



UNIVERSIDADE D  
COIMBRA

Adriana Flávia Santos Roque

**O PLANEAMENTO ESTRATÉGICO NAS  
ORGANIZAÇÕES  
O CASO DO CHUC**

**Relatório de estágio no âmbito do Mestrado em Gestão orientado pelo  
Professor Doutor Fernando Manuel Pereira Oliveira Carvalho e apresentado  
à Faculdade de Economia da Universidade de Coimbra**

Julho de 2019





FACULDADE DE ECONOMIA  
UNIVERSIDADE DE  
**COIMBRA**

Adriana Flávia Santos Roque

O PLANEAMENTO ESTRATÉGICO NAS  
ORGANIZAÇÕES  
O CASO DO CHUC

*Relatório de estágio em mestrado em Gestão orientado pelo Professor Doutor Fernando  
Manuel Pereira Oliveira Carvalho e apresentado à Faculdade de Economia da  
Universidade de Coimbra para obtenção do grau de Mestre*

Julho de 2019



## **AGRADECIMENTOS**

Não tendo sido a caminhada feita de forma isolada, aproveito para agradecer a todos aqueles que me apoiaram e me ajudaram na conclusão do mestrado em Gestão na Faculdade de Economia da Universidade de Coimbra.

Em primeiro lugar, quero agradecer aos meus pais pelo apoio incondicional que sempre me deram ao longo do meu percurso e afirmar que sem eles não teria a possibilidade de estar onde estou hoje. Paralelamente, quero agradecer à minha avó por ter tido sempre uma palavra amiga e reconfortante para mim.

Agradeço ao meu orientador, Professor Doutor Fernando Carvalho, por ter aceite o convite de orientação deste relatório de estágio e pelo acompanhamento ao longo da realização do mesmo.

Agradeço também aos membros da equipa na qual estive inserida no âmbito do estágio curricular, de forma particular aos gestores do projeto, Professor Doutor Pedro Torres e Professor Doutor Luís Dias pela oportunidade e à minha colega Filipa pelo companheirismo.

Um agradecimento especial ao Duarte por me ter apoiado e ter acreditado em mim em todos os momentos.

Por fim, mas não menos importante, agradeço aos meus amigos, em especial à Joana e à Maria pelo apoio e motivação que me transmitiram e desabafos tidos ao longo desta etapa.

## RESUMO

O planeamento estratégico é conhecido como uma ferramenta de gestão sendo uma das mais utilizadas pelas organizações a nível mundial. O planeamento é também visto como um processo formal que permite, através da análise interna e externa da organização, determinar objetivos a longo prazo possibilitando à empresa obter vantagem competitiva. Outra característica associada a este processo é a possibilidade de aplicação a qualquer tipo de organização. Ao nível da gestão hospitalar, o planeamento estratégico tem bastante importância sendo também, neste âmbito, uma das ferramentas mais utilizadas tendo realmente impacto no desempenho destas organizações. Posto isto, pretende-se com este trabalho rever e apresentar a literatura existente no âmbito do planeamento estratégico nas organizações em geral e, de forma mais específica, nas organizações do setor da saúde. O presente relatório surge no âmbito do estágio curricular realizado com o intuito de obter o grau de mestre em Gestão pela Faculdade de Economia da Universidade de Coimbra. O estágio curricular foi realizado em ambiente de consultoria estratégica e teve como principal objetivo colaborar no plano de desenvolvimento estratégico 2019-2023 do Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, E.P.E. elaborado pela Faculdade de Economia da Universidade de Coimbra. Através da aplicação do planeamento estratégico, foi possível perceber que os modelos teóricos desenvolvidos ao longo do tempo ainda hoje têm aplicação, com exceção de um modelo devido ao caso prático ser aplicado no setor público. Para além disto, foi também perceptível a importância dos *stakeholders*, dando especial relevância aos colaboradores, e do pensamento estratégico no processo de planeamento estratégico.

Palavras-chave: colaborador, hospital, pensamento estratégico, planeamento estratégico, vantagem competitiva.

## **ABSTRACT**

Strategic planning is known as a management tool that is one of the most widely used by organizations globally. Planning is also seen as a formal process that allows, through internal and external analysis of the organization, to determine long term goals enabling the company to gain competitive advantage. Another feature associated with this process is the possibility of applying to any type of organization. At the hospital management level, strategic planning is very important and, in this context, it is also one of the most used tools that really have an impact on the performance of these organizations. That said, the aim of this paper is to review and present the existing literature on strategic planning in organizations in general and, more specifically, in health sector organizations. This report is part of the curricular internship aimed at obtaining the Master's degree in Management from the Faculty of Economics of the University of Coimbra. The internship was conducted in a strategic consulting environment and its main objective was to collaborate in the 2019-2023 strategic development plan of Coimbra Hospital and University Center, E.P.E. prepared by the Faculty of Economics of the University of Coimbra. Through the application of strategic planning, it was possible to realize that the theoretical models, except for one, developed over time still apply today, except the one model that did not was because the practical case was applied to the public sector. In addition to this, the importance of the stakeholders was also apparent, giving a special relevance to the employees, and strategic thinking in the strategic planning process.

Keywords: employer, hospital, strategic thinking, strategic planning, competitive advantage.

## LISTAS DE SIGLAS

ACeS – Agrupamentos de Centros de Saúde  
ACSS – Administração Central do Sistema de Saúde  
ARSC – Administração Regional de Saúde do Centro  
CeBER – *Centre for Business and Economics Research*  
CHUC – Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra  
CHULC – Centro Hospitalar Universitário de Lisboa Central  
CHULN – Centro Hospitalar de Lisboa Norte  
CHULO – Centro Hospitalar Universitário de Lisboa Ocidental  
CHUP – Centro Hospitalar Universitário do Porto  
CHUSJ – Centro Hospitalar Universitário de São João  
CRIs – Centros de Responsabilidade Integrada  
ERS – Entidade Reguladora da Saúde  
ETC – Equivalente em Tempo Completo  
GDHs – Grupos de Diagnóstico Homogéneo  
LIC – Lista de Inscritos para Cirurgia  
RER – Rede Europeia de Referência  
RNEHR – Redes Nacionais de Especialidades Hospitalares e de Referência  
SINAS – Sistema Nacional de Avaliação em Saúde  
SNS – Serviço Nacional de Saúde  
SWOT – *Strengths, Weaknesses, Opportunities and Threats*  
TMRG – Tempo Máximo de Resposta Garantida  
UGIs – Unidades de Gestão Intermédias  
ULS – Unidade Local de Saúde



## **ÍNDICE DE FIGURAS**

Figura 1 - Processo de planeamento estratégico .....	8
Figura 2 - Localização dos seis polos do CHUC .....	26
Figura 3 - Área de influência do CHUC.....	30

## **ÍNDICE DE GRÁFICOS**

Gráfico 1 - Distribuição dos colaboradores por grupo profissional .....	33
---	----

## **ÍNDICE DE TABELAS**

Tabela 1 - Escolas da estratégia .....	5
Tabela 2 - Principais ferramentas utilizadas na análise estratégica .....	13
Tabela 3 - Ferramentas de apoio à criação de alternativas estratégicas .....	15
Tabela 4 - Pensamento estratégico vs. Planeamento estratégico .....	17
Tabela 5 - Distância e tempo, de carro, entre os polos do HUC.....	26
Tabela 6 - Resumo da atividade assistencial .....	32
Tabela 7 - Acompanhamento do Contrato-Programa 2018.....	34
Tabela 8 - Total contratado e faturado pelo CHUC em 2018.....	35
Tabela 9 - Desempenho económico-financeiro do CHUC .....	35

## SUMÁRIO

Agradecimentos .....	iv
Resumo .....	v
Abstract.....	vi
Listas de siglas .....	vii
Índice de figuras.....	viii
Índice de gráficos .....	viii
Índice de tabelas.....	viii
I. Introdução .....	1
II. Revisão da literatura .....	3
Estratégia e Planeamento .....	3
Planeamento Estratégico.....	6
Processo do planeamento estratégico .....	8
Pensamento estratégico.....	16
Críticas ao planeamento estratégico .....	18
O sucesso do planeamento estratégico .....	19
Planeamento estratégico no setor da saúde.....	20
III. Caracterização da entidade de acolhimento.....	25
Missão, visão, valores e objetivos .....	26
Estrutura organizacional .....	28
Área de influência .....	28
Produção .....	31
Investigação e ensino.....	32
Recursos humanos .....	33
Cumprimento do contrato-programa .....	34
Desempenho económico-financeiro .....	35
Reconhecimento.....	35

IV. Atividades desenvolvidas no estágio.....	37
Enquadramento .....	37
Tarefas desenvolvidas.....	37
V. O caso do CHUC .....	43
Enquadramento .....	43
Diagnóstico .....	43
Próximos passos .....	55
VI. Reflexão crítica .....	57
Conclusão .....	59
Referências Bibliográficas.....	61
Anexos .....	65

## I. INTRODUÇÃO

O presente relatório surge no âmbito do estágio curricular realizado com o propósito de obter o grau de mestre em Gestão pela Faculdade de Economia da Universidade de Coimbra. Este estágio, com início a 8 de março e conclusão a 17 de julho do presente ano, decorreu essencialmente em dois locais físicos – no *Centre for Business and Economics Research* (CeBER) da Faculdade e no Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, E.P.E. (CHUC). Com este trabalho pretendo apresentar a investigação literária realizada e relacionar a mesma com as atividades desenvolvidas ao longo do estágio curricular.

Através da literatura revista, entende-se que a definição de estratégia não é consensual, verificando-se que os conceitos apenas têm em comum a ideia de caminho a seguir com o propósito de alcançar determinados objetivos. Embora também no planeamento estratégico a sua definição na literatura não seja completamente consensual existe também uma ideia geral, de abordagem sistemática de desenvolvimento estratégico. Este modelo tem associado a si um processo que se desagrupa em diferentes etapas, nomeadamente, (1) definição da missão, visão, valores e objetivos da empresa, (2) análise estratégica, (3) formulação, (4) avaliação e implementação e, por fim, (5) controlo.

Considera-se o planeamento estratégico como uma mais valia tanto devido à análise a nível interno – dos diferentes tipos de recursos – como a nível externo, permitindo avaliar o grau de competitividade e diferenciação e as mudanças do envolvente.

Quando relacionada a vertente estratégica com a atividade hospitalar, é perceptível, através da literatura, a importância da mesma para o sucesso do desempenho hospitalar. Comparando o planeamento estratégico geral com aquele que é utilizado nas organizações hospitalares, é perceptível que a análise estratégica coincide em ambos os tipos de planeamento estratégico. Para além da análise, também as ferramentas auxiliares a esta são coincidentes como o modelo de cinco forças de Porter, a análise PEST(EL), de cenários e *benchmarking*.

No que diz respeito à organização do presente documento, este encontra-se dividido em seis capítulos. Após esta introdução, segue-se a revisão de literatura em que são revistos conceitos, nomeadamente a definição de estratégia e planeamento estratégico bem como o processo associado. Adicionalmente, apresentam-se as principais críticas apontadas a este modelo e indicações sugeridas para o sucesso do planeamento estratégico. Por último, deixando a ideia de planeamento para todo o tipo de organizações, foca-se este modelo para as organizações do setor da saúde.

Terminada a vertente teórica, o terceiro capítulo diz respeito à apresentação da entidade de acolhimento em sete pontos que, no meu ponto de vista, são essenciais para a sua caracterização. São eles – missão, visão, valores e objetivos, estrutura organizacional, área de influência, produção, investigação e ensino, recursos humanos, contrato programa e respetivo cumprimento, desempenho económico-financeiro e reconhecimento a nível nacional e internacional. Na quarta parte deste relatório é feito um breve enquadramento e são apresentadas algumas das atividades desenvolvidas ao longo do período de estágio. No quinto capítulo surge a descrição da aplicação prática do planeamento estratégico e o respetivo processo em ambiente hospitalar, concretamente no CHUC. Por fim, o relatório é concluído através de algumas considerações acerca do estágio e trabalho realizado ao longo do processo, bem como das aprendizagens retiradas do mesmo.

## II. REVISÃO DA LITERATURA

Este capítulo tem como objetivo rever a literatura existente de um tema relacionado com aquilo que foi feito ao longo do período de estágio. Assim, como o estágio curricular incidiu na elaboração de um plano de desenvolvimento estratégico para uma organização, abordarei exatamente este tema.

Inicialmente e de forma introdutória, abordarei o conceito de estratégia e planeamento separadamente. De seguida, definirei, de acordo com a bibliografia existente, o conceito de planeamento estratégico e o seu processo. Irei também referir as principais críticas apresentadas ao modelo ao longo do tempo e conselhos para o sucesso do mesmo. Por último, referirei o planeamento estratégico no setor da saúde.

### ESTRATÉGIA E PLANEAMENTO

Antes de apresentar o tema principal deste relatório, considero relevante abordar os conceitos de estratégia e planeamento de forma isolada uma vez que são as ideias base do planeamento estratégico.

A palavra estratégia deriva da palavra grega *strategos* que significa general e surgiu em âmbito militar (Freire, 1997; A. Santos, 2008). Quanto à sua definição, o único consenso relativamente a esta parece ser “a não existência de uma definição única e universalmente aceite” (Mintzberg (1998) *apud* A. Santos, 2008: 111).

Na década de 60, surgiu, através de Andrews e Christensen, a noção de estratégia como a ligação entre as áreas funcionais e o meio envolvente da organização (Montgomery & Porter, 1998; Teixeira, 2011).

Mais tarde, Montgomery e Porter (1998) definiram a estratégia como um plano de ação, através da definição daquilo que a empresa é atualmente e dos recursos disponíveis, de forma a desenvolver e adaptar a vantagem competitiva de uma empresa. Assim, introduziu-se a ideia de vantagem competitiva no conceito de estratégia (Freire, 1997; Montgomery & Porter, 1998; Riaño-Casallas & García-Ubaque, 2016; A. Santos, 2008). A noção de vantagem competitiva corresponde a “qualquer característica de uma empresa que se diferencia de outras colocando-a numa melhor posição relativa para competir” (Guerras Martín & Navas López, 2016: 253). Através desta vantagem, a empresa tem a possibilidade de se diferenciar dos seus concorrentes (Ohmae, 1989; Riaño-Casallas & García-Ubaque, 2016). Para Freire (1997), a razão de ser da estratégia empresarial prende-se com a criação de vantagem competitiva sustentável. Para este autor, relacionada com a ideia de

concorrência e vantagem competitiva, a “estratégia pode ser o conjunto de decisões e ações da empresa que, de uma forma consistente, visam proporcionar aos clientes mais valor do que o oferecido pela concorrência” (Freire, 1997: 22).

Para Porter a estratégia pode ser de dois tipos – competitiva e corporativa (Montgomery & Porter, 1998). A primeira refere-se à estratégia definida ao nível de cada unidade de negócio e a segunda à forma de gerir a estratégia geral da empresa.

Por outro lado, Mintzberg distingue essencialmente dois tipos de estratégias, a deliberada e a emergente (Johnson *et al.*, 2006; Mintzberg, 1994b; Mintzberg *et al.*, 2000; Teixeira, 2011). O primeiro tipo de estratégia apresentado por Mintzberg define-se como sendo a direção estratégica planeada pela organização, estando também definidos os recursos a utilizar. Contrariamente a este, a estratégia emergente resulta da atividade do dia-a-dia da organização. Paralelamente a esta dupla definição, o mesmo autor apresenta cinco p’s para auxiliar esta definição (Mintzberg *et al.*, 2000; Teixeira, 2011). Primeiramente, define a estratégia como um plano, ou seja, uma direção ou forma de ir do ponto A para o ponto B e de seguida define como um padrão de comportamentos. Comparando estas duas primeiras, a diferença passa pela primeira, sendo um plano, estar orientada para o futuro, ou seja, para aquilo que se pretende alcançar, enquanto que a segunda tem por base o passado. Para além destas definições, apresenta a estratégia como uma posição no mercado, ou seja, a posição que a empresa ocupa num determinado mercado com determinado produto. A estratégia é também apontada como uma perspetiva, isto é, a forma como a organização faz a sua atividade. Por fim, a estratégia é vista como “um truque”, ou seja, a forma de afastar os concorrentes.

Adicionalmente, Mintzberg *et al.* (2000) apresentaram as denominadas “dez escolas da estratégia” presentes, de forma resumida, na Tabela 1. Os autores agruparam as escolas da seguinte forma – a escola do *design*, do planeamento e posicionamento focam-se em como as estratégias devem ser formuladas e não em como são efetivamente. Por outro lado, as seis seguintes consideram aspetos específicos do processo de formulação de estratégias e, por fim, a escola de configuração combina todas as anteriores uma vez que contempla o processo de formulação das estratégias e o seu conteúdo, as estruturas organizacionais e os respetivos contextos (Mintzberg *et al.*, 2000: 15).

Tabela 1 - Escolas da estratégia

<b>Escola</b>	<b>Estratégia</b> como um processo
1. do <i>Design</i>	De concepção, adequação entre as competências internas e as possibilidades externas (introdução da análise <i>SWOT</i> ( <i>Strengths, Weaknesses, Opportunities and Threats</i> ))
2. do Planeamento	Formal, separado e sistemático que considera a <i>SWOT</i> , a fixação de objetivos e a elaboração de orçamentos e planos operacionais
3. do Posicionamento	Analítico, tendo por base as escolas anteriores adicionou a importância das estratégias em si (e não só o processo)
4. Empreendedora	Visionário baseando-se no pensamento do líder (intuição, conhecimento e experiência), na visão mental que este tem na sua cabeça
5. Cognitiva	Mental baseada na psicologia cognitiva
6. Da aprendizagem	Emergente, que promove o surgimento da estratégia através da aprendizagem contínua
7. do Poder	De negociação, incluindo a influência e o poder para negociar estratégias favoráveis a determinados interesses
8. Cultural	Coletivo através de interação social
9. Ambiental	Reativo, em que se considera a relação entre o ambiente (fora da organização) e os atributos específicos da organização, o ambiente toma o papel central da criação da estratégia
10. de Configuração	De transformação

Fonte: Elaboração própria

A estratégia é então descrita como a direção a seguir pela organização no longo prazo que permite alcançar vantagem num ambiente em mudança, de acordo com os seus recursos e competências, com o objetivo de satisfazer os *stakeholders* (ou partes interessadas) (Johnson *et al.* 2006). Atualmente, a estratégia é vista como resultado de intenções desenvolvidas ao longo do plano estratégico, ou seja, como algo que as pessoas dentro da organização realmente executam (Aggerholm & Thomsen, 2017).



Considero importante salientar a referência, feita ao longo da literatura, da importância do comprometimento e colaboração de todos os colaboradores para a execução e sucesso da estratégia (Mintzberg, 1994b; Montgomery & Porter, 1998).

Embora se verifique, através da literatura já apresentada, a existência de várias definições e divergências do conceito de estratégia, sugere-se a existência de um consenso na ideia de que estratégia é “o caminho que se segue” de forma a garantir a realização de determinados objetivos (A. Santos, 2008: 119). Para além disto, é possível observar uma evolução do conceito de estratégia.

Quanto à sua aplicação, a estratégia pode ser aplicável a qualquer tipo de organização independentemente do seu carácter público ou privado, empresarial ou com ou sem fins lucrativos (A. Santos, 2008: 115).

Tal como o conceito de estratégia, diferentes visões há quanto à definição de planeamento (Mintzberg, 1994b). Existem autores, como Bolan ou Sawyer, que defendem que o planeamento corresponde à imaginação do futuro no pensamento, outros como Weick e Ackoof definem que para além do pensamento é também agir, outros como Goetz, Snyder e Gluek definem o planeamento como a realização de atividades definidas antecipadamente com determinado objetivo.

## **PLANEAMENTO ESTRATÉGICO**

Considera-se o planeamento estratégico “a espinha dorsal de apoio à gestão estratégica” (Steiner (1979) *apud* A. Santos, 2008: 331) sendo caracterizado por pôr em prática a estratégia nas organizações (Johnson *et al.*, 2006).

A existência de diferentes definições de planeamento estratégico demonstra a relevância do tema na literatura (Rodriguez Perera & Peiró, 2012). Ainda assim, a maior parte das definições caracteriza-o como sendo uma abordagem sistemática e progressiva do desenvolvimento estratégico (Aggerholm & Thomsen, 2017; A. Santos, 2008; Wolf & Floyd, 2013).

É defendido que o planeamento estratégico deve ser desenvolvido de acordo com as características individuais de cada empresa de forma a permitir a identificação de oportunidades e ameaças que, quando combinadas com outros fatores considerados importantes, possibilitam a adoção de práticas para aproveitar as oportunidades e evitar as ameaças (Steiner, 1979). Assim, o planeamento estratégico é entendido como uma ferramenta de gestão usada pelas organizações contribuindo para o desenvolvimento estratégico das mesmas (Lynch (2015) *apud* Aggerholm & Thomsen, 2017).

Para Wolf e Floyd (2013), o planeamento estratégico tem influência na direção estratégica da organização durante um determinado período de tempo, permitindo a coordenação e integração das decisões estratégicas. Assim, as empresas recorrem a esta ferramenta com o objetivo de se focarem nas atividades e aumentar a sua eficiência (Song *et al.*, 2015).

Deste modo, o planeamento estratégico é visto essencialmente como uma ferramenta de gestão ou processo formal (Aggerholm & Thomsen, 2017; Wolf & Floyd, 2013) que permite determinar os objetivos de longo prazo da organização, através de uma análise interna e externa (Hax e Majluf (1990) *apud* Aggerholm & Thomsen, 2017), avaliar as diferentes alternativas estratégicas de forma a selecionar uma, implementá-la e monitorizá-la (Armstrong (1982) e Schendel e Hofer (1979) *apud* Wolf & Floyd, 2013).

Refiro ainda que, alguns autores, introduzem na própria definição de planeamento estratégico o conceito de vantagem competitiva (Kaplan & Beinhocked, 2003; Zygmunt & Feenstra, 2012). De forma detalhada, para Rothwell (2012), o planeamento estratégico permite à organização ter uma imagem clara de si e da sua posição no mercado fornecendo vantagem competitiva e oportunidade de resposta a mudanças no meio envolvente.

Semelhante a esta agregação de conceitos, Pessima e Dietz (2019) afirmam ainda que as empresas recorrem a este processo de forma a competir no mercado. Para estes autores, esta ferramenta requer o envolvimento do interesse dos *stakeholders* e transparece a visão a longo prazo da organização. Dos diferentes *stakeholders*, considera-se essencial envolver vários níveis da organização no planeamento estratégico (Aggerholm & Thomsen, 2017).

À escala global, Blythe e Zimmerman's defendem que o planeamento estratégico é um processo de identificação de posições de mercado além das fronteiras nacionais, aproveitando a oportunidade de desenvolver estratégias que, caso o negócio se mantivesse local, não seria possível (Pessima & Dietz, 2019).

Ao planeamento estratégico são associadas características fundamentais conhecidas pela sigla *FAMOUS* – *flexibe, all-embracing, market-oriented, usable e sustainable* – ou seja, deve ser possível de alterar e ser revisto, deve incluir todos os colaboradores da organização e áreas funcionais, ser orientado para o mercado e satisfação de todos os *stakeholders*, orientando estrategicamente os planos de atividade e através da definição de metas e objetivos e respetivos orçamentos (Carvalho, 2013).

Quanto às vantagens deste processo, são avançadas as seguintes – apoio à criação de um foco e mudança na organização, à motivação dos colaboradores, à mobilização dos

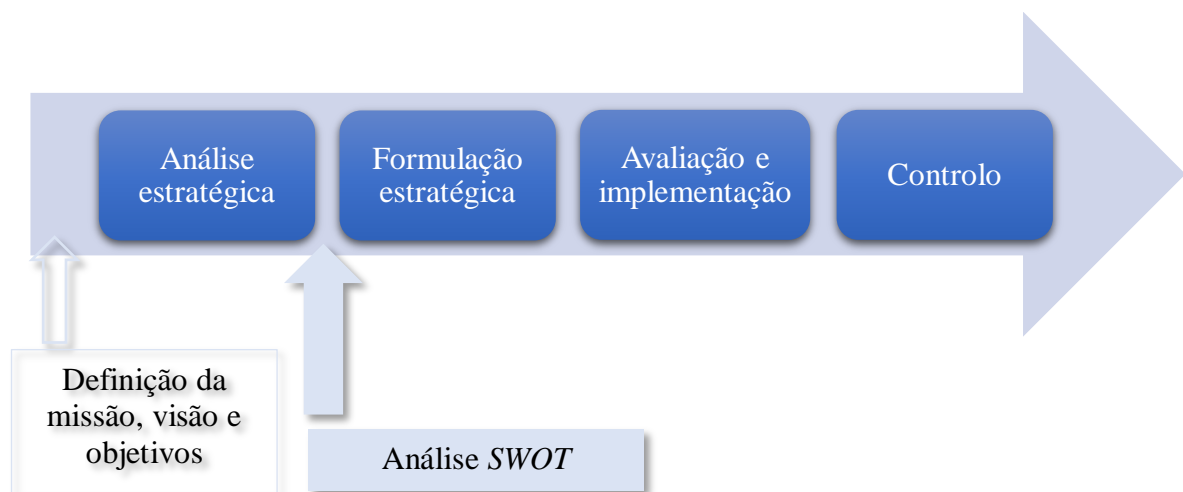
*stakeholders*, ao alcance de vantagens estratégicas diferenciadas e difíceis de copiar (Pessima & Dietz, 2019) permitindo o desenvolvimento de melhores estratégias (Begun e Heatwole (1999) *apud* Kaissi & Begun, 2008: 199), à ajuda no plano de comunicação da organização (Mintzberg (1994) *apud* Aggerholm & Thomsen, 2017), à descoberta de oportunidades e ameaças, à possibilidade de atuar antecipadamente, à possibilidade de aumentar a probabilidade de sucesso (Zygmunt & Feenstra, 2012) e quando bem aplicado, transparecer uma imagem credível (Perera & Peiró, 2012: 750).

Quanto à utilização desta ferramenta, o planeamento estratégico é uma das mais utilizadas pelas organizações no âmbito da gestão (Wolf & Floyd, 2013). De acordo com um estudo desenvolvido pela Brain & Company relativo a 2015, o planeamento estratégico manteve-se durante dez anos no top dez de ferramentas mais utilizadas em gestão, ocupando, a par de outras, o segundo lugar das mais utilizadas a nível global (Rigby & Bilodeau, 2015).

### PROCESSO DO PLANEAMENTO ESTRATÉGICO

É defendido que o “planeamento estratégico se desenvolve através do seu próprio processo de planeamento formal da organização” (Gonçalves (1986) *apud* A. Santos, 2008, 331). Este processo é composto por quatro principais etapas relacionadas entre si – análise, formulação, avaliação e implementação (Teixeira, 2011). Adicionalmente, também se consideram como etapas do processo de planeamento estratégico a definição da missão, visão e objetivos e o controlo das estratégias levadas a cabo (Wolf & Floyd, 2013) (Figura 1).

Figura 1 - Processo de planeamento estratégico



Fonte: Elaboração própria

Para A. Santos (2008), o processo de planeamento estratégico é cíclico e composto pelos seguintes pontos – reflexão estratégica, análise estratégica, formulação estratégica, implementação estratégica e controlo e *feedback* (A. Santos, 2008: 331).

À escala global, o planeamento estratégico deve iniciar-se através da análise da organização comparativamente aos concorrentes, seguindo-se a definição dos objetivos de curto e longo prazos (Pessima & Dietz, 2019).

#### DEFINIÇÃO DE MISSÃO, VISÃO E OBJETIVOS

Através da literatura é perceptível que um dos pontos relevantes no processo de planeamento estratégico é a definição da missão, visão e objetivos da organização (Carvalho, 2013; Martin, 2014; Pessima & Dietz, 2019; Shim & Siegel, 2009; Wolf & Floyd, 2013) uma vez que para a escolha adequada da estratégia é necessário conhecer a organização (Teixeira, 2011). Para a maioria dos autores, esta definição deve ser mesmo considerada como a primeira etapa do processo (Carvalho, 2013; Cooper, 2014; Martin, 2014; Teixeira, 2011).

A missão é definida como o objetivo fundamental, a razão de existir da organização servindo de guia de orientação (Rodriguez Perera & Peiró, 2012; Teixeira, 2011). Para se definir corretamente a missão, esta deve ser específica de forma a ter impacto nos colaboradores, basear-se nas necessidades do consumidor, refletir as competências da empresa, oportunidades e ameaças, ser real e flexível a possíveis alterações (Teixeira, 2011: 36, 37). A visão define-se como sendo a imagem futura que a organização pretende alcançar (Rodriguez Perera & Peiró, 2012), diferenciando-se da missão por estar mais direcionada para o futuro (Teixeira, 2011). Aos objetivos é associada a abreviatura *SMART* que representa as principais características que estes devem ter – específicos, mensuráveis, atingíveis, realistas e definidos no tempo (Teixeira, 2011: 44).

De referir que, para A. Santos (2008), a missão e objetivos se definem após a realização da análise estratégica propondo que a primeira etapa seja a participação dos colaboradores da organização relativamente a temas como a visão e cultura organizacional.

#### ANÁLISE ESTRATÉGICA

A análise estratégica, como etapa do processo de planeamento estratégico corresponde, essencialmente, as análises externa e interna da organização (Guerras Martín & Navas López, 2016)

O meio envolvente externo pode ser geral ou específico e corresponde a todos os fatores externos que afetam a organização. O seu objetivo corresponde à identificação de oportunidades e ameaças para a empresa (Guerras Martín & Navas Lopéz, 2016; A. Santos, 2008; Teixeira, 2011).

O meio envolvente geral (ou contextual) diz respeito a um conjunto de fatores que condiciona, de um modo geral, a atividade da empresa. O objetivo da análise ao meio envolvente geral é realizar um diagnóstico da situação atual e futura do ambiente externo. Para a realização desta análise recorre-se, normalmente, à análise PEST que considera fatores político-legais (P), económicos (E), socio-culturais (S) e tecnológicos (T). Mais recentemente, surgiu um reajuste ao modelo transformando-se na análise PESTAL, agrupando, para além dos referidos, os fatores ambientais (A) e legais (L) (Johnson *et al.*, 2006; Wilson, 2015). Considera-se que os cinco fatores são relacionados entre si (Johnson *et al.*, 2006: 65). A. Santos (2008) apresenta o meio envolvente geral dividido nas seguintes componentes – económica, social, cultural, demográfica, política, tecnológica, legal e ecológica. Embora a divisão dos fatores se faça de forma diferente, as variáveis acabam por ser as mesmas.

Ainda relativamente ao meio envolvente geral, surge o diamante de Porter que defende que há fatores próprios de cada país que explicam porque é que uns são mais competitivos que outros e porque é que acontece o mesmo nas indústrias (Guerras Martín & Navas Lopéz, 2016: 141). Porter sugere que “as condições do país de origem de uma organização desempenham um papel importante para criar vantagens à escala global” (Johnson *et al.*, 2006: 72). Assim, são identificadas quatro condições de vantagem nacional – fatores produtivos, procura interna, estratégia, estrutura e rivalidade das empresas e existência de indústrias relacionadas.

Por fim, como última análise identificada ao nível do meio envolvente geral surge a criação de cenários que efetua uma descrição detalhada de como se pode desenvolver o meio envolvente da empresa (Johnson *et al.*, 2006), sendo uma análise qualitativa e não uma previsão do futuro (Guerras Martín & Navas Lopéz, 2016: 156). A criação de um cenário tem como etapas– (i) definição da problemática determinando o seu horizonte temporal e variáveis de decisão, (ii) identificação dos *stakeholders* e classificação dos mesmos de acordo com o seu papel e poder, (iii) descrição da situação atual, (iv) identificação dos fatores de incerteza que afetam as variáveis consideradas, (v) construção de cenários alternativos, (a) todos os fatores positivos, (b) todos os fatores negativos e, eventualmente, (c) intermédio com um *mix* dos dois, (vi) avaliação da adequação interna e a aceitabilidade

dos cenários alternativos, (vii) análise da possível postura dos *stakeholders* nos diferentes cenários e a postura da própria empresa e (viii) formulação das alternativas estratégicas que permitem aproveitar as oportunidades e evitar as ameaças de cada cenário.

De forma complementar à análise anterior, a análise do meio ambiente específico (ou transacional) considera os fatores específicos que se envolvem, de forma mais direta, com a organização ou com o setor de atividade (A. Santos, 2008: 16). Para tal, nesta etapa do processo procede-se à análise da atratividade da indústria através da sua estrutura e segmentação e análise dos concorrentes (Guerras Martín & Navas Lopéz, 2016; A. Santos, 2008).

Um dos modelos mais utilizados no âmbito da análise da atratividade da indústria é o modelo das cinco forças de Porter. Para este autor, “o grau de atratividade de uma indústria é determinado pela ação de cinco forças competitivas básicas que, no seu conjunto, definem a possibilidade de obtenção de vantagem” (Guerras Martín & Navas Lopéz, 2016: 175). As cinco forças são – ameaça de novas entradas, poder negocial dos clientes, poder negocial dos fornecedores, ameaça de produtos substitutos e rivalidade na indústria (Guerras Martín & Navas Lopéz, 2016; A. Santos, 2008; Teixeira, 2011; Wilson, 2015).

A segmentação da indústria pode ocorrer por via da procura, através de um critério de classificação, normalmente características dos produtos ou dos clientes, ou por via da oferta (Guerras Martín & Navas Lopéz, 2016: 195). Nesta última, a indústria pode ser segmentada através de grupos estratégicos que correspondem a “um conjunto de empresas que pertencem à mesma indústria e adotam orientações estratégicas semelhantes em função de determinadas variáveis” (Teixeira, 2011: 70). Esta segmentação permite à empresa identificar os seus concorrentes diretos e aqueles que concorrem de maneira diferente embora na mesma indústria (Guerras Martín & Navas Lopéz, 2016). A análise dos concorrentes permite identificar o comportamento daqueles que concorrem de forma direta e definir qual a melhor forma de os enfrentar e prever as suas reações a movimentos da empresa (Guerras Martín & Navas Lopéz, 2016: 199). Nesta análise, os principais pontos são – identificar as estratégias atuais dos concorrentes, os seus objetivos, as suas perceções e os seus recursos e competências.

Segundo A. Santos (2008), o meio envolvente transacional é composto por quatro principais fatores sendo eles os clientes, os concorrentes, os fornecedores e os *stakeholders*. Comparando o modelo sugerido por A. Santos e o modelo de cinco forças de Porter, verifica-se que as componentes são bastantes similares permitindo analisar o mesmo.

Posterior à análise do meio envolvente, surge a análise a nível interno que tem como objetivo a identificação de pontos fortes e pontos fracos (A. Santos, 2008). Inicialmente, procede-se à identificação e caracterização da organização determinando as suas características principais como a idade, tamanho, setor de atividade, área geográfica e perfil estratégico que corresponde à identificação e classificação das áreas funcionais da organização e respetivos fatores chave.

De forma a auxiliar a análise interna, recorre-se ao modelo da cadeia de valor apresentado por Porter (Guerras Martín & Navas Lopéz, 2016; A. Santos, 2008; Teixeira, 2011). A análise da cadeia de valor “parte do princípio básico da estratégia competitiva que consiste na necessidade de criar valor para o cliente excedendo o custo suportado de o fazer” (Teixeira, 2011: 87). Esta ferramenta serve então para analisar o valor que cada atividade do processo produtivo acrescenta ao produto final comparando com os seus custos (Teixeira, 2011). Este modelo propõe que as atividades que constituem a cadeia de valor são primárias – logística de *inputs*, operações, logística de *outputs*, *marketing* e vendas e serviço – e de suporte – infraestruturas, gestão de recursos humanos, investigação e desenvolvimento e compras.

Adicionalmente, surge o *benchmarking* (Guerras Martín & Navas Lopéz, 2016; Wilson, 2015) como ferramenta de análise interna e definido como o processo “de análise e pesquisa de mercado, orientada para produtos, serviços, processos e práticas de gestão de outras organizações, com vista à identificação e conhecimento das melhores práticas” (A. Santos, 2008: 301). O *benchmarking* pode ser de três tipos (Johnson *et al.*, 2006) – histórico correspondendo à comparação de dados com períodos anteriores, comparativamente a outras empresas do mesmo setor industrial ou comparativamente ao melhor. O *benchmarking* tem como objetivo a identificação das empresas que realizam as melhores práticas, aprender com elas e fazer o mesmo de forma a igualá-las ou superá-las (Guerras Martín & Navas Lopéz, 2016).

Para culminar esta análise numa só, surge a análise *SWOT* (Carvalho, 2013; Cooper, 2014) como um resumo das análises externa e interna, ou seja, sistematiza as oportunidades, ameaças, pontos fortes e pontos fracos identificados (Teixeira, 2011), pressupondo então a existência de uma relação entre ambas (Mintzberg, 1994b). Assim, a organização deve aproveitar as oportunidades e evitar as ameaças do meio envolvente, manter e reforçar os seus pontos fortes e corrigir os seus pontos fracos (Guerras Martín & Navas Lopéz, 2016: 243).

A Tabela 2 apresenta, de forma resumida, as principais ferramentas identificadas que são utilizadas na análise estratégica.

Tabela 2 - Principais ferramentas utilizadas na análise estratégica

<b>Análise estratégica</b>		
<b>Externa</b>		<b>Interna</b>
Geral	Específica	
PEST(EL)	Modelo de 5 forças de Porter	Cadeia de valor
Diamante de Porter	Grupos estratégicos	<i>Benchmarking</i>
Criação de cenários		
<b>SWOT</b>		

Fonte: Elaboração própria

#### FORMULAÇÃO ESTRATÉGICA

O próximo passo do processo de planeamento estratégico é a formulação estratégica (Carvalho, 2013; A. Santos, 2008; Teixeira, 2011). Nesta etapa do processo definem-se os objetivos, bem como o respetivo horizonte temporal, iniciativas associadas, metas a alcançar e respetivos indicadores (A. Santos, 2008: 375).

A formulação estratégica resulta então de um processo que engloba a participação de todos os colaboradores, as análises interna e externa, a avaliação da estratégia presente e a definição, reformulada, da missão e objetivos (reformulados) (A. Santos, 2008). A estratégia resultante, tal como já referido, deve resultar da relação entre oportunidades ameaças, pontos fortes e pontos fracos.

Nesta etapa, a empresa deve identificar a forma como pretende concorrer com as suas concorrentes identificando as características que lhe permitem obter vantagem competitiva, ou seja, maiores lucros comparativamente às outras empresas. De referir que, a vantagem competitiva, pode provir de fatores internos ou externos da organização (Guerras Martín & Navas López, 2016).

Para Porter, as estratégias que permitem obter vantagem são de três tipos – liderança em custos, diferenciação e estratégia de foco (Guerras Martín & Navas López, 2016; Riaño-Casallas & García-Ubaque, 2016). Na primeira, a empresa torna-se a mais competitiva por apresentar uma menor estrutura de custos relativamente às restantes. Na estratégia de diferenciação a ideia é tornar a empresa diferente, quando comparadas com as restantes, de



forma a que os clientes estejam dispostos a pagar mais por essa diferença. Na estratégia de foco, a empresa foca-se num segmento de mercado. Embora Porter tenha afirmado que um *mix* de duas ou três destas estratégias não é viável, a sua posição tem sido contestada por vários autores surgindo mesmo a estratégia de integração baixo custo com diferenciação (Teixeira, 2011).

Algo a que é dada relevância na formulação da estratégia são as matrizes de carteiras de negócios que se caracterizam por ser uma ferramenta de auxílio à tomada de decisão no caso de a organização pretender diversificar-se no mercado. Para tal, as matrizes mais conhecidas neste âmbito são a BCG e de *McKinsey*.

A matriz BCG tem como principais eixos a quota relativa de mercado e a taxa de crescimento do negócio e permite à empresa atingir quatro posições – *stars* (alta quota de mercado e elevado crescimento do mercado), *cash cows* (elevada quota de mercado mas baixo crescimento do mercado), *question marks* (baixa quota de mercado mas elevado crescimento do mercado) e *dogs* (baixa quota de mercado e baixo crescimento do mercado) (A. Santos, 2008; Teixeira, 2011).

A matriz de *McKinsey* (ou GE) caracteriza-se por ter nos seus eixos a atratividade da indústria (relacionada com a análise externa) e a posição competitiva (relacionada com a análise interna), sendo o primeiro fator afetado por variáveis como dimensão, crescimento do mercado, barreiras à entrada e nível de rivalidade e a posição competitiva dependente da quota de mercado, vantagens na produção e distribuição e margens relativas de crescimento (A. Santos, 2008; Teixeira, 2011).

A empresa deve também segmentar o mercado em que opera selecionando um grupo de clientes, um tipo de produto ou uma área geográfica específica (Guerras Martín & Navas Lopéz, 2016). A matriz produto-mercado permite identificar produtos e segmentos de mercado, em que a empresa opera ou pretende operar. Desta matriz podem resultar estratégias de expansão, redução, generalização ou especialização.

A Tabela 3 apresenta as ferramentas identificadas como auxiliares nesta etapa do processo de planeamento estratégico.

Tabela 3 - Ferramentas de apoio à criação de alternativas estratégicas

<b>Ferramentas de apoio à criação de alternativas estratégicas</b>
Estratégias de liderança em custos, diferenciação ou foco – Porter
Matriz BCG
Matriz <i>McKinsey</i>
Matriz produto-mercado

Fonte: Elaboração própria

A estratégia escolhida é a considerada como a que “maximiza a posição competitiva da organização nos segmentos com a máxima atratividade” tendo em consideração o seu desempenho económico-financeiro (A. Santos, 2008: 377).

#### AVALIAÇÃO E IMPLEMENTAÇÃO ESTRATÉGICA

Após a definição da missão, visão e objetivos, a análise estratégica e a formulação estratégica (Cooper, 2014), surge a avaliação e implementação da mesma (Carvalho, 2013; William Roth *apud* Pessima & Dietz, 2019; Teixeira, 2011).

O processo de avaliação e seleção das estratégias agrega três critérios – adequação, viabilidade e aceitabilidade (Guerras Martín & Navas López, 2016). O primeiro critério avalia de que forma a estratégia se adequa à missão, objetivos e situação identificada na análise estratégica, ou seja, avalia se a estratégia aproveita as oportunidades e pontos fortes e evita as ameaças e pontos fracos. A viabilidade corresponde à avaliação se a estratégia se ajusta aos recursos e competências existentes na empresa. Por fim, a aceitabilidade mede se as consequências da implementação da estratégia são aceitáveis para os diferentes *stakeholders*. Caso a estratégia cumpra os três critérios, é escolhida. A avaliação das diferentes alternativas permite selecionar aquela que melhor se adequar à organização, podendo esta ser ao nível da unidade de negócio ou da empresa no geral (A. Santos, 2008; Teixeira, 2011).

A implementação corresponde à “operacionalização e execução” da estratégia escolhida (A. Santos, 2008: 377), ou seja, à definição da estrutura organizacional – estrutura física, departamentalização e respetiva autonomia e delegação –, da afetação de recursos a utilizar, dos processos – tipo de sistemas seja de recursos humanos, de informação ou de gestão – e do comportamento – como o comprometimento dos colaboradores, a liderança e a utilização do poder.

## CONTROLO

Por fim, esta última etapa do processo de planeamento estratégico considera-se também essencial uma vez que é por esta via que se avalia a estratégia já implementada, monitoriza os resultados e o alcance dos objetivos estabelecidos, controla as alterações no meio envolvente e afeta os recursos necessários (A. Santos, 2008).

## PENSAMENTO ESTRATÉGICO

A ideia existente de pensamento estratégico *vs.* planeamento estratégico é, de certa forma, considerada como uma das críticas ao planeamento estratégico, ponto será apresentado de seguida. Ainda assim, saliento o tema com o objetivo de melhor definir o pensamento estratégico e as diferenças apresentadas entre os dois conceitos.

A diferença entre os conceitos de planeamento e pensamento estratégico não é clara na literatura, ainda assim, o primeiro é essencialmente caracterizado por ser programático e um processo analítico, enquanto que o pensamento estratégico é considerado como criativo (Heracleous, 1998).

Na ótica de Mintzberg, as estratégias mais bem-sucedidas resultam da visão e de planos (Heracleous, 1998) tornando-se o planeamento um entrave à criação de novas estratégias por ser analítico (M. Santos, 2008). De forma semelhante, outros autores defendem que o planeamento não tem utilidade e deve ser substituído pelo pensamento estratégico (M. Santos, 2008). Nesta ótica, o pensamento estratégico ganha prevalência quando comparado com o planeamento, sendo visto como um melhor método para a criação de novas estratégias.

Contrariamente, para Porter, o pensamento estratégico não é sintético mas analítico uma vez que envolve entender a estrutura da indústria e o comportamento da organização relativamente aos concorrentes (Heracleous, 1998: 482).

Outro ponto de vista é defendido afirmando que o principal objetivo das ferramentas analíticas do planeamento estratégico é facilitar a criatividade, isto é, o pensamento estratégico e desta forma, os dois conceitos não são vistos como rivais mas sim como complementares (Heracleous, 1998; M. Santos, 2008). De Geus afirma mesmo que o valor do processo de planeamento não está no plano em si mas na mudança das mentes dos gestores (Heracleous, 1998: 483). De forma a conjugar os dois conceitos, Ohmae (1989) afirma que o êxito das estratégias não resulta de uma análise rigorosa mas sim do pensamento do estratega, contrapondo a ideia dizendo que a análise deve ser incorporada no processo e considerada como uma ferramenta para estimular o processo criativo. Nesta ótica, a mente

do estratega tem particular relevância uma vez que a sua flexibilidade mental permite encontrar respostas realistas em situações de mudança (Ohmae, 1989: 10).

Freire (1997) apresentou sete principais falhas do planeamento estratégico, sendo elas – a separação entre o raciocínio e a ação, isto é, até então quem planeava não executava; o acesso a informação relevante, isto é, os responsáveis pelo planeamento recebem informação já tratada; impossibilidade de previsão de determinadas variáveis, como por exemplo a inovação tecnológica; falta de originalidade; dificuldade em alterar o plano; aumento da burocracia; e, por fim, ineficácia, isto é, o autor é defensor que na realidade este processo não conduz à criação de estratégias. Posto isto, Freire (1997) afirma que o pensamento estratégico deve anteceder o planeamento estratégico e que, “a estratégia, antes de um plano, é apenas um conjunto de visões integradas da atuação da empresa, (...), da autoria de qualquer membro da organização” (Freire, 1997: 31). Nesta perspetiva, percebe-se que o planeamento estratégico deve apoiar e complementar o pensamento estratégico, embora a criação das estratégias resida neste último.

Comparando os dois conceitos (Tabela 4), a essência do planeamento estratégico é a análise e caracteriza-se por ser metódico tendo um resultado formal, explícito e completo. Por outro lado, o pensamento estratégico caracteriza-se por ser sintético e criativo como um resultado de visão integrada, pouco clara e incompleta (M. Santos, 2008). Através desta revisão, é perceptível que os dois conceitos podem ser adotados de forma conjunta (Freire, 1997; Ohmae, 1989).

Tabela 4 - Pensamento estratégico vs. Planeamento estratégico

	<b>Pensamento estratégico</b>	<b>Planeamento estratégico</b>
<b>Essência</b>	Síntese	Análise
<b>Fonte</b>	Criatividade	Método
<b>Auditoria</b>	Qualquer membro da organização	Responsável pelo planeamento e gestores de topo
<b>Timing</b>	Em qualquer altura	Em reuniões de planeamento
<b>Resultado</b>	Visão integrada, pouco clara e incompleta	Plano formal, explícito e completo

Fonte: (Freire, 1997: 32)

## CRÍTICAS AO PLANEAMENTO ESTRATÉGICO

Das diferentes críticas identificadas na literatura, início este tópico por aquelas apresentadas por Mintzberg, tendo sido este um dos primeiros autores a apresentar críticas a este modelo. Para este autor, o planeamento não promove o comprometimento das pessoas uma vez que considera as estratégias como cálculo tornando-se sinónimo de elaboração estratégica uma vez que a análise requer síntese. Esta última crítica foi desagregada em três falácias, a primeira corresponde à possibilidade de previsão, afirmando que, se por um lado, há fatores possíveis de prever, outros como a evolução tecnológica e a variação dos preços não (Heracleous, 1998). A segunda falácia relaciona-se com o facto de, no planeamento estratégico, a criação das estratégias provir do topo da organização e não se considerar a criação por via do conhecimento dos colaboradores (Mintzberg, 1994a). Por fim, a terceira falácia defende que, devido ao facto de o processo ser formalizado e embora se consiga produzir estratégias, o objetivo primordial é a operacionalização das estratégias já existentes (Heracleous, 1998).

Martin critica a estratégia uma vez que, por vezes, os gestores tentam contornar a incerteza quando confrontados com a mesma (Martin, 2014). Para este autor, a verdadeira estratégia corresponde à escolha de caminhos difíceis com o objetivo de aumentar as oportunidades de sucesso e não de eliminação do risco.

Wilson critica o planeamento estratégico através de três razões (Wilson, 2015). Para si, são raras as vezes em que esta ferramenta de gestão fornece ideias estratégicas, não se concentra na criação de valor mas sim nos resultados e os benefícios são desproporcionais ao esforço e trabalho necessários. Este autor afirma que, o planeamento estratégico, é útil na elaboração de orçamentos e metas anuais, mas falha na definição da estratégia e desempenho.

Simpson aponta como crítica o facto de a definição da missão, visão e valores ser, maior parte das vezes, genérica e óbvia afirmando mesmo que o trabalho despendido nestes fundamentos, por vezes, não tem impacto na organização (Simpson, 1998; Teixeira, 2011). Na sua ótica, o planeamento estratégico deve ser separado da área financeira, uma vez que esta tem uma perspetiva mais numérica e cálculo do risco restringindo a criação de ideias. Para além disto, acrescenta que o processo deve englobar um número elevado de colaboradores presentes em diferentes níveis da organização diversificando assim a criação de ideias. Saliento ainda que, segundo este autor, o desenvolvimento estratégico não deve ser efetuado todos os anos.

Para Cooper, as estratégias resultantes do planeamento estratégico ocorrem por tentativa erro e não por análises isoladas defendendo que este processo só resulta em mercados estáveis (Cooper, 2014). Relacionado com isto, Kotler defende que o processo de planeamento estratégico se torna inutilizável devido à rápida alteração da concorrência e tecnologia (Cooper, 2014). Semelhante a esta ideia, na perspectiva de Pessima e Dietz, a abordagem proposta por Porter de que o planeamento estratégico impulsiona a noção de vantagem atualmente não se aplica uma vez que o mercado está em rápida mudança (Pessima & Dietz, 2019).

O elevado tempo necessário para a realização deste planeamento e a incerteza quanto ao seu sucesso são algumas outras desvantagens apresentadas (Rodriguez Perera & Peiró, 2012). Para além das desvantagens, os autores mencionam também principais falhas no processo como a não integração das pessoas corretas, a não inclusão dos assuntos mais relevantes, a não incorporação dos recursos económicos (e outros) e o esforço feito ao longo do processo para, posteriormente, não ser implementado.

## O SUCESSO DO PLANEAMENTO ESTRATÉGICO

De entre as ideias apresentadas para melhorar o desempenho do planeamento estratégico das organizações, num estudo desenvolvido e publicado pela revista *The McKinsey Quarterly* (Dye & Sibony, 2007), saliento as seguintes – a primeira etapa do processo deverá ser identificar os problemas estratégicos possíveis de impactar o futuro da organização e num segundo ponto integrar na elaboração aqueles que participam na sua implementação. A terceira etapa será adaptar os ciclos de planeamento às necessidades de cada negócio, identificando aqueles que no momento necessitam de maior atenção e, aquelas unidades que não participam ativamente no processo sejam consideradas caso ocorram mudanças no meio envolvente. Saliento o facto de estes autores darem importância à implementação de um sistema de monitorização do desempenho estratégico de forma a evitar que as organizações falhem na execução da estratégia.

Wilson, apresentando críticas, propôs também formas de contornar esses mesmos problemas tais como o foco na criação de valor em todas as etapas, tornar explícitas as estratégias e os objetivos e recorrer, de forma adequada, ao financiamento (Wilson, 2015).

Para Martin, existem três regras essenciais para o sucesso da estratégia – manter a definição da estratégia simples e focada no cliente, reconhecer que os custos podem divergir do planeado e, por último, manter a ideia estratégica definida e explícita permitindo proceder a ajustes caso necessário, tal como Mintzberg defende (Martin, 2014).

Por fim, para garantir o sucesso desta ferramenta, considera-se essencial a comunicação (Zygmunt & Feenstra, 2012).

#### **PLANEAMENTO ESTRATÉGICO NO SETOR DA SAÚDE**

Desde 1987 que se defende que os hospitais, para além de se focarem nos seus clientes, devem concentrar-se também no planeamento do futuro (Champagne *et al.*, 1987). Para estes autores, a base do planeamento estratégico hospitalar deve ser a prestação de cuidados à população e não o foco em si ou nos seus concorrentes. Deste modo, o planeamento estratégico nas organizações de saúde é considerado como “crítico” e “um dos processos mais importantes” sendo mesmo uma das ferramentas mais utilizadas na gestão hospitalar (Swayne *et. al* (2006) *apud* Kaissi & Begun, 2008: 205). Nesta linha, A. Santos afirma que mesmo os hospitais, sendo controlados pelo Estado, devem adotar estratégias adequadas de acordo com a sua missão com o objetivo de alcançar a máxima eficácia e eficiência (A. Santos, 2008: 115).

Relativamente aos motivos para a utilização desta ferramenta, a elevada competitividade e mudança no meio envolvente do setor hospitalar são as principais razões apontadas para a realização do planeamento estratégico por parte dos hospitais (Ali, 2015). Verifica-se assim que, quando adotada, a estratégia tem um grande impacto no desempenho das organizações de saúde.

Segundo um estudo, a preocupação em elaborar um planeamento estratégico varia positivamente com a dimensão do hospital, a intensidade da concorrência e a sua taxa de ocupação (Zallocco & Joseph, 1991: 6).

Concretamente, ao nível dos hospitais com carácter universitário, por incluírem na sua missão a prestação de cuidados de saúde, o ensino e a investigação, necessitam de uma vertente mais estratégica na sua gestão (Riaño-Casallas & García-Ubaque, 2016). Para estes autores, os hospitais com vertente universitária devem conciliar dois elementos fundamentais – gestão humana que valorize o conhecimento e, por outro lado, uma cultura organizacional que tenha como ponto central a sociedade (Riaño-Casallas & García-Ubaque, 2016: 618).

Devido ao facto de hoje em dia os hospitais estarem perante um ambiente competitivo e com pressão para melhorar a qualidade e reduzir os custos (Speziale, 2015), tal como referido anteriormente, também no planeamento estratégico hospitalar, uma das etapas considerada como fundamental neste processo é a análise estratégica a nível externo e interno (Champagne *et al.*, 1987; Riaño-Casallas & García-Ubaque, 2016; Rodriguez

Perera & Peiró, 2012; Tabish, 2005). Considera-se que a primeira análise tem realmente impacto na tomada de decisão estratégica das organizações de saúde (Arbab Kash *et al.*, 2014). Embora esta consideração, Champagne *et al.* (1987) defendem que, ao considerar a perspectiva externa e pontos de referência no mercado, as estratégias resultantes da análise podem ser semelhantes entre as organizações de saúde uma vez que os fatores externos são os mesmos (Arbab Kash *et al.*, 2014: 253).

Também no caso hospitalar se considera que estes estão rodeados por um meio envolvente geral e outro mais específico (Tabish, 2005). No meio envolvente geral, procede-se à análise através de fatores político-legais, económicos, socio-culturais, tecnológicos – fatores que formam a análise PESTAL (Champagne *et al.*, 1987) –, podendo estes ser observáveis e analisados a nível nacional ou internacional (Tabish, 2005).

Quanto ao ambiente específico, identifica-se essencialmente a análise aos concorrentes, fornecedores, clientes e entidade reguladora/proprietária que, no caso dos hospitais públicos, é o Estado (Rodriguez Perera & Peiró, 2012; Tabish, 2005). Para Rodriguez Perera e Peiró (2012), esta análise envolve a identificação de cada um dos *stakeholders* referidos de forma a caracterizá-los e diferenciá-los. De forma adicional, os autores referem também o modelo de cinco forças de Porter como auxiliar à análise externa. Para Champagne *et al.* (1987), esta análise mais específica corresponde à comparação com outros hospitais a nível de recursos, serviços, estruturas e índices de *case-mix* para diferentes anos e à análise de clientes com o objetivo de perceber a população servida e os serviços mais utilizados.

Internamente, a análise é feita essencialmente ao nível dos recursos – humanos, económicos, físicos, instalações e equipamentos – e da atividade assistencial (Arbab Kash *et al.*, 2014; Rodriguez Perera & Peiró, 2012). Para os hospitais universitários analisa-se também a atividade de ensino e investigação (Rodriguez Perera & Peiró, 2012). Adicionalmente, Arbab Kash *et al.* (2014) identifica que esta análise interna deve ser também realizada ao nível das competências, processo e cultura organizacional.

O modelo desenvolvido por Champagne *et al.* em 1987, apresentado ao longo desta revisão, é denominado “ativo-reativo-adaptativo”. Para estes autores, a participação dos *stakeholders* no planeamento estratégico é fundamental para o sucesso do mesmo.

No modelo apresentado por Rodriguez Perera e Peiró (2012), a primeira etapa corresponde à definição da missão, visão e valores. Na ótica de Speziale (2015), para além destes elementos define-se também os objetivos da organização de saúde. Como já referido, de forma a consolidar as análises externa e interna, elabora-se a matriz *SWOT*. Para além



desta matriz, os autores propõem a pontuação, em termos de importância, das oportunidades, ameaças, pontos fortes e pontos fracos de forma a estabelecer prioridades.

Os autores defendem que, de seguida, se procede à elaboração da proposta de alternativas estratégicas, definindo as linhas, em termos gerais, e os objetivos estratégicos, mais pormenorizados, dos próximos anos para a organização de saúde. Os objetivos pormenorizados (operacionais) devem conter as seguintes características – horizonte temporal definido (inferior a um ano), quantificável, indicadores para promover a monitorização, ser considerado um desafio para promover o seu cumprimento, alcançável, ter um responsável pela sua execução, ter um custo associado e o financiamento e recursos para a sua execução. Posteriormente, deve efetuar-se um plano calendarizado com todos os objetivos já definidos e relacionados entre si. A terminar o processo avalia-se os resultados obtidos e se necessário procede-se à alteração do planeamento. Esta avaliação é realizada, a nível interno, através da monitorização dos indicadores criados na etapa anterior e, externamente, através da regular atenção a alterações no meio envolvente.

Contrariamente ao defendido pelos autores referidos até então, na ótica de Ghanem *et al.*, o planeamento estratégico não fornece informações acerca das mudanças políticas, ambientais, económicas e sociais (Ghanem *et al.*, 2015: 2). De forma a contornar esta situação, é proposto um planeamento de cenários que consiste em elaborar uma matriz com os fatores que afetam as decisões hospitalares (Schwartz *apud* Ghanem *et al.*, 2015). O planeamento de cenários na ótica hospitalar apresentada por Ghanem *et al.* (2015) é composto por cinco etapas – (i) definição do problema, (ii) identificação dos modelos e suposições a considerar, (iii) análise das tendências e incertezas, (iv) construção do cenário de acordo com as tendências identificadas e (v) definição da estratégia através do planeamento de atividades e comparação do real com o cenário. Assim, o planeamento de cenários não tem como objetivo prever o futuro mas sim promover ideias base para o desenvolvimento de estratégias que permitam aos hospitais manterem-se competitivos no meio envolvente em constante mudança (Ghanem *et al.*, 2015: 6).

Através de um estudo realizado, foram identificadas principais estratégias a adotar em hospitais (Cleverley & Harvey, 1992), das quais saliento – (i) controlo de custos através do aumento da produtividade ou redução dos custos indiretos, (ii) tempo de internamento que se relaciona com a redução de custos sendo que, de acordo com os autores, os hospitais mais bem-sucedidos apresentam menor tempo de internamento tendo como justificação a melhor relação e comunicação, (iii) quota de mercado defendendo que uma elevada quota tem uma relação positiva com o desempenho financeiro, (iv) diversificação, (v) seleção dos

utentes e (vi) políticas de financiamento recorrendo de forma cuidadosa a novos financiamentos garantindo que o retorno dos ativos financiados sejam adequados para cobrir os custos.

Vários autores reconhecem a necessidade de envolvimento dos colaboradores hospitalares na elaboração do planeamento estratégico e essencial para o seu sucesso (Champagne *et al.*, 1987; Riaño-Casallas & García-Ubaque, 2016). Ainda assim, são referidos alguns senãos como o facto de cada colaborador transmitir a sua opinião e interesse, ou seja, é uma participação a nível individual, a falta de tempo para colaborar e a falta de conhecimento na área (Champagne *et al.*, 1987).

O planeamento estratégico é então considerado como essencial para garantir o sucesso dos hospitais uma vez que considera perspetivas externa e internas permitindo que estes se adaptem às mudanças no meio envolvente, identifica fatores e considera várias alternativas estratégicas (Ghanem *et al.*, 2015). Assim, é considerada como uma ferramenta auxiliar aos desafios da gestão hospitalar.



### III. CARACTERIZAÇÃO DA ENTIDADE DE ACOLHIMENTO

Com o intuito de enquadrar a entidade de acolhimento caracterizada neste capítulo, é importante referir que, em termos teóricos, a entidade atribuída neste estágio curricular foi a Faculdade de Economia da Universidade de Coimbra por ser a entidade prestadora do serviço de consultoria. No entanto, optarei por caracterizar o CHUC uma vez que foi a organização central ao longo do período de estágio.

No âmbito do Decreto-Lei n.º 30/2011 de 2 de março, foram criados vários centros hospitalares através de critérios de homogeneidade demográfica, complementaridade assistencial e de existência de protocolos e circuitos de colaboração. Tal como referido no mesmo Decreto-Lei<sup>1</sup>, as fusões realizadas tiveram como objetivo melhorar a contínua prestação de cuidados de saúde, garantindo qualidade e diversificação da oferta, universalidade do acesso e aumento da eficiência dos serviços às populações.

Entre os vários centros hospitalares, foi criado o CHUC, resultante da fusão e extinção dos Hospitais da Universidade de Coimbra, E.P.E., Centro Hospitalar de Coimbra, E.P.E. e do Centro Hospitalar Psiquiátrico de Coimbra, E.P.E.. O centro hospitalar E.P.E., previsto no Decreto-Lei n.º 18/2017 de 10 de fevereiro, define-se como pessoa coletiva de direito público de natureza empresarial dotada de autonomia administrativa, financeira e patrimonial, nos termos do regime jurídico do setor público empresarial<sup>2</sup>. De acordo com o seu regulamento interno, este centro hospitalar tem caráter jurídico de entidade pública empresarial integrada na rede de cuidados de saúde do Serviço Nacional de Saúde (SNS).

Refiro que, para a realização da caracterização, a maior parte da informação tem como base o Relatório e Contas de 2018 deste centro hospitalar, versão esta do último ano e de caráter ainda não público.

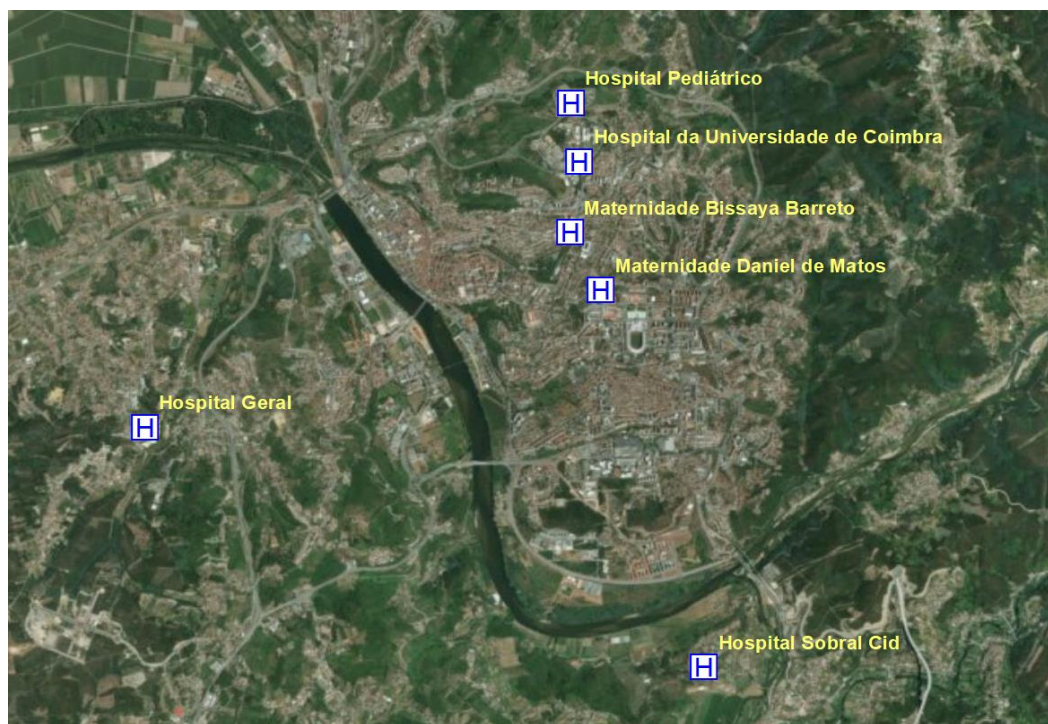
Atualmente, o CHUC concentra a sua atividade nos seguintes polos – Hospitais da Universidade de Coimbra, Hospital Geral, Maternidade Dr. Daniel de Matos, Maternidade Dr. Bissaya Barreto, Hospital Sobral Cid e Hospital Pediátrico. Na Figura 2 é possível observar, em satélite, a localização dos diferentes polos que constituem o CHUC.

---

<sup>1</sup> Decreto-Lei n.º 30/2011 de 2 de março

<sup>2</sup> Decreto-Lei n.º 18/2017 de 10 de fevereiro

Figura 2 - Localização dos seis polos do CHUC



Fonte: Elaboração própria

Através da Tabela 5 e do Anexo 1 é possível observar a distribuição existente no CHUC, no que diz respeito às distâncias (e tempo) entre os polos e a distribuição de cada serviço, respetivamente.

Tabela 5 - Distância e tempo, de carro, entre os polos do HUC

<b>Distância/Tempo</b>	<b>HUC</b>	<b>MDM</b>	<b>MBB</b>	<b>HG</b>	<b>HP</b>	<b>HSC</b>
<b>HUC</b>	-	5 min	2 min	11 min	4 min	17 min
<b>MDM</b>	2,1 km	-	2 min	13 min	8 min	14 min
<b>MBB</b>	1 km	1,1 km	-	11 min	5 min	19 min
<b>HG</b>	7,9 km	13 km	8,1 km	-	11 min	14 min
<b>HP</b>	1,7 km	3,8 km	2,8 km	8,1 km	-	15 min
<b>HSC</b>	10 km	7,7 km	10,5 km	9,9 km	10 km	-

Fonte: Elaboração própria

### **MISSÃO, VISÃO, VALORES E OBJETIVOS**

As definições de missão, visão, valores e objetivos do CHUC estão disponíveis nos Relatórios e Contas.

No que diz respeito à missão, esta é definida como “prestação de cuidados de saúde de elevada qualidade e diferenciação, num contexto de formação, ensino, investigação,

conhecimento científico e inovação, constituindo-se como uma referência nacional e internacional” (CHUC, 2018: 12).

Em termos de visão, o CHUC pretende ser

uma organização aberta formada por uma rede de unidades hospitalares, serviços e tecnologias estruturadas e integradas para proporcionar um atendimento humanizado, completo, próximo, confiável e transparente à sociedade. É um Centro que se distingue pela qualidade de cuidados, capacidade de investigação, inovação e docência e pelo impacto positivo na comunidade, que procura garantir a eficiência e sustentabilidade global a médio e longo prazo (CHUC, 2018: 12).

O CHUC afirma partilhar dos seguintes valores e princípios (CHUC, 2018: 12):

- a) Respeito pela dignidade humana, pela diversidade cultural e religiosa e pelos direitos dos doentes,
- b) Serviço público com primado no doente,
- c) Universalidade do acesso a cuidados de saúde e equidade nos tratamentos dispensados,
- d) Rigor, integridade e responsabilidade,
- e) Elevados padrões de humanização, de qualidade e de competência técnica e científica dos serviços prestados,
- f) Espírito de equipa,
- g) Respeito pelos valores de uma sociedade justa, solidária, humanista e personalista,
- h) Respeito pela cultura e pelas tradições fundadoras dos hospitais precursores, assumindo o dever de acrescentar algo ao capital de cultura herdado, numa perspectiva de desenvolver a cultura coletiva,
- i) Responsabilidade Social e
- j) Respeito pelo ambiente.

Por último, o CHUC, pretende seguir os seguintes objetivos (CHUC, 2018, 13):

- a) Diagnosticar, tratar e reabilitar os doentes, em tempo clinicamente adequado, com elevados critérios de qualidade e humanidade nos serviços prestados,
- b) Cuidar em regime de internamento apenas casos em que a assistência não possa ser prestada em regime de ambulatório e/ou domiciliário, viabilizando, sempre que se justifique, a prestação de

cuidados noutra estabelecimento mais apropriado, de acordo com a atuação integrada do CHUC com outras unidades de saúde,

- c) Articular significativamente, no sentido vertical e horizontal, os diferentes níveis organizacionais internos,
- d) Acompanhar clinicamente os doentes, para além da alta hospitalar, sempre que for necessário,
- e) Promover o ensino superior e universitário, a formação e a investigação nas áreas clínicas e de apoio clínico, como catalisadores para uma prática de excelência, reforçando as sinergias existentes a nível nacional,
- f) Otimizar a coordenação das atividades docentes e assistenciais de forma a rentabilizar os recursos humanos e financeiros,
- g) Desenvolver programas de melhoria da eficiência, tendentes a garantir o equilíbrio económico financeiro.

De referir que, atualmente, está em curso um processo interno que prevê a alteração da missão, visão, princípios e valores apresentados acima.

## **ESTRUTURA ORGANIZACIONAL**

A estrutura organizacional do CHUC é constituída pelos órgãos sociais – conselho de administração, fiscal único e conselho consultivo –, pelo auditor interno, pelos órgãos de apoio técnico, pelos serviços de apoio geral e pelos serviços de ação médica. Saliento que, quanto a estes últimos, são organizados em Unidades de Gestão Intermédia (UGIs) e em Centros de Responsabilidade Integrada (CRIs), com adequados níveis intermédios de autoridade, autonomia e responsabilidade (CHUC, 2012). No Anexo 2 é possível observar o organograma em vigor no CHUC.

Tal como no tópico anterior, também a estrutura organizacional está em processo de alteração devido à revisão interna que atualmente está a ser realizada.

## **ÁREA DE INFLUÊNCIA**

A especificação da área de influência do CHUC não é consensual entre as diferentes fontes de informação disponíveis, nomeadamente o CHUC, através do seu último Relatório e Contas, e as Redes Nacionais de Especialidades Hospitalares e de Referência (RNEHR).

De um modo geral, o CHUC considera-se prestador exclusivo na região Centro das valências de cirurgia cardíaca, cirurgia plástica e queimados, cirurgia maxilo-facial,

transplante e pediatria (CHUC, 2018). Para todas as áreas de referenciação, o CHUC é considerado como um hospital de “fim de linha”.

Relacionado com a área de influência, considero pertinente referir o sistema de livre escolha e circulação de doentes no SNS. Este sistema permite ao utente, ajudado pelo médico de família, decidir qual o hospital do SNS para onde será encaminhado para a realização da primeira consulta de especialidade. Na perspetiva do CHUC, este sistema de livre escolha e circulação não delimita de forma rígida a área de influência, podendo o centro hospitalar ser interesse por parte de qualquer doente.

De acordo com o descrito pelo SNS, a área de influência direta do CHUC corresponde aos concelhos que integram os Agrupamentos de Centros de Saúde (ACeS) do Baixo Mondego – Cantanhede, Coimbra, Condeixa-a-Nova, Figueira da Foz, Mealhada, Mira, Montemor-o-Velho, Mortágua, Penacova e Soure – e Pinhal Interior Norte – Alvaiázere, Ansião, Arganil, Castanheira de Pera, Figueiró dos Vinhos, Góis, Lousã, Miranda do Corvo, Oliveira do Hospital, Pampilhosa da Serra, Pedrógão Grande, Penela, Tábua e Vila Nova de Poiares. Adicionalmente, de acordo com o sistema de livre escolha e circulação de doentes no SNS, considera-se também, por motivos de acessibilidade, o concelho de Anadia como pertencente à área de influência do CHUC. De acordo com o INE, a área de influência direta contava, no ano de 2017, com 465 367 habitantes.

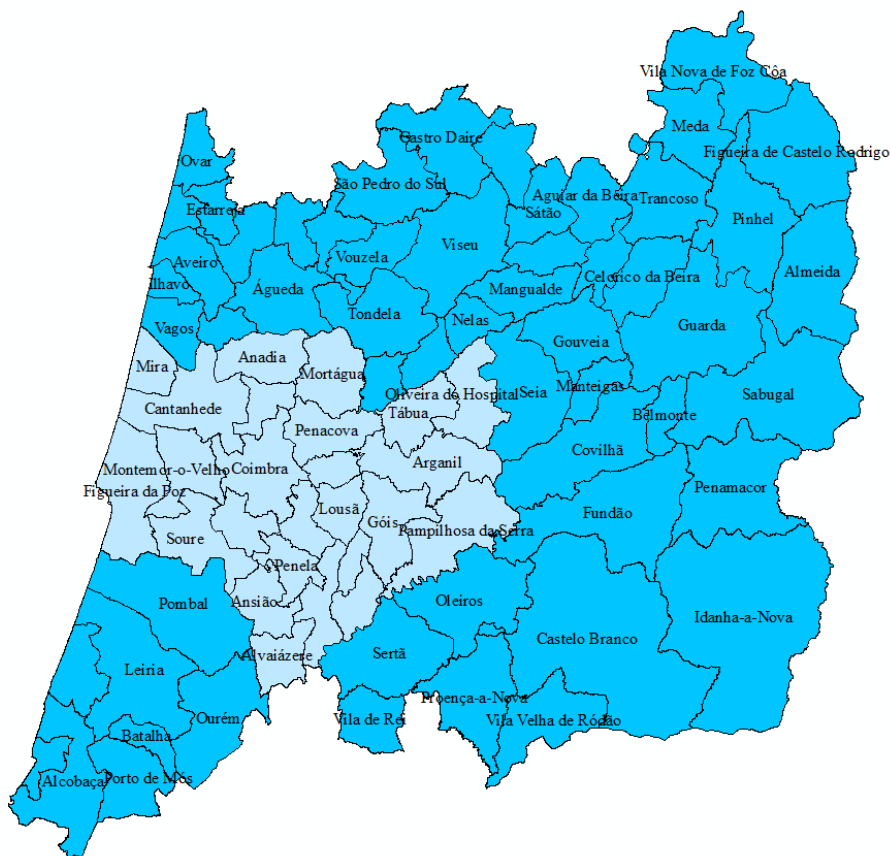
A área de influência indireta, ou seja, a população servida pelo CHUC como centro hospitalar de referência de segunda linha pode dividir-se em três áreas – uma primeira em que todas as especialidades são referenciadas para o CHUC, outra em que a maior parte das especialidades é referenciada e, por fim, uma terceira área em que apenas algumas especialidades são referenciadas para o CHUC. O ACeS Baixo Vouga (com exceção de Anadia e Ovar) e o ACeS Pinhal Litoral referem o CHUC como centro hospitalar de segunda linha em todas as especialidades. Ourém, pertencente ao ACeS Médio Tejo, Nazaré e Alcobaça, pertencentes ao ACeS Oeste Norte, Ovar, a Unidade Local de Saúde (ULS) de Castelo Branco e o ACeS Cova da Beira referem o CHUC como centro hospitalar de saúde na maior parte das especialidades. Por fim, o ACeS Dão Lafões e a ULS da Guarda referem o CHUC como centro hospitalar de segunda linha em apenas algumas especialidades. Segundo o INE, a área de influência indireta do CHUC contava, em 2017, com 1 281 203 habitantes.

No total, a área de influência (direta e indireta) do CHUC, de acordo com a última estimativa realizada, conta com 1 746 570 habitantes.



A Figura 3 permite observar os diferentes concelhos que fazem parte da área de influência do CHUC, em que a cor mais clara representa a área de influência direta e a mais escura a área indireta.

Figura 3 - Área de influência do CHUC



Fonte: Elaboração própria

De referir ainda que, na pediatria, nomeadamente na cardiologia pediátrica e na cirurgia pediátrica, o Hospital Pediátrico é referência para toda a região Centro, assim como na RNEHR materno-infantil onde esta função é desempenhada pelas maternidades Daniel de Matos e Bissaya Barreto.

Por fim, importa salientar que o CHUC estende a sua influência a todo o país através dos seus centros de referência e da excelência na prestação de cuidados de elevada diferenciação, prestando igualmente assistência a doentes provindos dos Países Africanos de Língua Oficial Portuguesa, no âmbito de protocolos e acordos firmados para o efeito.

## PRODUÇÃO

Nesta secção, abordarei, de forma sucinta, os principais subtópicos que caracterizam a atividade hospitalar do centro hospitalar apresentado, nomeadamente, internamento, atividade cirúrgica, consultas externas e urgências.

Quanto ao internamento, o CHUC registou um total de 58 126 doentes saídos (sem transferência interna), uma demora média de 8,56 dias e taxa de ocupação de 77,2%. Ainda relativamente ao internamento, verifica-se que os cinco distritos com maior peso na proveniência dos doentes de internamento são os distritos de Coimbra, Aveiro, Leiria, Viseu e Castelo Branco representando 54,6, 17,7%, 10%, 4,7% e 3,6% respetivamente.

Em relação à atividade cirúrgica, foram realizadas 62 975 intervenções cirúrgicas e operados 39 751 doentes, sendo que destes 32 473 correspondem a doentes com cirurgia programada e os restantes (7 278) dizem respeito a doentes operados de urgência. De referir ainda que, dos doentes operados programados, 13 186 correspondem a operados convencionais e 19 287 a ambulatório.

Relativamente às consultas externas, foram realizadas no total 899 254, sendo 227 847 primeiras consultas e as restantes (671 783) consultas subsequentes. Quanto à proveniência dos doentes, verifica-se que 56,2% pertencem ao distrito de Coimbra.

Em relação às urgências, foram efetuados 297 654 atendimentos, repartindo-se por urgência geral (206 506), urgência obstétrica/ginecológica (27 497) e urgência pediátrica (63 651). Do total, 37 719 internamentos deram origem a internamento.

A Tabela 6 resume os dados descritos anteriormente referentes à atividade hospitalar e ainda contempla informação relativa à transplantação, colheita de órgãos, partos, hospital de dia e meios complementares de diagnóstico e terapêutica.

Tabela 6 - Resumo da atividade assistencial

	<b>Indicador</b>	<b>2018</b>
<b>Internamento</b>	Doentes saídos	58 126
	Demora média (dias)	8,56
	Taxa de ocupação	77,2%
<b>Atividade cirúrgica</b>	Intervenções cirúrgicas	62 975
	Doentes operados	39 751
<b>Consultas externas</b>		899 254
<b>Urgência</b>	Atendimentos	297 654
<b>Transplantes</b>		324
<b>Colheita de órgãos</b>		188
<b>Partos</b>		4 739
<b>Hospital de dia</b>	Sessões	94 507
	Doentes tratados	22 300
<b>Meios Complementares de Diagnóstico e Terapêutica</b>	Radiologia	568 450
	Anatomia patológica	72 653
	Patologia clínica	8 065 044
	Medicina Nuclear	13 974
	Medicina Física e Reabilitação	365 430
	Sangue e Medicina transfusional	662 726

Fonte: Adaptado de (CHUC, 2018)

## INVESTIGAÇÃO E ENSINO

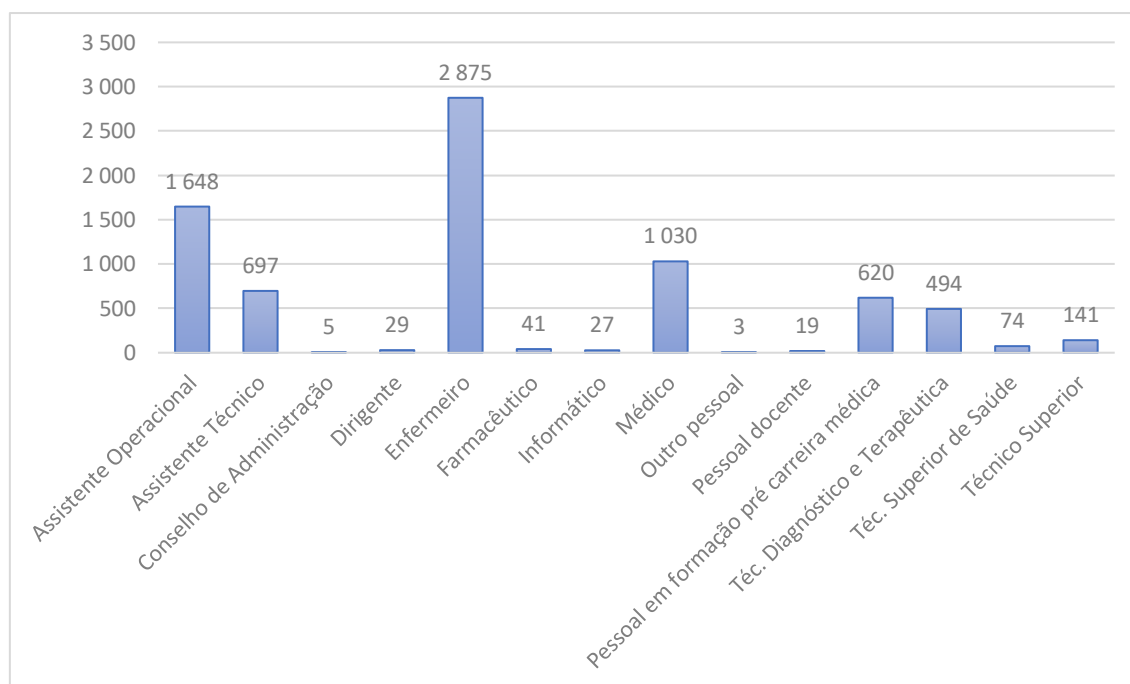
Sendo um centro hospitalar universitário e fazendo parte da sua missão e visão as vertentes de investigação e ensino, considero relevante referir informação acerca das mesmas.

Relativamente à investigação, em 2018, foram desenvolvidos 138 ensaios clínicos no CHUC envolvendo 869 doentes e 57 investigadores principais. No que diz respeito ao ensino, em 2018, o CHUC formou 743 internos dividindo-se em formação geral e formação especializada com 128 e 615, respetivamente.

## RECURSOS HUMANOS

Segundo o Relatório e Contas de 2018, o CHUC apresentava um total de 7 703 profissionais. A distribuição dos mesmos por grupo profissional pode ser observada no Gráfico 1, sendo possível verificar que os enfermeiros, assistentes operacionais e médicos representavam cerca de 80% do total de colaboradores do CHUC (37%, 21,4% e 21,4%, respetivamente).

Gráfico 1 - Distribuição dos colaboradores por grupo profissional



Fonte: (CHUC, 2018: 62)

Quanto à distribuição por género, o feminino representava 74% (5 721) do total de colaboradores e o género masculino 26% (1 982), não se mantendo esta distribuição nos grupos profissionais de Conselho de Administração, dirigente, informática e outro pessoal, onde o género masculino era mais prevalente.

A idade média dos profissionais do CHUC era de 45,5 anos verificando-se, a nível global, 4 7768 (62%) profissionais com idade inferior a 50 e 89 (1%) com idade superior a 65 anos.

Por fim, ao nível das habilitações, 70% dos colaboradores possuíam um grau académico igual ou superior à licenciatura, sendo que 66,5% eram licenciados.

## CUMPRIMENTO DO CONTRATO-PROGRAMA

De acordo com o Contrato-Programa referente ao período 2017-2019, este documento corresponde a um plano de prestação de serviços e de cuidados de saúde que contempla as contrapartidas financeiras que lhe estão associadas. Este contrato tem como princípios (ACSS, 2017b):

- a) Promoção do acesso, melhoria contínua da qualidade dos cuidados de saúde prestados, satisfação dos doentes e obtenção de ganhos de saúde,
- b) Gestão transparente, racional e eficiente dos recursos disponíveis, visando a sustentabilidade económico-financeira do Hospital e do SNS,
- c) Articulação e gestão partilhada de recursos no SNS entre as entidades pertencentes ao SNS, visando a obtenção de sinergias e o aumento da produtividade global das instituições do SNS.

De forma sucinta, a Tabela 7 apresenta, por item, as unidades contratadas, as efetivamente realizadas e a respetiva taxa de execução, com exceção do item outros que apresenta valores monetários.

Tabela 7 - Acompanhamento do Contrato-Programa 2018

	<b>Contratado</b>	<b>Realizado</b>	<b>Taxa execução</b>
Consultas externas	891 127	882 052	99,0%
Internamento	236 206	215 082	91,1%
GDHs de ambulatório	48 699	48 340	99,3%
Número de atendimentos de urgência (sem internamento)	235 200	252 767	107,5%
Hospital de dia (inclui estadias reabilitativas)	63 753	59 995	94,1%
Programas de gestão de doença crónica	5 292	6 753	127,6%
Programa de tratamento cirúrgico da obesidade	330	291	88,2%
Diagnóstico e tratamento da infertilidade	1 409	1 719	122,0%
Saúde sexual e reprodutiva	4 080	4 264	104,5%
Sessões de radioncologia	24 330	23 291	95,7%
Colocação implantes cocleares	80	58	72,5%
Serviços domiciliários	7 025	7 198	102,5%
Outros	14 555 128,3€	16 800 384€	115,4%

Fonte: Adaptado de (CHUC, 2018)

Notas: Grupos de Diagnóstico Homogéneo (GDHs), na rubrica outros estão incluídos gastos com os medicamentos cedidos em ambulatório (patologias abrangidas pelo Contrato-Programa), o sistema de atribuição de produtos de apoio, o programa de incentivo à integração de cuidados e os internos.

A Tabela 8 permite comparar o valor contratado no Contrato-Programa para o ano 2018 e o faturado segundo estimativas. É possível perceber através destes dados que, o CHUC faturou, em 2018, 99,1% do valor contratado.

Tabela 8 - Total contratado e faturado pelo CHUC em 2018

	<b>Total do Contrato (com adenda)</b>	<b>Total faturado (de acordo com a estimativa de proveitos)</b>
<b>2018</b>	384 303 555,69€	380 844 823,67€

Fonte: Adaptado de (CHUC, 2018)

Além disto, quando se observa os objetivos de qualidade e eficiência contratualizados para o mesmo período, verifica-se que o CHUC obteve um índice de desempenho global de 62,4 no cumprimento destes objetivos associados ao contrato-programa, ficando então o valor dos incentivos realizados abaixo daquele que foi contratado. De salientar que, tal como referido no Relatório e Contas, este índice não apresenta o valor final uma vez que ainda não foram introduzidos todos os indicadores e não foi efetuada toda a codificação necessária (CHUC, 2018).

## DESEMPENHO ECONÓMICO-FINANCEIRO

A Tabela 9 agrupa os principais indicadores económico-financeiros apresentados pelo CHUC, nomeadamente resultado líquido do período e EBITDA. De salientar que, o EBITDA contratado no Acordo Modificativo do Contrato Programa de 2018 foi de -51 685 221€, ficando assim abaixo do objetivo.

Tabela 9 - Desempenho económico-financeiro do CHUC

	<b>Valor 2018</b>
<b>Resultado líquido</b>	- 79 951 443,50€
<b>EBITDA</b>	- 73 542 844,12€

Fonte: Adaptado de (CHUC, 2018)

## RECONHECIMENTO

Atualmente, o CHUC conta com dezoito centros de referência tornando-se assim o centro hospitalar, a nível nacional, com mais reconhecimentos a este nível. Estes centros são nas seguintes áreas – epilepsia refratária, onco-oftalmologia, transplante hepático,

transplante do coração e transplante do rim de adultos, cardiologia de intervenção estrutural, cardiopatias congénitas, doenças hereditárias do metabolismo, oncologia pediátrica, oncologia de adultos: cancro do esófago, cancro do testículo, cancro do reto, cancro hepatobilio/pancreático, sarcomas das partes moles e ósseos, coagulopatias congénitas, fibrose quística, implantes cocleares e neurorradiologia de intervenção na doença cerebrovascular.

De acordo com a Rede Europeia de Referência (RER), o CHUC é reconhecido a nível internacional nas seguintes dez áreas (Europeia, 2017) – *bone disorders, epilepsies, adult cancers (solid tumours), haematological diseases, eye diseases, congenital malformations and rare intellectual disability, hepatological diseases, hereditary metabolic disorders, paediatric cancer (haemato-oncology) e transplantation in children.*

## **IV. ATIVIDADES DESENVOLVIDAS NO ESTÁGIO**

### **ENQUADRAMENTO**

De forma a enquadrar este capítulo no presente relatório, considero importante referir que o estágio curricular foi realizado em contexto de consultoria, sendo um serviço prestado pela Faculdade de Economia da Universidade de Coimbra ao CHUC, concretamente a realização do plano de desenvolvimento estratégico para este centro hospitalar referente ao período 2019-2023. Desta forma, fiz parte, de forma ativa, de um grupo de onze profissionais, maioritariamente professores universitários com exceção de uma profissional com grau de mestre. Foi-nos disponibilizado, tanto na faculdade como no centro hospitalar, um gabinete com o propósito de permitir o desenvolvimento do projeto.

Refiro que todas as tarefas descritas neste capítulo tiveram como objetivo ingressar no relatório de diagnóstico do CHUC que tinha como principal objetivo a identificação de oportunidades, ameaças, pontos fortes e pontos fracos, culminando na *SWOT*.

### **TAREFAS DESENVOLVIDAS**

#### **AVALIAÇÃO DO GRAU DE CONCRETIZAÇÃO DO PLANO DE DESENVOLVIMENTO ESTRATÉGICO 2012-2016**

A primeira tarefa proposta, e efetivamente realizada, no âmbito do estágio curricular, foi avaliar o grau de concretização do plano de desenvolvimento estratégico anterior correspondente ao período 2012-2016, elaborado pela empresa Antares Consulting. Este plano é composto por seis principais eixos estratégicos desagregados em dezasseis objetivos estratégicos e trinta e nove iniciativas. Para cada iniciativa foi proposto um plano de trabalho, um indicador de medição, uma fórmula de cálculo, a respetiva meta, o responsável pela execução da iniciativa, o período temporal de execução e o nível de importância, viabilidade e custo.

Para proceder a esta avaliação definiu-se como essencial o apuramento do valor real de cada iniciativa, ao longo ou no final do período, o valor mais recente possível de obter e o impacto financeiro correspondente, quando aplicável, de forma a que, no final, fosse possível elaborar uma tabela resumo com estas variáveis.

Assim, recorreu-se a documentos internos do respetivo período e do ano mais recente<sup>3</sup> como balancete, procurando contas pormenorizadas que discriminassem a atividade

---

<sup>3</sup> Considerou-se o ano de 2017 uma vez que à data da realização da tarefa ainda não tinham sido disponibilizados documentos referentes a 2018.



desenvolvida, por exemplo, a aquisição de *software* ou investimento em laboratório. Para além deste tipo de documentos, foi recolhida informação de relatórios internos como os Relatórios e Contas, Relatórios de Movimento Assistencial, Balanços Sociais e Relatórios de Governo Societário. Ficando ainda por esclarecer alguns dados, foram realizadas entrevistas internas com esse propósito, nas quais considero que tive um papel ativo pela presença assídua, levantamento de questões sempre que necessário e apontamento das respetivas respostas. A título de exemplo, foram entrevistados o diretor clínico, a diretora do departamento financeiro, o diretor do serviço de recursos humanos, o diretor dos meios complementares de diagnóstico e terapêutica e vários administradores hospitalares. Resultantes destas entrevistas, foram disponibilizados outros ficheiros com detalhe relativo ao serviço em questão que serviram como fonte de informação adicional para a elaboração desta tarefa.

#### ELABORAÇÃO DA CARACTERIZAÇÃO DO CHUC

Outra tarefa proposta ao longo do período de estágio foi a elaboração da caracterização, de forma pormenorizada, do CHUC com o objetivo de enquadrar este centro hospitalar no diagnóstico estratégico e, enquanto consultores, conhecer melhor a instituição.

A minha participação na tarefa incidiu na recolha de informação e elaboração de resumos dos seguintes pontos – caracterização do centro hospitalar ao nível da localização, missão, visão e valores, estrutura organizacional, recursos afetos à atividade e atividade de exploração. Relativamente aos recursos afetos à atividade foi pedida e disponibilizada informação acerca

- da área bruta do centro hospitalar por polo e
- recursos humanos.

Já na atividade de exploração foi recolhida informação relativa:

- atividade assistencial como dados relativos ao cumprimento do contrato-programa, ao internamento, às urgências, às consultas externas, ao hospital de dia e aos partos. Para este ponto foram recolhidas informações essencialmente acerca das quantidades realizadas de forma a ter uma perspetiva temporal (de 2013 a 2018), da proveniência e faixa etária dos doentes,

- acesso como o número de doentes inscritos na lista para cirurgia e o número de doentes em lista de espera para consulta externa, fazendo referência também aos serviços com maior número de doentes e
- meios complementares de diagnóstico e terapêutica fazendo referência à atividade realizada no ano com dados mais recentes – 2017.

Para a obtenção desta informação, foram utilizados documentos internos como os Relatórios e Contas, os Relatórios de Movimento Assistencial e os Balanços Sociais. Para além destes, sempre que necessário, pedi e foi disponibilizada informação extra acerca do CHUC.

### CLASSIFICAÇÃO E AUSCULTAÇÃO DOS *STAKEHOLDERS*

Participei, ativamente, na tarefa de classificação e posterior auscultação dos *stakeholders*.

Para a classificação das partes interessadas, foi elaborada uma matriz interesse/poder que se caracteriza por ter nos eixos x e y estes indicadores, respetivamente, podendo estes ser classificados como baixo ou alto. Em equipa, efetuou-se a classificação das diferentes partes interessadas colocando-as em um de quatro quadrantes possíveis – alto, alto; alto, baixo; baixo, alto; baixo, baixo.

Relativamente à auscultação dos diferentes *stakeholders*, estive presente na maioria das entrevistas realizadas, tanto a externos como internos. Quanto aos *stakeholders* externos, a principal ideia das entrevistas foi perceber, na perspetiva de cada um, a respetiva perceção e imagem do CHUC e recolher possíveis caminhos futuros do mesmo. Dos diferentes *stakeholders* externos, refiro, a título de exemplo, que estive presente nas entrevistas realizadas aos ACeS Baixo Mondego e ACeS Pinhal Interior Norte, à Administração Central do Sistema de Saúde (ACSS), à Comissão de Coordenação e Desenvolvimento da Região Centro e às Ordens (dos Enfermeiros, Farmacêuticos e Médicos). Ainda nos *stakeholders* externos, refiro que entrevistei, de forma aleatória, alguns utentes de consulta externa do polo HUC com o objetivo de perceber a sua satisfação global relativa ao centro hospitalar. A nível interno, a maior parte das entrevistas tiveram como objetivo compreender algumas questões que surgiram ao longo da elaboração dos diferentes pontos do diagnóstico como pontos específicos da avaliação do grau de concretização do plano de desenvolvimento anterior e sugestões de futuros passos no funcionamento do centro hospitalar. Ainda neste âmbito interno, participei na elaboração e posterior tratamento de dados do inquérito disponibilizado via digital aos colaboradores do CHUC. Este inquérito teve como objetivo

identificar, de forma individual e do ponto de vista de quem trabalha diariamente no local, a percepção de desempenho do centro hospitalar a diferentes níveis, a satisfação com as condições de trabalho, os níveis de motivação e possíveis orientações futuras.

Após a auscultação e tratamento de dados, participei na elaboração da matriz de materialidade. Esta matriz foi construída com o intuito de melhor representar a classificação, em termos de relevância, dos temas abordados pelas partes interessadas entrevistadas. Assim, a matriz é composta, no eixo dos x pela perspectiva interna e no eixo dos y pela perspectiva externa. Cada eixo é representado por uma escala de 0 a 100% de acordo com a referência relativa dada a cada tema.

#### ELABORAÇÃO DA ANÁLISE COMPARATIVA

Participei, de forma ativa, na realização da análise comparativa do CHUC relativamente a outros centros hospitalares universitários, concretamente com os centros hospitalares do grupo E definido pela ACSS. Efetuei, em equipa, a análise comparativa nos seguintes tópicos – estrutura organizacional, atividade de exploração, índice de *case-mix*, reconhecimento, sustentabilidade ambiental e ranking de preferências dos internos.

Na realização desta tarefa, a informação utilizada estava disponível na *internet*, utilizando, concretamente dados da ACSS, Relatório e Contas de cada centro hospitalar e informação da Entidade Reguladora da Saúde (ERS).

#### ELABORAÇÃO DA ANÁLISE AO AMBIENTE ESPECÍFICO

A análise ao ambiente específico teve como base a análise de quatro agentes identificados como essenciais – utentes, outras entidades prestadoras de cuidados de saúde, fornecedores e outras entidades públicas. Na análise aos utentes, recolhi informação de forma a relatar as questões atuais dos utentes no que diz respeito ao seu envelhecimento e maior conhecimento e participação através das plataformas digitais. Na análise às outras entidades prestadoras de cuidados de saúde, procurei recolher informação que caracterizasse a atividade de cada uma, através da visita ao *site* das respetivas entidades. No que diz respeito aos fornecedores, participei na análise recorrendo, em parte, ao modelo de cinco forças de Porter. Tal como o autor indica, identifiquei, em equipa, seis forças e avaliei de um a cinco as respetivas forças de forma a perceber se a indústria, neste âmbito, era atrativa ou não. O modelo foi utilizado para os fornecedores de medicamentos e equipamento médico uma vez que são aqueles que maior peso têm na faturação do CHUC a este respeito. A análise aos fornecedores incluiu ainda os fornecedores de inovação tecnológica e de recursos humanos,

em que se efetuou uma caracterização da atividade atual com o intuito de identificar oportunidades e/ou ameaças. Por fim, nas outras entidades públicas, participei na identificação daquelas que foram consideradas como tendo uma relação próxima e com capacidade de influenciar a atividade do CHUC.

Para além da identificação das ideias chave para cada agente resultantes em oportunidades e/ou ameaças, sempre que aplicável, também se identificaram potenciais parceiros.

Para cada um dos agentes, foi recolhida informação, na sua maioria via *internet*, considerada importante que permitisse identificar então oportunidades e ameaças para o CHUC.



## V. O CASO DO CHUC

### ENQUADRAMENTO

Com este capítulo pretende-se descrever, de forma prática, a teoria apresentada no capítulo II. Revisão da literatura, isto é, o caso prático de planeamento estratégico e respetivo processo em âmbito hospitalar, no caso concreto do CHUC.

O plano de desenvolvimento estratégico solicitado à equipa de profissionais da Faculdade de Economia tem como principais tarefas as seguintes – (i) realização de um relatório de diagnóstico que diz respeito, essencialmente, à análise estratégica; (ii) elaboração do plano estratégico com os eixos e iniciativas a realizar; e, por fim, (iii) disponibilização de uma ferramenta de monitorização para controlo após a implementação –, ou seja, percebe-se através desta descrição que o serviço solicitado não inclui a implementação e posterior acompanhamento dos resultados. Estes dois passos são da inteira responsabilidade do CHUC. De referir que, este plano tem como horizonte temporal de atuação o período 2019-2023.

Neste caso específico, indo ao encontro das tarefas apresentadas imediatamente acima, pretendo neste capítulo abordar as etapas e atividades desenvolvidas ao longo do processo prático.

### DIAGNÓSTICO

Este relatório tem como objetivo principal, como já referi anteriormente, realizar uma análise da situação atual do CHUC, a nível externo e interno, culminando na análise *SWOT*, ou seja, este diagnóstico pretende, em última instância, identificar oportunidades, ameaças pontos fortes e pontos fracos.

Sendo um serviço prestado por uma empresa externa, considerou-se essencial, como consultores, que o primeiro ponto do processo de planeamento estratégico a incluir no diagnóstico fosse entender a atividade deste centro hospitalar, inclusive o setor onde se insere. Para tal, procedeu-se à elaboração de um enquadramento do CHUC. Assim, efetuou-se uma caracterização deste centro hospitalar ao nível:

- da sua localização, discriminando a principal atividade e serviço de cada um dos seis polos que constituem este centro hospitalar e a respetiva distância entre estes,

- missão, visão, valores e princípios salvaguardando o facto de estes elementos estarem a ser sujeitos a alterações devido ao processo de mudança interna,
- estrutura organizacional atual, que tal como já referido, sofrerá alterações com a entrada em vigor do novo regulamento interno,
- recursos afetos à exploração, em que foi referida a área (bruta e útil) de cada polo e feita uma descrição dos recursos humanos do centro hospitalar, nomeadamente no que diz respeito ao número total de colaboradores e respetiva distribuição por grupo profissional, distribuição por género, idade média, tipo de contrato de trabalho, nível de habilitações literárias e, referiu-se ainda, as principais razões de faltas de trabalho.
- atividade de exploração que inclui
  - atividade assistencial fazendo parte deste oito subtópicos – nomeadamente contrato programa, internamento, urgência, cirurgia, consulta externa, hospital de dia, partos, transplante e colheita de órgãos.

De forma a iniciar este tópico, resumiu-se de forma breve o fluxo de doentes incluindo dados relativos ao número de urgências, consultas externas, internamento, hospital de dia e doentes operados. De seguida, referiu-se o cumprimento do Contrato Programa fazendo referência ao contratado e realizado no que diz respeito à produção e objetivos estabelecidos, sendo no final, possível apurar a percentagem de concretização e grau de cumprimento dos objetivos, respetivamente. Neste tópico referiu-se ainda os 25 GDHs mais frequentes neste centro hospitalar ao nível do internamento e ambulatório. Posteriormente, introduziu-se informação referente ao internamento incluindo dados relativos ao número de doentes saídos e aos serviços com o maior número destes, à lotação praticada e à taxa de ocupação por serviço para cada polo. Relativamente à urgência foram recolhidos os seguintes dados – número de atendimentos por urgência, por exemplo, urgência geral e obstétrica, média diária de atendimentos e percentagem de doentes internados após observação no serviço de urgências. No subtópico da cirurgia apresentou-se informação relativa ao número de doentes operados e cirurgias realizadas desagrupadas em programadas (convencional ou ambulatório) e urgentes. Quanto à consulta externa recolheu-se informação relativa ao número de consultas realizadas, divididas em primeiras consultas e consultas subsequentes e aos serviços com maior atividade. Relativamente ao hospital de dia recolheu-

se dados relativos ao número de sessões e doentes tratados, bem como o serviço com maior número de sessões realizadas. Quanto aos partos foi introduzida informação relativa ao número de partos por maternidade e tipo de parto (eutócito, distócito, cesariana ou outros). Por fim, no que diz respeito aos transplantes e colheita de órgãos efetuou-se o levantamento dos dados por tipo de transplante e órgão.

Por fim, de referir que para os pontos internamento, urgência, cirurgia, consulta externa e hospital de dia, foi incluída informação referente à proveniência dos doentes e da distribuição por grupo etário.

- acesso no qual se refere o número de utentes inscritos na lista de inscritos para cirurgia e consulta a tempo e horas, indicadores estes bastante referenciados na atividade hospitalar,
- meios complementares de diagnóstico e terapêutica com especial foco na criação de determinados laboratórios e unidades,
- ensino, referindo o número de internos e outras formações e
- investigação, nomeadamente ensaios clínicos e programas desenvolvidos no ano de 2017.

Importa salientar que os dados incorporados nesta secção eram referentes a 2017 uma vez que aquando a realização desta tarefa ainda os documentos referentes a 2018 ainda não estavam finalizados.

No que diz respeito à identificação dos *stakeholders*, procedeu-se ao enquadramento do CHUC no setor da saúde, identificando-se nomeadamente grupos de pressão (como sindicatos e associações, sejam o caso de associações da indústria e de doentes), legisladores como é o caso dos ministérios das Finanças, da Saúde e da Economia e o Parlamento, reguladores como a ERS, entidades gestoras como a ACSS e Administração Regional de Saúde do Centro (ARSC), financiadores como o caso do Estado e subsistemas, seguros de saúde e a população no geral, prestadores no qual se engloba o CHUC e os restantes hospitais, cuidados de saúde primários, cuidados continuados, clínicas de meios complementares de diagnóstico e terapêutica e farmácias. Adicionalmente considerou-se também como pertencentes ao setor da saúde os fornecedores, nomeadamente da indústria farmacêutica, distribuidores, ordens profissionais e instituições de ensino superior. Ao nível interno foram identificados diferentes *stakeholders*, agrupando-os de acordo com a distribuição feita pelo CHUC por grupo profissional, nomeadamente conselho de administração, dirigentes superiores e intermédios, médicos, enfermeiros, técnicos superiores de saúde, técnicos de diagnóstico e terapêutica, assistentes técnicos, assistentes



operacionais e, por fim, pessoal de investigação científica/pessoal docente. Este enquadramento, feito de forma pormenorizada, permitiu a identificação dos agentes com relação específica com o CHUC. Os *stakeholders* identificados foram os seguintes:

- Externos
  1. ACeS,
  2. ACSS,
  3. ARSC,
  4. Câmara Municipal de Coimbra,
  5. Centros de investigação,
  6. Centros hospitalares do grupo E,
  7. Comissão de Coordenação e Desenvolvimento Regional do Centro,
  8. Conselho de Administração,
  9. ERS,
  10. Escolas superiores de saúde,
  11. Faculdade de Farmácia e Faculdade de Medicina da UC,
  12. Hospitais periféricos privados,
  13. Instituições de prestação de cuidados continuados,
  14. Ordens dos enfermeiros, farmacêuticos e médicos,
  15. Reitoria da Universidade de Coimbra,
  16. Sindicados,
  17. Sistemas partilhados do Ministério da Saúde,
  18. Utentes e respetivas associações.
- Internos
  1. Assistentes operacionais,
  2. Dirigentes superiores e intermédios,
  3. Enfermeiros,
  4. Médicos,
  5. Pessoal de investigação científica e docente e
  6. Técnicos superiores de saúde e de diagnóstico e terapêutica.

Após a identificação dos *stakeholders* externos e internos do centro hospitalar, considerou-se importante compreender a influência de cada um no CHUC. Para tal, recorreu-se à matriz poder/interesse desenvolvida por Mendelow (Martirosyan & Vashakmadze, 2014) que relaciona o interesse do *stakeholder* na organização com o seu poder efetivo. Esta

matriz permite compreender de que forma se deve priorizar os diferentes *stakeholders* e com que empenho responder às suas necessidades. Em termos gráficos, esta matriz apresenta quatro quadrantes dependendo de a variável ser interesse ou poder e podendo ser cada uma delas considerada como baixa e alta. Dos vinte e quatro *stakeholders* identificados, seis foram considerados com alto poder e alto interesse, quatro com alto poder e baixo interesse, catorze com baixo poder e alto interesse e dois com baixo poder e baixo interesse.

Tendo em consideração esta classificação, foram realizados contactos de forma direta com as partes interessadas para que estas pudessem ser auscultadas. As entrevistas realizadas aos *stakeholders* externos tiveram como objetivo entender, na perspetiva de cada um, qual o papel atual vs. ideal do CHUC bem como potenciais objetivos e medidas consideradas como prioritárias. Dos vários *stakeholders* externos entrevistados, refiro, a título de exemplo, os seguintes – ACeS do Baixo Mondego e Pinhal Interior Norte, ACSS, Comissão de Coordenação e Desenvolvimento Regional do Centro, hospitais privados como o Hospital da Luz Coimbra e a Cuf Coimbra, Ordens profissionais e Universidade de Coimbra. Estas entrevistas realizadas permitiram elucidar os consultores com eventuais ações e iniciativas futuras a realizar pelo CHUC de forma a melhorar o seu desempenho. Assim, os resultados destas entrevistas foram repartidos para esta parte de análise estratégica bem como para o parte de formulação.

Com o apoio da informação recolhida nas entrevistas realizadas, elaborou-se uma matriz de interação com o objetivo de identificar os diferentes mecanismos utilizados entre as diferentes partes interessadas e o CHUC.

De referir que, desde início, os profissionais do projeto consideraram essencial a auscultação dos *stakeholders* internos, defendendo que o envolvimento destes atores, em particular daqueles irão executar o plano, permite a correta identificação das situações a melhorar e a proposta de iniciativas alinhadas com a missão e realidade da instituição. Assim sendo, as entrevistas a nível interno tiveram como objetivo auscultar aqueles que melhor conhecem o dia-a-dia do centro hospitalar. A este nível refiro, a título de exemplo, as entrevistas realizadas ao diretor clínico, ao diretor do serviço de gestão de recursos humanos, à diretora dos serviços financeiros, à coordenadora do gabinete de planeamento e controlo de gestão e a diversos administradores hospitalares. Ainda a nível interno, com o intuito de promover a participação de todos os colaboradores, foi realizado um inquérito (Anexo 3) disponibilizado via *e-mail* com o intuito de melhor entender as diferentes perceções quanto à sua satisfação, motivação e perceção de desempenho do centro hospitalar. Neste inquérito, dos 7 703 colaboradores, foram obtidas 395 respostas.

Os resultados obtidos através das entrevistas e inquéritos permitiram identificar os temas mais abordados e relevantes para as partes interessadas. Para uma melhor visualização foi realizada uma matriz de materialidade na qual se representa graficamente a classificação, em termos de relevância, dos temas abordados pelos diferentes *stakeholders*. Esta matriz apresenta dois eixos – *stakeholders* internos e externos – em termos percentuais. Após a identificação dos temas mais relevantes, foram apresentados, de forma aprofundada, os mesmos com base em estudos empíricos e relacionando-os com dados do CHUC.

Posto isto, num terceiro ponto, devido à discussão atual em torno da Lei de Bases da Saúde, considerou-se importante referir este tema uma vez que as possíveis alterações têm uma grande influência na atividade do centro hospitalar. Não tendo havido consenso partidário no período da análise estratégica, foram apenas apresentadas as diferentes perspetivas dos respetivos partidos.

De forma a definir o posicionamento do CHUC, procedeu-se, primeiramente, à identificação das entidades prestadores de cuidados de saúde presentes no concelho de Coimbra. Posto isto, identificaram-se doze unidades considerando entidades de âmbito público, privado e cuidados continuados. De seguida, tendo em consideração informação do SNS, definiu-se a área de influência, direta e indireta, do CHUC, isto é, quais são os concelhos da região Centro que referenciam o CHUC como primeira e segunda linha nas especialidades existentes. Esta identificação permitiu também recolher dados demográficos referentes à população servida pelo CHUC. Neste tópico destacou-se também o envelhecimento e declínio da natalidade, efetuando-se projeções futuras acerca destes temas.

## MISSÃO, VISÃO E OBJETIVOS

Identificada em termos teóricos como a primeira etapa do processo de planeamento estratégico a definição da missão, visão e objetivos, de referir que, até à data de término do estágio curricular, a equipa de consultoria onde estive inserida não propôs qualquer alteração uma vez que o próprio centro hospitalar nos informou que estava a reformular estes fundamentos.

## ANÁLISE ESTRATÉGICA

Sabendo que, de acordo com a teoria apresentada neste relatório, a análise estratégica se divide em análise externa e interna, abordarei de seguida a análise externa interna aplicada ao CHUC e, posteriormente, a análise interna.

De forma a analisar o meio envolvente geral, foi utilizada a análise PESTA considerando-se os fatores político-legais, económicos, sociais, tecnológicos e ambientais com reflexos no meio envolvente do CHUC. Para esta análise foi necessário encontrar evidências bibliográficas de alterações e mudanças no meio envolvente.

Para o fator político-legal foram identificados os seguintes subtópicos – governação do SNS e política de saúde, subfinanciamento da saúde, modelo de financiamento hospitalar e contratualização, modelo de governo dos hospitais, autonomia e reforma hospitalar.

Para o fator económico foram identificados os seguintes – pressão para o aumento da despesa em saúde, nível de endividamento do Estado, baixa taxa de juro e crescimento económico moderado.

Quanto ao fator social, com grande importância devido às alterações existentes, foram identificados os seguintes subfatores – envelhecimento da população, envolvimento com a tecnologia (população mais informada), hábitos de vida mais saudáveis e turismo médico e nova imigração.

Para o fator tecnológico foram identificados quatro subfatores sendo eles – (i) transformação dos cuidados de saúde, nomeadamente diagnóstico clínico precoce e intervenções mais eficazes, papel mais ativos e central dos doentes nos seus cuidados, coordenação mais eficaz entre diferentes tipos de cuidados, transformação do modelo de atividade dos cuidados de saúde, maximizar a experiência do cidadão/doente e prevenção, promoção, estilos de vida saudáveis e outros determinantes sociais da saúde. Os restantes subtópicos identificados na vertente tecnológica foram os seguintes – (ii) garantir a sustentabilidade, (iii) garantir a privacidade e segurança e (iii) o Sistema Partilhado do Ministério da Saúde.

Quanto ao fator ambiental, foram identificados três subfatores sendo eles – as (i) alterações climáticas nomeadamente as cheias, incêndios e outros fatores extremos, o facto de a primavera e verão estarem mais quentes e seco, o inverno mais ameno e (ii) as doenças transmitidas por vetor. Para além destes, identificou-se (iii) a regulamentação ambiental como terceiro subfator ambiental influenciador da atividade do CHUC.

Feita a análise ao meio envolvente geral, efetuou-se a análise ao ambiente específico. Para esta análise não foi utilizado o modelo de cinco forças de Porter por se considerar não aplicável devido, predominantemente, a duas razões. Em primeiro lugar, não se considera que a atratividade da indústria seja uma variável de interesse para o diagnóstico realizado uma vez que a atividade se concentra no setor público, concretamente na saúde. Em segundo lugar, algumas das forças presentes neste modelo não são aplicáveis a esta

aplicação prática, como é o caso, por exemplo, da ameaça de novos concorrentes uma vez que não depende do mercado a abertura de um novo centro hospitalar público. Posto isto, a análise feita neste âmbito considerou quatro grandes grupos – utentes, outros prestadores de cuidados de saúde, fornecedores e outras entidades públicas. A informação que serviu para sustentar esta análise foi recolhida em relatórios públicos e em entrevistas realizadas com os *stakeholders*. Devido à estreita ligação entre a análise PESTA e a análise ao ambiente específico, em determinados casos, aprofundou-se alguns temas já abordados na primeira análise referida.

No que diz respeito aos utentes, identificou-se como principais características dos mesmos o envelhecimento e a sua participação mais ativa devido à contínua melhoria do mundo virtual.

Quanto outros prestadores de cuidados de saúde, procedeu-se à identificação e breve descrição de cada um. Nesta secção, consideraram-se os prestadores de cuidados, tal como no posicionamento, de âmbito privado, público e cuidados continuados que atuam no concelho de Coimbra. De carácter privado, foram identificadas as seguintes instituições – Sophia Clínica, Grupo Sanfil Medicina Coimbra, Centro Cirúrgico de Coimbra, Clínicas Leite, Clínica de Montes Claros, Hospital CUF Coimbra e Hospital da Luz Coimbra. Quanto às entidades públicas considerou-se o Instituto Português de Oncologia de Coimbra Francisco Gentil (IPO Coimbra) e Centro de Saúde Militar de Coimbra. Por fim, relativamente às unidades prestadoras de cuidados continuados, referiu-se a Cáritas Diocesana de Coimbra, a *Domus Vitae* e a Residência Montepio.

Relativamente ao terceiro grupo analisado, foram identificados três grandes fornecedores do CHUC – de inovação tecnológica, de recursos humanos e de medicamentos e equipamentos. De realçar que, nos últimos dois fornecedores, a análise foi feita de forma conjunta devido a serem, em termos de faturação, os dois principais fornecedores do CHUC. Para tal, utilizou-se o modelo de cinco forças de Porter considerando-se as seguintes seis características da indústria:

1. grau de concentração da indústria,
2. volume de transações,
3. grau de diferenciação dos produtos,
4. custos de mudança de fornecedor,
5. ameaça de integração a jusante e
6. nível de importância dos produtos para a qualidade do serviço.

Por fim, na análise das outras entidades públicas, de entre as várias com impacto significativo na atividade do CHUC, salientaram-se as seguintes devido às relações e reconhecimento das mesmas do papel deste centro hospitalar na região – os ACeS do Baixo Mondego e do Pinhal Interior Norte, a ARSC, a Comissão de Coordenação e Desenvolvimento da Região Centro, a Câmara Municipal de Coimbra, a Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra, a Ordem dos Médicos e a Universidade de Coimbra.

Feita a análise externa, de forma a sintetizar a mesma, elaborou-se uma tabela resumo. Nesta tabela considerou-se a possível tendência a longo prazo (com horizonte temporal superior a 2023) e a identificação do fator como oportunidade ou ameaça. Assim, foram identificadas vinte e oito oportunidades e trinta e uma ameaças. De realçar que, em determinadas situações, os fatores foram considerados simultaneamente como oportunidade e ameaça daí a elevado número de ambas.

Feita a análise externa, no que diz respeito à análise interna e com o objetivo de identificar pontos fortes, pontos fracos e áreas de melhoria efetuou-se uma análise *benchmarking*. Esta análise foi realizada comparativamente com os centros hospitalares universitários que constituem o Grupo E que, de acordo com a ACSS são os seguintes – Centro Hospitalar Universitário do Porto (CHUP), Centro Hospitalar Universitário de São João (CHUSJ), Centro Hospitalar Universitário de Lisboa Central (CHULC), Centro Hospitalar Universitário de Lisboa Ocidental (CHULO) e Centro Hospitalar de Lisboa Norte (CHULN). Para além destes, de forma pontual, foram referenciados hospitais a nível internacional como identificação de boas práticas.

Antes da comparação, apresentou-se de forma resumida uma breve caracterização de cada um em que se abordou os seguintes tópicos – ano de criação e hospitais integrados, área de influência, missão, visão e valores.

A comparação realizada foi feita nos seguintes parâmetros – estrutura organizacional, atividade de exploração, índice de *case-mix*, reconhecimento, sustentabilidade ambiental, investigação e *ranking* de preferências dos internos.

Relativamente à estrutura organizacional, efetuou-se uma comparação de forma a perceber quais dos seis centros hospitalares tinham a sua estrutura organizada por CRIs. Na perspetiva do Tribunal de Contas, a organização da estrutura hospitalar por CRIs, entre outras vantagens, permite alcançar uma maior eficácia na comunicação entre diferentes serviços e grupos profissionais, uma maior perceção de participação na definição dos objetivos e uma melhor monitorização da atividade e resultados (Tribunal de Contas, 2018). Por outro lado, num artigo de opinião do diretor de Medicina Interna do CHUC, o desejável

é uma unidade hospitalar ter equipas dedicadas a grandes grupos de doença e com foco no doente (Temido *et al.*, 2018). Apresentadas estas perspetivas, a ideia foi comparar as estruturas organizacionais dos diferentes centros hospitalares nesta dimensão.

Ao nível da atividade de exploração, à exceção dos recursos humanos e alguns indicadores económico-financeiros, recorreu-se essencialmente a dados disponíveis no *site* da ACSS. Esta instituição pública disponibiliza indicadores mensais que, em termos de *benchmarking* se referem ao acesso, desempenho assistencial, produtividade, económico-financeiro, segurança, volume e utilização. A título de exemplo, no acesso são considerados os indicadores – percentagem de primeiras consultas realizadas em tempo adequado e percentagem de inscritos em Lista de Inscritos para Cirurgia (LIC) dentro do Tempo Máximo de Resposta Garantida (TMRG) –, para o desempenho assistencial exemplifico através do indicador percentagem de cirurgias em ambulatório (GDHs) para procedimentos ambulatorizáveis e percentagem de reinternamento em trinta dias, em termos de produtividade apresenta indicadores como doentes padrão por médico ETC e taxa anual de ocupação em internamento e a nível económico financeiro disponibilizada dados como gastos com pessoal ajustados por doente padrão e gastos com medicamentos por doente padrão. A recolha de dados realizada corresponde, maioritariamente, ao período 2013-2017. Após esta recolha, foi necessário tratar os dados de forma a que fosse possível comparar os dados entre centros hospitalares, isto é, foi necessário relativizar todos os dados de forma a que pudessem ser comparáveis entre si e não transparecerem, por exemplo, a dimensão de cada um. Baseando-nos na ACSS e tomando a decisão em grupo, este grande indicador que é a atividade de exploração foi desagregado em seis tópicos sendo eles – atividade assistencial, acesso, produtividade, capacidade utilizada, recursos humanos e desempenho económico-financeiro. Neste indicador teve-se em consideração a variação do CHUC face à média do Grupo E (excluindo o próprio), sendo considerado um ponto forte os indicadores que se encontrassem 10% acima da média do grupo e um ponto fraco aqueles que se encontrassem 10% abaixo da média. Este critério foi decidido numa das reuniões no âmbito do projeto, com todos os profissionais do mesmo presentes. De seguida, enumerarei os indicadores considerados como pertinentes para a realização da comparação dos seis tópicos mencionados.

Referente à atividade assistencial consideraram-se os seguintes indicadores – demora média de cada internamento, reinternamento até 30 dias, número de atendimentos de urgência, percentagem de atendimentos com prioridade verde, azul e branco, percentagem de intervenções cirúrgicas urgentes no total das intervenções cirúrgicas, percentagem de

ambulatório no total de intervenções cirúrgicas programadas, percentagem de primeiras consultas no total de consultas, índice de consultas subsequentes no total de primeiras consultas, percentagem de registo de altas no total de consultas e percentagem por cesariana no total de partos.

No que diz respeito ao acesso, foram utilizados os seguintes – percentagem de primeiras consultas realizadas em tempo adequado e percentagem de inscritos em LIC dentro do TMRG.

Em relação à produtividade, foram analisados os seguintes indicadores – doentes padrão por médico Equivalente em Tempo Completo (ETC), doentes padrão por enfermeiro ETC e demora média antes da cirurgia. De referir que, a ACSS, para permitir a comparação recorre à nomenclatura “doente padrão” afirmando que o seu cálculo se baseia “na transformação da atividade hospitalar, por natureza heterogénea, numa única unidade de produção de forma a possibilitar um exercício de comparação entre entidades” (ACSS, 2017a).

Relativamente à capacidade utilizada, foram utilizados os seguintes indicadores – lotação praticada, taxa anual de ocupação em internamento, doentes saídos por cama e percentagem de capacidade utilizada de bloco operatório.

Quanto aos recursos humanos, foram analisados os seguintes indicadores – taxa de absentismo, taxa de absentismo por doença, rácio enfermeiro/cama e rácio assistente operacional/enfermeiro. Diferentemente dos outros, os dados utilizados neste tópico tiveram por base informação disponível nos Relatórios e Contas dos diferentes centros hospitalares do grupo.

Por último, foram analisados os seguintes indicadores relativos ao desempenho económico-financeiro – custos operacionais por doente padrão desagregando ainda em custos com medicamentos por doente padrão, material de consumo clínico por doente padrão, custos com fornecimentos e serviços externos por doente padrão e outros custos operacionais por doente padrão; proveitos do contrato programa por doente padrão; meta do EBITDA estabelecida para cada centro hospitalar no ano de 2017 através do contrato programa; ativo, imobilizado, peso do financiamento por fornecedores correntes, duração de inventários (em dias), prazo médio de recebimentos (em dias) e prazo médio de pagamentos (em dias). Excetuando os indicadores relativizados ao doente padrão, os restantes foram retirados da base de dados Amadeus e compararam apenas o CHUC com o CHULO e o CHUP devido à escassez de dados.



O índice de *case-mix*, segundo a ACSS, corresponde “ao coeficiente global de ponderação da produção que reflete a relatividade de um hospital face aos outros, em termos da sua maior ou menor proporção de doentes com patologias complexas e, consequentemente, mais consumidoras de recursos” (ACSS, 2009). Este índice desagrega-se em internamento cirúrgico, internamento médico, ambulatório cirúrgico e ambulatório médico. Neste caso, foi solicitada e disponibilizada informação relativa ao CHUC e ao grupo E, sendo este valor uma média dos centros hospitalares pertencentes ao mesmo. Uma vez relacionado este índice com a complexidade de cada doente, o CHUC disponibilizou ainda informação relativa à distribuição dos doentes por nível de severidade, podendo estes ser menor, moderado, major ou extremo. Neste caso, os valores recolhidos são referentes ao ano de 2018.

Relativamente ao reconhecimento, considerou-se o reconhecimento a nível nacional e internacional. A nível nacional, recorreu-se ao reconhecimento por parte do Ministério da Saúde dos Centros de Referência em Portugal e à avaliação do Sistema Nacional de Avaliação em Saúde (SINAS) realizada pela ERS. Tal como esta entidade sugere, a análise divide-se em cinco principais áreas – excelência clínica, segurança do doente, instalações e conforto, focalização no doente e satisfação do utente. Esta avaliação ocorre através da disponibilização de informação por parte de cada prestador de cuidados e procede-se em dois níveis. O primeiro nível corresponde à classificação do cumprimento dos parâmetros exigidos de qualidade estando previsto que não seja possível apurar o cumprimento ou o não fornecimento das condições para a avaliação. Cumprindo o primeiro nível de avaliação, o segundo nível corresponde à avaliação da qualidade sendo a classificação de categoria base (nível de qualidade I), intermédia (nível de qualidade II) ou superior (nível de qualidade III). Em âmbito internacional, recolheu-se informação do *site* das RER. Estas redes são virtuais e “reúnem prestadores de cuidados de saúde de toda a Europa, com vista a facilitar o debate sobre doenças raras ou complexas, que requerem cuidados altamente especializados, e de concentrar os conhecimentos e os recursos disponíveis” (Europeia, 2019).

Quanto à sustentabilidade ambiental, foi recolhida informação da ACSS relativa ao consumo de energia e água para o ano de 2017<sup>4</sup>. Para o consumo de energia, considerou-se para cada centro hospitalar os seguintes indicadores – consumo de energia por área útil em unidades (kgep<sup>5</sup>/m<sup>2</sup>) e a respetiva variação face à média, o consumo de energia por doente

---

<sup>4</sup> Ano mais recente com dados disponíveis.

<sup>5</sup> Kgep – quilograma equivalente de petróleo.

padrão (kgep/número de doente padrão) e a respetiva variação face à média e o indicador ponderado que corresponde à média das duas variações. Para o consumo de água, para cada centro hospitalar, foram considerados os seguintes indicadores – consumo de água por área útil em unidades ( $m^3/m^2$ ) e a sua variação face à média, o consumo de água por doente padrão em unidades ( $m^3/número\ de\ doente\ padrão$ ) e a respetiva variação face à média e o indicador ponderado.

Sendo os seis centros hospitalares do grupo E universitários, considerou-se importante incluir na comparação a investigação, nomeadamente o número de ensaios ativos em 2017 em cada um dos centros hospitalares e, em termos de produção científica, o número de artigos publicados. Para a recolha desta informação, recorreu-se, respetivamente, ao Relatório e Contas de cada centro hospitalar e a uma base de dados denominada *Web of Science* da Clarivate.

Por fim, em termos de *benchmarking*, efetuou-se ainda, através da recolha e tratamento de dados disponíveis *online*, o *raking* de preferência de internos de forma a entender a atratividade do CHUC como centro hospitalar de primeira escolha.

Importa referir que, para além da análise de *benchmarking* feita, também as visitas aos polos do CHUC e as entrevistas realizadas permitiram recolher informação para a análise interna presente neste planeamento estratégico como seja a identificação dos temas relevantes identificados pelos *stakeholders*.

Com o objetivo de sintetizar toda a informação da análise interna foram realizadas duas tabelas – uma referente aos pontos fortes e pontos fracos e outra relativa às áreas de melhoria do CHUC. No total, foram identificados oito pontos fortes, oito pontos fracos e seis áreas de melhoria. Na tabela, para cada ponto forte e fraco foram identificados – a prestação do CHUC, o melhor desempenho e a tendência da variável. Relativamente às áreas de melhoria apenas foi referenciada, quando aplicável a meta contratada, o valor do CHUC e desempenho e identificação do hospital de referência.

Feita a análise estratégica ao CHUC, a nível interno e externo, pode afirmar-se que foram identificados(as) – oito pontos fortes, oito pontos fracos, seis áreas de melhoria, vinte e oito oportunidades e trinta e uma ameaças.

## **PRÓXIMOS PASSOS**

Feita a identificação das oportunidades, ameaças, pontos fortes, pontos fracos e áreas de melhoria através da análise estratégica, faltam ainda, de acordo com a teoria, etapas para a conclusão do planeamento estratégico. Posto isto, é necessário rever toda a análise

estratégica, do ponto de vista do estratega, de forma verificar todos as oportunidades, ameaças, pontos fortes, pontos fracos e áreas de melhoria identificadas. O passo seguinte corresponde à sintetização da informação resultantes da análise estratégica na *SWOT*. Esta análise é então vista como uma ferramenta de diagnóstico da situação do CHUC. Assim, esta análise serve também como canal de ligação entre a análise estratégica e a formulação. No caso do CHUC, a formulação passará então por definir eixos, isto é, linhas orientadoras, medidas e iniciativas estratégicas a executar. Relacionado com isto, serão quantificados os impactos financeiros, projetada a atividade assistencial e capacidade instalada. De referir que, a definição dos eixos, iniciativas e respetivas ações será em ambiente de discussão entre os consultores e profissionais do CHUC.

Feita a formulação, será disponibilizado um conjunto de indicadores de medição de desempenho do CHUC de forma a que seja possível a monitorização dos mesmos.

## VI. REFLEXÃO CRÍTICA

No meu ponto de vista, a realização do estágio curricular é uma mais valia uma vez que permite ter contacto com o mercado de trabalho, desenvolver competências pessoais e profissionais e aplicar na prática o aprendido durante o curso. Findado o estágio, considero que foi uma ótima opção uma vez que aprofundei os meus conhecimentos em várias áreas com foco na estratégia e, relacionado com isto, também me permitiu ter uma experiência de consultoria.

Considero que a minha postura neste estágio curricular e, simultaneamente, no projeto foi bastante ativa visto que colaborei na maior parte das atividades previstas para a elaboração do planeamento estratégico. Na minha ótica, o facto de ter realizado tarefas tanto em *backoffice*, nomeadamente recolha de informação, tratamento de dados e respetiva análise, como a interação com diferentes pessoas como sejam os colaboradores, utentes e partes interessadas externas, foi bastante enriquecedor uma vez que me permitiu desenvolver competências analíticas, de síntese, de comunicação e interação. Dada a enormidade deste centro hospitalar que, por vezes, se assemelha a um grupo de pequenas empresas, considero que foi um estágio curricular bastante trabalhoso e rigoroso.

Na perspetiva da equipa de consultoria da Faculdade de Economia da Universidade de Coimbra, acredito que a minha prestação tenha sido positiva uma vez que fui uma estagiária empenhada, mostrei resultados de acordo com o solicitado e fui uma das poucas colaboradoras a tempo inteiro neste projeto estando sempre disponível. Na ótica do centro hospitalar, fazendo parte da equipa responsável pela elaboração do plano de desenvolvimento estratégico do CHUC para o período 2019-2023, considero que terá sido uma mais valia este projeto uma vez que permitirá orientar ações futuras para o alcance de determinados objetivos.

Relacionando a teoria com a vertente prática, refiro que as atividades realizadas no período estipulado do estágio curricular apenas permitiram desenvolver a análise estratégica, definida como uma das partes do processo de planeamento estratégico. Assim, o caso prático de planeamento estratégico do CHUC fica incompleto uma vez que se refere apenas os próximos passos a realizar após a análise estratégica.

Refletindo acerca do planeamento estratégico e o respetivo processo, considero a vertente de análise estratégica essencial para a identificação de oportunidades, ameaças, pontos fortes e pontos fracos e, conjuntamente, perceber melhor a situação da organização em estudo. Para além desta lógica analítica, considero fundamental que ao longo do processo

de planeamento estratégico se considere o pensamento estratégico. A mente de um estratega é, na minha perspectiva, fundamental uma vez que permite criar estratégias com base no conhecimento e experiência.

## CONCLUSÃO

O presente relatório, elaborado no âmbito do estágio curricular presente no mestrado em Gestão da Faculdade de Economia da Universidade de Coimbra, teve como principal objetivo a aplicação do planeamento estratégico numa organização do setor da saúde em Portugal, em termos concretos, a aplicação no CHUC.

Recordando os principais pontos identificados no capítulo II. como pertencentes ao processo de planeamento estratégico – análise estratégica, formulação, avaliação e implementação e posterior controlo do desempenho – e relacionando com o caso prático apresentado do CHUC, é perceptível que apenas uma das partes é da responsabilidade da equipa de consultoria, ficando a restante a cargo do centro hospitalar. Na prática, a consultora é responsável pelos passos um, dois e, em parte, pelo ponto três do processo de planeamento estratégico, ou seja, fica encarregue pela análise estratégica, formulação estratégica e avaliação das opções estratégicas. Por outro lado, a implementação e monitorização do desempenho são da responsabilidade do CHUC.

A aplicação do planeamento estratégico no CHUC permitiu entender que o tempo despendido neste tipo de processo estratégico é elevado, tanto na parte de análise e formulação das estratégias como na implementação. Desta forma, considero que uma das limitações desta aplicação prática foi o curto horizonte temporal de quatro meses.

No meu ponto de vista, um fator crítico para o sucesso da elaboração, e posterior implementação, é a colaboração de todas as partes interessadas. De entre os vários *stakeholders*, saliento, na minha ótica como profissional pertencente à equipa de consultoria e exterior ao CHUC, o papel colaborativo dos profissionais pertencentes a este centro hospitalar, considerando-os essenciais para identificar determinados fatores que, de outra forma, seriam mais difíceis de reconhecer ou não seriam mesmo identificados.

Tendo por base a teoria apresentada, é perceptível que o processo e modelos associados, pelo menos no que diz respeito à análise, se assemelha bastante ao aplicado no caso do CHUC. Concretamente, no que diz respeito à ferramenta auxiliar de análise interna como seja a comparação e, a PESTA para a análise externa. De salientar que na análise interna efetuou-se uma comparação relativa a outros centros hospitalares, diferenciando-se da ferramenta *benchmarking* por, até ao momento, não serem dadas indicações de seguir as melhores práticas identificadas. De referir ainda, no que diz respeito aos modelos teóricos, a não aplicação das cinco forças de Porter por incompatibilidade de determinadas forças com o setor hospitalar público. Ao nível dos resultados finais deste processo estratégico,

estes são apenas visíveis no longo prazo, ficando eventualmente o desafio de, após a implementação, estudar os efeitos das estratégias sugeridas.

Posto isto, considero que este relatório foi bastante enriquecedor devido ao tema escolhido, permitindo-me aprofundar os meus conhecimentos no âmbito da estratégia e o desenvolvimento de competências técnicas e pessoais.

Por fim, realço o facto de ter sido convidada a continuar neste projeto bastante ambicioso e enriquecedor. Recebida esta proposta, tomei a iniciativa de aceitar por considerar uma mais valia a nível profissional.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Administração Central do Sistema de Saúde (ACSS) (2009) *Cálculo dos doentes equivalentes e do Índice de Case-Mix de acordo com a Portaria n.º 839-A/2009, de 31 de Julho*. Lisboa: ACSS.
- Administração Central do Sistema de Saúde (ACSS) (2017a) Benchmarking hospitais. [http://benchmarking.acss.min-saude.pt/BH\\_Enquadramento/AbordagemMetodologica](http://benchmarking.acss.min-saude.pt/BH_Enquadramento/AbordagemMetodologica) [4 de julho de 2019].
- Administração Central do Sistema de Saúde (ACSS) (2017b). *Contrato Programa 2017-2019*. Lisboa: ACSS.
- Aggerholm, H.; Thomsen, C. (2017) "Strategic planning" *The International Encyclopedia of Organizational Communication*. 1–12.
- Ali, Albadri (2015) "Strategic planning–organizational performance relationship: Perspectives of previous studies and literature review" *International Journal of Healthcare Management*. 1–17.
- Kash, Bitá A.; Spaulding, A.; D. Gamm, Larry D.; Johnson, Chistopher E. (2014) "Healthcare strategic management and the resource based view" *Journal of Strategy and Management*. 7(3), 251–264.
- Carvalho, João M. S. (2013) *Planeamento Estratégico: o guia para o sucesso*. Porto: Vida Económica,  
<https://books.google.pt/books?id=yAIpAwAAQBAJ&printsec=frontcover&hl=pt-PT#v=onepage&q&f=false> [15 de maio de 2019].
- Champagne, François; Contandriopoulos, André-Pierre; Larouche, Danielle; Clemenhage, Carol; Barbir, Caroline (1987) "Strategic planning for hospitals - A health-needs approach" *Long Range Planning*. 20(3), 77–83.
- Centro Hospitalar e Universitário (CHUC) (2012) *Regulamento Interno*. Coimbra.
- Centro Hospitalar e Universitário (CHUC) (2017). *Relatório e Contas 2017*. Coimbra.
- Centro Hospitalar e Universitário (CHUC) (2018). *Relatório e Contas 2018*. Coimbra.
- Cleverley, W. O.; Harvey, R. K. (1992) "Competitive strategy for successful hospital management" *Hospital & Health Services Administration*. 37(1), 53–69.
- Cooper, C. L. (2014) "Strategic planning" *Wiley Encyclopedia of Management*. 11(3).
- Dye, Renée; Sibony, Olivier (2007) How to improve strategic planning. *McKinsey Quarterly*. (3), 40–48.
- Comissão Europeia (CE) (2017) "Redes de Referência Europeia "



- [https://ec.europa.eu/health/ern\\_pt](https://ec.europa.eu/health/ern_pt) [27 de maio de 2019].
- Comissão Europeia (CE) (2019) "Saúde pública" [https://ec.europa.eu/health/ern\\_pt](https://ec.europa.eu/health/ern_pt) [4 de julho de 2019].
- Freire, António (1997) *Estratégia Sucesso em Portugla*. Braga: Editorial Verbo.
- Ghanem, Mohame; Schnoor, Jorg; Heyde, Christoph-Eckhar; Kuwatsch, Sandra; Bohn, Marco; Josten, Christoph (2015) "Management strategies in hospitals: scenario planning" *GMS Interdisciplinary Plastic and Reconstructive Surgery*. 4, 1–7.
- Guerras Martín, Luís Ángel.; Navas Lopéz, José Emilio (2016) *La Dirección Estratégica de la Empresa: Teoría y Aplicaciones*. Madrid: Thomson/Civitas.
- Heracleous, Loizos (1998) "Strategic Thinking or Strategic Planning?" *Longe Range Planning*. 31(3), 481–487.
- Johnson, G.; Scholes, K.; Whittington, R. (2006). *Dirección Estratégica*. Madrid: Pearson Educación, S.A.
- Kaissi, Amer A.; Begun, James W. (2008) "Strategic planning processes and hospital financial performance" *Journal of Healthcare Management*. 53(3), 197–208.
- Kaplan, Sarah.; Beinhocked, Eric D. (2003) "The Real Value of Strategic Planning" *MIT Sloan Management Review*. 44(4), 71–76.
- Martin, Roger L. (2014) "The Big Lie of Strategic Planning" *Harvard Business Review*. 79–84.
- Martirosyan, E. G.; Vashakmadze, T. T. (2014). "A New Stakeholder Management System for the Post-Merger Integration Process" *Zagreb International Review of Economics & Business*. 17(1), 1–13.
- Mintzberg, Henry (1994a). "The Fall and Rise of Strategic Planning". *Harvard Business Review*.
- Mintzberg, Henry (1994b). *The Rise and Fall of Strategic Planning*. Prentice Hall Europe, Ed.
- Mintzberg, Henry; Ahlstrand, Bruce; Lampel, Joseph (2000). *Safari da Estratégia: um roteiro pela selva do planejamento estratégico*. Porto Alegre: Bookman, [https://www.academia.edu/11235162/Saf%C3%A1ri\\_da\\_Estrat%C3%A9gia\\_-\\_Henry\\_Mintzberg\\_Bruce\\_Ahlstrand\\_e\\_Joseph\\_Lampel](https://www.academia.edu/11235162/Saf%C3%A1ri_da_Estrat%C3%A9gia_-_Henry_Mintzberg_Bruce_Ahlstrand_e_Joseph_Lampel) [1 de maio de 2019].
- Montgomery, Cynthia A.; Porter, Michael E. (1998). *Estratégia: a busca da vantagem competitiva*. Rio de Janeiro: Elsevier.
- Ohmae, Kenichi (1989) *LA MENTE DEL ESTRATEGA. Edición revisada..* Madrid: McGraw-Hill.

- Pessima, John D.; Dietz, Bart (2019) "Global Strategic Planning" *The Wiley Handbook of Global Workplace Learning (First)*.
- Riaño-Casallas, Martha Isabel; García-Ubaque, Juan Carlos (2016) "Gestión estratégica para hospitales universitarios" *Revista de La Facultad de Medicina*. 64(4), 615–620.
- Rigby, Darrel; Bilodeau, Barbara (2015) "Management Tools & Trends 2015" *Bain & Company*.
- Rodríguez Perera, Francisco de Paula; Peiró, Manel (2012) "La planificación estratégica en las organizaciones sanitarias" *Revista Española Cardiología*. 65(8), 749–754.
- Santos, António (2008) *Gestão Estratégica Conceitos, modelos e instrumentos*. Lisboa: Escolar Editora.
- Santos, Marcos (2008). *Texto de Apoio sobre Planeamento Estratégico*. Évora.
- Shim, Jae K.; Siegel, Joel G. (2009) "Strategic Planning and Budgeting Process, Preparation, and Control" *Budgeting Basics and Beyond..* 32, 21–33).
- Simpson, Daniel G. (1998). Why most strategic planning is a waste of time and what you can do about it *Long Range Planning*. 31(3), 476-480.
- Song, Michael; Zhao, Y. Lisa; Arend, Richard J.; Im, Subin (2015) "Strategic Planning as a complex and enabling managerial tool" *Strategic Management Journal*.
- Speziale, Giuseppe (2015) "Strategic management of a healthcare organization: engagement, behavioural indicators, and clinical performance" *European Heart Journal Supplements*. 17(A), A3–A7.
- Steiner, George. A. (1979) *Strategic Planning What Every Manager Must Know*. Kew York: The Free Press, [https://books.google.pt/books?hl=pt-PT&lr=&id=EXoPC22vb4oC&oi=fnd&pg=PR7&dq=what+is+strategic+planning&ots=5-2SHOMkDL&sig=fImonxv5ux3yru7AeGpNfM3otw&redir\\_esc=y#v=onepage&q=what%20is%20strategic%20planning&f=true](https://books.google.pt/books?hl=pt-PT&lr=&id=EXoPC22vb4oC&oi=fnd&pg=PR7&dq=what+is+strategic+planning&ots=5-2SHOMkDL&sig=fImonxv5ux3yru7AeGpNfM3otw&redir_esc=y#v=onepage&q=what%20is%20strategic%20planning&f=true) [30 de abril de 2019].
- Tabish, S. A. (2005). "Hospital Management: Challenges and Strategies".
- Teixeira, S. (2011). *Gestão Estratégica*. Lisboa: Escolar Editora.
- Temido, Helena; Parente, Francisco; Borda, Vânia Vieira; Santos, Lérita; Carvalho, Armando (2018) "Internamento em Medicina Interna: Evolução em 20 Anos num Hospital Universitário" *Medicina Interna*. 25.
- Tribunal de Contas (2018) *Auditoria às práticas de gestão do Centro Hospitalar Lisboa Norte, EPE e no Centro Hospitalar de São João, EPE*. I.
- Wilson, Thomas C. (2015) "Strategic planning and performance management" *Value and*

*Capital Management: a Handbook for the Finance and Risk Functions of Financial Institutions*. John Wiley & Sons, Ltd, 285–309.

Wolf, Carola; Floyd, Steven W. (2013) "Strategic Planning Research: Toward a Theory-Driven Agenda" *Journal of Management*. 20(10), 1–35.

Zallocco, Ronald L.; Joseph, W. Benoy (1991) "Strategic Market Planning in Hospitals: Is It Done? Does It Work?" *Journal of Health Care Marketing*. 11(1), 5–11.

Zygmunt, M. J.; Feenstra, Daniela A. (2012) Strategic Planning, and Why You Should Care about it. *The Encyclopedia of Human Resource Management*. 41–44.

## ANEXOS

Anexo 1 - Distribuição das principais linhas de atividade dos serviços pelos diversos polos do CHUC

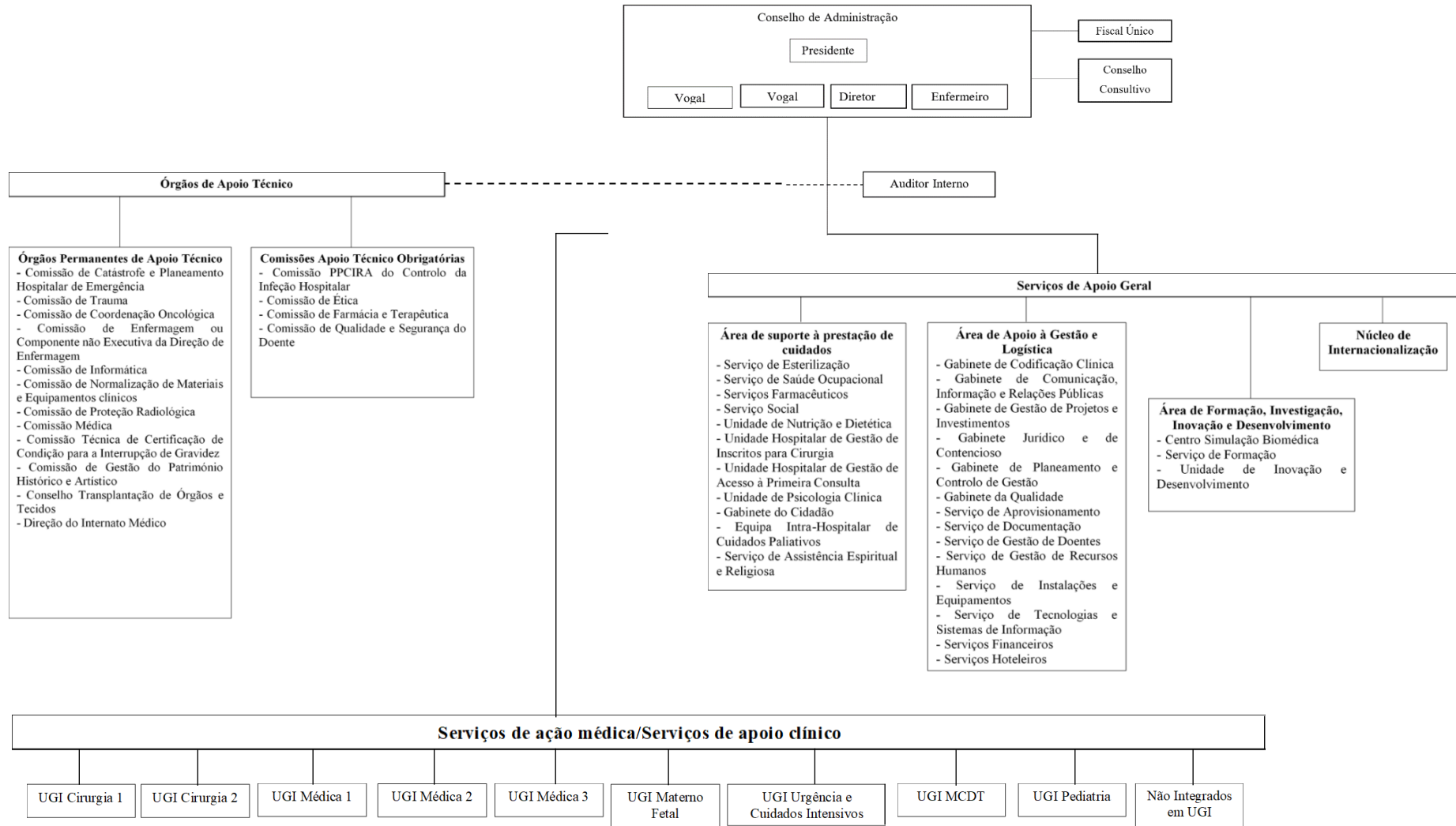
UGI	Serviço	Valências/Polos					
		Internamento	Consulta	Hospital de Dia	Bloco		
					Central	Periférico	CA
UGI Cirúrgica 1	Cirurgia Geral	HUC + HG	HUC + HG	-	HUC + HG	-	HG
	Cirurgia Vascular	HUC	HUC	HG	HUC	-	HG
	Urologia e transplantação renal	HUC	HUC	HUC	HUC	-	HG
UGI Cirúrgica 2	Cirurgia Maxilo-Facial	HUC	HUC + HG	-	HUC + HG	HUC	HG
	Cirurgia Plástica e Queimados	HUC	HUC + HG	-	HUC + HG	HUC	HG
	Dermatologia	HUC	HUC + HG	HUC	HUC	HUC	-
	Estomatologia	HP	HUC + HG + HP	-	HG + HP	-	HG + HP
	Neurocirurgia	HUC + HP	HUC + HP	-	HG + HP	-	HG + HP
	Ortopedia	HUC + HG	HUC + HG	-	HUC + HG	-	HG
	Otorrinolaringologia	HUC + HG + HP	HUC + HG + HP	HG	HUC + HG + HP	HUC	HG
	Endocrinologia	HUC	HUC	HUC	-	-	-
UGIMédica 1	Hematologia Clínica	HUC	HUC + HG + HP	HUC + HG + HP	-	-	-
	Medicina Interna	HUC + HG	HUC + HG	HUC + HG	-	-	-
	Oncologia Médica	HUC	HUC	HUC	-	-	-
	Reumatologia	HUC	HUC	HUC	-	-	-
	Cardiologia	HUC + HG	HUC + HG	HUC + HG	-	-	-
UGIMédica 2	Imunoalergologia	HUC	HUC	HUC	-	-	-
	Infeciologia	HUC	HUC	HUC	-	-	-
	Pneumologia A	HUC	HUC	HUC	-	-	-
	Pneumologia B	HG	HG	HG	-	-	-

<b>UGI Médica 3</b>	Centro Medicina do Sono	-	HG	HG	-	-	-
	Gastrenterologia	HUC	HUC	HUC + HG	-	-	-
	Nefrologia	HUC	HUC + HG	HUC + HG	-	-	-
	Neurologia	HUC	HUC	HUC	-	-	-
<b>UGI Materno Fetal</b>	Ginecologia	HUC	HUC	HUC	HUC	HUC	HG
	Medicina da Reprodução	-	HUC	HUC	-	-	-
	Neonatologia A	MDM	MDM	-	-	-	-
	Neonatologia B	MBB	MBB	MBB	-	-	-
	Obstetrícia A	MDM	MDM	MDM	MDM	-	-
	Obstetrícia B	MBB	MBB	-	MBB	-	-
<b>UGI Urgência e Cuidados Intensivos</b>	Medicina Intensiva	HUC + HG	-	-	-	-	-
	Urgência Geral A	Unidade polivalente localizada no polo HUC					
	Urgência Geral B	Urgência localizada no polo HG					
<b>UGIMCDT</b>	Anatomia Patológica	Localizado no polo HUC e a prestar apoio aos serviços de todos os polos					
	Imagem Médica	Localizado no polo HUC, HP e a prestar apoio aos polos MDM e MBB					
	Medicina Física e Reabilitação	-	HUC + HG + HP	-	-	-	-
	Medicina Nuclear	Localizado no polo HUC e a prestar apoio aos serviços de todos os polos					
	Patologia Clínica	Localizado no polo HUC, HG, HP e a prestar apoio aos polos MDM e MBB					
	Radioterapia	Localizado no polo HUC e a prestar apoio aos serviços de todos os polos					
	S. Sangue e Medicina Transfusional	Localizado no polo HUC e a prestar apoio aos serviços de todos os polos					
<b>UGI Pediatria</b>	Cardiologia Pediátrica	-	HP	-	-	-	-
	Centro de Desenvolvimento da Criança	-	HP	HP	-	-	-
	Cirurgia Pediátrica	HP	HP	-	HP	-	HP
	Genética Médica	-	HP + MBB	-	-	-	-
	Oncologia Pediátrica	HP	HP	HP	-	-	-

	Ortopedia Pediátrica	HP	HP	-	HP	-	HP	
	Pediatria Ambulatória	-	HP	HP	-	-	-	
	Pediatria Médica	HP	HP	HP	-	-	-	
	Urgência Pediátrica	Urgência pediátrica localizada no polo HP						
	Unidade Cuidados Intensivos Pediátricos	HP	-	-	-	-	-	
Não Integrados em UGI	Cirurgia Cardioráscica	HUC	HUC	-	HUC	HUC	-	
	Oftalmologia	HUC	HUC + HP	-	HUC + HP	HUC	HG + HP	
	Psiquiatria	HUC + HSC	HUC + HG + HSC	HUC + HSC	-	-	-	
	Pedopsiquiatria	HP	HP	HP	-	-	-	
	Unidade de Transplantação Hepática Pediátrica e Adultos	HUC + HP	HUC + HP	-	HUC + HP	-	-	
	Anestesiologia	-	HUC + HG + HP + MBB	-	-	-	-	
	Apoio Domiciliário	-	HUC + HSC	-	-	-	-	
	Saúde Ocupacional	-	HUC + HG + HP + MBB	-	-	-	-	

Fonte: (CHUC, 2018)

## Anexo 2 - Organograma do CHUC no ano de 2017



Fonte: Adaptado de (CHUC, 2017)

### Anexo 3 - Inquérito realizado aos colaboradores

#### 1. Qual o grupo profissional a que pertence?

Dirigente Superior \_ Educ. Inf. e Doc. Ens. Bás./Sec. \_  
 Técnico Superior \_ Médico \_  
 Assistente Técnico \_ Enfermeiro \_  
 Assistente Operacional \_ Técnico Superior de Saúde \_  
 Informático \_ Técnico de Diagnóstico e Terapêutica \_

1 = Sem importância, 2 = Pouco importante, 3 = Importante, 4 = Muito importante e 5 = Extremamente importante.

2. Importância que atribui a cada um dos seguintes objetivos					
Importância de...	Grau de Importância				
	1	2	3	4	5
Assegurar a saúde dos utentes, com segurança e qualidade					
Ter instalações físicas agradáveis, funcionais e com acessos fáceis					
Manter um bom ambiente interno, com equidade entre profissionais e boa comunicação entre todos					
Ser uma instituição prestigiada, de nível internacional, com as melhores práticas e as tecnologias mais recentes					
Produzir novos conhecimentos científicos, com inovação útil para os utentes e a sociedade					
Constituir uma escola reconhecida e procurada para formar as gerações futuras de profissionais de saúde					
Atingir a sustentabilidade económica, captando receitas externas e de utilizando eficientemente os seus recursos					
Proteger o meio ambiente, evitando poluição e resíduos e utilizando energia e água eficientemente					

1 = Muito Insatisfatório, 2 = Insatisfatório, 3 = Pouco Satisfatório, 4 = Satisfatório e 5 = Muito Satisfatório.

3. Desempenho do CHUC nos seguintes objetivos					
Como avalia o CHUC quanto a...	Grau de Satisfação				
	1	2	3	4	5
Assegurar a saúde dos utentes, com segurança e qualidade					



Ter instalações físicas agradáveis, funcionais e com acessos fáceis					
Manter um bom ambiente interno, com equidade entre profissionais e boa comunicação entre todos					
Ser uma instituição prestigiada, de nível internacional, com as melhores práticas e as tecnologias mais recentes					
Produzir novos conhecimentos científicos, com inovação útil para os utentes e a sociedade					
Constituir uma escola reconhecida e procurada para formar as gerações futuras de profissionais de saúde					
Atingir a sustentabilidade económica, captando receitas externas e utilizando eficientemente os seus recursos					
Proteger o meio ambiente, evitando poluição e resíduos e utilizando energia e água eficientemente					

1 = Muito Insatisfeito, 2 = Insatisfeito, 3 = Pouco Satisfeito, 4 = Satisfeito e 5 = Muito Satisfeito

4. Satisfação com as condições de trabalho					
Satisfação com...	Grau de Satisfação				
	1	2	3	4	5
Ambiente de trabalho					
Modo como a organização lida os conflitos, queixas ou problemas pessoais					
Sinalética					
Oportunidades criadas pela organização para desenvolver novas competências					
Ações de formação que realizou até ao presente					
Equipamentos informáticos					
Sistemas de informação					
Equipamentos de comunicação disponíveis					
Serviços de refeitório e bar					

1 = Muito desmotivado, 2 = Desmotivado, 3 = Pouco Motivado, 4 = Motivado e 5 = Muito Motivado.

5. Níveis de motivação					
Motivação para...	Grau de Motivação				
	1	2	3	4	5
Aprender novos métodos de trabalho					
Desenvolver trabalho em equipa					
Participar em ações de formação					
Participar em projetos de mudança na organização					
Sugerir melhorias					

6. Utilizaria este centro hospitalar caso necessitasse de cuidados? SIM \_\_ NÃO \_\_

7. Indique uma iniciativa que considere ser prioritária para melhorar o desempenho do CHUC.

---