutível e os valores proclamados, relativamente estáticos, com o mundo vigoroso e dinâmico da estratégia que permite alcançar os fins. A visão não pode ser abstracta devendo exprimir, o mais objectivamente possível, o estado que se pretende alcançar bem como as bases para a formulação da estratégia e objectivos. Esta, deverá indicar, entre outros, os propósitos financeiros desejados, como a corporação deverá ser vista pelos interessados e possíveis áreas de liderança. Ralph Noris, antigo presidente do Banco ASB, exprime bem a importância dada à visão quando diz: *“É bem mais fácil manter uma rota firme no mercado volátil e incerto se a empresa possuir uma visão corporativa clara. Acho que toda a organização deve ter uma visão sobre o local para onde se encaminha, ou então qualquer lugar será indiferente”* (Macfie, 2001). Para se terem afirmações eficazes de visão estas devem ser concisas, verificáveis e mensuráveis (ao contrário da missão), realizáveis, estimulantes e inspiracionais, apelar a todos os *stakeholders* e serem consistentes com missão e valores. A definição da visão é fundamental nos primeiros passos da implementação do BSC pois é a partir das grandes metas definidas na visão que a equipa de topo direcciona a estratégia.

A estratégia constitui o último pilar da estrutura do Balanced Scorecard não sendo, contudo, menos importante que os restantes. Pelo contrário, constitui o ponto central em torno do qual figuram as restantes perspectivas. Através da estratégia são definidas as prioridades para as quais devem ser dirigidos os recursos, derivando desta, vantagens como (Pinto, 2007):

- O pensamento estratégico e as iniciativas de acção são aumentados;
- A análise e tomada de decisão são melhoradas;
- A performance desenvolve-se substancialmente.

O BSC oferece a possibilidade de uma organização passar a agir de acordo com a sua estratégia ao descrevê-la detalhadamente em objectivos e medidas que provêm das perspectivas. Cria-se, assim, uma nova linguagem de medição para explicar a estratégia que serve de linha orientadora de todas as acções dos funcionários para a conquista da direcção apontada. Pela criação de actividades vinculadas é possível criarem-se propostas de valor para os clientes e, conseqüentemente, a empresa consegue diferenciar-se dos concorrentes.

De forma genérica, pode dizer-se que a gestão da estratégia envolve a formulação, comunicação, execução, monitorização e revisão. Com o desenvolvimento do BSC foram-se adicionando e integrando ferramentas que permitiram reduzir substancialmente os muitos obstáculos que constantemente dificultam a gestão da estratégia. Kaplan e Norton resumem muito bem esta interligação entre a estratégia e o BSC: *“Se pudermos descrever a estratégia de um modo mais disciplinado, aumentamos a probabilidade de obter uma implementação bem sucedida. Possuindo um Balanced Scorecard que conte a história da estratégia, passamos a ter uma base confiável”* (Kaplan e Norton, 2001 (b))

Este conjunto de componentes do Scorecard, que constitui o seu “ADN”, é depois descodificado em cada uma das perspectivas.

3.3 Objectivos e Medidas/Indicadores de Desempenho

Cada integrante da equipa do Balanced Scorecard terá à partida ideias pré-concebidas acerca da natureza dos negócios, da posição competitiva, de projectos futuros, da estratégia apropriada e das medidas. Deve-se assim nivelar o campo de acção da equipa reunindo, revendo e disponibilizando grande quantidade de materiais de pesquisa, tendo-se sempre em atenção a consistência da informação. Nos serviços privados, mas mais frequentemente nos serviços públicos, surgem informações conflitantes que devem ser revistas e equilibradas. Estas informações díspares, bem como informações, por vezes, inexistentes, requerem reuniões com os membros executivos ou influentes da organização.

Após a revisão documental surge assim um grande número de objectivos e de possíveis métricas (ou indicadores), para cada uma das perspectivas. São os objectivos de desempenho que descrevem, de forma concisa, o que se precisa realizar com perfeição para se executar a estratégia seleccionada, actuando como ponte entre a estratégia de alto nível e as medidas de desempenho específicas que serão utilizadas para avaliar o progresso no desenvolvimento das metas globais. Os objectivos são fundamentais como impulsionadores de acções futuras.

Considerando que uma das principais características do BSC é ser um eficaz sistema de medição, um dos conceitos mais críticos e importantes de definir para correctamente se dominar é o de indicador. Neste sentido, é necessário estabelecer a diferença entre indicadores de resultado (*outcomes; lag indicators*) e de tendência (ou indutores) (*drivers; lead indicators*).

Os indicadores de resultado representam as consequências de acções previamente praticadas com determinado sucesso, ou seja, caracterizam-se por medir resultados de acontecimentos que já ocorreram. Contudo, estes indicadores não nos informam que acções e acontecimentos foram esses nem a sua performance, isto é, não revelam os *drivers*. Isolados não possuem directrizes de desempenho, essenciais para indicar como se atingirão as metas. São os indicadores de tendência que orientam, conduzem ou induzem os resultados atingidos pelos indicadores de resultado devendo prever o desempenho destes. Há assim a necessidade de combinar estes dois tipos de indicadores dado que estes se complementam. Pode afirmar-se que os indicadores de tendência são a causa, a origem, e os indicadores de resultado são o efeito ou destino.

Os objectivos, bem como as métricas, ao serem desenvolvidos devem ser examinados de forma criteriosa segundo o contexto da missão para garantir a coerência destes.

Após a definição dos objectivos e medidas, estes devem ser capazes de iniciar a descrição da estratégia da organização. Contudo, falta ainda estabelecer um processo de vinculação das medidas através de um conjunto de relações de causa e efeito que se unem para, agora sim, descrever completamente a estratégia nas suas diferentes dimensões. Este processo de interligação de medidas, que diferencia o BSC de outros sistemas de medição, permite que se meça não apenas a implementação da estratégia como também descreve todas as formas de criar valor. Estas vinculações de causa-efeito que, muitas vezes, implicam uma conectividade entre elementos aparentemente desconectados, definem o caminho a seguir para conquistar a estratégia, tornando-a intuitiva. A criação destas vinculações pode ser extremamente desafiadora devendo ainda procurar-se documentar a duração e extensão das mesmas.

3.4 Mapas Estratégicos

Com a crescente aplicabilidade do BSC, este foi evoluindo, passando a surgir directamente associado a esta ferramenta os mapas estratégicos. Estes representam uma evolução fundamental para o sucesso do BSC fornecendo um forte impacto visual que permite acompanhar a comunicação da estratégia. Com este instrumento torna-se, ainda, possível validar as relações de causa-efeito entre os objectivos demonstrando-se assim a estratégia em termos operacionais.

3.5 Metas e Iniciativas

Após a obtenção e tratamento de toda a informação há que estabelecer, mediante as conclusões retiradas, metas de desempenho e as iniciativas que as acompanham – dois conceitos interdependentes.

As metas encontram-se associadas às medidas de desempenho representando-as quantitativamente em determinado ponto no futuro. A iniciativa descreve o conjunto de passos, projectos, processos, planos que permitirão alcançar essa meta. Ao se desenvolverem iniciativas e concretizarem metas, avaliadas através dos indicadores correspondentes, estão-se a alcançar os objectivos propostos.

Apresenta-se, de seguida, o esquema tipicamente usado para exprimir a ferramenta BSC. Para este esquema confluem todos os intervenientes até agora apresentados.

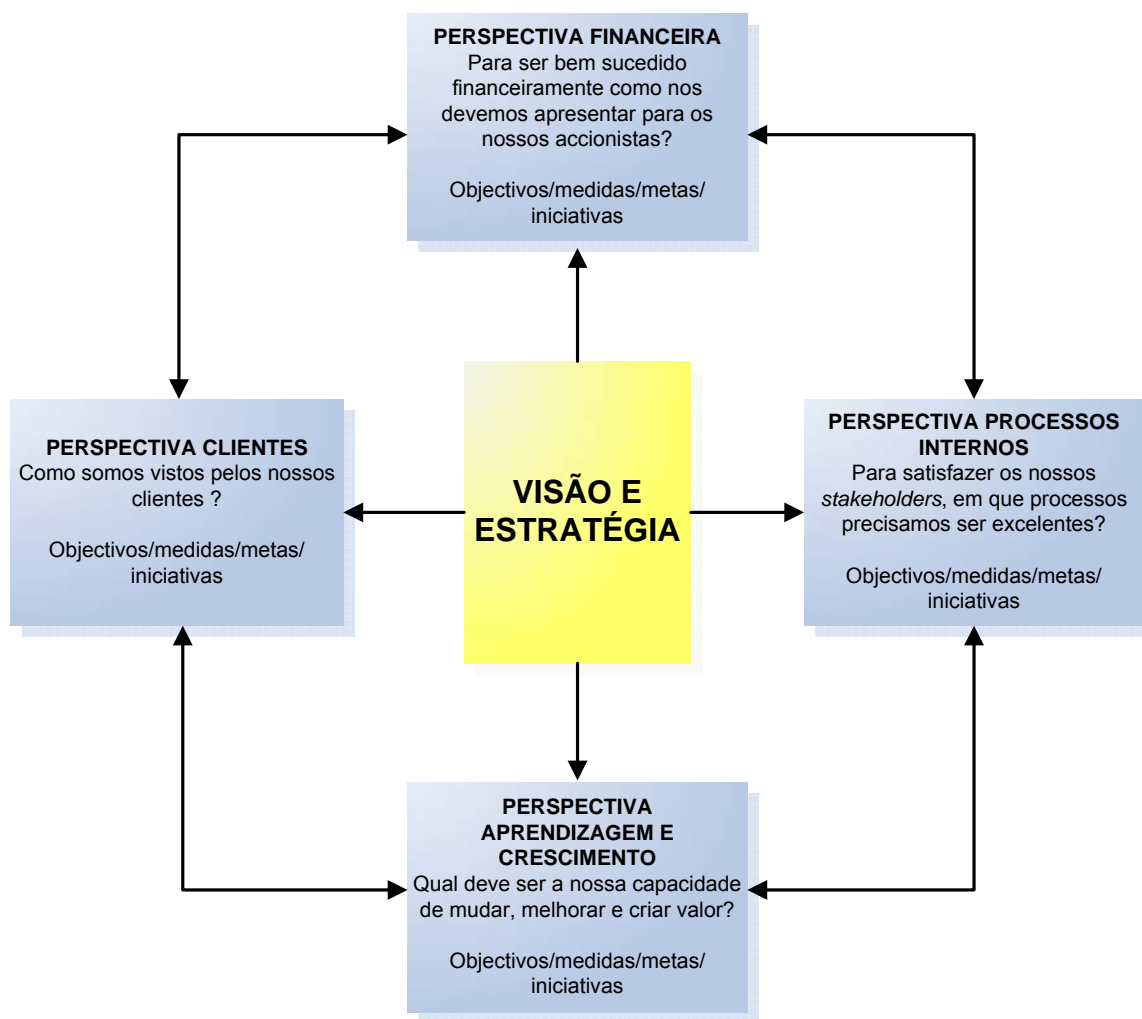


Figura 3 Representação esquemática do corpo organizativo do Balanced Scorecard (Adaptado de Kaplan e Norton, 1992)

4. Adaptação do Balanced Scorecard aos Serviços Públicos

Considerado em determinada época como uma ferramenta exclusiva das empresas com fins lucrativos, o Balanced Scorecard (BSC) tem sido transplantado e implementado com sucesso em organizações sem fins lucrativos e no sector público. Neste trabalho, iremos, contudo, focar-nos no sector público, mais especificamente no sector da saúde.

As novas tendências dos gastos públicos, com orçamentos cada vez mais limitados, e o advento da comunicação de massa que conduziu, e conduz, a cidadãos extremamente bem informados que procuram saber se as alocações de fundos estão a promover a ampliação do leque de benefícios sociais e se o seu dinheiro está a ser eficazmente investido, criou a necessidade de elaboração de métricas que medissem a performance dos serviços públicos, demonstrando, assim, o valor dos programas a cidadãos e legisladores. Hoje em dia, os cidadãos esperam e exigem da administração pública elevada qualidade nos serviços prestados, requerendo destes uma maior eficácia e eficiência. Os serviços públicos têm de estar disponíveis, oferecendo aos clientes as condições a que estes têm direito. Devem, ainda, ser flexíveis, com forte capacidade de adaptação às fortes mudanças que se vivenciam, não só ao nível da sociedade, como ao nível das necessidades pessoais de cada cidadão. Assim, as respostas a este nível de exigência e dinamismo não podem continuar a passar por aumentos da despesa pública, até porque as taxas de impostos atingiram limites difíceis de suportar. Desta forma, as soluções para estes problemas passam por racionalizações efectivas dos orçamentos com eficiente alocação de recursos. A medição da performance, concretamente o BSC, surge, como uma possível resposta para os desafios que a generalidade dos serviços públicos enfrenta.

A medição da performance nestes serviços não é uma ideia nova. Pelo contrário, trata-se de um conceito conhecido e oficializado em grande parte da administração pública de vários países, dos quais se destacam os do norte da Europa – Suécia, Noruega e Finlândia – e Estados Unidos e Canadá.

Em 1993, nos Estados Unidos, decorrente da nomeação do vice-presidente Al Gore para liderar um estudo de seis meses sobre o que seria necessário fazer para promover a melhoria do desempenho governamental, foi assinado o *Government Performance and Results Act (GPRA)*, segundo o qual, para todas as organizações do governo se deviam desenvolver estatutos de missão, metas globais vinculadas aos resultados, objectivos de desempenho interno, bem como medidas para avaliar o progresso relativamente aquelas metas e objectivos (Thor, 2000). Este documento serviu de *trigger* para uma governação “voltada para os resultados”, com a aplicação do BSC a ser imposta, de forma directa ou indirecta, a vários níveis. Esta foi a primeira vez que as organizações públicas foram obrigadas a vincular a despesa às metas de desempenho.

Em Portugal, com a Reforma da Administração Pública, está-se em condições ideais de se aplicar esta ferramenta, ajudando-se, assim, os líderes dos serviços públicos a trabalhar nesta mudança complexa. A lei nº66-B/2007 (Diário da República, 2007) estabelece, precisamente, a necessidade de um sistema integrado de gestão e avaliação do desempenho. Esta nova forma de gerir está apenas a começar a assumir importância concreta, prevendo-se, contudo, uma larga utilização da mesma.

Qualquer serviço público tem necessidade de medir, pelo menos alguns dos factores ou componentes que caracterizam a sua performance, quer se trate de recursos consumidos, ou resultados produzidos – número de funcionários, despesas com pessoal, número de reclamações, tempos de processamento, produtividade, eficiência.

A medição e monitorização da performance visa medir informação relevante e objectiva sobre as organizações, programas e políticas públicas, orientando comportamentos e decisões, motivando pessoas e organizações, permitindo, desta forma, uma melhoria da gestão e da tomada de decisão, bem como dos resultados e da transparência.

Os funcionários do sector público beneficiam igualmente da revolução dos sistemas de medição do desempenho, uma vez que o conhecimento e partilha de informações fornecidas pelo BSC, permite mudar o foco em actividades não estratégicas para processos e iniciativas que contribuem verdadeiramente para o sucesso.

Muitas organizações do sector público procuraram, e procuram, adaptar este método introduzindo, para tal, algumas alterações na sua estrutura e revendo alguns conceitos do modelo original. Todavia, quando se pretende implementar o BSC neste sector o problema não se prende apenas com a arquitectura e terminologia deste. Existem desafios específicos destas organizações, sendo necessária uma grande dose de esforço envolvida.

Relativamente ao privado, a grande diferença reside no facto de estas empresas não buscarem o lucro como demonstração final do sucesso. O seu verdadeiro fim é conquistar missões elevadas que visam melhorar a sociedade. Desta forma, a estrutura do BSC deve ser alterada elevando a função da missão que passa a constituir o topo deste modelo. Na Figura 4 apresenta-se um esquema possível para retratar o BSC do sector público.

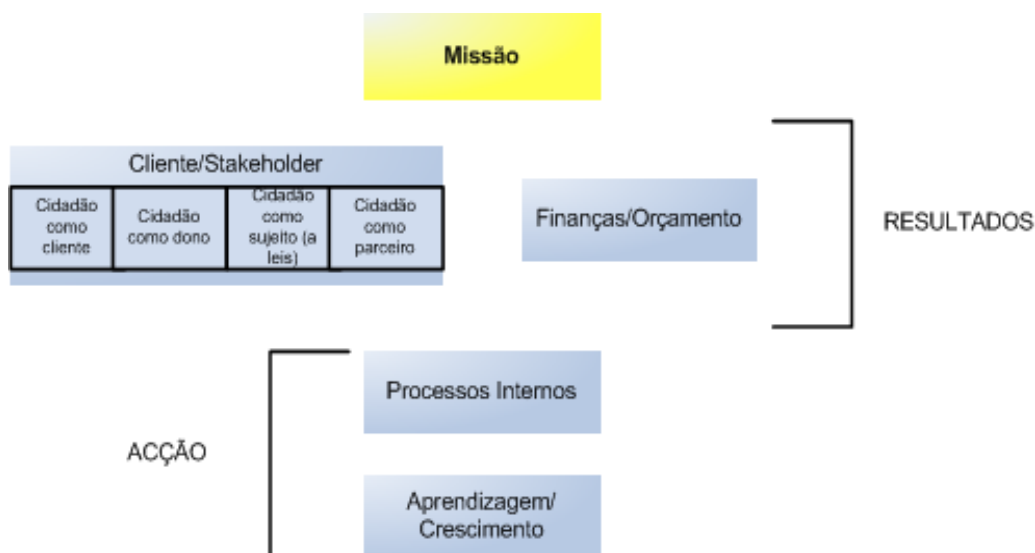


Figura 4 Balanced Scorecard adaptado os serviços públicos (Adaptado de Pinto, 2007)

A estratégia continua a ser o cerne do sistema do *Scorecard*, quer se trate de uma agência governamental, uma empresa da *Fortune 1000* ou uma pequena empresa. No entanto, aqui a questão coloca-se quanto à clareza e precisão da estratégia. Apesar de muitas organizações públicas

procurem desenvolver afirmações da estratégia, grande parte apenas reúne algumas listas detalhadas de programas e iniciativas de forma a assegurar o dinheiro do Estado.

Embora esta igualdade nos dois modelos, há três grandes alterações relativamente ao modelo original:

- *Missão* – Como já referido, a missão passa a figurar no topo do BSC, funcionando, segundo alguns autores, como uma quinta perspectiva mais abrangente, para a qual convergem os objectivos, metas e iniciativas incluídas nas outras perspectivas. A missão fornece a força motivadora para a acção permitindo comunicar com clareza a razão da existência da organização. O que flui da missão é o ponto de vista dos clientes e da organização, e não a dos interessados nos resultados financeiros.

- *Perspectiva Clientes* – Esta perspectiva segue-se imediatamente à missão no que se refere a importância. Nesta perspectiva surge agora o conceito *stakeholder*, que traduz o universo bastante lato e diversificado de entidades que criam o serviço e as quais, podendo não ser clientes directos em termos de bens e serviços, têm múltiplos interesses e influências nas decisões. Os *stakeholders* podem incluir todos os cidadãos que pagam impostos e que por isso, em última análise, extraem benefícios ou lucros dele ou a própria entidade legislativa que fornece o financiamento. Devido a esta rede de relacionamento, definir o verdadeiro cliente pode constituir um verdadeiro desafio.

Em Itália, em 2005, alguns serviços públicos na área da saúde defrontaram-se, precisamente, com este problema, tendo-se encontrado como solução a substituição da perspectiva «Clientes» por uma outra, designada «Comunidade», dentro da qual se inserem, numa base multi-dimensional, quatro perfis de grupos de cidadãos interessados, com base nos relacionamentos que estes podem desenvolver com o serviço público correspondente. Esses quatro perfis encontram-se representados na Figura 4 e serão os considerados no decorrer deste trabalho.

O *cidadão como cliente* (dimensão resposta) centra-se na capacidade de resposta dos serviços e na satisfação do cidadão para com esse serviço. No caso específico do sector da saúde a palavra cliente poderá ser substituída por utente ou doente. O *cidadão como dono* (dimensão *accountability*) traduz uma maior responsabilização, relativamente à dimensão anterior, dos serviços públicos para com os cidadãos que pagam impostos, votam e são membros da sociedade com direito estabelecidos na constituição. Nesta perspectiva, todos os organismos públicos têm de estar alinhados no comprometimento para com o cidadão, utilizando da melhor forma os recursos de que dispõe na construção de valor público. O *cidadão como sujeito a leis* (dimensão protecção) refere-se aos deveres destes, os quais são regulados por normas e leis que devem ser promovidas e reforçadas pelos serviços públicos: informação, prevenção, vigilância, controlo, inspecção. Há, assim, uma melhoria do bem-estar social com prevenção de atitudes de risco. O *cidadão como parceiro* (dimensão compromisso) faz referência aos dois níveis que a envolvimento e compromisso dos cidadãos possuem: nível individual e nível organizacional. O nível individual refere-se à responsabilização directa do cidadão pelos seus actos. Por exemplo, na área da saúde, a relação existente entre a troca de seringas (ou outros comportamentos de risco) e a maior probabilidade de contrair SIDA ou entre fumar e contrair cancro do pulmão. O nível organizacional prende-se com parcerias efectuadas entre serviços públicos, privados e sem fins lucrativos, que se pretende que evoluam para redes estruturadas, para melhorar a qualidade de vida dos cidadãos, potenciando benefícios para todos os intervenientes (Bocci, 2005).

- *Perspectiva Finanças* – Perspectiva anteriormente colocada no topo dos modelos das organizações com fins lucrativos, surge agora em posição variável e muito discutível, embora seja comum considerá-la logo a seguir à perspectiva clientes. No esquema apresentado na Figura 4 optou-se, contudo, por considerá-la ao nível da perspectiva clientes na medida em que se os clientes são quem determinam quase todas as condicionantes de um serviço público, este, sem o orçamento disponibilizado pelo estado não existiria. São as verbas disponibilizadas por tutela, associadas aos limites e regras orçamentais que dominam neste sector, que determinam como o serviço tem de operar.

4.1 Case Studies: O Sector da Saúde

O sector da saúde, marcadamente abrangente, é caracterizado por diversas organizações, públicas e privadas, que coexistindo, actuam em diversos domínios de actividade. Este é um sector que se procura demarcar pela demanda pela inovação e nível de sofisticação tecnológica, bem como pela alta qualificação média dos seus recursos humanos.

As unidades hospitalares, em concreto, são “unidades complexas, não sendo possível medir a performance numa única dimensão” (Pink, 2001). Para além disso, estas organizações são profundamente hierarquizadas com pouca integração entre os serviços existentes, sendo substanciais os conflitos e perdas que ocorrem nestas organizações. A aplicação do BSC aqui não é, por isso, trivial, exigindo um forte apoio superior e determinação.

Apresentam-se, de seguida, duas organizações públicas de cuidados de saúde que adoptaram o BSC como resposta a situações que gostariam de ver ultrapassadas ou a questões de urgente resposta. Documenta-se, ainda, o sucesso da sua implementação. Estas organizações não são portuguesas pois desconhece-se a utilização desta ferramenta por parte de hospitais nacionais, embora existam vozes favoráveis (Pinto, 2007). Contudo, espera-se que a apresentação e consequente análise destes casos possam servir de motivação e justificação para a posterior aplicação desta metodologia.

4.1.1 Duke Children’s Hospital

O *Duke Children’s Hospital* (DCH), localizado na Carolina do Norte, trata-se de um dos melhores hospitais pediátricos americanos. Apresenta 800 funcionários, uma lotação de 134 camas e engloba um conjunto de 28 especialidades pediátricas. Este é parte integrante do *Duke University Hospital* (DUH).

Em 1996, o DCH deparou-se com um aumento de 35% no custo por caso, face a 1995, e com uma demora média¹ de 8 dias que excedia em 20% a média nacional. Para além disso, a entidade estava a dar prejuízo (\$4 milhões de perdas operacionais anuais em 1992 que ascendeu para \$11 milhões em 1996), tendo exigido fortes cortes financeiros. Esta situação conduziu a uma deterioração substancial da qualidade dos cuidados de saúde na opinião dos seus funcionários clínicos e clientes, cuja insatisfação era crescente. Este descontentamento generalizado que levou, inclusive, a demissões de pessoal clínico, estava a pôr em causa a boa imagem e reputação do hospital.

¹ Ver definição de demora média no ponto 5.1

Perante esta situação, Dr. Jon Meliones, chefe da Unidade de Tratamento Intensivo em Pediatria, decidiu propor um programa de BSC. Embora conhecesse o sucesso anterior desta ferramenta no sector privado bem como a sua potencial aplicabilidade no sector público, o seu desenvolvimento inicial não foi fácil, pois sendo uma ferramenta fortemente dependente do consenso, a resistência inicial constituiu um forte obstáculo. A persuasão e persistência foram assim determinantes.

Inicialmente, procurou estabelecer-se o que estava a conduzir a tão maus resultados, tendo-se concluído (Kaplan e Norton, 2001 (b)):

- Os serviços prioritários não estavam a ser claros;
- Os objectivos da administração, pessoal clínico e não clínico não eram coerentes e alinhados.

Destaca-se neste ponto a preocupação de médicos e enfermeiros na prestação dos melhores cuidados de saúde, sem olhar a custos, que entrava em colisão com os objectivos dos administradores hospitalares que se centravam, essencialmente, no controlo das crescentes despesas;

- A organização estava com dificuldades óbvias em equilibrar atendimento de qualidade, satisfação dos pacientes, satisfação do pessoal e actividades de educação e investigação, com os objectivos financeiros.

O desenvolvimento e implementação desta abordagem implicaram a selecção de um serviço piloto - tendo sido escolhida a Unidade de Cuidados Intensivos Pediátricos -, uma reorganização no sentido *top-down* de toda a estrutura organizacional, o desenvolvimento de um sistema de informação customizado e a redefinição de processos de trabalho.

No início, após a selecção do serviço piloto, foram estabelecidas a missão – “prestar aos pacientes e seus familiares cuidados de elevada qualidade numa organização eficiente” - e a visão do serviço, que se pretendeu que fossem compatíveis com todo o *Duke Medical Center*. Seguiu-se a definição da estratégia que incidia essencialmente num melhoramento da comunicação e atendimento pois considerou-se que, assim, se aumentaria a satisfação dos doentes e sua referência futura, com conseqüente aumento das receitas. Além disso, procurou-se reduzir custos e tempos de permanência (demora média) de forma a restaurar a viabilidade financeira. Seguiu-se o desenvolvimento dos objectivos estratégicos, tendo estes sido estabelecidos por uma equipa envolvendo pessoal clínico e administrativos que, após rever a missão, visão e estratégia, expôs os seus objectivos. Estes objectivos foram divididos pelas perspectivas “saúde financeira”, “satisfação dos clientes”, “processos internos” e “satisfação dos empregados”. Associados aos objectivos geraram-se os indicadores e, por fim, as metas e iniciativas correspondentes.

De entre as iniciativas tomadas, destaca-se a criação de equipas multidisciplinares focadas especificamente numa dada doença – as chamadas unidades clínicas de negócio. Estas várias unidades passaram a trabalhar juntas para organizar “*care coordination rounds*” e soluções *brainstorm* para responder aos difíceis casos clínicos que surgissem. Estas unidades clínicas eram ainda responsáveis pela criação de protocolos que pressuponham as melhores práticas para vários tratamentos. A título de exemplo, expõe-se duas das alterações introduzidas por estes protocolos:

- Decorrente da realização de cirurgia cardíaca, um bebé em recuperação apresenta problemas de alimentação, sendo necessário fornecer apoio aos pais para que estes saibam como ajudá-lo. Antes da criação dos protocolos, este ensinamento só era feito no dia da alta do bebé. Após a partilha

de conhecimentos entre a equipa foi possível aprender que não era necessário uma espera tão longa, tendo sido alterado o treino dos pais para o dia imediatamente após a cirurgia. Este envolvimento mais precoce dos pais, conduziu a recuperações mais rápidas, tendo os custos hospitalares descido 28%;

- Um estudo de 20 pacientes cardíacos revelou que os custos por tratamento, em situações clínicas semelhantes, variavam dramaticamente. Para compreender esta situação, a equipa reuniu-se, analisou cada caso, comparou número de exames, número de dias sujeito a antibióticos, bem como outros dados, e reviu literatura médica. Desta forma, foi possível concluir que práticas eram desnecessárias e eliminá-las.

Acrescenta-se ainda que os médicos passaram a receber mensalmente estatísticas relativas aos custos por caso e nível de satisfação dos pacientes e médicos que os encaminhavam, sendo possível a comparação de desempenho entre médicos, com procura de melhores desempenhos.

Uma das dificuldades encontradas durante a implementação do BSC, foi ao nível da informação. Tal como muitos hospitais, o DCH reunia uma grande quantidade de dados, grande parte das quais inúteis ou mesmo falsos. Para fazer face a esta situação, foi criada para cada unidade clínica um sistema de medição para cada uma das perspectivas do BSC. Para medir o progresso foi pedida ajuda ao departamento de tecnologias de informação no desenvolvimento de uma base de dados própria. Com esta aplicação, registava-se todo o historial clínico do doente, bem como o acompanhamento financeiro de cada caso, sendo os resultados sistematicamente comparados com a média nacional, permitindo identificar áreas de actuação prioritárias. Este novo sistema, fiável na medição dos progressos para a prossecução das metas, ajudou na melhoria da performance em todas as perspectivas.

Após os primeiros resultados de sucesso no serviço piloto, a disseminação pelos restantes foi extremamente facilitada, tendo-se estendido, posteriormente, a dois grandes hospitais na região, adquiridos pelo DCH durante o desenvolvimento do programa.

Passados quatro anos desde o início da sua implementação, os resultados foram estrondosos.

Tabela 1 Resultado da aplicação do BSC no DCH

Indicador	Resultado
Satisfação dos pacientes	+18%
Satisfação dos funcionários	+45%
Demora média	6,1 dias (média nacional)
Taxa de readmissão	7% para 3%
Custo por paciente	-29%

Mostra-se ainda a evolução extremamente favorável relativamente à margem líquida:

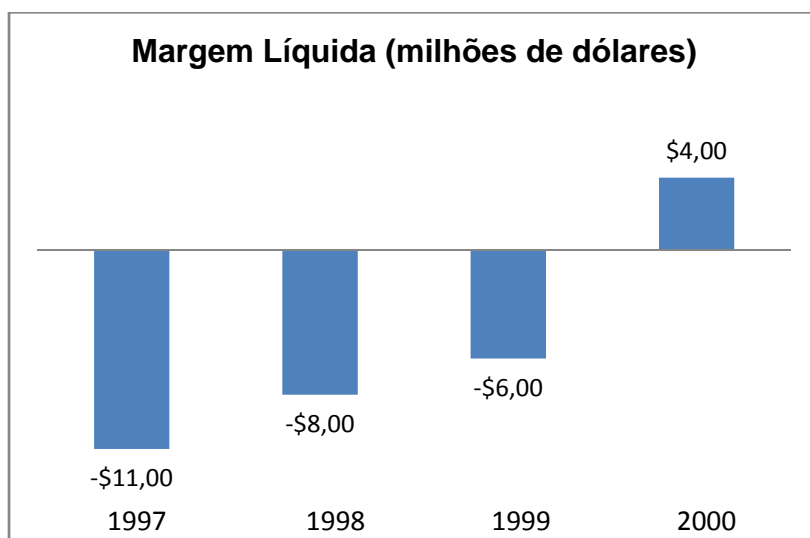


Figura 5 Evolução da margem líquida no DCH ao longo da implementação do BSC

Embora todas as dificuldades encontradas, os esforços envolvidos recompensaram, sendo este um dos mais flagrantes casos de sucesso do BSC no sector da assistência médica, estando documentado na *Harvard Business Review* (Meliones, 2000).

4.1.2 Agência de Saúde Pública de Barcelona

A Agência de Saúde Pública de Barcelona (ASPB), organização consorciada entre a Câmara de Barcelona e o governo autónomo, é o organismo que gere todos os serviços de saúde pública dirigidos ao cidadão. As principais funções da ASPB passam por conhecer o estado de saúde da população e seus determinantes, desenvolver políticas para a melhoria da saúde e garantir a prestação de serviços.

Em 2001, para o alinhamento da prática diária da direcção com os objectivos estratégicos, o Comité de Direcção adoptou o BSC (Villalbí *et al*, 2007). Para a clarificação dos conceitos subjacentes ao BSC, bem como as alterações que este teria de sofrer para se adaptar a uma organização de saúde pública, recorreu-se ao apoio de um consultor externo. Após o entendimento generalizado dos conceitos, procedeu-se à construção de um modelo BSC (objectivos, indicadores, metas) pelo Comité de Direcção, para o ano de 2002.

Um dos importantes passos da construção do modelo foi a clarificação das entidades "accionistas" e "clientes". Por um lado, considerou-se que todo o cidadão é accionista e cliente na medida em que são os "proprietários" e beneficiários de toda organização pública. Todavia, não foi ignorado que, em termos operativos e de gestão, os accionistas passam também pela Junta de Governo onde estão presentes os representantes das Administrações Públicas, proprietárias da ASPB, e que são quem decide que recursos atribuir. Do ponto de vista do cliente, adicionou-se ainda os gestores e directores de outras organizações públicas, assim como alguns grupos de profissionais. Contudo, nesta perspectiva há a acrescentar que a maioria dos beneficiários da produção da ASPB nem conhece a sua existência. Relativamente aos objectivos para esta perspectiva, destaca-se o esforço pela melhoria da relação com estes. Neste sentido, foi também utilizada, simultaneamente ao BSC, o modelo de excelência da EFQM (*vide* capítulo 2.1).

Quanto aos objectivos definidos para a perspectiva accionistas, escolheram-se aspectos relativos à gestão económica e orçamental de saúde pública, inovação da actividade em prática e manutenção do consenso político e institucional.

No que se refere à perspectiva aprendizagem e crescimento, a última perspectiva considerada, considerou-se central a formação do pessoal e o desenvolvimento de novas linhas de trabalho e de inovações.

Apresentam-se, de seguida, alguns dos objectivos e indicadores definidos para cada uma destas 3 perspectivas:

Tabela 2 Objectivos e indicadores definidos para a ASPB no âmbito da implementação do Balanced Scorecard

Objectivo	Indicador
<i>Perspectiva: Accionistas</i>	
Actualizar e validar sistematicamente o catálogo de serviços	Percentagem de produtos revistos anualmente
Conseguir a implementação e seguimento do Plano de Actuação Municipal e outros planos estratégicos dos sócios institucionais	Presença do Plano de Actuação Municipal nos quadros de comando de segundo nível institucionais
<i>Perspectiva: Clientes</i>	
Conhecer principais clientes e suas expectativas	Proporção de clientes para os quais se iniciou uma acção concreta para conhecer as suas expectativas
Personalizar a apresentação dos serviços em função das características do cliente	Elaboração de materiais de apresentação da carteira de serviços para determinados clientes-chave
Medir a satisfação dos clientes	Quantificação das queixas e felicitações recebidas
<i>Perspectiva: Aprendizagem e Crescimento</i>	
Implementar em todas as unidades um modelo de pesquisa e docência orientado à inovação e ao desenvolvimento	Existência de projectos em todos os serviços produtivos de saúde pública
Desenvolver ferramentas de gestão de recursos humanos	Desenho e arranque de uma comissão de formação
Implementar política de comunicação interna	Quantificação do uso dos canais

Tal como se pode constatar pela análise da Tabela 2, a formulação dos objectivos e indicadores não estão segundo a essência do BSC. Os objectivos nem sempre traduzem uma acção quantificável, o mesmo acontecendo com os indicadores, alguns apenas mensuráveis de forma qualitativa. De qualquer forma, são os acordados no contexto de uma equipa de trabalho.

Relativamente à perspectiva processos internos, Villalbí et al. (2007) não fazem referências a objectivos e indicadores definidos. Estes autores, nesta perspectiva, apresentam um mapa de processos que clarifica as relações existentes entre todos os processos da Agência.

Após a construção e implementação do BSC, fez-se a avaliação dos objectivos alcançados e, periodicamente, passaram a fazer-se reformulações dos objectivos e metas. Para além disso, procurou avançar-se na formulação do BSC em diversos serviços da organização, até que desde 2004 todas unidades constituintes da ASPB dispõem de um BSC específico e congruente com o geral.

Passados alguns anos desde a implementação do BSC na ASPB foram muitas as mudanças encontradas:

- Fortalecimento da coesão da equipa de gestão e de toda a organização, passando a gestão quotidiana e as actividades diárias a estarem impregnadas dos objectivos mais relevantes, deixando a estratégia de ser um discurso retórico;

- Melhor integração dos elementos relacionados com os clientes, promovendo a aproximação com estes;

- Desenvolvimento de acções, com vista a melhorar os processos internos transversais mais complexos, e desenvolvimento sistemático dos elementos necessários ao crescimento e desenvolvimento dos quadros e de todo o pessoal;

- Mais consciência dos directivos relativamente às necessidades das administrações titulares da agência que configuram nos órgãos de governo;

- A actividade da agência manteve-se bastante satisfatória.

Este exemplo de aplicação do BSC na ASPB é um exemplo bastante claro da extrema versatilidade desta ferramenta e das alterações que se podem efectuar de forma a garantir uma melhor adaptação às diferentes organizações, demonstrando, contudo, no final, o mesmo êxito.

4.2 Problemas no Desenvolvimento do Balanced Scorecard no Sector Público

Um dos principais entraves na aplicabilidade do BSC no sector público prende-se com o facto de que o que é executado nem sempre é fácil de ser medido, sendo agravada esta situação nos sectores da saúde e nos serviços sociais onde todos os resultados são sujeitos a uma ampla variedade de influências não sendo facilmente mensuráveis. Para além do que é dificilmente mensurável, há ainda a acrescentar a falta de informação que frequentemente caracteriza esses serviços ou, por vezes, a ausência de conhecimento que essa existe. Nos hospitais, quando se pede a justificação da realização de determinados processos de trabalhos é frequente ouvir-se: “faz-se assim porque sempre assim se fez”. No *National Performance Review*, em 1996, Kaplan e Norton escreveram: “*Nem todos irão dar as boas vindas a estas medidas. Surgirão problemas no desenvolvimento das medidas e dos objectivos. Os funcionários públicos não se focalizam nos resultados do seu trabalho. Por um lado, têm sido levados apenas a pensar nos processos, por outro lado, nem sempre são fáceis de definir medidas e objectivos. Como consequência, o seu volume de trabalho não é medido por resultados. As organizações do sector público demorarão muitos anos a ter sucesso no desenvolvimento de medidas e objectivos e no seu reporte*”. Estas afirmações, embora datem de 1996, permanecem muito actuais, reflectindo a realidade portuguesa.

Outro dos factores que influencia negativamente a aplicação desta ferramenta nos serviços públicos é o facto de esta poder ser uma prática limitada pelo início de uma nova administração ou governo. As práticas políticas comuns determinam que uma nova administração (ou governo) repudia tudo o que foi iniciado pelo seu antecessor, independentemente da qualidade desse trabalho.

Contudo, a orientação para os resultados e a avaliação por indicadores é, neste momento, uma política instalada e que veio para ficar.

Há ainda a referir que embora se tenha vindo a caminhar no bom sentido, a maioria das organizações dos sectores públicos está atrasada relativamente ao privado no que refere à detenção de ferramentas tecnológicas mais modernas. Isto pode constituir um problema para o BSC principalmente se se optar por uma ferramenta de software automatizada. Há que definir correctamente a envolvente tecnológica para que a implementação e exploração do BSC tenham o sucesso pretendido.

5. Hospitais EPE

Sendo o sector da saúde, em qualquer país desenvolvido, um dos maiores consumidores de recursos públicos torna-se evidente a necessidade de agir, promovendo políticas de gestão mais eficientes nestas organizações. A mudança tem de se iniciar a vários níveis, sendo que o Hospital é dos locais onde se terão de dar as mudanças mais significativas. Este constitui uma organização complexa onde uma vasta gama de aptidões técnicas coexiste com um conjunto de serviços com escassa integração. Os hospitais, com o seu carácter multiproduto, têm de responder a um vasto conjunto de finalidades, nomeadamente o de centro de prestação de cuidados médicos, o de hotel, o de tratamento de doentes, laboratório, de promotor social, sendo que frequentemente não é fácil atender de forma eficiente e eficaz a todas estas solicitações. Para além disso, deve integrar o primado das competências tecnológicas, muitas vezes difícil, pelos orçamentos tão apertados. Por todas estas razões, e tendo por base o actual contexto social, com elevadas taxas de pobreza, desemprego e médias de rendimento baixas que conduzem a intoleráveis situações de exclusão social e desigualdades em saúde, tornou-se essencial redefinir a política vigente de forma a permitir “ganhos em saúde” - mais e melhor saúde.

O processo de “empresarialização” de hospitais portugueses insere-se numa política de modernização e revitalização do actual Serviço Nacional de Saúde (SNS) que se pretenda que seja mais eficientemente gerido, criando mais valor para os recursos de que dispõe. Em Portugal, em 2008, só as transferências feitas para o SNS justificam mais de metade do crescimento da despesa pública. Este processo de mudança, que pressupõe uma gestão inovadora de carácter empresarial, encontra-se fortemente direccionado para a satisfação do cidadão pretendendo-se facilitar e melhorar o seu acesso aos cuidados de saúde e a profissionais especializados, bem como melhorias ao nível de serviço e atendimento.

A empresarialização de hospitais em nada se assemelha a privatização dado que a tutela destes mantém-se no Estado, ao nível do Ministério da Saúde e das Finanças, sendo este não só accionista mas responsável directo, em termos civis e criminais, perante doentes, fornecedores e funcionários. Basicamente, ao se empresarializar um hospital, está-se a adoptar um modelo organizativo, económico-financeiro e cultural centrado no doente. Em termos jurídicos, pode afirmar-se que estes hospitais passam a constituir entidades públicas empresariais (EPE).

O modelo organizativo no qual se baseia esta mudança assenta numa «lógica de gestão em cascata, liderada por um Conselho de Administração» (Ministério da Saúde, 2008) composto por alguns elementos, figurando necessariamente um Presidente, um Vogal executivo, um Director Clínico e um Enfermeiro Director. Cabe ao Conselho de Administração nomear Directores de Serviço dos quais é requerido um nível de gestão intermédia. No Ministério da Saúde existem cinco Administrações Regionais de Saúde (ARS's), entidades colectivas de direito público que constituem os representantes locais das políticas do Ministério e que são detentoras de personalidade jurídica, autonomia administrativa, financeira e patrimonial, e a Administração Central do Sistema de Saúde (ACSS). Esta última, em termos organizativos e de funcionamento em tudo igual às ARS's é responsável pelo estudo, avaliação e determinação de produção bem como execução dos Sistemas de Informação e gestão dos recursos financeiros do SNS. No que se refere ao Ministério das Finanças, as entidades mais envolvidas são a Direcção Geral do Tesouro e a Secretaria de Estado do

Orçamento, que avaliam o cumprimento de objectivos, metas e compromissos financeiros dos hospitais empresa

Esta transformação do modelo organizativo hospitalar está a dar-se em grande escala, tendo sido implementado, de forma simultânea, em mais de metade da actividade hospitalar portuguesa, estando ainda em curso novas adesões. Como principais critérios para a alteração para EPE destacam-se a dimensão, a tipologia de actividade e a representatividade regional.

Este novo modelo de gestão empresarial que assenta na gestão por objectivos e na lógica de apresentação de resultados, em tudo se assemelha aos conceitos inerentes ao Balanced Scorecard, pelo que se pode dizer que a “nova gestão” aplicada nestes hospitais converge, de forma directa ou indirecta, para esta ferramenta. Em termos práticos, os hospitais EPE passam de uma cultura de orçamento anual, limitadora e indutora de erros, para uma cultura de performance baseada na optimização.

No que se refere à fonte de receitas destes hospitais, 80% é assegurada pelo SNS, que «contrata produção a cada hospital por linha de actividade» - altas de internamento, consultas externas, sessões de hospital de dia e episódios de urgência - sendo a restante parte assegurada pelos sub-sistemas de saúde, seguradoras e privados. A contratação, efectuada pelo SNS, «continua a basear-se num contrato-programa assinado anualmente entre o Ministério da Saúde e os hospitais» sendo que a principal alteração reside no facto de o orçamento económico ser agora utilizado para planear a actividade fundamental (Ministério da Saúde, 2008).

Actualmente, constituem EPE's 33 entidades hospitalares nas quais se inclui, desde 2005, o Hospital Garcia de Orta.



Figura 6 Mapa da localização dos hospitais EPE bem como das 5 sedes da ARS (Fonte: Ministério da Saúde, 2008)

5.1 Indicadores Hospitalares

Para caracterizar a condição de determinado Hospital ou Serviço existem indicadores previamente estabelecidos e que são comuns à maioria dos hospitais portugueses. Estes indicadores são medições que permitem avaliar, acompanhar e justificar as principais variáveis de interesse desse mesmo Hospital/Serviço, ao longo de determinado período de tempo. Estas medições, ao servirem de apoio pela explicitação de problemas, dão um contributo fundamental na tomada de decisões e planeamento de acções futuras. Os indicadores mais frequentemente utilizados e analisados nos hospitais portugueses são (Glossário de Conceitos de Estatística em Saúde, 2001):

- Doentes saídos: doentes que deixaram de permanecer internados num serviço de um estabelecimento de saúde, nesse período;

- Dias de internamento: total de dias utilizados por todos os doentes internados, nos diversos serviços de um estabelecimento de saúde com internamento, num determinado período, exceptuando-se os dias em que ocorreram as altas desse estabelecimento de saúde²;

- Taxa de ocupação (TO) - anual: relação entre o número de dias de internamento e a capacidade de internamento

$$TO = \frac{\text{Dias de internamento}}{\text{Lotação efectiva} \times 365} \times 100 \quad (1)$$

- Demora média (DM): média do número de dias utilizados por todos os doentes saídos num determinado período

$$DM = \frac{\text{Dias de internamento}}{\text{Doentes Saídos}} \quad (2)$$

- Taxa de mortalidade (TM):

$$TM = \frac{\text{Número de falecimentos}}{\text{Doentes Saídos}} \times 100 \quad (3)$$

- Doente tratado por cama (DT/C): número médio de doentes saídos num determinado período, por cama

$$DT/C = \frac{\text{Doentes Saídos}}{\text{Lotação Efectiva}} \quad (4)$$

- Intervenções cirúrgicas;

- Índice de case-mix (ICM): é um coeficiente global de ponderação da produção que reflecte a relatividade de um Hospital comparativamente aos restantes, em termos da complexidade da sua casuística³. Este índice define-se como o rácio entre o número de doentes equivalentes de cada grupo de diagnóstico homogéneo (GDH), ponderados pelos respectivos pesos relativos, e o número

² Não são incluídos os dias de estada em berçário ou em serviço de observação de serviço de urgência

³ Conjunto de casos clínicos com certos pontos comuns que são objecto de um estudo científico determinado

total de doentes equivalentes do Hospital. O ICM nacional é por definição igual a 1. Um afastamento deste valor de referência, para valores superiores, representa mais custos para a Unidade de Saúde em questão, reflectindo um maior tratamento de doentes.

$$ICM = \frac{\sum(\text{doentes equivalentes GDHi} \times \text{peso relativo GDHi})}{\sum \text{doentes equivalentes do GDHi}} \quad (5)$$

No que se refere ao internamento, os GDH são o sistema utilizado para classificar os episódios de internamento de agudos. Estes são depois convertidos em doentes equivalentes tendo em conta o tempo de internamento de cada um deles e o intervalo de normalidade definido para cada GDH. É depois aplicado um preço base a estes doentes, influenciado por todos os serviços prestados no internamento, em regime de enfermaria e em unidades de cuidados intensivos, incluindo todos os cuidados médicos, meios complementares de diagnóstico e terapêutica e hotelaria. Este preço é o que consta na tabela de preços do grupo a que cada unidade pertence.

Os episódios de internamento podem ser normais/típicos, quando os tempos de internamento se situam entre os limiares mínimo e máximo do GDH a que correspondem, ou excepcionais de curta e longa duração. Nos excepcionais de curta duração, os tempos de internamento situam-se abaixo ou no limiar de excepção inferior do respectivo GDH, nos de longa duração acima ou no limiar de excepção superior, sendo que estes limiares de excepção definem, para cada GDH, o intervalo de normalidade em termos de tempo de internamento, calculando-se de acordo com os intervalos inter-quartis das respectivas distribuições.

O número total de doentes equivalentes do Hospital define-se como o total de episódios de internamento que se obtém após a transformação dos episódios excepcionais e dos episódios em que houve transferências, em episódios equivalentes aos episódios normais ou típicos do respectivo GDH.

Relativamente ao peso relativo de um GDH, este é o coeficiente de ponderação que reflecte o custo que se espera com o tratamento de um doente típico desse GDH, expresso relativamente ao custo médio do doente típico a nível nacional o qual representa, por definição, um peso relativo de 1 (Circular normativa para Hospitais EPE e SPA, 2008).

5.2 Hospital Garcia de Orta

O Hospital Garcia de Orta (HGO), construído na década de 80 e inaugurado em 1991, tem uma área de influência directa que abrange os concelhos de Almada, Seixal e Sesimbra, com uma população total estimada em cerca de 350.000 habitantes. Embora a população a que serve apresente um nível de envelhecimento inferior à média nacional, este hospital encontra-se enquadrado num contexto que prima pela vulnerabilidade social da comunidade que serve. A oferta hospitalar, diferenciada em termos técnicos, é por vezes consideravelmente destabilizada por invasões sazonais de doentes que irremediavelmente ali ficam, ocupando macas e camas hospitalares. A todos estes condicionantes há ainda a referir o número crescente de doentes crónicos que a este hospital ocorre.

A lotação actual deste hospital é de 524 camas (incluindo os Serviços de Observação – SO) sendo uma referência, a nível nacional, em diversas especialidades e técnicas terapêuticas.

Missão

A missão deste Hospital consiste na prestação de cuidados de saúde diferenciados à população, designadamente aos beneficiários do SNS, e aos beneficiários de Subsistemas de Saúde, ou de entidades externas que com ele contratualizem, e a todos os cidadãos em geral.

Valores

Ao longo de todo os anos de funcionamento do Hospital Garcia de Orta este tem primado por uma cultura de prestação de serviço público que assenta nos seguintes valores:

- Colocação do doente/utente no centro do universo da prestação dos cuidados de saúde;
- Observância de padrões de ética no exercício da actividade hospitalar;
- Equidade no acesso e na prestação dos cuidados de saúde;
- Promoção da saúde;
- Promoção da qualidade;
- Conservação do património e protecção do meio ambiente;
- Eficiência na utilização dos recursos.

Estratégia

Na prossecução da sua missão "...prestação de cuidados de saúde diferenciados" e tendo em conta o actual ambiente de mudanças no sector da saúde bem como as mudanças estruturais induzidas pela "produção de cuidados de saúde de excelência com maior eficiência", o Hospital Garcia de Orta definiu para o triénio 2007/2009 os seguintes objectivos estratégicos:

- Consolidação orçamental e controlo rigoroso da despesa;
- Produção de cuidados de saúde de excelência com maior eficiência;
- Renovação das infra-estruturas físicas e tecnológicas;
- Desenvolvimento dos sistemas de informação;
- Promoção da qualidade;
- Reforço da articulação funcional com as outras unidades de saúde da região.

Indicadores

• Indicadores de Produção do Internamento e Bloco Operatório

Os indicadores de produção permitem-nos conhecer a actividade de um hospital, bem como avaliá-la, durante um determinado período de tempo. Contudo, esta medição da actividade hospitalar tem de ser vista cuidadosamente pois são muitos os factores associados à oferta e à procura que dificultam a avaliação da produção, bem como a sua comparação com os demais hospitais. Com estes indicadores obtém-se uma medida do rendimento dos recursos aplicados.

Tabela 3 Indicadores de produção do internamento e do bloco operatório referentes ao HGO (Fonte: Hospital Garcia de Orta, 2007)

	2004	2005	2006	2007	Variação 07/06	
					Nº	%
Doentes saídos	24464	24610	23722	21674	-2048	-8,63
Dias de internamento	159083	165540	166189	165577	-612	-0,37
Taxa de ocupação	83,8	87,71	87,9	86,55	-1,35	-1,54
Demora média	6,5	6,77	7,01	7,64	0,63	9,05
Taxa de mortalidade	5,61	5,58	6,2	6,79	0,59	9,52
Cirurgia						
Convencional	5617	3966	4134	4406	272	6,58
Ambulatório	2765	2802	3096	4114	1018	32,88
SIGIC ⁴ /Adicional	1350	1447	1590	1156	-434	-27,3
Urgência	2820	2528	2413	2477	64	2,65
Total	12552	10743	11233	12153	920	8,19

Pela análise do número total de doentes saídos, verifica-se uma tendência decrescente no número destes, à excepção do ano de 2005 em que houve um acréscimo, embora ligeiro. Esta tendência generalizada deve-se, entre outros motivos, à redução do internamento em prol da actividade de ambulatório.

No que se refere à demora média, o facto de se ter verificado um aumento é explicado pela forte diferenciação do HGO que permite o tratamento de patologias que, pela sua natureza clínica, implicam internamentos mais demorados.

A produção, ao nível de bloco operatório, foi caracterizada por um aumento de 8,19% face ao ano anterior. Este acréscimo deveu-se à cirurgia programada⁵ que suplantou largamente a diminuição de 27,3% da cirurgia adicional. O aumento de 32,88% no número de cirurgias de ambulatório deve-se, à já referida, promoção das mesmas, que potencia a diminuição de internamentos inapropriados

5.2.1 Serviço de Ortopedia e Traumatologia

O serviço de Ortopedia do Hospital Garcia de Orta é, actualmente, uma referência nacional em Cirurgia Percutânea do Pé e em Técnicas de Reconstrução e Alongamento de Membros pelo método de Ilizarov⁶.

Este serviço dispõe de unidades funcionais em diversas zonas do hospital, partilhando zonas de trabalho com o Serviço de Reumatologia e com o Serviço de Cirurgia Plástica.

Até aos inícios de 2008, os serviços de Ortopedia e Traumatologia funcionavam distintamente com um enfermeiro-chefe responsável por cada serviço. Contudo, no decorrer deste ano está a ser

⁴ O Sistema Integrado de Gestão de Inscritos para Cirurgia (SIGIC) substituiu, em 2004, o Programa Especial de Combate às Listas de Espera Cirúrgicas (PECLEC)

⁵ Entende-se por cirurgia programada a cirurgia que é efectuada com data de realização previamente marcada. Nesta incluem-se a cirurgia convencional e cirurgia do ambulatório

⁶ O método de Ilizarov permite obter uma neoformação óssea num foco de fractura, com uma distração epifisiária, ou numa corticotomia, quando se é submetido a uma distensão mecânica doseada.

posta em prática uma acção experimental com vista a uma maior rentabilização dos recursos humanos, sendo, agora, um único enfermeiro chefe a gerir os dois serviços.

Embora se considere que seja uma abordagem mais eficiente a nível de recursos, sendo comumente aplicada noutros hospitais, apontam-se já algumas desvantagens, nomeadamente a menor regularidade da visita médica havendo, assim, penalizações no atendimento do doente. Para além disso, refere-se que em ortopedia existem doentes infectados, enquanto Trauma é caracterizada por doentes limpos, ocorrendo, assim, riscos de infecção.

De uma forma genérica, pode dizer-se que um doente que chegue ao Hospital Garcia de Orta com qualquer lesão óssea ou tendinosa urgente, após atendimento no serviço de urgência e respectiva triagem é observado por um médico que estabelece a realização de determinados exames e/ou análises e que, em casos de considerável debilitação do doente, procede ao reequilíbrio deste (estabilização da fractura, equilíbrio hemodinâmico, controlo do nível de electrólitos, tratamento da dor). Caso o doente tenha solicitado um serviço de emergência médica por vezes este reequilíbrio é iniciado logo no local de recolha do doente.

Após a avaliação médica é feito um diagnóstico que pode culminar com a necessidade de intervenção cirúrgica. Caso tal seja requerido, ou o doente é imediatamente operado em bloco operatório disponível 24h ou, em caso de indisponibilidade, terá de aguardar, em regime de internamento. Nesta situação, o doente pode ser operado por traumatologia diferida (numa semana estão disponíveis 2 tempos – 5ª e 6ª-, na semana seguinte 3 tempos – 2ª, 5ª e 6ª, alternando consecutivamente) ou recorre-se a tempos de cirurgia adicional (bloco operatório das 9h às 16h partilhado por vários serviços). Esta última solução apresenta-se como a mais vantajosa pois não acarreta despesas acrescidas para o hospital uma vez que as verbas são disponibilizadas pelo Estado; estes tempos correspondem a horas extraordinárias efectuadas por médicos e enfermeiros. O acompanhamento e disponibilização de cirurgias adicionais são regulados pelo Sistema Integrado de Gestão de Inscritos para Cirurgia (SIGIC).

Em casos extremos recorre-se, ainda, a tempos de rotina ortopédica. Esta é a situação mais inviável pois contribui para o aumento das listas de espera em ortopedia. Contudo, em situações de urgente resposta, por vezes, esta torna-se inevitável.

No esquema seguinte evidencia-se o circuito de um doente de Traumatologia no HGO, evidenciando-se para o internamento os vários custos associados, pois são estes os que mais contribuem para os custos do serviço.

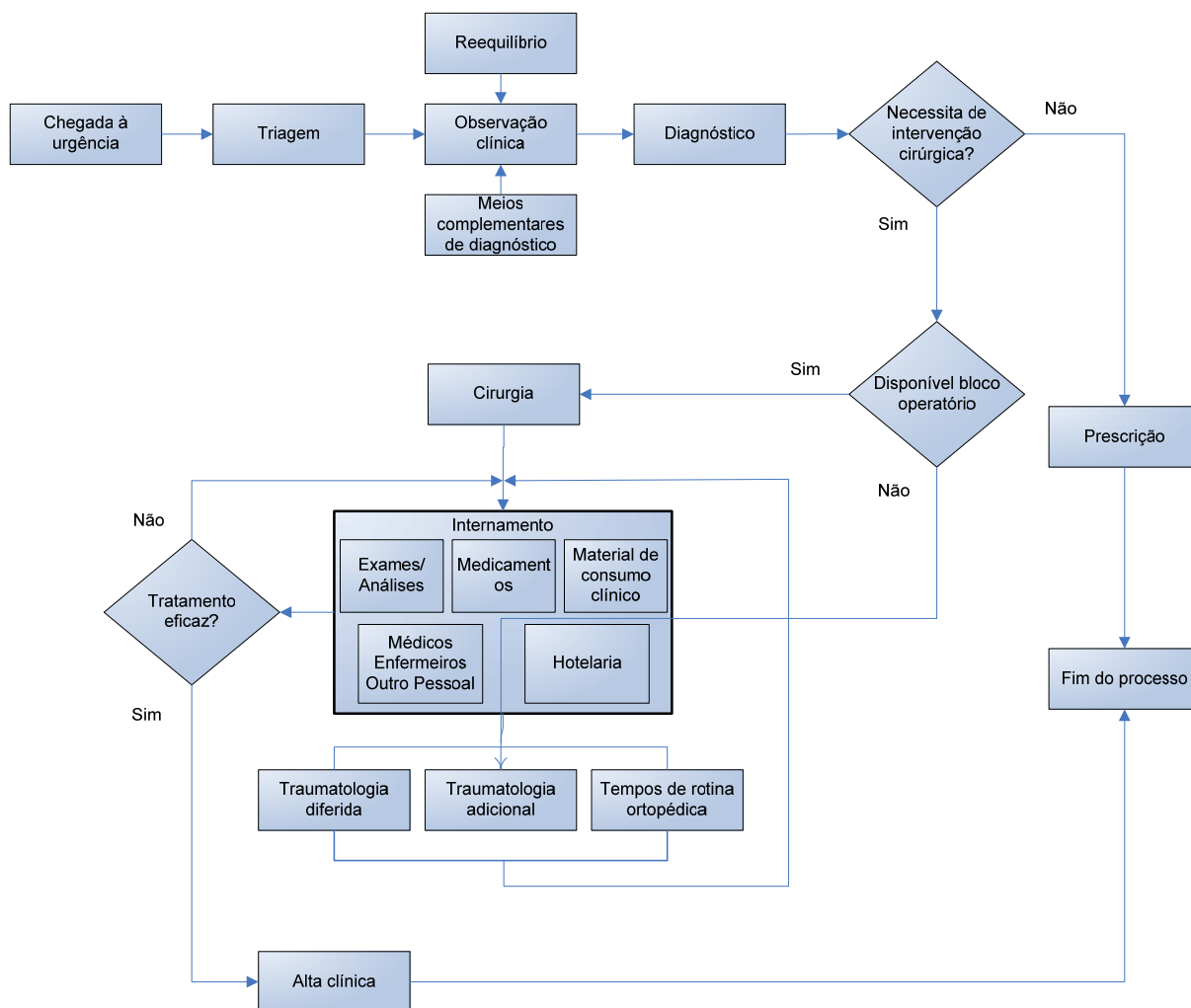


Figura 7 Circuito do doente de traumatologia

Missão

Enquadrado pelos Artigos 2º, 3º e 4º do Regulamento Interno do Hospital Garcia de Orta, considera-se “Missão” do serviço de Ortopedia e Traumatologia, a prestação de cuidados de saúde do foro das doenças e traumatismos do aparelho locomotor, nomeadamente na sua vertente cirúrgica, à população da sua área de influência, assim como a doentes de outras áreas no que diz respeito a patologias e técnicas em que o serviço é considerado de referência (Serviço de Ortopedia e Traumatologia, 2005).

Valores

Dado que não existia uma definição prévia dos valores do serviço de Traumatologia foi necessário defini-los, juntamente com o director do serviço. Assim, considera-se que os valores essenciais do Serviço de Ortopedia e Traumatologia do HGO são:

- Qualidade: disponibilização de um serviço de qualidade na prestação de qualquer cuidado de saúde;
- Ética: cumprimento dos princípios de conduta em todas as decisões e acções;
- Respeito pelo indivíduo: resposta às necessidades dos doentes e colaboradores, de forma equitativa, respeitando as suas individualidades;

- Racionalização: consumo racional dos recursos;
- Inovação: Busca contínua pelo desenvolvimento intelectual e pela exploração de novas ideias, estando sempre a par dos avanços tecnológicos e científico e procurando aplicá-los;

Estratégia

A estratégia do serviço de Traumatologia assenta numa filosofia de funcionamento que visa a satisfação do utente pela prestação de uma assistência da melhor qualidade, minimizando custos operacionais. Concretamente, a estratégia passa por (Serviço de Ortopedia e Traumatologia, 2005):

- Utilização de tecnologias de ponta, que permitam um levante e marcha precoce com menor demora média de internamento;
- Disponibilidade de uma equipa médica restrita mas em exclusividade, permitindo uma maior dedicação aos utentes com menores custos operacionais;
- Organização do serviço em unidades de patologias com atribuição de competências levando, não só, a uma melhor qualidade técnica e eficiência de actos médicos, mas também a uma melhor racionalização e rentabilização dos equipamentos;
- Criação de uma rotina de funcionamento integrada, com reunião clínica e visita médica diária conjunta, de modo a melhor controlar a evolução da patologia dos utentes e evitar prolongamento injustificado do internamento;
- Instituição de preparação pré-operatória e reabilitação em regime ambulatorio limitando ao máximo o tempo de internamento dos utentes;
- Facultar condições para a investigação, formação e troca de informação científica entre profissionais, a nível nacional e internacional, por meio de visitas e estágios a outros serviços, apresentações em eventos científicos, comunicação electrónica e desenvolvimento de programa de estágios para médicos estrangeiros no serviço.

Visão

Também a visão deste serviço não estava estabelecida. Assim, estipulou-se que a visão do serviço de Ortopedia e Traumatologia do HGO é ser um serviço de referência a nível nacional em todos os domínios, satisfazendo clientes e funcionários, e promovendo comportamentos eficazes e eficientes no que se refere aos recursos materiais e financeiros disponibilizados.

Unidades Funcionais

Das unidades funcionais do Serviço de Ortopedia e Traumatologia do Hospital Garcia de Orta constituem particular relevância as seguintes (Serviço de Ortopedia e Traumatologia, 2005):

- *Unidade de Traumatologia do Serviço de Urgência*: funciona numa sala própria do Serviço de Urgência Geral sendo constituída por uma zona de trabalho para observação e pequenas imobilizações e, por uma outra zona, para reduções em marquesa ortopédica, sob controlo de intensificador de imagem. O movimento de doentes, em 2005, era de 12000 doentes tratados por ano.
- *Unidades de Consulta Externa de Ortopedia e Traumatologia de Adultos*: constituem-se por 3 salas de observação e uma de pensos. A consulta de Traumatologia funciona separada da Ortopedia.

As consultas de Traumatologia (5400/ano) destinam-se ao seguimento dos doentes tratados na urgência e seguimento pós-operatório de traumatologia.

- *Unidades de Internamento de Ortopedia e Traumatologia*: compreendem duas alas separadas – o internamento de ortopedia e o internamento de traumatologia. O internamento de traumatologia (1009/ano) dispõe de 3 camas de recobro, 4 camas de cuidados diferenciados para politraumatizados graves e 20 camas de internamento, incluindo 2 quartos individuais com cama de acompanhante para casos especiais.

- *Unidades de Bloco Operatório de Ortopedia e Traumatologia*: também aqui Ortopedia e Traumatologia funcionam separadamente, sendo o movimento de cerca de 1560 intervenções cirúrgicas por ano. A cirurgia traumatológica (770/ano) supõe-se que seja executada nas primeiras 48 horas após a entrada do doente na Unidade Traumatológica do Serviço de Urgência, por uma equipa escalada para o efeito, em regime de urgência e em sala própria.

6. Aplicação do Balanced Scorecard no Serviço de Traumatologia do Hospital Garcia de Orta

Face aos objectivos estratégicos do Hospital Garcia de Orta (HGO), que passam por rigorosos controlos da despesa e a disponibilização de um serviço de excelência, todas as unidades integrantes deste hospital deverão estar alinhadas para que os seus esforços convirjam para o alcance desses objectivos. O serviço de Traumatologia, sendo um dos que movimentam mais doentes, e deparando-se com problemas de urgente resposta, contribui de forma directa para o sucesso ou insucesso destes objectivos. O desenvolvimento de ferramentas que auxiliem na análise da performance destes serviços e, em última análise, do Hospital como um todo, urge pela sua necessidade.

O Balanced Scorecard (BSC) surge, assim, como a metodologia escolhida para promover um melhor desempenho no serviço Traumatologia do HGO. O BSC tem vindo a afirmar-se, nos últimos anos, com uma das melhores ferramentas para definir e implementar a estratégia das organizações, sejam elas públicas ou privadas. Considera-se que a implementação do BSC num serviço de saúde clarifica os problemas desses serviços, fornecendo informações fundamentais a vários níveis, que permitirão futuras intervenções estratégicas. Embora não sendo exigido, quando suportado por uma plataforma informática adequada torna-se particularmente apelativo, permitindo o controlo em tempo real e a rápida e fácil visualização de resultados.

O objectivo deste trabalho passa, assim, por definir os objectivos do serviço de Traumatologia, que se querem alinhados com os do HGO, bem como determinar as articulações entre eles que irão possibilitar o alcance da missão deste serviço. Pretende-se, ainda, estabelecer as métricas que permitem avaliar os objectivos e determinar as metas associadas para, depois, introduzir os parâmetros de relevância num *software*, indo este possibilitar a desejada análise e *reporting* dos dados, capazes de auxiliar na decisão, promover o desenvolvimento de melhores práticas, a aprendizagem organizacional e o reforço do princípio da responsabilização pelos dados.

6.1 Formulação do Problema

Com vista à aplicação desta metodologia, há que esclarecer o conjunto de fundamentos, razões lógicas e racionais que justificaram o desenvolvimento do BSC no HGO e concretamente no serviço de Traumatologia.

Numa organização de grandes dimensões, como sendo um hospital, o projecto de implementação deve iniciar-se por uma unidade de menor dimensão. Por questões óbvias de tempo o trabalho ficou cingido a essa unidade, o Serviço de Ortopedia e Traumatologia, que funciona, assim, como serviço piloto.

A escolha deste serviço prendeu-se a diversas razões. Por um lado, este serviço possui um líder, o director de serviço, que acredita nos méritos desta ferramenta, não comprometendo assim os esforços para a aplicação da mesma; o patrocínio executivo é de extrema importância na aplicação de ferramentas como o BSC. Para além disso, este é um serviço largamente presente nos restantes hospitais o que possibilita a maior aplicabilidade futura deste trabalho.

Teve-se, ainda, em conta, o facto de este ser um serviço de considerável dimensão que possui um conjunto de actividades que se enquadram na cadeia de valor da organização.

O Serviço de Ortopneumatologia do HGO é um dos serviços que movimentam mais doentes neste hospital, tendo dado entrada, no ano de 2007, 725 doentes.

Com uma vasta diversidade de doentes e patologias depara-se, de momento, com problemas aos quais não consegue dar uma resposta absoluta, sendo imperativo o encontrar de soluções.

A realização deste trabalho vai incidir, maioritariamente, na área traumatológica pois é a este nível que se encontram as principais dificuldades, relacionadas, essencialmente, com três questões:

- Problemas sociais: sendo o Serviço de Traumatologia um serviço que tem de lidar com a urgência de lesões ósseas e tendinosas dos membros superiores, inferiores, bacia e coluna e sendo, por isso, os seus principais doentes, idosos, são muitos os problemas que se colocam a nível social. Os casos de idosos portugueses que vivem nos hospitais acumulam-se porque as estruturas de saúde não possuem unidades de cuidados continuados em número suficiente para enfrentar o crescente envelhecimento da população portuguesa, e o HGO não é excepção. Neste sentido, o serviço social desenvolvido por este hospital no acolhimento, acompanhamento e apoio psicossocial é de extrema importância, procurando assim colmatar alguns destes problemas.

- Incapacidade de resposta do bloco operatório para situações urgentes: sendo este um serviço que lida quase exclusivamente com doentes não programados é, por vezes, difícil dar resposta a todos os casos que chegam, sendo necessário recorrer a meios alternativos, dos quais se destacam, as já referidas, cirurgia adicional, traumatologia diferida e os tempos de rotina ortopédica. Contudo, mesmo com estas alternativas, existem doentes a esperar mais do que o desejável por uma cirurgia que, muitas vezes, deveria ser imediata.

- Carência de um sistema de medição da performance: embora este serviço seja detentor de uma estratégia coerente e possua já alguns indicadores que permitem avaliar a consecução de objectivos, também eles já desenvolvidos, existe ainda um longo caminho até se atingir uma cultura de medição com indicadores disponíveis e facilmente acessíveis para todos os interessados, bem como uma estratégia de comunicação destes mesmos dados. Existe ainda um desconhecimento generalizado da existência de muitas métricas e informações relevantes. Além disso, muitas vezes conhece-se a existência dos dados, mas a forma de os obter é, para muitos, uma incógnita.

Pela análise da situação apresentada, considerou-se que o BSC é a ferramenta mais adequada.

Relativamente aos dois primeiros pontos, irá permitir explicitar e comunicar a todos os interessados quais os objectivos fundamentais e de que forma se relacionam com outros objectivos igualmente importantes, ajudando no alinhamento de todos com a estratégia global do serviço de Traumatologia. Vai ainda possibilitar, ao avaliar o que está a falhar, o apoio na tomada de decisões que irão beneficiar todo o serviço.

Quanto ao último ponto, pelas vantagens já sobejamente atribuídas ao BSC, considera-se que esta é a ferramenta mais eficaz e prática no estabelecimento de um sistema de medição viável e acessível para todos.

Para além disso, o facto de o BSC incentivar a aproximação das diferentes classes profissionais, tradicionalmente separadas, e o facto de promover a prestação de cuidados de saúde de qualidade, com maior satisfação dos utentes, influenciaram igualmente a escolha desta ferramenta neste serviço, que se crê fundamental na gestão de um hospital.

6.2 Método

Para a implementação da ferramenta escolhida – BSC – um conjunto de passos sequenciais, por vezes acompanhados de alguns retrocessos, foi seguido. De forma genérica pode dizer-se que, numa primeira fase, as actividades desenvolvidas foram as seguintes:

- Preparação e envolvimento dos actores internos. Destes actores internos fez parte o director do serviço de Traumatologia, decisor com conhecimentos da base estratégica e funcional do serviço, o enfermeiro chefe, que detém um entendimento específico da unidade dispondo de experiência relativamente aos processos internos, e o administrativo responsável pelo serviço que possui toda a informação relevante deste;

- Levantamento da informação e interpretação de dados;

- Início da construção do sistema de BSC.

Nesta primeira fase, aquando da reunião de toda a informação e análise minuciosa desta, confirmou-se a missão e estratégia do serviço e desenvolveram-se valores. A partir desta altura foi possível determinar-se com que perspectivas se iriam trabalhar e quais os objectivos estratégicos fundamentais; a determinação destes objectivos teve como *input* de partida objectivos já previamente estabelecidos. Para além disso, procurou-se já definirem-se algumas das relações causa-efeito que interligam os objectivos. Após um primeiro esboço, perspectivas, objectivos e relações foram mostrados ao director clínico do serviço, tendo este contribuído na reformulação de alguns dos objectivos já definidos e das relações causa-efeito estipuladas, bem como na determinação das variáveis que poderiam avaliar esses objectivos – os indicadores.

Numa segunda fase, os passos seguidos foram:

- Processo de aquisição de dados, em que foi feita a identificação das fontes de informação necessárias e disponíveis para os *scorecards*;

- Estabelecimento do sistema de indicadores;

- Desenho do mapa estratégico;

- Determinação das metas e iniciativas;

Numa terceira e última fase, objectivos e indicadores foram introduzidos num software, juntamente com as metas associadas a cada uma das métricas, devolvendo este o estado actual da sua prossecução.

Acrescenta-se que, embora esta metodologia tenha sido apresentada de forma sequencial, o BSC é um processo iterativo, tendo ocorrido vários *loops* de ajustamento e refinamento dos resultados, sobrepondo-se, por vezes, as várias etapas.

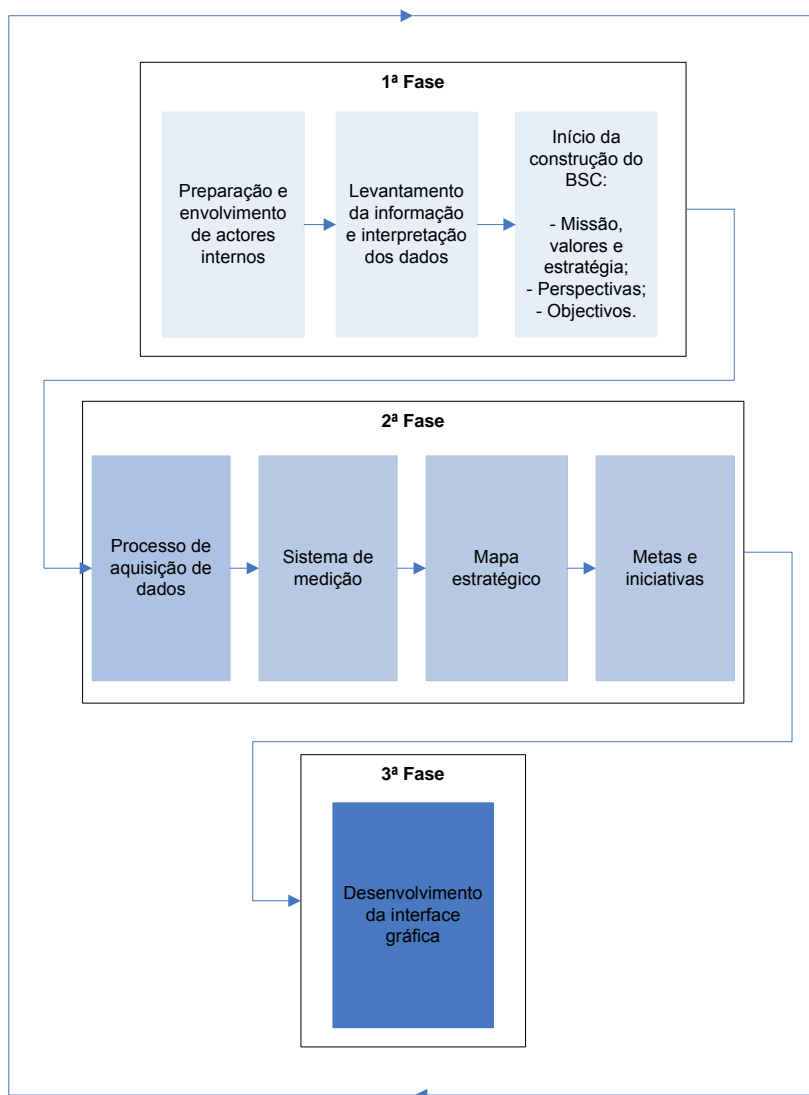


Figura 8 Representação esquemática do método seguido na concepção do BSC

6.2.1 Definição das Perspectivas

O desenvolvimento do BSC no serviço de Traumatologia do HGO iniciou-se, tal como suposto, pela diferenciação das perspectivas, a partir das quais se iriam organizar os objectivos que traduzem a missão e estratégia deste serviço. Desta forma, as perspectivas seleccionadas foram:

- *Doentes/Stakeholders* – Nesta perspectiva procura-se incluir todos os interessados e visados pela qualidade do serviço de Traumatologia. Os *stakeholders* incluem 3 das dimensões já referidas no capítulo 4 deste trabalho: *accountability*, protecção e compromisso. Quanto à dimensão resposta, decidiu-se, dada a sua verdadeira importância num serviço de saúde, e pelo facto de referir-se ao interveniente mais determinante do ponto de vista clínico do serviço, o doente, colocá-la, igualmente, na nomenclatura desta perspectiva para ressaltar a sua relevância;

- *Orçamento* – Aqui pretendem incluir-se os principais custos a limitar de forma a cumprir o orçamento previsto. Esta perspectiva, tal como sugerido pela Figura 4, é colocada lado a lado com a perspectiva *clientes/stakeholders*.

- *Processos internos* – Com esta perspectiva pretende determinar-se quais os processos essenciais para o serviço reduzir custos e aumentar a satisfação dos seus doentes/*stakeholders*.

Procuram evidenciar-se os procedimentos que poderão ser elevados de forma a se conseguir alcançar um melhor serviço final, com uma alocação de recursos mais eficiente;

- Aprendizagem e crescimento – Esta perspectiva procura evidenciar as actividades e acções que mais promovem o desenvolvimento de todos os funcionários do serviço, bem como as que induzem importantes mudanças benéficas. Estas contribuem decisivamente para o alcance dos objectivos definidos nas perspectivas anteriores.

Embora as perspectivas não sejam exactamente as originariamente propostas por Kaplan e Norton (Kaplan e Norton, 1992), estas também não são muito díspares (tabela 4).

Tabela 4 Comparação entre as perspectivas adoptadas para o serviço de Traumatologia do HGO e as perspectivas originariamente propostas por Kaplan e Norton

Perspectivas do BSC introduzido por Kaplan e Norton (Kaplan e Norton, 1992)	Perspectivas adoptadas para o serviço de Traumatologia do Hospital Garcia de Orta
Financeira	Orçamento
Clientes	Doentes/ <i>Stakeholders</i>
Negócios internos	Processos internos
Inovação e aprendizagem	Aprendizagem e crescimento

Com estas perspectivas procurou captar-se quem são os principais interessados dentro do serviço de Traumatologia, e como se poderá atender a todos eles, bem como salientar em que é o que serviço se precisa suplantar. Pretendeu-se, ainda, que todas estas perspectivas se conseguissem interligar com facilidade para contar uma “história” coerente e clara que permitisse uma concretização bem sucedida da missão e estratégia.

6.2.2 Definição de Objectivos Estratégicos

Após a definição das perspectivas, segue-se a determinação dos objectivos que se distribuirão por cada uma delas.

Na definição destes objectivos, procurou-se que estes fossem os mais claros possíveis e detentores de significado, procurando-se que estivessem totalmente alinhados com a missão e estratégia do serviço. De forma a ressaltar que estes objectivos não contribuem para uma inércia confusa, todos eles se iniciam por verbos de acção, de forma a enfatizar a sua natureza dinâmica que orienta a forma como a estratégia será executada, e todos eles são quantificáveis.

Na perspectiva doentes/*stakeholders*, os objectivos considerados foram os seguintes:

- *Reduzir a dor no período pós-operatório* - A dor no período pós-operatório é um dos medos mais verbalizados pelos doentes que realizam uma intervenção cirúrgica. Neste sentido, deve haver uma procura pelo alcance da dor mínima. Embora a consciência crescente da importância no controlo da dor que culminou com a sua designação a ser associada ao 5º sinal vital, pela *American Society of Pain*, a insuficiente ou deficiente avaliação da dor pelos profissionais de saúde, o receio com os efeitos secundários dos fármacos e, inclusive, uma certa aceitação da mesma como consequência inevitável de qualquer cirurgia conduz, ainda, a um controlo inadequado da dor neste período. Não obstante, é sabido que a avaliação da dor, sendo algo subjectivo e influenciado por diversos factores, representa um verdadeiro desafio.

A redução da dor faz parte do padrão de qualidade a que o serviço de Traumatologia se propõe.

- *Aumentar a satisfação dos utentes do serviço* – A satisfação dos utentes de um serviço de saúde dita, em última análise, a qualidade do mesmo. Este objectivo é, assim, um dos objectivos fundamentais que não pode, de todo, ser descurado.

Relativamente à perspectiva orçamento, estipularam-se os seguintes objectivos:

- *Reduzir custos com pessoal, material de consumo clínico e medicamentos* – As rubricas pessoal, material de consumo clínico e medicamentos, constituem as rubricas orçamentais de maior volume, sendo determinante o seu controlo e redução.

- *Reduzir custos por unidade de serviço* – Apesar do controlo das rubricas referidas, com uma maior eficiência dos processos e uma melhor gestão dos orçamentos e fundos, o que se pretende, em última análise, é uma diminuição geral dos custos do serviço.

Quanto à perspectiva processos internos, determinaram-se os seguintes objectivos:

- *Dar resposta aos critérios não cumpridos e/ou parcialmente cumpridos no âmbito da 1ª auditoria do KING'S FUND* – Em Março de 1999, foi assinado um protocolo de colaboração para o desenvolvimento do Sistema Português da Qualidade na Saúde, entre o Ministério da Saúde e o *King's Fund Health Quality Service*, com a duração de 5 anos. Com esta colaboração, passou a atribuir-se a uma entidade externa um programa de acreditação para os hospitais portugueses. A acreditação do King's Fund tem como fim proporcionar aos utentes, serviços de saúde com elevados padrões de qualidade. Para tal, é feita uma compilação de todos os procedimentos que integram o trabalho de administrativos, médicos, enfermeiros, auxiliares e demais colaboradores da organização, e da análise destes procedimentos – que permitem detectar erros e falhas – é possível indicar medidas correctivas destinadas a melhorar os desempenhos.

No início do ano de 2000, o HGO aderiu ao programa de acreditação, passando a ter após uma primeira auditoria, uma acreditação provisória. A acreditação definitiva é uma das metas do HGO, necessitando para tal que todos os profissionais de todos os serviços se empenhem nas tarefas necessárias para atingir este objectivo.

- *Melhorar boas práticas clínicas* – Os modelos de cuidados utilizados pelos hospitais para obter os melhores resultados (ajustados aos riscos) devem ser identificados, conhecidos e transmitidos para que os doentes tenham o melhor atendimento, no menor tempo possível.

- *Aumentar números de cirurgia adicional* – Tal como já referido, oferecendo a cirurgia adicional a possibilidade de realização de mais cirurgias, sem custo acrescido, esta constitui uma das modalidades mais desejáveis para dar resposta aos numerosos casos de doentes que necessitam de cirurgia.

- *Aperfeiçoar o acesso de doentes de traumatologia à sala de traumatologia diferida* – A traumatologia diferida oferece um compasso de espera necessário num serviço em que a urgência de cirurgias é uma constante.

- *Reduzir tempos de espera de cirurgia urgente* – A espera para cirurgia urgente tem de ser reduzida ao mínimo admissível, para evitar complicação de situações e doentes em condições evitáveis.

- *Aumentar eficiência da urgência traumatológica* – Uma urgência traumatológica rápida e eficiente permite uma boa triagem dos doentes, com os casos não sujeitos a internamento a serem rapidamente tratados e com ordem de alta e os que necessitam de cirurgia/internamento a serem rapidamente encaminhados.

- *Facilitar a reintegração social* – Este ponto teria obrigatoriamente que constar nos objectivos deste serviço, pelas razões já referidas em 6.1. Uma boa rede de cuidados continuados pode dar à gestão de camas um contributo inestimável, contribuindo para o seu *turnover*, o que beneficia outros doentes.

- *Diminuir demora média de internamento* – O internamento é dos maiores consumidores de recursos num hospital, pelo que se deve apostar na sua diminuição. Para além disso, a protelação da alta conduz a um aumento do risco de possíveis complicações médicas, relacionadas, por exemplo, com infecções.

- *Diminuir duração dos serviços prestados* – A diminuição de todos os serviços prestados, sem penalização para o doente, é fundamental para uma redução nos custos totais e parciais de um serviço.

- *Desenvolver uma ocupação eficiente do serviço* – Um serviço hospitalar não deve funcionar constantemente no limite das suas capacidades, de forma a dar resposta a situações urgentes, nem deve estar subaproveitado. Uma ocupação eficiente é representativa de uma boa alocação de recursos.

- *Reduzir a taxa de desmarcação de consultas* – A desmarcação de consultas, de forma não atempada, conduz a desperdício de tempos dos recursos humanos e pode conduzir ao não atendimento de doentes que requeriam rápida consulta.

Por último, na perspectiva aprendizagem e crescimento, foram escolhidos os seguintes objectivos:

- *Desenvolver competências técnicas e humanas nos profissionais de saúde* – Actualmente, através da formação, para além da procura de qualificação dos trabalhadores, as organizações hospitalares conseguem ganhar competitividade, aumentar níveis de produção e ganhos. Através do desenvolvimento de competências é não só possível o enriquecimento dos recursos humanos, mas também uma melhoria na capacidade de desempenho profissional na realização de tarefas.

- *Facilitar condições para a investigação e troca de informação científica* – A troca de ideias e conhecimento é fundamental para uma actualização constante que permite uma prática clínica vanguardista.

- *Manter e estabelecer colaborações com Escolas Superiores de Enfermagem para formação de enfermeiros habilitados* – Pelo estabelecimento de colaborações com Escolas Superiores de Enfermagem é possível beneficiar não só de enfermeiros que não acrescentam custos extra para o hospital, bem como da partilha de conhecimento entre diferentes gerações.

Na Tabela 5 apresentam-se os objectivos seleccionados distribuídos pelas respectivas perspectivas.

Tabela 5 Objectivos desenvolvidos para o Serviço de Traumatologia do HGO

Perspectiva: Doentes/Stakeholders

- Reduzir a dor no período pós-operatório
- Aumentar a satisfação dos utentes do serviço

Perspectiva: Orçamento

- Reduzir custos com pessoal
- Reduzir custos com material de consumo clínico
- Reduzir consumo de medicamentos
- Reduzir custos por unidade de serviço

Perspectiva: Processos internos

- Dar resposta aos critérios não cumpridos e/ou parcialmente cumpridos no âmbito da 1ª auditoria do KING'S FUND
- Melhorar boas práticas clínicas
- Aumentar números de cirurgia adicional
- Aperfeiçoar o acesso de doentes de traumatologia à sala de traumatologia diferida
- Reduzir tempos de espera para cirurgia urgente
- Aumentar eficiência da urgência traumatológica
- Facilitar a reintegração social
- Diminuir demora média de internamento
- Diminuir duração dos serviços prestados
- Desenvolver uma ocupação eficiente do serviço
- Reduzir a taxa de desmarcação de consultas

Perspectiva: Aprendizagem e Crescimento

- Desenvolver competências técnicas e humanas nos profissionais de saúde
 - Facilitar condições para a investigação e troca de informação científica
 - Manter e estabelecer colaborações com Escolas Superiores de Enfermagem para formação de enfermeiros habilitados
-

6.2.3 Escolha e Elaboração de Indicadores

Na escolha e elaboração dos indicadores, mais importante do que o número destes é a sua clareza, relevância e pertinência face ao objectivo que se pretende medir. Contudo, tal como na escolha dos objectivos, convém que as medidas não se estendam em demasia. Um BSC com um vasto número de objectivos e medidas poderá não destacar o que é essencial, acabando por não ser preciso. Segundo Niven, um BSC de boa qualidade tem três ou quatro medidas na perspectiva financeira, entre cinco a oito medidas na perspectiva clientes, de cinco a dez medidas na perspectiva processos internos e entre três a seis medidas na perspectiva da base, aprendizagem e crescimento (Niven, 2002).

Na selecção dos indicadores, embora existissem outros que pudessem corresponder mais correctamente aos objectivos apresentados, ou que completassem os definidos, optou-se por

apresentar apenas as medidas para as quais se conseguiram dados ou aquelas que, embora não se tenha obtido qualquer informação, sabe-se que existem nos sistemas informáticos ou em papel.

Apresentam-se, a seguir, na tabela 6, os indicadores escolhidos para cada um dos objectivos, bem como a métrica associada.

Tabela 6 Indicadores desenvolvidos para o Serviço de Traumatologia do HGO

Objectivo	Indicador	Métrica
Perspectiva: Doentes/Stakeholders		
Reduzir a dor no período pós-operatório	C01 Índice da escala visual analógica (EVA)	Número
Aumentar a satisfação dos utentes do serviço	C02 Reclamações recebidas	%
Perspectiva: Orçamento		
Reduzir custos com pessoal	F01 Custos com pessoal	Número (euros)
Reduzir custos com material de consumo clínico	F02 Custos com material de consumo clínico	Número (euros)
Reduzir consumo de medicamentos	F03 Custos com produtos farmacêuticos	Número (euros)
Reduzir custos por unidade de serviço	F04 Custos totais do serviço de Traumatologia	Número (euros)
Perspectiva: Processos internos		
Dar resposta aos critérios não cumpridos e/ou parcialmente cumpridos no âmbito da auditoria do KING'S FUND	P01 Critérios impostos pela auditoria do KING'S FUND que foram cumpridos	%
Melhorar boas práticas clínicas	P02 Índice de Readmissão	%
	P03 Taxa de Mortalidade	%
Aperfeiçoar o acesso de doentes de traumatologia à sala de traumatologia diferida	P04 Cirurgias efectuadas por traumatologia diferida	Número
Aumentar números de cirurgia adicional	P05 Cirurgias efectuadas em tempos de cirurgia adicional	Número
Reduzir tempos de espera de cirurgia urgente	P06 Tempo de espera para cirurgia urgente	Número (horas)
Aumentar eficiência da urgência traumatológica	P07 Representatividade da Traumatologia no número de altas da urgência geral	%
Facilitar a reintegração social	P08 Procedimentos (intervenção social intervenção domiciliária, entrevista psicossocial) efectuados pelo Serviço Social	%
	P09 Encaminhamentos efectuados pelo Serviço Social	%

Diminuir demora média de internamento	P10 Dias de protelamento de alta	Número (dias)
Diminuir duração dos serviços prestados	P11 Demora média de internamento	Número (dias)
Desenvolver uma ocupação eficiente do serviço	P12 Dias internamento saídos (IS)	Número (dias)
Reduzir a taxa de desmarcação de consultas	P13 Taxa de ocupação	%
	P14 Doente tratado por cama	Número
	P15 Taxa de desmarcação de consultas	%
Perspectiva: Aprendizagem e Crescimento		
Desenvolver competências técnicas e humanas nos profissionais de saúde	A01 Horas semanais afectas a formação	Número (horas)
Facilitar condições para a investigação e troca de informação científica	A02 Representação em congressos	Número
	A03 Estagiários estrangeiros recebidos ao abrigo do Programa de Estágios do <i>International Center for Orthopedic Education</i> (ICOE)	Número
Manter e estabelecer colaborações com Escolas Superiores de Enfermagem para formação de enfermeiros habilitados	A04 Colaborações com Escolas Superiores de Enfermagem (ESE)	Número
	A05 Enfermeiros provenientes das ESE com as quais se mantêm colaborações	%

No que se refere à perspectiva doentes/*stakeholders*, o indicador escolhido para o objectivo de reduzir a dor foi o índice da Escala Visual Analógica (EVA), e para o objectivo de aumentar a satisfação dos doentes, o número de reclamações.

O índice da EVA trata-se de uma forma de avaliar a intensidade da dor do doente sendo importante para analisar os atendimentos. Ao nível dos internamentos, esta escala é, igualmente, útil pois permite o acompanhamento do doente ao longo do tratamento, bem como saber se o tratamento está a surtir efeito e quais os procedimentos que têm permitido melhores resultados. Esta escala varia entre 0 (ausência total de dor) e 10 (dor máxima). Com este indicador pretender-se-ia fazer uma média dos valores obtidos tendo-se, claro, presente uma ponderação com a complexidade das situações. Este indicador não foi possível obter-se, embora se saiba que está disponível no Sistema de Apoio às Práticas de Enfermagem (SAPE).

Ao nível do número de reclamações procurou contabilizar-se o seu número e tipo. Todavia, considera-se que este indicador deveria ser complementado por uma avaliação à satisfação dos utentes do serviço. No Plano de Acção de 2005 que se refere ao triénio 2005/2007 pode ler-se que um dos objectivos seria “avaliar o grau de satisfação em 10% dos utentes internados no serviço de

Traumatologia”, contudo, tal não foi posto em prática. A avaliação da satisfação dos utentes seja por análise através de questionário, seja pela contabilização das reclamações revela-se essencial na determinação da qualidade de um serviço de saúde. Para além disso, fornece ao utente o poder único de contribuir para a construção de um serviço à sua medida, onde a sua percepção, valorização e interesses são tidos em conta.

Ao nível da perspectiva orçamento, basicamente os indicadores são os custos do serviço, não só os totais, mas também os parciais, correspondentes aos medicamentos, material de consumo clínico e pessoal. Estes últimos são tidos como as principais fontes de custos que poderão ser corrigidas.

Relativamente à perspectiva processos internos, o primeiro indicador apresentado na tabela 6 refere-se ao número de critérios cumpridos no âmbito da auditoria do KING’S FUND. Embora os critérios sejam vastos, existem 4 normas que se referem especificamente aos serviços dos hospitais. A descrição destas normas é extensa e implica um complexo conjunto de itens a cumprir, todavia, sumariamente essas normas são:

- Norma 19: Trabalho em equipa, gestão e pessoal – O serviço tem uma gestão e corpo de pessoal eficazes com vista a alcançar os seus objectivos;

- Norma 20: Formação e desenvolvimento do pessoal – Existe um programa de educação e desenvolvimento que facilita o aperfeiçoamento profissional de cada membro do pessoal e que é consistente com os objectivos do hospital;

- Norma 21: Desenvolvimentos do serviço clínico – Todos os pacientes sob tratamento recebem cuidados de alta qualidade assentes em prática aceite ou evidência de boa prática;

- Norma 22: Ambiente do serviço – O ambiente, disponibilidades e equipamento asseguram um eficaz, eficiente e seguro cuidado dos pacientes e do pessoal.

Com este indicador o que se procura saber é quais são as normas que o serviço já cumpre.

Para o melhoramento das boas práticas clínicas consideraram-se dois indicadores: o índice de readmissão (IR) e a taxa de mortalidade (TM). A fórmula de cálculo do primeiro apresenta-se abaixo, sendo a do segundo dada por (3), no capítulo 5.1.

$$IR = \frac{\text{Número de doentes readmitidos}}{\text{Número de doentes entrados}} \times 100 \quad (6)$$

Sendo a cirurgia diferida e a cirurgia adicional imprescindíveis ao bom funcionamento do serviço, indicadores directos destes objectivos são fundamentais, tendo sido os considerados.

Uma das principais reclamações efectuadas pelos doentes do serviço de traumatologia é o tempo que têm de aguardar até cirurgia, por vezes em situações difíceis como é o caso de jejum. Embora não tenha sido disponibilizado este indicador – tempo de espera até cirurgia – o seu conhecimento seria fundamental.

O indicador que avalia a eficiência da urgência traumatológica é a representatividade da Traumatologia no número de altas. Contudo, tem-se consciência da limitação deste indicador. A existência de uma grande percentagem de altas pode sugerir um mau funcionamento da rede de cuidados de saúde primários, que acaba por ser prejudicial para o serviço ao nível de custos e tempos, e não tanto uma boa eficiência deste. Todavia, este foi o único indicador conseguido. Para este objectivo o que se pretendia era conhecer os tempos da urgência Traumatológica, mas tal não foi possível por incapacidade de extracção destes do software ALERT.

Os trabalhos desenvolvidos na promoção da reintegração social deveriam ter sido avaliados pela análise dos indicadores típicos dos serviços de acção social: procedimentos, encaminhamentos, podendo estes encaminhamentos ser para instituições de acolhimento ou casa de familiares ou outros, e dias de protelamento de alta. Estes indicadores não foram, contudo, conseguidos. Para os dois primeiros indicadores sugere-se um valor percentual, pois interessa avaliar o número de casos de sucesso face ao número de casos que requerem resposta.

Para os serviços prestados durante o internamento, o indicador seleccionado foi o indicador habitualmente utilizado, a demora média (2).

O tempo total de prestação de um cuidado de saúde, caso ocorra internamento, vai desde o momento de entrada na urgência até ao dia interior ao dia de alta. Desta forma, a medida P12 que permite contabilizar a duração dos serviços prestados calcula a soma de todos os dias de prestação de cuidados de saúde para a totalidade de doentes que entraram no serviço. Para este indicador pretender-se-ia ainda ter os tempos médios que decorrem em cada uma das etapas do circuito do doente, mas tal não foi possível.

Como indicadores de uma ocupação eficiente, seleccionaram-se a taxa de ocupação (1) e o número de doentes tratados por cama (6).

Uma taxa de ocupação próxima de 100% revela um serviço a operar no término das suas possibilidades e taxas de ocupação baixas revelam desperdício de recursos, ou seja, ocupações ineficientes.

O doente tratado por cama, indicador de eficiência técnica, permite avaliar a rentabilidade do serviço. Um maior número de doentes tratados por cama revela um maior *turnover* de camas e, conseqüentemente, a ocupação do serviço sai beneficiada. Este é também indicativo da qualidade do serviço prestado.

O indicador taxa de desmarcação de consultas (TDC) considerado é dado por

$$TDC = \frac{\text{Número de consultas desmarcadas}}{\text{Número de consultas previstas}} \times 100 \quad (7)$$

Para a perspectiva aprendizagem e crescimento considera-se que a relação dos indicadores aos respectivos objectivos é bastante óbvia, importando apenas clarificar o indicador A05. A integração

dos enfermeiros provenientes de Escolas Superiores de Enfermagem com as quais se mantêm colaborações é mais rápida, beneficiando o Hospital do conhecimento profundo que estes enfermeiros já detêm sobre o funcionamento e problemas deste Hospital. O valor percentual advém de se pretender diferenciar o número de enfermeiros provenientes das escolas com colaboração e todos os outros.

Para cada um dos indicadores foi criado um “dicionário” que se pretende que funcione como linha orientadora para os vários utilizadores do BSC. Este documento reveste-se de importância ao explicar a escolha, relevância e localização dos vários indicadores. Neste dicionário são fornecidas informações detalhadas acerca das medidas incluindo o seu histórico – perspectiva, número da medida/nome e responsável -, características destas – resultado/tendência, frequência, tipo de unidade e polaridade – e o cálculo e especificação dos dados – fórmula, fonte de dados, qualidade dos dados (facilidade de recolha e cálculo) e colector dos dados.

Apresenta-se, de seguida, o desdobramento de uma das medidas, encontrando-se as restantes em anexo (anexo I).

Tabela 7 Descrição detalhada da medida P15 – Taxa de desmarcação de consultas

Perspectiva: Processos internos	Número da Medida/Nome: P15/Taxa de desmarcação de consultas		Responsável: Dra. Margarida Rato (administrativa do serviço de Traumatologia)
Estratégia: Redução dos custos operacionais	Objectivo: Reduzir a taxa de desmarcação de consultas		
Descrição: As consultas tardiamente desmarcadas contribuem para o aumento da lista de espera, bem como para o desaproveitamento de recursos humanos.			
Resultado/Tendência: Resultado	Frequência: Anual	Tipo de Unidade: Percentagem	Polaridade: Os baixos valores são bons
<p>Fórmula de cálculo: $TDC = \frac{NCD}{NCP} \times 100$</p> <p>TDC= Taxa de desmarcação de consultas NCD= Número de consultas desmarcadas NCP= Número de consultas previstas</p>			
Fonte de Dados: SONHO			
Qualidade de Dados: Alta		Colector de Dados: Não definido	

6.2.4 Mapa Estratégico

Após a determinação dos objectivos e dos indicadores associados, torna-se essencial a construção do mapa estratégico do serviço de Traumatologia. Este mapa, ao representar a visualização de toda a operacionalização lógica referente às ligações causa-efeito que relacionam objectivos, indicadores e, posteriormente, metas e iniciativas, é essencial nas funções de **foco** e **alinhamento** de toda a organização.

O mapa desenhado para o serviço de Traumatologia, apoiado no conceito de *desdobramento em cascata*, apresenta-se de seguida:

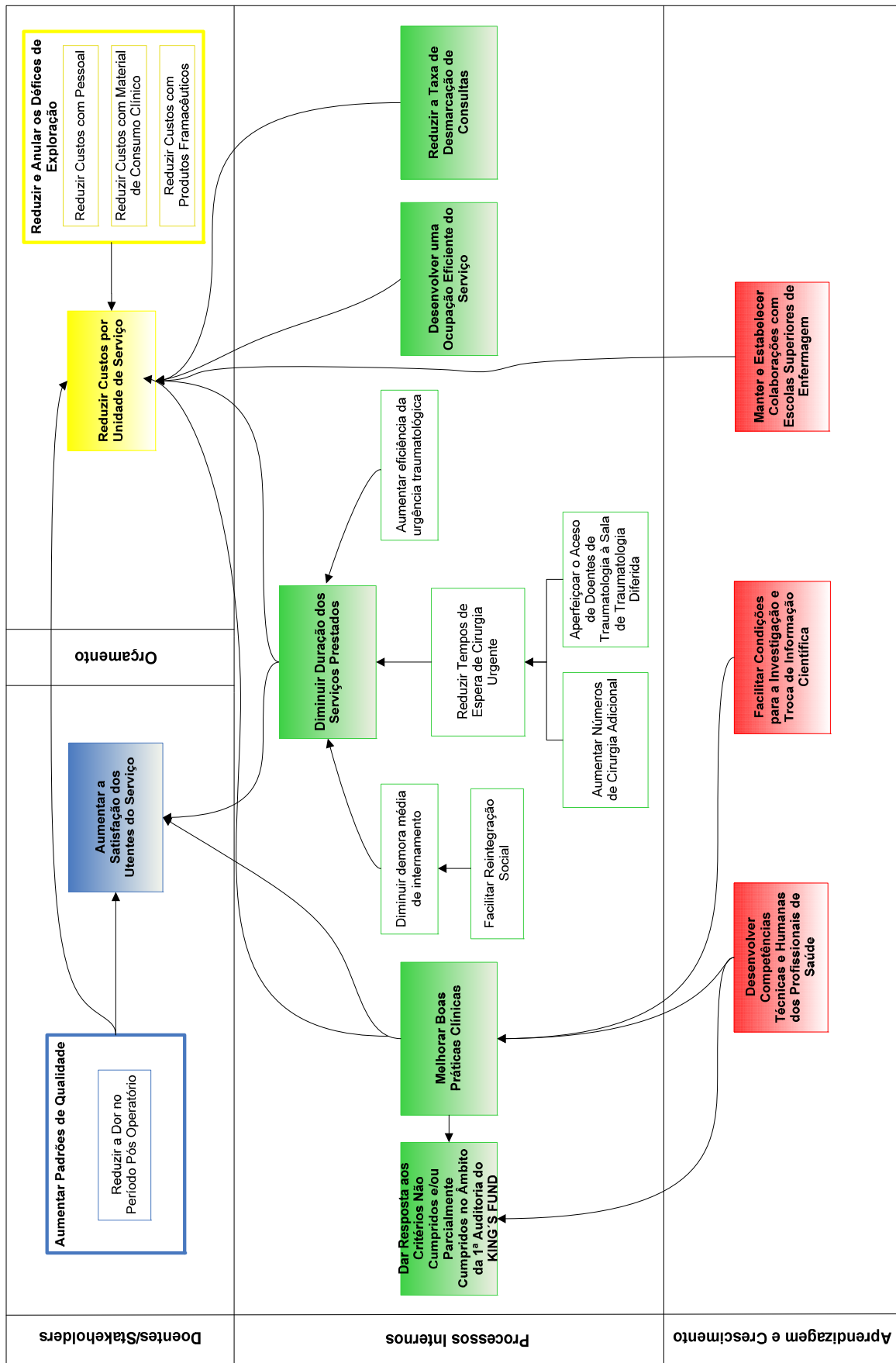


Figura 9 Mapa estratégico para o serviço de Traumatologia do Hospital Garcia de Orta

A ordenação das perspectivas doentes/*stakeholders* e orçamento a um mesmo nível determina que as duas perspectivas colocadas na base (processos internos e aprendizagem e crescimento) terão de interagir, no que se refere a objectivos, visando, por um lado, a criação de valor para os clientes e, por outro, a melhoria na utilização dos recursos financeiros. Estas interacções reflectem-se nas relações causa-efeito estabelecidas.

Partindo da base, perspectiva aprendizagem e crescimento, considerou-se que o desenvolvimento de competências técnicas e humanas nos profissionais de saúde, bem como a investigação e troca de informação científica, contribuem de forma directa para uma melhoria das boas práticas clínicas. A actualização constante bem como o enriquecimento profissional e humano potenciam melhores tratamentos e atendimentos. Estas boas práticas, por sua vez, contribuem para um aumento da satisfação dos utentes do serviço, que passam a usufruir de um serviço de melhor qualidade, e para a acreditação do KING'S FUND dando resposta à norma 21. Para a acreditação do KING'S FUND contribui igualmente o desenvolvimento das competências técnicas e humanas, pois o seu cumprimento relaciona-se directamente com a norma 20. A melhoria das boas práticas clínicas possibilita, ainda, uma redução dos custos, na medida em que boas práticas conduzem a menores demores médias de internamento para além de diminuírem o índice de readmissão que contribui para um aumento de custos, por vezes desnecessários.

O estabelecimento de colaborações com Escolas Superiores de Enfermagem permite o contacto com estudantes, que constituem fontes de informação actualizada, muitas vezes envolvidos em projectos de interesse mútuo. O ensino de estudantes constitui um estímulo à actualização permanente do médico, sendo, por isso, recíprocas as vantagens. Para além disso, estas colaborações possibilitam uma forma de manter/reduzir custos, na medida em que os enfermeiros estagiários provenientes destas escolas não são remunerados. A contribuição destes enfermeiros para a redução dos custos dá-se, essencialmente, ao nível do internamento, sendo praticamente irrisória a outros níveis.

Ao nível dos processos internos, um dos objectivos fundamentais é diminuir a duração dos serviços prestados, sendo que estes serviços podem dar-se a três níveis – urgência, cirurgia e internamento – actuando estes directamente na duração total do serviço fornecido. Influenciando o internamento estão as acções levadas a cabo pelo Serviço Social que, por seu lado, estão fortemente ligadas à rede de cuidados continuados. Quando aos tempos de espera para cirurgia urgente, relacionam-se essencialmente com as duas possibilidades que permitem reduzir esse tempo – a cirurgia adicional e os tempos de traumatologia diferida.

Quanto maior a duração dos serviços prestados, maiores os custos para um serviço e, conseqüentemente, para um hospital. Estes custos relacionam-se, essencialmente, com pessoal, hotelaria, material de consumo clínico, para além dos custos acumulados, provenientes dos tratamentos e da ocupação de camas. Quanto maior esta duração, maior é também a possibilidade de surgirem complicações médicas relacionadas com infecções.

Relativamente à taxa de desmarcação de consultas, valores elevados desta contribuem para desaproveitamentos de tempos. As desmarcações não antecipadas ou a não realização de consultas por falta de comparência do doente (contabilizada aqui como desmarcada) conduzem, frequentemente, a dias menos produtivos. Esta má gestão forçada dos recursos humanos relaciona-se, mais uma vez, com um aumento de custos.

Ainda na perspectiva processos internos tem-se o desenvolvimento de uma ocupação eficiente do serviço que, de forma objectiva, se relaciona com a racionalização de custos.

Um dos principais objectivos do serviço de Traumatologia é a redução da dor, razão pela qual este objectivo figura na perspectiva doentes/stakeholders, perspectiva superior. A análise desta experiência sensorial no período pós-operatório contribui não só para um maior conforto e, conseqüentemente, uma maior satisfação do doente, mas permite igualmente a prevenção de potenciais complicações e o favorecimento da precocidade da alta, que de forma directa contribui para a diminuição dos custos.

Quanto à perspectiva orçamento, a redução dos custos por unidade de serviço é possível com uma melhor gestão de orçamentos e fundos, potencializada pelas acções já referidas, e pela redução/anulação dos défices de exploração que se manifestam essencialmente ao nível de pessoal, produtos farmacêuticos e material de consumo clínico

6.2.5 Elaboração do Plano Estratégico: Metas e Iniciativas

O último passo no processo de criação do BSC como sistema de medição e ferramenta de comunicação consiste na fixação de metas e na priorização das iniciativas que as tornam possíveis. Sem a existência de metas, faltam aos dados de desempenho o *feedback* necessário para a análise e tomada de decisões. É este passo que contribui para a constituição do BSC como pedra fundamental dos futuros processos de gestão.

6.2.5.1 Metas

Para que a estratégia seja suportada com sucesso pelo sistema de BSC desenvolvido, é necessário associar valores alvo para os indicadores. O estabelecimento destes valores tem como objectivo motivar e guiar a organização para que esta atinja níveis de desempenho de referência.

No estabelecimento de metas para um serviço hospitalar é fundamental servir-se da flexibilidade do BSC, pois as metas exactas e ambiciosas que caracterizam as organizações privadas não podem ser transpostas para uma organização pública. As metas de um hospital público muitas vezes não podem consistir em valores objectivos, mas em intervalos que incluem metas possíveis.

As metas a seguir apresentadas referem-se ao ano de 2009. Para o seu estabelecimento foram analisados dados de anos anteriores, os objectivos da organização, foi feito *benchmark* e foram realizadas reuniões com os responsáveis pelo serviço e outros profissionais da saúde e do mundo dos negócios.

Apesar de não se terem conseguido os dados mais recentes e para alguns indicadores não se tenham mesmo conseguido quaisquer dados, foram estabelecidas as metas que se considera que fazem sentido, embora, por vezes, não solidamente suportadas por dados numéricos.

Grande parte dos últimos dados considerados é referente a 2007 pois os valores dos indicadores para 2008 só serão disponibilizados em meados de 2009. Os dados correspondentes a previsões para 2008 foram fornecidos pelo Serviço de Estatística (Serviço de Estatística do Hospital Garcia de Orta, 2007/2008).

Para o índice da EVA não foram conseguidos quaisquer dados, tendo-se, contudo, estabelecido como meta, um índice de 6, correspondente a uma dor moderada. Este valor é um pouco ambicioso mas crê-se concretizável, tendo sido o acordado com o director do serviço.

Quanto ao número de reclamações considerou-se que a meta a cumprir seria a da redução do número de reclamações para metade. Os valores de anos anteriores não são excessivamente elevados, mas uma redução para metade é algo possível.

Tabela 8 Reclamações recebidas, referentes a anos anteriores a 2007 (Hospital Garcia de Orta, Período 2006-2007)

	2006	2007
Número de doentes entrados	751	725
Número de reclamações	50	32
Reclamações recebidas (%)	6,66	4,41

Relativamente aos custos, é estabelecido para o serviço de Traumatologia do HGO, pelos organismos superiores do Ministério da Saúde, que estes não devem ascender a 15% os valores do ano anterior. Dado que se considera uma meta plausível e consciente foi também esta a tida em conta neste trabalho. Contudo, na análise deste indicador, nunca pode ser descurado o índice de case mix. Um aumento substancial deste valor pode traduzir-se na impossibilidade de cumprimento desta meta.

Tabela 9 Valores para os custos, para os anos de 2005 e 2006⁷ (Fonte: Serviço de Ortopedia e Traumatologia, 2005 e Hospital Garcia de Orta, 2005)

	2005	2006	Varição 06/05	
			Nº	%
Custo unitário (em euros)	406,96	349,80	-57,16	-14,05
Custo total (em euros)	2.838.972	2.353.846	-485126	-17,09
Índice de case mix	2,0199	-	-	-

O cumprimento dos critérios estabelecidos pelo KING'S FUND é uma prioridade, devendo estar numa fase avançada dado o início deste processo de acreditação (2000). Desta forma, para este indicador, estabeleceu-se uma meta de 100%.

Os índices de readmissão e taxa de mortalidade são já valores significativamente baixos pelo que apenas se espera que se mantenham inferiores a 5%, valor tido como referência.

⁷ Para uma análise pormenorizada dos custos, consultar anexo II

Tabela 10 Valores para a taxa de mortalidade, referentes a anos anteriores a 2007 (Ministério da Saúde – IGIF, Período 2005-2007 (b))

	2006	2007
Número de falecimentos	13	14
Doentes Saídos	748	715
Taxa de mortalidade (%)	1,738	1,958

Tabela 11 Valores para o índice de readmissão, referentes a anos anteriores a 2007 (Ministério da Saúde – IGIF, Período 2006-2007)

	2005	2006	2007
Número de doentes entrados	1009	751	725
Número de doentes reinternados	31	16	14
Índice de readmissão (%)	3,072	2,130	1,931

Os únicos dados disponibilizados para os tempos de traumatologia diferida são referentes a 2005 (264 intervenções). Dado que os tempos de bloco operatório que actualmente existem são os mesmos que em 2005, e assumindo que a média de doentes operado em cada tempo se mantém, tomou-se como meta uma aumento de 18%. Este aumento corresponde a ter três tempos semanais, em vez dos 2 tempos a alternarem semanalmente com 3 tempos.

Quanto à traumatologia adicional, definiu-se uma evolução positiva com aumentos de 15%.

Tabela 12 Número de intervenções cirúrgicas efectuadas em tempos de cirurgia adicional, referentes a anos anteriores a 2007 (Ministério da Saúde – IGIF, Período 2005-2007 (b))

	2005	2006	2007
Cirurgia adicional	58	86	75

No que se refere ao tempo de espera para cirurgia, embora não se tenham conseguido quaisquer valores, estipulou-se como meta 36h. Dado que um doente urgente deverá ser operado num tempo máximo de 48h, mas considerando que o ideal será o mais cedo possível, estipulou-se um tempo de espera médio de 36h, meta ambiciosa, mas desejável.

Relativamente à demora média de internamento, a meta fixa-se, para em 2009, ser de 6,4 dias. Esta meta fundamenta-se pelo facto de no Plano Nacional de Saúde constar, para todos os hospitais, uma demora média de internamento de 6,0 dias em 2010 (Alto Comissariado da Saúde, 2008). Reconhecendo-se a dificuldade em consegui-lo, considera-se que uma demora média de 6,4 dias para 2009 será já um bom indício para o alcance da meta estabelecida para 2010.

Tabela 13 Valores para a demora média, referentes a anos anteriores a 2007 (Ministério da Saúde – IGIF, Período 2005-2007

(b))

	2005	2006	2007	Previsão 2008
Dias de internamento	6976	5557	5954	5582
Doentes Saídos	1000	748	715	713
Demora média	6,976	7,429	8,327	7,829

A dificuldade de alcançar uma demora média de 6,4 dias relaciona-se com a tendência de crescimento deste indicador, e que se relaciona com a incapacidade de resposta deste serviço face ao número de doentes que necessitam de intervenção cirúrgica. Esta é, por isso, uma meta audaciosa, mas que se espera concretizável.

Sendo o serviço de Traumatologia um serviço que lida com doentes urgentes, uma elevada percentagem de altas no serviço de urgência traumatológica poderá ser indicativo de doentes com um carácter de urgência que um centro de saúde ou outra entidade da rede de cuidados primários poderia dar resposta, estando-se assim a consumir recursos desnecessários. Assim, espera-se diminuir a representatividade das altas na urgência traumatológica para os 2%. Esta é, contudo, uma medida ambiciosa não dependente apenas do serviço mas também, como já referido, do bom funcionamento da rede de cuidados primários.

Tabela 14 Valores para a representatividade da Traumatologia no número de altas da urgência, referentes aos anos de 2007 e 2008 (Ministério da Saúde – IGIF, Período 2007-2008)

	2007	2008 ⁸
Altas do serviço de urgência – Traumatologia (%)	7,99	8,32

Para a taxa de ocupação, a meta escolhida foi um intervalo entre 70 e 80%. A este indicador não pode corresponder um valor fixo, dada a oscilação possível no número de situações urgentes. Contudo, há que estabelecer um conjunto de valores para os quais as condições de funcionamento do serviço são as melhores. Como se pode ver pelos dados seguintes, esta situação óptima não tem sido conseguida.

Tabela 15 Valores para a taxa de ocupação, referentes a anos anteriores a 2007 (Ministério da Saúde – IGIF, Período 2005-2007 (b))

	2005	2006	2007	Previsão 2008
Dias de internamento	6976		5937	5422
Lotação efectiva	24		17	18
Taxa de ocupação (%)	79,6	63,5	95,7	82,3

Para o indicador doente tratado por cama, estabeleceu-se como meta, aumentar em 5% o valor previsto para 2008. Esta é uma meta pouco ambiciosa, mas foi a considerada face a um serviço que se depara com dificuldades várias na resposta às situações que lhe chegam.

⁸ De 1 de Janeiro a 30 de Setembro

Tabela 16 Valores para o indicador doente tratado por cama, referentes a anos anteriores a 2007 (Ministério da Saúde – IGIF, Período 2005-2007 (b))

	2005	2006	2007	Previsão 2008
Doentes saídos	1000	748	715	713
Lotação efectiva	24		17	18
Doente tratado por cama	41,67	30,2	42,06	39,61

Relativamente à taxa de desmarcação de consultas, esta tem sido um problema considerável para este serviço, tendo-se registado taxas superiores a 50% em 2006 e 2007. Desta forma, pretende-se para 2009, que esta taxa se situe abaixo dos 50% tendo-se, por isso, tomado como meta a redução em 20% da taxa de desmarcação de consultas.

Tabela 17 Valores para a taxa de desmarcação de consultas, para os anos de 2006 e 2007 (Ministério da Saúde – IGIF, Período 2006-2007)

	2006	2007
Número de consultas previstas	1240	1152
Número de consultas efectivadas	585	571
Número de consultas desmarcadas	655	581
Taxa de desmarcação de consultas (%)	52,82	50,43

Ao nível do tempo de formação que deverá ser afecto a cada grupo profissional, considerou-se que este deveria ser de 5h/semana para os profissionais de saúde e de 2h/semana para os administrativos. Segundo dados de 2005, as horas afectas a formação eram de:

Tabela 18 Valores relativos ao número de horas semanais afectas a formação, referentes a anos anteriores a 2007 (Serviço de Ortopedia e Traumatologia, 2005)

	2005
Grupo Profissional	Horas Semanais Afectas a Formação (h)
Dirigente	4
Médico	
Do Quadro	7,5
Assistentes Eventuais	2,5
Internato Complementar	19,5
Total	29,5
Enfermagem	
Enfermeiro Chefe	1
Enfermeiros	16
Total	17
Administrativos	0
Auxiliares	6

Como se pode analisar, neste ano ainda existiram algumas classes profissionais com horas de formação abaixo das consideradas desejadas, embora esta situação possa já estar regularizada.

No que se refere à representação em congressos e ao número de estagiários estrangeiros recebidos, considera-se que valores entre os 10 e os 15 são considerados bastante satisfatórios, sendo de resto os números apresentados para anos anteriores.

Tabela 19 Valores relativos ao número de congressos nacionais e internacionais e ao número de estagiários recebidos ao abrigo do Programa de Estágios do ICOE, referentes a 2005 e 2007 (Serviço de Ortopedia e Traumatologia, 2005)

	2005	2007
Número de congressos nacionais e internacionais	10	12
Número de estagiários recebidos ao abrigo do Programa de Estágios do ICOE	12	12

Para os indicadores para os quais não foram encontrados quaisquer dados e em que esses dados eram determinantes para a definição das metas foi estabelecido, por defeito, que a meta seria manter os valores de anos anteriores. É o caso dos indicadores referentes à actividade do Serviço Social, do indicador “dias internamento saídos” e dos indicadores associados às colaborações com Escolas Superiores de Enfermagem e aos enfermeiros provenientes destas.

Apresentam-se, de seguida, de forma sumária, as metas consideradas para cada um dos indicadores.

Tabela 20 Metas desenvolvidas para o serviço de Traumatologia do Hospital Garcia de Orta

Indicador	Meta
<i>Perspectiva: Pacientes/Stakeholders</i>	
C01 Índice da escala visual analógica (EVA)	6
C02 Reclamações recebidas	Reduzir 50%
<i>Perspectiva: Orçamento</i>	
F01 Custos com material de consumo clínico	Aumentos <15%
F02 Custos com produtos farmacêuticos	Aumentos <15%
F03 Custos com pessoal	Aumentos <15%
F04 Custos totais do serviço de Traumatologia	Aumentos <15%
<i>Perspectiva: Processos internos</i>	
P01 Critérios impostos pela auditoria do KING'S FUND que foram cumpridos	100%
P02 Índice de Readmissão	Manter <5%
P03 Taxa de Mortalidade	Manter <5%
P04 Tempos operatórios de traumatologia diferida	Aumentar 18%
P05 Tempos de cirurgia adicional	Aumentar 15%
P06 Tempo de espera para cirurgia urgente	36h
P07 Representatividade da Traumatologia no número de altas da urgência geral	≤ 2%

P08	Procedimentos (intervenção social, intervenção domiciliária, entrevista psicossocial) efectuados pelo Serviço Social	Manter
P09	Encaminhamentos efectuados pelo Serviço Social	Manter
P10	Dias de protelamento de alta	Manter
P11	Demora média de internamento	6,4dias
P12	Dias internamento saídos	Manter
P13	Taxa de ocupação	70-80%
P14	Doente tratado por cama	Aumentar 5%
P15	Taxa de desmarcação de consultas	Reduzir 20%
<hr/>		
<i>Perspectiva: Aprendizagem e Crescimento</i>		
A01	Tempo de formação (de entre o total de horas semanais) afecto a cada grupo profissional	
	Dirigente	5h/semana
	Assistentes eventuais	5h/semana
	Administrativos	2h/semana
	Restantes classes profissionais	Manter
A02	Representação em congressos	Manter 10-15
A03	Estagiários estrangeiros ao abrigo do Programa de Estágios ICOE (<i>International Center for Orthopedic Education</i>)	Manter 10-15
A04	Colaborações com Escolas Superiores de Enfermagem	Manter
A05	Enfermeiros provenientes das Escolas Superiores de Enfermagem com as quais se mantêm colaborações	Manter
<hr/>		

6.2.5.2 Iniciativas

Para finalizar o desenvolvimento do BSC, até agora um BSC de objectivos e indicadores vinculados que contam a história estratégica do serviço de Traumatologia do HGO, há que completá-lo com o estabelecimento de iniciativas que permitirão dar cumprimento às metas que vieram preencher o modelo, ou que pelo menos as facilitarão.

Para o estabelecimento das iniciativas foi feito *benchmark*, analisaram-se os dados obtidos e debateu-se, junto dos responsáveis, as principais oportunidades de melhoria.

Para o objectivo referente à satisfação dos doentes de Traumatologia, tal como já referido, seria importante pôr o questionário previsto em prática. Este questionário seria entregue aquando da alta do doente e após análise e tratamento de dados, os resultados finais seriam discutidos entre a equipa, potenciando a introdução de medidas correctivas

O aumento da satisfação dos utentes do serviço e conseqüente redução do número de reclamações a metade estão directamente associados aos objectivos que com eles se relacionam, concretamente, a redução da dor, a melhoria das boas práticas clínicas e a diminuição da duração dos serviços prestados. Serão os bons resultados em cada uma destas frentes que vão permitir alcançar esta meta.

Relativamente à redução da dor no período pós-operatório, como não se conseguiram quaisquer dados e dado que se trata de um parâmetro relativo que depende da complexidade das situações,

mais do que sugerir modificações directas que contribuam para a obtenção do valor estipulado sugere-se que passe a existir uma cultura de medição deste índice. Seria importante que, no futuro, qualquer clínico conseguisse aceder, de forma imediata, à evolução dos índices de qualquer doente, sendo possível a toda a equipa médica analisar e discutir os índices conseguidos para um dado intervalo de tempo. O conhecimento de uma média de valores muito alta ou atípica pode significar casos complexos mas também representar situações corrigíveis.

No que se refere às boas práticas clínicas, não se pretende aqui esmiuçar de que forma o trabalho médico poderia ser melhorado mas apenas dar algumas sugestões genéricas que poderiam contribuir para um melhor funcionamento do serviço. Uma das possibilidades seria a formação de equipas que desenvolvessem protocolos onde estariam estabelecidas as melhores práticas para vários tratamentos. Estes protocolos deveriam ser partilhados entre serviços, de forma a favorecer a circulação de ideias. Outra possibilidade seria o desenvolvimento de protocolos pela comparação entre dados de doentes. A prescrição de exames e medicamentos é feita para cada doente consoante a opinião de cada médico. Por vezes, para uma mesma patologia e condição são efectuados quantidades e tipos de exames diferentes. Talvez fosse importante ir-se a cada caso, comparar-se dados e rever-se literatura médica de forma a decidir quais os desnecessários e eliminá-los.

A aposta por uma formação constante, bem como a participação em congressos, é outro dos factores que se devem manter para que médicos e restante pessoal clínico possam estar a par das últimas tendências nos cuidados de saúde.

O índice de readmissão e a taxa de mortalidade são dois importantes indicadores da prática clínica.

O índice de readmissão expressa um valor muito baixo para os últimos anos pelo que essencialmente há que manter as práticas correntes. Para este baixo valor contribui o desenvolvimento de planos individuais de cuidados para alta, estabelecidos por uma equipa multidisciplinar – médico, enfermeiro (necessidades ao nível do penso, por exemplo), fisiatra, elemento da segurança social – que avalia a necessidade de cuidados que o doente irá ter depois da alta.

As principais causas de readmissão incluem altas precoces e agravamentos (maioritariamente infecções). Quanto à segunda pouco se pode fazer, mas relativamente à primeira há que procurar determinar altas mais acertadas. Tal pode fazer-se recorrendo a protocolos de internamento por patologia, estabelecidos mais uma vez pela equipa multidisciplinar, que estabelecerá o número de dias pós-operatório ideal, sem nunca esquecer a individualidade de cada caso.

Também a taxa de mortalidade apresenta valores consideravelmente baixos, ao longo dos últimos anos, pelo que não são necessárias medidas extras. Há apenas que incentivar a manutenção destes mesmos valores.

A duração dos serviços prestados é, juntamente com a qualidade dos serviços, um dos factores que mais influencia a satisfação dos utentes. Ao analisar um serviço de Traumatologia considera-se que existem três níveis a influenciar a duração dos serviços: internamento, urgência e tempo de espera para cirurgia.

Relativamente ao internamento, principal fonte de custos, há que procurar limitar a permanência de um doente apenas ao necessário. Para se conseguir alcançar a meta de 6,4 dias sugerem-se duas medidas:

- Definição de protocolos de internamento por patologia, com indicação do número de dias de internamento pré-operatório ideal e controlo regular da demora média pós-operatória por parte do Director Clínico, a fim de evitar práticas excessivamente conservadoras;

- Lançamento de um protocolo que permitisse aferir o número de episódios de internamento e número de dias de internamento inapropriados (equipa de 4 médicos);

Quanto à urgência, a representatividade da Traumatologia no número de altas da urgência geral deveria de ser bastante baixa, tal como já referido. A diminuição desta percentagem é, contudo, de responsabilidade superior, exigindo uma melhor rede de cuidados de saúde primários e o encaminhamento das doentes urgentes para essas unidades e não para os hospitais que deveriam primariamente cuidar de casos de difícil resposta.

Para fazer face aos tempos de espera para cirurgia urgente há duas medidas essenciais já assinaladas: aumentar os tempos operatórios de traumatologia diferida que, basicamente, iria requerer uma reorganização dos horários do bloco operatório, e mais tempos de cirurgia adicional.

Quanto à primeira medida, para fazer face à situação actual seriam necessários 5 tempos semanais por oposição aos 2 tempos que alternam semanalmente com 3 tempos. Esta possibilidade é praticamente impossível devido aos elevados custos, relacionados, essencialmente, com recursos humanos - corpo de enfermagem, corpo médico, anestesistas. Assim, o proposto seria pedir-se, numa primeira fase, 3 tempos semanais.

Quanto aos tempos de cirurgia adicional, o ideal seria uma extensão do horário e um maior número de salas à tarde. Esta revela-se uma das iniciativas mais difíceis pois as verbas são disponibilizadas por tutela e o estado não está disposto a aumentar estes tempos.

Os indicadores do serviço de acção social – procedimentos, encaminhamentos, dias de protelamento alta - não foram fornecidos pelo que é difícil analisar-se a situação presente. Estes não deverão ser, contudo, perfeitos pois é ao nível da reintegração de doentes que este serviço encontra maiores problemas. A rede de cuidados continuados não está a funcionar correctamente sendo necessário, entre outras medidas, maior intervenção de lares concelhios e a necessidade de neles existirem cuidados continuados e pessoal de enfermagem que acompanhe os seus doentes .

Na perspectiva orçamental, a redução de custos é o objectivo central. Ao nível dos medicamentos e material de consumo clínico existem várias iniciativas que poderão ser tomadas, nomeadamente:

- Renegociação com fornecedores existentes;
- Consulta e negociação para todos os produtos;
- *Standard* de produtos;
- Protocolo de pensos em todos os serviços;
- Redução de stock nos serviços, caminhando para a distribuição *just in time*.

Ao nível do material de consumo clínico existe ainda uma medida muito importante a ser tomada. Actualmente, não existe qualquer contabilização da razão pela qual não existe determinado material.

A gestão de stocks é feita por existência/inexistência. Contudo, é importante especificar a razão das inexistências, principalmente quando esta pode ser de naturezas várias, nomeadamente:

- Manutenção exagerada de stocks que, por vezes, conduz ao desperdício de material por excesso de tempo em stock (exemplo, material esterilizado);
- Má utilização dos produtos;
- Material que é desviado por razões várias, incluindo consumo próprio;
- Não existe mesmo.

Seria importante que passasse a existir um controlo do consumo destes materiais, dando-se uma baixa, poderia ser online, desse produto, por doente, ou seja, seguir um procedimento idêntico ao que é feito para os medicamentos, para os quais é feita uma prescrição online.

Estas iniciativas poderiam não só garantir que os custos não ascendessem 15% o valor do ano anterior como ainda reduzi-los.

Quanto a custos com pessoal, a situação é mais complicada pois são estes o motor do hospital. As iniciativas que parecem imediatas seriam a redução das horas extraordinárias e de prevenção e, no caso dos enfermeiros e dos técnicos de diagnóstico e terapêutica, também dos horários acrescidos, contudo, esta solução não é desprovida de desvantagens, como a degradação da qualidade dos serviços prestados. Aqui há que encontrar um equilíbrio entre menos horas de trabalho e a manutenção de um bom serviço.

Sabe-se que, frequentemente, é mais caro ter dois funcionários a fazer um mesmo serviço do que um que realiza mais algumas horas de trabalho fora do seu horário habitual. Para além disso, o facto de se recorrer a horários parciais no caso dos enfermeiros faz com que estes acumulem várias profissões sendo sobejamente conhecidos os problemas do cansaço nestas classes profissionais que os torna, muitas vezes, menos produtivos.

Considera-se, assim, que a este nível, seria importante fazer uma análise profunda de todos os postos de trabalho, rentabilizar-se profissionais que estejam “subaproveitados” e tentar tirar o máximo de produtividade dos profissionais existentes.

A garantia de que os custos totais do serviço não ascendem a valores não desejáveis é essencialmente garantido pelas iniciativas anteriores.

Relativamente aos critérios estipulados pelo KING'S FUND, dado que não foram conseguidos quaisquer dados, é difícil proporem-se iniciativas. Todavia, a procura pelo cumprimento das 4 normas estipuladas para os vários serviços deve continuar uma prioridade. Em particular, para o serviço de Traumatologia, deve dar-se uma atenção especial às normas 20 e 22, onde foram registados os maiores entraves. A acreditação definitiva, prevista desde 2006, tem vindo sucessivamente a adiar-se, pelo que a procura pelo cumprimento destas normas deve ser uma constante.

A taxa de ocupação de 2007 revela valores bastante elevados. Uma taxa de ocupação de 95,681% reflecte um serviço a trabalhar nos limites das suas disponibilidades físicas. A diminuição deste valor terá de passar por uma redução dos dias de internamento e por um pequeno aumento da lotação efectiva.

A alta taxa de desmarcação de consultas é um problema de fácil resposta mas que, mais uma vez, envolve alguns custos. Num curto prazo o que se poderia fazer seria responsabilizar o secretariado da consulta externa pela confirmação, até uma semana antes, junto do utente de que este viria validar essa consulta. Tal requereria mais funcionários e mais despesas ao nível de contas telefónicas.

Deste modo, o que se sugere num médio/longo prazo é o avanço para um sistema electrónico de marcação de consultas. Tal permitiria ao utente passar a marcar as suas consultas recorrendo à *Web*, bem como receber a validação via o mesmo meio ou telemóvel. A confirmação, por parte do utente, de que viria efectivamente à consulta marcada poderia ser feita do mesmo modo. As vantagens desta solução seriam evidentes. Os custos com pessoal diminuiriam, as consultas passariam a ser feitas de forma mais rápida e cómoda e o número de consultas desmarcadas diminuiria substancialmente. Apenas o investimento inicial poderia ser mais penoso, compensado pelos proveitos a médio/longo prazo.

A aposta na formação de todos os profissionais tem sido uma constante no serviço de Traumatologia. Contudo, verificaram-se 3 casos em que as horas de formação semanais ficaram aquém do que seria desejável – médico dirigente, assistentes eventuais, administrativos -, daí as metas sugeridas. Para o cumprimento destas metas há que fazer um reajustamento nos horários de trabalho dando espaço para estas actividades. Quanto à representação em congressos por parte dos profissionais de saúde são apresentados valores bastante aceitáveis. A promoção da troca de saber feita através do acolhimento de estagiários estrangeiros mostra igualmente bons valores.

As colaborações com Escolas Superiores de Enfermagem são de muita importância para o Hospital. Também para estes indicadores não foram possíveis obter quaisquer dados pelo que não se podem tirar conclusões. Contudo, do diálogo estabelecido considera-se que o número de protocolos é suficiente, sendo as relações entre Escolas e Hospital muito positivas.

Por último, sugere-se, por se considerar de importância fundamental, que se passe a apostar numa cultura de medição e de monitorização periódica de indicadores e respectiva discussão de resultados. Considera-se inapropriado que muitos dos profissionais de saúde desconheçam totalmente os valores destes indicadores e mesmo a sua existência. É a análise contínua do desempenho que promove a responsabilização pelos dados e que impulsiona a mudança de atitudes na procura de uma melhor realização profissional. O saber onde se tem de apostar é fundamental para guiar as acções diárias.

6.2.6 Desenho da Solução (BSC) Sobre FOR XML

De forma a tornar a visualização dos dados mais apelativa e prática recorreu-se a um software – o FOR XML - desenvolvido pela empresa Fordesi.

O software FOR XML, tal como o nome indica, tem como fonte de informação, dados no formato standard XML (*Extensible Markup Language*). Esta linguagem é classificada como extensível porque permite ao utilizador definir os elementos de anotação.

A linguagem XML foi desenvolvida pelo W3C (*World Wide Web Consortium*), na década de 90, tendo como principal objectivo a partilha de informação. Esta permite representar informação de forma estruturada e hierárquica, com suporte para diversos tipos de dados.

A sua filosofia incorpora vários princípios importantes:

- Separação do conteúdo da formatação;
- Simplicidade e legibilidade, tanto para humanos como para computadores;
- Possibilidade de criação de *tags* sem qualquer tipo de limitação;
- Criação de arquivos para validação estrutural (DTD/Schema);
- Interligação/Integração entre bases de informação distintas;
- Concentração na estrutura da informação e não na sua aparência.

Pela sua portabilidade, uma aplicação pode escrever um arquivo XML e outra aplicação distinta ler e reutilizar esses mesmos dados.

Recorrendo ao formato standard XML, foi reproduzida a estrutura do BSC desenvolvido.

```
<Indicador>
  <Perspectiva>Clientes</Perspectiva>
  <Objectivo>Aumentar a satisfação dos
  <Nome>Número de reclamações</Nome>
  <Valor>
    <Actual>0</Actual>
    <Meta>0</Meta>
```

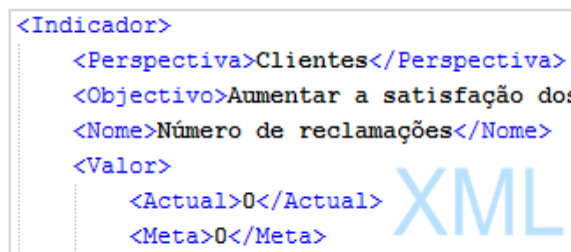
The image shows a code block with XML syntax. The code defines an indicator with a perspective of 'Clientes', an objective of 'Aumentar a satisfação dos', and a name of 'Número de reclamações'. It also includes actual and meta values of 0. A large 'XML' watermark is visible on the right side of the code block.

Figura 10 Definição de um indicador segundo a sintaxe do XML. Na estrutura de indicadores foram associados os valores obtidos, por período, e as respectivas metas

Os dados sobre o formato XML foram extraídos, transformados e carregados para um armazém de dados (*Data Warehouse*). A este processo dá-se o nome de ETL (*Extract, Transform and Load*).

Com um *Data Warehouse* é possível integrar e gerir dados provenientes de diversas fontes com a finalidade de obter uma visão detalhada de parte ou de toda uma organização.

Para guardar as diversas perspectivas associadas às várias dimensões recorreu-se ao *Data Mart*, estrutura de dados OLAP (*Online Analytical Processing*). No caso da solução desenvolvida, o *Data Mart* para o serviço de traumatologia é composto pelas métricas: **Valor** e **Meta** e pelas dimensões: **Perspectiva**, **Objectivo**, **Indicador** e **Tempo (Ano)**.



Figura 11 Processo de importação da informação no FOR XML

De forma a exibir a interface disponibilizada pelo FOR XML seleccionaram-se os dados correspondentes a 2007 e considerou-se que as metas que se haviam estipulado em 2006 seriam as mesmas que se estipularam neste trabalho para 2009.

Obter-se-ia, assim, o seguinte resultado:

Bem-vindo admin-demo, Sair

Cubo: 0033 - Serviços Hospitalares Ano: 2007 Imprimir Editar

Indicadores	Valor	Meta	Estado	Descrição
Aprendizagem e Crescimento				
Desenvolver competências técnicas e humanas dos profissionais de saúde				
Horas semanais afectas a formação				
Por Grupo Profissional				
Enfermagem				
Enfermeiro Chefe	0	0	●	
Enfermeiros	0	0	●	
Médico				
Do Quadro	0	0	●	
Assistentes Eventuais	0	5	●	
Internato Complementar	0	0	●	
Dirigente	0	5	●	
Administrativos	0	2	●	
Auxiliares	0	0	●	
Facilitar Condições para a Investigação e Troca de Informação Científica				
Número de congressos nacionais e internacionais	12	10	●	
Número de estagiários recebidos ao abrigo do Programa de Estágios do ICOE	12	10	●	
Manter e estabelecer colaborações com Escolas Superiores de Enfermagem				
Enfermeiros provenientes das Escolas Superiores de Enfermagem	0	0	●	
Clientes				
Aumentar a satisfação dos utentes do serviço				
Número de reclamações	32	25	●	
Reduzir dor no pós-operatório				
Índice da escala visual analógica	0	6	●	(Média dos índices conseguidos para um dado)
Orçamento				
Reduzir custos por unidade de serviço				
Custos totais do serviço de Traumatologia	.00 €	.00 €	●	
Reduzir e anular os défices de exploração				
Custo com pessoal	.00 €	.00 €	●	
Custo com material de consumo clínico	.00 €	.00 €	●	
Custo com produtos farmacêuticos	.00 €	.00 €	●	
Processos Internos				
Aperfeiçoar o acesso de doentes de Traumatologia à sala de Traumatologia diferida				
Número de cirurgias efectuadas por traumatologia diferida	0	312	●	
Aumentar eficiência da urgência traumatológica				
Representatividade da Traumatologia no número de altas da urgência geral	7.99	2	●	
Aumentar Números de Cirurgia Adicional				
Número de cirurgias efectuadas em tempos de cirurgia adicional	75	98.9	●	
Dar resposta aos critérios no âmbito da 1ª auditoria do KING'S FUND				
Crítérios cumpridos resultantes da auditoria do KING'S FUND	0.00%	100.00%	●	(Crítérios cumpridos/crítérios impostos*100)
Desenvolver uma ocupação eficiente do serviço				
Taxa de ocupação	95.70%	70.00%	●	(Dias de internamento/Lotação efectiva*100)
Doente tratado por cama	42.1	31.7	●	(Doentes Saídos/Lotação Efectiva)
Diminuir demora média de internamento				
Demora média de internamento	8.33	6.4	●	(Dias de internamento/Doentes Saídos)
Diminuir duração dos serviços prestados				
Dias internamento saídos IS	5954	5593	●	
Facilitar reintegração social				
Procedimentos efectuados pelo Serviço de Acção Social	0	0	●	
Encaminhamentos efectuados pelo Serviço de Acção Social	0	0	●	
Dias de protelamento de alta efectuados pelo Serviço de Acção Social	0	0	●	
Melhorar boas práticas clínicas				
Índice de readmissão	1.93%	5.00%	●	(Doentes readmitidos/Doentes entrados*100)
Taxa de mortalidade	1.96%	5.00%	●	(Falecimentos/Doentes saídos*100)
Reduzir taxa de desmarcação de consultas				
Taxa de desmarcação de consultas	50.43%	30.00%	●	(Desmarcadas/Previstas*100)
Reduzir tempos de espera de cirurgia urgente				
Tempo de espera para cirurgia urgente	0.0h	36.0h	●	

Copyright © FORDESI,S.A. Todos os direitos reservados

Figura 12 Interface disponibilizada pelo FOR XML para a visualização dos dados

Na primeira coluna mostram-se, por perspectiva, os vários objectivos seleccionados bem como os indicadores a eles associados. Na segunda coluna, apresentam-se os valores disponíveis para os vários indicadores. Onde surge o valor zero entende-se que para esse ano não foram conseguidos quaisquer dados. Na coluna seguinte são apresentadas as metas correspondentes aos vários indicadores. Em alguns casos, embora não seja disponibilizado o indicador é disponibilizada a meta,

pois independentemente do valor, esta seria considerada a ideal. Embora consciente do abuso que se pode estar a cometer, este pretende apenas ser um exemplo ilustrativo daquilo que é possível fazer.

Ao nível das metas ressalvam-se alguns pormenores. Nesta coluna, o ideal é ter-se apenas um valor. Se tal é relativamente fácil para indústrias várias, para organizações de saúde tal não é tão objectivo. Por exemplo, no caso da taxa de ocupação não existe um valor específico ideal, mas se esta se encontrar entre 70 e 80% tem-se uma boa taxa de ocupação. Nestes casos, o valor seleccionado para aparecer foi o valor mínimo, mas o software sabe que para qualquer valor compreendido entre 70 e 80% ele devolve o verde. Esta situação pode introduzir algumas ambiguidades mas teve de ser feita uma opção.

Na quarta coluna, é devolvido o estado do cumprimento da meta. Caso esta esteja a ser cumprida surge a cor verde, caso não esteja, a cor vermelha. Nos casos em que não existe valor do indicador surge a cor vermelha por defeito.

Na quinta e última coluna é descrita a forma de cálculo do indicador. Caso não surja qualquer descrição, implica que esse indicador resulta de dados cumulativos.

Através do software FOR XML, recorrendo-se à opção *painel de gestão* é igualmente possível obter uma representação gráfica dos valores associados aos indicadores, bem como descrições mais pormenorizadas dos dados que existem, podendo-se seleccionar essa informação consoante o espaço temporal requerido.

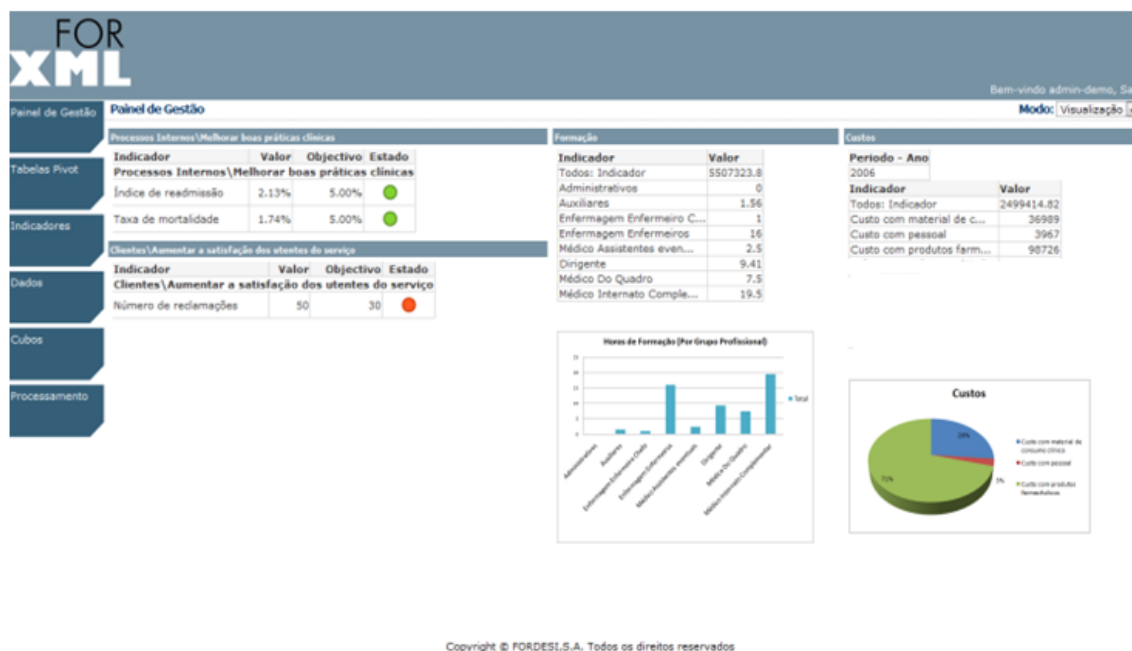


Figura 13 Visualização de vários indicadores, por perspectiva, em formato gráfico e em tabela, estando associado a cada um deles o valor, a meta e o estado

7. Conclusões e Desenvolvimentos Futuros

Com este trabalho, uma ferramenta de medição do desempenho, o Balanced Scorecard (BSC), foi desenvolvida com sucesso para o serviço de Traumatologia do Hospital Garcia de Orta.

No desenvolvimento de uma qualquer metodologia que permita uma medição da performance de um determinado serviço público com vista à busca de soluções e auxílio na tomada de decisões, há que ter consciência que muitos dos problemas com que estes serviços se deparam não têm uma resolução fácil e os recursos disponíveis são, frequentemente, insuficientes para enfrentá-los eficazmente. Para além disso, em serviços cujos orçamentos provém do estado, concorrem interesses de vários níveis, muitas vezes mais focados na adopção de soluções de compromisso do que na prática de rigorosos princípios e conceitos de gestão.

No decorrer da implementação do BSC não se pôde ignorar que muitos dos intervenientes no sector da Saúde consideram inadequado transpor para este meio modelos de gestão comumente utilizados em unidades empresariais que visam o lucro. Este será, porventura, um dos principais elementos de contraste entre a visão, chamemos-lhe “tradicional” da Saúde e a visão que terá de prevalecer daqui para a frente. Não sendo a saúde um negócio, no sentido lato da palavra, são frequentes os relatos de ineficiências que necessitam de uma resposta.

O facto de se estar a lidar com uma organização pública de saúde exigiu algumas alterações ao modelo inicialmente proposto por Kaplan e Norton. Uma dessas alterações foi ao nível das perspectivas, sendo que um dos conceitos importantes a clarificar foi o de cliente. Nesse sentido, foi necessário identificar o mercado alvo de um serviço de saúde público e perceber quais as necessidades dos constituintes desse mercado de forma a melhor servi-los.

No final, obteve-se um *scorecard* com 4 perspectivas, 20 objectivos e 26 indicadores.

Para a concretização do trabalho, a recolha de dados numéricos e de informação útil relevante constituiu um dos passos fundamentais, não só para a compreensão de todo o modelo de funcionamento do serviço de Traumatologia, como para a progressão da metodologia. Contudo, esta acabou por constituir uma das tarefas mais penosas de todo o processo. Para tal, contribuíram cinco dificuldades principais:

- Desconhecimento da existência, ou caso não existissem, da inexistência, de certos indicadores por parte de pessoal clínico e administrativos;
- Conhecimento da existência de determinados indicadores, contudo, não do responsável que os pudesse fornecer;
- Incapacidade de extracção de dados dos sistemas informáticos;
- Dispersão da informação;
- Dados conflitantes.

Relativamente ao terceiro ponto, refere-se a grande dificuldade encontrada na utilização do *software* Alert, já instalado há mais de um ano, o que impossibilitou a colecta de dados, considerados bastante relevantes para o serviço de Traumatologia, como sendo os tempos de espera das várias etapas do percurso do doente na urgência:

- Tempo de espera até balcão de consulta;
- Tempo de espera até fazer primeiro exame;
- Tempo de espera até análise dos elementos de diagnóstico;
- Tempo de internamento (quando necessário);

- Tempo de espera até alta.

O mesmo aconteceu relativamente aos dados do serviço de Acção Social. Embora fosse possível disponibilizar os indicadores referentes a todo o Hospital não foi conseguido a discriminação por serviços, algo imprescindível para o bom acompanhamento da acção do Serviço Social.

Quanto ao quarto ponto, este parece ser um problema generalizado a todos os hospitais públicos. Cada uma das áreas de actividade tem os seus próprios sistemas de informação, existindo uma falta de integração óbvia e grave entre eles, não se dispondo de um local único de extracção de dados. A resolução deste problema sai fora do âmbito desta Tese, mas a solução para este problema passaria, possivelmente, pela concepção de uma ERP (*enterprise resource planning*) que permitiria assim integrar todos os dados e processos de uma organização num único sistema.

Com o último ponto pretende apenas chamar-se a atenção para o problema da inconsistência de informação. Embora não tenham sido encontradas situações gravosas, algumas houve em que os dados não eram de todo coerentes.

Refere-se ainda que para o Hospital Garcia de Orta não existe qualquer Visão definida. A Visão ao relacionar-se directamente com os objectivos de longo prazo bem como com as aspirações futuras devia figurar na definição do Hospital, pelo que se sugere a sua concepção.

Paralelamente à definição dos objectivos e indicadores foi-se começando a construir o mapa estratégico. O seu desenvolvimento revelou-se de grande utilidade ao permitir detectar inconsistências e *gaps* nas relações causa-efeito exigindo uma grande atenção por parte do director do serviço e da restante equipa. O produto final, contudo, ao oferecer uma descrição gráfica da estratégia torna-a mais compreensível e mais susceptível de receber inputs valiosos de uma variedade de fontes. Uma revisão periódica é, contudo, necessária não só ao nível do mapa estratégico mas também dos indicadores para que estes se mantenham actuais.

Relativamente ao software utilizado, FOR XML, destaca-se a sua simplicidade de manuseio e a interface bastante apelativa que permite uma análise contínua dos valores dos indicadores, bem como o estado destes, no que se refere às metas estabelecidas.

Contudo, existem alguns melhoramentos que podem ser feitos. Para começar, seria determinante ter, pelo menos, valores anuais para todos os indicadores. Um conhecimento mais profundo acerca da localização destes dados, assim como da forma de os extrair das aplicações informáticas, é fundamental para o desenvolvimento deste tipo de plataformas. No limite o que se pretendia era uma discriminação a um maior nível de detalhe, como sendo mensalmente ou mesmo semanalmente, o que permitiria uma análise quase em tempo real de toda a situação.

Seria ainda importante colocar as metas de forma mais esclarecedora para que quem consultasse conseguisse perceber de forma imediata qual o valor ou conjunto de valores estabelecidos.

No software FOR XML, introduziram-se as metas correspondentes ao ano de 2009. De forma a demonstrar as funcionalidades do software foram seleccionados os indicadores de 2007. Pela simples análise visual das cores é possível concluir-se que muito dos indicadores se mantêm aquém do que o que seria desejável. Embora estes resultados sejam apenas ilustrativos, algumas destas metas são metas que se mantêm ao longo dos anos devido à dificuldade de se conseguir melhores resultados, pelo que também se aplicariam ao ano de 2007.

O BSC relevou-se, assim, uma ferramenta bastante útil ao permitir que um pequeno conjunto de indicadores medisse o seguimento da estratégia definida, ao mesmo tempo que facultou a informação de que alterações terão de ser tomadas para fazer face aos desvios detectados. A ferramenta BSC implementada deve ser vista como um sistema que injecta no processo de decisão informação objectiva e orientada para os resultados, e não como um sistema que se pretende que controle efectivamente as decisões.

Através do BSC, conseguiu-se ajudar o director do serviço a monitorizar a performance e a perceber se o seu serviço está no caminho certo para alcançar a missão a que se propõe. Com esta nova linguagem foi possível galvanizar todo o serviço em direcção à conquista de metas globais.

Como desenvolvimentos futuros, o passo lógico seguinte seria a implementação prática do BSC e análise dos resultados que se iriam obter. Contudo, dado que tal envolveria um médio/longo prazo (pelo menos mais um ano) esta constatação não é concretizável neste trabalho.

Se a aplicação desta metodologia revelasse resultados satisfatórios, sugerir-se-ia a disseminação por todo o hospital, devendo começar-se pelo nível corporativo, seguindo-se a difusão paulatina pelos restantes serviços.

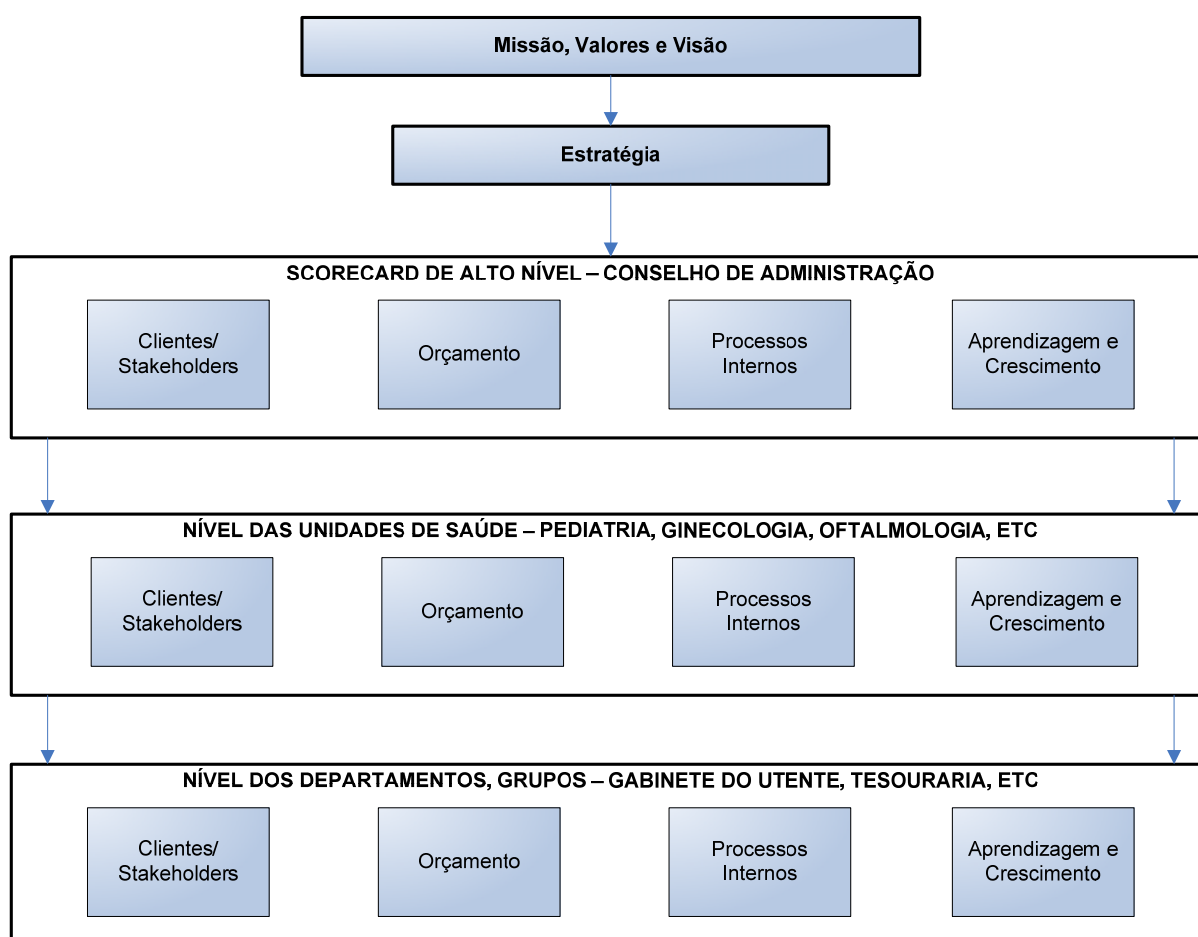


Figura 14 Processo de disseminação do BSC pelo Hospital Garcia de Orta

Os *scorecards* das unidades de saúde e dos departamentos devem estar alinhados com o *scorecard* de mais alto nível, devendo identificar os objectivos estratégicos e os indicadores que contribuirão para as metas globais do Hospital.

Esta implementação não seria de todo trivial e levantaria certamente desafios únicos que só com o apoio do Conselho de Administração e dos responsáveis por cada serviço seriam ultrapassáveis. A integração com os processos de gestão existentes e a própria cultura do hospital são alguns dos aspectos a ter em consideração.

A disseminação é, contudo, imprescindível pois permite traçar uma linha de visão para todos os funcionários, sendo um factor-chave para o sucesso dos programas do BSC.

Do exposto, conclui-se que a gestão das organizações de cuidados de saúde deveria considerar a adopção de modernas ferramentas de gestão, que incluam indicadores de performance correctamente implementados, de forma a fazer face às actuais mudanças nos ambientes de negócio. Hoje em dia, as organizações de cuidados de saúde necessitam, como nunca, de reduzir custos, aumentar qualidade e cumprir rigorosas *guidelines*. É vital que existam sistemas que permitam alinhar as diferentes perspectivas de interesse que coabitam num hospital – orçamento, processos internos, doentes/*stakeholders*, aprendizagem e crescimento – e que mostrem como o alcance dos objectivos de cada uma delas é possível e se relacionam entre si. Desta forma, torna-se possível identificar as forças das pessoas envolvidas, bem como as áreas que necessitam de melhorias.

Salienta-se, ainda, que a aplicação simultânea do BSC em vários hospitais poderá permitir a comparação entre desempenhos, facilitando a troca de ideias em áreas específicas. A possibilidade de surgirem *rankings* pode também ser um estímulo às boas práticas.

O Balanced Scorecard surge, assim, como uma ferramenta única, tendo sido demonstrada a validade da sua concretização num serviço de saúde público português.

8. Bibliografia

Bibliografia citada

Alto Comissariado da Saúde, “*Indicadores e Metas do Plano Nacional de Saúde*”, obtido em Setembro de 2008, de <http://www.acs.min-saude.pt/pns/pt/sistema-de-saude/demora-media-em-internamento-hospitalar/#regiao>

Andersen H., Lawrie G. e Nenad, S. “*Enabling the Quality Management: How strategy Context is Needed to Drive Effective Application*”, 2GC, Março de 2004

Bocci F. “*Reforming the Public Sector – What about the Citizens?*” EGPA Conference, Berne, 2005

Bush S.H., Lao M.R., Simmons K.L., Goode J.H., Cunningham S.A e Calhoun B.C. “*Patient Access and Clinical Efficiency Improvement in a Resident Hospital-based Women’s Medicine Center Clinic*” The American Journal of Managed Care, 13:686-690, Dezembro de 2007

Circular normativa para Hospitais EPE e SPA. Obtido em Agosto de 2008, de <http://www.acss.min-saude.pt/Portals/0/Circulares/circularnormativan32005.pdf>

Cole M. e Parston, G. “*Unlocking Public Value*”, John Wiley & Sons, New Jersey, 2006

Diário da República, 1.ª série — N.º 250 — 28 de Dezembro de 2007

Forgione, D.A. “*Health Care Financial and Quality Measures: International Call for a Balanced Scorecard Approach*”, Journal of Health Care Finance 24(1): 55-8, 1997

Glossário de Conceitos de Estatística em Saúde – 1ª Fase, Direcção-Geral da Saúde, Lisboa, 2001

Hospital Garcia de Orta “*Relatório e Contas*”, 2007

Hospital Garcia de Orta “*Reclamações*”, Gabinete do Utente, Período 2006-2007

Joyce L. “*Performance Management in the Health Service*”, Apresentação no seminário de segurança pública QMW, Dublin, 11 de Setembro de 2003

Kaplan R.S. e Norton D.P. “*On Balance*”, CFO, pp.73-77, Fevereiro de 2001(a)

Kaplan, R.S. e Norton D.P. “*Strategy Maps: Converting Intangible Assets Into Tangible Outcomes*”, Harvard Business Scholl Press, Boston, 2004

Kaplan R.S. e Norton D.P. “*The Balanced Scorecard – Measures that Drive Performance*” Harvard Business Review, pp. 71-79, Janeiro-Fevereiro de 1992

Kaplan R.S. e Norton D.P. *“The Strategy Focused Organization: How Balanced Scorecard Companies Thrive in the New Business Environment”*, Elsevier Editora, Harvard, 2001(b)

Macfie R. *“Seis dos Nossos Principais Directores Contam ao Independent como Permanecem no Topo”*, Independent Business Weekly, pág. 8, Abril de 2001

Meliones, J. *“Saving Money, Saving Lives”* Harvard Business Review, pp 5-11, Novembro-Dezembro de 2000

Ministério da Saúde – IGIF *“Consultas Desmarcadas por Especialidade – Traumatologia”*, Serviço de Estatística do Hospital Garcia de Orta, Período 2006-2007

Ministério da Saúde – IGIF *“Distribuição de Urgências por Especialidade – Traumatologia”*, Serviço de Estatística do Hospital Garcia de Orta, Período 2007-2008

Ministério da Saúde – IGIF *“Doentes Reinternados por Serviço - Traumatologia”*, Serviço de Estatística do Hospital Garcia de Orta, Período 2005-2007

Ministério da Saúde – IGIF *“Movimento Assistencial - Traumatologia”*, Serviço de Estatística do Hospital Garcia de Orta, Período 2005-2007 (b)

Ministério da Saúde. Obtido em Maio de 2008, de: http://www.hospitalsepe.min-saude.pt/Hospitais_EPE

Moeller, J. *“The EFQM Excellence Model. German Experiences with the EFQM Approach in Health Care”*, International Journal for Quality in Health Care, Volume 13, Number 1: pp 45-49, 2001

Moore M. *“Creating Public Value – Strategic Management in Government”*, Harvard University Press, Cambridge, MA, 1995

Niven P.R. *“Balanced Scorecard Step-by-step: Maximizing Performance and Maintaining Results”* John Wiley & Sons, Inc., New York, 2002

Pink G.H. et al *“Creating a Balanced Scorecard for a Hospital System”* Journal of Health Care Finance, 27(3):1-20, 2001

Pinto F. *“Balanced Scorecard – Alinhar Mudanças, Estratégia e Performance nos Serviços Públicos”*. Edições Sílabo. Lisboa, 2007

Reis, F. *“O Modelo de Excelência da EFQM: Uma ferramenta para a Excelência da Gestão”*. Obtido em Agosto de 2008, de <http://www.iqs.pt/pdf/5-2002/pagina%2038-41.pdf>

Serviço de Ortopedia e Traumatologia, “*Plano de Acção do Serviço de Ortopedia e Traumatologia*”, 2005

Thor C.G. “*A evolução da Medição do Desempenho no Governo*”, *Journal of Cost Management*, Maio/Junho 2000, pp. 18/26

Treacy M. e Wiersema F. “*The Discipline of Market Leaders*” Reading, MA: Perseus Books, 1995

Villalbí J., Guix J., Casas C., Borrell C., Duran J., Artazcoz, L., Camprubí E., Cusi M., Rodríguez-Montuquín, P., Armengol A.M. e Jiménez, G. “*The Balanced Scorecard as a Management Tool in a Public Health Organization*” *Gac Sanit*, 21(1):60-5, Janeiro-Feveiro de 2007

Bibliografia não citada

Belo, N. “*O que é 6 Sigma?*”, obtido em Agosto de 2008, de <http://www.gesbanha.pt/consultorio/artigos/6sigma.pdf>

Chassin, R. “*The Six Sigma Initiative at Mount Sinai Medical Center*”, *Mount Sinai Journal of Medicine*, 75:45–52, 2008

Hospital Garcia de Orta - *Relatório e contas*, 2004

Hospital Garcia de Orta - *Relatório e contas*, 2005

Hospital Garcia de Orta - *Relatório e contas*, 2006

Kaplan R. S. e Norton D. P. “*Using the Balanced Scorecard as a Strategic Management System*” Harvard Business Scholl Publishing Corporation, 1996

Joice L. “*Performance Management in the Health Service*” Office for Health Management, Dublin, Dezembro de 2003

Lawson R., Desroches D. e Hatch T. “*Scorecard Best Practices – Scorecard, Implementation and Evaluation*”, John Wiley and Sons Inc, 2007

Peters D.H., Noor A.A., Singh L.P., Kakar F.K., Hansen, P.M. e Burnham G. “*A Balanced Scorecard for Health Services in Afghanistan*” *Bulletin of the World Health Organization*, 85:146-151, Fevereiro de 2007

Kaplan R.S. e Norton D.P. “*Strategy Maps: Converting Intangible Assets into Tangible Outcomes*”, Harvard Business School Press, 2004

Santos R.A., "*Balanced Scorecard em Portugal – Visão, Estratégia e Entusiasmo*", Gestão Plus Edições, Cascais, 2006

Zbiden A.M., "*Introducing a Balanced Scorecard Management System in a University Anesthesiology Department*", *Anesth Analg* 95:1731–8, 2002

Anexo I

- Dicionário dos indicadores estabelecidos para o serviço de Traumatologia do HGO

Perspectiva: Clientes/ <i>stakeholders</i>	Número da medida/Nome: C01/Índice da Escala Visual Analógica (EVA)		Responsável: Dra. Ana Fontes (técnica de Informática)
Estratégia: Aumento da satisfação dos clientes e redução de custos operacionais	Objectivo: Reduzir a dor no período pós-operatório		
Descrição: A EVA trata-se de uma forma de avaliar a intensidade da dor do doente sendo importante para analisar os atendimentos. Esta escala varia entre 0 (ausência total de dor) e 10 (dor máxima). A análise da dor contribui não só para uma maior satisfação do doente, mas permite, igualmente, a prevenção de potenciais complicações e o favorecimento da precocidade da alta, que de forma directa contribui para a diminuição dos custos.			
Resultado/Tendência: Resultado	Frequência: Mensal	Tipo de Unidade: Número	Polaridade: Os baixos valores são bons
Fórmula: Média dos índices conseguidos por doente			
Fonte de Dados: Sistema de Apoio às Práticas de Enfermagem (SAPE)			
Qualidade de Dados: Baixa		Colector de Dados: Não definido	

Perspectiva: Clientes/ <i>stakeholders</i>	Número da medida/Nome: C02/ Reclamações recebidas		Responsável: Dra. Benedita (Dir. Serviço Social)
Estratégia: Aumento da satisfação dos clientes e consequente melhoria da imagem externa	Objectivo: Aumentar a satisfação dos utentes do serviço		
Descrição: O número de reclamações recebidas permite avaliar a qualidade com que os serviços estão a ser prestados, a diversos níveis, estimulando melhorias.			
Resultado/Tendência: Resultado	Frequência: Anual	Tipo de Unidade: Percentagem	Polaridade: Os baixos valores são bons
Fórmula:			
$RR = \frac{\text{Número de reclamações}}{\text{Doentes entrados}} \times 100$			
RR= Reclamações recebidas NR= Número de reclamações recebidas DE= Doentes entrados			
Fonte de Dados: Gabinete do utente			
Qualidade de Dados: Moderada		Colector de Dados: Não definido	

Perspectiva: Orçamento	Número da Medida/Nome: F01/Custos com material de consumo clínico, produtos farmacêuticos e pessoal		Responsável: Dra. Margarida Rato (administrativa do serviço de Traumatologia)
Estratégia: Redução de custos operacionais	Objectivo: Reduzir e anular os défices de exploração		
Descrição: Os custos com pessoal, medicamentos e material de consumo clínico são das rubricas que mais custos apresentam podendo ser reduzidas mediante uma gestão eficiente das mesmas.			
Resultado/Tendência: Resultado	Frequência: Anual	Tipo de Unidade: Número (Euro)	Polaridade: Os baixos valores são bons
Fórmula: Soma dos custos de cada uma das rubricas			
Fonte de Dados: Sistema Integrado de Informação Hospitalar – SONHO – disponibilizado pelo Instituto de Gestão Informática e Financeira da Saúde (IGIF)			
Qualidade de Dados: Moderada/Alta		Colector de Dados: Dra. Maria do Carmo Carvalho (tesouraria)	

Perspectiva: Orçamento	Número da Medida/Nome: F02/Custos totais do serviço de Traumatologia		Responsável: Dra. Margarida Rato (administrativa do serviço de Traumatologia)
Estratégia: Redução de custos operacionais	Objectivo: Reduzir custos por unidade de serviço		
Descrição: A contenção de custos é uma das prioridades de um serviço de saúde. Os custos totais é, por isso, um indicador determinante			
Resultado/Tendência: Resultado	Frequência: Anual	Tipo de Unidade: Número (Euro)	Polaridade: Os baixos valores são bons
Fórmula: Soma das várias rubricas			
Fonte de Dados: SONHO			
Qualidade de Dados: Moderada/Alta		Colector de Dados: Dra. Maria do Carmo Carvalho (tesouraria)	

Perspectiva: Processos internos	Número da Medida/Nome: P01/Critérios impostos pela auditoria do KING'S FUND que foram cumpridos		Responsável: Dra. Margarida Rato (administrativa do serviço de Traumatologia)
Estratégia: Melhoria da imagem externa	Objectivo: Dar resposta na totalidade aos critérios não cumpridos e/ou parcialmente cumpridos no âmbito da auditoria do KING'S FUND		
Descrição: A acreditação definitiva do Hospital Garcia de Orta pelo KING'S FUND conduz a uma maior credibilidade deste, implicando que o HGO é um hospital seguro, com um atendimento de qualidade e com um modelo organizativo avançado tecnologicamente. O serviço de traumatologia sendo um dos serviços deste Hospital deve cumprir os critérios a que está sujeito de forma a facilitar esta acreditação.			
Resultado/Tendência: Resultado	Frequência: Anual	Tipo de Unidade: Porcentagem	Polaridade: Os altos valores são bons
Fórmula de cálculo: $CC = \frac{NCC}{NCI} \times 100$ CC= Critérios cumpridos NCC= Número de critérios cumpridos NCI= Número de critérios impostos			
Fonte de dados: SONHO			
Qualidade de Dados: Baixa		Colector de Dados: Não definido	

Perspectiva: Processos internos	Número da Medida/Nome: P02/Índice de readmissão		Responsável: Dra. Lúcia Pereira (Estatística)
Estratégia: Redução de custos operacionais	Objectivo: Melhorar boas práticas clínicas		
Descrição: As readmissões introduzem custos que se pretendem diminuir pela execução de boas práticas clínicas			
Resultado/Tendência: Resultado	Frequência: Anual	Tipo de Unidade: Porcentagem	Polaridade: Os baixos valores são bons
Fórmula de cálculo: $IR = \frac{DR}{DE} \times 100$ IR= Índice de readmissão DR= Número de doentes reinternados DE= Número de doentes entrados			
Fonte de Dados: SONHO			
Qualidade de Dados: Alta		Colector de Dados: Dra. Lúcia Pereira (Estatística)	

Perspectiva: Processos internos	Número da Medida/Nome: P03/Taxa de mortalidade	Responsável: Dra. Lúcia Pereira (Estatística)	
Estratégia: Aumento da satisfação dos clientes	Objectivo: Melhorar boas práticas clínicas		
Descrição: O indicador taxa de mortalidade reflecte, até certo ponto, a qualidade com que os serviços são prestados			
Resultado/Tendência: Resultado	Frequência: Anual	Tipo de Unidade: Percentagem	Polaridade: Os baixos valores são bons
Fórmula de cálculo: $TM = \frac{NF}{DS} \times 100$ TM= Taxa de mortalidade NF= Número de falecimentos DS= Doentes saídos			
Fonte de Dados: SONHO			
Qualidade de Dados: Alta		Colector de Dados: Dra. Lúcia Pereira	

Perspectiva: Processos internos	Número da medida/Nome: P04/ Cirurgias efectuadas por traumatologia diferida	Responsável: Dra. Margarida Rato (administrativa do serviço de Traumatologia)	
Estratégia: Aumento da satisfação dos clientes	Objectivo: Aperfeiçoar o acesso dos doentes de traumatologia à sala de traumatologia diferida.		
Descrição: O acesso de doentes à sala de traumatologia diferida constitui uma necessidade face à incapacidade de dar resposta a todas as cirurgias urgentes. Com este objectivo pretende-se aumentar a qualidade de estadia do doente durante a espera para cirurgia.			
Resultado/Tendência: Resultado	Frequência: Anual	Tipo de Unidade: Número	Polaridade: Os altos valores são bons
Fórmula: Soma do número de cirurgias efectuadas por traumatologia diferida			
Fonte de Dados: SONHO			
Qualidade de Dados: Baixa		Colector de Dados: Não definido	

Perspectiva: Processos internos	Número da Medida/Nome: P05/ Cirurgias efectuadas em tempos de cirurgia adicional	Responsável: Dra. Margarida Rato (administrativa do serviço de Traumatologia)	
Estratégia: Aumento da satisfação dos clientes	Objectivo: Aumentar números de cirurgia adicional		
Descrição: Os tempos de cirurgia adicional (SIGIC) constituem uma das poucas ferramentas contra os tempos de espera, por vezes inaceitáveis, para cirurgia. O facto de as verbas deste programa serem disponibilizadas por tutela faz com que não se aumentem custos.			
Resultado/Tendência: Resultado	Frequência: Anual	Tipo de Unidade: Número	Polaridade: Os altos valores são bons
Fórmula: Soma do número de cirurgias efectuadas em tempos de cirurgia adicional			
Fonte de Dados: SONHO			
Qualidade de Dados: Baixa		Colector de Dados: Não definido	

Perspectiva: Processos Internos	Número da Medida/Nome: P06/Tempo de espera para cirurgia urgente	Responsável: Dra. Lúcia Pereira (Estatística)	
Estratégia: Aumento da satisfação dos clientes	Objectivo: Reduzir tempos de espera de cirurgia urgente		
Descrição: A diminuição dos tempos de espera é um factor da eficácia e eficiência do serviço contribuindo para uma considerável satisfação dos utentes. Uma diminuição do tempo de espera para cirurgia permite ainda eliminar custos.			
Resultado/Tendência: Resultado	Frequência: Anual	Tipo de Unidade: Minutos/Horas	Polaridade: Os baixos valores são bons
Fórmula: Média dos tempos de espera conseguidos para cirurgia urgente			
Fonte de Dados: ALERT			
Qualidade de Dados: Muito Baixa		Colector de Dados: Não definido	

Perspectiva: Processos internos	Número da Medida/Nome: P07/Representatividade da Traumatologia no número de altas da urgência geral	Responsável: Dra. Lúcia Pereira (Estatística)
Estratégia: Diminuir custos operacionais	Objectivo: Aumentar eficiência da urgência traumatológica	
Descrição: Sendo o serviço de Traumatologia, essencialmente, um serviço de urgência, um elevado número de altas dadas por este serviço pode reflectir uma distribuição incorrecta dos doentes, que deveriam ir para a rede de cuidados primários e, portanto, uma elevada percentagem de altas pode reflectir custos desnecessários.		
Resultado/Tendência: Resultado	Frequência: Anual	Tipo de Unidade: Percentagem
Polaridade: Os baixos valores são bons		
Fórmula: Percentagem de altas dadas pelo serviço de Traumatologia		
Fonte de Dados: ALERT		
Qualidade de Dados: Alta		Colector de Dados: Não definido

Perspectiva: Processos internos	Número da medida/Nome: P08/Procedimentos (intervenção social, intervenção domiciliária, entrevista psicossocial) efectuados pelo Serviço Social	Responsável: Dra. Benedita (Dir. Serviço Social)
Estratégia: Melhoria da imagem externa e diminuição de custos operacionais	Objectivo: Facilitar reintegração social	
Descrição: O serviço de Traumatologia caracteriza-se por um forte atendimento a doentes que após tratados/curados não têm para onde ir. Para além disso, necessitam, frequentemente, de cuidados após alta. A intervenção do Serviço Social, a vários níveis, mostra-se determinante na resolução destas situações.		
Resultado/Tendência: Tendência	Frequência: Anual	Tipo de Unidade: Percentagem
Polaridade: Os altos valores são bons		
Fórmula de cálculo: $P = \frac{P_e}{S} \times 100$		
P= Procedimentos P _e = Procedimentos efectuados S= Situações que requereram intervenção do Serviço Social		
Fonte de Dados: Gabinete do utente		
Qualidade de Dados: Baixa		Colector de Dados: Dra. Sofia (Serviço Social)

Perspectiva: Processos internos	Número da medida/Nome: P09/Encaminhamentos efectuados pelo Serviço Social	Responsável: Dra. Benedita (Dir. Serviço Social)
Estratégia: Melhoria da imagem externa e diminuição de custos operacionais	Objectivo: Facilitar reintegração social	
Descrição: A dificuldade no encaminhamento de doentes, após alta, é uma das situações mais flagrantes no serviço de Traumatologia. O tempo de permanência estende-se para além do necessário, consumindo recursos.		
Resultado/Tendência: Tendência	Frequência: Anual	Tipo de Unidade: Percentagem
Polaridade: Os altos valores são bons		
Fórmula de cálculo: $E = \frac{E_e}{E_r} \times 100$		
P= Encaminhamentos P _e = Encaminhamentos efectuados E _r = Encaminhamentos requeridos		
Fonte de Dados: Gabinete do utente		
Qualidade de Dados: Baixa		Colector de Dados: Dra. Sofia (Serviço Social)

Perspectiva: Processos internos	Número da medida/Nome: P10/ Dias de protelamento alta	Responsável: Dra. Benedita (Dir. Serviço Social)	
Estratégia: Diminuição de custos operacionais	Objectivo: Facilitar reintegração social		
Descrição: A incapacidade de resposta do serviço face ao encaminhamento de doentes traduz-se em dias em que se vai adiando alta até ser encontrada uma solução. Este protelamento de alta reflecte doentes curados que ocupam camas que poderiam estar a ser devidamente utilizadas.			
Resultado/Tendência: Resultado	Frequência: Anual	Tipo de Unidade: Número	Polaridade: Os baixos valores são bons
Fórmula: Soma dos dias em que se teve de adiar alta por motivos não justificáveis pelo estado de saúde			
Fonte de Dados: Gabinete do utente			
Qualidade de Dados: Baixa		Colector de Dados: Dra. Sofia (Serviço Social)	

Perspectiva: Processos Internos	Número da Medida/Nome: P11/Demora média de internamento	Responsável: Dra. Margarida Rato (administrativa do serviço de Traumatologia)	
Estratégia: Contenção de custos	Objectivo: Diminuir demora média de internamento		
Descrição: A duração dos serviços prestados influencia directamente os custos devendo os seus tempos (dias) ser os indispensáveis.			
Resultado/Tendência: Resultado	Frequência: Anual	Tipo de Unidade: Número (dias)	Polaridade: Os baixos valores são bons
Fórmula de cálculo: $DM = \frac{DI}{DS}$ DM = Demora média DI = Dias de internamento DS = Doentes saídos			
Fonte de Dados: SONHO			
Qualidade de Dados: Alta		Colector de Dados: Não definido	

Perspectiva: Processos internos	Número da Medida/Nome: P12/Dias internamento saídos (IS)	Responsável: Dra. Lúcia Pereira (Estatística)	
Estratégia: Reduzir custos operacionais	Objectivo: Diminuir duração dos serviços prestados		
Descrição: Os dias internamento saídos (IS) quantificam a duração total dos serviços prestados. Dado que quanto maior os dias de permanência num hospital, maior os custos, é fulcral o seguimento desta medida.			
Resultado/Tendência: Tendência	Frequência: Anual	Tipo de Unidade: Número (dias)	Polaridade: Os baixos valores são bons
Fórmula: Soma de todos os dias de permanência no Hospital, desde a entrada até saída, exceptuando o dia de alta (referente a todos os doentes)			
Fonte de Dados: SONHO			
Qualidade de Dados: Alta		Colector de Dados: Não definido	

Perspectiva: Processos internos	Número da Medida/Nome: P13/Taxa de ocupação	Responsável: Dra. Margarida Rato (administrativa do serviço de Traumatologia)	
Estratégia: Eficiência dos processos	Objectivo: Desenvolver uma ocupação eficiente do serviço		
Descrição: Uma ocupação correcta do serviço, com o número de camas a não ser significativamente excedido nem a ser subaproveitado, reflecte uma boa gestão do serviço.			
Resultado/Tendência: Resultado	Frequência: Anual	Tipo de Unidade: Percentagem	Polaridade: Os valores entre 70 e 80% são bons
Fórmula de cálculo: $TO = \frac{DI}{LE} \times 100$ TO= Taxa de ocupação DI= Dias de internamento LE= Lotação efectiva			
Fonte de Dados: SONHO			
Qualidade de Dados: Alta		Colector de Dados: Não definido	

Perspectiva: Processos internos	Número da Medida/Nome: P14/Doente tratado por cama	Responsável: Dra. Margarida Rato (administrativa do serviço de Traumatologia)	
Estratégia: Eficiência dos processos	Objectivo: Desenvolver uma ocupação eficiente do serviço		
Descrição: O número médio de doentes saídos num determinado período, por cama, dá uma noção da eficiência dos cuidados prestados.			
Resultado/Tendência: Resultado	Frequência: Anual	Tipo de Unidade: Número	Resultado/Tendência: Resultado
Fórmula de cálculo: $DT/C = \frac{DS}{LE}$ DT/C= Doente tratado por cama DS= Doentes saídos LE= Lotação efectiva			
Fonte de Dados: SONHO			
Qualidade de Dados: Alta		Colector de Dados: Não definido	

Perspectiva: Aprendizagem e crescimento	Número da medida/Nome: A01/Horas semanais afectas a formação	Responsável: Eng. Luísa Fernandes (Responsável Recursos Humanos)	
Estratégia: Formação de melhores profissionais para a obtenção de resultados superiores	Objectivo: Desenvolver competências técnicas e humanas dos profissionais de saúde		
Descrição: A formação constitui uma ferramenta indispensável, proporcionando um melhor desempenho a vários níveis, e contribuindo para a promoção da inovação e adaptabilidade constante às mudanças			
Resultado/Tendência: Tendência	Frequência: Anual	Tipo de Unidade: Número (horas)	Polaridade: Os altos valores são bons
Fórmula: Soma das horas semanais afectas a formação, por classe profissional			
Fonte de Dados: Recursos humanos e vencimentos - RHV			
Qualidade de Dados: Moderada		Colector de Dados: Não definido	

Perspectiva: Aprendizagem e crescimento	Número da Medida/Nome: A02/ Representação em congressos	Responsável: Eng. Luísa Fernandes (Responsável Recursos Humanos)	
Estratégia: Formação de melhores profissionais para a obtenção de resultados superiores	Objectivo: Facilitar condições para a investigação e troca de informação científica		
Descrição: A participação em congressos permite a actualização dos profissionais de saúde relativamente ao que melhor se faz e às últimas descobertas na medicina			
Resultado/Tendência: Tendência	Frequência: Anual	Tipo de Unidade: Número	Polaridade: Os altos valores são bons
Fórmula: Soma do número de congressos em que o serviço esteve representado			
Fonte de Dados: SONHO			
Qualidade de Dados: Moderada		Colector de Dados: Não definido	

Perspectiva: Aprendizagem e Crescimento	Número da Medida/Nome: A03/Estagiários estrangeiros recebidos ao abrigo do Programa de Estágios do <i>International Center for Orthopedic Education</i> (ICOE)		Responsável: Dra. Margarida Rato (administrativa do serviço de Traumatologia)
Estratégia: Enriquecimento dos profissionais de saúde	Objectivo: Facilitar condições para a investigação e troca de informação científica		
Descrição: O acolhimento de estagiários estrangeiros é uma fonte única de partilha constante de conhecimento			
Resultado/Tendência: Tendência	Frequência: Anual	Tipo de Unidade: Número	Polaridade: Os altos valores são bons
Fórmula de cálculo: Soma do número de estagiários estrangeiros recebidos			
Fonte de Dados: SONHO			
Qualidade de Dados: Moderada		Colector de Dados: Não definido	

Perspectiva: Aprendizagem e crescimento	Número da Medida/Nome: A04/Colaborações com Escolas Superiores de Enfermagem		Responsável: Dra. Ana Fontes (Técnica de Informática)
Estratégia: Contenção de custos e partilha e conhecimento	Objectivo: Manter e estabelecer colaborações com Escolas Superiores de Enfermagem para formação de enfermeiros habilitados		
Descrição: Com as colaborações com Escolas Superiores de Enfermagem o serviço aufer de pessoal habilitado para o qual não tem de arcar despesas adicionais, ao mesmo tempo que beneficia da partilha de saber.			
Resultado/Tendência: Resultado	Frequência: Anual	Tipo de Unidade: Número	Polaridade: Os altos valores são bons
Fórmula: Soma do número de colaborações com Escolas Superiores de Enfermagem			
Fonte de dados: SAPE			
Qualidade de Dados: Baixa		Colector de Dados: Não definido	

Perspectiva: Aprendizagem e crescimento	Número da Medida/Nome: A05/Enfermeiros provenientes das Escolas Superiores de Enfermagem com as quais se mantém colaborações		Responsável: Dra. Ana Fontes (técnica de Informática)
Estratégia: Contenção de custos e partilha de conhecimento	Objectivo: Manter e estabelecer colaborações com Escolas Superiores de Enfermagem para formação de enfermeiros habilitados		
Descrição: Com as colaborações com Escolas Superiores de Enfermagem o serviço aufer de pessoal habilitado para o qual não tem de arcar despesas adicionais, ao mesmo tempo que beneficia da partilha de saber. A entrada para o Hospital de alguns destes estagiários diminui o tempo necessário de integração.			
Resultado/Tendência: Resultado	Frequência: Anual	Tipo de Unidade: Porcentagem	Polaridade: Os altos valores são bons
Fórmula: $EE = \frac{EES}{ET} \times 100$			
EE = Enfermeiros provenientes de Escolas Superiores de Enfermagem com as quais se têm colaborações EES = Número total de enfermeiros provenientes de Escolas Superiores de Enfermagem com as quais se têm colaborações ET = Enfermeiros totais			
Fonte de dados: SAPE			
Qualidade de Dados: Baixa		Colector de Dados: Não definido	

Anexo II

- Custos do serviço de Traumatologia no ano de 2005

Secção homogenia: 1121000 TRAUMATOLOGIA		Unidade de Obra	Nº	C. Unitário
		Dias Internamento	6.976	406,96
		Doentes tratados	1.000	2.838,97

CÓDIGOS	RUBRICAS	CUSTO TOTAL (em euros)	CUSTO UNITARIO (em euros)	%
ELEMENTOS DIRECTOS				
6161	Produtos farmacêuticos	116.497	16,70	4,10
6162	Material de consumo clínico	40.115	5,75	1,41
6163	Produtos alimentares			
6164	Material de consumo hoteleiro	1.176	0,17	0,04
6165	Material de consumo administrativo	1.451	0,21	0,05
6166	Material de manut. e conservação	46	0,01	0,00
6169	Outro material de consumo	885	0,13	0,03
621	Subcontratos	499	0,07	0,02
622	Fornecimentos e serviços	13.387	1,92	0,47
641	Remunerações de órgãos de direcção			
6421	Rem.base - Pessoal dirigente			
	Rem.base - Pessoal médico	81.830	11,73	2,88
	Rem.base - Pessoal técnico sup. saúde			
	Rem.base - Pessoal técnico sup. serviço social			
	Rem.base - Outro pessoal técnico superior			
a	Rem.base - Pessoal de enfermagem	329.067	47,17	11,59
	Rem.base - Pessoal tec.diagn.terapêutica			
	Rem.base - Outro pessoal técnico			
	Rem.base - Pessoal técnico profissional			
	Rem.base - Pessoal de administração	20.087	2,88	0,71
	Rem.base - Pessoal operário auxiliar	63.811	9,15	2,25
	Rem.base - Pessoal docente			
6421499	Rem.base / Outro pessoal			
642211	Horas extraordinárias	5.476	0,78	0,19
642212	Prevenções			
642221	Noites e suplementos	74.748	10,72	2,63
64223	Abono para falhas			
64224	Subsídio de refeição	27.889	4,00	0,98
64225	Ajudas de custo			
64228	Outros suplementos			
6423	Outras Prestações directas	3.330	0,48	0,12
6424	Subsídios de Férias e de Natal	90.386	12,96	3,18
643	Pensões			
645	Encargos sobre remunerações	77.297	11,08	2,72
646	Seguros acid. Trabalho e doenças profissionais			
648	Outros custos com o pessoal			
65	Outros custos e perdas operacionais			
66	Amortizações do exercício	11.315	1,62	0,40
67	Provisões de exercício			
68	Custos e perdas financeiras			
69	Custos e perdas extraordinárias			
	TOTAL (1)	959.293	137,51	33,79
ELEMENTOS INDIRECTOS				
	Anatomia Patológica	400	0,06	0,01
	Patologia Clínica	84.487	12,11	2,98
	Imagiologia	45.109	6,47	1,59
	Medicina Física e Reabilitação	11.203	1,61	0,39
	Imunohemoterapia	43.463	6,23	1,53
	Anestesiologia			
	Bloco Operatório	1.279.824	183,46	45,08
	Medicina Nuclear	1.652	0,24	0,06
	Técnicas Cardiológicas	11.784	1,69	0,42
	Técnicas Gastroenterológicas	2.170	0,31	0,08
	Técnicas Neurológicas	653	0,09	0,02
	Técnicas Oftalmológicas	6	0,00	0,00
	Técnicas de O.R.L.			
	Técnicas Pneumológicas	426	0,06	0,02
	Técnicas Urológicas			
	Esterelização	6.372	0,91	0,22
	Farmácia	4.557	0,65	0,16
	Serviço Social	31.612	4,53	1,11
	Técnicas de Ginecologia			
	Técnicas de Obstetrícia			
	Técnicas de Cirurgia Vascular	41	0,01	0,00
	Serviço de Instalações e Equipamentos	37.607	5,39	1,32
	Central de Gases Medicinais	2.642	0,38	0,09
	Viaturas	484	0,07	0,02
	Jardins	459	0,07	0,02
	Alimentação e Dietética	121.382	17,40	4,28
	Tratamento de Roupa	34.402	4,93	1,21
	Higiene e Limpeza	13.859	1,99	0,49
	Segurança e Apoio	1.437	0,21	0,05
	Serviços Religiosos	1.266	0,18	0,04
	Casa Mortuária	610	0,09	0,02
	Secções Administrativas	141.771	20,32	4,99
	TOTAL (2)	1.879.679	269,45	66,21
	TOTAL (1) e (2)	2.838.972	406,96	100,00

- Custos do serviço de Traumatologia no ano de 2006

Secção homogenia: 1121000 TRAUMATOLOGIA		Unidade de Óbra	Nº	C. Unitário
		Dias Internamento	6.729	349,81
		Doentes tratados	1.001	2.351,49

CÓDIGOS	RUBRICAS	CUSTO TOTAL (em euros)	CUSTO UNITARIO (em euros)	%
ELEMENTOS DIRECTOS				
6161	Produtos farmacêuticos	98.726	14,67	4,19
6162	Material de consumo clínico	36.989	5,50	1,57
6163	Produtos alimentares			
6164	Material de consumo hoteleiro	1.008	0,15	0,04
6165	Material de consumo administrativo	1.285	0,19	0,05
6166	Material de manut. e conservação			
6169	Outro material de consumo	1.013	0,15	0,04
621	Subcontratos	71	0,01	0,00
622	Fornecimentos e serviços	10.409	1,55	0,44
641	Remunerações de órgãos de direcção			
6421	Rem.base - Pessoal dirigente			
	Rem.base - Pessoal médico	77.293	11,49	3,28
	Rem.base - Pessoal técnico sup. saúde			
	Rem.base - Pessoal técnico sup. serviço social			
	Rem.base - Outro pessoal técnico superior			
	Rem.base - Pessoal de enfermagem	338.369	50,29	14,38
a	Rem.base - Pessoal tec.diagn.terapêutica			
	Rem.base - Outro pessoal técnico			
	Rem.base - Pessoal técnico profissional			
	Rem.base - Pessoal de administração	20.697	3,08	0,88
	Rem.base - Pessoal operário auxiliar	63.866	9,49	2,71
	Rem.base - Pessoal informático			
	Rem.base - Outro pessoal			
6421499	Rem.base - Pessoal docente			
642211	Horas extraordinárias	3.967	0,59	0,17
642212	Prevenções			
642221	Noites e suplementos	75.299	11,19	3,20
64223	Abono para falhas			
64224	Subsídio de refeição	28.870	4,29	1,23
64225	Ajudas de custo			
64228	Outros suplementos			
6423	Outras Prestações directas	3.242	0,48	0,14
6424	Subsídios de Férias e de Natal	86.420	12,84	3,67
643	Pensões			
645	Encargos sobre remunerações	105.199	15,63	4,47
646	Seguros acid. Trabalho e doenças profissionais			
648	Outros custos com o pessoal			
65	Outros custos e perdas operacionais			
66	Amortizações do exercício	8.097	1,20	0,34
67	Provisões de exercício			
68	Custos e perdas financeiras			
69	Custos e perdas extraordinárias	44	0,01	0,00
	TOTAL (1)	960.866	142,79	40,82
ELEMENTOS INDIRECTOS				
	Anatomia Patológica	1.357	0,20	0,06
	Patologia Clínica	80.414	11,95	3,42
	Imagiologia	67.338	10,01	2,86
	Medicina Física e Reabilitação	19.097	2,84	0,81
	Imunohemoterapia	46.691	6,94	1,98
	Anestesiologia			
	Bloco Operatório	832.037	123,65	35,35
	Medicina Nuclear	2.634	0,39	0,11
	Técnicas Cardiológicas	10.590	1,57	0,45
	Técnicas Gastroenterológicas	2.161	0,32	0,09
	Técnicas Neurológicas	684	0,10	0,03
	Técnicas Oftalmológicas			
	Técnicas de O.R.L	7	0,00	0,00
	Técnicas Pneumológicas	241	0,04	0,01
	Técnicas Urológicas			
	Esterelização	3.940	0,59	0,17
	Farmácia	3.601	0,54	0,15
	Serviço Social	29.091	4,32	1,24
	Técnicas de Ginecologia			
	Técnicas de Obstétrica			
	Técnicas de Cirurgia Vasculiar			
	Serviço de Instalações e Equipamentos	23.594	3,51	1,00
	Central de Gases Medicinais	2.341	0,35	0,10
	Viaturas	489	0,07	0,02
	Jardins	467	0,07	0,02
	Alimentação e Dietética	112.050	16,65	4,76
	Tratamento de Roupas	36.020	5,35	1,53
	Higiene e Limpeza	16.354	2,43	0,69
	Segurança e Apoio	1.788	0,27	0,08
	Serviços Religiosos	1.205	0,18	0,05
	Casa Mortuária	679	0,10	0,03
	Secções Administrativas	98.111	14,58	4,17
	TOTAL (2)	1.392.980	207,01	59,18
	TOTAL (1) e (2)	2.353.846	349,80	100,00