



Licenciatura em Gestão em Saúde

## **Saúde J**

# **Projeto de Serviço de Saúde Mental de apoio ao Jovem**

Projeto Final de Licenciatura

Elaborado por João Tiago

Aluno nº 20111570

Orientador: Professor Doutor Carlos Rodrigues

Barcarena

Outubro 2014



Universidade Atlântica

Licenciatura em Gestão em Saúde

## **Saúde J**

### **Projeto de Serviço de Saúde Mental de apoio ao Jovem**

Projeto Final de Licenciatura

Elaborado por João Tiago

Aluno nº 20111570

Orientador: Professor Doutor Carlos Rodrigues

Barcarena

Outubro 2014





O autor é o único responsável pelas ideias expressas neste relatório



## **Agradecimentos**

Especialmente às minhas filhas e à minha mulher o tempo que deixei de me envolver com elas para mergulhar nas profundezas do conhecimento.

Aos meus pais por todo o apoio prestado durante a minha Licenciatura.

Ao Dr. José Manuel Eusébio e à Alda por todo o apoio e colaboração prestados durante o meu estágio.

À IMO e à Paramédica pela ajuda técnica relativamente a equipamentos médicos.

Ao António Louro por me ter incentivado e motivado a fazer a Licenciatura de Gestão em Saúde

“...E assim, lição por lição  
Que a pouco e pouco aprendemos  
De outros – a outros daremos,  
Que a muitos outros darão”  
António Aleixo



## **Resumo**

### **Saúde J - Projeto de Serviço de Saúde Mental de apoio ao Jovem**

Através do estágio desenvolvido na Casa de Saúde da Idanha (CSI), permitiu desenvolver um projeto de criação do Departamento de Saúde Mental do Adolescente.

O crescimento exponencial da necessidade de tipos de cuidados de saúde nesse âmbito norteou a criação do projeto Saúde J. O presente relatório trata da implementação de um Serviço de Saúde Mental de apoio ao adolescente (10 aos 18 anos) na CSI que se enquadra numa IPSS, nas várias especialidades e vertentes que, conjuntamente com a Direção do Hospital, foi definido ser constituído por uma Unidade de Internamento especializada de Saúde Mental de Psiquiatria da Adolescência, Consulta Externa, Hospital de Dia, duas Residências de Apoio e ainda a criação de um Serviço de Apoio Domiciliário.

A metodologia utilizada teve como base um modelo de elaboração própria, que é composto por uma primeira dimensão que descreve a natureza da organização. A segunda dimensão do modelo diz respeito à fundamentação da implementação do serviço, ao Plano Nacional de Saúde Mental (PNMS) e a sua estratégia para Portugal. A terceira dimensão que compõe o modelo inclui uma análise SWOT. Da quarta à oitava dimensão inclusive, é desenvolvido o enquadramento teórico em que assenta a realização do projeto, assim como a sua fundamentação, começando pela implementação de um sistema de controlo de gestão – o Balanced Scorecard (BSC), a análise estrutural que inclui a logística, sistemas de informação e de manutenção, a gestão da qualidade, a gestão de recursos humanos e a análise e avaliação de projetos de investimento. A nona dimensão refere a análise organizacional observada durante o estágio e assente no enquadramento teórico. Na décima dimensão elaboram-se propostas para a implementação do serviço “Saúde J”, com base no enquadramento teórico e na análise organizacional e finalmente a décima primeira dimensão onde apresenta as suas conclusões.

Daí resultou a necessidade da elaboração de um sistema de controlo de gestão, uma ferramenta estratégica essencial para levar a bom porto os objetivos da organização, permitindo criação de um conjunto de indicadores que visem o seu controlo e monitorização. Assim, paralelamente à elaboração do projeto, nas várias perspetivas foi elaborado o Balanced Scorecard aplicado ao novo Serviço: o Saúde J.

Assim, foi desenvolvido um modelo de serviço, estruturado e acompanhando a visão e missão da própria organização, baseado em modelos de qualidade EQUASS presentes na CSI, e integrado na sua totalidade na ferramenta Balanced Scorecard. Foi elaborado num ficheiro Excel, uma matriz base de Balanced Scorecard para o Saúde J, pronta a utilizar pelos serviços do hospital, o qual inclui relatórios de acompanhamento e controlo.

Todo o modelo de serviço foi alvo de uma avaliação económico-financeira, de modo a verificar a sua sustentabilidade, que se traduziu numa necessidade de investimento inicial de 78.500€, no conjunto dos serviços prestados. A rentabilidade do projeto é elevada, atingindo um resultado líquido de 437.000€, aumentando de forma sustentável no conjunto dos seis anos analisados. O Retorno de investimento (ROI) apresenta uma taxa de 60% em 2015 que, juntamente com a existência de um Valor Atual Líquido (VAL) estimado superior a 6M€, garante a viabilidade financeira do negócio e a sua probabilidade de sucesso.

Foi assim desenvolvido um trabalho de base, pronto a ser utilizado, para a implementação de um projeto real e viável, e que cria valor para a organização, e que obteve um parecer favorável da direção do CSI.

**Palavras-chave: Saúde, Balanced Scorecard, Qualidade, Integração**

## **Abstract**

### **Saúde J - Project for Mental Health Service to support the Youth**

Through the training developed in the Casa de Saúde da Idanha (CSI), allowed to develop a project for the creation of the Department of Mental Health of Adolescents.

The exponential growth of the need for types of health care in this context guided the creation of the Saúde J Project This report deals with the implementation of a Mental Health Service to support the adolescent (10 to 18) in the CSI that fits in a IPSS, in various specialties and strands that, according with the Director of the Hospital, the service was defined in a specialized unit Inpatient Mental Health Adolescent Psychiatry, Outpatient, Day Hospital, two residences for support and the creation of a Home Care Service

The methodology was based on a model of own development, which is composed of a first dimension that describes the nature of the organization. The second dimension of the model concerns the reasons for the implementation of the service, to the National Mental Health Plan (PNMS) and its strategy for Portugal. The third dimension that makes up the model includes a SWOT analysis. From the fourth to the eighth dimension, is developed the theoretical framework that support the realization of the project, as well as their reasons, starting with the implementation of a system of management control - the Balanced Scorecard (BSC), the structural analysis that includes logistics, information systems and maintenance, quality management, human resource management and the analysis and evaluation of investment projects. The ninth dimension refers to the organizational analysis observed during the internship and based on the theoretical framework. In the tenth dimension are elaborated proposals for the implementation of the "Saúde J" service, based on the theoretical framework and organizational analysis and finally the eleventh dimension which presents the conclusions.

This led to the need of creating a system of management control, an essential strategic tool to bring to a successful conclusion the goals of the organization, allowing the creation of a set of indicators that aim their control and monitoring. Thus, parallel with the preparation of the project, based on the various perspectives was developed the Balanced Scorecard applied to the new service: the Saúde J.

A service model was developed, structured and following the vision and mission of the organization itself, based on quality model EQUASS present in CSI, and included in its entirety in the Balanced Scorecard tool. It was prepared in an Excel file, a matrix ready to be used by the hospital services, which includes monitoring and control reports.

The entire service model was the target of an economic and financial evaluation, in order to verify its sustainability, which resulted in a need for initial investment of € 78,500 in the whole of the six services. The profitability of the project is high, reaching a net profit of € 437,000, increasing sustainably in all the six years analyzed. Return on investment (ROI) has a rate of 60% in 2015 which, together with the existence of a Net Present Value (NPV) estimated more than 6M €, ensures the financial viability of the business and its probability of success.

It was developed a work, ready to be used for the implementation of a real and viable project, and that creates value for the organization, and obtained a favorable opinion from the direction of CSI.

**Keywords: Health, Balanced Scorecard, Quality, Integration.**

## Índice

Introdução .....	1
1. A Casa de Saúde da Idanha (CSI).....	4
1.1. Missão, Visão e Valores .....	4
1.2. Estrutura da CSI .....	5
1.3. Organograma .....	6
1.4. Fundamentação e necessidades de implementação do Serviço .....	6
Enquadramento Teórico.....	11
2. O Controlo de Gestão .....	11
2.1. O Balanced Scorecard .....	11
2.2. A gestão da organização .....	12
2.3. A utilização do BSC nos sistemas de saúde .....	13
2.4. Indicadores hospitalares .....	14
3. Conceito de Estrutura e divisão do trabalho .....	15
3.1. Dentro de cada nível da organização .....	16
3.2. As cinco componentes básicas da organização .....	16
3.3. O hospital na perspetiva da organização .....	18
4. Gestão Logística e Sistemas de Informação (SI) e Tecnologias de Informação e Comunicação (TIC) .....	18
4.1. Logística na Saúde.....	18

4.2. Sistemas de informação (SI) e Tecnologias de Informação e Comunicação (TIC)	20
4.3. Sistemas de informação empresariais .....	21
4.4. SI e TIC na saúde .....	23
5. Gestão da Qualidade.....	26
5.1. Conceito da Qualidade .....	26
5.2. Custos da Qualidade .....	26
5.3. A melhoria contínua.....	28
5.4. O EFQM.....	29
5.5. A qualidade na saúde .....	29
5.6. Estratégias da Qualidade nos cuidados de saúde na UE .....	30
6. Gestão de Recursos Humanos (GRH).....	30
6.1. Recrutamento e Seleção .....	31
6.2. Socialização .....	32
6.3. GRH e o negócio.....	33
6.4. As melhores práticas de GRH.....	34
6.5. Aprendizagem e performance organizacional .....	35
6.6. A organização aprendente.....	35
6.7. A eficiência organizacional.....	36
6.8. O Projeto Organizacional.....	37

7.	Análise e Avaliação de Projetos de Investimento (AAPI).....	38
7.1.	Definição de Investimento.....	38
7.2.	Demonstrações financeiras (DF) previsionais .....	40
7.3.	Decisões de investimento e o custo do capital .....	41
7.4.	Análise de rendibilidade .....	41
7.5.	Análise do risco e da incerteza .....	43
7.6.	Análise de Rácios .....	45
	Análise Organizacional.....	45
8.	Análise estrutural .....	45
9.	Gestão da qualidade e dos Recursos Humanos.....	46
9.1.	Certificação Nível I do EQUASS.....	47
9.2.	Breve perspetiva sobre os recursos humanos na organização .....	48
10.	Análise e Avaliação do Projeto de Investimento (AAPI) .....	49
10.1.	Balanço .....	49
10.2.	Análise de Rendibilidade.....	57
10.3.	Análise de Cenários e Sensibilidade.....	59
	Propostas.....	60
11.	O Saúde J.....	60
11.1.	Missão e Objetivos .....	60
11.2.	Prestação de Cuidados .....	61

11.3. Estrutura do Saúde J.....	61
11.4. Gestão da Qualidade .....	65
11.5. Gestão de Recursos Humanos.....	67
11.6. AAPI – Proposta .....	70
11.7. BSC – Proposta.....	71
12. Conclusão .....	74
Bibliografia.....	77

## Anexos

### **Índice de figuras**

Figura 1 - Modelo de Análise Saúde J .....	3
Figura 2 - Processo de informação de enfermagem .....	25
Figura 3 - A Estrutura proposta para o Saúde J.....	63
Figura 4 - Circuito do medicamento .....	64
Figura 5 - Fluxograma do SJ.....	66
Figura 6 - Proposta do BSC para o SJ.....	72
Figura 7 - Quadro de avaliação do BSC.....	73

### **Índice de tabelas**

Tabela 1- Análise SWOT relativa à implementação do Saúde J.....	10
Tabela 2 - Custos Totais da Qualidade.....	27
Tabela 3 - Quadro Resumo necessidades de R.H. mensais.....	67

## **Introdução**

O estágio desenvolvido na Casa de Saúde da Idanha (CSI), permitiu conhecer a organização profundamente tornando possível elaborar o projeto de implementação do Departamento de Saúde Mental do Adolescente, conforme me tiveram solicitado.

A presente realidade da saúde mental, particularmente na infância e adolescência forma em si um tema delicado e preocupante, muito também devido ao momento de crise que atravessamos, fazendo crescer exponencialmente a necessidade de tipos de cuidados de saúde nesse âmbito.

Com a aprovação do Plano de Saúde Mental 2007-2016, torna-se evidente a obtenção de respostas de qualidade, a nível da prevenção, tratamento e fomentando a ligação e articulação a outras estruturas ligadas á saúde como a educação, serviços sociais, direito de menores e família.

O presente relatório de estágio diz respeito à implementação de um Serviço de Saúde Mental de apoio ao adolescente (10 aos 18 anos) na CSI que se enquadra numa IPSS, nas várias especialidades e vertentes que conjuntamente com a Direção ficou definido ser constituído por uma Unidade de Internamento especializada de Saúde Mental de Psiquiatria da Adolescência, Consulta Externa, Hospital de Dia que funcionará como Centro de Dia, duas Residências de Apoio e ainda a criação de um Serviço de Apoio Domiciliário.

Perante a complexidade do desafio então proposto foram selecionadas as áreas que parecem ser as mais relevantes para o caso, partindo do pressuposto que o espaço físico encontra-se instalado e já com algum tipo de infraestruturas e equipamento.

Todavia, não deixará de ser relevante o estudo de viabilidade económico-financeira inicialmente proposto, atendendo à atual escassez de recursos e à sua sobrevivência a longo prazo, assegurando desta forma a qualidade dos cuidados de saúde para a qual a organização está naturalmente vocacionada, dentro do seu perfil de atuação, pelo seu histórico, missão e valores enquadrado num processo de melhoria contínua.

Perante a análise dos vários pressupostos à realização da implementação de uma estrutura com a referida dimensão, evidencia-se a necessidade da elaboração de um sistema de

controlo de gestão, uma ferramenta estratégica essencial para levar a bom termo os objetivos da organização, permitindo criação de um conjunto de indicadores que visem o seu controle e monitorização. Assim, paralelamente à elaboração do trabalho, nas várias perspetivas será elaborado o Balanced Scorecard aplicado ao novo Serviço, o Saúde J.

### Metodologia

“A metodologia de investigação consiste num processo de seleção da estratégia de investigação, que condiciona, por si só, a escolha das técnicas de recolha de dados, que devem ser adequados aos objetivos que se pretendem atingir” (Sousa e Batista, 2011)

### Recolha de dados

A recolha de dados diz respeito conjunto de processos operativos fundamentais no processo de investigação com o recurso a várias fontes de informação. Os dados para elaboração do presente projeto, de acordo com Sousa e Batista (2011), são dados secundários provindos da análise documental pelo acesso a informações trabalhadas por terceiros no que refere à sua recolha em livros, jornais e revistas, internet e outros.

Segundo Krippendorff (1980), citado por Bell (2010) a seleção de documentos é importante no que se refere à análise de conteúdo definida “como uma técnica de investigação para fazer inferências válidas e repetíveis a partir dos dados e em relação ao seu contexto” (2010, p 107)

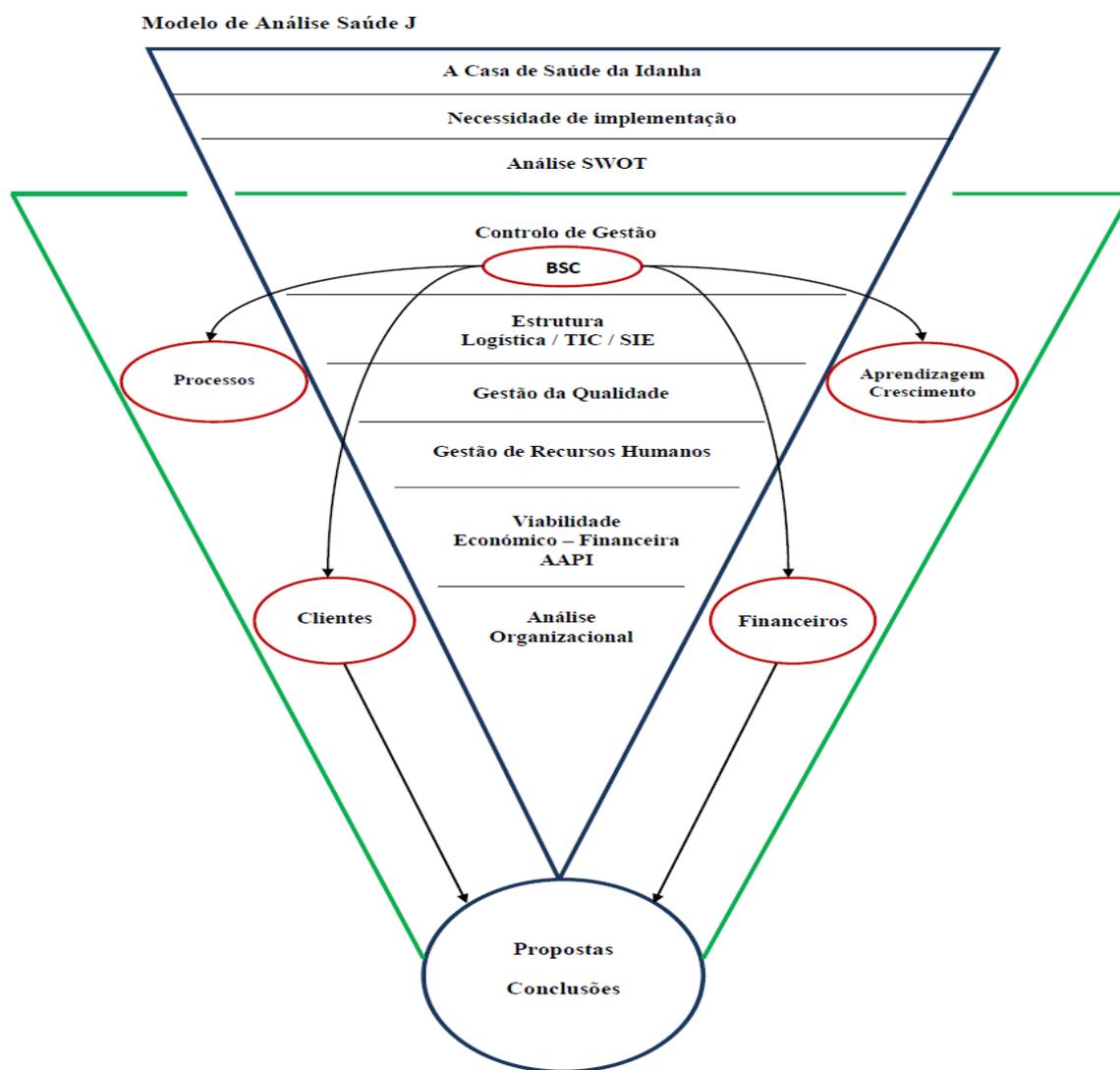
Para elaboração do projeto é usado o método de investigação qualitativa com base na observação e na análise documental. A observação implica a presença do investigador no local de recolha, usando vários métodos. A análise documental é uma técnica de investigação qualitativa, complementando informações obtidas por outras técnicas ou pela descoberta de novas evidências sobre um tema. Trata-se de uma análise crítica interna na qual o documento é sujeito a uma análise rigorosa (Sousa e Batista, 2011).

### Modelo de análise

Conforme Miles e Huberman (1994), citados por Sousa e Batista (2011), um modelo de análise é um esquema teórico representativo de um fenómeno ou conjunto de fenómenos,

explica de forma gráfica ou narrativa as dimensões a serem estudadas, representando a realidade que se pretende estudar de uma forma simplificada. (2011, p 43)

Relativamente à conceptualização os autores definem como “uma construção abstrata que visa dar conta do real”. (2011, p 46) Sendo que a operacionalização é o “conjunto de procedimentos que descreve as atividades que um observador deve realizar para receber as impressões sensoriais, as quais indicam a existência de um conceito teórico em maior ou menor grau” Sampieri, Collado e Lucio (2006), citados por Sousa e Batista (2011)



**Figura 1 - Modelo de Análise Saúde J**

**Elaboração própria**

A Fig. 1 representa o modelo de análise utilizado para o desenvolvimento do trabalho no âmbito do estágio realizado na Casa de Saúde da Idanha (CSI). Fruto de uma reflexão teórica aprofundada este modelo constitui a construção de um guião que permitiu retratar de forma simplificada a realidade observada (CSI) e conduzir todo o meu percurso de estágio de modo sistematizado. Este modelo é composto por uma primeira dimensão que tenta descrever a natureza da organização, identificando as principais características da CSI, como sejam, a missão, visão, valores e estrutura organizacional. A segunda dimensão do modelo diz respeito à fundamentação da implementação do serviço, ao Plano Nacional de Saúde Mental (PNMS) e a sua estratégia para Portugal tendo em conta as diretrizes da EU e da OMS, focando sobretudo as carências ao nível da infância e adolescência. A terceira dimensão que compõe o modelo inclui uma análise SWOT, analisando sumariamente os Pontos fortes e pontos francos no contexto interno e também as ameaças e oportunidades no envolvimento externo. Da quarta à oitava dimensão inclusive, é desenvolvido o enquadramento teórico em que assenta a realização do projeto, assim como a sua fundamentação, começando pela implementação de um sistema de controlo de gestão – o Balanced Scorecard (BSC), a análise estrutural que inclui a logística, sistemas de informação e de manutenção, a gestão da qualidade, a gestão de recursos humanos e a análise e avaliação de projetos de investimento. A nona dimensão refere a análise organizacional observada durante o estágio e assente no enquadramento teórico. Na décima dimensão o autor elabora propostas para a implementação do serviço “Saúde J”, com base no enquadramento teórico e na análise organizacional e finalmente a décima primeira dimensão onde apresenta as suas conclusões.

## **1. A Casa de Saúde da Idanha (CSI)**

A Casa de Saúde da Idanha pertence à Congregação das Irmãs Hospitaleiras do Sagrado Coração de Jesus. Foi fundada em 1894 por S. Bento Menni e é o primeiro Centro Assistencial da Congregação em Portugal.

### **1.1. Missão, Visão e Valores**

A prestação de cuidados diferenciados e humanizados em saúde, sobretudo em saúde mental e psiquiatria, de acordo com as melhores práticas clínicas, com qualidade e

eficiência, respeito pela individualidade e sensibilidade do utente, numa visão humanista e integral da pessoa.

Ser um estabelecimento de saúde com intervenção especializada em saúde, sobretudo em saúde mental e psiquiatria, inserido na comunidade, em contínua evolução no sentido de uma adequação sistemática e progressiva às necessidades da população em cada momento, enquadrando na assistência prestada, os aspetos médicos e sociais que englobam a dimensão física, psíquica, social e espiritual da pessoa doente.

Sensibilidade em relação aos excluídos; Serviço aos doentes e necessitados; Acolhimento libertador; Saúde integral; Qualidade profissional; Humanidade na atenção; Ética em toda a atuação e história da organização.

A qualidade é um objetivo institucional inerente à missão do Instituto das Irmãs hospitalares do Sagrado Coração de Jesus, cuja concretização constituindo um compromisso dos Centros Assistenciais, pelos profissionais e equipas. Compromisso esse, na prestação de cuidados globais de saúde, numa dinâmica de melhoria contínua, aos vários níveis de intervenção – prevenção, diagnóstico, tratamento e reabilitação, satisfazendo as necessidades e expectativas de todas as partes interessadas – utentes, familiares, profissionais, voluntários, entidades parceiras e financiadoras.

## **1.2. Estrutura da CSI**

A Casa de Saúde da Idanha tem uma lotação de 525 camas divididas em 17 unidades de internamento, 4 residências internas e 4 residências comunitárias de apoio moderado, tendo como valências assistenciais: Psiquiatria, Deficiência mental, Psicogeriatrics/Gerontopsiquiatria, Cuidados continuados integrados, Ambulatório, Área de dia e Reabilitação profissional. Contando com o apoio de outras estruturas, como o Departamento de Qualidade, o Departamento de Formação, o Gabinete do Utente, o Grupo de Auto-Representação, os Serviços Administrativos compostos pelo Expediente geral, Tesouraria, Contabilidade e Faturação, Departamento de Recursos Humanos, os Serviços sócio-terapêuticos como o Auditório, o Cabeleireiro, o Ginásio, o Campo Ludoterápico e a Biblioteca e ainda os Serviços gerais e de manutenção.

### **1.3. Organograma**

Ver **Anexo 14**

### **1.4. Fundamentação e necessidades de implementação do Serviço**

Através do Plano Nacional de Saúde Mental 2007-2016 (PNSM), aprovado pela Resolução do Conselho de Ministros n.º 49/2008, de 6 de Março, em que refere a saúde mental como uma prioridade para a saúde pública.

Estudos epidemiológicos realizados recentemente mostram que as perturbações psiquiátricas assim como os problemas de saúde mental são uma das principais causas de morbilidade nas sociedades atuais. Perturbações estas como a depressão, dependência do álcool e esquizofrenia, que no passado não tiveram a devida atenção. Segundo a OMS, no que se refere à infância e adolescência, “uma em cada cinco crianças apresenta evidência de problemas de saúde mental e este peso tende a aumentar”. (PNSM 2007-2016)

Ainda assim temos aspetos positivos relevantes criados nas últimas décadas como a criação de serviços descentralizados tendo contribuído para a melhor acessibilidade e qualidade na prestação de cuidados, gerando respostas mais rápidas junto das populações em articulação com centros de saúde e agências da comunidade. O PNSM (2007-2016), realça ainda outro aspeto positivo que foi o desenvolvimento de programas e estruturas de reabilitação psicossocial, criado ao abrigo do Programa Horizon da CE, no final dos anos 90, ainda que com o grave problema da inexistência de estruturas como residências na comunidade e empresas sociais para doentes mentais graves.

Todavia o maior problema relacionado com o atraso de Portugal relativamente a outros países euro estavam relacionados com a falta de planeamento e de apoio à melhoria dos serviços, pois sofriam de “insuficiências graves, a nível da acessibilidade, da equidade e da qualidade de cuidados” (PNMS 2007-2016).

Salienta-se ainda que grande parte dos recursos continua centrada em Lisboa, Porto e Coimbra, tendo sido criados em vários pontos do país excelentes instalações, que apenas funcionam parcialmente, sendo que algumas nem abriram devido à falta de fixação de profissionais competentes na área, que por sua vez se têm acumulado nos hospitais dos grandes centros.

Sendo inúmeras as dificuldades e insuficiências, e efetuada uma análise à situação em Portugal, torna-se importante referir os pontos de maior relevância:

A reduzida participação de utentes e familiares;

- A escassa produção científica no sector da psiquiatria e saúde mental;
- A limitada resposta às necessidades de grupos vulneráveis;
- A quase ausência de programas de prevenção/promoção.

(PNSM 2007-2016)

Quanto à organização dos serviços de psiquiatria e saúde mental da infância e adolescência constata-se a urgência de desenvolver programas e serviços que deem respostas de qualidade a nível da prevenção junto da população, e tratamento contribuindo para melhorar a prestação de cuidados, com especial atenção na articulação entre os serviços de saúde mental infanto-juvenis e outras estruturas ligadas à saúde, educação, serviços sociais e direito de menores e família. (PNSM, 2007-2016). A organização dos serviços de Psiquiatria e Saúde Mental da Infância e adolescência presta cuidados a três níveis:

- Cuidados de Saúde Primários, assegurados por núcleos de apoio à saúde mental infantil, constituídos por profissionais dos centros de saúde e unidades de saúde familiar;
- Cuidados Especializados de âmbito local, prestados por serviços/unidades especializados de psiquiatria e saúde mental da infância e adolescência integrados em hospitais gerais;
- Ao nível regional, pelos departamentos de âmbito regional, localizados em Lisboa, Porto e Coimbra.

Na Proposta do Plano de Ação para a Reestruturação e Desenvolvimento dos Serviços de Saúde Mental em Portugal (2007-2016), através da Comissão Nacional para a Reestruturação dos Serviços de Saúde Mental (CNRSSM), relativamente aos serviços de psiquiatria e saúde mental na infância e adolescência, A OMS (2006) aponta fragilidades encontradas nalguns países no que se refere à organização dos serviços de saúde, entre os quais:

- Sistemas de informação inadequados;

- Trabalhadores de saúde mental com fraca formação em saúde mental da criança e do adolescente;
- Pouca perceção da importância das questões de saúde mental da criança e do adolescente (por ex. da depressão) comparada a outras questões de saúde (mortalidade infantil);
- Coordenação deficiente entre os níveis diferentes de atuação;
- Fraca colaboração intersectorial;
- Processos precários de melhoria da qualidade;
- Escassa distribuição de recursos para a saúde mental da criança e do adolescente.

A CNRSSM refere ainda os tipos de serviços de saúde mental para crianças e adolescentes disponíveis na maioria dos países europeus

#### Serviços de Ambulatório:

- Departamentos/serviços hospitalares com Consulta Externa;
- Serviços de Psiquiatria da Infância e Adolescência em serviços de saúde pública;
- Serviços de aconselhamento familiar;
- Centros de intervenção precoce;
- Serviços sociais de apoio a crianças;
- Psiquiatras da Infância e Adolescência em serviços privados;
- Psicoterapeutas de orientação psicanalítica em serviços privados.

#### Hospitais de Dia:

- Hospitais de Dia;
- Hospitais de Noite.

#### Serviços de Internamento:

- Serviços de Internamento em Hospitais universitários;
- Serviços de Internamento em Hospitais psiquiátricos públicos;
- Serviços de Internamento em Hospitais gerais ou Hospitais pediátricos;

#### Serviços Complementares

- Serviços de reabilitação para grupos especiais (por ex. crianças com lesões cerebrais graves, epilepsia);
- Diferentes tipos de residências;
- Grupos residenciais para adolescentes.

Integrado na criação de respostas de cuidados integrados em saúde mental, em articulação com a segurança social, o Decreto-Lei n.º 8/2010 concretiza “ medidas para a organização e coordenação de unidades e equipas multidisciplinares com vista à prestação de apoio psicossocial e de cuidados médicos, ao reforço das competências, à reabilitação, à recuperação e integração social das pessoas com incapacidade psicossocial, bem como à promoção e reforço das capacidades das famílias que lidam com estas situações (DL n.º 8/2010). Com o presente Decreto-Lei foram criadas estruturas multidisciplinares de cuidados continuados integrados de saúde mental, com adaptação às necessidades dos diferentes grupos etários e em articulação com a rede nacional de cuidados integrados (RNCC) e com os serviços locais de saúde mental (SLSM). As estruturas multidisciplinares prestarão três tipos de cuidados: equipas de apoio domiciliário, unidades sócio-ocupacionais e unidades residenciais.

Através da Portaria 149/2011 de 8 de Abril, com a criação dos cuidados integrados de saúde mental (CCISM), veio permitir que a RNCCI se estenda a pessoas com problemas de saúde mental, por considerar, enquadrada “no âmbito da parceria com a segurança social, a existência de equipas de apoio domiciliário, de unidades socio-ocupacionais e de unidades residenciais, tendo em vista a criação de estruturas reabilitativas psicossociais que respondam aos vários graus de incapacidade e dependência por doença mental grave”. Refere ainda a criação de novas tipologias de unidades e equipas, desde o sector social ao sector público e privado lucrativo, indo ao encontro dos convénios com a CE, com as recomendações da OMS e com o Tribunal Europeu dos Direitos do Homem. Visa ainda criação e adaptação de estruturas mais humanizadas, com maior eficácia do ponto de vista clínico e de reabilitação, evidenciando ainda “um carácter inovador ao contemplar também tipologias de unidades e equipas para crianças e adolescentes” (Portaria 149/2011 de 8 de abril).

Pelos fundamentos apresentados, conclui-se que a CSI, uma IPSS, pertencente ao Instituto das Irmãs Hospitaleiras do Sagrado Coração de Jesus, tem por objetivos desenvolver a

prestação de cuidados de saúde de acordo com o modelo assistencial hospitalareiro abrangendo as vertentes preventiva, terapêutica e reabilitadora orientado para a centralidade da pessoa assistida, nas áreas de saúde mental e psiquiatria. Enquadrada na RNCCI e possuindo todas as condições requeridas tanto a instalações como no âmbito social, humano e pelo referencial histórico que possui, a CSI encontra-se capacitada para o desafio que constitui a implementação do projeto Saúde J, respondendo desta forma à necessidade de uma oferta de serviços diferenciados e especializados na prestação de cuidados de saúde ao adolescente, constituindo uma inovação para a Congregação em Portugal. Com vista à implementação do Serviço, torna-se útil uma análise SWOT para melhor identificação dos pontos fortes e dos pontos fracos do ponto de vista interno e das oportunidades e ameaças inseridas na envolvente externa. Desta análise realçamos os seguintes pontos:

	<b>Forças</b>	<b>Fraquezas</b>
<b>Análise Interna</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Profissionais motivados e identificados com os valores e missão da organização</li> <li>- A existência de um sistema de gestão da qualidade no qual o SJ se enquadrará</li> <li>- Equipas multidisciplinares, flexíveis, elevado espírito de entre ajuda, aliada a uma boa capacidade de comunicação interna e externa</li> <li>- Experiência na prestação de cuidados de saúde em saúde mental efetuados realçando o valor humano e centralizados na pessoa</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Uma nova área de intervenção no plano da saúde mental</li> <li>- Limites orçamentais para a implantação do projeto</li> <li>- Adequada seleção dos profissionais de saúde alinhada com a missão e valores da CSI</li> <li>- Possível défice na comunicação e articulação entre os vários serviços do SJ, podendo gerar desperdício</li> </ul>
<b>Análise Externa</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Falta de respostas especializadas no âmbito da saúde mental</li> <li>- A diferenciação e a qualidade dos cuidados de saúde prestados pela CSI, tendo como meta a reintegração dos jovens na sociedade</li> <li>- Oportunidade estratégica intersectorial</li> <li>- O aumento exponencial de casos relacionados com problemas de saúde mental nos jovens</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Restrições económico-financeiras por parte do SNS e subsistemas de saúde, que podem limitar a implementação do SJ</li> <li>- Instabilidade económico-social associada a indefinições estratégicas por parte do executivo</li> <li>- Iliteracia, falta de valores com base no respeito e na coresponsabilidade</li> <li>- Estigma e falta de esclarecimento associados à saúde mental</li> </ul>
	<b>Oportunidades</b>	<b>Ameaças</b>

**Tabela 1- Análise SWOT relativa à implementação do Saúde J**

**Elaboração Própria**

## **Enquadramento Teórico**

### **2. O Controlo de Gestão**

Será da máxima importância a elaboração de um sistema de controlo de gestão que assegure a avaliação e desempenho do serviço, garantindo que os objetivos traçados serão atingidos. “O controlo de gestão é um conjunto de instrumentos que motivem os responsáveis descentralizados a atingirem os objetivos estratégicos da empresa, privilegiando a ação e a tomada de decisão em tempo útil e favorecendo a delegação de autoridade e responsabilização” (Jordan, Neves e Rodrigues, 2011).

#### **2.1. O Balanced Scorecard**

O BSC foi criado em 1992 por Kaplan e Norton com intuito de tornar-se no cerne de sistemas integrados de gestão de performance e “Traduz-se na sua capacidade para alinhar, integrar e interagir com outras metodologias de melhoria, criando um painel de comando estratégico adaptável a qualquer tipo de organização – empresa, serviço público ou organização sem fins lucrativos” (Pinto, F. 2009)

Segundo Jordan, Neves e Rodrigues (2011), consiste num sistema de gestão estratégica envolvido pelas quatro perspetivas e suas relações causais, fomentando e apoiando os objetivos e a visão através da análise de indicadores estratégicos, permitindo dessa forma uma melhor planificação e alinhamento da organização bem como a sua constante monitorização. A implementação da avaliação da medição dá-nos a perceção do alcance que obtivemos, permitindo avaliar o sucesso e corrigir falhas, demonstrando assim os resultados. Para efetuar a medição da performance devem ser usados indicadores, métricas de performance com as principais classificações:

- Melhorar tempos de resposta;
- Melhorar a qualidade;
- Melhorar a produtividade (Melhores resultados com menos recursos, eficiência e eficácia na perspetiva de gestão);
- Melhorar a performance no âmbito financeiro.

Para análise da sustentação, de indicadores e medidas a observar, o BSC é apoiado por ferramentas fundamentais usadas na gestão que nos transportam o tipo de informação adequada, como o Benchmarking e o Tableau de Bord. De acordo com Jordan, Neves e Rodrigues (2011), O BSC assume-se assim como um instrumento de gestão estratégica das organizações, focado em questões próprias das quais são as principais:

- Ligar os indicadores de performance á estratégia;
- Proporcionar aos gestores uma visão alargada e integrada do desempenho;
- Ligar o controlo operacional à visão e à estratégia;
- Clarificar as relações de causa-efeito em que se acredita;
- Focalizar a atenção dos gestores no que é mais crítico.

### **2.1.1. As quatro perspetivas do Balanced Scorecard**

O BSC, para além das medidas financeiras, que nos fornecem resultados de ações já tomadas, num ponto de vista retrospectivo, é complementado por medidas operacionais relativas a clientes, processos internos e a aprendizagem e crescimento, com vista a um melhor desempenho futuro.

Ver **Anexo 15**

## **2.2. A gestão da organização**

O BSC mede os resultados da implantação de uma estratégia, portanto medimos os resultados presentes comparando-os com o que se pretende obter no futuro.

Existem três princípios lógicos que ligam o BSC e as políticas estratégicas de uma organização. O princípio causa-efeito, indicadores de desempenho e a interligação com resultados financeiros (Kaplan, Norton, 1996).

O BSC dá-nos a estratégia através dos objetivos e indicadores definidos. Os indicadores relacionam-se numa cadeia de causa-efeito. O processo causa-efeito contribui para identificar as infraestruturas e competências que uma organização necessita melhorar, desenvolver e corrigir, de forma a sustentar os processos internos e satisfazer os clientes. É elaborado através de perguntas que conduzem à formulação dos objetivos e estratégias dentro de cada perspetiva (Pinto, 2009).

Tipos e classificação de indicadores:

- Indicadores de inputs;
- Indicadores de processos (atividade);
- Indicadores de outputs;
- Indicadores de resultados (outcoms);
- Indicadores indutores (drivers).

Os indicadores utilizados habitualmente pelas organizações são os de rendibilidade, quota de mercado e satisfação dos clientes, sendo estes indicadores do passado não revelando os indutores (drivers) da rendibilidade financeira, processos internos e de intangíveis dentro da perspetiva aprendizagem e crescimento (Pinto, 2009).

Deve o BSC ter uma combinação com indicadores indutores (performance drivers), como por ex. – tempo de ciclo, absentismo, inovação, taxas, liderança de equipas, apontados para o futuro de forma a complementar a visão da organização. Todas as iniciativas estratégicas e medidas devem estar relacionadas com os resultados financeiros e criação de valor com um objetivo financeiro bem definido (Pinto, 2009).

Ver **Anexo 16**

A concretização dos objetivos em todas as perspetivas, devidamente articulados entre si, em termos de causa-efeito, constitui a base para se atingirem as prioridades estratégicas previamente fixadas. O conjunto de todas as prioridades estratégicas constitui a estratégia global formulada, cujo objetivo final é atingir a visão (Pinto, 2009).

### **2.3. A utilização do BSC nos sistemas de saúde**

Segundo Matos e Ramos (2009), o contributo do BSC para a organização visa identificar falhas na estratégia utilizada. Os principais temas da estratégia devem compreender:

- Sensibilidade financeira;
- Desenvolvimento da imagem e reputação da organização;
- Crescimento do número de doentes atendidos;
- A excelência na realização dos processos e melhoria contínua, com demonstrações de sistemas de medição inovadores;

- Envolvência na missão e valores de todos os colaboradores e profissionais de saúde;
- Desenvolvimento das TIC, ao serviço da melhoria dos processos.

A implementação do BSC requer a envolvimento da gestão de topo, envolvendo vários recursos como o tempo disponível dos gestores e responsáveis dos serviços clínicos, vários níveis de informação, desenvolvimento da aplicação informática para o fim e análises de mercado e da organização (Matos e Ramos, 2009).

O BSC deve ser desenvolvido através das medidas contratualizadas e outras de interesse relevante, não só na gestão de topo, mas também e até com mais relevo na gestão intermédia, contribuindo para o alcance dos objetivos globais (Matos e Ramos, 2009).

#### **2.4. Indicadores hospitalares**

De acordo com Matos e Ramos (2009), os indicadores normalmente utilizados na análise do desempenho económico-financeiro de organizações hospitalares dividem-se em indicadores de liquidez, eficiência de ativos, resultados, rentabilidade, estrutura do capital e de desempenho e eficiência operacional.

Os indicadores utilizados nos hospitais portugueses, são efetuados através de medições que permitem avaliar, justificar e acompanhar as variáveis de interesse ao longo de um determinado período de tempo. Sendo para os autores, os principais:

- Doentes saídos;
- Dias de internamento;
- Taxa de ocupação (TO)

$$TO = \frac{\text{Dias de Internamento}}{\text{Lotação efetiva} \times 365} \times 100$$

- Demora média (DM)

$$DM = \frac{\text{Dias de Internamento}}{\text{Doentes saídos}}$$

- Taxa de mortalidade (TM)

$$TM = \frac{\text{Número de falecimentos}}{\text{Doentes saídos}} \times 100$$

- Doente tratado por cama (DT/C)

$$DT/C = \frac{\text{Doentes saídos}}{\text{Lotação efetiva}}$$

- Índice de Case-Mix (ICM) – Coeficiente global de ponderação da produção

$$ICM = \frac{\Sigma(\text{Doentes equivalentes GDHi} \times \text{Peso relativo GDHi})}{\Sigma(\text{Doentes equivalentes GDHi})}$$

Os indicadores apresentado são utilizados pelos hospitais, contudo, com a aplicação do BSC pode ser utilizado um sistema mais focado, demonstrando se a estratégia definida e a política de gestão estão a ser seguidas. Deve ser também levado em conta a adoção de indicadores clínicos, bem como o apoio da classe médica. Os indicadores escolhidos devem ser consensuais, definidos previamente e adequados à unicidade da própria organização, medindo fatores críticos de sucesso que garantam a obtenção de vantagens competitivas (Matos e Ramos, 2009).

### **3. Conceito de Estrutura e divisão do trabalho**

“A estrutura de uma organização pode ser definida simplesmente como o total da soma dos meios utilizados para dividir o trabalho em tarefas distintas e em seguida assegurar a necessária coordenação entre as mesmas” (Mintzberg, 2010).

Segundo Mintzberg (2010), a introdução de um gestor na organização introduz uma primeira divisão administrativa no trabalho entre os executantes e aqueles que o supervisionam. Com o aumento da complexidade das organizações, aumenta a necessidade de gestores, não só a nível operacional como também gestores de gestores, formando-se assim o que o autor designa como uma hierarquia de autoridade.

A standardização surge como resultado de processos cada vez mais elaborados e complexos, sendo esta o meio de coordenar a operacionalização do trabalho.

Atribui ainda a responsabilidade de parte do trabalho a um grupo que denomina de analistas, divididos em vários grupos: Os analistas do estudo do trabalho e os engenheiros focam-se na standardização dos processos de trabalho, outros engenheiros com o controlo de qualidade, os contabilistas e agentes de planeamento de resultados na produção, e os técnicos de recursos humanos na qualificação.

A divisão é feita dentro da organização entre os que executam, os que supervisionam e aqueles que standardizam. Os gestores assumem a responsabilidade por parte da coordenação do trabalho dos operacionais, através de supervisão direta e os analistas a responsabilidade dos gestores e operacionais introduzindo a standardização à supervisão direta (Mintzberg, 2010).

### **3.1. Dentro de cada nível da organização**

A estrutura organizacional divide-se em duas componentes: o modo como divide o trabalho em múltiplas tarefas e a forma como estabelece a coordenação entre elas.

- As organizações existem para alcançar objetivos definidos;
- A estrutura é desenhada e implementada ajustando-se às características específicas da organização (no que refere a pessoas, estratégia, produtos, tecnologias, etc...);
- As organizações funcionam melhor quando a incerteza é controlada por normas elaboradas evitando assim a ambiguidade;
- A especialização leva à obtenção de níveis elevados de desempenho, permitindo ao indivíduo o conhecimento completo das suas atribuições;
- A eficácia pressupõe uma correta coordenação e controlo das atividades individuais;
- Os problemas organizacionais surgem em grande parte de estruturas pouco apropriadas às verdadeiras necessidades da organização.

Adaptado: Cunha et al (2007)

### **3.2. As cinco componentes básicas da organização**

Uma organização “consiste num centro de operacionais que executam o trabalho básico de produção dos produtos e serviços, e numa componente administrativa de gestores e analistas, que assumem uma parte da responsabilidade dos operacionais pela coordenação do trabalho” (Mintzberg, 2010)

**Ver Anexo 17**

A figura mostra os diferentes fluxos que percorrem a organização. Na base encontramos o centro operacional onde os operacionais concentram o trabalho básico da organização associadas á produção de produtos ou serviços. Acima temos a componente administrativa dividida em três partes. Os gestores no topo, formam o vértice estratégico e os que estão mais abaixo, na linha hierárquica ligam o vértice estratégico ao centro operacional através da cadeia de comando. À esquerda da linha hierárquica, a tecnoestrutura onde os analistas standardizam o trabalho e aplicam técnicas pelas quais na organização se adapta ao seu ambiente e por fim, à direita da linha hierárquica, situa-se as funções de apoio, que apoiam indiretamente o centro operacional (Mintzberg, 2010).

As partes das organizações ligam-se entre si através de fluxos, que segundo o autor são estes, fluxos de autoridade, de material de trabalho, de informação e de processos de decisão. As organizações são geralmente apresentadas através de um esquema formal, o organograma que funciona como um mapa, representando uma imagem da divisão do trabalho, as posições existentes na organização, como se encontram agrupados em unidades e a forma como a autoridade formal flui entre elas (Mintzberg, 2010).

**Ver Anexo 18**

Mintzberg (2010), distingue três tipos de fluxos dentro das organizações: o fluxo de trabalho operacional, o fluxo de controlo das informações e das decisões e o fluxo das informações funcionais.

O fluxo de trabalho operacional diz respeito às funções de transformação dos inputs em outputs. Os fluxos de controlo circulam verticalmente nos dois sentidos da linha hierárquica. Os comandos e as instruções vêm do vértice estratégico ou de um nível intermédio da cadeia de autoridade, sendo o planeamento estratégico elaborado no vértice, chegando ao centro operacional através de planos operacionais em conjuntos de instruções de trabalho pormenorizado (Mintzberg, 2010). No sentido ascendente da cadeia hierárquica, o sistema de controlo transporta a informação ao vértice estratégico funcionando como um sistema de informação para a gestão. O sistema de planeamento amplia-se e difunde-se no sentido descendente ao invés do sistema de informação de gestão agrega-se no sentido ascendente. Dentro de cada nível da organização, os gestores podem

interromper os fluxos de informação de forma a decidirem os que se apropriam melhor à sua área. (Mintzberg, 2010).

Quanto aos fluxos regulados de informação funcional, trata da comunicação entre os operacionais e o pessoal de apoio, transmitindo informações e sugestões para a tomada de decisões operacionais. Deste modo, um gestor pode ser apoiado num determinado nível por um grupo tecnocrático ou por uma unidade de apoio (Mintzberg, 2010).

O organograma é representado através de desenho formais que têm como função descrever a organização, representando graficamente, de uma forma fiel o modo como se relacionam os vários órgãos, bem como as suas relações hierárquicas, tanto no sentido vertical, como no sentido horizontal (Cunha et al, 2007).

### **3.3. O hospital na perspetiva da organização**

No domínio da saúde, as políticas hospitalares nos vários vetores de ação, como a angariação de capitais, de tecnologia, de recursos humanos, de gestão, determinam as orientações fundamentais das políticas de saúde, o hospital adapta-se às necessidades da saúde no contexto económico-social. Sendo que o hospital na perspetiva da instituição, repercute e traduz as suas orientações políticas através da sua estrutura de poder (Carapinheiro, 2005).

O hospital não tem autonomia total, usa uma lógica organizacional, com normas e valores próprios, adaptando-se às mudanças políticas e económicas, mas mantendo, como refere a autora uma “importante margem de definição e tomada de decisões sobre políticas médicas e hospitalares particulares” ao que correspondem processos específicos de produção e reprodução das relações de poder (Carapinheiro, 2005).

## **4. Gestão Logística e Sistemas de Informação (SI) e Tecnologias de Informação e Comunicação (TIC)**

### **4.1. Logística na Saúde**

No ponto de vista logístico, relativamente a organizações que operam na área da saúde, a standardização de processos e procedimentos, a capacidade de planeamento e de gestão contribuirão decisivamente para o equilíbrio da prestação de cuidados de saúde libertando o

a verba necessária para a sustentação e crescimento da organização na busca de melhores soluções para os utentes. A solução ideal é “colocar lado a lado os profissionais de saúde e os profissionais da área da gestão” (Carvalho e Ramos 2013), agindo em conjunto no contexto da gestão logística procurando simultaneamente o benefício da organização e dos utentes. O clima gerado por esta esfera de bom senso é fundamental para conseguir a disciplina e o rigor imprescindíveis à sustentação da organização.

Carvalho e Ramos (2013) referem ainda a importância da participação nas questões da gestão da logística não só por especialistas mas também por profissionais de saúde interessados em melhorar e adquirir conhecimentos na área, em duas vertentes distintas: uma no plano material (fármacos, materiais de consumo clínico, materiais para instalações e equipamentos, entre outros), outra no plano imaterial (entrada, permanência e saída de utentes dos sistemas de saúde). A operação logística deve ser encarada, pensada e trabalhada numa “ótica de qualidade total e com o objetivo de serviço ao cliente” (Carvalho e Ramos, 2013).

No aspeto logístico refere-se a entrada, acessibilidade, tempos de operação, facilidade de saída, recursos envolvidos, condições de receção, de acolhimento, de vagas, produtividade das operações, etc. (Carvalho e Ramos, 2013).

### Ver **Anexo 19**

Importante também, será referir as questões de receção administrativa, sinalética, explicações e informações ao utente, analisando os aspetos a melhorar em termos processuais através de um desenvolvimento racional do tempo, custo e qualidade do serviço (Carvalho e Ramos, 2013).

Quanto ao processo de negociação com os fornecedores, a organização deve focar-se na criação de valor para ambas as partes, através de uma negociação convergente a ganhos bilaterais (win-win). A lógica do melhor preço deve passar para segundo plano, recaindo a escolha sobre fatores fulcrais como a qualidade do serviço, tempo de prestação de serviço, práticas desenvolvidas, produtos utilizados, entre outros (Carvalho e Ramos, 2013).

Considerando um modelo de gestão mais descentralizado relativamente à distribuição interna dos serviços clínicos, deve ser considerado a implementação de armazéns

avançados, pelos quais deve ser atribuída aos responsáveis, a gestão de stocks, roturas e a alocação aos centros de custo, necessitando para tal a necessária visibilidade na sua gestão (Carvalho e Ramos, 2013).

#### **4.2. Sistemas de informação (SI) e Tecnologias de Informação e Comunicação (TIC)**

Relativamente à organização baseada na informação, “aprende-se que a qualidade conta e que a informação tem de ser selecionada. A informação é algo que é pertinente para a função quando pode ser convertida em conhecimento. E o conhecimento é a informação em ação. E é preciso aprender isto”. Wartzman (2010), citando Peter Drucker

O sistema de informação numa organização deve permitir aos seus responsáveis obter a informação necessária às decisões programadas e também apoiando na tomada de decisões não programadas, dando apoio no desempenho do sistema de operações e assegurando e mantendo a comunicação entre os elementos da organização (Caldeira, 2008).

A organização deve apresentar uma estrutura dinâmica do sistema organizacional, bem como o tratamento de dados, recorrendo à tecnologia informática. Sistema este aberto, com objetivos definidos e em interligação com outros SI. O SI organizacional fornece informação sobre a organização e o seu ambiente, ou seja, para todos os stakeholders (Caldeira, 2008).

O autor afirma que a informatização nas organizações possibilita o aumento do nível de eficiência do SI como também traz vantagens competitivas relativamente à concorrência, o que contribui para o crescimento da organização (Caldeira, 2008). O sistema informático faz parte do SI, sendo a realização e tratamento executada em computador. O autor refere o sistema computacional como um sistema de apoio à tomada de decisão, cujo processo requer o tratamento de um considerável volume de dados. Através desses dados são emitidos resultados sintéticos e objetivos através de interfaces acessíveis e de fácil uso para o utilizador (Caldeira, 2008).

A função dos sistemas de apoio à decisão “é produzir informação pertinente e atualizada para os gestores de topo da organização, em função dos fatores críticos de sucesso da respetiva área de decisão” (Caldeira, 2008). Segundo o mesmo autor (2008), um sistema de

informação direcionado aos gestores acumula dados que provêm de fontes internas e externas, recolhendo e sintetizando outputs de sistemas de controlo de gestão de também de controlo operacional.

Ver **Anexo 20**

O campo de trabalho da gestão da informação engloba toda a organização, não se limitando apenas ao campo às TIC. Rascão (2012), define assim três níveis de informação na organização:

- Informação ao nível da estratégia;
- Informação ao nível da estrutura;
- Informação ao nível das operações.

O autor refere que as empresas são criadas para gerar riqueza, o que implica que a informação permita aos gestores elaborarem juízos informados, sendo que estes necessitam informação sobre quatro tipos:

- Informação básica – de natureza operacional;
- Informação sobre a produtividade – análise do valor acrescentado;
- Informação sobre a competência – competências que combinam o valor do mercado ou o valor para o cliente;
- Informação sobre a atribuição de recursos – atribuição de recursos escassos: capital e pessoas eficientes.

### **4.3. Sistemas de informação empresariais**

#### **4.3.1. Sistemas de gestão de bases de dados**

Uma base de dados refere-se a um conjunto de dados relacionados e organizados servindo várias aplicações. Formados por um software que permite o registo, consulta, atualização e eliminação de dados. É formado por três componentes fundamentais:

- Uma linguagem de definição de dados;
- Uma linguagem de manipulação de dados;
- Um dicionário de dados.

Fonte: Caldeira (2008)

### Sistema de ERP (Enterprise Resource Planing)

Trata-se de um sistema integrado de aplicações constituído por módulos, cobrindo as diversas áreas da organização. O sistema é facilmente configurável de forma a facilitar a adaptação aos processos e variados contextos organizacionais. Os benefícios da sua implementação estão associados à melhoria de desempenho organizacional como melhorias da produtividade, redução de custos, processos de negócio, etc. O ERP é suportado por uma base de dados que recolhe e fornece dados a diversos módulos de aplicações de software, suportando transversalmente a atividade da organização em termos funcionais (Caldeira, 2008).

### Sistema de CRM (Costumer Relationship Management)

Trata das aplicações que gerem o relacionamento estratégico da empresa com os seus clientes, através da gestão de dados sobre cada cliente e que se encontra partilhada pelos departamentos interessados, dados estes recolhidos por call-centers, internet ou contacto pessoal. O software permite gerir a informação do cliente (Caldeira, 2008).

### O EDI (Electronic Data Interchange) – Sistema de informação interorganizacional

Consiste numa forma de comunicação eletrónica que permite a troca de dados entre parceiros organizacionais, processado em aplicações de software. Normalmente existe um formato adotado pelas partes para a partilha de documentos (Caldeira, 2008).

Principais objetivos do planeamento estratégico de um SI segundo Caldeira (2008):

- Alinhar os investimentos em sistemas e tecnologias com os objetivos organizacionais;
- A vantagem competitiva através da utilização das TIC;
- Desenvolver a política e arquitetura para os SI;
- Adequar os recursos humanos e equipamentos necessários na área das TIC;
- Criar uma carteira de aplicações com um SI apontando o futuro da organização e o seu negócio.

#### **4.4. SI e TIC na saúde**

A qualidade da comunicação na saúde relativamente aos prestadores pode, segundo Pereira, Nascimento e Gomes (2011), influenciar a qualidade desses cuidados, afirmando que o desenvolvimento dos SI na saúde deverá constituir um modelo partilhado envolvendo múltiplos atores nas várias dimensões. Os autores sugerem que as ARS devem assumir um papel relevante na gestão dos SI na saúde, não só na sua execução, como a nível do planeamento e definição de políticas, devendo ser gerada uma dinâmica de participação alargada a outras entidades, no âmbito regional e local (Pereira, Nascimento e Gomes, 2011).

De notar que é nos hospitais que se encontra a maior parte das aplicações informáticas, onde estão armazenados parte substancial da informação, incluindo a de natureza clínica, como tal torna-se imperativo a construção de um modelo integrado, centrado na informação do cidadão e devidamente articulado com as ARS (Pereira, Nascimento e Gomes, 2011).

O registo de saúde eletrónico é uma importante componente de carácter nacional e transversal e que o Estado deve regular e controlar, com o objetivo da criação de um repositório de informação de saúde para cada cidadão, sendo a disponibilização de dados efetuada de forma segura e adequada, atendendo ao contexto da sua utilização (Pereira, Nascimento e Gomes, 2011). O eHealth tornou-se um enorme potencial de mercado através da sinergia dos sectores de saúde e das TIC, resultante de mudanças demográficas, de padrões de doenças e dos desafios à sustentabilidade dos sistemas de saúde, trazendo um novo impacto para a economia e estimulando a inovação em mercados de saúde (Pereira, Nascimento e Gomes, 2011).

“As métricas de avaliação do sucesso de um serviço de base tecnológica deverão ser assim baseadas na proposta de valor que constitui a génese do próprio serviço e não no sucesso da sua implementação técnica” (Pereira, Nascimento e Gomes, 2011).

No contexto de crise que vivemos, em que se torna impreterível aumentar a eficiência e a qualidade nos serviços de saúde centrados no cidadão, os desafios propostos por Pereira, Nascimento e Gomes (2011), são:

- A sustentabilidade do sistema;

- Inovação;
- Interoperabilidade;
- Centralidade no cidadão;
- Complexidade.

### **SI no contexto hospitalar**

No âmbito da escolha, adoção, adaptação e implementação e uso adequado de um sistema de informação no hospital, Pereira, Nascimento e Gomes (2011), sugerem as seguintes dimensões:

Ver **Anexo 21**

#### **4.4.1. SI Farmácia / Logística**

O SI deve ser transversal a toda a organização através de uma gestão integrada do circuito de medicamento, tendo uma componente de gestão técnica/científica/clínica e uma componente técnica/administrativa/logística (Pereira, Nascimento e Gomes, 2011).

Ver **Anexo 22**

#### **4.4.2. SI para Enfermagem**

Segundo Pereira, Nascimento e Gomes (2011), o processo de decisão clínica de enfermagem é complexo, contínuo e interativo, sendo fortemente influenciado por variáveis de natureza individual e contextual. Os autores referem Jesus (2006), acerca das cinco grandes categorias de estratégias inerentes ao pensamento dos enfermeiros (interagir, intervir, conhecer o utente, resolver problemas e avaliar), que ocorrem de forma contínua, interrelacionada e dinâmica.

Ver **Anexo 23**

Segundo os autores, a tomada de decisão do enfermeiro no processo de cuidados deve ser:

- Desenvolver arquitetura de SATD (sistemas de apoio á tomada de decisão) baseadas no conhecimento de enfermagem;
- Desenvolver modelos técnicos para a sua definição e implementação;

- Investigar sobre a efetividade da aplicação da Prática Baseada em Evidência na prática clínica, a partir da utilização dos SATD;
- Desenvolver e testar SATD que informem, orientem na prevenção, educação do utente e na gestão dos cuidados e recursos;
- Facilitar a implementação na prática clínica de guidelines.

Adaptado:Pereira, Nascimento e Gomes (2011)

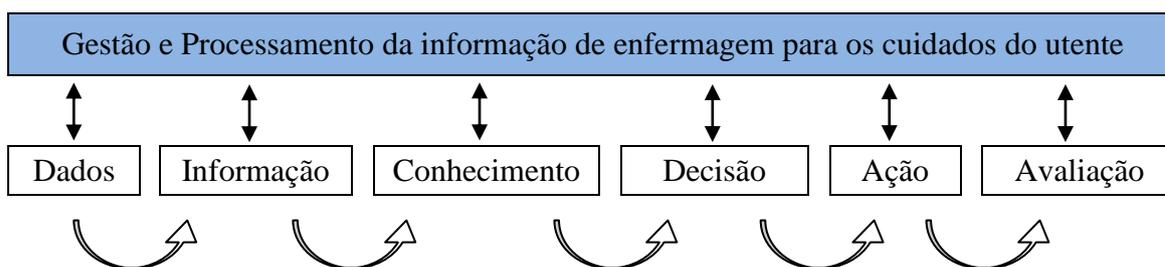


Figura 2 - Processo de informação de enfermagem

Fonte: Pereira, Nascimento e Gomes (2011), através de Goossen (2000)

#### 4.4.3. Gestão da manutenção (SIE)

A manutenção nos serviços de saúde hospitalares deve primar pela continuidade operacional, mantendo prontos, e imediatamente disponíveis durante 24 horas por dia, equipamentos e infraestruturas. A responsabilidade dos Serviços de Instalações e Equipamentos (SIE), não permite falhas ou interrupções que poderão conduzir a desfechos graves. Souza et al (2010). Segundo Souza et al (2010), a manutenção hospitalar divide-se em dois grandes grupos:

- Infraestrutura – Manutenção e suporte das instalações dos edifícios;
- Equipamentos médicos – Manutenção de equipamentos que tenham contacto direto ou indireto com o paciente com o objetivo de funcionarem corretamente e dentro das normas de qualidade.

Pereira, Nascimento e Gomes (2011), referem que os enfermeiros devem ter uma participação ativa com os SIE para o desenvolvimento de ferramentas de trabalho, suportadas por meios tecnológicos, estimulando o pensamento crítico e a tomada de decisão baseada em evidência, trazendo gradualmente uma visão disciplinada sobre os SI de saúde, garantindo a qualidade e fiabilidade do processo.

## 5. Gestão da Qualidade

### 5.1. Conceito da Qualidade

“O conceito de qualidade inclui todos os requisitos que respondem às necessidades dos clientes, desde a cortesia no atendimento, até à durabilidade, deixando a qualidade de ser vista como um problema tecnológico, para ser vista como um problema estratégico do negócio, que terá de ser resolvido ao nível da gestão de topo” (Juran, 1997, citado por Lopes e Capricho, 2010)

De acordo com os autores, o conceito de Qualidade Total é considerado como uma filosofia de gestão, em que a qualidade na sua essência deve estar centrada no cliente e nas suas necessidades. Lopes e Capricho (2010). De acordo com Silva (2013), “um cliente é qualquer organização ou indivíduo que faz juízos de qualidade ou tem expectativas, acerca de um output” (2013, p 91)

- A gestão da qualidade pressupõe três grandes divisões: conceção, fabrico/prestação de serviço e uso:
- A qualidade da conceção, incorporando as necessidades e expectativas do consumidor, quer em termos funcionais, quer em termos técnicos;
- A qualidade de fabrico/prestação de serviço, de acordo com as especificações;
- A qualidade na utilização, na medida em que o produto/serviço desempenhe as tarefas que o consumidor espera dele,
- Uma quarta divisão tem a ver com a qualidade relacional, medida pela eficácia dos contactos com os clientes.

Adaptado: Pires, (2012)

### 5.2. Custos da Qualidade

Quanto aos custos totais da qualidade, Lopes e Capricho (2007), citam Bank (1998), que diz que os custos totais da qualidade representam para a empresa cerca de 20% a 30%, e são:

- Custos de prevenção;
- Custos de avaliação;

- Custos excessivos de exigência do cliente;
- Custos de insucesso interno e externo;
- Oportunidades perdidas.

Os autores referem ainda dois tipos de custos:

- O custo da qualidade resultante da melhoria das características do produto/serviço e que incluem a prevenção e avaliação;
- O custo da não qualidade resultante da qualidade inferior e/ou da correção dos defeitos detetados.

<b>Custo da Qualidade Custo das características do produto</b>	<b>Custo da não Qualidade Custo dos defeitos e da sua correção</b>
1 - Custos das excessivas exigências do cliente	1 - Custo das falhas internas
2 - Custos de prevenção	2 - Custo das falhas externas
3 - Custos de avaliação	3 - Custo das oportunidades perdidas
<b>Custos da qualidade + Custos da não qualidade = Custos Totais da Qualidade</b>	

**Tabela 2 - Custos Totais da Qualidade**

**Fonte: Lopes e Capricho (2007), através de Bank (1998)**

Deve portanto, ser definido um “sistema com base num conjunto de indicadores que relacione os custos de qualidade com os proveitos obtidos” (Lopes e Capricho 2007).

Ao autores citam Ishikawa na importância das organizações atenderem que o “acréscimo de custos provocado pelo acréscimo de qualidade será inferior ao decréscimo de custos relativo a desperdícios desnecessários. Erros de não conformidade e eliminação de defeitos, que o sistema de qualidade irá corrigir definitivamente ao eliminar as verdadeiras causas” (Lopes de Capricho, 2007).

### **5.3. A melhoria contínua**

Deming terá sido dos teóricos da qualidade o que mais importância terá dado ao processo de melhoria contínua, tendo criado o ciclo “PDCA”:

Ver **Anexo 24**

Deming considera catorze pontos essenciais na implementação de um processo de melhoria contínua do tipo TQM:

- 1) Ser constante no propósito de melhorar os produtos e serviços;
- 2) Adotar uma filosofia TQM;
- 3) Colocar a qualidade em primeiro lugar em vez de depender da inspeção;
- 4) Acabar com a prática de decidir o negócio em função do preço;
- 5) Melhorar todos os processos de planeamento, produção e serviço, de forma a aumentar a produtividade e diminuir os custos;
- 6) Instituir novos métodos de formação;
- 7) Instituir uma nova forma de liderança que ajude as pessoas a produzir com qualidade;
- 8) Afastar o medo e encorajar as comunicações;
- 9) Quebrar barreiras entre departamentos, de forma que todos trabalhem como equipa;
- 10) Eliminar metas numéricas, slogans, exortações e objetivos de produção para trabalhadores que não têm poder para tal;
- 11) Eliminar padrões de trabalho com base em quotas numéricas e usar mais controlo estatístico;
- 12) Abolir a avaliação da execução e a gestão por objetivos removendo as barreiras para que todos tenham orgulho no seu trabalho;
- 13) Instituir programas de educação e formação que melhorem as capacidades e conhecimentos das pessoas;
- 14) Dar poder aos gestores para trabalharem continuamente até implementarem estas treze metas.

Ver **Anexo 25**

Segundo os autores, uma boa estrutura de gestão da organização deve ter como pressupostos:

- Um bom sistema de qualidade;
- O uso de ferramentas apropriadas;
- A presença do trabalho de grupo e a cooperação com a gestão de topo;
- A avaliação, medição e controlo contínuo da qualidade.

Os grupos de trabalho ou de melhoria contínua desenvolvem a forma mais eficiente para melhorar a qualidade, resolvendo os problemas através de técnicas apropriadas.

Ver **Anexo 26**

Prática de melhoria contínua só será eficaz quando inserida num sistema integrado de planeamento estratégico e gestão orçamental da qualidade da organização (Lopes e Capricho, 2007).

#### **5.4. O EFQM**

O EFQM (European Foundation for Quality Management), desenvolveu um modelo de excelência que constitui uma ferramenta que tem por objetivo “materializar um conjunto de conceitos fundamentais relacionados com a qualidade” (Lopes e Capricho, 2007), através de um sistema de gestão integrado e que tem por missão levar as organizações a um nível de desempenho excelente.

Os méritos do EFQM, segundo Pires (2012) são:

- A constituição de um elemento estrutural do sistema de gestão;
- A existência de um exercício de autoavaliação;
- A existência de um instrumento de Benchmarking.

Modelo EFQM (2009)

Ver **Anexo 27**

#### **5.5. A qualidade na saúde**

A implementação de normas como ISO 9001: 2008 assentes na gestão de processos, requerem a implementação de um sistema de gestão da qualidade, respondendo a requisitos

de precisão , performance, planeamento, eficácia, fiabilidade e ausência de erros. Silva, (2013)

Ver **Anexo 28**

Donabedian terá sido o autor que mais marcou a conceptualização da qualidade na saúde, focando a qualidade da gestão dos episódios individualizados de doença, separando o domínio técnico (ciência médica) e o domínio interpessoal (arte da medicina) (Silva, Varanda e Nóbrega, 2004). Donabedian considera que a qualidade dos cuidados de saúde implica a maximização do bem-estar do doente. A relação entre a qualidade e a quantidade de cuidados de saúde é evidenciada pela qualidade inferior à necessária, como no excesso de cuidados desnecessários. Assim, em termos financeiros resulta na avaliação entre o excesso de cuidados desnecessários sem utilidade e a qualidade a custos mais baixos (Silva, Varanda e Nóbrega, 2004).

### **5.6. Estratégias da Qualidade nos cuidados de saúde na UE**

De acordo com Silva (2013), os principais objetivos sobre a segurança e qualidade dos serviços de saúde segundo a comissão europeia (2007):

- Apoiar os Estados Membros na garantia de níveis de maior qualidade possível de segurança em todos os sistemas de saúde da UE, incluindo os principais stakeholders, fornecendo instrumentos e mecanismos para a execução de medidas apropriadas de melhoria;
- Melhorar a confiança dos cidadãos, disponibilizando formação sobre a segurança dos sistemas de saúde da UE.

Ver **Anexo 29**

## **6. Gestão de Recursos Humanos (GRH)**

As pessoas formam o elemento principal para o sucesso de toda e qualquer organização, pela implementação de práticas que envolvem transversalmente toda a organização. Deve portanto existir o envolvimento de todos os atores, não só os especialistas na matéria mas também os responsáveis pela gestão de pessoas e restantes chefias, intervindo desta forma como estes gerem os seus departamentos, conhecendo as suas funções e desempenhos,

implementando estratégias organizacionais, levando à melhoria da organização e à criação de valor. Segundo Cunha et al (2012) trata-se de processos que referem as políticas, práticas, as atitudes e o desempenho dos membros da organização que visam o aumento da competitividade e aprendizagem da organização:

- Planear e determinar necessidades de RH;
- Recrutar e atrair potenciais novos membros;
- Contratação e seleção;
- Formação nos processos de trabalho e desenvolvimento de competências futuras (gestão de carreiras);
- Avaliação do desempenho;
- Retribuição e motivação (compensações);
- Criação de ambiente de trabalho positivo (relações laborais construtivas, saúde ocupacional, estética e higiene no trabalho.

Adaptado: Cunha et al (2012)

Ver **Anexo 30**

Uma eficaz GRH deve contribuir para a estratégia da organização através de práticas que promovam a atração e desenvolvimento do capital humano que permita realizar os objetivos organizacionais e promova a criação de valor tornando-se assim numa vantagem competitiva.

### **6.1. Recrutamento e Seleção**

No âmbito da estratégia de GRH, deve estar definido a que nível o recrutamento pode ser fonte de vantagem competitiva sustentável. Os autores referem que os recursos e capacidades de uma empresa conferem-lhe vantagem competitiva se:

- Criarem valor (Redução de custo e melhoria da perceção dos clientes);
- Forem raros, sem estar na posse dos concorrentes;
- Inimitáveis;
- Insubstituíveis por equivalentes estratégicos;
- Integrados nas restantes políticas e práticas da organização.

Adaptado: Cunha et al (2012)

Uma organização, ao necessitar de pessoal, decidindo pela sua admissão, gera um processo de atração dos candidatos que reúnem condições para desempenhar tal função. A divulgação poder-se-á realizar de vários modos, como por exemplo, através de jornais, rádio, tv, internet, etc., ou ainda, a organização poderá recorrer a uma base de dados de candidatos com as características necessárias ao posto de trabalho Caetano e Vala (2007).

Seguidamente, proceder-se-á à triagem dos candidatos com a verificação das qualificações do sujeito. Normalmente é feita a convocação direta dos sujeitos à execução de provas e entrevista final. A relação irá englobar as fases da AF, escolha e aplicação dos métodos de seleção, atração dos candidatos e elaboração do parecer Caetano e Vala (2007). Quanto à seleção dos candidatos, os que não cumprem os requisitos serão afastados do processo, podendo no entanto figurar numa base de dados para futuro recrutamento. A escolha deve recair “sobre os candidatos que denotarão os mais elevados desempenhos na função, que tragam valor e empenho à equipa e à organização, mantendo o vínculo e cumprindo bons níveis de assiduidade e pontualidade” Cunha et al (2012).

Deve existir um mecanismo de avaliação que verifique se os candidatos, posteriormente, tiveram bons resultados e desempenho requeridos, aferindo assim se os resultados estipulados na fase de recrutamento estão a ser atingidos, bem como a necessidade de ações corretivas e de melhoria Cunha et al (2012).

Ver **Anexo 31**

O recrutamento poderá ser interno quando a organização recorre a membros internos para preencher lugares, como nos casos de transferência ou promoção. Externo quando os candidatos são recrutados do exterior.

## **6.2. Socialização**

O processo de socialização é um processo de aprendizagem no qual a organização assume um papel pedagógico Caetano e Vala (2007).

Os autores, através de Van Maanen, referem que a socialização aplica-se a qualquer movimentação individual no interior de uma organização, tanto no que trata a novas admissões, como a transferências internas, entre departamentos, entre empresas do mesmo grupo ou ainda a reclassificações ou reconversões profissionais. Caetano e Vala (2007)

referem também Porter afirmando que “ o processo não termina com a admissão do indivíduo na organização mas, pelo contrário, estende-se ao longo da sua carreira na organização” Caetano e Vala (2007).

Os autores apontam ainda Louis (1980) definindo a socialização como “o processo através do qual os novos membros de uma organização compreendem e apreciam os valores, aptidões, comportamento esperado e conhecimento social essenciais para assumirem um papel organizacional e para participarem como membros da organização” Caetano e Vala (2007).

Caetano e Vala (2007) afirmam que devem ser as organizações a estabelecer as suas estratégias de socialização, orientando as suas práticas para o efeito. Sendo que “a socialização dos novos colaboradores passa pela inserção na cultura organizacional, ou seja, pela aprendizagem e aceitação dos valores e das normas de conduta específicas dessa organização”. Quanto aos novos colaboradores, será necessário dar-lhes formação, submetendo-os a um processo de socialização visando a sua aculturação. A entrada de um novo elemento suscita mudanças no ambiente interno, levando a cultura existente a evoluir em determinado sentido. Os autores consideram a referida evolução positiva e desejável, fazendo com que a organização se mantenha viva e se desenvolva caetano e Vala (2007).

### **6.3. GRH e o negócio**

A GRH articula as motivações e atuações das pessoas a nível individual e coletivo paralelamente às linhas de desenvolvimento do negócio, devendo ser os RH um meio capacitado e alinhado visando o alcance da estratégia da gestão das pessoas e a estratégia do negócio, tirando o máximo partido do valor criado pelo capital humano desenvolvido na organização, atendendo às necessidades de rentibilidade da empresa e simultaneamente às necessidades dos seus colaboradores, desenvolvendo as suas potencialidades, atraindo, motivando e retendo os mais talentosos, adotando uma política de responsabilidade social. Portanto, torna-se fundamental adaptar as melhores práticas organizacionais através de um alinhamento estratégico de GRH numa plena filosofia de responsabilidade organizacional, Cunha et al (2012).



#### **6.4. As melhores práticas de GRH**

Pfeffer apresenta-se como uma referência sobre o estudo das melhores práticas segundo Lopes (2012), evidenciando que o autor interpreta o sistema de boas práticas de uma forma semelhante á teoria da burocracia de Weber. Assim Pfeffer refere nove dimensões assentes em valores na estratégia de GRH:

- Remuneração com base no desempenho de cada um, tendo em conta os resultados do próprio grupo e da empresa no seu todo;
- Participação do capital da empresa;
- Leque salarial reduzido;
- Oportunidades de promoção interna;
- Organização do trabalho em equipa;
- Flexibilidade e polivalência;
- Perspectivas de gestão de longo prazo;
- Filosofia global de gestão claramente especificada;
- Avaliação periódica de práticas de GRH.

Adaptado: Lopes (2012)

O autor, através de Pfeffer, Concluiu que uma gestão coerente e sistémica destas práticas apresenta ao nível dos colaboradores três tipos de consequências:

- Demonstram um maior controlo sobre o trabalho levando a um maior empenhamento e envolvimento e a um aumento da capacidade de trabalho;
- Os colaboradores sentem-se motivados e encorajados no desenvolvimento de conhecimentos e competências e empenhados a melhorar continuamente a qualidade do trabalho;

- Quando os níveis hierárquicos mais baixos sentem uma autonomia acrescida, o seu desempenho é efetuado de forma mais responsável.

Adaptado: Lopes (2012)

### **6.5. Aprendizagem e performance organizacional**

Para que as políticas de GRH sejam eficazes deve existir consistência interna entre as práticas, procurando por ex. a avaliação em equipa, ao invés de uma avaliação individual do desempenho, promovendo a competição entre as pessoas. É igualmente importante que a organização promova competências de coaching que valorize e premeie os seus líderes.

Ver **Anexo 32**

- (1) Mobilização da inteligência dos sujeitos e adesão ao projeto organizacional;
- (2) Flexibilidade no trabalho e combate ao trabalho rotineiro e empobrecido;
- (3) Desenvolvimento do espaço de autonomia dos sujeitos, rotação de tarefas e de postos para aumentar a polivalência e garantir aprendizagem organizacional e enriquecimento do trabalho;
- (4) Participação nos lucros da empresa;
- (5) Desenvolvimento do potencial e das competências;
- (6) Formação e treino como suporte da rotação de postos,
- (7) Partilha da informação, promoção da comunicação ascendente e transversal, evitação da autonomia e de falta de transparência na gestão.

Fonte: Lopes (2012)

### **6.6. A organização aprendente**

Nos nossos dias a pessoa e a tecnologia formam uma só entidade, verificando-se uma simbiose entre o homem e o equipamento de trabalho. Para que o homem evolua na organização implicando uma melhor produtividade e a necessidade de formação em NTIC, deve-se dar primazia à aposta no fator humano como o cerne da organização, ao que Lopes (2012) designa como a economia do conhecimento e não na ação centrada na tecnologia e informação. Desta interação permanente vai resultar a organização inteligente.

Para o autor as principais linhas de evolução centradas em práticas de formação profissionais visando a organização aprendente são:

- Formação ao longo da vida (Long Life Learning, LLL);
- Aprendizagem organizacional;
- Repensar a aprendizagem no contexto inter-organizacional;
- Desenvolvimento da pessoa como o ponto fulcral da aptidão para aprender ao longo da vida, dependendo em primeiro lugar da mudança e desenvolvimento contínuo da inteligência coletiva;
- Criação das condições de aprendizagem a partir do método das boas práticas;
- Criação e circulação do conhecimento.

Na perspetiva de Lopes (2012) o chamado «tempo de escola» não é suficiente para a capacitação e qualificação do tempo de trabalho. A evolução da tecnologia, os mercados, a atualização de conhecimento e de competências exigem do indivíduo um novo desafio para a era da economia do conhecimento, tornando-se a aprendizagem o foco central da sociedade e das organizações. Não basta portanto a qualificação como garantia do trabalho, torna-se necessário incorrer no desafio de querer aprender constantemente, de forma a não se constatar uma dissociação da evolução a vários níveis com os quais se confrontam os indivíduos hoje, com responsabilidade especial para os que possuem algum grau de formação.

A aprendizagem deve ser analisada num contexto organizacional, através do incentivo da cooperação inter-organizacional desenvolvendo a ideia de inteligência coletiva rumo à inovação.

### **6.7. A eficiência organizacional**

Neste tema, Lopes (2012) aponta o controlo de custos através de cinco parâmetros que o autor designa como critérios de eficiência. Todavia, o autor afirma que “não se trata de gerir a organização pelos custos (e ainda menos pelo corte na despesa com as pessoas, afetando a sua autoestima, por conseguinte, a sua segurança emocional). O que se pretende é formar as pessoas para que elas possam participar na redução de custos, mas a partir do envolvimento das mesmas pessoas, ganhando-as para a tomada de consciência da enorme almofada financeira que se pode gerar graças à redução dos recursos materiais e humanos” Lopes (2012).

Os cinco critérios são:

1. Absentismo;
2. Rotação de pessoal;
3. Acidentes / Doenças profissionais;
4. Desperdícios,
5. Reclamações / Devoluções.

### **6.8. O Projeto Organizacional**

Lopes (2012) através de Serieyx, define a noção de projeto a partir de três elementos de uma liderança inspiradora e transformacional:

- A avaliação, desenho e visão (operacionalização da visão);
- Valores constitutivos (operacionalizados num código de ética);
- Definição das estratégias e políticas a implementar para atingir os objetivos (âmbito constitucional do projeto).

#### As sete dimensões da análise de um projeto organizacional segundo Lopes (2012)

1. Finalidades
  - Sendo o futuro incerto, o projeto permite criar o futuro;
  - A estratégia a seguir;
  - Conjugar o projeto empresarial e o projeto pessoal de cada colaborador, articulados e não subalternizando um deles.
2. Elementos constitutivos
  - Ambição, desenho e visão;
  - Valores;
  - Políticas que operacionalizem os valores.
3. Momentos de elaboração
  - Maturação do projeto;
  - Formulação do projeto;
  - Comunicação de um projeto gerador de objetivos.
4. Níveis de tradução
  - O projeto serve para enervar toda a empresa;
  - Traduz-se para o nível da unidade produtiva;
  - Os pilares da GRH para cada pessoa (formar/avaliar/recompensar).

#### 5. Níveis de operacionalização

- Texto a evocar nos momentos determinantes da vida da empresa, denunciando os seus princípios;
- Sistemas de gestão que assegurem a continuidade que processem o equilíbrio entre o projeto e as políticas de gestão;
- Decisão firme e devidamente comunicada acerca da evolução futura.

#### 6. Características formais

- Amplitude do projeto;
- Facilmente compreendido entre todos;
- A sua elaboração coletiva deverá ser assegurada.

#### 7. Tipos e resultados a atingir

- Combater a auto-centração e a falta de atenção à concorrência;
- Quadros técnicos/dirigentes a conduzir o processo de elaboração do projeto nos dois sentidos, para baixo e para o topo:
- Compromisso de todos com o interesse geral.

Fonte: Lopes (2012)

## **7. Análise e Avaliação de Projetos de Investimento (AAPI)**

### **7.1. Definição de Investimento**

“An investment is the current commitment of money or other resources in the expectation of reaping future benefits” (Bodie, Kane e Marcus 2011, p 1). Segundo Abecassis e Cabral (2010), “ investir corresponde a trocar a possibilidade de satisfação imediata e segura traduzida num certo consumo pela satisfação diferida, instantânea ou prolongada, traduzida num consumo superior” (2010, p 12-13).

No sentido financeiro, investimento é qualquer aplicação de capitais a prazo. No sentido económico, técnico e financeiro não se confina apenas à criação ou aquisição de ativos financeiros, mas também a toada a operação que tenha por objeto a criação ou aquisição de meios utilizados pela empresa durante um período mais ou menos longo. Abecassis e Cabral (2010).

### **Principais etapas de um projeto de investimento**

- Identificação  
Conhecer as necessidades a satisfazer com vista à formalização de ideias e desenvolvimento de ações (projeto(s)) que satisfaça o objetivo
- Preparação  
Estudos para satisfação dos requisitos técnicos, económicos e financeiros, de forma que seja rentável a realização do projeto
- Análise
  - Análise financeira sob o ponto de vista da rentabilidade empresarial;
  - Análise económica sob o ponto de vista da rentabilidade para a coletividade
- Decisão  
Aceite ou rejeitado conforme a perspetivas da entidade promotora
- Execução  
Ações necessárias para por em funcionamento o projeto
- Funcionamento e controlo  
Cumprimento de calendário, análise de desvios e ações corretivas.

Barros (2008)

Ver **Anexo 33**

#### **7.1.1. Necessidades de Fundo de Maneio (NFM)**

As NFM referem os “montantes de fundos que a empresa necessita de aplicar para financiar o ciclo operacional” Soares et al (2012). Ou seja, de modo “financiar o desfasamento temporal entre compras e vendas e entre vendas e recebimentos” Soares et al (2012). Assim, em cada período define-se:

$$\text{NFM} = \text{Inventários} + \text{Clientes} - \text{Fornecedores} + \text{Resultados}$$

Quando a atividade aumenta, aumentam as NFM, portanto terá de efetuar um investimento adicional nesta componente, ao invés, com a redução do nível de atividade, a empresa poderá prescindir das NFM ao dispor, equivalendo assim a um desinvestimento Soares et al (2012).

Ver **Anexo 34**

## 7.2. Demonstrações financeiras (DF) previsionais

Um projeto de investimento contém as mesmas DF que qualquer relatório anual: O Balanço (B), a Demonstração de Resultados por Naturezas (DR), e a Demonstração dos Fluxos de Caixa (DFCx) Soares et al (2012).

### 7.2.1. O cash-flow (CF)

A realização ou não de um projeto de investimento depende da capacidade daquele gerar fluxos financeiros (receitas) num futuro mais ou menos próximo, cobrindo as despesas efetuadas com a sua realização e funcionamento. O cash-flow da empresa extraído a partir das suas contas anuais, corresponde a:

CF da empresa – Resultado líquido + amortizações do exercício + Variação de provisões

#### O Cash-Flow de Exploração (CFE)

“O CFE regista os fluxos líquidos associados à exploração da atividade relacionada com a implementação do projeto” Gomes (2011).

CFE = Resultado Líquido de Exploração + Amortizações e Provisões

Ver **Anexo 35**

#### O Cash-Flow de Investimento (CFI)

O CFI abrange as despesas associadas à implementação do projeto e os recebimentos pela sua extinção. O montante indica o valor das necessidades de investimento do projeto Gomes (2011).

CFI = Investimento Capital Fixo + Fundo Maneio – Valor residual do investimento

Cálculo do CFI

1	Investimento em Capital
2	Valor residual
3	NFM
4	Investimento em FM
5	CFI (1 - 2 + 4)

Adaptado: Aulas AAPI, Prof. Pedro Cruz, 2012, Univ. Atlântica

Cash-Flow do Projeto

$$\text{CF do Projeto} = \text{CF de Exploração} - \text{CF de Investimento}$$

Adaptado: Aulas AAPI, Prof. Pedro Cruz, 2012, Univ. Atlântica

Ver **Anexo 36**

### **7.3. Decisões de investimento e o custo do capital**

#### **7.3.1. Custo do Capital**

O financiamento poderá ser efetuado por fontes de capitais próprios (CP) ou por fontes de capitais alheios (CA), existindo ainda a possibilidade de instrumentos híbridos.

#### **7.3.2. O Custo Médio Ponderado do Capital na perspetiva de Modigliani e Miller (MM) com impostos e o efeito de VAL ajustado**

Soares et dos impostos al (2912), através do modelo de MM, analisaram o impacto dos impostos relativamente aos lucros tributados às empresas, o IRC, os rendimentos do CA, neste caso os juros não são a nível da empresa, sendo que a despesa com juros é um gasto fiscal que abate à matéria coletável.

Ver **Anexo 37**

### **7.4. Análise de rentabilidade**

#### **7.4.1. O valor atual líquido (VAL)**

O VAL assenta na comparação dos CF gerados por um projeto, com o capital investido. Barros (2010). O projeto de investimento é rentável quando o seu VAL é positivo ( $\text{VAL} > 0$ )

Considerando o fluxo do investimento (VR) está disponível no ano (n) em que termina a exploração, define-se assim o modelo:

$$\text{VAL} = \frac{CFE_1}{1 + K} + \frac{CFE_2}{(1 + K)^2} + \dots + \frac{CFE_n}{(1 + K)^n} + \frac{VR}{(1 + K)^n} - CI_0$$

Em que:

- CFE<sub>1</sub> é o CF de exploração do ano 1
- CI<sub>0</sub> é o valor atual dos fundos correspondentes ao custo do investimento
- VR é o valor residual quer do ativo fixo, quer do fundo de manei
- K é a taxa de atualização (taxa de rendibilidade mínima exigida)
- n é a vida económica ou vida útil do investimento (em anos)

Adaptado: Soares et al (2012)

Regras de decisão da aplicação do VAL:

Regra	Decisão
VAL > 0	Aceitar
VAL < 0	Rejeitar
VAL = 0	Indiferença

#### 7.4.2. Taxa interna de rendibilidade (TIR)

A TIR é a taxa para a qual o VAL é igual a zero, a seleção de investimento através da TIR só faz sentido quando comparada com o custo de oportunidade do capital, o que implica que a TIR seja superior ao custo ao custo do capital exigido pela empresa (k).

Regra	Decisão
TIR > K	Aceitar
TIR < K	Rejeitar
TIR = K	Indiferença

Em termos analíticos temos:

$$VAL = \frac{CFE_1}{1 + TIR} + \frac{CFE_2}{(1 + TIR)^2} + \dots + \frac{CFE_n}{(1 + TIR)^n} + \frac{VR}{(1 + TIR)^n} - CI_0$$

#### 7.4.3. Período de recuperação do capital (PRC)

O PRC é o número de períodos necessário, através dos CFE gerados se recupere o capital investido:

$$PRC = t + \left[ \frac{\text{Despesa de investimento} - \sum_{i=1}^t CFE_i}{CFE_{t+1}} \right]$$

Soares et al (2012)

#### 7.4.4. Índice de rendibilidade (IR)

O IR é um indicador da rendibilidade efetiva por unidade de capital investido, utiliza a razão entre o valor atual dos CF atualizados e o custo do investimento.

$$IR = \frac{\sum_{t=0}^n \frac{CFE}{(1+K)^t}}{CI_0}$$

Soares et al (2012)

### 7.5. Análise do risco e da incerteza

#### 7.5.1. Análise da sensibilidade

“A análise de sensibilidade visa aferir em que medida a rendibilidade de um investimento se altera em consequência da modificação, face ao previsto, de um pressuposto do projeto” (Soares et al 2012).

Tem como objetivo determinar o impacto que os pressupostos objetos de variação têm sobre a rendibilidade do investimento medida pela TIR e o VAL, conhecendo assim quais as variáveis de maior sensibilidade do investimento. Permite ainda conhecer os limites de oscilação das variáveis de forma a manter uma rendibilidade mínima Soares et al (2012). A análise de projetos de investimento é efetuada com base em previsões, de modo que a incerteza e risco segundo os autores assume as formas:

- Incerteza sobre mecanismos e fenómenos,
- Incerteza sobre custos de investimento e exploração;
- Incerteza sobre a procura e receitas.

### 7.5.2. Ponto crítico

Soares et al (2007), aconselham relativamente ao risco económico a análise do ponto crítico de vendas. Partindo do pressuposto que o ponto crítico corresponde à quantidade necessária de vendas para que a empresa passe a ter resultados positivos, temos:

$$\begin{aligned} \text{Resultados} = \text{Receitas} - \text{Custos} & \Leftrightarrow R = p \times Q - (Vu \times Q + F) & \Leftrightarrow \\ & R = mcu \times Q - F \end{aligned}$$

R = Resultados; P = Preço; Q = Quantidade; F = Custos fixos totais; V = Custos variáveis totais, Vu = Custo variável unitário; mcu = Margem de contribuição unitária.

Ver **Anexo 38**

### 7.5.3. Análise de cenários

Trata-se de um conjunto de cenários que retratem a evolução futura em que o projeto se enquadra, prestando especial atenção às variáveis críticas, fazendo-se a análise da rentabilidade do investimento partindo de cada cenário, obrigando a reformular todo o estudo avaliando a tendência do projeto mediante o efeito de um impacto externo. Soares et al (2012)

Cenário Pessimista – Situação que contem as estimativas mais pessimistas que as variáveis críticas podem assumir, dando origem ao pior cenário do projeto.

Cenário Otimista – As variáveis críticas assumem valores através de uma expectativa otimista, dando origem aos resultados máximos do projeto.

Cenário mais provável – Assume os valores mais prováveis das variáveis críticas, obtendo-se o resultado mais provável Gomes (2011).

#### **7.5.4. Opções de reais e opções financeiras**

#### **7.6. Análise de Rácios**

Os rácios são um instrumento de apoio que sintetiza a informação e compara o desempenho económico-financeiro das empresas ao longo do tempo, diagnosticando a sua performance em termos de (Aulas de Gestão Financeira I, Prof. Piriquito Costa, 2012, Univ. Atlântica):

- Estrutura financeira, alavanca e risco;
- Liquidez Rendibilidade;
- Funcionamento;
- Rácios baseados no mercado

### **Análise Organizacional**

#### **8. Análise estrutural**

A estrutura da CSI apresenta-se através de uma pirâmide hierárquica enquadrada numa organização de cariz religioso, possuindo uma relevante amplitude vertical, apoiada por vários serviços em linha, no mesmo plano hierárquico. Cada área possui um responsável que supervisiona os respetivos chefes de serviço, e que por sua vez asseguram ligação ao topo.

Do ponto de vista formal apresenta uma estrutura centralizada, principalmente no que se refere à tomada de decisão, contudo, esta é sempre refletida através de reuniões semanais cujo fluxo de informação apropriado descende pela linha hierárquica até aos operacionais. Todavia, evidencia-se um elevado grau de comunicação informal, em parte devido à interação positiva das Irmãs Hospitaleiras, sempre presentes em todas as ações com os profissionais de saúde resultando numa prestação de cuidados diferenciada, humana, centrada na pessoa, que pela tipologia dos utentes se torna talvez no ponto mais forte da organização.

Da análise do organograma, de acordo com Cunha et al (2007), que se caminha de uma estrutura multidivisional para uma estrutura matricial. Fazendo referência às dimensões propostas por Mintzberg (2010), a organização aproxima-se de uma estrutura divisionada. Porém deve ser relevado o facto de a CSI fazer parte de uma congregação que reúne cerca

de 242 casas de saúde por todo o mundo, o que lhe confere a nível global um aspeto operacional descentralizado.

Na avaliação do sistema logístico no que se relaciona com o utente, este encontra-se bem estruturado, com os procedimentos apropriados, existindo um correta sinalética, inseridos numa lógica de um sistema de gestão da qualidade.

Quanto ao SI e TIC, é feito através de uma rede informática. O hospital utiliza O sistema empresarial usado do tipo ERP, operacionalizado em todas as áreas e para a qual os profissionais de saúde tiveram formação adequada, o que de acordo com Caldeira (2008), aumenta o nível de eficiência da organização trazendo vantagens competitivas e que deve estar devidamente alinhado com a estratégia da organização.

Quanto ao medicamento, o hospital possui uma farmácia central, onde chegam as requisições dos diversos serviços através do sistema em rede que por sua vez satisfaz os pedidos, controlando ainda o stock das farmácias avançadas existentes nos vários serviços. Esta gestão é da responsabilidade do coordenador do serviço, realçando o facto de se tratar de um tipo de medicamentos de custos bastante elevados.

A gestão da manutenção é efetuada pelo SIE, no que diz respeito à infraestrutura. Quanto aos equipamentos de electromedicina e outros usados nos na prestação de cuidados de saúde, a organização recorre a contratos de assistência técnica geridos e avaliados pela direção.

## **9. Gestão da qualidade e dos Recursos Humanos**

A CSI possui a certificação da qualidade dos Serviços Sociais pela EQUASS nível 1 (Assurance). O sistema diz respeito a um sistema de garantia e controlo da qualidade que permite às organizações enveredar num processo de certificação de reconhecimento a nível europeu. É um sistema especialmente dirigido às organizações enquadradas no âmbito dos serviços sociais, como a reabilitação, formação profissional, assistência e cuidados às pessoas em situação de fragilidade social e outros, com base nos sistemas de qualidade total, nos modelos de excelência, através de uma abordagem integrada, na qual as organizações estão comprometidas a cumprir os pressupostos da excelência do

desempenho, num processo de certificação externo que tem como princípios a autoavaliação e a aprendizagem organizacional.

O EQUASS tem três níveis de reconhecimento da qualidade:

- Certificação da Qualidade Nível I (Assurance);
- Certificação da Excelência Nível II (Excellence);
- Prémio Europeu da Qualidade Nível III (Award).

Ver **Anexo 39**

### **9.1. Certificação Nível I do EQUASS**

O EQUASS é dirigido aos serviços sociais, através de serviços orientados para as pessoas, com o princípio de assegurar respostas às necessidades humanas como a educação, formação profissional, apoio ao emprego, apoio a idosos, com exclusão dos serviços da área da saúde, e proteção em particular dos grupos de risco ou em situação de maior fragilidade social. As Certificações correspondem ao reconhecimento do compromisso das organizações com os referenciais de boas práticas ao nível do desempenho nos serviços sociais, assegurando:

- a qualidade da prestação de serviços;
- a qualidade da gestão;
- a operacionalidade do Sistema de Gestão da Qualidade;
- o reconhecimento europeu.

Fonte: EQUASS – European Quality - Apresentação e estratégia para implementação em Portugal

Como requisitos para o Nível I do EQUASS estão estabelecidos 38 critérios de avaliação, agrupados em 19 dimensões, os quais resultam em 100 indicadores de desempenho. Através dos indicadores é avaliado o desempenho das organizações, verificando se preenche os requisitos da qualidade estabelecidos e avaliando se pode ser certificada. O seu cumprimento permite às organizações a obtenção da Certificação da Qualidade dos Serviços Sociais, com a validade por um período de 2 anos. No **Anexo 1** podemos consultar os princípios, dimensões e critérios de avaliação do nível I da EQUASS.

## **9.2. Breve perspetiva sobre os recursos humanos na organização**

A CSI possui um Departamento de Recursos Humanos que desenvolve a sua ação próximo da Direção, prestando o apoio necessário a todos os profissionais que na CSI desenvolvem funções e apostando verdadeiramente numa política de investigação e docência, com um total de 18.916 horas, no ano de 2013, em estágios, assim como na formação foram despendidas no total cerca de 19.054 horas.

Ver **Anexo 40**

Pela análise da tabela (), podemos concluir que do perfil assistencial, a prestação de cuidados de saúde é maioritariamente efetuado por enfermeiros e auxiliares de ação médica, habitualmente designados na CSI por Ajudantes de Enfermaria. Contudo, são desenvolvidas diversas ações através de equipas multidisciplinares que envolvem várias categorias de pessoal. Existe na CSI dois tipos de contratação com os profissionais: O Contrato por Tempo Indeterminado e contratação por Recibos Verdes. Sendo que o número de horas a cumprir é de acordo com as necessidades da organização, principalmente nos profissionais de saúde como os médicos, assistentes sociais, psicomotricistas e psicólogos. No caso de enfermeiros e ajudantes de enfermaria, o número de horas é de 35 ou 40 horas semanais, assim como o pessoal não assistencial.

O que mais de evidencia na prestação de cuidados ao utente é a sua diferenciação. A CSI atua em áreas de grande fragilidade associadas a um forte estigma, como as doenças relacionadas com saúde mental, de pessoas em risco e em cuidados paliativos. O que requer de todos profissionais, principalmente nos que prestam diretamente cuidados ao doente, uma envolvimento total na missão, nos valores, na humanidade e no valor histórico da instituição.

Pelo exposto, podemos concluir, que o recrutamento e seleção das pessoas deve ser feita atendendo às competências adequadas e que assente nos valores da CSI, sendo a socialização e a aculturação um dos aspetos maior relevo. Conforme Caetano e Vala (2007), O processo de socialização não termina com a admissão, estende-se ao longo da carreira. Na CSI constata-se um notável processo de socialização, em que os seus colaboradores se envolvem e adquirem com entrega e sentido de missão o ideal da Congregação.

Deve ainda ser realçado que a tipologia de utentes da CSI dista muito comparativamente ao utente de um hospital que vulgarmente conhecemos, por não se encontrar por vezes fragilizado fisicamente (à exceção dos cuidados paliativos), requer uma abordagem diferenciada, dando especial relevo a aspetos do ponto de vista psicossocial.

Ver **Anexo 41**

Da análise da tabela (), verificamos que o índice de satisfação das partes interessadas mantém-se elevado no decorrer dos três anos, porem deve ser salientado que o nível de satisfação dos colaboradores apresenta um decréscimo, facto este que deve ser tomado em conta no plano de gestão para os próximos anos e que deve ter como objetivo tomar medidas que contrariem esta tendência.

## **10. Análise e Avaliação do Projeto de Investimento (AAPI)**

Neste capítulo encontram-se os pressupostos que servem de suporte ao plano financeiro (em anexo), e ao mapa de estimativas.

### **10.1. Balanço**

#### **10.1.1. Ativo Tangível**

Ver Mapa no **Anexo 2**

#### **10.1.2. Ativo Intangível**

Ver Mapa no **Anexo 3**

Demonstração de Resultados

#### **10.1.3. Proveitos**

##### **1.1.1.1. Vendas**

No respeitante aos proveitos, foi tido em consideração a taxa de ocupação do hospital nos últimos três anos (2011-2013), no qual o seu valor médio nunca foi inferior a 98% (Irmãs Hospitaleiras - Casa de Saúde da Idanha, 2014), pelo que foi considerado uma taxa de ocupação das vagas fixas existentes, imediatamente abaixo dos 100%. Foi realizada

igualmente uma análise de cenários (descrita adiante) com taxas de ocupação fixas de 100% numa perspetiva otimista e uma redução de 20% face ao cenário provável, numa perspetiva pessimista. Como pressuposto considerou-se a não variabilidade do preço independentemente da procura por cada serviço. Desta forma obteve-se o quadro:

Ver Mapa no **Anexo 4**

Com base nos valores apresentado, foi preenchido no ficheiro “Análise Financeira” o quadro:

Ver Mapa no **Anexo 5**

Uma vez que o ficheiro Excel não permite alterar os campos a cinzento, foi introduzido no campo “vendas-exportação” os serviços de “consulta” e “domicilio”.

TOTAL VENDAS - MERCADO NACIONAL		812.855	812.855	853.498	853.498	896.173	896.173
TOTAL VENDAS - EXPORTAÇÕES		127.750	140.525	162.306	178.537	206.210	226.831
TOTAL VENDAS		940.605	953.380	1.015.804	1.032.035	1.102.383	1.123.004
IVA VENDAS	23%	186.957	186.957	196.304	196.304	206.120	206.120
TOTAL PRESTAÇÕES DE SERVIÇOS - MERCADO NACIONAL		0	0	0	0	0	0
TOTAL PRESTAÇÕES DE SERVIÇOS - EXPORTAÇÕES		0	0	0	0	0	0
TOTAL PRESTAÇÕES SERVIÇOS		0	0	0	0	0	0
IVA PRESTAÇÕES DE SERVIÇOS	23%	0	0	0	0	0	0
TOTAL VOLUME DE NEGÓCIOS		940.605	953.380	1.015.804	1.032.035	1.102.383	1.123.004
IVA		186.957	186.957	196.304	196.304	206.120	206.120
TOTAL VOLUME DE NEGÓCIOS + IVA		1.127.562	1.140.337	1.212.109	1.228.339	1.308.503	1.329.124
Perdas por imparidade	1%	5.638	5.702	6.061	6.142	6.543	6.646

Foi considerado oportuno, face à conjuntura portuguesa, a existência de imparidades na ordem dos 0.5% (Apesar da percentagem no quadro apresentar 1%, por questão de formatação esse valor está arredondado à unidade). Este montante evidencia-se na demonstração de resultados na parte de gastos relativa a “imparidade de dívidas a receber”.

#### 10.1.4. Custos

##### 1.1.1.2. Custo Mercadorias Vendidas e Matérias Consumidas

Para a elaboração de CMVMC foi utilizada uma metodologia baseada na extrapolação de custos unitários (por vaga) já existentes em outros serviços do hospital. Com base na demonstração de resultados do ano 2013, na conta # 61 foi calculada uma média por camas disponíveis - 525 camas (Irmãs Hospitaleiras - Casa de Saúde da Idanha, 2014)), e cuja taxa de ocupação não baixou de 98% no último triénio, pelo que se pressupõe a utilização de toda a capacidade de produtiva. Deste modo atinge-se um valor médio anual por cama. Este indicador é extrapolado para a capacidade instalada do hospital.

Ver Mapa no **Anexo 6**

Assim, considerando o custo de mercadoria vendida e matéria consumida obtido, assim como o valor total de vendas, foi calculada a margem bruta global, de forma a incorporar esta informação no ficheiro de “Análise Financeira”, conforme o quadro seguinte:

**CMVMC - Custo das Mercadorias Vendidas e Matérias Consumidas**

CMVMC	Margem Bruta	2015	2016	2017	2018	2019	2020
<b>MERCADO NACIONAL</b>		<b>30.461</b>	<b>30.461</b>	<b>31.984</b>	<b>31.984</b>	<b>33.583</b>	<b>33.583</b>
Diária Internamento (11 camas)	95,80%	18.396	18.396	19.316	19.316	20.282	20.282
Hospital Dia Médico (sessões) - (12 vagas)	95,80%	2.867	2.867	3.010	3.010	3.161	3.161
Residência A. Moderado (6 Lugares)	95,80%	4.139	4.139	4.346	4.346	4.563	4.563
Residência Apoio Maximo (6 Lugares)	95,80%	5.059	5.059	5.312	5.312	5.577	5.577
<b>MERCADO EXTERNO</b>		<b>5.366</b>	<b>5.902</b>	<b>6.817</b>	<b>7.499</b>	<b>8.661</b>	<b>9.527</b>
Consulta	95,80%	4.599	5.059	5.843	6.427	7.424	8.166
Domicílio (pós-internamento/acompanhamento)	95,80%	767	843	974	1.071	1.237	1.361
<b>TOTAL CMVMC</b>		<b>35.826</b>	<b>36.363</b>	<b>38.801</b>	<b>39.482</b>	<b>42.244</b>	<b>43.110</b>
<b>IVA</b>	<b>23%</b>	<b>7.006</b>	<b>7.006</b>	<b>7.356</b>	<b>7.356</b>	<b>7.724</b>	<b>7.724</b>
<b>TOTAL CMVMC + IVA</b>		<b>42.832</b>	<b>43.369</b>	<b>46.157</b>	<b>46.839</b>	<b>49.968</b>	<b>50.834</b>

### 1.1.1.3. FSE – Fornecimentos e Serviços Externos

Para a elaboração de FSE's foi utilizada uma metodologia baseada na extrapolação de custos unitários já existentes em outros serviços do hospital. Com base na demonstração de resultados do ano 2013, na conta # 62 foi calculada uma média por camas disponíveis (525 camas/vagas - (Irmãs Hospitaleiras - Casa de Saúde da Idanha, 2014)), e cuja taxa de ocupação não baixou de 98% no último triénio, pelo que se pressupõe a utilização de toda a capacidade de utilização. Deste modo atinge-se um valor médio anual por cama. De forma

a calcular o valor mensal divide-se por 12. Assim, dispõe-se do valor médio mensal por cama. Este indicador é extrapolado para a capacidade instalada do hospital de 37 vagas.

Ver Mapa no **Anexo 7**

Adicionalmente, de modo a utilizar de forma adequada o ficheiro de análise financeira, baseado no Sistema de Normalização Contabilística – SNC, as rubricas contabilísticas foram reparametrizadas de acordo com o SNC. Assim, a disposição utilizada no ficheiro excel é a que consta no mapa respetivo:

Ver Mapa no **Anexo 8**

Atendendo a esta informação foi preenchido no ficheiro de Análise Financeira o quadro previsional de gastos com FSE`s:

Ver Mapa no **Anexo 9**

Considera-se um custo anual no primeiro ano em torno aos 14.500€, acrescido de um aumento de 3% nos anos seguintes, otimizando assim, os serviços provenientes de terceiros, aproveitando as sinergias com os outros serviços da instituição.

#### **1.1.1.4. Pessoal**

No respeitante aos gastos com recursos humanos, foi considerado um custo/hora por tipo de colaborador necessário ao tipo de função desempenhada, considerando o preço praticado atualmente pelo hospital.

Seguidamente foi estimado o tempo necessário (em horas), para a concretização do serviço no volume de negócio estimado para cada um dos serviços, conforme o quadro infra:

Projeto Saúde J - Licenciatura em Gestão de Saúde

Serviço	Internamento				Cons. Externa + Serv. Domicilio				HDM				Residências				Valor Total Mensal	Valor Total Anual	
	Função	Descrição	Quant.	Valor Unit.	Valor	Descrição	Quant.	Valor Unit.	Valor	Descrição	Quant.	Valor Unit.	Valor	Descrição	Quant.	Valor Unit.			Valor
Enf.º Chefe SJ			140	8,08 €	1.131,83 €			8,08 €	0,00 €			8,08 €	0,00 €			8,08 €	0,00 €	1.131,83	15.845,62
Enf.º 2.º elemento			140	7,03 €	984,20 €			7,03 €	0,00 €			7,03 €	0,00 €			7,03 €	0,00 €	984,20	13.778,80
Enf.º			640	7,03 €	4.499,20 €		140	7,03 €	984,20 €			7,03 €	0,00 €		24	7,03 €	168,72 €	5.652,12	79.129,68
AAM - Aux. A. Médica			480	2,86 €	1.372,80 €		140	2,86 €	400,40 €		160	2,86 €	457,60 €		24	2,86 €	68,64 €	2.299,44	32.192,16
AAM - Aux. A. Médica			120	2,86 €	343,20 €			2,86 €	0,00 €			2,86 €	0,00 €		160	2,86 €	457,60 €	800,80	11.211,20
Médico			64	16,93 €	1.083,52 €		24	16,93 €	406,32 €			16,93 €	0,00 €		12	16,93 €	203,16 €	1.693,00	23.702,00
Assit. Social			12	8,55 €	102,60 €			8,55 €	0,00 €			8,55 €	0,00 €		24	8,55 €	205,20 €	307,80	4.309,20
Terapeuta Ocupacional			40	6,95 €	278,00 €			6,95 €	0,00 €		60	6,95 €	417,00 €			6,95 €	0,00 €	695,00	9.730,00
Psicólogo			20	8,55 €	171,00 €			8,55 €	0,00 €		60	8,55 €	513,00 €		24	8,55 €	205,20 €	889,20	12.448,80
Psicomotricista				8,55 €	0,00 €			8,55 €	0,00 €		60	8,55 €	513,00 €			8,55 €	0,00 €	513,00	7.182,00
Assit. Administrativo				3,90 €	0,00 €		140	3,90 €	546,00 €		140	3,90 €	546,00 €			3,90 €	0,00 €	1.092,00	15.288,00
			9.966,35 €				2.336,92 €				2.446,60 €				1.308,52 €		16.058,39 €		224.817,46 €

Estabeleceu-se como limite de atribuição de subsidio de alimentação em dinheiro o montante de 4.27 €/Dia, limite este aquele que é fiscalmente aceite não tributável. Da mesma forma foi considerado um valor aproximado de 1% respeitante a seguro de acidentes de trabalho.

	Quant.	Valor Unit.	Valor
Subsidio Alimentação	22	4,27	93,94
Seguros Acidentes de Trabalho	224.817,46 €	1%	2.248,17 €

Valor máximo fiscalmente aceite

Face aos valores apresentados, foi introduzido no ficheiro “Análise Financeira”, os valores que compões o seguinte quadro.

Ver Mapa no **Anexo 10**

Apesar do quadro apresentar um elemento por tipo de função, o custo por cada um engloba o cumprimento das horas necessárias de atividade para os diferentes serviços, representado através do valor mensal auferido, resultante da primeira tabela deste item.

Ver Mapa no **Anexo 11**

Verifica-se uma verba atribuída a gastos com pessoal no valor superior a 200m€ por ano, incluindo impostos, de acordo com as necessidades de funcionamento dos serviços.

**1.1.1.5. Outros Gastos e Perdas**

Para a incorporação da rubrica Outros Gastos e Perdas foi utilizada uma metodologia baseada na extrapolação de custos unitários (por vaga) já existentes em outros serviços do hospital. Com base na demonstração de resultados do ano 2013, na conta # 65 foi calculada

uma média por camas disponíveis - 525 camas (Irmãs Hospitaleiras - Casa de Saúde da Idanha, 2014)), e cuja taxa de ocupação não baixou de 98% no último triénio, pelo que se pressupõe a utilização de toda a capacidade de produtiva. Deste modo atinge-se um valor médio anual por cama. Este indicador é extrapolado para a capacidade instalada do hospital (Vide quadro infra).

Saúde J

Outros Gastos e Perdas

Centro de Custos - 1º Ano de Atividade

Valores Sem IVA

Canta Agregada	# Conta	Conta Detalhe	Valor Acumulado 2013	525 camas	Extrapolação (37 vagas)
OUTROS CUSTOS E PERDAS OPERACIONAIS	651	IMPOSTOS E TAXAS	6.895,41 €	13,13 €	485,96 €
	652	QUOTIZAÇÕES	180,00 €	0,34 €	12,69 €
	655	SERV. ART. P/ TEMPOS LIVRES E TERAP	16.365,40 €	31,17 €	1.153,37 €
	656	ARTIGOS DE CULTO	1.121,95 €	2,14 €	79,07 €
	659	OUTROS CUSTOS OPERACIONAIS	1.144,65 €	2,18 €	80,67 €
<b>Total</b>			<b>25.707,41 €</b>		<b>1.811,76 €</b>

Deste modo, o valor de 1.812 € foi incorporado na demonstração de resultados previsional no ficheiro de “Análise Financeira”.

### Análise de rendibilidade

Ver Mapa no **Anexo 12**

Verifica-se um resultado líquido não só positivo, como sustentável, logo a partir do primeiro ano, diminuindo assim o risco com a realização do projeto. No horizonte temporal de 6 anos, prevê-se um incremento de 430m€ em 2015 para 571m€ em 2020.

Ao ser financiado exclusivamente por capitais próprios, o projeto não acarreta gastos/juros com operações de financiamento, contribuindo positivamente para o resultado líquido do período. Salienta-se o excelente resultado de exploração do projeto, demonstrando que o desempenho do seu *core business* é bastante positivo.

Ver Mapa no **Anexo 13**

## **10.1.5. Impostos**

### **1.1.1.6. IRC**

As IPSS são entidades que não exercem a título principal uma atividade de natureza comercial, industrial ou agrícola. Assim sendo, os proveitos gerados pelas IPSS são, à partida, tributados pelo rendimento global, a qual corresponde à soma algébrica dos rendimentos das várias categorias consideradas para efeito de IRS – artigo 48º do Código. No caso de IPSS que adotem a forma associativa, haverá que atender a que não constituem rendimentos sujeitos a IRC as quotas pagas pelos associados em conformidade com os estatutos. Também não constituem rendimentos sujeitos a tributação os subsídios recebidos e destinados a financiar a realização dos fins estatutários. As IPSS podem beneficiar de isenção de IRC, nos termos do artigo 10º do respetivo Código. A isenção é, em regra, reconhecida relativamente a:

- Rendimentos de natureza comercial ou industrial diretamente derivados do exercício das atividades desenvolvidas pela IPSS, no âmbito dos seus fins estatutários;
- Rendimentos de capitais (aqui se excluindo os rendimentos gerados por títulos ao portador, não registados ou depositados);
- Rendimentos prediais;
- Ganhos de mais-valias;

Uma vez reconhecida a isenção de IRC, a manutenção desta depende da continuada verificação cumulativa dos seguintes requisitos:

- A IPSS deve exercer efetivamente e a título exclusivo ou predominante, atividades dirigidas à prossecução dos fins que justificaram a isenção;
- Não deverá existir qualquer interesse direto ou indireto dos membros dos órgãos estatutários, por si mesmos ou por interposta pessoa, nos resultados da exploração das atividades económicas prosseguidas pela IPSS.

Por outro lado, a IPSS isenta de IRC encontra-se obrigada a afetar, aos fins que justificaram a isenção, o mínimo de 50% do rendimento global líquido que seria sujeito a tributação nos termos gerais, até ao final do 4º exercício posterior àquele em que tenha sido obtido. Caso não o faça, a parte desse rendimento que não foi afeto, será tributada, nos termos gerais, no

4º exercício posterior àquele em que tenha sido obtido. Assim, considera-se para efeito do projeto, a isenção da tributação em sede de IRC.

#### **1.1.1.7. IVA**

As IPSS são sujeitos passivos de IVA, nos termos do artigo 2º do Código, desde que, de um modo independente e com carácter de habitualidade, exerçam atividades de produção, comércio ou prestação de serviços, incluindo as atividades das profissões livres, e, bem assim, as que do mesmo modo independente pratiquem uma só operação tributável, desde que essa operação seja conexa com o exercício das referidas atividades, onde quer que este ocorra, ou quando, independentemente dessa conexão, tal operação preencha os pressupostos da incidência real de IRS e de IRC.

Estão isentas do imposto Art.º 9 CIVA (Autoridade Tributária e Aduaneira, 2014):

N.º 1) As prestações de serviços efetuadas no exercício das profissões de médico, odontologista, parteiro, enfermeiro e outras profissões paramédicas;

N.º 2) As prestações de serviços médicos e sanitários e as operações com elas estreitamente conexas efetuadas por estabelecimentos hospitalares, clínicas, dispensários e similares;

N.º 7) As prestações de serviços e as transmissões de bens estreitamente conexas, efetuadas no exercício da sua atividade habitual por creches, jardins-de-infância, centros de atividade de tempos livres, estabelecimentos para crianças e jovens desprovidos de meio familiar normal, lares residenciais, casas de trabalho, estabelecimentos para crianças e jovens deficientes, centros de reabilitação de inválidos, lares de idosos, centros de dia e centros de convívio para idosos, colónias de férias, albergues de juventude ou outros equipamentos sociais pertencentes a pessoas coletivas de direito público ou instituições particulares de solidariedade social ou cuja utilidade social seja, em qualquer caso, reconhecida pelas autoridades competentes, ainda que os serviços sejam prestados fora das suas instalações.

Trata-se, em todos estes casos, de uma isenção incompleta: a IPSS não cobra imposto às pessoas a quem presta o serviço, mas não pode exercer o direito à dedução do imposto contido nas aquisições de bens ou de serviços que realize, no âmbito da atividade, ou seja, não liquidação de IVA nas operações a jusante, mas em contrapartida não conferem o direito à dedução do imposto a montante (nas aquisições) – Isenção incompleta.

Além destas isenções, cujo fundamento é especificamente a natureza de IPSS, o Código do IVA prevê outras isenções, umas objetivas, outras subjetivas, estas preenchendo um critério mais geral, a saber: o de “organismo sem finalidade lucrativa”.

Para efeitos de isenção, o artigo 10º, do Código do IVA, apenas considera como organismos sem finalidade lucrativa os que, simultaneamente (Autoridade Tributária e Aduaneira, 2014):

- a) Em caso algum distribuam lucros e os seus corpos gerentes não tenham, por si ou interposta pessoa, algum interesse direto ou indireto nos resultados da exploração;
- b) Disponham de escrituração que abranja todas as suas atividades e a ponham à disposição dos serviços fiscais, designadamente para comprovação do referido na alínea anterior;
- c) Pratiquem preços homologados pelas autoridades públicas ou, para as operações não suscetíveis de homologação, preços inferiores aos exigidos para análogas operações pelas empresas comerciais sujeitas de imposto;
- d) Não entrem em concorrência direta com sujeitos passivos do imposto.

Existe um regime próprio para as IPSS, no que respeita ao reembolso de imposto suportado na aquisição de bens ou serviços.

Ver **anexo 42**

Face ao exposto, foi considerada para o projeto, uma isenção de imposto incompleta, sem prejuízo de reembolso imposto de aquisições de operações internas, apesar de não consideradas no modelo de resultados e balanço.

## **10.2. Análise de Rendibilidade**

### **10.2.1. O valor atual líquido (VAL)**

Para o cálculo do VAL, e seguindo o modelo dos *cash-flows* descontados, apurou-se o seguinte custo de capital:

Cálculo do WACC	2015	2016	2017	2018	2019	2020
Passivo Remunerado	0	0	0	0	0	0
Capital Próprio	530.652	970.523	1.452.333	1.946.593	2.492.973	3.062.856
<b>TOTAL</b>	530.652	970.523	1.452.333	1.946.593	2.492.973	3.062.856
% Passivo remunerado	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%
% Capital Próprio	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%

Custo	2015	2016	2017	2018	2019	2020
Custo Financiamento	6,60%	6,60%	6,60%	6,60%	6,60%	6,60%
Custo financiamento com efeito fiscal	4,95%	4,95%	4,95%	4,95%	4,95%	4,95%
Custo Capital	12,00%	12,00%	12,10%	12,10%	12,21%	12,21%
Custo ponderado	0,12	12,00%	12,10%	12,10%	12,21%	12,21%

Uma vez que não existe financiamento, o custo médio ponderado (WACC), coincide com o custo do capital próprio, sendo este o fator de atualização para o cálculo do valor atual líquido.

Avaliação do Projecto / Empresa							
Na perspectiva do Projecto	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
Free Cash Flow to Firm	345.787	448.468	480.847	486.839	526.556	532.889	7.765.905
WACC	12,00%	12,00%	12,10%	12,10%	12,21%	12,21%	12,21%
Factor de actualização	1	1,120	1,256	1,407	1,579	1,772	1,988
Fluxos actualizados	345.787	400.418	382.986	345.904	333.429	300.734	3.905.946
	345.787	746.205	1.129.192	1.475.096	1.808.525	2.109.259	6.015.205
Valor Actual Líquido (VAL)	6.015.205						

Em seguimento dos cálculos realizados, e atendendo à existência de cash-flow positivos no decorrer dos 6 anos de previsão, é com naturalidade que o valor atual líquido apresenta um valor substancialmente positivo, pelo que é recomendável a realização do projeto.

### 10.2.2. Período de recuperação do capital (PRC)

Dados os *cash-flows* existentes logo no primeiro ano, é de esperar que o período de recuperação do investimento seja muito baixo, face à exigência de capital investido. Assim, espera-se que antes do final do primeiro ano esse capital seja totalmente recuperado.

$$PRC = \frac{100000}{409301,12} = 0,244318902 \text{ Ano} \implies 2,93 \text{ meses}$$

Recomendam-se os projetos cujo *payback* seja inferior ao período de vida útil do projeto, neste caso ao tê-lo em menos de um ano, é claramente viável a sua concretização. De igual

forma, este baixo PRC está associado a um menor risco, já que evita riscos decorrentes de ameaças competitivas, conjunturais, etc.

### **10.2.3. O índice de rendibilidade (IR)**

O IR é um indicador da rendibilidade efetiva por unidade de capital investido, utiliza a razão entre o valor atual dos CF atualizados e o custo do investimento. Interessa que este indicador assuma um valor superior à unidade. Na prática significa que cada unidade de capital investido obteve rendibilidade suficiente para cobrir todo o investimento, incluindo a taxa de retorno exigida, apresentando um excedente.

$$\text{IR} = \frac{8004299,7}{100000} = 80,04$$

Um  $\text{IR} > 1$  corresponde a um VAL positivo e um  $\text{IR} < 1$ , por sua vez, a um VAL negativo, assim como o IR é bastante superior a 1, é recomendável a realização do projeto, conseguindo uma rendibilidade alta.

### **10.3. Análise de Cenários e Sensibilidade**

Numa perspetiva de análise de sensibilidade, foi elaborado um modelo de estimativa de cenários otimista e pessimista face ao mais provável, tendo como unidade variável a taxa de ocupação/utilização, com condição *ceteris paribus*. Num cenário otimista é considerado um incremento de utilização de 25% (limitado à capacidade instalada), porquanto num cenário pessimista atendeu-se a uma redução de 20% na taxa de ocupação.

Saúde J

Volume de Negócios

Centro de Proveitos - 1º Ano de Atividade

Valores Anuais Sem IVA

Vendas	Valor Unid.	Cenário mais provável		Cenário Otimista (+25%)			Cenário Pessimista (-20%)		
		Utentes-dia / Taxa de Ocupação	Valor Anual 365 dias	Utentes-dia / Taxa de Ocupação	Valor Anual 365 dias	Impacto	Utentes-dia / Taxa de Ocupação	Valor Anual 365 dias	Impacto
Diária Internamento (13 camas)	120,00 €	12	525.600,00 €	13	569.400,00 €	43.800,00 €	10	438.000,00 €	-87.600,00 €
Consulta	60,00 €	1	21.900,00 €	2	43.800,00 €	21.900,00 €	1	21.900,00 €	0,00 €
Hospital Dia Médico (sessões) - (12 vagas)	17,00 €	11	68.255,00 €	12	74.460,00 €	6.205,00 €	9	55.845,00 €	-12.410,00 €
Domicílio (pós-internamento/acompanhamento)	25,00 €	3	27.375,00 €	4	36.500,00 €	9.125,00 €	2	18.250,00 €	-9.125,00 €
Residência A. Moderado (6 Lugares)	45,00 €	6	98.550,00 €	6	98.550,00 €	0,00 €	5	82.125,00 €	-16.425,00 €
Residência Apoio Maximo (6 Lugares)	55,00 €	6	120.450,00 €	6	120.450,00 €	0,00 €	5	100.375,00 €	-20.075,00 €
<b>Total</b>			<b>862.130,00 €</b>		<b>943.160,00 €</b>	<b>81.030,00 €</b>		<b>716.495,00 €</b>	<b>-145.635,00 €</b>

Margem Bruta	95,84%	Margem Bruta	95,84%
CMVMC	<u>3.367,02 €</u>	CMVMC	<u>-6.051,53 €</u>
Impacto Final	<u>77.662,98 €</u>	Impacto Final	<u>-139.583,47 €</u>

Face aos resultados obtidos, no cenário pessimista, ocorreu um impacto negativo de cerca de 139m€, o que implica diminuir o volume de vendas para 716m€ aproximadamente. Porém, no cenário otimista, dado o limite de capacidade instalada, ser atingido, o impacto real não será de 25% mas sim inferior, e por conseguinte o seu valor, que neste caso atinge cerca 78m€, incluindo o consequente aumento de custos variáveis.

Em qualquer das situações extremas, o volume de vendas continua a ser suficientemente confortável para garantir uma boa performance económico-financeira.

## Propostas

Sendo A CSI uma IPSS, os utentes serão referenciados pela Rede de Referenciação de Psiquiatria e Saúde Mental, todavia, no que se refere às Consultas Externas, podem ocorrer por via particular ou através dos acordos existentes com a CSI.

## 11.O Saúde J

### 11.1. Missão e Objetivos

A Saúde J terá como missão a prestação de cuidados de saúde mental e psiquiátrica – prevenção, tratamento e reabilitação, a adolescentes e suas famílias, dos 10 aos 18 anos.

Pretende também ser um departamento ativo em atividades de formação e investigação com o objetivo de desenvolver conhecimento, validar e melhorar as intervenções terapêuticas.

Os objetivos da Saúde J assentam na promoção da Saúde Mental do Adolescente - através da articulação com escolas, centros de saúde, estruturas sociais que desenvolvam trabalho dentro desta faixa etária disponibilizando-nos, como um parceiro ativo na realização de iniciativas que contemplem este fim;

- Diagnosticar, tratar e reabilitar os adolescentes que apresentem sintomas psicopatológicos ou patologia já diagnosticável;
- Prestar cuidados à família (ou seus substitutos);
- Desenvolver a formação contínua da equipa e docência;
- Incrementar a investigação na área da saúde mental e psiquiátrica do adolescente;
- Desenvolver a formação externa de técnicos nesta área de cuidados.

### **11.2. Prestação de Cuidados**

O modelo de prestação de cuidados tem como base uma metodologia interdisciplinar integrando diversas áreas como a medicina, enfermagem, psicologia, terapia ocupacional, serviço social, etc. O modelo de assistência assenta na parceria e articulação com diversas estruturas, redes sociais, organismos governamentais e outras instituições afins.

A equipa interdisciplinar será formada por profissionais das áreas de Pedopsiquiatria, Enfermagem, Psicologia, Assistência Social, Terapia Ocupacional, Psicomotricidade, Fisioterapia, Terapia da fala, Assistência Espiritual, Educação, Assistência Auxiliar e Voluntariado.

### **11.3. Estrutura do Saúde J**

O Saúde J encontra-se enquadrado na Lei N.º 8/2012, de 28 de Janeiro, e alterada pela 1.ª Série do N.º 29, de 10 de Fevereiro de 2011. O Saúde J é constituído por:

#### Serviço de Internamento

O Serviço de internamento é constituído por 13 camas: 4 quartos com uma cama para utentes mais agudos e 3 quartos com três camas para doentes mais estabilizados. É constituído ainda por um gabinete de enfermagem, uma copa e um pequeno refeitório.

Os recursos humanos afetados serão: Enfermeiro Chefe, que será o Coordenador de todo o Saúde J, cinco enfermeiros, um dos quais como 2.º elemento e cinco Auxiliares de Ação Médica (AAM). Terá o apoio de um Médico, um Terapeuta Ocupacional, um Assistente Social e um Psicólogo.

### Hospital de Dia Médico

Funcionará como um Centro de Dia de 2.ª a 6.ª feira, das 08:00 às 17:00 horas, com capacidade máxima para 11 jovens. É composto por uma receção, zona de gabinetes incluindo um espaço para receber os pais, zona para lanches, sala de lazer e sala de tecnologia.

Os recursos humanos afetados serão: Um psicomotricista, um terapeuta ocupacional, um psicólogo, um AAM e um assistente administrativo.

### Consulta Externa

É constituída por dois gabinetes de consultas, uma sala de reunirá semanalmente a equipa de coordenação e tomada de decisão do Saúde J e ainda um gabinete onde se instalará a equipa de apoio domiciliário.

Serão efetuadas inicialmente seis consultas semanais, pelo que contará com a presença de um médico e o apoio de um enfermeiro e de um AAM. Terá ainda um assistente administrativo.

### Serviço Domiciliário

Terá um gabinete no espaço das consultas externas e será construído por um enfermeiro e auxiliar que darão apoio nas consultas e residências.

### Residência de Apoio Moderado e Residência de Apoio Máximo

O espaço físico tem a tipologia de um T3, terá a ocupação máxima de 6 jovens cada residência e encontram-se enquadradas com os Artigos 12 e 13 do Decreto-Lei n.º 8/2010, de 28 de Janeiro.

Os recursos humanos afetados serão: um médico, um enfermeiro, um assistente social e cinco AAM e farão regularmente reuniões de avaliação em equipa. O SJ funcionará através de uma pequena estrutura em rede e enquadra-se à naturalmente no organograma da CSI.

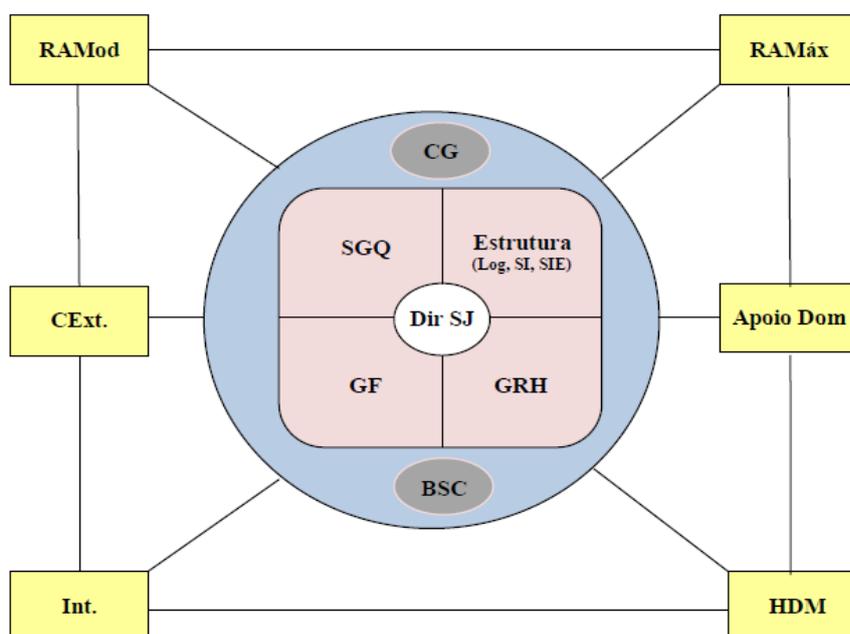


Figura 3 - A Estrutura proposta para o Saúde J

Elaboração própria

RAMod – Residência de Apoio Moderado

RAMáx – Residência de Apoio Máximo

CExt. – Consulta Externa

Apoio Dom – Serviço de Apoio Domiciliários

Int. – Internamento

HDM – Hospital de Dia Médico (Centro de Dia)

SGQ – Sistema de Gestão da Qualidade

GF – Gestão Financeira

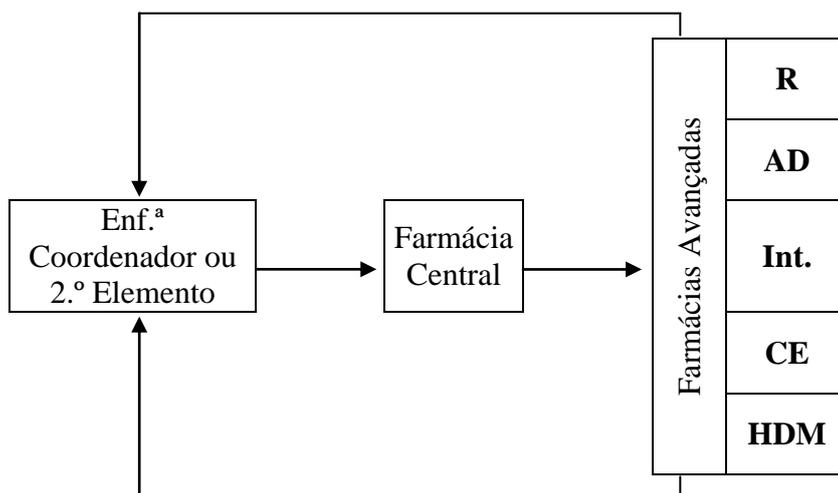
GRH – Gestão de Recursos Humanos

É importante referir que no SJ implementar-se-á uma política de flexibilidade relativamente aos seus colaboradores, à semelhança do que acontece em toda a organização. Este tipo de entreajuda, pela experiência histórica na instituição, trará benefícios e na poupança de recursos envolvendo os seus profissionais num verdadeiro espírito de equipa devidamente alinhados com a estratégia da organização.

Considerando a Gestão Logística, no que diz respeito ao Sistema de Informação a implementar, todos os Serviços afetos ao SJ estarão equipados com um terminal informático e computador, que funcionará em rede, alocado à já existente plataforma informática, do tipo ERP e em que o SJ possuirá o seu próprio módulo, apenas acessível aos elementos previamente definidos pela Direção.

Para todos os elementos do SJ será criada um correio eletrónico para que possa existir uma verdadeira interação dentro de todo o serviço, promovendo desta forma a sua eficácia.

Quanto ao circuito do medicamento e tratando-se de fármacos de custos bastantes elevados, os pedidos à Farmácia central serão da responsabilidade do Enf.º Coordenador, efetuados através do esquema que a seguir se apresenta:



**Figura 4 - Circuito do medicamento**

**Elaboração própria**

Conforme o esquema representado na figura (), os pedidos de medicação serão dirigidos ao Enf.º coordenador na plataforma informática, para serem devidamente triados e enviados aos Serviços Farmacêuticos onde é planeada e executada a sua distribuição. O Enf.º Coordenador receberá feedback através do módulo da plataforma informática do SJ, onde poderá verificar a data de entrega e por quem foi recebido. A manutenção infraestruturas será a cargo do SIE, à exceção de equipamentos de electromedicina, camas hospitalares e outros que terão um contrato de assistência técnica quando findar a garantia.

#### **11.4. Gestão da Qualidade**

A CSI possui um Sistema de Gestão da Qualidade, certificado com o Nível I (Assurance) da EQUASS. O processo de certificação terminou no corrente ano com sucesso, em que a Direção da CSI se empenhou no envolvimento de todos os colaboradores no cumprimento dos pressupostos definidos.

O SJ enquadrar-se à nos pressupostos definidos com o objetivo estratégico de caminhar com qualidade para o Nível II (Exellence).

Quanto à Gestão por Processos, seguiram naturalmente os definidos pela CSI, apresentando-se de seguida o fluxograma do SJ:

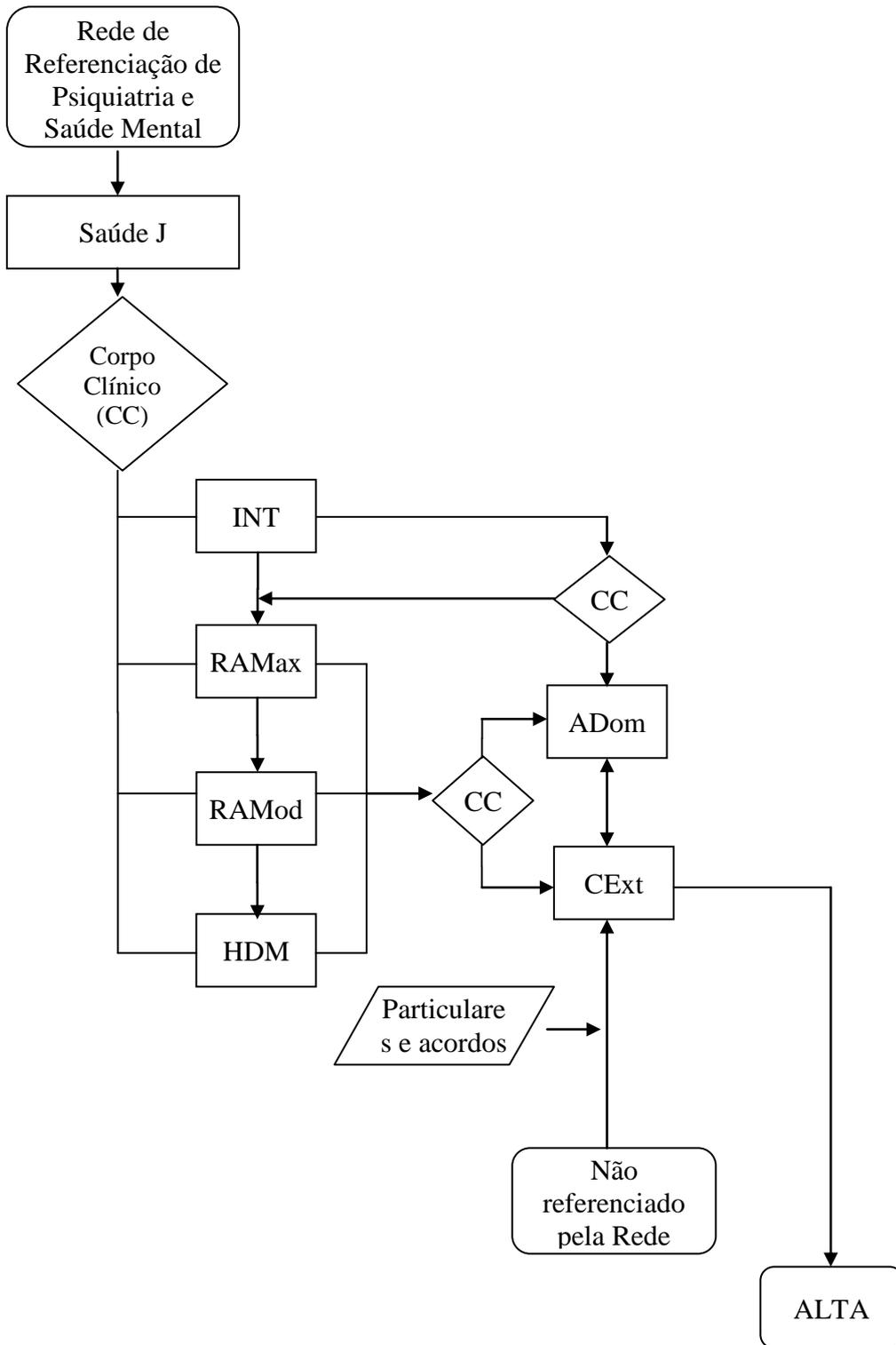


Figura 5 - Fluxograma do SJ

Elaboração própria

O diagrama de fluxos apresentado na figura (), sugere a forma dinâmica como deverá ocorrer o percurso dos utentes desde a sua entrada no SJ até à sua Alta. Inicialmente os utentes serão referenciados através da Rede de Referência de Psiquiatria e Saúde Mental (RRPSM) devidamente triados pelo corpo clínico que os encaminhará para um dos serviços do SJ, ou seja, para o internamento (INT), para a Residência de Apoio Máximo (RAMax) ou para a Residência de Apoio Moderado (RAMod) ou para o Hospital de Dia Médico (HDM), conforme a sua situação clínica depois de devidamente avaliada.

Se o utente for indicado para o internamento, poderá após fase aguda, passar para a RAMax, passando obrigatoriamente para a RAMod e por fim para o HDM ou diretamente para qualquer um dos três, consoante decisão do corpo clínico, ocorrendo à Consulta Externa (CEExt) periodicamente quando sai do internamento, conforme decisão médica. Pode no entanto, quando tem alta do internamento ter indicação para acompanhamento domiciliário conforme decisão do corpo clínico, mas que requer igualmente a visita periódica à (CEExt). O utente, por indicação do corpo clínico, poderá ter alta da RAMod ou do HDM, mas com indicação de apoio domiciliário, obrigando sempre à visita à consulta. A alta final ao utente será sempre efetuada na CEExt pelo médico responsável.

Todos os jovens poderão ocorrer à CEExt sem ser através da RRPSM, de modo particular ou através dos acordos estabelecidos com a CSI.

### 11.5. Gestão de Recursos Humanos

Categoria	DF	Tipo vínculo	N.º Horas	N.º RH	Custo
Médico	1	CTI	100	1	1.693,00 €
Enf.º Chefe SJ	2	CTI	140	1	1.131,83€
Enf.º 2.º elemento	3	CTI	140	1	984,20€
Enf.º	4	RV	780	8	5.652,12€
Assist. Social	5	CTI	36	1	307,80€
Terapeuta Ocupacional	6	CTI	100	1	695,00€
Psicólogo	7	CTI	104	1	889,20€
Psicomotricista	8	CTI	60	1	513,00€
AAM - Aux. A. Médica	9	CTI	1084	8	3100.24€
Assit. Administrativo	10	CTI	280	2	1.092,00€

Tabela 3 - Quadro Resumo necessidades de R.H. mensais

Elaboração própria

### DF – Definição de Funções

#### Médico (1)

- O exercício de todos os atos médicos ao nível diagnóstico, terapêutico e prognóstico;
- Participar nas reuniões de equipa;
- Acompanhar e orientar estágios na sua área.

#### Enf.º Coordenador (2)

- Coordenar o SJ em colaboração com a equipa de Direção e os restantes elementos afetos aos vários Serviços do SJ;
- Prestar cuidados de saúde ao utente/família/comunidade na vertente biopsicossocial;
- Promoção da adesão ao projeto terapêutico delineado;
- Articulação com outras instituições prestadoras de cuidados de saúde;
- Realização e participação em conferências familiares;
- Coordenar a equipa promovendo uma gestão adequada dos recursos humanos e materiais existentes;
- Gestão de incidentes críticos;
- Acompanhar e orientar estágios na sua área.

#### Enf.º Segundo Elemento (3)

Em tudo igual às funções anteriores à exceção do primeiro ponto. Apenas coordena o Serviço na ausência do Enf.º Coordenador-

#### Enfermeiro (4)

Em tudo igual aos anteriores, à exceção do 1.º ponto.

#### Assistente Social (5)

- Identificar e analisar os problemas e as necessidades de apoio social dos utentes, elaborando o respetivo diagnóstico social;
- Acompanhamento e apoio psicossocial dos utentes e das respetivas famílias, mediante a prévia elaboração de planos de intervenção social;

- Envolver e orientar utentes e famílias no processo terapêutico, no autoconhecimento e procura dos recursos adequados às suas necessidades;
- Acompanhar e orientar estágios na sua área.

#### Terapeuta Ocupacional (6)

- Avaliar aptidões, recursos, interesses dos utentes e condições do meio social, para elaborar programas de reabilitação;
- Identificar áreas subjacentes de disfunção neurológica e de maturação, definir atividades adequadas a cada caso, para as converter em exercício terapêutico;
- Reensinar os utentes nas Atividades de Vida diária;
- Acompanhar e orientar estágios na sua área;

#### Psicólogo (7)

- Psicoterapia, apoio psicológico e dinamizar grupos terapêuticos;
- Fazer avaliação psicológica;
- Acompanhar e orientar estágios na sua área.

#### Psicomotricista (8)

- Desenvolver atividades que favoreçam o desenvolvimento psicomotor segundo grupos específicos;
- Conceber, implementar e avaliar programas no âmbito da intervenção psicomotora, estimulação, reeducação e terapia,
- Acompanhar e orientar estágios na sua área.

#### AAM (9)

- Apoio na prestação de cuidados de saúde;
- Apoio na rouparia e alimentação

#### Assistente Administrativo (10)

- Atendimento de utentes/familiares;
- Assegurar a comunicação e articulação entre os vários serviços do SJ;

- Tratar e organizar documentação e arquivo do Serviço;

Ter domínio na execução do programa informático.

### **11.6. AAPI – Proposta**

O projeto, para a concretização de uma Unidade de Internamento especializada de Saúde Mental de Psiquiatria da Adolescência, Consulta Externa, Hospital de Dia, duas Residências de Apoio e de um Serviço de Apoio Domiciliário., requer uma necessidade de investimento inicial em ativo tangível e intangível no valor de 78.500€, para o conjunto dos serviços prestados, detalhados nos **Anexos 2 e 3**.

Estabeleceu-se uma necessidade de recursos humanos de 25 profissionais, com um custo anual de 290.000 € (encargos incluídos) – **Anexos 10 e 11**. Dada a rotatividade dos consumos, e da inexistente necessidade de financiamento por capitais alheios, é possível deter uma reserva de segurança de tesouraria, de 20.000€ - **Anexo 13**.

Estra estrutura permite, no cenário mais provável, uma previsão de volume de negócios global de aproximadamente 940.000€ (IVA não incluído) em 2015, dividido em 6 serviços (**Anexos 4 e 5**):

- Internamento: 525.600€
- Hospital Dia: 68.255€
- Residência A. Moderado: 98.550€
- Residência Apoio Máximo: 120.450€
- Consulta: 109.500€
- Domicílio (pós-internamento/acompanhamento): 18.250€

A capacidade de gerar *cash-flows* é bastante elevada, conseguindo logo no primeiro ano 355.000€. A rentabilidade do projeto é igualmente alta, atingindo um resultado antes de juros, impostos, depreciações e amortizações – EBITDA de 590.000€. e um resultado líquido de 437.000€, ambos em 2015, e aumentando de forma sustentável no conjunto dos seis anos analisados.

Segundo informações da direção, atendendo à elevada capacidade financeira da organização, o projeto será financiado inteiramente por capitais próprios, pelo que o nível

de endividamento a médio e longo prazo é nulo, no primeiro ano, diminuindo consideravelmente o risco do investimento.

Estima-se que o período de recuperação do investimento (PRI) seja inferior a um ano. Adicionalmente o Retorno de investimento (ROI) apresenta uma taxa de 60% em 2015 que, juntamente com a existência de um Valor Atual Líquido (VAL) estimado superior a 6M€, garante a viabilidade financeira do negócio e a sua probabilidade de sucesso.

### **11.7. BSC – Proposta**

#### **Visão:**

Ser um estabelecimento de saúde com intervenção especializada em saúde, sobretudo em saúde mental e psiquiatria, inserido na comunidade, em contínua evolução no sentido de uma adequação sistemática e progressiva às necessidades da população em cada momento, enquadrando na assistência prestada, os aspetos médicos e sociais que englobam a dimensão física, psíquica, social e espiritual da pessoa doente

#### **Estratégia:**

Implementação de um Serviço de Saúde Mental de apoio ao adolescente (10 aos 18 anos) na CSI enquadrando-se numa IPSS, baseando-se nos mesmos parâmetros de rigor e qualidade do CSI, que se pautam por:

- Prestação de cuidados de saúde, tratamento e reabilitação, em tempo clinicamente adequado, com qualidade e humanidade, num quadro de desenvolvimento económico e financeiro sustentável;
- Gestão racional dos recursos humanos e técnicos, rentabilizando a capacidade instalada, apoiando as iniciativas inovadoras e privilegiando a complementaridade institucional;
- Atuação, em estreita articulação, de todos os serviços e unidades funcionais, desenvolvendo e potenciando sinergias;
- Maximização das ligações funcionais e operacionais com as redes de cuidados primários e continuados da área de influência, por forma a otimizar a criteriosa utilização de recursos, bem como assegurar a melhor coordenação das respetivas atividades;

## Base do Balanced Scorecard

Neste âmbito, foi elaborado um ficheiro excel pré formatado nas diversas colunas que permite gerar relatórios de performance e assim avaliar os diversos indicadores de desempenho que levam à concretização dos objetivos estratégicos e por conseguinte à missão.

<b>BALANCED SCORECARD SAÚDE J</b>				
<b>PERSPECTIVA</b>	<b>OBJETIVOS ESTRATÉGICOS</b>	<b>INDICADORES DE PERFORMANCE</b>	<b>MÉTRICA</b>	<b>PERIODIC.</b>
<b>FINANCEIRA</b>	Melhorar a situação económica do Hospital	Resultado líquido do exercício	€	Anual
	Melhorar a eficácia do resultado económico	Resultado económico face ao total de receitas	€	Anual
	Cumprir metas orçamentais	Desvios no orçamento	€	Anual
	Melhorar custos FSE	Nível de endividamento curto Prazo	€	Mensal
	Aumentar receitas	Volume de negócios	€	Mensal
	Reduzir gastos com FSE	Custo FSE por utente	€	Mensal
	Melhorar deficit de exploração	Resultado operacional por utente	€	Mensal
	Redução de gastos com medicamentos	Custo de medicamentos por utente	€	Mensal
<b>CLIENTES</b>	Satisfação do cliente/utente	Reclamações recebidas	Número	Mensal
		Utentes recomendados	Número	Trimestral
	Fidelização do cliente/utente	Faltas e desmarcações pelo cliente/utente	Número	Trimestral
	Angariação de novos clientes	Novos clientes durante um trimestre	Número	Trimestral
<b>PROCESSOS INTERNOS</b>	Promoção da eficiência	Tempo de transmissão e informação entre serviços	Horas/dias	Mensal
	Promoção da produtividade	Consultas por hora	Número	Mensal
		Taxa de utilização das Consultas Externas	%	Mensal
		Taxa de reinternamento	Número	Mensal
		Demora média internamento (DM)	%	Mensal
		Taxa de ocupação (TO)	Número	Mensal
		Doente tratado por cama (DT/C)	%	Mensal
<b>APRENDIZAGEM E CRESCIMENTO</b>	Promoção da motivação	Índice de satisfação dos colaboradores	%	Semestral
	Desenvolver competências	Horas de formação por trabalhador	Horas	Trimestral
	Atualizar e desenvolver as TIC	Investimento em TIC	€	Semestral
		Tempo de resposta do sistema	horas/dias	Mensal

Figura 6 - Proposta do BSC para o SJ

### Elaboração própria

Na figura são propostos os objetivos estratégicos enquadrados nas necessidades do SJ dentro das quatro perspetivas do BSC, assim como os respetivos indicadores de performance, a respetiva métrica e a periodicidade de avaliação.

### Quadro de avaliação do BSC

## Projeto Saúde J - Licenciatura em Gestão de Saúde

Saúde J		Status	Done	WIP	To Do	Total											
		Qtdd	0	5	18	23											
BSC - Database												Proveitos = + Custos = -					
#	Área	Objectivos	Alvos / Parceiros	Iniciativas	Rspnsável	Medidas/ Indicadores	Meta	Data de Conclusão Prevista	Data de Conclusão Real	Status	Valor Estimado	Valor real	Desvio	Observações	Começado? S?		
1	Fin / Sócios	Melhorar a situação económica do Hospital	Direção	Aumentar o Capital Proprio	Diretor Serviço / xxx	Resultado líquido do exercício	350.000,00 €	31/12/2015		To Do	350.000,00 €						
2	Fin / Custos	Melhorar a eficácia do resultado económico do Hospital	Direções de Áreas	Diminuir desperdícios e ineficiências	Diretor Serviço / xxx	Resultado económico face ao total de receitas	95%	31/12/2015		WIP					5		
3	Fin / Custos	Cumprir metas orçamentais	Direções de Áreas	3 fornecedores por pedido	Diretor Serviço / xxx	Desvios no orçamento	5.000,00 €	31/12/2015		To Do	5.000,00 €						
4	Fin / Custos	Melhorar custos FSE	Direções de Áreas	5 fornecedores por pedido	Diretor Serviço / xxx	Nível de endividamento curto Prazo	-2%	31/01/2015		To Do							
5	Fin / Faturação	Aumentar receitas	Responsável Marketing	Elaborar Folhetos e mais presença Internet	Diretor Serviço / xxx	Volume de negócios	1%	31/01/2015		To Do							
6	Fin / Custos	Reduzir gastos com FSE	Direções de Áreas	5 fornecedores por necessidade	Diretor Serviço / xxx	Custo FSE por utente	-1%	31/01/2015		To Do							
7	Fin / Custos	Melhorar deficit de exploração	Enfermeiros	Diminuir desperdícios e ineficiências	Enf.º Chefe SJ / xxx	Resultado operacional por utente	-0,5%	31/01/2015		To Do							
8	Fin / Custos	Redução de gastos com medicamentos	Enfermeiros e médicos	Procurar minimo 3 fornecedores	Médico / xxx	Custo de medicamentos por utente	-0,5%	31/01/2015		To Do							
9	Client / CRM	Satisfação do cliente/utente	Utente	Atender pessoalmente o cliente	Médico / xxx	Reclamações recebidas	2	31/01/2015		WIP					5		
10	Client / CRM	Satisfação do cliente/utente	Utente	Desconto num serviço de 5%	Assit. Administrativo / xxx	Utentes recomendados	3	31/03/2015		WIP					5		
11	Client / CRM	Fidelização do cliente/utente	Utente	Elaborar relatório com motivo	Assit. Administrativo / xxx	Faltas e desmarcações pelo cliente/utente	8	31/03/2015		WIP					5		
12	Client / CRM	Animação de novos clientes	Responsável Marketing	Elaborar Folhetos e mais presença Internet	Diretor Serviço / xxx	Novos clientes durante um trimestre	10	31/03/2015		To Do							

Saúde J		Status	Done	WIP	To Do	Total											
		Qtdd	0	5	18	23											
BSC - Database												Proveitos = + Custos = -					
#	Área	Objectivos	Alvos / Parceiros	Iniciativas	Rspnsável	Medidas/ Indicadores	Meta	Data de Conclusão Prevista	Data de Conclusão Real	Status	Valor Estimado	Valor real	Desvio	Observações	Começado? S?		
13	Proc. Int. / Procedimentos	Promoção da eficiência	Enfermeiros e médicos	Informatizar atividades	Assit. Administrativo / xxx	Tempo de transmissão e informação entre serviços (Horas/dias)	1h	31/01/2015		To Do							
14	Proc. Int. / Procedimentos	Promoção da produtividade	Médicos	Informatizar histórico	Médico / xxx	Consultas por hora	2	31/01/2015		To Do							
15	Proc. Int. / Procedimentos	Promoção da produtividade	Médicos	Informatizar relação com clientes	Médico / xxx	Taxa de utilização das Consultas Externas	50%	31/01/2015		To Do							
16	Proc. Int. / Procedimentos	Promoção da produtividade	Médicos	Intensificar acompanhamento	Médico / xxx	Taxa de reinternamento	3%	31/01/2015		To Do							
17	Proc. Int. / Procedimentos	Promoção da produtividade	Enfermeiros e médicos	Intensificar acompanhamento	Enf.º Chefe SJ / xxx	Demora média internamento (DM)	10dias	31/01/2015		To Do				DM = Dias de internamento/ Doentes saídos			
18	Proc. Int. / Procedimentos	Promoção da produtividade	Enfermeiros e médicos	Intensificar acompanhamento	Diretor Serviço / xxx	Taxa de ocupação (TO)	98%	31/01/2015		To Do				TO = Dias de internamento X 100/ Lotação e efetiva x 365			
19	Proc. Int. / Procedimentos	Promoção da produtividade	Enfermeiros e médicos	Informatizar dados	Médico / xxx	Doente tratado por cama (DT/C)	3	31/01/2015		To Do				DT/C = Doentes saídos/ Lotação efetiva			
20	Apr & Cs / Avaliação	Promoção da motivação	Todos os colaboradores	Indexar salario/productividade	Diretor Serviço / xxx	Índice de satisfação dos colaboradores	>85%	31/03/2015		To Do							
21	Apr & Cs / Formação	Desenvolver competências	Colaboradores	Sessões científicas na área de enfermagem	Enf.º Chefe SJ / xxx	Horas de formação por trabalhador	4	31/12/2015		To Do							
22	Apr & Cs / Formação	Atualizar e desenvolver as TIC	Diretor Hospital	Atualizar software	Diretor Serviço / xxx	Investimento em TIC	20.000,00 €	31/12/2015		To Do	-20.000,00 €						
23	Apr & Cs / Avaliação	Atualizar e desenvolver as TIC	Diretor Hospital	Informatizar comunicação	Diretor Serviço / xxx	Tempo de resposta do sistema	online	31/12/2015		WIP					5		

Figura 7 - Quadro de avaliação do BSC

Elaboração própria

Mapa igualmente incluído no Anexo 43

Este modelo Balanced Scorecard, foi desenvolvido integrando as diversas áreas da organização, que foram abordadas neste trabalho. Em cada item do modelo está identificada não só qual dos 4 pilares intrínsecos ao BSC, mas igualmente os objetivos a atingir, a quem se destina, quais as iniciativas a tomar, que é o responsável pelo cumprimento das mesmas, as metas concretas e mensuradas, assim como o horizonte temporal para as atingir.

Foi incluído no modelo campos para efeitos de avaliação de desempenho, identificando os respetivos desvios. Desta forma é possível identificar potenciais desvios e assim optar por medidas de correção mais rapidamente, caso seja necessário.

Foi incluído um quadro resumo no topo do ficheiro, que identifica quantas são as metas que estão terminadas (*Done*), as que já começaram mas que ainda não terminaram (*WIP – work in progress*), e aquelas que ainda não começaram (*To Do*). São recomendados os itens apresentados, sem descurar a possibilidade de adicionar ou retirar caso seja necessário. Apoiada nesta flexibilidade, o modelo BSC para o Saúde J, apresenta uma base de trabalho integrada e pronta a ser utilizado.

## **12. Conclusão**

Através do estágio desenvolvido na Casa de Saúde da Idanha (CSI), permitiu conhecer a organização de forma profunda, o que tornou possível desenvolver um projeto de criação do Departamento de Saúde Mental do Adolescente,

Este serviço surge da necessidade de adaptabilidade à realidade da saúde mental, particularmente na infância e adolescência, tratando-se de camadas etárias mais sensíveis e diferenciadas, agravadas em parte devido ao momento de crise que atravessamos. O crescimento exponencial da necessidade de tipos de cuidados de saúde nesse âmbito, orientou a criação do projeto Saúde J.

Neste sentido, o presente relatório trata da implementação de um Serviço de Saúde Mental de apoio ao adolescente (10 aos 18 anos) na CSI que se enquadra numa IPSS, nas várias especialidades e vertentes que, conjuntamente com a Direção do Hospital, foi definido ser constituído por uma Unidade de Internamento especializada de Saúde Mental de Psiquiatria

da Adolescência, Consulta Externa, Hospital de Dia que funcionará como Centro de Dia, duas Residências de Apoio e ainda a criação de um Serviço de Apoio Domiciliário.

O espaço físico encontra-se instalado e já com algum tipo de infraestruturas e equipamento, porém foi apropriado a realização do estudo de viabilidade económico-financeira de forma a assegurar a sua sobrevivência a longo prazo, e garantindo a qualidade dos cuidados de saúde para a qual a organização está naturalmente vocacionada, dentro do seu perfil de atuação, pelo seu histórico, missão e valores enquadrado num processo de melhoria contínua.

Daí resultou a necessidade da elaboração de um sistema de controlo de gestão, uma ferramenta estratégica essencial para levar a bom porto os objetivos da organização, permitindo criação de um conjunto de indicadores que visem o seu controlo e monitorização. Assim, paralelamente à elaboração do projeto, nas várias perspetivas foi elaborado o Balanced Scorecard aplicado ao novo Serviço, o Saúde J.

Assim, foi desenvolvido um modelo de serviço, estruturado e acompanhando a visão e missão da própria organização, baseado em modelos de qualidade EQUASS presentes na CSI, e integrado na sua totalidade na ferramenta Balanced Scorecard.

De igual forma foi realizado um levantamento de necessidades de recursos humanos indispensáveis para a prossecução do projeto, devidamente quantificados e caracterizados.

Todo o modelo de serviço foi alvo de uma avaliação económico-financeira, de modo a verificar a sua sustentabilidade. Deste modo verificou-se uma necessidade de investimento inicial de 78.500€, no conjunto dos serviços prestados. A capacidade de gerar *cash-flows* é bastante elevada, conseguindo logo no primeiro ano 355.000€. A rentabilidade do projeto é igualmente alta, atingindo um resultado líquido de 437.000€, aumentando de forma sustentável no conjunto dos seis anos analisados. O Retorno de investimento (ROI) apresenta uma taxa de 60% em 2015 que, juntamente com a existência de um Valor Atual Líquido (VAL) estimado superior a 6M€, garante a viabilidade financeira do negócio e a sua probabilidade de sucesso.

Tal como referido, todo o projeto Saúde J, enquadrou-se na ferramenta Balanced Scorecard, demonstrando um alto nível de integração entre a estratégia e as diversas áreas de gestão e

atuação da organização. Foi elaborado num ficheiro Excel, uma matriz base de Balanced Scorecard para o Saúde J, pronta a utilizar pelos serviços do hospital, o qual inclui relatórios de acompanhamento e controlo.

Em suma, foi desenvolvido um trabalho de base, pronto a ser utilizado, para a implementação de um projeto real e viável, e que cria valor para a organização, e que obteve um parecer favorável da direção do CSI.

## **Bibliografia**

Abecassis, F. e Cabral, N. (2010). Análise económica e financeira de projetos. (6ª ed). Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian

Barañano, A. (2008). Métodos e técnicas de investigação em gestão: Manual de apoio à realização de trabalhos de investigação. (1ª ed.). Lisboa: Edições Sílabo

Barros, H. (2008). Análise de projetos de investimento. (4º ed). Lisboa. Edições Sílabo

Barros, P. (2012). Economia da saúde: Conceitos e comportamentos. Coimbra: Edições Almedina

Bell, J. (2010). Como realizar um projeto de investigação. (5ª ed.). Lisboa: Gradiva Publicações, S.A.

Bodie, Kane e Marcus. (2011). Investments. (9ª ed). Mcgraw-Hill

Brealey, Myers e Allen (2011). Principles of corporate finance. (10ª ed). Mcgraw-Hill

Caetano, A. e Vala, J. (2007). Gestão de Recursos Humanos: contextos, processos e técnicas. (3ª ed). Lisboa: Editora RH

Campos, A. e Simões, J. (2011). O percurso da saúde: Portugal na Europa. Coimbra: Edições Almedina

Caldeira, J. (2014). 100 indicadores da gestão. Lisboa: Actual

Caldeira, M. (2008). Sistemas de Informação para a Gestão. Lisboa: Universidade Aberta

Carapinheiro, G. (2005). Saberes e poderes no hospital. (4ª ed). S. Maria da Feira: Edições Afrontamento

Carvalho, J. e Ramos, T. (2013). Logística na saúde. (2ª ed). Lisboa: Edições Sílabo

Carvalho, J. (2002). Logística. (3ª ed). Lisboa: Edições Silabo

Carvalho, J. (2012). Logística e gestão. (1ª ed). Lisboa: Edições Sílabo

Carvalho, M. (2008). Gestão e liderança na saúde. Porto: Vida Económica Chiavenato, I. (2010). Gestão de pessoas. São Paulo: Elsevier

Cunha, M., Rego, A., Cunha, R., Cardoso, C., Marques, C., Gomes, G. (2012). Manual de gestão de pessoas e do capital humano. (2.<sup>a</sup> ed.). Lisboa: Edições Sílabo

Cunha, M. Rego, A. Cunha, R. Cardoso, C. (2007). Manual de comportamento organizacional e gestão. (6<sup>o</sup> ed). Lisboa: Editora RH

Devillard, O. (2001). A dinâmica das equipas. Lisboa: Bertrand Editora

Drucker, P. (2009). O essencial de Drucker: Uma seleção das melhores teorias do pai da gestão. (2<sup>a</sup> ed). Lisboa: Actual Editora

Fernandes, C. Peguinho, C. Vieira, E. Neiva, J. (2013). Análise financeira: Teoria e prática. Aplicação no âmbito do SNC. (2<sup>a</sup> ed). Lisboa: Edições Sílabo

Gama, A. (2012). Performance empresarial. Porto Editora

Jordan, H., Neves, J. C. e Rodrigues, J. A. (2011). O Controlo de Gestão. (9<sup>a</sup> ed). Lisboa: Áreas Editora.

Kaplan, R. e Norton, D. (1996). Using the Balanced Scorecard as a Strategic Management System, Harvard Business Review.

Kaplan e Norton (2004). Kaplan e Norton na prática. (11<sup>a</sup> ed) São Paulo: Elsevier Editora

Lopes. A. e Capricho, L. (2007). Manual de gestão da qualidade. (1<sup>a</sup> ed). Lisboa: Editora RH

Lopes, A. (2012). Fundamentos da gestão de pessoas. Lisboa: Edições Sílabo

Magretta, J. (2012). Michael Porter: O essencial sobre estratégia, concorrência e competitividade (1<sup>a</sup> ed). Famalicão: Centro atlântico

Martins, A. e Lopes, A. (2012). Capital intelectual e gestão estratégica de recursos humanos. (2.<sup>a</sup> ed.). Lisboa: RH editora.

Matos, L., Ramos, I. (2009). Medir para Gerir. O Balanced Scorecard em Hospitais. (1ª ed) Lisboa: Edições Sílabo

Martins, A. e Carvalho, J. (2012). Gestão da mudança na saúde. (1ª ed). Lisboa: Edições Sílabo

Mintzberg, H. (2010). Estrutura e dinâmica das organizações. (4.ª ed). Alfragide: Edições Dom Quixote

Neves, G. (2012). Análise e relato financeiro: Uma visão integrada de gestão. (6ª ed). Alfragide: Texto Editores

Neves, J. C. (2011). Avaliação e Gestão da Performance Estratégica da Empresa. (2ª ed). Lisboa: Texto Editores

Neves, J. (2002). Avaliação de empresas e negócios. Lisboa: Mcgraw-hill

Pereira, D. Nascimento, J. Gomes, R. (2011). Sistema de informação na saúde: Perspetivas e desafios em Portugal. (1ªed). Lisboa. Edições Sílabo

Person, R. (2013). Balanced Scorecards & Operational Dashboards with Microsoft Excel. Indianapolis: John Wiley & Sons, Inc.

Pinto, F. (2009), Balanced Scorecard, Alinhar mudança, Estratégia e Performance nos Serviços Públicos. (3º ed). Lisboa: Edições Silabo.

Pires, A. (2012). Sistemas de gestão da qualidade. (1ª ed). Lisboa: Edições Sílabo

Pires, C. (2011). Mercados e investimentos financeiros. (3ª ed). Lisboa: Escolar editora.

Rascão, J. (2012) Novas Realidades na Gestão e na Gestão da Informação. (1ª ed). Lisboa: Edições Sílabo

Rego, A. Cunha, M. Costa, N. Gonçalves, H e Cardoso, C. (2007). Gestão ética e socialmente responsável. (2ª ed). Lisboa: Editora RH

Rocha, A. (2010). Sistemas e Tecnologias de Informação na Saúde. (1.ª ed). Porto: Edições Universidade Fernando Pessoa

Rodrigues, C. (2011). Governação de Organizações Públicas em Portugal: A emergência de modelos diferenciados. Mangualde: Edições Pedago.

Rodrigues, M. (2012). Profissões: Lições e ensaios. Coimbra: Edições Almedina

Roldão, V. (2013). Gestão de projetos. (4ª ed). Lousã: Monitor

Seixo, J. (2007). Gestão do desempenho. Lisboa: lidel

Silva, I. (2012). Gestão Estratégica: Balanced Scorecard para uma entidade hospitalar. Tese de Mestrado em Contabilidade e Finanças. Instituto Politécnico do Porto.

Silva, M. (2013). Gestão da qualidade em cuidados de saúde. (1.ª ed). Lisboa: Monitor

Silva, A., Varanda, J. e Nóbrega, S. (2004). Alquimia da qualidade na gestão dos hospitais. (1.ªed). Cascais: Editora Príncípia

Soares, I., Moreira, J., Pinho, C., Couto, J. (2012). Decisões de investimento: Análise financeira de projetos. (3ª ed). Lisboa: Edições Sílabo

Soares, J., Fernandes, A., Março, A., Marques, J. (2007). Avaliação de projetos de investimento na óptica empresarial. (2ª ed). Lisboa: Edições Sílabo

Sousa, M. e Batista, C. (2011). Como fazer investigação. Dissertações, teses e relatórios segundo Bolonha. (4ª ed). Lisboa: Lidel

Souza, A. Heringer, C. Júnior, J. Moll, J. (2010). Gestão de manutenção em serviços de saúde. (1ª ed). São Paulo. Blucher

Vieira, J. (2000). Inovação e marketing de serviços. Braga: Verbo Editora

Wartzman, R. (2010). As lições de Peter Drucker: O essencial sobre a gestão, a sociedade e a economia. Lisboa: Editora Verbo

Manual de Acreditação de Unidades de Saúde. Programa nacional de acreditação em Saúde. (2011). (1ª ed). Lisboa. DGS

McDonald, B. (2012). A Review of the Use of the Balanced Scorecard in Healthcare.  
European Pact for Mental Health and Well-being. (2008)

Livro Verde – Comissão da Comunidades Europeias: Melhorar a saúde mental da população, rumo a uma estratégia de saúde mental para a união europeia. (2005). Bruxelas

Plano Nacional de Saúde Mental 2007 – 2016. Coordenação Nacional para a Saúde Mental

Portugal. Saúde Mental em Números – 2013. Programa Nacional para a Saúde Mental.  
DGS

Reactualização em 2012 do Plano Nacional de Saúde Mental 2007 – 2016. Decreto-Lei n.º 8/2010 de 28 de Janeiro. Diário da Republica N.º 19 – 1ª Série Portaria n.º 149/2011 de 8 de Abril. Diário da Republica, N.º 70 – 1ª Série

[www.dgs.pt](http://www.dgs.pt); [www.acss.pt](http://www.acss.pt); [www.ers.pt](http://www.ers.pt); [www.ine.pt](http://www.ine.pt); [www.equass.be](http://www.equass.be), [www.pordata.pt](http://www.pordata.pt),  
[www.iapmei.pt](http://www.iapmei.pt)

[www.irmashospitaleiras.pt](http://www.irmashospitaleiras.pt)