



Universidade de Aveiro
Ano 2014

Departamento de Ciências Sociais, Políticas e do
Território

LILIANA PATRÍCIA FERREIRA SILVA O BALANCED SCORECARD APLICADO AO CENTRO MÉDICO DA MURTOSA



**LILIANA PATRÍCIA
FERREIRA SILVA**

**O BALANCED SCORECARD APLICADO AO CENTRO
MÉDICO DA MURTOSA**

Relatório de Estágio apresentado à Universidade de Aveiro para cumprimento dos requisitos necessários à obtenção do grau de Mestre em Administração e Gestão Pública, realizada sob a orientação científica do Dr. Hugo Casal Figueiredo, Professor Auxiliar do Departamento de Economia, Gestão e Engenharia Industrial da Universidade de Aveiro.

Dedico este trabalho à minha família.

o júri

presidente

Prof. Dr.^a Maria Luís Rocha Pinto
Professora associada da Universidade de Aveiro

Prof. Dr.^a Ana Isabel Pires Beato Alves de Melo
Professora adjunta da Universidade de Aveiro

Prof. Dr. Hugo Casal Figueiredo
Professor auxiliar da Universidade de Aveiro

agradecimentos

Ao Professor Doutor Hugo Figueiredo, orientador deste relatório de estágio, agradeço por toda a disponibilidade, apoio, dedicação e orientação.

A todos os meus amigos, que me acompanharam durante esta etapa, sem nunca me deixar desistir. Obrigado por toda a força que me deram.

E, por fim, aos meus pais, irmão e namorado, pois sem eles nada disto teria sido possível. Obrigado pela vossa amizade, companheirismo, dedicação e apoio.

palavras-chave

qualidade, balanced scorecard, missão, visão, análise swot, análise stakeholders, objectivos estratégicos.

resumo

O presente relatório de estágio apresenta os resultados de uma proposta de um Balanced Scorecard para aplicação a uma organização de serviços de saúde privada. Depois de realizada uma breve revisão da literatura sobre os temas da implementação de políticas da qualidade e avaliação de desempenho em organizações de serviços e dos instrumentos disponíveis para o efeito, foram exploradas as potencialidades da ferramenta Balanced Scorecard aplicadas ao estudo de caso do Centro Médico da Murtosa.

keywords

Quality, balanced scorecard, mission, vision, analysis swot, analysis stakeholders, strategic objectives.

abstract

This presents the results of formulation of proposal of Balanced Scorecard for private health services. After conducting a brief literature review on the topic of the implementation of quality management and performance measurement in service sector organisations as well as of its existing instruments, a proposal of a Balanced Scorecard was developed for the Murtosa Medical Center.

Índice

1. INTRODUÇÃO.....	14
2. PRINCÍPIOS FUNDAMENTAIS DA GESTÃO DA QUALIDADE	17
2.1 -A importância da Gestão da Qualidade	17
2.2 -O conceito de Gestão da Qualidade	18
2.3 -A evolução do conceito de Gestão da Qualidade	23
2.4 -Os oito princípios fundamentais da Gestão da Qualidade.....	25
2.5–A articulação do Balanced Scorecard (BSC) com outros instrumentos de Gestão da Qualidade.....	27
3. AS POTENCIALIDADES DO BALANCED SCORECARD NA IMPLEMENTAÇÃO DE UMA LÓGICA DA QUALIDADE NUMA ORGANIZAÇÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE	30
3.1 -A Qualidade e o Balanced Scorecard	30
3.2 - O Balanced Scorecard	31
3.3 - Os objetivos do Balanced Scorecard.....	34
3.4 -Os princípios básicos do Balanced Scorecard	35
3.5– Os Pilares do Balanced Scorecard.....	37
3.6 -As perspetivas do Balanced Scorecard	38
3.7 -Os objetivos estratégicos e os indicadores de desempenho	41
3.8 -As fragilidades e potencialidades do Balanced Scorecard no geral.....	43
3.9 - As potencialidades e dificuldades da aplicação de uma lógica de qualidade a partir de um Balanced Scorecard na área da Saúde	46
4. O ESTÁGIO CURRICULAR NO CMM.....	54
4.1 – Descrição do caso.....	54
4.2 – Programa e actividades desenvolvidas	55

4.3 – Análise crítica do Estado de Implementação de Políticas da Qualidade	58
4.4 – Áreas de Intervenção Prioritária	60
5. APRESENTAÇÃO DE UMA PROPOSTA DE BALANCED SCORECARD PARA O CENTRO MÉDICO DA MURTOSA	62
5.1 – Metodologia de aplicação do BSC ao CMM	62
5.2 – Missão, Visão e Valores	63
5.3 -Análise SWOT	64
5.4 - A análise dos Stakeholders.....	81
5.5- Proposta de Novos Objetivos Estratégicos	91
5.6 - Proposta de Balanced Scorecard	93
6. CONCLUSÕES E RECOMENDAÇÕES PARA O CENTRO MÉDICO NA MURTOSA	100
BIBLIOGRAFIA	106

LISTA DE FIGURAS

Ilustração 1: Triologia de Juran.....	20
Ilustração 2: Fases da evolução do conceito de qualidade.....	23
Ilustração 3: Pilares fundamentais do Balanced Scorecard.....	37
Ilustração 4: Plano de Atividades do Estágio.....	55
Ilustração 5: Quadro SWOT do CMM.....	65
Ilustração 6: Matriz da Análise dos Stakeholders do CMM.....	90
Ilustração 7: Pirâmide do Balanced Scorecard do CMM.....	91
Ilustração 8: Mapa de relação causa-efeito do BSC no CMM	94

LISTA DE TABELAS

Tabela 1: Os catorze pontos de Deming.....	19
Tabela 2: Matriz de interações entre a componente interna e externa.....	80
Tabela 3: Análise dos SH do CMM	87
Tabela 4: Proposta de Balanced Scorecard no CMM.....	95

LISTA DE SIGLAS

BSC – Balanced Scorecard

CAF – Common Assessment Framework

CMM – Centro Médico da Murtosa

EFQM – European Foundation for Quality Manager

ENF - Enfermagem

GA – Gestão Administrativa

GCF – Gestão de Compras e Fornecedores

GCMA – Gestão Comercial, Marketing e Acordos

GHS – Gestão de Higiene e Segurança

GM – Gestão de Melhoria

GQ – Gestão da Qualidade

GRH – Gestão de Recursos Humanos

MCD – Meios Complementares de Diagnóstico

ME – Medicina Especializada

MFR – Medicina Física e de Reabilitação

RH – Recursos Humanos

SGQ – Sistema de Gestão da Qualidade

SH - Stakeholders

TCQ – Controlo da Qualidade Total

TQM – Gestão da Qualidade Total

1. INTRODUÇÃO

“ A sua meta é ser o melhor do mundo naquilo que você faz. Não existem alternativas! “

(Vicente Falconi Campos)

O presente documento foi elaborado no âmbito da realização de um estágio curricular decorrente durante o segundo ano do Mestrado em Administração e Gestão Pública na Universidade de Aveiro. Por conseguinte, consiste num relatório final de estágio que tem como principais objectivos:

- relatar acontecimentos oriundos do trabalho de pesquisa realizado (sobre os temas que escolhi estudar); e,

-descrever as experiências que resultaram do trabalho elaborado durante o período de estágio.

O local por mim escolhido para a realização do estágio em questão foi o Centro Médico da Murtosa (CMM).

O período de duração do estágio foi de oito meses, sendo que começou em Outubro de 2012 e terminou em Maio de 2013.

Ao longo destes oito meses de estágio desempenhei o meu trabalho essencialmente na área da Gestão da Qualidade (GQ), embora, também, tenha experienciado outras áreas, como por exemplo a área da Gestão Administrativa (GA) e dos Recursos Humanos (GRH).

Estagiar no CMM foi uma experiência enriquecedora. Para além de me ter sido dada a oportunidade de aplicar muitos dos conhecimentos que adquiri ao longo do meu percurso académico, aprendi imensas coisas com os fantásticos profissionais desta organização, que foram bastante compreensivos e prestáveis. Em suma, o balanço que faço deste estágio é totalmente positivo.

O CMM consiste numa clínica médica privada que opera na prestação de cuidados de saúde. Atualmente, a área da saúde é uma área bastante exigente e concorrencial. No próprio concelho da Murtosa e nas cidades vizinhas já existem organizações concorrentes ao CMM. Devido a isto, à crise vivida em Portugal e ao foco do mesmo no crescimento sustentado e na melhoria contínua, este decidiu apostar na sua Gestão da Qualidade. E, em prol disso, começar a trabalhar no sentido de implementar um Sistema de Gestão da Qualidade (SGQ) consoante a norma em vigor, a NP EN ISO 9001:2008, assegurando o cumprimento de variados requisitos legais, normativos e regulamentares.

Ainda, neste sentido, no presente relatório é apresentada uma proposta de um Balanced Scorecard (BSC) para implementar (futuramente) a esta organização, com o objectivo de apoiar, formular, concretizar e apreciar a sua estratégia.

Note-se que o modelo de BSC apresentado não é um trabalho concluído, mas um ponto de partida que pretende contribuir para a definição, avaliação e controlo da estratégia da organização.

Quanto a metodologia e objectivos adotados ao longo deste trabalho prenderam-se na leitura da literatura sobre o BSC (que se baseia essencialmente em organizações privadas, tal como o CMM).

A motivação para o presente estudo surge do contacto com a realidade, através de um estágio curricular, tal como foi referido no início deste documento.

No que diz respeito a estrutura do relatório, este encontra-se estruturado em sete capítulos (incluindo a introdução e bibliografia). No segundo capítulo procura-se apresentar um enquadramento teórico sobre a Gestão da Qualidade. Desta forma, foi apelidado dos “Princípios fundamentais da Gestão da Qualidade” e nele são explorados cinco assuntos, a importância actual da GQ para as organizações, o conceito de GQ sob o ponto de vista dos principais estudiosos nesta área, a evolução deste mesmo conceito desde os anos 20 até aos nossos dias, os oito princípios fundamentais da GQ (princípios que quando aplicados a uma

organização contribuem para o sucesso da mesma) e, por fim, a articulação do BSC com outros instrumentos de GQ.

No terceiro capítulo também se apresenta um enquadramento teórico mas desta vez concretamente sobre o BSC. O nome deste capítulo é “As potencialidades do BSC na implementação de uma lógica da qualidade”. Neste capítulo são abordados assuntos como a relação entre a qualidade e o BSC, o conceito desta ferramenta, os seus cinco princípios básicos, os seus pilares fundamentais (missão, visão, estratégia e valores), as suas quatro perspectivas, os seus objectivos e indicadores de desempenho, as suas fragilidades e potencialidades de um modo geral e, por fim, as potencialidades e dificuldades da aplicação de um balanced scorecard na área da saúde (área em que nos encontramos inseridos).

Relativamente quarto capítulo corresponde ao “Estágio Curricular no CMM” e descreve o caso em si. Neste capítulo não é apenas feita uma descrição detalhada do trabalho realizado ao longo destes oito meses nesta clínica mas é também exposto o ponto da situação em que a própria organização se encontrava em relação à questão da implementação de um Sistema de Gestão da Qualidade.

No quinto capítulo é apresentada uma proposta de um BSC para aplicar ao Centro Médico da Murtosa. Ainda neste capítulo são expostos: a missão, a visão e os valores (que já tinham sido criados pela organização mas foram reformulados por mim, visto que já existiam e não se encontravam a ser aplicados). E, ainda, os novos objectivos estratégicos, a análise SWOT, a análise dos Stakeholders e, por fim, a proposta do BSC em si.

Por fim, o sexto capítulo intitula-se de “Conclusões e Recomendações para o CMM” pois relata basicamente todas as conclusões retiradas após a finalização deste relatório.

2. PRINCÍPIOS FUNDAMENTAIS DA GESTÃO DA QUALIDADE

2.1 -A importância da Gestão da Qualidade

Existem vários tipos de gestão (a GA, a GRH, a Gestão de Pessoas, a Gestão de Conhecimento, ...) no entanto, atualmente as organizações têm demonstrado uma preocupação especial com a Gestão da Qualidade.

A razão apontada para a Gestão da Qualidade como principal preocupação de uma organização é a globalização e o aumento da concorrência daí resultante. O conceito de globalização é um conceito subjetivo. De um modo geral, a globalização consiste num fenómeno de interacção (que vai crescendo de dia para dia) entre os sistemas financeiros, o comércio, a tecnologia, a sociedade (como um todo) e as economias mundiais. Portanto, é um fenómeno que interfere em quase ou talvez em todos os domínios da vida humana. Estes domínios são afectados em diversos níveis e de diferentes formas. (Silva, 2013) Com a globalização a gestão passou a ser importantíssima para as organizações, uma vez que é ela que permite que estas consigam ganhar competitividade, aumentar a sua qualidade e diminuir o preço dos produtos ou serviços.

Em suma, a questão da gestão é fundamental para as organizações porque nos encontramos perante um mundo concorrencial. Atualmente existe uma grande oferta do mesmo produto ou serviço. E num mundo com tanta oferta as organizações são obrigadas a produzir produtos ou serviços com qualidade para poderem sobreviver. Caso uma organização venda a um cliente um produto ou um serviço e ele não fique satisfeito com o mesmo é óbvio que não tornará a voltar aquela organização e procurará outra para comprar o mesmo produto ou serviço. Além de que, provavelmente, espalhará a notícia pelos seus amigos o que ainda poderá prejudicar mais a organização, visto que estes também já não irão confiar na mesma.

Ainda no âmbito desta questão e relacionada com a mesma, é preciso ter em atenção que presentemente os consumidores são cada vez mais conscientes, informados e exigentes. Hoje em dia, antes de comprarem um produto ou serviço

os consumidores analisam os benefícios do mesmo, eles desejam satisfação aliada ao máximo de qualidade e segurança a baixos preços. Este novo perfil dos consumidores surgiu devido ao mercado. Cada vez existe um volume maior de informação acessível, além de que cada vez mais são apresentadas diferentes opções de compra aos consumidores a todos os níveis. Por exemplo, hoje em dia já é possível comprar um computador num hipermercado ou um perfume numa farmácia, enquanto antigamente os perfumes apenas se compravam nas perfumarias e os computadores nas lojas de informática (Laurentis, 2009).

Em conclusão, o volume de informação disponível passa pela apresentação dos serviços ou produtos, dos preços, das tendências e, ainda, das sugestões de consumo.

Actualmente é fundamental que uma organização aposte e melhore a sua qualidade porque isso representa a exposição ao cliente de uma solução inovadora e proveitosa em relação ao custo - benefício. Cada vez mais é importante que uma organização procure métodos de gestão inovadores para se encontrar à altura de competir neste tão vasto mundo de negócios.

2.2 -O conceito de Gestão da Qualidade

Tal como o conceito de globalização, o conceito de qualidade é também um conceito subjectivo. O conceito de qualidade pode ser definido de diversas formas e grande parte das pessoas confunde este conceito com o conceito de satisfação. No entanto, é necessário clarificar que qualidade e satisfação embora sejam conceitos subjectivos são conceitos distintos, têm diferentes definições.

Seguidamente serão expostas as visões de cinco autores que se evidenciaram por terem formulado as suas próprias teorias acerca deste assunto. São eles considerados os cinco precursores da qualidade (Sousa e Voss, 2002):

- W. Edwards **Deming**;
- Joseph Moses **Juran**;
- Philip **Crosby**;

- Armand V. **Feigenbaum**; e, finalmente,
- Kaoru **Ishikawa**.

Deming é conhecido como o “pai da qualidade” (Stringham, 2004). Para o mesmo, a definição de qualidade vai sendo alterada consoante evoluem as necessidades do cliente. Sendo assim, o cliente é o único que pode estabelecer a qualidade de um produto ou serviço. Um dos contributos de Deming na área da qualidade baseou-se na criação de um programa constituído por catorze pontos. Este programa tem como objetivo melhorar a administração da qualidade. Se uma organização o implementar poderá melhorar o seu desempenho.

Os catorze pontos de Deming¹
1 - A organização deve ter como objectivo contínuo a melhoria dos seus produtos ou serviços;
2 - A organização deve adoptar uma nova filosofia, isto é, uma filosofia que se baseie na perfeição, sendo que não deverão existir erros, defeitos, etc.
3 - A qualidade deve estar intrínseca num produto/serviço desde o começo da sua formação. Desta forma, a inspecção seria dispensável para assegurar a qualidade do tal serviço ou produto;
4- Terminar com o costume de aprovar orçamentos apenas com base no preço;
5 - Procurar continuamente aperfeiçoar o sistema de produção e serviço;
6 - Reduzir os defeitos que surgem devido às lacunas humanas através do treinamento/ formação;
7 - Estabelecer e seguir a Liderança, visto que a liderança incentiva à revalorização torna-se essencial para o desenvolvimento de uma organização;
8 - Quebrar a barreira que existe nos funcionários de revelar os seus erros para que todos possam trabalhar de forma eficaz na organização;
9 - Todos devem trabalhar em equipa sem excepções;
10 - Acabar com os avisos, <i>slogans</i> e metas para os funcionários;
11 - Acabar com as quotas numéricas, pessoas que se focam em completar quotas colocam de parte a preocupação com a qualidade;
12 - Eliminar as barreiras que se interpõem à realização profissional dos funcionários;
13 - A organização deve investir na formação e desenvolvimento contínuo de todos;
14 - Todos na organização devem ter uma noção concreta de como se pode melhorar a qualidade da mesma, isto é todos, sem excepção devem ser inseridos no processo de transformação da mesma

Tabela 1 - Os catorze pontos de Deming

Segundo Juran a qualidade relaciona-se com a conformidade ao nível da utilização. Juran foi o autor da trilogia através da qual a qualidade é percebida.

¹DEMING W. Eduards (1989). *Calidad, Productividad y Competitividad La salida de la crisis*. Madrid: Ediciones Diaz de Santos, S.

Esta trilogia é constituída por três fases que são: a fase do planeamento, a fase do controlo e a fase da melhoria.

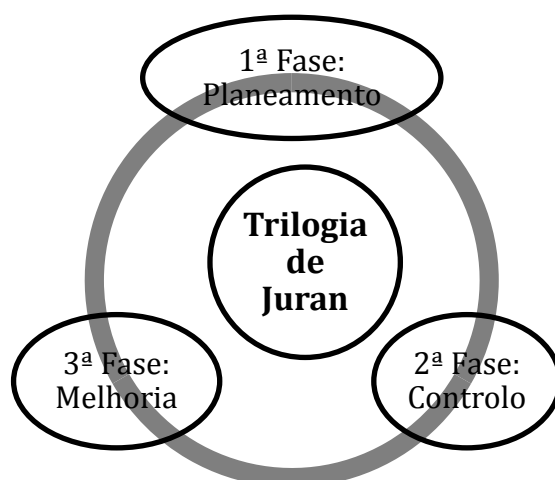


Ilustração 1: Trilogia de Juran

Na fase do planeamento são reconhecidas as necessidades dos clientes e é projectado aquilo que se pode fazer para que os produtos ou serviços correspondam a essas necessidades que foram anteriormente reconhecidas. Na fase do controlo é avaliado se o produto ou serviço foi ao encontro dos objectivos traçados. Por fim, na fase da melhoria são determinadas “novas” acções de melhoria.

Os 10 princípios da gestão da qualidade segundo Juran são: 1) Consciencializar todos para a necessidade e oportunidade de melhoria; 2) Estabelecer metas específicas para a melhoria contínua da qualidade; 3) Organizar de modo a que seja possível alcançar os objectivos e metas; 4) Assegurar a formação do pessoal; 5) Implementar projectos e equipas para resolver problemas e eliminar obstáculos; 6) Acompanhar a evolução e melhoria da qualidade; 7) Dar reconhecimento; 8) Comunicar e divulgar os resultados; 9) Medir processos e melhorias com base em indicadores; 10) Incorporar a melhoria contínua e fixação de metas de qualidade nos sistemas de gestão das empresas (Sá, 2002).

Na visão de Crosby (1979) a qualidade relaciona-se com a adequação aos seus requisitos. Ou seja, os requisitos de um produto ou serviço têm de ser

apresentados de forma clara para possam ser entendidos por todos. Segundo este autor, a qualidade é avaliada pelo “custo da qualidade”, isto é o “preço” a pagar por fazer as “coisas” mal feitas. A teoria de Crosby baseia-se em “zero defeitos”, isto é, as pessoas devem esforçar-se para não errarem, muito pelo contrário, devem acertar logo à primeira vez. Portanto, uma aposta na qualidade exige o envolvimento de todos, desde a gestão de topo, ao trabalhador do nível mais baixo da hierarquia (Pires, 2004). Outra ideia importante é a necessidade de prevenção, pois Crosby argumenta que os custos da prevenção serão sempre mais baixos do que os da correcção. Para Crosby os 14 passos para a melhoria da qualidade prendem-se com: 1) Compromisso da gestão de topo em relação à qualidade; 2) Equipas de melhoria da qualidade; 3) Medida da qualidade; 4) Avaliação do custo da não qualidade; 5) Tomada de consciência das necessidades da qualidade; 6) Acções correctivas; 7) Planear um programa “Zero Defeitos”; 8) Formação dos responsáveis e inspectores; 9) Instituir a máxima “Zero Defeitos”; 10) Definição de objectivos; 11) Eliminar as causas dos erros; 12) Reconhecimento; 13) Círculos de Qualidade; 14) Recomeçar e progredir sempre (Godinho e Neto, 2001).

Feigenbaun defende que qualidade corresponde ao conjunto de características do produto ou serviço em utilização, sendo que as mesmas devem alcançar as expectativas do cliente. Para este autor, existem nove factores que influenciam a qualidade: os mercados, o dinheiro, a gerência, as pessoas, a motivação, os materiais, as máquinas, os métodos e as montagens do produto – requisitos. Feigenbaun (1983) ficou conhecido pela introdução da definição do Controlo da Qualidade Total (TQC), considerado pilar sobre o qual se edificou o TQC (Rossi et al., 1983). De forma bastante sucinta, TQC significa que o controlo é executado do início ao fim do produto, em todas as fases, sem excepção. Para ele, a qualidade é determinada pelos clientes, exigindo o trabalho em grupo, conhecido como Círculos de Qualidade, o compromisso da gestão de topo e o *empowerment*². Mas para que tais exigências possam ser cumpridas, a organização deverá estruturar e planear o seu sistema de qualidade com base na orientação para o cliente; no

² Redução dos níveis hierárquicos e aumento da capacidade de decisão de todos.

envolvimento e consciencialização de todos para a qualidade; na atribuição clara das competências; no controlo dos fornecedores; nas acções correctivas; no controlo contínuo dos sistemas; e nas auditorias periódicas (Godinho e Neto, 2001).

Por fim, para Ishikawa a qualidade baseia-se na rápida captação e satisfação das necessidades do mercado, na apropriação à utilização dos produtos e na homogeneidade dos resultados do processo. Este último autor inspirou-se nas viagens de Deming e Juran ao Japão e contribuiu de forma positiva para o TQC Japonês. As características fundamentais do TQC Japonês são as seguintes:

- Numa determinada organização, todos os seus elementos devem ter conhecimento e estarem familiarizados com a questão da qualidade;
- A doutrina de um aperfeiçoamento constante; e
- Vocacionado essencialmente para o cliente.

Tal como enunciado por Pires (2004), Ishikawa enfatizou a importância do trabalho em grupo e das ferramentas que lhe estão associadas. O autor desenvolveu o conceito de “Círculos de Qualidade”, interpretando-os como pequenas equipas que se reúnem periodicamente para investigar e resolver problemas de trabalho. Estes círculos caracterizam-se pelo voluntariado e pelo auto e inter desenvolvimento e participação. São assim grupos que se auto instruem nas matérias e cooperam uns com os outros, de acordo com área de especialização (Godinho e Neto, 2001).

Após o conhecimento e análise das várias teorias sobre a Gestão da Qualidade apresentadas anteriormente podemos concluir que a mesma corresponde às acções que orientam e administram uma organização com o objectivo de permitir a melhoria de produtos/serviços de modo a assegurar a satisfação dos clientes em relação ao produto ou serviço que está a ser oferecido.

2.3 -A evolução do conceito de Gestão da Qualidade

A Gestão da Qualidade não é uma questão propriamente recente. Ao analisarmos a história já conseguimos encontrar traços que nos guiam para este assunto em culturas bastante antigas.

Na maioria das pesquisas realizadas em torno desta questão são definidas quatro fases de evolução do conceito da qualidade (Wilkinson et al., 1998) que são as seguintes:

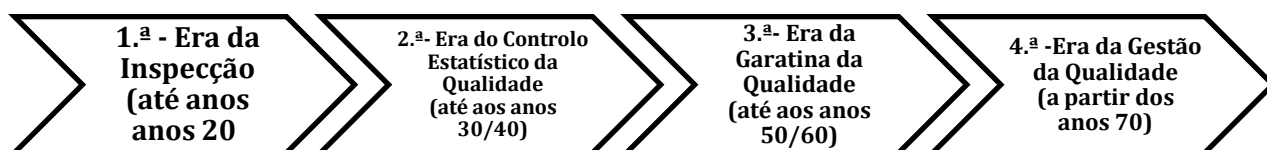


Ilustração 2: Fases da evolução do conceito de qualidade

Com o aumento da produção e o fim da produção artesanal nasce a Era da Inspeção. A principal finalidade desta Era baseava-se em garantir a qualidade através, tal como nome indica, da inspeção. Isto é, um produto era avaliado através do teste ou da análise de uma ou mais das suas características. De modo a assegurar que todo o material produzido fosse inspecionado existia um responsável que era o inspector. Neste sentido os trabalhadores tinham de zelar para que todo o trabalho fosse terminado de forma a satisfazer o inspector.

Seguidamente à Era da Inspeção surge a Era do Controlo Estatístico da Qualidade (Dale e Cooper, 1995; Godinho e Neto, 2001). A inspeção acaba por ser substituída pelas técnicas de controlo do processo e amostragem. Assim, entre os anos trinta e quarenta começam a ser usadas ferramentas estatísticas nos processos produtivos. A finalidade deste uso era encontrar a uniformidade de produção e prever o surgimento de produtos com defeito.

A Era da Garantia da Qualidade evidenciou a prevenção. Na mesma começou-se a dar a importância ao planeamento e a melhoria da qualidade. A qualidade deixou então de ser vista como uma área tão fechada e direccionou-se em torno da

gestão. Também passou a ser encarada não como uma responsabilidade de apenas um membro da empresa, mas sim de todos.

Por fim, a quarta e última Era conta com o contributo das três eras anteriores mas o seu foco centra-se essencialmente na satisfação dos clientes. Esta preocupação conduz esta Era à lucratividade, aos fins empresariais básicos, às necessidades da concorrência e à opinião do cliente. Esta também se encontra associada à melhoria contínua (Stringham, 2004).

Já na década de 80 algumas organizações e agências governamentais nos Estados Unidos da América apoiaram a adopção de sistemas integrados de qualidade, mantendo sempre como premissa a preocupação de os adaptar a cada realidade organizacional. É assim que surge a TQC que consiste numa nova abordagem de gestão com grande aceitação por parte do sector privado (Stringham, 2004). Esta é a fase mais recente do desenvolvimento do conceito de qualidade. Distingue-se das anteriores por sobrepor estruturas organizacionais descentralizadas e flexíveis por oposição às tradicionais hierarquias rígidas, com decisão suprema ao nível da gestão de topo (Rocha, 2004).

Para Mcadam e Leonard (2001) a TQC tem como elementos caracterizadores a ligação estratégica aos objectivos da organização, a compreensão e total satisfação dos clientes, o envolvimento dos trabalhadores a qualquer nível organizacional, bem como a motivação da gestão de topo para a qualidade e a aferição de que a organização é um conjunto de processos que incorporam relações do tipo clientes/fornecedores.

Já anteriormente, Carr e Litlman (1993) haviam identificado como principais características da TQC a orientação para o cliente, a eliminação de erros, a prevenção de problemas, o planeamento de médio e longo prazo, o trabalho conjunto e em equipa, a tomada de decisões estratégicas fundamentadas em evidências, a melhoria contínua de processos e produtos, assim como a estrutura organizacional horizontal e descentralizada e as relações parceiras com entidades externas.

Logo, após a implementação da TQC não se deve terminar o processo por este pressupor um processo de melhoria contínua da organização, ou seja, uma finalidade nunca terminada da qual a organização se deve permanentemente tentar aproximar tal como defendem Dale e Cooper (1995).

Em suma, através do referido nos parágrafos anteriores, podemos concluir que o conceito de qualidade sofreu uma evolução ao longo dos tempos e ainda continua a ser constantemente melhorado.

2.4 -Os oito princípios fundamentais da Gestão da Qualidade

Os princípios da Gestão da Qualidade são cruciais para o sucesso de uma organização. Estes são considerados normas pelas quais uma organização se deve guiar. É com Garvin que surge a gestão estratégica da qualidade, dado que este identificou oito dimensões da qualidade, nomeadamente: o desempenho (características operacionais do produto); as características (aspectos que complementam as funções básicas do produto); a confiança (relacionada com a probabilidade do produto falhar num determinado período de tempo); a conformidade (grau de correspondência das características do produto aos requisitos pré estabelecidos); a durabilidade (o tempo de vida do produto); a assistência (rapidez, competência e cortesia no serviço pós-venda); a estética (dimensão subjectiva da qualidade); e a qualidade percebida (ideia que o consumidor tem sobre a marca e sobre o produto) (Garvin, 1987).

Existem oito princípios fundamentais da Gestão da Qualidade (Mello, 2002). Estes são: a focalização no cliente, a liderança, o envolvimento das pessoas, a abordagem por processos, a abordagem sistemática, a melhoria contínua, a abordagem factual para a tomada de decisões e, finalmente, os benefícios mútuos nas relações com os fornecedores. A aplicação de cada um destes princípios numa organização traz resultados notórios para a mesma, tal como vamos poder confirmar seguidamente.

O foco no cliente é um princípio fundamental da GQ porque independentemente de qual seja a natureza de uma determinada organização o

seu objectivo será sempre a máxima satisfação dos seus clientes. Da aplicação deste princípio a uma organização obtêm-se resultados como por exemplo: uma maior preocupação no conhecimento das necessidades concretas dos clientes, a divulgação a toda a organização daquilo que espera o cliente, o conhecimento do grau em que o cliente se encontra satisfeito de modo a que posteriormente se possa trabalhar sobre isso e, por fim, uma proximidade ao cliente que se torna benéfica para todas as partes interessadas.

No que diz respeito a liderança, os líderes de uma organização têm que trabalhar em prol de conseguir que os seus colaboradores se encontrem estimulados e trabalhem para alcançar as metas ambicionadas pela organização. A aplicação do princípio liderança leva a que sejam estabelecidos a visão, a missão, os objectivos e as metas da organização. O mesmo concede aos colaboradores o necessário para que realizem o seu trabalho com sucesso, acaba com o medo, estimula a confiança e identifica a colaboração/esforço das pessoas.

Quanto ao envolvimento das pessoas prende-se na questão que a gestão da qualidade em qualquer que seja a organização deve contar a colaboração de todos os seus trabalhadores, pois assim todos poderão utilizar as suas potencialidades, capacidades para o proveito da organização. O princípio do envolvimento das pessoas leva à cooperação dos funcionários. Passo a explicar, é por intermédio deste princípio que os funcionários entendem a relevância do seu trabalho na organização, compartilham a sua experiência e conhecimento e, assim, se auxiliam uns aos outros.

A abordagem por processos possibilita uma visão sistemática do funcionamento da organização como um todo. É a abordagem sistemática que possibilita que os processos que interagem entre si sejam conhecidos, compreendidos e comandados com o objectivo de aperfeiçoar o desempenho da organização como um todo. Resumidamente, é este princípio que permite que exista uma relação ou uma ligação mais profunda entre o conceito e a execução de objectivos; um conceito mais rigoroso de responsabilidades pela execução dos processos; uma apreciação mais credível das ameaças e impactos das operações

sobre as partes interessadas; e, por fim, que as partes interessadas não se importem com coisas que não têm valor.

Para ter sucesso uma organização deve ter o seu pensamento vocacionado para a melhoria contínua não só a nível dos seus processos mas também a nível dos seus produtos e serviços. Para conseguir uma melhoria contínua os funcionários de uma determinada organização precisam de ter formação e materiais que lhes permitam operar no sentido de a alcançar. Necessitam, ainda de ter noção de quais são as melhorias a conseguir e é, muito importante, que exista comunicação interna entre as actividades que estão relacionadas com a gestão da qualidade.

Para que uma organização possa tomar as decisões certas esta deve implementar e a manter um sistema eficiente de controlo/auditoria. É necessário ter em atenção que para que uma organização possua um sistema de monitoramento eficiente tem que ter dados necessários que permitam tomar decisões, além disto, estes dados têm de estar à mão de quem precisa deles. Em suma, a tomada de decisão deve ser baseada em informações/dados e não na própria instituição.

Por fim, no que toca aos benefícios mútuos nas relações com os fornecedores, a organização deve procurar o relacionamento de benefício mútuo com seus fornecedores pelo desenvolvimento de alianças estratégicas, parcerias e respeito mútuo, pois o trabalho em conjunto de ambos facilitará a criação de valor.

2.5–A articulação do Balanced Scorecard (BSC) com outros instrumentos de Gestão da Qualidade

O principal objetivo da gestão da qualidade é a implementação da máxima eficácia e eficiência nas organizações. No entanto, elas nem sempre conseguem alcançá-lo. Desta forma, para o alcançarem, necessitam de trabalhar em prol desse objetivo, percorrendo um longo caminho que conta com a utilização de uma ou várias ferramentas estratégicas de qualidade.

O Balanced Scorecard, o modelo de Excelência da *European Foundation for Quality Management* (EFQM) e a *Common Assessment Framework* (CAF) são exemplos de algumas dessas ferramentas. Estas quando são devidamente aplicadas a uma determinada organização conduzem à sua melhoria contínua.

A CAF consiste numa ferramenta que permite às organizações públicas realizarem exercícios de auto avaliação, com o objectivo de melhoria contínua, tendo como principais objectivos: a auto avaliação dos organismos públicos e o diagnóstico dos pontos fortes e fracos da organização (instrumento especialmente produzido para ser aplicado na Administração Pública - AP); a melhoria contínua dos serviços públicos, através da introdução de alterações aos processos que apresentam resultados de avaliação abaixo do pretendido; o reconhecimento, a cada momento, das exigências e expectativas dos cidadãos; e o estabelecimento de elos de ligação entre os vários modelos e metodologias de gestão aplicados nas AP europeias, através da introdução de indicadores comuns que assim permitem a comparação de resultados e o *benchmarking* (partilha de experiências) entre os diversos Estados Membros.

Os critérios de auto-avaliação da qualidade dos serviços públicos propostos na CAF dividem-se em cinco critérios de meios e quatro critérios de resultados. Nos critérios de meios explica-se o modo como a organização desenvolve as suas atividades e contemplam aspetos como a liderança, a política e estratégia, os recursos e parcerias, a gestão dos processos e da mudança. Já os critérios de resultados dizem respeito ao que a organização está ou não a conseguir alcançar relativamente aos cidadãos e clientes externos, aos clientes internos (entendidos como funcionários), ao impacto na sociedade, ao seu desempenho chave (cumprimento da sua missão e objetivos gerais) (Pinto, 2004).

O percurso a percorrer por uma determinada organização para implementar um Sistema de Gestão da Qualidade não é rápido/fácil, muito pelo contrário, é longo e difícil. Neste percurso o primeiro passo corresponde à definição da orientação estratégica, isto é, a definição de uma gestão a longo prazo, na qual são tomadas decisões que visam resultados imediatos.

Em suma, para implementar um bom Sistema de Gestão da Qualidade uma organização tem de percorrer um caminho constituído por diversas etapas, no qual terá ultrapassar pequenos desafios baseado numa ideia de continuidade.

3. AS POTENCIALIDADES DO BALANCED SCORECARD NA IMPLEMENTAÇÃO DE UMA LÓGICA DA QUALIDADE NUMA ORGANIZAÇÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE

3.1 -A Qualidade e o Balanced Scorecard

O Sistema de Gestão da Qualidade e o Balanced Scorecard são instrumentos que trabalham em prol do mesmo objetivo. A utilização de ambos permite a uma organização reunir informações de gestão necessárias para tomar decisões que conduzam à melhoria do desempenho da mesma.

Foram diversas as técnicas de gestão adotadas pelas organizações em prol de obterem melhores resultados, no entanto essas técnicas não englobavam uma perspectiva. Uma organização que implemente um instrumento como o BSC obterá bons resultados no geral. O seu SGQ assegurará uma melhor gestão à organização, isto porque uma ferramenta como o BSC possui requisitos muito rigorosos que possibilitam a medição e controlo dos processos.

Para Hoque (2003) a Gestão da Qualidade Total (TQM) é um conjunto de conceitos e ferramentas de gestão cujo objectivo é envolver os gestores, os empregadores e os empregados de forma a garantir a contínua melhoria de performance (Tuckman, 1994; Boaden, 1997). Para o autor, usando medidas de performance financeiras e não - financeiras, o BSC foca num conjunto de ideias de gestão estratégicas integradas cujo objective é melhorar a performance de uma organização em quatro dimensões: clientes, financeira (accionistas), aprendizagem e crescimento e processos de negócio internos (Kaplan e Norton, 2001). Defende assim que talvez a ideia da TQM e do BSC seja a de sincronizar a estratégia, a visão, as operações e os empregados.

Segundo Hoque (2003) as práticas de TQM foram implementadas pelas empresas com o intuito de garantir a sua sobrevivência ao incluir a qualidade e a melhoria contínua nas suas prioridades estratégicas. Ao usar medidas financeiras e não financeiras o autor conclui através do BSC que a TQM não considera a satisfação dos empregados na sua busca de melhoria contínua, mas o BSC sim. Defende que ao adoptar o BSC uma empresa que adoptou a TQM vai ultrapassar

este ponto e assim aumentar a satisfação dos trabalhadores e conseqüentemente a performance da empresa.

Hoque (2014) providencia uma revisão da literatura acerca do BSC, dado a data do seu vigésimo aniversário desde a implementação do conceito de BSC (1992-2011). Outras revisões da literatura existentes (Langfield-Smith, 2008; Chenhall, 2009; Chenhall e Smith, 2011) providenciam pontos interessantes de relação entre o papel da gestão e os sistemas de medição de performance dentro das organizações, não tomando o BSC como foco como fez Hoque (2014).

3.2 - O Balanced Scorecard

O Balanced Scorecard é uma ferramenta de estratégia organizacional. Esta ferramenta começou a ser criada no início da década de 90 por Robert Kaplan e David Norton. Os dois autores começaram a desenvolver esta ferramenta com o objetivo de substituir os antigos modelos de avaliação de desempenho. Após analisarem os métodos de gestão antigos, estes perceberam que eles já se encontravam ultrapassados e, por conseguinte, esta ferramenta poderia vir a ser muito eficaz no controlo da informação das organizações.

Durante anos as organizações mediram a performance, utilizando essencialmente indicadores financeiros, tais como o lucro, *cash flow*, rentabilidade, rentabilidade do investimento, património imobiliário, *stocks*, e equipamentos, através dos quais avaliavam valores tangíveis (Pinto, 2007). Atualmente, com uma concorrência cada vez mais feroz onde as organizações procuram atingir níveis de competitividade elevados dada a ferocidade da mesma, torna-se crucial a avaliação do desempenho na atividade de gestão. Para Martins (2004) e Russo (2006) a medição do desempenho garante aos decisores a informação necessária para a tomada de decisões, promovendo o desenvolvimento e sucesso futuros da organização.

Perante as alterações ao nível do negócio e nas organizações a nível mundial, os sistemas de avaliação de desempenho baseados quase exclusivamente na informação financeira, tornam-se insuficientes e inadequados. Para além do

mais, os valores que se podem inferir dos indicadores financeiros são estáticos. Não permitem assim decifrar expectativas de evolução futura, sendo apenas possível obter conhecimento do desempenho passado da organização. Ora, isto não permite aferir a continuidade da empresa no médio e longo prazo. Logo, torna-se necessário às organizações incorporar indicadores não financeiros aquando da monitorização da sua performance, permitindo-lhes avaliar valores intangíveis (Russo, 2004). Martins (2004) refere ainda que a análise financeira tradicional baseada em rácios é insuficiente na avaliação do desempenho das organizações, o que se traduz numa necessidade de estabelecer indicadores não financeiros que contribuam para uma melhor tomada de decisão.

Neste contexto, Norton e Kaplan desenvolveram, na década de noventa do século XX, uma nova ferramenta de gestão, integrando indicadores financeiros e não financeiros, como resposta às novas necessidades de gestão multidimensionais, designada de *Balanced Scorecard* (BSC).

Não existe uma única definição do conceito de BSC (Hoque, 2014). Existem várias definições, principalmente porque o BSC é uma ferramenta utilizada em diferentes organizações. Isto é, o facto desta ferramenta ser utilizada em organizações de diversos tipos e ser mesmo moldada à organização em questão, leva a que por vezes, as definições da mesma pareçam contraditórias.

O conceito de BSC, tal como outros conceitos, foi evoluindo ao longo do tempo. Quando surgiu a definição de BSC esta manteve-se relacionada exclusivamente com a questão da avaliação de desempenho, no entanto mais tarde começou a ser associada a um sistema de gestão e planeamento estratégico eficiente.

O principal propósito do BSC é o alinhamento das organizações. Sendo assim, uma organização que utilize esta ferramenta procura que a sua estratégia se encontre em concordância com o uso dos seus recursos humanos e materiais podendo alcançar melhores processos de gestão, investimentos, resultados financeiros e relação com os seus clientes. Em síntese, o BSC baseia-se num

conjunto de medidas que concede aos bons gestores uma rápida e abrangente visão do seu negócio. Pretende apoiar os profissionais que zelam pelo sucesso das organizações.

Académicos anteriores a Kaplan e Norton como Bromwich e Bhimani (1989), Johnson (1988) e McNair et al. (1990) criticaram essas medidas por encorajarem os gestores a focarem-se nos resultados financeiros de curto - prazo enquanto sacrificavam os de longo - prazo. Estes promoveram a ideia de que adicionalmente às medidas financeiras de performance, as medidas não financeiras tais como a entrega a tempo, a redução de custos de processos, a qualidade, o ciclo de tempo e a complexidade do produto poderiam beneficiar as organizações a longo prazo (Chenhall e Langfield-Smith, 2007). A ideia de ligar as medidas à estratégia também não é única ao BSC. McNair et al. (1990) introduziram uma pirâmide de performance onde a visão do balanço estava incorporada nas medidas financeiras e não financeiras da performance.

Existe ainda um conjunto de estudos que verificam a implementação do BSC nas organizações no contexto das reformas públicas, mas que não analisam os interesses próprios das organizações e as suas consequências para os resultados sociais e da organização. Mas implementar estas técnicas no sector público pode ser mais complexo (Hoque, 2003; 2014) do que no sector privado (Hopper e Hoque, 2004). Pouco é assim conhecido acerca das implicações destas reformas para a medição da performance das práticas utilizadas pelos organismos públicos e a investigação poder-se-ia redireccionar para tentar perceber de que forma o BSC poderá melhorar a efetividade deste tipo de organizações.

Tendo o BSC sido originalmente desenvolvido por Kaplan e Norton (1992) para medir a performance usando uma combinação de medidas financeiras e não financeiras, este conceito ressurgiu recentemente como um *template* organizacional para um planeamento estratégico, de execução e de sistema de gestão (Hoque, 2014). As medidas podem ser relacionadas à visão e à estratégia, tal como se identifica na literatura sobre o BSC e podem ainda ser relacionados entre si com base numa série de relações de causa - efeito. Assim, o conceito de

BSC enfatiza a ligação entre a medição e o mapa estratégico que acaba por enaltecer a importância das medidas não financeiras na implementação e avaliação da estratégia (Kaplan e Norton, 2006a; 2006b).

Todavia até ao aparecimento de uma nova ferramenta de inovação, o Balanced Scorecard vai continuar a providenciar às organizações uma valiosa opção enquanto mapa estratégico, um potenciador de implementação de políticas e uma importante ferramenta de controlo organizacional e de contabilidade.

3.3 - Os objetivos do Balanced Scorecard

São cinco os principais objetivos do Balanced Scorecard identificados como:

- A explicação/ esclarecimento da estratégia e da visão de uma organização;
- A criação e a organização de objectivos e indicadores estratégicos;
- A conjugação dos objectivos com os indicadores;
- O alinhamento das decisões estratégicas; e
- O alargamento da apreciação de aprendizagem estratégica.

No que toca ao primeiro objectivo, é necessário ter em conta que a visão e a estratégia de uma organização são o cerne do BSC. Desta forma, é crucial que uma organização possua uma visão e estratégia facilmente perceptíveis por todos. Isto é, tanto a visão como a estratégia de uma organização devem ser precisas e claras de modo a que todos os colaboradores as entendam sem qualquer tipo de dúvidas. Além disso, é necessário que todos estejam de acordo em relação às mesmas. É preciso ter em conta que nem sempre é fácil chegar a um consenso. Por vezes, quanto maior for o número de colaboradores de uma organização mais difícil é chegar a um acordo, uma vez que diversas pessoas podem ter diferentes interesses particulares. Neste caso, para que exista um bom funcionamento na organização, os colaboradores devem exercer um trabalho de equipa, só assim será possível alcançar o sucesso. A estratégia e a visão da organização serão mostradas em primeira instância através de um conjunto de objetivos que se traduzirão em

segunda instância em indicadores estratégicos. Em resumo, o BSC traduz a estratégia em acção.

Tal como foi referido inicialmente, o segundo objetivo traduz-se na criação de objetivos estratégicos para a organização. Estes objetivos permitirão à organização: definir metas de curto prazo para todos os indicadores (financeiros e não financeiros); calcular os resultados que esta ambiciona atingir a longo prazo e definir a forma e os meios para atingir os resultados ambicionados. Os objetivos e indicadores estratégicos também devem ser conhecidos por toda a organização. Quando uma organização decide implementar o BSC é crucial existir diálogo entre a gestão de topo e os diferentes níveis da organização.

Finalmente, o alinhamento das decisões estratégicas pretende mostrar se os objetivos financeiros estipulados pela organização estão a ser conseguidos, assim como se a organização está a alcançar os resultados pretendidos ao nível dos clientes, dos funcionários, dos sistemas, dos processos, da inovação, etc.

O Balanced Scorecard impulsiona a mudança, o que significa que através da opinião recolhida os gestores podem modificar a estratégia de modo a que esta se vá adequando às metas que se pretende atingir.

3.4 -Os princípios básicos do Balanced Scorecard

Esta ferramenta baseia-se em cinco princípios básicos que são os seguintes:

- “Principio número I: Transformar a estratégia em termos operacionais;
- Principio número II: Alinhar a organização com a estratégia;
- Principio número III: Transformar a estratégia numa tarefa quotidiana de todos;
- Principio número IV: Fazer da estratégia um processo contínuo.

- Princípio número I: Mobilizar a mudança através da liderança executiva;”³

No que diz respeito ao primeiro princípio, este relaciona-se com o mapa estratégico. No BSC um mapa estratégico é uma ferramenta crucial. É através dele que conseguimos ver os diversos pontos do BSC de uma organização, numa relação de causa efeito que associa os fins ambicionados aos impulsores correspondentes. É através dos mapas estratégicos que a estratégia de uma determinada organização é apresentada ao seu público-alvo, estes apresentam a mesma de uma forma uniforme e consistente.

Para Kaplan e Norton (1997) o mapa estratégico é útil nas organizações para os seguintes fins: clarificar a estratégia no âmbito executivo; notificar a estratégia aos seus funcionários; ordenar as unidades, departamentos, funções e iniciativas; e focar os processos de gestão.

O Princípio número dois encontra-se associado ao alinhamento da estratégia a todos os sectores de uma determinada organização. Nomeadamente, nas organizações que são compostas por diversos setores distintos, com a implementação do BSC torna-se mais fácil espalhar a estratégia por toda organização, sem exceções.

Relativamente ao terceiro princípio este baseia-se no auxílio da execução da estratégia da organização por parte dos recursos humanos. Neste princípio é dada uma grande importância à comunicação e formação dos colaboradores da organização.

O quarto princípio é aquele que constitui a união entre o ciclo orçamental e o ciclo da estratégia.

³Fonte: LEBREIRO Mariana (2002). “ Os cinco princípios básicos” *Balanced Scorecard*, pp.33-37 Disponível em http://www.peritocontador.com.br/artigos/colaboradores/Balanced_Scorecard.pdf [consultado em 10-03-2014]

Por fim, no último princípio, o princípio número cinco, é importante ter em conta que a partir do momento em que uma organização adopta uma estratégia vai sofrer mudanças internas. Sendo assim, para que essas tais alterações estratégicas causem o menor impacto possível na organização os seus líderes devem fazer uma integração adequada das suas actividades quotidianas. Depois da alteração na organização o foco será a maneira de gerir.

3.5- Os Pilares do Balanced Scorecard

Quando uma organização toma a decisão de implementar o BSC deve começar por definir a sua missão, visão, estratégia e valores. A missão, a visão, a estratégia e os valores são os quatro pilares fundamentais do BSC. Kaplan e Norton citado por (Pinto, 2007) consideram estes conceitos como os verdadeiros pilares de suporte a toda a estrutura subsequente do modelo.

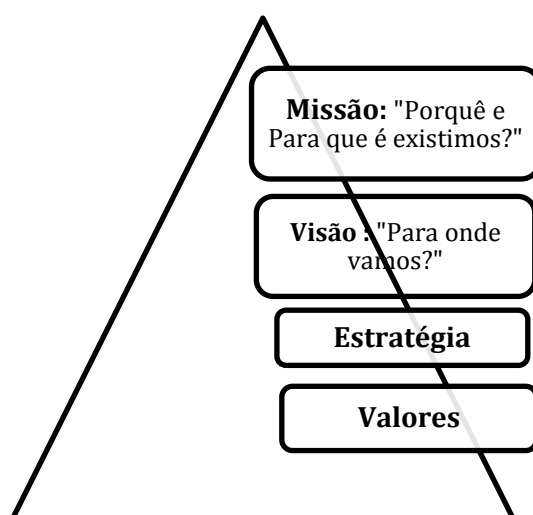


Ilustração 3: Pilares fundamentais do Balanced Scorecard

A missão de uma organização consiste no motivo e no objetivo da sua existência. Esta deverá ser precisa, consistir na razão de ser da organização e ter implícito os objetivos a alcançar. A missão é assim vista como uma declaração escrita, cujo intuito é traduzir as ideias e as orientações globais da empresa, difundir o espírito de equipa por todos os membros, destacar o domínio nas competências centrais mais relevantes para a satisfação dos fatores críticos de

sucesso do negócio e transmitir uma imagem positiva da empresa, interna e externamente (Russo, 2006).

A visão consiste no caminho que a organização pretende seguir no futuro. Esta deverá ser ambiciosa, dirigida para o médio/longo prazo, exacta, verificável e mensurável (ao invés da missão), exequível, incentivadora, inspiradora, apelar a todos os stakeholders e ser consistente com a missão e valores. A visão deve ainda possuir um carácter essencialmente motivador para todos os elementos da organização, sendo através da sua declaração que se inspira os que nela trabalham e que com ela colaboram, pois só assim se consegue alinhar o esforço dos colaboradores, permitindo-lhes alcançar padrões de competência e de excelência profissionais mais elevados (Freire, 2004).

Relativamente à estratégia, é em torno dela que se expõem as demais perspectivas. Ela determina as prioridades para as quais devem ser vocacionados os recursos. Definir uma estratégia é vantajoso para qualquer organização visto que é através da mesma que a análise e a tomada de decisão são aperfeiçoadas e que o pensamento estratégico e as iniciativas de ação são aumentados.

Finalmente, os valores são os pilares em que assenta a organização. Têm que estar interligados com a missão e dar-lhe uma continuidade lógica. Segundo Russo (2006), poder-se-á mesmo dizer que os valores representam crenças profundamente enraizadas, que norteiam todas as ações, comportamentos e convicções dos colaboradores da organização, a nível de questões empresariais, éticas, sociais, entre outras.

3.6 -As perspetivas do Balanced Scorecard

Para percebermos o motivo pelo qual o BSC difere dos antigos modelos de avaliação de desempenho destaca a visão de Sousa e Rodrigues. Para Kaplan e Norton (1992), o BSC é entendido como uma ferramenta completa ao descrever e decompor a visão global e estratégica do desempenho da organização, apoiada segundo uma sequência organizada de quatro perspetivas distintas. Para Sousa e Rodrigues (2002) este modelo, como sistema de avaliação do desempenho, difere

dos restantes apenas pela forma como estão organizados os objetivos e indicadores. Estes aparecem distribuídos em quatro perspetivas que são as seguintes:

- ✓ 1.^a – Perspetiva financeira;
- ✓ 2.^a – Perspetiva dos clientes;
- ✓ 3.^a - Perspetiva dos processos internos; e
- ✓ 4.^a – Perspetiva da aprendizagem e crescimento.

O Balanced Scorecard permite que a organização se avalie através de quatro pontos de vista/perspetivas diferentes. Cada uma destas perspetivas representa a organização sob um ângulo diferente no entanto têm todas as mesmas funções: simplificar, esclarecer e traduzir a estratégia; comunicar, associar e estudar os objetivos; delinear, planear e programar medidas estratégicas; estabelecer e vincular metas a alcançar; e definir e calendarizar iniciativas estratégicas. Todas as perspetivas formam um elo de ligação entre si. Em qualquer uma das perspetivas mencionadas é ainda estabelecido um conjunto coerente de objetivos e indicadores de desempenho, que têm de funcionar de forma integrada (balanceada), identificando relações de causalidade em todas as perspetivas (Pinto, 2007).

Definindo sucintamente cada perspetiva começo por dizer que a perspetiva financeira mostra o ponto de situação da execução da estratégia. Os objetivos financeiros são uma parte muito importante do BSC pois representam a identificação do lucro ou da produção da organização, além de servirem de foco para as restantes perspetivas desta ferramenta. Concretamente são os objetivos financeiros que nos permitem perceber o passado de uma organização mas não o futuro da mesma. É, por esta razão que quando uma organização vai tomar uma decisão ela não deve considerar apenas os aspetos financeiros mas também todos os outros. Se apenas tivermos em conta os aspetos financeiros aquando a tomada de decisão o valor ou a criação de valor da organização a médio e a longo prazo pode ser colocado em causa. A perspetiva financeira está intimamente ligada às expectativas daqueles que investem os seus capitais na organização, motivo pelo qual os seus objetivos são colocados no topo do BSC (Pinto, 2007).

Quanto à segunda perspectiva, tal como o próprio nome nos indica relaciona-se exclusivamente com os clientes de determinada organização. É através desta perspectiva que a organização determina quem serão os clientes a conquistar. É, também, esta perspectiva que mostra à organização as razões pelas quais o cliente vai querer pagar determinado preço por determinado produto ou serviço. Na perspectiva dos clientes, a organização deve identificar previamente quais os segmentos de mercado em que compete e/ou pretende vir a competir, as características e os elementos preferenciais dos clientes aquando da aquisição de um produto e/ou serviço (Russo, 2006). Só depois de conhecer o mercado e os fatores que realmente importam para os clientes é que a organização está em condições de delinear estratégias que lhe permitam captar, satisfazer, fidelizar e reter os clientes actuais, bem como adquirir novos clientes. Para Pinto (2007) a gestão dos clientes torna-se inevitavelmente a dimensão mais importante na definição da estratégia das empresas. O conceito de valor ou proposta de valor é assim, cada vez mais prezado, quer pelas organizações privadas, quer pelas públicas, apesar de não significar o mesmo para todos os indivíduos tal como refere Pinto (2007), pois diferentes tipos de clientes compram diferentes tipos de valor. Segundo Kaplan e Norton (2000) citado por Russo (2006), as empresas podem fornecer valor para os clientes em torno de três propostas de valor: 1) Excelência Operacional (garantir um preço competitivo, produtos de boa qualidade e entrega nos respectivos prazos); 2) Proximidade com o cliente (assegurar uma boa e duradoura relação com os clientes, através de produtos e serviços adequados às necessidades de cada cliente em particular); 3) Liderança no produto (proporcionar produtos e serviços com funcionalidades, características e desempenhos únicos ao nível do mercado).

A perspectiva dos processos internos corresponde à examinação e determinação dos processos produtivos da organização e à determinação e quantificação da prestação dos recursos disponíveis e das capacidades que contribuem para elevar o nível de qualidade do produto ou serviço final. No BSC são criados indicadores de desempenho em todas as etapas da cadeia de valor da organização, ao contrário dos modelos tradicionais de avaliação do desempenho.

São utilizadas com frequência algumas medidas para avaliar o desempenho em cada um destes processos, destacando-se o processo de inovação (percentagem de vendas referentes a novos produtos, tempo de desenvolvimento de novos produtos, quantidade de novos produtos introduzidos no mercado face à concorrência, percentagem de produtos novos sem defeito e inteiramente satisfatórios, duração do ciclo e valor dos custos), o processo de operações (níveis de qualidade, confiança, características diferenciadoras dos seus produtos, tempo do ciclo e valor dos custos) e o serviço pós-venda (prazo de resolução de reclamações, custos/recursos após venda, volume de crédito) (Russo, 2006; Pinto, 2007).

Por fim, a perspetiva da aprendizagem e crescimento procura identificar os objetivos e indicadores que são responsáveis por orientar o crescimento organizacional. Segundo Pinto (2007) esta perspetiva procura identificar um conjunto de valores intangíveis, que podem ser agrupados em três grandes áreas, capital humano (competências), capital informação (sistemas de informação, redes) e capital organizacional (aptidão da organização realizar o processo de gestão da mudança). Com este intuito as empresas devem incidir para concretizar os objetivos estabelecidos nas restantes perspetivas. É nesta fase que o papel dos gestores revela-se de extrema importância, pois são estes que devem apurar quais os investimentos imprescindíveis a realizar quer em recursos humanos, quer em tecnologias de informação e procedimentos para assegurar o crescimento e desenvolvimento a longo prazo da organização. Logo, a perspetiva de aprendizagem e crescimento encontra-se posicionada na base do BSC, e estabelece relações causa efeito cruciais com as demais perspetivas (Pinto, 2007), sendo vista como o pilar de todas as outras.

3.7 -Os objetivos estratégicos e os indicadores de desempenho

Cada uma das quatro perspetivas desdobra-se em objetivos estratégicos a atingir. Estes objetivos são definidos com base na visão e na estratégia da organização e podem ser considerados como o caminho a seguir. Por sua vez, estes

objetivos irão ser monitorizados através de indicadores de desempenho específicos. O facto de existir esta “escala”, ou seja, da perspetiva resultarem objetivos e dos objetivos resultarem indicadores permite que exista um balanceamento correto entre os fatores internos e externos.

Neste âmbito, os indicadores internos correspondem à perspetiva dos processos e da aprendizagem e crescimento e os indicadores externos são relativos à perspetiva financeira e dos clientes. No entanto, além desta distinção é ainda importante referir que não existe apenas um género de indicadores, existem vários (indicadores de actividade, indicadores de resultados, indicadores indutores, indicadores de inputs, indicadores de outputs). São estes mesmos indicadores que vão avaliar os objetivos.

Não existe um padrão de indicadores iguais para todas as organizações, os indicadores variam de organização para organização, pois são definidos consoante as características da mesma. No entanto, a maioria dos autores defende que das quatro perspetivas devem resultar entre 20 e 25 indicadores.

Em resumo, os indicadores consistem num plano para a realização da estratégia da organização. Assim, podemos dizer que é fundamental que eles consigam responder a três questões que são as seguintes: O que medir? Porque medir? Como medir?

Todos os indicadores devem formar uma cadeia de causa-efeito, ou seja os indicadores da mesma perspetiva devem-se relacionar entre si mas também se devem relacionar com os indicadores das outras perspetivas. Qualquer indicador deverá ter a sua respetiva quantificação através dos objetivos traçados e da correspondente periodicidade, esta periodicidade pode incluir objetivos a curto ou a longo prazo.

Jordan et al. (2002), citado por Russo (2006), enumeram um conjunto de características próprias do BSC, que demonstram a sua orientação para a estratégia: 1) “A ligação dos indicadores de desempenho à estratégia; 2) O proporcionar aos gestores uma visão alargada e integrada do desempenho; 3) A

ligação do controlo operacional à visão e estratégia; 4) A clarificação das relações de causa - efeito; 5) A focalização dos gestores nos aspectos mais críticos”.

Todavia, o modelo permite uma avaliação constante das ações dos membros da organização e do contributo das mesmas para a efetiva concretização dos objetivos estratégicos, fazendo do BSC, um poderoso instrumento de melhoria e aprendizagem contínua. Para garantir coerência e ligação entre iniciativas operacionais e objetivos estratégicos, os fundadores do modelo defendem o recurso a quatro processos de gestão estratégica derivados do BSC (Russo, 2006): 1) Clarificação e tradução da visão e estratégia (Clarificar a visão; Construir consensos); 2) Comunicação e alinhamento estratégico (Comunicar e formar; Fixar objetivos; Relacionar recompensas com a medição no desempenho); 3) Planeamento e afectação dos recursos (Fixar metas; Alinhar iniciativas estratégicas; Estabelecer prazos); 4) Feedback e aprendizagem estratégica (Articular a visão partilhada; Fornecer o feedback estratégico; Facilitar a aprendizagem; Rever a estratégia).

3.8 -As fragilidades e potencialidades do Balanced Scorecard no geral

É muito comum que as organizações cometam alguns erros aquando a adaptação ou aplicação do BSC. Segundo Kaplan e Norton (2000), Mercer (1999) e Schneiderman (1999) os mais comuns e relevantes são os seguintes:

- A formulação de uma visão e estratégia difíceis de colocar em acção. Para evitar que tal aconteça é importante ter em consideração que a visão de uma organização deve ser clara, isto é fácil de perceber e de colocar em prática por todos os colaboradores da organização. É crucial que os colaboradores trabalhem em conjunto pois é impensável que cada colaborador faça a sua própria interpretação da visão e da estratégia da organização.

- A criação de estratégias que não se relacionam com departamentos, equipas, objetivos individuais da organização e com a afectação de recursos a curto e a longo prazo. Normalmente, isto acontece quando os objetivos dos

colaboradores de uma determinada organização encontram-se desalinhados com os objetivos globais da mesma.

- A formação de uma opinião tática em vez de estratégica. A falta de opinião sobre a forma como a estratégia está a ser executada faz com que a própria organização não consiga entender as vantagens que a mesma está a trazer para a organização. Cometer este erro é comum na maioria das organizações, uma vez que grande parte dos sistemas de gestão só concedem elementos para avaliar as acções a curto prazo, acabando por dar uma maior relevância aos indicadores financeiros e à comparação de resultados decorrentes dos orçamentos criados.

Nos últimos anos, o BSC foi uma das ferramentas que ganhou mais popularidade. E, conseqüentemente, começou a ser cada vez mais utilizada, pelas mais variadas razões, nomeadamente, pelo efeito dos académicos de Harvard e dos seus prosseguidores e pelo êxito causado em organizações multinacionais que não se encontravam em situações favoráveis. Desta forma, são vários os autores que destacam os benefícios da sua implementação. Passo a descrever alguns:

- O BSC direcciona todos os colaboradores de uma determinada organização a seguirem o mesmo rumo;

- Facilita a visão dos colaboradores sobre como podem ajudar para que a organização obtenha sucesso;

- Tem como objectivo mudar a organização de modo a que ela alcance os resultados ambicionados, funciona, portanto, como processo de mudança;

- Possibilita uma aprendizagem da organização ao nível do topo;

- A ampliação dos indicadores financeiros que utiliza a contabilidade convencional com outra informação financeira e não financeira do tipo quantitativo e qualitativo;

- O fato de existir harmonia e moderação entre os indicadores financeiros e não financeiros. A utilização de indicadores não financeiros leva à melhoria do desempenho empresarial e dos resultados;

- O principal fim é a satisfação dos clientes;

- Sintetizar quatro perspectivas diferentes do desempenho da organização, num único e resumido documento. O BSC agrupa um pequeno conjunto de indicadores num documento único e conciso (Oda e Marques, 2008).

Apesar disto, o modelo criado por Kaplan e Norton, também, sofreu muitas críticas negativas. Como por exemplo, o facto de ser uma ferramenta que envolve um grande investimento, tanto ao nível monetário, como ao nível temporal e os resultados incertos e muitas vezes inquantificáveis.

Muitos autores criticam a aplicação do BSC, reconhecendo nesta ferramenta várias fragilidades e insuficiências, e propõem a adoção de outros modelos com o mesmo objetivo de medir o desempenho global da organização e orientá-la a longo prazo. Os conceitos mais referidos são o *Tableau de Bord* e o *Performance Prism*.

Norreklit (2000) (citado por Russo, 2006) apresenta algumas críticas ao modelo, nomeadamente o facto das relações de causa-efeito não estarem isentas de erros nem de ambiguidades, não refletirem a dimensão temporal; não preverem a monitorização das actividades da concorrência nem do desenvolvimento tecnológico; não assegurarem o enraizamento no ambiente ou na organização; e não terem em consideração os imprevistos e as incertezas estratégicas que podem ameaçar ou mesmo invalidar a execução da estratégia da organização. Também Nelly (2002) (referenciado em Russo, 2006) refere que as principais fraquezas do BSC são o considerar somente a imagem da empresa aos olhos do cliente (quando o fundamental é aquilo que os clientes pensam desta em comparação com a concorrência) e o não contemplar referências aos fornecedores.

3.9 - As potencialidades e dificuldades da aplicação de uma lógica de qualidade a partir de um Balanced Scorecard na área da Saúde

A área da saúde é uma área concorrencial, exigente e que tem vindo a sofrer mudanças contínuas em grande parte devido à conjuntura económica do país. A crise económica vivida atualmente em Portugal tem registado elevados casos de desemprego e logicamente que este aumento do desemprego implica a redução do consumo. Esta redução do consumo revê-se em parte nas dificuldades financeiras por parte da população no acesso ao setor privado de saúde. Desta forma, é importante que este recorra a estratégias para alterar a situação.

Muitas vezes, as organizações privadas do setor da saúde focam-se demasiado na implementação de inovações e esquecem-se de outros aspectos que também são essenciais para o seu sucesso. Em suma, na maioria das vezes estas acabam por não serem acessíveis a todos os cidadãos, nem trabalham de maneira eficiente e eficaz. Sendo assim, para inverter esta situação e para atingirem a excelência na qualidade dos seus serviços, estas começaram a olhar para a necessidade de apostar na aplicação de uma ferramenta de gestão, particularmente no BSC. Contudo, segundo Pink e al. (2003) nesta área o BSC ainda se encontra em fase de expansão. Em conclusão, a aplicação de um BSC em organizações que operam no setor privado da saúde tem como principal objetivo responder às exigências da gestão empresarial melhorando o desempenho das organizações, pois o BSC vem originar uma mudança na forma em como a organização vê a estratégia.

No ponto anterior foram expostas as potencialidades e fragilidades do instrumento BSC, no geral. Contudo, uma vez que o presente relatório de estágio se traduz na aplicação de um BSC a uma organização que opera na prestação de cuidados de saúde, neste ponto irei expor as potencialidades e fragilidades da aplicação desta ferramenta especificamente na área da saúde.

Os Sistemas de Saúde encontram obstáculos significativos na realização dos seus objetivos: Dificuldades em criar uma efetiva adequação estratégica; Dificuldades na integração de duas culturas organizacionais distintas. Segundo

Inamdar e Kaplan (2002) existem sete benefícios potenciais do BSC para o Sector da Saúde: 1) O processo de desenvolvimento do BSC força a esclarecer e a obter consensos sobre a estratégia; 2) Aumenta a credibilidade dos Órgãos de Gestão; 3) As perspectivas do BSC fornecem aos gestores um quadro de referência para a tomada de melhores decisões; 4) Estabelece os princípios e processos fundamentais para a implementação da estratégia; 5) Relaciona a estratégia com a alocação de recursos; 6) Desenvolve um sistema de medição e reporte de informação para avaliar o progresso e o sucesso da estratégia; 7) Induz melhoria e processos de aprendizagem contínuos. Assim, os autores concluem que o BSC como ferramenta de implementação da estratégia e gestão da performance, pode ser aplicado com sucesso no setor da saúde, permitindo às Organizações melhorar a satisfação dos clientes, o posicionamento no mercado e os resultados financeiros.

Inamdar e Kaplan (2002) realizaram um estudo no universo de nove Instituições do sector da Saúde que tinham introduzido como nova ferramenta de implementação da estratégia de negócio o *Balanced Scorecard*. Das nove Instituições analisadas, oito eram sistemas integrados de saúde. A adoção do BSC nestas organizações foi, essencialmente, motivada pela necessidade de responder proactivamente às pressões financeiras, ao aumento da competitividade e à consolidação regional da indústria que são pressões típicas de um sistema verticalizado de saúde. Os autores constataram que as nove Organizações distribuíram os indicadores pelas quatro perspectivas de uma forma consistente com o normalmente utilizado no setor privado: Financeira (23%); Clientes (33%); Processos Internos (27%) e Aprendizagem e Crescimento (17%).

Figueras et al. (2004) evidenciaram a importância de se exercer uma política de saúde que vise reduzir a procura de cuidados através da prevenção da doença e promoção da saúde já que populações doentes requerem mais cuidados de saúde e por conseguinte mais encargos. Também Porter e Teisberg (2005) realçam a importância deste tipo de política ao afirmar que o ciclo de cuidados também inclui a avaliação do risco de doença e medidas para prevenir a sua ocorrência ou progressão e que, geralmente, melhor saúde é menos caro que a doença.

Para Ferreira (2010) as Unidades de Saúde têm sido lentas na implementação e desenvolvimento de mecanismos de avaliação de desempenho e produtividade. Segundo o autor, os principais problemas que as inibem de fazerem maiores progressos neste domínio são a cultura, a organização e as práticas de gestão incompatíveis com as questões da competitividade tal como evidenciado por Walker e Dunn (2006). Os últimos até defendem que medir o desempenho dá aos prestadores de cuidados de saúde maior controlo sobre os seus serviços, sendo que estes indicadores procuram responder às questões: Os objetivos dos Serviços são adequados? Os Serviços estão a atingir os seus objetivos? Os Serviços estão a atingir padrões desejados em termos de qualidade, eficácia, acesso e eficiência?

Grud e Gao (2008) também estudaram a aplicação do BSC no sector da saúde. Eles concluem que a sua implementação ainda se encontra numa fase evolutiva e que a estratégia de mapeamento ainda não é consensual. Todavia, neste setor, o BSC encontra-se mais diversificado do que nas outras indústrias, mas as aplicações atuais não tendem a colocar a saúde dos utentes como um fator central no desenvolvimento do BSC. Podemos argumentar que a balança inclina-se mais para a perspectiva financeira e não para os resultados em saúde. Apesar dos autores não subestimarem as outras perspetivas, eles entendem que, especialmente para os Governos e Organizações sem fins lucrativos, as necessidades dos utentes devem ser mais centrais no BSC.

Mais recentemente encontra-se uma vasta literatura que aplica o BSC na análise ao setor da saúde. Lin et al. (2014) investigam o estado corrente da aplicação do BSC e o seu impacto na performance dos hospitais da China. Ao aplicar regressões eles descobrem que a aplicação BSC contribui para a melhoria da organização e da performance pessoal e que o efeito aumenta com o nível de extensão da aplicação do BSC. Concluem ainda que o impacto positivo da aplicação do BSC na performance dos hospitais é afetado por fatores operacionais de escala, pela qualidade tecnológica e pela compreensão dos recursos de equipamento dos hospitais.

O BSC evoluiu de uma avaliação de um sistema de performance estratégica para uma técnica efectiva de transformação estratégica e de implementação tendo-se tornado bastante popular nas práticas de gestão (Lin et al, 2014). De acordo com alguns estudos mais de 80% das 1000 maiores organizações no Mundo adotaram o BSC e esta expandiu-se a ainda mais países nos últimos anos (Ayvaz e Pehlivanl, 2011; Chenhall, 2005; Grafton et al., 2010; Hall, 2008; Malina et al., 2007; Morard et al., 2013). Mas para além do Mundo de negócios tradicional o BSC também tem sido adotado com sucesso por organizações governamentais não lucrativas, de saúde, na educação e por instituições de caridade nos últimos anos, apesar de terem sido implementadas alterações necessárias aquando da sua aplicação às mesmas (Bouland et al., 2011; Chan & Ho, 2010; Koumpouros, 2013).

Resultados empíricos sobre a aplicabilidade do BSC em termos de benefícios são mistos pois alguns destes estudos questionam os efeitos reais do BSC na performance empresarial (Banker et al., 2004; Norreklit, 2000), apesar de os benefícios do BSC terem sido amplamente concetualizados por vários dos seus defensores (Atkinson et al., 1997; Burney e Swanson, 2010; Humphreys e Trotman, 2011).

Muitos estudos confirmam a aplicabilidade positiva do BSC em termos de performance organizacional (melhorias de eficiência e eficácia organizacional), como por exemplo Hoque e James (2000) que encontram uma relação positiva entre a aplicação do BSC e a performance da empresa através de um questionário aplicado a 66 empresas de manufactura na Austrália, sendo os resultados ainda melhores no caso de empresas grandes ou com grande potencial de crescimento.

Kaplan e Norton (2001) argumentam explicitamente que o BSC pode ser aplicado a organizações não lucrativas apesar de terem de ser feitas algumas modificações para as suas perspetivas de medição e de indicadores de performance. Assim, no caso de organizações não lucrativas o objetivo final não é resultados financeiros mas atingir a sua missão e impacto social. Deste modo, tanto as perspetivas financeiras como de clientes são importantes por afectarem diretamente a performance deste tipo de organizações (Kaplan e Norton, 2008).

Mas as aplicações do BSC são similares para negócios e este tipo de organizações pois também é uma versão aceite por outros autores como Chabg (2007) e Holmes et al. (2006).

O caso de sucesso do hospital pediátrico *Duck* nos EUA é reportado por Kaplan e Norton (2001) dado que a aplicação do BSC melhorou significativamente a sua eficiência operacional e efectividade. Outros estudos documentam as contribuições do BSC para a performance hospitalar noutros países, Chan e Ho (2010), Koumpouros (2013) e Walker e Dunn (2006). Já Ittner et al. (2003) argumentam que o sucesso e os benefícios do BSC dependem da forma como o mesmo é aplicado. Assim, o BSC é uma ferramenta de gestão inovadora e um sistema de gestão integrativa que cria alinhamento estratégico para outras funções da gestão (Kaplan e Wisner, 2009).

Percebe-se ser fundamental que os esforços realizados academicamente na área de avaliação de desempenho possam ser aplicados na realidade do sector hospitalar (Mannion e Goddard, 2002). Neste tipo de sector deparamo-nos com uma realidade na qual ainda que existam sistemas de controlo e qualidade aplicados em hospitais, continuam a existir carências de técnicas e conhecimentos ao nível da administração que têm implicações em termos de organizações de saúde. Segundo Ybañez et al. (2006) existem serviços prestados com problemas de qualidade e desempenho e a gestão deste tipo de organizações é frequentemente pressionada para a redução e controlo de recursos escassos atendendo às condições sociodemográficas de um país, que também demonstram maior tendência ao uso do sistema nacional de saúde (impactos sociais muito mais importantes).

Por isso, é importante estabelecer modelos e ferramentas com aplicação à administração e que auxiliem na gestão e controlo deste tipo de organizações. Kazandjian e Lied (1999) ressaltam que é importante haver cuidado nesse processo de replicação de modelos industriais de desempenho e eficiência às organizações de saúde, tal como já ocorreu com diversas aplicações do BSC para hospitais e serviços de saúde (Pink et al., 2001; Inamdar et al., 2002; Kollberg e Elg,

2011; Kunz e Schaaf, 2011; Grigoroudis et al., 2012). Ainda que muitos académicos e profissionais já tenham utilizado essa transposição, na grande maioria das vezes, sem as devidas adaptações, isso não pode ser considerado uma proposta definitiva para as organizações de saúde. As perspectivas preconizadas pelo BSC não representam com fidedignidade todas as dimensões de análises relevantes para as organizações de saúde contemporâneas que existem (Schiesari e Malik, 2006). Nesse sentido, deve-se ter aplicabilidade de modelos às organizações de saúde. É importante estabelecer modelos de avaliação de desempenho e eficiência contendo também especificidades que atendam aos diferentes tipos de organizações de saúde, como é o caso dos hospitais (objecto do presente estudo).

Após, a literatura consultada neste âmbito é possível concluir que a implementação deste instrumento nas organizações de saúde tem demonstrado até ao momento resultados positivos. Primeiro de tudo, gostaria de referir que o setor da saúde difere dos outros, na medida em podemos identificar dois factores que não são reconhecidos nos outros setores. Estes são a autonomia profissional e a importância dos resultados a longo prazo.

Não é fácil aplicar um BSC nesta área, pois surgem diversas dificuldades. Nomeadamente, neste sector grande parte das pessoas tem uma ideia errada da definição de BSC. Ou seja, elas associam esta ferramenta à avaliação de desempenho e não à gestão estratégica como deveria de ser. Na maioria das vezes as organizações acabam por não dar quase importância à análise estratégica nem à sua evolução. Isto normalmente restringe muito as potencialidades da sua utilização. Nesta área surgem, muitas vezes, dificuldades em definir indicadores e estabelecer metas para os mesmos e em determinar quais os indicadores mais importantes (pois existe uma grande inclinação a dar mais relevância aos indicadores de produtividade do que aos restantes). Nas organizações de saúde com fins lucrativos existe muito a tendência em dar mais atenção à perspectiva financeira. Durante muitos anos as organizações deste género avaliaram o seu desempenho unicamente através de indicadores financeiros, como por exemplo o lucro, a rentabilidade, entre outros. Actualmente ainda existe alguma dificuldade por parte das organizações em abandonar esta ideia de que só os indicadores

financeiros é que contribuem para o sucesso de uma organização. Desta forma, é importante que a organização entenda que o BSC é uma ferramenta que gestão estratégica composta por quatro perspectivas que funcionam de modo equilibrado e que quantificam o desempenho da organização através de indicadores.

Outra das questões que dificulta a implementação do BSC na área da saúde é a diversidade dos SH. Neste tipo de organizações existe uma grande variedade de SH (utentes, colaboradores, médicos, seguradoras, ...). Diferentes SH possuem diferentes características, isto implica que a tomada de decisões por parte dos gestores nem sempre seja fácil.

Por fim, o BSC é uma ferramenta que exige muito esforço e dedicação, pois necessita frequentemente de ser revista. Note-se que as necessidades das organizações vão-se alterando, algumas dificuldades vão sendo colmatadas, outras vão surgindo, desta forma é importante que se vá trabalhando sempre em torno desta ferramenta, para que não corramos o risco de que ela caía no esquecimento.

Apesar de todos estes problemas, a aplicação de um BSC na área da saúde, também, tem as suas potencialidades. Por exemplo, este permite uma visão mais abrangente da organização. Tal como foi dito anteriormente, algumas organizações preocupam-se exclusivamente com os seus aspectos financeiros. O BSC permite que a organização tenha uma visão que engloba tanto os aspectos em que ela já tem um bom desempenho como aqueles que ainda poderá vir a melhorar. Note-se que o BSC é composto por quatro diferentes perspetivas que funcionam de forma equilibrada, sendo assim processos e colaboradores passam a ser tão importantes quanto o sector financeiro da organização.

O BSC possibilita o alinhamento da organização em torno de uma estratégia com maior enfoque na perspetiva dos clientes (utentes). O principal objetivo deste tipo de organizações é a prestação de cuidados de saúde com qualidade, assim com aplicação desta ferramenta a organização passa a ter um maior cuidado em responder às expectativas dos utentes para que estes fiquem satisfeitos. Em conclusão, os principais benefícios da implementação de um BSC na área da saúde

focam-se essencialmente na estratégia. A aplicação desta ferramenta permite uma análise contínua da estratégia e a realização de adaptações consoante as mudanças no mercado.

Apesar de uma das dificuldades da implementação do BSC nesta área focar-se na variedade de Stakeholders, a implementação desta ferramenta permite um conhecimento dos Stakeholders internos. O BSC concede à organização mecanismos de colaboração, comunicação e distribuí responsabilidades por todos os níveis da organização. Isto possibilita à organização um melhor conhecimento dos seus colaboradores internos, assim como possibilita que estes se conheçam melhor uns aos outros, o que poderá contribuir para o melhoramento do trabalho de equipa.

Este instrumento conduz à melhoria de processos e aprendizagem contínua. Passa a existir uma maior preocupação da organização com os seus colaboradores, nomeadamente, no que diz respeito á criação de condições que permitam o crescimento pessoal dos mesmos.

Em conclusão, independentemente da área em que se encontrar inserido, o BSC apresenta-se como um instrumento de controlo pelo qual a organização se deve reger para atingir os seus principais fins.

4. O ESTÁGIO CURRICULAR NO CMM

4.1 – Descrição do caso

O CMM é uma clínica médica privada. O CMM nasceu no dia 25 de Março do ano de 2006, devido à separação de dois elementos de uma clínica atualmente concorrente, com o objectivo de ser referência em todas as suas áreas de atividade, mas principalmente em MFR, na sua zona de influência directa.

Inicialmente, o CMM começou a laborar num edifício na Zona Industrial da Murtosa. No entanto, o número dos seus utentes começou a aumentar e em Janeiro de 2011, a clínica deslocou-se para novas instalações. Estas instalações, situadas na Rua Rui do Vouga, no concelho da Murtosa, foram construídas para o efeito e, por conseguinte, têm ótimas condições para o desenvolvimento da sua atividade e excelentes hipóteses de expansão.

Outro dos objetivos desta clínica médica é expandir os seus serviços para outras áreas geográficas, sendo que já começou a trabalhar nesse sentido. No ano de 2011 iniciou um programa de aquisições que já se encontrava programado há algum tempo. Assim, actualmente, a empresa mãe do CMM já vê os seus serviços representados no distrito de Santarém, de Leiria e de Viseu.

As principais actividades do CMM são as seguintes: serviços médicos, paramédicos ou cirúrgicos, tratamentos ambulatoriais, serviços de saúde, particularmente consultas de clínica geral, traumatologia, medicina física e de reabilitação, balneoterapia, ginástica de manutenção e reabilitação, musculação e fisioterapia.

4.2 – Programa e actividades desenvolvidas

Nível	Atividade a Desenvolver	Sub-Atividade
1	Conhecer a organização, os métodos, as implementações, os pontos fracos, os pontos fortes, as ameaças e a equipa	
2.1	2-O Sistema de Gestão da Qualidade	Rever o que já está implementado, o que está por implementar, as novas ideias, as não conformidades e as oportunidades de melhoria
2.2		Revisão do Manual da Qualidade
2.3		Implementação do Manual da Qualidade junto da equipa
3	Arquivo físico	Rever a codificação do arquivo em papel e normalizar com o arquivo informático
4	Gestão Administrativa	Lidar com o cliente
5	Gestão de Recursos Humanos	Interacção com o sistema operacional e de suporte
		Lidar com as reclamações e os agradecimentos
6	Relatório Final de Estágio	

Ilustração 4: Plano de Atividades do Estágio

Nos primeiros dias de estágio, o meu orientador no CMM fez questão de me dar a conhecer a sua organização e equipa. Mostrou-me as instalações, apresentou-me a todos os colaboradores e facultou-me alguns documentos de apresentação do grupo CMM. Assim, após conversas informais com alguns dos colaboradores da organização e depois da leitura desses documentos, elaborei um Diagrama de Gantt com o plano de estágio a ser desenvolvido (ilustração 4). Este plano foi analisado e, posteriormente, aprovado pelo meu orientador de estágio na organização. Este concordou que o mesmo se enquadrava nas principais necessidades do CMM. Ao longo deste estágio, acabei por não seguir “à risca” a ordem deste plano, visto que algumas atividades revelaram-se de carácter mais urgente que outras, de modo a facilitar o trabalho de todos na organização.

Desta forma, iniciei o meu trabalho no nível 3 que correspondia ao arquivo físico. Logo nos primeiros dias percebi que o arquivo do CMM se encontrava desorganizado, o que dificultava imenso o trabalho dos colaboradores da clínica.

Sendo assim, era necessário que fosse devidamente organizado, para que tanto os próprios colaboradores como eu (uma vez que necessitava de consultar alguns desses documentos para realizar o meu trabalho diário) localizássemos facilmente os mesmos. Assim, perderíamos menos tempo a procurá-los e realizaríamos o nosso trabalho de forma mais rápida, eficaz e eficiente. O meu trabalho passou por fazer uma seleção dos documentos já existentes no arquivo (verificar se eram relevantes ou não) e organizá-los por processos. Além disso, todos os dossiês passaram a ser de cor semelhante, a possuir uma lombada identificativa (com o logótipo da organização, a sigla do processo e o seu nome e durabilidade), um índice (para que ao abrirmos o dossiê fosse mais fácil detectar se o documento que precisamos se encontra lá) e a estar numerados (para que fosse mais simples colocá-los por ordem alfabética, sem correr o risco de lhes trocar a ordem). No caso do CMM, além do arquivo físico existe um arquivo de processos de sinistrados, que possui cerca de 9280 processos. É difícil definir ao certo este número, uma vez que todos os dias chegam ao CMM novos sinistrados. Também procedi à organização deste arquivo. Esta tarefa ocupou uma grande parte do meu estágio por três razões que foram as seguintes: o facto de a organização possuir um grande volume documental, um elevado número de processos e o conselho do meu orientador de estágio na organização para estudar o método de KAIZEN. Segundo, o mesmo com o conhecimento deste método poderia obter um maior sucesso tanto nesta tarefa como nas próximas.

Já com o conhecimento e estudo de alguns documentos que até então desconhecia devido à desorganização do arquivo físico, realizei um relatório, com base em dados internos, sobre o CMM. Esta tarefa tinha um duplo objetivo: avaliar o meu nível de conhecimento sobre a organização e dar a conhecer de forma simplificada e explícita a mesma, mostrando que a longo prazo esta pretende atingir um nível de excelência cada vez maior. Os principais assuntos abordados nesse relatório foram: a caracterização física do CMM, a sua estrutura organizacional, os serviços que disponibiliza e presta, a tabela de preços para particulares, a percentagem dos médicos vs clínica, os seus acordos, os seus colaboradores, os estágios e as atividades promove. Em suma, o mesmo consistiu

numa análise mais ou menos aprofundada do CMM e na divulgação de propostas e conclusões resultantes dessa análise.

Depois disto, comecei a trabalhar em prol do Sistema de Gestão da Qualidade, nomeadamente no que já estava implementado e no que estava por implementar, nas novas ideias, nas não conformidades e nas oportunidades de melhoria. Este foi um dos maiores desafios do meu estágio, visto que já existiam cerca de cem documentos que tinham sido criados pela organização no âmbito do SGQ, incluindo o Manual da Qualidade. Todos estes documentos tiveram de ser novamente analisados pois já tinham sido criados pela organização há muito tempo e, por conseguinte, encontravam-se descontextualizados/desatualizados. O aumento do volume de trabalho, em grande parte devido ao aumento dos utentes na área da MFR, levou a que a questão da Gestão da Qualidade fosse colocada de parte. Desta forma, primeiro li e analisei os documentos já existentes e depois procedi à sua respetiva reformulação/atualização. Ainda neste âmbito, defini o mesmo formato para todos estes documentos, estabeleci que o seu suporte seria o disco do computador e que estariam disponíveis aos utilizadores em pasta informática criada para o efeito com o nome "*Documentos do SGQ*" e que sempre que o conteúdo dessa pasta fosse alterado por qualquer motivo (alterações, remoções, criações, etc.) os utilizadores da mesma devem ser informados via correio electrónico. Para controlo de todos estes documentos foi criado um índice por processo. Esta revisão passou também pela reformulação da missão, visão, valores, objetivos e política da qualidade, que já tinham sido formuladas pela organização mas acabaram por cair no esquecimento. E, pela construção de uma análise SWOT e uma análise dos Stakeholders (SH) da organização, uma vez eram instrumentos que ainda não existiam. Por fim, dediquei-me à construção de uma proposta de um novo balanced scorecard.

Nos tempos mortos, experienciei a área da GA, particularmente, o contato telefónico e presencial com os utentes e o contacto com o programa informático da organização. Para a realização da primeira tarefa contei com o auxílio da direção do CMM que me facultou um documento interno com instruções para boas práticas de atendimento, que revelou ser bastante útil. Conte igualmente com a preciosa

ajuda das administrativas do CMM, que com base na sua experiência, explicaram - me como funcionava a marcação de consultas, a realização de registos, a facturação dos utentes e aconselharam-me no sentido de atender, apoiar e encaminhar um utente com qualidade.

Por fim, dediquei algum tempo à área dos RH. Nesta área, elaborei uma análise das reclamações e sugestões existentes no CMM. Assim, registei 5 reclamações externas, 2 reclamações internas/não conformidades, 15 agradecimentos e 37 sugestões. No entanto, essas reclamações e sugestões são datadas de 2011, portanto, bastante antigas. Neste sentido foi colocado na secretaria da organização, à disposição de todos os utentes, formulários actualizados de sugestões e reclamações e uma caixinha para os utentes os colocarem depois de os preencherem.

4.3 – Análise crítica do Estado de Implementação de Políticas da Qualidade

A implementação de políticas da qualidade não era um assunto totalmente desconhecido para o CMM, visto que este já tinha começado a trabalhar nesse sentido.

Por exemplo, quando comecei a trabalhar em torno SGQ na organização percebi que a mesma já tinha definido cinco importantes áreas funcionais. Estas áreas são as seguintes: o Apoio Geral e Logístico - AGL; a Medicina Especializada – ME; a Enfermagem – ENF; a Medicina Física e de Reabilitação - MFR e os Meios Complementares e do Diagnóstico – MCD.

O AGL corresponde à coordenação de atividades inerentes à Gestão da Qualidade, à Gestão Comercial, Marketing e Acordos – GCMA, à Gestão de Compras e Fornecedores – GCF, à Gestão de Recursos Humanos – GRH, à GA e à Gestão de Higiene, Saúde e Segurança – GHS. A ME diz respeito à prevenção e cura de doenças humanas em sistema ambulatorio num contexto médico. A ENF engloba o planeamento, aprovisionamento, realização e monitorização do acto de enfermagem e o apoio às actividades de ME. A MFR ocupa-se do diagnóstico e terapêutica de diferentes entidades tais como patologias traumáticas, do sistema

nervoso central e periférico, ortotraumatologia, cardio-respiratória, reumatologia, vascular periférica, pediátrica, entre outras. E, finalmente, os MCD consistem no Raio X, Eco grafia, Audiograma, Espirometria, entre outros.

Além disto, o CMM possuía, um sistema documental no âmbito da Gestão da Qualidade que se encontrava dividido em quatro níveis hierárquicos: o nível estratégico, o nível tático, o nível operacional e o nível das evidências objectivas. O nível estratégico incorpora os documentos da organização (organogramas, matriz e descrição de funções), o manual e a política da qualidade e a missão, visão e valores. O nível tático inclui a matriz dos processos e os procedimentos, o nível operacional corresponde às instruções de trabalho e os planos de inspeção e, finalmente, o nível das evidências estratégicas diz respeito aos modelos/registos. No total este sistema documental é composto por mais de cem documentos distribuídos pelas cinco áreas funcionais.

No entanto, o sistema documental em questão deveria ser revisto frequentemente pois tanto são colmados alguns problemas como vão surgindo novas necessidades na organização. Contudo, desde que foi criado, no ano de 2011, nunca mais foi revisto, alterado ou implementado. Assim, desde o ano 2011 que não são criados, alterados ou eliminados documentos neste âmbito. Inclusive no manual da qualidade criado pela organização nesse mesmo ano contava que o Sistema de Gestão da Qualidade no CMM apenas se aplicava à área da Medicina Física e de Reabilitação. Logicamente, que nos encontramos perante uma contradição, pois foram definidas pela organização cinco áreas mas a organização foi-se focando apenas numa única área, deixando as restantes (AGP, ENF, MDC e ME) esquecidas.

Ainda neste âmbito, a organização já tinha definido uma política da qualidade, todavia nunca estabeleceu orientações para a sua aplicação. O mesmo se verificou em relação à missão, visão e valores. Estas já tinham sido criadas pelos membros da direcção da organização, porém nunca comunicados aos restantes colaboradores. Além disto, a organização já possuía um questionário de avaliação da satisfação dos utentes, mas este nunca chegou a ser aplicado.

Perante todos estes percebi que embora o CMM já tivesse iniciado um percurso na área de Gestão da Qualidade, foi acabando por deixar esta área de parte. Todos estes elementos existentes nestes âmbitos encontravam-se de certa forma desatualizados e descontextualizados. E ainda faltava à organização aplicar muitos dos outros requisitos da implementação de uma lógica de qualidade. Por exemplo, ainda não tinha sido feita uma análise SWOT, nem uma análise de Stakeholders na mesma. Na recta final do meu estágio, foi-me comunicado pelo meu orientador de estágio que a organização já possuía um BSC. No entanto, segundo o mesmo, este também se encontrava descontextualizado/ desatualizado e nunca tinha sido aplicado à organização.

Em conclusão, o meu trabalho durante o estágio passou essencialmente por reunir as condições necessárias para que posteriormente fosse possível a implementação de uma boa lógica da qualidade. Neste sentido, melhorei alguns dos elementos já existentes neste âmbito, como por exemplo, a missão, a visão e os valores. E formulei os outros elementos que faltavam, nomeadamente, a análise SWOT, a análise dos STAKEHOLDERS e a proposta do BSC em si.

4.4 – Áreas de Intervenção Prioritária

O CMM mantém uma grande preocupação com a área de MFR (embora esta contenha também algumas falhas), uma vez que 65% do seu volume de negócios provém da mesma, através de utentes que recorrem a estes serviços pelo Sistema Nacional de Saúde – SNS ou pela ADSE. No entanto, é importante não esquecer que a organização é composta por mais quatro áreas funcionais. Sendo que, para prestar um serviço de qualidade o CMM não se pode focar apenas numa área.

Desta forma, actualmente uma das áreas de intervenção prioritária na organização é, sem dúvida, o Apoio Geral e Logístico. Um dos objectivos do meu trabalho realizado durante o estágio curricular no CMM foi tentar colmatar algumas das falhas existentes nesta área. Apesar disso, ainda se continuam a verificar na organização as seguintes carências: dificuldades na utilização/domínio das ferramentas Word; dificuldades na faturação, por exemplo existem processos sem facturar, com um mês de atraso, devido à falta de tempo; um sistema

documental muito pesado, o que origina tanto a demora a consultar informação como a perda da mesma; falhas no agendamento; resistências à utilização de ferramentas informáticas, algumas seções mantêm registos manuais e não utilizam o *backoffice*, o que implica a perda de muito tempo e gastos com papel/impressões; ausência de formação em certas áreas, como por exemplo, as dúvidas das auxiliares de MFR sobre anatomia, o que origina interrupções no trabalho, pois é perdido algum tempo por parte dos fisioterapeutas em explicações.

Neste sentido é importante que a organização se dedique a esta área de modo a que possa aumentar o rigor no controle de gestão, otimizar o agendamento de serviços, reduzir os registos manuais, reduzir o tempo de emissão de facturas, etc.

Além, necessidades verificadas na área do AGL, outras das áreas em que se verificam algumas carências, é a área da ENF. Na área da ENF curativa verifica-se alguma desarrumação/desorganização. Desta forma, seria importante elucidar os colaboradores que trabalham directamente nesta área para manter os seus postos de trabalho sempre arrumados e prontos para a atividade. Assim, haveria um aumento de qualidade nos tratamentos de enfermagem.

Em suma, neste ponto, apenas, é feita uma pequena introdução às carências verificadas no CMM, visto que posteriormente, nos pontos fracos da análise SWOT, realizada sobre o mesmo, este assunto aparecerá explicado com maior rigor

5. APRESENTAÇÃO DE UMA PROPOSTA DE BALANCED SCORECARD PARA O CENTRO MÉDICO DA MURTOSA

5.1 – Metodologia de aplicação do BSC ao CMM

Indo ao encontro do que foi dito na introdução do presente relatório, um dos principais objetivos resultantes deste estágio curricular era a criação e apresentação de um modelo de BSC a ser implementado futuramente no Centro Médico da Murtosa.

O objeto de estudo deste relatório acontece a partir do interior, uma vez que a investigadora conhece e vive a situação no seu trabalho diário. Em suma, o meu estudo baseou-se numa análise qualitativa. A análise qualitativa refere-se ao conjunto de técnicas de investigação, como por exemplo a observação participante e as entrevistas livres (entrevistas livres são conversas espontâneas).

Durante o estágio desempenhei o papel tanto de observadora como de observada, o que teve uma vantagem e uma desvantagem. Quanto à vantagem prendeu-se no facto de possibilitar um fácil acesso à informação necessária para o estudo em questão. Por outro lado, a desvantagem passou pela perda de alguma objetividade.

Para a concretização do objetivo inicialmente referido foi utilizado o estudo de caso. Neste estudo foi utilizado o método de recolha de dados como documentos institucionais, entrevistas, conversas informais e observação do tipo “participação observação” (técnica não documental de observação participante). A observação participante acontece quando os elementos de um determinado grupo decidem aproveitar o facto de estarem inseridos nesse grupo para o estudarem.

Foram também efetuadas conversas informais com os órgãos de gestão da organização com o objetivo de recolher a sua opinião sobre a estratégia que se pretendia promover na organização.

5.2 – Missão, Visão e Valores

O capítulo cinco do presente trabalho corresponde à apresentação de uma proposta de BSC no CMM. Começamos assim por expor a missão, a visão e os valores da organização.

Note-se, tal como já tinha sido referido anteriormente, o Centro Médico da Murtosa já possuía um documento onde estavam definidas a sua missão, visão e valores. No entanto, este documento encontrava-se desligado de uma orientação estratégica clara apoiada na utilização de outros instrumentos específicos, como por exemplo, a análise SWOT e análise dos Stakeholders (que ainda não existiam). Sendo assim, optei por reformular o documento. Neste sentido, o meu trabalho passou, em primeiro lugar, por atualizar a missão, a visão e os valores, interligando-os com os restantes instrumentos estratégicos.

Missão Antiga: “ Prestar cuidados de saúde de qualidade a todos os níveis”

Missão Atual: “O Centro Médico da Murtosa (CMM) tem como missão prestar cuidados de saúde de qualidade em todas as especialidades, mas particularmente na especialidade de Medicina Física e de Reabilitação, a todos os seus sinistrados (independentemente da sua faixa etária) de modo a melhorar a sua qualidade de vida.”

Após a exposição anterior, é possível concluir que a antiga missão do CMM era curta e pouco precisa. Esta falava apenas em prestar cuidados de saúde de qualidade a todos os níveis. Ou seja, apresentava-se de um modo muito geral, não especificando qual era objectivo concreto do CMM em prestar esses cuidados de saúde a todos os níveis, nem a quem é que estes cuidados deveriam de ser prestados.

Visão Antiga: “Ser reconhecido como especialista em Medicina Física e de Reabilitação.”

Visão Atual: “A visão do CMM assenta em ser nacionalmente reconhecido como especialista em Medicina Física e de Reabilitação, além de atingir o estatuto de

referência a outros níveis na nossa Região através da prestação de serviços de alta qualidade”

O mesmo aconteceu com a visão, a visão antiga do CMM também era curta e pouco precisa.

Valores:

- ✓ Perseverança – exercer a actividade com o máximo de cuidado necessário;
- ✓ Excelência – ser a melhor organização;
- ✓ Optimização – melhoria contínua da organização;
- ✓ Profissionalismo – no desempenho das suas funções com consciência e responsabilidade;
- ✓ Honestidade e Transparência – na execução da actividade;
- ✓ Confidencialidade – relativamente a dados e informações que são confiados no desenvolvimento da actividade

5.3 -Análise SWOT

Segundo Daychoum (2008) a análise SWOT surgiu nas décadas de 60 e 70 através de Albert Humphrey, que na altura estava a desenvolver um projecto de pesquisa na Universidade de Standford. A análise SWOT é uma ferramenta simples e fulcral de análise para organizações que pretendam criar um planeamento estratégico. A simplicidade deste instrumento é tão notória que o mesmo pode ser usado na análise de qualquer tipo de panorama.

A sigla SWOT corresponde às iniciais das palavras inglesas Strengths (Pontos Fortes), Weaknesses (Pontos Fracos), Opportunities (Oportunidades) e Threats (Ameaças). Desta forma, a análise SWOT segmenta-se em duas análises que se completam entre si: a análise externa e a análise interna.

A análise externa corresponde à análise das oportunidades versus ameaças da organização. Sendo que as oportunidades dizem respeito a aspectos externos positivos que podem potenciar a vantagem competitiva da empresa. E as ameaças correspondem aos aspectos externos negativos que podem por em risco a

vantagem competitiva da organização. A análise interna enquadra a análise das forças versus fraquezas da organização. Sendo que as forças correspondem às vantagens internas da organização em relação às organizações concorrentes. E as fraquezas são as desvantagens internas da organização em relação às concorrentes.

Em suma, a análise SWOT passa contudo por perceber as interações entre estas duas dimensões, isto se as forças podem ser potenciadas por oportunidades ou as fraquezas potenciadas por ameaças.

Factores Internos da Organização	Favorável	Desfavorável
	Pontes Fortes	Pontos Fracos
	Bom posicionamento geográfico/Boa acessibilidade	Reduzida interação entre Médico e Técnico
	Boas condições de funcionamento (instalações e equipamentos)	Reduzido número de cabines em relação ao elevado n.º de utentes
	Multiplicidade de especialidades médicas, de meios diagnósticos e terapêuticos	Défice de formação nos colaboradores (ao nível do office, atendimento, auxiliares de acção médica, etc.)
	Variedade de Profissionais/Profissionais de Qualidade	Ausência de orientação de Marketing e recursos próprios
	Acordos com entidades estatais, nomeadamente c/ a ARS	Alguma resistência à mudança por parte dos colaboradores
	Multiplicidade de acordos com seguradoras	
	Estrutura de recursos humanos com elevado n.º de fisioterapeutas	
Bom relacionamento entre sócios		
Factores Externos à Organização	Oportunidades	Ameaças
	Eliminação/aglutinação de pequenos estabelecimentos de saúde	Aumento da concorrência por parte do Sector Social (Misericórdias) e do Sector Social
	Falta de condições dos pequenos estabelecimentos de saúde públicos mais próximos	Dificuldades financeiras da população (redução do poder de compra)
		Atrasos/Dificuldades nos recebimentos de várias entidades convencionadas/ acordos
	Aumento das exigências de mercado para o exercício das atividades no sector de saúde	Alargamento do âmbito geográfico do grupo BES Saúde-Cliria
	Possibilidade de obtenção (aquisição/parceria) de outras convenções para CMM	Alargamento do âmbito geográfico Clínica de Pardelhas
		Apoio domiciliário realizado pela Clínica de Pardelhas/Parceria da mesma com a Santa Casa da Misericórdia
	Aumentar o grau de parceria na Medicina de trabalho (Centro Clínico de Medicina no Trabalho)	
Aumento das taxas moderadoras	Entrada de Grandes Grupos Económicos no Subsector através de aquisições	

Ilustração 5: Quadro SWOT do CMM

Após a visualização do quadro SWOT anteriormente apresentado é possível concluir que o CMM é caracterizado por oito principais pontos fortes. Em primeiro lugar, **o seu bom posicionamento geográfico e a boa acessibilidade**. O Centro Médico da Murtosa localiza-se no Concelho da Murtosa que é composto por quatro freguesias que são as seguintes: Murtosa, Monte, Bunheiro e Torreira. Segundo dados retirados dos Censos 2011, estas quatro freguesias possuem um total de 10585 habitantes. Sendo que a freguesia que tem mais habitantes é a freguesia da Murtosa (3699), precisamente onde se situa o CMM. É, ainda importante referir, que na freguesia da Murtosa existem 1098 pessoas com 65 anos ou mais (isto é cerca de 30 % da população da freguesia). Faço esta referência porque esta é uma faixa etária que cada vez mais necessita de cuidados de saúde continuados. Para além disto, o concelho da Murtosa situa-se entre as cidades de Estarreja e Ovar. Para estas duas cidades vizinhas, a Murtosa é um concelho de fácil acesso devido às boas vias existentes.

Em segundo lugar, **as suas boas condições de funcionamento (instalações e equipamentos)**. Embora o CMM tivesse sido fundado em 2006, mudou-se em 2011 para as novas instalações. Mais propriamente para um edifício cujo projeto foi desenvolvido exclusivamente para as atividades a que o mesmo se dedica. São instalações com excelentes condições para o desenvolvimento da sua atividade e com ótimas potencialidades de expansão. Em suma, o CMM abrange uma área total de 645 m² com o principal objetivo de servir com toda a dedicação os seus utentes. Este é constituído por nove consultórios devidamente equipados para as respetivas especialidades médicas, sendo que cinco consultórios são individuais e dois são mistos, (note-se que cada um dos consultórios mistos representa dois consultórios); uma sala de enfermagem; um ginásio para a MFR com doze cabines (sendo que cada cabine é constituída por uma cama e um plasma); uma sala de espera; uma receção; quatro casas de banho (uma para homens, outra para mulheres, outra para deficientes e outra para os funcionários que se situa dentro dos seus balneários); uma sala de refeitório para os

funcionários; uma lavandaria; arquivo, arrumações e escritório no primeiro andar e lugar de estacionamento.

Em terceiro lugar, **a sua multiplicidade de especialidades médicas, de meios diagnósticos e terapêuticas.** Atualmente, no CMM são realizadas consultas de 27 especialidades médicas e 8 exames. As especialidades do CMM são: Cardiologia, Cirurgia Vascular, Clínica Geral, Dermatologia, Endocrinologia, Enfermagem, Fisioterapia, Fisiatria, Ginecologia-Obstetrícia, Imunoalergologia, Medicina Dentária, Medicina Desportiva, Medicina no trabalho, Nutrição, Neurologia, Oftalmologia, Ortopedia, Otorrinolaringologia, Podologia, Psicologia, Pediatria, Pneumologia, Psiquiatria, Reumatologia, Terapia da Fala e Urologia. Os exames que são realizados no CMM são análises clínicas, audiogramas, ecografias, eletroneuromiografias, eletrocardiografia, espirometria, radiologia e radiologia dentária. Através da anterior enumeração podemos verificar que o Centro Médico da Murtosa já conta com um grande diversidade de serviços.

Em quarto lugar, **a sua variedade de profissionais / profissionais de qualidade.** Nas especialidades médicas com mais procura não existe apenas um profissional para a realização das consultas mas 2 ou 3. Por exemplo, no caso da especialidade de Fisiatria o CMM conta com 5 fisiatras, assim como no caso da especialidade de ortopedia o CMM conta com 2 ortopedistas. O mesmo se repete em outras especialidades. Isto permite que o cliente tenha opção de escolha.

O Centro Médico da Murtosa conta com bons profissionais ao nível de todas as especialidades. A título de exemplo, uma das fisiatras é chefe do serviço de MFR do Centro Hospitalar do Baixo Vouga. Um dos ortopedistas é Presidente da Sociedade Portuguesa da Cirurgia da Mão e Coordenador do Observatório de Antroplastias da Direção Geral de Saúde. E o outro foi um dos fundadores da Secção de Tumores da Sociedade Portuguesa de Orto-Traumatologia.

Quanto à Medicina Física e de Reabilitação como existem muitos doentes o CMM conta com 6 Fisioterapeutas com especialidades em ramos diferentes. Isto permite que os doentes sejam seguidos pelo Fisioterapeuta que tenha a formação

mais adequada ao seu problema. Por exemplo, existem no CMM fisioterapeutas especializados em fisioterapia desportiva, em fisioterapia neurológica Pediátrica, em Cinesiterapia Respiratória e más formações congénitas, entre outras.

Em quinto lugar, **os acordos que possui com as entidades estatais, nomeadamente com a ARS.** A nível de acordos com entidades estatais o CMM possui acordo com a ADSE e dentro da estrutura do mesmo existe uma empresa, a Jorge Manuel dos Santos Fontes, Lda., que possui acordo com a Administração Regional de Saúde - ARS. Neste caso, a ARS responsável é a ARS do Centro. O acordo com a ARS é vantajoso para o Centro Medico da Murtosa, uma vez que além da ARS abranger a maior parte dos funcionários do Estado, no concelho da Murtosa esta é a única clínica com este tipo de acordo.

Em sexto lugar, **a multiplicidade de acordos que possuí com seguradoras.** Um cliente que possua um seguro de saúde tem a vantagem de recorrer a uma clínica que “trabalhe” com esse mesmo seguro e pagar preços inferiores aos habitualmente praticados no sector privado. Por esta razão o CMM possui uma multiplicidade de acordos com as seguradoras. E, neste sentido encontra-se em vantagem face a algumas das organizações concorrentes, como por exemplo a Clínica de Pardelhas e a Fisioestarreja, pois possui um maior número de acordos que elas. Tal como já referi anteriormente, o CMM possui 2 acordos com 2 entidades estatais (ADSE e ARS) e 39 acordos de seguros de saúde e subsistemas privados⁴. Enquanto, por exemplo, a Clínica de Pardelhas apenas possui 27 seguros e acordos de saúde e não possuí acordo com a ARS. Possuir tantos acordos é vantajoso para este estabelecimento, pois significa que as pessoas não terão que se deslocar a outras clínicas pelo motivo do mesmo não trabalhar com o seguro de saúde ao qual estão filiadas.

⁴ Açoreana/Sabseg; Advancecare; Alico; Anjos da Noite (saúde +); Axa Companhia de seguros; BES Seguros; Serviços Sociais Caixa Geral de Depósitos; Credisaúde; CCMT; CTT Correios; DBL Laboratório; Ecco- Salva – Medical Services, Lda.; Generali Companhia de Seguros; Groupama Seguros; InterPartnerAssistance; Logo; Lusitânia/Mutuamar; Medis; Medicare; MondialAssistance; Multicare; MGEN; Rede Nacional de Assistência SerVimed – RNA; Planicare; Planuscard; PT ACS; Popular Seguros; Sabclin; SAMS Quadros; SAMS SIB; Saúde +; Saúde Prime; Saúde Global; ServiAide; Serviço Médico Permante; Rural Seguros; Tranquilidade; Victoria Seguros; Zurich Seguros).

Em sétimo lugar, **a sua estrutura de recursos humanos com elevado número de fisioterapeutas.** Pela Medicina Física e de Reabilitação do Centro Médico da Murtosa passam mais de duzentos doentes por dia. Estes cerca de duzentos doentes são distribuídos por seis Fisioterapeutas que contam com a ajuda de duas auxiliares de ação médica. O fato de apenas existirem duas auxiliares de ação Médica no CMM pode trazer vantagem para o mesmo, uma vez que reduz a exposição dos utentes aos auxiliares e, logicamente, aumenta a exposição dos mesmos aos fisioterapeutas.

E, finalmente, **o bom relacionamento entre os sócios.** O facto de os sócios possuírem um bom relacionamento é vantajoso em qualquer circunstância para a empresa. Quanto melhor a convivência entre os sócios mais fácil é aproveitar as potencialidades da empresa e diminuir conflitos. O Centro Médico da Murtosa é uma empresa de sociedade por quotas. Todos os seus sócios têm um bom relacionamento o que é vantajoso para a empresa em si e acaba por constituir um exemplo e motivar os próprios funcionários.

No que toca aos pontos fracos da organização foram seleccionados cinco. **A reduzida interação entre Médico e Técnico.** Antes de o doente iniciar o tratamento de fisioterapia tem que ser avaliado numa consulta de fisioterapia. Será o fisiatra que prescreverá o tratamento que o fisioterapeuta realizará posteriormente com o doente. Sendo assim, uma vez que é o fisiatra que determina qual o tratamento que o doente deve seguir mas é o fisioterapeuta que o vai realizar e acompanhar posteriormente é necessário que exista alguma interação entre os mesmos. No CMM verifica-se que essa interação é muito reduzida mas que seria, sem dúvida, proveitosa. Através da interação entre o médico fisiatra e o técnico fisioterapeuta, poderá existir uma troca de impressões sobre os doentes, que poderão ser tratados com mais qualidade, o que contribuirá para uma maior satisfação dos mesmos. Esta conclusão foi retirada através da minha observação diária e através de conversas informais que mantive com alguns utentes enquanto estes se encontravam na sala de espera. Nesses diálogos, os mesmos referiram que algumas vezes era dada ordem por parte do fisiatra para continuar o tratamento, mas que os fisioterapeutas unicamente eram informados pela secretaria. Ou seja, o

fisiatra deixava a ordem na secretaria para marcar mais sessões para esses utentes, visto que essa era a função da mesma. Desta forma consegui perceber, que eram poucas as trocas de impressões entre os fisioterapeutas e os fisiatras acerca do tratamento dos utentes, o que poderia ser prejudicial aos mesmos. Se houvesse um trabalho de equipa mais frequente e estruturado entre médicos e técnicos os utentes poderiam usufruir de tratamentos mais proveitosos.

A falta de condições de privacidade no tratamento de fisioterapia. Como já foi referido anteriormente, pela Medicina Física e de Reabilitação do Centro Médico da Murtosa passam mais de duzentos doentes por dia. No entanto, cheguei à conclusão que existe um reduzido número de cabines em relação ao elevado número de utentes. No sector da MFR apenas existem doze cabines. Isto significa que muitos dos doentes não podem usufruir do conforto/privacidade da cabine enquanto se encontram no tratamento/massagem final com o fisioterapeuta. Muito pelo contrário têm de se sujeitar a realizar o mesmo na sala de preparação, que é comum a todos os utentes. A título de exemplo, observei que grande parte das vezes, como as cabines se encontram todas ocupadas, era pedido às utentes do sexo feminino que necessitavam, por exemplo, de fazer tratamento aos ombros que trouxessem tops desportivos de modo a que a massagem pudesse ser realizada de forma exposta, isto é, na sala de preparação, onde ao mesmo tempo existiam imensos utentes a realizar os exercícios iniciais (colocação do gelo na zona afetada, a utilização de diversos aparelhos, entre outros).

O défice de formação nos colaboradores (ao nível do office, atendimento, auxiliares de ação médica, etc.). É importante que exista uma formação contínua dos profissionais para que as suas competências evoluam cada vez mais. Numa área como a saúde é necessário conhecer bem o ambiente profissional. Por exemplo, no caso das auxiliares de ação médica é importante apostar na sua formação para que possam dar apoio de qualidade aos profissionais de saúde numa altura em que cada vez mais se fala da humanização dos cuidados. Tal como introduzi no ponto 4.4, as auxiliares de MRF possuem diversas carências ao nível das suas competências profissionais. A maioria possui dúvidas sobre anatomia. Estas dúvidas acabam por ser prejudiciais para todos, uma vez que originam

frequentes interrupções na realização do seu trabalho e consequentes atrasos no tratamento dos utentes. Muitas vezes estas interrompem o seu trabalho para questionar os fisioterapeutas sobre as essas dúvidas, sendo que estes acabam também por perder algum tempo em explicações. Visto que as auxiliares de MFR têm como principal função auxiliar os fisioterapeutas ao nível do tratamento dos utentes, sendo que estão encarregues de preparar os utentes para que posteriormente possam ser tratados pelo fisioterapeuta, seria importante que tivessem formação neste âmbito com o objetivo de desempenharem as suas funções com mais qualidade. Ao nível dos défices de formação deparei-me, igualmente, através da observação diária, com a existência de outras carências como por exemplo dificuldades por parte administrativas no manuseamento de programas informáticos, nomeadamente ao nível das ferramentas do *office*, como o Excel e o Word. As administrativas do CMM apresentam bastantes dificuldades em trabalhar com o Excel. Estas não conseguem criar tabelas, nem sabem operar com as fórmulas do mesmo. Em relação ao Word também senti alguma dificuldade por parte delas. Estas apenas sabiam fazer o básico, isto é escrever. Desta forma, enquanto estive a estagiar chamavam-me muitas vezes para as ajudar neste sentido. Eu tentava sempre auxiliá-las em questões como por exemplo as formatações dos documentos, entre outras. Além disto verifiquei muitas carências ao nível da organização do arquivo. Apesar do excesso de trabalho não lhes reservar grande tempo para essa função, percebi que elas eram um pouco desleixadas nesse sentido, sendo que não tinham qualquer método ou estratégia de organização. Por fim, percebi as fragilidades em relação ao manuseamento dos programas informáticos não se encontravam unicamente presentes nas administrativas mas também nos médicos. A maior parte deles continua a fazer os registos em papel devido ao facto de não saber trabalhar com o Word.

A ausência de orientação de Marketing e recursos próprios. O Marketing é um instrumento de auxílio no recrutamento e conservação de clientes. É a ciência e a arte de conquistar, manter clientes e desenvolver relacionamentos lucrativos com eles. Os profissionais de saúde ainda utilizam pouco o marketing. No caso do CMM é possível detetar algumas lacunas nesta área. No meu ponto de vista, este

deve apostar mais no marketing operacional, incluindo no “merchandising”. É importante que o CMM se preocupe em adotar estratégias para obter uma maior visibilidade. Como o meio em que o CMM se encontra inserido é um meio pequeno, grande parte dos utentes que procuram os serviços do CMM apenas tem conhecimento do mesmo por referência de outros utentes. Desta forma, penso que seria importante que esta organização apostasse noutra tipo de estratégias para divulgar os seus serviços, de modo a que conseguisse chegar a todo o seu público-alvo (crianças, adolescentes, adultos, idosos, desportistas, etc.), sem excepção. Neste sentido, ainda existe pouca divulgação via internet da organização. Já existe um *site* e um *facebook* da mesma, no entanto estes encontram-se completamente desatualizados, pois não existe ninguém na organização encarregue do gerenciamento destas ferramentas. No *facebook* do CMM não é feita qualquer tipo de publicação desde o mês de Fevereiro do presente ano e o *site* encontra-se há imenso tempo incompleto. Por exemplo, no *site* da organização existe um sistema de marcações online, no entanto desde que o site foi criado o sistema nunca foi ativado. Isto pode induzir em erro as pessoas que consultem o *site*, pois podem achar que estão a fazer uma marcação correta, sem saber ter o conhecimento que o sistema não se encontra a funcionar e por isso não haverá retorno por parte da organização. Em suma, podem adquirir uma imagem errada da organização, pensado que esta não se interessou pelo seu caso. Além desta lacuna, existem outras no *site*, como por exemplo, no campo das especialidades só estão referidos alguns dos profissionais que trabalham no CMM. Ainda existe muita falta de informação no *site*. Em suma, era importante que o CMM investisse nestas questões, a internet lhe pode trazer alguma visibilidade. As falhas neste âmbito não ficam por aqui, na minha opinião o CMM, devia de apostar mais na divulgação de alguns dos seus serviços através, por exemplo, da distribuição de cartazes ou panfletos. Por exemplo, o CMM possui rastreios auditivos grátis, no entanto são poucas as pessoas que têm conhecimento deste serviço, apenas tem conhecimento quem se desloca á organização, uma vez que apenas existe um cartaz fixado internamente.

Alguma resistência à mudança por parte dos colaboradores. Atualmente, o Centro Médico da Murtosa, procura evoluir de dia para dia, daí apostar na implementação de um sistema de gestão da qualidade. No entanto os seus colaboradores criaram uma rotina de trabalho. Estão habituados a trabalhar de determinada maneira e por vezes é difícil habituarem-se às mudanças. Para tornar o processo da mudança mais claro e confiável é importante que exista uma comunicação eficiente entre a empresa e os seus colaboradores diante de todos os aspetos da mudança. Neste âmbito podemos selecionar uma situação prática no que diz respeito aos médicos. No CMM, os médicos demonstram alguma resistência à mudança. Hoje em dia, o CMM já possui um programa informático no qual é possível os médicos realizarem e guardarem todos os seus registos sobre os seus pacientes, assim como, podem passar receitas médicas através dele. No entanto, a maior deles ainda continua a realizar estas tarefas à mão, uma vez que afirmam que não se conseguem adaptar a estas novas tecnologias. Sendo assim, torna-se difícil eliminar os registos em papel no CMM. Outra situação verificada neste âmbito reveste-se na organização de algum material dos armários. Durante o meu estágio uma das minhas funções foi organizar alguns dos armários que continham material a ser utilizado no sector da ENF. Desta forma, com a ajuda de um enfermeiro realizei inventários para os mesmos e nesses inventários foram identificados todos os materiais existentes nos respetivos armários, inclusive foi descrita a quantidade em que existiam e o sítio em que se encontravam. Contudo, cada vez que alguém ia ao armário buscar material não seguia a lógica da estruturação/organização do mesmo, nem dava baixa do material retirado, embora lhes tivessem sido explicadas essas questões.

Relativamente, às oportunidades foram selecionadas seis. **A eliminação/aglutinação de pequenos estabelecimentos de saúde.** Principalmente no sector público foram encerrados alguns serviços ou unidades de saúde por várias razões: construções em mau estado, falta de recursos humanos, muito tempo de deslocação dos doentes até ao hospital e, sem dúvida, a racionalização de custos. Quanto ao sector privado devido à crise que estamos a atravessar nem todos os estabelecimentos de saúde acabam por conseguir

sobreviver. No entanto, uma vez que um dos objetivos do Centro Médico da Murtosa é a criação de uma rede no mínimo com um estabelecimento por distrito isto pode ser visto como uma oportunidade para o mesmo. Passo a explicar, se o hospital público de determinado distrito tiver fechado por qualquer uma das razões mencionadas anteriormente e se esse mesmo distrito possuir uma clínica privada deste género, certamente que algumas pessoas irão preferir deslocar-se a essa clínica, em vez de terem de percorrer mais km para chegar até ao hospital público mais próximo. Até porque hoje em dia, a maior parte dos utentes já paga uma taxa considerável nos hospitais públicos, e se o hospital for longe, temos de ter em conta que os mesmos irão ter gastos com a deslocação. Neste contexto, atualmente muitas pessoas optam por se deslocar aos estabelecimentos privados pois os gastos são pouco superiores ou até menores em relação à deslocação aos hospitais públicos. Além disso, devemos ter igualmente em conta que normalmente o tempo de espera num hospital público, costuma ser muito mais elevado que numa clínica privada. E muitas pessoas não se importam de pagar para serem atendidas o mais rápido possível.

A falta de condições dos pequenos estabelecimentos de saúde públicos mais próximos. Ao nível do Sector Público diretamente no concelho da Murtosa existe o Centro de Saúde da Murtosa que tem associado a Extensão de Saúde do Bunheiro, a Extensão de Saúde da Torreira e a Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados Murtosa I. Na cidade “vizinha”, a cidade de Estarreja existe o Centro de Saúde de Estarreja que tem associadas seis extensões de saúde, a Extensão de Saúde de Avanca, a Extensão de Saúde de Canelas, a Extensão de Saúde Fermelã, a Extensão de Saúde Pardilhó e a Extensão de Saúde Veiros e a Unidade de Saúde Familiar Terras do Antuã. Alguns destes pequenos estabelecimentos de saúde não possuem as condições necessárias para atenderem os seus utentes com a devida qualidade. Por exemplo, grande parte não possui condições de acesso para utentes com condições especiais. Alguns não possuem estacionamento. A nível de horários os horários de atendimento são em certos casos bastante reduzidos e, por fim alguns laboram em instalações com poucas condições. Em comparação com os estabelecimentos referidos o CMM possui excelentes condições para o

desenvolvimento da sua atividade pois como já foi dito anteriormente este labora num edifício cujo projeto foi desenvolvido exclusivamente para as atividades a que o mesmo se dedica. As instalações em que o CMM labora são praticamente novas e proporcionam a maioria das condições de conforto e acessibilidade aos seus utentes, incluindo utentes com mobilidade reduzida. Estas estão preparadas com rampas, corredores largos onde as macas e as cadeiras de rodas podem circular livremente, casas de banho para deficientes, balneários adequados para os seus colaboradores, sistema de ar condicionado, bastantes lugares de estacionamento, entre outros. Esta organização possui também alguma flexibilidade de horários, todos os dias o CMM abre as portas as 7h30m e fecha por volta das 21h, sendo que também se encontra a trabalhar ao sábado. Desta forma, penso que é importante que esta organização continue a apostar no conforto dos seus utentes, de modo que se possa reforçar ainda mais a sua distinção relativamente às organizações concorrentes mais próximas.

O aumento das exigências de mercado para o exercício das atividades no setor da saúde. No sector privado o modelo de licenciamento de estabelecimentos de saúde assegura que existam os requisitos necessários de modo a que se verifique qualidade dos serviços prestados. Sendo assim, são necessários requisitos técnicos e de qualidade exigentes no cumprimento do exercício das atividades clínicas privadas. O mercado da saúde é um mercado bastante exigente e que procura a excelência da qualidade dos serviços. Quanto maiores forem as exigências de mercado para o exercício de atividades no sector da saúde mais difícil será criar e manter um estabelecimento de saúde. Isto pode ser visto como um incentivo, uma vez que num mercado tão exigente e competitivo qualquer clínica, inclusive, neste caso específico, o Centro Médico da Murtosa quer prestar serviços com a maior qualidade possível para deste modo satisfazer e angariar cada vez mais clientes. Neste âmbito é preciso ter em conta que o CMM possui vantagens que os outros estabelecimentos concorrentes no concelho da Murtosa não possuem. Primeiro que tudo, possui excelentes instalações. Como já foi referido várias vezes ao longo desta análise, o CMM labora num edifício em que as instalações foram construídas para o efeito, cumprindo todos os requisitos

presentes na lei. Segundo, distingue-se também pela sua multiplicidade de especialidades. No concelho da Murtosa o CMM é atualmente a organização privada com um maior número de especialidades médicas. E terceiro possui um grande leque de acordos com diversas seguradoras, o que atrai inúmeros utentes.

A possibilidade de obtenção (aquisição/parceria) de outras convenções para o CMM. Embora, esta organização já possua um grande leque de acordos, nomeadamente 2 acordos estatais e 39 acordos com seguros e subsistemas de saúde, pode vir a obter/adquirir novas convenções, uma vez que reúne todas as condições necessárias para o fazer. Isto pode ser visto como uma oportunidade porque permite que um determinado grupo de doentes tenha acesso aos serviços da clínica, podendo assim usufruir de condições vantajosas a diversos cuidados de saúde de elevada qualidade.

O aumento do grau de parceria na Medicina do Trabalho (Centro Clínico de Medicina no Trabalho). O trabalho desempenha um papel fulcral na vida das pessoas uma vez que elas passam pelo menos oito horas do seu dia no local de trabalho. Os ambientes laborais devem ser seguros e saudáveis. Questões de segurança e saúde devem ser identificadas em todos os locais de trabalho. A saúde e a segurança no trabalho englobam o bem-estar social mental e físico dos trabalhadores. Atualmente, o CMM já possui algumas parcerias, no âmbito da Medicina do Trabalho, com algumas importantes empresas do concelho da Murtosa, a título de exemplo posso referir a parceria com a Desicor - Indústrias de Madeiras e Cortiças, Lda. No entanto, existe a possibilidade de o CMM aumentar o seu grau de parcerias a nível da na Medicina do trabalho, visto os concelhos da Murtosa e Estarreja, possuem cada um a sua zona industrial, com um grande número de empresas.

Por fim, **o aumento das taxas moderadoras.** O aumento das taxas moderadoras nos estabelecimentos de saúde públicos para mais do dobro nas urgências e centros de saúde dificulta o acesso de muitas pessoas aos cuidados de saúde. E faz com que muitas pessoas da classe médica se associem aos seguros de saúde e frequentem o sector privado.

Finalmente, no que toca às ameaças foram destacadas sete. **O aumento da Concorrência por parte do Sector Social (Misericórdias) e do Sector público aliado às dificuldades financeiras da população (redução do poder de compra).** Estas duas ameaças encontram-se, de certa forma, interligadas. Atualmente Portugal atravessa uma crise financeira. Três das graves consequências desta crise são a falta de emprego, as desigualdades sociais e o baixo poder de compra. Estas três consequências relacionam-se entre si. Vejamos se os cidadãos ficam sem emprego vão sofrer uma ausência de salário e, conseqüentemente, uma redução no seu poder de compra. Assim, muitas vezes estes, que antes usufruíam da qualidade dos serviços privados porque possuíam capacidade económica para tal, agora acabam por se deslocar aos serviços públicos. Ou seja, os cidadãos obrigam-se a frequentar os serviços públicos devido à sua baixa capacidade económica. Este fato justifica, portanto, o aumento da concorrência por parte do Sector Social e do Sector Público. Além das dificuldades financeiras por parte da população também existem outras potencialidades que fazem aumentar a concorrência por parte do sector social e do sector público. Por exemplo, existem alguns cidadãos que são isentos do pagamento de taxas pelo facto de serem portadores de deficiência ou dadores de sangue. Normalmente, no serviço público não é necessário marcar, nem pagar uma consulta para obter receitas médicas, basta deixar no hospital ao cuidado do médico em questão e depois passar lá a buscar. Em suma, apesar de tudo o sector público acaba por oferecer algumas vantagens em relação ao privado.

Os Atrasos/ Dificuldades nos recebimentos de várias entidades convencionadas/acordos. Os atrasos ou as dificuldades nos recebimentos de várias entidades convencionadas/ acordos são claramente uma ameaça para o CMM. O CMM necessita de ter “fundo de manei” para conseguir cobrir todas as suas despesas. Quando estamos perante uma organização deste género não podemos considerar que todo o capital que entra em caixa é lucro. A organização possui despesas fixas que necessitam de ser liquidadas todos os meses, como por exemplo, o gasto da luz, da água, o pagamento dos salários, o pagamento do material que vai necessitando, entre outros. Desta forma os atrasos nos

recebimentos de áreas entidades convencionadas são bastante prejudiciais para o CMM, uma vez que são uma grande parte da sua fonte de rendimento.

O alargamento do âmbito geográfico Grupo BES Saúde-Cliria e o alargamento do âmbito geográfico da Clínica de Pardelhas. O Grupo BES Saúde – Cliria e a Clínica de Pardelhas constituem duas grandes ameaças para o Centro Médico da Murtosa porque são duas das principais concorrentes do mesmo. A Clínica de Pardelhas é uma clínica de saúde privada que se situa na mesma freguesia e concelho que o Centro Médico da Murtosa. A Cliria é uma clínica de saúde privada de referência do distrito de Aveiro, distrito ao qual pertence o concelho da Murtosa com boas instalações e equipamentos e que oferece um grande leque de especialidades e linhas assistenciais aos seus clientes. Desde modo, tanto o alargamento do âmbito – geográfico do Grupo BES Saúde – Cliria como o alargamento do âmbito geográfico da Clínica de Pardelhas podem ser muito prejudiciais para o Centro Médico da Murtosa. A Clínica de Pardelhas, iniciou a sua atividade na Murtosa mas atualmente já conta com mais duas clínicas, uma no Pinheiro da Bemposta e outra em São Roque. E o Grupo BES no que respeita à questão Cliria, inicialmente tomou uma participação maioritária da Cliria em Aveiro mas atualmente já conta com mais duas Clirias, uma em Águeda e outra em Oiã.

O apoio domiciliário realizado pela Clínica de Pardelhas / Parceria da mesma com a Santa Casa da Misericórdia. A Clínica de Pardelhas possui também um serviço de apoio domiciliário. Presta quase todas as suas especialidades ao domicílio. Com este tipo de prestação de serviços os clientes podem ter um atendimento personalizado, um tratamento de qualidade no conforto do seu lar, sem terem a necessidade de se deslocar. Vejamos isto pode constituir uma ameaça para o Centro Médico da Murtosa uma vez que através deste serviço a Clínica pode alcançar um maior número de clientes pois consegue abranger até aquelas pessoas que se encontram impossibilitadas de se deslocar devido, por exemplo, à sua reduzida mobilidade física. Através da parceria da Clínica com a Santa Casa da Misericórdia está também consegue alcançar outro tipo de clientes, nomeadamente os utentes da Santa Casa.

Por fim, **a entrada de Grandes Grupos Económicos no Subsetor através de aquisições.** Grandes grupos económicos enquanto subsidiárias poderiam afectar a sobrevivência no médio e longo prazo do CMM pois a existência de uma maior capacidade de investimento e de obtenção de fundos por parte dos mesmos acaba por colocar por terra os esforços de manutenção do centro. A concorrência tornar-se-ia mais acirrada com a entrada de multinacionais com capital, força da marca e preços reduzidos, com grandes investimentos em I&D, qualidade dos seus produtos e serviços, facilidades de distribuição, deixando assim o CMM em desvantagem. Este passaria também a estar limitado relativamente à captação de recursos humanos qualificados, pois a concorrência destes grandes grupos económicos no sector, significa também que os mesmos dispõem de alta tecnologia, I&D e melhores salários, atrativos para a classe dos médicos no mercado.

		ENVOLVENTE INTERNA												
		PONTOS FRACOS						PONTOS FORTES						
		Reduzida interação entre Médico - Técnico	Reduzido número de cabines em relação ao elevado n.º de utentes	Défices de formação nos colaboradores	Ausência de Orientação de Marketinge recursos próprios	Alguma resistência à mudança por parte dos colaboradores	Bom posicionamento geográfico/Boa acessibilidade	Boas condições de funcionamento (instalações e equipamentos)	Multiplicidade de especialidades médicas, de meios diagnósticos e terapêuticos	Variedade de profissionais/profissionais de qualidade	Acordos com entidades estatais, nomeadamente com a ARS	Multiplicidade de acordos com seguradoras	Estrutura de recursos humanos com elevado nº de fisioterapeutas	Bom relacionamento dos sócios
ENVOLVENTE EXTERNA	AMEAÇAS	Aumento da concorrência por parte do sector social e público												
		Dificuldades financeiras da população		-							+	+		
		Atrasos/Dificuldades nos recebimentos de várias entidades										-		
		Alargamento do âmbito geográfico BES saúde-Cliria		-										
		Alargamento do âmbito geográfico Clínica de Pardelhas		-										
		Apoio domiciliário realizado pela Clínica de Pardelhas/pareceria da mesma com a Santa Casa da Misericórdia		-										
		Entrada de grandes grupos económicos no sector através de aquisições												
	OPORTUNIDADES	Eliminação/Aglutinação de pequenos estabelecimentos de saúde							+	+	+	+	+	
		Falta de condições dos pequenos estabelecimentos de saúde públicos mais próximos							+	+	+	+	+	
		Aumento das exigências de mercado para o exercício de actividades no sector da saúde												
		Possibilidade de obtenção de outras convenções para o CMM										+		
		Aumento do grau de parceria na Medicina de Trabalho												
		Aumento das taxas moderadoras											+	

Tabela 2: Matriz de interações entre a componente interna e externa

5.4 - A análise dos Stakeholders

A análise dos Stakeholders desempenha um papel importante na definição de um BSC. É através do estudo dos SH que podemos conhecer e compreender melhor o desenvolvimento organizacional e a sua evolução.

Segundo Costa (2007) a análise dos SH responde a perguntas como por exemplo, quais são os verdadeiros interesses dos SH, o que é que estes esperam da organização, o que é que está a ser feito por parte da organização para atender aos seus interesses ou o que é que a organização deverá vir a fazer futuramente para atender os interesses dos SH.

Um dos benefícios resultantes desta análise é a facilidade na tomada de decisões devido ao reconhecimento dos interesses dos SH.

Neste caso, os Stakeholders são as pessoas, grupos ou organizações que têm influência ou importância no Centro Médico da Murtosa.

A Análise dos *Stakeholders* pode ser dividida em quatro etapas que são as seguintes:

- Primeira Etapa – Definir numa lista exaustiva quem poderão ser os possíveis SH da organização, isto é quem poderá interferir na mesma.

- Segunda Etapa – Determinar o que é que associa os SH à organização, ou seja que tipo de relação existe entre eles e a mesma.

- Terceira Etapa – Reconhecer como cada interessado pode influenciar positiva ou negativamente a organização.

- Quarta Etapa – medir os graus de poder/influência e interesse de cada interessado.

Análise de Stakeholders do Centro Médico da Murtosa

<u>Stakeholders Internos</u>	Stakeholders em relação ao CMM				CMM em relação aos Stakeholders	
	O que espera?	O que tem?	Interesse	Poder	O que espera?	O que tem?
Médicos	<ul style="list-style-type: none"> - Procedimento adequado (por parte dos restantes colaboradores do Centro Médico) para com eles - Reconhecimento profissional - Apoio em relação ao manuseamento dos recursos informáticos - Disponibilização dos equipamentos de suporte necessários para poderem exercer as suas funções com qualidade - Boas condições das instalações 	<ul style="list-style-type: none"> - Procedimento adequado - Reconhecimento do trabalho por eles prestado - Apoio/Auxílio dos colaboradores que trabalham diretamente com eles em relação ao manuseamento dos recursos informáticos - Excelentes instalações com equipamentos apropriados para exercerem as suas funções com qualidade 	4	3	<ul style="list-style-type: none"> - Ótima Ética profissional - Que exerçam a sua função com qualidade, de modo a que as necessidades e expectativas dos clientes sejam satisfeitas - Opinião sobre o apoio que lhes é prestado por parte dos colaboradores que trabalham diretamente com eles - Sugestões para a melhoria do Centro Médico 	<ul style="list-style-type: none"> - Boa Ética profissional - Boa relação com os restantes colaboradores - Opinião positiva sobre o apoio que lhes é prestado por parte dos colaboradores que trabalham diretamente com eles - Dificuldades no que diz respeito ao manuseamento dos recursos informáticos

Colaboradores	<ul style="list-style-type: none"> - Bom ambiente de trabalho - Condições necessárias para desenvolver as suas funções com qualidade - Reconhecimento do seu trabalho - Formação Especializada e Continuada 	<ul style="list-style-type: none"> - Condições de trabalho razoáveis - Reconhecimento do trabalho que prestam - Ausência de Formação Especializada e Continuada 	4	2	<ul style="list-style-type: none"> - Sigilo profissional - Ótima capacidade de aprendizagem - Elevado nível de qualidade e rigor no desempenho das suas funções - Envolvimento ativo e colaboração em todas as atividades/projetos - Nível de motivação elevado 	<ul style="list-style-type: none"> - Boa Ética profissional - Alguma resistência à mudança - Falta de tempo/ excesso de trabalho para prestar alguns serviços com rigor - Algum envolvimento e colaboração em atividades /projetos - Motivação satisfatória
Stakeholders Externos	Stakeholders em relação à Clínica Médica				Clínica Médica em relação aos Stakeholders	
	O que espera?	O que tem?	Interesse	Poder	O que espera?	O que tem?
Utentes	<ul style="list-style-type: none"> - Atendimento de qualidade (cordial, profissional, especializado, personalizado) 	<ul style="list-style-type: none"> - Bom atendimento 	5	4	<ul style="list-style-type: none"> - Reconhecimento da qualidade dos serviços prestados 	<ul style="list-style-type: none"> - Alguma compressão e flexibilidade

	<ul style="list-style-type: none"> - Explicações simples e de fácil compreensão - Horários flexíveis - Menor tempo de espera possível - Grande diversidade de serviços disponibilizados - Excelentes Profissionais - Boas instalações e equipamentos adequados - Inovação em termos de tratamentos e técnicas 	<ul style="list-style-type: none"> - Horários com alguma flexibilidade, embora esta seja muito reduzida na MFR devido ao número de clientes - Grande diversidade de serviços - Profissionais qualificados - Boas instalações com equipamentos necessários e apropriados - Preços normais praticados no sector privado - Preocupação com a saúde do cidadão 			<ul style="list-style-type: none"> - Compreensão e flexibilidade - Conservação das suas instalações e equipamentos - Respeito pelos seus profissionais - Opinião sobre os profissionais que lhes prestam serviços, assim como dos tratamentos - Sugestões para a melhoria da qualidade do Centro Médico 	<ul style="list-style-type: none"> - Respeito pelos seus profissionais - Opinião positiva em relação à qualidade dos profissionais e aos serviços por eles prestados - Agradabilidade - Pouca preocupação em dar sugestões para a melhoria da qualidade do Centro Médico
--	--	--	--	--	--	--

	<ul style="list-style-type: none"> - Preços competitivos - Preocupação com eles em 1º lugar 					
Meios Publicitários (rádio, jornais, etc.)	<ul style="list-style-type: none"> - Publicidade/ Divulgação dos seus serviços - Que seja um Centro Médico de Renome e com Prestígio 	<ul style="list-style-type: none"> - Divulgação dos serviços dos patrocinadores - Renome e Prestígio - Reconhecimento do trabalho que desempenham 	3,5	1,5	<ul style="list-style-type: none"> - Bom desempenho do seu trabalho - Boa divulgação da imagem do Centro Médico - Apoio às atividades desenvolvidas - Sugestões de melhoria da publicidade 	<ul style="list-style-type: none"> - Patrocínios satisfatórios - Profissionalismo - Bom suporte de apoio à divulgação da imagem
Seguradoras	<ul style="list-style-type: none"> - Procedimento adequado para com elas - Elevada satisfação das necessidades dos utentes - Prestação de um serviço com 	<ul style="list-style-type: none"> - Procedimento adequado - Opinião positiva dos seus clientes acerca dos serviços que lhes foram prestados - Grande diversidade de 	4,5	4	<ul style="list-style-type: none"> - Informação disponibilizada de fácil acesso - Ajuda técnica/formação especializadas - Opinião sobre os serviços 	<ul style="list-style-type: none"> - Plataformas de acesso à informação necessária - Comunicação atempada das alterações que se irão dar - Rapidez na cedência de

	<p>qualidade e rigor</p> <p>- Grande Variedade de Especialidades Médicas</p>	<p>especialidades Médicas</p>			<p>prestados aos seus clientes</p> <p>- Humanização do serviço</p>	<p>autorizações para a realização de tratamentos</p> <p>- Pouca interação e preocupação em determinados assuntos (ex.º pagamentos)</p>
<p>Prestadores de Serviços (eletricidade, canalização, etc.)</p>	<p>- Local de fácil acesso</p> <p>- Boas instalações</p> <p>- Colaboração e organização</p> <p>- Procedimento adequado</p> <p>- Reconhecimento e qualidade do serviço prestado</p>	<p>- Bom posicionamento geográfico/Boa acessibilidade</p> <p>- Boas instalações</p> <p>- Cooperação e organização dos colaboradores do CMM</p> <p>- Procedimento adaptado às necessidades</p> <p>- Reconhecimento do trabalho executado</p>	<p>3</p>	<p>1</p>	<p>- Execução das tarefas com empenho, profissionalismo e qualidade</p> <p>- Cumprimento das obrigações contratuais</p> <p>- Cumprimento dos prazos estipulados</p> <p>- Preços competitivos</p> <p>- Opinião sobre aspetos a melhorar</p> <p>- Fidelização</p>	<p>- Execução das tarefas com algum rigor e qualidade</p> <p>- Cumprimento dos prazos estipulados (salvo exceções)</p>

Fornecedores (de material médico)	<ul style="list-style-type: none"> - Satisfação para com os produtos - Publicidade/ Divulgação da qualidade dos produtos - Fidelização 	<ul style="list-style-type: none"> - Opinião satisfatória acerca dos produtos adquiridos - Renome - Fidelização 	2	1	<ul style="list-style-type: none"> - Preços concorrenciais - Alta qualidade do produto adquirido - Divulgação do Centro Médico como cliente - Grande Variedade de produtos 	<ul style="list-style-type: none"> - Preços competitivos - Grande “leque” de escolha de produtos de qualidade - Informação acessível (através catálogos que são enviados para o Centro e dos seus portais na Internet) - Facilidade de contacto com o vendedor comercial - Disponibilidade e flexibilidade
Laboratórios	<ul style="list-style-type: none"> - Fidelização do Centro Médico - Satisfação e Qualidade nos serviços prestados - Publicidade/ Divulgação dos seus serviços 	<ul style="list-style-type: none"> - Profissionalismo e competência 	2	1	<ul style="list-style-type: none"> - Preços competitivos - Eficácia e eficiência nos resultados - Notoriedade e reconhecimento 	<ul style="list-style-type: none"> - Satisfação com o serviço prestado - Fidelização

Tabela 3: Análise dos SH do CMM

Através da observação da análise anterior, podemos concluir que os SH contribuem para o desenvolvimento desta organização e podem ser classificados como internos ou externos, dependendo do modo como se relacionam com a mesma. Sendo assim, identifiquei como SH internos no CMM os médicos e os colaboradores e, como SH externos os cidadãos, meios publicitários, seguradoras, prestadores de serviços (eletricidade, canalização, etc.), fornecedores (de material médico) e laboratórios.

Na tabela anterior é avaliada, numa escala de 1 a 5, a relação que os stakeholders identificados mantêm com o CMM, a nível de interesse e poder, e vice-versa (isto é a relação que o CMM mantêm com eles). Passo a explicar:

Os SH que têm mais interesse nesta organização são também os que têm mais poder, à exceção dos colaboradores e das seguradoras. Os médicos e os cidadãos são os SH que têm mais interesse no CMM, embora os cidadãos tenham mais poder sobre o CMM do que os médicos. No que diz respeito aos médicos, isto acontece porque é esta organização que lhes concede o reconhecimento/visibilidade através dos utentes que se deslocam às suas instalações com o intuito de usufruir dos serviços por eles prestados. Isto é, se estes utentes ficarem satisfeitos com os serviços prestados pelos médicos em questão, certamente, que expressarão o seu agrado à organização, a organização ficará satisfeita com esse facto, e quererá que os mesmos continuem na sua equipa. Além de que, quanto mais satisfeitos ficarem os utentes com os serviços prestados pelos médicos, melhor para a organização, pois estes provavelmente irão lá voltar e até dar boas referências da organização a outras pessoas. Em suma, neste caso existe um interesse de ambos, embora não haja um nível igual de poder.

É dos cidadãos que vive qualquer organização deste género, por isso é natural que eles tenham um grande interesse e poder em relação à mesma. O CMM, tal como qualquer outra organização, precisa de utentes para conseguir “sobreviver”.

SH como os colaboradores têm grande interesse em relação à organização mas pouco poder. Os colaboradores dependem do CMM pois é a sua principal fonte de rendimento. E o CMM “depende” dos colaboradores pois estes contribuem para o seu funcionamento. Contudo, estes têm um poder extremamente reduzido, uma vez que a sua capacidade de decisão na organização é quase nula, têm de se sujeitar as condições que a mesma lhes propõe.

As seguradoras, têm um grande interesse em relação ao CMM, pois se tiverem acordo com o mesmo podem usufruir de utentes que tenham convenção com elas e vice-versa.

Os meios publicitários têm algum interesse em relação ao CMM e vice-versa. São eles que publicitam a organização, o que é relevante para a angariação de novos clientes.

Por fim, stakeholders, como por exemplo, os prestadores de serviços, os fornecedores e os laboratórios, encontram-se todos no mesmo patamar. Têm menos interesse e poder em relação aos restantes SH do CMM. Se os CMM os escolher para prestar serviço na organização, é vantajoso para os mesmos pois ganham um cliente. No entanto, hoje em dia existem diversas empresas concorrentes neste tipo de áreas. Isto significa que a organização se não ficar satisfeita com o serviço prestado por qualquer um destes stakeholders chamará outros que operem na mesma área.

Os resultados acima descritos são igualmente apresentados na matriz seguinte.

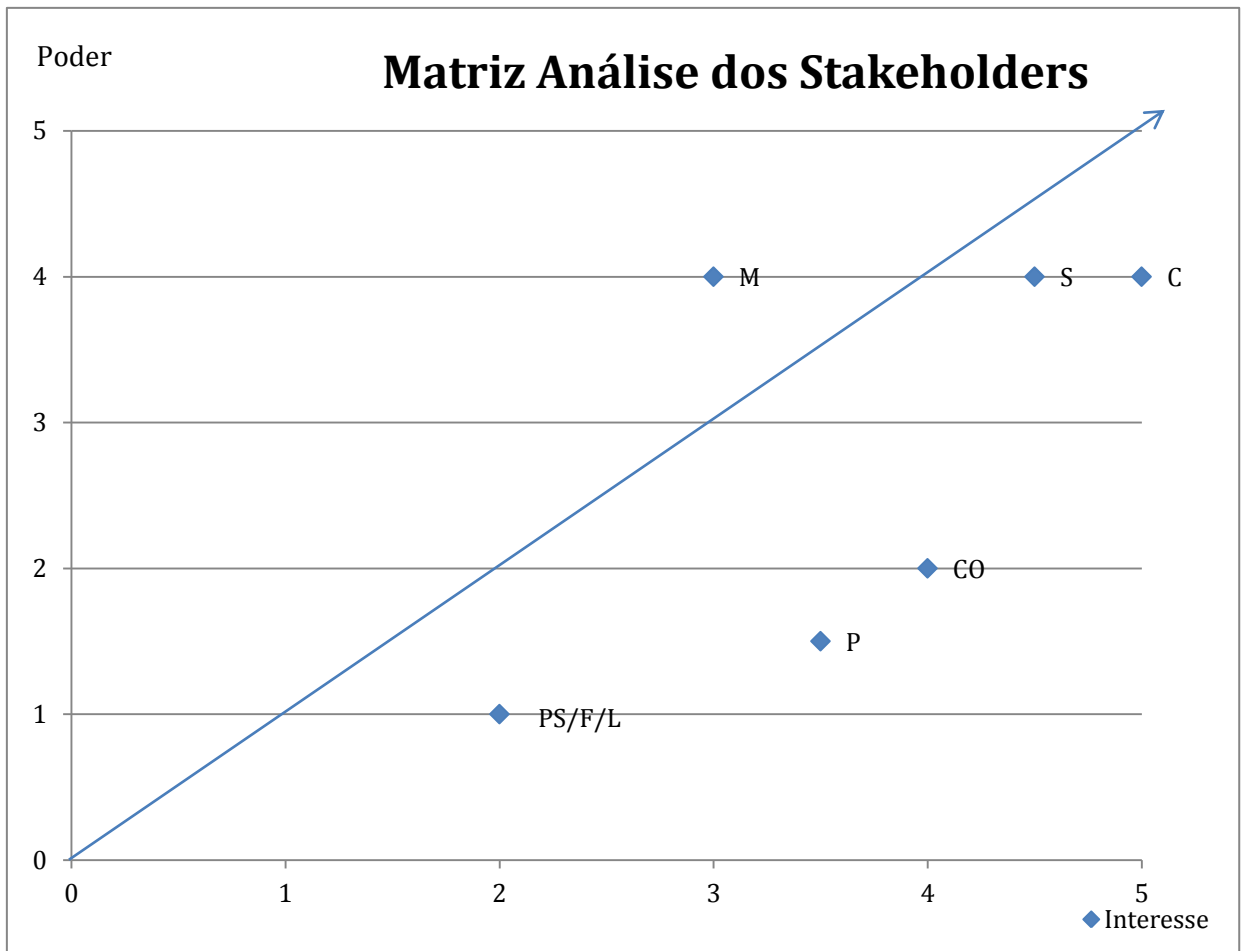


Ilustração 6: Matriz da Análise dos Stakeholders do CMM

5.5- Proposta de Novos Objetivos Estratégicos

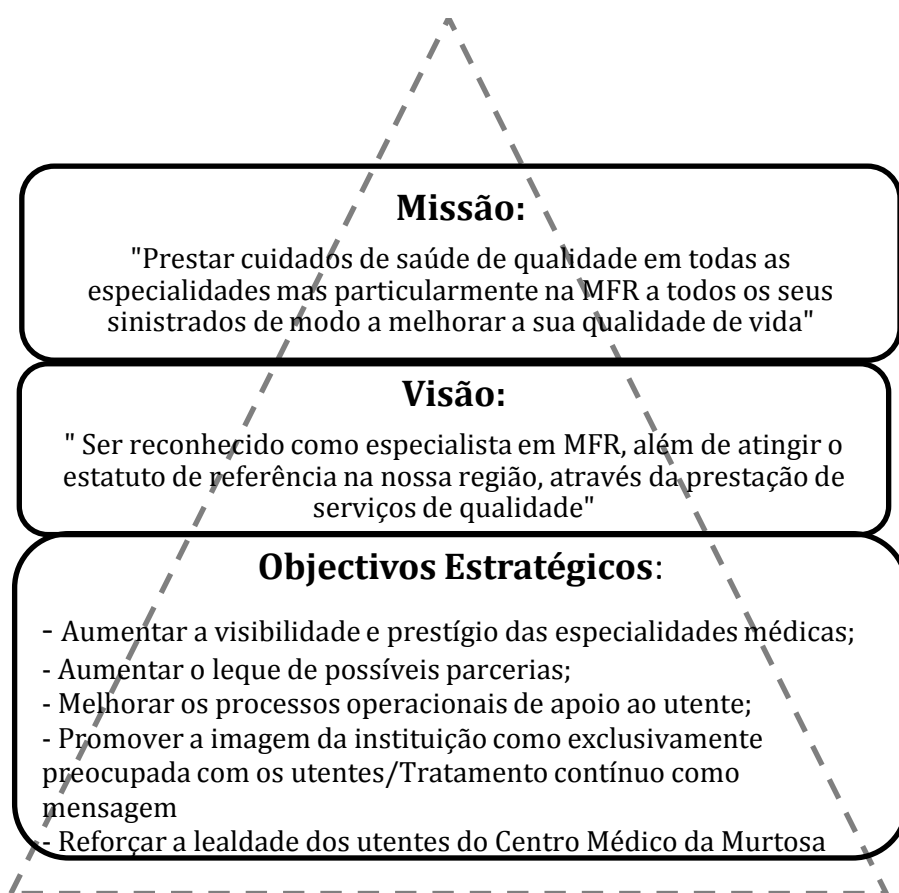


Ilustração 7: Pirâmide do Balanced Scorecard do CMM

Depois da reformulação da missão, da visão e dos valores e da análise organizacional, através da construção da análise SWOT e dos Stakeholders, foram definidas as questões estratégicas da organização. Segundo Paludo (2013), os objetivos são resultados que a organização pretende atingir. No CMM foram seleccionados cinco objetivos estratégicos que são os seguintes:

- 1.º Aumentar a visibilidade e prestígio das especialidades médicas
- 2.º Aumentar o leque de possíveis parcerias
- 3.º Melhorar os processos operacionais de apoio ao utente

4.º Promover a imagem da instituição como exclusivamente preocupada com os utentes/Tratamento contínuo como mensagem

5.º Reforçar a lealdade dos utentes do Centro Médico da Murtosa

Os vetores estratégicos apresentados anteriormente complementam-se. Relativamente ao primeiro vetor estratégico, é importante referir que embora o Centro Médico da Murtosa conte com uma multiplicidade de especialidades, a Medicina Física e de Reabilitação é uma das especialidades mais procurada, pois o CMM possui, ao nível desta especialidade, acordo com o setor público, particularmente com a ARS. Desta forma, seria importante apostar no aumento da visibilidade e prestígio das restantes especialidades médicas, de modo a que não seja única e exclusivamente conhecido pela qualidade dos serviços prestados apenas na área de Medicina Física e de Reabilitação, mas sim pela qualidade prestada em todas as áreas. Consequentemente, o CMM deverá apostar no aumento do leque das possíveis parcerias, isto é, em aumentar o número de acordos e convenções na área da saúde, para que cada vez mais utentes possam ter acesso a todos os seus serviços (isto é todas as especialidades sem exceção).

Quanto a melhorar de processos operacionais de apoio ao utente é importante perceber que quando falamos em processos operacionais estamos a falar no conjunto de etapas, criadas pela organização por onde o utente passa, estamos também a falar da forma como trabalhamos em cada uma dessas etapas. Tudo aquilo que é produtivo para a organização deve ser examinado, demarcado e organizado. Após a análise *Swot* e dos Stakeholders percebemos que existem algumas falhas no CMM a nível dos seus processos operacionais. Nomeadamente, o défice de formação nos colaboradores (ao nível do *office*, atendimento, auxiliares de ação médica, ...) e principalmente a dificuldade dos médicos no que diz respeito ao manuseamento dos recursos informáticos.

No que diz respeito ao quarto vetor, a principal preocupação do CMM são os seus utentes, pois são eles que contribuem para o sucesso do mesmo. Desta forma,

esta organização deve apostar no tratamento contínuo como mensagem: um tratamento que seja constante, consciente e sem lapsos ou falhas.

Por fim, quanto ao reforço da lealdade dos utentes, o Centro Médico da Murtosa pretende que os seus utentes fiquem totalmente satisfeitos com os todos os seus serviços. Assim, uma vez que a MFR no CMM é a especialidade que conta com mais utentes, tal como já foi referido num dos vetores estratégicos anteriores, o objetivo do mesmo é que os mesmos fiquem satisfeitos e confiem no trabalho prestado. Deste modo, quando necessitarem de frequentar outro tipo de especialidades médicas certamente que irão preferir os serviços do Centro Medico da Murtosa a outros, pois além de já o conhecerem, ficaram como uma boa referência do trabalho lá exercido.

5.6 - Proposta de Balanced Scorecard

Após serem definidas as questões estratégicas da organização será apresentada uma proposta de um balanced scorecard para o CMM. Neste sentido, o primeiro passo para a implementação do mesmo é o desenho do mapa estratégico. Segundo Carneiro (2010) um mapa estratégico é a ferramenta através da qual o BSC é instrumentalizado. Os mapas estratégicos expõem relações causa - efeito, mostrando qual o percurso que a organização deverá realizar para passar da atual situação em que se encontra para uma situação futura (baseada na estratégia já definida).

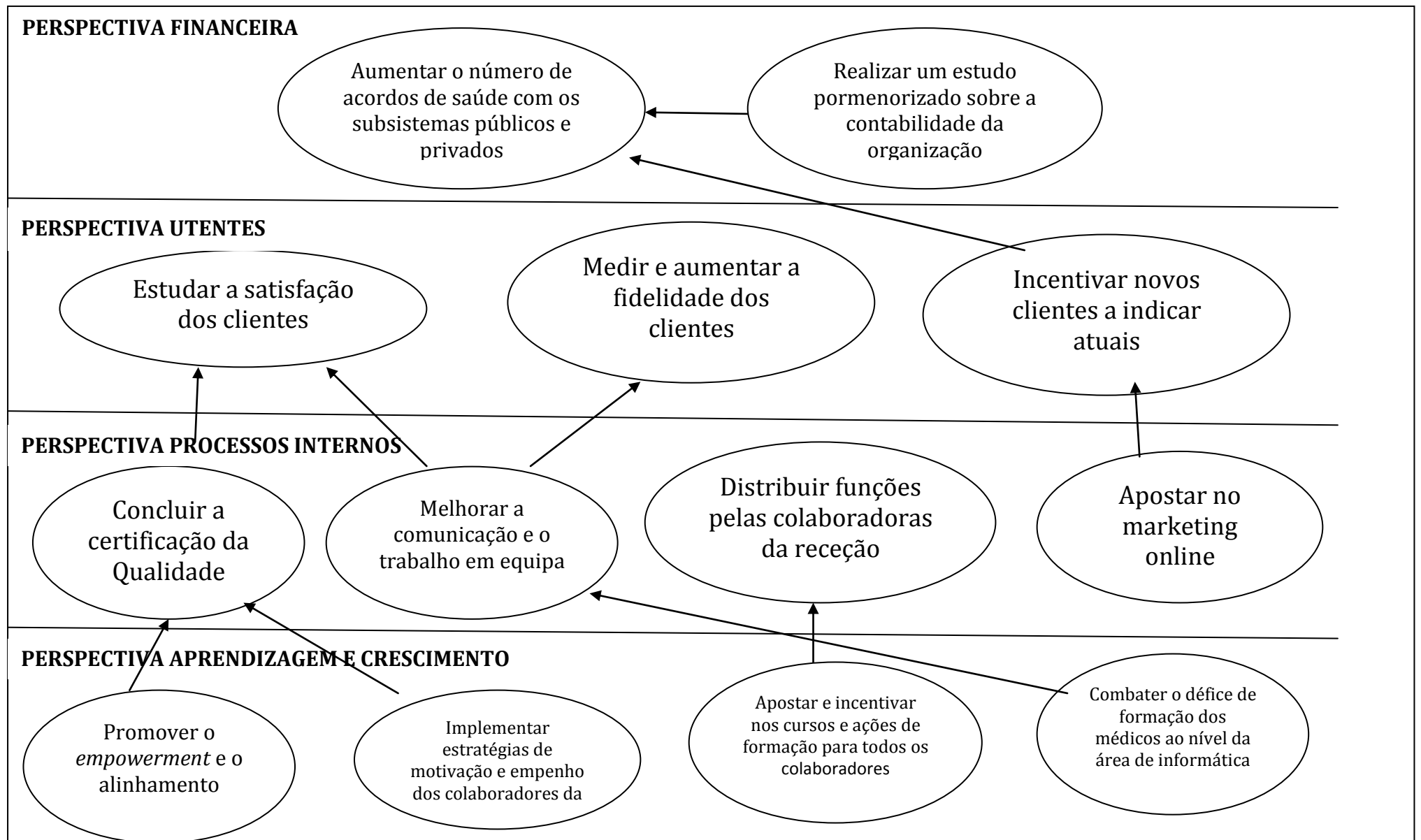


Ilustração 8: Mapa de relação causa-efeito do BSC do CMM

Perspectivas	Object. Operacionais	Indicadores	Metas	Iniciativas
Financeira	Aumentar o número de acordos de saúde com os subsistemas públicos e privados	Número de novos acordos	No mínimo 2 novos acordos por ano	Destinar uma colaboradora para estudar/analisar o "mercado" dos acordos, com a função de além de negociar novos acordos para o CMM, renegociar as condições dos acordos já existentes
	Realizar um estudo pormenorizado na área contabilidade da organização	Estado do estudo do sector financeiro da organização	Realização de 1 relatório por mês	O membro da direcção que se encontra encarregue do sector da contabilidade, neste caso, o fisioterapeuta Gabriel Costa, deverá ter a função de realizar um relatório financeiro mensal para obter os balancetes da organização e apresentá-lo no final do mês aos restantes membros da direcção
Utentes	Estudar a satisfação de clientes	Número de questionários distribuídos aos clientes por ano	Distribuição de pelo menos 100 questionários por ano	O colaborador encarregue do SGQ deve realizar uma pesquisa anual (no início de cada ano, nomeadamente durante o mês de Janeiro) através da distribuição na secretaria de questionários individuais aos clientes
	Medir e Aumentar fidelidade dos clientes	Percentagem de novos clientes com segunda consulta efetuada no espaço de um ano	25% de clientes por ano	O colaborador encarregue do SGQ deve realizar um estudo anual (no início de cada ano, também, poderá ser durante o mês de Janeiro) através da análise do sistema informático da organização
	Incentivar clientes actuais a indicar novos	Número de novos clientes por trimestre indicados por actuais clientes	10 clientes por trimestre	A cada dois clientes que digam ter sido encaminhados por outros, dar um desconto de 10% numa das consultas
Processos Internos	Apostar no marketing online	Número de clientes por mês que ficam a conhecer os serviços do CMM através da Internet	2 clientes por mês	Terminar a construção do site do CMM no prazo máximo de 6 meses. Destinar um colaborador que fique em carrega de actualizar o facebook semanalmente.
	Melhorar a comunicação e trabalho em equipa entre médico e técnico	Número de reuniões realizadas entre médicos e técnicos	1 reunião mensal entre cada fisiatra e fisioterapeuta individualmente	Promover a realização de uma reunião mensal entre fisiatras e fisioterapeutas a fim de trocarem impressões sobre o processos dos utentes
	Distribuição de funções pelas colaboradoras da recepção	Número de funções por cada recepcionista	Divisão de funções	Estabelecimento e definição de um plano de funções específico para cada recepcionista acompanhado de um programa metas a cumprir
	Concluir a certificação da Qualidade	Estado da Implementação do Sistema de Gestão da Qualidade	100% de grau de conclusão no período máximo de 2 anos	Contratar uma empresa para finalizar a certificação da ISO 9001 no prazo máximo de 2 anos
Aprendizagem e Crescimento	Promover o empowerment e alinhamento	Número de reuniões de equipa por cada área da organização	1 mensal	A direcção da organização deve realizar uma reunião mensal com cada área da organização para discutir problemas/falhas que estão a ocorrer nessa área, sugestões de melhoria para os mesmos, etc.
	Implementar estratégias de motivação e empenho para colaboradores da organização	Percentagem de colaboradores satisfeitos	90%	Premiar os comportamentos de alinhamento com a estratégia através da selecção do funcionário do mês (aquele que for distinguido funcionário do mês devido às boas práticas receberá uma recompensa)
	Apostar e Incentivar cursos e Accões de Formação para todos os colaboradores	Números de cursos e acções de formação realizados por cada área	2 por ano	Patrocinar cursos de formação às recepcionistas na área do atendimento ao cliente e às auxiliares de MRF na área de anatomia
	Combater o défice de formação dos médicos ao nível da área de informática	Número de médicos que utilizam o computador	100%	Patrocinar um curso de informática aos SH médicos, preparar e consequentemente destinar uma colaboradora para os auxiliar nesta área sempre que eles necessitem.

Tabela 4 Proposta de Balanced Scorecard no CMM

Depois do desenho do mapa de relação causa - efeito foi apresentada uma proposta de um BSC para o CMM.

Para esta proposta escolhi dois objetivos operacionais para a perspetiva financeira, três para a perspetiva dos clientes, quatro para a perspetiva dos processos internos e quatro para a perspetiva da aprendizagem e crescimento. Sendo assim como objetivos operacionais da perspetiva financeira temos o aumento do número de acordos de saúde com os subsistemas públicos e privados e a realização de um estudo pormenorizado sobre a contabilidade da organização.

O segundo objetivo operacional que penso que será bastante importante para organização, pois será através dele que a mesma terá noção do estado do sector financeiro da organização. Através dos relatórios mensais que resultarão da realização deste estudo, a organização poderá perceber quais são as áreas em que está a obter maiores e menores gastos e maiores e menores ganhos. E, assim, poderá debruçar-se em encontrar estratégias para melhorar os seus gastos. Por exemplo, pelo que percebi durante o estágio que realizei no CMM, os aparelhos utilizados com os doentes na área da MFR consomem muita energia elétrica, desta forma é importante perceber se ganhos nesta área cobrem os gastos e quais as soluções que existem para reduzir esses gastos.

Em relação ao primeiro objetivo operacional o aumento do número de acordos de saúde com os subsistemas públicos e privados é um objetivo crucial para alcançar um dos objetivos estratégicos do CMM que é o aumento do leque de possíveis parcerias. O aumento do número de acordos de saúde contribuirá para o número do aumento de clientes, o que será vantajoso para a organização.

Na perspetiva dos clientes foram identificados três objetivos operacionais: Estudar a satisfação dos clientes; Medir e aumentar a fidelidade dos clientes e Incentivar atuais clientes a indicar novos.

Até ao momento ainda não foi realizado qualquer tipo de estudo de satisfação dos clientes no CMM. O estudo da satisfação dos clientes deve ser feito através da realização de questionários individuais aos mesmos. Ou seja, no início

de cada ano, durante o mês de Janeiro, as colaboradoras da receção devem entregar aos utentes que por lá passarem um questionário cujo principal objetivo é avaliar se se encontram satisfeitos ou não com os serviços prestados no CMM. Esse questionário deve incluir um campo em que os clientes possam explicar quais as razões pelas quais não se encontram satisfeitos (se for esse o caso). Após terminar o mês de Janeiro, estes questionários devem ser analisados. Assim a organização perceberá com exatidão se todos os clientes se encontram satisfeitos ou se existem clientes insatisfeitos com o CMM e quais os motivos do desagrado. Visto que nunca foi feito qualquer tipo de estudo nesta área, tal como referi anteriormente, foi estabelecida para este objetivo a seguinte meta: distribuição de pelo menos 100 questionários. Como já foi referido anteriormente pelo CMM passam mais de 200 utentes por dia, face a este número penso que inquirir pelo menos metade dos utentes que passam pela organização já seria uma grande conquista.

Em relação à medição e aumento da fidelidade dos clientes também ainda não foi realizado qualquer tipo de estudo nesta área. Estas devem ser analisadas, igualmente, anualmente, mas de forma diferente através da análise de dados recolhidos por meio do sistema informático da organização.

Finalmente, no que diz respeito ao incentivo de atuais utentes a indicarem novos, deve ser estabelecido que a cada utente que encaminhar duas pessoas novas para o CMM deverá ter uma recompensa. Neste caso, deverá usufruir de um desconto de 10% numa das consultas. Esta iniciativa fará com que os clientes atuais se sintam motivados a indicar novos, uma vez que terão vantagem com isso.

Na perspetiva dos processos internos podemos destacar: a aposta no marketing online, melhorar a comunicação e o trabalho em equipa entre médico e técnico, a distribuição das funções pelas colaboradoras e concluir a certificação da qualidade.

A aposta no marketing online poderá contribuir para o CMM atingir um dos seus objetivos estratégicos que é o aumento da visibilidade das especialidades médicas. Ora vejamos, uma vez que, tal como já foi dito anteriormente, o CMM se

encontra muito associado à área da MFR, este deve proceder à conclusão da construção do *site* do CMM no prazo máximo de 6 meses e selecionar de um colaborador para atualizar semanalmente o *facebook* da organização. Assim, pessoas terão acesso via online a toda a informação importante sobre a organização (especialidades, acordos, médicos, etc.) Note-se que atualmente, a maioria das pessoas consulta a internet para realizar pesquisas sobre quase todos os assuntos.

Um dos pontos fracos selecionados na análise SWOT do CMM foi a reduzida interação entre médico e técnico, que já foi explicada anteriormente. Desta forma, para colmatar esta falha e para atingir um dos objetivos estratégicos que se prende na melhoria dos processos operacionais de apoio ao utente no CMM, proponho a melhoria da comunicação e trabalho em equipa entre médico e técnico. Esta melhoria pode ser realizada através a promoção de uma reunião mensal entre cada fisiatra e fisioterapeuta individualmente, de modo a que troquem impressões sobre o processo dos utentes. Isto contribuirá para o aumento da qualidade do tratamento dos utentes nesta área, o que certamente os deixará mais satisfeitos e poderá levar ao aumento do reforço da sua lealdade (que é outro dos objetivos estratégicos do CMM).

Ainda para conseguir alcançar a melhoria dos processos operacionais de apoio ao utente são propostas a distribuição de funções pelas colaboradoras e a conclusão da certificação da qualidade. Estes dois objetivos também têm como principal finalidade o aumento da satisfação dos clientes. O estabelecimento e definição de um plano específico para cada rececionista tem como objetivo que cada uma dê mais atenção/ se preocupe com as suas tarefas específicas, o que poderá evitar questões que já foram faladas anteriormente, como por exemplo, o atraso no faturamento aos utentes devido à falta de tempo, as falhas no agenda, entre outras. Logicamente que isto também contribuirá para o reforço da lealdade dos clientes, pois certamente que clientes satisfeitos serão clientes leais.

Para concluir, os objetivos operacionais da perspetiva da aprendizagem e crescimento são: Promover o *empowerement* e o alinhamento; Implementar

estratégias de motivação e empenho dos colaboradores da organização; Incentivar e apostar nos cursos de formação para todos os colaboradores da empresa e combater o défice de formação dos médicos a nível da área da informática; e

O *empowerment* e o alinhamento devem ser promovidos através da realização de uma reunião mensal da direção com cada área da organização para discutir problemas/falhas que estão a ocorrer nessa área, sugestões de melhoria para os mesmos, etc. Com a promoção do *empowerment* os colaboradores da empresa têm uma participação maior nas atividades da mesma porque é-lhe dada maior autonomia de decisão.

As estratégias de motivação e empenho dos colaboradores deverão ser implementadas através da seleção do funcionário do mês. Se for selecionado e premiado um funcionário do mês através do seu empenho e dedicação, certamente que este ficará motivado para realizar o seu trabalho cada vez com maior qualidade, uma vez que verá o seu esforço reconhecido.

Por fim, objetivos operacionais como por exemplo a aposta nos cursos de formação para todos os colaboradores e o combate do défice de formação dos médicos ao nível da informática também contribuirão para a melhoria de processos operacionais de apoio ao utente e conseqüentemente para o reforço da lealdade dos utentes. Quanto mais informados/atualizados estiverem os colaboradores da empresa mais vantajosa será para a mesma, pois poderão exercer a sua função com maior qualidade em base nos seus conhecimentos.

6. CONCLUSÕES E RECOMENDAÇÕES PARA O CENTRO MÉDICO DA MURTOSA

No capítulo anterior foi apresentada uma proposta de um Balanced Scorecard, elaborada com objetivo, de futuramente, ser implementada no Centro Médico da Murtosa. Neste capítulo, de forma sucinta, serão exploradas as principais conclusões e recomendações (obtidas após a elaboração da proposta do Balanced Scorecard) e poderão ser por esta organização.

Ao longo deste relatório a palavra estratégia foi estando sempre presente. Desta forma, gostaria de o concluir, reforçando a importância que este assume no contexto da elaboração de um BSC e deste em particular. O conceito de estratégia foi um conceito que foi evoluindo ao longo do tempo. Para expor esta evolução decidi escolher três definições do mesmo. Para Von Newman e Morgerstem (1944) “ *A Estratégia é uma série de ações tomadas por uma empresa e definidas de acordo com uma situação em particular.*”⁵ Stoner (1987) define estratégia como um “*padrão de resposta da organização ao seu ambiente no tempo. A estratégia associa os recursos humanos e outros recursos de uma organização aos desafios e riscos apresentados pelo mundo exterior.*”⁶ Por fim, segundo Tavares (2007) a estratégia é “*criar uma posição exclusiva e valiosa, envolvendo um diferente conjunto de actividades.*”⁷

Em suma, os conceitos anteriormente apresentados pertencem a diferentes épocas temporais (o primeiro surgiu na década de 40, o segundo na década e 80 e o terceiro em 2007 e são de diferentes autores, no entanto todos têm um ponto em

⁵ RIBEIRO, Renato Vieira (2008), *ESTRATÉGIA EMPRESARIAL E DE RECURSOS HUMANOS*, Curitiba: IESDE Brasil S.A. PP 11-12

⁶ RIBEIRO, Renato Vieira (2008), *ESTRATÉGIA EMPRESARIAL E DE RECURSOS HUMANOS*, Curitiba: IESDE Brasil S.A. PP 11-12

⁷ RIBEIRO, Renato Vieira (2008), *ESTRATÉGIA EMPRESARIAL E DE RECURSOS HUMANOS*, Curitiba: IESDE Brasil S.A. PP 11-12

comum, isto é, mostram que a estratégia é crucial numa organização e, portanto, a escolha de uma boa estratégia leva ao sucesso da mesma.

Seguidamente será apresentado um quadro que mostrará, de forma resumida, algumas recomendações para o Centro Médico da Murtosa. São recomendações que se inserem em áreas que não são totalmente desconhecidas para a organização, uma vez que em cada uma delas já foram iniciados alguns trabalhos. No entanto, penso que as mesmas deverão continuar a ser exploradas/melhoradas.

Recomendações
1 - Apostar em novos acordos de seguros de saúde e subsistemas públicos e privados
2 - Realizar pesquisas periódicas do nível de satisfação e necessidades dos clientes
3 - Treinar os colaboradores que trabalham na receção do CMM para a prestação de um atendimento cuidadoso e diferenciado a todos os utentes
4 - Finalizar a certificação ISO 9001

1 - Apostar em novos acordos de seguros de saúde e subsistemas públicos e privados

Atualmente, o Centro Médico da Murtosa conta (como já foi referido anteriormente) com 2 acordos de saúde com entidades estatais e 39 acordos de seguros de saúde e subsistemas privados. Este é um número bastante considerável e que coloca, notoriamente, a organização em vantagem, pois através de acordos deste género, esta possui a possibilidade de oferecer aos seus utentes uma grande variedade de serviços. No entanto, não deixa de ser importante continuar a apostar nesta área.

Numa altura como esta, em que Portugal está a atravessar uma crise económica com implicações na área da saúde é importante que organizações de saúde do setor privado continuem a apostar em novos acordos de seguros de

saúde e subsistemas públicos e privados ou negociar condições melhores para os acordos já existentes. Quanto maior for o leque de seguros de saúde e subsistemas públicos e privados existentes no Centro Médico da Murtosa maior será o número de pessoas que terá possibilidade de aceder aos seus serviços.

Os seguros de saúde concedem aos seus utilizadores a possibilidade de aceder aos serviços de uma rede de prestadores. É importante que o CMM seja prestador de um grande número de seguros de saúde para que possa permitir aos seus utentes melhores cuidados médicos a preços mais atrativos.

Neste sentido proponho o alargamento do número dos subsistemas públicos no CMM, através da negociação de novos acordos, nomeadamente com a ADM, que cobre todos os militares das forças armadas. Através da consulta do site da Assistência na doença aos militares, foi possível concluir que no concelho da Murtosa, não existe nenhuma entidade prestadora deste subsistema, a não ser ao nível da patologia clínica e anatomia patológica em que existem dois laboratórios médicos de análises clínicas. Na minha opinião, este acordo seria vantajoso para o CMM, visto que, numa localidade perto da Murtosa, São Jacinto, existe uma base militar, na qual ainda são treinados tropas.

Proponho também, novos acordos ao nível dos seguros de saúde privados, particularmente com a dentinet, a mútua sagres, a proficare, a fundação bissaya-barreto, entre outros que possam surgir, pois são acordos que o CMM ainda não possui e a principal organização concorrente do mesmo (a Clínica de Pardelhas) possui. Penso que seria proveitoso para o CMM possuir estes acordos pois assim os utentes convencionados pelos mesmos, teriam 2 opções de escolha e não teriam de deslocar-se necessariamente à Clínica de Pardelhas.

2 -Realização de pesquisas periódicas do nível de satisfação e necessidades dos clientes.

Tal como já foi referido anteriormente, desde que o CMM foi criado, no ano de 2006, que nunca foram realizadas pesquisas concretas ao nível de satisfação e necessidades dos clientes. Desta forma, penso que a realização de pesquisas

periódicas ao nível de satisfação e necessidades dos clientes seriam cruciais para a organização.

A opinião dos utentes é essencial em qualquer organização sobretudo se a mesma quiser implementar uma lógica da qualidade, como é o caso. Atualmente, uma organização caracterizada pela gestão da qualidade, não pode ser unicamente avaliada através das opiniões e sugestões de todos os seus colaboradores (membros da direção, administrativas, auxiliares, médicos), muito pelo contrário, as principais conclusões sobre o desempenho da mesma devem de ser retiradas das opiniões e sugestões dos clientes pois são eles que vão usufruir dos serviços da mesma. Um serviço de qualidade deve corresponder as expectativas dos clientes. Se a organização não realizar uma análise de algumas questões como por exemplo: se os seus clientes se encontram satisfeitos com os serviços prestados, se estes correspondem as suas expectativas, se existem aspectos que podem ser melhorados, se estes recomendariam a organização a outras pessoas, nunca irá obter as respostas que precisa para se tornar uma organização cada vez com mais qualidade.

Em suma, a qualidade corresponde aquilo que é bom, definido não só pelo prestador de serviços mas também pelo cliente. Se um cliente ficar satisfeito com a compra de um determinado produto ou serviço, quando necessitar certamente que irá voltar a esse local e fará com certeza uma boa propaganda, o que atraíra novos clientes.

3-Treinar os colaboradores que trabalham na receção do CMM para a prestação de um atendimento cuidado e diferenciado a todos utentes

Na minha opinião, o CMM deve apostar no treinamento dos colaboradores que trabalham na receção da organização. Estes colaboradores devem ser treinados para prestar um tratamento cuidado e diferenciado a todos seus utentes, por duas principais razões: primeiro porque a receção é o primeiro local ao qual todos os clientes têm de se deslocar quando se dirigem a esta organização, independentemente de tal for a circunstância/motivo, segundo porque esses

clientes têm necessidades diferentes. Quer um utente se dirija ao CMM pela primeira vez ou quer seja cliente habitual terá sempre que passar pela receção, até porque esta se encontra logo à entrada da organização. Desta forma, é através das rececionistas que é estabelecido o primeiro contato entre os utentes e a organização. O primeiro contato é sempre muito importante, pois, normalmente, influencia os utentes na criação de uma opinião negativa ou positiva da organização.

Em suma, para o CMM prestar um atendimento cuidado e diferenciado aos seus utentes, de modo a que estes fiquem satisfeitos, necessita de apostar na formação continuada das suas rececionistas ao nível. Existem inúmeros cursos de formação, nesta área (atendimento e relação com o cliente, potenciar a experiência do cliente, atendimento telefónico, etc).

4 - Finalizar a certificação da ISO 9001

Um dos objetivos do Centro Médico da Murtosa, tal como já foi referido, é a implementação de um sistema de gestão da qualidade. Sendo que já foram iniciados alguns esforços nesse sentido. Desta forma, o CMM deve continuar a apostar e a lutar para terminar a certificação da ISO 9001. Ser uma organização certificada por um Sistema de Gestão da Qualidade será uma enorme vantagem para esta organização. A norma ISO e o seu reconhecimento privilegia as organizações que a queiram implementar e acaba por lhes conceder uma imagem mais credível. As organizações que possuem um Sistema de Qualidade certificado obtêm melhores resultados ao nível do seu desempenho. Através da implementação da ISO 9001 as organizações acabam por conseguir melhorar continuamente os processos e obter melhorias constantes em todos os níveis. Tal como já foi referido anteriormente, os sistemas gestão da qualidade baseiam-se em oito princípios que são fundamentais para a melhoria de qualquer organização: a focalização no cliente, a liderança, o envolvimento das pessoas, a abordagem por processos, a abordagem da gestão como um sistema, a melhoria contínua, a tomada de decisão baseada em factos e relação benefício mútuo com os fornecedores. Posto, podemos concluir que para que o CMM finalize a certificação

da ISO 9001 é importante que o CMM dê mais atenção a estes princípios. Nomeadamente, é necessário colmatar algumas falhas que existem ao nível da focalização dos clientes, tal como vimos anteriormente é muito importante a realização de pesquisas periódicas ao nível da satisfação dos clientes. Também ao nível da abordagem por processos existem lacunas a serem ultrapassadas, como por exemplo a dificuldade no manuseamento dos recursos informáticos por parte dos médicos e a ausência da formação continuada e especializada dos colaboradores. Em suma, esta recomendação implica a realização de todas as recomendações anteriores.

BIBLIOGRAFIA

Alves, Vera Lúcia de Sousa (2012). *Gestão da Qualidade: Ferramentas utilizadas no contexto contemporâneo da Saúde*. São Paulo: Martinari;

Antunes, Maria de Lurdes (2011). *Documentação do Sistema de Gestão da Qualidade para principiantes*. Lisboa: Silabo;

Atkinson, A. A., Balakrishnan, R., Booth, P., Cote, J. M. e Grout, T. (1997). New directions in management accounting research. *Journal of Management Accounting Research*, 9, 80–108.

Ayvaz, E. e Pehlivanl, D. (2011). The use of activity based costing and analytic hierarchy method in the balanced scorecard implementation. *International Journal of Business and Management*, Vol. 6(3), 146–158.

Banker, R. D., Chang, H. e Pizzini, M. J. (2004). Balanced scorecard: Judgmental effect of performance measures linked to strategy. *The Accounting Review*, Vol. 79(1), 1–23.

Boaden, R.J. (1997). What is Total Quality Management ... and Does it Matter? *Total Quality Management*, Vol. 8(4), 153–171.

Bouland, D. L., Fink, E. e Fontanesi, J. (2011). Introduction of balanced scorecard into an academic department of medicine: Creating a road map to success. *The Journal of Medical Practice Management*, Vol. 26(6), 331–335.

Bromwich, M. e Bhimani, A. (1989). *Management accounting: Evolution not revolution* CIMA, UK, London.

Burney, L. e Swanson, N. J. (2010). The relationship between balanced scorecard characteristics and manager's job satisfaction. *Journal of Management Issues*, Vol. 22(2), 166–181.

Carpinetti, Luiz Cesar Ribeiro (2012). *Gestão da Qualidade conceitos e técnicas*. Brasil:Atlas;

Carr, D. K. e Littman, I. D. (1993). *Excellence In Government: Total Quality Management In The 1990s*. 2ª ed. Arlington - Virginia: Coopers & Lybrand.

Chabg, L. (2007). The NHS performance assessment framework as a balanced scorecard approach: Limitations and implications. *International Journal of Public Sector Management*, Vol. 20(2), 101–117.

Chan, Y. C. e Ho, S. J. (2010). The use of balanced scorecard in Canadian hospitals. *Advances in Management Accounting*, 19, 145–169.

Chenhall, R. H. (2005). Integrative strategic performance measure system, strategic alignment of manufacturing, learning, and strategic outcomes: An exploratory study. *Accounting, Organizations and Society*, Vol. 30(5), 395–422.

Chenhall, R.H. (2009). Developing integrative performance management systems. J. Baxter, C. Poullaos (Eds.), *Practices, profession and pedagogy in accounting: Essays in honour of Bill Birkett*, Sydney University Press, Sydney, Australia, 176–206.

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

Chenhall, R.H. e Smith, D.(2011). A review of management accounting research: 1980–2009. *Accounting and Finance*, Vol. 51(1), 173–206.

Costa, Cristina Margarida Duarte (2011). *Balanced Scorecard: erros e dificuldades de implementação*. Tese de Mestrado Disponível em http://ria.ua.pt/bitstream/10773/8533/1/Cristiana%20Costa_38386.pdf [consultado em 12-03-2014];

Costa, Paula de Sande Marinha Lemos (2003). *A qualidade evolução do conceito*. Disponível em <http://recipp.ipp.pt/handle/10400.22/2134> [consultado em 25-09-2013]

Crosby, P. B. (1979). *Quality is free: The art of making quality certain*. New York: McGraw-Hill.

Cruz, Carlos Pereira da (2009). *Balanced Scorecard concentrar uma organização no que é essencial*. Porto: Vida Económica;

Dale, B. e Cooper, C. (1995). *Qualidade Total e Recursos Humanos*. Lisboa: Editorial Presença.

Daychoum, Merhi (2008). *40 Ferramentas e Técnicas de Gerenciamento*. 2ª edição. Brasil: Câmara Brasileira do Livro, SP. 7-18

Deming, W. Edwards (1989). *Calidad, Productividad y Competitividad La salida de la crisis*. Madrid: Ediciones Diaz de Santos, S.

Dinis, Ana Isabel Correia (2010). *Avaliação de Desempenho: Balanced Scorecard: Um caso prático*. Tese de Mestrado Disponível em <http://ria.ua.pt/bitstream/10773/7188/1/Tese.pdf> [consultado em 01-03-2014];

Feigenbaum, A. V. (1983). *Total Quality Control*. UK: McGraw-Hill.

Ferreira, M.A.F. (2010). *Princípios estruturantes de um Balanced Scorecard Estratégico para Sistemas Integrados de Saúde*. Trabalho de Projecto. Mestrado em Finanças e Fiscalidade, MFF, Faculdade de Economia da Universidade do Porto. Disponível em: <http://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/46178/2/MFF%20Amaro%20Ferreira%20Trabalho%20Final.pdf>

Figueras, J., Mckee, M., Cain, J. e Lessof, S. (2004). *Health Systems in Transition: learning from experience*, European Observatory on Health Systems and Policies.

Freire, A. (2004). *Estratégia – Sucesso em Portugal*, Verbo Editora.

Garvin, D. A. (1987). *Competing on the Eight Dimensions of Quality*. *Harvard Business Review*. November-December: 101-109.

Godinho, M. J. e Neto, S. C. (2001). *Qualidade: uma prática secular*. Lisboa: Secretariado para Modernização Administrativa.

Gomes, Helder Tiago Resende (2012). *Implementação de um sistema de Gestão da Qualidade em clínica médica*. Tese de Mestrado Disponível em <http://ria.ua.pt/bitstream/10773/10370/1/disserta%C3%A7%C3%A3o.PDF> [consultado em 20-11-2013];

Grafton, J., Lillis, A. M. e Widener, S. K. (2010). The role of performance measurement and evaluation in building organizational capabilities and performance. *Accounting, Organizations and Society*, Vol. 35, 689–706.

Grigoroudis, E., Orfanoudaki, E. e Zopounidis, C. (2012). Strategic performance measurement in a healthcare organization: a multiple criteria approach based on balanced scorecard. *Omega*, Vol. 40(1), 104-119.

Grud, B. e Gao, T. (2008). Lives in the balance: an analysis of the balanced scorecard (BSC) in healthcare organizations. *International Journal of Productivity and Performance Management*, Vol. 57(1), 6-21.

Hall, M. (2008). The effect of comprehensive performance measurement systems on role clarity, psychological empowerment and managerial performance. *Accounting, Organizations and Society*, Vol. 33, 141–163.

HOLMES, Chet (2008). *A verdadeira máquina de fazer dinheiro*. Caleidoscópio;

Holmes, J., Pineres, G. e Kiel, L. D. (2006). Reforming government agencies internationally: Is there a role for the balanced scorecard. *International Journal of Public Administration*, Vol. 29, 1125–1145.

Hopper, T. e Hoque, Z. (2004). *Accounting and accountability in emerging and transition economics*, Elsevier, Oxford.

Hoque, Z. (2003). Total quality management and the balanced scorecard approach: a critical analysis of their potential relationships and directions for research.

Critical Perspectives on Accounting, Vol. 14(5), 553–566. doi:10.1016/S1045-2354(02)00160-0

Hoque, Z. (2014). 20 years of studies on the balanced scorecard: Trends, accomplishments, gaps and opportunities for future research. *The British Accounting Review*, Vol. 46(1), 33–59. doi:10.1016/j.bar.2013.10.003

Hoque, Z. e James, W. (2000). Linking balanced scorecard measures to size, and market factors: Impact on organizational performance. *Journal of Management Accounting Research*, Vol. 12(1), 1–17.

Humphreys, K. A. e Trotman, K. T. (2011). The balanced scorecard: The effect of strategy information on performance evaluation judgments. *Journal of Management Accounting Research*, Vol. 23, 81–98.

Inamdar, N. e Kaplan, R.S. (2002). Applying the Balanced Scorecard in Healthcare Provider Organizations. *Journal of Healthcare Management*, Vol. 47(3), 179-195.

Inamdar, N., Kaplan, R. S. e Bower, M. (2002). Applying the balanced scorecard in healthcare provider organizations. *Journal of Healthcare Management*, Vol. 47(3), 179-195.

INSTITUTO POLITÉCNICO DE LEIRA. DEFINIÇÕES DE ESTRATÉGIA. PP10-11 Disponível em http://globadvantage.ipleiria.pt/files/2012/08/nota-de-aula_definicoes-de-estrategia.pdf [consultado em 16-05-2014]

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

Ittner, C., Larcker, D. e Meyer, M. (2003). Subjectivity and the weighting of performance measures: Evidence from a balanced scorecard. *The Accounting Review*, Vol. 78(3), 725–758.

Johnson, H.T. (1988). Activity-based information: a blueprint for world-class management accounting, *Management Accounting*, 23–30.

Kaplan, R. e Norton, D. (2001). The strategy focused organization: How the balanced scorecard thrive in the new business environment. Cambridge, MA: HarvardBusiness School Press.

Kaplan, R. e Norton, D. (2006). Alignment: Using the balanced scorecard to create corporate synergies. Boston: Harvard Business School Press.

Kaplan, R. e Norton, D. (2008). Executive premium: Linking strategy to operations for competitive advantage. Boston: Harvard Business School Press.

Kaplan, R. e Wisner, P. S. (2009). The judgmental effect of management communications and a fifth balanced scorecard category on performance evaluation. *Behavior Research in Accounting*, Vol. 21(2), 37–56.

Kaplan, R.S. e Norton, D. P. (2001). Transforming the Balanced Scorecard from Performance Measurement to Strategic Management: Part 1, *Accounting Horizon*, Vol. 15(1), 87–104.

Kaplan, R.S. e Norton, D.P. (1992). The balanced scorecard – measures that drive performance. *Harvard Business Review*, 70(1), 71–79.

Kaplan, R.S. e Norton, D.P. (2006a). How to implement a new strategy without disrupting your organization. *Harvard Business Review*, 84(3), 100–109.

Kaplan, R.S. e Norton, D.P. (2006b). Alignment: Using the balanced scorecard to create corporate synergies. *Harvard Business School Press*, Boston, MA.

Kaplan, Robert S. e NORTON David. P. (1997). *A Estratégia em acção Balanced ScoreCard*. Rio de Janeiro: Campus;

Kaplan, Robert S. e NORTON David. P.(2004). *Mapas Estratégicos Convertendo ativos intangíveis em resultados tangíveis*. Rio de Janeiro: Campus;

Kazandjian, V. A. e Lied, T. (1999). Healthcare performance measurement: systems design and evaluation. Wisc: American Society for Quality.

Kollberg, B. e Elg, M. (2011). The practice of balanced scorecard in health care services. *International Journal of Productivity and Performance Management*, Vol. 60 (5), 427-445.

Koumpouros, Y. (2013). Balanced scorecard: Application in the General Panarcadian Hospital of Tripolis, Greece. *International Journal of Health Care Quality Assurance*, Vol. 26(4), 286-307.

Kunz, H. e Schaaf, T. (2011). General and specific formalization approach for a balanced scorecard: an expert system with application in health care. *Expert Systems with Applications*, Vol. 38(3), 1947-1955.

Langfield-Smith, K. (2008). Strategic management accounting: how far have we come in 25 years? *Accounting, Auditing & Accountability Journal*, Vol. 21(2), 204-228.

Laurentis Fabiano (2009). Comportamento do consumidor e marketing de relacionamento. Brasil: Curitiba - IESDE.

Lebreiro Mariana (2002). " Os cinco princípios básicos" *Balanced Scorecard*, pp.33-37 Disponível em [http://www.peritocontador.com.br/artigos/colaboradores/Balanced Scorecard.pdf](http://www.peritocontador.com.br/artigos/colaboradores/Balanced_Scorecard.pdf) [consultado em 10-03-2014]

Lin, Z., Yu, Z. e Zhang, L. (2014). Performance outcomes of balanced scorecard application in hospital administration in China. *China Economic Review*. Vol. 30, 1-15.

Malina, A. S., Norreklit, H. S. e Selto, F. H. (2007). Relations among measures, climate of control, and performance measurement models. *Contemporary Accounting Research*, Vol. 24(3), 935-982.

Mannion, R. e Goddard, M. (2002). Performance measurement and improvement in health care. *Applied Health Economics Health Policy*, Vol. 1(1), 13-23.

McAdam, R. e Leonard, D. (2001). Developing TQM: the knowledge management contribution. *Journal of General Management*, 26(4), 47-61.

Mcallister, JP (1994). "The Balanced Scorecard", *Harvard Business Review*, Vol.72 (3), pp.156-&

McNair, C.J., Lynch, R.L. e Cross, K.F.(1990). Do financial and nonfinancial performance measures have to agree?*Management Accounting*, 28–36.

Mello, C. H. P. et al. (2002). ISO 9001:2000: Sistema de Gestão da Qualidade para Operações de Produção e Serviços. São Paulo: Atlas.

Morard, B., Stancu, A. e Jeannette, C. (2013). Time evolution analysis and forecast of key performance in a balanced scorecard. *Global Journal of Business Research*, Vol. 7(2), 9–27

Neves, Eunisia Patrícia Fernandes Silva (2011). *O Balanced Scorecard como instrumento de alinhamento estratégico nas organizações*. Tese de Mestrado Disponível em [https://repositorio.iscte-iul.pt/bitstream/10071/3361/1/Dissert%20MBA Eunisia CV Setembro 2011.pdf](https://repositorio.iscte-iul.pt/bitstream/10071/3361/1/Dissert%20MBA%20Eunisia%20CV%20Setembro%202011.pdf) [consultado em 20-03-2014];

Norreklit, H. (2000). The balance on the balanced scorecard—A critical analysis of some of its assumptions. *Management Accounting Research*, Vol. 11, 65–88.

Norreklit, H. (2003). The balanced scorecard: what is the score? A rhetorical analysis of the balanced scorecard. *Accounting, Organizations and Society*, Vol. 28(6),591–619.

Oda, Èrico, Marques Cicero Fernandes (2008). *Gestão das Funções Organizacionais*. 2ª edição. Brasil: Curitiba: IESDE

Olson, Eric M., SLATER Stanley F.(2002). “The balanced scorecard, competitive strategy, and performance”, *Business Horizons*, Vol.45(3), pp.11-16

Paladini, Edson Pacheco (2004).*Gestão da Qualidade Teoria e Prática*. São Paulo: Atlas;

Pink, G. H, Mckillop, I., Schraa, E. G, Preyra, C., Montgomery, C. e Baker, G. R. (2001). Creating a balanced scorecard for a hospital system. *Journal of Health Care Finance*, Vol. 27(3), 1-20.

Pinto, F.(2007). *Balanced Scorecard - Alinhar Mudança, Estratégia e Performance nos Serviços Públicos*, Edições Sílabo.

Pinto, Maria Manuela Gomes de Azevedo (2004). Modernização Administrativa e de Qualidade: uma ferramenta chamada CAF. *Cadernos de biblioteconomia Arquivística e Documentação Cadernos BAD número 002*. Lisboa: Associação Portuguesa de Bibliotecários, Arquivista e Documentalistas, 66-77

Pires, A. R. (2004). *Qualidade – sistemas de gestão da qualidade*. 3ª ed. Lisboa: Edições Sílabo,Lda.

Portal da administração: <http://www.portal-administracao.com/2014/06/os-14-principios-de-deming-analise.html> [consultado em 25-09-2013]

Porter, M.E., e Teisberg, E.O. (2005). Redefining Health Care: creating value-based competition on results. *Harvard Business Review*

Prado, Lauro Jorge (2002). *Guia do Balanced Scorecard*. Disponível em <https://www.uop.edu.jo/Repository/41/Livro%20Balanced%20Scorecard.pdf>. [consultado em 10-03-2014];

Ribeiro, Renato Vieira (2008), *ESTRATÉGIA EMPRESARIAL E DE RECURSOS HUMANOS*, Curitiba: IESDE Brasil S.A. PP 11-12

Rocha, J. A. O. (2004). *Gestão da Qualidade: aplicação aos serviços públicos*. Lisboa: Escolar Editora.

Rossi, P. H., Wright, J. D. e Anderson, A. B. (1983). *Handbook of Survey Research*. New York: Academic Press.

Russo João (2009). *Balance Scorecard para PME e pequenas e médias instituições*. Lisboa: Lidel;

Russo, J. (2006). *Balanced Scorecard para PME*, Lidel.

Sá, P. M. (2002). *Organisational Excellence in the Public Sector: with special reference to the Portuguese Local Government*. PhD Thesis. Sheffield Hallam University, UK.

Santos, Rui de Almeida (2006). *Balanced Scorecard em Portugal Visão Estratégica*. Lisboa: GestãoPlus;

Schiesari, L. M e Malik, A. M. (2006). Instrumentos utilizados na prática diária da gestão da qualidade. In: Gonçalves, E. L. (Org). *Gestão hospitalar: administrando o hospital moderno*. São Paulo: Saraiva.

Silva, Eduardo Sá (2013). *Dicionário de Gestão*. Porto: Vida Económica – Editorial SA, 142-143

Silva, Jailza Soraya Rodrigues (2011). *Desenvolvimento de uma Metodologia para implementação de um sistema de Gestão da Qualidade baseado na norma NP EN ISO 9001:2008*. Tese de Mestrado Disponível em <http://ria.ua.pt/bitstream/10773/8482/1/248229.pdf> [consultado em 30-09-2013];

Sousa, R. e Voss, A. (2002). "Quality management re-visited: a reflective review and agenda for future research". *Journal of Operations Management*. Vol 20(1), 91-109. doi:10.1016/S0272-6963(01)00088-2

Stringham, S. H. (2004). Does Quality Management Work in the Public Sector?. *Public Administration and Management: An Interactive Journal*. School of Public Affairs. 9(3), 182-211.

Tuckman, A. (1994). The Yellow Brick Road: Total Quality Management and the Restructuring of Organizational Culture, *Organization Studies*, Vol. 15, 727-751.

Walker, K.B. e Dunn, L.M. (2006). Improving Hospital Performance And Productivity With the Balanced Scorecard. *Academy of Health Care Management Journal*, Vol. 2, 85-110.

Wilkinson, A., Redman, T., Snape, E. e Marchington, M. (1998). *Managing with Total Quality Management: Theory and practice*. UK: McMillan.

Ybañez, N., Rocha, J. S. Y, Castro, P. C, Ribeiro, M. C. S. A, Foster, A. C, Novaes, M. H. D e Viana, A. L. D. (2006). Avaliação do desempenho da atenção básica no estado de São Paulo. *Ciência & Saúde Coletiva*, Vol. 11(3), 683-703.

