



Faculdade de Ciências Sociais e Humanas

Pandemia de COVID-19 e saúde financeira: o caso da Unidade Local de Saúde Cova da Beira

VERSÃO FINAL APÓS DEFESA

Carla Sofia Quelhas Pinto

Dissertação para obtenção do Grau de Mestre em
Gestão de Unidades de Saúde
(2º ciclo de estudos)

Orientadora: Professora Doutora Zélia Maria da Silva Serrasqueiro Teixeira

20 de julho de 2025

Folha em branco

Declaração de Integridade

Eu, Carla Sofia Quelhas Pinto, que abaixo assino, estudante com o número de inscrição M12218 do Mestrado em Gestão de Unidades de Saúde, da Faculdade de Ciências Sociais e Humanas, declaro ter desenvolvido o presente trabalho e elaborado o presente texto em total consonância com o **Código de Integridades da Universidade da Beira Interior**.

Mais concretamente afirmo não ter incorrido em qualquer das variedades de Fraude Académica, e que aqui declaro conhecer, que em particular atendi à exigida referenciação de frases, extratos, imagens e outras formas de trabalho intelectual, e assumindo assim na íntegra as responsabilidades da autoria.

Universidade da Beira Interior, Covilhã 20 /07 / 2025

Folha em branco

Agradecimentos

A presente dissertação é o resultado de muito esforço e dedicação. No entanto, teria sido impossível realizá-la sem ter as pessoas certas ao meu lado. Assim, não posso deixar de agradecer:

À Professora Doutora Zélia Serrasqueiro, por se mostrar sempre disponível e por me levar a ambicionar mais e melhor;

À ULSCBeira, por ter permitido a realização das entrevistas aos seus enfermeiros;

À Marta, ao Evane e a todos os entrevistados, que tão prontamente se disponibilizaram para me ajudar;

Aos meus pais, por me apoiarem sempre a investir na minha formação académica;

À minha irmã, por se ter disponibilizado para ler o trabalho, opinar e criticar construtivamente;

A todos aqueles que ouviram as minhas queixas e frustrações ao longo do processo do mestrado e que, de alguma maneira, me ajudaram;

Ao Miguel, por me apoiar em todas as ocasiões da minha vida.

Folha em branco

Resumo

A pandemia de COVID-19 desafiou os sistemas de saúde a nível global. Em Portugal, a suspensão da atividade assistencial não urgente, aliada ao aumento dos gastos, afetou significativamente a saúde financeira das unidades de saúde. Contudo, são escassos os estudos que analisam o impacto da pandemia com base em dados prévios ao seu início, em sistemas de saúde como o português: universal, geral e financiado publicamente. Neste contexto, o presente estudo – "Pandemia de COVID-19 e saúde financeira: o caso da Unidade Local de Saúde Cova da Beira" – teve como objetivo analisar a saúde financeira da ULSCBeira entre 2017 e 2022, com ênfase nos gastos com pessoal e na sua relação com a pandemia.

A investigação desenvolveu-se em três fases: (i) revisão da literatura para fundamentação teórica; (ii) análise quantitativa dos relatórios e contas da unidade de saúde em estudo; e (iii) entrevistas qualitativas a profissionais de saúde da ULSCBeira, com o objetivo de contextualizar e complementar os dados quantitativos.

Os resultados revelam um aumento dos gastos totais, destacando-se os custos com material de consumo, particularmente relacionados com a aquisição de equipamentos de proteção individual. Os gastos com pessoal foram, consistentemente, a principal rubrica de gastos, sendo que o aumento observado em 2020 resultou sobretudo das contratações excecionais para resposta à pandemia. Os rácios financeiros calculados indicaram que a unidade não tem capacidade para cumprir as suas obrigações financeiras, tanto a curto quanto a médio e longo prazo, apesar da melhoria do Prazo Médio de Pagamento (PMP) ao longo do período.

Conclui-se que a pandemia expôs fragilidades pré-existentes no Serviço Nacional de Saúde. Embora se tenham verificado melhorias pontuais nos indicadores financeiros, como o PMP e o capital próprio, a situação financeira da ULSCBeira em 2022 revela um regresso aos níveis financeiros anteriores à pandemia. Apesar da fragilidade financeira da unidade, foi essencial compreender a influência da pandemia na dinâmica laboral dos profissionais de saúde e reconhecer que, para além do aumento dos gastos, esta também proporcionou benefícios, nomeadamente o reforço dos recursos humanos — uma necessidade já identificada antes da pandemia.

Palavras-chave

ULSCBeira; COVID-19; saúde financeira; gastos com o pessoal.

Folha em branco

Abstract

The COVID-19 pandemic challenged healthcare systems worldwide. In Portugal, the suspension of non-urgent care services, combined with rising operational costs, affected the financial health of healthcare units. However, there is a lack of studies that examine the impact of the pandemic considering pre-pandemic data within publicly funded, universal healthcare systems such as the Portuguese National Health Service. In this context, the present study – *"COVID-19 Pandemic and Financial Health: the Case of the Local Health Unit Cova da Beira"* – aimed to analyse the financial health of ULSCBeira between 2017 and 2022, with a particular focus on staff-related expenses and their relationship with the pandemic.

The research was carried out in three phases: (i) a literature review to provide the theoretical foundation; (ii) a quantitative analysis of the health unit's financial reports and statements; and (iii) qualitative interviews to ULSCBeira's healthcare professionals to contextualize and complement the quantitative data.

The findings reveal an increase in total costs, with particular emphasis on costs related to consumables, especially the procurement of personal protective equipment. Staff expenses consistently represented the largest share of expenditure, with the increase observed in 2020 primarily resulting from exceptional hiring to address pandemic-related needs. Financial ratio analysis indicated that the unit lacked the capacity to meet its short and medium-long term financial obligations, despite an improvement in the Average Payment Period (AVP) throughout the study period.

The study concludes that the pandemic exposed pre-existing vulnerabilities of the National Health Service. Although some financial indicators, such as AVP and equity, showed temporary improvements, ULSCBeira's financial situation in 2022 returned to pre-pandemic levels. Despite the financial fragility of the unit, it was essential to understand the influence of the pandemic on the work dynamics of healthcare professionals and to recognize that it also brought benefits as well, namely the reinforcement of human resources, a need previously identified before the pandemic.

Keywords

ULSCBeira; COVID-19; financial health; personnel expenses.

Folha em branco

Índice

Agradecimentos.....	v
Resumo	vii
Abstract	ix
Lista de Figuras	xiv
Lista de Tabelas	xvi
Lista de Siglas e Acrónimos.....	xviii
1. Introdução.....	1
1.1. Enquadramento do tema.....	1
1.2. Objetivo de investigação.....	4
1.3. Questões de investigação.....	5
2. Enquadramento Teórico	6
2.1. Teorias Gerais	6
2.2. Pandemia de COVID-19 e GRH nas Unidades de Saúde.....	8
2.3. Medidas implementadas pelo Estado Português durante a COVID-19 ...	10
2.4. Pandemia de COVID-19 e saúde financeira das unidades de saúde	13
3. Metodologia de Investigação	20
3.1. Tipo de estudo, abordagem de investigação, unidade e modelo de análise	20
3.2. Procedimentos Metodológicos	21
3.2.1. Seleção da unidade de saúde, respetiva caracterização e delimitação	
do período de análise	21
3.2.2. Procedimentos de investigação e recolha dos dados.....	24
3.2.3. Seleção e caracterização da amostra para realização da entrevista ..	26
3.2.4. Estruturação, realização e tratamento das entrevistas	28
4. Análise dos relatórios e contas da ULSCBeira	31
4.1. Relatórios e contas 2017.....	31

4.2.	Relatórios e contas 2018	33
4.3.	Relatório e contas 2019	36
4.4.	Relatórios e contas 2020	39
4.5.	Relatórios e contas 2021.....	43
4.6.	Relatório e Contas 2022	47
4.7.	Análise da Saúde financeira da ULSCBeira entre 2017 e 2022	50
5.	Análise dos resultados das entrevistas	57
5.1.	Motivo do aumento dos gastos em 2020	57
5.2.	Gastos com o pessoal em 2020	59
5.3.	Medidas de RH durante a Covid-19	60
5.4.	Absentismo Laboral e Horas Extraordinárias	62
5.5.	Stocks.....	63
5.6.	Gestão dos EPI.....	64
6.	Conclusão	67
	Referências Bibliográficas.....	71
	Anexos	78
	Anexo 1 - Parecer da Comissão de Ética da ULSCBeira para realização das entrevistas.....	78
	Anexo 2 – Parecer do Responsável de Acesso à informação e do Encarregado da Proteção de Dados da ULSCBeira para realização das entrevistas	79
	Apêndices	81
	Apêndice 1 – Guião da Entrevista	81
	Apêndice 2 – Consentimento informado fornecido aos entrevistados	82
	Apêndice 3 – Segmento de Matriz obtido a partir da análise das entrevistas	85

Folha em branco

Lista de Figuras

Figura 1 - Modelo de análise da investigação	21
--	----

Folha em branco

Lista de Tabelas

Tabela 1 - Resumo das medidas implementadas pelo Estado Português durante a pandemia de COVID-19.....	13
Tabela 2 - Caracterização da amostra de entrevistados	28
Tabela 3 - Balanço do CHUCB a 31.12.2017	31
Tabela 4 - Demonstração de resultados do CHUCB a 31.12.2017	32
Tabela 5 - Balanço do CHUCB a 31.12.2018.....	33
Tabela 6 - Demonstração de resultados do CHUCB a 31.12.2018.....	34
Tabela 7 - Balanço do CHUCB a 31.12.2019	36
Tabela 8 - Demonstração de resultados do CHUCB a 31.12.2019.....	38
Tabela 9 - Balanço do CHUCB a 31.12.2020	40
Tabela 10 - Demonstração de resultados do CHUCB a 31.12.2020	42
Tabela 11 - Balanço do CHUCB a 31.12.2021.....	44
Tabela 12 - Demonstração de Resultados do CHUCB a 31.12.2021	45
Tabela 13 - Balanço do CHUCB a 31.12.2022.....	48
Tabela 14 - Demonstração de resultados do CHUCB a 31.12.2022.....	49
Tabela 15 - Teste de normalidade de Shapiro-Wilk	51
Tabela 16 - Equilíbrio Financeiro Curto Prazo.....	52
Tabela 17 - Equilíbrio Financeiro Médio Longo Prazo.....	53
Tabela 18 - Evolução dos ganhos e gastos entre 2017 e 2022 (em euros).....	54
Tabela 19 - Rubricas com maior peso sobre os gastos totais (em percentagem)	54
Tabela 20 - Rubricas com maior peso nos gastos com o pessoal (em euros)	55

Folha em branco

Lista de Siglas e Acrónimos

ARS – Administração Regional de Saúde

CH – Centro Hospitalar

CHUCB – Centro Hospitalar Universitário Cova da Beira

CMVMC – Custos das Mercadorias Vendidas e das Matérias Consumidas

CSM – Centro de Saúde Mental

DGTF – Direção-Geral do Tesouro e Finanças

EPI – Equipamentos de Proteção Individual

FSE – Fornecimentos e Serviços Externos

GRH – Gestão de Recursos Humanos

OMS – Organização Mundial de Saúde

QP – Questão de Partida

MCDT – Meios Complementares de Diagnóstico e Terapêutica

PMP – Prazo médio de pagamento

RB – Remuneração Base

RH – Recursos Humanos

SIGIC – Sistema Integrado de Gestão de Inscritos para Cirurgia

SNS – Serviço Nacional de Saúde

TDR – Teoria da Dependência dos Recursos

ULSCBeira – Unidade Local de Saúde Cova da Beira

Folha em branco

1. Introdução

1.1. Enquadramento do tema

A 11 de março de 2020, a Organização Mundial de Saúde (OMS) caracterizou a COVID-19 como uma pandemia, com mais de 3 milhões de casos e 207 973 mortes, atingindo 213 países, territórios e áreas. A infeção pelo SARS-CoV-2 não só gerou uma crise a nível de saúde pública, como também afetou a economia global. Isto ocorreu devido a fatores como a diminuição da produtividade, a perda de vidas humanas, o encerramento de negócios, quebra do mercado financeiro e a dizimação da indústria do turismo (Pak et al., 2020).

Devido à globalização, à urbanização e às alterações climáticas, as epidemias e surtos infecciosos tornaram-se ameaças globais que exigem uma resposta coletiva. Apesar de a maioria dos países desenvolvidos, sobretudo na Europa e na América do Norte, disporem de supervisão constante e sistemas de saúde que permitem gerir a propagação de doenças infecciosas, as medidas preventivas e de resposta coletiva de forma a impedir essa propagação foram implementadas numa fase tardia, quando a COVID-19 já tinha afetado outras regiões através das viagens internacionais (Pak et al., 2020).

Perante este contexto, a pandemia veio desafiar os sistemas de saúde que tiveram de operar com a escassez de profissionais de saúde, equipamentos de proteção individual e equipamento hospitalar, para além de adaptar os circuitos e reestruturar as instituições, de modo a ser possível proporcionar uma resposta apropriada (Santos et al., 2021).

De acordo com Nunes e Ferreira (2023), à semelhança de outros países europeus, o Estado Português optou por gerir as cadeias de transmissão. Neste sentido, foram tomadas medidas a nível nacional, como as sucessivas declarações de estado de emergência, para prevenir a propagação do vírus. Apesar disto, o número de casos positivos continuou a aumentar e o vírus atingiu todo o território nacional. A segunda e terceira vaga levaram ao limite a capacidade de resposta do Serviço Nacional de Saúde (SNS) e, consequentemente, dos profissionais de saúde. Assim, a gestão dos recursos humanos (GRH) nas unidades de saúde enfrentou *“provações sem precedentes, exigindo substituições por infeção/doença e subsequentes períodos de absentismo laboral, a criação de novos serviços, mobilidades e novas contratações de profissionais de saúde, trabalho suplementar, entre outros ajustes”*. Tudo isto resultou em implicações não só para a GRH, como também para a economia (Santos et al., 2021, p. 2).

A COVID-19 teve impacto em vários setores da economia de países um pouco por todo o mundo, mas o sector mais afetado foi o da saúde, que enfrentou desafios excepcionais. A falta de preparação foi um dos principais motivos para as lutas enfrentadas nas unidades de saúde. Verificou-se, a nível internacional, uma escassez dos equipamentos de proteção individuais (EPI), o que colocava em perigo a saúde dos profissionais que combatiam diretamente os efeitos do SARS-CoV-2 (Kaye et al., 2021).

De acordo com os mesmos autores verificou-se que na Jordânia apenas 18,5% dos médicos reportaram ter acesso a todos os EPI necessários. Nos Estados Unidos da América, onde o sistema de saúde está frequentemente associado a fornecimento de material médico ilimitado, aferiu-se que 15% dos médicos não tinham máscaras KN95, 20% não tinha acesso a luvas, 12% não tinha viseiras e aproximadamente 50% não tinham fatos de corpo inteiro ou batas disponíveis. Para além destes dados, apurou-se que 80% dos profissionais de saúde tinham de reutilizar os EPI, mesmo quando os mesmos eram de utilização única (Kaye et al., 2021).

A pandemia resultou numa perda de receitas devido à eliminação da atividade assistencial não urgente, que foram agravadas pelo crescimento dos custos nos hospitais, principalmente devido aumento de internamentos nos cuidados intensivos, cujo financiamento era inferior à despesa. Para além desta despesa, os custos de materiais médicos bem como a carência de preparação expôs as fragilidades dos sistemas de saúde internacionalmente (American Hospital Association, 2020).

A American Hospital Association (2020) estimou um impacto financeiro de 202,6 biliões de dólares de gastos para os hospitais e sistemas de saúde americanos no período entre 1 de março e 30 de junho de 2020. Nos Estados Unidos da América foi providenciado suporte aos profissionais de saúde (cuidar dos filhos, garantir transporte, disponibilizar testes, entre outras medidas), de modo a garantir que as famílias desses profissionais tivessem o que necessitavam enquanto o profissional de saúde trabalhava. Esta entidade estimou, em maio de 2020, que os custos para suportar estes profissionais eram de aproximadamente 550 milhões por mês.

Segundo Santos et al. (2021), num hospital terciário e universitário na região centro de Portugal, o impacto económico do absentismo entre um período homólogo de 2019 e 2020 correspondeu a mais de 6 milhões e meio de euros. Para além disto, os mesmos autores verificaram que houve um aumento de custos com contratações, do trabalho suplementar e uma diminuição da produção, o que resultou num acréscimo de cerca de 9 milhões de euros nos gastos totais do hospital.

Cruzando os dados da American Hospital Association (2020) e Santos et al. (2021), a falta de EPI poderá ter sido um dos fatores que contribuiu para os elevados números de absentismo (devido a infecção pelo SARS-CoV-2), e que representava, por si só, um gasto sem retorno. Santos et al. (2021) referiram, ainda, a escassez de estudos sobre os custos da pandemia de COVID-19 na GRH dos hospitais portugueses e sugerem a realização de outros estudos de análise de custos de modo a estabelecer comparações.

No que diz respeito à gestão das unidades de saúde, a pandemia gerou pressão sobre os serviços de saúde, como mencionado anteriormente, e foram tomadas medidas para a amenizar, como o adiamento ou suspensão das atividades clínicas não relacionadas com a COVID-19. O objetivo era conter a evolução de novos contágios e garantir uma maior capacidade de resposta das unidades de saúde para tratar os doentes infetados. Ainda assim, na terceira vaga da pandemia (com início a 29.12.2020 e fim a 2.03.2021), o SNS atingiu o seu limite, com 6829 internados em enfermarias e 904 em unidades de cuidados intensivos (dados de 1 e 5 de fevereiro de 2021, respetivamente). Nessa altura, os hospitais portugueses receberam ajuda europeia de países como a Alemanha, França e Luxemburgo, que enviaram equipas de profissionais de saúde para apoiar as unidades de saúde portuguesas e as respetivas equipas (Nunes & Ferreira, 2023).

Apesar disto, pouco se sabe sobre a eficiência e eficácia dos hospitais públicos portugueses durante a pandemia de COVID-19, também não sendo claro se melhoraram ou pioraram a sua saúde financeira comparada com o período pré-pandemia. Nunes e Ferreira (2023) afirmam haver carência de estudos que contemplem o período pré-pandemia e um sistema de saúde como o português: financiado publicamente, universal e geral.

É fundamental garantir a implementação de gestão do conhecimento e da cultura organizacional, empregar sistemas, ferramentas e métodos de gestão e cumprir os compromissos dos gestores hospitalares com o bem-estar dos funcionários e da sociedade. Estes são pilares para uma gestão sustentável das unidades de saúde. De modo a garantir a existência destes pilares é fundamental analisar os dados referentes à situação financeira das unidades de saúde durante o período antes e durante a pandemia, de modo a ser possível atuar e aplicar os recursos existentes. Perante isto, e tal como Lima Filho et al. (2021) afirmaram, é fundamental analisar o comportamento das despesas públicas no contexto da pandemia COVID-19.

Pode afirmar-se que a saúde financeira de uma organização, como a de uma unidade de saúde, é refletida nos relatórios e contas que são elaborados anualmente. A gestão financeira de uma organização de saúde representa um dos fatores que influencia o desenvolvimento dos serviços de saúde. O estudo da saúde financeira, analisada em termos do equilíbrio

financeiro, pode resultar em vários indicadores relacionados com a condição financeira de uma unidade de saúde, podendo ser utilizada como suporte no processo de tomada de decisão. Este tipo de ferramenta pode permitir o desenvolvimento de planos e políticas mais adequados, para que os serviços de saúde melhorem nos anos seguintes a esse relatório (Yuniarti et al., 2021).

Posto isto, considera-se pertinente abordar o tema “Pandemia de COVID-19 e saúde financeira: o caso da Unidade Local de Saúde Cova da Beira”, de modo a preencher a carência de estudos sobre os custos da pandemia, da análise da evolução desses custos antes e durante a pandemia, e a sua relação com a gestão de unidades de saúde.

É relevante salientar que o presente estudo incide sobre a Unidade Local de Saúde da Cova da Beira (ULSCBeira), que, durante o período em análise (2017-2022), se designava Centro Hospitalar Universitário Cova da Beira (CHUCB). Assim, apesar de se adotar a terminologia mais recente ao longo do texto, sempre que a análise dos dados assim o exija, a unidade será referida como CHUCB.

1.2. Objetivo de investigação

O objetivo geral é analisar a saúde financeira da ULSCBeira no período compreendido entre 2017 e 2022, dando especial ênfase aos gastos com o pessoal, e verificar a relação da pandemia de COVID-19 com os mesmos. Para responder a este objetivo, foram analisados os gastos com o pessoal, através do desdobramento dos mesmos, no período entre 2017 e 2022, e realizadas entrevistas complementares aos resultados obtidos dessa análise.

De modo a compreender o possível relacionamento entre a pandemia de COVID-19 e os gastos supramencionados, procedeu-se a uma descrição das medidas implementadas pelo Estado Português durante este período.

Complementarmente, analisaram-se os principais indicadores de saúde financeira para cada um dos anos do período de análise (2017-2022), para a unidade de saúde em estudo, de modo a analisar o equilíbrio financeiro de curto prazo e de longo prazo.

Foram, então, definidos os seguintes objetivos específicos:

- Identificar e descrever as medidas tomadas pelo Estado Português para mitigar os efeitos da COVID-19 nas unidades de saúde;
- Determinar os gastos totais na unidade de saúde em estudo, entre 2017 e 2022;
- Verificar qual o peso dos gastos com o pessoal nos gastos totais da unidade de saúde em estudo, entre 2017 e 2022;

- Analisar a evolução dos gastos totais e dos gastos com o pessoal na ULSCBeira, antes e durante a pandemia de COVID-19;
- Compreender a relação entre a pandemia de COVID-19 e os gastos com o pessoal na unidade de saúde em estudo;
- Analisar o equilíbrio financeiro de curto prazo e de médio e longo prazo da unidade de saúde em análise, entre 2017 e 2022;
- Analisar a percepção dos profissionais de saúde da ULSCBeira sobre os gastos realizados durante a pandemia de COVID-19 e entender de que forma esses gastos influenciaram o desempenho das suas funções habituais.

1.3. Questões de investigação

No presente estudo definiram-se as seguintes questões de investigação:

- i. Quais as medidas tomadas pelo Estado Português para mitigar os efeitos da pandemia nas unidades de saúde?
- ii. De que forma evoluíram os gastos com o pessoal na ULSCBeira ao longo do período em estudo (2017-2022)?
- iii. Qual o peso dos gastos com o pessoal nos gastos totais antes e durante a pandemia de COVID-19, na unidade de saúde em estudo?
- iv. Qual a percepção dos profissionais de saúde da ULSCBeira relativamente aos gastos efetuados durante a pandemia de COVID-19?

A presente dissertação está organizada em 6 capítulos, para além da bibliografia, anexos e apêndices. No Capítulo 1, encontra-se a introdução, que inclui o enquadramento do tema, os objetivos e as questões de investigação. O Capítulo 2 expõe a fundamentação teórica, onde está inserida a revisão da literatura, abordando conceitos essenciais sobre o tema. O Capítulo 3 detalha a metodologia de investigação utilizada, apresentando o tipo de estudo, a abordagem realizada e a unidade de análise, bem como os procedimentos metodológicos. No Capítulo 4, analisam-se os relatórios e contas do CHUCB entre 2017 e 2022. O Capítulo 5 apresenta a análise das entrevistas, dividida pelos principais temas abordados nas mesmas. Por fim, o Capítulo 6 apresenta as conclusões, limitações do estudo e sugestões para futuras investigações.

2. Enquadramento Teórico

2.1. Teorias Gerais

Em 2001, Donaldson (cit in Andrews et al., 2015) afirmava que o ambiente proporciona desafios às organizações, situação frequentemente abordada pela Teoria da Contingência. Esta teoria pertence às Teorias Gerais da Administração, que procuram compreender as organizações e os processos de administração associados (Chiavenato, 1979).

Segundo Chiavenato (2010, p. 102), “*as organizações vivem em um mundo humano, social, político e econômico. Elas existem em um contexto denominado ambiente. Ambiente é tudo que envolve externamente uma organização*”, tais como as condições legislativas/políticas, sociais, económicas, demográficas e até culturais (cit in Silva et al., 2020).

Donaldson (2001) defendia que fatores como o tamanho da organização, a complexidade estrutural e a estabilidade pessoal, ou seja, o ambiente interno, podiam influenciar o comportamento e a capacidade de tomada de decisão dos colaboradores. A Teoria da Contingência defende, ainda, que os resultados das instituições são afetados não só pelo contexto/ambiente interno como também pelo externo. Posto isto, os “*fatores ambientais influenciam a dinâmica das negociações*”, podendo afetar a economia das organizações públicas. Perante a pandemia gerada pelo vírus SARS-CoV-2, é fundamental “*debater a influência do ambiente externo na aplicação dos recursos destinados a combater a COVID-19*” (Lima Filho et al., 2021, p. 41).

Considerando que a Teoria da Contingência pretende “*compreender e explicar o modo pelo qual as empresas funcionam em diferentes condições, que variam de acordo com o ambiente em que elas estão inseridas e que são influenciadas conforme seu ambiente externo, aceita-se, portanto, que ameaças ou oportunidades influenciam a estrutura e os processos internos das organizações*” (Lima Filho et al., p.42). Isto é, os fatores contingenciais, quer internos quer externos à organização, afetam a dinâmica organizacional no setor público, e demonstram que as informações podem ser alteradas em função dos mesmos. Assim, estes fatores têm elevado poder de alterar o comportamento das despesas públicas, principalmente no cenário de pandemia vivenciado nos últimos anos e no qual os recursos deviam ser devidamente geridos. De notar que um dos principais fatores que afetam as organizações são os recursos humanos, ou seja, as pessoas (Chiavenato, 1979).

É primordial que os gestores de unidades de saúde façam o melhor uso possível dos recursos disponíveis. Para isso, é necessário compreender a informação financeira, o que requer trabalho e conhecimento interdisciplinar de como os serviços de saúde funcionam e como é que a tomada de decisão é influenciada pelo ambiente político, económico e organizacional (Gruen & Howarth, 2005).

Ora, posto isto, considera-se que na base da presente investigação também se encontra a Teoria da Dependência dos Recursos (TDR). Andrews et al. (2015) apontaram esta teoria como uma das teorias mais promissoras e poderosas para compreender as organizações, com um enorme potencial para o entendimento da gestão dos serviços públicos.

Segundo Yeager et al. (2015), a TDR defende que cada organização é um sistema aberto e as organizações não controlam todos os recursos necessários à sobrevivência e desenvolvimento organizacional. Posto isto, todas as organizações dependem do ambiente externo para terem os recursos necessários. Quando existe instabilidade ou incerteza com o ambiente (quer interno quer externo), uma organização pode ficar exposta a vários riscos, nomeadamente com o fornecimento de recursos. Consequentemente, os responsáveis pela tomada de decisão dentro de uma organização têm de utilizar estratégias para mitigar a dependência do ambiente externo ou para reduzir a incerteza, e, desta forma, aumentar o poder da organização.

A TDR defende que nenhuma organização é autossuficiente, o que a obriga a estabelecer relações de dependência com outras organizações de forma a obterem os recursos necessários. Estas relações externas à cadeia podem originar desequilíbrios e serem potenciais fontes de problemas (Spieske et al., 2022).

As tomadas de decisão dentro das organizações relacionam-se com as condições do ambiente envolvente, e a gestão das relações externas é a chave da sobrevivência organizacional. Assim, as organizações procuram relacionar-se ativamente com o ambiente externo, manipulando-o para o seu próprio benefício, e nesse sentido adotam decisões estratégicas para se adaptarem (Davis & Cobb, 2010).

No contexto de pandemia, a gestão dos recursos foi, sem dúvida, um tema fortemente abordado (Spieske et al., 2022). Quando se abordam os recursos não se consideram apenas os EPI ou o material médico, mas também os recursos humanos. O setor da saúde é um setor fortemente dependente da mão-de-obra, e sem profissionais de saúde é impossível haver prestação de cuidados de saúde. Perante isto, considera-se que a TDR é fundamental para o entendimento da gestão dos recursos humanos, tanto pertencentes aos quadros de uma organização, como ajuda que possa provir de outras unidades ou até países.

2.2. Pandemia de COVID-19 e GRH nas Unidades de Saúde

Como descrito por Henriques e Gouveia (2022), os sistemas de saúde não foram concebidos para lidar com situações excepcionais como as geradas pela COVID-19, isto é, por um desafio de saúde pública imprevisível e de grande escala, que afetou a população a nível mundial e exigiu uma mobilização urgente de recursos humanos e materiais.

Por norma, todas as organizações dependem fortemente dos seus colaboradores. Na área da saúde e dos serviços sociais esta questão torna-se ainda mais evidente, sendo um sector com mão-de-obra elevada. As unidades de saúde são garantidamente organizações complexas, compostas por vários serviços, áreas distintas que se complementam e cujo funcionamento pode envolver inúmeros cenários, situações stressantes e condições adversas para os seus profissionais (Rodrigues et al., 2016).

A disseminação da COVID-19 criou disrupção, incerteza, complexidade e ambiguidade em todas as organizações, tendo um grande impacto na saúde da população e colocando sob pressão os sistemas de saúde a nível internacional, principalmente devido à insuficiência de profissionais disponíveis. Os recursos humanos são o principal ativo de uma organização e ajudam a alcançar os objetivos organizacionais. Considerando isto, para uma gestão de recursos humanos sustentável, a revisão da estratégia organizacional é uma resposta necessária (Azizi et al., 2021; WHO, 2021).

Segundo a OMS, a pandemia causou um elevado risco por exposição ocupacional a uma doença de disseminação rápida, gerando a necessidade de adaptar funções e responsabilidades para uma ampla gama de tarefas. A COVID-19 expôs os profissionais de saúde não só à possibilidade de infeção, mas também de fadiga, *burnout*, stress, assédio e violência (física e psicológica). Ao encontro desta possibilidade, foram tomadas medidas para mitigar os efeitos diretos da pandemia nos recursos humanos. Ainda assim, estima-se que os números de infeções e mortes nos colaboradores não tenham sido totalmente reportados (WHO, 2021).

Mesmo antes de a pandemia ocorrer, Larbi (2017) já apontava os recursos humanos em saúde como um dos elementos-chave dos sistemas de saúde na prevenção, controlo e tratamento de surtos. A GRH, entendida como um conjunto de práticas orientadas para a mobilização e desenvolvimento dos recursos humanos com vista à eficácia e eficiência organizacional, tem-se revelado essencial ao longo da carreira dos profissionais de saúde. Assim, o capital humano pode ser considerado o principal recurso no contexto hospitalar.

A pandemia provocou numerosas consequências, e para além de um choque económico e de uma crise de saúde a nível global, geraram-se alterações nos comportamentos sociais e desafios organizacionais. As estratégias para combater estas consequências incluíram a flexibilidade, o reforço da eficiência interna, a aquisição de colaboradores especializados e a realização de alterações inovadoras baseadas na avaliação organizacional e nas necessidades de uma atividade organizacional mais calma. Estas estratégias tiveram efeitos positivos no bem-estar psicológico, na satisfação, na produtividade, na motivação e na segurança da saúde dos colaboradores no local de trabalho (Azizi et al., 2021).

Yusefi et al. (2022) identificaram três grandes desafios na GRH durante a COVID-19. Apesar de os desafios legais estarem fora do alcance e autoridade dos gestores, identificá-los pode ser um caminho para que os políticos consigam realizar tomadas de decisão mais adequadas. Os desafios organizacionais e pessoais são os outros dois desafios identificados. Estes desafios devem ser considerados pelos legisladores, a fim de estarem preparados para enfrentar novas crises.

Perante isto, os dados sobre os recursos humanos em saúde e a análise da informação são elementos-chave no planeamento da resposta a situações de emergências no sector da saúde. Nesse sentido, Izquierdo et al. (2023) identificaram três mecanismos para melhorar a informação disponível em tempo real, de forma detalhada e clara, de modo a permitir o diálogo e tomada de decisão, sendo eles: sistemas de informação; metodologias para estimar as necessidades dos profissionais de saúde; e composição de equipas para analisar a informação e facilitar a tomada de decisão. Países como o Chile, a Colômbia, o Equador, o Peru e a Jamaica realizam a recolha da informação sobre os colaboradores em saúde anualmente. Já a Bolívia e Granada têm apenas dados específicos referentes a médicos, enfermeiros, dentistas e farmacêuticos. Este contraste entre os registos dos diferentes países dificultam a uniformização dos indicadores a utilizar nos recursos humanos disponíveis em saúde.

O fator supramencionado foi também uma das razões pela qual a contabilização das mortes e casos por COVID-19 foi tão irrealista no que concerne aos profissionais que trabalham no sector da saúde. Os dados disponíveis variam em termos de acesso à informação, da frequência de publicação, e da categorização dos dados por grupos (ocupação profissional, sexo, idade, fonte de infeção, entre outros) (Izquierdo et al., 2023).

Em termos de medidas do governo para conseguir dar resposta a uma pandemia, os mesmos autores identificaram como fundamentais dois aspetos: alinhar os objetivos dos recursos humanos em saúde entre os ministérios de modo a definir e produzir regulamentação e

ações políticas; e determinar a estratégia para a GRH entre os setores público e privado, bem como entre os governos locais e centrais.

A pandemia veio, também, enfatizar a importância e necessidade de os países serem mais proativos na sua abordagem aos recursos humanos em saúde. Izquierdo et al. (2023) defendem que devem ser desenvolvidas estruturas legais para fornecer apoio permanente aos mecanismos já criados e fortalecer os institucionalizados. Estas estruturas devem, também, absorver o impacto gerado pela contratação de novos colaboradores, de modo a reduzir as lacunas pré-pandémicas e a melhorar as condições de trabalho.

De acordo com dados da OMS, uma proporção significativa dos recursos públicos governamentais está alocada no setor da saúde, sendo que a maior parte está relacionada com recursos humanos (Yusefi et al., 2022).

2.3. Medidas implementadas pelo Estado Português durante a COVID-19

Como mencionado anteriormente, a COVID-19 representou um grande desafio para os decisores económicos e políticos. Por um lado, os cortes orçamentais neste sector poderiam impedir a preparação para lidar com futuros surtos do vírus. Por outro lado, os custos económicos e financeiros gerados pela COVID-19 poderiam limitar a capacidade de financiamento adicional do SNS (Henriques & Gouveia, 2022).

Segundo estes autores, o sistema de saúde de cada país acaba por ter um limite de número de pacientes que pode usufruir de um tratamento adequado. Isto é, para cada país existe um determinado número de camas hospitalares, de profissionais de saúde, de unidades de cuidados intensivos, de material médico necessário, entre outros. Assim, se a propagação do vírus não fosse contida, o sistema de saúde poderia entrar facilmente em colapso. Para evitar esta possível situação, o confinamento foi a primeira medida política a ser colocada em prática.

Comparativamente a outros países Europeus cultural e geograficamente próximos, Portugal teve um início de registo de infeções tardio. Quando se declararam os primeiros casos a 2 de março de 2020, em Espanha e França já existiam centenas de casos. Perante isto, o confinamento em Portugal ocorreu numa fase precoce da evolução da pandemia comparativamente aos países supramencionados (Aubyn, 2020).

Esse confinamento decorreu como consequência da declaração de Estado de Emergência, no dia 18 de março de 2020, pelo Decreto do Presidente da República nº 14-A/2020. A

partir desse momento foram várias as medidas implementadas com o objetivo de prevenir a propagação da doença, de tratar a infeção provocada pela COVID-19 e atuar nos vários domínios sociais afetados pelo distanciamento/isolamento (Tribunal de Contas, 2021).

Em agosto de 2020, Shaaban et al. apontaram como medidas para mitigar os efeitos da COVID-19 em Portugal a integração urgente de Indicadores de Qualidade dentro dos sistemas hospitalares (através da eliminação de atividades e gastos desnecessários), lidar com as deficiências na estrutura do sistema de saúde e de recursos humanos, enfrentar as desigualdades em saúde em Portugal, melhorar os serviços de saúde mental e, mais importante, estar preparado para o pior cenário possível.

Em termos de normas e medidas estabelecidas no SNS, como resposta à situação de pandemia vivida, surgiu o Decreto-Lei nº10-A/2020 de 13 de março de 2020. O mesmo pretendia garantir “às entidades prestadoras de cuidados de saúde do SNS a possibilidade de aquisição, com a máxima celeridade, dos equipamentos, bens e serviços necessários à avaliação de casos suspeitos e ao tratamento dos sintomas e complicações associadas ao COVID-19, e, ainda, a tomada de outras medidas consideradas urgentes e imprescindíveis, designadamente em matéria de gestão de recursos humanos”. Para isso, estabeleceu-se um regime excecional que permitiu a contratação e, consequentemente, autorizou a despesa pública a ela associada (Diário da República, 1ª Série, nº 52, p. 22-(2), 2020).

Efetivamente, uma das medidas de resposta à COVID-19 na área da saúde foi assegurar, então, os recursos humanos e materiais necessários para dar resposta à situação pandémica, tendo-se verificado um aumento da despesa pública devido à contratação de colaboradores, “ao pagamento de horas extraordinárias e à aquisição de medicamentos, equipamentos de proteção individual, testes de diagnóstico e ventiladores” (GPEAR, 2024).

O Decreto-Lei nº 10-A/2020 de 13 de março de 2020 estabeleceu ainda a suspensão de quaisquer atividades letivas, não letivas e formativas, bem como as atividades de apoio social desenvolvidas em Centros de Atividades Ocupacionais, Centro de Dia e Centro de Atividades de Tempos Livres. A exceção passou pelo acolhimento de filhos ou outros dependentes a cargos de profissionais de saúde, das forças e serviços de segurança e de socorro, num estabelecimento de ensino identificado por cada agrupamento de escolas. Foram ainda estabelecidas as restrições ao nível da restauração, bem como aos serviços e edifícios públicos.

A definição das medidas de proteção social na doença e parentalidade também se integram no mesmo documento, tais como o subsídio por isolamento profilático, o subsídio de

doença, o subsídio de assistência a filhos e/ou netos, bem como agir perante faltas dos trabalhadores e quais os apoios às famílias consoante a modalidade de trabalho em que os componentes do agregado familiar se inseriam (trabalhador independente ou por conta de outrem).

Para além destas medidas, impostas a nível nacional, foram várias as iniciativas locais, tais como distribuir EPI pela população (como máscaras e desinfetante de mãos), disponibilizar ou financiar testes à COVID-19, diminuir rendas de espaços cuja gerência pertencesse aos municípios, diminuir o pagamento de taxas ao nível da água, saneamento e resíduos, atribuir apoios financeiros, garantir material informático aos alunos, distribuir bens alimentares a indivíduos necessitados, entre outras (Tribunal de Contas, 2021).

A característica mais marcante da pandemia foi a volatilidade dos ciclos económicos que dela resultaram, bem como as consequências que resultaram da mesma e das medidas tomadas para a combater. Desde março de 2020 até março de 2022 foram contabilizadas cinco vagas da doença, com 25 mil mortes, das quais 21 mil resultantes diretamente do vírus em questão. Para além das mortes, observou-se uma diminuição da esperança média de vida e dois confinamentos que implicaram o encerramento de escolas e a paralisação total ou parcial de vários sectores da economia, o que resultou numa diminuição do PIB, com 1,5 milhões de pessoas em *lay-off* e aproximadamente 25% dos colaboradores por conta de outrem com salários apoiados pelas medidas implementadas pelo governo (Sarroeira et al., 2022).

Segundo os mesmos autores, o país recuperou rapidamente devido ao sucesso das parcerias público-privadas, que permitiram a obtenção e distribuição das vacinas, bem como a capacidade de criar uma estrutura de centralização da vacinação. O governo português foi *“relativamente previdente e conservador quanto à saúde pública nas fases iniciais da pandemia, quando era essa a melhor estratégia também do ponto de vista económico. Foi depois capaz de promover uma campanha de vacinação universal, tornando-se o primeiro país a atingir um limiar de vacinação de 85% da população, e soube acompanhar esse sucesso com a flexibilização de regras de distanciamento e a progressiva normalização da atividade económica. Curiosamente, o único momento de claro desalinhamento, o final de 2020 e o início de 2021, que concentrou os piores efeitos quanto à saúde pública e tornou necessário o segundo confinamento, parece também ter sido o momento de transformação estrutural mais importante desta crise.”* (p. 18).

Apesar disto, no final de 2022 verificava-se ainda que o número de horas trabalhadas não tinha recuperado totalmente, o PIB continua abaixo da tendência de crescimento pré-pandemia e que as quebras de volume de negócios se mantinham. Para além disso, as

empresas continuavam a apresentar um aumento da dívida e uma baixa rentabilidade (Sarroeira et al., 2022).

Na Tabela 1 encontra-se um resumo das principais medidas implementadas pelo Estado Português em resposta à pandemia de COVID-19.

Tabela 1 - Resumo das medidas implementadas pelo Estado Português durante a pandemia de COVID-19

	Medida	Decreto-Lei
Apoio ao Emprego e Empresas	Regime <i>Lay-off</i> Simplificado	Decreto-Lei n.º 10-G/2020, de 26 de março
	Apoio à Retoma Progressiva	Decreto-Lei n.º 46-A/2020, de 30 de julho
	Proteção dos créditos (famílias, empresas, IPSS e demais entidades da economia social)	Decreto-Lei n.º 10-J/2020, de 26 de março
Apoio aos Trabalhadores e Família	Subsídio de Isolamento Profilático	Decreto-Lei n.º 10-A/2020, de 13 de março
	Apoio Excepcional à Família	Decreto-Lei n.º 10-K/2020, de 26 de março
Medidas Fiscais e de Segurança Social	Regime excepcional e temporário no cumprimento das obrigações fiscais e contribuições sociais	Decreto-Lei n.º 10-F/2020, de 26 de março
	Incentivos Fiscais para Empresas	Decreto-Lei n.º 20-G/2020, de 14 de maio
Apoio ao Sector da Saúde	Contratação Excepcional de Profissionais de Saúde	Decreto-Lei n.º 10-A/2020, de 13 de março
	Aquisição de Equipamentos e Medicamentos	Decreto-Lei n.º 14-E/2020, de 13 de abril

Nota: Elaboração a partir das referências bibliográficas supramencionadas e da legislação relacionada com a COVID-19 listada na DGERT (2025).

2.4. Pandemia de COVID-19 e saúde financeira das unidades de saúde

Em Portugal, como em qualquer outro país, a pandemia gerou não só uma carga substancial sobre o SNS, como acabou por ditar o ritmo da economia portuguesa, gerando grandes desafios aos decisores económicos e políticos. Isto é, verificou-se um efeito significativo no setor económico e na performance das organizações, nomeadamente das instituições pertencentes ao setor público. Assim, é fundamental perceber qual a saúde financeira das

unidades de saúde durante a pandemia, de modo a possibilitar a comparação do período antes e após a pandemia (Henriques & Gouveia, 2022; Yuniarti et al., 2021).

Vários estudos levaram Henriques e Gouveia (2022) a afirmar que os sistemas de saúde são influenciados por múltiplos fatores, quer aspetos económicos, quer sociais e governamentais. Para além disso, a crise psicológica, como por exemplo o medo de contrair a doença no hospital, o conseqüente adiamento das consultas médicas e aumento das doenças crónicas, tornou o sistema ainda mais vulnerável. Durante 2020 verificou-se uma diminuição da atividade hospitalar de internamento não só devido a este medo, mas também devido a confinamentos e quarentenas, à reorganização das operações hospitalares e ao racionamento da força de trabalho médica.

Perante esta realidade, e sem a possibilidade de alterar a dimensão e estrutura dos sistemas de saúde no curto prazo, verificou-se que a eficiência dos países contra a COVID-19 não melhorou. No caso dos países europeus, a ineficiência do setor de saúde pública ocorreu devido ao uso incorreto dos recursos médicos disponíveis e não à falta dos mesmos. Portugal foi um dos países que não teve a capacidade de utilizar os seus recursos de forma eficiente (Henriques & Gouveia, 2022).

É, então, pertinente definir-se saúde financeira: descrição da condição financeira de uma organização, num certo período, considerando aspetos de angariação e canalização de fundos, normalmente medidos por indicadores de adequação de capital, liquidez e lucro. A saúde financeira é, assim, uma análise realizada para determinar em que medida uma organização tem implementado as regras que lhe foram fixadas relativamente à boa e correta utilização do financiamento. Ou seja, esta ferramenta é uma “fotografia” que demonstra se a organização é financeiramente saudável ou não (Jumingan, 2006 cit in Yuniarti et al., 2021).

A saúde financeira pode ser analisada recorrendo a rácios. Os rácios são um instrumento que permite sintetizar os dados de uma determinada organização, possibilitando a comparação de vários anos e permitindo aferir como ocorre a evolução dos dados (Nunes, 2009). A partir dos rácios é possível determinar se existe (Yuniarti et al., 2021; Fatima, 2023):

- a. Equilíbrio financeiro de curto prazo, que tem por base a análise de rácios de liquidez. Estes determinam a capacidade de uma organização conseguir cumprir as suas obrigações a curto prazo, ou seja, permitem concluir se uma determinada organização reúne condições para cumprir as suas obrigações de pagamento a curto

prazo (Neves, 2011, cit in Alves, 2014). Normalmente é medido pelo Rácio de Liquidez Geral, Rácio de Liquidez Reduzida e Rácio de Liquidez Imediata.

$$\text{Rácio de Liquidez Geral} = \frac{\text{Ativo Corrente}}{\text{Passivo Corrente}}$$

$$\text{Rácio de Liquidez Reduzida} = \frac{\text{Ativo Corrente} - \text{Inventários}}{\text{Passivo Corrente}}$$

$$\text{Rácio de Liquidez Imediata} = \frac{\text{Disponibilidades}}{\text{Passivo Corrente}}$$

Quanto maior for o valor destes rácios, melhor estará a saúde financeira de curto prazo da empresa. Se o valor do rácio de liquidez geral for superior a 1 significa que o ativo corrente é superior ao passivo corrente, e, portanto, a empresa consegue fazer face às dívidas a terceiros a curto prazo, e ainda deter alguma margem de segurança (Neves, 2012, cit in Alves, 2014). O rácio de liquidez geral é uma medida relativa e equivalente ao fundo maneio de uma organização, sendo o último uma métrica de carácter absoluto.

b. Equilíbrio financeiro de médio e longo prazo, que se baseia em rácios que permitem avaliar a capacidade organizacional de cumprir as suas obrigações a médio e longo prazo. O rácio de solvabilidade, um dos rácios utilizados para estudar o equilíbrio financeiro a médio e longo prazo, determina a capacidade de uma organização cumprir as suas obrigações financeiras a médio e longo prazo, indicando o grau de dependência da organização em relação aos credores. Quanto maior o valor deste rácio, maior a solvabilidade de uma organização, e, portanto, mais sustentável financeiramente a médio e longo prazo (Cunha, 2013).

$$\text{Rácio de solvabilidade} = \frac{\text{Capital Próprio}}{\text{Passivo Total}}$$

Outro rácio utilizado na análise do equilíbrio financeiro de médio e longo prazo é o rácio de autonomia financeira, que permite aferir se uma determinada organização tem capacidade de financiar o ativo através dos capitais próprios, sem ter de recorrer a capital alheio. Este rácio evidencia, também, a capacidade de a organização contrair empréstimos a médio e longo prazo suportados pelos capitais próprios (Carrilho et al., 2005, cit in Nunes, 2009; Cunha, 2013).

$$\text{Rácio de Autonomia Financeira} = \frac{\text{Capital Próprio}}{\text{Ativo Total}}$$

O rácio de endividamento serve de complemento ao anterior na medida em que permite verificar a dependência da organização face à sua dívida (passivo ou capital alheio) (Cunha, 2013).

$$\text{Rácio de Endividamento} = \frac{\text{Passivo Total}}{\text{Ativo Total}}$$

Existem ainda os rácios de rendibilidade que determinam a capacidade de uma organização gerar lucro, embora com consequência na solvabilidade e, portanto, dita a sustentabilidade futura de uma organização (Fatima, 2023).

Estes indicadores são ferramentas para avaliar a saúde financeira das organizações em termos genéricos, surgindo nos relatórios e contas apresentados pelas unidades de saúde pública em Portugal. No cenário dinâmico das finanças, os indicadores de análise financeira desempenham um papel fundamental na avaliação e compreensão da saúde financeira de uma unidade de saúde (CHUCB, 2022; Fátima, 2023).

Segundo Neves (2011, cit in Alves, 2014), os rácios representam uma ferramenta de apoio que permite resumir uma elevada quantidade de dados e comparar o desempenho financeiro das empresas, bem como o progresso do mesmo ao longo do tempo.

Os problemas relativos ao controlo das despesas em saúde já existiam antes da pandemia de COVID-19, a nível mundial, sendo a tendência geral do aumento dessa despesa superior ao aumento da riqueza dos países. Independentemente do modelo de financiamento

adotado em cada país, o financiamento da saúde é considerado um problema complexo e muito sério. Os resultados (ou *outcomes*) em saúde levam a investimentos elevados de curto prazo, o que acarreta custos excessivos que carecem de medidas excepcionais (Bernardino, 2017).

Um exemplo disto é que antes da pandemia, em 2019, nos Estados Unidos da América, existiam hospitais que já tinham uma margem financeira negativa, o que indicava o estado frágil da economia do setor da saúde. Como tal, e com o impacto inicial experienciado pela COVID-19, aproximadamente metade dos hospitais americanos apresentavam uma margem financeira negativa. Apesar disto, espera-se que qualquer organização apresente uma margem de operação positiva para garantir a sua sobrevivência a longo prazo. São poucas as organizações que conseguem manter-se em funcionamento por um longo período quando as despesas são superiores às receitas (KaufmanHall, 2020).

Com base em dados divulgados em 2022 pelo Instituto Nacional de Estatística, em 2021 a despesa em saúde em Portugal representou 11,2% do Produto Interno Bruto (PIB), traduzindo um aumento de 0,7 pontos percentuais face ao ano anterior. Este acréscimo deveu-se, em grande medida, ao aumento da despesa corrente, tanto pública como privada, refletindo os efeitos persistentes da pandemia provocada pelo vírus SARS-CoV-2, bem como a retoma da atividade assistencial por parte dos prestadores de cuidados de saúde.

Gruen e Howarth (2005) definem custo como o valor dos recursos utilizados na produção de um bem ou serviço. Caiado (2012) afirma que o custo de um determinado produto ou serviço é resultado da somatória dos seus gastos, desde o início da prestação do serviço ou da produção, até ao produto ou serviço final. A análise dos custos permite avaliar os stocks e outros ativos, para apoio à tomada de decisão, permitindo a monitorização das atividades e a construção de orçamentos adequados.

Os serviços de saúde requerem vários tipos diferentes de recursos, tais como edifícios, colaboradores e medicamentos. Assim, os custos de um serviço específico dependem da combinação de recursos utilizados e da quantidade necessária de cada recurso. Por definição, todos os recursos estão sujeitos a um custo quando são utilizados. Logo, se o nível de atividade for constante, os custos não se alteram; se o nível de atividade aumentar, os custos irão mudar, mas não diretamente. Os recursos têm características diferentes na medida em que afetam os custos quando a atividade se altera (Gruen & Howarth, 2005).

Gruen e Howarth (2005) identificam os gastos com o pessoal como a maior parte da despesa em serviços de saúde. Em Portugal, e por outros autores, foram identificados dois setores responsáveis por uma grande parte da despesa em saúde, sendo eles o setor dos

medicamentos e as convenções com meios complementares de diagnóstico e terapêutica (Ferrinho et al., 2013, cit in André, 2020).

Segundo o Conselho das Finanças Públicas (2022), a despesa do SNS está concentrada nas despesas com o pessoal, nos fornecimentos e serviços externos e nas compras de inventários (produtos farmacêuticos e material de consumo clínico). Estas três rubricas perfazem 98% da despesa em saúde pública em Portugal, no ano de 2021. Os autores explicam a despesa com o pessoal com o aumento do número de trabalhadores contratados, que ocorreu em 2020 e 2021 para dar resposta à pandemia de COVID-19.

Em julho de 2020, o impacto financeiro da COVID-19 já se revelava significativo nos Estados Unidos da América. A este impacto somava-se a imprevisibilidade da trajetória da pandemia, bem como a incerteza relativamente ao retorno dos pacientes aos hospitais. Diversas instituições hospitalares enfrentaram dificuldades extremas na definição do rumo a seguir para assegurar a continuidade da prestação de cuidados de saúde à comunidade. Neste contexto, a pandemia evidenciou a necessidade de reformular os planos estratégicos financeiros em cenários de crise. Segundo a mesma fonte, nos seis meses subseqüentes ao início da pandemia, os impactos financeiros associados à COVID-19 apresentavam-se semelhantes a nível global, independentemente da dimensão dos hospitais, da sua localização geográfica ou de variáveis como o número de casos e a receita proveniente de pacientes internados e ambulatoriais (KaufmanHall, 2020).

A OMS verificou que grande parte dos custos atribuídos aos recursos humanos em saúde está relacionado com hospitais. No Irão, alguns estudos comprovaram que os custos com os recursos humanos se encontram entre 55 e 60% dos gastos totais dos hospitais. Estes dados demonstram a importância de uma boa gestão de recursos humanos no setor da saúde, quer em países desenvolvidos quer em países em desenvolvimento (Yusefi et al., 2022).

Em 2022, Henriques e Gouveia realizaram uma investigação com o objetivo de identificar os principais fatores que influenciaram a eficiência e a produtividade dos hospitais públicos portugueses antes e após a pandemia, utilizando dados disponibilizados publicamente pelo SNS. Dos 37 hospitais analisados, 21 apresentaram níveis de eficiência em 2019, número que desceu para 17 em 2020, refletindo o impacto da pandemia na atividade hospitalar e na utilização dos recursos. Entre 2019 e 2020, registou-se uma diminuição no número de médicos e de camas disponíveis, acompanhada por um ligeiro aumento no número de enfermeiros e técnicos operacionais nos hospitais eficientes. Por outro lado, os hospitais classificados como ineficientes em 2019, registaram um aumento generalizado de todos os recursos em 2020, indicando uma alocação menos eficiente dos mesmos.

Curiosamente, os efeitos negativos da COVID-19 ao nível da média de consultas ambulatoriais, altas hospitalares e atendimentos de emergência foram mais pronunciados nos hospitais eficientes do que nos ineficientes. Estes resultados sugerem que as unidades menos eficientes viram os seus níveis de atividade menos comprometidos pela pandemia, embora à custa de um aumento substancial de recursos. Neste sentido, os autores defendem a necessidade de promover uma cultura de cooperação dentro e entre os hospitais, que permita uma afetação mais racional dos recursos, de acordo com as necessidades reais.

3. Metodologia de Investigação

3.1. Tipo de estudo, abordagem de investigação, unidade e modelo de análise

A presente investigação segue uma abordagem metodológica mista (qualitativa e quantitativa), subjetivista e de método indutivo, mais concretamente um estudo de caso.

Os estudos de caso permitem tratar os dados de uma amostra claramente definida, homogénea, permitindo uma análise aprofundada dos dados. A análise de uma relação específica pretende caracterizar, compreender ou aprofundar a compreensão sobre uma determinada situação através da identificação do que ocorre na realidade. Assim, *“o estudo de caso supõe que se pode adquirir conhecimento do fenómeno investigado a partir da exploração intensa de um caso”* (Franco & Ferreira, 2007, p. 179). Dois exemplos de autores que optaram por este tipo de estudo são Mintzberg (1991) e Pettigrew (1992), onde os dados usados mostraram ser de grande importância para a investigação (Bulgacov, 1998).

A investigação segue uma abordagem interpretativa uma vez que foi realizada a análise e interpretação de documentos e entrevistas. Pode ainda caracterizar-se esta investigação como exploratória, pois não se trata apenas de uma consulta documental, mas de um processo de investigação que envolve reflexão, análise da realidade obtida e produção de conhecimento. O objetivo de um estudo exploratório é conhecer o *“fenómeno estudado tal como ele se apresenta ou acontece no contexto em que está inserido. E para esse tipo de investigação, na área das Ciências Humanas e Sociais, o enfoque qualitativo permite melhor compreensão do comportamento humano e do contexto social. A pesquisa exploratória permite, nesse processo, que o pesquisador contemple os dados qualitativos de forma sistêmica, com uma compreensão ou interpretação detalhada do fenómeno analisado”* (Lösch et al., 2023, p.3.)

A unidade de análise desta proposta de investigação é constituída pela unidade de saúde em estudo: a ULSCBeira. É sobre esta que vai incidir a análise da saúde financeira, com uma análise detalhada dos gastos.

A figura 1 consubstancia o modelo de análise em que se apresentam as principais variáveis e dimensões a estudar, bem como a relação entre elas, gerando as questões de investigação/questões de partida (QP) do estudo.

Definiram-se as seguintes variáveis: gastos com o pessoal, pandemia de COVID-19 e saúde financeira.

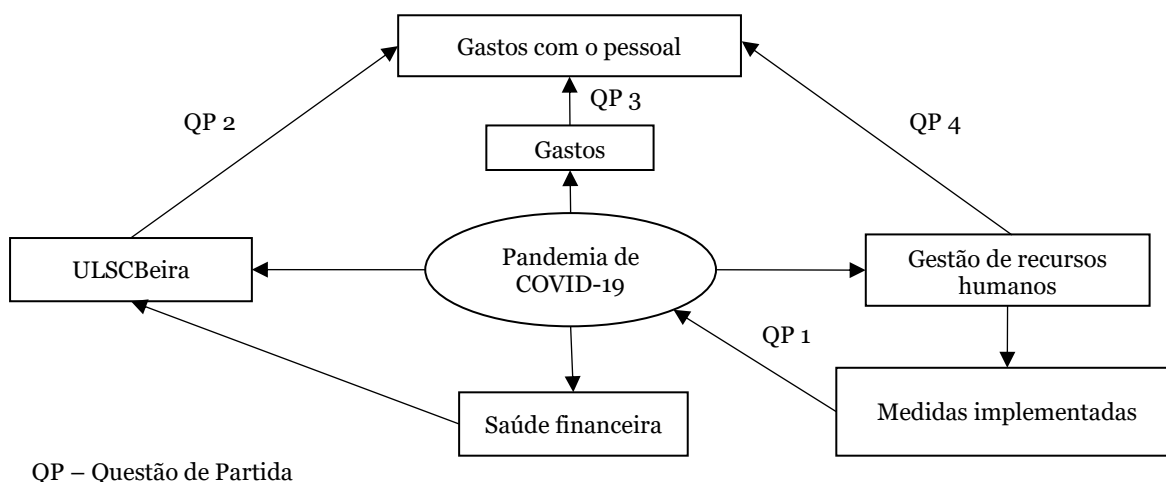


Figura 1 - Modelo de análise da investigação.

A partir da figura 1 é possível, então, perceber a relação entre as variáveis que geraram as seguintes questões de investigação:

1. Quais as medidas tomadas pelo Estado Português para mitigar os efeitos da pandemia nas unidades de saúde?
2. De que forma evoluíram os gastos com o pessoal na ULSCBeira ao longo do período em estudo (2017-2022)?
3. Qual o peso dos gastos com o pessoal nos gastos totais antes e durante a pandemia de COVID-19, na unidade de saúde em estudo?
4. Qual a perceção dos profissionais de saúde da ULSCBeira relativamente aos gastos efetuados durante a pandemia de COVID-19?

3.2. Procedimentos Metodológicos

3.2.1. Seleção da unidade de saúde, respetiva caracterização e delimitação do período de análise

No presente estudo pretendeu-se analisar uma unidade de saúde portuguesa. A seleção da unidade de saúde em estudo passou pela seleção da principal unidade de saúde mais próxima da região de interesse da investigadora - a Covilhã, caracterizando-se a seleção da amostra por conveniência. Assim, selecionou-se a Unidade Local de Saúde Cova da Beira, EPE (ULSCBeira) como objeto de estudo.

Segundo a Portaria nº 567/2006, de 12 de junho, os hospitais podem ser classificados em hospitais de nível I (de proximidade), distritais (de primeira linha) ou centrais (de

referência). A ULSCBeira é composta pelo Hospital Pêro da Covilhã, de primeira linha, e pelo Hospital do Fundão, de proximidade, ambos de tipologia geral, integrantes da ARS Centro (ERS, 2012, SNS, 2024a, SNS, 2024b).

A Portaria nº 82/2014, de 10 de abril, veio classificar as unidades de saúde e serviços do SNS, assentando em “*critérios de base populacional e complementaridade da rede hospitalar para a prestação de cuidados de saúde de elevada qualidade e proximidade. Neste sentido, os diferentes grupos de hospitais distinguem-se entre si pela complexidade da resposta oferecida à população servida, garantindo proximidade e hierarquização da prestação de cuidados*” (p.2364). As instituições podem, segundo a mesma portaria, ser divididos em quatro grupos:

- a) Grupo I – área de influência direta para as valências existentes entre 75 000 e 500 000 habitantes;
- b) Grupo II – área de influência direta e indireta, que corresponde à área de influência direta do grupo I, para as suas valências;
- c) Grupo III – área de influência direta e indireta, que corresponde à área de influência direta do grupo I e II, para as suas valências;
- d) Grupo IV – hospitais especializados.

Esta unidade pretende prestar serviços e cuidados de saúde aos residentes dos concelhos de Belmonte, Covilhã e uma parte dos cidadãos de Penamacor, garantindo cobertura e resposta a uma população de cerca de 100 mil habitantes. De acordo com as disposições da portaria acima referida, o Centro Hospitalar Cova da Beira (como se denominava na altura) encontrava-se inserido no Grupo I (CHUCB, EPE, 2023; SNS, 2024a; SNS, 2024b).

O Hospital Pêro da Covilhã surgiu em 1908, com a inauguração do antigo Hospital Distrital da Covilhã (Hospital da Misericórdia da Covilhã). O Centro Hospitalar (CH) Cova da Beira foi criado em Decreto-Lei nº 426/99, de 21 de outubro de 1999, como resposta à precariedade do antigo edifício, bem como aos problemas de localização e acessibilidade, agregando o Hospital Distrital da Covilhã, o Hospital do Fundão e o Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental. Juridicamente, o CH Cova da Beira era uma “*pessoa coletiva de direito público com autonomia administrativa, financeira e património próprio*” (CHUCB, EPE, p. 14, 2023; SNS, 2024a).

As instalações do novo hospital da Covilhã foram inauguradas a 17 de janeiro de 2000, na Quinta do Alvito, com dimensão e diferenciação técnica adequada à população abrangida. Em 2001, a unidade em estudo passou a ser o Hospital Nuclear da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade da Beira Interior, demonstrando compromisso pelo desenvolvimento do ensino e investigação (Protocolo nº 11/2001, de 16 de abril de 2001), e

colaborando com Escolas Superiores de Enfermagem, Escolas Superiores de Tecnologia de Saúde e entidades externas (CHUCB, EPE, 2023).

Aquando da reforma do sector da saúde, o Centro Hospitalar foi transformado em Sociedade Anónima de Capitais Exclusivamente Públicos, onde a autonomia da gestão assentava em moldes empresariais (Decreto-Lei nº 288/2002). De acordo com o Programa do XXVII Governo Constitucional, e como decretado em Diário da República pelo Decreto-Lei nº 233/2005, o CH passou a ser uma Entidade Pública Empresarial em 2005 (CHUCB, EPE, 2023).

No ano de 2018, a unidade de saúde passou de Centro Hospitalar Cova da Beira a Centro Hospitalar Universitário, como descrito em Decreto-Lei nº 61/2018, de 3 de agosto (SNS, 2024a).

O Hospital do Fundão foi inaugurado em 1955, sucedendo o Hospital da Misericórdia, e ficando sobre a alçada da Santa Casa da Misericórdia do Fundão até 1981. Em 1983 passou para a categoria de Hospital Distrital e em 1999 começou a fazer parte do Centro Hospitalar Cova da Beira.

O Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental teve origem no Centro de Saúde Mental (CSM) da Covilhã, com a prestação dos serviços a ser exercida principalmente em ambulatório. Em 1992, as atribuições do CSM foram transferidas para o Hospital Distrital da Covilhã, surgindo o Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental. Em 2007 é inaugurado o novo edifício deste departamento, integrado no recinto do CH.

Recentemente, nos termos do Decreto-Lei n.º 102/2023, de 7 de novembro, foi criada a Unidade Local de Saúde da Cova da Beira, E.P.E. (ULSCBeira), integrando as instituições que compunham o antigo Centro Hospitalar Universitário Cova da Beira (CHUCB) e o Agrupamento de Centros de Saúde da Cova da Beira (Belmonte, Covilhã e Fundão). Este estudo incide, assim, sobre a ULSCBeira, designada CHUCB durante o período em análise. Ao longo do presente estudo adotou-se a designação atual, exceto quando, por razões de coerência com os dados, se justificou o uso da nomenclatura anterior.

A unidade de saúde em estudo, relativamente a financiamento, *“estabelece as suas diretrizes operacionais com o Ministério da Saúde através da Administração Regional de Saúde do Centro e da Administração Central do Sistema de Saúde (ACSS) em que são definidos os níveis de atividade, de volume de produção e de diferenciação e qualidade adequados às necessidades de cuidados de saúde hospitalares identificados para a população que serve”* (Socorro, 2023, p. 31).

A pandemia de COVID-19, que afetou, essencialmente, os anos de 2020 e 2021, foi um fator relevante para a delimitação do período em análise. Realizando uma análise financeira a cinco anos, e recuando cinco anos a partir de 2021, obteve-se o início do período de análise em 2017. O início em 2017 visa assegurar uma base comparativa pré-pandémica, permitindo observar as condições financeiras da organização antes da pandemia. O ano de 2022 foi incluído devido à sua proximidade temporal com os anos de maior relevância da pandemia, permitindo uma compreensão mais clara das mudanças nos padrões financeiros subsequentes.

Assim, a definição do período de análise deste estudo abrange os anos entre 2017 e 2022, inclusive, com o objetivo de fornecer uma visão abrangente e equilibrada sobre as tendências financeiras da organização ao longo do tempo.

A escolha deste intervalo de cinco anos segue a prática amplamente recomendada na literatura, que sugere que a avaliação do desempenho financeiro de uma organização deve ser baseada em séries temporais suficientemente longas para permitir a identificação de tendências estruturais, minimizando o efeito de flutuações pontuais. De acordo com Fridson e Alvarez (2002), análises baseadas em períodos curtos podem resultar em interpretações distorcidas, sendo comum o uso de intervalos de cinco anos para uma análise mais robusta e contextualizada.

3.2.2. Procedimentos de investigação e recolha dos dados

Primeiramente, foi realizada uma revisão da literatura sobre o tema a estudar. Na mesma definiram-se os conceitos inerentes ao tema, exploraram-se dados obtidos noutros estudos e descreveram-se as medidas implementadas pelo Estado Português durante a pandemia.

Em seguida, procedeu-se à análise dos relatórios e contas da unidade de saúde em estudo, no período compreendido entre 2017 e 2022. Estes relatórios estão disponíveis para consulta através da seguinte plataforma on-line <https://www.chcbeira.min-saude.pt/instrumentos-de-gestao/relatorios-e-contas/>, acedida pela autora em maio de 2023.

Esta investigação documental permitiu a recolha dos dados necessários para analisar os gastos (totais e com o pessoal) ocorridos durante o período em análise, bem como avaliar a saúde financeira a curto prazo e a saúde financeira a médio e longo prazo da ULSCBeira. Neste contexto, recorreu-se à investigação de carácter quantitativo, com base em dados secundários.

Em estudos de caso, “a investigação documental permite obter uma sólida descrição de um fenómeno, evento ou organização (Stake, 1995; Yin, 2010), a partir da identificação, da seleção e da análise das fontes de informação” (Silva, p. 105). Posto isto, pode definir-se investigação documental como uma forma de pesquisa objetiva e sistemática, que avalia as evidências e as resume, de forma a estabelecer factos e retirar conclusões referentes a um determinado acontecimento (Borg, 1963, cit in Silva, 2021).

Segundo o mesmo autor, a principal vantagem deste tipo de investigação prende-se ao facto de não exigir deslocações na recolha de informação, tornando o processo muito mais eficiente. Para além disto, existe maior rigor nos resultados obtidos por um inquérito ou entrevista. Segundo Bowen (2009, cit in Silva, 2021), a investigação documental mostra ser, então, um método eficiente, com maior disponibilidade de fontes de informação, com um bom custo-benefício, que apresenta ausência de intrusão e reatividade, sendo um método estável, exato e com grande cobertura dos dados.

Os pontos fracos deste tipo de investigação prendem-se com a acessibilidade, seletividade e recuperabilidade dos dados, o que não se verificou neste estudo, uma vez que os dados são de consulta pública. Para além disso, existe sempre alguma subjetividade aquando da análise por parte do autor (Yin, 2010, cit in Silva, 2021).

Após a recolha e organização dos dados financeiros provenientes dos relatórios e contas, procedeu-se ao tratamento estatístico dos parâmetros selecionados para a avaliação financeira da unidade de saúde. A análise foi realizada com o software *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS), versão 30. Inicialmente, testou-se a normalidade das variáveis pelo teste de Shapiro-Wilk. Para avaliar a existência de tendências temporais nas variáveis ao longo do período em estudo (2017–2022), aplicou-se uma regressão linear simples, utilizando o ano como variável independente. O teste ANOVA associado à regressão foi utilizado para determinar a significância das tendências, considerando $p < 0,05$ como critério de significância.

Numa fase seguinte, recorreu-se à realização de entrevistas aos profissionais de saúde da unidade de saúde em estudo. O objetivo dessas entrevistas passou por complementar os resultados obtidos no que concerne aos gastos e à sua relação com a pandemia de COVID-19, através das perceções dos profissionais de saúde, durante o período em análise. Nesta componente da investigação recorreu-se à investigação de carácter qualitativo.

Segundo Batista et al. (2021), a entrevista é uma técnica de investigação comumente usada em estudos de natureza qualitativa, pretendendo adquirir informação que permita a compreensão das experiências dos entrevistados, bem como o significado e sentido que os

mesmos atribuem a determinados temas e situações. As entrevistas são, também, uma forma de esclarecer certas representações sociais e da realidade.

As entrevistas apresentam um método de recolha de dados moroso, que implica muita preparação, processos de registo, transcrição, interpretação, codificação e categorização. Para além disso, são um procedimento que não permite generalizar a informação obtida à população em geral, apresentando um carácter indutivo e uma extensividade limitada. Apesar disto, as entrevistas permitem interação e reciprocidade com os entrevistados, é uma técnica versátil e flexível, com forte reversibilidade e extensividade, permitindo observar e recolher informações mais detalhadas (Batista et al., 2021).

Assim, pode afirmar-se que a investigação decorreu em três fases distintas. A primeira fase consistiu na revisão da literatura, com o objetivo de enquadrar teoricamente o tema em estudo e sustentar a fundamentação conceptual da investigação. Na segunda fase, procedeu-se à análise dos relatórios e contas da unidade de saúde, numa abordagem de natureza quantitativa, permitindo obter dados para aferir a saúde financeira da unidade de saúde em estudo entre 2017 e 2022. Por fim, a terceira fase envolveu a realização e análise de entrevistas, seguindo uma metodologia qualitativa, com o intuito de explorar as perceções dos profissionais de saúde relativamente às questões levantadas na investigação e aprofundar a compreensão dos resultados obtidos na fase anterior.

3.2.3. Seleção e caracterização da amostra para realização da entrevista

Como mencionado anteriormente, o setor da saúde é fortemente dependente da mão-de-obra, sendo os recursos humanos um elemento essencial ao bom funcionamento das unidades de saúde. Entre 2017 e 2022, os enfermeiros foram o grupo profissional com maior representatividade na prestação direta de cuidados na unidade analisada. Esta tendência é corroborada por diversos autores, como Henriques e Gouveia, que apontam um aumento no número de enfermeiros entre 2019 e 2020, ao contrário do que se verificou com outros grupos profissionais. Os dados de 2020 da ULSCBeira confirmam esta evolução, revelando que 34,4% dos colaboradores pertenciam à categoria de enfermagem — uma percentagem superior à registada nos anos de 2017, 2018 e 2019 (CHUCB, 2021; CHUCB, 2023; Henriques & Gouveia, 2022; Rodrigues et al., 2016).

Tendo em conta estes dados e os objetivos do presente estudo, foram selecionados os enfermeiros como grupo profissional a ser entrevistado, uma vez que estão diariamente envolvidos tanto com os consumos realizados como com as equipas de trabalho nas unidades de saúde. A sua proximidade com as dinâmicas assistenciais e de consumo

permite-lhes oferecer uma visão aprofundada sobre os gastos registados antes e durante a pandemia. Os critérios de inclusão para seleção da amostra de enfermeiros foram:

- Exercer funções na ULSCBeira desde data anterior a 2017, mantendo vínculo profissional com a unidade até ao final de 2022;
- Ter interesse e disponibilidade para participar no estudo.

A amostra selecionada para realização da entrevista pode caracterizar-se como intencional e, como tal, não probabilística, uma vez que os indivíduos foram selecionados de forma deliberada e intencional pela investigadora. Esta intencionalidade justifica-se pela disponibilidade de colaboração necessária à realização das entrevistas (Vieira, 2008 in Socorro, 2023).

Este tipo de amostra apresenta limitações a nível da extrapolação de dados e da representatividade dos mesmos, mas é fundamental para compreender e complementar a análise dos dados financeiros do período em questão, nomeadamente a nível do funcionamento dos diferentes serviços hospitalares (Batista et al., 2021).

Foram entrevistados indivíduos que se encontrassem a exercer funções em diferentes serviços da unidade de saúde, bem como em diferentes níveis hierárquicos, de modo a obter informação heterogénea e representativa de todos os profissionais de saúde que se encontravam a exercer a sua atividade na unidade de saúde em estudo, entre 2017 e 2022.

Nos estudos qualitativos, não há um tamanho ideal predefinido para a amostra. Segundo Guest et al. (2006), o tamanho de uma amostra intencional depende do conceito de “saturação”, ou seja, o momento em que deixa de haver informações novas. Estes autores procederam à operacionalização do conceito de saturação, formulando recomendações fundamentadas empiricamente para a definição do tamanho da amostra em entrevistas qualitativas. Os resultados evidenciaram que a saturação foi atingida por volta da décima segunda entrevista, sendo que os aspetos centrais da análise temática já estavam presentes nas primeiras seis. Morse (2000) indica uma amostra de seis a dez participantes como adequada, principalmente em estudos exploratórios. Assim, considerando que a partir da terceira entrevista começou a existir repetição de algumas informações, foram realizadas sete entrevistas.

No presente estudo foram incluídos enfermeiros de vários serviços, nomeadamente de Cirurgia Geral (n=2), de Ortopedia (n=1), de Medicina Interna (n=2) e de Obstetrícia-Ginecologia (n=2).

Tabela 2 - Caracterização da amostra de entrevistados

Participante	Idade	Género	Habilitações literárias	Anos de Profissão	Anos a exercer na ULSCBeira
E1	45	F	Licenciatura	25	23
E2	61	F	Mestrado	39	39
E3	62	F	Licenciatura	40	40
E4	42	M	Licenciatura	20	20
E5	43	F	Licenciatura	20	20
E6	44	F	Licenciatura	22	22
E7	45	M	Licenciatura	21	21

A faixa etária dos entrevistados encontra-se entre os 42 e os 62 anos, com uma média de idades de aproximadamente 49 anos. Esta distribuição etária indica um grupo de profissionais de saúde com experiência, acumulada ao longo dos anos de profissão, que variam entre 20 e 40 anos (Tabela 2). Dos anos de profissão indicados, seis dos sete entrevistados exerceram-nos por completo na unidade de saúde em estudo. De considerar, no entanto, que um dos critérios de inclusão dos entrevistados era trabalhar na unidade de saúde em estudo antes de 2017, o que pode ter condicionado a idade e anos de experiência da amostra.

A amostra de enfermeiros entrevistados é composta por cinco mulheres e dois homens, com uma predominância do género feminino de aproximadamente 71%. Todos os entrevistados possuem, pelo menos, a Licenciatura em Enfermagem, e apenas um detém um Mestrado. Apesar de não constar na tabela 2, todos os enfermeiros entrevistados tinham feito especialização na sua área.

3.2.4. Estruturação, realização e tratamento das entrevistas

Realizou-se uma entrevista semiestruturada, utilizando um guião de perguntas de modo a, por um lado, abordar diretamente os tópicos que se pretendem ver explorados, de forma rápida e sem se tornar extenuante para os participantes, e, por outro lado, haver abertura para abordar tópicos que possam surgir durante a entrevista e que a investigadora considere pertinentes. Na estruturação da entrevista, “(...) é esperado que as perguntas que constituem o guião da entrevista, apesar de poderem variar quanto à sua diretividade e grau de abertura, sejam estabelecidas de forma clara, sequencial e lógica” (Batista et al., 2021, p.26.).

Previamente à realização das entrevistas, foi solicitado aos participantes que fornecessem informações relativas à sua idade, género, habilitações académicas, tempo de experiência profissional e número de anos exercidos na unidade de saúde em estudo, com o propósito

de possibilitar uma caracterização sociodemográfica e profissional da amostra de entrevistados.

A nível do guião da entrevista (Apêndice 1), o mesmo foi construído considerando a análise realizada aos relatórios e contas dos anos em estudo. Todas as questões pretendem responder ao objetivo específico “analisar a perceção dos profissionais de saúde da ULSCBeira sobre os gastos realizados durante a pandemia de COVID-19 e entender de que forma esses gastos influenciaram o desempenho das suas funções habituais”. Assim, definiram-se as seguintes questões:

- I. Após análise dos relatórios e contas apresentadas pelo CHUCB, observou-se que os gastos totais aumentaram entre 2017 e 2022, mesmo ocorrendo uma suspensão das atividades assistenciais não urgentes durante o ano de 2020. Na sua opinião, o que explica o crescimento dos gastos em 2020 comparativamente aos anos anteriores?
- II. Os gastos com o pessoal são a conta com maior peso nos gastos totais em todos os anos em análise. Na sua perceção, qual a razão para isso acontecer?
- III. Considera que as medidas decretadas quanto à gestão de recursos humanos após o surgimento do COVID-19 foram adequadas? Quais foram as que tiveram maior impacto no exercício das suas funções laborais?
- IV. No exercício das suas funções laborais, aferiu alguma alteração ao nível do absentismo laboral? E no número de horas extraordinárias realizadas por si?
- V. Observou alguma alteração ao nível de stocks durante a pandemia? Se sim, em que bens foi mais notória essa alteração?
- VI. Como foi feita a gestão dos EPI durante as várias vagas da pandemia?

Batista et al. (2021), afirmaram ser fundamental a realização de um teste piloto, com características diferentes das que compõem a amostra, de modo a validar o instrumento de recolha de dados, neste caso o guião da entrevista, bem como para assegurar a eficácia do mesmo. Assim, o guião da entrevista foi aplicado a dois indivíduos fora do contexto do estudo em questão antes da realização das entrevistas propriamente ditas.

Para realização das entrevistas foi necessário pedir autorização à Comissão de Ética e ao Conselho de Administração da ULSCBeira. Apesar da rápida resposta da Comissão de Ética, emitida em 20 de junho de 2024 (Anexo 1), e da posterior autorização do Responsável pelo Acesso à Informação e do Encarregado da Proteção de Dados, recebida a 3 de julho de 2024 (Anexo 2), foi necessário aguardar a deliberação final do Conselho de Administração, cuja autorização foi comunicada apenas a 5 de setembro de 2024.

O agendamento das entrevistas com os indivíduos que aceitaram participar no estudo foi realizado com os próprios. Os participantes foram informados dos objetivos do estudo e da entrevista, bem como esclarecidos quanto ao teor académico dos mesmos. Foi ainda garantida a anonimidade dos participantes e confidencialidade da informação obtida.

A realização das entrevistas ocorreu entre 11 de setembro e 18 de novembro de 2024, com uma duração média de 20 minutos, nos gabinetes de enfermagem pertencentes aos serviços dos entrevistados. O registo das entrevistas foi realizado através de gravação em formato áudio, após o consentimento assinado dos participantes (Apêndice 2).

Primeiramente foi realizada a transcrição integral das entrevistas de áudio para texto. Seguidamente foram importados os documentos das entrevistas, devidamente identificados e organizados, para o software MAXQDA Analytics Pro® (versão 24.7.0).

Para realização da análise de conteúdo, realizou-se a codificação dos principais temas abordados ao longo das entrevistas. Para isso foram criados, a par das questões realizadas, os seguintes códigos:

- Motivo do aumento dos gastos em 2020;
- Gastos com o pessoal em 2020;
- Medidas de RH durante a COVID-19;
- Absentismo laboral e horas extraordinárias;
- Stocks;
- Gestão dos EPI.

A partir destes códigos, foi realizada a leitura atenta das entrevistas, onde se seleccionava o conteúdo que se encaixava em cada um destes códigos, criando uma categorização dos dados.

Após realizada essa categorização em todas as entrevistas, foi seleccionada a ferramenta análise, onde se optou pela opção “Comparar casos & grupos” e depois “Qualitativa (segmentos codificados)”. Obteve-se, assim, uma matriz de segmento em tabela, que apresenta os segmentos seleccionados para cada código e para cada entrevista, como se pode observar na tabela apresentada no apêndice 3.

4. Análise dos relatórios e contas da ULSCBeira

A partir da análise dos relatórios e contas da ULSCBeira foi possível recolher os dados relativos ao balanço e à demonstração de resultados para cada ano em estudo (de 2017 a 2022), o que permitiu calcular rácios de equilíbrio financeiro de curto e de médio e longo prazo, com o objetivo de avaliar a saúde financeira da unidade de saúde durante esse período. Para além disso, este capítulo é fundamental para aferir os gastos ocorridos e compreender de que forma os mesmos evoluíram entre 2017 e 2022.

Para além dos dados quantitativos que foram trabalhados, foi ainda selecionada a informação que fosse ao encontro do tema do presente estudo e que pudesse auxiliar a compreensão de determinados resultados.

4.1. Relatórios e contas 2017

A partir do relatório e contas apresentado em 2018 pela unidade de saúde em estudo, obteve-se o balanço e a demonstração de resultados à data de 31 de dezembro de 2017, como se pode observar nas seguintes tabelas:

Tabela 3 - Balanço do CHUCB a 31.12.2017

Balanço do CHUCB	31.12.2017
Ativo	
Ativo Não Corrente	
Ativo Fixo Intangível	-
Ativos Fixos Tangíveis	31 686 723,69 €
Total do Ativo Não Corrente	31 686 723,69 €
Ativo Corrente	
Matérias-Primas, Susid. e Consumo	1 552 567,38 €
Dívidas de Terceiros - Curto Prazo	14 138 201,08 €
Depósitos em Instituições Financeiras e Caixa	713 295,95 €
Outras contas a receber e Diferimentos	14 539 084,12 €
Total do Ativo Corrente	30 943 148,53 €
Total do Ativo	62 629 872,22 €
Capital Próprio	
Património	56 300 000,00 €
Reservas	52 184 747,51 €
Outras Variações no Património Líquido	-
Resultados Transitados	- 115 192 983,94 €
Resultado Líquido do Exercício	- 3 993 831,31 €
Total do Capital Próprio	- 10 702 067,74 €
Passivo	

Balço do CHUCB	31.12.2017
Passivo Não Corrente	-
Passivo Corrente	
Fornecedores	17 672 478,24 €
Clientes, Contribuintes e Utentes	25 917 396,73 €
Estado e Outros Entres Públicos	1 216 997,74 €
Fornecedores de Investimentos	353 915,98 €
Outras Contas a Pagar e Diferimentos	14 435 673,25 €
Outros Passivos Financeiros	13 735 478,02 €
Total do Passivo Corrente	73 331 939,96 €
Total do Passivo	73 331 939,96 €

Tabela 4 - Demonstração de resultados do CHUCB a 31.12.2017

Demonstração de Resultados do CHUCB	31.12.2017
Rendimentos	
Vendas	-
Prestações de serviços e concessões	52 529 053,64 €
Impostos, contribuições e taxas	-
Transferências e subsídios correntes obtidos	164 865,78 €
Imparidades de dívidas a receber	-
Proveitos suplementares	229 764,65 €
Outros rendimentos e ganhos	1 007 673,80 €
Juros e rendimentos similares obtidos	22 987,79 €
Total Rendimentos	53 954 345,66 €
Gastos	
Custo das mercadorias vendidas e das matérias consumidas	11 925 499,09 €
Fornecimentos e serviços externos	9 567 896,08 €
Gastos com o pessoal	35 408 570,47 €
Outros gastos e perdas	67 672,34 €
Gastos/reversões da depreciação e amortização	930 007,18 €
Juros e gastos similares suportados	8 866,64 €
Provisões (aumentos/reduções)	-
Total Gastos	57 908 511,80 €
Resultado Antes do Imposto	- 3 954 166,14 €
Imposto sobre o rendimento	39 665,17 €
Resultado líquido do período	- 3 993 831,31 €

No ano de 2017 verificou-se que a prestação de serviços e concessões foram os ganhos com maior peso (Tabela 4), sendo os internamentos, o plano de convergência e as consultas os principais responsáveis por esses ganhos (CHCB, 2018).

Quanto aos gastos, e segundo a mesma fonte, verificou-se um aumento do número de médicos internos e do número de horas extraordinárias comparativamente com o ano anterior, resultando num aumento dos gastos com o pessoal. Os gastos com o pessoal representam 61% dos gastos totais, nos quais os maiores custos são atribuídos, então, aos

encargos sobre as remunerações (6 460 616€), os gastos com a remuneração base do pessoal de enfermagem (6 150 872€), a remuneração base do pessoal médico (6 083 152€) e as horas extraordinárias (2 668 431€ segundo o relatório de 2017, 3 329 458€ segundo o relatório de 2018).

Ainda em relação aos gastos, e imediatamente a seguir aos gastos com o pessoal, encontram-se os custos das mercadorias vendidas e matérias consumidas (CMVMC) e os fornecimentos e serviços externos (FSE), representando aproximadamente 21% e 17% dos gastos totais, respetivamente. Nos CMVMC, destacam-se os custos tidos com medicamentos, seguidos do material de consumo clínico e dos reagentes e produtos de diagnóstico rápido; nos FSE as rubricas com maior peso foram a imagiologia, o transporte de doentes e a cardiologia (CHCB, 2018).

A partir do mesmo documento, aferiu-se que no ano de 2017 o Prazo Médio de Pagamento (PMP) era de 348 dias.

Após realização da demonstração de resultados, e como se pode aferir na tabela 4, os resultados líquidos de 2017 foram de 3 993 831,31 de euros negativos.

A partir da tabela 3 calcularam-se, ainda, os indicadores financeiros, onde se obteve uma liquidez geral de 0,42, uma liquidez reduzida de 0,40 e uma liquidez imediata de 0,01. Verificou-se uma divergência de valores de acordo com os resultados do relatório do ano de 2017, onde a liquidez geral apresentada foi de 0,23, e a liquidez reduzida de 0,21.

Tal como apresentado no relatório do ano em análise, os resultados obtidos sugerem que a unidade de saúde não dispõe de meios financeiros suficientes para pagar as suas dívidas a curto prazo, nos prazos acordados com entidades credoras.

4.2. Relatórios e contas 2018

Em 2019 foi apresentado pelo CHUCB o relatório referente às contas do ano de 2018. A partir do mesmo, apresentam-se o balanço e a demonstração de resultados nas Tabelas 5 e 6.

Tabela 5 - Balanço do CHUCB a 31.12.2018

Balanço do CHUCB	31.12.2018
Ativo	
Ativo Não Corrente	
Ativo Fixo Intangível	345 891,75 €
Ativos Fixos Tangíveis	39 592 827,32 €
Total do Ativo Não Corrente	39 938 719,07 €

Balço do CHUCB		31.12.2018
Ativo Corrente		
Matérias-Primas, Susid. e Consumo		1 894 279,27 €
Dívidas de Terceiros - Curto Prazo		3 928 747,99 €
Depósitos em Instituições Financeiras e Caixa		815 140,20 €
Outras contas a receber e Diferimentos		17 281 242,21 €
Total do Ativo Corrente		23 919 409,67 €
Total do Ativo		63 858 128,74 €
Capital Próprio		
Património		56 300 000,00 €
Reservas		-
Outras Variações no Património Líquido		57 171 742,20 €
Resultados Transitados		- 102 943 191,38 €
Resultado Líquido do Exercício		- 15 362 616,06 €
Total do Capital Próprio		- 4 834 065,24 €
Passivo		
Passivo Não Corrente		-
Passivo Corrente		
Fornecedores		14 710 278,70 €
Clientes, Contribuintes e Utentes		28 966 325,89 €
Estado e Outros Entres Públicos		1 318 760,94 €
Fornecedores de Investimentos		506 521,18 €
Outras Contas a Pagar e Diferimentos		23 188 107,27 €
Outros Passivos Financeiros		2 200,00 €
Total do Passivo Corrente		68 692 193,98 €
Total do Passivo		68 692 193,98 €

Tabela 6 - Demonstração de resultados do CHUCB a 31.12.2018

Demonstração de Resultados do CHUCB		31.12.2018
Rendimentos		
Vendas		-
Prestações de serviços e concessões		38 395 259,74 €
Impostos, contribuições e taxas		895 659,00 €
Transferências e subsídios correntes obtidos		5 531 341,16 €
Imparidades de dívidas a receber		364,78 €
Proveitos suplementares		-
Outros rendimentos e ganhos		949 925,39 €
Juros e rendimentos similares obtidos		-
Total Rendimentos		45 772 550,07 €
Gastos		
Custo das mercadorias vendidas e das matérias consumidas		12 689 038,79 €
Fornecimentos e serviços externos		9 892 368,79 €
Gastos com o pessoal		37 450 276,05 €
Outros gastos e perdas		74 697,55 €
Gastos/reversões da depreciação e amortização		991 664,48 €
Juros e gastos similares suportados		8 880,65 €
Provisões (aumentos/reduções)		-

Demonstração de Resultados do CHUCB	31.12.2018
Total Gastos	61 106 926,31 €
Resultado Antes do Imposto	- 15 334 376,24 €
Imposto sobre o rendimento	28 239,82 €
Resultado líquido do período	- 15 362 616,06 €

Segundo a mesma fonte, a verba de custos recebida em 2018 foi de 5,3 milhões de euros, muito inferior à recebida em 2017, que ascendeu aos 11,4 milhões de euros, resultando num agravamento da relação entre os gastos e os ganhos.

A contratualização em 2018 expunha o desajuste entre o financiamento e os custos existentes para que a unidade de saúde conseguisse garantir a prestação de cuidados de saúde a que está obrigada, vendo o resultado líquido de 2017 aumentar o seu peso negativo em 2018, devido a alterações legislativas e por na altura não haver solução para assegurar o tempo semanal diminuído de 40 para 35 horas semanais (CHUCB, 2019).

O CHUCB (2019) afirmou que as rubricas com maior peso nos custos totais foram as mesmas que em 2017: os gastos com o pessoal (61%), os CMVMC (21%) e os FSE (16%), com um aumento dos custos totais de 6% comparativamente a 2017.

Nos gastos com o pessoal (Tabela 6), observou-se um aumento dos mesmos em relação ao ano anterior de 5,8%, nomeadamente devido ao aumento do número de médicos internos do ano comum, do acréscimo das horas extraordinárias (mais 22% que em 2017, com um gasto de 4 072 565€) e da reposição dos acréscimos remuneratórios do trabalho suplementar. Aferiu-se, assim, que a remuneração do pessoal (79,6%), nomeadamente de médicos (6 348 838€) e enfermeiros (6 202 180€), e os encargos sobre as renumerações (18,3%) são as rubricas com maior peso nos gastos com o pessoal (CHUCB, 2019).

Em relação aos CMVMC, e segundo CHUCB (2019), os maiores gastos verificaram-se nas mesmas rubricas que em 2017. No entanto, o maior crescimento verificou-se no material de manutenção e conservação e no material de consumo administrativo (mais 28 e 19% respetivamente).

Quanto aos FSE, os subcontratos apresentaram um aumento de 9%, com a imagiologia e a cardiologia a apresentar o maior peso nos mesmos, tal como no ano anterior, seguidos dos internamentos no exterior. Já nos FSE propriamente ditos, os serviços de alimentação, de conservação e reparação, bem como a eletricidade são aqueles que apresentam custos mais elevados para a unidade de saúde (CHUCB, 2019).

Dadas as condições financeiras da unidade de saúde em estudo, o PMP a fornecedores vinha a sofrer certos constrangimentos. Assim, a Tutela dotou o então CHUCB com 13,4 milhões de euros em dotações extraordinárias no final de 2018, resultando numa diminuição do PMP de 348 para 315 dias.

A partir desta análise (Tabela 5), foi possível calcular a liquidez geral, reduzida e imediata: 0,35, 0,32 e 0,01 respetivamente, tal como descrito no relatório do CHUCB (2019). Estes indicadores aferem que a unidade de saúde não dispunha de meios financeiros suficientes para fazer face aos seus compromissos de curto prazo para com terceiros.

4.3. Relatório e contas 2019

A partir do relatório emitido pelo CHUCB em 2020, referente ao ano de 2019, foi possível aferir que existiram variações positivas no internamento, um aumento do total de cirurgias programadas e um crescimento de 3% nos tratamentos do hospital de dia, comparativamente ao período homólogo de 2018. No entanto, houve uma diminuição do número de consultas externas, no número de partos e de visitas domiciliárias.

Mais concretamente no relatório económico e financeiro, integrante do documento em análise, observou-se que existe uma continuidade de desajuste entre o financiamento e a estrutura de custos existente para o bom funcionamento da unidade de saúde em estudo, tal como verificado nos anos anteriores.

Nas tabelas 7 e 8 apresentam-se o balanço e a demonstração de resultados relativos a 2019 e conforme o relatório e contas do CHUCB de 2019.

Tabela 7 - Balanço do CHUCB a 31.12.2019

Balanço do CHUCB	31.12.2019
Ativo	
Ativo Não Corrente	
Ativo Fixo Intangível	196 641,18 €
Ativos Fixos Tangíveis	40 035 983,65 €
Total do Ativo Não Corrente	40 232 624,83 €
Ativo Corrente	
Matérias-Primas, Susid. e Consumo	2 081 846,63 €
Dívidas de Terceiros - Curto Prazo	4 383 526,18 €
Depósitos em Instituições Financeiras e Caixa	1 020 530,56 €
Outras contas a receber e Diferimentos	17 914 677,11 €
Total do Ativo Corrente	25 400 580,48 €
Total do Ativo	65 633 205,31 €
Capital Próprio	
Património	56 300 000,00 €

Balço do CHUCB		31.12.2019
Reservas		-
Outras Variações no Património Líquido		57 777 909,83 €
Resultados Transitados		- 109 941 896,44 €
Resultado Líquido do Exercício		- 6 138 474,99 €
Total do Capital Próprio		- 2 002 461,60 €
Passivo		
Passivo Não Corrente		-
Passivo Corrente		
Fornecedores		9 949 355,40 €
Clientes, Contribuintes e Utentes		31 005 282,33 €
Estado e Outros Entes Públicos		1 604 924,08 €
Fornecedores de Investimentos		257 214,30 €
Outras Contas a Pagar e Diferimentos		24 818 890,80 €
Outros Passivos Financeiros		-
Total do Passivo Corrente		67 635 666,91 €
Total do Passivo		67 835 666,91 €
Capital Próprio + Total Passivo		65 833 205,31 €

De observar que o capital social desta unidade de saúde foi aumentado em 6 179 070 euros, nos termos do Despacho nº 1266/2017 – SET, com realização em 2018 e que foi utilizado para pagamento de fornecedores em março de 2019. Para além disso, existiram dois reforços nos capitais próprios para cobertura de prejuízos, com uma melhoria dos capitais próprios em 8 363 911 euros. Apesar disto, os capitais próprios mantiveram-se negativos (CHUCB, 2020).

Como a entidade anuncia no relatório referente ao ano de 2019, dado os “*orçamentos deficitários e da dimensão das dívidas acumuladas e transitadas, e a exemplo de anos anteriores, não foi possível dar cumprimento à Lei dos Compromissos*” (CHUCB, 2020, p. 114).

Segundo o CHUCB (2020), em 2019 foi fornecida à unidade de saúde uma verba de custos de 16,7 milhões de euros, o que levou a uma melhoria da relação entre os gastos operacionais e os ganhos, como se pode observar na tabela 8 na rubrica “*transferências e subsídios correntes obtidos*”.

Na mesma tabela pode aferir-se que as prestações de serviços e concessões são a rubrica com maior peso nos ganhos (69,4%), tal como nos anos anteriores, havendo, ainda assim, um crescimento de 10% comparativamente a 2018.

Tabela 8 - Demonstração de resultados do CHUCB a 31.12.2019

Demonstração do CHUCB	31.12.2019
Rendimentos	
Vendas	-
Prestações de serviços e concessões	42 385 324,33 €
Impostos, contribuições e taxas	797 571,35 €
Transferências e subsídios correntes obtidos	16 967 835,36 €
Imparidades de dívidas a receber	-
Proveitos suplementares	-
Outros rendimentos e ganhos	882 559,20 €
Juros e rendimentos similares obtidos	4 871,64 €
Total Rendimentos	61 038 161,88 €
Gastos	
Custo das mercadorias vendidas e das matérias consumidas	13 668 355,85 €
Fornecimentos e serviços externos	10 999 116,89 €
Gastos com o pessoal	41 270 604,32 €
Outros gastos e perdas	60 638,51 €
Gastos/reversões da depreciação e amortização	1 144 340,32 €
Juros e gastos similares suportados	8 776,14 €
Provisões (aumentos/reduções)	-
Total Gastos	67 151 832,03 €
Resultado Antes do Imposto	- 6 113 670,15 €
Imposto sobre o rendimento	24 804,84 €
Resultado líquido do período	- 6 138 474,99 €

Apesar de haver uma melhoria a nível de ganhos quando comparado com o ano anterior, verificou-se também um crescimento dos custos. A justificação deste aumento de custos, dada pelo CHUCB (2020), é semelhante à dos anos anteriores: aumento do número de médicos internos e não contratação para resolução da compensação das horas para suprir a reposição das 35 horas semanais (nomeadamente a nível da enfermagem).

Segundo o CHUCB (2020), e apesar do crescimento dos custos, é possível aferir que as rubricas com maior peso nos gastos totais continuam a ser as mesmas de 2017 e 2018:

- Ao nível dos CMVMC (20,4% dos gastos) houve um aumento do consumo de medicamentos e do material de consumo clínico;
- Em relação aos FSE (que representam 16,4% do total dos gastos), os subcontratos também aumentaram em cerca de 25% em relação a 2018, com exceção da patologia clínica, da medicina nuclear, da pneumologia/imunoalergologia e da litotricia (CHUCB, 2020). Já os FSE propriamente ditos, aumentaram 6% devido ao aumento de serviços médicos (honorários), eletricidade e transporte de doentes;
- Os gastos com o pessoal (61,5% dos custos totais) aumentaram 10,2% em comparação a 2018, consequência do aumento das remunerações base e suplementos, do reposicionamento das tabelas remuneratórias (destaque para o

peçoal de enfermagem), do aumento das horas extraordinárias (mais 8%, com um gasto de 4 411 801€) e da reposição da compensação monetária do trabalho suplementar.

Tal como no ano anterior, a Tutela interveio e dotou a unidade de saúde em questão com 8,5 milhões de euros destinados à liquidação da dívida a fornecedores e 16,7 milhões de euros para compensação de custos. Isto contribuiu para a diminuição do PMP, resultando num PMP de 232 dias (CHUCB, 2020).

A partir da demonstração de resultados foi possível aferir um resultado líquido negativo de 6 138 474,99 de euros, que pode ter resultado da reposição dos cortes salariais e das progressões, bem como o pagamento de horas extraordinárias da alteração de 40 horas de trabalho semanais para 35 horas, como previsto nas alterações legislativas.

Para além disso, o CHUCB (2020) deu destaque ao crescimento do volume de tratamentos oncológicos, como alternativa aos centros de referência habituais, representando uma grande melhoria para os utentes e seus familiares.

Já com o balanço (Tabela 7) foi possível aferir os indicadores financeiros, onde se obteve uma liquidez geral de 0,38, uma liquidez reduzida de 0,34 e uma liquidez imediata de 0,02, tal como descrito no relatório do ano de 2019, aferindo uma melhoria em relação a 2018 devido à diminuição da dívida a fornecedores. Ainda assim, continua a não haver meios financeiros para responder aos compromissos de curto prazo da unidade de saúde.

4.4. Relatórios e contas 2020

Tal como verificado nos anos anteriores, em 2021 foi publicado pelo CHUCB o relatório e contas referentes ao ano de 2020. O ano de 2020 marcou de forma coletiva a memória da população. O então Presidente do Conselho de Administração do CHUCB descreve o mesmo como *“o ano em que uma das terríveis pandemias de sempre assolou a humanidade. Um ano de “sombras e pesar”, onde um vírus altamente patogénico e pernicioso, ameaçou a “ordem das coisas”, pondo em causa tudo aquilo que conhecíamos como sendo o normal modo de vida, pessoal, familiar e pessoal”* (CHUCB, 2021, p. vii).

No mesmo documento, o Presidente do Conselho de Administração refere que apesar do temor inicial da COVID-19, atribuído ao desconhecido e à inexistência de tratamentos específicos ou cura da doença, da escassez de equipamentos, meios de proteção, estruturas e dispositivos médicos, existiu sempre a vontade de contrariar os seus efeitos, tendo sido dada prioridade ao sector da saúde através de um aumento orçamental do SNS.

No que concerne à atividade assistencial, verificou-se uma forte instabilidade organizacional devido à necessidade de reorganizar serviços, priorizar atividades consoante as necessidades e suspender atividade assistencial não urgente, quando a Tutela assim o decretou, de modo a canalizar todos os esforços para a resposta à COVID-19. Como resultado, no ano de 2020 verificou-se uma diminuição do volume de produção, principalmente no que toca aos internamentos e às cirurgias. Verificou-se no final do ano, com o aumento da pressão no internamento, uma redução da atividade global. Apesar disto, observou-se uma melhoria no tempo de espera para cirurgia, no tempo médio a aguardar primeira consulta e na área da maternidade, onde se registou um aumento do número de partos (mais 18% comparativamente a 2019), mostrando uma tendência inversa (CHUCB, 2021).

Segundo a mesma fonte, e de modo a tentar continuar a dar resposta aos utentes, as consultas externar passaram a realizar-se em formato de teleconsulta, evitando deslocações e riscos desnecessários.

No início da pandemia surgiu o Decreto-Lei nº 10-A/2020 de 13 de março, onde são facultadas as normas a seguir no contexto da pandemia pelos recursos humanos (RH) de forma a assegurar o funcionamento das unidades de saúde integrantes do SNS. Outra medida tomada de forma a garantir a continuidade da prestação de cuidados aos utentes, a nível dos RH, foi a contratação de novos colaboradores, como mencionado anteriormente. O CHUCB contratou, assim, 1363 colaboradores, dos quais 34,4% eram enfermeiros. Verificou-se também que os colaboradores mais antigos optaram pela aposentação.

Em termos de balanço existiu uma melhoria dos capitais próprios devido ao Despacho conjunto das Finanças e Saúde a 3 de março de 2020, onde se deu a entrada do montante 2 067 918 de euros, e o Despacho de 30 de dezembro de 2020, com o capital de 6 848 139 euros. Este tipo de dotação permitiu que os capitais próprios apresentassem valores positivos, como se pode observar na tabela 9, situação que não ocorria há vários anos (CHUCB, 2021).

Tabela 9 - Balanço do CHUCB a 31.12.2020

Balanço do CHUCB	31.12.2020
Ativo	
Ativo Não Corrente	
Ativo Fixo Intangível	58 964,73 €
Ativos Fixos Tangíveis	40 768 212,75 €
Total do Ativo Não Corrente	40 827 177,48 €
Ativo Corrente	
Matérias-Primas, Susid. e Consumo	3 039 850,44 €

Balanço do CHUCB		31.12.2020
Dívidas de Terceiros - Curto Prazo		4 551 245,09 €
Depósitos em Instituições Financeiras e Caixa		1 122 555,80 €
Outras contas a receber e Diferimentos		18 209 844,88 €
Total do Ativo Corrente		26 923 496,21 €
Total do Ativo		67 750 673,69 €
Capital Próprio		
Património		56 300 000,00 €
Reservas		-
Outras Variações no Património Líquido		58 357 904,39 €
Resultados Transitados		- 107 164 376,43 €
Resultado Líquido do Exercício		- 7 180 738,83 €
Total do Capital Próprio		312 789,13 €
Passivo		
Passivo Não Corrente		-
Passivo Corrente		
Fornecedores		6 910 461,70 €
Clientes, Contribuintes e Utentes		33 088 032,81 €
Estado e Outros Entres Públicos		1 567 210,23 €
Fornecedores de Investimentos		450 374,34 €
Outras Contas a Pagar e Diferimentos		25 421 805,48 €
Outros Passivos Financeiros		-
Total do Passivo Corrente		67 437 884,56 €
Total do Passivo		67 437 884,56 €
Capital Próprio + Total Passivo		67 750 673,69 €

Mais uma vez, e dado os orçamentos deficitários e dimensão da dívida, não existiu cumprimento da Lei dos Compromissos (CHUCB, 2021).

Apesar de a unidade de saúde ter sido dotada com uma verba 16% superior à de 2019, que ascendia aos 19,2 milhões de euros, a mesma não cobriu os gastos relacionados com a pandemia (CHUCB, 2021).

Como se pode observar pela tabela 10, as prestações de serviços e concessões continua a representar o principal rendimento (67,5%), verificando-se até um aumento de 3% comparativamente a 2019. No entanto, este aumento foi consequência da atualização dos preços do internamento (CHUCB, 2021).

Como mencionado anteriormente, *“a suspensão de toda a atividade não urgente que vigorou em parte do ano de 2020, promoveu um decréscimo nas áreas de atividade predominantemente programada e ao nível da urgência, cuja afluência também foi fortemente influenciada pelo COVID-19, também se verificou um decréscimo relevante. Acresce a contínua carência de pessoal médico em algumas especialidades nucleares na prestação de cuidados de saúde”* (CHUCB, 2021, p. 121).

A partir dos dados apresentados no relatório económico e financeiro de 2020, pode aferir-se que houve um aumento dos dias de internamento de doentes crónicos em 58% e da telemonitorização em 36% comparativamente ao período homólogo de 2019.

Tabela 10 - Demonstração de resultados do CHUCB a 31.12.2020

Demonstração de Resultados do CHUCB	31.12.2020
Rendimentos	
Vendas	-
Prestações de serviços e concessões	43 649 451,91 €
Impostos, contribuições e taxas	460 570,12 €
Transferências e subsídios correntes obtidos	19 624 732,03 €
Imparidades de dívidas a receber	-
Proveitos suplementares	-
Outros rendimentos e ganhos	937 123,30 €
Juros e rendimentos similares obtidos	4 696,80 €
Total Rendimentos	64 676 574,16 €
Gastos	
Custo das mercadorias vendidas e das matérias consumidas	15 776 144,75 €
Fornecimentos e serviços externos	10 651 362,97 €
Gastos com o pessoal	44 069 985,27 €
Outros gastos e perdas	99 977,69 €
Gastos/reversões da depreciação e amortização	1 231 046,70 €
Juros e gastos similares suportados	9 449,81 €
Provisões (aumentos/reduções)	-
Total Gastos	71 837 967,19 €
Resultado Antes do Imposto	- 7 161 393,03 €
Imposto sobre o rendimento	19 345,80 €
Resultado líquido do período	- 7 180 738,83 €

Como se pode observar pela tabela 8 e 10, ocorreu um aumento dos custos de 2019 para 2020. Segundo o CHUCB (2021), isto deveu-se ao aumento de consumos e de gastos com pessoal, nomeadamente com o crescimento do número de colaboradores, onde o pessoal de enfermagem e os assistentes operacionais tiveram o maior peso. Para além disso, houve também um aumento do trabalho extraordinário e da atividade do Sistema Integrado de Gestão de Inscritos para Cirurgia (SIGIC).

A necessidade de reagentes, material de consumo clínico e hoteleiro levou a um aumento dos consumos em 2,1 milhões de euros, valores que nunca tinham sido atingidos (CHUCB, 2021).

Posto isto, e realizando a análise da tabela 10, observou-se que a rubrica com maior peso nos custos totais se mantém as mesmas, com um aumento de 15% nos CMVMC e de 7% nos gastos com o pessoal em relação a 2019. Já os FSE diminuíram 3%.

Quanto aos gastos com o pessoal, aferiu-se um aumento de 6,8%. Segundo o CHUCB (2021) este crescimento ocorreu devido ao “*aumento das remunerações base e suplementos, por força do número de efetivos, com especial impacto em pessoal de enfermagem e assistentes operacionais. Destaca-se ainda o acréscimo significativo das horas extraordinárias (12%), das prevenções (16%) e do SIGIC (19%)*” (p.125). No ano de 2020 o valor gasto com horas extraordinárias foi de 4 955 261 euros.

No caso dos CMVMC ocorreu o aumento do consumo de material de manutenção e conservação, de consumo hoteleiro, de reagentes e produtos de diagnóstico rápido e de consumo clínico. A única rubrica dos gastos que diminuiu em relação ao ano anterior foi o material de consumo administrativo.

Nos FSE verificou-se uma diminuição dos subcontratos em 5%, ocorrendo de uma forma global com exceção dos meios complementares de diagnóstico e terapêutica (MCDT) de anatomia patológica e nos internamentos em outras unidades de saúde. Os FSE propriamente ditos apresentaram uma diminuição geral dos gastos de 2% devido à diminuição do transporte de doentes e combustíveis. Apesar disto, a prestação de serviços médicos, as rubricas de alimentação, lavandaria e segurança, relacionados com o combate à pandemia, aumentaram.

Perante este panorama, e tal como em anos anteriores, a unidade de saúde em questão recebeu 8,9 milhões de euros em verbas extraordinárias, as quais acresceram custos de contexto de 19,2 milhões de euros. Consequentemente, o PMP diminuiu em relação aos anos anteriores, sendo de 174 dias (CHUCB, 2021).

A partir da demonstração de resultados apresentada na tabela 10, a unidade de saúde em estudo apresentou, no ano de 2020, um resultado líquido de -7 180 738,83€.

Em termos de indicadores financeiros, e a partir do balanço elaborado na tabela 9, obteve-se uma liquidez geral de 0,40, uma liquidez reduzida de 0,35 e uma liquidez imediata de 0,02. Ainda que apresentem uma ligeira melhoria em relação aos de 2019, a unidade continua a não ter meios financeiros para cumprir os seus compromissos de curto prazo nas datas acordadas com terceiros.

4.5. Relatórios e contas 2021

O ano de 2021 teve um início bastante conturbado, em que Portugal era o país do mundo com maior número de casos novos de infeção por milhão de habitantes. Perante este cenário, o país passou por estados de emergência, calamidade e contingência, levando a que

as unidades de saúde tivessem de se adaptar a novas realidades da pandemia, enquanto existia um esforço pela retoma da recuperação dos tratamentos que tinham ficado suspensos em 2020, muitos deles acumulados e agravados (CHUCB, 2022).

No relatório apresentado pelo CHUCB em 2022, relativo ao ano de 2021, foi possível aferir que em termos de atividade assistencial, e apesar de em janeiro e fevereiro de 2021 ter ocorrido um agravamento da pandemia, existiu uma recuperação da atividade ao nível da consulta externa e da produção cirúrgica, onde se deve destacar a ambulatorização cirúrgica. Houve também um aumento nos pedidos de primeira consulta e nos inscritos para cirurgia.

No relatório económico e financeiro, o ano de 2021 é descrito como um ano em que se assistiu a *“uma recuperação relevante das listas de espera, nomeadamente através da realização de produção adicional e de mais meios complementares de diagnóstico e, por outro lado, a um maior número de doentes COVID, bem como uma maior necessidade de rastreio, que conjugadamente produziram um aumento de custos generalizados na ordem dos 6 M€, transversal aos principais agregados, consumos, fornecimentos externos e custos com o pessoal”* (CHUCB, 2022, p. 107).

Para além da injeção financeira de 11,6 milhões de euros da Direção-Geral do Tesouro e Finanças (DGTF), ocorreu a cobertura de prejuízos transitados no valor de 2 975 000 euros através do Despacho conjunto das Finanças e Saúde de 3 de agosto de 2021 e de 8 632 242 euros conforme o Despacho de 7 e 9 de dezembro de 2021 determinou. Caso não ocorresse esta dotação seria impossível obter um capital próprio positivo (Tabela 11) (CHUCB, 2022).

À semelhança do que ocorreu em anos anteriores, não houve cumprimento da Lei dos Compromissos.

Tabela 11 - Balanço do CHUCB a 31.12.2021

Balanço do CHUCB	31.12.2021
Ativo	
Ativo Não Corrente	
Ativo Fixo Intangível	454 503,98 €
Ativos Fixos Tangíveis	40 865 806,15 €
Total do Ativo Não Corrente	41 320 310,13 €
Ativo Corrente	
Matérias-Primas, Susid. e Consumo	2 717 362,52 €
Dívidas de Terceiros - Curto Prazo	4 776 341,28 €
Depósitos em Instituições Financeiras e Caixa	2 343 331,64 €
Outras contas a receber e Diferimentos	18 077 160,05 €
Total do Ativo Corrente	27 914 195,49 €
Total do Ativo	69 234 505,62 €

Balço do CHUCB		31.12.2021
Capital Próprio		
Património		56 300 000,00 €
Reservas		-
Outras Variações no Património Líquido		58 652 067,86 €
Resultados Transitados		- 102 737 873,26 €
Resultado Líquido do Exercício		- 11 843 836,28 €
Total do Capital Próprio		370 358,32 €
Passivo		
Passivo Não Corrente		
		-
Passivo Corrente		
Fornecedores		6 908 243,09 €
Clientes, Contribuintes e Utentes		34 369 284,18 €
Estado e Outros Entres Públicos		1 553 755,06 €
Fornecedores de Investimentos		184 587,98 €
Outras Contas a Pagar e Diferimentos		25 848 276,99 €
Outros Passivos Financeiros		-
Total do Passivo Corrente		68 864 147,30 €
Total do Passivo		68 864 147,30 €
Capital Próprio + Total Passivo		69 234 505,62 €

A verba de custos de contexto do ano de 2021 foi de 17,2 milhões de euros, inferior à da 2020. Esta diminuição foi contrabalançada com o aumento de produção no ano de 2021, aferindo-se uma melhoria na eficiência dos recursos (CHUCB, 2022).

A nível dos rendimentos, como se pode observar na tabela 12, as prestações de serviços e concessões são as principais responsáveis pelos ganhos totais, tendo ocorrido um crescimento de 7% em relação ao ano anterior. Em termos de aumento, aferiu-se que os impostos, contribuições e taxas aumentaram em 71%.

No ano de 2021, como reportado pelo CHUCB (2022), observou-se um crescimento na atividade programada na cirurgia de ambulatório e na consulta externa, bem como ao nível da urgência, áreas que tinham sido fortemente influenciadas pela COVID-19.

Tabela 12 - Demonstração de Resultados do CHUCB a 31.12.2021

Demonstração de Resultados do CHUCB		31.12.2021
Rendimentos		
Vendas		-
Prestações de serviços e concessões		46 813 012,24 €
Impostos, contribuições e taxas		788 922,59 €
Transferências e subsídios correntes obtidos		17 615 863,27 €
Imparidades de dívidas a receber		-
Proveitos suplementares		-
Outros rendimentos e ganhos		901 334,93 €
Juros e rendimentos similares obtidos		25 202,13 €

Demonstração de Resultados do CHUCB	31.12.2021
Total Rendimentos	66 144 335,16 €
Gastos	
Custo das mercadorias vendidas e das matérias consumidas	18 232 144,44 €
Fornecimentos e serviços externos	12 026 881,05 €
Gastos com o pessoal	46 139 873,94 €
Outros gastos e perdas	111 089,34 €
Gastos/reversões da depreciação e amortização	1 439 125,49 €
Juros e gastos similares suportados	15 292,89 €
Provisões (aumentos/reduções)	-
Total Gastos	77 964 407,15 €
Resultado Antes do Imposto	- 11 820 071,99 €
Imposto sobre o rendimento	23 764,29 €
Resultado líquido do período	- 11 843 836,28 €

Como resultado do aumento da atividade houve um aumento dos custos, face ao período homólogo do ano anterior. De relembrar que, para além dos consumos que já se tinham verificado no ano anterior, houve um aumento dos tratamentos oncológicos na unidade de saúde em análise (CHUCB, 2022).

Como se pode observar pela tabela 12, os CMVMC, os FSE e os gastos com o pessoal são os custos com maior peso nos gastos totais.

Os CMVMC foram os gastos com maior crescimento de 2020 para 2021 (16%), onde se destacaram os reagentes e produtos de diagnóstico rápido com um aumento de 33%, seguido dos materiais de consumo clínico (13%) e dos medicamentos (13%). Mais uma vez, o aumento dos reagentes e produtos de diagnóstico rápido ocorreu devido à situação pandémica vivida nos primeiros meses de 2021, com um maior número de doentes por infeção de SARS-CoV-2 e consequente necessidade de rastreio (CHUCB, 2021).

Segundo a mesma fonte, nos FSE observou-se um crescimento de 13% comparativamente ao período homólogo de 2020. Assim, houve um aumento dos subcontratos em 15% após a diminuição ocorrida em 2020, principalmente devido ao aumento de 48% do consumo de MCDT de imagiologia. As rubricas de alimentação, lavandaria, reparação, entre outras relacionadas com o combate da pandemia, também aumentaram de forma global. De mencionar o peso dos serviços médicos a empresas, onde ocorreu um aumento de 65% da utilização deste recurso.

Os gastos com o pessoal, embora continuem a representar o maior peso ao nível dos gastos totais, apresentaram um crescimento de apenas 4,7% em relação ao ano anterior, sendo a rubrica dos custos que apresentou a menor variação. Este crescimento ocorreu, segundo o CHUCB (2022), devido ao aumento das remunerações base e suplementos, do número de

efetivos e do SIGIC. Aferiu-se ainda que houve uma diminuição dos gastos tidos em ajudas de custo (-8%) e em trabalho extraordinário (-7%).

As verbas extraordinárias recebidas pela unidade de saúde em 2021 foram de 11,6 milhões de euros, a juntar aos custos de contexto no montante de 17,2 milhões de euros. O PMP diminuiu para 154 dias, tal como tem vindo a ocorrer em anos anteriores.

A demonstração de resultados (Tabela 12) permitiu calcular o resultado líquido do período, tendo dado - 11 843 836,28€.

Os indicadores financeiros, calculados a partir da tabela 11, demonstraram uma ligeira melhoria com a liquidez geral a dar 0,40, a liquidez reduzida 0,36 e a liquidez imediata 0,03.

4.6. Relatório e Contas 2022

O ano de 2022 apresentou um desenvolvimento positivo em quase todas as áreas de atividade, com a atividade cirúrgica programada e o serviço de urgência a apresentar aumentos de 14 e 23% respetivamente. Apesar de haver um aumento de 18% na procura das primeiras consultas, verificou-se que o número de consultas efetivamente realizadas diminuiu em 11% comparativamente ao período homólogo de 2021 (CHUCB, 2023).

De observar que, neste período de recuperação da pandemia, o número de doentes padrão voltou a aumentar, tendência que vinha a ocorrer desde a drástica diminuição em 2020, chegando a atingir valores superiores ao ano de 2019 (CHUCB, 2023).

O CHUCB (2023) vem reportar que em 2022 ocorreu um crescimento das listas de espera, o que resultou num aumento do consumo de material clínico e em necessidade de pagamento às equipas de horas extraordinárias. Para além disso, aferiu-se um aumento dos custos essenciais, tais como a eletricidade e o gás natural, fundamentais para que as instalações funcionem devidamente.

A DGTF injetou 13,5 milhões de euros de modo a dar resposta aos pagamentos em atraso. O Despacho das Finanças e Saúde de 22 de dezembro de 2022 garantiu o valor de 13 467 999 euros. Apesar disto, os capitais próprios apresentados foram negativos, como se pode aferir na tabela 13 (CHUCB, 2023).

Como afirmado no relatório económico e financeiro de 2022, mais uma vez não se cumpriu a Lei dos Compromissos.

Tabela 13 - Balanço do CHUCB a 31.12.2022

Balanço do CHUCB	31.12.2022
Ativo	
Ativo Não Corrente	
Ativo Fixo Intangível	339 948,49 €
Ativos Fixos Tangíveis	40 748 211,12 €
Total do Ativo Não Corrente	41 088 159,61 €
Ativo Corrente	
Matérias-Primas, Susid. e Consumo	2 987 681,21 €
Dívidas de Terceiros - Curto Prazo	4 668 288,43 €
Depósitos em Instituições Financeiras e Caixa	2 580 091,09 €
Outras contas a receber e Diferimentos	18 495 586,51 €
Total do Ativo Corrente	28 731 647,24 €
Total do Ativo	69 819 806,85 €
Capital Próprio	
Património	56 300 000,00 €
Reservas	-
Outras Variações no Património Líquido	58 412 961,55 €
Resultados Transitados	- 100 268 897,26 €
Resultado Líquido do Exercício	- 19 893 609,74 €
Total do Capital Próprio	- 5 449 545,45 €
Passivo	
Passivo Não Corrente	944 749,98 €
Passivo Corrente	
Fornecedores	9 285 062,55 €
Clientes, Contribuintes e Utentes	35 341 755,19 €
Estado e Outros Entres Públicos	2 218 048,95 €
Fornecedores de Investimentos	311 983,35 €
Outras Contas a Pagar e Diferimentos	27 167 752,28 €
Outros Passivos Financeiros	-
Total do Passivo Corrente	74 324 602,32 €
Total do Passivo	75 269 352,30 €
Capital Próprio + Total Passivo	69 819 806,85 €

Em 2022 verificou-se uma verba de custos de contexto menor que em 2021, no montante de 16,5 milhões de euros, compensada pelo aumento de produção. Os impostos, contribuições e taxas também diminuíram (-31% que em 2021).

A prestação de serviços e concessões apresentam 72,9% dos rendimentos totais (Tabela 14), apresentando um crescimento de 7% em relação a 2021. Contrariamente ao ocorrido em 2021, em que a atividade não urgente esteve suspensa parte do ano, 2022 verificou uma evolução positiva no que concerne à atividade programada, principalmente, e como já tinha sido mencionado anteriormente, ao nível da cirurgia de ambulatório e do internamento cirúrgico (CHUCB, 2023).

Tabela 14 - Demonstração de resultados do CHUCB a 31.12.2022

Demonstração de Resultados do CHUCB	31.12.2022
Rendimentos	
Vendas	-
Prestações de serviços e concessões	50 315 824,47 €
Impostos, contribuições e taxas	543 129,17 €
Transferências e subsídios correntes obtidos	16 844 937,36 €
Imparidades de dívidas a receber	-
Proveitos suplementares	-
Outros rendimentos e ganhos	1 307 430,31 €
Juros e rendimentos similares obtidos	34 487,59 €
Total Rendimentos	69 045 808,90 €
Gastos	
Custo das mercadorias vendidas e das matérias consumidas	18 029 358,41 €
Fornecimentos e serviços externos	17 193 609,68 €
Gastos com o pessoal	51 101 434,57 €
Outros gastos e perdas	80 072,20 €
Gastos/reversões da depreciação e amortização	1 549 059,44 €
Juros e gastos similares suportados	17 264,78 €
Provisões (aumentos/reduções)	944 749,98 €
Total Gastos	88 915 549,06 €
Resultado Antes do Imposto	- 19 869 740,16 €
Imposto sobre o rendimento	23 869,58 €
Resultado líquido do período	- 19 893 609,74 €

Como se pode observar pela tabela 12 e 14, os gastos totais aumentaram 14% entre 2021 e 2022. Os gastos com o pessoal são aqueles que apresentam maior peso nos custos totais (57,5%), seguidos dos CMVMC (20,3%), que apesar de serem a segunda rubrica com maior peso nos gastos totais decresceram 3%. Foi nos FSE (19,3% dos custos totais) que se verificou o maior aumento de gastos, com uma variação positiva de aproximadamente 4%.

Nos CMVMC observou-se uma diminuição do consumo de reagentes (-9%), do material de consumo hoteleiro (-9%) e de medicamentos (-2%). O material de consumo clínico bem como o material de consumo administrativo aumentaram 10 e 27%, respetivamente. O crescimento evidente do material administrativo ocorreu decorrente do fim do teletrabalho (CHUCB, 2023).

Os subcontratos cresceram 20% comparativamente a 2021, com os internamentos a apresentarem o maior crescimento (mais 63%). Com o aumento da prescrição de exames nas áreas de cardiologia, imagiologia e medicina nuclear, deu-se também um aumento ao nível dos MCDT (CHUCB, 2023).

Segundo a mesma fonte, e ainda no que concerne aos FSE, a variação positiva mencionada anteriormente também ocorreu devido ao efeito da inflação, nomeadamente nos preços da

eletricidade, gás natural, alimentação e outros trabalhos especializados. Houve também um aumento de 69% ao nível da prestação de serviços médicos a empresas, tanto no número de horas contratadas como no valor médio pago pelas mesmas.

O CHUCB (2023) refere ainda que os gastos com o pessoal aumentaram pelos mesmos motivos que em 2021, nomeadamente devido ao aumento do número de efetivos, que levou ao aumento das renumerações base e suplementos. Importante destacar o aumento significativo do SIGIC em 69%.

Em 2022 o PMP foi de 159 dias, devido às verbas extraordinárias no montante de 13,4 milhões de euros as quais acresceram 16,6 milhões de euros em custos de contexto.

A partir da demonstração de resultados obteve-se um resultado líquido de -19 893 609,74€, o pior resultado líquido do período em análise (entre 2017 e 2022).

Com o balanço apresentado calcularam-se os indicadores financeiros. Obteve-se uma liquidez geral de 0,39, uma liquidez reduzida de 0,35 e uma liquidez imediata de 0,04, o que mostra um ligeiro retrocesso dos mesmos face aos anos anteriores¹.

Aferiu-se, então, que em 2022 a unidade de saúde não dispunha de meios líquidos de pagamento suficientes para satisfazer os compromissos de curto prazo, nas datas acordadas com os credores.

4.7. Análise da Saúde financeira da ULSCBeira entre 2017 e 2022

Os dados recolhidos dos relatórios e contas permitiram analisar os gastos e avaliar a saúde financeira da unidade de saúde em análise, tanto a curto como a médio e longo prazo, com base nos dados recolhidos dos balanços e das demonstrações de resultados da unidade de saúde, entre 2017 e 2022.

A análise centrou-se em diversas rubricas, nomeadamente: ganhos totais, gastos totais, gastos com o pessoal, gastos com as horas extraordinárias, bem como o peso dos gastos com o pessoal, os CMVMC e os FSE tiveram nos gastos totais. Foram ainda analisados os gastos

¹ No relatório apresentado pelo CHUCB (2023) os resultados obtidos apresentaram uma liquidez geral de 0,41, uma liquidez reduzida de 0,37 e uma liquidez imediata de 0,04. Existe, assim, uma divergência entre os resultados obtidos neste estudo e os resultados apresentados no relatório. Estas diferenças poderão ter ocorrido devido a ajustes contabilísticos feitos pela unidade de saúde que não foram divulgados no relatório analisado.

com a remuneração base (RB) do pessoal médico, dos enfermeiros e dos assistentes operacionais.

A análise da saúde financeira realizou-se através do cálculo de rácios. Para aferir o equilíbrio financeiro a curto prazo, utilizaram-se os rácios de liquidez (geral, reduzida e imediata). No que respeita ao equilíbrio financeiro a médio e longo prazo, calcularam-se os rácios de autonomia financeira, solvabilidade e de endividamento total. O tratamento estatístico dos dados foi realizado com recurso à versão 30 do software *Statistical Package for the Social Sciences* – SPSS.

Primeiramente, testou-se a normalidade dos dados de cada variável mediante o teste de Shapiro-Wilk, adequado a amostras pequenas, e útil para orientar a escolha do teste estatístico mais adequado (Tabela 15).

Tabela 15 - Teste de normalidade de Shapiro-Wilk

Variável	Estatística	Grau de Liberdade	Sig. (p)
Prazo Médio de Pagamento	0,859	6	0,186
Liquidez Geral	0,957	6	0,794
Liquidez Reduzida	0,955	6	0,784
Liquidez Imediata	0,908	6	0,421
Rácio de autonomia financeira	0,913	6	0,454
Rácio de solvabilidade	0,919	6	0,501
Rácio de endividamento total	0,913	6	0,454
Ganhos totais	0,917	6	0,487
Gastos totais	0,962	6	0,834
Gastos com o pessoal	0,978	6	0,939
Peso dos gastos com o pessoal nos gastos totais	0,757	6	0,023
Peso dos CMVMC nos gastos totais	0,812	6	0,075
Peso dos FSE nos gastos totais	0,902	6	0,389
Remuneração base do pessoal médico	0,949	6	0,736
Remuneração base dos enfermeiros	0,931	6	0,587
Remuneração base dos assistentes operacionais	0,954	6	0,774
Horas extraordinárias	0,906	6	0,413

Com base nos resultados apresentados na tabela 15, verifica-se que todas as variáveis, com exceção do peso dos gastos com pessoal nos gastos totais, apresentam valores de significância superiores a 0,05, indicando que os dados seguem uma distribuição normal.

Para verificar a existência de variações estatisticamente significativas ao longo do período em análise (2017–2022), foi aplicada uma regressão linear simples a cada uma das variáveis

financeiras consideradas, utilizando o ano como variável independente. Este procedimento permitiu identificar tendências temporais na evolução dos indicadores.

O teste ANOVA associado à regressão linear foi utilizado para avaliar a significância estatística do modelo. Em concreto, o valor de significância (p) resultante da ANOVA permite testar se a inclinação da reta de regressão é significativamente diferente de zero, ou seja, se existe uma relação linear estatisticamente significativa entre o ano e a variável dependente.

Considerou-se como estatisticamente significativa qualquer associação com valor de p inferior a 0,05, de acordo com o nível de significância convencional adotado neste estudo.

A análise dos relatórios e contas do CHUCB entre 2017 e 2022 foi fundamental para responder aos objetivos definidos no início da dissertação. Para facilitar a compreensão e discussão dos resultados, elaborou-se um resumo dos dados considerados mais relevantes para este estudo.

Entre 2017 e 2021, a ULSCBeira observou uma melhoria no capital próprio. Este aumento nos capitais próprios refletiu um período de recuperação e ajustamento, possivelmente devido à injeção de capital nos hospitais públicos por parte do Estado para combater a pandemia. No entanto, o cenário financeiro de 2022 apresentou uma queda nessa recuperação, com o capital próprio a passar de 370 358,32€, em 2021, para 5 449 545,45€ negativos em 2022.

Quanto ao passivo corrente, o ano de 2020 destacou-se por apresentar o menor valor, enquanto 2022 foi o ano em que o passivo atingiu o valor mais elevado do período em análise.

A evolução do PMP demonstrou uma tendência de diminuição desde 2017 (Tabela 16), o que poderia sugerir uma melhoria na gestão financeira e na capacidade de honrar compromissos. No entanto, apesar da diminuição se mostrar estatisticamente significativa ($p=0,004$), a unidade de saúde não conseguiu responder aos seus compromissos financeiros de curto prazo em nenhum dos anos analisados, refletindo uma dificuldade persistente em garantir liquidez suficiente para cobrir as obrigações imediatas.

Tabela 16 - Equilíbrio Financeiro Curto Prazo

	2017	2018	2019	2020	2021	2022	Sig. (p)
PMP (dias)	348,00	315,00	232,00	174,00	154,00	159,00	0,004
Liquidez Geral	0,42	0,35	0,38	0,40	0,41	0,39	0,839
Liquidez Reduzida	0,40	0,32	0,34	0,35	0,37	0,35	0,739
Liquidez Imediata	0,01	0,01	0,02	0,02	0,03	0,04	0,002

Nota: os valores de significância (Sig.) correspondem ao valor-p obtido através do teste ANOVA associado à regressão linear simples, com o ano (2017–2022) como variável independente. Considerou-se uma diferença estatisticamente significativa quando $p < 0,05$.

Após o ano de 2017 apresentar os melhores valores ao nível de indicadores financeiros do período em análise, os mesmos pioraram em 2018. Porém, entre 2018 e 2021 foi possível observar uma ligeira melhoria dos rácios de liquidez, verificando-se um aumento estatisticamente significativo ao nível da liquidez imediata ($p=0,002$), ainda que a unidade de saúde não tenha conseguido responder aos seus compromissos financeiros de curto prazo em nenhum dos anos em análise.

Os valores apresentados na tabela 17 permitem avaliar a saúde financeira da unidade de saúde através da sua capacidade de honrar compromissos e manter as operações financeira sustentáveis a médio e longo prazo.

Tabela 17 - Equilíbrio Financeiro Médio Longo Prazo

	2017	2018	2019	2020	2021	2022	Sig. (p)
Rácio de Autonomia Financeira	-0,17	-0,08	-0,03	0,00	0,01	-0,08	0,208
Rácio de Solvabilidade	-0,15	-0,07	-0,03	0,00	0,01	-0,07	0,199
Rácio de Endividamento Total	1,17	1,08	1,03	1,00	0,99	1,08	0,208

Nota: os valores de sig. correspondem ao valor-p obtido através do teste ANOVA associado à regressão linear simples, com o ano como variável independente. Considerou-se uma diferença estatisticamente significativa quando $p < 0,05$.

Quanto ao rácio de autonomia financeira, pode observar-se que os anos de 2020 e 2021 foram os que apresentaram melhores valores comparativamente aos outros anos em análise. No entanto, em 2020 este rácio foi de 0% e em 2021 de 1%. Isto significa que em 2021 a unidade de saúde apenas financiou 1% dos seus ativos com recursos próprios.

Tal como o rácio de autonomia financeira, o rácio de solvabilidade apresentou valores negativos em todos os anos exceto em 2020 e 2021. Apesar de estes dois anos apresentarem valores iguais ou superiores a 0, quando o rácio de solvabilidade é inferior a 1 pode afirmar-se que a dívida da unidade de saúde em análise é superior ao capital próprio, o que indica falta de equilíbrio financeiro.

Quanto ao rácio de endividamento total, verificou-se que em todos os anos o rácio apresentou valores superiores a 1, indicando que o passivo total da unidade de saúde ultrapassa o valor do seu ativo total.

Apesar das diferenças observadas a nível do equilíbrio financeiro a médio e longo prazo, nenhum dos rácios apresentou diferenças estatisticamente significativas no período em análise (valor de $p > 0,05$).

Nos relatórios de 2017, 2018 e 2019 é mencionado um desajuste entre o financiamento e a estrutura de custos existentes para o bom funcionamento da unidade de saúde em questão. Em 2020 e 2021 existiu um aumento orçamental do SNS, tendo sido dada prioridade ao sector da saúde, o que pode explicar as melhorias verificadas nesses dois anos a nível dos indicadores financeiros (CHUCB, 2021).

Em termos de ganhos totais, verificou-se uma diminuição do total de ganhos de 2017 para 2018. Apesar disto, a partir de 2018 os ganhos começaram a evoluir positivamente até 2022 (Tabela 18). A principal fonte de rendimento da unidade de saúde, ao longo do período analisado, foram as prestações de serviços e concessões.

Tabela 18 - Evolução dos ganhos e gastos entre 2017 e 2022 (em euros)

	2017	2018	2019	2020	2021	2022	Sig. (p)
1	53 954 345,66	45 772 550,07	61 038 161,88	64 676 574,16	66 144 335,16	69 045 808,90	0,029
2	57 908 511,80	61 106 926,31	67 151 832,03	71 837 967,19	77 964 407,15	88 915 549,06	<0,001
3	35 408 570,47	37 450 276,05	41 270 604,32	44 069 985,27	46 139 873,94	51 101 434,57	<0,001

Nota: A linha 1 representa os ganhos totais, linha 2 representa os gastos totais e linha 3 representa os gastos com o pessoal; os valores de sig. correspondem ao valor-p obtido através do teste ANOVA associado à regressão linear simples, com o ano como variável independente.

Contudo, os gastos aumentaram entre 2017 e 2022, com um crescimento mais acentuado do que o dos ganhos, como se pode observar na tabela 18. O aumento verificado nos ganhos totais, nos gastos totais e nos gastos com o pessoal foi estatisticamente significativo, com um valor de $p < 0,05$.

A análise das rubricas de despesas revelou que os gastos com o pessoal, os CMVMC e os FSE foram os que tiveram maior peso nos gastos totais. Os gastos com o pessoal tiveram um peso idêntico nos gastos totais entre 2017 e 2020, diminuindo depois até ao fim do período em análise. Os CMVMC e os FSE mostraram uma tendência positiva de aumento ao longo dos anos, com exceção dos FSE em 2020 e 2021, e dos CMVMC em 2022 (Tabela 19).

Tabela 19 - Rubricas com maior peso sobre os gastos totais (em percentagem)

	2017	2018	2019	2020	2021	2022	Sig. (p)
Peso dos gastos com o pessoal nos gastos totais	61,15	61,29	61,46	61,35	59,18	57,47	0,050
Peso dos CMVMC nos gastos totais	20,59	20,77	20,35	21,96	23,39	20,28	0,502
Peso dos FSE nos gastos totais	16,52	16,38	16,83	14,83	15,43	19,34	0,539

Nota: os valores de significância (Sig.) correspondem ao valor-p obtido através do teste ANOVA associado à regressão linear simples, com o ano (2017–2022) como variável independente. Considerou-se uma diferença estatisticamente significativa quando $p < 0,05$.

Curiosamente, e como se pode observar pela tabela 19, o peso dos gastos com o pessoal nos gastos totais em 2020 foi idêntico aos anos anteriores, mesmo com a contratação excepcional de colaboradores, do aumento das horas extraordinárias e do SIGIC.

Em 2021, os CMVMC foram aqueles que apresentaram o maior aumento, atingindo 23,39% dos gastos totais. Este aumento pode ser justificado pelo elevado número de novos casos de infeção por milhão de habitantes registado no primeiro trimestre desse ano, bem como pela retoma das atividades assistenciais, nomeadamente na consulta externa e na produção cirúrgica (CHUCB, 2022).

De observar ainda que houve uma queda do peso dos FSE nos gastos totais em 2020 e 2021, verificando-se um aumento para o maior valor registado no período em estudo em 2022. Isto ocorreu devido à inflação e conseqüente aumento da eletricidade, do gás, da alimentação e de outros trabalhos especializados.

Tabela 20 - Rubricas com maior peso nos gastos com o pessoal (em euros)

	2017	2018	2019	2020	2021	2022	Sig. (p)
RB Médicos	6 083 152	6 348 838	6 482 017	6 485 731	6 749 638	6 677 939	0,006
RB Enfermeiros	6 150 872	6 202 180	7 133 641	7 791 519	8 028 446	8 819 426	<0,001
RB Assistente Operacional	1 967 251	2 144 936	2 412 751	2 538 900	2 688 788	2 794 305	<0,001
Horas Extra.	2 668 431	4 072 565	4 411 801	4 955 261	4 613 999	5 321 229	0,017

Nota: os valores de significância (Sig.) correspondem ao valor-p obtido através do teste ANOVA associado à regressão linear simples, com o ano (2017–2022) como variável independente. Considerou-se uma diferença estatisticamente significativa quando $p < 0,05$.

O crescimento das remunerações base foi exponencial e estatisticamente significativo ($p < 0,05$) no período em estudo nas classes profissionais que têm o maior peso nos gastos com o pessoal (Tabela 20). Apesar das contratações excepcionais durante a pandemia, a inflação e o aumento das remunerações base igualam o crescimento de 2021 para 2022 ao de 2019 para 2020 (9%). O ano em que se verificou maior crescimento da remuneração base dos enfermeiros foi em 2019 (15%).

É possível verificar um aumento de 12% das horas extraordinárias em 2020, seguida de uma redução de 7% em 2021, provavelmente devido às contratações realizadas no âmbito das

medidas implementadas para combater a COVID-19. Os gastos com as horas extraordinárias aumentaram 15% em 2022 comparativamente a 2021, devido ao crescimento das listas de espera.

Em termos de resultados líquidos, 2017 foi o ano com os melhores resultados, enquanto 2022 apresentou os piores. No entanto, todos os anos analisados apresentaram resultados líquidos negativos, o que revela uma dificuldade contínua em equilibrar as receitas e despesas da unidade.

O aumento dos gastos em 2020 foi atribuído a diversos fatores relacionados à pandemia, incluindo a contratação de novos colaboradores, nomeadamente enfermeiros e assistentes operacionais, o aumento do trabalho extraordinário e a maior atividade do SIGIC. Além disso, houve um crescimento significativo da necessidade de reagentes e materiais de consumo clínico e hoteleiro.

Em 2021, os gastos aumentaram principalmente devido à compra de reagentes e produtos de diagnóstico rápido, com destaque para os testes rápidos para diagnóstico de COVID-19, que representaram cerca de 33% do aumento nos gastos desse ano. Este aumento de gastos, associado à necessidade de resposta rápida e ao aumento do volume de trabalho, refletiu-se diretamente no desempenho financeiro da unidade.

5. Análise dos resultados das entrevistas

A presente secção tem como objetivo apresentar e analisar os resultados obtidos a partir das entrevistas realizadas a sete enfermeiros da ULSCBeira. A análise centrar-se-á em compreender qual a perceção dos profissionais de saúde da ULSCBeira relativamente aos gastos realizados durante a pandemia de COVID-19 e de que forma esses gastos influenciaram o desempenho das suas funções habituais, relacionando com os resultados obtidos com a literatura e com a análise dos relatórios e contas sempre que possível.

5.1. Motivo do aumento dos gastos em 2020

A análise dos relatórios e contas apresentados pelo CHUCB (2021) revela que, apesar da suspensão das atividades assistenciais não urgentes durante o ano de 2020, os gastos totais aumentaram. Este crescimento, de acordo com as perceções dos enfermeiros entrevistados, pode ser explicado por uma série de fatores relacionados com a resposta à pandemia de COVID-19.

Primeiramente, o aumento nos gastos com consumíveis foi uma das razões apontadas por todos os entrevistados (n=7), o que vai ao encontro ao verificado no relatório apresentado pela unidade de saúde, com um aumento de 2,1 milhões de euros. Na opinião dos entrevistados, a aquisição de EPI, materiais para procedimentos de limpeza e desinfecção, bem como o aumento no uso de medicamentos e material clínico relacionado com a COVID-19, representaram um aumento significativo nas despesas. Foram referidos, também, os custos com a substituição mais frequente de colchões para os pacientes internados, além dos testes de diagnóstico tanto para os profissionais de saúde quanto para os pacientes.

Para além disso, a contratação de pessoal no âmbito do regime excecional estabelecido pelo Estado para responder à pandemia foi um fator apontado por quatro dos entrevistados. A necessidade de reforçar as equipas de saúde para atender ao aumento de casos e à reorganização dos serviços implicou custos adicionais com a contratação de recursos humanos e a gestão de novas equipas. O mesmo é reportado no Relatório e Contas do CHUCB de 2020, onde se aferiu que a unidade de saúde contratou 1363 colaboradores. Santos et al. (2021) também apontou as contratações como um dos maiores gastos observados em 2020, num hospital terciário e universitário na região centro de Portugal. Como relatado pelo entrevistado E3:

“Eu tive de aumentar a constituição das equipas, e isto leva a um custo acrescido. Não é que não necessitasse de as aumentar, no entanto ainda não tinha chegado o momento em que essa autorização me era dada. Com o Covid houve aqui uma benfeitoria para mim,

para a equipa e para os doentes, sobretudo, que foi poder capacitar as equipas com uma melhor dotação para a segurança dos cuidados, que permanece até hoje”.

Ao encontro das respostas dadas, O Conselho das Finanças Públicas (2022) reportou que a despesa do SNS estava concentrada nos gastos com o pessoal, nos FSE e nos stocks. A mesma fonte reportou ainda que os gastos com o pessoal aumentaram em 2020 e 2021 devido ao aumento das contratações.

Outro fator importante mencionado foi a reestruturação de serviços (n=4), que exigiu ajustes nas infraestruturas e processos operacionais, bem como a criação de unidades dedicadas ao atendimento de pacientes com COVID-19 (n=2), o que implicou custos adicionais com novos equipamentos e adaptações das instalações existentes (n=2). São exemplo dessas adaptações a instalação de rampas de gases para disponibilização de pontos de oxigénio. Estes relatos vão ao encontro de Santos et al., 2021, que afirmou que os sistemas de saúde foram desafiados com a necessidade de adaptar os circuitos e reestruturar as instituições, de modo a ser possível dar uma resposta apropriada à população.

A transferência de doentes de outras regiões do país (n=1) também foi citada como um fator que contribuiu para o aumento dos custos operacionais.

Outros fatores menos tangíveis, mas igualmente significativos, incluíram o medo e o desconhecimento (n=3) que marcaram a resposta inicial à pandemia, resultando em gastos por tentativa e erro na gestão dos recursos e na adoção de medidas que nem sempre se mostraram eficientes. Segundo a WHO (2021), a COVID-19 colocou os profissionais de saúde à prova, não só pela possibilidade de infeção, mas também pela fadiga, *burnout*, stress, assédio e violência (física e psicológica).

A falta de tempo para integrações (n=1) e o aumento do tempo de internamento (n=1) devido à complexidade e comorbilidade dos doentes também foram identificados como fatores que impactaram no equilíbrio financeiro da instituição durante o ano de 2020.

Em resumo, o aumento dos gastos em 2020 ocorreu devido a diversas razões, refletindo não só a necessidade de reforçar recursos humanos e materiais, mas também os ajustes estruturais e operacionais realizados para garantir a segurança e a capacidade de resposta à pandemia. A combinação desses fatores ajudou a explicar o aumento das despesas, apesar da suspensão de atividades assistenciais não urgentes.

5.2. Gastos com o pessoal em 2020

A partir da análise dos relatórios e contas apresentados pelo CHUCB, aferiu-se que os gastos com o pessoal são a conta com maior peso nos gastos totais em todos os anos que foi realizada a análise. Tal como ocorreu com os gastos totais, os gastos com o pessoal também aumentaram ao longo desse período. Segundo o CHUCB (2021), de 2019 para 2020 ocorreu um aumento de 7% nos gastos com o pessoal. Entre as razões apontadas pelos enfermeiros entrevistados para este aumento ocorrer, a contratação de pessoal ao abrigo do regime excecional para dar resposta à pandemia de Covid-19 foi apontada por 7 indivíduos. Como afirmado pelo indivíduo E1:

“Numa unidade de saúde é assumido por todos nós (profissionais de saúde) que esse é o maior consumo dentro do orçamento da unidade. A contratação de pessoal nesse período específico com certeza que aumentou esses gastos. O ajuste que teve de haver nos serviços para dar resposta ao covid aumentou a necessidade dessa contratação”.

Tal como reportado pelo entrevistado E1, Rodrigues, Queirós e Pires (2016) defenderam que as organizações dependem dos seus colaboradores, o que se torna ainda mais evidente na área da saúde.

O rácio enfermeiro/doente na unidade de saúde em estudo encontrava-se, segundo um dos entrevistados, muito abaixo daquilo que a Ordem dos Enfermeiros sugere. Nos relatórios analisados (CHUCB, 2019), desde 2018 que era referida a necessidade de reforçar as equipas que, devido às alterações legislativas de 40 para 35 horas de trabalho semanal, se viam forçadas a fazer horas extraordinárias para suprimir as necessidades da unidade de saúde. Perante a situação em análise, o aumento do rácio era inevitável e necessário (n=2). Alguns motivos para esse aumento foram a utilização de circuitos fechados, o facto de os doentes serem mais dependentes de cuidados e a duplicação de enfermeiros e auxiliares de saúde em alguns serviços. O reforço das equipas através da contratação de enfermeiros e auxiliares de saúde representou, assim, o principal fator, na perceção dos entrevistados, para o aumento dos gastos com o pessoal no ano de 2020. O entrevistado E3 explicou o porquê da necessidade de reforçar a equipa no seu serviço:

“Isto porque, quando não temos de ter circuitos fechados, conseguimos viver com algumas dificuldades de dotações. Porquê? Porque a mesma pessoa vai dar a resposta em várias dimensões e em vários contextos. Quando temos a contenção de espaços, de doentes e de procedimentos, isto implica, obrigatoriamente, um aumento das pessoas disponíveis para as pessoas terem o atendimento em tempo útil”.

Para além do supramencionado, dois indivíduos apontaram como razão o facto de existirem recursos humanos afetos à unidade de saúde que deixaram de exercer as suas funções na mesma, mas que continuaram a receber o salário, como ocorreu, por exemplo, com os funcionários da consulta externa.

Outro fator importante, e referido por dois indivíduos, foi o facto de ter havido a necessidade de realizar horas extraordinárias para responder às necessidades dos doentes, uma vez que tinham de fazer isolamento profilático quando existia infeção pelo SARS-CoV-2.

Por último, mas não menos importante, dois entrevistados referiram que deve ter havido gastos com a formação realizada para garantir a correta utilização dos EPI e da realização dos circuitos criados para garantir o bom funcionamento dos serviços e evitar contaminação cruzada.

Nos relatórios, as razões apontadas para este aumento, para além das contratações excecionais ao abrigo da COVID-19, foram o aumento das renumerações base e suplementos, das horas extraordinárias e das prevenções (CHUCB, 2021).

Apesar da entrevista apontar para as razões pelo qual ocorreram os gastos, dois dos entrevistados mencionaram os ganhos que estes gastos trouxeram à instituição:

“O que eu sei é que a maioria delas (das equipas) ficou reforçada, já não ficou com o mesmo número de elementos. E, atualmente já não temos a pandemia e esses elementos ficaram. Portanto há um ganho, pelo menos em recursos humanos”.

5.3. Medidas de RH durante a Covid-19

Quando questionados acerca das medidas decretadas para a gestão de recursos humanos após o surgimento da COVID-19, pelo menos dois entrevistados acharam que as mesmas foram poucas tanto a nível de apoio familiar como de apoio psicológico. Contrariamente a esta opinião, dois entrevistados acharam que o Estado Português fez um esforço e agiu da melhor forma possível perante uma situação desconhecida em todo o mundo. Os restantes três indivíduos não souberam afirmar se as medidas foram suficientes e adequadas.

A medida que mais influenciou o modo de funcionamento da unidade de saúde e que foi reportada por todos os entrevistados foi a contratação de pessoal para resposta à situação pandémica que se vivia na altura, com a realocação necessária do pessoal. O entrevistado E4 explicou sucintamente a influência que isto teve no seu dia-a-dia e dos seus colegas:

“O Covid mexeu com toda a estrutura do hospital, mexeu com a cultura hospitalar porque as equipas foram mobilizadas e transformadas. Isso também tem custos, não sei se é possível quantificá-los, mas uma equipa que era sólida, em que, num prazo de um ano, por exemplo, em 21 elementos só 5 ou 6 é que se mantêm. Mudou a cultura dessa equipa, o conhecimento... Os profissionais foram divididos, foram redistribuídos, e alguns já não regressaram. Portanto, mobilizaram-se as equipas, as equipas passaram a ser equipas novas, com novos profissionais”.

De acordo com os entrevistados, verificou-se efetivamente que uma das medidas de resposta à pandemia foi assegurar os recursos, quer humanos quer materiais, para dar resposta à crise pandémica (GPEAR, 2024).

O CHUCB (2021) reportou também uma forte instabilidade organizacional devido à necessidade de reorganizar serviços, priorizar atividades consoante as necessidades e suspender atividade assistencial não urgente, quando a Tutela assim o decretou, de modo a canalizar todos os esforços para a resposta à COVID-19, o que também explica o relato do entrevistado E4.

O isolamento profilático aquando da infeção por SARS-CoV-2 ou aquando de um contacto direto com uma pessoa infetada foi para três dos entrevistados uma das medidas que mais impacto teve no exercício das suas funções laborais, uma vez que a ausência de um ou vários colegas levava a um maior esforço em termos de horas extraordinárias para os colegas que ficavam a assegurar os cuidados de saúde.

O mesmo ocorria com as baixas por apoio à família (n=3), uma vez que muitas vezes os profissionais de saúde não tinham com quem deixar os familiares dependentes (como filhos, pais idosos, entre outras situações), tendo de se ausentar do trabalho, e causando impacto nos profissionais que permaneciam a laborar na unidade de saúde em estudo.

Apesar das diretrizes virem do Estado, a realocação e distribuição dos profissionais de saúde era realizada pelos chefes de serviço e foram eles que, pelo menos numa fase inicial, excluíram determinadas pessoas, como grávidas, lactantes ou pessoas com doenças crónicas, de serem alocadas para serviços covid ou de maior risco de contágio. Isto teve um grande impacto a nível psicológico para os enfermeiros gestores (n=2):

“Só que é no domínio do desconhecido, e as diretivas que vinham da DGS eram de tal forma apertadas que nós seguimos a norma para nos dotarmos da melhor forma. Provavelmente, com o que se desconhecia na altura e com o medo que estava instalado na sociedade, a nível mundial e não só connosco, se calhar hoje faríamos igual. Porque o que

estava aqui subjacente era o desconhecimento. Porque quando conhecemos e sabemos naquela situação já se fez assim, mas aqui não, estávamos numa situação totalmente nova com pessoas a morrer diariamente em unidades de cuidados intensivos. (...) E eu penso que esta foi a pior parte, para nós gestores, a gestão das pessoas e dos medos. Todos tínhamos medo. Eu penso que esta parte, isso é que pesou, para mim foi muito pesado.” (E3)

A análise das entrevistas revela então que, a nível de recursos humanos, as maiores dificuldades percebidas pelos enfermeiros estiveram relacionadas com as novas contratações e a necessidade de reorganizar as equipas para lidar com o aumento de pacientes e com uma nova doença, considerando as medidas de isolamento profilático e de apoio à família que levavam à ausência de certos elementos dessas mesmas equipas. Essas alterações nos processos de trabalho e na gestão de recursos humanos têm implicações diretas não só no equilíbrio financeiro da unidade, mas também nos profissionais de saúde que por elas passaram.

5.4. Absentismo Laboral e Horas Extraordinárias

Visto que o absentismo laboral e as horas extraordinárias foram uma das causas do aumento dos gastos com o pessoal durante a pandemia, os entrevistados foram questionados se tinham aferido alguma alteração a nível dos mesmos.

A maior parte dos entrevistados (n=5) não verificaram alterações no exercício das suas funções laborais ao nível do absentismo laboral, afirmando que as faltas de colegas e número de horas extraordinárias por si realizadas no decorrer da Covid-19 foram idênticas às que praticavam antes e durante o período pandémico. Apenas dois indivíduos relataram turnos extraordinários constantes, para lá daquilo que é considerado normal pela cultura organizacional:

“Nós tínhamos horário de entrada, não tínhamos horário de saída, e não tínhamos forma de controlar isso, porque realmente era uma necessidade urgente e já estávamos todos dispostos a isso, porque já sabíamos que ia ser preciso.” (E5)

Ainda que apenas dois enfermeiros entrevistados tenham notado diferenças na sua rotina laboral a nível do absentismo e das horas extraordinárias, aferiu-se que existiu efetivamente um aumento do trabalho extraordinário em 2020, comparativamente a 2019 (CHUCB, 2021).

Todos entrevistados reconheceram que as faltas que existiram eram, na sua grande parte, devido à medida de isolamento profilático. O apoio à família foi a razão apontada por três entrevistados, e as doenças crónicas ou outras doenças também constituíram um motivo para um dos entrevistados.

Apesar do medo existente, um entrevistado afirmou que:

“Enquanto houve muita transferência de profissionais (noutros serviços), na nossa equipa nós dissemos que se fôssemos para a guerra, íamos todos juntos, ou seja, para o bem e para o mal, já nos conhecíamos todos. E nesse aspeto permitiu que, ao nos termos unido, não houvesse esse absentismo. Portanto, as pessoas faltaram porque tiveram Covid, ou porque estavam realmente doentes ou uma situação mesmo impeditiva para ir trabalhar”.

(E6)

5.5. Stocks

No decorrer das entrevistas, os enfermeiros participantes foram questionados acerca dos stocks durante a pandemia, nomeadamente se tinham verificado alterações e, se sim, em que bens tinha sido mais notório.

Mais de metade dos entrevistados (n=4) não verificaram quebras de stock nos seus serviços, indicando que a gestão foi mantida de forma eficaz, mesmo perante as adversidades.

No entanto, foi possível observar algumas alterações nos stocks de materiais essenciais para o funcionamento da ULSCBeira, conforme descrito pelos enfermeiros entrevistados. Tal como aferido pelo CHUCB (2022), e ao encontro do reportado pelos enfermeiros entrevistados, encontra-se descrito na literatura que a despesa do SNS está concentrada, para além das despesas com o pessoal, nos FSE e no stock, nomeadamente em material de consumo clínico e produtos farmacêuticos (Conselho das Finanças Públicas, 2022).

Todos os enfermeiros entrevistados reconheceram um aumento do consumo de EPI, nomeadamente máscaras, luvas, batas e solução alcoólica, sendo que essa alteração foi mais notória durante os períodos de maior pressão da pandemia, como a segunda vaga.

Contrariamente aos restantes entrevistados, três indivíduos relataram dificuldades no abastecimento de EPI durante a fase mais crítica da pandemia, referindo que, em alguns casos, os profissionais tiveram de recorrer a alternativas improvisadas, como a utilização de sacos de lixo para compensar a escassez de perneiras. O entrevistado E5 chegou a reportar:

“(...) Nós não tínhamos equipamentos de proteção individual para uso imediato, o que significa que nos foram sugeridas coisas muito absurdas...”

Kaye et al. (2021) afirmaram que se verificou, a nível internacional, uma escassez dos EPI, o que levou muitas vezes à necessidade de adaptação dos EPI ou até à reutilização de equipamentos que deveriam ser descartáveis, o que vai ao encontro desta informação.

Apesar disto, mesmo os indivíduos que notaram quebra de stock nas fases mais críticas da pandemia reconhecem que, a partir de certa altura, os bens começaram a chegar em maior quantidade e a responder às necessidades dos profissionais de saúde:

“Ao longo da pandemia notámos que o material começou a vir e em grande quantidade. A produção internacional também aumentou, é verdade, os sócios hospitalares também aumentaram. Mas nós também sentimos isso, porque se na fase inicial nos refreámos muito, mesmo à nossa custa... Lá está, os equipamentos de proteção individual, uma máscara que podia durar 4 horas, se fosse preciso tinha de durar mais. Isso deixou de acontecer e começaram a aparecer no mercado.” (E5)

De 2020 para 2021, os CMVMC foram a rubrica com maior crescimento (16%), com destaque para os reagentes e produtos de diagnóstico rápido, devido à situação pandémica vivida nos primeiros meses de 2021, onde o contágio de doentes com COVID-19 foi superior e houve a necessidade de aumentar o rastreio de casos. Para além disso, aumentou o consumo de materiais clínicos e de medicamentos (CHUCB, 2022).

Esse aumento da necessidade de materiais de proteção gerou um impacto direto nos gastos da unidade de saúde em estudo, principalmente em termos de aquisição de EPI, mas gerou também falta de segurança e necessidade de adaptação por parte dos enfermeiros e dos seus gestores.

5.6. Gestão dos EPI

A gestão dos EPI foi um grande desafio para as unidades de saúde durante a pandemia de COVID-19, particularmente nas vagas de maior intensidade da crise pandémica. Os enfermeiros entrevistados (n=7) relataram que, desde o início da pandemia que foi implementada uma estratégia rigorosa de racionalização dos EPI, principalmente das máscaras. Para além do controlo ao acesso, através da contabilização dos bens mais solicitados, existia também a necessidade da utilização com critério (n=4) para que existisse stock desses bens quando os mesmos eram necessários. Alguns serviços requeriam um pedido formal aos gestores (E1):

“Quem está na gestão destas coisas, ao início não percebia muito bem porque é que eu, por exemplo, em 2019, tinha consumido 30 máscara e de repente eu estava a pedir 100 máscaras de um momento para o outro. Porque nós tínhamos de andar sempre com máscara, tínhamos de trocar de máscara cirúrgica de 4 em 4 horas, pelo menos numa fase inicial.”

A adaptação à situação vivida levou à necessidade de implementação de medidas mais criativas, como o uso de alternativas para alguns tipos de EPI (n=2), e ao estabelecimento de circuitos, de modo a combater os erros de contaminação e o desperdício (n=1).

A partir de determinada altura, a unidade de saúde recorreu a parcerias com empresas externas para a confeção de EPI. Para além disso, e como relatado por um dos enfermeiros entrevistado (E3), existia também produção interna:

“Eu estava a fornecer sempre o TNT, que é material onde empacotamos os dispositivos médicos na esterilização, eu estava sistematicamente a reservar e a guardar para mandar para as nossas costureiras, no sentido de elas irem fazendo, mesmo internamente, algumas proteções.”

Este tipo de adaptação foi fundamental para garantir que os profissionais de saúde tivessem os EPI necessários, mesmo quando o mercado global estava saturado e as importações eram difíceis.

A gestão diária do stock de acordo com as necessidades (n=4) foi imprescindível, para garantir a disponibilidade dos bens quando os mesmos fossem, efetivamente, necessários. O controlo do stock envolvia um registo das entradas e saídas, com confirmações constantes para assegurar que não houvesse escassez:

“Nós tínhamos de estar a fazer um controle diário dos serviços, das coisas terem de estar fechadas, de haver um registo diário, e todos os dias tinha de conferir o stock.” (E1)

De ressaltar que a gestão dos EPI foi um dos pontos fundamentais para que os profissionais garantissem a segurança no trabalho. No entanto, o pânico, o medo e o desconhecido foram reportados por 3 entrevistados como um dos motivos pelo qual eram, pelo menos inicialmente, desperdiçados EPI. Por exemplo, a incorreta colocação do EPI e correspondente remoção, a utilização de máscaras e luvas em triplicado e o desaparecimento de máscaras, foram alguns erros cometidos pelos profissionais de saúde que levaram ao desperdício de bens essenciais.

Entre os entrevistados estavam dois enfermeiros chefe. Ambos reportaram que foi um exercício de pedagogia fazer a gestão dos EPI numa altura em que os mesmos eram tão necessários, principalmente perante profissionais de saúde que estavam num estado constante de medo e alerta. O uso dos EPI teve de ser criterioso, pautado pelo tato e pela responsabilidade, estando sempre preparado para o pior cenário possível, conforme descrito por Shaaban et al. (2020).

Assim, a gestão dos EPI foi um esforço conjunto entre os profissionais de saúde, os gestores e a logística, com a necessidade constante de adaptação às necessidades impostas pela pandemia.

6. Conclusão

O presente estudo analisou a saúde financeira da ULSCBeira no período de 2017 a 2022, dando especial atenção aos gastos com o pessoal e à influência da pandemia de COVID-19 sobre os mesmos. A partir da análise dos relatórios e contas da unidade de saúde e de entrevistas com profissionais de saúde, foi possível identificar as principais alterações nos gastos e os desafios impostos pela pandemia.

No que diz respeito às medidas tomadas pelo Estado Português para mitigar os efeitos da pandemia, destacou-se a locação de recursos financeiros ao SNS permitindo a contratação de profissionais, principalmente enfermeiros e técnicos operacionais, pagamento de horas extraordinárias, aquisição de EPI, testes de diagnóstico e ventiladores. No que se refere especificamente à GRH, as entrevistas revelaram que estas medidas foram, em grande parte, definidas ao nível dos chefes de serviço. As mesmas traduziram-se, sobretudo, na reorganização dos circuitos e na reestruturação dos serviços, bem como na seleção criteriosa dos profissionais mais adequados para intervir em contextos de maior risco de exposição ao vírus.

Ainda assim, alguns entrevistados consideraram o apoio dirigido aos profissionais de saúde insuficiente, já que as disposições adotadas foram, na sua maioria, equivalentes às aplicadas à população em geral: obrigatoriedade de isolamento profilático em caso de infeção por SARS-CoV-2 e acesso a medidas de proteção social nas situações de doença e parentalidade, nomeadamente através da atribuição de subsídios.

Os relatórios e contas evidenciam um aumento dos gastos totais da ULSCBeira entre 2017 e 2022. O aumento dos gastos em 2020 e 2021 pode ser atribuído principalmente ao aumento das contratações, compra de EPI e custos associados à adaptação da infraestrutura hospitalar. Ainda assim, 2022 foi o ano com o maior aumento dos gastos. Um dos motivos apontados pelo CHUCB foi a inflação, com um aumento dos gastos com os FSE. Existiu também um crescimento das listas de espera e, conseqüentemente, do material de consumo clínico e necessidade de pagamento de horas extraordinárias. A perceção dos entrevistados em relação ao motivo do aumento dos gastos totais em 2020 foi ao encontro do verificado nos relatórios e contas.

Os gastos com o pessoal também seguiram uma tendência de crescimento no período em estudo, e foram a principal componente dos gastos totais em todos os anos analisados. Entre 2017 e 2022, o ano em que os gastos com o pessoal tiveram maior peso sobre os gastos totais foi em 2019, seguido de 2020. O menor valor foi registado em 2022.

No ano de 2019, o peso dos gastos com o pessoal sobre os gastos totais foi superior devido ao aumento da remuneração base e das horas extraordinárias. Em 2020, o valor obtido resultou da contratação extraordinária de profissionais de saúde, conforme previsto em legislação publicada em Diário da República, documentada nos relatórios e contas da unidade de saúde e referida pelos entrevistados. Verificou-se, também, um aumento do absentismo devido à infeção por COVID-19, obrigando ao pagamento de 4 955 261 euros em horas extraordinárias em 2020. Curiosamente, com o regime de contratação extraordinário para responder às necessidades da pandemia, o valor gasto em horas extraordinárias diminuiu em 2021 comparativamente a 2020, tendo depois aumentado drasticamente em 2022.

O absentismo laboral e o aumento das horas extraordinárias foram particularmente sentidos pelos enfermeiros afetos aos serviços de atendimento a doentes com COVID-19, que relataram uma grande imprevisibilidade nos horários, a necessidade de estarem disponíveis para substituir colegas em isolamento, doentes ou com encargos familiares. Em contraste, os profissionais de outros serviços indicaram que esses indicadores permaneceram semelhantes aos de anos anteriores, evidenciando-se assim vivências distintas dentro da mesma unidade de saúde.

O ligeiro decréscimo no peso dos gastos com pessoal entre 2019 e 2020 poderá ser explicado por uma alteração na estrutura das despesas totais, nomeadamente pelo aumento de outras rubricas com relevância acrescida no contexto pandémico. Destaca-se, nesse sentido, a subida dos CMVMC, que representaram 21,96% da despesa total em 2020 e 23,39% em 2021 — os valores mais elevados de todo o período em análise. Esta categoria inclui despesas com EPI, testes de diagnóstico e outros materiais médicos cuja utilização foi intensificada no contexto da pandemia.

Esta aquisição de material implicou uma rigorosa gestão dos stocks. Os entrevistados que exerceram as suas funções profissionais em serviços destinados a pacientes com COVID-19 afirmaram que existiram dificuldades em ter todo o material necessário na altura mais crítica da pandemia, tendo de recorrer, por exemplo, a alternativas ou adaptações de EPI durante esse período. Apesar de isto não ser verificado por todos os entrevistados, todos os enfermeiros mencionaram que existiram práticas de racionamento de stock, com obrigatoriedade em justificar pedidos de material e registar as entradas e saídas de artigos considerados essenciais.

Adicionalmente foram calculados rácios financeiros com o objetivo de complementar a avaliação da saúde financeira da unidade de saúde, permitindo uma análise do equilíbrio financeiro a curto e a médio e longo prazo. O PMP apresentou uma diminuição entre 2017

(PMP = 348 dias) e 2022 (PMP = 159 dias), o que indica uma redução no tempo necessário para a unidade de saúde liquidar as suas obrigações de curto prazo. Contudo, observou-se que a unidade de saúde não conseguiu cumprir com os seus compromissos financeiros de curto prazo em nenhum dos anos analisados, evidenciando dificuldades persistentes em garantir liquidez suficiente para cobrir as suas obrigações imediatas.

No que se refere ao equilíbrio financeiro a médio e longo prazo, a análise revelou que a unidade de saúde não dispõe de recursos próprios para financiar os seus ativos. A dívida da unidade foi sempre superior ao seu capital próprio, exceto em 2021, o que indica uma situação de endividamento ao longo dos anos analisados. Esta ligeira melhoria em 2021 pode estar associada ao aumento do financiamento da unidade de saúde durante 2020 e 2021, nomeadamente através da dotação de capitais próprios pelo Estado, bem como à injeção de capital pela DGFT para cobrir os prejuízos da pandemia. Ainda assim, estes ajustes não foram suficientes para garantir um equilíbrio financeiro sustentável a médio e longo prazo.

A perceção dos profissionais entrevistados foi, na maior parte das vezes, ao encontro do que se encontrou na literatura e nos relatórios e contas analisados, como mencionado anteriormente. É possível concluir que a pandemia teve influência na forma como as funções dos profissionais de saúde da ULSCBeira eram, normalmente, exercidas. A pandemia levou à reorganização dos serviços e, conseqüentemente, a uma sobrecarga de trabalho e ao aumento do stress. A necessidade de adaptação rápida a novas exigências operacionais, aliada à incerteza inicial sobre os protocolos de atuação, influenciou o bem-estar dos profissionais.

Em suma, os resultados desta investigação confirmam que a pandemia teve um impacto na saúde financeira da ULSCBeira, principalmente nos gastos que aumentaram devido à necessidade de resposta rápida à pandemia, mas cuja tendência observada foi idêntica à de anos anteriores. É importante referir que o Estado proporcionou um grande aporte financeiro em 2020 e 2021, o que permitiu um capital próprio positivo e uma melhoria do PMP. No entanto, não se pode afirmar que a unidade de saúde em estudo apresente uma boa saúde financeira, uma vez que a mesma não consegue responder aos seus compromissos financeiros.

Os gastos podem ter seguido a tendência observada em anos anteriores em termos de evolução, contudo os profissionais de saúde passaram por desafios e situações que os colocaram em risco e que demonstraram que os anos de 2020 e 2021 foram atípicos. As experiências vivenciadas pelos profissionais foram diferentes consoante o serviço em que se encontravam a exercer funções, sendo que os profissionais que exerceram nos serviços

destinados a doentes infetados com COVID-19 se viram a fazer mais horas extraordinárias, a tratar de doentes mais dependentes, a gastar material médico mais dispendioso, a ter que usar mais proteções individuais e a arriscar a sua vida todos os dias.

Apesar de todas estas provações, há que valorizar o esforço por parte do Estado em financiar os recursos humanos e materiais necessários ao combate da pandemia, gerando ganhos para a unidade de saúde que perduram até à atualidade. Importa, no entanto, referir que a necessidade de reforçar as equipas já se fazia sentir antes da pandemia, tendo esta apenas exposto e acelerado a resposta a uma carência que já era estrutural. Com o reforço então realizado em termos de mão-de-obra, passou a ser possível prestar um melhor serviço de saúde, mais ajustado às necessidades da população.

O presente estudo proporcionou uma análise detalhada da saúde financeira da ULSCBeira entre 2017 e 2022, o que permitiu aferir os efeitos da pandemia na saúde financeira da unidade de saúde. Deste estudo resultou também uma reflexão sobre os efeitos da pandemia na rotina laboral dos profissionais de saúde, com o aumento do absentismo por infeção do vírus e, conseqüentemente, das horas extraordinárias daqueles que se encontravam a exercer funções em serviços de atendimento a doentes com COVID-19. A juntar a estas duas contribuições, foi possível identificar os principais desafios na gestão dos recursos hospitalares (tanto materiais como humanos), como a necessidade de adaptação rápida a novas exigências operacionais e a escassez de EPI em determinada altura da pandemia. Assim, compreende-se que a experiência adquirida neste período poderá contribuir para uma gestão de recursos mais eficaz em futuras emergências ou, simplesmente, para apoio em momentos de tomada de decisão.

Apesar das contribuições, este estudo apresenta algumas limitações. O facto de o estudo se limitar a um período específico e centrado numa única unidade de saúde limita a aplicabilidade das conclusões a outros contextos hospitalares ou outros períodos temporais, ou seja, limita a extrapolação dos resultados. Para além disso, a análise documental e a interpretação de dados contêm um certo grau de subjetividade.

De modo a aprofundar o tema deste estudo sugere-se que futuras investigações realizem uma comparação dos resultados obtidos com os de outras unidades de saúde, de modo a perceber se os efeitos da pandemia foram semelhantes em unidades de diferentes dimensões ou localizações. Para além disso, e de modo a colmatar uma das limitações deste estudo, seria também interessante realizar uma análise mais prolongada, avaliando os efeitos da pandemia na saúde financeira para além de 2022. Outra sugestão de melhoria da presente investigação seria realizar entrevistas não só a enfermeiros, mas também a outras classes profissionais, nomeadamente a gestores da unidade de saúde em estudo.

Referências Bibliográficas

Alves, C. (2014). A análise financeira de dois hospitais públicos portugueses. Dissertação de Mestrado em Gestão de Unidades de Saúde. Faculdade de Ciências Sociais e Humanas da Universidade da Beira Interior. Consultada em 10 de fevereiro de 2025, a partir de: <http://hdl.handle.net/10400.6/3852>

American Hospital Association (2020). *Hospitals and health systems face unprecedented financial pressures due to COVID-19*. Obtido a 17 de maio de 2023, a partir de: <https://www.aha.org/guidesreports/2020-05-05-hospitals-and-health-systems-face-unprecedented-financial-pressures-due>.

André, S. (2020). *Desafios da Gestão em Saúde: Custos vs Qualidade. O caso do Centro Hospitalar de Trás os Montes e Alto Douro e do East Kent Hospitals University NHS Foundation Trust*. Dissertação de Mestrado em Gestão. Instituto de Gestão e das Organizações da Saúde da Universidade Católica de Viseu. Consultado em 2 de janeiro de 2023, a partir de: <http://hdl.handle.net/10400.14/31803>.

Andrews, R., Beynon, M. & McDermott, A. (2015). Organizational Capability in the Public Sector: A Configurational Approach. *Journal of Public Administration Research And Theory*, 2016, col. 26, nº 2, pp. 239-258. Obtido a 23 de maio de 2023, a partir de: <https://web.s.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=4&sid=5d19eb47-1a6f-40b2-91f8-57326723520f%40redis>.

Aubyn, M. (2020). O impacto económico da pandemia Covid-19 em Portugal. *Pensamiento iberoamericano*, nº. 9, pp. 42-50. ISSN 0212-0208.

Azizi, M., Atlasi, R., Ziapour, A., Abbas, J. & Naemi, R. (2021). Innovative human resource management strategies during the COVID-19 pandemic: A systematic narrative review approach. *Heliyon*, vol. 7, art. 6, jun2021, e07233. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.heliyon.2021.e07233>.

Batista, B., Rodrigues, D., Moreira, E. & Silva, F. (2021). Técnicas de Recolha de Dados em Investigação: Inquirir por Questionário e/ou por Entrevista). In: Sá, P., Costa, A & Moreira, A. *Reflexões em torno de Metodologias de Investigação: recolha de dados* (Vol. 2). UA Editora. DOI: <https://doi.org/10.34624/ka02-fq42>.

Bernardino, M. (2017). *Gestão em Saúde - Organização Interna dos serviços*. Edições Almedina. Coimbra. ISBN: 9789724071213.

Bulgacov, S. (1998). Estudos Comparativo e de Caso de Organizações de Estratégias. O&S, vol. 5, nº 11, pp. 53-76, jan/abr 2008. Consultado a 31 de maio de 2023, a partir de: <https://www.scielo.br/j/osoc/a/bCYY79F86RN7JHXf4MRzfb/?format=pdf&lang=pt>.

Caiado, A. (2012). *Contabilidade Analítica e Gestão*. 7ª Edição. Áreas Editora. Lisboa. ISBN: 978-989-8058-76-8.

Chiavenato, I. (1979). Novas abordagens na teoria administrativa. *Revista de Administração de Empresas*, abr./jun. 1979, vol. 19, nº 2, pp. 27-42. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0034-75901979000200002>.

Conselho das Finanças Públicas (2022). *Evolução do Desempenho do Serviço Nacional de Saúde em 2021*. Relatório nº07/2022. Consultado em 6 de janeiro de 2023, a partir de: <https://www.cfp.pt/pt/publicacoes/sectores-das-administracoes-publicas/evolucao-do-desempenho-do-servico-nacional-de-saude-em-2021>.

Centro Hospitalar Cova da Beira, E.P.E. (CHCB) (2018). *Relatórios e Contas 2017*. Obtido a 03/05/2023, a partir de: <https://www.chcbeira.min-saude.pt/instrumentos-de-gestao/relatorios-e-contas/>.

Centro Hospitalar Universitário Cova da Beira, E.P.E. (CHUCB) (2019). *Relatórios e Contas 2018*. Obtido a 03/05/2023, a partir de: <https://www.chcbeira.min-saude.pt/instrumentos-de-gestao/relatorios-e-contas/>.

Centro Hospitalar Universitário Cova da Beira, E.P.E. (CHUCB) (2020). *Relatórios e Contas 2019*. Obtido a 03/05/2023, a partir de: <https://www.chcbeira.min-saude.pt/instrumentos-de-gestao/relatorios-e-contas/>.

Centro Hospitalar Universitário Cova da Beira, E.P.E. (CHUCB) (2021). *Relatórios e Contas 2020*. Obtido a 03/05/2023, a partir de: <https://www.chcbeira.min-saude.pt/instrumentos-de-gestao/relatorios-e-contas/>.

Centro Hospitalar Universitário Cova da Beira, E.P.E. (CHUCB) (2022). *Relatórios e Contas 2021*. Obtido a 03/05/2023, a partir de: <https://www.chcbeira.min-saude.pt/instrumentos-de-gestao/relatorios-e-contas/>.

Centro Hospitalar Universitário Cova da Beira, E.P.E. (CHUCB) (2023). *Relatórios e Contas 2022*. Obtido a 24/01/2024, a partir de: <https://www.chcbeira.min-saude.pt/instrumentos-de-gestao/relatorios-e-contas/>.

Cunha, J. (2013). *A análise financeira como ferramenta de apoio à tomada de decisão. Estudo de Caso: Termalístur, E.E.M. – Termas de S. Pedro do Sul*. Dissertação de Mestrado em Gestão de Unidades de Saúde. Faculdade de Ciência Sociais e Humanas da Universidade da Beira Interior. Consultado a 22 de março de 2025, a partir de: <http://hdl.handle.net/10400.6/2895>.

Davis, G. F. & Cobb, A. (2010). Chapter 2 – Resource Dependence Theory: Past and Future. In Schoonhoven, C. B. & Dobbin, F. (Ed.) *Stanford's Organization Theory Renaissance, 1970-2000. Research in the Sociology of Organizations*, Vol. 28, pp. 21-42. Emerald Group Publishing Limited. [https://doi.org/10.1108/S0733-558X\(2010\)0000028006](https://doi.org/10.1108/S0733-558X(2010)0000028006).

Decreto-Lei nº 10-A/2020 da Presidência do Conselho de Ministros (2020). *Diário da República nº 52/2020, 1º Suplemento, Série I de 2020-03-13*, pp. 2-13. Obtido a 21 de maio de 2024, a partir de: <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/decreto-lei/10-a-2020-130243053>.

Decreto-Lei nº 102/2023 da Presidência do Conselho de Ministros (2023). *Diário da República nº 215/2023, Série I de 2023-11-07*, pp. 4-20. Obtido a 16 de abril de 2024, a partir de: <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/decreto-lei/102-2023-223906278>.

DGERT (Direção-Geral do Emprego e das Relações de Trabalho (2025). *Legislação relacionada com a COVID-19*. Consultado em 12 de fevereiro de 2025, a partir de: <https://www.dgert.gov.pt/covid-19/legislacao-relacionada-com-a-covid-19>

Entidade Reguladora da Saúde (ERS) (2012). *Estudo para a Carta Hospitalar. Especialidades de Medicina Interna, Cirurgia Geral, Neurologia, Pediatria, Obstetrícia e Infeciologia*. Obtido a 10 de abril de 2023, a partir de: <https://www.ers.pt/pt/atividade/regulacao-economica/selecionar/estudos/lista-de>

[estudos/estudo-para-a-carta-hospitalar-especialidades-de-medicina-interna-cirurgia-geral-neurologia-pediatria-obstetricia-e-infeciologia/](#).

Fatima, B. (2023). Financial Performance Metrics for Nonprofit Organizations: A Comparative Study. *Governance Accounting Archive Review*, vol. 1, nº 1. Obtido a 27 de janeiro de 2025, a partir de: <https://garjournal.com/index.php/Journal/article/view/22>.

Faugier, J. & Sargeant, M. (1997). Sampling hard to reach population. *Journal of Advanced Nursing*, vol. 26, nº4, pp. 790-797. DOI: 10.1046/j.1365-2648.1997.00371.x.

Franco, M. & Ferreira, T. (2007). Um estudo de caso sobre as organizações que aprendem. *Comportamento Organizacional e Gestão*, vol. 13, nº 2, pp. 169-189. Consultado a 28 de maio de 2023, a partir de: <https://www.researchgate.net/publication/255639474> Um estudo de caso sobre as organizacoes que aprendem.

GPEARI – Ministério das Finanças (2024). *Medidas de política económica em resposta à COVID-19*. In Áreas de Atuação - Governação Económica - COVID-19. Consultado a 12 de fevereiro de 2024, a partir de: <https://www.gpeari.gov.pt/web/pt/medidas-politica-pt>.

Gruen, R., & Howarth, A. (2005). *Managing Health Services Finance*. Understanding Public Health. Open University Press. Nova Iorque. ISBN: 0 335 218512.

Guest, G., Bunce, A. & Johnson, L. (2006). How many Interviews Are Enough? An Experiment with Data Saturation and Variability. *Field Methods*, vol. 18, ed. 1, pp. 59-82. DOI: <https://doi.org/10.1177/1525822X052799>.

Henriques, C. & Gouveia, M. (2022). Assessing the impact of COVID-19 on the efficiency of Portuguese state-owned enterprise hospitals. *Socio-Economic Planning Sciences*, vol. 84. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.seps.2022.101387>.

Instituto Nacional de Estatística (INE) (2022). *Despesa de Saúde em Portugal*. Produtos – Infografias. Consultado em 30-12-2022, através de: https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpgid=ine_inst_infografia&INST=511463231&xpid=INE&xlang=pt.

Izquierdo, J., Puertas, E. B., Hernández, D. & Sepúlveda, H. (2023). COVID-19 and human resources for health: analysis of planning, policy responses and actions in Latin American and Caribbean countries. *Human Resources for Health*, 21, art. 21. DOI: <https://doi.org/10.1186/s12960-023-00795-8>.

Fridson, M. S., & Alvarez, F. (2002). *Financial statement analysis*. John Wiley & Sons. ISBN 0-471-40915-4.

KaufmanHall (2020). *The Effect of COVID-19 on Hospital Financial Health*. American Hospital Association. Financial Implications of COVID-19 on Hospitals and Health Systems. Consultado em 27 de maio de 2023, a partir de: <https://www.aha.org/issue-landing-page/2020-09-17-financial-implications-covid-19-hospitals-and-health-systems>.

Larbi, G. (2017). Human Resources Management in Public Hospital Case of the University Hospital Centre of Oran. *European Journal of Economics and Business Studies*, vol. 3, art. 2, pp. 100-115. ISSN: 2411-2073.

Lima Filho, S., Martins, G. & Peixe, B. (2021). Compras públicas para enfrentamento da Covid-19: uma análise sob a lente da teoria contingencial. *Revista Contemporânea de Contabilidade*, jul./set. 2021, vol. 18, nº 48, pp. 40-55. DOI: <https://doi.org/10.5007/2175-8069.2021.e77000>.

Lösch, S., Rambo, C., Ferreira, J. (2023). A pesquisa exploratória na abordagem qualitativa em educação. *Revista Ibero-Americana de Estudos em Educação*, vol. 18, nº 00, p. e023141, Araraquara. DOI: <https://doi.org/10.21723/riaee.v18i00.17958>.

Morse, J. (2000). Determining Sample Size. *Qualitative Health Reserach*, vol. 10, nº 1, pp, 3-5. DOI: <https://doi.org/10.1177/10497320012911818>.

Nunes, M. (2009). *Equilíbrio Financeiro*. Relatório de Projeto de Mestrado Em Finanças. Instituto Superior de Ciências do Trabalho e da Empresa. Consultado a 22 de março de 2025, a partir de: <https://www.iscte-iul.pt/tese/2898>.

Nunes, A. & Ferreira, D. (2023). Evaluating Portuguese Public Hospitals Performance: Any Difference before and during COVID-19? *Sustainability* 2023, vol. 15, nº 294. DOI: <https://doi.org/10.3390/su15010294>.

Pak, A., Adegboye, O., Adekunle, A., Rahman, K., McBryde, E. & Eisen, D. (2020). Economic Consequences of the COVID-19 Outbreak: the Need for Epidemic Preparedness. *Frontiers in Public Health*, vol. 8, article 241. DOI: <https://doi.org/10.3389/fpubh.2020.00241>.

Portaria nº 82/2014 do Ministério da Saúde (2014). *Diário da República nº 71/2014*, Série I de 2014-04-10, pp. 2364-2366. Obtido a 9 de abril de 2023, a partir de: <https://dre.pt/dre/detalhe/portaria/82-2014-25343991>.

Rodrigues, A., Queirós, A. & Pires, C. (2016). A influência do marketing interno nas atitudes e comportamentos dos colaboradores: aplicação a uma organização de cuidados sociais e de saúde. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 34 (3), pp. 292 – 304. DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.rpsp.2016.08.001>.

Santos, E., Ferreira, R., Marques, A., Sousa, L. & Marques, A. (2021). Análise de custos da primeira vaga da pandemia COVID-19 na gestão de recursos humanos num hospital português. *Revista de Enfermagem Referência 2021*, Série V, nº 8, Supl.: e21031. DOI: <https://doi.org/10.12707/RV21031>.

Shaaban, A., Pelteiro, B. & Martins, M. (2020). COVID-19: What Is Next for Portugal? *Frontiers in Public Health*, vol. 8, artigo 392. DOI: <https://doi.org/10.3389/fpubh.2020.00392>.

Silva C. G. (2021). Investigação Documental. In Gonçalves, S., Gonçalves, J. & Marques, C. – *Manual de Investigação Qualitativa: Conceção, Análise e Aplicações*. Lisboa, Pacto 2021, pp. 103-123. ISBN: 978-989-693-114-8.

Silva, F., Benini, E. & Silva, M. (2020). Contribuição da Teoria da Contingência no enfrentamento dos impactos económicos decorrentes da pandemia da COVID-19. *IV Encontro Internacional de Gestão, Desenvolvimento e Inovação*, vol. 4, nº 1. Consultado a 29 de maio de 2024, a partir de: <https://periodicos.ufms.br/index.php/EIGEDIN/article/view/11452>.

SNS – Serviço Nacional de Saúde (2024a). *Legislação*. In Unidade Local de Saúde Cova da Beira – Apresentação. Consultado a 12 de fevereiro de 2024, a partir de: <https://www.chcbeira.min-saude.pt/apresentacao/legislacao/>.

SNS – Serviço Nacional de Saúde (2024b). Apresentação e história. In O Centro Hospitalar – Conheça-nos – Apresentação e História. Consultado a 12 de fevereiro de 2024, a partir de: <https://www.chleiria.pt/o-hospital/conheca-nos-1/apresentacao-e-historia-4/>.

Socorro, J. (2023). *Desafios da Gestão num Departamento Hospitalar: aspetos e percepções sobre a qualidade e eficiência*. Dissertação de Mestrado da Faculdade de Ciências Sociais e Humanas da Universidade da Beira Interior. Consultado a 27 de março de 2024, a partir de: <http://hdl.handle.net/10400.6/14009>.

Spieske, A., Gebhardt, M., Kopyto, M., & Birkel, H. (2022). Improving resilience of the healthcare supply chain in a pandemic: Evidence from Europe during COVID-19 crisis. *Journal of Purchasing and Supply Management*, 28 (2022) 100748. Alemanha. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.pursup.2022.100748>.

Tribunal de Contas (2021). Impacto das medidas adotadas no âmbito da COVID-19 nas entidades da Administração Local do Continente. *Relatório Nº 8/2021 – OAC. 2ª Secção*. Obtido a 24 de janeiro de 2024, a partir de: <https://www.tcontas.pt/pt-pt/ProdutosTC/Relatorios/relatorios-oac/Documents/2021/relatorio-oac008-2021.pdf>.

Yeager, V.A., Zhang, Y. & Diana, M. L. (2015). Analyzing Determinants of Hospitals' Accountable Care Organizations Participation: A Resource Dependency Theory Perspective. *Medical Care Research and Review*, Vol. 72 (6), pp. 687-706. DOI: <https://doi.org/10.1177/1077558715592295>.



Yuniarti, R., Paryanti, D. & Tejaningsih, A. (2021). Analysis of financial performance and services performance before and during the COVID-19 pandemic (case study at Bayu Asih Hospital Purwakarta). *Turkish Journal of Physiotherapy and Rehabilitation*, vol. 32, nº 3. ISSN: 2651-4451.

Yusefi, A., Sharifi, M., Nasabi, N. & Davarani, B. (2022). Health human resources challenges during COVID-19 pandemic: evidence of a qualitative study in a developing country. *PLOS ONE*. DOI: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0262887>

World Health Organization (WHO) (2021). *The impact of COVID-19 on health and care workers: a closer look at deaths*. World Health Organization – Health Workforce Department. Working paper 1. Consultado a 26 de maio de 2023, a partir de: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/345300>.

Anexos

Anexo 1 - Parecer da Comissão de Ética da ULSCBeira para realização das entrevistas

	IMPRESSO Parecer da Comissão de Ética	Código: CHUCB.IMP.COMET.01	Edição: 5	Revisão: 1
Parecer nº: 35/2024		Data: 2024/06/20		
Assunto: Estudo nº 31/2024- "Relação entre a pandemia de COVID-19 e o equilíbrio financeiro da Unidade Local de Saúde Cova da Beira entre 2017 e 2022"				
Membros da CE da ULSCBEIRA:	Exma. Senhora Investigadora: Dra. Carla Sofia Quelhas Pinto			
Prof. Doutor Manuel Passos Morgado (Presidente, Farmacêutico)	A Comissão de Ética da Unidade Local Saúde da Cova da Beira, em reunião realizada em 2024/06/20 deliberou emitir parecer relativamente à realização do Estudo nº 31/2024- "Relação entre a pandemia de COVID-19 e o equilíbrio financeiro da Unidade Local de Saúde Cova da Beira entre 2017 e 2022"			
Dra. Ana Paula Torgal Carreira (Vice-Presidente, Assistente Social)	Membros da CE da ULSCBEIRA presentes: Prof. Doutor Manuel Passos Morgado Dra. Ana Paula Torgal Carreira Dr. Luís Manuel Carreira Fiadeiro Dr. António Luciano Costa			
Dr. Luís Manuel Ribeiro (Médico)	Parecer: Apreciado o projeto do estudo foi decidido por unanimidade dos votantes emitir parecer favorável à sua realização.			
Enf. Maria Gabriela Ramalhinho (Enfermeira)	Este parecer não dispensa eventuais requisitos ou procedimentos por parte do Responsável pelo Acesso à Informação (RAI) ou do Encarregado de Proteção de Dados (EPD) desta instituição, no âmbito do previsto no Regulamento Geral sobre a Proteção de Dados (RGPD) ou noutra legislação aplicável quanto a acesso, tratamento e proteção de dados.			
Dra. Maria Teresa Bordalo Santos (Psicóloga)	A realização do estudo carece da necessária autorização por parte do Exmo. Conselho de Administração da ULSCBEIRA e no seu decurso pode ser sujeito a auditorias.			
Dr. Luís Manuel Carreira Fiadeiro (Jurista)	<p style="text-align: center;">O Presidente da Comissão de Ética Unidade Local Saúde da Cova da Beira</p> <p style="text-align: center;"> (Prof. Doutor Manuel Passos Morgado)</p>			
Dr. António Luciano Costa (Teólogo)				



Anexo 2 – Parecer do Responsável de Acesso à informação e do Encarregado da Proteção de Dados da ULSCBeira para realização das entrevistas



Em resposta ao pedido de autorização de acesso de dados clínicos para o estudo nº 31/2024 “Relação entre a pandemia COVID-19 e o equilíbrio financeiro da Unidade Local de Saúde da Cova da Beira entre 2017 e 2022” a realizar no CHUCB informo que, dado se tratar de um projeto de investigação com a obrigatoriedade de consentimento livre e informado por todos os intervenientes, não carece de autorização da RAI.

Os intervenientes no processo comprometem-se a destruir os dados recolhidos após a conclusão do estudo.

Data: 03/07/2024

EPD - Encarregada de Proteção de Dados

RAI – Responsável de Acesso à Informação

Dra. Rosa Ballesteros
Responsável pelo acesso à informação
CHUCB, E.P.E.

Dados a recolher: perceção dos entrevistados acerca da forma como evoluiu a atividade, a taxa de ocupação, os consumos, entre outros parâmetros, antes, durante e após a pandemia de COVID-19.

Apêndices

Apêndice 1 – Guião da Entrevista

Guião da Entrevista

No âmbito da dissertação para obtenção do grau de Mestre em Gestão de Unidades de Saúde com o tema “Relação entre a pandemia de COVID-19 e o equilíbrio financeiro da Unidade Local de Saúde Cova da Beira entre 2017 e 2022”, pretende-se realizar a presente entrevista para recolher dados essenciais à compreensão do fenómeno em estudo.

O principal objetivo deste estudo é analisar a rendibilidade financeira da ULSCBeira entre 2017 e 2022, dando ênfase aos gastos com o pessoal, e verificar a relação da pandemia de COVID-19 com os mesmos. Para responder a este objetivo, um dos objetivos específicos é compreender qual o impacto da pandemia nos profissionais de saúde da unidade de saúde em estudo.

Na elaboração do estudo será mantido o anonimato dos participantes e os dados recolhidos serão exclusivamente utilizados para o presente estudo.

Posto isto:

- I. Após análise dos relatórios e contas apresentadas pelo CHUCB, observou-se que os gastos totais aumentaram entre 2017 e 2022, mesmo ocorrendo uma suspensão das atividades assistenciais não urgentes durante o ano de 2020. Na sua opinião, o que explica o crescimento dos gastos em 2020?
- II. Foi possível aferir dos relatórios analisados que os gastos com o pessoal são a conta com maior peso nos gastos totais em todos os anos em análise. Tal como os gastos totais, os mesmos aumentaram ao longo do período em estudo. Na sua perceção, qual a razão para isso acontecer?
- III. Considera que as medidas decretadas quanto à gestão de recursos humanos após o surgimento do COVID-19 foram adequadas? Quais foram as que tiveram maior impacto no exercício das suas funções laborais?
- IV. No exercício das suas funções laborais, aferiu alguma alteração ao nível do absentismo laboral? E no número de horas extraordinárias realizadas por si?
- V. Observou alguma alteração ao nível de stocks durante a pandemia? Se sim, em que bens foi mais notória essa alteração?
- VI. Como foi feita a gestão dos EPI durante as várias vagas da pandemia?

Apêndice 2 – Consentimento informado fornecido aos entrevistados

Eu, Carla Sofia Quelhas Pinto, aluna da Faculdade de Ciências Sociais e Humanas da Universidade da Beira Interior, a realizar um trabalho de investigação subordinado ao tema “Relação entre a pandemia de COVID-19 e o equilíbrio financeiro do Centro Hospitalar Universitário Cova da Beira entre 2017 e 2022”, vem solicitar a sua colaboração neste estudo.

Informo que a sua participação é voluntária e que os dados não serão transmitidos a terceiros sem a sua prévia autorização.

Poderá retirar o seu consentimento em qualquer momento, sem prejuízo dos dados recolhidos à data e sem que por isso venha a ser prejudicado nos cuidados de saúde prestados pela ULSCBEIRA.

Informo ainda que a sua privacidade será respeitada, todos os dados recolhidos serão confidenciais e não serão fornecidas quaisquer compensações.

Objetivo do trabalho de investigação: O objetivo é analisar a rentabilidade financeira do CHUCB durante 5 anos, dando ênfase aos gastos com o pessoal, e verificar a relação da pandemia de COVID-19 com os mesmos.

Critérios de inclusão: profissionais de saúde que exerceram as suas funções entre 2017 e 2022 na ULSCBeira.

Critérios de exclusão: profissionais que não exerceram as suas funções durante o período de pandemia

Nome do orientador: Zélia Maria da Silva Serrasqueiro Teixeira

Metodologia: Primeiramente foi realizada uma revisão da literatura sobre o tema a estudar. Após a definição dos conceitos inerentes ao tema, bem como da exploração dos dados obtidos noutros estudos e das medidas implementadas pelo Estado Português durante a pandemia, encontra-se a decorrer a análise dos relatórios de contas da unidade de saúde em estudo, no período entre 2017 e 2022. O acesso aos relatórios de contas da unidade de saúde foi possível através da seguinte plataforma on-line: <https://www.chcbeira.min-saude.pt/instrumentos-de-gestao/relatorios-e-contas/>. À posteriori, serão realizadas entrevistas a enfermeiros, médicos e gestores dessa mesma unidade de saúde de modo a complementar os resultados que se irão obter da análise dos relatórios de contas através das experiências vivenciadas durante o período em estudo.



Discriminação dos dados que irá colher: vivências no local de trabalho durante o COVID-19 referente à utilização dos recursos disponíveis, funcionamento do serviço em que se encontrava a laborar na altura, e outras informações que possam complementar a análise dos relatórios de contas do período em estudo.

Local onde o investigador se vai encontrar com o participante, quantas vezes e durante quanto tempo: ULSCBeira, uma única vez, durante o tempo necessário à entrevista.

Risco / Benefício da sua participação: Não existem riscos associados à participação no estudo, e a partir do mesmo poderá tirar conclusões benéficas para o melhor funcionamento do serviço correspondente.

Previsão da duração da participação no estudo: a participação ocorrerá num momento único, a partir do qual os dados serão tratados de forma anónima, e em momento oportuno a combinar com o/a participante, após autorização da Comissão de Ética.

Os dados recolhidos serão mantidos tanto tempo quanto o que a lei determine, independentemente do suporte.

Nº aproximado de participantes: aproximadamente cinco profissionais de saúde

Contacto para esclarecimento de dúvidas: +351 963 656 151

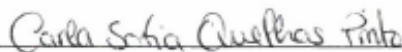
Consentimento Informado – Aluno / Investigador

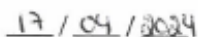
Ao assinar esta página, o investigador está a confirmar o seguinte:

- * Entregou esta informação;
- * Explicou o propósito deste trabalho;
- * Explicou e respondeu a todas as questões e dúvidas apresentadas pelo participante ou representante legal.



Nome do Aluno / Investigador (Legível)





Assinatura do Aluno / Investigador

Data



Consentimento Informado – Participante

Ao assinar esta página está a confirmar o seguinte:

* O Sr. (a) leu e compreendeu todas as informações desta informação, e teve tempo para as ponderar;

* Todas as suas questões foram respondidas satisfatoriamente;

* Se não percebeu qualquer das palavras, solicitou ao aluno/investigador uma explicação, tendo este esclarecido todas as dúvidas;

* Informa-se ainda:

O participante dos 6 aos 13 anos tem de ser informado verbalmente, sendo imprescindível a assinatura dos pais no consentimento livre e informado;

O participante dos 14 aos 16 anos assina, conjuntamente com os pais, o consentimento livre e informado;

A partir dos 16 anos assina apenas o participante;

* O Sr. (a) recebeu uma cópia desta informação, para a manter consigo.

Nome do Participante (Legível com número do cartão do cidadão ou bilhete de identidade) Representante Legal (Legível com número do cartão do cidadão ou bilhete de identidade)

(Nome do Participante)

(Nome do Representante Legal)

(Assinatura do Participante)

(Assinatura do Representante Legal)

___/___/___

Data



Apêndice 3 – Segmento de Matriz obtido a partir da análise das entrevistas

	Entrevista 1	Entrevista 2	Entrevista 3	Entrevista 4	Entrevista 5	Entrevista 6	Entrevista 7
Motivo do aumento dos gastos em 2020	Contratação de pessoal	Consumíveis, quer seja nos dispositivos de proteção individual, quer seja em medicamentos	Grande quantidade de procedimentos de proteção, de desinfecção e limpeza	Contratação de muito mais enfermeiros e auxiliares	Aumento da compra dos equipamentos de proteção individual	A necessidade de manter medidas preventivas de proteção pessoal	Revisões de stock
	Consumos em termos de material de consumo clínico, de proteção individual	A questão dos colchões, que foram substituídos com uma frequência enorme	O medo numa primeira fase levou a comportamentos que são aceitáveis no ser humano, mas que à distância a que estamos vemos que foram exagerados em termos dos consumos.	Gastos com material, EPIs, muitos EPIs	Horas extraordinárias. Que havia sempre, permanentemente, alguém de baixa e a necessidade de recurso a horas extraordinárias.	Gastos de material	Maior dotação de recursos humanos
	Reestruturação de alguns serviços	A questão dos testes, quer seja dos profissionais quer seja dos doentes, outros exames laboratoriais e outros exames de diagnóstico.	O desconhecimento levava a cuidados extremamente exagerados e que implicaram gastos que se traduziram depois no resultado daquilo que era a atividade do hospital.	Passou a haver muitos doentes com COVID e as enfermarias foram transformadas em COVID	Temos um serviço cheio com 34 doentes, com características muito especiais, logo aí, nós somos um serviço de internamento, nós supostamente não temos doentes agudos e graves. De um momento para o outro passamos a ter. Logo aí os consumos são diferentes. Porquê? Porque o material utilizado nessas circunstâncias também é muito mais caro do que o material habitual do internamento. O equipamento de urgência normalmente é um bocadinho mais caro. Por isso é normal, as	Gastos de medicação	Farmácia
	Abertura das unidades Covid	E tivemos de mudar o serviço para um espaço que é um décimo daquilo que era a área do serviço.	Aumentar a constituição das equipas	Os raios de enfermeiro-doente foram aumentados, porque o doente era mais dependente e tinha problemas respiratórios e precisava de cuidados do furo respiratório, como o aumento do oxigênio, aumento de máscaras, ventilação não invasiva e ventilação invasiva, portanto aumentaram-se os internamentos em medicina na área Covid e também cuidados intensivos na área Covid.			
	Instalação nomeadamente a nível de rampa de gases, de disponibilização de pontos de oxigênio que viessem a ser necessários.	Com o Covid houve aqui uma benfeitoria para mim, para a equipa e para os doentes, sobretudo, que foi poder capacitar as equipas com uma melhor		Se calhar não estávamos preparados, porque a			
	Criação de armazéns para situações previsivelmente						

Entrevista 1	Entrevista 2	Entrevista 3	Entrevista 4	Entrevista 5	Entrevista 6	Entrevista 7
	<p>necessárias, que nunca sabíamos se viriam a ser utilizadas, mas preventivamente tiveram que ser feitas.</p> <p>Houve momentos em que as instituições tinham que comunicar e se relacionar, nomeadamente quando havia a indicação de transferência de doentes de determinadas regiões de um país para outras, quando precisavam de cuidados intensivos ou quando não havia vagas nas zonas de maior pressão, para os doentes poderem ser transferidos para zonas de menor pressão.</p>	<p>dotação para a segurança dos cuidados, que permanece até hoje. E, portanto, isto foi um ganho do ponto de vista daquilo que são as necessidades</p> <p>Em testes, em suportes, em pessoas, em circuitos, depois em desinfeção dos espaços. Porém, as infeções hospitalares também reduziram significativamente.</p> <p>Desmantelámos o serviço todo para preparar para uma outra unidade de cuidados intensivos caso viesse a ser necessário, e realocámos o serviço todo numa unidade de cirurgia ambulatória, só com duas salas.</p> <p>Fizemos revisão a todos os ventiladores, ainda os tenho, lá no corredor, estão todos a funcionar.</p>	<p>primeira vaga foi tão suave que não deu treino. Não houve casos, era tudo teórico. Na primeira vaga não houve doentes internados, nem cuidados intensivos nem nos serviços de medicina interna. E na primeira vaga criou-se uma unidade pequenina com 8 doentes. E não foi precisa. E deu a sensação que se viesse uma segunda vaga estávamos preparados porque tínhamos uma unidade pequenina, mas que até nunca foi precisa. E a questão é que quando vem a segunda vaga, essas oito ou dez camas de uma unidade que tinha sido criada propositadamente foi insuficiente.</p> <p>Os doentes eram muito críticos e envolvia gastos. E pessoas não treinadas a desenvolver determinadas terapias e técnicas. E quando tens colaboradores ainda</p>	<p>válvulas, eu sei, tenho ideia de uma válvula de um ventilador, mesmo que seja de uso domiciliário, custa entre 30 a 50 euros. Portanto, nós habitualmente numa fase normal, pré-Covid utilizaríamos duas, três, e eu trabalhava num serviço de pneumologia, de repente temos quase toda a gente a fazer ventilação, portanto, noto perfeitamente que sim.</p> <p>Depois também há outro aspeto, que um doente de uma cirurgia pode ficar 2, 3 dias, um doente com Covid acamado se calhar fica cá 2, 3 semanas.</p>		

	Entrevista 1	Entrevista 2	Entrevista 3	Entrevista 4	Entrevista 5	Entrevista 6	Entrevista 7
				<p>sem treino aumentas o erro e aumentas os gastos. Porque as pessoas nunca experimentaram, por exemplo, montar um ventilador. Quem nunca montou, pode montar errado, duas ou três vezes até aprender, porque nunca teve treino antes e isso é material que se gasta. Vamos multiplicar isto por não sei quantos cobradores que estavam na linha da frente...</p> <p>Outra questão que leva a aumentar custos é: sem tempo para integrações. Ou seja, os colaboradores tentavam exercer atividade normal, sem a integração, alguns sem treino, e alguns sem conhecimento</p>			
Gastos com o pessoal em 2020	A contratação de pessoal nesse período específico com certeza que aumentou esses gastos. O ajuste que teve de haver nos serviços para dar resposta ao covid aumentou a	Os gastos aumentam porque as pessoas continuam a receber. Estando em casa ou não, continuam a receber. Portanto o que significa que o peso do trabalhador para uma instituição,	Quando não temos de ter circuitos fechados, conseguimos viver com algumas dificuldades de dotações. Porquê? Porque a mesma pessoa vai dar a resposta em várias	Nessas enfermarias, os rácios de enfermeiro-doente foram aumentados, porque o doente era mais dependente	Primeiro porque numa fase inicial nós já estávamos abaixo dos rácios recomendados pela ordem dos enfermeiros. E com o Covid fomos obrigados a cumprir e	É verdade que eles aumentaram as equipas	Houve a necessidade de recursos humanos
				Teve a ver com o cálculo de doente por			Houve recursos humanos do hospital, nomeadamente da consulta externa, que ficaram em casa, deixaram de vir

Entrevista 1	Entrevista 2	Entrevista 3	Entrevista 4	Entrevista 5	Entrevista 6	Entrevista 7
necessidade dessa contratação.	<p>para uma entidade empregadora, não altera estando em casa ou a trabalhar. Para além disso, houve contratação ao abrigo do Covid</p> <p>Quando um profissional faltava era sobretudo porque tinha de ficar em isolamento, na altura em ainda era necessário ficarem, o que também eventualmente terá aumentado o custo com as pessoas devido à substituição em trabalho extraordinário</p> <p>Há sempre muita disponibilidade de formação, não sei se todos a fazem ou não, mas ao nível do serviço também é investimento. Mas de qualquer forma sim, foi necessário formar o pessoal sobre a utilização correta dos EPIs, como vestir, como despir, como descartar</p>	<p>dimensões e em vários contextos. Quando temos a contenção de espaços, de doentes e de procedimentos, isto implica, obrigatoriamente, um aumento das pessoas disponíveis para as pessoas terem o atendimento em tempo útil.</p> <p>Os serviços que estiveram fechados a prestar cuidados a doentes de Covid, tinham de ser todos reforçados, porque era impossível manter o hospital todo a funcionar com as dotações que tínhamos na altura. Era impossível. E sobretudo com as exigências que tínhamos de contenção de espaços, doentes, de pessoas</p>	<p>enfermeiro. Por exemplo, um serviço de internamento cirúrgico, suponhamos na tarde, tinha dois enfermeiros e um auxiliar. O mesmo número de ocupação de doentes, se forem dar o respiratório Covid, o serviço duplicou o número de enfermeiros.</p> <p>O Covid mexeu com toda a estrutura do hospital, mexeu com a cultura hospitalar porque as equipas foram mobilizadas e transformadas, isso também tem custos, não sei se é possível quantificá-los, mas uma equipa que era sólida, em que, num prazo de um ano, por exemplo, em 21 elementos só 5 ou 6 é que se mantêm... Mudou a cultura dessa equipa, o conhecimento... Os profissionais foram divididos, foram redistribuídos, e alguns já não regressaram.</p>	<p>exceder, inclusive, os rácios para a segurança, não só dos profissionais como dos doentes. E nós, habitualmente, éramos três de manhã e de repente passámos a ter de ser seis, no mínimo. Ou seja, logo aí duplicaram logo os gastos. E a equipa teve de ser reforçada com contratos externos, ou seja, não foi a equipa do próprio hospital que nos veio combater as necessidades. Logo tiveram de ser contratadas pessoas de fora, pronto, está aí. Para além das horas extraordinárias, que o facto de termos que ter o isolamento obrigatório, a partir do momento em que se testava um positivo, aí logo numa fase inicial eram logo 15 dias que estariam de baixa e ausentes do serviço e teriam que ir buscar o pessoal, fosse num outro serviço ou mesmo fora. E habitualmente isso conseguia acontecer se fosse</p>		trabalhar, continuaram a receber.

	Entrevista 1	Entrevista 2	Entrevista 3	Entrevista 4	Entrevista 5	Entrevista 6	Entrevista 7
					<p>preciso a 3, 4 pessoas em simultâneo porque quando isso se infetava um, não se infetava só um, infetavam-se várias pessoas. Também houve alteração das escalas. As escalas passaram a ser feitas de 12 em 12 horas.</p>		
<p>Medidas de RH durante a COVID-19</p>	<p>A olhar para trás, houve algumas coisas que até pensamos que se calhar não foram bem ajustadas</p> <p>Em termos de apoio à família, havia aquelas situações, pelo menos numa fase mais inicial, sempre que tinhas contato com alguém positivo, tinhas de ficar em casa. Para mim foi um bocadinho difícil de gerir essa parte por causa dos miúdos.</p> <p>Houve situações no serviço e no hospital em que as pessoas tiveram de ficar de baixa para assistência à família.</p> <p>Provavelmente essas situações interferiram aqui também um</p>	<p>O que senti foi os profissionais passarem por uma grande fase de ansiedade. Eu já não falo de custo direto financeiro, mas houve ali muito peso emocional e de muito stress, sobretudo as famílias com filhos pequenos, os que não podiam ir ao colégio, os que o colégio ficava fechado, e depois ‘onde é que eles ficam?’ e ‘quem é que justifica isto?’.</p> <p>Portanto foi uma grande instabilidade dessa forma, e foi preciso de facto, também olhámos às pessoas e tentar ali encontrar formas de gerir tudo isso.</p>	<p>Isto foi gerido como foi possível. Eu penso que a instituição se envolveu muito nisso. Eu, por exemplo, no Bloco Operatório, como reduzimos a atividade cirúrgica dei 14 enfermeiros para os cuidados intensivos Covid. Eles não pararam de trabalhar, foram desenvolver a sua atividade noutra serviço, e nós assegurámos depois toda a outra parte cirúrgica com o resto da equipa, é evidente com a redução de salas. E para outros serviços também, realocámos as pessoas de modo que num contexto desconhecido e assustador para todos, as pessoas não</p>	<p>Todos os profissionais apanharam e tiveram Covid e havia as quarentenas. Depois foram reduzindo, mas supnhamos uma equipa com 20 enfermeiros e 20 auxiliares ou 15 auxiliares e 20 e poucos enfermeiros. Quando havia um surto de Covid nestas equipas, os turnos de extraordinários eram consideravelmente grandes. Porquê? Porque eram cinco, seis, sete pessoas que se ausentavam durante uma semana. Ou seja, num próprio horário, e há colegas, eu não tive essa experiência porque não estava num serviço a fazer horários, mas eu sei que havia dias em que</p>	<p>A parte da quarentena e a contratação.</p>	<p>Não considero que houve grande apoio, pelo menos a nível hospitalar.</p> <p>Sempre que tive contacto com Covid, fui para casa. Eu é que me isolava automaticamente, não acho que houve propriamente nenhuma indicação, nenhuma medida implantada para isso, ou mesmo para nós enquanto profissionais, dizermos que precisávamos de apoio para alguma coisa. Seja emocional, seja o que for.</p> <p>Uma formação ou outra mais direcionada para o Covid mesmo em videoconferência com</p>	<p>Houve aqui uma série de questões que foram mais mal geridas na medida em que não houve apoio de alguns gestores intermédios aos enfermeiros que estavam a trabalhar diariamente.</p>

Entrevista 1	Entrevista 2	Entrevista 3	Entrevista 4	Entrevista 5	Entrevista 6	Entrevista 7
<p>bocadinho na gestão e no funcionamento da unidade de saúde. Porque se falta alguém, tens de chamar alguém para fazer horas extraordinárias.</p>		<p>ficassem sem os cuidados que precisavam. E este trabalho fez-se. Como é que lhe vou dizer? O gasto com aquelas pessoas já o cá tínhamos. Não ficaram em casa, como muitas instituições fizeram. Em vez disso, realocámo-los usando as competências que as pessoas tinham,</p> <p>Eu tive uma enfermeira que me disse: "enfermeira tire-me dos cuidados intensivos, eu não consigo lá continuar, eu não consigo gerir a morte desta forma". E pronto, foram todas estas gestões que depois a determinado momento tive de combinar com a enfermeira chefe dos cuidados intensivos que ia rodar algumas pessoas, em que vinham aquelas para o bloco e iriam outras para lá. Porque estava a ser altamente traumático. Também temos que saber gerir isto. E eu penso que esta foi a pior parte,</p>	<p>se calhar havia quatro, cinco enfermeiros em extraordinário num único serviço. Porque ainda havia a questão dos que tinham covid e, inicialmente, até os contactos ficavam em casa e portanto, isso acarretava muitos custos.</p>		<p>o Dr. Filipe Foz na altura, lembro-me de ter uma formação, de resto, pouco mais.</p> <p>Falta de medidas para os profissionais de saúde</p>	

	Entrevista 1	Entrevista 2	Entrevista 3	Entrevista 4	Entrevista 5	Entrevista 6	Entrevista 7
			para nós gestores, a gestão das pessoas e dos medos.				
Absentismo Laboral e horas extraordinárias	Em termos de horas extraordinárias, foi mais ou menos idêntico a anos anteriores. No nosso serviço não houve ninguém a aposentar-se devido à situação. Houve alguns colegas que faltaram por apoio a família. Houve alguns colegas que também se ausentaram, porque são colegas que têm patologias crónicas de base e que, preventivamente, afastaram-se no período mais crítico. O que tivemos de ajustar foi o nosso horário. Houve um período em que estávamos a fazer turnos de 12 horas com equipas quase iguais. Ou seja, trabalhávamos quase sempre com as mesmas pessoas, para evitarmos as infeções cruzadas e contactos desnecessários. Em	Quando um profissional faltava era sobretudo porque tinha de ficar em isolamento, na altura em ainda era necessário ficarem, o que também eventualmente terá aumentado o custo com as pessoas devido à substituição em trabalho extraordinário As pessoas não faltavam muito, quase que me atrevo a dizer que até faltavam menos do que, por exemplo, se veio a verificar depois desse período da pandemia.	É assim, no meu serviço não foi tão notória como em alguns serviços. Porque a partir do momento que eu aloquei a outras unidades essas pessoas deixaram de contar para mim. Com as que eu tinha tive algumas situações dessas e não podemos negar porque há sempre pessoas que reagem muito ao medo e foi assim que entendi, foi reagir ao medo e reagiram de uma forma até às vezes muito pouco solidária com os outros que estavam no contexto de trabalho Tinha casais, tinha familiares que ou estava um ou estava outro, e isto levou a algumas situações que não foram tão fáceis de gerir. Mas, pronto, eu própria que tive de ficar 15 dias de apoio à família porque não	A questão da prevenção ou do isolamento profilático, sim, isso afetou mais. Era diário, era semanal, havia turnos extraordinários todos os dias, praticamente.	Para além das horas extraordinárias, que o facto de termos de ter o isolamento obrigatório, a partir do momento em que se testava um positivo, aí logo numa fase inicial eram logo 15 dias que estariam de baixa e ausentes do serviço e teriam que ir buscar o pessoal, fosse num outro serviço ou mesmo fora. E habitualmente isso conseguia acontecer se fosse preciso a 3, 4 pessoas em simultâneo porque quando isso se infetava um, não se infetava só um, infetavam-se várias pessoas. Numa fase inicial, pertencendo à primeira equipa COVID aqui deste hospital, houve vários fatores logo que foram de exclusão das pessoas que ficavam aqui. Por exemplo, os filhos. Quem tinha filhos e quem ficava	Na minha equipa não acho que tenha havido absentismo. Nesse aspeto... Enquanto houve muita transferência de profissionais, a nossa equipa nós dissemos que se fôssemos para a guerra, íamos todos juntos, ou seja, para o mal e para o bem, já nos conhecemos todos. E nesse aspeto permitiu que, ao nos termos unido, não houvesse esse absentismo. Portanto, as pessoas faltaram porque tiveram Covid, ou porque estavam realmente doentes ou uma situação impeditiva mesmo para o trabalho, mas não houve um absentismo...	Mantive praticamente as mesmas horas

	Entrevista 1	Entrevista 2	Entrevista 3	Entrevista 4	Entrevista 5	Entrevista 6	Entrevista 7
	termos de volume total de horas, eu penso que não houve grandes alterações, porque todos os anos temos uma taxa de absentismo e, de vez em quando, é necessário fazer horas extraordinárias.		<p>tinha quem cuidasse da minha mãe idosa. E, portanto, estas situações todas foram-se colocando. As pessoas não estavam, muitas vezes, a faltar por elas. Estavam a faltar porque não tinham resposta para os seus familiares.</p> <p>Não era vontade própria das pessoas, mas tinha a ver com a realidade que estavam a viver no contexto familiar.</p>		<p>encarregue dos filhos habitualmente não ficaram nesta equipa inicial. Para que isso não acontecesse, essa ausência não acontecesse. Foram escolhidas as pessoas literalmente a dedo para essa primeira equipa. Depois não, depois abriu-se.</p> <p>Na segunda vaga sim, foi uma coisa muito súbita, foi quando a Covid entrou nos lares e 160 doentes de um momento para o outro causam dano, claro, são vários serviços a fechar e aí são obrigados. Daí a necessidade de contratação imediata</p> <p>Disparou, sim. Nós tínhamos horário de entrada, não tínhamos horário de saída e não tínhamos forma de controlar isso, porque realmente era uma necessidade urgente e já estávamos todos dispostos a isso, porque já sabíamos que ia ser preciso.</p>		
Stocks	Em termos do consumo material	Nas máscaras, nas batas, nas luvas, foi	logo no início, onde eu notei um consumo	Inicialmente faltavam EPIs. E houve a	Os stocks na fase inicial foram uma	Aumento de equipamento de	EPIs era uma área muito precária

Entrevista 1	Entrevista 2	Entrevista 3	Entrevista 4	Entrevista 5	Entrevista 6	Entrevista 7
<p>diário, nós não notámos quebra no nosso serviço específico.</p> <p>Porque depois, quem está na gestão destas coisas, ao início não percebia muito bem porque é que eu, por exemplo, em 2019, tinha consumido 30 máscara e de repente eu estava a pedir 100 máscaras de um momento para o outro. Porque nós tínhamos de andar sempre com máscara, tínhamos de trocar de máscara cirúrgica de 4 em 4 horas, pelo menos numa fase inicial. As máscaras FP2 também houve muitas dificuldades em gerir. E mesmo todo o resto do material de proteção individual. A solução alcoólica também vinha tudo muito controlado.</p>	<p>fundamentalmente nesses artigos.</p> <p>Nunca senti verdadeiramente um momento em que precisasse e não tivesse.</p>	<p>completamente estapafúrdio, foi nas máscaras</p> <p>E depois, nos dispositivos de proteção, também tive um consumo grande. Porque cada vez que assistíamos um doente tínhamos o consumo do anestesista, do enfermeiro do anestesista, dos dois cirurgiões, o enfermeiro de instrumentista, o enfermeiro de circulação, o auxiliar, toda a gente, vestido da cabeça aos pés e aquilo saía tudo para o lixo no fim daquele doente e veste outra vez para o outro.</p>	<p>adaptação de alguns profissionais que se adaptaram com, sei lá, sei de pessoas que punham sacos de lixo por necessidade, porque nós tínhamos as perneiras e as viseiras....</p> <p>Inicialmente faltavam EPIs, mas depois eu julgo que em determinado momento eu já não senti isso.</p> <p>E aí é que faltou o material, ou seja, na vaga é que falta material, porque não estávamos preparados para a dimensão e a gravidade dos doentes.</p>	<p>coisa muito má, mesmo, porque nós não tínhamos equipamentos de proteção individual para uso imediato, o que significa que nos foram sugeridas coisas muito absurdas. E não havia forma de proteção, por exemplo, nas máscaras era tudo muito racionado. Isto numa fase inicial. Ao longo da pandemia notámos que o material começou a vir e em grande quantidade. A produção internacional também aumentou, é verdade, os sócios hospitalares também aumentaram, mas nós também sentimos isso, porque se na fase inicial nós refreámos muito, mesmo à nossa custa lá está, os equipamentos de proteção individual, uma máscara que podia durar 4 horas, se fosse preciso tinha que não ia durar mais. Isso deixou de acontecer e começaram a aparecer no mercado.</p>	<p>proteção individual. Máscaras P2, que não eram praticamente usadas, passou a haver.</p>	<p>Se houvesse um nível aceitável acima, mantinha-se. Se fosse necessário, reforçava-se. Não houve rutura de stock.</p> <p>Na segunda vaga houve sim uma falha a nível das máscaras no início, mas isso foi rapidamente colmatado e correu bem</p>

	Entrevista 1	Entrevista 2	Entrevista 3	Entrevista 4	Entrevista 5	Entrevista 6	Entrevista 7
					<p>Numa fase, por exemplo, inicial, se calhar 50, vá 100, perneiras eram suficientes, de repente começamos a pedir 500 por semana, portanto, é natural que os custos tenham disparado assim, mas tem também muito a ver com o número de doentes a aumentar.</p>		
Gestão dos EPI	<p>As máscaras, no nosso serviço, eram um artigo que não havia um consumo elevado. E a partir do momento em que se instalou esta situação, nós tivemos de começar a fazer um pedido com um aumento exponencial. E o hospital não tinha máscaras para fornecer. E foi muito difícil gerir isso ao início.</p> <p>Porque depois, quem está na gestão destas coisas, ao início não percebia muito bem porque é que eu, por</p>	<p>Tínhamos de usar com muito critério, sim, e houve uma fase em que havia algum controlo do acesso. Não porque não houvesse, mas também para que sempre que fosse necessário estivesse disponível.</p> <p>E, fundamentalmente, foi também um exercício de pedagogia, enquanto enfermeira-chefe, que também tinha que assumir muito essa função que: não é necessário, não</p>	<p>Estabeleci circuitos. E então, o circuito de entrada para a assistência a doentes com COVID fazia-se sempre por aquela salinha, onde estava tudo preparado, tudo feito com procedimentos, em que a pessoa começava a fardar-se pela ordem que devia, que estava tudo por ordem, e entrava na sala cirúrgica. E a saída era igual. E isto era repostado ao fim do turno em função do número de cirurgias e do número de pessoas que tinham estado lá.</p>	<p>Mas depois os consumíveis eram racionados, as luvas, os EPIs, tinha de haver algum cuidado para garantir disponibilidade desses materiais.</p> <p>Houve serviços que controlavam, em que as luvas eram colocadas nos gabinetes dos enfermeiros gestores, os EPIs eram controlados, as máscaras eram... tenho conhecimento que ia-se buscar material à logística, ao armazém, e do</p>		<p>Não posso dizer que tenha alguma vez sentido falta de material, porque não, isso não. Houve material mínimo e necessário, às vezes tínhamos de racionalizar de alguma forma alguma coisa, mas não dizer que houve falta não, não houve. Houve alturas em que não havia tantas viseiras, que não havia tantas batas, tantos macacões, ok, mas dizer que houve falta, não.</p>	<p>Praticamente era feita uma gestão de stock diária de acordo com as necessidades</p> <p>Enfermeiros gestores que trancavam os EPI para conseguirem controlar a quantidade de máscaras e luvas que saíam todos os dias</p>

Entrevista 1	Entrevista 2	Entrevista 3	Entrevista 4	Entrevista 5	Entrevista 6	Entrevista 7
<p>exemplo, em 2019, tinha consumido 30 máscara e de repente eu estava a pedir 100 máscaras de um momento para o outro. Porque nós tínhamos de andar sempre com máscara, tínhamos de trocar de máscara cirúrgica de 4 em 4 horas, pelo menos numa fase inicial. As máscaras FP2 também houve muitas dificuldades em gerir. E mesmo todo o resto do material de proteção individual. A solução alcoólica também vinha tudo muito controlado. Então, nós tínhamos de estar a fazer um controle diário dos serviços, das coisas terem de estar fechadas, de haver um registo diário, e todos os dias tinha de conferir o stock. Por exemplo, se ontem tinha dois frascos de solução alcoólica, esses dois tinham de estar cá, como hoje temos de outras medicações que temos que controlar. Porque a escassez na fase</p>	<p>desperdiçamos, porque quando precisamos temos que o ter disponível.</p> <p>Quer dizer, ele estava disponível sempre mas era preciso saber quando usar. Porque muitas vezes aquela questão do ter medo e achar que se uso uma bata para me protege, se usar duas ou três ainda me protege muito mais. Porque também isto era tudo desconhecido, não se sabia o que realmente protegia e depois tende-se a pecar pelo excesso.</p> <p>Mas evitar o desperdício para termos disponível quando fosse necessário foi fundamental.</p>	<p>Tivemos alturas em que não chegava nem pouco mais ou menos. Porque todos os serviços pediam e o próprio provisionamento tinha rotura. Eu estava a fornecer sempre o TNT, que é material onde empacotamos os dispositivos médicos na esterilização, eu estava sistematicamente a reservar e a guardar para mandar para as nossas costureiras, no sentido de elas irem fazendo, mesmo internamente, algumas proteções, e funcionou também. Elas fizeram algumas coisas e algumas empresas da Covilhã foram parceiras com o Centro Hospitalar. Depois daquele boom inicial em que as pessoas estavam todas muito assustadas as coisas foram-se gerindo um pouco melhor</p>	<p>percurso do armazém até aos serviços desaparecia material, nomeadamente máscaras. As pessoas tinham pânico... E as máscaras desapareciam porque levavam para casa ou queriam ter a garantia que tinham para cuidar dos doentes. Se calhar cada um guardava as suas, nisso não sei bem o que aconteceu, e o consumo foi brutal.</p> <p>Não, os primeiros meses, dois meses foram... duros. Porque faltava material, faltava conhecimento também, e isso leva a que enquanto não há treino, experimentas mais, também gastas mais.</p>		<p>Lá está, nós nunca sentimos propriamente a rutura de stock em si e quando havia alguma situação mais complicada conseguimos substituir o material. Por exemplo, não havia macacão, mas tínhamos as batas plastificadas tínhamos as perneiras, tínhamos todo o resto que podíamos substituir. Assim como mesmo as nossas batas passaram a ser batas de uso diário, dadas pelo hospital diariamente e com necessidade de mudarmos várias vezes por dia. Portanto nós íamos a um quarto, podíamos vir trocar de bata, trocar de farda, se fosse preciso passarmos por água, tomarmos um banho, podíamos fazê-lo, portanto não acho que tenha havido propriamente falta. Houve necessidade de racionalizar algumas coisas em função do doente que tínhamos</p>	

Entrevista 1	Entrevista 2	Entrevista 3	Entrevista 4	Entrevista 5	Entrevista 6	Entrevista 7
<p>inicial era grande. Depois, ao final dos meses, não. E nunca mais houve grandes quebras.</p> <p>Quando veio essa segunda onda, os serviços já estavam todos mais adaptados e acabamos por manter a nossa estrutura crítica habitual.</p>					<p>e do material que tínhamos.</p>	