



ASSOCIAÇÃO DE POLITÉCNICOS DO NORTE (APNOR)
INSTITUTO POLITÉCNICO DE BRAGANÇA

**A INFLUÊNCIA DA PANDEMIA NA GESTÃO ESTRATÉGICA: ESTUDO
DE CASO NA UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DO NORDESTE**

Tatiana Maria Vilas Boas Gonçalves

Relatório de estágio apresentado ao Instituto Politécnico de Bragança para
obtenção do Grau de Mestre em Gestão das Organizações, Ramo de Gestão de
Empresas

Orientada por

Professora Doutora Jessica Ferreira

Versão Final

Bragança, dezembro, 2023



Instituto Politécnico
de Viana do Castelo

ASSOCIAÇÃO DE POLITÉCNICOS DO NORTE (APNOR)
INSTITUTO POLITÉCNICO DE BRAGANÇA

**A INFLUÊNCIA DA PANDEMIA NA GESTÃO ESTRATÉGICA: ESTUDO
DE CASO NA UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DO NORDESTE**

Tatiana Maria Vilas Boas Gonçalves

Relatório de estágio apresentado ao Instituto Politécnico de Bragança para
obtenção do Grau de Mestre em Gestão das Organizações, Ramo de Gestão de
Empresas

Orientada por

Professora Doutora Jessica Ferreira

Bragança, dezembro de 2023

Resumo

Durante a pandemia, tudo foi afetado, desde pessoas a empresas. Claramente, os hospitais não poderiam ficar indiferentes, sendo aqueles que passaram e passam pelos maiores desafios. Assim, seria interessante estudar como a pandemia veio a afetar esse setor e de que forma os hospitais se adaptaram à nova realidade.

Com o intuito de aprofundar os conhecimentos adquiridos ao longo do período académico, foi realizado um estágio curricular no Gabinete de Planeamento e Controlo (GPC) da Unidade Local de Saúde do Nordeste (ULSNE).

O tema escolhido passa pelo estudo da influência da COVID-19 na ULSNE para perceber quais os principais desafios sentidos pela instituição e de que forma se adaptou. Para isso, foi definida a problemática de investigação, concretamente qual a influência da pandemia na gestão estratégica? Visando identificar de que forma a COVID-19 influenciou a gestão estratégica da ULSNE, analisando os desafios e oportunidades que surgiram desse período.

Este estudo foca-se numa metodologia mista (MM), i.e., qualitativa e quantitativa. Os dados utilizados serão de origem primária e secundária, especificamente as fontes primárias recaíram em entrevistas semiestruturadas com o Conselho de Administração (CA) e, as fontes secundárias passaram pela recolha e análise de relatórios de contas e pesquisa em plataformas digitais.

Os resultados do estudo confirmam impactos bastante significativos na área da saúde, onde a ULSNE não foi exceção. Foi um período complicado onde sem a dedicação dos profissionais de saúde seria impossível. As horas trabalhadas aumentaram, traduzindo-se num aumento de stress e cansaço dos profissionais, a atividade programada foi suspensa provocando um aumento nas listas de espera, as idas às urgências diminuíram nos primeiros tempos, os indicadores de qualidade e eficiência foram bastante afetados e os gastos para a compra de equipamentos de proteção, ventiladores, entre outros, não estavam contemplados no plano orçamental aumentaram levando a um aumento na dívida.

Palavras-chave: Gestão estratégica, COVID-19, Gestão Hospitalar, Planeamento e controlo

Abstract

During the pandemic, everything was affected, from people to businesses. Hospitals could not remain indifferent, being those who have been and are facing the most significant challenges. Thus, it would be interesting to study how the pandemic affected this sector and how hospitals adapted to the new reality.

A curricular internship was carried out in the planning and control office (PCO) of the *Unidade Local de saúde do Nordeste* (ULSNE) to deepen the knowledge acquired during the academic period.

The chosen theme is to study the impact of COVID-19 on the ULSNE to understand the main challenges faced by the institution and how it has adapted. For this purpose, a research problem was defined, what is the impact of the pandemic on strategic management? To identify the impact of COVID-19 on the strategic management of ULSNE, analysing the challenges and opportunities that emerged from this period.

This study focuses on a qualitative and quantitative methodology. The data used will be primary and secondary origins. Specifically, the primary sources will be interviews with the board of directors (BOD). The secondary sources will collect and analyse account reports and digital research platforms.

The results of the study confirm very significant impacts in the health sector, where ULSNE was no exception. It was a complicated period where without the dedication of health professionals it would be impossible. The hours worked increased, resulting in increased stress and tiredness of professionals, the scheduled activity was suspended, causing an increase in waiting lists, emergency room visits decreased in the early days, quality and efficiency indicators were greatly affected and expenses for the purchase of protective equipment, ventilators, among others, were not contemplated in the budget plan increased, causing the debt to rise.

Keywords: Strategic management, COVID-19, hospital management, planning and control

Agradecimentos

Este relatório de estágio representa um o alcançar de mais um objetivo importante na minha vida, e, por isso, não poderia deixar de agradecer a todos aqueles que me acompanharam e me apoiaram direta ou indiretamente durante toda esta jornada que está prestes a terminar.

Em primeiro lugar, à minha orientadora, Professora Doutora Jessica Ferreira que me acompanhou em todo este caminho com toda a sua disponibilidade, apoio, conhecimento transmitido e por todas as ideias sugeridas que enriqueceram todo o trabalho.

À minha orientadora da entidade de estágio, Dra. Sofia Rodrigues, pelo acompanhamento e pela confiança transmitida ao longo do período de estágio. A toda a equipa do gabinete de planeamento e controlo pela ajuda prestada e pelos conhecimentos transmitidos e às entrevistadas pela sinceridade, simpatia e disponibilidade na realização das entrevistas fundamentais para este estudo.

Ao meu namorado, por toda a compreensão, paciência e por acreditar sempre em mim, por me incentivar a lutar por todos os meus objetivos e nunca me deixar desistir.

Por último, mas não menos importante, agradeço à minha família, que sempre me apoiou e me incentivou sempre durante todo este percurso, acreditando sempre em mim.

A todos aqueles que de alguma forma contribuíram para que isto fosse possível.

Muito obrigada!

Lista de Acrónimos e Siglas

ACES- Agrupamento de Centros de Saúde

ACSS- Administração Central do Sistema de Saúde

APAH- Associação Portuguesa de Administradores Hospitalares

ARS- Administração Regional de Saúde

BI-CSP - Bilhete de Identidade dos Cuidados de Saúde Primários

BI- Bilhete de Identidade

BO- Bloco Operatório

CA- Conselho de Administração

CMVMC- Custos das Mercadorias Vendidas e das Matérias Consumidas

CNS- Conselho Nacional de Saúde

CP- Contrato Programa

CSH- Cuidados de Saúde Hospitalares

CSP- Cuidados de Saúde Primários

DPOC- Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica

EBITDA- Lucros antes dos Juros, Impostos, Depreciação e Amortização

ETC- Equivalente em Tempo Completo

E.P.E- Entidade Pública Empresarial

FSE- Fornecimentos e Serviços Externos

GCD- Grande Categoria de Diagnóstico

GDH- Grupos de Diagnósticos Homogéneos

GPC- Gabinete de Planeamento e Controlo

GRH- Gestão de Recursos Humanos

ID- Índice de Desempenho

IDG- Índice de Desempenho Global

LEC- Lista de Espera para Consulta

LIC- Lista de Inscritos para Cirurgia

MCDT- Meios Complementares de Diagnóstico e Terapêutica

MM- Metodologia Mista

OMS- Organização Mundial de Saúde

OPSS- Observatório Português dos Sistemas de Saúde

PAO- Plano de Atividades e Orçamento

RH- Recursos Humanos

RNCCI- Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados

RSE- Registo de Saúde Eletrónico

SICA- Sistema de Informação para Contratualização e Acompanhamento

SIGA- Sistema Integrado de Gestão do Acesso

SNS- Sistema Nacional de Saúde

SONHO- Sistema Integrado de Informação Hospitalar

SU- Serviço de Urgência

SUB- Serviço de Urgência Básica

SUMC- Serviço de Urgência Médico-Cirúrgica

SWOT- *Strengths, Weaknesses, Opportunities, Threats*

TE- Tempo de Espera

TMRG- Tempos Máximos de Resposta Garantidos

UCC- Unidade de Cuidados da Comunidade

UCI- Unidade de Cuidados Intensivos

UCSP- Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados

UDEP- Unidade do Doente de Evolução Prolongada

UF- Unidade Funcional

ULS- Unidade Local de Saúde

ULSNE- Unidade Local de Saúde do Nordeste

UM- Unidade de Medida

USF- Unidade de Saúde Familiar

Índice Geral

Índice Geral	ix
Índice de Figuras	xii
Índice de Tabelas	xiii
Introdução.....	1
1. Enquadramento Teórico.....	3
1.1 Sistema Nacional de Saúde	3
1.2 Conceito de Gestão Estratégica.....	4
1.3 Gestão de Processos Hospitalares e Influência da COVID-19.....	6
1.4 Contratualização nos Cuidados de Saúde.....	7
1.5 Contrato Programa	9
2. Instituição de Estágio Curricular	10
2.1 Unidade Local de Saúde do Nordeste	10
2.1.1 Cuidados de saúde Primários	11
2.1.2 Cuidados de Saúde Hospitalares.....	11
2.1.3 Cuidados Continuados	12
2.2 Análise <i>SWOT</i> da Instituição.....	12
2.3 Organograma	13
3. Atividades Desenvolvidas no Estágio Curricular.....	15
3.1 Programas e Plataformas Utilizadas	16
3.1.1 SICA	16
3.1.2 BI-CSP.....	16
3.1.3 <i>Provision</i>	17
3.1.4 SONHO	17
3.2 Tarefas Desempenhadas Durante o Estágio	18
3.2.1 Mapas de Negociação.....	18
3.2.2 Relatórios de Contas e Análise de Custos.....	19
3.2.3 Plano de Atividades e Orçamento e Contratualização Interna	19
3.2.4 Contabilidade Analítica.....	20
3.2.5 Reuniões dos CSP	21

4. Metodologia de Investigação.....	23
4.1 Metodologia Mista	24
4.2 Técnicas de Recolha de Dados	Erro! Marcador não definido.
4.3 Procedimento de Análise de Dados.....	26
4.4 Variáveis Analisadas	27
5. Análise e Tratamento de Dados Quantitativos.....	29
5.1 Recursos Humanos	30
5.2 Consultas Externas	30
5.3 Bloco Operatório	32
5.4 Internamento	34
5.5 Urgência	36
5.6 Indicadores de Qualidade e Eficiência	37
5.6.1 Acesso.....	38
5.6.2 Desempenho Assistencial.....	39
5.6.3 Desempenho Económico-Financeiro	40
5.6.4 Resultados em Internamentos, Consultas Hospitalares e Urgências Evitáveis	42
5.6.5 Desempenho do Serviço de Urgência	43
5.6.6 Índice de Desempenho Global	43
5.7 Prestação de Contas.....	44
5.7.1 Indicadores Económico-financeiros	44
5.7.2 Análise de Gastos	46
5.7.3 Análise dos Rendimentos.....	51
5.7.4 Evolução Financeira.....	52
6. Análise e Tratamento de Dados Qualitativos.....	56
7. Discussão de Resultados.....	62
Conclusões, Limitações e Futuras Linhas de Investigação	65
Referências Bibliográficas	67
Anexos.....	71
Anexo A Exemplos de Mapas de Negociação.....	71
Anexo B Indicadores PAO	72

Anexo C	Contabilidade Analítica.....	74
Anexo D	Dados	75
Anexo E	Demonstração de Resultados e Balanço	76
Anexo F	Guião da Entrevista	78

Índice de Figuras

Figura 1: Linha de Risco.	7
Figura 2: Organograma ULSNE.	14
Figura 3: Evolução Mensal do Número de Consultas por Tipo.	31
Figura 4: Evolução Mensal do Número de Doentes Intervencionados.	33
Figura 5: Evolução Mensal do Número de Dias de Internamento.	36
Figura 6: Evolução Mensal do Número de Atendimentos das Urgências.	38
Figura 7: Evolução dos Rendimentos e Gastos Operacionais.	46
Figura 8: Relação entre Subcontratos e Outros Fornecimentos e Serviços entre 2019 e 2021.	48
Figura 9: Template de Mapa de Negociação.	71
Figura 10: Indicadores de Acesso e Desempenho para 2021.	72
Figura 11: Indicadores de Desempenho do Serviço de Urgência para 2021.	72
Figura 12: Exemplo de Trabalho sobre Contratualização Interna.	73
Figura 13: Exemplo de Trabalho sobre Contabilidade Analítica.	74
Figura 14: Dados da Consulta Externa.	75
Figura 15: Dados do Bloco Operatório.	75
Figura 16: Demonstração de Resultados 2021- Rendimentos.	76
Figura 17: Balanço 2019/2021.	77

Índice de Tabelas

Tabela 1: Os 5 P de Mintzberg.....	5
Tabela 2: Análise <i>SWOT</i> da ULSNE.....	13
Tabela 3: Variáveis em Análise.....	27
Tabela 4: Recursos Humanos.....	30
Tabela 5: Tempos de Espera de Consulta.....	31
Tabela 6: Consultas Não Médicas	32
Tabela 7: Tempos de Espera do Bloco Operatório.....	33
Tabela 8: Bloco de Partos	34
Tabela 9: Número de Doentes Saídos do Internamento	35
Tabela 10: Taxa de Ocupação e Demora Média	35
Tabela 11: Serviço de Urgência.....	36
Tabela 12: Indicadores de Acesso.....	39
Tabela 13: Indicadores de Desempenho Assistencial	40
Tabela 14: Indicadores de Desempenho Económico-Financeiro	41
Tabela 15: Resultados em Internamentos, Consultas Hospitalares e Urgências Evitáveis	42
Tabela 16: Indicadores de Desempenho do Serviço de Urgência.....	43
Tabela 17: Índice de Desempenho Global.....	44
Tabela 18: Indicadores Económico-Financeiros.....	45
Tabela 19: Variações de Gastos e Perdas	47
Tabela 20: Rubrica dos CMVMC.....	47
Tabela 21: Rubrica de FSE	49
Tabela 22: Gastos com o Pessoal	50
Tabela 23: Trabalho Extraordinário.....	50
Tabela 24: Prestação de Serviços	51
Tabela 25: Rendimentos Suplementares.....	52
Tabela 26: Indicadores de Evolução Financeira	53

Introdução

No início de 2019, ninguém imaginava o que viria a acontecer e, a dado momento o mundo deparou-se com notícias por toda a parte acerca de um novo vírus, *SARS-CoV-2*, mais conhecido como COVID-19. Diagnosticado primeiramente como uma pneumonia de causa desconhecida, a dezembro de 2019 na China, rapidamente se propagou (Lu et al., 2020). Em Portugal, os primeiros casos foram registados dia 2 de março de 2020 e em 18 de março de 2020, a assembleia da república aprovou a Resolução n.º 15-A/2020 onde ficou declarado o estado de emergência.

Segundo o Conselho Nacional de Saúde (CNS, 2020), a rápida disseminação internacional do COVID-19 colocou desafios inesperados a todas as entidades e nos mais diversos setores. O mesmo acrescenta que os países, sistemas de saúde ou instituições não estavam preparados para uma pandemia com a dimensão e repercussão que teve.

Devido ao SNS, à prontidão de todos os profissionais de saúde e a uma boa reorganização de funções, através do bom aproveitamento das plataformas informáticas, foi possível uma preparação e resposta adequadas até ao pico da pandemia e nos meses subsequentes (CNS, 2020).

Perceber de que forma a pandemia influenciou a área da saúde, os profissionais que trabalharam na linha da frente e a forma como todos se readaptaram a uma nova realidade, era um dos principais interesses deste estudo.

Assim, no âmbito do Mestrado em Gestão de Empresas, e de forma a obter o grau de mestre, foi realizado um estágio curricular, motivada pela vontade de aprender de forma prática e com o intuito de adquirir experiência profissional na área da gestão e na área hospitalar.

Desde sempre que a área hospitalar era de extremo fascínio, mas, nunca no sentido de trabalhar na linha da frente. Desta forma, a gestão hospitalar despertou um enorme interesse que levou à motivação e à escolha deste estágio. Assim, foi realizado um estágio na ULSNE, em Bragança, no período de 2 de novembro e o dia 15 de fevereiro, tendo perfazido um total de 500 horas.

Supervisionada pela Dr.^a Sofia Rodrigues, responsável pelo Gabinete de Planeamento e Controlo da ULSNE, as funções desempenhadas durante o estágio decorreram no GPC, na administração da Unidade Local de Saúde do Nordeste sediada em Bragança.

Desta forma, e na impossibilidade de entrevistar diretamente os profissionais de saúde optou-se por entrevistar o conselho de administração que apesar de não tomar todas as decisões devido ao facto de ser público algumas delas ficaram à sua responsabilidade tais como a reorganização dentro dos setores e das equipas a reorganização dos fluxos do doente consoante aquilo que seria mais urgente, e, por isso, seria importante perceber a sua perspetiva acerca do assunto.

Com este relatório pretende-se ir além de uma mera descrição de tarefas, tendo-se respondido de forma exploratória à questão de investigação: qual a influência da pandemia na gestão estratégica? Como objetivo geral de investigação pretende-se identificar de que forma a COVID-19 influenciou a gestão estratégica da ULSNE, analisando os desafios e oportunidades que surgiram desse período.

O presente relatório encontra-se dividido em duas grandes partes, sendo a primeira parte relativa à revisão da literatura e a segunda referente aos dados fornecidos pela instituição, como relatórios de contas e plataformas e referente às entrevistas realizadas.

No primeiro ponto foi feita uma apresentação da revisão literária onde são apresentados conceitos importantes relativos ao SNS, à gestão estratégica e hospitalar, à influência da pandemia COVID-19 na saúde e à contratualização e ao conceito de Contrato-Programa (CP). No segundo, encontra-se uma breve apresentação da ULSNE, análise *SWOT* e o organograma da mesma. Em seguida, correspondente à vertente prática, encontra-se o terceiro onde serão descritas as atividades realizadas durante o período de estágio e quais as plataformas utilizadas. O quarto tópico corresponde à apresentação da metodologia de investigação utilizada e nos últimos pontos serão apresentados os resultados do estudo com a devida análise e tratamento de dados, com o objetivo de responder à questão inicial e aos objetivos de estudo.

Por fim, é apresentada a conclusão de resultados expondo de forma resumida a resposta aos objetivos de estudo e á questão principal de investigação de modo a retirar-se conclusões acerca do assunto em estudo.

1. Enquadramento Teórico

Antes de iniciar o processo do estudo de caso, é importante esclarecer alguns aspetos teóricos do que serão abordados. Desta forma, será apresentado ao longo deste tópico breves enquadramentos teóricos que suportam o estudo apresentado, através de pesquisa bibliográfica e consequente revisão de literatura, onde conceitos fundamentais para a investigação como o SNS, a gestão estratégica, a gestão hospitalar e de processos, a contratualização e o contrato programa serão desenvolvidos.

1.1 Sistema Nacional de Saúde

O SNS é definido, segundo o Decreto-Lei n.º 11/93, como um *“conjunto ordenado e hierarquizado de instituições e serviços oficiais prestadores de cuidados de saúde, funcionando sob a superintendência ou tutela do Ministério da Saúde”*. Segundo o mesmo Decreto-Lei, o SNS, tem como objetivo a *“efetivação, por parte do estado, da responsabilidade que lhe cabe na proteção da saúde individual e coletiva”* (Decreto-Lei n.º 11/93, Artigo 2.º).

Nas últimas décadas, o desenvolvimento científico-tecnológico, social e económico possibilitou a resolução de vários problemas de saúde do passado, mas contribuiu também, para hoje serem confrontados com novos problemas e mais complexos (Sousa, 2009).

Murray et al. (2003) consideram que um sistema de saúde inclui todas as ações que possam contribuir para a melhoria da saúde incluindo instituições, o estado, a sociedade ou recursos que realizam ações em saúde.

Starfield (1998) identifica dois objetivos de todos os sistemas de serviços de saúde sendo o primeiro a otimização da saúde da população através do conhecimento mais avançado sobre causas das doenças, domínio das mesmas e maximização da saúde e o segundo propósito a minimização das diferenças de acessibilidade, para que todos os indivíduos tenham ao seu alcance o mesmo nível de saúde.

A evolução do sistema de saúde português pode ser dividida em três fases, que segundo a literatura o conceito é o mesmo, mas não existe concordância entre datas. Assim, a primeira fase dá-se, segundo Sousa (2009) até 1970 e para Lima (2015) até 1974, onde a saúde era constituída por vias sobrepostas e fragmentadas, as misericórdias e as instituições centenárias ocupavam um lugar de relevância, os serviços de saúde pública eram vocacionados essencialmente para a proteção de saúde e os hospitais estavam localizados apenas nos grandes centros urbanos.

Sousa (2009) acredita que a criação e expansão do SNS deu-se entre 1970 e 1995. Já Lima (2015) defende que a segunda fase aparece entre 1974 e 1990 onde, em 1979 Portugal passa a ter SNS com o objetivo de generalidade. A principal consequência traduziu-se assim, numa debilidade estrutural, com uma base financeira frágil e ausência de inovação nos modelos de organização (Lima, 2015).

Dá-se, por fim, a terceira fase que acontece depois de 1990, onde se deu a reforma do SNS, transferindo uma maior ênfase à humanização dos serviços, à tentativa de transparência das ações da organização e uma maior fluência de informação, i. e., produção a troco do financiamento com base nos resultados (Lima, 2015). De acordo com Sousa (2009) esta fase de reformulação deu-se apenas alguns anos depois, a partir de 1995 até 2002.

1.2 Conceito de Gestão Estratégica

A necessidade das organizações se readaptarem e reposicionarem face à pandemia mundial, que ficou marcada pela escassez de recursos, grande impacto económico, prontidão de resposta, fez com que a gestão estratégica se tornasse uma função fundamental na gestão organizacional.

Antes de meados do século XX, a aplicação da palavra estratégia no mundo empresarial, era rara, estando presente principalmente em situações de confronto e competição, fazendo uma analogia ao contexto militar (Schneider, 2013).

Porter (1996) considera que a essência da estratégia é a execução das atividades de uma forma diferente dos rivais, criando uma posição ímpar e valiosa. Este acrescenta que uma posição estratégica não é sustentável a menos que haja *trade-offs*, isto é, perder para depois ganhar.

As posições estratégicas surgem de três fontes distintas, em primeiro lugar as organizações baseiam-se na produção de vários produtos oferecendo variedade aos clientes. A segunda base para que se alcance um bom posicionamento estratégico é servir o maior número de necessidades de um grupo de clientes fazendo com que o mesmo produto possa servir o maior número de clientes. Por fim a terceira base foca-se na segmentação de clientes através da área geográfica, por exemplo (Porter, 1996).

Segundo Santos (2008), a gestão estratégica é um processo contínuo, dinâmico e cíclico de planeamento, organização, controlo e liderança em que uma organização age de acordo com um plano, ajustando-se constantemente às alterações do meio envolvente.

O planeamento inclui a estratégia, missão, objetivos e táticas, ou seja, “onde estão” e “como”. A organização abrange a estrutura organizacional, recursos, processos e atividades. Já o controlo compreende os planos, ações, orçamentos, políticas, procedimentos, desempenho estratégico, medidas corretivas entre outros. E na liderança encontra-se a ação, isto é, a execução de planos, programas e orçamentos (Leal, 2016).

De acordo com o Observatório Português dos Sistemas de Saúde (OPSS) não há experiência suficiente de planeamento de saúde em contexto de pandemia, isto porque depende, em grande parte, do “grau de realidade” dos cenários que se conseguem delinear, e da precisão com que se pode estimar a efetividade dos meios à disposição para atuar nos cenários mais prováveis (OPSS, 2021).

Mintzberg (2001) entende que a estratégia se trata da forma de pensar no futuro com base num processo formalizado e articulado de resultados. Baseado neste pensamento o autor acrescenta que existem cinco passos para uma estratégia, os chamados 5 P’s (*Plan, Play, Pattern, Position, Perspective*). A Tabela 1 especifica os 5 P propostos por Mintzberg.

Tabela 1: Os 5 P de Mintzberg.

<i>Plan / Plano</i>	Entende-se como uma diretriz para lidar com uma determinada situação. Possuem duas características principais, as ações outrora planeadas, desenvolvidas de modo consciente e deliberadamente.
<i>Play / Pretexto</i>	Considerada uma manobra com a finalidade de enganar o concorrente e usar o <i>Bluff</i> a seu favor.
<i>Pattern / Padrão</i>	A estratégia é vista como uma “consistência no comportamento, quer seja pretendida ou não”.
<i>Position / Posição</i>	Procura posicionar a organização no seu meio ambiente utilizando a estratégia como força de mediação e procurando um posicionamento que lhe permita sustentar-se e defender a sua posição.
<i>Perspective / Perspetiva</i>	Refere-se à visão interna da organização que se expande pelos pensamentos, cultura, valores e ideologias internas.

Fonte: Adaptado de Mintzberg (2001, p.26-32).

Na Tabela 1, Mintzberg (2001), apresenta os 5 P como passos para a formulação de uma estratégia começando pelo plano que deve ser traçado inicialmente para poder lidar com determinada situação, de seguida o pretexto onde o objetivo é enganar a concorrência de forma a obter um padrão que, com consistência, leva a uma posição da estratégia. Por fim, a perspectiva, que se refere à parte interna da organização.

Todo Bom (2021), acrescenta que existem ainda duas ferramentas que suportam a gestão estratégica, nomeadamente a teoria dos recursos e a teoria dos sistemas. A teoria dos recursos, acredita que a competitividade entre as empresas depende da existência de recursos valiosos e difíceis de emitir e a teoria dos sistemas acredita que o que importa são os conjuntos de dois ou mais elementos que satisfaçam certas condições, otimizando a interação de dois ou mais sistemas.

O mesmo autor considera também que, um engenheiro, utiliza com mais naturalidade a teoria dos recursos por serem mais capazes de preparar um programa coerente e reforçado mas, todo este programa tem de estar associado à teoria dos sistemas através da interação da empresa com o seu meio envolvente (Todo Bom, 2021).

1.3 Gestão de Processos Hospitalares e Influência da COVID-19

Dois anos após o primeiro caso cerca de 480 milhões de casos confirmados e mais de 6 milhões de mortes (World Health Organization, 2022), o Conselho Nacional de Saúde (2020) considera que o conjunto de medidas adotadas pelo governo português, a reorganização do SNS, a implementação de políticas de restrição e a resposta da sociedade, contribuíram para que Portugal tivesse indicadores de resposta, adequada à fase inicial da epidemia.

Assim, as circunstâncias vividas requerem uma centralização nas decisões alinhadas com as orientações globais da Organização Mundial de Saúde (OMS) e, ao mesmo tempo, uma movimentação da sociedade, através de informação adequada e comunicação de risco (OPSS, 2021).

Quando uma organização se depara com um risco indefinido, é afetada negativamente na capacidade de tomar decisões e atingir com sucesso os seus objetivos de negócios. O risco é descrito como a probabilidade de algo ocorrer e a gravidade das suas consequências (Lyon & Popov, 2020).

Segundo os mesmos autores, existe uma linha de risco que, para uma pandemia como a COVID-19, inicia-se através de uma fonte de risco, no caso um novo vírus. A partir do novo vírus, seguem-se os promotores de risco que podem ser viagens ou interações sociais e as exposições a essa fonte que incluem as pessoas. Após isto, gera-se um desencadeamento que leva aos incidentes e por consequente os efeitos indesejados. A Figura 1 representa uma adaptação mais simples do modelo criado por Lyon e Popov (2020), que mostra a linha de risco desde o vírus inicial até às suas consequências.

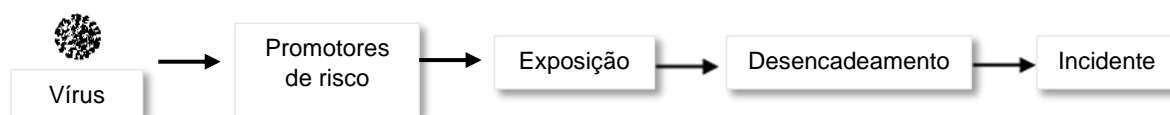


Figura 1: Linha de Risco.

Fonte: Adaptado de Lyon e Popov (2020, p.7).

A pandemia COVID-19 foi o maior desafio que o sistema de saúde enfrentou e continua a enfrentar (Charles et al., 2021). Segundo os mesmos autores, é essencial que as lições provocadas pela pandemia sejam aprendidas restaurando não só a prestação de serviços, mas também aproveitando o que foi aprendido para mudar e renovar de forma positiva o sistema de saúde a fim de apoiar as melhorias na saúde, criando um sistema melhor e mais justo a longo prazo.

Num ambiente de mudança constante, as organizações de saúde, e não só, são obrigadas a readaptar os modelos e os processos de gestão e para isso, é necessário melhorar e rever continuamente esses processos de forma a manter a vantagem competitiva da organização (OPSS,2021).

A pandemia tornou mais perceptível as limitações e as novas necessidades nos comportamentos individuais e coletivos, na qualidade e desempenho das instituições e nos modelos de governação. Alguns exemplos disso são as insuficientes respostas aos desafios do envelhecimento populacional, o atraso na integração de cuidados, as limitações nas competências de planeamento em saúde entre outros (OPSS, 2021).

De forma a acompanhar a gestão dos processos, Burmester (2014) atenta que deve existir um sistema capaz de padronizar consultas médicas e administrativas por meio de protocolos baseados em evidências clínicas e manuais de rotinas e procedimentos, entre outros de forma que a organização se encontre mais preparada em caso de necessidade.

1.4 Contratualização nos Cuidados de Saúde

A contratualização é o processo pelo qual se estabelecem procedimentos de negociação para a afetação de recursos para a prestação de cuidados, com base em critérios explícitos. Assim, a contratualização é considerada um dos pontos fundamentais da gestão de cuidados de saúde (Antunes, 2011).

O OPSS destaca cinco razões que incentivaram o processo de contratualização, concretamente: o aumento da despesa em saúde e a necessidade de gerir os recursos com mais rigor; a necessidade de maiores níveis de prestação de contas; a robustez de distribuir recursos de forma mais justa e transparente; no que diz respeito aos processos de decisão; e a existência de experiências-piloto de gestão hospitalar (OPSS, 2009).

Segundo a Administração Central do Sistema de Saúde (ACSS), a contratualização pode ser definida como uma relação entre financiadores e prestadores de serviços, que envolve o esclarecimento das ligações existentes entre o financiamento que é atribuído e os resultados

esperados (ACSS, 2022). Uma correta contratualização é uma forma de “incentivar o desempenho, monitorizar e demonstrar ganhos” (Soranz & Pisco, 2017, p.684).

Escoval (2010) acredita que o processo de contratualização em Portugal teve como principal impulso o movimento reformista, isto é, mudanças individuais com impacto coletivo e que um dos grandes obstáculos é o desconhecimento no âmbito da preparação e acompanhamento por parte dos órgãos responsáveis.

Valente (2010) considera que a contratualização é um instrumento chave para melhorar o desempenho dos sistemas de saúde, contudo, existem desafios que a contratualização atual enfrenta, nomeadamente a contratualização efetivamente estratégica, a identificação de mecanismos mais efetivos e a medição do impacto global da contratualização nos sistemas de saúde. O autor acrescenta que a contratualização estratégica implica planeamento e conhecimento das necessidades da população, uma política de saúde com prioridades bem definidas e a especificidade de cuidados a ser prestados.

A introdução da contratualização teve como objetivo promover uma mudança estrutural de forma a melhorar continuamente a qualidade global dos cuidados de saúde, aumentando também a eficiência dos recursos disponíveis (Escoval, 2010).

Assim, dada a necessidade de implementação de um novo modelo de gestão foi criado um sistema de informação que fosse capaz de desenvolver indicadores de acompanhamento da contratualização e capaz de dar apoio não só à contratualização, mas também à atividade de contratualização com as diferentes entidades, através da recolha e tratamento de dados (Escoval, 2010).

O OPSS (2009) diz que o processo de contratualização é um instrumento fundamental para uma utilização mais eficiente dos recursos e obtenção de melhores resultados na saúde. Para além disso, constitui uma ferramenta que introduzirá transparência e rigor ao sistema, poderá potenciar uma maior responsabilização e promover uma avaliação mais efetiva e rigorosa do sistema.

Matos, Ferreira, Lourenço e Escoval (2010) reconhecem que a contratualização se divide em interna e externa, onde de forma geral, a contratualização externa é utilizada para a afetação de recursos financeiros para o setor hospitalar entre a Administração Regional de Saúde (ARS) e os hospitais. A contratualização interna acontece entre o Conselho de Administração (CA) e os responsáveis por cada serviço.

O processo de contratualização possui algumas debilidades derivadas de aspetos estruturais que não permitem uma evolução tão rápida quanto o ambicionado, dado, maioritariamente da descontinuidade de políticas, da aptidão de influenciar os grupos de interesse, da depreciação do conhecimento e da evidência da toma de decisão, aliada ao planeamento delicado e à falta de estabelecimento de prioridades (OPSS, 2009).

1.5 Contrato Programa

O contrato-programa trata-se de um documento que formaliza o acordo estabelecido na contratualização e tem por objeto a “realização de prestações de saúde aos utentes do SNS mediante o pagamento de contrapartidas financeiras em função das condições previstas e resultados obtidos” (Despacho n.º 721/2006, de 11 de janeiro). Apresenta uma vigência de três anos pelo que, os anexos e apêndices são revistos através do documento «Acordo Modificativo» no 2.º e 3.º ano de vigência.

Segundo o Despacho n.º 2508/2012, de 10 de Dezembro as entidades devem rever anualmente o seu plano estratégico para os três anos de acordo com a execução corrente e previsão futura, o que permitirá um melhor alinhamento estratégico dos vários níveis da administração e melhoria dos mecanismos de controlo de gestão.

O contrato programa é um documento emitido pelo ACES (Agrupamentos de Centros de Saúde) para a ARS onde se encontra estabelecido o plano de desempenho, identificando as obrigações e os direitos de ambas as partes e as regras de acompanhamento, os recursos financeiros que sustentam o contrato e de que forma deve acontecer a monitorização e avaliação do plano de desempenho (ACSS, 2020).

A Associação Portuguesa de Administradores Hospitalares (APAH) acrescenta que o contrato programa é um documento que descreve as atividades contratualizadas, assim como, os objetivos definidos e os indicadores que vão permitir avaliar o desempenho da instituição, a diferentes níveis como o acesso, o desempenho assistencial e económico-financeiro, entre outros (APAH, 2014).

Do ponto de vista de Araújo (2005) os contratos vieram substituir as relações hierárquicas argumentando que dessa forma existia uma maior responsabilização, menores custos e uma maior qualidade nos serviços prestados. A utilização de CP nas regiões trouxe mudanças importantes não só a nível estrutural como também a nível cultural.

De forma geral, o Contrato Programa é o documento onde se encontra descrito o planeamento das atividades do hospital no âmbito da prestação de serviços e cuidados de saúde e o pagamento de contribuições financeiras de acordo com as condições previstas e os resultados obtidos.

2. Instituição de Estágio Curricular

Neste ponto, será apresentado o local de estágio, bem como as unidades que constituem a ULSNE e os serviços prestados na mesma. Posteriormente, será abordada a análise *SWOT* e o respetivo organograma organizacional.

De salientar, que para este estudo apenas foram considerados os cuidados de saúde hospitalares (CSH) mas, apesar disso os cuidados de saúde primários (CSP) e os cuidados continuados foram incluídos na parte teórica com o objetivo de dar a conhecer todas as valências da ULSNE.

2.1 Unidade Local de Saúde do Nordeste

O Hospital Distrital de Bragança foi inaugurado em meados de 1973 e nos finais de 2005, passa a ser denominado de Centro Hospitalar do Nordeste, E.P.E agrupando os Hospitais de Bragança, Macedo de Cavaleiros e Mirandela, permanecendo com sede na cidade de Bragança. Em 2011, foi criada a ULSNE, E.P.E com o objetivo de englobar as unidades de saúde do centro hospitalar de Bragança e o agrupamento de centros de saúde do alto Trás-os-Montes (ULSNE, s.d.).

Trata-se de uma entidade pública empresarial (E.P.E) de capitais do estado, dotada de autonomia financeira, administrativa e patrimonial. A ULSNE está organizada ao nível dos CSP, CSH, urgência, emergência, cuidados intensivos, continuados e saúde pública. O objetivo estratégico assenta na satisfação das necessidades de saúde da população na área de influência, especificamente ao nível da promoção da saúde e prevenção da doença (ULSNE, s.d).

2.1.1 Cuidados de saúde Primários

Os Cuidados de Saúde Primários são considerados como essenciais nos sistemas de saúde pelo facto de ser considerado um contacto de primeira linha entre o utente e o sistema de saúde e por estar associado a atividades de promoção da saúde e de prevenção da doença (Afonso, 2010).

De acordo o n.º 1 do artigo 3.º do Decreto-Lei n.º 298/2007, de 22 de agosto, os cuidados de saúde primários são “unidades elementares de prestação de cuidados de saúde, individuais e familiares, que assentam em equipas multiprofissionais, constituídas por médicos, por enfermeiros e por pessoal administrativo”.

Atualmente o conceito de cuidados de saúde primários tem ainda como objetivo intervir nos principais problemas de saúde da comunidade, daí a importância de proximidade com as regiões. Engloba ações fundamentais de acessibilidade, globalidade, coordenação, participação das comunidades, prevenção, promoção, reabilitação, cuidados curativos e de fim de vida (Starfield, 1998).

A ULSNE é composta pela área dos CSP constituída por 14 centros de saúde distribuídos pelas várias aldeias do distrito. Estes incluem as Unidades de Cuidados de Saúde Personalizados (UCSP) como a consulta programada, a saúde da mulher, consultas de vigilância de grupos de risco, entre outros e Unidades de Cuidados da Comunidade (UCC) compostas por saúde escolar, preparação para a parentalidade, rede social.

2.1.2 Cuidados de Saúde Hospitalares

Os CSH podem ser definidos como um conjunto de procedimentos preventivos, de diagnóstico e de tratamento, realizadas a utentes em fase aguda de uma doença, que se caracteriza pela necessidade de intervenção especializada, com recurso a diferentes técnicas. Estes cuidados são geralmente prestados em hospitais em episódios de curta duração (Santana & Costa, 2008).

Os cuidados hospitalares prestados nas Unidades Hospitalares de Bragança, Macedo de Cavaleiros e Mirandela, integram um conjunto de valências distribuídas por linhas de atividades, tendo como principal objetivo a cura dos utentes dentro da região e o nível de diferenciação de cada indivíduo. As valências disponíveis por linha de atividade são: consulta externa, internamento, urgência, meios complementares de diagnóstico e terapêutica (MCDT), bloco operatório e hospital de dia.

O cuidado hospitalar tem como missão assegurar a prestação de cuidados de saúde à população abrangida. Quanto à capacidade em 2021, o cenário foi semelhante a 2020, ou seja, lotação de camas no internamento que foram adaptadas aos vários cenários COVID-19.

Assim, em 2021, a ULSNE possuía 360 camas hospitalares, 13 camas de cuidados intensivos que variavam consoante o número de utentes com COVID-19, 12 camas de cuidados paliativos, 15 camas de cuidados continuados, 40 camas de psiquiatria crónicas, 10 berços e 4 incubadoras, 22 camas de obstetrícia, 7 salas de blocos e 2 salas de parto, 68 gabinetes de consulta e 13 cadeirões de hemodiálise (ULSNE, s.d).

Em termos de atendimento hospitalar, vale lembrar que a ULSNE se encontra em três concelhos e que Bragança possui todas as linhas de atividade, Mirandela também possui praticamente todas as linhas de atividade e o bloco apenas serve para cirurgia de ambulatório. Por fim, Macedo de cavaleiros possui consultas e hospital de dia, o internamento é apenas de medicina de reabilitação e o bloco é de ambulatório.

2.1.3 Cuidados Continuados

A RNCCI (Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados) RNCCI foi criada através do Decreto-Lei n.º 101/2006, de 6 de junho com o propósito de garantir a prestação de cuidados de saúde e apoio social a pessoas dependentes, independentemente da idade e com o intuito de promover um novo nível de cuidados como resposta a uma população envelhecida e com patologias crónicas.

Os cuidados continuados compreendem a reabilitação, readaptação e a reintegração social, bem como a conservação do bem-estar e qualidade de vida do doente.

A ULSNE realiza um plano de intervenção integrado de cuidados continuados e paliativos, quer na comunidade quer no internamento hospitalar, com a participação e colaboração de diversos parceiros sociais e civis.

A área dos cuidados continuados e paliativos é num departamento que integra a equipa de gestão de altas, a equipa de cuidados continuados integrados, a unidade domiciliária cuidados paliativos, entre outros.

2.2 Análise *SWOT* da Instituição

Segundo Kotler e Keller (2012), a análise *SWOT* trata-se de uma avaliação global das forças, fraquezas, oportunidades e ameaças de uma empresa de forma a monitorar o ambiente interno e externo da mesma. Esta fornece estrutura básica para analisar o ambiente operacional e para apoiar a tomada de decisões estratégicas.

O objetivo de aplicar a análise *SWOT* ao processo de planeamento estratégico é, portanto, desenvolver e adotar estratégias bem-adaptadas a fatores internos e externos. A estratégia escolhida deve, também, ser consistente com os objetivos do formulador de políticas, isto é, de acordo com o plano traçado para uma determinada organização (Kajanus et al., 2012).

Tabela 2: Análise SWOT da ULSNE.

Pontos Fortes	Pontos Fracos
Cobertura quase total da população com médico de Família	Localização geográfica
Bons indicadores de acesso	Falta de atração médica
Melhorias na UCI (equipamentos, instalações)	Grande peso de população idosa
Oportunidades	Ameaças
Inovação tecnológica (biologia molecular)	Remuneração pouco atrativa
Articulação entre cuidados devido a ser uma Unidade Local de Saúde	Faixa etária dos profissionais de saúde
Formações (gestão de recursos humanos, liderança)	Vulnerabilidade em alguns setores por falta de pessoal médico

Fonte: Adaptado de ULSNE (2021).

A Tabela 2, apresenta a análise SWOT da ULSNE onde as forças incidem na cobertura quase total da população com médico de família, nos bons indicadores de acesso e nas melhorias na Unidade de Cuidados Intensivos (UCI). As fraquezas, por outro lado, recaem sobre a população e a localização geográfica, nomeadamente, o peso da população idosa e a grande dispersão geográfica, a interioridade e a falta de atração de médicos.

Relativamente às oportunidades e ameaças, consideram-se oportunidades a articulação entre os níveis de cuidados facilitados pela existência da Unidade Local de Saúde (ULS) e o aproveitamento de fundos comunitários. As ameaças estão relacionadas, essencialmente com a vulnerabilidade de certas atividades e com o sistema remuneratório pouco atrativo, o que, conseqüentemente leva à escassez de profissionais de saúde.

2.3 Organograma

Segundo Chiavenato (2010), um organograma é um gráfico que representa a organização de uma empresa, por outras palavras, representa a estrutura organizacional de uma empresa e onde é possível perceber-se a hierarquia da mesma. Trata-se de um gráfico estatístico que apresenta a constituição interna de uma empresa, mas não consegue mostrar o funcionamento e dinâmica da mesma. A Figura 2 apresenta, a título de exemplo, o organograma da ULSNE.

O mesmo autor acrescenta que existem três tipos de organogramas, o clássico, o radial e o circular. Um organograma clássico é composto por retângulos que representam órgãos, ligados entre si por linhas que representam relações laterais quando horizontais e relações de autoridade quando verticais. Os radiais, são formados por círculos que representam níveis hierárquicos, com a autoridade máxima no centro. Por fim, os organogramas circulares são representados através de retângulos ligados entre si de forma circular (Chiavenato, 2010).

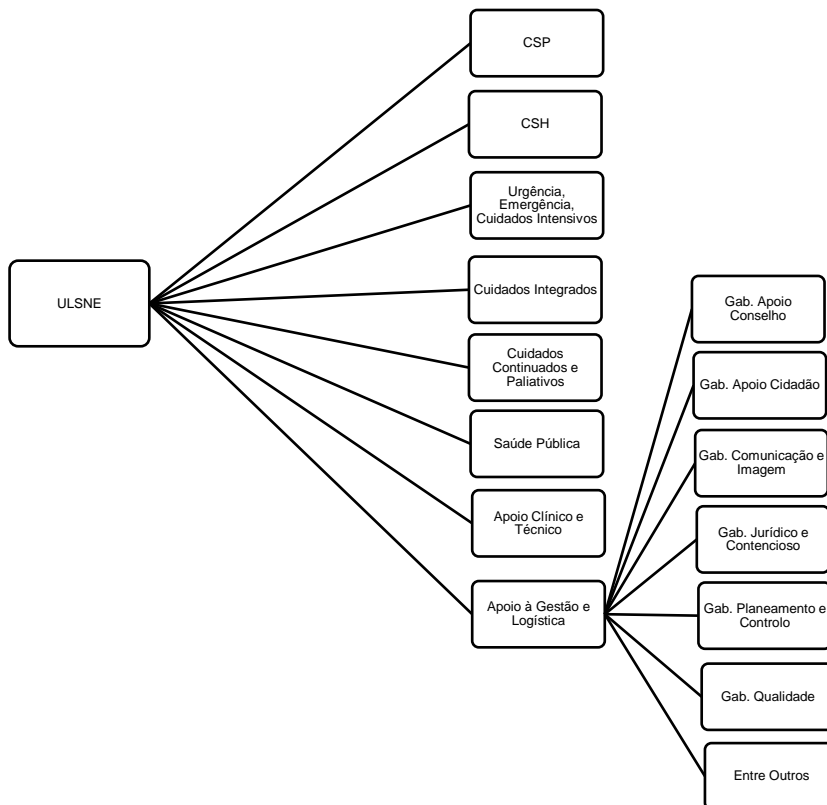


Figura 2: Organograma ULSNE.

Fonte: Adaptado de ULSNE (2021).

No caso da ULSNE, através do organograma da Figura 2 é possível ver que a mesma se divide nos CSP, nos CSH, na urgência, emergência e cuidados intensivos, nos cuidados integrados, cuidados continuados e paliativos, na saúde pública, no apoio clínico e técnico e no apoio à gestão e logística.

Cada uma destas áreas subdivide-se ainda nos respetivos departamentos, onde apenas a subdivisão do apoio à gestão e logística são apresentados para efeito de conhecimento para o estudo, uma vez que é onde se situa o gabinete onde o estágio foi realizado.

Assim, dentro do apoio à gestão e logística existe o gabinete de apoio ao conselho, o gabinete do cidadão, o gabinete de comunicação e imagem, o gabinete jurídico e contencioso, o gabinete de planeamento e controlo, o gabinete da qualidade, o serviço de apoio geral e transportes, o serviço de compras e logística, o serviço de contabilidade e gestão financeira, entre outros.

3. Atividades Desenvolvidas no Estágio Curricular

O GPC encontra-se no departamento de apoio à gestão e logística dos serviços administrativos da ULSNE e é constituído por cinco pessoas com as funções de controlo e gestão estratégica, cuidados de saúde primários, cuidados hospitalares, urgências e MCDT's e projetos de investimentos e inovação com o objetivo de controlar e monitorizar toda a produção realizada na instituição.

Este ponto aborda as atividades desenvolvidas durante o estágio curricular bem como as plataformas utilizadas para as tarefas desempenhadas. Apesar de existirem outras plataformas, serão apresentadas apenas as que foram utilizadas, de que forma funcionam e para na descrição de tarefas, será abordado o que foi pedido, de que forma foram elaboradas e quais as plataformas utilizadas.

3.1 Programas e Plataformas Utilizadas

Neste ponto, cabe discutir alguns dos programas e plataformas utilizadas habitualmente no gabinete de planeamento e controlo. Todas as plataformas/programas têm funções diferentes, mas o mesmo objetivo, gerir da melhor forma o setor da saúde, no caso a ULSNE.

De salientar, que durante o período de estágio não houve oportunidade de experimentar todas as plataformas, uma vez que cada uma tem uma complexidade acrescida e algumas das plataformas era necessário credenciais de acesso para utilizar.

3.1.1 SICA

O Sistema de Informação para Contratualização e Acompanhamento (SICA) foi criado com o propósito de apoiar o modelo de contratualização e assegurar a adequabilidade às necessidades funcionais, quer do ponto de vista operacional quer do ponto de vista analítico¹.

O SICA destina-se a apoiar o processo de contratualização entre a tutela e os prestadores de cuidados de saúde que integram o SNS. Na fase de contratualização o SICA é capaz de integrar automaticamente dados das instituições e fazer com que seja possível consultar de forma geral os mesmos, é capaz de controlar todo o processo de contratualização e efetuar cenários sobre os dados fornecidos, e muitas outras funcionalidades¹.

A plataforma do SICA foi a mais utilizada durante todo o período de estágio, sendo também essencial para a recolha de dados de interesse para o estudo em questão. Foi também a primeira plataforma a ser trabalhada com o objetivo de perceber o seu funcionamento e poder proceder-se à recolha dos dados de forma autónoma.

Durante o período de estágio esta plataforma serviu para aprender de que forma os mapas de negociação são calculados e submetidos e serviu de apoio a alguns dos trabalhos no sentido de recolha de dados necessários.

3.1.2 BI-CSP

O Bilhete de Identidade dos Cuidados de Saúde Primários (BI-CSP) é uma plataforma digital pública portuguesa integrada no portal do SNS, lançada no ano de 2017 com o objetivo monitorizar os cuidados de saúde primários².

Trata-se de uma ferramenta que agrupa toda a informação sobre a realidade nacional dos CSP, permitindo o acompanhamento de todas as unidades funcionais, com o objetivo de melhorar a eficácia dos cuidados prestados à população.

¹ Consultado no dia 30/11/2022, na página oficial <https://www2.acss.min-saude.pt/DepartamentoseUnidades/DepartamentoGest%C3%A3oeFinanciamentoPrestSa%C3%BAde/SICA/tabid/431/language/pt-PT/Default.aspx>

² Consultado a 30/11/2022, na página oficial <https://www.spms.min-saude.pt/2020/07/bi-csp-bilhete-de-identidade-dos-cuidados-de-saude-primarios/>

Desenvolvido para a monitorização da atividade dos CSP, permite caracterizar e monitorizar todas as Unidades Funcionais (UF) dos CSP, qualificando o seu desempenho de forma integrada contribuindo para o desenvolvimento das mesmas. Tem também como objetivo a gestão criteriosa e a eficiência na utilização dos recursos.

Relativamente a esta plataforma, a mesma foi utilizada para tarefas relativas à contratualização dos CSP, assim dizendo, a tarefa incidia em atualizar os valores dos indicadores dos CSP através dos valores fornecidos pelo BI-CSP e o Bilhete de Identidade (BI) de indicadores.

3.1.3 Provision

O *Provision* é uma plataforma onde se encontram todos os dados relativos ao controlo e monitorização hospitalar e, através de tabelas dinâmicas é possível filtrar os dados que se pretende estudar. Uma tabela dinâmica é uma ferramenta de cálculo, que permite resumir e analisar dados de forma mais simples através de comparações e padrões nos dados estudados.

Assim, a título de exemplo, devem ser preenchidos mapas de negociação mensais, para as quais devem ser extraídas informações do *Provision* para preencher devidamente os mapas necessários, ou seja, é necessário trabalhar com a tabela dinâmica para que a mesma informe os dados que se procura.

Por outro lado, o *Provision* fornece informações sobre custos, qual a especialidade, quais os dados relativos e a que setor, para que, depois de trabalhados estes possam ajudar na compreensão de variáveis em análise, por outras palavras, o *Provision* consegue fornecer todos os dados necessários sobre a monitorização hospitalar.

No que diz respeito a esta plataforma o trabalho foi feito de forma indireta, ou melhor, para poder trabalhar com o *Provision* era necessário ter uma conta e no caso, o utilizador do estagiário não tinha acesso à plataforma. Assim, sempre que eram necessários dados do *Provision*, os colegas de serviço forneciam as tabelas dinâmicas retiradas da plataforma e os dados eram trabalhados em formato de Excel.

3.1.4 SONHO

O Sistema Integrado de Informação Hospitalar (SONHO) é um sistema presente em todas as instituições do SNS e tem como principal função o registo de doentes, controlo da produção e da faturação hospitalar permitindo a exportação de informação em indicadores estatísticos³.

O SONHO tem como objetivo garantir um maior alinhamento e generalidade, desenvolver um serviço mais orientado para o utente como a possibilidade de utilização do cartão de cidadão na identificação do utente, entre outros³.

A tarefa realizada nesta plataforma recaiu principalmente na gestão de doentes, ou seja, foi dada uma lista de utentes de hemodiálise que realizaram angiografias de controlo de fístulas

³ Consultado a 24/01/2023, na página oficial <https://www.spms.min-saude.pt/2019/01/product-sclinicohospitalar/>

arteriovenosas durante o ano de 2022 e o objetivo era saber o custo desse exame e o custo do transporte desses doentes para a realização do mesmo.

Assim, através do SONHO foram confirmados se os exames foram ou não realizados e qual o valor do mesmo com o objetivo de controlar não só a produção como também os custos associados. Posteriormente, foram analisados todos os custos associados de forma a decidir se a empresa que realiza o exame é aquela que mais compensava à instituição. Foram também analisadas outras propostas de outras instituições e o valor dado pela legislação para chegar a uma conclusão sólida.

3.2 Tarefas Desempenhadas Durante o Estágio

As tarefas desempenhadas durante o estágio foram funções nas áreas dos CSH e dos CSP, na área da contabilidade analítica e na área do GPC. De seguida serão apresentadas algumas das tarefas, designadamente as de carácter pontual desde a realização de atas à realização da contabilidade analítica.

3.2.1 Mapas de Negociação

A contratualização tem a tarefa de coordenar os interesses da região e as necessidades de saúde a que é necessário dar resposta. Para esse efeito, o SICA fornece os denominados “Mapas de Negociação”, cuja informação contida nestes mapas reforça o conhecimento sobre as instituições e dos determinantes externos que influenciem a sua situação.

Os mapas de negociação são carregados na plataforma mensalmente com o intuito de acompanhar e controlar o que acontece na ULSNE, como o número de consultas, número de doentes saídos do internamento, número de idas às urgências, e muito mais.

Resumidamente, o *Provision* fornece dados sobre a monitorização hospitalar e esses dados são utilizados, para preencher os mapas no SICA mensalmente. No mês de dezembro, é feita a monitorização geral da ULSNE, onde se apresentam dados como o número de médicos, enfermeiros, equipamentos, as instalações, etc. com o objetivo de manter a ULSNE e outras instituições organizadas.

Como esta foi a primeira atividade a ser aprendida e executada, foi necessário integrar alguns conceitos sobre o funcionamento hospitalar, e posteriormente perceber como preencher os mapas relativos a cada variável e a cada especialidade.

Assim, entende-se que é necessário e importante monitorizar e controlar tudo o que acontece na ULSNE e em todas as instituições, isto é número de consultas, número de doentes internados e saídos, entre outros de forma a manter a organização e a facilitar o acesso a dados que possam ser necessários.

Esta atividade, permitiu também que foi possível perceber de que forma se analisava os dados para o estudo de caso e no Anexo A encontra-se um exemplo de um mapa que é preenchido mensalmente no caso, relativamente às consultas externas.

3.2.2 Relatórios de Contas e Análise de Custos

O relatório de gestão e contas é um documento realizado anualmente que permite analisar o desempenho e a situação financeira de uma determinada organização⁴. Neste caso, a análise do relatório de contas contribuiu para confirmar os dados retirados do SICA e para analisar os indicadores de qualidade e eficiência.

Todos os dados utilizados no estudo foram retirados da plataforma SICA e foram confirmados pelos dados que constavam no relatório de contas. Relativamente a alguns dos dados apresentados, não foi possível retirar do SICA pois provinham de outras plataformas às quais não havia acesso e por isso, foram retirados do relatório de gestão e contas de 2021 uma vez que à data o de 2022 ainda não estava completo.

A análise de custos consiste em utilizar dados que ainda não foram organizados nem trabalhados e criar tabelas gerais e específicas sobre esses custos. Uma das tarefas realizadas foi durante o período de estágio sobre custos relativamente ao período homólogo, de janeiro a outubro de 2021 e 2022, essa tabela trata-se de uma tabela geral de análise de custos por especialidade com sinalizadores para que, de uma forma rápida, se possa analisar se o custo aumentou ou diminuiu.

Assim, a tarefa proposta tinha como objetivo encontrar um método que pudesse organizar os custos e a produção por especialidade de forma que, quando necessário, fosse possível de forma rápida e prática aceder a esses custos e perceber onde se encontram as maiores variações. Portanto, inicialmente foram associados os códigos a cada especialidade e a cada setor, depois foi necessário separar por unidade hospitalar e por fim somar e elaborar a tabela geral.

3.2.3 Plano de Atividades e Orçamento e Contratualização Interna

O Plano de Atividades e Orçamento (PAO) é elaborado para três anos retificado e revisado anualmente. Tem como objetivo identificar as principais linhas de atividade da instituição para o período, incluindo orçamentos de exploração e de investimento. Também identifica os principais objetivos, programas e atividades programadas bem como os recursos para a sua realização.

Apresenta igualmente as linhas estratégicas e de desenvolvimento para a instituição e a atividade contratualizada para o determinado triénio. São expostos os objetivos de acesso, traduzidos em indicadores das metas que pretendem atingir e que no final do ano são traduzidas no Índice de Desempenho Global (IDG).

Os indicadores analisam a gestão estratégica hospitalar, com base no alcance ou não das metas a que a instituição se propôs, metas essas que se encontram descritas no PAO que se encontra no Anexo B relativamente aos anos em estudo.

Durante o período de estágio foi realizado uma tarefa relativamente à contratualização interna nos cuidados de saúde hospitalares e segundo a ACSS (2022), os processos de contratualização devem

⁴ Informação retirada dia 31/05/2023 da página oficial do Instituto de Gestão Financeira e Equipamentos da Justiça, I. P. disponível em <https://igfej.justica.gov.pt/Instrumentos-de-gestao/Relatorio-de-Gestao-e-Contas>

assegurar que os compromissos e os objetivos são assumidos internamente pela organização e devem garantir a implementação da contabilidade de gestão.

Matos et al. (2010) defendem que a contratualização interna é uma ferramenta adequada para facilitar o alinhamento entre as metas contratualizadas externamente e as missões das unidades de saúde.

Assim, com esta tarefa era pretendido que fosse realizada uma tabela para que à medida que os objetivos fossem contratualizados a tabela pudesse ser preenchida de forma a manter toda a informação contratualizada organizada. Para isso, foi utilizado o PAO de 2023 e a monitorização do SICA relativamente a 2020 e 2021.

Na tabela fornecida pela entidade de estágio encontravam-se os valores executados em 2020/2021, isto relativamente a consultas, urgência internamento etc., e os objetivos propostos no PAO 2023. Os valores de 2022 não estavam preenchidos uma vez que à data da realização da tarefa o ano ainda não tinha terminado.

Portanto, esta tarefa tinha como objetivo organizar o processo de contratualização interna para o triénio 2023/2025 para que à medida que os objetivos fossem propostos, a tabela iria ser preenchida consoante a especialidade e o serviço. Nas Figuras 11 e 12 do anexo II, está representada a tabela relativa à contratualização interna da ULSNE.

3.2.4 Contabilidade Analítica

A contabilidade analítica destina-se a analisar e apurar os custos dos vários serviços e departamentos de uma organização, através do tratamento de informação contabilística, agrupando os custos e as funções ou processos (Coelho, 2019). Para isso, a análise de custos ajudou a perceber como se organizam os diferentes serviços e departamentos.

Durante o período de estágio foi realizado não só a análise de custos, mas também a essa análise foram adicionados a análise dos rendimentos e da produção, de forma a perceber se durante um determinado período houve setores que possuíam custos, mas não tinham produção, ou vice-versa.

A diferença entre a contabilidade geral e a contabilidade analítica é que a contabilidade geral calcula os resultados operacionais no nível organizacional, enquanto na contabilidade analítica o cálculo é o mesmo, mas por área de atuação. Assim, na análise de custos a tarefa foi mais autónoma onde o objetivo era perceber onde os custos eram alocados já para a contabilidade analítica os centros de custo já se encontravam alocados e por isso foi só contabilizar os custos referentes a cada centro.

Para a realização deste trabalho, foi utilizado o mesmo Excel de custos para atribuir os custos ao centro de custo correspondente, sendo a tarefa basicamente a mesma, mas com um objetivo diferente. Foi também, adicionada uma outra conta, relacionada aos rendimentos e ainda foi acrescentada uma coluna acerca da produção. Os resultados foram introduzidos num Excel previamente criado com os centros de custos existentes nas três unidades hospitalares e nos centros de saúde (Anexo C).

Conforme mencionado anteriormente a ULSNE é composta por três hospitais e catorze centros de saúde com as respetivas extensões. Dentro de cada um dos hospitais existem cinco departamentos homogêneos: as secções principais, as secções auxiliares de apoio clínico, as secções auxiliares de apoio geral, as secções administrativas e a secção de custos não imputáveis.

As secções principais são departamentos que estão diretamente ligados com a atividade principal do hospital enquanto as auxiliares dão suporte as secções principais. As administrativas correspondem ao desempenho de atividades mais gerais e a secção de custos não imputáveis são aqueles custos/proveitos que não estão imputados a nenhuma das secções.

A contabilidade analítica, por outro lado, calcula os custos unitários de produção, uma vez que se trata de um indicador importante na análise económico-financeira de uma organização. A comparação entre custos e custos de produção é frequentemente utilizada nos processos de tomada de decisão. A forma de cálculo dos custos de produção difere para cada departamento, por exemplo, para o internamento contabiliza-se o número de doentes saídos.

Fica claro, portanto que a contabilidade analítica é uma poderosa ferramenta de gestão para organizar recursos e aproximar os custos com a produção. O Anexo C contém o exemplo de uma contabilidade analítica onde é possível perceber quais os custos, qual a produção e também quais os rendimentos que geralmente são necessários na toma de decisão.

3.2.5 Reuniões dos CSP

As reuniões dos cuidados de saúde primários servem para monitorizar todos os centros de saúde do distrito de Bragança de forma a compreender o ponto de situação e identificar oportunidades de melhoria. Essas reuniões são, portanto, realizadas trimestralmente com o objetivo de melhorar o atendimento ao utente.

Foram assistidas a duas reuniões dos CSP, uma em dezembro e outra em fevereiro, sendo que na reunião de dezembro um dos assuntos principais foi o cumprimento das metas contratualizadas para 2022. Nesta reunião, os centros de saúde foram informados sobre as metas contratualizadas para 2022 e quais, em outubro do mesmo ano, ainda não tinham sido atingidas e qual a probabilidade de o serem.

A reunião de dezembro também abordou projetos em andamento e futuros, como o projeto dos quiosques nos centros de saúde que já está implementado e o projeto de melhoramento para as centrais telefónicas.

Concretamente, o projeto dos quiosques está aplicado a 10 centros de saúde e tem como objetivo reduzir e facilitar o trabalho dos assistentes operacionais através da possibilidade de o utente poder confirmar a consulta com o médico/enfermeiro através do quiosque sem ter de se dirigir ao balcão. No quiosque é possível retirar quatro senhas: atendimento geral, marcação de consulta/exames, consulta médica e consulta de enfermagem.

Os dados estatísticos mostraram que em algumas UCSP, os utentes ainda tiravam senhas de atendimento geral ou porque não sabiam confirmar a consulta, ou porque não queriam, fazendo

com que houvesse senhas que não estavam associadas ao real motivo e concluiu-se que os centros de saúde devem ensinar aos utentes de como e devem fazer da forma correta principalmente nos primeiros tempos.

Na reunião de fevereiro, o IDG dos centros de saúde foi novamente discutido com o objetivo de perceber se as metas contratualizadas foram ou não cumpridas, sendo que os dados eram provisórios uma vez que existem indicadores que ainda não saíram. Houve ainda lugar para uma apresentação sobre Gestão de Recursos Humanos (GRH) com o objetivo de apelar aos CSP a necessidade de retribuir as folgas aos enfermeiros que estiveram envolvidos no processo de vacinação.

Esta reunião incluiu ainda uma breve apresentação sobre o RSE-SIGA, um Sistema Integrado de Gestão do Acesso (SIGA) que funciona através do Registo de Saúde Eletrónico (RSE). Esta apresentação surgiu devido à relativa novidade desta plataforma e ao elevado número de pedidos devolvidos por parte dos cuidados de saúde hospitalares.

De forma geral, estas reuniões são de extrema importância para os CSP para que estes percebam em que ponto de situação se encontram e o que precisa de ser melhorado, não só para cumprir as metas contratualizadas, mas sobretudo para proporcionar o melhor atendimento e bem-estar aos utentes.

4. Metodologia de Investigação

No presente ponto será apresentada a metodologia utilizada na realização deste estudo. Serão ainda abordados os métodos de recolha e análise de dados que foram aplicados para responder ao objetivo principal: identificar de que forma a COVID-19 influenciou a gestão estratégica da Unidade Local de Saúde do Nordeste, analisando os desafios e oportunidades, comparando o período pré-pandémico e o pós-pandémico.

Este estudo de caso aplica-se à ULSNE, tendo sido realizado um estágio curricular no Gabinete de Planeamento e Controlo. Para obtenção de informação por vários meios, todos os dados utilizados neste estudo foram fornecidos pela instituição de estágio, através de documentação e de entrevistas ao CA.

Concretamente, o foco da pesquisa será compreender qual a influência da pandemia na gestão estratégica na ULSNE e de que forma as estratégias foram implementadas e adaptadas aos dias de hoje. Assim, o objetivo em estudo consiste em identificar a influência da COVID-19 na gestão estratégica, procurando analisar detalhadamente os seguintes objetivos específicos (OE):

OE₁: Como foi feita a gestão de informação dentro do hospital;

OE₂: Quais as principais estratégias utilizadas no setor hospitalar e de que forma foram implementadas;

OE₃: Quais os principais problemas na época relativamente à Gestão de Recursos Humanos;

OE₄: Quais os principais custos e de que forma foram geridos;

OE₅: Quais as estratégias que, considerando a “maturidade” sobre os acontecimentos mudariam neste momento;

OE₆: Como está a ser o processo de pós-pandemia, que medidas se mantiveram e porquê.

Em resposta a estes objetivos foi estruturada e aplicada uma metodologia de investigação, procurando os métodos mais adequados à obtenção de resultados.

4.1 Metodologia Mista

Do ponto de vista conceitual, o estudo quantitativo é “*um meio de testar teorias objetivas e examinar a relação entre variáveis*”. As variáveis podem ser dados numéricos que serão analisados através de procedimentos estatísticos. O processo de pesquisa quantitativa implica que o investigador tenha suposições sobre determinada teoria e deve ser capaz de generalizar e replicar os resultados (Creswell, 2009, p. 22).

Para Coutinho (2011), a metodologia quantitativa centra-se na análise de factos e na medição de variáveis de base teórica, testando hipóteses por meio da aplicação de testes estatísticos, de associação ou descritivos que permitam retirar conclusões.

Já, num estudo qualitativo, a pesquisa segue um método lógico, metódico e rigoroso de forma a encontrar soluções para um determinado problema (Sekaran, 2016). A análise descritiva será utilizada para aprimorar toda a pesquisa através da análise de documentos, uma vez que, segundo Bowen (2009), a análise documental permite a revisão e a avaliação de documentos e por meio dos dados analisados pode compreender-se e desenvolver-se conhecimento sobre determinada realidade.

Creswell (2009, p. 22) acredita que a pesquisa qualitativa é “*um meio para explorar e compreender o significado que os indivíduos ou grupos atribuem a um problema social ou humano*”. Este acrescenta que o processo de pesquisa qualitativa envolve perguntas e procedimentos, recolha e análise de dados e o relatório final tem uma estrutura flexível.

A metodologia mista é definida como um procedimento de recolha e análise de técnicas quantitativas e qualitativas dentro da mesma pesquisa (Coutinho, 2011). Creswell (2009) considera que os métodos mistos utilizam a teoria de forma dedutiva e indutiva que pode incluir uma recolha de dados quantitativos e um estudo qualitativo.

No entanto, estudos com métodos mistos tem como objetivo utilizar métodos de diferentes paradigmas, como entrevistas semiestruturadas com um número reduzido de participantes e realizar uma pesquisa de levantamento de dados (Dal-Farra et al., 2013).

Desta forma, a metodologia de investigação incidiu num estudo com métodos mistos através da realização de entrevistas ao CA, de forma a compreender as várias perspetivas consoante o cargo que ocupam. Por outro lado, será realizada uma análise descritiva a documentos e a informações relevantes de forma a dar resposta aos objetivos em estudo.

Segundo Maia (2020), as entrevistas podem ser estruturadas, semiestruturadas ou livres. As entrevistas estruturadas possuem questões construídas a partir de um padrão, já as semiestruturadas possuem um guião com questões ou temas que possuem flexibilidade e dinâmica durante a entrevista, as entrevistas em formato livre não possuem um direcionamento ou interferência.

Blackstone (2012) considera que as entrevistas são um método de recolha de dados envolvendo duas ou mais pessoas que trocam informações por meio de perguntas e respostas. As perguntas são elaboradas por um investigador de forma a obter informações do(s) participante(s) da entrevista acerca de um determinado tópico ou um conjunto de tópicos.

A vantagem das entrevistas são as respostas mais detalhadas e com uma maior abrangência de dados, enquanto as desvantagens são o facto de a recolha de dados ser mais demorada e a dificuldade de ter uma amostra elevada (Maia, 2020).

A entrevista semiestruturada permite que o assunto seja discutido com os entrevistados e variado entre os participantes, a fim de obter respostas de uma forma mais livres (Fylan, 2005). O autor ainda acrescenta que uma das razões para o uso de entrevistas semiestruturadas deve-se ao facto de ser um formato mais adequado para a discussão de temas mais sensíveis, como é o caso da COVID-19.

A técnica da entrevista distingue-se pelo uso de processos de comunicação e de interação que, quando utilizados corretamente, permitem ao investigador retirar elementos de reflexão muito ricos e diversificados das entrevistas (Campenhoudt & Quivy, 1992).

4.2 Técnica de Recolha de Dados

A amostra incidiu sobre a ULSNE, por ser a entidade acolhedora de estágio, e a análise recaiu no contacto, através de entrevistas a duas pessoas distintas, com cargos distintos e, portanto, opiniões distintas. A primeira pessoa a ser entrevistada foi a Dr.^a Eugénia Maria Madureira Parreira, Diretora Clínica dos Cuidados Hospitalares, licenciada em medicina pela Faculdade de Medicina da Universidade do Porto, a segunda foi a Dr.^a Aida da Conceição Domingues Palas, vogal executiva do CA, licenciada em economia pela Faculdade de Economia da Universidade do Porto.

Relativamente à recolha de informação, o método utilizado foi a entrevista semiestruturada e de salientar que as entrevistas foram realizadas a três pessoas do CA da ULSNE e por esse mesmo

motivo, pode não se aplicar a outras unidades e não se pode generalizar devido ao tamanho da amostra.

O guião (Anexo F) é composto por quatro dimensões perfazendo um total de doze questões, onde na primeira dimensão as entrevistadas foram questionadas acerca dos pontos de ação estratégica, na segunda sobre gestão estratégica, a terceira incidiu nos CSH e no processo de readaptação e a quarta sobre os principais desafios. Estas entrevistas foram realizadas presencialmente no local de estágio, mediante disponibilidade dos entrevistados.

Nos dias das entrevistas, todas as informações transmitidas reforçaram a ideia de que toda a informação recolhida seria utilizada apenas para fins académicos e que a sua participação no estudo é voluntária, podendo desistir se assim entendessem.

Inicialmente, foi solicitada a permissão para proceder à gravação da entrevista, tendo sido explicado que esta serviria de apoio ao estudo em questão e que o conteúdo, uma vez transcrito, seria destruído. Todas as entrevistas foram gravadas com o iPad, como meio de suporte e apoio e o tempo de gravação das entrevistas variou entre 30 e 40 minutos.

Conforme referido anteriormente, o objetivo deste estudo consiste em retirar possíveis conclusões relativamente à influência da pandemia na gestão estratégica na ULSNE. Assim, definiu-se excluir as UCSP, USF e as UCC da amostra, após considerar as instituições que integram a unidade, no caso a parte dos centros de saúde e tudo o que lhe está associado, sendo apenas incluídos no IDG, uma vez que é global para toda a ULSNE.

4.3 Procedimento de Análise de Dados

Após a etapa de recolha de dados e a análise inicial, começa a interligação entre os dados reunidos, os conceitos e a literatura relevante. O conteúdo das entrevistas foi sujeito a uma análise de conteúdo, com o intuito de interpretar e analisar toda a informação obtida e poder responder aos objetivos em estudo.

As entrevistas realizadas ao CA foram estruturadas com base nas variáveis a analisar, apresentadas no ponto seguinte, de forma a dar resposta aos objetivos em estudo previamente estipulados. Para a análise descritiva foram utilizados os dados publicados pela instituição, e ainda os dados retirados do site “Transparência SNS”, uma vez que não deram permissão para a utilização de dados provenientes do SICA. Assim, através desses dados foram realizadas as respetivas variações percentuais de forma a perceber as alterações ocorridas nesse período.

Segundo Bardin (1977), a análise de conteúdo caracteriza-se por um conjunto de instrumentos metodológicos que se aplicam a diversificados discursos. Este acrescenta que a análise deve basear-se em três etapas: pré-análise, análise do material e tratamento dos resultados obtidos e interpretação.

A pré-análise é a fase de organização, na qual são definidos os objetivos e realizada a revisão de literatura. Seguidamente, a análise do material, consiste em transcrever integralmente as entrevistas e agrupá-las em categorias e subcategorias. Por fim, no tratamento e interpretação dos resultados

obtidos, efetua-se o cálculo das frequências, isto é, o número de vezes que determinada palavra/frase aparece nas várias entrevistas (Bardin, 1977).

A análise de conteúdo segundo Kleinheksel (2020), parte da suposição de que os textos são uma fonte de dados que revelam informações valiosas sobre determinados fenómenos. Este acrescenta também que se trata de um processo de dividir o texto em grupos com características semelhantes, levando em consideração os entrevistados e o contexto.

Já Campenhoudt e Quivy (2005) afirmam que a análise de conteúdo trata de forma metódica informações e testemunhos que apresentam um certo grau de profundidade e complexidade, como é o caso das entrevistas.

4.4 Variáveis Analisadas

Os dados recolhidos correspondem ao período compreendido entre 2019 e 2021 considerando-se 2019 o ano de pré-pandemia e 2021 o ano de pós-pandemia. Os valores fornecidos pelo SICA não puderam ser utilizados, por ainda não terem sido revistos e aprovados e poderiam não corresponder à realidade. Como tal, foram utilizados os valores entre 2019 e 2021 retirados dos relatórios de contas publicados e devidamente revistos e dados da página Transparência do SNS.

De forma a dar resposta aos objetivos específicos referidos anteriormente foram analisadas variáveis apresentadas na Tabela 3. Relativamente às variáveis analisadas, numa primeira fase foram estudados a monitorização da ULSNE, isto é, número de funcionários, número de consultas e cirurgias, número de doentes saídos e o tempo de permanência e, por fim, número de atendimentos na urgência.

Tabela 3: Variáveis em Análise.

OG*	OE**	Instrumento de Recolha de Dados	Dimensões	Variáveis
OG1: Influência da pandemia na gestão estratégica da ULSNE	OE ₁ Como foi feita a gestão de informação dentro do hospital	Entrevistas Semiestruturadas	Gestão Estratégica	V1: Gestão de Informação V2: Métodos V3: Pontos de Ação Estratégica
	OE ₂ Quais as principais estratégias utilizadas no setor hospitalar, quais foram utilizadas nessa época e de que forma foram implementadas	Entrevistas Semiestruturadas e Análise de Dados	Cuidados de Saúde Hospitalares e Processos de Readaptação Pontos de Ação Estratégica	V4: Instituição V5: Bem-Estar V6: Decisões Estratégicas V7: Impacto V8: CSH V9: Plano Específico CSH V10: Implementação V11: Consultas V12: Cirurgias

Tabela 4: Variáveis em Análise (continuação).

OG*	OE**	Instrumento de Recolha de Dados	Dimensões	Variáveis
OG1: Influência da pandemia na gestão estratégica da ULSNE	OE ₃ Quais os principais problemas na época relativamente à gestão de RH	Entrevistas Semiestruturadas e Análise de Dados	Gestão Estratégica	V17: Stress V18: Motivação V19: Produtividade
			Cuidados de Saúde Hospitalares e Processos de Readaptação	V20: Reação Utentes/Profissionais/ Instituição V21: Readaptação V22: Recursos Humanos V23: Custos
	OE ₄ Quais os principais custos e de que forma foram geridos	Entrevistas Semiestruturadas e Análise de Dados	Gestão Estratégica	V24: Custos Despropositados V25: Gestão de Custos V26: Prestação de Contas
			Pontos de Ação Estratégica	V27: Estratégias Pós Pandemia
	OE ₅ Quais as estratégias que, considerando a “maturidade” dos acontecimentos mudariam neste momento	Entrevistas Semiestruturadas		
	OE ₆ Como está a ser o processo de pós pandemia, que medidas se mantiveram e porquê	Entrevistas Semiestruturadas	Desafios	V28: Lições V29: Desafios

Nota: *OG= Objetivo Geral **OE= Objetivo Específico.

Fonte: Elaboração Própria.

Posteriormente foram analisados os indicadores de qualidade e eficiência, que englobam o acesso aos cuidados de saúde e o desempenho assistencial, económico-financeiro, desempenho da urgência, os resultados em internamentos, consultas hospitalares e urgências evitáveis e o IDG, isto é, serão analisados os indicadores contratualizados e definidos no CP que se dividem em 60% a nível nacional e 40% a nível regional.

Por fim, foram analisados os dados referentes aos gastos e rendimentos, de forma, a analisar quais os custos relativamente ao período em estudo, onde foram alocados e de que forma, dados esses que se entendem como prestação de contas.

Numa segunda fase, serão abordados os outros objetivos de estudo através das entrevistas, complementando este estudo de caso, percebendo de que forma foi sentido pela instituição, de que modo a ULSNE lidou com a adversidade e como se readaptou à nova realidade vivida.

5. Análise e Tratamento de Dados Quantitativos

Neste ponto, foram analisados os dados relativos aos documentos disponibilizados pela entidade de estágio através da análise de documentos entre 2019 e 2021. Foram comparados os dados com as respetivas variações, através de tabelas de forma a perceber a influência da pandemia COVID-19 nos vários setores importantes para o bom funcionamento da Unidade Local de Saúde do Nordeste. Importa referir que para a análise quantitativa os dados passaram por uma análise descritiva das variáveis apresentadas no ponto anterior.

A análise de documentos e mapas de negociação decorreu durante o período de estágio, onde foram analisados documentos como relatórios de contas e planos de atividades que deram resposta ao OE₂, OE₃ e OE₄. Particularmente, quais as principais estratégias utilizadas no setor hospitalar, quais foram utilizadas na época e de que forma foram implementadas, quais os principais problemas na época pandémica relativamente à Gestão de Recursos Humanos e à gestão de custos.

Os relatórios de contas e os dados do SICA puderam, portanto, ser utilizados para comparar e estudar a variação entre a época pandémica e a época pós-pandémica dos setores mais afetados.

Alguns pontos apresentam também valores relativos a 2020, o que se justifica pelo facto da variação 2019/2021 não ter apresentado grandes alterações.

5.1 Recursos Humanos

Os RH (V22) foram um dos setores mais afetados pela mudança, onde houve a necessidade de profissionais de saúde da ULSNE prestarem cuidados de saúde nos CSP e a serem contratados com o objetivo de reduzir a carga horária, entre outras alterações a que a ULSNE se viu obrigada a readaptar na época pandémica.

Tabela 5: Recursos Humanos.

	2019	2020	2021	$\Delta\%$ 19/20	Taxa de variação anual
Assistentes Operacionais	422	488	466	15,64%	5,08%
Assistentes Técnicos	264	261	265	-1,14%	0,19%
Enfermeiros	673	722	733	7,28%	4,36%
Médicos	202	199	204	-1,48%	0,49%
TSDT	129	138	141	6,98%	4,55%
Outros	201	200	107	-0,50%	-27,04%
Total	1891	2008	1916	6,19%	0,66%

Nota: % Percentagem; $\Delta\%$ Variação Percentual.
Fonte: Elaboração própria, ULSNE.

Face a 2019 e 2021, os RH (V22) aumentaram em média 0,66%, com o maior aumento no número de enfermeiros, e com a maior variação média anual positiva nos assistentes operacionais com 5,08%. De acordo com a Tabela 5 entende-se que a pandemia levou ao aumento do número de funcionários em cerca de 6% em 2020 em relação a 2019.

Pode deduzir-se então que, com o aumento do pessoal houve também um aumento de custos necessários, com o objetivo de reduzir-se o número de horas extraordinárias o que não aconteceu, visto que de acordo com a Tabela 24, apresentada na análise de gastos, relativa aos gastos com trabalho extraordinário, em 2020 houve um aumento de 31,3% e em 2021 a taxa de variação média foi de 13,16%, comparados a 2019 o que sugere que apesar do esforço na contratação de profissionais de saúde, as horas extraordinárias aumentaram.

5.2 Consultas Externas

Para o serviço de consultas externas (V11), na Figura 14 do Anexo D estão apresentados o número de consultas entre 2019 e 2021 por especialidade onde se verifica uma diminuição média de 0,34% anual no número total de consultas médicas (V11), sendo a maior variação percentual no serviço de gastroenterologia com uma diminuição média anual de cerca de 69%.

A taxa média anual de crescimento foi de 34,95% no serviço de Imuno-Hemoterapia e cerca de 7,09% no serviço de medicina interna. Em termos de quantidade, as maiores reduções ocorreram no serviço de neurologia, ortopedia e cirurgia geral, justificado pelo encerramento da atividade não urgente e da atividade programada. Na Figura 3 percebe-se que o número de consultas diminuiu significativamente de março a maio de 2020 e, em particular, no mês de abril em que apenas foram realizadas 4150 consultas no total.

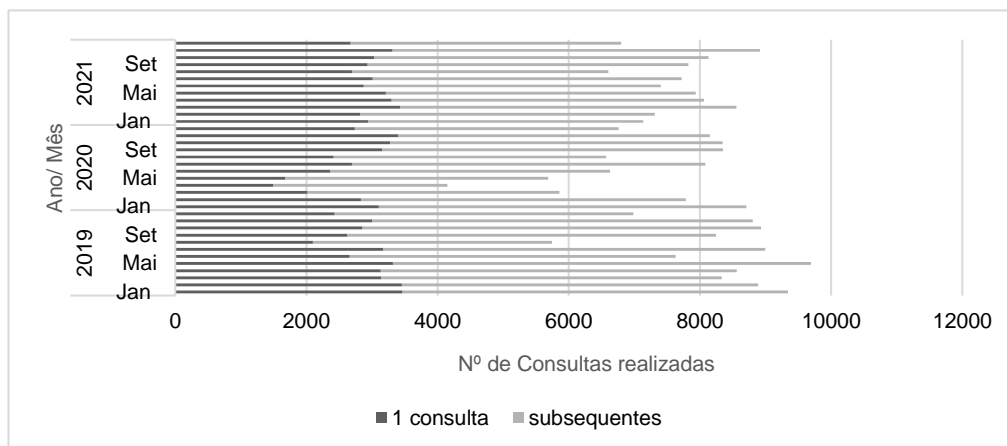


Figura 3: Evolução Mensal do Número de Consultas por Tipo.

Fonte: Elaboração própria, Transparência SNS.

Para a realização das consultas vem de acréscimo o número de doentes em espera, o tempo médio de resposta, o tempo médio de espera e a percentagem de utentes atendidos em tempo adequado. Assim, apresenta-se na Tabela 6 a variação entre 2019 e 2021 relativamente às variáveis referidas anteriormente.

O número de doentes em espera e a percentagem de utentes atendidos dentro do tempo adequado aumentaram em média 2,10% e 1,19%, respetivamente, sendo este um fator positivo, uma vez que, existem mais doentes em espera, mas a percentagem de utentes atendidos em tempo adequado também é maior. Além disso, o tempo médio de espera diminuiu em média 2,82% e o tempo médio de resposta diminuiu em média 4,13%.

Tabela 6: Tempos de Espera de Consulta.

	2019	2020	2021	$\Delta\%$ 19/20	$\Delta\%$ 20/21	Taxa de variação anual
Nº de doentes em espera	9266	6515	9660	-29,69%	48,27%	2,10%
Tempo médio de espera	108	132	102	22,22%	-22,73%	-2,82%
Tempo médio de resposta (dias)	96,5	130,8	88,7	35,54%	-32,19%	-4,13%
Percentagem de utentes atendidos em tempo adequado	73,40%	64,51%	75,15%	-12,11%	16,49%	1,19%

Nota: % Percentagem $\Delta\%$ Variação Percentual.

Fonte: Elaboração própria, ULSNE.

De atentar que em 2020 o processo foi inverso quando comparado a 2019, ou seja, o número de doentes em espera reduziu cerca de 30% e a percentagem de utentes atendidos em tempo adequado também. Já para o tempo médio de espera e o tempo médio de resposta aumentou.

A respeito das consultas não médicas, a Tabela 7 mostra um aumento médio anual de 0,86% devido ao aumento médio das consultas de psicologia com um aumento de 24%.

Tabela 7: Consultas Não Médicas.

	2019	2020	2021	$\Delta\%$ 19/20	Taxa de variação anual
Psicologia	1170	1130	1799	-3,42%	24,00%
Apoio Nutricional e Dietética	1955	1373	1380	-29,77%	-15,98%
Total	3125	2503	3179	-19,90%	0,86%

Nota: % Percentagem $\Delta\%$ Variação Percentual.
Fonte: Elaboração própria, ULSNE.

A partir da Tabela 7, pode concluir-se que mais utentes necessitaram de apoio psicológico devido à grande influência da pandemia na saúde mental da sociedade. Verifica-se, também uma redução média nas consultas de apoio nutricional e dietética em cerca de 16% devido ao facto de a atividade programada ter sido suspensa.

Concluindo, com a atividade programada não urgente suspensa o número de consultas realizadas diminuiu cerca de 0,34% aumentando o número de consultas não médicas em 0,86% e o número de doentes em espera que por consequência se traduziu num aumento do tempo médio de espera para a consulta.

5.3 Bloco Operatório

O bloco operatório (V12) foi também, um dos mais afetado pela pandemia, uma vez que, em março de 2020 a ministra da saúde lançou o despacho para que os hospitais suspendessem a atividade não urgente e adiassem a atividade cirúrgica programada.

Através da Figura 15 do Anexo D relativa ao número de doentes intervencionados entre 2019 e 2021 verifica-se que houve um aumento médio geral de 5,78% em 2021 relativamente a 2019 e uma queda de 12,61% em 2020 em relação a 2019 justificado pelo encerramento da atividade e posteriormente a retoma da mesma e a recuperação das listas de espera cirúrgica.

Pode também concluir-se que as cirurgias de ambulatório foram as mais afetadas, com crescimento de 16,26% onde a atividade retomou mais rapidamente. Nas cirurgias convencionais verifica-se uma diminuição de cerca de 10% o que se justifica pelo facto de o tempo médio de espera ter aumentado 4,71% relativamente a 2019.

As cirurgias de ambulatório por especialidade apresentam um aumento nas cirurgias de oftalmologia relacionando ao facto de que a pandemia contribuiu para que as pessoas passassem mais tempo

nos telemóveis e computadores prejudicando a saúde ocular e consequentemente trazendo problemas oftalmológicos.

Em 2021, apesar de não ser tão evidente o aumento em relação a 2019 é possível perceber-se que na variação entre 2020 e 2021 existe um aumento notório, de 28%, no número de cirurgias relativamente a 2020, com especial atenção para as de ambulatório, que, como referido anteriormente foi devido à retoma da atividade.

A Figura 4 apresenta a evolução mensal do número de doentes intervencionados, sendo possível observar que o número de pacientes intervencionados diminuiu acentuadamente a partir de março de 2020 e depois foi aumentando até junho de 2020. A maior queda deu-se em abril de 2020 com apenas 66 cirurgias programadas e 76 cirurgias urgentes e em outubro de 2021 o número de doentes intervencionados foi superior com 613 cirurgias programadas e 142 cirurgias urgentes.

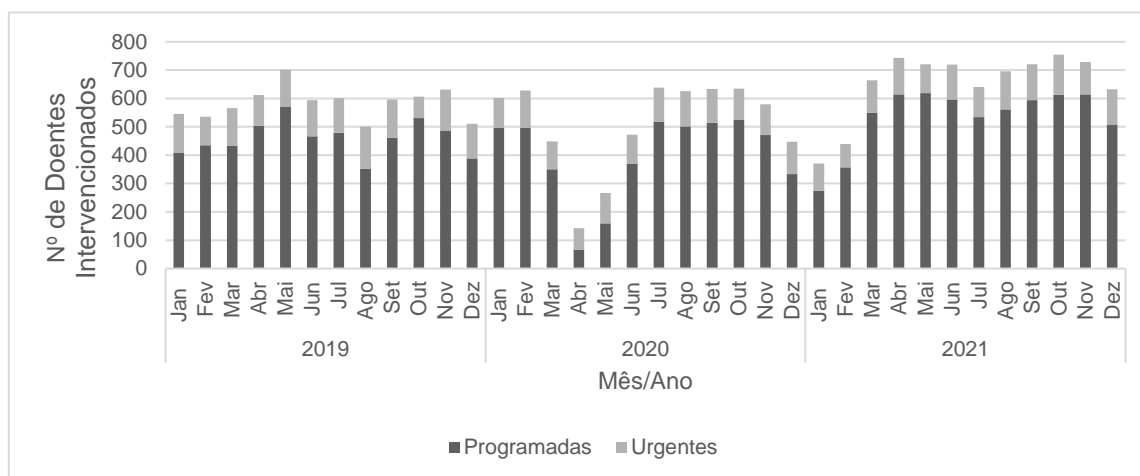


Figura 4: Evolução Mensal do Número de Doentes Intervencionados.

Fonte: Elaboração própria, Transparência SNS.

O combate às listas de espera é todos os anos a estratégia que todas as unidades de saúde tentam cumprir e os dados presentes na Tabela 8 confirmam que existe uma redução no tempo médio de resposta, de aproximadamente 10,23% e um aumento geral no número de doentes em espera, no tempo médio de espera e na percentagem de utentes atendidos no tempo adequado.

Tabela 8: Tempos de Espera do Bloco Operatório.

	2019	2020	2021	$\Delta\%$ 19/20	$\Delta\%$ 20/21	Taxa de variação anual
Nº de doentes em espera	1980	1765	2089	-10,86%	18,36%	2,72%
Tempo médio de espera	114	110	125	-3,51%	13,64%	4,71%
Tempo médio de resposta (dias)	100,4	93,9	80,9	-6,47%	-13,84%	-10,23%
Percentagem de utentes atendidos em tempo adequado	85,28%	87,00%	90,10%	2,02%	3,56%	2,79%

Nota: % Percentagem $\Delta\%$ Variação Percentual.

Fonte: Elaboração própria, ULSNE (2021).

Quanto ao bloco de partos (V13) importa saber que, parto eutócico é o parto considerado normal, onde a mulher entra em trabalho de parto e o próprio corpo inicia e finaliza o processo sem a necessidade de intervenção médica. O parto distócico é o contrário do parto eutócico, ou seja, requer intervenção médica e procedimentos ou intervenções cirúrgicas. Dento dos partos distócicos estes dividem-se em cesarianas e outros partos, sendo, o total a soma dos partos eutócicos e distócicos.

Tabela 9: Bloco de Partos.

	2019	2020	2021	$\Delta\%$ 19/20	Taxa de variação anual
Eutócicos	223	201	187	-9,87%	-8,43%
Distócicos	261	242	193	-7,28%	-14,01%
Cesariana	198	189	159	-4,55%	-10,39%
Outro	63	53	34	-15,87%	-26,54%
Total (Eutócicos + Distócicos)	484	443	380	-8,47%	-11,39%

Nota: % Percentagem $\Delta\%$ Variação Percentual.

Fonte: Elaboração própria, ULSNE (2021).

Na Tabela 9 encontram-se detalhados os números de partos ao longo dos anos em estudo e a respetiva variação de onde se pode concluir que o número de partos tem vindo a reduzir de forma perceptível e em 2021 verifica-se uma diminuição média de 11,39% em relação ao ano de 2019, o que sugere que a pandemia atingiu a economia, causando não só mas também, quedas na natalidade.

5.4 Internamento

Considera-se internamento (V14) a prestação de cuidados de saúde a indivíduos que, após admissão num estabelecimento de saúde, ocupam cama para diagnóstico ou tratamento e que permanecem pelo menos 24h⁵.

Deste modo, os dados são apresentados relativamente aos doentes saídos, considerando todos os doentes que têm alta do internamento de um estabelecimento.³ Estes doentes saídos excluem os doentes paliativos, os da UDEP (Unidade de Doentes de Evolução Prolongada) e os do berçário.

Assim, pode perceber-se pela Tabela 10 que o número de doentes saídos diminuiu cerca de 9%, em 2021 em relação a 2019, isso deve-se ao facto de que os doentes que ficavam internados já estavam num estado muito grave e por consequente ficavam mais tempo internados, levando à sobrelotação hospitalar.

Em 2021 a variação foi negativa para praticamente todas as especialidades em relação a 2019, o que não permitiria retirar as melhores conclusões, portanto foi analisado também o ano de 2020 onde é perceptível um aumento de cerca de 3% no número de doentes saídos do internamento.

⁵ Consultado a 15/12/2022, na página <https://dados.gov.pt/pt/datasets/atividade-de-internamento-hospitalar-1/>

Tabela 10: Número de Doentes Saídos do Internamento.

	2019	2020	2021	$\Delta\%$ 19/20	$\Delta\%$ 20/21	Taxa de variação anual
Cardiologia	43	18	36	-58,14%	100,00%	-8,50%
Cirurgia Geral	2209	1575	1708	-28,70%	8,44%	-12,07%
Estomatologia	2	1	2	-50,00%	100,00%	0,00%
Ginecologia	164	115	112	-29,88%	-2,61%	-17,36%
Medicina Interna	4233	3706	3851	-12,45%	3,91%	-4,62%
Neonatologia	76	75	53	-1,32%	-29,33%	-16,49%
Neurologia	28	14	7	-50,00%	-50,00%	-50,00%
Obstetrícia	602	556	478	-7,64%	-14,03%	-10,89%
Oftalmologia	1	2	4	100,00%	100,00%	100,00%
Ortopedia	1792	1532	1636	-14,51%	6,79%	-4,45%
Otorrinolaringologia	90	54	64	-40,00%	18,52%	-15,67%
Pediatria	420	189	194	-55,00%	2,65%	-32,04%
Pneumologia	30	6	16	-80,00%	166,67%	-26,97%
Urologia	253	224	192	-11,46%	-14,29%	-12,89%
UCI Polivalente	76	93	87	22,37%	-6,45%	6,99%
Psiquiatria Agudos	388	237	214	-38,92%	-9,70%	-25,73%
Total de Doentes Saídos	10407	8397	8654	-19,31%	3,06%	-8,81%

Nota: % Percentagem $\Delta\%$ Variação Percentual.

Fonte: Elaboração Própria, ULSNE.

Quanto à demora média do internamento (V14), esta calcula o número médio de dias que um doente permanece no internamento, assim, consta-se que houve um aumento de 8,4 dias para 9,2 dias, cerca de 4,65%. Embora a taxa de ocupação tenha diminuído em 2021 em relação a 2019, a mesma taxa aumentou 3,28% em 2021, em relação a 2020, justificando novamente a sobrelotação hospitalar nesse período.

Tabela 11: Taxa de Ocupação e Demora Média.

	2019	2020	2021	$\Delta\%$ 19/20	$\Delta\%$ 20/21	Taxa de variação anual
Taxa de Ocupação	65,70%	61,10%	63,00%	-7,15%	3,28%	-2,08%
Demora Média	8,4	9,5	9,2	13,10%	-3,16%	4,65%

Nota: % Percentagem $\Delta\%$ Variação Percentual.

Fonte: Elaboração própria, ULSNE (2021).

Relativamente aos doentes saídos é importante saber o tempo de permanência no internamento (V14), no caso, o número de dias de internamento superior a 24h excluindo o dia de alta.⁵ Assim, a Tabela 11 mostra a variação entre 2019 e 2021 onde é possível perceber que, quanto menor o tempo de permanência maior seria o número de utentes atendidos. Por outro lado, tempos de permanência menores podem prejudicar o atendimento do utente.

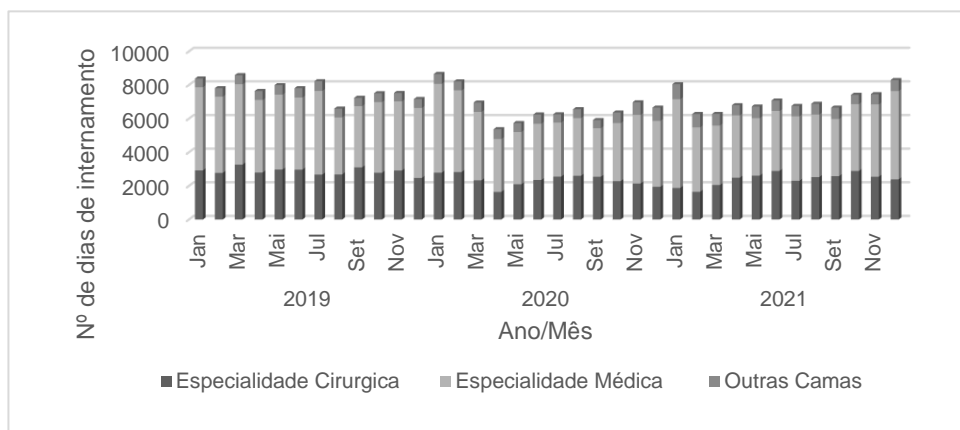


Figura 5: Evolução Mensal do Número de Dias de Internamento.
Fonte: Elaboração Própria, Transparência SNS.

A Figura 5 apresenta a evolução mensal entre 2019 e 2021 do número médio de dias de internamento e como se pode verificar nos inícios de 2020 percebe-se um pico 8656 dias de internamento (V14) médio e em março deu-se uma queda com apenas 6957 com tendência a aumentar nos meses subsequentes.

Como se sabe, um dos maiores problemas de saúde causados pela COVID-19 foram os problemas no sistema respiratório, fazendo com que muitos utentes fossem obrigados a utilizar ventiladores e por isso, o tempo médio de permanência foi superior.

5.5 Urgência

Os Serviços de Urgência (SU) em Bragança e Mirandela são considerados como serviços de urgência médico-cirúrgica (SUMC), que integram especialidades como a clínica geral e cirurgia geral, ortopedia, medicina interna, e utilizam neste serviço, o sistema de triagem de Manchester.

O serviço de urgência básica (SUB), onde se encontram as unidades de Macedo de Cavaleiros e Mogadouro são consideradas o primeiro nível de acolhimento das urgências. Neste serviço encontram-se, em permanência, dois médicos e dois enfermeiros que prestam cuidados à população.

Tabela 12: Serviço de Urgência.

SUMC	2019	2020	2021	$\Delta\%$ 19/20	$\Delta\%$ 20/21	Taxa de variação anual
Bragança	49023	33990	38607	-30,67%	13,58%	-11,26%
Mirandela	28688	19547	22661	-31,86%	15,93%	-11,12%
Total	77711	53537	61268	-31,11%	14,44%	-11,21%
SUB						
Macedo de Cavaleiros	21176	17613	16703	-16,83%	-5,17%	-11,19%
Mogadouro	13221	7885	9131	-40,36%	15,80%	-16,90%
Total	34397	25498	25834	-25,87%	1,32%	-13,34%
Total de Episódios	112108	79035	87102	-29,50%	10,21%	-11,86%

Nota: % Percentagem $\Delta\%$ Variação Percentual.
Fonte: Elaboração própria, ULSNE (2021).

A Tabela 12 apresenta os dados relativos ao SU (V15), onde se verifica que vai de encontro ao esperado, isto é, verifica-se em 2021 uma redução geral cerca de 12% em relação ao ano de 2019 devido à redução nos SUMC e SUB de 11,21% e 13,34%, respetivamente.

Assim, tendo em conta a variação entre 2019 e 2020, considerando que 2020 foi o ano com maior influência pandémica, pode dizer-se que as idas às urgências diminuíram drasticamente explicado pela apreensão dos utentes que se traduziu numa menor afluência do serviço de urgência (V15).

Por outro lado, apesar de a variação ser negativa, cerca de 30% isso pode ser um ponto positivo, visto que as urgências ficaram menos lotadas obrigando a que as pessoas só se dirigissem ao estabelecimento em casos de extrema necessidade.

De salientar que essas idas às urgências aumentaram em 2021 face a 2020 à medida que as restrições foram atenuadas, permitindo aos utentes regressarem com mais facilidade a estes serviços.

5.6 Indicadores de Qualidade e Eficiência

O *Benchmarking* trata-se de uma análise estratégica que as organizações usam para melhorar processos, produtos e serviços de forma a gerar mais lucro e produtividade. É um processo contínuo e sistemático de avaliação de produtos, serviços e processos (Talluri & Sarkis, 2002).

Realizar *Benchmarking* implica criar referências quantitativas comuns com base em medidas concretas de produtividade, e não em opiniões ou valores. A experiência com essas referências sugere que mecanismos quase automáticos são acionados à medida que a comparação obriga as organizações a agir (Triantafillou, 2007).

Em 2013, entrou em vigor um painel trimestral de *Benchmarking* baseado em modelos desenvolvidos pela ACSS, melhorando a transparência e a partilha de informação. Em 2017, o painel de *Benchmarking* migrou para uma nova plataforma que oferece novos recursos com o objetivo de disponibilizar as informações mais atualizadas.⁶

Portanto, os indicadores (V16) podem ser divididos em duas partes: os indicadores de *Benchmarking* hospitalar e os indicadores contrato-programa, estes últimos são divididos em objetivos nacionais, objetivos nacionais específicos da ULS e objetivos nacionais específicos serviços de urgência.

Todos esses indicadores (V16) têm como objetivo saber se as metas definidas pela instituição, descritas no PAO, foram ou não cumpridas. Nas tabelas que serão apresentadas abaixo pode

⁶ Consultado no dia 06/12/2022, na página oficial https://benchmarking-acss.min-saude.pt/BH_Enquadramento

consultar-se os valores reais relativamente ao ano 2019 e 2020, bem como as metas definidas pela ULSNE e os valores reais para perceber se os indicadores foram alcançados.

A ACSS definiu grupos hospitalares de acordo com o tipo de serviço homogéneo, isto é, hospitais que prestam os mesmos tipos de serviços, fazem parte do mesmo grupo. Assim, existem seis grupos de hospitais, que vão de A a F, formados por hospitais com as mesmas características, sendo considerado o melhor do grupo aquele que possuir melhor índice. A ULSNE pertence ao grupo B, que inclui o hospital de Santa Maria Maior, a ULS de Castelo Branco, a ULS da Guarda e mais cinco hospitais.

5.6.1 Acesso

O acesso aos cuidados de saúde sofreu um sério abalo, desde o seguimento do despacho da ministra da saúde, que determinou a suspensão da atividade programada não urgente até à retoma da atividade normal.

Devido ao facto de as populações estarem em quarentena e com mais receio de sair à rua, levou a um declínio na recorrência aos serviços de saúde, declínio esse que teve início logo em março de 2020, aquando surgiram os primeiros casos de COVID-19 em Portugal.

Conforme mostra o gráfico da Figura 6, foi elaborado um gráfico para a ULSNE que mostra a evolução mensal do número de atendimentos das urgências de janeiro de 2019 a dezembro de 2021. Esta evidencia o número máximo de admissões em agosto de 2019 com 10440 admissões, e um mínimo de 4302 episódios em fevereiro de 2021.

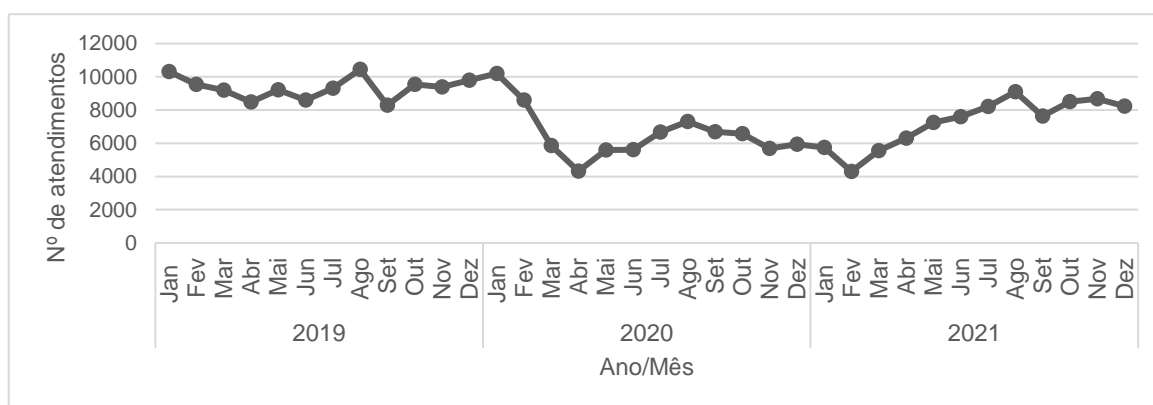


Figura 6: Evolução Mensal do Número de Atendimentos das Urgências.

Fonte: Elaboração própria, Transparência SNS.

A percentagem de utentes em lista de espera para consulta (LEC) e a percentagem de utentes em lista de inscritos para cirurgia (LIC) permite perceber de que forma se encontram as listas de espera nomeadamente para a consulta e para a cirurgia e a percentagem de consultas realizadas dentro

dos tempos máximos de resposta garantidos (TMRG) permite saber se os utentes que se encontravam em lista de espera foram atendidos dentro do tempo máximo estipulado previamente.

Da Tabela 13 percebe-se que a meta de 2021 é inferior ao valor real de 2019, isto porque em 2020, a pandemia obrigou a ULSNE a readaptar-se e, por isso mesmo, a alterar as metas propostas para aquele ano. Assim, a meta para 2021, foi traçada consoante os valores de 2020.

Tabela 13: Indicadores de Acesso.

Indicadores	Real 2019	Real 2020	Meta 2021	Real 2021	$\Delta\%$ 19/20	$\Delta\%$ 20/21	Taxa de variação anual
% de utentes LEC dentro do TMRG	61,3	53,5	61	62,4	-12,72%	16,64%	0,89%
% de consultas realizadas dentro do TMRG	75,9	64,5	75	77,7	-15,02%	20,47%	1,18%
% de utentes LIC dentro do TMRG	83,0	81,2	84	78,0	-2,17%	-3,94%	-3,06%
% de doentes operados dentro do TMRG	84,5	86,6	84	89,7	2,49%	3,58%	3,03%
% de episódios de urgência atendidos dentro do tempo de espera previsto no protocolo de triagem	80,2	85,2	87	84,1	6,23%	-1,29%	2,40%

Nota: % percentagem $\Delta\%$ Variação Percentual.
Fonte: Elaboração própria, ULSNE.

De uma forma geral, em 2021, praticamente todos os indicadores apresentam variações percentuais positivas face a 2019, com exceção da percentagem de utentes em LIC dentro dos TMRG, justificado pelo facto dos blocos iniciarem a atividade posteriormente, conforme mencionado anteriormente.

Acrescentando ainda que, em 2021, a percentagem de consultas realizadas dentro do TMRG aumentou cerca de 20% face a 2020, pelo que a percentagem de utentes em LEC fosse superior também mostrando assim, ser um ponto positivo na redução das listas de espera.

5.6.2 Desempenho Assistencial

Relativamente ao desempenho assistencial, a Tabela 14 mostra que os indicadores em 2021 apresentam variação positiva face a 2019, com exceção da percentagem de reinternamentos em 30 dias e da percentagem de cirurgias realizadas em ambulatório, têm uma variação positiva.

Tabela 14: Indicadores de Desempenho Assistencial.

Indicadores	Real 2019	Real 2020	Meta 2021	Real 2021	Δ% 19/20	Δ% 20/21	Taxa de variação anual
% Reinternamentos em 30 dias, na mesma GCD	5,18	3,76	4,29	4,19	-27,41%	11,44%	-10,06%
% Cirurgias realizadas em ambulatório, para procedimentos tendencialmente ambulatorizáveis	27,5	22,8	34,6	25,7	-17,09%	12,72%	-3,33%
% Cirurgias da anca efetuadas nas primeiras 48 horas	82,2	84,8	82,0	85,7	3,16%	1,06%	2,11%
Índice de Mortalidade Ajustada	1,13	1,20	1,00	1,18	5,84%	-1,10%	2,19%
Índice de Demora Média Ajustada	1,12	1,13	1,00	1,12	0,52%	-0,25%	0,00%
Demora média antes da cirurgia	1,00	1,10	1,00	1,00	10,00%	-9,09%	0,00%

Nota: % Percentagem.

Fonte: Elaboração própria, ULSNE.

O cenário em 2021 é um pouco diferente, uma vez que praticamente todos os indicadores aumentaram face a 2020, com ressalva para o índice de mortalidade ajustada, o índice de demora média ajustada e a demora média antes da cirurgia que diminuiram.

5.6.3 Desempenho Económico-Financeiro

Em termos de desempenho económico-financeiro, 2021 mostra um aumento de 9,21% e de 4,8% nos gastos operacionais por residente e os gastos com trabalho extraordinário, respetivamente, devido à pandemia em relação a 2019.

Quanto ao doente padrão por médico equivalente em tempo completo (ETC) verificou-se, através da Tabela 15, uma redução de 5,25% e uma diminuição de 9,14% no doente padrão por enfermeiro.

Tabela 15: Indicadores de Desempenho Económico-Financeiro.

Indicadores	Real 2019	Real 2020	Meta 2021	Real 2021	$\Delta\%$ 19/20	$\Delta\%$ 20/21	Taxa de variação anual
Gastos operacionais por residente	870,9	969,3	Melhor do Grupo	1038,7	11,30%	7,16%	9,21%
Doente padrão por Médico ETC	69,5	58,3	69	62,4	-16,12%	7,03%	-5,25%
Doente padrão por Enfermeiro ETC	29,8	22,8	32	24,6	-23,49%	15,79%	-9,14%
% Gastos com Trabalho Extraordinário, Suplementos e FSE, no Total de Gastos com Pessoal	23,4	25,3	27,2	25,7	8,12%	1,58%	4,80%

Nota: % Percentagem $\Delta\%$ Variação Percentual.
Fonte: Elaboração Própria, ULSNE.

O impacto (V7) económico-financeiro da COVID-19 foi uma realidade ao longo do ano de 2020 fazendo com que todos os indicadores aumentassem em 2021. As medidas de combate e prevenção da pandemia aumentaram significativamente os gastos com pessoal, material clínico, material de proteção e higiene e aumentaram a expansão da capacidade laboratorial e de equipamentos de apoio à prestação de cuidados.

Considerando todo esse impacto (V7) e que apenas existiam 25 ventiladores em 2019 e passaram a 30 em 2020, são também relevantes os custos de prevenção e controlo da pandemia. Os custos com medicamentos também aumentaram aproximadamente 50% e a capacidade aumentou cerca de 15%.

Além disso, os custos de contratação de médicos, enfermeiros, assistentes operacionais etc., que também impactaram os custos totais e ainda o custo de equipamentos de proteção individual, testes COVID e vacinas.

5.6.4 Resultados em Internamentos, Consultas Hospitalares e Urgências

Evitáveis

Os resultados em internamentos, consultas hospitalares e urgências evitáveis revelaram que o indicador que mais reduziu foi a taxa de internamentos por pneumonia, devido à forte influência da pandemia no sistema respiratório dos doentes.

Tabela 16: Resultados em Internamentos, Consultas Hospitalares e Urgências Evitáveis.

Indicadores	Real 2019	Real 2020	Meta 2021	Real 2021	$\Delta\%$ 19/20	$\Delta\%$ 20/21	Taxa de variação anual
Taxa de internamentos por complicações agudas da diabetes	25,50	25,50	20,73	22,90	0,00%	-10,20%	-5,24%
Taxa de internamentos por diabetes não controlada	14,40	11,90	11,07	16,10	-17,36%	35,29%	5,74%
Taxa de internamento por complicações crônicas da diabetes	42,50	39,10	14,44	64,60	-8,00%	65,22%	23,29%
Taxa de internamentos por asma ou DPOC	182,20	132,00	177,62	109,8	-27,55%	-16,82%	-22,37%
Taxa de internamentos por asma em jovens adultos	3,10	0,00	2,00	0,00	0,00%	0,00%	-100,00%
Taxa de internamentos por pneumonia	667,90	526,80	447,51	363,70	-21,13%	-30,96%	-26,21%
Taxa de internamentos por hipertensão arterial	13,60	11,90	13,60	16,10	-12,50%	35,29%	8,80%
Taxa de internamentos por insuficiência cardíaca congestiva	432,50	362,80	195,24	429,10	-16,12%	18,27%	-0,39%
% De especialidades com protocolos clínicos de referência ascendente e descendentes	0,00	0,00	84,66	0,00	0,00%	0,00%	0,00%
% De utilizadores frequentes do SU c/ plano de cuidados estabelecido entre os CSP e os CSH	0,00	0,00	6,60	0,00	0,00%	0,00%	0,00%

Nota: % Percentagem $\Delta\%$ Variação Percentual.

Fonte: Elaboração própria, ULSNE.

Na Tabela 16 estão apresentados os valores executados para cada um dos indicadores entre 2019 e 2021 e as respetivas variações. Como foi dito anteriormente, e é importante enfatizar, as metas

para o ano de 2021 são menores que as de 2019 uma vez que em 2020 foi necessário readaptar as metas de forma a tentar alcançar os objetivos contratualizados para o ano.

O indicador com maior aumento em 2021 em relação a 2019 foi a taxa 23,29% de internamentos por complicações crónicas da diabetes seguido da taxa de internamentos por hipertensão arterial com 8,80%.

5.6.5 Desempenho do Serviço de Urgência

No serviço de urgência, percebe-se, através da Tabela 17 um aumento notável nos episódios de baixa urgência associados a pulseiras brancas, azuis e verdes. O mesmo ocorreu com os episódios de urgência com internamento e a percentagem de episódios de urgência atendidos dentro do tempo de espera (TE) previsto no protocolo de triagem.

Tabela 17: Indicadores de Desempenho do Serviço de Urgência.

Indicadores	Real 2019	Real 2020	Meta 2021	Real 2021	$\Delta\%$ 19/20	$\Delta\%$ 20/21	Taxa de variação anual
Peso episódios com Prioridade Verde/ Azul/ Branca	35,30	44,00	33,90	43,70	24,65%	-0,68%	11,26%
Peso episódios de urgência com internamento	7,90	9,10	7,67	8,70	15,19%	-4,40%	4,94%
Percentagem de episódios de urgência atendidos dentro do TE previsto	80,20	85,20	87,00	84,10	6,23%	-1,29%	2,40%
Peso dos utilizadores frequentes, no total de utilizadores do SU	6,60	4,20	6,00	4,70	-36,36%	11,90%	-15,61%
Rácio Consultas Externas/ Atendimentos em Urgência	0,90	1,10	1,06	1,10	22,22%	0,00%	10,55%

Nota: % Percentagem $\Delta\%$ Variação Percentual.

Fonte: Elaboração própria, ULSNE.

Já o peso dos utilizadores frequentes, considerados aqueles com quatro ou mais episódios, reduziu 15,61%. Assim, em 2021, o rácio entre as consultas externas e os atendimentos de urgência aumentou em média 10,55% relativamente a 2019, mas permaneceu inalterada em relação a 2020.

5.6.6 Índice de Desempenho Global

No sentido de avaliar o desempenho das organizações, o IDG é calculado anualmente por meio de um conjunto de indicadores que abrangem várias áreas como o acesso, o desempenho assistencial e a eficiência ou desempenho económico-financeiro.

Conforme apresentado na Tabela 17 do IDG, percebe-se que em 2021 o IDG foi inferior ao de 2020 uma vez que a meta para este ano teve de ser alterada devido à pandemia alterando não só nos centros de saúde como também nos hospitais.

Tabela 18: Índice de Desempenho Global.

	ID 2019	ID 2020	Meta 2021	ID 2021	Grau de Cumprimento
1. CSP	74,1	64,70	68,1	69,4	102%
2. CSH					
Acesso	7,9	19,90	21	18	86%
Desempenho Assistencial	8,3	8,60	9	8,1	91%
Desempenho Económico-Financeiro	9	8,60	10	9,2	45%
Resultados Internamentos, Consultas Hospitalares e Urgências Evitáveis	8	15,30	20	11,7	59%
IDG	37,7	93,4	100	81,3	84%

Nota: % Percentagem.

Fonte: Elaboração própria, ULSNE.

Assim, ao analisar os Índice de Desempenho (ID) de 2019 e 2021, apresentado na Tabela 18 percebe-se que os CSP diminuíram o índice de desempenho porque, em 2020, as unidades de saúde tiveram de deixar de prestar serviços e, por isso, o ID diminuiu para 64,7%. Desta forma, a meta para 2021 foi definida com base no índice de 2020, e em 2021 pode constatar-se que a meta foi superada.

Acerca dos CSH, nenhuma das metas foi cumprida, mas o grau de cumprimento foi relativamente bom com a exceção do desempenho económico-financeiro. De forma geral, as metas para 2021 aumentaram face a 2020 de forma a incentivar as unidades de saúde a voltar ao ponto pré-pandémico.

Em 2020, o índice de desempenho no acesso aos CSH foi de 64,7, com tendência a aumentar em 2021, e assim, a meta para 2021 foi definida consoante o valor de 2020, mas não foi atingida. No geral, a variação entre 2019 e 2021 foi positiva para o desempenho económico-financeiro e negativo para os outros indicadores como o acesso, o desempenho assistencial entre outros.

5.7 Prestação de Contas

5.7.1 Indicadores Económico-financeiros

O agravamento do resultado líquido negativo do período neste triénio deve-se sobretudo a gastos (V23) fixos desencadeados pela ULSNE no combate e atenuação da pandemia COVID-19, bem como a redução dos rendimentos resultante da isenção de taxas moderadoras aplicadas nos cuidados de saúde primária, do subfinanciamento atribuído pela tutela à Unidade Local de Saúde

do Nordeste, E.P.E, face aos custos de contexto e incremento de despesa ocorrida nas rubricas de pessoal decorrentes das alterações legislativas laborais.⁷

Tabela 19: Indicadores Económico-Financeiros.

	2019	2020	2021	Δ% 19/20	Δ% 20/21	Taxa de variação anual
Rendimentos Operacionais	97 019	98 513	106 344	1,5%	7,9%	4,70%
Gastos Operacionais	106 411	119 980	129 439	12,8%	7,9%	10,29%
Gastos/Reversões de depreciação e amortização	-3 223	-3 367	-3 629	4,5%	7,8%	6,11%
Resultado operacional	-9 392	-21 468	-23 095	128,6%	7,6%	56,81%
Resultados antes dos impostos	-9 366	-21 608	-23 096	130,7%	6,9%	57,03%
Imposto sobre o rendimento	-57	665	-42	-1258,7%	-106,2%	-14,16%
Resultado líquido do período	-9 423	-20 942	-23 138	122,2%	10,5%	56,70%
EBITDA	-6 169	-18 100	-19 466	193,4%	7,5%	77,64%

Unidade de Medida (UM): Milhares €.
 Nota: % Percentagem Δ% Variação Percentual.
 Fonte: Elaboração própria, ULSNE.

Relativamente ao EBITDA, os resultados apresentados na Tabela 19, tal como em 2020, permanecem negativos apresentando um ligeiro agravamento face a 2019.

⁷ Consultado nos relatórios de contas presentes na página oficial da ULSNE

O gráfico da Figura 7 mostra a evolução dos rendimentos e gastos operacionais entre 2019 e 2021.

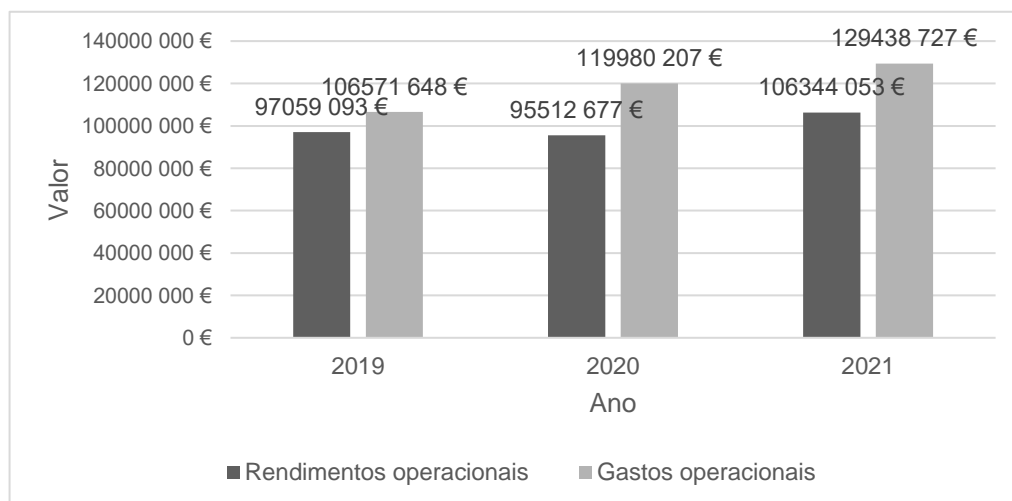


Figura 7: Evolução dos Rendimentos e Gastos Operacionais.

Fonte: Elaboração própria, ULSNE (2021).

O gráfico da Figura 7 mostra também, um crescimento significativo dos gastos, devido à pandemia, que criou um grande desequilíbrio. Apesar do crescimento dos rendimentos, que não foram suficientes para cobrir todos os gastos, o resultado foi um agravamento dos resultados negativos em relação aos anos anteriores.

5.7.2 Análise de Gastos

Os gastos totais, apresentados na Tabela 20, evidenciam que em 2021 registaram um acréscimo de 10,28% em relação ao mesmo período em 2019, sendo o aumento influenciado pelo acréscimo verificado na rubrica Custo das Mercadorias Vendidas e das Matérias Consumidas (CMVMC) de 23,22% na rubrica de Fornecimento e Serviços Externos (FSE) de 10,63% e na rubrica de gastos com pessoal (8,07%).

O aumento dos gastos resultou principalmente dos contratos de trabalho dos funcionários no combate à pandemia em 2020, dos gastos com trabalho suplementar e da aplicação das medidas legislativas de valorização remuneratória.

Tabela 20: Variações de Gastos e Perdas.

	2019	2020	2021	Δ %19/20	Δ % 20/21	Taxa de variação anual
CMVMC	11105	14599	16860	31,5%	15,5%	23,22%
FSE	25651	27417	31395	6,9%	14,5%	10,63%
Gastos Pessoal	65459	73505	76449	12,3%	4,0%	8,07%
Gastos Depreciação e Amortização	3223	3367	3629	4,5%	7,8%	6,11%
Perdas por Imparidade	36	55	0	52,7%	-100,0%	-100,00%
Provisões do Período	0	9	204	-	2270,6%	-
Outros Gastos e Perdas	951	1168	903	22,8%	-22,7%	-2,56%
Gastos Totais	106425	120120	129440	12,9%	7,8%	10,28%

UM: Milhares €.

Nota: % Percentagem Δ % Variação Percentual.

Fonte: Elaboração própria, ULSNE (2021).

Na Tabela 20, é possível identificar as principais variações dos gastos e perdas entre 2019 e 2021 onde, como referido anteriormente a maior variação encontra-se nos CMVMC com um aumento de cerca de 23,22%.

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

O custo das matérias consumidas, exibido na Tabela 21, o montante de 16,86M€ em 2021, apresenta um aumento de 51,8% em relação a 2019, devido essencialmente ao aumento de 65,14% verificado no consumo reagentes e produtos de diagnóstico, no caso testes COVID, devido ao material de consumo hoteleiro (27,78%), juntamente com material de consumo clínico, por exemplo máscaras e luvas.

Tabela 21: Rubrica dos CMVMC.

	2019	2020	2021	Δ % 19/20	Taxa de variação anual
Medicamentos	4342	4869	5923	12,1%	16,80%
Reagentes e Produtos de Diagnóstico Rápido	1514	3086	4129	103,8%	65,14%
Outros Produtos Farmacêuticos	90	27	0	-69,7%	-100,00%
Material de Consumo Clínico	4628	5895	6153	27,4%	15,30%
Material de Consumo Hoteleiro	256	402	418	56,9%	27,78%
Material de Consumo Administrativo	122	142	101	15,6%	-9,01%
Material de Manutenção e Conservação	152	178	136	17,5%	-5,41%
Total	11104	14599	16860	31,5%	23,22%

UM: Milhares €.

Nota: % Percentagem Δ % Variação Percentual.

Fonte: Elaboração própria, ULSNE (2021).

Estes aumentos são justificados, essencialmente, pela testagem de casos COVID-19 em ambiente hospitalar, pela recuperação da atividade assistencial e pelo combate e mitigação realizado pela ULSNE na realização de testes e posteriormente as vacinas.

- **Fornecimentos e Serviços Externos**

A rubrica FSE registou em 2021 um aumento de 22,0% em relação a 2019, repartido entre a área de subcontratos e a área de outros fornecimentos e serviços externos e cada uma destas áreas subdivide-se conforme apresentado na Tabela 22.

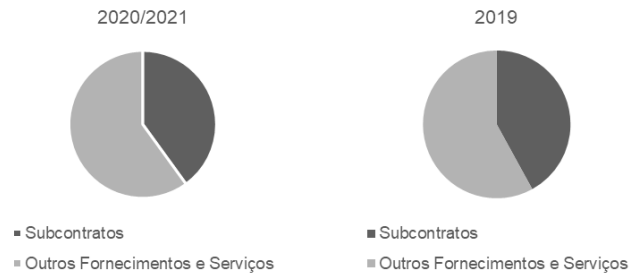


Figura 8: Relação entre Subcontratos e Outros Fornecimentos e Serviços entre 2019 e 2021.

Fonte: ULSNE (2021).

Verifica-se através dos gráficos da Figura 8 que, ao longo dos anos a rubrica dos subcontratos tem vindo a diminuir dando lugar aos outros fornecimentos e serviços externos como serviço de lavandaria, eletricidade, rendas e alugueres, entre outros.

Da análise da Tabela 22, verifica-se que na rubrica Subcontratos existe um acréscimo global de 7,42% em 2021 face à despesa verificada em 2019, tendo contribuído para esse aumento os MCDT's, fruto da atividade assistencial nos CSP, principais prescritores de MCDT realizados no exterior.

Verifica-se também através da Tabela 22 que em 2020, ano pandémico, houve um notável aumento do internamento pelos subcontratos relativamente a 2019, que em 2021 voltaram a reduzir, devido à sobrelotação hospitalar sendo necessário recorrer a internamentos no exterior.

Nas restantes rubricas de outros fornecimentos e serviços verificou-se um aumento de 12,57% no exercício de 2021 comparativamente ao ano de 2019, sendo que, os serviços especializados (15,52%), os serviços diversos (19,29%) e transportes de doentes (8,15%) foram os que mais contribuíram para este aumento.

Relativamente aos gastos na energia e fluídos não se verificou grandes alterações e nos serviços diversos verifica-se um grande aumento nas rendas e alugueres, derivado não só, mas também as tendas de testagem e aos postos de testagem COVID.

Tabela 22: Rubrica de FSE.

	2019	2020	2021	$\Delta\%$ 19/20	Taxa de variação anual
Subcontratos					
Meios Complementar Diagnóstico	5488	5137	6723	-6,4%	10,68%
Meios Complementar Terapêutica	5163	5538	5592	7,3%	4,07%
Outros	112	112	105	0,0%	-3,18%
Total	10763	10787	12420	0,2%	7,42%
Outros Fornecimentos e Serviços					
Serviços Especializados	8837	10199	11792	15,4%	15,52%
Serviços Médicos prestados por empresas + honorários	3771	4337	4858	15,0%	13,50%
Serviços de Alimentação	1576	1595	1733	1,2%	4,86%
Serviços de Lavandaria	742	974	1598	31,4%	46,75%
Vigilância e Segurança	499	547	664	9,5%	15,35%
Conservação e Reparação	1872	2326	2469	24,2%	14,84%
Outros	377	420	470	11,3%	11,66%
Materiais de Consumo	4	6	1	59,6%	-50,00%
Energia e Fluidos	2330	2283	2423	-2,0%	1,98%
Eletricidade	1066	945	1095	-11,3%	1,35%
Combustíveis e Lubrificantes	126	91	148	-27,8%	8,38%
Água	349	422	461	20,9%	14,93%
Outros	789	825	719	4,6%	-4,54%
Transporte de Doentes	2281	2366	2668	3,7%	8,15%
Serviços Diversos	1338	1537	1904	14,9%	19,29%
Rendas e Alugueres	183	310	500	69,8%	65,29%
Comunicações	144	175	176	21,2%	10,55%
Seguros	12	12	13	0,0%	4,08%
Contencioso e Notariado	0	3	0	-	-
Despesas de Representação dos Serviços	1	1	0	0,00%	-100,00%
Limpeza, Higiene e Conforto	986	1021	1206	3,5%	10,59%
Outros	12	15	9	25,0%	-13,40%
Total	14826	16391	18788	10,5%	12,57%
Total Rubrica de FSE	25589	27178	31208	6,21%	10,43%

UM: Milhares €.

Nota: % Percentagem $\Delta\%$ Variação Percentual.

Fonte: Elaboração própria, ULSNE (2021).

Na mesma tabela observa-se também, que os serviços especializados tiveram um aumento entre 2019 e 2021, que se justifica através dos gastos com honorários e prestação de serviços médicos por empresas com um aumento de 13,50%, proveniente do reforço de pessoal médico, com os serviços de lavandaria em 46,75%, os serviços de vigilância e segurança em 15,35%, os serviços de alimentação em 4,86% e dos gastos com conservação e reparação em 14,84% também contribuíram para esse aumento, fruto da melhoria estrutural dos edifícios na receção, aumento dos preços unitários para o serviço de lavandaria e acréscimo roupa tratada na sequência das medidas implementadas de higienização e mitigação da pandemia em ambiente hospitalar.

- **Gastos com o Pessoal**

Para o estudo dos gastos com o pessoal foi elaborada a Tabela 23 com um resumo dos principais tipos de gastos com o pessoal e, como é possível verificar, as despesas com pessoal registaram um acréscimo de 8,08% face ao ano de 2019. A análise da Tabela 23 revela um aumento das despesas em todas as rubricas, com destaque para o suplemento de remunerações com um aumento cerca de 12,72%.

Estes acréscimos estão relacionados com a contratação de enfermeiros e assistentes operacionais para reforço da prestação de cuidados aos doentes covid, do rastreio, da contenção, da prevenção e os aumentos salariais.

Tabela 23: Gastos com o Pessoal.

	2019	2020	2021	$\Delta\%$ 19/20	Taxa de variação anual
Remunerações	32798	35879	36654	9,4%	5,72%
Suplemento de Remuneração	14175	16826	18010	18,7%	12,72%
Prémios de Desempenho	0	588	23	-	-
Subsídio de Férias e Natal	5559	5938	6282	6,8%	6,30%
Encargos Sobre Remunerações	11752	13024	13774	10,8%	8,26%
Outros	1176	1247	1715	6,1%	20,76%
Total	65451	73502	76458	12,3%	8,08%

UM: Milhares de €.

Nota: % Percentagem $\Delta\%$ Variação Percentual.

Fonte: Elaboração própria, ULSNE (2021).

Relacionado com os gastos com o pessoal encontram-se os trabalhos extraordinários que durante a pandemia foi do que mais se ouviu falar não só pelo número de horas que os profissionais de saúde exerciam, mas também pelo facto de ser um gasto acrescido.

Tabela 24: Trabalho Extraordinário.

	2019	2020	2021	$\Delta\%$ 19/20	Taxa de variação anual
Horas Extraordinárias	6843	8987	8762	31,3%	13,16%
Prevenções	1441	1650	1784	14,5%	11,27%
Noites e Suplementos	2403	2830	3054	17,8%	12,73%
Total	10687	13467	13600	26,0%	12,81%

UM: Milhares €.

Nota: % Percentagem $\Delta\%$ Variação Percentual.

Fonte: Elaboração própria, ULSNE (2021).

A Tabela 24 mostra um acréscimo no total de trabalho extraordinário de 12,81% em 2021 em relação a 2019 devido essencialmente às horas extraordinárias prestadas pelos profissionais e às noites e suplementos para os funcionários.

5.7.3 Análise dos Rendimentos

- **Prestação de Serviços**

Para a prestação de serviços foi analisada a demonstração de resultados do exercício de 2021, relativamente aos rendimentos presente no Anexo E e percebe-se que, para a rubrica da prestação de serviços foram registados rendimentos com o valor de 104,387 M€, um aumento de 5,21% em relação a 2019. Estes resultaram principalmente do Contrato Programa acordado com o Ministério da Saúde, através da ACSS no valor de 101,151M€ em 2021, cerca de 5,38% mais que em 2019.

Tabela 25: Prestação de Serviços.

	2019	2020	2021	$\Delta\%$ 19/20	$\Delta\%$ 20/21	Taxa de variação anual
SNS- Contrato Programa E.P.E	91082	96702	101151	6,2%	4,6%	5,38%
Acerto de Estimativas	0	-2132	0	-	-100,0%	0,00%
Outras Entidades Responsáveis	1238	1341	1784	4,5%	33,0%	20,04%
Taxas Moderadoras	1935	847	568	-56,2%	-32,9%	-45,82%
Outros Serviços	0	162	885	-	446,3%	-
Total	94300	96920	104388	2,8%	7,7%	5,21%

UM: Milhares €.

Nota: % Percentagem $\Delta\%$ Variação Percentual.

Fonte: Elaboração própria, ULSNE (2021).

De acordo com Tabela 25 o aumento da faturação a outras entidades responsáveis, foi a prestação de serviços que sofreu o maior aumento percentual depois das taxas moderadoras, assim, em 2021 deu-se um aumento cerca de 20% em relação a 2019 devido ao aumento da atividade assistencial e ao aumento e recuperação da faturação.

- **Transferências e Subsídios Correntes Obtidos**

Em relação às transferências correntes obtidas, em 2019 foi de 564M€, em 2020 foi de 466 M€ e em 2021 foi de 612 M€. Assim em 2020 houve uma diminuição de cerca de 17% em relação a 2019, em 2021 houve um aumento de cerca de 31% em relação a 2020 e na relação entre 2021 e 2019 percebe-se um aumento médio de 4,17%.⁸

- **Rendimentos Suplementares**

Os rendimentos suplementares referem-se a rendas obtidas, aos reembolsos de vencimentos e a fornecimentos de medicamentos na farmácia hospitalar. Assim percebe-se a partir da Tabela 26 que em 2021 houve um aumento nas rendas e uma diminuição nos reembolsos em relação a 2019.

⁸ Dados retirados do Relatório de Contas 2021, ULSNE

Tabela 26: Rendimentos Suplementares.

	2019	2020	2021	$\Delta\%$ 19/20	$\Delta\%$ 20/21	Taxa de variação anual
Rendas	63	50	67	-20,5%	32,9%	3,13%
Reembolsos	188	106	107	-43,4%	0,8%	-24,56%
Total	251	157	174	-37,7%	11,1%	-16,74%

UM: Milhares €.

Nota: % Percentagem $\Delta\%$ Variação Percentual.

Fonte: Elaboração própria, ULSNE (2021).

Em relação às rendas em 2020, houve uma diminuição de 20,5% em relação a 2019 e em 2021 houve um aumento de 32,9% em relação a 2020. Quanto aos reembolsos, em 2020 a variação foi negativa, cerca de 43% em relação a 2019 e em 2021 houve um aumento de 0,8% em relação a 2020. Assim na totalidade em 2020 houve uma diminuição de cerca de 38% em relação a 2019 e em 2021 um aumento de cerca de 11% em relação a 2020.

Quanto à variação entre 2021 e 2019, nota-se que houve um aumento nas rendas de cerca de 3,13% e uma redução nos reembolsos de cerca de 25%. Na totalidade dos rendimentos suplementares aconteceu o previsto que seria uma redução dos rendimentos, no caso de cerca de 17%.

5.7.4 Evolução Financeira

Considera-se ativo circulante, ou ativos líquidos, aqueles que se podem converter facilmente em dinheiro a curto prazo, as existências fazem parte do ativo circulante e representam o montante apurado nos inventários de uma empresa (Diniz, 2015). Analisando os dados na Tabela 27 percebe-se que esse ativo vem diminuindo, aumentando os inventários ao longo dos anos.

A autonomia financeira trata-se de um rácio financeiro que mede a percentagem de ativos financiados por capitais próprios e varia entre 0 e 1 com os capitais próprios não excedendo o valor do ativo total. Se o valor for baixo indica uma grande dependência, se for próximo de 1, a entidade é menos dependência e possui encargos financeiros mais baixos. Neste caso houve uma quebra notória no ano de pandemia, onde a autonomia financeira passou de positiva e tornou-se negativa devido aos capitais próprios serem negativos e conseqüentemente a ULS depende mais de capitais alheios tornando-se numa situação desvantajosa.

A solvabilidade também se trata de um rácio financeiro entre capitais próprios e o total do passivo, permitindo avaliar a capacidade da ULSNE cumprir os seus compromissos a médio e longo prazo. Se este valor for superior a 1, significa que a ULSNE tem ativos suficientes para cobrir todas as dívidas. Como se pode verificar em 2020 e em 2021 os valores são inferiores a 1 e negativos devido aos capitais próprios serem negativos e por isso, a ULSNE não consegue cobrir todas as suas dívidas refletindo num risco muito elevado.

O Fundo de Maneio representa o valor do ativo circulante deduzido do passivo circulante, isto é, o valor dos inventários e contas a receber de clientes menos o valor a pagar a fornecedores. Como se pode perceber, este valor é negativo o que quer dizer que a ULSNE já se encontrava em desequilíbrio em 2019, em 2020 houve um grande agravamento, mas em 2021 começou a recuperar e para que este valor fique positivo é necessário que a instituição aumente o número de ativos.

O rácio de liquidez geral compara o ativo de curto prazo com o passivo de curto prazo. Se esse valor for menor que 1, a empresa está em dificuldades, se for maior, considera-se um valor normal. Neste caso os valores são inferiores a 1, sugerindo que a ULSNE vem a passar por dificuldades nestes anos em estudo, apesar de a situação ter sido agravada pela pandemia.

Relativamente ao rácio de liquidez reduzida, este mede a liquidez de forma mais restrita subtraindo ao ativo de curto prazo os inventários. Analisando a tabela percebe-se que o rácio da liquidez reduzida é também inferior a 1, portanto a ULSNE não tem capacidade de pagar as suas dívidas.

Quanto à atividade o prazo médio de recebimento mede o tempo que os clientes levam a pagar as suas dívidas e através da Tabela 27 verifica-se que tem vindo a reduzir, apresentando em 2021 apenas 93 dias de prazo médio de pagamento. Já o prazo médio de pagamento, é o tempo que a ULSNE leva para pagar as suas dívidas, assim, embora o COVID-19 tenha estendido o prazo em 2020 para facilitar os pagamentos, em 2021, diminuiu para 140 dias, menos que em 2019, de forma a tentar recuperar a estabilidade.

Os resultados líquidos representam as receitas totais menos os custos totais. Verificando a informação na Tabela 27 aponta-se que estes têm vindo a agravar-se com o passar dos anos, isto é, os custos são superiores às receitas como provado anteriormente.

Tabela 27: Indicadores de Evolução Financeira.

	2019	2020	2021
Estrutura do Ativo			
Ativo Circulante / Ativo Líquido	55,46%	50,81%	49,83%
Existências	2,14%	3,70%	4,13%
Estrutura Financeira			
Autonomia Financeira	8,45%	-7,85%	-2,23%
Solvabilidade	0,0923	-0,0728	-0,0218
Equilíbrio Financeiro			
Fundo de Maneio	-20264	-31 356,93	-28 107,25
Liquidez Geral	64%	50%	54%
Liquidez Reduzida	62%	46%	49%
Atividade			
Prazo Médio de Recebimento (dias)	121	97	93
Prazo Médio de Pagamento (dias)	153,24	162	140,3
Rentabilidade			
Resultados Líquidos	-9423,01	-20 942,32	-23 137,58
EBITDA	-6168,55	-18 100,09	-19 465,57

UM: Milhares €.

Nota: % Percentagem Δ % Variação Percentual.

Fonte: Elaboração própria, ULSNE (2021).

A Tabela 27 mostra também o EBITDA, isto é, o EBITDA permite medir a rentabilidade operacional antes das amortizações com base nas informações operacionais da ULSNE. Quando o valor do EBITDA é negativo significa que a instituição não está a gerar receita suficiente para cobrir as despesas.

Síntese

Com o objetivo de responder às hipóteses inicialmente estipuladas, nomeadamente quais as principais estratégias utilizadas no setor hospitalar e de que forma foram implementadas (OE₂), quais os principais problemas relativamente à gestão de recursos humanos (OE₃) e quais os principais custos e de que forma foram geridos (OE₄), foram analisadas várias variáveis relativas ao setor hospitalar.

Relativamente aos recursos humanos (V22) pode concluir-se que apesar do aumento no número de funcionários na ULSNE as horas semanais também aumentaram, assim, o Covid-19 provocou não só gastos na contratação de pessoal, mas também gastos a nível de horas extraordinárias.

Já as consultas externas (V11), o processo foi contrário onde as consultas diminuíram devido à suspensão da atividade programada não urgente verificando-se uma queda em abril de 2020. No bloco operatório (V12) o mesmo aconteceu, devido ao mesmo motivo e onde se verificou uma descida acentuada também em abril de 2020, no número de doentes intervencionados. No que se refere aos blocos de parto (V13), estes também diminuíram, levando a concluir que a pandemia afetou a natalidade.

Quanto ao internamento (V14), o número de doentes saídos diminuiu, o que remete para a conclusão de que o Covid-19 provocou efeitos colaterais com bastante impacto (V7) e por isso o tempo de permanência aumentou durante este período. Já na urgência (V15), verifica-se uma queda nos atendimentos explicado pela apreensão dos utentes para se dirigirem a mesma.

No que diz respeito aos indicadores de qualidade e eficiência (V16), estes tiveram de ser alterados em 2020, de forma que, fosse possível cumprir com as metas propostas e, dessa forma, a maioria dos indicadores foram cumpridos.

Em 2021 relativamente a 2019, os indicadores (V16) de acesso e de desempenho assistencial apresentaram, de forma geral, uma percentagem positiva. No desempenho económico e financeiro verifica-se que os gastos operacionais aumentaram da mesma forma que os gastos com trabalho extraordinário, por sua vez os indicadores (V16) de doente padrão por enfermeiro e por médico apresentaram uma variação negativa. Os indicadores (V16) de resultados em internamentos, consultas hospitalares e urgências evitáveis, de modo geral, apresentam uma variação positiva da mesma forma que os indicadores de desempenho do serviço de urgência.

Relativamente ao índice de desempenho global em 2021, este é inferior ao de 2020 explicado pela alteração dos indicadores. Assim, em 2021, relativamente aos CSP a meta foi superada, já nos CSH as metas não se cumpriram, mas o grau de cumprimento foi, de forma geral, elevado.

No que se refere à prestação de contas (V26), foram analisados não só indicadores económico-financeiros, mas também, a evolução financeira, a análise de gastos e de rendimentos. Assim, de forma geral todos os indicadores apresentam uma variação positiva, o que não é necessariamente bom, uma vez que apesar dos rendimentos operacionais terem aumentado os gastos também aumentaram em proporções mais elevadas o que leva a um EBITDA negativo, isto é, a instituição não está a gerar receita suficiente para cobrir as despesas.

Analisando os gastos e os rendimentos, é possível verificar que os maiores gastos se encontram nos CMVMC, nos FSE e nos gastos com pessoal. Nos rendimentos, estes provêm da prestação de serviços, de rendimentos suplementares e das transferências e subsídios correntes obtidos.

Assim, a evolução financeira mostra que o ativo circulante tem vindo a diminuir ao longo do período e as existências têm aumentado, a estrutura financeira passou de positiva a negativa devido aos capitais próprios serem negativos, mostrando uma maior dependência de capitais alheios não conseguindo cobrir a sua dívida. No equilíbrio financeiro, verifica-se um agravamento da dívida em 2020 com alguma recuperação em 2021. Quanto à atividade em 2020, o prazo médio de recebimento diminuiu e o prazo médio de pagamento aumentou. Já na rentabilidade, verifica-se um agravamento da dívida, ao longo do período, devido aos custos serem superiores à receita.

6. Análise e Tratamento de Dados Qualitativos

No presente ponto, serão analisadas as variáveis qualitativas provenientes das entrevistas semiestruturadas realizadas ao conselho de administração da ULSNE. Estas entrevistas têm como objetivo responder de forma principal ao OE₁, OE₅ e OE₆ e de forma complementar ao OE₂, OE₃ e OE₄. De salientar que, E1 e E2, referem-se aos entrevistados.

- Como foi feita a gestão de informação dentro do hospital (OE₁), quais as estratégias que, considerando a “maturidade” sobre os acontecimentos, mudariam neste momento (OE₅) e como está a ser o processo de pós pandemia, que medidas se mantiveram e porquê (OE₆).

Procurando responder ao OE₁, a gestão de informação (V1) foi feita através de vários métodos (V2), isto é, dos recursos já conhecidos, como email e intranet, mas também através da criação de um

“gabinete de crise que nos apoiava, porque a informação que tinha de circular mas filtrada e validada (...) porque todos os dias saíam novas normas, novos protocolos” (E2) “ tanto a nível do nosso gabinete de comunicação e imagem que divulgava as normas internas como da parte da direção clínica e da direção de enfermagem, tivemos sempre esse cuidado de (...) enviar para todo o setor médico, de enfermagem (...) para eles terem e estarem informados, além da publicação na intranet e nos nossos sites” (E1).

No OE₅ tem-se como principal objetivo compreender quais as estratégias que se mantiveram, que não se mantiveram e se deveriam manter e aquelas que mudariam neste momento. Assim, ambas as entrevistadas foram questionadas acerca da sua opinião sobre este assunto ao que concluíram que as que ficaram, nomeadamente as teleconsultas, os cuidados com a assepsia, percursos do doente, as visitas, ficaram pela positiva - *“ as teleconsultas, embora para nós médicos é fundamental olhar para o doente, (...) à determinadas coisas que podem evitar a vinda tão frequente do doente” (E1)*, quanto às visitas e aos cuidados com a assepsia *“eu acho que hoje em dia as pessoas estão um bocadinho mais atentas, se entram num hospital (...), ou quando vão visitar um doente, sabem que devem ter o cuidado de desinfetar as mãos, não sentar nas camas dos doentes”* a entrevistada refere que *“a revisão dos percursos do doente (...) que perduram e vão perdurar (...) porque de facto houve situações que foram mexidas e que afinal isto está melhor assim” (E1)*. Por outro lado temos as medidas que se prolongaram, como é o caso das máscaras que as opiniões de ambas foram ao mesmo encontro *“acho que algumas (medidas) se prolongaram para além , se calhar, do tempo necessário, (...) a questão das máscaras”;* *“as pessoas têm que ter um bocadinho a noção que (...) se estiverem até constipadas (...) por uma questão de segurança, própria e dos outros, devem usar máscara” (E2).*

Atentando à maturidade da situação, as entrevistadas foram questionadas acerca das estratégias (V27) que mudariam neste momento e as respostas recaíram sobre a época da vacinação e sobre a redefinição dos espaços, claro que falar à posteriori, é mais simples, e na opinião de ambas *“no início, pré-vacinação (...) houve algumas coisas e algumas atitudes que tivemos de tomar e que pronto, custaram”;* *“instalaram-se espaços (vacinação) fora dos hospitais e dos centros de saúde, hoje talvez não”;* *“foram muitas equipas que estavam em espaços dedicados (vacinação) e que tinham pelo meio muitos tempos mortos” (E1).*

O OE₆ fala sobre os processos de pós pandemia, quais os principais desafios (V29) e lições aprendidas (V28) no decorrer desta época, e por isso, quando questionadas acerca deste assunto, as entrevistadas consideram que o que fica é que realmente, se for uma pandemia do mesmo género as instituições sentem-se preparadas para lidar com isto, mas se for de uma origem diferente provavelmente o cenário será o mesmo.

Quando questionadas acerca das lições aprendidas (V28), as entrevistadas consideram que nada pode ser dado como adquirido na saúde e que de um momento para o outro tudo pode mudar *“uma das grandes lições, é ter noção que de repente podemos ter que mudar o nosso dia a dia, as nossas rotinas (...) é aprender a gerir um bocadinho o nosso stress (...) evitando o burnout e o cansaço”;* *“há sempre lições aprendidas (...) mas garantir uma aprendizagem eficiente (...) perante algo*

desconhecido que possa surgir, se for um covid (...) estamos preparados mas, se for uma infeção completamente diferente, se calhar todo o cenário se repete". A criação de hábitos, foi uma das coisas boas que vieram para ficar, não só para os utentes, mas também para a instituição *"haver uma maior disciplina dentro das instituições, tanto a nível do fluxo dos doentes, das visitas, de toda a gente e até dos próprios profissionais de saúde (...) cuidados com a higienização das mãos (...) distância de segurança (...) há uma série de coisas que foram implementadas com a pandemia e que eu espero que algumas delas se mantenham"* (E2).

Relativamente aos desafios (V29), que foram grandes, e aos vários obstáculos ultrapassados as entrevistadas referiram que o maior desafio foi gerir equipas, mantê-las motivadas para tentar dar a melhor resposta à situação vivida *"a pessoa vai gerindo com aquilo que tem, aquilo que já sabe, aquilo que já foi aplicado (...) depois gerir os recursos humanos e as equipas é que é sempre complicado"* (E2); *"tentar gerir tudo isto para manter as equipas motivadas (...) e dar uma resposta melhor, o melhor possível à população"* (E1). De outro ponto de vista é o aspeto positivo que fica, as consequências deste processo *"o maior desafio é o aspeto positivo hoje, as consequências positivas desse processo todo (...) hoje há medidas que estão no terreno, alterações que se conseguiram fazer (...) e de facto houve mudanças que se conseguiram e se traduziram em sucessos"* (E1,E2).

→ Quais as principais estratégias utilizadas no setor hospitalar e de que forma foram implementadas (OE₂), quais os principais problemas na época relativamente à gestão de recursos humanos (OE₃) e quais os principais custos e de que forma foram geridos (OE₄).

Um dos pontos de partida desta investigação era analisar de que forma a instituição lidou com a adversidade, como se readaptou e quais as estratégias utilizadas no decorrer da pandemia. Deste modo, o OE₂ recaiu sobre os principais pontos de ação estratégica (V3), quais os melhores para a instituição (V4) e para o bem-estar dos utentes (V5).

Desta forma, quando questionadas acerca dos principais pontos de ação estratégica (V3) e quais os melhores para a instituição (V4) e para os utentes (V5), a resposta foi essencialmente a adaptação dos espaços, das equipas, do fluxo do doente, ponderando o que seria mais urgente na altura, ou seja, a instituição não se preocupou em criar estratégias em si mas sim em resolver os problemas à medida que apareciam, como se pode observar: *"adaptar a estrutura que temos, adaptar as nossas instalações e equipas ao aumento da procura e tentar satisfazer ao máximo as necessidades daqueles que nos procuravam"* (E2). *"Tivemos que fazer uma reorganização dos fluxos do doente a nível dos hospitais e dos próprios serviços (...) e ponderar o que era verdadeiramente urgente e aquilo que poderia ser protelado"* (E1). *"A atuação era feita mais facto a facto, caso a caso, em cima do joelho (...) pensávamos menos em estratégias de atuação e sim em resolver problemas concretos"* (E2).

Quanto às decisões estratégicas (V6) tomadas pela ULSNE, as que tiveram maior impacto (V7) foram as alterações a nível dos serviços, isto é, o funcionamento do fluxo do doente, as visitas e as teleconsultas – *"a reorganização dos espaços, quer nos centros de saúde, quer nos hospitais, onde se constituíram equipas (...) para apoiar as unidades de cuidados continuados"* (E2). *"Muito apoio*

(ao doente) em atuações de prestação de cuidados à distância, o apoiar à distância o doente, as teleconsultas”, “teleconsultas de seguimento a quase todos os doentes que nos procuravam no âmbito da pandemia (...) continuaram a ser seguidos em casa” (E1). Das todas as decisões estratégicas (V6) tomadas pela ULSNE, algumas delas vieram trazer um impacto (V7) positivo, no caso, o equipamento de biologia molecular, o aumento do número de camas na UCI e os ventiladores, “pedimos o aumento, que nos foi concedido, da capacidade a nível da medicina intensiva (...) tínhamos uma UCI com 10 camas e neste momento temos uma UCI com 18 camas”, “a nível de ventiladores (...) além de também ofertas que tivemos, não tivemos grandes problemas em conseguir e em adquirir esse tipo de equipamento” (E2). Por outro lado, o equipamento de biologia molecular veio trazer grandes avanços para a instituição “o equipamento de biologia molecular foi um upgrade imenso para a instituição e para o serviço de patologia clínica (...) em colaboração com o IPB, em relação aos testes à COVID” (E1).

O estudo focou essencialmente nos cuidados de saúde hospitalares (V8) e nos processos de readaptação (V21) e por isso as questões colocadas incidiram no plano específico (V9), de que forma foi implementado (V10) e na reação (V20) e readaptação (V21) por parte da instituição, dos profissionais de saúde e dos utentes. Focando nos cuidados de saúde hospitalares (V8) e nos planos específicos (V9) elaborados pela instituição para o combate à COVID-19, a alteração do fluxo do doente dentro dos hospitais e a criação de áreas de internamento específicas para doentes COVID foram das primeiras e principais mudanças que aconteceram “a norma do fluxo do doente (...) e da estratégia terapêutica (...) essas normas foram sendo atualizadas à medida que a situação epidemiológica foi evoluindo”; “aqueles fluxogramas abrangentes para crianças em idade pediátrica, os adultos, as grávidas, por exemplo, (...) quais as normas a seguir nos vários setores” (E1); “criar áreas de internamento específicas para doentes covid, alas específicas e fechadas só para esses doentes” (E2). Numa fase seguinte o plano foi reforçar os cuidados intensivos, a nível de capacidade e a nível de equipamentos “iniciamos o COVID com 10 camas e terminamos com 18 camas, porque havia necessidade de maior capacidade, (...) e a questão dos ventiladores” (E2). Na fase pós COVID, quando o doente recebia a alta o plano da ULSNE tinha como objetivo continuar a seguir os doentes com sequelas, através de teleconsultas “havia os doentes que passavam aqui a nível hospitalar que eram depois seguidos em teleconsultas (...) a especialidade de pneumologia e depois também a de neurologia que abrimos aquela consulta para doentes com sequelas pós-covid” (E1).

O OE₃ teve como principal objetivo compreender quais os principais problemas relativamente aos recursos humanos (V22), isto é, perceber de que forma a pandemia afetou o stress (V17), a motivação (V18) e a produtividade (V19) dos funcionários e perceber também, qual a reação dos utentes (V20) e a readaptação (V21) da instituição.

Quando questionadas acerca do stress (V17), da motivação (V18) e da produtividade (V19) dos profissionais, as entrevistadas responderam: “em relação a todos os profissionais da ULS (...) todos tiveram uma resposta fantástica, eu acho que as pessoas vestiram realmente a camisola de profissional de saúde (...) os profissionais estiveram presentes (...) havia realmente um medo, apesar daquela proteção toda (...) mas as pessoas estiveram aqui, mantiveram-se na linha da

frente” (E1); “*uma situação de stress também nos aumenta a adrenalina, e isso faz-nos ir um bocado para a frente*” (E1); “*acho que se conseguiu trabalhar em equipa, lutar muito não só contra o stress da situação mas depois o cansaço começou a acumular*” (E1); “*os profissionais surpreenderam e surpreenderam pela positiva, porque rapidamente conseguiu-se por em funcionamento uma linha da frente (...) que esqueceu família, esqueceu tudo e estava ali e não saía dali*”; “*nunca se falou em desmotivação, não se falava em cansaço quando já tinham mais do que motivos para referirem cansaço, (...) foram excecionais*” (E2).

Falando na reação (V20) e na readaptação (V21) por parte da instituição esta sentiu que houve dois momentos distintos onde inicialmente as pessoas não compareciam as consultas por receio e depois quando houve melhorias a procura foi muito superior e a instituição não conseguia responder a todos “*um dos problemas que a instituição sentiu, portanto, o utente ainda não estava preparado para retomar a procura de cuidados, as faltas às consultas eram muitas (...) depois veio a pressão contrária, a procura por parte dos utentes e a instituição ainda não estava preparada para uma resposta muito rápida à procura, ou seja, ao cumprimento dos tempos máximos de resposta, as listas de espera cresceram em exponencial e os tempos de resposta tiveram que deteriorar um pouco*” (E1) .

A população, de um modo geral, reagiu (V20) bem, desde o uso das máscaras à limitação da circulação, a reação dos utentes à suspensão da atividade programada é que inicialmente não foi muito boa mas, acabaram por aceitar “*a nossa população respondeu de forma muito positiva àquilo que era exigido, desde o elevado cumprimento do uso de máscara à limitação de liberdade de circulação*” (E2); “*relativamente à prestação de cuidados (...) suspender cuidados programados, a reação do utente não foi positiva, mas perante o pânico e a situação (...) os utentes também aceitaram*” (E1).

Em relação aos profissionais estes como já referido, reagiram (V20) de uma forma excelente, sem contestação e com vontade de ajudar “*nunca houve contestação, (...) eu acho que os profissionais entenderam que era realmente uma situação difícil, uma situação delicada*” (E2); “*os profissionais foram chamados a manifestar a sua opinião (...) mas nunca notei nem contestação, nem obstrução a alguma coisa que tivesse saído*” (E1).

Por fim, e de forma a responder ao OE₄, foram também discutidos os custos (V23) relacionados a esta época, quais aqueles mais importantes, mais bem aplicados, quais aqueles que possam ter sido despropositados (V24) e de que forma foi feita a gestão de custos (V25), claro que poupar na saúde nunca é fácil e na altura não era fácil saber se um custo seria ou não excessivo. Falando de custos (V23) bem aplicados, “*na biologia molecular, adquirir esse equipamento foi um upgrade para a patologia clínica aqui da ULS do Nordeste*” (E1); “*a parte da medicina intensiva, os novos equipamentos, dos novos ventiladores, das novas instalações*” (E2). Quanto aos custos despropositados (V24), não se podem dizer que são excessivos mas “*a ULS equipou-se de ventiladores (...) e se algum nunca foi utilizado, e hoje, olhando para trás, podiam ter sido menos, mas na altura isto nem sequer se colocava*” (E2) e os testes COVID “*vendo as coisas com alguma distância, se calhar fizeram-se testes a mais, mas na altura como é que poderíamos evitar?*” (E1);

“em relação mesmo aos testes que se fizeram foi uma despesa muito grande, mas eu acho que sinceramente não estou a ver muito bem como evitar” (E1).

A gestão de custos (V25) tornou-se neste período bastante importante, não só porque eram custos extras e o orçamento não contemplava mas também porque houve setores que encerraram a sua atividade e por isso, seria interessante perceber de que forma é que o CA lidou com estas adversidades ao que me foi respondido que o Ministério atendeu aos pedidos das instituições, *“depois no momento em que foi possível em termos orçamentais para o Ministério, acabou por vir o reembolso (...) houve um ajustamento orçamental para cobrir uma boa parte dos custos diretos COVID” (E2)*; quando falamos na gestão de custos e quando questionadas se esses custos foram realocados a resposta foi que *“é evidente que se nós não temos esta despesa naquele doente que vem fazer um tipo de cirurgia programada, depois esse custo já é mais investido por exemplo a nível do serviço de urgência” (E1).*

Terminada esta entrevista, o que fica, é que apesar de todo este período complicado, onde as horas trabalhadas foram enormes e onde o fim não parecia existir, a verdade é que todos temos de agradecer aos profissionais e não só, pelo excelente trabalho e dedicação para toda esta situação. Fica também a lembrança de que nada pode ser dado como adquirido e que de um momento para o outro tudo pode mudar, e que, apesar dos avanços recorrentes na tecnologia, todo o cenário pode voltar a repetir-se.

7. Discussão de Resultados

O presente ponto tem como objetivo correlacionar a análise quantitativa e qualitativa realizada nos tópicos anteriores com o enquadramento teórico realizado inicialmente. Assim, começando pelos objetivos do SNS citados por Starfield (1998) onde a otimização da saúde da população e a minimização das diferenças de acessibilidade são os grandes pilares, pôde comprovar-se através da criação de teleconsultas citados pelas entrevistadas “*muito apoio em atuações de prestação de cuidados à distância*” percebe-se assim a otimização e a minimização de esforços dos doentes ao evitar que os mesmos se deslocassem os hospitais.

Outra questão que foi um dos principais objetivos deste estudo foi perceber de que forma a gestão estratégica se manteve durante este período, se houve novas normas, se foi criado ou não um plano específico para situações como esta, basicamente perceber de que forma é que o conselho de administração lidou com uma pandemia desconhecida.

Assim, através da análise às entrevistas realizadas concluiu-se que foram criadas normas específicas de atuação e normas para tudo, para espaços, para os doentes, para os profissionais de saúde e mesmo para a população em geral mas, obviamente, por ser uma situação

completamente desconhecida não podia haver um plano a seguir, o que as entrevistadas referiram foi que iam seguindo aquilo que os outros países faziam, iam fazendo os planos “em cima do joelho” de forma a evitar uma maior propagação do vírus, mantendo sempre em primeiro lugar o bem estar do doente.

De um outro ponto de vista, uma boa gestão estratégica requer uma estratégia bem definida e para isso Mintzberg (2001) criou os 5 P de Mintzberg com o objetivo de descrever quais os passos para a elaboração de uma boa estratégia. Aplicando este plano à realidade vivida durante o período pandémico pode concluir-se que, apesar de existir planos de ação, não existia uma estratégia devidamente pensada para lidar com esta situação, uma vez que era um microrganismo desconhecido e não existiam avanços suficientes na saúde para lidar com esta situação.

Uma das estratégias utilizadas foi o encerramento da atividade programada, onde através da análise documental foi possível verificar a variação entre 2019 e 2021 e concluir-se que, as consultas externas e o número de doentes intervencionados diminuíram ao longo do período. Abordando também estratégias que ficaram pela positiva e aquelas que se prolongaram as entrevistadas referiram o cuidado com a assepsia como algo que se manteve no bom sentido e as máscaras como algo que poderia ter terminado antes. Quando questionadas acerca das estratégias que mudariam neste momento as respostas recaíram sobre o período de vacinação, onde foram contratados profissionais de saúde e foram criados espaços fora do hospital que hoje provavelmente não seriam criados e a reorganização dos espaços que, segundo as entrevistadas, consumiu imensos recursos.

Associado à gestão estratégica encontra-se a gestão dos processos hospitalares e qual a influência da COVID-19 nas lições aprendidas, nas limitações e na readaptação de processos. Lyon e Popov (2020) apresentaram a linha de risco com o objetivo de ajudar a perceber o funcionamento de uma pandemia como a COVID-19. Assim, quando se fala em readaptação de processos fala-se na criação de áreas de internamento para doentes COVID, a alteração do fluxo do doente, a gestão de informação dentro do hospital, entre outras mudanças que foram sendo atualizadas conforme a evolução da pandemia, com o objetivo de evitar a propagação da doença, através da gestão de informação (V1) que foi feita por meio de intranet e email.

Charles et al. (2021) reforça que as lições devem ser aprendidas e que os desafios sirvam para mudar e melhorar os sistemas de saúde, tendo noção de que nada pode ser dado como adquirido e, indo ao encontro da opinião das entrevistadas, garantir uma aprendizagem eficiente perante algo desconhecido.

Com vista na melhoria dos sistemas de saúde, foi criada a contratualização que, segundo a ACSS (2022), trata-se de uma relação entre os financiadores e os prestadores de serviço, através do financiamento com base nos resultados esperados. Para isso, a monitorização da ULSNE é realizada todos os meses, com as variáveis apresentadas na análise quantitativa e outras.

No caso dos RH, um dos setores mais afetados, não só em relação à motivação (V17) e ao stress (V18) mas também em relação ao aumento do número de profissionais com o objetivo de reduzir o número de horas extraordinárias, o que não se verificou. Quanto à gestão de recursos humanos as

entrevistadas concordaram que os mesmos foram incansáveis e surpreenderam pela positiva pela forma como lidaram com toda a adversidade.

Na monitorização das consultas externas e do bloco operatório, verificou-se uma diminuição devido à suspensão da atividade programada, os partos também reduziram, no internamento o número de doentes saídos diminuiu aumentando o tempo de permanência e na urgência verificou-se, também, uma queda devido à apreensão dos utentes.

O contrato programa, vem ao encontro da contratualização, isto é, segundo a APAH (2014), o contrato programa formaliza os direitos, obrigações e os recursos financeiros através de vários indicadores de acesso, desempenho assistencial e económico-financeiro, analisados previamente. A partir da análise desses indicadores, pode concluir-se que, de forma geral, os indicadores têm vindo a aumentar ao longo do período, voltando a normalizar os valores de pré pandemia. Relativamente ao IDG, este sofreu alterações devido à alteração dos indicadores, concluindo-se que a nível de CSP a meta foi superada e ao nível dos CSH o grau de cumprimento foi elevado, o que sugere que ao longo do período a meta vai ser alcançada.

O contrato programa engloba também os recursos financeiros e, por esse mesmo motivo, estudou-se a prestação de contas com o objetivo de perceber de que forma a pandemia afetou também a parte financeira da ULSNE. Desse modo, analisando não só os indicadores económico-financeiros, analisou-se a evolução financeira, os gastos e os rendimentos concluindo-se que estes apresentam uma variação positiva, mas um EBITDA negativo, sugerindo que a instituição não possui receita suficiente para cobrir os seus gastos. De salientar que, em 2020 verifica-se um agravamento no fundo de maneo que em 2021 teve alguma recuperação.

As entrevistadas foram também questionadas acerca dos custos que consideravam ter sido mais bem aplicados, como o caso do equipamento de biologia molecular e da aquisição de novos equipamentos e quais aqueles que provavelmente foram despropositados, o número de ventiladores que provavelmente foram demasiados e o número de testes realizados. Relativamente à gestão de custos, as entrevistadas referiram que realocaram certos custos em setores que mais necessitavam, mas que mesmo assim era quase impossível lidar com custos que não estavam contemplados no orçamento, e, por isso, o ministério mostrou-se também disponível para colaborar com as unidades de saúde.

De uma forma geral, e falando *à posteriori*, havia coisas a melhorar e decisões que poderiam ter sido tomadas de forma diferente, mas pensando no contexto da altura, não havia plano de ação, as decisões eram tomadas à medida que era necessário, uma vez que, não só a ULSNE, mas também o mundo todo, lidava com algo completamente desconhecido. O que resta, é aprender com toda esta situação, retirar todas as lições aprendidas, para que, caso volte a acontecer estejamos preparados para lidar de uma melhor forma.

Conclusões, Limitações e Futuras Linhas de Investigação

Enquanto estagiária do gabinete de planeamento e controlo da ULSNE, a conclusão do presente relatório representa o alcançar de mais um objetivo académico e profissional, com a oportunidade de poder consolidar toda a aprendizagem num ambiente profissional.

Os CSH desempenham um papel fundamental na prestação de cuidados de saúde à população. Por outro lado, são também os que necessitam da maior parte dos recursos associados ao financiamento dos cuidados de saúde, existindo uma pressão associada ao controlo da despesa e à importância nos princípios de eficiência e eficácia. Dada à sua importância, os CSH foram o foco principal deste estudo e de forma a estudar os indicadores que se mostram de extrema importância.

Com o objetivo inicial de perceber de que forma a pandemia influenciou a gestão estratégica, as decisões, os profissionais, entre outros foi realizado este estágio que se mostrou bastante benéfico, uma vez que permitiu viver a realidade da instituição e perceber de que forma é planeado, gerido, monitorizado uma instituição de saúde.

O ambiente existente não só no GPC mas em toda a sede da ULSNE permitiram que a adaptação e a aprendizagem fosse eficaz, uma vez que todos, sem exceção se mostravam disponíveis em ajudar e empenhados em transmitir o conhecimento que possuíam, através de um acompanhamento diário, durante quase 4 meses. É de realçar o facto de ter tido a oportunidade de participar em várias atividades dos CSP, que apesar de não ser a área em estudo foi bastante enriquecedor perceber de que forma tudo funciona e, claro que ter a oportunidade de elaborar tarefas mais complexas como a contabilidade analítica, bem como de toda a confiança depositada para a realização de todas as tarefas, com alguns desafios bem superados.

Por outro lado, as maiores adversidades não foram encontradas em ambiente de estágio, mas sim em ambiente de pesquisa, pela questão da confidencialidade dos documentos internos, uma vez que, houve dados interessantes de ser estudados, que não foram considerados para na análise.

Outro aspeto a mencionar encontra-se associado com a dimensão da amostra, devido ao foco ser apenas para uma instituição e, por consequente, o número de entrevistados foi menor, o que leva a concluir que os dados não podem ser generalizados.

Outra adversidade encontrada foi relativamente à contabilidade analítica porque não foi fácil explicar o que era sem a presença de dados, mas no final todas as adversidades foram superadas da melhor forma.

Assim, o resultado não poderia ser mais positivo, uma vez que permitiu unir a área da saúde que era e continua a ser de extremo fascínio com a gestão, permitindo consolidar conhecimentos adquiridos durante todo o percurso académico com o ambiente profissional.

Através dos resultados obtidos e apesar de que estes não possam ser generalizados, espera-se que esta análise possa vir a mostrar às organizações e, principalmente à ULSNE, uma visão geral deste período, perceber quais as estratégias utilizadas funcionaram e podem voltar a funcionar caso necessário, e, quais aquelas que não funcionaram e que podem ser melhoradas.

Futuramente, seria pertinente elaborar uma investigação acerca de como a pandemia afetou o sistema nacional de saúde, de que forma o país lidou com essa adversidade, onde inclísse mais unidades de saúde e onde fosse possível fazer análises comparativas, por exemplo, público e privado. Seria também interessante estudar como é que as instituições de saúde se encontram neste momento, se conseguiram melhorar a dívida financeira ou se a COVID-19 alterou de forma positiva ou negativa a gestão de custos das instituições.

Em suma, após um período de estágio de aproximadamente 4 meses seguindo-se um período de pesquisa e escrita do presente relatório o resultado e os objetivos foram cumpridos, sempre com o compromisso e dedicação em primeiro lugar, mediante uma experiência prática dos conhecimentos adquiridos ao longo de todo o percurso académico.

Referências Bibliográficas

- ACSS. (2020). Termos de Referência para contratualização de cuidados de saúde no SNS para 2021. 16-56.
- ACSS. (2022). Termos de Referência para contratualização de cuidados de saúde no SNS para 2023. 16-18.
- Afonso, P. B. (2010). Contratualização em ambiente de cuidados de saúde primários. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 59-64.
- APAH, C. P. (2014, Abril). Entrevista a João Bilhim Presidente da CReSAP. *GESTÃO HOSPITALAR*, (4), 4-8. https://apah.pt/wp-content/uploads/2017/08/Edicao4-Revista-APAH-2017_Joao-bilhim.pdf
- Antunes, E., Gonçalves, J. P., Santos, M. D. F., Alexandre, M., & Godinho, P. (2011). Contratualização em saúde-efetividade de um sistema de incentivos.
- Araújo, J. F. (2005). A Reforma do Serviço Nacional de Saúde: o novo contexto de gestão pública. Universidade do Minho
- BARDIN, L. (1977). Análise de conteúdo. *Lisboa: edições*, 70, 225.
- Blackstone, A. (2012). *Principles of sociological inquiry: qualitative and quantitative methods*. <https://2012books.lardbucket.org/books/sociological-inquiry-principles-qualitative-and-quantitative-methods/index.html>
- Bowen, G. A. (2009). Document analysis as a qualitative research method. *Qualitative research journal*.
- Burmester, H. (2014). *Manual de gestão hospitalar*. Editora FGV.
- Charles, A., & Ewbank, L. (2021). The road to renewal: five priorities for health and care. *London, United Kingdom: King's Fund*.
- Chiavenato, I. (2010). Iniciação a sistemas, organização e métodos: SO&M. *São Paulo: Mandê*.
- Coelho, M. H. M. (2019). *Contabilidade Analítica: cálculo e análise de custos para a gestão*. Vida Económica Editorial.
- Conselho Nacional de Saúde (2020). Portugal e a resposta à COVID-19: a posição do conselho nacional de saúde e o contributo das entidades que o constituem.
- Coutinho, C. P. (2014). *Metodologia de investigação em ciências sociais e humanas*. Leya.
- Creswell, J. W. (2009). *Research designs: Qualitative, quantitative, and mixed methods approaches*. Callifornia: Sage.
- Dal-Farra, R. A., & Lopes, P. T. C. (2013). *Métodos mistos de pesquisa em educação: pressupostos teóricos*. *Nuances: estudos sobre Educação*, 24 (3), 67-80.
- Diniz, N. (2015). Análise das demonstrações financeiras. *Rio de Janeiro: SESES*.

- Escoval, A. (2010). O processo de contratualização na saúde em Portugal (1996-2005). *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 7-24.
- Fylan, F. (2005). Semi-structured interviewing. *A handbook of research methods for clinical and health psychology*, 5 (2), 65-78.
- Kajanus, M., Leskinen, P., Kurttila, M., & Kangas, J. (2012). Making use of MCDS methods in SWOT analysis— Lessons learnt in strategic natural resources management. *Forest Policy and Economics*, 20, 1-9.
- Kleinheksel, A. J., Rockich-Winston, N., Tawfik, H., & Wyatt, T. R. (2020). Demystifying content analysis. *American journal of pharmaceutical education*, 84 (1).
- Kotler, P., & Keller, K. L. (2012). *Administração de Marketing*. Pearson education.
- Leal, J. (2016). A Relevância da Cultura Estratégica na Liderança Organizacional Militar. *PROELIUM*, 7, 177-200.
- Lima, T. M. (2015). The history of health policies in Portugal: a look at recent trends. *Research and Networks in Health*, 1 (1), 1-11.
- Lu, R., Zhao, X., Li, J., Niu, P., Yang, B., Wu, H., & Tan, W. (2020). Genomic characterization and epidemiology of 2019 novel coronavirus: implications for virus origins and receptor binding. *The lancet*, 395 (10224), 565-574.
- Lyon, B. K., & Popov, G. (2020). The Role of Risk Management with COVID-19 and Its Impact on Pandemics. *Professional Safety*, 65 (12), 32-40.
- Maia, A. C. B. (2020). Questionário e entrevista na pesquisa qualitativa Elaboração, aplicação e análise de conteúdo. *São Paulo: Pedro e João*.
- Matos, T. T., Ferreira, A. C., Lourenço, A., & Escoval, A. (2010). Contratualização interna vs. Contratualização externa.
- MINTZBERG, H., QUINN, J. B., O Processo de Estratégia. Porto Alegre: Bookman, 2001.
- Murray, C. J., Evans, D. B., & Evans, D. B. (Eds.). (2003). *Health systems performance assessment: debates, methods and empiricism*. World Health Organization.
- Quivy, R., & Van Campenhoudt, L. (1992). *Manual de investigação em ciências sociais*.
- Observatório Português dos Sistemas de Saúde (2009) *10/30 anos: razões para continuar- Relatório de Primavera 2009*. Lisboa: Escola Nacional de Saúde Pública, 2009.
- Observatório Português dos Sistemas de Saúde (2021) *20 anos de Relatórios de Primavera*. Lisboa: Escola Nacional de Saúde Pública, 2021. <https://www.ensp.unl.pt/wp-content/uploads/2021/06/rp-2021v2.pdf>
- Observatório Português dos Sistemas de Saúde (2022) *E agora? Relatório Primavera 2022*. Lisboa: Escola Nacional de Saúde Pública, 2022. <https://www.opssaude.pt/wp-content/uploads/2022/06/RELATORIOPRIMAVERA-2022.pdf>

- Porter, M. (1996). *What is strategy?* Harvard Business Review 74 (6) 61 – 78. Harvard Business School Publishing.
- Quivy, R., & Van Campenhoudt, L. (1992). Manual de investigação em ciências sociais.
- Relatório de Gestão e Contas, (2019). <https://www.ulsne.min-saude.pt/wp-content/uploads/sites/5/2020/12/RGC-2019.pdf>
- Relatório de Gestão e Contas, (2020). https://www.ulsne.min-saude.pt/wp-content/uploads/sites/5/2021/10/Relatorio_Gestao_Contas2020_RGC_site.pdf
- Relatório de Gestão e Contas, (2021). <https://www.ulsne.min-saude.pt/wp-content/uploads/sites/5/2022/08/Relatorio-Gestao-Contas-2021.pdf>
- Santana, R., & Costa, C. (2008). A integração vertical de cuidados de saúde: aspetos conceptuais e organizacionais. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 29-56.
- Santos, A. J. R. (2008). *Gestão estratégica: conceitos, modelos e instrumentos*. Escolar Editora.
- SCHNEIDER, L. C. (2013). Pensamento estratégico organizacional: origens, evolução e principais influências. In *meeting of Anpad, Bento Gonçalves*.
- Sekaran, U., & Bougie, R. (2016). *Research methods for Business: A skill building approach*. John wiley & sons.
- Soranz, D., & Pisco, L. A. C. (2017). Reforma dos Cuidados Primários em Saúde na cidade de Lisboa e Rio de Janeiro: contexto, estratégias, resultados, aprendizagem, desafios. *Ciência & Saúde Coletiva*, 22, 679-686.
- Sousa, P. A. F. D. (2009). O sistema de saúde em Portugal: realizações e desafios. *Acta Paulista de enfermagem*, 22, 884-894.
- Starfield, B. (1998). *Primary care: balancing health needs, services, and technology*. Religion in America.
- Talluri, S., & Sarkis, J. (2002). A model for performance monitoring of suppliers. *International Journal of Production Research*, 40 (16), 4257-4269.
- Triantafillou, P. (2007). Benchmarking in the public sector: A critical conceptual framework. *Public Administration*, 85 (3), 829-846.
- Todo Bom, Luís. (2021). Teoria dos Recursos: A base da gestão estratégica das empresas. *INGENIUM*, II série (171), 86-87.
- Valente, M. D. C. (2010). Contratualização em contexto hospitalar. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 25-39.
- WHO. (2022). *Weekly epidemiological update on COVID-19 - 29 March 2022*. Wwww.who.int. <https://www.who.int/publications/m/item/weekly-epidemiological-update-on-covid-19---29-march-2022>

Legislação

Decreto- Lei nº. 298/2007, de 22 de agosto

Decreto-Lei nº. 11/93, de 15 de janeiro

Decreto- Lei nº. 558/99, de 17 de dezembro

Decreto-Lei nº. 101/2006, de 06 de junho

Despacho nº. 3301/2020, de 15 de março

Despacho nº. 721/2006, de 11 de janeiro

Despacho n.º 2508/2012, de 10 de Dezembro

Resolução n.º15-A/2020

Sites da Internet

Benchmarking hospitalar: https://benchmarking-acss.min-saude.pt/BH_Enquadramento

BI-CSP: <https://bicsp.min-saude.pt/pt/contratualizacao/idg/Paginas/default.aspx>

Contratualização: <https://www.acss.min-saude.pt/category/prestadores/normas-e-metodos/>

Diário da república eletrónico: <https://dre.pt/dre/home>

Financiamento e Contratualização: <http://www.acss.min-saude.pt>

Observatório Português dos Sistemas de Saúde: <https://www.opssaude.pt/>

Portal de dados abertos da administração pública: <https://dados.gov.pt/pt/datasets/atividade-de-internamento-hospitalar-1/>

SICA: <https://www2.acss.min-saude.pt/DepartamentoseUnidades/DepartamentoGest%C3%A3oeFinanciamentoPrestSa%C3%BAde/SICA/tabid/431/language/pt-PT/Default.aspx>

SPMS: <https://www.spms.min-saude.pt/2019/01/product-sclinicohospitalar/>

Transparência SNS <https://www.sns.gov.pt/transparencia/>

Unidade Local de Saúde do Nordeste: <https://www.ulsne.min-saude.pt/>

Anexos

Anexo A Exemplos de Mapas de Negociação

Q 5.01.01 Consultas Externas - Especialidades

Instituições Time Scenario	Acompanhamento						Nº de Consultas Externas com registo de alta clínica
	Nº de Consultas Externas						
	Valor Mês			Acumulado (Ano N)			
	Primeiras Consultas	Consultas Subsequentes	Todos os Tipos de Consulta	Primeiras Consultas	Consultas Subsequentes	Todos os Tipos de Consulta	
Anestesiologia							
Angiologia e Cirurgia Vascular							
Cardiologia							
Cardiologia Pediátrica							
Cirurgia Cardio-Torácica							
Cirurgia Geral							
Cirurgia Maxilo-Facial							
Cirurgia Pediátrica							
Cirurgia Plástica e Reconstructiva e Estética							
Dermato-Venereologia							
Diabetologia							
Total - Infeciologia							
Infeciologia - Doentes com VIH/Sida (TARC)							
Infeciologia - Outros Doentes							
Doenças Autoimunes							
Dor							
Endocrinologia e Nutrição							
Estomatologia							
Gastroenterologia							
Genética Médica							
Ginecologia							
Hematologia Clínica							
Hemofilia							
Hepatologia							
Hipertensão							
Imuno-alergologia							
Imuno-hemoterapia							
Imunologia							
Medicina Física e Reabilitação							
Medicina Interna							
Medicina Tropical							
Nefrologia							
Neurologia							
Neuro-psiquiatria							
Oftalmologia							
Otorrinolaringologia							
Podologia							
Psiquiatria							
Reumatologia							
Urologia							
Neurologia							
Neuro-psiquiatria							
Oftalmologia							
Otorrinolaringologia							
Podologia							
Psiquiatria							
Reumatologia							
Urologia							

Figura 9: Template de Mapa de Negociação.

Fonte: Fornecido pela ULSNE.

Anexo B Indicadores PAO

2. Cuidados Hospitalares	60,00	
Objectivos Nacionais	Pesos Relativos (%)	Meta
Acesso e Desempenho Assistencial	60,00	
A. Acesso	21,00	
A.1. Percentagem de pedidos em Lista de Espera para Consulta (LEC) dentro do TMRG	3,60	61,0
A.2. Percentagem de consultas realizadas dentro dos tempos máximos de resposta garantidos (TMRG)	3,60	75,0
A.3. Percentagem de utentes em Lista de Inscritos para Cirurgia (LIC) dentro do TMRG	3,60	84,0
A.4. Percentagem de doentes operados dentro do TMRG	3,60	84,0
A.5. Percentagem de episódios de urgência atendidos dentro do tempo de espera previsto no protocolo de triagem	3,60	87,0
A.6. Percentagem de doentes referenciados para a RNCCI, avaliados/confirmados pela EGA em tempo adequado (até 2 dias úteis), no total de doentes referenciados para a RNCCI	3,00	80,0
B. Desempenho Assistencial	9,00	
B.1. Percentagem de reinternamentos em 30 dias, na mesma grande categoria de diagnóstico	1,50	4,29
B.2. Percentagem de cirurgias realizadas em ambulatório (GDH), para procedimentos tendencialmente ambulatorizáveis	1,50	34,6
B.3. Percentagem de cirurgias da anca efetuadas nas primeiras 48 horas	1,50	82,0
B.4. Índice de mortalidade ajustada	1,50	1,0000
B.5. Índice de demora média ajustada	1,50	1,0000
B.6. Demora média antes da cirurgia	1,50	1,00
C. Desempenho Económico-Financeiro	10,00	
C.1. Gastos operacionais por residente, ajustados pela utilização	2,50	Valor do melhor do grupo
C.2. Doente padrão por médico ETC	2,50	69,0
C.3. Doente padrão por enfermeiro ETC	2,50	32,0
C.4. Percentagem de Gastos com trabalho extraordinário, suplementos e FSE (seleccionados) no total de gastos com pessoal	2,50	27,2

Figura 10: Indicadores de Acesso e Desempenho para 2021.

Fonte: ULSNE (2021).

	Pesos Relativos (%)	Meta
U.1 Peso dos episódios de urgência com prioridade atribuída Verde/Azul/Branca	20,00	33,9
U.2 Peso dos episódios de urgência com internamento	20,00	7,7
U.3. Percentagem de episódios de urgência dentro do tempo de espera previsto no protocolo de triagem	20,00	87,0
U.4 Peso dos utilizadores frequentes (> 4 episódios), no total de utilizadores do Serviço Urgência	20,00	6,0
U.5 Rácio Consultas Externas/ episódios de urgência	20,00	1,1

Figura 11: Indicadores de Desempenho do Serviço de Urgência para 2021.

Fonte: ULSNE (2021).

Indicador	Realizado			Objectivo 2023 PAO	Contratualizado	
	dez/2020	dez/2021	dez/2022		GPC Objectivo proposto 2023	Var. realizado 2022 e cont 2023
1. Consultas Externas						
Nº de primeiras consultas	31 174	36 229	0	37 154	0	0,0%
Nº de consultas subsequentes	53 894	56 165	0	59 531	0	0,0%
Nº total de consultas	85 068	92 394		96 685	0	0,0%
% primeiras consultas médicas no total de consultas médicas	36,6%	39,2%	#DIV/0!	38,4%	#DIV/0!	0,0%
A.2 Percentagem de consultas realizadas dentro dos tempos máximos de resposta garantidos (TMRG)	66,8%	71,5%				0,0%
A.1 Percentagem de utentes em Lista de Espera para Consulta (LEC) dentro do TMRG	75,9%	69,4%				0,0%
Peso das consultas externas com registo de alta no total de consultas externas	24,9%	23,7%				0,0%
Redução do tempo de espera para a triagem médica da consulta externa	390,1	188,6				0,0%
% de consultas não realizadas da responsabilidade da instituição	15,9%	12,1%				0,0%
2. Internamento						
Nº de doentes saídos	8 727	9 030	0	9 366	0	0,0%
Demora média	105,11	109,17	0	1042,70		0,0%
B.6 Demora média antes da cirurgia	3,87	6,3				0,0%
% reinternamentos a 30 dias	3,0%	2,9%				0,0%
% Internamentos com Demora Superior a 30 dias	7,4%	7,2%				0,0%

Figura 12: Exemplo de Trabalho sobre Contratualização Interna.

Fonte: Fornecido pela ULSNE.

Anexo C Contabilidade Analítica

0 UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DO NORDESTE	A	valor€ 6	Uni. Obr:	valor€ 7
1 UNIDADE HOSPITALAR DE BRAGANÇA	A 0			
11 SECÇÕES PRINCIPAIS	A 1			
111 SERVIÇOS CLÍNICOS - INTERNAMENTO - dias intern	A 11			
1111 MEDICINA E ESPECIALIDADES MÉDICAS	A 111			
111101 Medicina Interna	M 1111			
111108 Nefrologia	M 1111			
111118 Unidade AVC	M 1111			
111188 Internamento COVID-19 Bragança	M 1111			
1112 CIRURGIA/ESPECIALIDADES CIRURGICAS	A 111			
111201 Cirurgia geral	M 1112			
111208 Ortopedia	M 1112			
111211 Urologia	M 1112			
1113 GINECOLOGIA - OBSTETRÍCIA	A 111			
111301 Obstetrícia	M 1113			
111302 Ginecologia	M 1113			
1114 MEDICINA DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE	A 111			
111401 Pediatria médica	M 1114			
111403 Neonatologia	M 1114			
1116 UNIDADE DE CUIDADOS INTENSIVOS	A 111			
111601 UCI Geral	M 1116			
111688 UCI COVID-19	M 1116			
1118 PSIQUIATRIA E ABUSO DE SUBSTÂNCIAS	A 111			
111801 Psiquiatria - Agudos	M 1118			
111806 Psiquiatria - UDEP	M 1118			
1120 Internamento - Outros	M 111			

Figura 13: Exemplo de Trabalho sobre Contabilidade Analítica.

Fonte: Fornecido pela ULSNE.

Anexo D Dados

Consulta Externa/Especialidade	2019	2020	2021	Δ%19/20	Δ% 20/21	Taxa de variação anual
Anestesiologia	5220	4043	5256	-22,55%	30,00%	0,34%
Cardiologia	3072	2510	2634	-18,29%	4,94%	-7,40%
Cirurgia Geral	9039	6251	7523	-30,84%	20,35%	-8,77%
Estomatologia	1530	853	1142	-44,25%	33,88%	-13,61%
Gastroenterologia	41	11	4	-73,17%	-63,64%	-68,77%
Ginecologia	3537	2553	3216	-27,82%	25,97%	-4,65%
Imuno-Hemoterapia	190	267	346	40,53%	29,59%	34,95%
Medicina Física e Reabilitação	4662	3084	3697	-33,85%	19,88%	-10,95%
Medicina Interna	8662	9789	9934	13,01%	1,48%	7,09%
Nefrologia	1945	1507	1771	-22,52%	17,52%	-4,58%
Neurologia	10082	8063	8152	-20,03%	1,10%	-10,08%
Obstetrícia	2655	2561	2220	-3,54%	-13,32%	-8,56%
Oftalmologia	8233	6672	9251	-18,96%	38,65%	6,00%
Ortopedia	15437	14478	13775	-6,21%	-4,86%	-5,54%
Otorrinolaringologia	5524	3865	4283	-30,03%	10,82%	-11,95%
Pneumologia	4668	3586	3575	-23,18%	-0,31%	-12,49%
Psiquiatria	3094	2947	2952	-4,75%	0,17%	-2,32%
Psiquiatria da Infância e Adolescência	6428	6549	6680	1,88%	2,00%	1,94%
Urologia	1170	1065	1154	-8,97%	8,36%	-0,69%
Total de consultas Médicas	100148	85067	92394	-15,06%	8,61%	-3,95%

Figura 14: Dados da Consulta Externa.

Nota: Δ% Variação Percentual; % Percentagem.

Fonte: ULSNE (2021).

BO Convencional	2019	2020	2021	Δ%19/20	Δ%20/21	Taxa de variação anual
Cirurgia Geral	510	323	383	-36,67%	18,58%	-13,34%
Estomatologia	3	0	0	-100,00%	0,00%	-100,00%
Ginecologia	119	73	73	-38,66%	0,00%	-21,68%
Oftalmologia	2	2	2	0,00%	0,00%	0,00%
Ortopedia	1001	819	911	-18,18%	11,23%	-4,60%
Otorrinolaringologia	64	42	50	-34,38%	19,05%	-11,61%
Urologia	215	144	143	-33,02%	-0,69%	-18,45%
Total	1914	1403	1562	-26,70%	11,33%	-9,66%
BO Ambulatório	2019	2020	2021	Δ%19/20	Δ%20/21	Taxa de variação anual
Cirurgia Geral	387	329	384	-14,99%	16,72%	-0,39%
Estomatologia	23	20	27	-13,04%	35,00%	8,35%
Ginecologia	48	19	40	-60,42%	110,53%	-8,71%
Oftalmologia	1884	1954	3418	3,72%	74,92%	34,69%
Ortopedia	921	772	688	-16,18%	-10,88%	-13,57%
Otorrinolaringologia	167	136	138	-18,56%	1,47%	-9,10%
Urologia	176	166	179	-5,68%	7,83%	0,85%
Total	3606	3396	4874	-5,82%	43,52%	16,26%
BO Urgente	2019	2020	2021	Δ%19/20	Δ%20/21	Taxa de variação anual
Cirurgia Geral	446	347	432	-22,20%	24,50%	-1,58%
Estomatologia	0	1	0	100,00%	-100,00%	0,00%
Ginecologia	101	107	71	5,94%	-33,64%	-16,16%
Oftalmologia	143	129	131	-9,79%	1,55%	-4,29%
Ortopedia	764	699	731	-8,51%	4,58%	-2,18%
Otorrinolaringologia	11	8	16	-27,27%	100,00%	20,60%
Urologia	16	28	15	75,00%	-46,43%	-3,18%
Outras	0	0	1	0,00%	100,00%	-
Total	1481	1319	1397	-10,94%	5,91%	-2,88%
Total Geral	7001	6118	7833	-12,61%	28,03%	5,78%

Figura 15: Dados do Bloco Operatório.

Nota: Δ% Variação Percentual; % Percentagem.

Fonte: ULSNE (2021).

Anexo E Demonstração de Resultados e Balanço

Demonstração de Resultados - Rendimentos

	CP 2021	Execução 2021	Desvios
7 - Rendimentos	107 170 858,97	106 344 052,57	-0,8%
70 - Impostos, contribuições e taxas	1 926 428,18	567 577,18	-70,5%
70.4 - Taxas, multas e outras penalidades	1 926 428,18	567 577,18	-70,5%
71 - Vendas	0,00	0,00	
72 - Prestações de serviços e concessões	103 444 831,45	103 819 433,83	0,4%
72.01 - Serviços específicos do setor da saúde	103 444 831,45	102 934 414,75	-0,5%
72.01.1 - SNS - Serviço Nac. Saúde (Contrato Programa EPE)	101 595 451,61	101 150 769,55	-0,4%
72.01.1.1 - Internamento	0,00	0,00	
72.01.1.2 - Consulta	0,00	0,00	
72.01.1.3 - Urgência	0,00	0,00	
72.01.1.4 - GDH Ambulatório	0,00	0,00	
72.01.1.5 - Hospital de dia	0,00	0,00	
72.01.1.6 - Outras Prestações Serviços Saúde	101 595 451,61	101 150 769,55	-0,4%
72.01.1.6.5 - Valor capitolacional (ULS) *	90 502 072,61	89 715 109,79	-0,9%
72.01.1.6.6 - Sessões de Radioterapia	0,00	0,00	
72.01.1.6.7 - Medicamentos de Cedência em Ambulatório	0,00	0,00	
72.01.1.6.8 - Internos *	1 308 652,00	1 292 948,18	-1,2%
72.01.1.6.9 - Outras prestações de serviços	9 784 727,00	10 142 711,58	3,7%
(*) SAPA	0,00	0,00	
(*) PIIC	0,00	0,00	
(*) Incentivos	9 784 727,00	10 142 711,58	3,7%
(*) Outros Prestações de serviços (outros)	0,00	0,00	
72.01.2 - Prestações de Saúde de Financiamento Vertical (ACSS)	40 743,00	943 394,95	2215,5%
72.01.3 - Outras entidades responsáveis	1 808 636,84	840 250,25	-53,5%
72.01.3.1 - Internamento	500 175,48	650 504,56	30,1%
72.01.3.2 - Consulta	4 427,04	8 847,63	99,9%
72.01.3.3 - Urgência/SAP	186 327,45	107 042,98	-42,6%
72.01.3.4 - Quartos particulares	0,00	0,00	
72.01.3.5 - Hospital de dia	0,00	0,00	
72.01.3.6 - Meio Complementares de Diagnóstico e Terapêutica	50 949,03	55 489,91	8,9%
72.01.3.6.1 - Meios de Diagnóstico	49 983,03	55 428,11	10,9%
72.01.3.6.2 - Meios de Terapêutica	966,00	61,80	-93,6%
72.01.3.7 - Serviços domiciliário	0,00	0,00	
72.01.3.8 - GDH AMBULATÓRIO	0,00	1 951,85	
72.01.3.9 - Outras prestações de serviços	1 066 757,84	16 413,32	-98,5%
72.01.4 - Acerto de estimativas	0,00	0,00	
73 - Variações nos inventários da produção	0,00	0,00	
74 - Trabalhos para a própria entidade	0,00	0,00	
75 - Transferências e subsídios correntes obtidos	483 781,71	612 365,95	26,6%
76 - Reversões	8 105,77	313 920,53	3772,8%
77 - Ganhos por aumentos de justo valor	0,00	0,00	
78 - Outros rendimentos e ganhos	1 306 729,19	1 030 755,08	-21,1%
79 - Juros, dividendos e outros rendimentos similares	982,67	0,00	-100,0%

* Execução 2021 do valor capitolacional e internos - Estimativa de 98,8% do CP 2021

Figura 16: Demonstração de Resultados 2021- Rendimentos.

Fonte: ULSNE (2021).

Balço	2019	2020	2021
ATIVO			
Ativo não corrente	29057646,02	29842107,67	32637246
Ativos fixos tangíveis	28909229,2	29533403,1	32193011,46
Propriedades de investimento			
Ativos intangíveis	144253,4	286190,63	387098,71
Ativos biológicos			
Participações financeiras			
Devedores por empréstimos bonificados e subsídios reembolsáveis			
Acionistas/sócios/associados			
Outros ativos financeiros	4163,42	22513,94	57135,83
Ativos por impostos diferidos			
Ativo Corrente	36186380,83	30826172,31	32416633,84
Inventários	1397691,63	2247046,65	2687267,41
Ativos biológicos			
Devedores por transferências e subsídios não reembolsáveis	1392,86	1392,86	1392,86
Devedores por empréstimos bonificados e subsídios reembolsáveis			
Clientes, contribuintes e utentes	6456091,28	799143,94	2381713,11
Estado e outros entes públicos	304318,36	374318,36	444318,36
Acionistas/sócios/associados			
Outras contas a receber	24921535,88	25043516,9	24277893,91
Deferimentos		101622,06	101622,06
Ativos financeiros detidos para negociação			
Outros ativos financeiros			
Caixa e depósitos	3105350,82	2259131,54	2522426,13
Total do ativo	65244026,85	60668279,98	65053879,84
PATRIMÓNIO LÍQUIDO			
Património / Capital	73940000	73940000	73940000
Ações (quotas) próprias			
Outros instrumentos de capital próprio			
Prémios de emissão			
Reservas			
Resultados transitados	-77801594,04	-76725326,23	-71106876,19
Ajustamentos em ativos financeiros			
Excedentes de revalorização			
Outras variações no Património Líquido	18798969,83	18964410,09	18853875,13
Resultado líquido do período	-9423012,08	-20942316,96	-23137579,18
Dividendos antecipados			
Interesses que não controlam			
Total do Património Líquido	5514363,71	-4763233,1	-1450580,24
PASSIVO			
Passivo não corrente	3279282,54	3248408,74	5980578,59
Provisões	826292,32	634947,57	713538,13
Financiamentos obtidos		473006,34	790532,36
Fornecedores de investimentos			
Responsabilidades por benefícios pós-emprego			
Diferimentos		420866,61	2794210,88
Passivos por impostos diferidos	2449920	1716518	1679227
Outras contas a pagar	3070,22	3070,22	3070,22
Passivo corrente	56450380,6	62183104,34	60523881,49
Credores por transferências e subsídios não reembolsáveis concedidos			
Fornecedores	12236293,76	13731021,13	13639849,65
Adiantamentos de clientes, contribuintes e utentes	22786521,03	23132950,7	22764869,15
Estado e outros entes públicos	1473411,15	2060712,6	1733821,83
Acionistas/sócios/associados			
Financiamentos obtidos			
Fornecedores de investimentos	828388,24	1657582,77	2070962,14
Outras contas a pagar	19125766,42	21600837,14	20314378,72
Deferimentos			
Passivos financeiros detidos para negociação			
Outros passivos financeiros	0	0	0
Total do Passivo	59729663,14	65431513,08	66504460,08
Total do Património Líquido e do Passivo	65244026,85	60668279,98	65053879,84

Figura 17: Balço 2019/2021.

Fonte: Elaboração Própria, ULSNE.

Anexo F Guião da Entrevista

Dimensão 1: Pontos de Ação Estratégica

- 1.1. Aquando da instalação da pandemia no nosso país (Março 2020), quais foram os principais pontos de ação estratégica e qual/ quais considera que foram as melhores para a instituição e para o bem-estar dos utentes?
- 1.2. Como sabe, nem todas as decisões foram tomadas pela ULS. Assim, das decisões estratégicas tomadas pelo hospital, qual/quais considera que tiveram maior impacto e de que forma?
- 1.3. Existem estratégias que se mantiveram na pós-pandemia? Se sim, quais considera as mais importantes e porquê? E quais as que não se mantiveram, mas acha que se deveriam manter?
- 1.4. Considerando a “maturidade” dos acontecimentos, quais as estratégias que mudaria neste momento?

Dimensão 2: Gestão Estratégica

- 2.1. De que forma foi feita a gestão de Informação dentro do Hospital e que métodos foram utilizados?
- 2.2. Quais os principais problemas na época relativamente à gestão de recursos Humanos? (e.g. motivação, stress, produtividade)
- 2.3. Relativamente aos custos quais foram aqueles que considera mais importantes e mais bem aplicados e aqueles que considera que foram despropositados?
- 2.4. De que forma foram geridos esses custos?

Dimensão 3- Cuidados de Saúde Hospitalares e Processo de Readaptação

- 3.1. Particularizando aos Cuidados de saúde Hospitalares, foi elaborado um plano específico? Se sim, de que forma foi implementado?
- 3.2. Como foi a reação e a readaptação da instituição, dos funcionários e dos utentes às estratégias implementadas?

Dimensão 4: Desafios

- 4.1. Quais as lições aprendidas no decorrer da pandemia e qual o impacto na organização?
- 4.2. Perante toda a adversidade vivida e os inúmeros obstáculos ultrapassados, qual foi para si, o maior desafio e como foi superado?