

iscte

INSTITUTO
UNIVERSITÁRIO
DE LISBOA

Elaboração de um Balanced ScoreCard para a Saúde Operacional no Exército Português

Nuno de Carvalho Vidal Reis Esteves

Mestrado em Gestão de Empresas

Orientadora:
Professora Doutora Ana Maria Dias Simões da Costa Ferreira,
Professora Associada,

Iscte – Instituto Universitário de Lisboa

Outubro, 2025



BUSINESS
SCHOOL

Departamento de Marketing, Operações e Gestão Geral

Elaboração de um Balanced ScoreCard para a Saúde Operacional no Exército Português

Nuno de Carvalho Vidal Reis Esteves

Mestrado em Gestão de Empresas

Orientadora:

Professora Doutora Ana Maria Dias Simões da Costa Ferreira,
Professora Associada,

Iscte – Instituto Universitário de Lisboa

Outubro, 2025

Agradecimentos

Um sincero agradecimento a todos os que ajudaram a tornar este trabalho uma realidade,

À orientadora, Doutora Ana Maria Dias Simões, pela sua disponibilidade o profissionalismo sem o qual este trabalho não iria chegar a bom porto.

À minha namorada Joana, por todo o amor, paciência e compreensão ao longo desta jornada.

Ao Ex.mo Brigadeiro General, Diretor de Saúde do Exército, Rui Fernando Gonçalves Teixeira de Sousa e ao Ex.mo Coronel, Subdiretor de Saúde, Paulo José Lourenço de Carvalho e Leite Ribeiro, pela forma como abraçaram este projeto e pela disponibilidade inegável do princípio ao fim.

Ao Tenente-Coronel, Chefe da Repartição de Farmácia, Miguel Ângelo de Jesus Cabrita, que sempre se importou, ajudou e aconselhou sobre quaisquer outros assuntos que lhe eram solicitados.

A todos os militares da Direção de Saúde, que responderam aos inquéritos e entrevistas, que muito contribuíram para a realização desta investigação.

Resumo

O aumento contínuo dos custos e da complexidade da prestação de cuidados de saúde é também uma realidade em meio militar, e nesse sentido, este projeto centra-se na necessidade de criar uma estrutura compreensiva de medição de performance que vá além das tradicionais métricas financeiras.

O presente trabalho tem como objetivo a elaboração de um Balanced Scorecard específico para a Saúde Operacional que consiga traduzir os objetivos estratégicos da Direção de Saúde do Exército em medidas acionáveis, permitindo assim alinhar as atividades operacionais com os objetivos de prontidão ao nível do Exército.

A metodologia integra uma revisão compreensiva da literatura com uma abordagem de investigação à base de entrevistas semiestruturadas com diversos stakeholders. Esta abordagem tem o objetivo de identificar as perspetivas de performance de gestão no que toca à gestão e medição da performance, identificar prioridades estratégicas e moldar o Balanced Scorecard tradicional nas dimensões relevantes da organização. Os dados recolhidos, após a sua seleção e análise, contribuíram para extração das tendências da organização e guiar a seleção de indicadores chave e o design global do Balanced Scorecard.

Esta investigação enaltece o potencial transformativo de uma implementação estratégica do Balanced Scorecard na otimização na alocação de recursos, melhoria dos outcomes dos utentes e melhoria do nível de prontidão militar. Contempla os desafios e obstáculos incluindo a cultura organizacional, liderança e a gestão de informação, propondo estratégias que consigam mitigar estes desafios para uma implementação bem sucedida.

Palavras-chave: Controlo de Gestão, Balanced Scorecard, Forças Armadas, Saúde Operacional

Códigos de classificação JEL:

I11: Analysis of Healthcare Markets

M10: Business Administration – General

Abstract

Given the continuous rise in costs and the increasing complexity of healthcare delivery in a military context, this project focuses on the critical need for a comprehensive performance measurement framework that goes beyond traditional financial metrics.

The primary objective of this work is the development of a Balanced Scorecard specifically designed for Operational Health, capable of translating the strategic objectives of the Army Health Directorate into actionable measures and thereby aligning operational activities with the Army's overall readiness goals.

The methodology combines a comprehensive literature review with a research approach based on semi-structured interviews with various stakeholders. This approach aims to understand perspectives regarding performance management and measurement, identify strategic priorities, and adapt the traditional Balanced Scorecard to the organization's relevant dimensions. The data collected, once selected and analyzed, contributed to identifying organizational trends and guiding the selection of key indicators and the overall design of the Balanced Scorecard.

This research highlights the transformative potential of strategically implementing the Balanced Scorecard in optimizing resource allocation, improving patient outcomes, and enhancing military readiness. It also addresses challenges and barriers such as organizational culture, leadership, and information management, proposing strategies to mitigate these obstacles for successful implementation.

Keywords: Management Control, Balanced Scorecard, Armed Forces, Operational Health.

JEL Classification Codes:

I11: Analysis of Healthcare Markets

M10: Business Administration – General

Índice

Agradecimentos	i
Resumo	iii
Abstract	v
Glossário de Siglas	ix
Capítulo 1 - Introdução	1
1.1 Enquadramento	1
1.2 Objetivos.....	4
1.3 Aspetos metodológicos	5
1.4 Estrutura do trabalho	6
Capítulo 2 - Enquadramento teórico	7
2.1 O Balanced Scorecard	7
2.2 O Balanced Scorecard na gestão de serviços de saúde	9
2.3 Gestão em estruturas militares	11
2.4 Gestão militar de serviços de saúde	13
Capítulo 3 – Metodologia	15
Capítulo 4 - Diagnóstico da Organização	19
4.1 Estrutura da Direção de Saúde do Exército	19
4.2 Caracterização da estrutura organizacional.....	25
4.3 Análise da Cultura Organizacional	27
4.4 Análise SWOT	30
Capítulo 5 - Construção do BSC	33
5.1 Missão, Visão e Valores.....	33
5.2 Perspetivas da Performance.....	34
5.3 Objetivos estratégicos por perspetiva	35
5.4 Mapa estratégico	38
5.5 Indicadores de Performance.....	40
5.6 Ações e iniciativas	44
5.7 Implementação	48
Capítulo 6 - Conclusões	49
6.1 Conclusões do projeto	49
6.2 Limitações.....	49
6.3 Oportunidades de trabalhos futuros.....	50
Capítulo 7 - Referências Bibliográficas	51

Anexos	57
Anexo A: Questionário OCAI	57
Anexo B: Guião de entrevista	60

Índice de ilustrações

Figura 4-1: Organograma Exército Português Fonte.....	19
Figura 4-2 Organograma da Direção de Saúde e Unidades Dependentes	21
Figura 4-3: Organograma interno da Direção de Saúde	23
Figura 4-4 Figura 4 4: Modelo Organizacional da Direção de Saúde	25
Figura 4-5: Distribuição dos modelos de gestão da Direção de Saúde	29
Figura 4-6 Análise SWOT da Direção de Saúde	31

Índice de tabelas

Tabela 4-1: Modelos de estrutura organizacional	27
Tabela 4-2: Análise SWOT da Direção de Saúde	28
Tabela 5-1: Objetivos estratégicos por perspetiva.....	36
Tabela 5-2: Mapa Estratégico da Direção de Saúde	39
Tabela 5-3: Indicadores de Performance por objetivo	41
Tabela 5-4 Justificação de perspetivas.....	43
Tabela 5-5: Iniciativas estratégicas por Perspetivas.....	44

Glossário de Siglas

ApSan – Apoio Sanitário

BSC – Balanced Scorecard

CmdLog – Comando da Logística

CmdPess – Comando do Pessoal

DS – Direção de Saúde

FND – Força Nacional Destacada

KPI – Indicadores-chave de desempenho

OCAI – Organizational Culture Assessment Instrument

RepFarm – Repartição de Saúde

RepSaúde – Repartição de Saúde

TN – Território Nacional

TO – Teatro de Operações

US – Unidade de Saúde

USTI – Unidade de Saúde Tipo I

USTII – Unidade de Saúde Tipo II

USTIII – Unidade de Saúde Tipo II

Capítulo 1 - Introdução

1.1 Enquadramento

O desenvolvimento global e das sociedades que ocorreu, sensivelmente desde a década de 50 do século XX, permitiu uma cada vez maior longevidade populacional e concomitantemente uma crescente prevalência de doenças crónicas, como a diabetes, e doenças cardiovasculares, fazendo com que atualmente se verifique uma crescente tendência nos custos associados à saúde e inevitavelmente ao desenvolvimento tecnológico de novas terapêuticas.

A evolução do contexto económico, relativa à prestação de cuidados de saúde, encontra-se atualmente marcada com o aumento contínuo dos custos associados, demonstrando assim a necessidade de se adotarem ferramentas sofisticadas para assegurar a alocação correta de recursos e de prestação de serviços (Schwartz, 2005).

No contexto Europeu, o custo e peso inerente à saúde assume valores na ordem dos 9% a 10% do PIB para países à escala de Portugal, identificando-se valores próximos dos 11% para estados-membros como França e Alemanha (OECD, 2022).

O aumento da despesa associada à saúde decorre de gastos diretos com hospitais, da contratação de profissionais de saúde, da manutenção e edificação de infraestruturas e do desenvolvimento de novas tecnologias. Acresce também a crescente procura por serviços de saúde cada vez mais especializados e diferenciados, bem como a adoção de cuidados preventivos em resposta à alteração de um paradigma em que o sistema tende para a proatividade com o conseqüente abandono de um modelo tendencialmente reativo.

As contrações e convulsões decorrentes da incerteza e imprevisibilidade na esfera internacional, verificadas na frente leste europeia com o conflito na Ucrânia, o escalar da tensão na região do médio oriente entre Israel e o Hamas, bem como as crescentes tensões entre China e Taiwan, reforçam a necessidade de uma elevada prontidão quer não só na capacidade da resposta militar, como ao nível dos cuidados de saúde. Nesse sentido, a criação de estruturas com foco na prestação de cuidados de saúde visualiza-se como determinante na extensão da operacionalidade e manutenção do potencial de combate, permitindo igualmente assegurar a capacidade de coordenação entre os sistemas logístico-sanitário, com o fim último da preservação da moral e bem-estar do pessoal.

Particularizando à realidade portuguesa, sendo o foco o emprego das diferentes capacidades do Exército, cabe à Direção de Saúde (DS) garantir o apoio sanitário às forças militares, com enfoque na saúde operacional e na capacidade de preservar e restaurar a saúde dos militares, garantindo e contribuindo para a continuidade das operações, assim como a prontidão da força para o combate.

No âmbito da saúde operacional, a prontidão militar requer uma estrutura robusta de apoio sanitário que se coadune com os desafios existentes em teatro de operações (TO). O apoio sanitário deve ser agilizado permitindo a resposta atempada dos meios e, conseqüentemente, a continuidade das diferentes tipologias de emprego preconizado para as Forças Armadas, e em particular para a componente terrestre..

Inevitavelmente, ao conceito de prontidão está associado a necessária interoperabilidade dos meios, sendo para tal imprescindível que as capacidades de saúde militar sejam compatíveis entre os Estados membros da aliança atlântica. A logística sanitária é cada vez mais complexa, verificando-se uma crescente procura por meios de saúde mais específicos, o que leva a que a mobilidade, a rápida capacidade de transporte e resposta a emergências, bem como a necessidade de equipamentos e medicamentos apropriados, obrigue a um elevado grau de preparação técnica e flexibilidade operacional, capaz de responder às diferentes tipologias de missões e TO.

No Exército português, o sistema de apoio sanitário está em mutação, fruto de uma reorganização estrutural que permitirá garantir a otimização e gestão dos recursos e assim dar uma resposta rápida e eficiente no âmbito da saúde operacional. Nesse sentido, a DS tem como missão planejar, dirigir e coordenar o apoio sanitário no Exército, bem como o funcionamento dos serviços de medicina, farmácia, veterinária e medicina dentária das Unidades, Estabelecimentos e Órgãos do Ramo.

O recurso a ferramentas de gestão eficientes são críticas para elevar a qualidade das organizações que contactam dentro deste mercado complexo, possibilitando-lhes responder aos desafios colocados pelas pressões económicas e instabilidade de ordem geopolítica (Al-Hanawi, 2018; Park & Huber, 2007).

A capacidade de prestar cuidados de saúde de qualidade elevada é de extrema importância, especialmente face ao aumento da instabilidade e sempre presente necessidade de prontidão militar (Malish et al., 2023).

É neste contexto que o Balanced Scorecard (BSC) emerge como uma ferramenta de gestão estratégica possibilitando a criação de uma estrutura abrangente capaz de avaliar e levar à melhoria do desempenho organizacional no setor da prestação de

cuidados de saúde dentro das Forças Armadas (Ivančík & Necas, 2012; Park & Huber, 2007).

Muitas vezes, os modelos tradicionais hierárquicos deparam-se com dificuldades de adaptação às exigências dinâmicas da prestação de cuidados de saúde modernos, levando à necessidade da existência de estruturas para mensuração da performance que alinhem os objetivos estratégicos com as atividades operacionais.

O BSC oferece desta forma uma solução robusta que providencia uma visão abrangente da performance organizacional englobando as perspectivas financeiras, clientes, processos internos e crescimento e aprendizagem (Kaplan & Norton, 1996a).

A adoção do BSC pelos mais variados setores, incluindo o da prestação de cuidados de saúde, reflete a importância da ferramenta, pela capacidade de focar a estratégia e desempenho de uma organização (Pierce, 2022). Desse modo, identifica-se que a implementação do BSC no âmbito da Saúde Operacional poderá conduzir a DS do Exército a um patamar de excelência trazendo mais valias para instituição no âmbito da gestão de recursos e do planejamento estratégico.

1.2 Objetivos

Pretende-se com este projeto caracterizar a DS, como Órgão responsável pela saúde operacional no Exército e a sua importância na instituição, bem como analisar a forma como o desempenho nesta área é medido, procurando alcançar os seguintes objetivos do projeto:

Objetivo Nº1: Caracterizar a Direção de Saúde em termos estruturais, organizacionais e culturais;

Objetivo Nº2: Enquadrar as necessidades de desenvolvimento a nível de performance numa estrutura como a DS do Exército;

Objetivo Nº3: Elaborar um BSC que retrate fielmente a DS do Exército no âmbito da saúde operacional, que contribua para uma melhor implementação de iniciativas estratégicas e medição de desempenho.

1.3 Aspectos metodológicos

O presente projeto de investigação foca-se na temática da gestão de performance, mais propriamente na elaboração de um BSC para a saúde operacional da DS do Exército Português. Pretende-se que o mesmo possa servir como uma ferramenta que contribua para a gestão estratégica, permitindo a monitorização, avaliação e melhoria do desempenho organizacional relativo à saúde operacional, tendo como objetivo final gerar outcomes positivos no que se refere aos níveis de prontidão e operacionalidade das forças terrestres.

Para alcançar este objetivo tornou-se premente, e pertinente identificar indicadores-chave de desempenho (KPIs) que reflitam as especificidades do setor militar, alinhando-os com os objetivos estratégicos de longo prazo da instituição.

Metodologicamente a investigação adotou uma abordagem qualitativa, utilizando uma combinação de entrevistas e questionários para recolha de dados dos vários intervenientes na saúde militar, com recurso ao Organizational Culture Assessment Instrument (OCAI), utilizado para medir a cultura organizacional e identificar discrepâncias entre o estado atual e o estado desejável, e a análise aos Pontos Fortes (S), Pontos Fracos (W), Oportunidades (O) e Ameaças (T) através do recurso de uma matriz SWOT, no sentido de posicionar a organização com vista às tomadas de decisão.

A aplicação do OCAI aos vários "players" do sistema de saúde militar (chefias, médicos, enfermeiros, farmacêuticos, etc) permitiu uma análise detalhada dos gaps entre a cultura organizacional presente e o futuro desejável, sendo esta essencial para a implementação eficaz, sustentável e culturalmente apropriada do BSC.

A análise SWOT foi também um passo vantajoso, antecedente à criação de um BSC, uma vez que influenciou o BSC alinhando-o com o contexto estratégico em que a organização reside, refletindo as áreas críticas e possibilitando a criação de objetivos realistas consoante as forças e fraquezas da organização.

Esta investigação teve por base um processo colaborativo, garantindo que as perceções e necessidades de todos os stakeholders sejam integradas no desenvolvimento do BSC, assegurando assim que os KPIs desenvolvidos espelham as necessidades reais da organização e não apenas medidas generalistas.

Esta metodologia criou um mapa cultural da organização, recorreu a uma análise SWOT e uma proposta de redefinição da Missão, Visão e Valores da DS, concluindo na

criação de um BSC bem como no desdobramento do mapa estratégico com KPI's e metas e iniciativas aplicadas aos quatro pilares base do BSC (Perspetiva Financeira, Perspetiva dos Processos Internos, Perspetiva dos Utentes e Perspetiva do Crescimento e Aprendizagem) alinhando toda a organização para um esforço conjunto.

1.4 Estrutura do trabalho

Este trabalho é composto por 6 capítulos:

O primeiro capítulo, a Introdução, demonstra e desenvolve a pertinência da necessidade de ferramentas de controlo de gestão como um método de melhoria estratégica, bem como da importância que estas ferramentas podem trazer para a DS Exército Português. É também descritos os objetivos deste trabalho, a metodologia utilizada e a disposição do mesmo.

O segundo capítulo refere-se à Revisão de Literatura, onde é explicada a génese e fundamentos do BSC, a sua aplicação na prestação de cuidados de saúde, a gestão dentro de estruturas militares e a aplicabilidade de ferramentas de gestão à prestação de cuidados de saúde dentro de estruturas militares.

O terceiro capítulo, Metodologia, refere-se à metodologia utilizada, a definição dos objetivos específicos deste trabalho, o método de processamento dos dados obtidos e a sistematização dos mesmos.

O quarto capítulo Diagnóstico da Organização, define e contextualiza a Direção de Saúde como objeto de estudo através das conclusões obtidas no terceiro capítulo.

O quinto capítulo, Construção do BSC, define as perspetivas e indicadores da performance, mapas e iniciativas estratégicas e implementação com vista a desenvolver um BSC com uma aplicabilidade direta às DS do Exército.

O sexto capítulo, Conclusões, pressupõem uma reflexão de todo o processo da elaboração de um BSC específico para a saúde operacional, as limitações encontradas e possibilidades futuras de desenvolvimento.

Capítulo 2 - Enquadramento teórico

2.1 O Balanced Scorecard

O BSC emergiu como resposta às limitações de confiar exclusivamente em métricas financeira para avaliar o desempenho da performance de uma organização, evoluindo para uma gestão estratégica abrangente utilizada transversalmente em diversos setores (Kaplan & Norton, 2001).

Esta estrutura traduz a visão e estratégia de uma empresa num conjunto de medidas coerentes (Kaplan & Norton, 2006).

A génese do BSC remonta ao final dos anos 80, onde os sistemas de medição de performance tradicionais, altamente focados em métricas financeiras, foram considerados inadequados para capturar a natureza multifacetada da criação de valor nas organizações modernas. O BSC dá-nos uma visão holística de uma organização incorporando tanto medidas financeiras como medidas não financeiras (Chalid et al., 2021).

Observou-se que as métricas financeiras davam apenas uma perspetiva do passado, não conseguindo só por si identificar os possíveis componentes futuros de uma boa performance, como por exemplo a inovação, a fidelização do consumidor e as competências dos colaboradores (Kaplan & Norton, 1998; Khan et al., 2023).

O conceito inicial do BSC, introduzido por Robert Kaplan e David Norton, procurava responder a estas “deficiências”, dando aos gestores uma visão da performance organizacional através de quatro perspetivas essenciais: financeira, processos internos, clientes e Crescimento e aprendizagem (Kaplan & Norton, 2008).

Esta estrutura inicial enfatizava a importância de alinhar a medição da performance com os objetivos estratégicos de uma organização, possibilitando aos gestores seguir os resultados financeiros, enquanto ao mesmo tempo monitorizavam o aumento das capacidades e aquisição de ativos intangíveis para possibilitar um crescimento futuro (Kaplan & Norton, 1996b).

Com o aumento das possibilidades inerentes à utilização do BSC este passou de exclusivamente um instrumento de medição de performance para um sistema de gestão estratégica.

Estando o foco inicial no aumento da medição da performance, rapidamente ficou evidente que o BSC poderia servir como uma ferramenta para a comunicação

estratégica, alinhando as unidades que compõem a organização e liderando a mudança estratégica. A estrutura do BSC facilita a compreensão das trocas internas, revelando se o aumento de valor numa área ocorre às expensas de outra (Irala, 2007).

O BSC funciona como um sistema de gestão que traduz os objetivos estratégicos de uma organização em métricas ao longo das quatro perspectivas, traçando uma comparação com um tableau de bord de um piloto de aviões com a informação essencial para orientar uma organização na direção correta (Fadel et al., 2021).

Partindo do argumento que os fatores financeiros são importantes, mas que não definem na totalidade a performance futura de uma empresa, Kaplan e Norton sugerem que ao acrescentar perspectivas que influenciem direta e indiretamente, estas criam um mapa de influências que contribuem para a criação de valor a longo prazo, são estas as perspectivas financeira, dos clientes, dos processos internos e do crescimento e aprendizagem.

A perspectiva financeira, derivada dos métodos da contabilidade tradicional, constitui um princípio crítico que compele as organizações a, não só avaliar financeiramente uma performance através de métricas como a rentabilidade, crescimento de receita ou retorno de investimento, mas também a aprofundar-se mais nas questões da saúde financeira, necessitando de um conhecimento sofisticado para entender questões da gestão de risco financeiro, estratégias para eficiente alocação de capital e os mecanismos que conduzem à geração de valor a longo prazo, assegurando a sustentabilidade e resiliência quando face a flutuações do mercado e incertezas financeiras.

Numa visão externa da empresa integra-se a perspectiva dos clientes, indo além dos meios rudimentares de inquéritos de satisfação. Esta perspectiva desafia as organizações a cultivar uma compreensão profunda das necessidades dos clientes, preferências e expectativas através de pesquisas de mercado e análises de dados, permitindo-lhes criar soluções personalizadas, melhorias dos serviços de entrega, e forjar relações que irão transcender a natureza transacional.

A perspectiva dos processos internos é uma visão direta do centro operacional de uma organização, necessitando de uma análise rigorosa da eficiência operacional, implementação de metodologias “lean”, princípios Sigma 6 e outros processos de melhoria, que contribuam para a eliminação de congestionamentos, para a redução de desperdício e para a otimização da alocação de recursos por toda a cadeia de valor podendo dessa forma assegurar uma execução impecável, com aumento da produtividade e uma qualidade superior em todos os aspetos da parte operacional de

uma organização. Esta perspetiva contribui diretamente para o aumento da satisfação de um cliente, assim como para a performance financeira.

A perspetiva do crescimento e aprendizagem, fulcro do progresso sustentável, dirige uma aproximação proativa para criar uma cultura de curiosidade intelectual, de capitalização do conhecimento e aumento de competências, sendo atingida através de investimentos estratégicos em iniciativas de treino compreensivas, programas de mentoria e integração com o estado da arte em termos tecnológicos. Desta forma podemos capacitar os colaboradores a abraçar a inovação, adaptar-se a novos paradigmas e contribuir significativamente para o coletivo da organização de forma a se poder manter uma vantagem competitiva e sucessos a longo prazo.

A integração sistemática das várias perspetivas do BSC possibilita às organizações focarem-se na construção de uma vantagem competitiva para além dos benefícios financeiros a curto prazo (Liu, 2018).

Ao ligar a informação aparentemente desconetada sobre as finanças e processos operacionais de uma empresa, o BSC oferece uma visão compreensiva da performance passada e trajetória futura (Ziegel et al., 1998).

O conceito de balanço no BSC reflete a necessidade de medir a performance organizacional por múltiplas perspetivas, englobando fatores financeiros, não financeiros, curto prazo, longo prazo, internos e externos (Harihayati et al., 2018).

Esta abordagem multifacetada assegura que os gestores considerem o seu impacto por todos os stakeholders incluindo acionistas, colaboradores, clientes e a comunidade em geral.

2.2 O Balanced Scorecard na gestão de serviços de saúde

A sustentabilidade dos sistemas de saúde tomam cada vez mais importância devido a fatores convergentes, como o aumento dos custos associados à saúde, desvios sociodemográficos como o envelhecimento populacional e o aumento da prevalência de doenças crónicas e o custo associado à inovação. A sustentabilidade da prestação de cuidados de saúde necessita de se focar em medidas preventivas, alocação eficiente de recursos e inovação, que consigam manter o acesso universal e a qualidade dos cuidados. (Jones e al., 2018)

A indústria de prestação de cuidados de saúde, caracterizada pela sua complexa rede de stakeholders, obrigações regulamentares e considerações éticas, apresenta-se como um cenário distinto para a implementação de um BSC, oferecendo às

organizações de saúde um enquadramento estruturado para estas poderem atravessar as complexidades inerentes desta indústria, ao mesmo tempo que se empenham para otimizar os outcomes dos utentes, aumentar a eficiência operacional e assegurar a sustentabilidade financeira (Gurd & Gao, 2007)

Mais do que a mera adaptação, o implementar de um BSC na prestação de cuidados de saúde necessita uma calibração meticulosa do alinhamento das perspetivas com a singularidade do setor, abordagem centrada no utente, excelência clínica e compliance regulamentar, através da incorporação de métricas e benchmarks que consigam captar as várias dimensões que compõem a performance na prestação de cuidados de saúde.

Os próprios indicadores utilizados têm de conseguir balancear entre o mérito estatístico destes e a sua utilidade na qualidade das decisões em saúde, conseguindo transmitir a informação certa, às pessoas certas e no tempo certo (Barbazza et al., 2021)

O facto de uma organização tomar conhecimento das suas forças e fraquezas, num setor como o da saúde, e conseguir realizar decisões com base em evidências, torna estas organizações mais resilientes e proativas, possibilitando um desenvolvimento contínuo que gere valor para todos os stakeholders.

O BSC serve como uma bússola, que guia as organizações que prestam cuidados de saúde para uma abordagem mais holística e integrada relativamente à gestão da performance, assegurando que todas as iniciativas estratégicas estão alinhadas com os objetivos abrangentes de prestar serviços de qualidade elevada e custo efetivos que vão ao encontro das necessidades dos utentes (Gonzalez-Sanchez et al., 2018).

A principal diferença na aplicação do BSC quando aplicado a organizações de saúde de cariz público reflete-se na priorização das perspetivas. Normalmente assume-se a perspetiva financeira como a mais importante, mas no caso específico do setor público da saúde esta toma uma faceta de sustentabilidade, uma vez que o principal foco é a geração de valor para os utentes, ou seja, a perspetiva do utente (cliente) no caso destas organizações vai além de inquéritos de satisfação, entrando nos campos de acesso a cuidados, comunicação e literacia em saúde. (Amer et al., 2022)

Desta forma, a perceção que o utente tem do serviço é a força motriz para que organizações como esta possam identificar as áreas de maior carência e assim criar iniciativas para melhoria da prestação de serviços e explorar a interação com os utentes.

Na perspetiva dos processos internos, também esta tem um foco diferente das organizações nas quais o processo operacional é uma cadeia de valor que transforma o produto ou serviço no seu estado final. Na situação da prestação de cuidados de saúde

esta assume métricas de natureza clínica, como a qualidade do serviço, a implementação de protocolos de segurança, a eficiência operacional, que permita simplificar o fluxo de trabalho, minimizar do erro em saúde, e promoção da otimização da utilização de recursos (Inamdar et al., 2002).

Singapura e o Northumbria Healthcare NHS Foundation Trust são exemplos da aplicação do BSC a nível regional e local respetivamente, demonstrando a forma como as organizações tentam a assumir ferramentas de controlo de gestão para monitorizar e melhorar a sua performance (McDonald, 2012).

O BSC foi introduzido por toda a área da prestação de cuidados de saúde, sendo estas com fins lucrativos ou sem fins lucrativos, tanto em hospitais como em sistemas de saúde, universidades, clínicas de saúde mental, grandes farmacêuticas e seguradoras (Inamdar et al., 2002).

2.3 Gestão em estruturas militares

As estruturas militares caracterizam-se como um sistema adaptativo e complexo, assente em hierarquias estabelecidas, protocolos e procedimentos, mas que ainda assim necessitam de cultivar a capacidade de tomada de decisão descentralizada nos patamares inferiores, permitindo ao pessoal na linha da frente de responder de forma rápida e eficiente quando expostos a circunstâncias inopinadas, preservando os objetivos estratégicos definidos pelos escalões superiores (Brehmer, 2000).

A eficiência militar pode ser definida como a relação entre os recursos consumidos (tempo, materiais, pessoal) e os resultados obtidos na criação de capacidades militares. Embora a eficácia (resultados desejados) seja crucial, a eficiência olha para o modo como os resultados são alcançados, evitando desperdícios e uso ineficiente de recursos (Soares et al., 2021).

No entanto, estruturas com esta tipologia possuem causas estruturais de ineficiência, relevando-se o planeamento centralizado e burocrático, tecnologia obsoleta, o emprego de métodos de produção antiquados, bem como a utilização desajustada de tempo e recursos humanos em tarefas de carácter administrativo-logístico.(Mintzberg, 1983)

Ou seja, o alinhamento estratégico deve constituir um princípio fundamental dentro da gestão militar, exigindo uma integração de todas as atividades e recursos com vista ao cumprimento dos objetivos definidos pelas chefias.

Em termos da aplicação do BSC dentro de estruturas militares o Exército do Estados Unidos da América (EUA) foi um dos primeiros adotantes, com o objetivo de ter uma estrutura mais lean, ágil e tecnologicamente avançada. O BSC aplicado ao Exército Americano foca-se menos nas componentes financeiras e mais na visão geral de forças e fraquezas para cumprir a missão.

Após a adoção por parte do Exército Americano seguiram-se várias outras estruturas na área da defesa como o Serviço de Contabilidade e Finanças da Defesa, a Agência de Logística da Defesa e o Pentágono.

A Força Aérea Norueguesa também implementou o BSC no pós-Guerra Fria com o fecho sucessivo de várias bases aéreas culminando numa informidade a nível dos standards NATO. Esta implementação conseguiu garantir o cumprir de vários objetivos entre os quais, o aumento de horas de voo e uma subida na pontuação NATO de 40% ao longo de dois anos, sendo galardoados com o a entrada no BSC's Hall of Fame pela implementação bem sucedida (Ivančík & Necas, 2012).

O Ministério da Defesa do Reino Unido é também outro exemplo de uma implementação bem sucedida do BSC, quando em meados dos anos 90 foi alvo de uma Revisão Estratégica de Defesa que avaliou as implicações estratégicas da política de objetivos estratégicos externos. Esta avaliação levou à consideração da modernização e a reorganização das Forças Armadas no sentido de alcançar um melhor desempenho e execução do orçamento alocado a este ministério. O processo de modernização e reorganização culminou em 1999 com a implementação do BSC, sendo galardoados posteriormente em 2002 com a entrada no BSC's Hall of Fame (Ministry of Defense, 2002).

A utilização do BCS beneficiou a comunicação externa com outros órgãos do governo em especial com o Ministério das Finanças em questões de negociação, demonstrando que a clareza das informações expressa nos mapas estratégicos leva a uma conversação focada em factos e prioridades chave.

Fruto do facto do BSC ser uma ferramenta em constante atualização, os novos objetivos a atingir já se encontram definidos, estando focados em questões de segmentação de forecasting e gestão de risco, por exemplo quando face a aquisições de novos equipamentos e a sua possibilidade de falhanço, permitindo em tempo real a adoção rápida de ações de mitigação.

Podemos concluir que a gestão da performance na área da defesa é um processo em contínuo e em constante evolução, tendo um papel fulcral na proteção dos

interesses nacionais. No entanto, verifica-se constantemente que tanto a criação dos indicadores específicos para uma correta tomada de decisão e como a adoção do BSC por parte dos participantes são os passos limitante para o funcionamento correto do BSC.

2.4 Gestão militar de serviços de saúde

Os sistemas de saúde militares, para além da componente transversal da prestação de cuidados de saúde a pessoal no ativo, veteranos e familiares de militares, enfrentam o desafio único da projeção e prestação de meios de saúde para TO de alta intensidade, muitas vezes em localidades remotas e austeras.

Como tal as organizações de saúde militares têm de estar dotadas de capacidades com vista a responder a uma grande panóplia de situações médicas, como lesões de combate, surtos infecciosos, bem como a prestação cuidados especializados em questões de stress pós-traumático.

Desta forma os sistemas de saúde militares têm de reconhecer a importância de utentes satisfeitos, tanto na recuperação de indisponíveis como na perceção que esta organização mostra ao exterior (Roark & Tucker, 1997).

Um sistema de saúde militar necessita então de ter uma rede de serviços ágeis, resilientes, locais de armazenamento de medicamentos e dispositivos médicos adequados, bem como assegurar o transporte de tanto de artigos médicos como de utentes, e estar preparado para possíveis situações de combate (Thomas, 2021).

À semelhança com a gestão na prestação de cuidados de saúde, é necessária uma abordagem compreensiva para com a medição da performance, uma abordagem que considere não só a perspetiva financeira como também a qualidade clínica, satisfação do utente e eficiência operacional (Adirim, 2019).

Para podermos aumentar os outcomes em saúde para esta população vulnerável, é necessário que os próprios profissionais de saúde tenham uma abordagem interprofissional, como por exemplo tempo de serviço num hospital civil com o intuito de ganhar exposição a situações de trauma (Baird et al., 2024; Crytzer, 2019).

Com vista a podermos alcançar este outcomes e assegurar a prontidão dos militares, os sistemas de saúde devem priorizar os cuidados preventivos e a promoção da saúde tanto física como mental (Tanielian et al., 2016), mas nunca deverão ser vistos como prestação de cuidados de saúde civis “envoltos em camuflados” (D’angelo et al., 2019).

Para além da atuação situações bélicas como guerras ou conflitos armados, os sistemas de saúde militares também devem manter a sua prontidão para fins humanitários como sismos outras catástrofes, naturais ou humanas, por todo o mundo (Hutter et al., 2019).

Sendo que estes sistemas de saúde são regidos à parte da saúde a nível civil, torna necessário balançar a prestação de cuidados de saúde de alta qualidade com a necessidade de controlo de custos e eficiência (Roark & Tucker, 1997).

No entanto pode-se verificar que os serviços de saúde militares são recetivos à adoção de novas tecnologias, como telemedicina, saúde movel, data analytics para melhorar o acesso a cuidados, decisões clínicas e otimização de recursos. A própria pandemia da COVID-19, enalteceu o papel critico dos militares na saúde pública, demonstrando a sua capacidade de fornecer recursos humanos, cadeia de comando estruturada e imensa capacidade logística, tornando-os numa força de resposta movel em situações de crise (Ayemoba et al., 2022).

Um exemplo da extensão dos serviços de saúde militares é o sistema de saúde militar dos Estados Unidos com cerca de 9.5 milhões de beneficiários, que para assegurar o seu uso dual de prontidão e saúde, tem ao seu dispor um conjunto diverso de ativos como unidades de saúde fixas ou moveis como hospitais de campanha e um programa de benefícios sob a forma de uma rede mista de prestadores de cuidados do setor privado (Tanielian & Farmer, 2019).

Ou seja, a dimensão considerável deste tipo de estruturas obriga a utilização de data and analytics com vista a obter a inovação e otimização da performance para a prestação de cuidados de alto valor (Mongeau, 2008).

Podemos concluir que os sistemas de saúde militares são uma organização complexa e multifacetada cujo papel critico é assegurar a saúde e prontidão dos militares. Dadas a complexidade deste meio, novas abordagens à gestão são necessárias com vista a melhorar os cuidados prestados, prontidão e redução de custos. Este trabalho tem o objetivo de explorar o uso do BSC para poder responder a estes desafios e melhorar globalmente a eficiência da saúde operacional.

Capítulo 3 – Metodologia

Para este projeto foi adotada uma metodologia que combina uma revisão extensiva da literatura com uma abordagem qualitativa, utilizando entrevistas semiestruturadas de forma a conceptualizar e elaborar um BSC especificamente desenhado para a saúde operacional dentro da Direção de Saúde do Exército Português. Esta abordagem integrada assegura os fundamentos teóricos do BSC ao mesmo tempo que corresponde às necessidades estratégicas e particularidades do ambiente complexo da prestação de cuidados de saúde a nível militar.

Esta investigação utiliza por base uma abordagem qualitativa e exploratória, desenhada de forma a obter dados essenciais para desenvolver o BSC dentro do contexto específico. Isto envolve a investigação de dinâmicas, prioridades estratégicas e a realidade operacional da Direção de Saúde bem como o envolvimento dos vários stakeholders.

Este estudo tem como objetivo entender a medição da performance existente, identificar áreas de melhoria e desenvolver um discernimento que irá moldar a arquitetura do BSC. Metodologias qualitativas, como estudos de caso, são frequentemente utilizadas em investigação de BSC de forma a entender os processos e contexto da organização (Ferreira, 2017). A revisão da literatura, mencionada anteriormente, estabelece as fundações teóricas e a aplicação prática do BSC, particularmente dentro do contexto militar e de organizações de saúde, sintetizando e organizando o conhecimento existente contribuindo para a elaboração do BSC.

O design do BSC para a saúde operacional necessita de uma adaptação customizada do trabalho seminal realizado por Kaplan e Norton (1996a). Enquanto as quatro perspetivas tradicionais (financeira, processos internos, clientes e crescimento e aprendizagem) providenciam um excelente ponto de partida, estas necessitam de ser refinadas para refletir a missão distinta e o ambiente operacional da Direção de Saúde.

Como tal, com vista a proceder à elaboração de um BSC para a Direção de Saúde diagnosticou-se a organização de uma forma organizacional, estrutural e cultural, bem como através de uma análise das forças, fraquezas, oportunidades e ameaças (análise SWOT).

No que toca à questão da estruturação e coordenação das atividades organizacionais foi analisada qual o mecanismo de coordenação principal, de forma a identificar a dinâmica interna e quais os processos que possam levar à melhoria, eficiência e inovação na DS.

No âmbito da cultura organizacional da DS foram efetuados questionários com base numa adaptação do OCAI a 16 militares dos vários postos e categorias no período de janeiro e setembro de 2025.

No passo seguinte, foi realizada uma análise e a redefinição da Missão, Visão e Valores da DS, que devem ir para além de meras frases gerais e devem especificar precisamente os objetivos relativos à prontidão militar, qualidade do serviço, eficiência de recursos e desenvolvimento pessoal, de forma a articularem-se de uma forma clara com os objetivos organizacionais, assegurando o alinhamento e dos objetivos mais abrangentes da organização militar (Khan et al., 2023).

Os dados primários necessários à construção específica do BSC foram recolhidos através de entrevistas semiestruturadas, realizadas no período de janeiro a setembro de 2025, aos principais stakeholders da Direção de Saúde do Exército. Este método qualitativo torna-se essencial para captar uma amplitude de perspetivas, compreender os fundamentos subjacentes às práticas existentes e identificar conhecimentos explícitos e tácitos que possam influenciar de forma significativa o desenho e a aceitação do BSC (Wanderley et al., 2022).

Os participantes foram selecionados de forma estratégica e intencional, abrangendo diferentes níveis hierárquicos e áreas funcionais da Direção de Saúde, de modo a garantir uma compreensão holística do contexto organizacional estando incluídos quadros superiores e gestores intermédios. Esta abordagem nos vários escalões é fundamental para compreender como os gestores utilizam o BSC na implementação e formulação estratégica (Ferreira, 2017).

As entrevistas seguiram um formato semiestruturado, orientado por um conjunto base de questões abertas. Este formato permite uma investigação sistematizada sobre tópicos previamente definidos — como prioridades estratégicas, desafios operacionais e lacunas de desempenho percebidas — mantendo simultaneamente a flexibilidade necessária para que os entrevistados possam aprofundar temas relevantes e introduzir novas perspetivas (Catuogno et al., 2017; Wanderley et al., 2021)

As questões procurarão explorar, entre outros aspetos:

- A compreensão atual da missão e objetivos estratégicos da Direção de Saúde;
- Os mecanismos existentes de medição de desempenho e a sua eficácia ou limitações;
- Fatores críticos de sucesso e obstáculos percebidos na prestação de cuidados;
- A perceção das necessidades, satisfação e prontidão dos beneficiários;

- As opiniões relativas à eficiência dos processos internos, qualidade dos cuidados e alocação de recursos;
- Perspetivas sobre desenvolvimento profissional, formação e cultura organizacional;
- Desafios relacionados com a disponibilidade, qualidade e integração dos dados.

Para cada objetivo estratégico definido nas perspetivas personalizadas do BSC, foram desenvolvidos KPI's pertinentes. Estes indicadores deverão ser mensuráveis, diretamente associados ao grau de concretização estratégica e passíveis de ação.

A seleção criteriosa dos KPI é fundamental para disponibilizar dados quantificáveis que reflitam os diversos resultados clínicos, médicos, de satisfação dos utentes e logísticos, oferecendo ao comando informação objetiva para a tomada de decisão (Khan et al., 2023). A literatura científica sublinha que os indicadores devem estar alinhados com os objetivos estratégicos da organização e estabelecer um equilíbrio entre medidas financeiras e não financeiras (Grigoroudis et al., 2012; Ven et al., 2023).

De forma a facilitar e enquadrar o processo de desenvolvimento do BSC, os resultados iniciais foram apresentados na reunião de comando a 8 de agosto de 2025, com vista a assegurar a coerência com o modelo de negócio e com as preferências organizacionais (Ven et al., 2023).

A integração das evidências obtidas através desta metodologia qualitativa rigorosa, com a revisão da literatura existente, permitiu desenvolver um BSC robusto do ponto de vista teórico, exequível na prática e estrategicamente relevante para o fortalecimento da gestão e da eficiência operacional da Direção de Saúde do Exército Português.

Capítulo 4 - Diagnóstico da Organização

4.1 Estrutura da Direção de Saúde do Exército

A Direção de Saúde do Exército (DS) é um órgão subordinado ao Comando do Pessoal (CmdPess) e tem como missão planejar, dirigir e coordenar o apoio sanitário no Exército, e o funcionamento dos serviços de medicina, farmácia, veterinária e medicina dentária das unidades, estabelecimentos e órgãos do Exército. No âmbito da Saúde Militar depende técnica e funcional da Direção de Saúde militar (DIRSAM) do Estado-Maior General das Forças Armadas (Figura4-1).

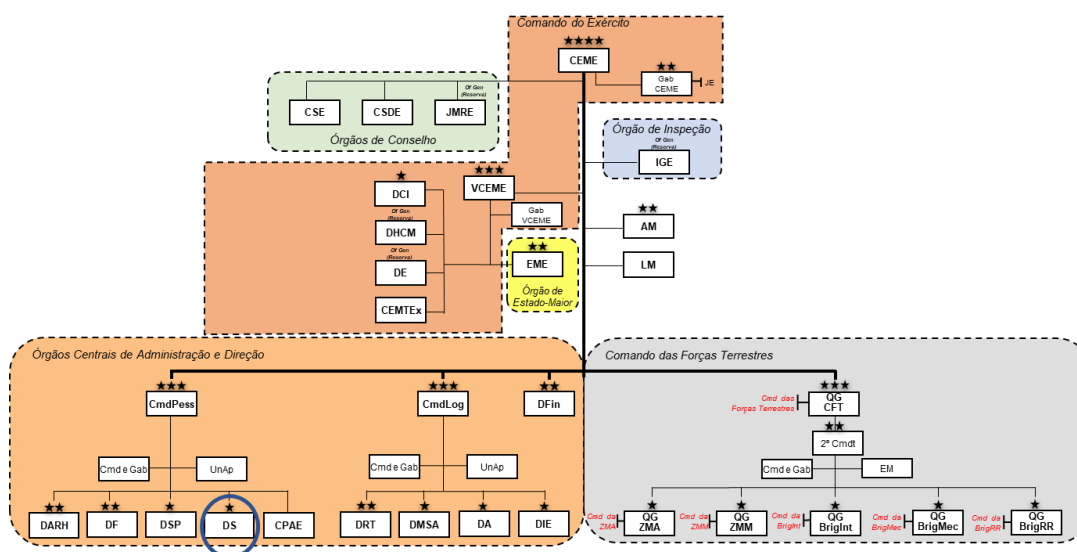


Figura 4-1: Organograma Exército Português
Fonte: Elaboração própria

As competências da DS são conferidas pelo Decreto Regulamentar 11/2015, de 31 de julho, que aprova a orgânica do Exército, com as alterações introduzidas pelo Decreto Regulamentar 2/2023, de 6 de junho, que aprovam a estrutura orgânica do Estado-maior-General das Forças Armadas e as estruturas orgânicas da Marinha, do Exército e da Força Aérea.

- À DS compete planejar, dirigir e coordenar o apoio sanitário no Exército, em coordenação com a DIRSAM, sempre que necessário e em especial:
- Gerir de forma integrada o Apoio Sanitário (ApSan) no Exército, de acordo com as diretivas superiores;
- Coordenar e supervisionar as áreas da medicina, medicina dentária, farmácia, medicina veterinária, enfermagem e áreas de diagnóstico e terapêutica no Exército;

- Colaborar nos estudos e nas propostas sobre as grandes linhas de ação no âmbito da saúde no Exército;
- Promover e coordenar a atividade das juntas médicas do Exército e emitir parecer sobre as suas deliberações;
- Emitir pareceres e informações técnicas sobre doenças relacionadas com o desempenho de missões, atos ou funções de serviço;
- Prestar cuidados de saúde de proximidade, através da Unidade de Saúde, aos militares do Exército, e, na sua capacidade sobranete, a outros utentes, de acordo com as diretivas superiores e ao abrigo de protocolos estabelecidos;
- Coordenar, acionar e supervisionar a evacuação e hospitalização de indisponíveis, quando lhe for solicitado, em coordenação com o Comando da Logística (CmdLog);
- Promover, em colaboração com o Centro de Epidemiologia e Intervenção Preventiva, o aprontamento sanitário das Forças Nacionais Destacadas (FND);
- Elaborar, promover e coordenar o programa de medicina preventiva, de acordo com as orientações recebidas superiormente.

De uma forma mais particular, o ApSan inclui todas as atividades de carácter sanitário que têm por finalidade a preservação dos efetivos e a recuperação de indisponíveis (doentes e feridos), estando, nesta medida direccionado para a proteção da força e preservação do seu potencial, através da prevenção da doença, de uma forma rápida e eficaz evacuação e do tratamento de doentes e feridos nas melhores condições.

Do decorrer da reestruturação do Sistema de Saúde Militar e de acordo com a legislação que define o seu enquadramento, o modelo de ApSan, para garantir a condição militar, assenta numa componente operacional (saúde operacional), orientada para o apoio às missões do Exército e numa componente assistencial, predominantemente hospitalar (saúde assistencial).

Este modelo organiza-se da seguinte forma:

- a) A saúde operacional, no âmbito da sua atuação, engloba a prestação de cuidados de saúde por motivos operacionais, nomeadamente, os que concorrem para atividades de seleção/recrutamento, revisões e inspeções periódicas de militares na efetividade de serviço, preparação sanitária prévia à projeção de Forças, avaliação sanitária de Forças após a retração/rendição e ApSan à atividade operacional através do planeamento e coordenação do mesmo,

realização de juntas médicas, emissão de pareceres e informações e ainda contribuindo para a revisão doutrinária e integrando diversos grupos de trabalho conferindo a colaboração da saúde militar para os mesmos.

- b) A saúde assistencial, no âmbito da sua atuação, engloba a prestação de cuidados de saúde necessários e imprescindíveis para a manutenção do estado de saúde do militar no seu ambiente socioprofissional, nomeadamente, os prestados aos militares individualmente considerados em consequência de doença, aos militares considerados/julgados incapazes por motivos de serviço, nomeadamente os deficientes militares, ao respetivo agregado familiar e, sempre que exista capacidade sobranete, estendendo esse apoio ao Serviço Nacional de Saúde, contribuindo para o apoio a todos os cidadãos.

ADS tem na sua dependência hierárquica as UEO definidas por despacho do CEME sendo estas divididas da seguinte forma (Figura 4-2):

- Unidades de Saúde tipo I (USTI) – 25 Unidades;
- Unidades de Saúde tipo II (USTII) – 9 Unidades;
- Unidades de Saúde tipo III (USTIII) – 2 Unidades;
- Unidade Militar de Defesa Biológica e Química;
- Unidade Militar de Medicina Veterinária.

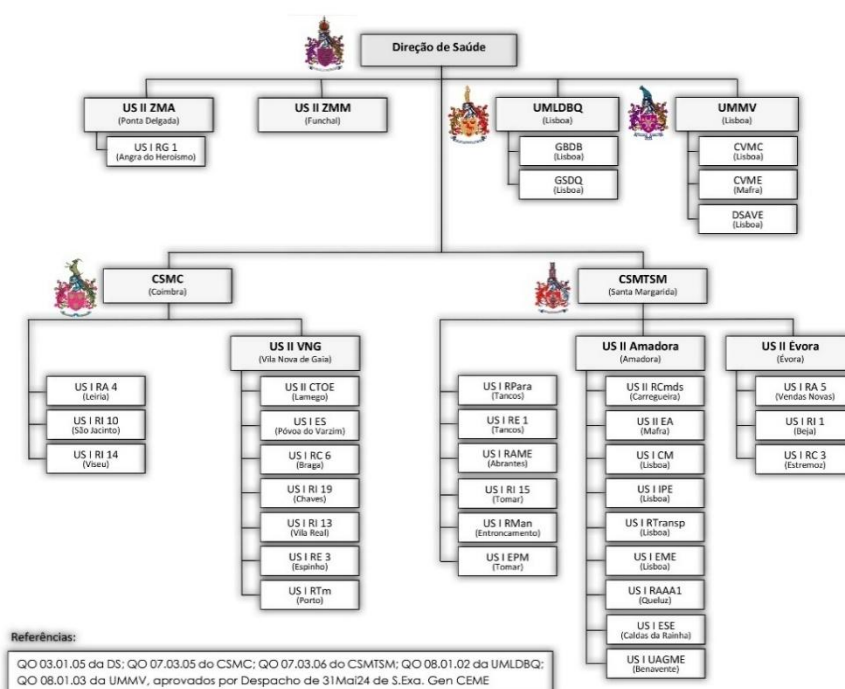


Figura 4-2 Organograma da Direção de Saúde e Unidades dependentes
 Fonte: Quadro Orgânico da Direção de Saúde

No âmbito da saúde operacional as estruturas envolvidas, as Unidades de Saúde (US), são divididas pelo grau de diferenciação e capacidades.

As USTIII são vocacionadas essencialmente para os cuidados de saúde primários e especializados. Estas US podem proporcionar resposta de apoio em medicina desportiva, medicina física e reabilitação, cardiologia, medicina do trabalho, medicina geral e familiar, psiquiatria, de medicina dentária e cuidados especializados adequados às necessidades das Unidades apoiadas, incluindo também o serviço de imagiologia, posto de colheitas e serviço de análises clínicas e colaboram no aprontamento das FND.

As US Tipos I e II são estruturas sanitárias de proximidade vocacionadas para a prestação de cuidados de saúde, no mínimo, de carácter não diferenciado, ao nível das U/E/O, na forma de Apoio Próximo.

USTI – constituídas essencialmente por pessoal de enfermagem, inseridas em unidades militares de menor dimensão, ou nas quais a análise de risco, subjacente ao tipo de missões, seja considerado baixo;

USTII – dotadas de apoio médico e de enfermagem, com capacidade de reanimação e trauma, inseridas em unidades militares de média dimensão, ou nas quais a análise de risco subjacente ao tipo de missões, seja considerado médio.

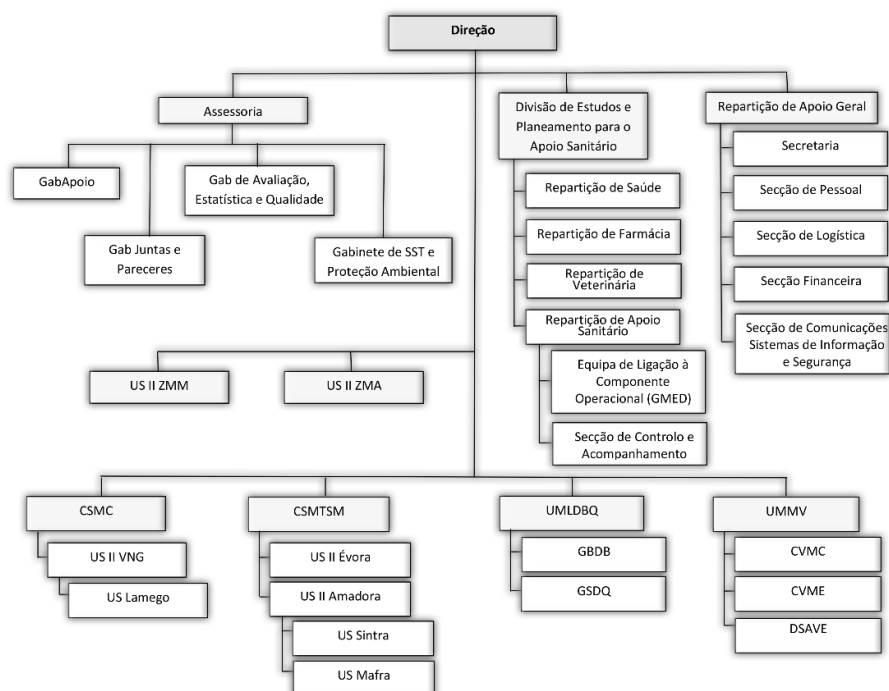


Figura 4-3: Organograma interno da Direção de Saúde
 Fonte: Quadro orgânico da Direção de Saúde

Sendo a Direção de Saúde do Exército um órgão de direção esta é composta por várias repartições (Figura 4-3), das quais a Repartição de Farmácia, e Repartição de Saúde estão diretamente envolvidas na saúde operacional.

A Repartição de Farmácia (RepFarm) é responsável pela gestão do reabastecimento de medicamentos e dispositivos médicos às unidades de saúde tanto em território nacional como em teatro de operações, emissão de pareceres e gestão das rubricas orçamentais correspondentes à aquisição de artigos ou prestação de serviços no âmbito da saúde operacional. Esta repartição é composta por farmacêuticos e técnicos de farmácia.

A Repartição de Saúde (RepSaúde), gere o ApSan dentro do Exército, incluindo o apoio todas as atividades de natureza operacional, como exercícios militares, curso de tropas especiais, sessões de tiro e saltos de unidades paraquedista. Esta repartição tem também a seu cargo a gestão do pessoal de enfermagem, medicina, medicina dentaria e os restantes técnicos superiores de diagnóstico e terapêutica.

Relativamente ao reporte da performance para as cadeias superiores esta é feita de duas formas tendo em conta os dois principais contribuintes para a saúde operacional, são estes a performance financeira da RepFarm no que respeita a aquisição de medicamentos e dispositivos médicos e a prestação de serviços como a

recolha de material genético para o Biobanco, e a perspetiva operacional por parte da RepSaúde na prestação de apoios.

No caso da RepFarm esta é realizada através da execução do orçamento proveniente de dois fundos, Orçamento do Ministério da Defesa Nacional (OMDN) e orçamento para as Forças Nacionais Destacadas, contribuindo para estas o compromisso de despesas e a faturação dos diversos artigos e serviços prestados. Esta execução orçamental é monitorizada a nível do Comando do Pessoal, através da Repartição de Planeamento e Controlo Orçamental. Dos dois fundos são compostos pelas seguintes rúbricas:

Orçamento do Ministério da Defesa Nacional:

- Encargos com a saúde (alterações orçamentais para a ZMA e ZMM);
- Outros (medicamentos);
- Material de consumo clínico (dispositivos médicos e reagentes);
- Limpeza e higiene (desinfestações);
- Outros (Análises de Água e Gases Medicinais).

Forças Nacionais Destacadas:

- Produtos químicos e farmacêuticos;
- Serviços de saúde.

No caso da RepSaúde esta é realizada através de briefings semanais de toda a atividade no âmbito da saúde operacional composta pelos seguintes pontos:

- Consultas Médicas;
- Consultas de Medicina Dentária;
- Consultas de Medicina Veterinária;
- Consultas/Atos de Enfermagem;
- Sessões de Fisioterapia;
- Imagiologia;
- Eletrocardiogramas;
- Análises Clínicas;
- Análises processadas internamente;
- Outros Exames Complementares de Diagnóstico;
- Administração de Vacinas;
- Cirurgias e Procedimentos Médicos Invasivos;
- Internamentos;
- Evacuações;
- Classificação e Seleção;
- Juntas Médicas;
- Informações e Pareceres da Comissão Permanente de Informações e Pareceres;

- Análise de Processos da Junta Médica do Exército;
- Visitas de Apoio Técnico;
- Visitas Segurança Alimentar;
- Apoio a Formações Externas;
- Reuniões Externas;
- Inspeção Geral do Exército;
- Consultas médicas noutras UEO;
- Exercícios;
- Tiro e fogos reais;
- Saltos;
- Provas desportivas;
- Outros Apoios;
- Apoio a entidades externas às Forças Armadas;
- Apoio ao Hospital das Forças Armadas- consulta e urgência.

4.2 Caracterização da estrutura organizacional

A Direção de Saúde, estando integrada numa grande organização militar, Exército Português, exibe uma estrutura organizacional complexa, devendo ser entendida como uma Burocracia Profissional (Figura 4-4) que operada dentro de uma estrutura Burocrática Mecanística, quando vista aos olhos de Mintzberg (1983). Este modelo híbrido reconhece a autonomia profissional inerente dos profissionais altamente treinados e capazes, juntamente com as necessidades operacionais hierarquizadas e standartizadas do Exército.

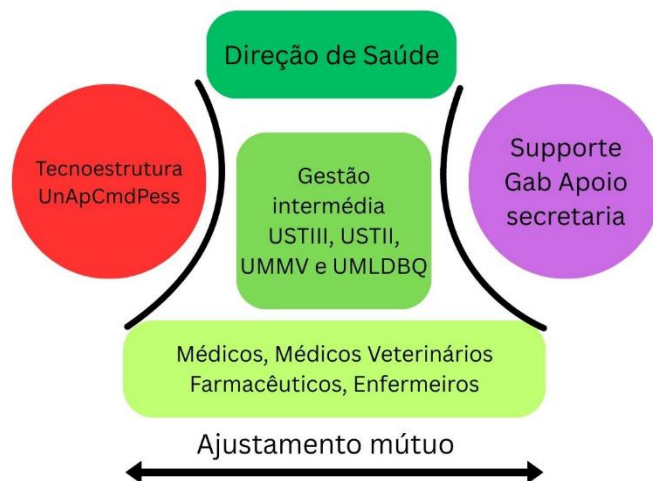


Figura 4-4 Figura 4 4: Modelo Organizacional da Direção de Saúde
Fonte: Elaboração Própria

No seu coração profissional a Direção de Saúde funciona como uma Burocracia Profissional, o seu principal mecanismo de coordenação é a standartização de competências, onde os profissionais de saúde (médicos, enfermeiros, farmacêuticos, veterinários e outros técnicos de saúde) alcançam a competência através de treino e

certificação reconhecido pelas entidades competentes. Este conhecimento especializado permite uma descrição e julgamento significativo, evidenciado pela sua expertise profissional requerida a um profissional de saúde preparado em ambiente operacional.

O centro operacional, composto por profissionais de saúde altamente qualificados, detêm um poder substancial no que toca à tomada de decisão relacionados com o cuidado dos utentes baseado nos seus standards profissionais. Mesmo as diferenças de posto como de um Tenente ou Major no Serviço de Saúde denotam primariamente os níveis de responsabilidade em vez de uma mudança fundamental na natureza profissional da sua atividade em saúde.

Esta estrutura é consequentemente descentralizada, providenciando aos profissionais de saúde uma autonomia considerável no que respeita ao seu processo específico de trabalho. A prestação de serviços de saúde, sendo complexa e requerendo julgamento humano, resiste ao controlo não profissional alinhados a um sistema técnico não regulado.

No entanto esta burocracia profissional esta embrenhada dentro do Exército Português que opera largamente como uma Burocracia mecânica. Esta macroestrutura é definida pela standartização dos processos de trabalho com um forte ênfase na standartização de procedimentos, protocolos e uma clara cadeia de comando. O ápex estratégico e a tecnoestrutura detêm um papel significativo ao focar na estratégia, controlo e implementação de medidas standartizadas.

A coexistência destes dois modelos organizacionais cria inevitavelmente tensões na relação entre a Direção de Saúde e o Exército. A autonomia profissional, essencial para um julgamento clínico eficiente, pode entrar em conflito com a confiança tradicional do Exército no comando, controlo e hierarquia estrita. Enquanto o posto dita a autoridade operacional e administrativa, o exercício médico assenta sobre a competência individual do profissional.

Desta forma gerir esta tensão entre os dois modelos, é um aspeto crítico da DS para o cumprimento da sua missão de assegurar a prontidão dos militares e a prestação de cuidados de saúde de alta qualidade.

A elaboração de um BSC, com a criação de KPI's que sejam "fit for purpose" e "fit for use", são essenciais para que se evite prejudicar a autonomia clínica e técnica dos profissionais de saúde e coordenar as relações entre a DS e a macroestrutura do Exército com vista a cumprir as expectativas propostas e obter um sucesso conjunto.

4.3 Análise da Cultura Organizacional

De forma a possibilitar a implementação de um BSC, a análise da cultura organizacional toma um ponto importante na gestão da mudança. Através de uma adaptação do Organizational Culture Assessment Instrument (Anexo A) foram inquiridos 16 militares, estando incluídos o Diretor, o Subdiretor, os Chefes das Repartições de Farmácia, Veterinária e Saúde, e os Chefes das Secções que as compõem (totalizando 1 Brigadeiro-General, 1 Coronel, 3 Tenentes-Coronéis, 3 Majores, 3 Capitães, 1 Tenente, 1 Alferes, 1 Sargento-Chefe, 1 Sargento-Ajudante e 1 Primeiro Cabo), desta forma podemos ter uma visão abrangente da composição a nível cultural da organização.

Partindo do pressuposto, que uma organização a nível cultural pode ser dividida em 4 modelos através de dois eixos, flexibilidade/controlo e interno/externo (Cameron, 2005):

Modelo	Foco	Valorização	Liderança	Características do sucesso
Modelo das Relações humanas / Cultura Clã.	Interno e flexibilidade	Trabalho em equipa, envolvimento e desenvolvimento das pessoas num ambiente “familiar”.	Mentoria, a ligação organizacional é a lealdade e a confiança	Satisfação, compromisso e coesão das equipas.
Modelo dos sistemas abertos / Cultura Adhocrática.	Externo e flexibilidade	Inovação, experimentação, autonomia e rapidez na adaptação a oportunidades e ameaças.	Visionária, encorajando risco calculado;	Novos produtos/serviços, crescimento e diferenciação.
Modelo dos objetivos racionais / Cultura de Mercado.	Externo e controlo	Resultados, produtividade, quota de mercado e orientação ao cliente/mission partner.	Assertiva e orientada para metas; ligação organizacional são os objetivos e indicadores exigentes;	Desempenho, cumprimento de contratos, ganhos de eficiência e conquista de posições externas.
Modelo dos processos internos /Cultura Hierárquica.	Interno e controlo	Estabilidade, padronização, regras claras e processos fiáveis.	Coordenadores/organi zadores, garantindo conformidade e previsibilidade;	Eficiência operacional, qualidade consistente, segurança e gestão de riscos.

Tabela 4-1: Modelos de estrutura organizacional
Fonte: Elaboração própria

Com base nos resultados obtidos através do Organizational Culture Assessment Instrument (Tabela 4-1), verifica-se que a cultura organizacional atual apresenta uma predominância clara do modelo dos objetivos racionais, também designado por cultura de mercado, com uma pontuação de 313. Este tipo de cultura caracteriza-se pela ênfase na produtividade, na competitividade e na consecução de resultados mensuráveis. A orientação para o exterior, centrada em clientes, concorrentes e desempenho organizacional, é um traço distintivo deste modelo. Embora se observem também componentes associadas às culturas Clã (122 pontos) e Hierárquica (97 pontos), estas surgem de forma menos acentuada. Por sua vez, a cultura Adhocrática (68 pontos) é a menos representativa, o que indica uma reduzida propensão para a inovação, experimentação e flexibilidade dentro da organização.

	TOTAL DESEJADO	TOTAL ATUAL	GAP
A - Modelo das Relações humanas / Cultura Clã	147	122	25
B - Modelo dos sistemas abertos / Cultura Adhocrática	113	68	45
C - Modelo dos objetivos racionais / Cultura de Mercado	245	313	-68
D - Modelo dos processos internos / Cultura Hierárquica	94	97	-3

Tabela 4-2: Análise SWOT da Direção de Saúde
Fonte: Elaboração própria

A leitura dos resultados sugere que a cultura vigente é marcadamente orientada para a eficiência e para o alcance de metas, refletindo uma lógica de controlo e de forte orientação para o desempenho. Esta configuração tende a valorizar a obtenção de resultados tangíveis e o cumprimento rigoroso de objetivos, podendo, contudo, limitar a autonomia, a criatividade e a cooperação entre os membros da organização. Assim, embora este perfil cultural favoreça a produtividade e a competitividade, pode também contribuir para um ambiente de trabalho mais rígido e menos propício à inovação e ao envolvimento coletivo.

Relativamente à cultura desejada, os resultados evidenciam uma intenção de mudança significativa. Os colaboradores expressam o desejo de reforçar a cultura Clã (+25) e, de forma ainda mais acentuada, a cultura Adhocrática (+45).

Este movimento revela uma aspiração por um ambiente organizacional mais colaborativo, participativo e humano, no qual prevaleçam valores como a coesão, a confiança, a partilha de conhecimento e a valorização das pessoas. A valorização da cultura Adhocrática indica, por sua vez, uma procura de maior inovação, dinamismo e

adaptabilidade face às exigências do contexto. Em contrapartida, observa-se uma redução substancial do peso da cultura de mercado (-68), sinalizando uma vontade de atenuar a competitividade e a pressão por resultados, e uma ligeira diminuição da cultura hierárquica (-3), o que sugere uma tendência para flexibilizar, ainda que sem eliminar, os mecanismos de controlo e estrutura formal.

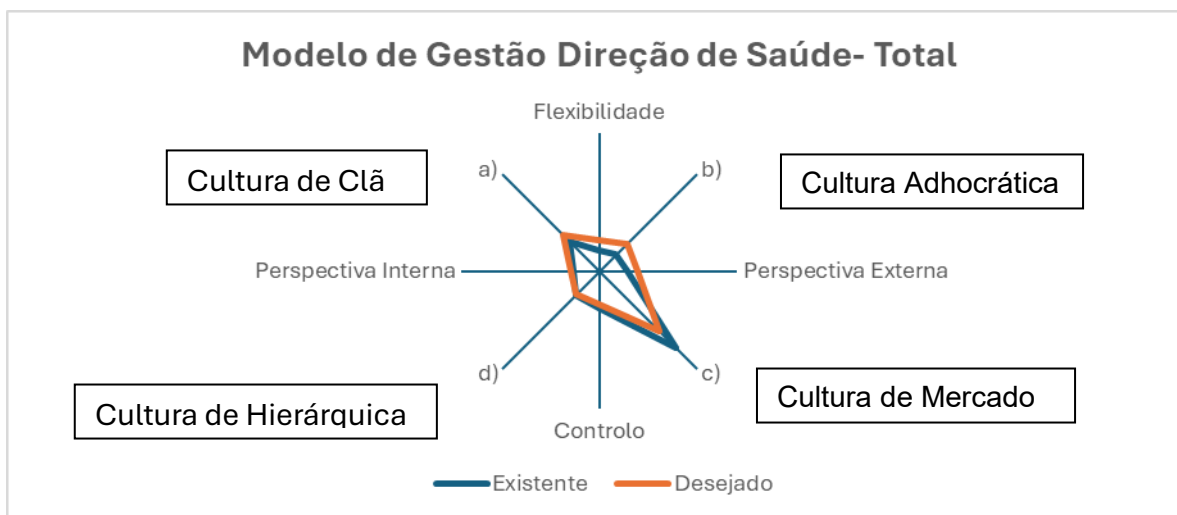


Figura 4-5: Distribuição dos modelos de gestão da Direção de Saúde
 Fonte: Elaboração própria

Em termos globais, conclui-se que a organização se encontra atualmente caracterizada por uma cultura de mercado dominante, fortemente orientada para o desempenho e a obtenção de resultados, mas que os seus membros aspiram a uma transformação cultural no sentido de uma maior humanização e inovação.

O padrão desejado aponta para uma cultura mais equilibrada, que combine a coesão e o espírito comunitário da cultura Clã com a criatividade e a adaptabilidade da cultura Adhocrática. Tal transição implicaria uma redução da ênfase na competição e no controlo, favorecendo um contexto organizacional mais participativo, ágil e propício ao desenvolvimento contínuo das pessoas e da própria instituição (Figura 4-6).

Tendo os pontos acima em mente, a implementação de um BSC poderá ter um efeito positivo no que respeita à cultura organizacional.

4.4 Análise SWOT

A direção de Saúde demonstra uma robusta estrutura fundacional e alcance operacional, caracterizada pela sua excelente dispersão a nível territorial e financiamento estável, providenciando uma base sólida para as suas atividades. Reforçando ainda mais a sua capacidade operacional as Unidades dependentes da Direção de Saúde possuem infraestruturas dedicadas que suportam a sua presença.

De uma forma crucial o facto de ter uma missão clara faz com que todas as atividades estão alinhadas com um propósito bem definido e direção estratégica.

Estas forças posicionam a organização como significativa e estável dentro da sua área operacional, capaz de manter a sua operacionalidade e consistente prestação de serviços.

No entanto apesar das forças consideráveis, a Direção de Saúde enfrenta desafios que prejudicam as suas capacidades proativas. A prevalência de uma postura reativa significa que muitas vezes responde a eventos em vez de antecipar e mitigar, levando potencialmente a oportunidades perdidas ou menos eficiência na gestão de crises.

Esta situação é exacerbada pela dependência logística do Laboratório nacional do Medicamento (LM) que pode introduzir vulnerabilidades e limitar a sua autonomia.

O facto de existir também uma grande burocracia e complexidade administrativa dentro da sua estrutura cria ineficiências, contribuindo para o atraso na tomada de decisão e redireciona recursos que poderiam ser utilizados em operações mais ágeis.

No olhar externo, a Direção de Saúde tem oportunidades significativas de evolução e aumento da eficiência. A possibilidade de cooperações civil-militar apresenta-se como uma oportunidade promissora para a alavancagem de recursos partilhados, expansão de capacidades e encorajar suporte mútuo, particularmente devido à sua dispersão territorial.

Internamente existe um grande leque para a otimização da performance humana, podendo envolver treino específicos, suplementação e monitorização do potencial de combate, bem como a racionalização de fluxos de trabalho e aumento da eficiência e de outputs.

A adoção de novas tecnologias oferece também um caminho para a modernização de operações, superação de limitações existentes e melhorar a prestação de serviços mitigando algumas das suas complexidades burocráticas.

Todavia a Direção de Saúde opera sob pressões externas que ameaçam a sua estabilidade e futuros sucessos. A retenção de pessoal qualificado é considerada uma preocupação crítica podendo indicar problemas com a moral, compensação monetárias ou desenvolvimento de carreira, podendo levar a uma redução do capital humano.

De uma forma mais geral, o aumento das tensões internacionais representa uma ameaça geopolítica significativa, que poderá diretamente impactar o ambiente operacional, financiamento ou a natureza da missão. Para se responder a estas ameaças é necessário existir uma previsão estratégica e medidas proativas que salvaguardem os colaboradores bem como uma adaptabilidade para fazer face à paisagem global cada vez mais imprevisível.

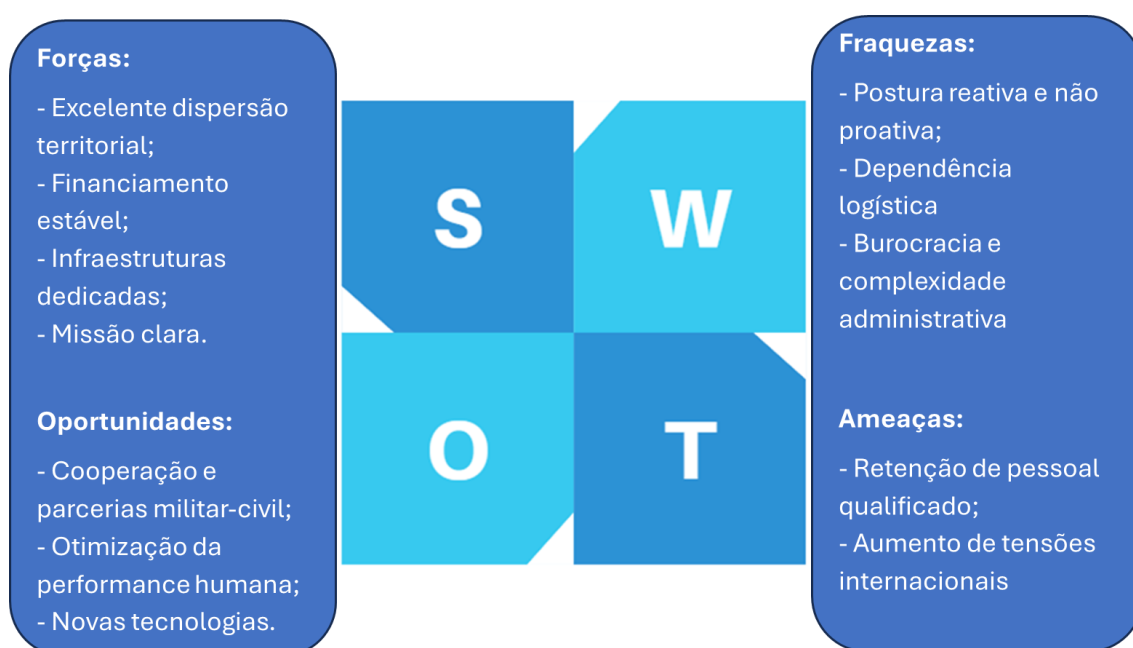


Figura 4-6 Análise SWOT da Direção de Saúde
Fonte: Elaboração própria

Capítulo 5 - Construção do BSC

5.1 Missão, Visão e Valores

As organizações tendem a beneficiar significativamente por ter uma Missão, Visão e Valores claramente definidos, estes elementos pressupõem-se como fundamentais para se possuir uma direção estratégica, interação com colaboradores e performance em geral.

A Missão articula os propósitos core com a intenção estratégica e os objetivos de mercado de uma organização, servindo como um guia fundacional para a sua existência e comunicação de crenças essenciais a stakeholders e colaboradores (Kaplan & Norton, 2006).

De forma a complementar a missão de uma organização esta é normalmente acompanhada da Visão, caracterizada como uma aspiração ou futuro desejado, esta oferece inspiração e uma direção clara para a evolução de uma organização, ajudando a definir o “porquê”, “o quê”, “como” e “quando” (Naaranoja et al., 2007; Sandler & Galvin, 2020).

Os Valores são os princípios e crenças base que ditam comportamentos aceitáveis e tomadas de decisão dentro da organização, tendo um papel central em escolhas estratégicas e na diferenciação da organização (Barchiesi & Colladon, 2021).

Juntas estas declarações facilitam a tradução da estratégia em objetivos mensuráveis assegurando um alinhamento organizacional para objetivos comuns, podendo ser exemplificado em ferramentas como o BSC (Kaplan & Norton, 1996a; Priest, 2003).

Atualmente a Direção de Saúde do Exército encontra a sua missão definida na intranet do Exército da seguinte forma: “A Direção de Saúde planeia, dirige e coordena o apoio sanitário no Exército, e o funcionamento dos serviços de medicina, farmácia, veterinária e medicina dentária das unidades, estabelecimentos e órgãos do Exército.” Sendo que não se encontra definido atualmente a Visão e os Valores da mesma.

Desta forma, e para acompanhar a implementação do BSC propõem-se as seguintes alterações e acrescentos:

Missão: “Garantir a prontidão sanitária das forças, prestação cuidados de saúde de excelência em todos os escalões — em paz, treino e operações — protegendo a força e servindo a família militar.”

Visão: “Ser, até 2050, a referência nacional em saúde operacional: interoperável entre ramos, digital de ponta a ponta e capaz de projetar apoio sanitário eficaz em qualquer teatro de operações.”

Valores:

- Serviço e missão: o doente militar e a prontidão operacional primeiro.
- Integridade: agir com ética, transparência e responsabilidade pública.
- Excelência clínica e segurança do doente: prática baseada em evidência, zero danos evitáveis.
- Disciplina e prontidão: responder com rigor, rapidez e resiliência.
- Camaradagem e interoperabilidade: trabalho conjunto entre ramos e com aliados.
- Inovação e aprendizagem contínua: treinar, simular, melhorar e adotar tecnologia útil.
- Confidencialidade e respeito: proteger dados de saúde e dignidade de cada militar.

Estas alterações têm em vista criar um propósito unificador dentro da DS de forma a promover a estabilidade e continuidade, especialmente aquando de situações de mudança, bem como o sentimento de pertença de todos os colaboradores.

O facto de se ter um entendimento claro da Missão Visão e Valores de uma organização, é essencial para se avaliar a performance de uma forma precisa e desenvolver soluções consistentes com os outcomes futuros desejados.

5.2 Perspetivas da Performance

Com vista a proceder-se à elaboração de um BSC para a DS no âmbito da saúde operacional, através de entrevistas semiestruturadas (Anexo B) foram entrevistados os dois Diretores de Saúde, o Subdiretor, o Chefe da Repartição de Saúde, o Chefe da repartição de Farmácia, o Chefe da Secção de Gestão e Controle, Chefe da Secção de Enfermagem, o Chefe da Secção de Medicina e o Chefe da Unidade Saúde Tipo II da Amadora, tendo sido os resultados finais apresentados na reunião de comando de periodicidade mensal.

Destas entrevistas resultaram as 4 perspetivas clássicas de forma a não tornar o modelo demasiado complexo e diminuir a sua possibilidade de aceitabilidade futura.

As perspetivas escolhidas foram a Perspetiva da Sustentabilidade Financeira, Perspetiva dos Utentes, Perspetiva dos Processos Internos e Perspetiva de Desenvolvimento e Aprendizagem.

A Perspetiva da Sustentabilidade Financeira é a adaptação da perspetiva financeira a uma organização pública, cujo enfase será não dar prejuízo, no entanto a boa gestão desta perspetiva promove uma boa alocação de recursos e cumprimentos dos orçamentos carregados, essencial para toda a aquisição de artigos e serviços no âmbito da saúde, o centro de responsabilidade é a Repartição de Farmácia uma vez que esta é a responsável pela gestão das rubricas alocadas para este fim.

A Perspetiva do Utente é o fim último da prestação de cuidados de Saúde e por consequente da DS, é o motivo pelo qual a Direção deve a sua existência e como tal todas as outras perspetivas devem contribuir para a satisfação desta perspetiva, todo o trabalho realizadas nas outras perspetivas irá contribuir de uma forma direta ou indireta para esta, quer seja na satisfação de geral de quem usufrui destes serviços, quer seja pela melhoria de todos os processos internos e da diferenciação de competências dos profissionais.

A Perspetiva dos Processos Internos e a Perspetiva de Crescimento e Aprendizagem constituem-se como o corpo operacional onde a maior parte das ações tem como fim a otimização melhoria e criação de processos que levem à otimização dos recursos físicos e de pessoal. Estas perspetivas são aquelas que irão ter um maior enfase nos resultados a jusante a montando do BSC e como tal pressupõem-se um maior grau de intervenção em termos de objetivos e medidas estratégicas.

5.3 Objetivos estratégicos por perspetiva

A pós a definição das diversas perspetivas a utilizar é necessário correspondê-las com objetivos específicos, claros e alcançáveis com vista a planear uma implementação exequível e eficaz da mesma. Estes objetivos precisam ser adaptados à realidade da empresa e alinhados com a definição da Missão, Visão e Valores da instituição.

A avaliação e acompanhamento periódico dos avanços realizados em relação aos objetivos servem para assegurar a relevância da estratégia utilizada face aos objetivos, sendo a responsabilidade dos gestores a realização de ajustes necessários em resposta a alterações do ambiente de negócios ou da performance da organização. Desta forma foram estabelecidos os seguintes objetivos:

Perspetiva	Sigla	Objetivo estratégico
Financeira	F1	Garantir a execução orçamental
	F2	Melhorar a eficiência nos processos aquisitivos
Processos internos	P1	Melhorar os procedimentos (NAT)
	P2	Incrementar a transformação digital
	P3	Melhorar a prestação de Apoios
	P4	Garantir o reabastecimento de artigos classe VIII
Utentes	U1	Aumentar a confiança na saúde operacional
Crescimento e aprendizagem	C1	Retenção e atração de talento
	C2	Promoção da Cultura Organizacional
	C3	Investir no desenvolvimento de competências dos profissionais de saúde

Tabela 5-1: Objetivos estratégicos por perspetiva
Fonte: Elaboração própria

Justificando por perspetiva:

Perspetiva dos Processos Internos: Esta perspetiva é fulcral para a DS devido ao seu impacto direto nas outras perspetivas, esta perspetiva revela-se como o centro de decisões que influenciam a curto medio e longo prazo a performance desta organização.

A melhoria dos procedimentos sob a forma de Normas de Autoridade técnicas (quando relativas à competência técnica da DS) ou Normas de Execução permanentes (normativos do funcionamento do dia a dia, equivalente a manuais de procedimento) possibilita que, aquando de uma movimentação de pessoal (uma realidade frequente no meio militar) o tempo de aclimatização e treino às novas funções diminua diminuindo o tempo de hiato no cumprimento das atividades. Desta forma quanto melhor mapeados os processos correspondentes a toda atividade da saúde operacional menor a existência de outliers, ou seja, desta forma é promovida uma melhor utilização dos recursos em termos temporais, físicos e de pessoal que contribui para uma eficiência geral do funcionamento da organização, possibilitando atingir o sucesso da missão que esta é incumbida e da visão almejada pela organização.

A melhoria de procedimentos representa um eixo fundamental para o aumento da eficiência e da eficácia nas organizações militares. Tratando-se de um processo contínuo que visa identificar, analisar e aperfeiçoar práticas operacionais, com o objetivo de eliminar redundâncias, reduzir desperdícios e otimizar recursos. Ao rever criteriosamente os métodos de trabalho existentes, é possível não só corrigir ineficiências, mas também alinhar os procedimentos às melhores práticas e às exigências atuais do contexto institucional. Esta abordagem permite uma maior

padronização, transparência e previsibilidade nas operações, contribuindo para a robustez dos sistemas organizacionais.

Perspetiva financeira: Esta é referente à estabilidade financeira uma vez que o lucro não é o objetivo principal desta organização, esta preocupa-se com a gestão eficaz dos recursos financeiros disponíveis e conciliar as restrições orçamentais com a garantia de cuidados de saúde de qualidade impondo uma abordagem estratégica e criteriosa na gestão financeira. Tal implica o desenvolvimento de sistemas de planeamento e controlo de custos que permitam uma visão clara sobre os principais centros de despesa, os consumos recorrentes e as necessidades de investimento a médio e longo prazo.

Perspetiva dos utentes: Embora esta seja uma área que não impacta diretamente a perspetiva financeira esta é a perspetiva externa de como a prestação de cuidados de saúde é percecionada por quem usufrui do serviço. É um fator de visibilidade, de atratividade e de confiança no sistema, e como fim último da missão da DS esta necessita de ter em conta a satisfação e as necessidades do meio operacional.

A recolha sistemática de feedback por parte dos utentes, através de inquéritos de satisfação, mecanismos de reclamação e canais de comunicação direta, permite à DS do Exército identificar pontos críticos de melhoria, lacunas nos serviços e oportunidades de inovação. Estes instrumentos devem ser acompanhados por metodologias de análise de qualidade percebida e de avaliação de impacto dos serviços na saúde e bem-estar dos militares. A criação de uma cultura organizacional orientada para o utente, assente em princípios de escuta ativa, empatia e melhoria contínua, é indispensável para uma resposta mais centrada na pessoa e adaptada às necessidades concretas da população militar.

Perspetiva de crescimento e aprendizagem: Representa um dos pilares fundamentais para o desenvolvimento sustentável e a modernização da DS do Exército. Esta dimensão centra-se na valorização contínua do capital humano, na criação de uma cultura organizacional de melhoria permanente e na capacidade da instituição para se adaptar às mudanças operacionais, tecnológicas e sociais. Num setor tão sensível e exigente como o da saúde militar, o investimento estratégico no conhecimento, na formação e na inovação é determinante para garantir a retenção dos profissionais de saúde, e elevar a qualidade dos serviços prestados e a prontidão das forças armadas.

A valorização dos recursos humanos, quer ao nível clínico, quer administrativo e logístico, constitui um fator crítico de sucesso. Os profissionais de saúde militar operam frequentemente em contextos de elevada exigência, complexidade e imprevisibilidade, o que requer competências técnicas atualizadas, capacidades de adaptação e um

elevado grau de compromisso ético e institucional. A aposta em programas de formação contínua, treino em contexto realista, desenvolvimento de competências transversais (como liderança, gestão e comunicação) e mobilidade profissional, permite não apenas melhorar o desempenho individual, mas também reforçar a coesão e o espírito de missão das equipas.

5.4 Mapa estratégico

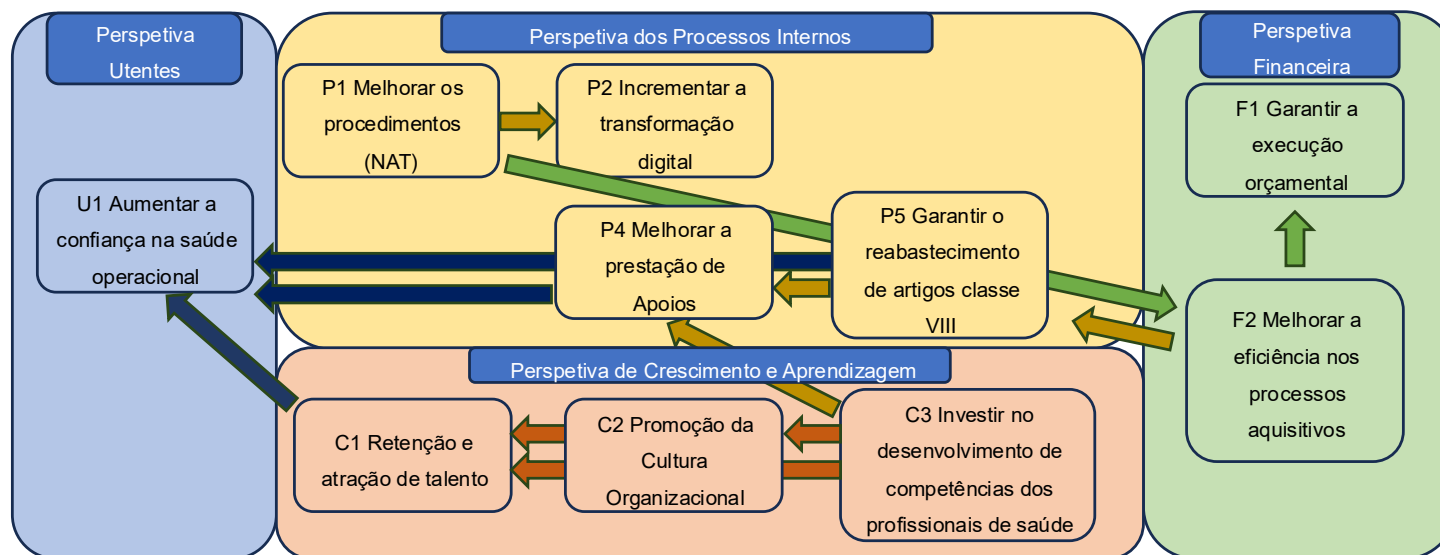
Após a definição da estratégia e dos objetivos estratégicos, estas têm de tomar uma forma que possa ser, não só compreendida e interiorizada por todos os participantes na organização, bem como retratar de uma forma intuitiva e em tempo real as necessidades e objetivos que irão fazer avançar a organização.

A apresentação e discussão entre o comando da DS culminou na decisão de estabelecer a Perspetiva dos Processos Internos como a perspetiva principal neste BSC seguida da importância do capital humana na forma da Perspetiva de Crescimento e Aprendizagem, aliado ao facto de tanto a Perspetiva Financeira e a dos Utentes serem fatores externos importantes mas não determinantes para a existência da DS, esta resultou na contextualização visual da causalidade entre cada objetivo que expõem a claro as necessidades da realização estratégica.

Mapa Estratégico

Missão: Garantir a prontidão sanitária das forças, prestação cuidados de saúde de excelência em todos os escalões — em paz, treino e operações — protegendo a força e servindo a família militar.

Visão: Ser, até 2050, a referência nacional em saúde operacional: interoperável entre ramos, digital de ponta a ponta e capaz de projetar apoio sanitário eficaz em qualquer teatro de operações.”



Legenda: Relações de causalidade com Perspetiva dos Utentes; Perspetiva Crescimento e Aprendizagem; Perspetiva dos Processos Internos; Perspetiva Financeira

Tabela 5-2: Mapa Estratégico da Direção de Saúde
Fonte: Elaboração própria

5.5 Indicadores de Performance

Após a definição dos objetivos estratégicos em cada uma das perspectivas do BSC e o mapeamento das respectivas relações de causa e efeito, segue-se uma etapa de natureza crítica: a seleção dos indicadores de desempenho e a estipulação das metas correspondentes. Esta fase é fundamental para garantir a mensurabilidade objetiva do grau de concretização de cada objetivo estratégico delineado.

A eficácia da gestão e a possibilidade de melhoria contínua de um objetivo dependem, em grande medida, da sua capacidade de ser quantificado e monitorizado de forma sistemática. Assim, a escolha dos indicadores deve contemplar dimensões tanto financeiras como não financeiras, incorporando indicadores de resultado (lag indicators), que refletem o desempenho passado, e indicadores de desempenho (lead indicators), que permitem antecipar e influenciar os resultados futuros (Kaplan & Norton, 2008).

A definição dos KPIs deve obedecer a critérios de alinhamento estratégico, clareza conceptual, relevância analítica, mensurabilidade e inteligibilidade. Estes atributos asseguram que os gestores dispõem de instrumentos robustos para a avaliação do progresso e o acompanhamento da execução estratégica. Para além disso, é imperativo que se determine, de forma explícita, a periodicidade de recolha e análise de cada indicador, dado que métricas de difícil operacionalização ou com limitada utilidade na decisão tendem a perder valor prático, independentemente da sua sofisticação teórica.

Importa ainda destacar que o processo de seleção e monitorização de indicadores deve ser entendido como dinâmico e sujeito a revisão contínua. À medida que a estratégia organizacional evolui, impõe-se a necessidade de reavaliar os indicadores adotados, garantindo a sua pertinência face às prioridades emergentes e às alterações do contexto externo e interno. Deste modo, recomenda-se a atualização periódica do sistema de indicadores, promovendo a sua adequação às exigências da gestão estratégica.

No caso concreto da proposta de BSC para a DS, foram definidos vinte e quatro indicadores, articulados de forma coerente com os objetivos estratégicos previamente estabelecidos. A tabela seguinte sintetiza os KPIs por perspectiva, incluindo os objetivos associados, os responsáveis pela sua monitorização, os targets definidos e a periodicidade de análise.

Perspetiva	Sigla OE	Objetivo estratégico	Sigla IP	Indicador de performance	Responsável	Metas	Periodicidade
Financeira	F1	Garantir a execução orçamental	IP01	Percentagem de orçamento executado	RepFarm	100%	anual
			IP02	nº de reforços orçamentais	RepFarm	0	anual
	F2	Melhorar a eficiência nos processos aquisitivos	IP03	Tempo médio de orçamentação	RepFarm	<30 dias	mensal
			IP04	Tempo médio de compromisso de despesa	RepFarm	<30 dias	mensal
			IP05	Tempo médio de faturação	RepFarm	<30 dias	mensal
Processos internos	P1	Melhorar os procedimentos (NAT)	IP06	Nº de NAT's atualizadas	todas as Repartições	3	semestral
	P2	Incrementar a transformação digital	IP07	Implementação de software de gestão	RepFarm e RepSaúde	100%	semestral
			IP08	Digitalização do processo de juntas	RepSaúde	100%	anual
	P4	Melhorar a prestação de Apoios	IP09	nº de ambulâncias operacionais	RepSaúde	100%	mensal
			IP10	nº de apoios prestado	RepSaúde	60	mensal
			IP11	nº de apoios solicitados com menos 30 dias de antecedência	RepSaúde	0	mensal
P5	Garantir o reabastecimento de artigos classe VIII	IP12	media da percentagem de satisfação de requisições	RepFarm	100%	mensal	
Utentes	U1	Aumentar a confiança na saúde operacional	IP13	Inquéritos de satisfação	US	70% de satisfação aquando da alta	mensal
			IP14	nº de processos de junta pendentes	RepSaúde	10	mensal
			IP15	Return to readiness	US	<30 dias	mensal
Crescimento e aprendizagem	C1	Retenção e atração de talento	IP16	nº de requerimentos de abate aos quadros	todas as Repartições	0	semestral
			IP17	nº de candidaturas aos QESS	todas as Repartições	5	anual
			IP18	eventos de visibilidade no mundo civil	todas as Repartições	5	anual
	C2	Promoção da Cultura Organizacional	IP19	avaliação do burnout nos profissionais de saúde	todas as Repartições	60% do pessoal	anual
			IP20	avaliação do commitment nos profissionais de saúde	todas as Repartições	60% do pessoal	anual
	C3	Investir no desenvolvimento de competências dos profissionais de saúde	IP21	Percentagem de enfermeiros com curso de SIV	RepSaúde	60% dos enfermeiros	semestral
			IP22	Percentagem de médicos com curso de SAV	RepSaúde	60% dos médicos	semestral
			IP23	Percentagem de militares com curso de TCCC	todas as Repartições	50% dos militares	semestral
IP24			Percentagem de militares com SBV-DAE	todas as Repartições	50% dos militares	semestral	

Tabela 5-3: Indicadores de Performance por objetivo

Fonte: Elaboração própria

Justificando por perspectiva:

Perspetiva	Sigla	Indicador de performance	Justificação
Perspetiva da Sustentabilidade Financeira	IP01	Percentagem de orçamento executado (lag):	Mede a proporção do orçamento total que foi efetivamente utilizado, refletindo a eficiência na gestão financeira
	IP02	Nº de reforços orçamentais (lag):	Indica o número de vezes em que foi necessário solicitar fundos adicionais, avaliando a precisão do planeamento orçamental
	IP03	Nº de reforços orçamentais (lag)	Indica o número de vezes em que foi necessário solicitar fundos adicionais, avaliando a precisão do planeamento orçamental
	IP03	Tempo médio de orçamentação (lag)	Avalia o tempo médio necessário para elaborar e aprovar um orçamento, medindo a agilidade do processo financeiro
	IP04	Tempo médio de compromisso de despesa (lag)	Mede o tempo entre a aprovação do orçamento e o compromisso efetivo da despesa, refletindo a eficiência administrativa
	IP05	Tempo médio de faturação (lag)	Avalia a rapidez do processo de faturação após a prestação do serviço, indicando eficiência financeira e administrativa
Perspetiva dos Processos internos	IP06	Nº de NAT's atualizadas (lead)	Quantifica o número de Normas de Atuação Técnica atualizadas, demonstrando o nível de atualização dos procedimentos operacionais
	IP07	Implementação de software de gestão (lead)	Mede o grau de implementação e utilização de ferramentas digitais de gestão, refletindo a modernização dos processos internos.
	IP08	Digitalização do processo de juntas (lead)	Avalia o nível de digitalização dos processos de juntas médicas, indicando o progresso na desmaterialização documental
	IP09	Nº de ambulâncias operacionais (lag)	Indica a quantidade de ambulâncias disponíveis e operacionais, refletindo a capacidade de resposta logística e operacional
	IP10	Nº de apoios prestado (lag)	Mede o total de apoios logísticos, médicos ou administrativos realizados, representando o volume de atividade de suporte
	IP11	Nº de apoios solicitados com menos de 30 dias de antecedência (lag)	Avalia o grau de planeamento das operações através da frequência de pedidos urgentes ou de última hora
	IP12	Média da percentagem de satisfação de requisições (lag)	Mede o grau médio de satisfação dos utilizadores relativamente ao atendimento das suas requisições, refletindo a qualidade do serviço
Perspetiva dos utentes	IP13	Inquéritos de satisfação (lag)	Avalia o nível de satisfação dos utentes e profissionais através de questionários estruturados, medindo a perceção de qualidade
	IP14	Nº de processos de junta pendentes (lag)	Quantifica os processos de juntas médicas ainda não concluídos, refletindo a eficiência na tramitação administrativa

	IP15	Return to readiness (lag)	Mede o tempo médio necessário para que um militar regresse à plena capacidade operacional após baixa médica em casos não complicados
Perspetiva de Crescimento e Aprendizagem	IP16	Nº de requerimentos de abate aos quadros (lag)	Regista o número de pedidos de saída definitiva do serviço, funcionando como indicador de retenção e satisfação profissional
	IP17	Nº de candidaturas aos QESS (lag)	Quantifica as candidaturas apresentadas aos Quadros Especiais de Saúde, refletindo o interesse e atratividade da carreira
	IP18	Eventos de visibilidade no mundo civil (lag)	Mede a participação ou organização de eventos públicos que reforçam a imagem institucional no contexto civil
	IP19	Avaliação do burnout nos profissionais de saúde (lead)	Avalia o nível de exaustão física e emocional dos profissionais de saúde, servindo de indicador de bem-estar organizacional
	IP20	Avaliação do commitment nos profissionais de saúde (lead)	Mede o grau de comprometimento e envolvimento dos profissionais com a missão e valores da organização
	IP21	Percentagem de enfermeiros com curso de SIV (lag)	Indica a proporção de enfermeiros com formação em Suporte Imediato de Vida, refletindo o nível de capacitação técnica
	IP22	Percentagem de médicos com curso de SAV (lag)	Mede a proporção de médicos com formação em Suporte Avançado de Vida, indicador da competência clínica da força médica
	IP23	Percentagem de militares com curso de TCCC (lag)	Avalia o número de militares formados em Tactical Combat Casualty Care, representando a preparação para cenários operacionais
	IP24	Percentagem de militares com SBV-DAE (lag)	Mede a proporção de militares habilitados em Suporte Básico de Vida com Desfibrilhação Automática Externa, refletindo o nível geral de preparação em emergência médica

Tabela 5-4 Justificação de perspetivas
Fonte: elaboração própria

5.6 Ações e iniciativas

Estando definidos os objetivos estratégicos e os respetivos indicadores e metas, é necessário definir iniciativas que ajudem a atingir os objetivos.

A construção das várias iniciativas deve ser um processo integrado e que complemente várias perspetivas, ou seja, iniciativas que impactem mais do que uma perspetivas devem ser mais valorizadas pelo seu efeito otimizado e cumulativo no cumprimento de objetivos.

Sigla	Iniciativas Estratégicas	Perspetiva Financeira (IP01–IP05)	Perspetiva dos Processos Internos (IP06–IP12)	Perspetiva do Utente (IP13–IP15)	Perspetiva de Crescimento e Aprendizagem (IP16–IP24)
IE01	Otimização da gestão orçamental e financeira	•	•		
IE02	Digitalização e automatização de processos administrativos		•	•	•
IE03	Modernização da infraestrutura e meios operacionais (ambulâncias, equipamentos, software)	•	•	•	•
IE04	Implementação de um sistema integrado de gestão hospitalar	•	•	•	•
IE05	Reforço do planeamento e previsibilidade das operações de apoio	•	•		
IE06	Desenvolvimento de um programa de satisfação e feedback do utente		•	•	
IE07	Criação de um sistema de monitorização de indicadores de qualidade clínica e operacional	•	•	•	•
IE08	Formação contínua e certificação em emergências médicas (SIV, SAV, TCCC, SBV-DAE)				•
IE09	Programa de prevenção e gestão do burnout dos profissionais de saúde			•	•
IE10	Incentivo à retenção e progressão na carreira militar de saúde (QESS, abate aos quadros)				•
IE11	Promoção da visibilidade institucional e cooperação com o setor civil	•		•	•
IE12	Melhoria do tempo de resposta e do 'Return to Readiness'		•	•	•
IE13	Implementação de um sistema de avaliação de desempenho e compromisso organizacional	•	•		•
IE14	Criação de uma cultura de inovação e melhoria contínua		•	•	•
IE15	Reforço da interoperabilidade entre unidades e serviços de saúde militar		•	•	•

Tabela 5-5: Iniciativas estratégicas por Perspetivas
Fonte: Elaboração própria

IE01. Otimização da gestão orçamental e financeira: Esta iniciativa visa aperfeiçoar os mecanismos de planeamento, execução e controlo orçamental, assegurando uma utilização eficiente e racional dos recursos disponíveis. O impacto na perspetiva financeira reflete-se numa melhor execução do orçamento e numa diminuição da necessidade de reforços orçamentais. Na perspetiva dos processos internos, contribui para uma maior previsibilidade das operações e estabilidade financeira. Por fim, na perspetiva de crescimento e aprendizagem, permite canalizar recursos para a formação e inovação, potenciando a sustentabilidade organizacional.

IE02. Digitalização e automatização de processos administrativos: Esta iniciativa corresponde à implementação de sistemas digitais que substituem processos manuais, promovendo rapidez, rastreabilidade e redução de erros administrativos. Na perspetiva dos processos internos, traduz-se em maior eficiência e redução de prazos operacionais. Na perspetiva do utente, resulta em serviços mais céleres e transparentes. Por fim, na perspetiva de crescimento e aprendizagem, fomenta o desenvolvimento de competências digitais entre os profissionais.

IE03. Modernização da infraestrutura e dos meios operacionais: A modernização das infraestruturas, equipamentos e viaturas médicas visa reforçar a capacidade de resposta e a fiabilidade dos meios utilizados na prestação de cuidados e apoio operacional. Na perspetiva financeira, reduz custos de manutenção e desperdícios. Nos processos internos, melhora a disponibilidade e eficácia operacional. Na perspetiva do utente, traduz-se em maior qualidade e segurança dos serviços prestados. Por último, na perspetiva de crescimento e aprendizagem, estimula a adoção de novas tecnologias e práticas clínicas atualizadas.

IE04. Implementação de um sistema integrado de gestão hospitalar: Esta iniciativa propõe a criação de uma plataforma digital que centraliza informação clínica, administrativa e financeira, permitindo uma gestão mais eficiente e uma tomada de decisão baseada em dados. O impacto na perspetiva financeira advém do controlo rigoroso de custos e da melhoria da eficiência económica. Nos processos internos, facilita a comunicação e a coordenação entre serviços. Na perspetiva do utente, assegura um atendimento mais rápido e integrado. Por fim, na perspetiva de crescimento e aprendizagem, promove uma cultura de gestão baseada em evidências.

IE05. Reforço do planeamento e previsibilidade das operações de apoio: Esta iniciativa pretende otimizar o planeamento logístico e médico, reduzindo a frequência de pedidos urgentes e melhorando a coordenação operacional. O seu impacto é evidente na perspetiva financeira, através da redução de gastos imprevistos, e na perspetiva dos

processos internos, ao aumentar a capacidade de antecipação e organização das atividades.

IE06. Desenvolvimento de um programa de satisfação e feedback do utente: Visa implementar mecanismos regulares de recolha e análise de feedback por parte dos utentes, de modo a avaliar a perceção da qualidade dos serviços e identificar áreas de melhoria. Na perspetiva dos processos internos, permite ajustes orientados à satisfação real dos utilizadores, enquanto na perspetiva do utente, reforça a confiança e o sentimento de valorização.

IE07. Criação de um sistema de monitorização de indicadores de qualidade clínica e operacional: Esta iniciativa estabelece um sistema contínuo de recolha e análise KPI's, permitindo decisões fundamentadas. Na perspetiva financeira, favorece uma gestão orientada à eficiência e ao custo-benefício. Nos processos internos, identifica oportunidades de melhoria e otimiza fluxos. Para o utente, garante padrões mais elevados de qualidade e segurança. Na perspetiva de crescimento e aprendizagem, fomenta uma cultura de avaliação e melhoria contínua.

IE08. Formação contínua e certificação em emergências médicas: Consiste em promover programas de formação técnica (SIV, SAV, TCCC, SBV-DAE) que assegurem a atualização permanente das competências clínicas dos profissionais. Esta iniciativa tem impacto direto na perspetiva de crescimento e aprendizagem, elevando a qualificação técnica e operacional, e na perspetiva do utente, ao aumentar a qualidade e eficácia da resposta médica.

IE09. Programa de prevenção e gestão do burnout nos profissionais de saúde: Tem como objetivo reduzir os níveis de stress e exaustão emocional através de medidas de apoio psicológico e equilíbrio entre vida pessoal e profissional. O impacto é notório na perspetiva do utente, através de cuidados mais humanizados e empáticos, e na perspetiva de crescimento e aprendizagem, ao promover o bem-estar e a retenção de profissionais qualificados.

IE10. Incentivo à retenção e progressão na carreira militar de saúde: Esta iniciativa pretende reforçar a motivação e o compromisso dos profissionais através de programas de reconhecimento, progressão e valorização na carreira (como os Quadros Especiais de Saúde). O impacto principal verifica-se na perspetiva de crescimento e aprendizagem, ao aumentar o compromisso organizacional e reduzir a rotatividade do pessoal.

IE 11. Promoção da visibilidade institucional e cooperação com o setor civil: Trata-se de fomentar parcerias, eventos e colaborações com entidades civis, reforçando a imagem pública e a integração da organização militar no sistema de saúde nacional. Na perspectiva financeira, pode atrair apoios e sinergias externas. Na perspectiva do utente, melhora a integração dos serviços. Na de crescimento e aprendizagem, promove o intercâmbio de conhecimento e inovação.

IE12. Melhoria do tempo de resposta e do “Return to Readiness”: Esta iniciativa procura reduzir o tempo necessário para que um militar retorne à plena capacidade operacional após baixa médica, através de processos de reabilitação mais eficientes. O impacto ocorre nos processos internos, pela melhoria da gestão clínica e logística; no utente, pela recuperação mais célere; e na aprendizagem, pela atualização das práticas reabilitativas e de desempenho.

IE13. Implementação de um sistema de avaliação de desempenho e compromisso organizacional: Visa a criação de um modelo sistemático de avaliação de desempenho individual e coletivo, bem como do nível de compromisso dos profissionais com a missão institucional. Na perspectiva financeira, permite alinhar recompensas e incentivos com resultados. Nos processos internos, melhora a responsabilização e a eficiência. Na perspectiva de crescimento e aprendizagem, reforça a motivação e o desenvolvimento profissional.

IE14. Criação de uma cultura de inovação e melhoria contínua: A iniciativa pretende consolidar uma mentalidade organizacional orientada para a inovação, onde todos os profissionais participam ativamente na identificação e implementação de melhorias. O impacto nos processos internos traduz-se em maior flexibilidade e eficiência; na perspectiva do utente, resulta em serviços mais modernos e centrados na qualidade; e na de crescimento e aprendizagem, fomenta pensamento crítico e autonomia.

IE15. Reforço da interoperabilidade entre unidades e serviços de saúde militar: Tem como objetivo melhorar a articulação e a partilha de informação entre diferentes unidades e serviços, garantindo maior coerência e eficiência organizacional. Na perspectiva dos processos internos, promove uma melhor coordenação e reduz redundâncias; na do utente, assegura continuidade e integração dos cuidados; e na perspectiva de crescimento e aprendizagem, facilita a disseminação de conhecimento e boas práticas.

5.7 Implementação

Implementar um BSC dentro da DS, embora ofereça um potencial significativo para a melhoria da gestão estratégica e eficiência operacional não é isenta de desafios e obstáculos.

Uma das expectativas principais é que o BSC irá medir a performance para além das métricas financeiras e englobar áreas cruciais na prontidão militar como a prontidão sanitária, satisfação do utente e acesso a cuidados, sendo de especial importância para a DS, onde assegurar a qualidade dos cuidados e eficiência operacional são fulcrais para manter uma força saudável em prontidão (Priest, 2003).

No entanto para uma boa implementação desta ferramenta é necessário ter em conta a cultura organizacional, as dinâmicas de liderança e as complexidades técnicas, estas devem ser navegadas estrategicamente para assegurar uma boa adoção e eficiência a longo prazo, existindo o risco de, sem medidas proativas para resolver estes obstáculos, tornar o BSC num exercício teórico em vez de uma ferramenta de gestão da performance transformativa.

Um dos obstáculos para a implementação do BSC numa organização militar poderá ser a resistência à mudança, característica de organizações altamente hierárquicas e estratificadas, que embora confira um carácter de resiliência à organização, esta opção, mesmo que de uma forma inconsciente, a adoção de novos procedimentos e metodologias. Mesmo no caso de organizações de saúde civis, devido ao habitual grau de autonomia dos profissionais de saúde, esta pode ser vista como um método de controlo intrusivo e não uma ferramenta de melhoria estratégica (Betto et al., 2022).

A implementação bem-sucedida de um BSC necessita de um sistema de informação robusto capaz de fornecer dados de uma forma precisa, consistente e atempada, num formato passível de ser analisado e reportado. Sem estas capacidades de monitorizar, analisar e adaptar com base nas métricas do BSC esta estará seriamente comprometida e não irá corresponder às necessidades esperadas do mesmo.

Para se assegurar uma correta adoção do BSC é necessário existir um verdadeiro alinhamento estratégico de toda a instituição Exército, para tal é necessário a aprovação dos escalões superiores sob a forma de uma proposta concreta para a viabilização do mesmo. Para ultrapassar estes desafios é necessário não só pensamento estratégico, mas um comprometimento a longo prazo na criação de uma cultura organizacional de aprendizagem e melhoria contínua que aceite de braços abertos esta ferramenta.

Capítulo 6 - Conclusões

6.1 Conclusões do projeto

A implementação dentro de uma organização como o Exército português, na forma da DS, representa um imperativo estratégico apontado à criação de um sistema compreensivo, estrategicamente alinhado à operacionalidade eficiente da prestação de cuidados de saúde.

O valor inerente do BSC situa-se na sua habilidade de transcender métricas puramente financeiras, e oferecer uma estrutura de trabalho holística que integre diferentes perspetivas como o cuidado com a satisfação do utente, processos internos e o crescimento e aprendizagem dos profissionais de saúde, assegurando a prontidão geral e o bem-estar das forças.

O resultado final deste trabalho dá uma importância superior às perspetivas dos Processos Internos e do Crescimento e Aprendizagem, no entanto, embora possa parecer desadequado a uma organização de saúde, podemos justificar o facto realçando que as duas perspetivas previamente mencionadas têm um impacto indireto mas condutor à melhoria da prestação de cuidados de saúde, podendo desta forma a perspetiva do Utente conter as métricas que impactem diretamente, quer sejam estes o tempo de retorno às funções ou avaliação do serviço prestado.

Este trabalho gerou um BSC com 10 objetivos estratégicos, 24 indicadores de performance e 15 iniciativas estratégicas, representando uma tendência evolucionária para o alinhamento com a missão e a visão da organização e desta forma ligar de uma forma clara o centro operacional e a estratégia a nível superior.

Ao inserir o BSC como uma ferramenta dinâmica que adapta e molda continuamente a organização numa entidade focada na estratégia, a DS do Exército Português pode alavancar esta estrutura para navegar a sua missão complexa, otimizar a prestação de cuidados de saúde e contribuir de uma forma contínua para a prontidão e bem-estar dos militares.

6.2 Limitações

A maior restrição na execução deste projeto reside na dimensão e dispersão das várias unidades dependentes da DS e na incapacidade de poder entrevistar mais intervenientes.

Outra limitação é o facto de a DS ter mais componentes para além da saúde operacional, ou seja, a criação de um BSC para a saúde operacional é limitativa tendo em conta as outras vertentes da organização, como a defesa biológica e química, os serviços de medicina veterinária, o controlo alimentar e a componente da saúde assistencial.

Por último, este processo baseia-se na conceção de um BSC a partir do zero numa organização onde já existe reporte de informação e indicadores embora de uma forma dispersa e não uniformizada, representando um desafio na identificação e aproveitamento de indicadores já existentes.

6.3 Oportunidades de trabalhos futuros

Seguindo o fio condutor das limitações do projeto, a criação de um verdadeiro BSC corporativo que retrate em tempo real plenitude da DS e do desdobramento pelas suas várias dimensões em BSC operacionais, poderá criar uma ferramenta de controle de gestão mais robusta e descentralizada.

No entanto, um projeto desta dimensão irá envolver desafios significativos na análise e criação de indicadores de desempenho verdadeiramente adequados a cada perspetiva para cada componente.

Para tal será necessária a total coordenação da DS, bem como do Comando do Pessoal para desta forma garantir a adesão e implementação correta da ferramenta.

Capítulo 7 - Referências Bibliográficas

- Adirim, T. (2019). A military health system for the twenty-first century. In *Health Affairs* (Vol. 38, Issue 8, pp. 1268–1273). Project HOPE. <https://doi.org/10.1377/hlthaff.2019.00302>
- Al-Hanawi, M. K. (2018). Balanced scorecard method for healthcare quality improvement: A critical analysis. *International Journal of Healthcare*, 4(2), 58. <https://doi.org/10.5430/ijh.v4n2p58>
- Amer, F., Hammoud, S., Khatatbeh, H., Lohner, S., Boncz, I., & Endrei, D. (2022). The deployment of balanced scorecard in health care organizations: is it beneficial? A systematic review. *BMC Health Services Research*, 22(1). <https://doi.org/10.1186/s12913-021-07452-7>
- Ayemoba, O., Adekanye, U., Iroezindu, M., Onoh, I., Lawal, I., Suleiman, A., Joshua, S., Ogundeji, A., Adamu, Y., Ugandem-Okonkwo, D., Owolabi, F., Atang, M., Nwagbara, G., Musa, Y., Odeyemi, S., Amosu, A., Okoye, I., Ahmed, Y., Nalazai, J., ... Okeji, N. (2022). The Nigerian Military Public Health Response to COVID-19: A 14-Month Appraisal. *Health Security*, 20(3), 203–211. <https://doi.org/10.1089/hs.2021.0143>
- Baird, M. D., Madha, E. S., Arnaouti, M., Cahill, G. L., Hewa Kodikarage, S. N., Harris, R. E., Murphy, T. P., Bartel, M. C., Rich, E. L., Pathirana, Y. G., Kim, E., Bain, P. A., Alswaiti, G. T., Ratnayake, A. S., Worlton, T. J., Joseph, M. N., & Group, I. S. R. (2024). Global assessment of military and civilian trauma systems integration: a scoping review. *International Journal of Surgery*, 110(6). https://journals.lww.com/international-journal-of-surgery/fulltext/2024/06000/global_assessment_of_military_and_civilian_trauma.49.aspx
- Barbazza, E., Klazinga, N. S., & Kringos, D. S. (2021). Exploring the actionability of healthcare performance indicators for quality of care: A qualitative analysis of the literature, expert opinion and user experience. In *BMJ Quality and Safety* (Vol. 30, Issue 12, pp. 1010–1020). BMJ Publishing Group. <https://doi.org/10.1136/bmjqs-2020-011247>
- Barchiesi, M. A., & Fronzetti Colladon, A. (2021). Big data and big values: When companies need to rethink themselves. *Journal of Business Research*, 129, 714–722. <https://doi.org/10.1016/j.jbusres.2019.10.046>
- Betto, F., Sardi, A., Garengo, P., & Sorano, E. (2022). The Evolution of Balanced Scorecard in Healthcare: A Systematic Review of Its Design, Implementation, Use, and Review. In *International Journal of Environmental Research and Public Health* (Vol. 19, Issue 16). MDPI. <https://doi.org/10.3390/ijerph191610291>

- Brehmer, B. (2000). Dynamic Decision Making in Command and Control. In *The Human in Command* (pp. 233–248). Springer US.
https://doi.org/10.1007/978-1-4615-4229-2_16
- Cameron, K. S.(2005). *Diagnosing and Changing Organizational Culture : Based on the Competing Values Framework*. John Wiley & Sons.
- Catuogno, S., Arena, C., Saggese, S., & Sarto, F. (2017). Balanced performance measurement in research hospitals: The participative case study of a haematology department. *BMC Health Services Research*, 17(1). <https://doi.org/10.1186/s12913-017-2479-6>
- Chalid, L., Lannai, D., & Basalamah, M. S. A. (2021). Performance Measurement Through Balanced Scorecard Approach. *Jurnal Manajemen Bisnis*, 8(2), 352–359. <https://doi.org/10.33096/jmb.v8i2.127>
- Crytzer, M. L. (2019). Caring for Military Veterans in the Community: An Interprofessional Approach. *Journal of Community Health Nursing*, 36(2), 57–64. <https://doi.org/10.1080/07370016.2019.1583839>
- da Costa Ferreira, A. M. S. (2017). How managers use the balanced scorecard to support strategy implementation and formulation processes. *Tékhne*, 15(1), 2–15. <https://doi.org/10.1016/j.tekhne.2017.04.001>
- D'angelo, M. R., Seibert, D., Welder, M. D., Cervero, R. M., & Durning, S. J. (2019). Decoding readiness: Towards a ready military healthcare force. In *Military Medicine* (Vol. 184, Issues 5–6, pp. 122–126). Oxford University Press. <https://doi.org/10.1093/milmed/usy419>
- Fadel, S., Rouaski, K., Challal, M., & Bouaicha, H. (2021). The Balanced Scorecard (BSC) as a Multidimensional Performance Measurement System Tool: Case the Company of Algeria Post. *Financial Markets, Institutions and Risks*, 5(4). [https://doi.org/10.21272/fmir.5\(4\).87-105.2021](https://doi.org/10.21272/fmir.5(4).87-105.2021)
- Gonzalez-Sanchez, M. B., Broccardo, L., & Martins Pires, A. M. (2018). The use and design of the BSC in the health care sector: A systematic literature review for Italy, Spain, and Portugal. In *International Journal of Health Planning and Management* (Vol. 33, Issue 1, pp. 6–30). John Wiley and Sons Ltd. <https://doi.org/10.1002/hpm.2415>
- Grigoroudis, E., Orfanoudaki, E., & Zopounidis, C. (2012). Strategic performance measurement in a healthcare organisation: A multiple criteria approach based on balanced scorecard. *Omega*, 40(1), 104–119. <https://doi.org/10.1016/j.omega.2011.04.001>
- Gurd, B., & Gao, T. (2007). Lives in the balance: An analysis of the balanced scorecard (BSC) in healthcare organizations. *International Journal of*

- Productivity and Performance Management*, 57(1), 6–21.
<https://doi.org/10.1108/17410400810841209>
- Harihayati, T., Lubis, R., Atin, S., & Widiyanti, U. D. (2018). The company's performance assessment using balanced scorecard. *IOP Conference Series: Materials Science and Engineering*, 407(1).
<https://doi.org/10.1088/1757-899X/407/1/012067>
- Hutter, P. J., Roski, J., Woodson, J., Middleton, A., Kneeland, R., Worthy, A., Zitelman, D., Trinh, T., Cruz, S. Dela, & Cooper, E. (2019). Readiness of medical providers in the military health system: Overview of operational and policy considerations. In *Health Affairs* (Vol. 38, Issue 8, pp. 1274–1280). Project HOPE. <https://doi.org/10.1377/hlthaff.2019.00336>
- Inamdar, N., Kaplan, R. S., & Bower, M. (2002). Applying the balanced scorecard in healthcare provider organizations. *Journal of Healthcare Management / American College of Healthcare Executives*, 47(3), 179–195; discussion 195-6.
- Irala, L. R. (2007). Performance Measurement Using Balanced Score Card. *SSRN Electronic Journal*.
<https://doi.org/https://doi.org/10.2139/ssrn.980691>
- Ivančík, R., & Necas, P. (2012). System of Balanced Scorecard and its Implementation in Management of Norwegian Air Force and other Military Organizations. *INCAS BULLETIN*, 4, 141–150.
<https://doi.org/10.13111/2066-8201.2012.4.4.13>
- Jones, M., Valentino, A., Castro, R., Fernandes, M., & McGuinn, J. (2018). *Sustainability of Health Systems*.
<https://doi.org/https://www.europarl.europa.eu/committees/en/supporting-analyses/sa-highlights>
- Kaplan, R. S., & Norton, D. P. (1996a). Using the Balanced Scorecard as a Strategic Management System. *Harvard Business Review*, 74(1), 75–85.
- Kaplan, R. S., & Norton, D. P. (1996b). strategic learning & the balanced scorecard. In *Strategy & Leadership* (Vol. 24, Issue 5, pp. 18–24).
<https://doi.org/10.1108/eb054566>
- Kaplan, R. S., & Norton, D. P. (1998). Putting the Balanced Scorecard to Work. In *The Economic Impact of Knowledge* (pp. 315–324). Elsevier.
<https://doi.org/10.1016/B978-0-7506-7009-8.50023-9>
- Kaplan, R. S., & Norton, D. P. (2001). Transforming the Balanced Scorecard from Performance Measurement to Strategic Management: Part II. *Accounting Horizons*, 15(2), 147–160.
<https://doi.org/10.2308/acch.2001.15.2.147>

- Kaplan, R. S., & Norton, D. P. (2006). *The balanced scorecard : translating strategy into action*. Harvard Business School Press.
- Kaplan, R. S., & Norton, D. P. (2008). *The execution premium : linking strategy to operations for competitive advantage*. Harvard Business Press.
- Khan, S. H., Kureshi, N., Aslam, M. S., & Rafique, S. (2023). Balance scorecard (BSC): Incorporating “Key performance indicators” (KPI) in the Evaluation of the Healthcare System. In *Pakistan Armed Forces Medical Journal* (Vol. 73, Issue 6, pp. 1727–1732). Army Medical College.
<https://doi.org/10.51253/pafmj.v73i6.8649>
- Liu, J.-Y. (2018). An Internal Control System that Includes Corporate Social Responsibility for Social Sustainability in the New Era. *Sustainability*, 10(10), 3382. <https://doi.org/10.3390/su10103382>
- Malish, R., Allen, S., Arroyo-Cazurro, M. A., Geslak, K. M., Hacker, J. B., Hall, B. T., Ingram, J. C., Stokoe, S. J., & Whiddon, M. S. (2023). Pivoting to the QUAD AIM—Lessons Learned From the Central Texas Market. *Military Medicine*, 188(3–4), e797–e803. <https://doi.org/10.1093/milmed/usab336>
- McDonald, B. (2012). *A Review of the Use of the Balanced Scorecard in Healthcare*. BMcD consulting.
- Ministry of Defense. (2002). *Defence Balanced Scorecard: Strategic Implementation Report*. United Kingdom, Ministry of Defence.
- Mintzberg, H. (1983). *Structure in fives: Designing effective organizations*. Prentice-Hall, Inc.
- Mongeau, S. W. (2008). USAF Dental Readiness Classifications and Caries-Risk Assessment. *Military Medicine*, 173(Supplement_1), 42–47.
https://doi.org/10.7205/MILMED.173.Supplement_1.42
- Naaranoja, M., Haapalainen, P., & Lonka, H. (2007). Strategic management tools in projects case construction project. *International Journal of Project Management*, 25(7), 659–665.
<https://doi.org/10.1016/j.ijproman.2007.04.002>
- OECD. (2022). *Health at a Glance: Europe 2022: State of Health in the EU Cycle*. OECD Publishing. <https://doi.org/10.1787/507433b0-en>
- Park, E.-J., & Huber, D. L. (2007). Balanced Scorecards for Performance Management. *JONA: The Journal of Nursing Administration*, 37(1).
https://journals.lww.com/jonajournal/fulltext/2007/01000/balanced_scorecards_for_performance_management.4.aspx
- Pierce, E. (2022). A Balanced Scorecard for Maximizing Data Performance. *Frontiers in Big Data*, 5. <https://doi.org/10.3389/fdata.2022.821103>

- Priest, C. (2003). *Developing the Military Health System Balanced Scorecard: The Strategic Planning Process*. 254.
- Roark, G. A., & Tucker, S. L. (1997). Marketing: Applications in a Military Health Care Setting. *Military Medicine*, 162(8), 543–547.
<https://doi.org/10.1093/milmed/162.8.543>
- Sandler, K. M., & Galvin, T. P. (2020). Leading Change in Military Organizations: Primer for Senior Leaders. *Naval War College Review*, 73(3).
- Schwartz J. (2005). The Balanced Scorecard versus Total Quality Management: which is better for your organization? *Military Medicine*, 170(10), 855–858.
- Soares, J., Letens, G., Vallet, N., Van Bockhaven, W., Keathley-Herring, H., & Van Aken, E. (2021). The defence performance measurement framework: measuring the performance of defence organisations at the strategic level. *Defence Studies*, 22, 1–24.
<https://doi.org/10.1080/14702436.2021.1994394>
- Tanielian, T., & Farmer, C. (2019). The US military health system: Promoting readiness and providing health care. In *Health Affairs* (Vol. 38, Issue 8, pp. 1259–1267). Project HOPE. <https://doi.org/10.1377/hlthaff.2019.00239>
- Tanielian, T., Woldetsadik, M. A., Jaycox, L. H., Batka, C., Moen, S., Farmer, C., & Engel, C. C. (2016). Barriers to Engaging Service Members in Mental Health Care Within the U.S. Military Health System. *Psychiatric Services*, 67(7), 718–727. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.201500237>
- Thomas, B. (2021). *Preparing for the Future of Combat Casualty Care: Opportunities to Refine the Military Health System's Alignment with the National Defense Strategy*. RAND Corporation. <https://doi.org/10.7249/RR-A713-1>
- van de Ven, M., Lara Machado, P., Athanasopoulou, A., Aysolmaz, B., & Turetken, O. (2023). Key performance indicators for business models: a systematic review and catalog. *Information Systems and E-Business Management*, 21(3), 753–794. <https://doi.org/10.1007/s10257-023-00650-2>
- Wanderley, C., Cullen, J., & Tsamenyi, M. (2021). The unfolding rationales surrounding management accounting innovations: a balanced scorecard case. *Accounting, Auditing and Accountability Journal*, ahead-of-print.
<https://doi.org/10.1108/AAAJ-05-2019-4001>
- Wanderley, C. de A., Cullen, J., & Tsamenyi, M. (2022). The unfolding rationales surrounding management accounting innovations: a balanced scorecard case. *Accounting, Auditing & Accountability Journal*, 35(5), 1212–1238.
<https://doi.org/10.1108/AAAJ-05-2019-4001>

Ziegel, E. R., Kaplan, R., & Norton, D. (1998). The Balanced Scorecard.
Technometrics, 40(3), 266. <https://doi.org/10.2307/1271199>

Anexos

Anexo A: Questionário OCAI

AVALIAÇÃO DOS MODELOS DE GESTÃO INSTRUÇÕES

Cada item apresenta quatro descrições de organizações. Distribua 100 pontos pelas quatro descrições tendo em conta a semelhança da descrição apresentada com a da sua organização. Nenhuma das descrições é melhor do que as outras, são apenas diferentes. Para cada questão, utilize o máximo de 100 pontos.

Na questão 1, por exemplo, se a organização A parece similar à sua, se a B parece um pouco semelhante e se a C e a D não são nada parecidas, pode atribuir 70 pontos à A e dar os restantes 30 à B.

QUESTIONÁRIO SOBRE MODELOS DE GESTÃO

1. Características dominantes (distribua 100 pontos)

a) A organização de saúde A é muito pessoal. É como uma grande família. As pessoas estão dispostas a partilhar os seus problemas.

b) A organização de saúde B é muito dinâmica e empreendedora. As pessoas estão dispostas a correr riscos.

c) A organização de saúde C é muito estruturada e formalizada. Os procedimentos burocráticos regem normalmente o que as pessoas fazem.

d) A organização de saúde D está muito orientada para os resultados. A maior preocupação consiste nos resultados/números alcançados. Os indivíduos são orientados para o desempenho e produtividade.

2. Líder organizacional (distribua 100 pontos)

a) O líder da organização de saúde A é geralmente considerado como sendo um mentor, um facilitador, uma pessoa atenta aos problemas humanos do seu pessoal.

b) O líder da organização de saúde B é geralmente considerado como um empreendedor, um inovador ou um indivíduo que aceita desafios.

c) O líder da organização de saúde C é normalmente designado como sendo um coordenador, um organizador ou um profissional eficiente.

d) O líder da organização D é de uma maneira geral considerado como um grande diretor, produtivo e competitivo, orientado para os resultados.

3. Princípio organizacional (distribua 100 pontos)

a) A base sobre a qual se mantém a organização A, é a lealdade e a implicação. A coesão e o trabalho de equipa são característicos desta organização.

b) A base sobre a qual se mantém a organização B é a preocupação com o desenvolvimento e inovação.

c) Os princípios que regem a organização C são os princípios formais, regras e procedimentos detalhados. É importante manter um funcionamento regular.

d) A preocupação com a produção e a consecução de objetivos, são os princípios fundamentais que regem a organização D. Enfatiza-se um posicionamento centrado nos números/resultados.

4. Clima organizacional (distribua 100 pontos).

a) O clima da organização A é agradável e participativo. Existe uma grande abertura e confiança.

b) O clima da organização B caracteriza-se pela inovação, criatividade e vontade de enfrentar novos desafios. Privilegia-se a mudança e o desenvolvimento.

c) O clima da organização C caracteriza-se pelo rigor e clareza. Os procedimentos são claros.

d) O clima da organização D é competitivo e conflituoso. Dá-se ênfase aos resultados alcançados

5. Critérios de sucesso (distribua 100 pontos)

e) A organização A define o sucesso com base no desenvolvimento dos recursos humanos, no trabalho em equipa e na preocupação com as pessoas.

f) A organização B define o sucesso com base na posse de competências únicas e capacidade de desenvolver ações que outros serviços similares não fazem. É inovadora e em certas áreas de atuação é referenciada como a melhor do género em Portugal.

g) A organização C define o sucesso com base na manutenção da atividade diária, evitando sobressaltos. O cumprimento das normas e rotinas é assegurado e são os pontos chave desta organização.

h) A organização D determina o sucesso com base no número de atos praticados e no número de doentes tratados. Os objetivos numéricos a alcançar norteiam toda a atividade do serviço.

6. Estilo de Gestão (distribua 100 pontos)

a) O estilo de gestão na organização A é caracterizado pelo trabalho de equipa, consenso e participação.

b) O estilo de gestão na organização B caracteriza-se pela iniciativa individual, inovação, liberdade e originalidade.

c) O estilo de gestão na organização C é caracterizado pela manutenção da atividade normal sem sobressaltos, cumprimento das rotinas e assegurando a previsibilidade.

d) O estilo de gestão na organização D é caracterizado por uma forte competitividade, produção e desempenho centrado nos resultados.

Anexo B: Guião de entrevista

Guião de entrevista para a recolha de dados subordinada ao tema: Elaboração de um Balanced Scorecard específico para a Saúde Operacional

Parte I: Introdução

Explicar brevemente o propósito da entrevista: recolher informação para a elaboração de um BSC que melhor reflita a prestação de cuidados ao nível da Saúde Operacional.

Assegurar a confidencialidade e o uso ético da informação fornecida.

Explicar a estrutura da entrevista com base nas quatro perspetivas do BSC.

Parte II: Questões

A. Perspetiva financeira

Foco: Utilização de recursos, custo-efetividade e sustentabilidade financeira.

Questões:

1. Quais os desafios orçamentais relativos à prestação de cuidados de saúde no âmbito da saúde operacional?
2. Como é que os recursos são atualmente distribuídos pelas várias unidades e estruturas de Saúde?
3. Quais os custos que têm um maior impacto na prestação de cuidados?
4. Como é que a performance financeira relativamente à prestação de cuidados de saúde é reportada?
5. Existem oportunidades para o aumento de eficiência na utilização de recurso na saúde operacional?
6. Quais são as métricas que melhor refletem financeiramente o custo-eficiência da saúde operacional?

B. Perspetiva dos utentes

Foco: Satisfação do utente, acesso a cuidados e outcomes em saúde dos militares.

Questões:

1. Quais são as necessidades principais e as expectativas dos militares em relação à saúde operacional?
2. Quão satisfeito acha que um militar se encontra com a acessibilidade à prestação de cuidados de saúde dentro da saúde operacional?
3. Como é que se mede atualmente a satisfação de um utente em âmbito operacional? Acha que esses indicadores são adequados?
4. Quais são os desafios específicos na prestação de cuidados de saúde em TO?
5. Como é se pode assegurar um acesso equitativo a todos os militares independentemente do posto e localização?
6. Quais são os outcomes que devem ser monitorizados para militares que recebem cuidados de saúde no âmbito operacional?
7. Da sua perspetiva, como é que podemos melhorar a experiência do utente e construir confiança ao nível da saúde operacional?

C. Perspetiva dos Processos internos

Foco: Eficiência, qualidade e eficácia dos processos envolvidos na saúde operacional.

Questões:

1. Quais são os processos críticos envolvidos na prestação de cuidados da saúde operacional (triagem, evacuação, tratamento, logística)?
2. Quão eficientes e eficazes são estes processos?
3. Quais os maiores desafios e obstáculos à prestação de cuidados na saúde operacional?
4. Como é que podemos assegurar a qualidade e segurança em ambiente de saúde operacional?
5. Como é que se integra o treino para a prontidão medica/clínica nos processos da saúde operacional?

6. Quão bem esta a coordenação com os diferentes patamares de cuidados na saúde operacional (USTI, USTII, HFAR, ROLEs)?
7. Quais as tecnologia e inovações que poderão au mentar a eficiência e eficácia da saúde operacional?

D. Perspetiva de crescimento e aprendizagem

Foco: Treino, inovação, cultura organizacional que suporta a excelência da saúde operacional.

Questões:

1. Quais as formações/treino e oportunidades de desenvolvimento disponíveis para os prestadores da saúde operacional?
2. Como é que asseguramos que os prestadores de cuidados têm capacidades e competências para ir de encontro às necessidades da saúde operacional?
3. Como é que se pode estimular uma cultura de desenvolvimento continuo e melhorai dentro da Direção de Saúde?
4. Como é que encorajamos a inovação e a adoção de novas tecnologias e procedimentos na saúde operacional?
5. Como podemos assegurar a eficiência do treino dos profissionais envolvidos na saúde operacional?
6. Como é que retemos e atraímos profissionais de saúde no Exército?

Parte III: Questões gerais

1. Quais são os maiores desafios que a Direção de Saúde enfrenta na prestação de cuidados de saúde de natureza operacional?
2. Quais são as prioridades chave para a Direção de Saúde nos próximos 3-5 anos?
3. Quais são os indicadores de performance que deverão ser incluídos no BSC?
4. Quais os stakeholders que deverão ser incluídos para a elaboração do BSC?

Parte IV: Conclusão

Agradecer o entrevistado pelo seu tempo e contributos.

Explicar os próximos passos no desenvolvimento do BSC.

Oferecer para partilhar o modelo final do BSC e solicitar contributos futuros.