

Escola Superior de Gestão de Tomar

Análise da eficiência com recurso à *Data Envelopment Analysis*: O caso dos Hospitais Públicos Empresariais

Dissertação de Mestrado

Luís Miguel Marcos Silva

Mestrado em Gestão

Tomar, outubro de 2022

Escola Superior de Gestão de Tomar

Luís Miguel Marcos Silva

Análise da eficiência com recurso à *Data Envelopment Analysis*: O caso dos Hospitais Públicos Empresariais

Dissertação de Mestrado

Orientado por:

Professor Doutor Rúben Joaquim Pinto Loureiro, Escola Superior de Gestão de Tomar, Instituto Politécnico de Tomar

Professor Doutor Jorge Manuel Marques Simões, Escola Superior de Gestão de Tomar, Instituto Politécnico de Tomar

Dissertação de Mestrado apresentada ao Instituto Politécnico de Tomar para cumprimento dos requisitos necessários à obtenção do grau Mestre em Gestão.

Análise da eficiência com recurso à *Data Envelopment Analysis*:

O caso dos Hospitais Públicos Empresariais

RESUMO

Observamos que cada vez mais a sociedade exige das instituições rapidez e eficiência na resposta dos serviços prestados. É neste sentido que o conceito eficiência é parte séria e relevante nas estratégias de gestão no campo da saúde. Deste modo, é objetivo deste presente estudo, conhecer os níveis de eficiência de 37 entidades, centros hospitalares EPE, hospitais EPE e unidades locais de saúde EPE nacionais inseridos nos grupos do *benchmarking* do SNS, no período de 2019 a 2021. Para este efeito, recorreu-se à técnica *Data Envelopment Analysis*, onde foram definidos à priori *inputs* e *outputs* suficientes e relevantes para que o resultado da análise fosse fidedigno. Quanto aos resultados alcançados verificou-se que entre as instituições de saúde analisadas, todas elas apresentam uma eficiência superior a 50% na média do triénio em estudo. No que respeita ao tipo de constituição, as entidades do tipo hospitalar foram aquelas que apresentaram maior média de eficiência durante os 3 anos. Importa destacar que cerca de 25% das entidades hospitalares estudadas, durante todo o período analisado, revelam ser no seu todo 100% eficientes. Apesar de todas as adversidades, o sistema de saúde português, respondeu bem às pressões, mesmo durante o período pandémico, assegurando a eficiência e a qualidade do serviço prestado.

Palavras – chave: Eficiência; Saúde; Instituições de Saúde; *Data Envelopment Analysis*; *benchmarking*.

ABSTRACT

We observe that society increasingly demands from institutions speed and efficiency in the response of the services provided. In this sense, the concept of efficiency is a serious and relevant part of the management strategies in the health field. In this way, the aim of this study is to find out the levels of efficiency of 37 entities, hospital centers EPE, hospitals EPE and national EPE local health units inserted in the SNS benchmarking groups, in the period from 2019 to 2021. For this purpose, the Data Envelopment Analysis technique was used, where sufficient and relevant inputs and outputs were defined a priori so that the result of the analysis would be reliable. The results obtained showed that all the health institutions analyzed had an efficiency level above 50% on average over the three-year period under study. In terms of type of constitution, the hospital-type entities were those that presented the highest average efficiency over the three years. It is important to highlight that around 25% of the hospital entities studied, during the whole period analyzed, reveal to be 100% efficient. Despite all the adversities, the Portuguese health system responded well to the pressures, even during the pandemic period, ensuring the efficiency and quality of the service provided.

Keywords: Efficiency; Health; Health Institutions; Data Envelopment Analysis; benchmarking.

AGRADECIMENTOS

Chega ao fim mais uma etapa da minha vida. Etapa esta que é difícil de não ser relembrada, não por ser um momento desagradável, mas sim, por toda a luta que deu para a conquistar.

Como todas as batalhas, uma pessoa não vence sozinha, e aqui, não é exceção, e desta forma, cabe-me a mim agradecer a todas as pessoas que me deram apoio e coragem para enfrentar esta árdua etapa.

Em primeiro lugar quero agradecer a toda a minha família, especialmente aos meus pais, avós, tios, primos e namorada, por estarem sempre presentes na minha vida, qualquer que seja o resultado, ora na derrota para me encorajarem, ora na vitória para celebrarem comigo.

Em segundo lugar, e com igual importância, agradecer aos meus orientadores, professor Rúben Loureiro e professor Jorge Simões, pela disponibilidade constante ao longo deste desafio, por todos os conselhos sugeridos e por todo o incentivo que tiveram para comigo.

Por último, e não menos importante agradeço a todos os docentes do Instituto Politécnico de Tomar que de uma forma geral contribuíram para a minha formação académica e aos meus amigos por todo o companheirismo.

A todos vós, Obrigado!

ÍNDICE

RESUMO	IV
ABSTRACT	V
AGRADECIMENTOS	VI
INTRODUÇÃO.....	- 1 -
CAPÍTULO I – REVISÃO DA LITERATURA.....	- 3 -
1. Caracterização e evolução do Sistema Nacional de Saúde em Portugal	- 3 -
2. Modelos de Gestão do SNS.....	- 5 -
2.1. Tipo de Organização	- 6 -
2.1.1. Setor Público Administrativo – SPA.....	- 6 -
2.1.2. Parceria Pública – Privada PPP	- 6 -
2.1.3. Sociedades Anónimas – SA.....	- 7 -
2.1.4. Entidades Públicas Empresarial – EPE	- 8 -
2.1.5. O Modelo tradicional de Administração Pública	- 9 -
2.1.6. A Nova Administração Pública	- 10 -
2.2. Eficiência das unidades hospitalares.....	- 12 -
2.3. Técnicas de medição de eficiência em Serviços de Saúde	- 14 -
2.4. Surto Pandémico – Covid 19	- 15 -
2.4.1. Covid 19	- 16 -
2.4.2. Evolução da pandemia em Portugal	- 19 -
2.4.3. Medidas de Prevenção	- 24 -
2.4.4. Pressão hospitalar em Portugal.....	- 25 -
2.4.4.1. Desempenho hospitalar VS Covid 19	- 29 -
2.5. Método <i>Data Envelopment Analysis</i> (DEA).....	- 31 -
2.5.1. Vantagens e Desvantagens	- 32 -
2.5.2. A utilização do DEA na avaliação dos hospitais	- 33 -
2.5.2.1. Processo de Produção Hospitalar	- 34 -
2.5.3. O <i>Benchmarking</i> como instrumento de gestão	- 34 -

2.5.3.1.	Definição	- 35 -
2.5.3.2.	<i>Benchmarking</i> em Portugal	- 36 -
2.5.3.3.	O <i>benchmarking</i> no setor público	- 38 -
CAPÍTULO II – CARACTERIZAÇÃO DO SETOR.....		- 40 -
1.	Introdução	- 40 -
1.1.	Grupos e Instituições – Caracterização	- 41 -
1.1.1.	Grupo B	- 43 -
1.1.1.1.	Centro Hospitalar Médio Ave	- 43 -
1.1.1.2.	Centro Hospitalar Póvoa do Varzim/Vila do Conde.....	- 44 -
1.1.1.3.	Hospital Distrital Figueira da Foz	- 44 -
1.1.1.4.	Hospital Santa Maria Maior	- 45 -
1.1.1.5.	Centro Hospitalar do Oeste	- 46 -
1.1.1.6.	Unidade Local de Saúde do Nordeste	- 47 -
1.1.1.7.	Unidade Local de Saúde Castelo Branco	- 48 -
1.1.1.8.	Unidade Local de Saúde Guarda.....	- 48 -
1.1.1.9.	Unidade Local de Saúde Litoral Alentejano	- 49 -
1.1.2.	Grupo C	- 50 -
1.1.2.1.	Centro Hospitalar do Barreiro/Montijo	- 50 -
1.1.2.2.	Centro Hospitalar Universitário Cova da Beira	- 51 -
1.1.2.3.	Centro Hospitalar de Leiria	- 52 -
1.1.2.4.	Centro Hospitalar de Setúbal.....	- 52 -
1.1.2.5.	Hospital da Senhora da Oliveira – Guimarães	- 53 -
1.1.2.6.	Centro Hospitalar do Baixo Vouga	- 54 -
1.1.2.7.	Centro Hospitalar de Entre Douro e Vouga	- 55 -
1.1.2.8.	Centro Hospitalar Médio Tejo.....	- 56 -
1.1.2.9.	Hospital Distrital de Santarém	- 57 -
1.1.2.10.	Centro Hospitalar de Tâmega e Sousa	- 58 -
1.1.2.11.	Unidade Local de Saúde do Alto Minho.....	- 58 -
1.1.2.12.	Unidade Local de Saúde de Matosinhos	- 59 -
1.1.2.13.	Unidade Local de Saúde do Baixo Alentejo	- 60 -
1.1.2.14.	Unidade Local de Saúde do Norte Alentejano	- 61 -
1.1.3.	Grupo D	- 62 -
1.1.3.1.	Centro Hospitalar Vila Nova de Gaia/ Espinho	- 62 -

1.1.3.2.	Centro Hospitalar de Trás-Os-Montes e Alto Douro	- 63 -
1.1.3.3.	Centro Hospitalar Tondela – Viseu	- 64 -
1.1.3.4.	Centro Hospitalar Universitário do Algarve	- 65 -
1.1.3.5.	Hospital Garcia de Orta	- 67 -
1.1.3.6.	Hospital Professor Doutor Fernando Fonseca	- 68 -
1.1.3.7.	Hospital do Espírito Santo de Évora	- 68 -
1.1.3.8.	Hospital de Braga	- 69 -
1.1.4.	Grupo E	- 70 -
1.1.4.1.	Centro Hospitalar Universitário do Porto	- 70 -
1.1.4.2.	Centro Hospitalar Universitário de São João	- 71 -
1.1.4.3.	Centro Hospitalar Universitário de Coimbra	- 72 -
1.1.4.4.	Centro Hospitalar Universitário de Lisboa Central	- 73 -
1.1.4.5.	Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental	- 74 -
1.1.4.6.	Centro Hospitalar Universitário de Lisboa Norte	- 75 -
1.2.	Síntese	- 75 -
CAPÍTULO III - METODOLOGIA		- 78 -
1.	Introdução	- 78 -
2.	População e Amostra	- 78 -
3.	Variáveis	- 80 -
CAPÍTULO IV – ANÁLISE DE RESULTADOS		- 82 -
1.	Análise de resultados por grupos	- 82 -
1.1.	Grupo B	- 82 -
1.2.	Grupo C	- 83 -
1.3.	Grupo D	- 84 -
1.4.	Grupo E	- 85 -
2.	Análise de resultados por Administrações Regionais de Saúde	- 86 -
2.1.	Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo	- 86 -
2.2.	Administração Regional de Saúde do Centro	- 87 -
2.3.	Administração Regional de Saúde do Algarve	- 88 -
2.4.	Administração Regional de Saúde do Alentejo	- 89 -

2.5. Administração Regional de Saúde do Norte	- 89 -
3. Análise de resultados por tipo de instituição	- 91 -
3.1. Hospitais	- 91 -
3.2. Centros Hospitalares	- 92 -
3.3. Unidades Locais de Saúde	- 93 -
4. Síntese.....	- 94 -
CAPÍTULO V – CONSIDERAÇÕES FINAIS	- 96 -
1. Conclusão	- 96 -
2. Limitações e investigações futuras	- 98 -
BIBLIOGRAFIA	- 99 -
ANEXOS.....	- 117 -

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1 - Instituições Hospitalares	- 80 -
Figura 2 - <i>Inputs/Outputs</i>	- 81 -

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1 - Grupo B.....	- 83 -
Gráfico 2 - Grupo C.....	- 84 -
Gráfico 3 - Grupo D.....	- 85 -
Gráfico 4 - Grupo E.....	- 86 -
Gráfico 5 - ARS Lisboa e Vale do Tejo	- 87 -
Gráfico 6 - ARS do Centro	- 88 -
Gráfico 7 - ARS do Algarve	- 88 -
Gráfico 8 - ARS do Alentejo	- 89 -
Gráfico 9 - ARS do Norte.....	- 90 -
Gráfico 10 – Hospitais.....	- 91 -
Gráfico 11 - Centros Hospitalares	- 93 -
Gráfico 12 - Unidades Locais de Saúde	- 94 -

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

SNS - Serviço Nacional de Saúde

ARS - Administrações Regionais de cuidados de saúde

CRI - Centros de Responsabilidade Integrados

SLS - Sistemas Locais de Saúde

EPE - Entidades Públicas Empresarial

SA - Sociedade Anónima

SPA - Setor Público Administrativo

PPP - Parceria Pública – Privada

NGP - Nova Gestão Pública NGP

DEA - Análise Envoltória de Dados

SFA - *Stochastic Frontier Analysis*

DDD - Diferença das Diferenças

DFA - *Deterministic Frontier Approach*

OMS – Organização Mundial de Saúde

DGS - Direção Geral de Saúde

INSA - Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge

UE - União Europeia

UTI – Unidades de Tratamento Intensivo

EPI – Equipamento de Proteção Individual

PL - Programação Linear

OCDE - Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico

IAPMEI - Instituto de Apoio às Pequenas e Médias Empresas

PME – Pequena Média Empresa

ACSS - Administração Central do Sistema de Saúde

INE – Instituto Nacional de Estatística

CHMA - Centro Hospitalar do Médio Ave

HDFE – Hospital Distrital Figueira da Foz

HSMM - Hospital Santa Maria Maior

ULSNE - Unidade Local de Saúde do Nordeste

ULS - Unidade Local de Saúde

ULSCB - Unidade Local de Saúde de Castelo Branco

ULSLA - Unidade Local de Saúde do Litoral Alentejano

CHBM - Centro Hospitalar Barreiro Montijo

CHUCB - Centro Hospitalar Universitário Cova da Beira

CHL - Centro Hospitalar Leiria

CHS - Centro Hospitalar de Setúbal

CHBV - Centro Hospitalar do Baixo Vouga

CHEDV - Centro Hospitalar de Entre o Douro e Vouga

CHMT - Centro Hospitalar Médio Tejo

CHTS - Centro Hospitalar do Tâmega e Sousa

ULSAM - Unidade Local de Saúde do Alto Minho

ULSM - Unidade Local de Saúde de Matosinhos

ULSBA – Unidade Local de Saúde do Baixo Alentejo

ULSNA - A Unidade Local de Saúde do Norte Alentejano

CRN - Centro de Reabilitação do Norte

CHTMAD - Centro Hospitalar de Trás-os-Montes e Alto Douro

CHTV - Centro Hospitalar Tondela-Viseu

CHUA - Centro Hospitalar Universitário do Algarve

HGO - Hospital Garcia de Orta

HESE - Hospital do Espírito Santo de Évora

CHUP - Centro Hospitalar Universitário do Porto

CHSJ - Centro Hospitalar de São João

CHUSJ - Centro Hospitalar Universitário de São João

CHULC - Centro Hospitalar Universitário de Lisboa Central

INTRODUÇÃO

É no final do século XIX que surge a Revolução Industrial em Portugal e foi a partir deste acontecimento que tem início o nascimento do SNS, o qual tem sofrido algumas alterações durante até aos dias de hoje, mudanças que significam o constante reajustamento aos novos tempos (Saúde S. N., 2021).

A pandemia Covid – 19 desafiou os sistemas de saúde em todo o mundo e trouxe graves consequências para o meio hospitalar, um problema maior do que a própria letalidade assim como, um elevado número de hospitalizações, fatos que forçaram as unidades hospitalares trabalharem acima da sua capacidade. Esta progressiva pressão sobre os recursos limitados do sistema de saúde em Portugal, durante esta pandemia Covid-19, salientou a necessidade de utilização de novas ferramentas e metodologias, tendo por base a eficiência, com intuito de oferecer novas abordagens no uso dos recursos e capacidades, de maneira otimizada, dos hospitais públicos (Nepomuceno et al., 2020).

Desta forma, ampliar a eficiência dos serviços de saúde é um objetivo contínuo, indispensável e importante para os países com um baixo ou médio Índice de Desenvolvimento Humano (Asandului et al., 2013).

Esta eficiência das unidades hospitalares está intrinsecamente ligada ao desempenho organizacional, isto é, verifica-se qual a capacidade do sistema de saúde em atingir o que é desejado (Ozcan, 2007). Consequentemente, os estudos de eficiência cooperam no auxílio da tomada decisão, uma vez que os resultados atingidos por estes, ajudam na identificação de oportunidades, com o objetivo de melhorar o atendimento em hospitais públicos (Peng, et al., 2021).

O método utilizado para medir a eficiência dos hospitais públicos portugueses é a utilização da Análise Envoltória de Dados (DEA), que permite atingir um índice importante de desempenho comparativo, o que possibilita às organizações de saúde, elaborarem uma estratégia eficaz, tendo em conta o planeamento e o uso de recursos (Ordu, et al., 2021).

Uma ferramenta utilizada para desenvolver estratégias que sejam eficazes para que as organizações alcancem os objetivos e assim terem um maior nível de competitividade é o benchmarking. Esta ferramenta avalia o desempenho das organizações para que se

nomeie e retifique os fatores de sucesso e insucesso destas e, assim, desenvolver áreas críticas para o desenvolvimento das organizações (G. Anand & Kodali, 2008).

Deste modo, e no que toca às múltiplas mudanças que aconteceram ao longo dos anos no setor hospitalar, em especial o surto pandémico, SARS-CoV-2, que teve o seu início nos finais de 2019 em todo o mundo, contribui para a relevância desta investigação estipulando a escolha para análise que incidiu sobre os grupos dos hospitais do benchmarking do SNS.

A dissertação tem como objetivo geral, analisar a eficiência dos hospitais acima mencionados. No que concerne aos objetivos específicos, estes pretendem, identificar as unidades hospitalares tecnicamente mais eficientes.

Este presente estudo, conforme já referido, assume alguma relevância no setor da saúde, uma vez que se trata de uma análise que engloba três anos distintos, 2019, ano antes da pandemia, 2020 durante pandemia e 2021, período já em fase de recuperação da pandemia. Assim, e posteriormente ao interpretar os resultados obtidos consegue-se ter uma perceção de qual foi impacto deste surto pandémico na eficiência das instituições em estudo.

Relativamente à estrutura desta dissertação, a mesma foi dividida em duas partes, a primeira engloba o enquadramento teórico, desenvolvido ao longo dos três primeiros capítulos e, a segunda, a parte prática, que se encontra relatada nos restantes três capítulos seguintes. Primeiramente, é apresentada uma introdução ao estudo em causa, na qual consta a contextualização do mesmo, o objetivo geral e o objetivo específico. No capítulo 1, encontra-se a revisão de literatura, onde são expostos todos os conteúdos e estudos pertinentes relacionados com o tema. No capítulo 2, é realizada a caracterização do setor em que esta investigação incide, no qual constam os grupos dos 37 hospitais que se relacionam com o *benchmarking*. No capítulo 3, localiza-se a metodologia utilizada para a recolha de dados que suporta a investigação. No capítulo 4, são analisados os resultados recolhidos. Por fim, no capítulo 5 encontram-se as conclusões finais da dissertação bem como as limitações e possíveis investigações futuras.

CAPÍTULO I – REVISÃO DA LITERATURA

1. Caracterização e evolução do Sistema Nacional de Saúde em Portugal

O sistema de saúde em Portugal tem ao longo dos tempos, suportado alterações e evoluções que foram surgindo com as transformações nos próprios sistemas de saúde, resultado da Revolução Industrial no final do século XIX (Saúde, 2021).

O Serviço Nacional de Saúde (SNS) é instituído pela Lei n.º 56/79, de 15 de setembro através da qual o Estado salvaguarda o direito à proteção da saúde. Surge, desta forma, uma rede de órgãos e serviços prestadores de cuidados globais de saúde a toda a população.

O Despacho ministerial publicado em Diário da República, 2.ª série, de 29 de julho de 1978, conhecido como o "Despacho Arnaut", constitui na realidade uma antecipação do SNS, dado que facilita o acesso aos Serviços Médico-Sociais a todos os cidadãos, independentemente da sua capacidade contributiva, é assim garantida a universalidade, generalidade e gratuidade dos cuidados de saúde e a comparticipação dos medicamentos.

Determina-se que o SNS possui autonomia administrativa e financeira e estrutura-se numa organização descentralizada e desconcentrada, compreendendo órgãos centrais, regionais e locais (Saúde, 2021).

Criaram-se as Administrações Regionais de cuidados de saúde (ARS), com o Decreto-Lei n.º 254/82, de 29 de junho de 1982, que advêm das malsucedidas administrações distritais dos serviços de saúde, criadas pelo Decreto-Lei n.º 488/75.

O Decreto-Lei n.º 357/82, de 6 de setembro, define que a gestão dos recursos financeiros sujeitos ao setor da saúde impõe coordenação e distribuição ajustada e, paralelamente, flexibilidade nos processos de atuação, e entende-se que o SNS, como base de todas as atividades do setor, deve ser provido de autonomia administrativa e financeira. Este Departamento de Gestão Financeira dos Serviços de Saúde fica incumbido de administrar as verbas que lhe são atribuídas.

O Decreto-Lei n.º 344-A/83, de 25 de julho de 1983, que aprova a Lei Orgânica do IX Governo Constitucional, cria o Ministério da Saúde.

O Decreto-Lei n.º 19/88, de 21 de janeiro de 1988, certifica a lei de gestão hospitalar, traduzindo as preocupações resultantes do aumento do peso das despesas de saúde no Orçamento do Estado. Na sequência, o Decreto Regulamentar n.º 3/88, de 22 de janeiro, vem admitir mudanças substanciais no domínio dos órgãos e do funcionamento integral do hospital, assim como na estrutura dos serviços.

No final da década de oitenta, com a 2.ª Revisão Constitucional de 1989, a alínea a) do n.º 2 do artigo 64.º, é tema de alteração, determinando que o direito à proteção da saúde é efetuado através de um SNS "universal e geral e, tendo em conta as condições económicas e sociais dos cidadãos, tendencialmente gratuito". Posiciona-se, assim, o realce no princípio de justiça social e de racionalização dos recursos.

Com o Decreto-Lei n.º 11/93, de 15 de janeiro de 1993, é publicado o novo estatuto do SNS. O Decreto-Lei n.º 335/93, de 29 de setembro, ratifica o Regulamento das ARS, e ainda é criado o cartão de identificação do utente do SNS, através do Decreto-Lei n.º 198/95, de 29 de julho.

No final do século XX, em 1999, é determinada a organização dos serviços de saúde pública, com o Decreto-Lei n.º 286/99, de 27 de julho, que dita que a implantação atua a dois níveis: o regional e o local. Criam-se os Centros de Responsabilidade Integrados (CRI) nos hospitais do SNS, com o Decreto-Lei n.º 374/99, de 18 de setembro.

A Lei n.º 27/2002, de 8 de novembro 2002, ratifica o novo regime de gestão hospitalar e introduzem-se alterações profundas na Lei de Bases da Saúde. Define-se um novo modelo de gestão hospitalar, adaptável às instituições hospitalares que fazem parte da rede de prestação de cuidados de saúde e dá-se expressão institucional a modelos de gestão de tipo empresarial, Entidades Públicas Empresarial (EPE). Ainda no mesmo ano, o Decreto-Lei n.º 39/2002, de 26 de fevereiro, já tinha confirmado a nova forma de designação dos órgãos de direção técnica das instituições hospitalares e dos centros de saúde, assim como modificado a constituição dos conselhos técnicos dos hospitais e flexibilizado a contratação de bens e serviços pelos hospitais.

Surge a Entidade Reguladora da Saúde, por via do Decreto-Lei n.º 309/2003, de 10 de dezembro, com a finalidade de separar a função do Estado como regulador e supervisor, em relação às suas funções de operador e de financiador.

Com a criação dos agrupamentos de centros de saúde do SNS, através do Decreto-Lei n.º 28/2008, de 22 de fevereiro de 2008, deu-se um passo marcante na reforma dos cuidados de saúde primários e que tem como pressuposto dar segurança à organização da prestação de cuidados de saúde primários, possibilitando uma gestão rigorosa e equilibrada e o melhoramento no acesso aos cuidados de saúde.

A Lei n.º 5/2012, de 23 de janeiro, com o princípio da utilização universalizada de dados informatizados vem aferir os requisitos de tratamento de dados pessoais para constituição de ficheiros de âmbito nacional, compreendendo os dados de saúde, com o auxílio de tecnologias de informação no quadro do SNS.

É criado o Conselho Nacional de Saúde, já previsto na Base VII da Lei de Bases da Saúde, pelo Decreto-Lei n.º 49/2016, de 23 de agosto de 2016, e ainda nesse ano o alargamento da isenção do pagamento de taxas moderadoras.

Em 2019, é o ano em que o SNS celebrou o seu 40º aniversário e é ratificada a nova Lei de Bases, aprovada pela Lei n.º 95/2019, de 4 de setembro, assim como a implementação do projeto de um modelo de gestão independente para os hospitais e Unidades Locais de Saúde. No ano seguinte, em 2020 é administrada a primeira inoculação da vacina contra a COVID-19 (Saúde S. N., 2021).

2. Modelos de Gestão do SNS

Após a reorganização do Sistema Nacional de Saúde no ano de 2002, segundo Harfouche (2008), havia três modelos de hospitais públicos em Portugal, sendo estes os Hospitais de Sociedade Anónima (SA), Hospitais de Setor Público Administrativo (SPA) e Hospitais de Parceria Pública – Privada (PPP). Com a aplicação do Decreto-Lei n.º 93/2005, de 7 de junho de 2005, os Hospitais SA foram convertidos em Hospitais EPE, passando assim a existir Hospitais SPA, Hospitais EPE e Hospitais PPP (Moreira, 2008).

2.1. Tipo de Organização

2.1.1. Setor Público Administrativo – SPA

Todos aqueles hospitais, que não foram objeto de conversão em 2002, na atualidade são hospitais SPA, sendo assim reconhecidos como estabelecimentos públicos, ou seja, mantêm o estatuto de entidades do setor público administrativo (Nunes & Matos, 2020).

O Decreto-Lei n.º 188/2003, de 20 de agosto, estabelece para estes hospitais, no seu artigo 2º, que são “pessoas coletivas públicas dotadas de personalidade jurídica, de autonomia administrativa e financeira, com ou sem autonomia patrimonial”, usufruindo os seus colaboradores do estatuto de funcionário público. A gestão encontra-se associada a um Conselho de Administração indicado pela tutela, sendo o seu capital de carácter público.

O SPA define-se por ser um sistema demasiado burocrático e de gestão isolada onde não se valoriza uma prática de gestão organizada, em que o valor gasto não prejudica a própria gestão, isto é, fica indiferente aos gastos sejam eles de valor alto ou não, sendo este um dos problemas principais do setor público (Ferreira 2005).

Na ótica de Fernandes (2011), este modelo tem um problema na sua autonomia bastante limitada, dado que tem uma grande dependência do Ministério da Saúde, através da ARS em assuntos, tais como, o financiamento, gestão e recrutamento de recursos humanos. Outra das críticas mencionadas por este mesmo autor, no que concerne a este modelo, é o facto de ser uma gestão deficitária, que se vai refletir na falta de qualidade, produtividade e a uma total desresponsabilização dos órgãos de gestão.

2.1.2. Parceria Pública – Privada PPP

Com vista à melhoria dos setores público e privado, as PPP são uma forma inovadora de gestão pública que visa a construção de infraestruturas e a prestação de serviços públicos. Presentemente, são cada vez mais os países, que se apoiam na abordagem das PPP para empreender políticas e projetos públicos, seja no crescimento dos serviços de tipo sócio-infra-estrutural, como nos hospitais públicos e em outras unidades de prestação de cuidados de saúde, ou também na esfera das obras públicas clássicas (Simões J. , 2004).

As PPP, no âmbito da saúde em Portugal, são reguladas através do Decreto-Lei n.º 185/2002, de 20 de Agosto, e pelo Decreto-Lei n.º 86/2003, de 26 de Abril, n.º 1 do artigo

2º, ou seja, uma PPP segundo o estabelecido caracteriza-se por ser “um contrato ou a união de contratos, por via dos quais entidades privadas, designadas por parceiros privados, se obrigam, de forma duradoura, perante um parceiro público, a assegurar o desenvolvimento de uma atividade tendente à satisfação de uma necessidade coletiva”. Além disso, e de acordo com o artigo 4º do mesmo Decreto-Lei estas parcerias têm como finalidade “(...) o acréscimo de eficiência na afetação de recursos públicos e a melhoria qualitativa e quantitativa do serviço, induzida por formas de controlo eficazes que permitam a sua avaliação permanente por parte dos potenciais utentes e do parceiro público”.

Em modo de PPP, os contratos são válidos por trinta anos no âmbito infraestrutural, isto é, a construção, gestão e conservação do edifício hospitalar e para a vertente clínica um intervalo de dez anos, sendo que os parâmetros mais pertinentes serão a parte económica e a competência técnica. Com a publicação de concursos pelo Estado, as organizações responsabilizam-se pela construção e gestão do hospital (Simões J. , 2004).

As PPP na área da saúde, segundo Harfouche (2008), têm subentendidos três aspetos marcantes e com alguma pertinência no setor do direito financeiro, isto é, corporizam um contrato que envolve a concretização de desembolsos públicos, em que os respetivos gastos se efetuam por diversos anos económicos e por último, o compromisso de uma parceria presume uma orçamentação plurianual das respeitantes obrigações.

2.1.3. Sociedades Anónimas – SA

Foi através da Lei nº27/2002, de 8 de novembro, que foram criados os primeiros hospitais, designados por SA, ainda que sejam sociedades anónimas, estão apetrechados de capital público, no entanto são regulamentados com base no direito privado.

O grande passo para a empresarialização dos hospitais que fazem parte da rede do SNS, teve origem na criação e desenvolvimento deste respetivo modelo de gestão hospitalar. Em consequência deste facto, a maioria dos hospitais englobados no SNS, acabou por se mudar para o modelo em questão (Gonçalves, 2008).

As características que distinguem este modelo SA do tradicional são, por exemplo: o impedimento da dívida exceder uma determinada percentagem do total da despesa anual;

o aumento sobre a responsabilidade dos passivos, ativos e capital próprio; uma preocupação persistente na qualidade e eficiência do serviço hospitalar; e, uma autonomia administrativa e financeira (Gonçalves, 2008).

De destacar, que os hospitais que adotaram o modelo SA, terão que ter uma atitude diferente da do modelo tradicional, dado que os gestores passam a ter um maior comprometimento em demonstrar uma gestão responsável (Decreto-Lei n.º 188/2003, 2003).

2.1.4. Entidades Públicas Empresarial – EPE

O processo de empresarialização da gestão hospitalar iniciou-se em 1998 com o XIII Governo Constitucional, com a criação do Hospital de São Sebastião, em Santa Maria da Feira, numa perspetiva da melhoria do desempenho, da eficiência e da qualidade do SNS (Decreto-Lei n.º 93/2005, 2005).

É nesta perspetiva que o Decreto-Lei n.º 93/2005, de 7 de junho, determina a reconversão dos hospitais S.A. em hospitais EPE e paralelamente a criação de novos centros hospitalares EPE. Para que fiquem na alçada do mesmo estatuto estabelece-se também que os hospitais de Santa Maria e São João sejam integrados neste sistema.

A criação dos centros hospitalares associa-se a uma cooperação entre os recursos, quer humanos quer materiais, de forma a existir uma racionalização dos meios, a fim de evitar gastos económicos desnecessários (Gonçalves, 2008).

Encontrando-se tutelados pelos Ministérios das Finanças e da Saúde, os hospitais EPE têm como órgãos sociais, o conselho de administração, fiscal único e o conselho consultivo e segundo o que estabelece o Decreto-Lei n.º 233/2005, de 29 de dezembro “são pessoas coletivas de direito público de natureza empresarial dotadas de autonomia administrativa, financeira e patrimonial”. Com capital público e sendo sujeito, em termos de fiscalização ao Tribunal de Contas, o endividamento não pode exceder 30% do capital social e a gestão é baseada em contratos orçamento-programa negociados entre a tutela e o hospital. Quanto ao pessoal a contratar este rege-se pelas regras de direito privado, materializados no regime de contrato individual de trabalho. É essa a figura considerada a mais adequada à prossecução de um melhor nível da racionalidade económica das

decisões de investimento. Neste mesmo Decreto-Lei é expressa a intenção de se vir a atribuir, progressivamente, a figura de EPE a todos os hospitais que se mantenham integrados no SPA (Decreto-Lei n.º 233/2005, 2005).

O Ministério da Saúde através do Decreto-Lei n.º 50-A/2007, de 28 de fevereiro afirmou, que “este novo estatuto é o que se adequa à gestão de unidades de cuidados de saúde hospitalares, porque compatibiliza a autonomia da gestão com a sujeição à tutela governamental”.

Os Hospitais EPE funcionavam anualmente com um orçamento de dados históricos, contudo passaram a laborar com um comportamento assente na melhoria da gestão. Os Hospitais EPE na prática passam de uma cultura de orçamento anual baseado em custos históricos, para uma cultura de performance baseada na otimização da gestão (Franca & Monte, 2010).

2.1.5. O Modelo tradicional de Administração Pública

É na esfera da Administração Pública que surge o modelo atual de Estado Social, que contém os princípios da Democracia e do Estado de Direito como pilares fundamentais, no entanto, com as reformas nas áreas da política, social, económica e tecnológica, trouxeram alterações na Administração Pública tradicional. É com o modelo de Estado intervencionista, característica das duas últimas décadas do último século, que se multiplicam as funções da Administração Pública, tarefas que deram lugar a novas organizações, novos órgãos e novos mecanismos de ação que se transformaram numa burocracia organizacional (Caeiro, 2015).

A gestão pública, na sua forma tradicional, está associada ao conceito de burocracia, de organização hierarquizada, onde cada um tem as suas responsabilidades definidas por normas e regulamentos. Vulgarmente, a burocracia é relacionada com organizações onde o papel se multiplica e avoluma, além do manifesto sentido de apego dos funcionários aos regulamentos e rotina, que impede soluções rápidas causando ineficiência às organizações (Chiavenato, 2021).

Na verdade, e de acordo com a Teoria da Escolha Pública (*Public Choice Theory*), os representantes da burocracia estão sobretudo preocupados pelo seu próprio proveito e não pelo interesse público. Esta ausência de estruturas e processos organizacionais

apropriados é um problema no setor público, a falta de eficiência do setor público deve-se, ao sobredimensionamento de alguns agentes públicos, à natureza monopolista da organização de mercado desta área e à ausência de parâmetros válidos de desempenho organizacional. Este modelo formal de burocracia que, apesar de, na sua conceção se destinar à gestão de organizações dos setores público e privado, é atualmente insustentável a sua utilização no seu formato original e ainda menos no campo do setor público (Marla Gonçalves, 2015).

2.1.6. A Nova Administração Pública

Durante as últimas décadas, os modelos de Gestão Pública têm surgido de acordo com as alterações do modelo de Estado, isto é, a cada tipo de Estado equivale um modelo de Administração Pública, que por sua vez reproduz as opções e valores que defendem e que procuram fomentar (Araújo J., 2007).

Estas alterações no papel do Estado e da Administração Pública são consequência de causas históricas, políticas, sociais e económicas, através das quais, o Estado cumpre a sua missão e traça as suas ações, aplicando desta forma mudanças estruturais (Nunes, 2015).

O setor da saúde, relativamente a outros setores, assume uma posição com grande visibilidade na sociedade, quer a nível social, quer a nível económico (Campos, 2001).

Os hospitais públicos em Portugal devido à sua dimensão e procura, são as unidades que mais consomem recursos, tanto materiais como humanos e conseqüentemente cria um aumento dos encargos ao Estado (Rego, 2011).

Com os Governos em permanentes dificuldades económicas, com a forte pressão em reduzir os gastos públicos, com a difícil tarefa de gerir uma Administração Pública ineficiente e gastadora e com o descrédito em relação à qualidade dos serviços públicos percecionada pelos cidadãos, sucedeu-se uma pressão a uma reestruturação de todo o sistema (Araújo J. , 2007).

Perante estas evidências, os contínuos Governos foram obrigados a reconsiderar as suas políticas de saúde, o que levou ao desenvolvimento de uma nova filosofia, com um misto

de reformas nesta área, com a finalidade de atingir uma maior racionalidade e eficácia na gestão destas organizações (Matos & Nunes, 2019).

Nessa perspetiva, a discussão entre equidade e eficiência levou a muitas alterações do papel do Estado que facilmente aplicou modificações estruturais no setor da Administração Pública, cujo papel é por ele determinado (Rego, 2011).

Não há qualquer hesitação em afirmar que foram os fatores económico-financeiros que mais pesou na reforma da gestão pública (Araújo J. , 2007).

De forma a atingir os objetivos traçados, era inevitável mudar o paradigma da gestão, para um modelo que fomentasse a passagem para a eficiência e a produtividade revertendo as ineficiências apontadas à administração dos hospitais (Nunes, 2017).

Foi nesta ótica que se adotou a *New Public Management*, que apareceu na década de 80 do século passado, num esforço de tentar atrasar ou reverter o aumento da despesa pública (Hood, 1991).

Este modelo de gestão, a Nova Gestão Pública (NGP), caracteriza as teorias administrativas que coordenaram as reformas nos diferentes países da *Organisation for Economic Co-operation and Development* (OCDE). Esta perspetiva, segundo Hood (1991), é composta por princípios que estão interligados entre eles, como a entrada no setor público de gestores profissionais, a descrição de medidas e modelos de desempenho com objetivos definidos, o cuidado no controlo dos resultados, a inserção de agentes que fomentem a concorrência no setor público, cortar na despesa e procurar mais eficácia no uso dos recursos.

Foram estas particularidades da NGP que ajudaram no progresso e reforma do setor público (Hood & Peters, 2004).

O suporte do *New Public Management* está na teoria económica, na qual predomina uma lógica prática e económica alicerçada nas leis de mercado. Este novo paradigma desempenha um progresso para uma Administração Pública com particulares empresariais e com uma cultura administrativa virada para os resultados, elementos que estabelecem a eficiência e a economia. Esta reorganização do setor público na sua gestão compreende uma diferente ideia de responsabilização pública, que atenua ou tenta anular

as discrepâncias entre o setor público e privado, na qual a responsabilização é uma realidade (Nunes, 2016).

Em Portugal, as reformas aplicadas na gestão hospitalar foram as mesmas que serviram de orientação ocorrida na administração pública, aquando foi reconhecida a perspetiva da NGP, depois de aceite de que o modelo dos hospitais do Setor Público Administrativo, era na sua maioria burocrático e hierarquizado (Nunes, 2017).

Assim, esta forma de gerir os dinheiros públicos trouxe consigo um conceito diferente de prestação de contas à sociedade, trazendo uma maior transparência na gestão e maior responsabilidade na atuação operacional do Governo (Pereira, et al., 2017).

2.2. Eficiência das unidades hospitalares

Podemos definir eficiência como sendo, a ligação entre os recursos usados e os resultados alcançados numa dada atividade, e no seguimento disto, a produção eficiente é aquela que potencializa os resultados obtidos, com um determinado nível de recursos ou minimiza os recursos necessários para obter um certo resultado (Pereira, 2004).

O conceito de eficiência é normalmente utilizado para indicar quando uma organização utiliza os seus recursos de forma produtiva, isto é, quanto maior o grau de produtividade com a utilização dos recursos, mais eficiente é essa organização (Maximiano, 2000).

Segundo Atkinson et al. (2000), a eficiência das unidades hospitalares está ligada ao desempenho organizacional, isto é, garante um vínculo entre o planeamento e o controlo. O primeiro, foca-se em todo o processo desde o reconhecimento dos objetivos até aos meios para os atingir e o segundo, orienta a organização de forma a atingir os fins a que se propôs.

Sobre a eficiência, Harfouche (2010) advoga a presença de três condições de eficiência: a eficiência técnica que é o conceito mais comum, a eficiência alocativa ou de afetação e, por último, a eficiência económica.

Para Farrell (1957), a eficiência técnica é alcançada quando uma unidade gera o máximo possível de *outputs* perante um conjunto de *inputs*, isto é, recursos ou fatores de produção.

Por outro lado, a eficiência alocativa reproduz a competência de uma empresa em empregar os seus *inputs* em percentagens razoáveis, dado o nível dos seus custos. A perceção dos gastos/custos é essencial neste tipo de eficiência. Isto é, uma unidade terá eficiência alocativa se para um estabelecido nível de produção definido e dados os valores dos fatores produtivos, tiver um gasto mínimo (Harfouche A., 2010).

A eficiência económica é obtida quando, em situações de eficiência técnica, o benefício proveniente da produção de mais do que uma unidade, ou seja, o benefício marginal for idêntico ao custo de produção dessa mesma unidade adicional, o custo marginal (Alves, 2012).

No âmbito da saúde, a eficiência comprova a competência do sistema de saúde em atingir os resultados desejados. Assim, avaliar a eficiência hospitalar não é só importante como se justifica dada a elevada despesa com a assistência à saúde em geral. Com a redução dos custos no âmbito da assistência hospitalar, será possível deslocar esses recursos para outras partes do setor, dando a possibilidade aos gestores de se valer desse instrumento com o propósito de avaliar o impacto das políticas de saúde nos próprios serviços e em simultâneo planear e determinar prioridades, assim como comparar os resultados desejados. Assim, avaliar a eficiência hospitalar não é só importante como também o seu desempenho com os outros hospitais que integram o mesmo sistema de saúde (Ozcan, 2007).

De modo a obter mais e melhor, é fundamental que todas as organizações avaliem o seu desempenho, ou seja, a avaliação do desempenho é essencial no controlo do funcionamento da organização, uma vez que, intervêm nas decisões e no comportamento organizacional (O'Mara, et al., 1998).

A medição do desempenho para Neely et al. (2002), tem uma explicação mais prática, pois este, entende-a como uma ferramenta para calcular a eficiência e a eficácia do funcionamento de negócio.

O aumento das exigências e os elevados custos com a saúde, impõe aos profissionais de saúde uma maior concentração na produtividade e na qualidade dos serviços, uma vez que, um dos problemas da gestão hospitalar, na atualidade, é o uso eficiente dos recursos limitados, atingindo a eficiência quando os *inputs* são gastos, sem que haja

desaproveitamento, e que os *outputs* sejam aproveitados conduzindo à qualidade e produção (Gok & Sezen, 2013).

No entanto, para Kirigia et al. (2008), a eficiência traduz-se em alcançar o máximo de recursos ou minimizar o uso desses recursos para gerar um determinado nível de serviços no âmbito dos hospitais. As instituições de saúde conseguiriam alcançar melhorias noutros objetivos organizacionais na qualidade no atendimento, se, por exemplo, aperfeiçoassem a sua eficiência.

Segundo Slack et al. (2002), é necessário que todas as organizações avaliem o seu desempenho de forma a obter mais e melhor.

Porém, medir a eficiência hospitalar não é tarefa fácil, pela essência especial do seu método produtivo. Os problemas surgem com a diversidade de objetivos e da definição da produção. Na realidade, o trabalho dos hospitais deveria reproduzir o seu impacto na situação de saúde da população, no entanto, este facto apresenta-se com alguma dificuldade, tanto a nível teórico como prático. Para cada tipo de análise são usadas diferentes aproximações, porém é usual em análises microeconómicas de eficiência, a aplicação de “*outputs* intermédios” como os serviços de saúde, sendo aceite que a relação de serviços de saúde e o estado de saúde da população é considerada elevada e positiva. Uma dificuldade adicional relaciona-se com a diversidade dos hospitais, tanto ao nível das envolventes, como da combinação produtiva. Esta característica limita a determinação da tecnologia subjacente e, em consequência, da sua forma funcional. Refira-se, ainda, que uma outra característica do setor hospitalar em alguns países é a escassez de dados disponíveis, o que dificulta a comparação entre as diferentes unidades sob avaliação e condiciona a capacidade das autoridades para monitorizarem e incentivarem a melhoria do seu desempenho (Moreira, 2008).

2.3. Técnicas de medição de eficiência em Serviços de Saúde

Para a medição da eficiência, existem dois tipos de métodos: os paramétricos e os não-paramétricos (Reis & Júnior, 2007). Quanto aos métodos paramétricos, são os que adotam uma relação funcional, definida à partida, entre *inputs* e *outputs* e que permitem a medição do erro. Os métodos não-paramétricos não pressupõem nenhuma relação

funcional e/ou limitação, o que faz com que o erro de especificação seja baixo (Mello, et al., 2005).

Segundo Hollingsworth (2008), as metodologias mais utilizadas na medição da eficiência em serviços de saúde são normalmente a Análise Envoltória de Dados (DEA), que usa técnicas não paramétricas e a *Stochastic Frontier Analysis* (SFA), que emprega técnicas paramétricas.

Para Kooreman (1994), e de acordo com o seu pensamento, a divergência entre os métodos SFA e DEA está no tipo de informação utilizada em cada um deles. Na metodologia SFA, é necessário ter em atenção o preço dos *inputs*, a quantidade dos *outputs* e os custos totais, isto é, a medida de eficiência está incluída entre a eficiência técnica e a eficiência económica. Por outro lado, na abordagem DEA, apenas são utilizadas as quantidades de *inputs* e *outputs*, encontrando-se a medida de eficiência direcionada sobretudo para a eficiência técnica.

Pelo facto de estas técnicas serem consideradas mais sólidas e mais adequadas ao processo produtivo das unidades de saúde, esta é a principal razão que suporta a utilização preferencial destas em prejuízo de outras. No entanto, há outras técnicas no meio académico que se podem salientar e também elas aplicadas na medição da eficiência em serviços de saúde, embora com menor representação, como por exemplo, a da Diferença das Diferenças (DDD), a função *translog*, o *cost performance index*, a *Deterministic Frontier Approach* (DFA), o índice de produtividade de *Malmquist* e o *free-disposal hull* (Worthington, 2004).

2.4. Surto Pandémico – Covid 19

Em 2019, a Organização Mundial de Saúde (OMS), apresentou uma lista do que considerava poderem ser as maiores ameaças a nível global, e entre elas, constavam as pandemias resultantes do vírus influenza, da expansão do ébola e de outros agentes patogénicos de alto-risco, que resistiam aos antibióticos e à vacinação (Costa & Nuno Costa, 2020).

Porém, os coronavírus nos humanos já são conhecidos há algum tempo e foram identificados pela primeira vez em meados da década de sessenta do século passado. O

Coronavírus da Síndrome Respiratória Média (MERS-CoV) é um recente coronavírus referenciado pela primeira vez num indivíduo na Arábia Saudita em 2012. Este vírus tem origem nos morcegos que por sua vez o passam aos camelos, porém, a forma de como este se transmite ao homem permanece desconhecida (Meštrović, 2019).

No entanto, é o coronavírus SARS-CoV-2 o motivo de grande preocupação em todo o mundo. Trata-se de uma patologia respiratória aguda, isto é, uma infeção provocada pelo vírus SARS. Estes agentes infecciosos são conhecidos por causar doenças que variam de uma simples constipação à síndrome respiratória aguda grave. É um patógeno zoonótico que pode ser disseminado através de interações animal-humano e humano-humano (Saritha, et al., 2021).

Este vírus é difundido principalmente por gotículas de saliva ou por contacto direto ou indireto. O combate contra esta doença depende da rápida deteção, isolando de imediato os casos suspeitos ou prováveis e o acompanhamento próximo dos casos identificados. O SARS-COV-2 ou COVID-19, descoberto em 2019, deve o seu nome à sua parecença com o SARS-CoV1 que apareceu em 2003 (L. Tesini, 2021).

Esta pandemia, veio colocar a Segurança Sanitária como tema principal da agenda política dos Estados e das Organizações Internacionais (Carreiras, 2020).

2.4.1. Covid 19

O *Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus 2* (SARS-Cov-2), é um novo vírus reconhecido por ser da família coronavírus, e torna-se público a nível global após uma série de casos de pneumonia viral de origem desconhecida que ocorrerem na cidade de Wuhan, na China, em dezembro de 2019. Este vírus, responsável pela pandemia da COVID-19, depressa se dissemina por todos os continentes. As manifestações clínicas da doença são múltiplas e provocam quadros clínicos com níveis de gravidades diferentes. Em casos mais suaves, são determinados como síndrome gripal, e normalmente costumam apresentar tosse, febre, dor de garganta, dor de cabeça, entre outros, no entanto, quando se trata de pacientes com um quadro clínico mais grave, com síndrome respiratória aguda grave, são acompanhados também de outros sintomas como, hipoxemia, taquipneia e hipertensão (Guan, et al., 2020).

No entanto, o primeiro caso foi apresentado apenas à OMS a 31 de dezembro de 2019 e foram os casos de pneumonia de origem desconhecida que surgiram em Wuhan, China (Ordu, et al., 2021).

O Governo chinês depressa se apercebeu da gravidade da situação e desencadeou um conjunto de medidas radicais, nomeadamente a aplicação da quarentena e isolamento profilático em diferentes cidades, a construção de hospitais em poucos dias, o recrutamento da população e organização do sistema de saúde para encarar o que chamou de “guerra popular” contra o vírus. Nos primeiros dias de 2020, já era incontestável o alto poder de disseminação entre humanos e a necessidade de agir imediatamente na tentativa de contenção e/ou mitigação da sua propagação. Em janeiro, já eram pelo menos cinco, os países com casos identificados, sendo eles a China, Estados Unidos, Japão, Coreia do Sul e Tailândia, e na China, já se contavam mais de 600 casos comprovados e pelo menos 17 mortos. Porém, e apesar da baixa percentagem de mortalidade naquela altura, a propagação da nova doença estendia-se a uma rapidez enorme, ameaçando criar problemas nos sistemas de saúde e colocar em risco a vida de muitas pessoas a nível global (T Wu, et al., 2020).

Bruce Aylward, chefe da equipa de peritos estrangeiros da OMS recrutado para a China, confirmava em conferência de imprensa efetuada no fim de fevereiro de 2020, que as acertadas medidas chinesas deram algum tempo para que os países do ocidente se pudessem preparar, embora tenha também advertido que se deveria trabalhar rapidamente (Organization, 2020).

Os níveis de aviso quanto à gravidade e à ameaça deste vírus, Covid-19 viriam a aumentar gradualmente na medida em que a quantidade de casos se disseminava pelo mundo até que, em 11 de março de 2020, a OMS afirmou oficialmente a presença de uma pandemia com “níveis alarmantes de propagação do vírus”, e que foi intensificado pela apatia da maior parte dos Governos, segundo a própria OMS (Barroso, 2020).

A origem e a fonte do SARS-CoV-2 permanecem desconhecidas, embora os casos iniciais tenham sido associados ao mercado de frutos do mar de Huanan, no sul da China, onde cobras, pássaros e outros animais, como morcegos, eram vendidos. Considerando que muitos dos primeiros pacientes trabalhavam ou visitavam o mercado em contraste com

os casos exportados, sugeriu-se uma transmissão de humano para humano ou um animal mais difundido (Li, et al., 2020).

Recentemente, foi demonstrado que a transmissão aérea é altamente virulenta e representa a via dominante para espalhar a doença (Zhang, et al., 2020).

A maioria dos indivíduos infetados com SARS-CoV-2, são assintomáticos ou exibem sintomas leves, presumivelmente devido a uma boa resposta imune capaz de controlar o progresso da doença. Há evidências de que essas pessoas assintomáticas podem contagiar outras pessoas com SARS-CoV-2. No entanto, indivíduos sintomáticos podem desenvolver sintomas mais graves e eventual óbito, sendo que a melhor forma de acautelar a transmissão e a doença é evitar a exposição ao vírus. Logo, algumas das medidas incluem lavar as mãos com assiduidade, evitar contacto próximo, tapar a boca e o nariz com máscara, abafar tosses e espirros e limpar e desinfetar com frequência as superfícies tocadas (Aguirre-Duarte, 2020).

Embora estudos observacionais tenham referido a idade avançada e a presença de outras doenças como fatores de risco para agravamento da doença em pacientes com COVID-19, também se concluiu que a doença grave poderia ocorrer em pacientes mais jovens sem condições médicas pré-existentes (Merad & C. Martin, 2020).

Os primeiros casos em solo nacional foram comprovados apenas a 2 de março e a primeira vítima mortal ocorreria duas semanas depois, no dia 16. Todavia, o Governo, já tinha tomado as primeiras medidas de forma a preparar o país a nível sanitário e institucionalmente desde os finais de janeiro, quando a Direção Geral de Saúde (DGS) colocou os hospitais de São João, no Porto, Curry Cabral e Estefânia, em Lisboa, em situação de alerta (Saúde, 2020).

Ainda sem qualquer caso registado em fevereiro, o Governo comunica que existirá um reforço de medicamentos para todo o SNS e tomam-se, assim, as primeiras medidas com a DGS através da publicação das indicações e normas sobre a contingência de casos suspeitos. Nos primeiros dias de março, a pandemia era já a principal notícia dos *media* e surgem as preocupações com a composição etária da população dado o alto número percentual de idosos (Direcção Geral de Saúde, 2020).

2.4.2. Evolução da pandemia em Portugal

Quase todo o planeta foi empurrado para uma crise sanitária e humanitária, testando a espécie humana em várias dimensões devido à pandemia covid - 19 com início em 2019. Esta pandemia trouxe consigo uma enorme mudança nas relações entre espaço, tempo e doenças infecciosas, e constatou-se que o mundo se encontrava mais frágil devido a estes episódios e ao aumento da propagação, tanto das patologias já conhecidas como de outras que surgissem (Lima, et al., 2020).

Nos últimos dois anos, a pandemia covid - 19 tornou-se a maior aflição no contexto de saúde pública, conseguindo até abalar a sustentabilidade ambiental e a responsabilidade social, assim como a qualidade de vida dos seres humanos (Severo, et al., 2021).

A COVID-19 é a maior pandemia que o mundo testemunhou nos últimos tempos e é demasiado contagiante, difundindo-se rapidamente com uma repercussão extraordinariamente variável entre os diferentes países (BS & Nambiar, 2020).

A forma de expansão do vírus pelos diferentes países veio evidenciar a importância da geografia no esclarecimento dos fenómenos, sendo este conhecimento de grande importância para o acompanhamento da disseminação do fenómeno (Costa & Nuno Costa, 2020).

A difusão da COVID-19 em Portugal remete-se há estrutura da rede urbana, transmitindo-se a infeção a partir destes principais centros urbanos para os aglomerados populacionais contíguos. Este modelo parece refletir-se noutros cenários, sendo esta uma explicação plausível, em parte, até porque há aqui, uma dimensão ocidental, isto é, existe um envolvimento internacional de alguns grupos de produção industrial do norte e centro litoral, com uma vertente exportadora e importadora com países da Europa onde o surto pandémico foi mais prematuro e acentuado. No entanto, pode-se adicionar outro fator, como, deslocações diárias praticadas entre concelhos de residência e de trabalho. Porém, também os lares de idosos são outra área bastante vulnerável, nos quais a entrada do vírus deve-se essencialmente a três origens: as cuidadoras e outro pessoal alocado ao espaço, a deslocação dos idosos às unidades de saúde ou hospitais e as visitas de familiares (Costa & Nuno Costa, 2020).

Em Portugal, o impulso da pandemia foi marcada pela disseminação maciça de uma variante do SARS-CoV-2 representado por uma mutação específica no seu principal

antigénio, segundo os resultados de um estudo produzido pelo Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge (INSA) sobre a multiplicidade genética do novo coronavírus (Borges, et al., 2020).

A 2 de Março de 2020, foi oficialmente diagnosticado o primeiro caso com a nova doença, covid 19, enquanto o primeiro óbito é declarado a 16 de março de 2020 (Shaaban, et al., 2020).

Sendo os anos de 2020 e 2021 tempos de confinamentos e desconfinamentos, Portugal foi-se adaptando a esta nova realidade. Traçando uma linha do tempo com as principais ações colocadas em prática por Portugal para tentar travar a pandemia, é possível situá-la a 2 de março de 2020, data do primeiro caso de Covid-19 em Portugal, declarado no norte do país, a um homem de cerca de 60 anos e que estivera de férias no norte da Itália. Foi a 12 de março de 2020, que a OMS, anunciou oficialmente a pandemia de Covid-19. No dia seguinte, a 13 de março de 2020, António Costa, oficializa em Portugal a pandemia da Covid-19 em conferência de imprensa do primeiro-ministro de Portugal (Costa A. , 2020).

Com a evolução da pandemia, a 18 de março de 2020, Portugal anunciou o Estado de Emergência, aconselhando a população a permanecer em casa, em isolamento, e apenas os serviços básicos como hospitais, centros de saúde, farmácias, restaurantes com entrega ao domicílio e supermercados tiveram permissão para continuar em atividade durante este período. As fronteiras foram encerradas (Healthnews, 2020).

Em maio de 2020, Portugal recua um patamar abdicando do Estado de Emergência e entra em Situação de Calamidade e dá-se o início do primeiro plano de desconfinamento.

Portugal entrou na terceira fase do plano de desconfinamento, em junho de 2020, permanecendo em Situação de Calamidade, embora com alguma complacência frente às medidas dos meses anteriores. A maior parte das atividades económicas foram recuperadas nesse período e apenas os bares e discotecas continuaram fechados. Houve também recusa a grandes eventos, festas, festivais de verão e algumas feiras, acompanhados de novos horários de funcionamento no comércio, assim como limitação do número pessoas no mesmo espaço, o uso de máscaras em algumas situações e o distanciamento social e/ ou uso de divisórias para acautelar o contacto entre pessoas (Assembleia da República, 2020).

Em julho de 2020, com o princípio do verão e das férias, Portugal começou a receber os primeiros turistas, vindos essencialmente dos países da União Europeia (UE), assim como a reabertura das fronteiras com o país vizinho. Neste mesmo período, Portugal entrou em Situação de Alerta/Contingência, e a UE desenvolveu um portal para ajudar nas atualizações e na comunicação das restrições de cada país do grupo, o *Re – Open UE*. Para viajantes fora do contexto europeu, unicamente foram autorizadas viagens de caráter essencial (União Europeia, 2022).

Em agosto de 2020, os números da covid-19 em Portugal permaneciam estáveis, aumentando apenas a ocorrência entre os mais novos e com o reconhecimento de alguns surtos fora dos grandes centros urbanos. Neste mesmo período, os internamentos graves mantiveram-se seguros e sob controle. O turismo apenas foi facilitado a cidadãos de Estados-Membros da UE e demais países do Espaço *Schengen*. Os portugueses, na sua grande maioria, ficaram em Portugal e foram mesmo incentivados a fazerem férias dentro do próprio país (Healthnews, 2020).

No mês de setembro de 2020, nota-se um aumento expressivo do número de casos diários em diversos países da UE, incluindo Portugal. Este facto foi reconhecido como o início da segunda onda da pandemia. Perante esta ocorrência, o Governo português avisou que este seria um período com mais restrições para garantir o controle da pandemia durante o período do outono e do inverno. Em outubro de 2020, o número de casos de Covid-19 continuou a crescer na Europa por variados fatores, nomeadamente, o início do ano letivo e a chegada do Outono, quando as temperaturas principiaram a descer e as pessoas acabam por permanecer mais tempo em espaços fechados. Assim, durante o mês de outubro, começaram as restrições mais rígidas em diversos países, incluindo Portugal com o propósito de controlar o contágio e evitar um colapso hospitalar. A 14 de outubro, Portugal assinala o aumento de limitações para a população e declarou Estado de Calamidade em todo o país. Perante este facto tornou-se obrigatório o uso de máscara em espaços públicos em todo o país. Com novos casos e o aumento de mortes diárias, em novembro de 2020, Portugal anunciou novo Estado de Emergência em todo o país e entra em vigor o recolhimento obrigatório em todos os concelhos de Portugal em situação mais crítica (Healthnews, 2020).

O Estado de Emergência continuou a vigorar em Portugal ao longo de todo o mês de dezembro de 2020. Entre as medidas permaneciam as restrições para a permanência na rua durante a semana entre as 23h e as 05h e, aos fins de semana e feriados, das 13h às 05h. É também neste mês de dezembro que Portugal principiou a vacinação contra a Covid-19. O ano de 2021 inicia-se ainda com o Estado de Emergência e com regras limitativas no tráfego aéreo. Com o agravamento dos casos e do número de mortes provavelmente no decurso de aglomeração no Natal, o país voltou ao *lockdown* do confinamento no dia 15 de janeiro, compreendendo o encerramento das escolas e das fronteiras. Em fevereiro de 2021, o Estado de Emergência continuava vigente, e os voos a partir do Brasil e do Reino Unido foram suspensos. O Estado de Emergência continuou durante todo mês Março de 2021. Com a vacinação a decorrer, no dia 27 de março de 2021, alcançou-se cerca de 1 milhão e 500 mil vacinas administradas em Portugal. O Plano de Desconfinamento inicia-se a 15 de março com aberturas lentas e restrições do comércio e dos serviços previstos até dia 5 de maio. Em abril de 2021, o país continuava em Estado de Emergência, contudo foram autorizados os voos comerciais do Brasil para Portugal a partir do dia 16 de abril de 2021 e apenas para passageiros com viagens necessárias, dotados de teste negativo para Covid-19 feito nas últimas 72 horas antes do embarque e com a obrigatoriedade de quarentena de 14 dias a partir do desembarque em Portugal. Sobre a vacinação, até ao dia 14 de abril de 2021, tinham sido administradas cerca de 2,2 milhões de vacinas em Portugal. O Plano de Desconfinamento, inicia-se a 15 de março e continua durante todo o mês de abril com aberturas faseadas a nível de comércio e serviços, em concordância com os números de casos por concelho (Healthnews, 2020).

Com um número mais baixo de novos casos de Covid-19, mortes e internamentos diários, em maio de 2021, o Governo português põe fim ao Estado de Emergência e decretou Estado de Calamidade em todo o país no dia 1 de maio. Os voos originários do Reino Unido foram aprovados no dia 17 de maio. Quanto à vacinação, até ao dia 16 de maio de 2021, tinham sido administradas cerca de 4,4 milhões de vacinas em Portugal. Quanto ao Plano de Desconfinamento, o país passou para a 4ª fase ainda no mês de maio com as restrições em alguns municípios. Portugal permaneceu sob Estado de Calamidade ainda em junho de 2021 e embora com alguma flexibilidade, foi dado início ao turismo,

principalmente a nível interno. Sobre a vacinação, neste mês de junho de 2021, foram cerca de 7,9 milhões de vacinas administradas em Portugal. Com a variante Delta, os casos no país aumentaram, sobretudo na região de Lisboa e Vale do Tejo (Healthnews, 2020).

Em julho de 2021, Portugal continua sob Estado de Calamidade, e cerca de 11 milhões de vacinas foram administradas em Portugal, ou seja, com estes números cerca 67% da população recebeu a primeira dose e mais de 54% da população já tinha a vacinação completa, o que permitiu que o Governo anunciasse um novo plano com medidas evolutivas para o fim das restrições. Ainda no decorrer deste mês entra em vigor o Certificado Digital Covid da UE (Saúde, 2022).

Portugal, em agosto de 2021, continuava sob Estado de Calamidade que viria a ser alterado no dia 20 de agosto, passando a Situação de Contingência. Com 73% da população vacinada, o Governo dá início a uma nova etapa aliviando algumas restrições (República, 2020).

O mês de setembro de 2021, traz consigo mais uma descida para um patamar inferior e entra em Situação de Contingência. Perante estes factos, novas medidas de flexibilização foram determinadas, e para quem viaja a partir do Brasil, com o despacho nº 8652-C/2021 e o comunicado do governo de Portugal, acabaram as restrições sobre a viagem ser essencial e a obrigatoriedade de quarentena. A vacinação, atinge os 84% da população. (República, 2021).

O mês de outubro de 2021 marca uma nova fase para Portugal, que abandona a Situação de Contingência para a Situação de Alerta. A vacinação atinge os 84% de vacinados, e foram abertos bares e discotecas com a apresentação do certificado digital e o uso da máscara passa a ser recomendado apenas para lugares com elevado número de pessoas.

Em novembro de 2021, Portugal continua em Situação de Alerta. Para quem viaja para Portugal de avião ou navio, há normas próprias a serem seguidas previstas no despacho nº 10703 – A/2021 de outubro de 2021, com validade até dia 30 de novembro de 2021.

No mês de dezembro de 2021, com a suavização das restrições e 86,6% da população completamente vacinada, Portugal necessitou de recuar por precaução sobretudo pelo

agravamento da pandemia em diferentes países da Europa, e também pela entrada do inverno, das festas de fim de ano e o surgimento da nova variante Ómicron.

Em suma, a pandemia COVID-19 veio obrigar os legisladores a decretar confinamentos urgentes para evitar um contágio rápido e massivo. Contudo, após esta fase, as sociedades estão obrigadas a reencontrar um equilíbrio entre a exigência de reduzir as taxas de contágio e a necessidade de reabrir e reerguer a economia (J. Silva, et al., 2021).

2.4.3. Medidas de Prevenção

Devido a toda a situação que o mundo enfrenta, é fulcral que se tomem medidas e se atue, de modo a preservar os recursos médicos limitados e evitar mais gastos desnecessários (Shaaban, et al., 2020).

Desde que foi dado o alerta deste surto pandémico que Portugal, em conjunto com outros países, deram primazia à preparação e resposta à doença causada pelo novo Coronavírus, particularizando três elementos principais, como: vigilância, confirmação e deteção; apreciação do risco e gravidade; e, a vigilância da pandemia (Correia, et al., 2020).

As manifestações existentes apontam que o vírus se dispersa sobretudo, devido ao contacto próximo, isto é, a um curto intervalo de conversação, através da boca ou nariz de uma pessoa contaminada, às pequenas partículas líquidas, quando se tosse, espirra, fala, respira, ou se as partículas infecciosas se colocarem em contacto direto com os olhos, nariz ou boca (transmissão de gotículas). Os ambientes fechados ou mal ventilados onde os indivíduos possam permanecer mais tempo é outra das formas de o vírus se transmitir (Organization, 2021).

Perante esta evidência do surto pandémico, o propósito final das medidas de saúde pública são, essencialmente, atenuar o risco de propagação individual e de transmissão do vírus à população, e têm o intuito de retardar o pico da pandemia e reduzir o número de casos, de casos graves assim como o número de óbitos. A redução do número de infetados e da sua gravidade terá um efeito positivo importante nos serviços de saúde, o que possibilita o alívio da carga sobre os profissionais e otimizar, assim, os recursos. As medidas de

saúde pública, numa fase inicial da pandemia, podem igualmente ajudar para acautelar a entrada/introdução do agente patogénico numa dada população (Correia, et al., 2020).

Como não há um tratamento válido confirmado para o COVID-19, neste momento, de forma a limitar a transmissão da doença, a estratégia é promover medidas de controlo eficazes (BS & Nambiar, 2020).

É importante que seja seguido um conjunto de medidas para acautelar a propagação do vírus dada as particularidades do mesmo que provoca a Covid – 19. As medidas com maior relevância e efetividade, são as seguintes: distanciamentos, isto é, ao reduzir o contacto e tempo entre pessoas ajuda a conter o risco de contágio e disseminação da Covid - 19, assim como a utilização de equipamento de proteção individual, ou seja, o uso de equipamentos de proteção como barreira protetora. Quanto à higiene pessoal, é importante que regularmente se lave as mãos e que se tenha atenção à etiqueta respiratória, uma vez que as mãos são um relevante veículo de transmissão da infeção ao entrarem em contacto com objetos ou superfícies contaminadas. Apesar de ainda não haver dados concretos sobre o período de sobrevivência do vírus nos diversos materiais da roupa, é importante a sua lavagem correta e, em certas circunstâncias, a sua descontaminação. É também indispensável o arejamento dos espaços fechados através da abertura de janelas e portas, sempre que possível, ou verificar o funcionamento do sistema de ventilação, não negligenciando a sua limpeza e manutenção. No tratamento dos resíduos produzidos e se existir sintomas sugestivos de Covid - 19 é essencial ter cuidados específicos no tratamento dos mesmos (Saúde, 2022).

Dado que as estratégias de confinamento total não apontam ser a melhor forma nem o método mais fácil de implementar, pelos graves efeitos económicos e sociais que estas trazem consigo, a única solução é a realização do ato de testar, sendo que este gesto é básico para encontrar os *clusters* e assim, limitá-los (Costa E. & Nuno Costa, 2020).

2.4.4. Pressão hospitalar em Portugal

Esta imprevisível pandemia desafiou os sistemas de saúde em todo o mundo e salientou a urgente necessidade de analisar a organização destes, de forma a combater eventuais desastres e uma rápida resposta a uma crise de saúde como a COVID-19, isto é, acontecimentos dramáticos que ocorreram na última década expuseram a necessidade de

compreender como administrar os sistemas de saúde perante perturbações ou choques que na sua maioria são imprevisíveis, e que colocam os variados sistemas de saúde sob enorme pressão (Shrestha, et al., 2020).

A falta de informação foi uma particularidade dos primeiros dias de pandemia, situação que se manteve e de certo modo cresceu à medida que o vírus se espalhava. O número de infetados que precisavam de cuidados intensivos aumentou, em particular nas regiões mais atingidas, ultrapassando em muito a capacidade disponível, ao mesmo tempo, os *media* faziam manchete com imagens de pacientes a serem tratados nos corredores hospitalares, bem como os profissionais de saúde esgotados. A realidade era na verdade caótica, faltava quase tudo, poucas camas para novas admissões, poucos profissionais de saúde, poucos equipamentos, em especial ventiladores, e em alguns casos mais graves, a garantia de quantidades suficientes de oxigénio. No entanto, a situação era completamente diferente em alguns países asiáticos, onde em tempo *record* os hospitais foram redesenhados, para possibilitar a separação dos pacientes infetados com o vírus daqueles que apenas precisavam de cuidados normais (Organization, 2021).

A nível europeu, Portugal foi um dos países mais afetados por esta pandemia Covid 19, no entanto, uma campanha de testagem em massa foi acompanhada por uma excelente capacidade laboratorial, embora a transmissão comunitária do vírus fosse um estímulo acrescido (Comission, 2021).

Porém, tal como em muitos outros países, a pressão acabou por revelar as fragilidades dos sistemas de saúde e a dificuldade de colmatar todas as deficiências encontradas, dada as dificuldades económicas. Os hospitais estavam sobre os holofotes e revelavam pouca flexibilidade para responder à pressão que sobre eles recaía (Shaaban, et al., 2020).

A responsabilidade de liderar a resposta do sistema nacional de saúde à pandemia de COVID-19, é do Ministério da Saúde, que por sua vez delega nas administrações regionais de saúde a organização de medidas a nível regional que as transmitem aos hospitais e unidades de saúde primária. Cabe à DGS, através da sua *Task Force*, criada para organizar o “ataque” à COVID-19, coordenar medidas de saúde pública demarcadas no plano de contingência para responder à crise, em parceria com as autoridades de saúde regionais e locais, e em simultâneo, a esta mesma DGS, compete coordenar a vigilância epidemiológica e o rastreio de contactos. Quanto à atividade laboratorial é da competência

do Instituto Nacional de Saúde, que posteriormente auxilia nas políticas e ações em saúde pública (Comission, 2021).

Para responder à pandemia Covid 19, a 11 de março de 2020 foi ativado o plano de contingência, de forma a mobilizar e organizar toda a estrutura hospitalar, dado que esta mesma capacidade hospitalar antes da pandemia, em Portugal era muito inferior a outros países da UE. Perante esta situação, os hospitais responderam da melhor forma que conseguiram. Portugal quase duplicou a sua capacidade de UTI (Unidade de Tratamento Intensivo), de 587 leitos em março de 2020 para 1 015 leitos em março de 2021, para conseguir gerir o aumento da procura, e isto deve-se, sobretudo à alteração da capacidade de procedimentos planeados (Comission, 2021).

As enfermarias, habitualmente utilizadas para outros intuitos, foram convertidas em UTIs, e houve também uma redistribuição dos profissionais de saúde, muitos deles a excederem as horas normais de serviço, dado que as regras mínimas de contratação foram interrompidas (Organization, 2021).

Simultaneamente, a remarcação em outras áreas, principalmente as cirurgias não urgentes, facilitaram uma capacidade suplementar para o sistema de saúde, assim como a partilha de tarefas entre os recursos humanos da saúde. Diferentes esforços para desenvolver novas formas de trabalho surgiram para aproveitar todo o desígnio de aptidões disponíveis, estendendo o papel de cada profissão de saúde e ajustando ou introduzindo o trabalho em equipa (Bourgeault, et al., 2020).

O planeamento e reorganização dos sistemas de saúde no pico da pandemia, uma vez que, o surto se prolongava no tempo, foi de extrema importância não só na área dos cuidados intensivos como também em outras áreas, permitindo dar seguimento a outros serviços essenciais e não essenciais, assim como o auxílio à concretização dos planos de vacinação contra a covid - 19. No entanto, para conseguir atingir este objetivo no pico da pandemia, foi importante combater o absentismo para que os profissionais de saúde pudessem continuar a trabalhar (Waitzberg, et al., 2021).

Contudo, as opções tomadas para ampliar a capacidade da força de trabalho incluía a exigência de medidas que poderiam ter alguns efeitos colaterais dado o acumular do desgaste entre os trabalhadores de saúde, num contexto em que estes já sofrem pressões crescentes e necessitam cada vez mais de ser apoiados (Bourgeault, et al., 2020).

Com a sua capacidade ultrapassada, o sistema de saúde foi obrigado a exigir um controlo apertado sobre as camas repartidas entre os hospitais públicos, privados e parcerias público-privadas, respetivamente. Porém, é importante ressaltar que no período de 2007 a 2017 houve uma diminuição do número total de leitos, colocando Portugal com um número menor de camas por cada 100.000 habitantes em comparação a outros países europeus (Comission, 2021).

A proporção da força de trabalho na área da saúde era bastante diferente entre países europeus e a pandemia veio expor essas desigualdades. Em Portugal, e segundo dados da Ordem dos Médicos Portuguesa, o número de médicos ativos em 2020 era de 57.198, e o número de enfermeiros certificados pela Ordem dos Enfermeiros era de 77.984 em 2020, segundo dados disponibilizados pela plataforma Pordata (2020), isto é, apesar de nas últimas décadas estes números terem aumentado, atualmente, tem-se assinalado uma diminuição do número de habitantes por médico e enfermeiros, no entanto, e parecendo ser dados positivos, estes devem ser observados com algum cuidado, até porque Portugal comparado com a média da EU, tem um dos rácios mais pequenos de enfermeiros por 100.000 habitantes, uma vez que com a crise económica de 2011, houve saídas expressivas de emigração entre médicos e enfermeiros que trabalhavam em Portugal e que procuraram noutros lugares melhores condições de trabalho e salários (Simões, et al., 2017).

Para se conseguir o crescimento da capacidade da força de trabalho, com desvantagens claras em ambos os casos, é necessário ampliar a existente ou recrutar pessoal complementar, todavia estas modificações exigiram que a legislação tivesse que ser alterada para suportar alterações no período de trabalho e o procedimento de contratação de pessoal, sendo que esta última foi a mais utilizada. Nestes tempos de pandemia por COVID-19, assiste-se a importantes mudanças no modo de funcionamento e organização dos serviços de saúde. Foi necessário prevenir que entre os profissionais de saúde não havia infeções e garantir as medidas de segurança e auxílios próprios, nomeadamente artigos suficientes de Equipamento de Proteção Individual (EPI), testes regulares e preparação sobre medidas de controlo de infeção que no início da pandemia não foi possível garantir quando os equipamentos de proteção e outros materiais defrontaram-se com alguma escassez (Sagan, et al., 2020).

Foram os profissionais de saúde da linha da frente que correram o risco de serem infetados pelo vírus, o que lhes trouxe maior ansiedade, stress, e outros problemas de saúde mental, como o esgotamento, o sentimento de culpa relacionado com a incapacidade de prestar cuidados adequados, devido às restrições preocupantes de recursos (Bourgeault, et al., 2020).

Muitas foram as alterações que se fizeram sentir na forma de funcionamento dos serviços de saúde em tempo de pandemia Covid-19. Nos profissionais de saúde, houve um esforço extra, sacrifício, criatividade de reorganização e adequação dos recursos face às novas necessidades (Comission, 2021).

2.4.4.1. Desempenho hospitalar VS Covid 19

A intrínseca conceção de desempenho hospitalar pode ser exposta pela grandeza da pluralidade da sua definição produzida pelos diferentes autores (A. Smits, et al., 2008).

Para a OMS, o desempenho hospitalar assenta na capacidade profissional, no emprego e conhecimentos, na facilidade de facultar os meios e tecnologias fundamentais à prestação do atendimento, na eficácia do uso dos recursos com um baixo risco para o paciente, na utilização dos serviços e nos resultados dos processos do hospital, ou seja, o desempenho é o conjunto dos resultados conseguidos através dos métodos e, atividades que possibilitem uma pesquisa e confrontação com os objetivos e padrões anteriormente determinados (Saúde O. M., 2003).

Para D'Hoore, W et. al, (2002), o desempenho hospitalar deve ter em atenção a essência e a função do hospital, como a sua missão, a sua relação com o ambiente, entre outras.

Por outro lado, Li e Benton (1996), entendem que a definição de desempenho hospitalar pode alterar com os objetivos, interesses e perceções dos vários agentes, seja o Governo, financiadores, pacientes ou a própria sociedade. Na generalidade, para estes autores, o desempenho hospitalar na ótica dos seus utilizadores resume-se à qualidade do serviço prestado e para os profissionais da saúde traduz-se em conseguir alcançar os resultados clínicos desejados que são essencialmente a cura do paciente.

No entanto, para as administrações, o desempenho hospitalar está associado aos resultados conseguidos a nível financeiro e à vitalidade dos investimentos a realizar,

contudo para quem financia elogiam o baixo custo do investimento e o grau de satisfação dos pacientes (Li & Benton, 1996).

Em síntese, pode-se notar a variabilidade da interpretação de desempenho hospitalar para os diferentes atores do setor. A superação dos sistemas de saúde define-se pela aptidão de se prepararem, gerirem e aprenderem com as crises que surgem de forma inesperada, como a pandemia covid-19. A pandemia trouxe consigo grandes desafios à forma da organização e prestação de serviços, isto é, gerou picos de procura destes doentes com covid-19 e revelou dificuldade na manutenção de serviços para os outros pacientes. Assim, os sistemas de saúde tiveram de aplicar e reorganizar as estratégias, que passavam pela recolocação e redistribuição de capacidades e adaptabilidade dos serviços, através da efetuação de percursos alternativos nos cuidados aos doentes. Para reduzir a transmissão do covid-19, as medidas de saúde pública foram essenciais, tais como as medidas preventivas de: distanciamento, rastreamento, testes, isolamentos e as campanhas de vacinação. Porém, para atingir o sucesso desta operação, os sistemas de saúde tiveram que gerir a maior afluência aos serviços dos doentes com Covid-19, sem descuidar de prestar atendimento aos outros pacientes, apesar de, inicialmente, esta resposta durante a conhecida primeira vaga ter sido retardar ou mesmo cancelar os cuidados considerados não urgentes. No entanto, os serviços conseguiram readaptar-se a esta nova normalidade para garantir os serviços básicos de saúde (Aissat, et al., 2022).

Com o aumento da procura dos serviços de saúde, a capacidade destes de responder a este problema deve-se, em parte, à própria competência de ampliar a presença de sistemas para supervisionar a disponibilidade dos serviços assim como gerir as flutuações na procura e acesso aos mesmos (Sagan, et al., 2020). Aqui, é importante salientar as qualidades pessoais dos líderes, como o seu carácter e comportamento, quando confrontados com uma crise como esta que se vive, a pandemia covid-19, particularidades essenciais que incutem confiança entre as populações (D'Auria & De Smet, 2020).

Segundo Lanzoni & Meirelles (2013), suportados pela extensa literatura conseguiram identificar três características fundamentais de liderança que fomentam a superação dentro e fora da crise, a agilidade e a capacidade de resposta e aprendizagem.

Esta versatilidade de conseguir assegurar os impactos dos doentes Covid-19 e dos não Covid-19, demonstrou a eficiente resposta por parte dos sistemas de saúde, isto é, os

países, incluindo Portugal, continuaram a fornecer os serviços de saúde necessários, assim como gerir e aumentar a capacidade de camas de UTI, tão necessitadas durante a primeira vaga da pandemia (Sagan, et al., 2020).

Outra abordagem, foi a capacidade de implementar e reconfigurar planos de emergência como a adaptação de enfermarias hospitalares e espaços, como salas de recuperação pós-operatória em unidades para acomodar pacientes críticos com COVID-19. Este recurso só foi possível graças ao adiamento dos casos não urgentes, permitindo aos profissionais um atendimento eficaz e assim prestar as necessidades essenciais aos pacientes (Sagan, et al., 2020).

Os estudos existentes sobre essa temática são bastante heterogêneos, confirmam a importância do desempenho hospitalar e reconhecem distintas abordagens, modelos e óticas para compreender do que hoje é constituído e no que se baseia o desempenho hospitalar. Essa diversidade dificulta o conhecimento e análise desse desempenho composto por múltiplos fatores (Macinati, 2008).

Logo, a gestão do desempenho hospitalar domina a tomada de decisão e o comportamento organizacional, ensinando os gestores a reconhecer as incertezas no planeamento, antever o aperfeiçoamento no desempenho futuro e a atingir o objetivo indispensável. Ou seja, conseguir a melhoria contínua dos procedimentos e atividades do hospital, através do controlo e do melhoramento da qualidade e do desempenho das condições que combinam as perspetivas do desempenho hospitalar e naturalmente, o sistema de gestão e os serviços prestados (García-Altés, et al., 2006).

2.5. Método *Data Envelopment Analysis* (DEA)

A *Data Envelopment Analysis* é uma ferramenta recente que tem como propósito avaliar o desempenho das organizações, de forma a corrigir as ineficácias dos paradigmas tradicionais, que se apoiam praticamente nos sinais financeiros. Este tipo de metodologia baseia-se na Programação Linear (PL) e desde o seu aparecimento, nos finais da década de 70 do século passado, tem sido bastante utilizada nas várias áreas de atividade, incluindo a da saúde. Esta metodologia conquistou o seu espaço e tornou-se uma ferramenta imprescindível nas tomadas de decisão, essencialmente na avaliação do

exercício das diferentes organizações, sejam estas do setor empresarial ou social (Farrell M. , 1957).

A análise envoltória de dados é um instrumento de programação matemática não paramétrica, baseado em investigação operacional, que tem como objetivo calcular a eficiência técnica nas organizações e em outras atividades económicas, sejam elas instituições financeiras, de educação ou sistemas de saúde (Nepomuceno, et al., 2020).

Estas unidades que empregam recursos convertendo-os em produtos, designam-se por DMUs (*Decision Making Units*). De um modo geral, uma DMU é uma entidade encarregue por transformar múltiplos recursos (*inputs*) em múltiplos resultados (*outputs*), cuja sua ação se pretende avaliar (Lee, 2022).

2.5.1. Vantagens e Desvantagens

Este tipo de metodologia, assim como outras, apresentam vantagens e algumas limitações, sobretudo a nível dos modelos clássicos.

Assim, é possível apresentar como vantagens deste método as seguintes: a facilidade na interpretação dos modelos; o aspeto financeiro não ser indicativo; ter o conhecimento simplesmente dos *inputs* e dos *outputs* é o suficiente para determinar o valor da eficiência das DMUs e os *benchmarks* para unidades ineficientes; os *inputs* e os *outputs* podem aceitar múltiplas unidades de medida, uma vez que, esta técnica permite o uso de dados financeiros e não financeiros ao mesmo tempo; a flexibilidade na determinação dos pesos; a capacidade de aplicar a diferentes etapas ou ciclos; e, observar o progresso positivo ou negativo, da eficiência das instituições (S. Sarrico, 2001).

A nível de limitações, que acabam por condicionar o uso deste método, são principalmente: a distribuição irrealista dos pesos; e, a falta de poder de marginalização entre as unidades eficientes. Isto é, a primeira limitação reproduz-se quando a eficiência de algumas DMUs é conseguida através de valores demasiado superiores para pesos associados a um *output*, e/ou de valores bastante baixos para pesos relacionados a um *input*. A segunda limitação, ocorre quando o número de DMUs sob apreciação não é particularmente superior ao número total de *inputs* e *outputs*. Perante estes factos, os

modelos clássicos da metodologia DEA permitem reconhecer muitas DMUs como eficientes (Sherman & Zhu, 2006).

Em suma, a avaliação de desempenho organizacional é um instrumento essencial de gestão, que proporciona elementos de análise e recursos indispensáveis aos gestores, facultando, assim, o grande problema das organizações, as tomadas de decisão.

2.5.2. A utilização do DEA na avaliação dos hospitais

A Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico (OCDE) tem alertado para um agravamento continuado dos custos em saúde. O agravamento com as despesas na área da saúde, a nível ocidental e particularmente na Europa, tem colocado pressão sobre os défices, o que tem levado estes países a tomar medidas, de forma a travar a despesa, com o intuito de tornar os sistemas de saúde sustentáveis. Esta urgência em controlar a despesa pública tem conduzido a uma progressiva aprovação da indispensabilidade de se admitirem elementos de avaliação. Porém, é a única forma de exercer uma gestão responsável e adotar decisões apoiadas em factos, medindo a atividade hospitalar, cumprindo um método avaliativo que possibilite eleger as melhores oportunidades e avaliar o cumprimento do que se tem efetuado. Ainda assim, para que esta avaliação reproduza da melhor maneira a complexidade intrínseca à área da saúde, os indicadores selecionados para verificar a atuação de quem presta os cuidados de saúde, devem ter em consideração aspetos comparados com a qualidade dos tratamentos, ou seja, a consequência na saúde dos pacientes que os recebem (Marshall, et al., 2004).

Assim, é por estes factos que se justifica a utilização desta metodologia na avaliação dos hospitais, ou seja, a utilização do DEA na área hospitalar tem normalmente uma direção para *inputs*, justificando-se este facto pela predominância da perspetiva da eficiência na avaliação hospitalar. Isto é consequência da apreensão que os diversos agentes da saúde têm na redução de recursos, uma vez que o resultado hospitalar é, principalmente, ditado pela população que o procura, uma causa externa ao hospital. A prática avaliativa em Portugal tem sido tema de interesse nos últimos tempos, essencialmente pelas recentes reformas que a área da saúde tem comportado (Castro, et al., 2014).

2.5.2.1. Processo de Produção Hospitalar

Existem duas perspetivas de análise para avaliar os cuidados médicos, em particular hospitais ou unidades de saúde, uma está associada à gestão que é encarregue pela afetação dos recursos indispensáveis à ação clínica, a outra está articulada com o tratamento dos pacientes, que se classifica por perspetiva clínica (Chilingerian & Sherman, 2004).

No entanto, estas duas perspetivas estão articuladas, dado que os *outputs* da primeira combinam com os *inputs* da segunda, (fatores intitulados de *outputs* intermédios) isto é, na primeira perspetiva, uma gestão eficaz terá como finalidade diminuir o *input*, para um determinado nível de *output* intermédio (a competência estabelecida e assegurada ao médico), na segunda, o procedimento clínico ajustado dos doentes fica afetado com a maximização dos *outcomes* positivos na saúde das pessoas, que consequentemente trazem resultados finais sobre a sua saúde. Com a utilização da metodologia DEA é possível avaliar um grau de desempenho nos dois casos, uma vez que no primeiro essa medida designa-se como eficiência e na segunda perspetiva como eficácia. No entanto, a responsabilidade pelo desempenho em cada uma das ocorrências é distinta, já que a eficácia é verificada pelo médico, enquanto a eficiência é verificada pelo gestor (Castro, et al., 2014).

Assim, e numa perspetiva de eficiência das unidades hospitalares que empregam DEA, não há um modelo completamente adotado quanto aos *inputs* e *outputs* intermédios a validar. A opção deve ser tomada de modo a acomodar o modelo à realidade a analisar. Os *inputs* terão de ser classificados em grupos que tenham sentido para os gestores que os verificam e que caracterizem uma parte dos gastos pelos quais estes são responsáveis. Porém, quanto aos *outputs*, estes só se encontram bem estabelecidos se entrarem em consideração com a multiplicidade dos procedimentos realizados pelas unidades em análise (Chilingerian & Sherman, 2004).

2.5.3. O *Benchmarking* como instrumento de gestão

As organizações não são entidades únicas nem existem num sistema monopolizado, como também não são auto-suficientes para conseguirem exercer as suas atividades. Estas encontram-se no seio de um meio empresarial bastante competitivo e dinâmico,

tornando-se essencial que a relação entre as várias empresas seja cordial, de forma a atingir os seus objetivos, uma vez que dependem umas das outras. Tudo o que se encontra no envolvente à empresa, afeta diariamente as suas atividades, seja na forma de ameaças ou oportunidades, o que leva a um impacto nos resultados apresentados. Deste modo, é fulcral que as organizações sejam capazes de desenvolver estratégias eficazes, com a finalidade de alcançar os seus objetivos (Junior & Vital, 2004).

O *benchmarking* surge da inevitabilidade de avaliar o desempenho das organizações, tanto de forma comparativa como sistemática, com o intuito de identificar e corrigir fatores de sucesso e insucesso (Batista da Costa, 2016).

A utilização desta ferramenta de gestão tornou-se essencial para que as organizações conseguissem um aumento do nível de competitividade, obtendo, desta forma, um nível superior de desempenho que se repercute na qualidade do serviço e satisfação dos clientes. A utilização do *benchmarking*, contribui para que as organizações consigam excluir o processo de aprendizagem na base da tentativa erro, a reter novas práticas mais eficazes, rápidas e objetivas. Para além disso, a ferramenta contribuiu para o reconhecimento dos pontos fortes e fracos, de forma a aperfeiçoar estratégias de inserção e estabilidade num mercado cada vez mais competitivo (Junior & Vital, 2004).

Nas últimas décadas, o *benchmarking* tem vindo a tornar-se cada vez mais usual, relevando a sua pertinência como um processo prático para desenvolver áreas críticas para o crescimento das instituições. Assim, esta ferramenta de gestão é utilizada para alcançar ou mesmo superar os objetivos de performance, assimilando as melhores técnicas e aplicações, compreendendo os métodos por onde são alcançadas (G. Anand & Kodali, 2008).

2.5.3.1. Definição

O termo *benchmarking* aparece na década de setenta do século passado, no entanto, na atualidade, a descrição do conceito surge por Robert Camp, que o define como uma investigação das práticas de uma organização, que permitem que esta tenha, assim, um desempenho competitivo superior (Camp, 1989).

Numa escala de avaliação, o *benchmarking* remete-se a uma unidade métrica. Por outro lado, na ótica de gestão, este é considerado como uma técnica de avaliação metódica e ininterrupta dos serviços e produtos das organizações, que possam ser considerados os melhores padrões para atingir uma melhoria a nível organizacional (Talluri & Sarkis, 2002).

O *benchmarking*, pode ser reconhecido como um método contínuo na determinação da melhor prática, tanto no ambiente externo como no interno, com o intuito de alterar as práticas existentes, para assim, atingir os melhores resultados, isto é, a redução de custos, o aumento de produção, entre outros. Este conceito é considerado como uma das melhores ferramentas de gestão, que beneficia a eficiência técnica e económica na organização de modo comparativo ou relativo (Cavalcante & Faria, 2009).

Com esta ferramenta, o *benchmarking*, é possível obter informações úteis, com o intuito de melhorar os processos, e através desta são mapeados e analisados os métodos e processos da organização e estabelecidos os objetivos, aprimorando assim, as competências fulcrais e futuras e a melhoria dos processos organizacionais. Em suma, o *benchmarking* não é apenas a argumentação e adaptação de ideias de outras instituições, mas sobretudo um processo evolutivo, a fim de melhorar repetidamente, e que se caracteriza por ser um dos instrumentos de gestão de grande utilidade na melhoria do desempenho das empresas, em relação aos outros concorrentes do mercado. A natureza desta ferramenta de gestão, tem na sua génese a máxima de que, nenhuma organização é superior às outras e há no mercado quem faz melhor (Albertin, et al., 2015).

2.5.3.2. *Benchmarking* em Portugal

A consciencialização social encontra-se a crescer a um ritmo alucinante e em simultâneo desenvolve-se uma enorme evolução tecnológica, que importaram consigo novas ferramentas, entre elas o *benchmarking*, que trouxeram novos desafios ao setor público e ao mesmo tempo exigiram das instituições novas formas de se organizarem (Commission, 2019).

O primeiro livro foi publicado sobre este tema, o *benchmarking*, no ano 1992, conceito que na prática se inicia na Europa muito mais tarde do que nos Estados Unidos, ainda que alguns autores façam menção ao modelo de Van der Wiele's, para descrever o estado de

crescimento desta ferramenta, e são as iniciativas promovidas pelas instituições europeias que contribuíram para ampliar a utilização deste novo conceito (Alba, 2002).

No caso de Portugal em particular, mesmo perante as várias iniciativas estatais e privadas, estas acabaram por ser diminutas e pouco difundidas, o que manifesta que ainda se está longe de se poder aproveitar todas as capacidades do *benchmarking*. Foi o Instituto de Apoio às Pequenas e Médias Empresas (IAPMEI) que reconheceu o potencial do *benchmarking*, enquanto relevância competitiva para as empresas, promovendo e coordenando, no âmbito do Programa Operacional da Economia, a iniciativa “*Benchmarking* e Boas Práticas – Apoio à Melhoria do Desempenho das PME” (Marta, 2011).

No entanto, impulsionadas pelos poderes públicos, efetuam-se a partir de 1998 sob a proteção do IAPMEI e com a cooperação da Agência de Inovação, as primeiras atividades de difusão alargada do *benchmarking*, no âmbito das Ações Voluntaristas do PEDIP II, no qual foi lançando em 2000 o primeiro projeto, denominado por “Projeto de Apoio à Inovação Tecnológica das PME’s” (Europeia, 2012).

Em 2001, Portugal junta-se ao projeto europeu “*BenchmarkIndex* – Um Estudo Europeu” no âmbito do Programa Comunitário REACTE, uma vez que o principal intento da participação nacional neste projeto foi dar solução ao desejo de se aceder a comparações internacionais, expressa por uma grande parte das empresas que participaram na anterior iniciativa (Alba, 2002).

Porém, o IAPMEI começa com um novo projeto no âmbito das Parcerias e Iniciativas Públicas do Programa Operacional da Economia, o “*Benchmarking* e Boas Práticas – Apoio à Melhoria de Desempenho das PME’s”, com duas finalidades em mente, isto é, o estímulo do *benchmarking* como meio instigador de inovação e de melhorias na competitividade das PME’s e a formação de um elenco português de *benchmarking*. Verificou-se uma boa receptividade por parte das instituições participantes que revelaram a sua intenção de dar continuidade ao evento, no sentido de avaliarem o impacto resultante da introdução das recomendações constantes nos planos de melhoria (Nersant, 2018).

Todavia, em território nacional a utilização do *benchmarking* no setor público tem registado uma crescente dispersão, estimulada pela entrada, no início de 2008, do sistema de avaliação do desempenho dos serviços (Belo, 2010).

No setor da saúde, a prática de *benchmarking* não é aplicada sem alguns entraves, uma vez que é difícil definir os dados relevantes a medir, interpretar performance e eficiência ou mesmo ter acesso à informação fundamental (Castro, et al., 2014).

No entanto, no ano de 2011, é ajustado entre o Estado Português e a Troika um conjunto de medidas, onde entre elas se depara o compromisso do Estado Português na instalação de um método de *benchmarking* hospitalar (Mechanism, 2011).

De forma a estimular e apoiar a construção dos planos estratégicos de cada organização, em 2013, o Ministério da Saúde percebeu a importância de existir conformidade entre organizações para esclarecer diferenças de acesso, desempenho económico e qualidade entre prestadores de serviços de saúde e aferir a melhoria de cada entidade nos principais setores de atuação de forma a captar o potencial dessa melhoria agora identificada. Foi através deste contexto que reconheceu que a técnica de *benchmarking* entre os hospitais da área empresarial do Estado e mesmo os hospitais em gestão de parceria público-privada do Serviço Nacional de Saúde, tinha como propósito final melhorar o acesso e qualidade dos hospitais e paralelamente uma melhoria no desempenho financeiro (Saúde M. d., 2013).

A Administração Central do Sistema de Saúde (ACSS), executa todos os meses entre as instituições que estão sob a sua alçada, o *Dashboards de Benchmarking*, com vários itens repartidos por várias dimensões como, o acesso; desempenho assistencial; segurança, entre outras, e para posteriormente, facultar no seu site oficial. Este tem a finalidade de atingir a transparência necessária e incentivar às melhores práticas (Saúde S. N., 2021).

2.5.3.3. O *benchmarking* no setor público

O hábito de prestar contas tem vindo a ser uma prática na administração pública, resultado do interesse e conhecimento da disponibilidade da informação e sentido crítico dos cidadãos, sobretudo daqueles que mais utilizam os serviços públicos (Gonçalves, et al., 2016).

A Nova Gestão Pública utiliza o *benchmarking* como uma das suas estratégias, e surge como uma ferramenta passível de utilização quando as instituições não estão subordinadas às leis de mercado. No entanto, é de realçar que o *benchmarking* teve a sua

génese no setor privado, embora seja também utilizado na esfera pública, dadas as exigências solicitadas à administração pública na prestação de melhores serviços e transparência. Estes factos são aferidos pela própria Comunidade Europeia nos seus relatórios (Europeia, 2019).

O *benchmarking* quando é utilizado no setor público tem como propósito melhorar a qualidade dos serviços prestados, tal como a sua eficiência, e na realidade este costume tem vindo a crescer em toda a administração pública incluindo a área da saúde (Triantafillou, 2007). Contudo, esta expansão não tem sido feita sem a existência de críticos, que referem que o *benchmarking* pode levar à produção de efeitos imprevistos e perversos, como a redefinição ou perda de qualidade dos serviços públicos (Castro, et al., 2014).

Uma das limitações do *benchmarking* apontadas baseia-se na falta de concorrência no setor público, limitando a criação de pressão positiva para a melhoria do desempenho (OCDE, 1997). Por outro lado, segundo Belo (2010), em Portugal a utilização do *benchmarking* no setor público como instrumento de melhoria contínua e de incremento da eficiência dos serviços tem vindo a registar uma crescente disseminação, em parte, resultado da entrada em vigor da Lei n.º 66-B/2007.

Porém, esta prática possibilita reconhecer as boas práticas que possam ser seguidas pelos serviços públicos, uma vez que, a experiência aponta para que o *benchmarking* quando bem usado de forma adequada e eficaz neste setor, torna-se numa ferramenta de melhoria no desempenho das instituições, na redução de custos e num melhor serviço proporcionado aos cidadãos e à sociedade em geral (OCDE, 1997).

CAPÍTULO II – CARACTERIZAÇÃO DO SETOR

1. Introdução

Atualmente, a sociedade está cada vez mais competitiva e dia após dia as instituições, sejam elas públicas ou não, estão determinadas a investir no desenvolvimento e otimização dos seus recursos e processos produtivos para se distinguirem face aos seus adversários.

As transformações nas políticas de saúde, logo após a década de 80 do século passado, trouxeram consigo como principal objetivo impedir o aumento da despesa de forma a acautelar a sustentabilidade dos sistemas de saúde.

Estas mudanças resumem-se, essencialmente, na evolução para um sistema de saúde mais híbrido, isto é, em diferentes países o plano de acompanhamento passa por combinar os princípios dos dois modelos, procurando-se aplicar os estímulos típicos do mercado, com a conservação da propriedade pelo setor público (Silva, 2012).

É neste contexto que a área da saúde em Portugal foi uma das áreas que sofreu um maior processo evolutivo, consequência das várias reestruturações do Serviço Nacional de Saúde (SNS), acabando por se tornar um exemplo a nível europeu. Esta reorganização veio permitir uma melhoria na qualidade, eficiência e acesso aos cuidados de saúde prestados por estas instituições.

Ao acompanhar estas evoluções, as instituições sofreram alterações, tanto a nível de organização como jurídico, surgindo assim, as unidades do Setor Público Administrativo (SPA), as Instituições em regime de Parceria Público-Privada (PPP) e as Entidades Públicas Empresariais (EPE), e com elas novas ferramentas de gestão hospitalar mais orientada para uma gestão tipo empresarial, facto que veio a traduzir num passado recente em inúmeros desafios à gestão das organizações, sobretudo ao nível da eficiência, qualidade e um maior controlo da despesa do SNS (Saúde M. d., 2018).

A materialização de políticas, que trazem consigo a segurança da sustentabilidade dos sistemas de saúde, com o acréscimo da igualdade e qualidade dos modelos de prestação de cuidados de saúde não dependem apenas de alianças políticas e sociais, mas também da colaboração dos profissionais de saúde nas medidas de diminuição de custos e de

ganhos de eficiência. Com um sistema de saúde até à revolução de abril de 1974 formado pelas Misericórdias, as instituições de solidariedade social que administravam quase todas as instituições hospitalares e outros serviços por todo o país, culminaram nas últimas décadas em áreas como a transformação dos modelos de administração, na otimização dos procedimentos de gestão e em correções de ineficiências da rede hospitalar (Silva, 2012).

É através da perspetiva de proximidade e humanização dos serviços que se começa a olhar para o cidadão como o centro de todo o sistema, numa lógica de transparência, inovação e responsabilidade social, assim como o reforço e valorização do capital humano do SNS (Saúde M. d., 2018).

É neste âmbito que surgem os novos modelos de organização, que têm como missão afirmar a gestão dos recursos financeiros e humanos do Ministério da Saúde e do SNS, bem como as instalações e equipamentos do SNS.

O ano de 2020 fica marcado como um período invulgar na vida de cada indivíduo, tal como na vida das organizações, pelo argumento epidemiológico de SARS-CoV-2 que obrigou não só à suspensão da atividade programada por um longo período de tempo, como também à reorganização dos serviços existentes e à formação de outros, sobretudo Serviço de Internamento COVID19, Unidade de Cuidados Intensivos COVID19, urgência COVID19 e a *Drive-in* para testes Covid.

1.1. Grupos e Instituições – Caracterização

Segundo o Sistema Nacional de Saúde os grupos e instituições do benchmarking dos hospitais estão agrupados da seguinte forma:

Grupo B: Centro Hospitalar Médio Ave; Centro Hospitalar Póvoa do Varzim/Vila do Conde; Hospital Distrital Figueira da Foz; Hospital Santa Maria Maior; Centro Hospitalar do Oeste; Unidade Local de Saúde do Nordeste; Unidade Local de Saúde de Castelo Branco; Unidade Local de Saúde da Guarda e Unidade Local de Saúde do Litoral Alentejano.

Grupo C: Centro Hospitalar Barreiro/Montijo; Centro Hospitalar Universitário Cova da Beira; Centro Hospitalar de Leiria; Centro Hospitalar de Setúbal; Hospital Senhora da Oliveira, Guimarães; Centro Hospitalar Baixo Vouga; Centro Hospitalar Entre Douro e Vouga; Centro Hospitalar Médio Tejo; Hospital Distrital de Santarém; Centro Hospitalar Tâmega e Sousa; Hospital Vila Franca de Xira; Centro Hospitalar de Cascais PPP; Hospital de Loures PPP; Unidade Local de Saúde do Alto Minho; Unidade Local de Saúde de Matosinhos; Unidade Local de Saúde do Baixo Alentejo e Unidade Local de Saúde do Norte Alentejo.

Grupo D: Centro Hospitalar Vila Nova de Gaia / Espinho; Centro Hospital Trás- dos- Montes e Alto Douro; Centro Hospitalar Tondela – Viseu; Centro Hospitalar Universitário do Algarve; Hospital Garcia da Orta; Hospital Fernando da Fonseca; Hospital Espírito Santo Évora e Hospital de Braga.

Grupo E: Centro Hospitalar Universitário do Porto; Centro Hospitalar Universitário de São João; Centro Hospitalar Universitário de Coimbra; Centro Hospitalar Universitário Lisboa Central; Centro Hospitalar Lisboa Ocidental e Centro Hospitalar Universitário Lisboa Norte.

Grupo F: Instituto Português de Oncologia do Porto; Instituto Português de Oncologia do Lisboa e Instituto Português de Oncologia de Coimbra.

Na caracterização apresentada abaixo, é excluída a caracterização do Hospital de Loures PPP, Centro Hospitalar de Cascais PPP e o Hospital de Braga que passará a EPE no final de maio, uma vez que se trata de instituições em regime de Parcerias público – Privadas, não existindo dados suficientes para proceder à análise. Para além destes, é também excluído todo o Grupo F, uma vez que engloba os Institutos Português de Oncologia, instituições dotadas de alguma especificidade e também por não haver dados públicos para se conseguir fazer uma análise séria e verdadeira.

Para a caracterização abaixo, o período utilizado foi o ano de 2021, e os dados recolhidos para conseguir o número de habitantes foi efetuado através do site do Instituto Nacional de Estatística (INE) dos Censos 2021. Quanto á capacidade, isto é o número de camas, foi através da página *Benchmarking* dos Hospitais da ACSS, quanto á atividade de consulta externa, recorreu-se ao portal da monitorização do SNS, cirurgia, urgências e recursos humanos os dados conseguidos foi através do portal Transparência do SNS.

1.1.1. Grupo B

1.1.1.1. Centro Hospitalar Médio Ave

Centro Hospitalar do Médio Ave, E.P.E., foi criado pelo Decreto-Lei n.º 50-A/2007 de 28 de fevereiro, com sede localizada em Santo Tirso. O CHMA integra duas unidades hospitalares: os antigos, Hospital Conde S. Bento – Santo Tirso, e o Hospital S. João de Deus.

Este centro hospitalar presta cuidados de saúde a uma população que compreende a área geográfica dos concelhos de Vila Nova de Famalicão, Santo Tirso e Trofa, tendo ao seu cuidado 239 453 habitantes. Ao nível dos cuidados primários, os três Municípios são servidos pelo Agrupamento de Centros de Saúde Ave III - Famalicão e Agrupamento de Centros de Saúde Grande Porto I - Santo Tirso / Trofa.

A 31 de dezembro de 2021, o Centro Hospitalar Médio Ave tinha uma lotação praticada de 260 camas.

Observada a atividade desenvolvida no âmbito das consultas médicas, verifica-se que no ano de 2021 foram realizadas 152 664 consultas, das quais 45 346 foram primeiras consultas e 107 318 consultas subsequentes.

Quanto aos episódios de urgência, durante o ano de 2021, foram registadas 108 965 ocorrências, das quais 80 070 em urgência geral, 22 975 em urgência pediátrica e 5 920 em urgência obstetrícia.

No período em análise, foram intervencionados no centro hospitalar 15 518 pacientes, dos quais 6 965 em cirurgia programada, 1 995 em cirurgia convencional, 4 970 em ambulatório e por último 1 588 em cirurgia urgente

No final de 2021, o CHMA integrava 1 223 profissionais, dos quais 240 eram Médicos e 454 eram Enfermeiros.

1.1.1.2. Centro Hospitalar Póvoa do Varzim/Vila do Conde

O Centro Hospitalar Póvoa de Varzim – Vila do Conde EPE é composto por duas Unidades Hospitalares, uma localizada na Póvoa de Varzim e uma outra em Vila do Conde.

A área de influência do centro hospitalar abrange os municípios da Póvoa de Varzim e de Vila do Conde com 145 085 habitantes, e ainda algumas freguesias vizinhas de outros municípios, nomeadamente de Esposende, Barcelos e Famalicão.

A 31 de dezembro de 2021, este centro hospitalar, tinha uma lotação praticada de 151 camas.

A produção de consulta externa, em 2021, registou o número total de 99 457, das quais 37 561 são primeiras consultas e 61 896 são consultas subsequentes

A instituição dispõe de um vasto leque de valências que oferece à população ao nível da urgência, tendo no ano 2021, registado um total de 60 488 episódios.

Ao longo do ano de 2021, foram realizadas 10 464 intervenções cirúrgicas, das quais 4 639 em cirurgia programada, 1 763 em cirurgia convencional, 2 876 em ambulatório e 1 186 em cirurgia urgente.

Em matéria de recursos humanos, no ano de 2021 registava 830 trabalhadores a exercerem funções. Neste número constam, 157 médicos e 302 enfermeiros.

1.1.1.3. Hospital Distrital Figueira da Foz

O Hospital Distrital da Figueira da Foz, EPE, constitui uma entidade pública empresarial, cujos princípios e regras aplicáveis se encontram estabelecidos no Decreto-Lei n.º 18/2017, de 10 de fevereiro que revogou o Decreto-Lei n.º 233/2005, de 29 de dezembro.

A área de influência, abrange os concelhos da Figueira da Foz e de Montemor-o-Velho com uma população de 83 536, e parcialmente, os concelhos de Soure, Cantanhede, Mira e Pombal, sem prejuízo do disposto pelas redes de referenciação hospitalar, no contexto Serviço Nacional de Saúde.

O HDFF, EPE encontra-se integrado na rede de prestadores de cuidados de saúde do Serviço Nacional de Saúde, e presta cuidados de saúde diferenciados.

A 31 de dezembro de 2021, este centro hospitalar, tinha uma lotação praticada de 149 camas.

No ano de 2021, no que respeita a consultas externas foram realizadas 86 606 consultas, das quais 35 037 como primeiras consultas e 51 569 como consultas subsequentes.

O serviço de urgência do HDFF, funciona com urgência geral e urgência pediátrica. Em termos de totais, em 2021, foram atendidos 61 871 nos serviços de urgência, sendo que 13 659 foram em urgência pediátrica e 48 212 em urgência geral.

O Bloco do HDFF dispõe de 4 salas operatórias para a realização de cirurgia, nas quais foram realizadas cerca de 17 595, das quais 8 447 em cirurgia programada, 1 260 em cirurgia convencional, 7 187 em ambulatório e 701 em cirurgia urgente.

Em matéria de recursos humanos o ano de 2021 registava 749 trabalhadores em funções. Neste número, constam 147 médicos e 266 enfermeiros.

1.1.1.4. Hospital Santa Maria Maior

O Hospital Santa Maria Maior (HSMM) foi estabelecido como entidade pública empresarial (EPE) com o decreto-lei nº 93/2005 de 7 de junho.

O HSMM, foi fundado em 1356, e está introduzido na rede hospitalar do Serviço Nacional de Saúde. Localiza-se na cidade de Barcelos, distrito de Braga, constituída por 61 freguesias, e serve uma população de cerca de 846 515 habitantes.

A 31 de dezembro de 2021, este hospital, tinha uma lotação praticada de 117 camas.

Quanto às consultas externas durante o ano de 2021, foram realizadas 74 810 consultas, sendo que 28 287 foram primeiras consultas e 46 523 foram subsequentes.

No atendimento do serviço de urgência, em 2021, foram realizadas 54 106 urgências, das quais 45 248 foram urgências programadas e 8 858 em urgência pediátrica.

A atividade cirúrgica do HSMM, registou nos últimos anos uma tendência de crescimento, registando-se em 2021 um total de 11 834 intervenções cirúrgicas repartidas

pela cirurgia programada com 5 829, cirurgia convencional com 1 079, a cirurgia ambulatória com 4 750 e em cirurgia urgente com 176 episódios.

O HSSM conta em dezembro de 2021 com 636 profissionais. No que diz respeito á distribuição dos trabalhadores por grupos profissionais, destaca-se os 238 enfermeiros e os 111 médicos.

1.1.1.5. Centro Hospitalar do Oeste

O centro Hospitalar do Oeste resulta da fusão entre os anteriores Centro Hospitalar Oeste Norte e o Centro Hospitalar de Torres Vedras.

A sua área de influência é constituída pelas populações dos concelhos de Caldas da Rainha, Óbidos, Peniche, Bombarral, Torres Vedras, Cadaval e Lourinhã e de parte do concelho de Alcobaça (freguesias de Alfeizerão, Benedita e São Martinho do Porto) e de Mafra (com exceção das freguesias de Malveira, Milharado, Santo Estevão das Galés e Venda do Pinheiro). Segundo os Censos de 2021, este serve uma população de 301 545 habitantes.

A 31 de dezembro de 2021, este centro hospitalar, tinha uma lotação praticada de 320 camas.

Observada a atividade desenvolvida no âmbito das consultas médicas, verifica-se que no ano de 2021 foram realizadas 150 235 consultas, das quais 48 334 foram primeiras consultas e 101 901 consultas subsequentes.

Quanto aos episódios de urgência, durante o ano de 2021, foram registadas 137 910 ocorrências, das quais 97 806 em urgência geral, 32 204 em urgência pediátrica e 7 900 em urgência obstetrícia.

No período em análise, foram intervencionados neste centro hospitalar 12 051 pacientes, dos quais 5 126 em cirurgia programada, 1 769 em cirurgia convencional, 3 357 em ambulatório e por último 1 799 em cirurgia urgente.

No final de 2021, o Centro Hospitalar do Oeste, integrava 1 879 profissionais, dos quais 278 eram Médicos e 666 eram Enfermeiros.

1.1.1.6. Unidade Local de Saúde do Nordeste

A Unidade Local de Saúde do Nordeste (ULSNE), integra as três Unidades Hospitalares e 14 Centros de Saúde que servem a população do distrito de Bragança. Foi criada em 2011, pelo Decreto-Lei n.º 67/2011, de 2 de junho, para englobar as unidades de saúde do extinto Centro Hospitalar do Nordeste e do extinto Agrupamento de Centros de Saúde do Alto Trás-os-Montes I – Nordeste.

A área de abrangência da ULSNE é o distrito de Bragança, constituído pelos seus 12 concelhos: Alfândega da Fé, Bragança, Carrazeda de Ansiães, Freixo-de-Espada-à-Cinta, Macedo de Cavaleiros, Miranda do Douro, Mirandela, Mogadouro, Torre de Moncorvo, Vila Flor, Vimioso e Vinhais, com uma população que ronda cerca de 122 833 habitantes.

Relativamente à área clínica, este atua ao nível dos Cuidados de Saúde Primários, Cuidados Hospitalares, Urgência, Emergência e Cuidados Intensivos, Cuidados Paliativos e Saúde Pública.

A Unidade Local de Saúde (ULS) do Nordeste, E.P.E. tem como missão prestar assistência integrada de cuidados de saúde primários, hospitalares e continuados à população da região do Nordeste,

A 31 de dezembro de 2021, esta unidade local de saúde, tinha uma lotação praticada de 367 camas.

Durante o ano de 2021, a área dos cuidados de saúde prestou cuidados à população em diversas circunstâncias e modalidades. Assim, em consultas externas totalizou as 92 395 consultas e destas 36 229 foram primeiras consultas e 56 166 consultas subsequentes.

Os episódios de urgência, em 2021, registaram 87 101 casos, distribuídos apenas pela urgência geral.

Relativamente à atividade do Bloco Operatório, em 2021 verificou-se 14 267 episódios, repartidos por 6 435 em cirurgia programada, 1 558 em cirurgia convencional, 4 877 em ambulatório e 1 397 em cirurgia urgente.

Em dezembro de 2021, a ULSN integrava 2 005 profissionais, dos quais 293 eram Médicos e 733 eram Enfermeiros.

1.1.1.7. Unidade Local de Saúde Castelo Branco

A Unidade Local de Saúde de Castelo Branco (ULSCB), foi criada com o Decreto-Lei n.º 318/2009, de 2 de novembro, a qual integrou o Hospital Amato Lusitano com os agrupamentos de centros de saúde da Beira Interior Sul e do Pinhal Interior Sul, a qual começou a exercer a sua atividade em janeiro de 2010.

A ULSCB tem como área de influência os concelhos de Castelo Branco, Idanha-a-Nova, Oleiros, Penamacor, Proença-a-Nova, Sertão, Vila de Rei e Vila Velha de Ródão, e serve 98 824 habitantes.

A 31 de dezembro de 2021, esta unidade local de saúde, tinha uma lotação praticada de 235 camas.

Observada a atividade desenvolvida, no âmbito das consultas médicas, verifica-se que no ano de 2021 foram realizadas 80 376 consultas, das quais 28 136 foram primeiras consultas e 52 240 de consultas subsequentes.

O número de utentes atendidos em serviço de urgência, em 2021, foi de 53 280, dividida pela urgência geral com 42 520 casos, a urgência obstetrícia com 1 395 e a urgência pediátrica com 9 365.

A atividade cirúrgica no ano de 2021, incluindo convencional, ambulatória e urgente, e programada totalizou 9 521 intervenções, das quais 2 211 em ambulatório, 979 em urgente, 2 060 convencional e 4 271 cirurgia programada.

A 31 de Dezembro de 2021, encontravam-se ao serviço 1 466 efetivos, sendo que 216 eram médicos e 537 eram enfermeiros.

1.1.1.8. Unidade Local de Saúde Guarda

A ULS da Guarda foi criada através do Decreto-Lei nº 183/2008, de 4 de setembro, e integra os hospitais da Guarda e Seia e 12 Centros de Saúde, nomeadamente os de Almeida, Celorico da Beira, Figueira de Castelo Rodrigo, Fornos de Algodres, Gouveia, Guarda, Manteigas, Meda, Pinhel, Sabugal, Seia e Trancoso.

A ULS Guarda assegura a prestação de cuidados de Saúde à população residente de cerca de 131 462 habitantes, distribuídos pelos concelhos da Guarda.

A 31 de dezembro de 2021, esta unidade local de saúde, tinha uma lotação praticada de 323 camas.

O número de consultas externas efetuado durante o período de 2021 foi de 82 001, das quais 23 236 foram primeiras consultas e 58 765 consultas subsequentes.

No que concerne ao número de utentes atendidos em serviço de urgência, em 2021, foi de 78 700, dos quais 62 616 foram de urgência geral e 12 359 de urgência pediátrica e 3 725 de urgência obstetrícia.

As intervenções cirúrgicas foram de 5 336 no ano de 2021, das quais 2 269 foram cirurgia programada, 1 169 em cirurgia convencional, 1 100 cirurgia ambulatoria e 798 foi cirurgia urgente.

Quanto aos números de efetivos no final de 2021, contava com 2 256 colaboradores, sendo que destes, 299 eram médicos e 813 eram enfermeiros.

1.1.1.9. Unidade Local de Saúde Litoral Alentejano

A Unidade Local de Saúde do Litoral Alentejano, E.P.E. (ULSLA, E.P.E.) foi criada pelo Decreto-Lei n.º 238/2012, de 31 de outubro, através da inclusão do Hospital do Litoral Alentejano, E.P.E. e do Agrupamento de Centros de Saúde do Alentejo Litoral.

A Unidade Local de Saúde do Litoral Alentejano, E.P.E. é uma unidade integrada na rede de prestação pública de cuidados de saúde e a sua área de influência abrange os concelhos de Alcácer do Sal, Grândola, Odemira, Santiago do Cacém e Sines e serve uma população de cerca de 96 485 habitantes.

A 31 de dezembro de 2021, esta unidade local de saúde, tinha uma lotação praticada de 136 camas.

O número de consultas realizadas, em 2021, foi de 75 236 na sua totalidade, divididas entre nas primeiras consultas 21 895 e nas consultas subsequentes 53 341.

O número de utentes atendidos em serviço de urgência, no período em análise foi de 74 458, todos em urgência geral.

O número total de intervenções cirúrgicas relativamente ao ano de 2021 foi de 7 726, das quais 716 são intervenções urgentes, 3 505 programadas e 2 746 em ambulatório e 759 em cirurgia convencional.

A 31 de dezembro de 2021 a ULS Litoral Alentejano registava 1 137 colaboradores, divididos pelos vários grupos profissionais. No entanto, entre estes destaca-se os 142 médicos e os 406 enfermeiros.

1.1.2. Grupo C

1.1.2.1. Centro Hospitalar do Barreiro/Montijo

O Centro Hospitalar Barreiro Montijo, EPE (CHBM) surge a 1 de novembro de 2009, com o Decreto-lei n.º 280/2009, e integra o Hospital de Nossa Senhora do Rosário e o Hospital Distrital do Montijo.

Com mais de 30 valências clínicas, presta serviço ao nível do Internamento, Consulta Externa, Urgência, Hospital de Dia, Assistência Domiciliária e assegura praticamente todos os Meios Complementares de Diagnóstico e Terapêutica daí resultantes.

O CHBM serve os concelhos do Barreiro, Moita, Montijo e Alcochete, e tem como missão a prestação de cuidados de saúde diferenciados à população. Este centro hospitalar tem à sua responsabilidade mais de 219 455 habitantes.

A 31 de dezembro de 2021, o Centro Hospitalar do Barreiro-Montijo tinha uma lotação praticada de 357 camas.

Observada a atividade desenvolvida no âmbito das consultas médicas, verifica-se que no ano de 2021 foram realizadas 161 706 consultas, das quais 37 986 foram primeiras consultas e 123 720 consultas subsequentes.

Analisado os episódios de urgência durante o ano de 2021, foram registadas 121 319 ocorrências, das quais 85 742 em urgência geral, 27 252 em urgência pediátrica, 8 325 em urgência obstetrícia.

No período em análise, foram intervencionados no centro hospitalar 13 347 pacientes, dos quais 6 066 em cirurgia programada, 2 390 em cirurgia convencional, 3 676 em ambulatório e 1 215 em cirurgia urgente.

No final de 2021, o CHBM integrava 1 948 profissionais, dos quais 289 médicos e 711 enfermeiros.

1.1.2.2. Centro Hospitalar Universitário Cova da Beira

O Centro Hospitalar Cova da Beira, E. P. E., passou a designar-se Centro Hospitalar Universitário Cova da Beira, E. P. E. (CHUCB), pelo Decreto-Lei n.º 61/2018, publicado em Diário da República, em 3 de agosto de 2018. O CHUCB é uma unidade do Serviço Nacional de Saúde formada pelas unidades hospitalares: Hospital Pêro da Covilhã, Hospital do Fundão e o Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental.

O Centro Hospitalar Universitário Cova da Beira, EPE (CHUCB), confere cuidados de saúde diferenciados e tem uma área de ação direta que acomoda os concelhos de Covilhã, Fundão, Belmonte e Penamacor, e que serve 83 939 habitantes. O Centro Hospitalar Universitário Cova da Beira, EPE, é também Hospital Nuclear da Faculdade de Ciências da Saúde.

A lotação do internamento do CHUCB, EPE, tem-se ajustado às carências da população e ao melhoramento da administração de dias de internamento das valências de internamento agudo, crónico e de cuidados paliativos contado a 31 de dezembro de 2021 com uma lotação praticada de 299 camas.

O número de consultas médicas externas realizadas em 2021 foi de 149 893, no entanto, 52 429 são primeiras consultas e 97 464 são consultas subsequentes.

O número de utentes atendidos em serviço de urgência foi de 54 661, dividida pela urgência geral com 41 954 casos, a urgência obstetrícia com 3 057, a urgência pediátrica com 9 159 e com 491 casos a urgência psiquiátrica.

O número de intervenções cirúrgicas em 2021 foi de 13 612, sendo 6 436 cirurgias programadas e 740 cirurgias urgentes, 1 844 cirurgia convencional e 4 592 cirurgia ambulatorio.

O Centro Hospitalar Universitário Cova da Beira, EPE no final de 2021 integrava, 1 376 profissionais. A área da saúde era constituída por 472 enfermeiros e 209 médicos.

1.1.2.3. Centro Hospitalar de Leiria

O Centro Hospitalar Leiria, E.P.E (CHL) tem na sua área de influência os concelhos de Batalha, Leiria, Marinha Grande, Porto de Mós, Nazaré, Pombal, Ourém, Pedrógão Grande, Figueiró dos Vinhos, Castanheira de Pêra, Ansião, Alvaiázere, totalizando 346 215 habitantes. Para além disso, serve ainda parte dos concelhos de Alcobaça e Soure, com uma população de 75 234 habitantes.

O CHL é composto por três unidades de saúde, as quais surgiram da junção realizada entre o Hospital de Santo André, E.P.E, localizado em Leiria e o Hospital Distrital de Pombal, situado em Pombal, e da transferência de competências do Centro Hospitalar do Oeste (Hospital de Alcobaça Bernardino Lopes de Oliveira).

A 31 de dezembro de 2021, o Centro Hospitalar de Leiria tinha uma lotação praticada de 529 camas.

O número 309 727 é o número de consultas externas realizadas em 2021. Nestes números inclui-se as primeiras consultas que foram 101 131 e as consultas subsequentes que foram 208 596.

O número de utentes atendidos em serviço de urgência em 2021 foi 151 993, repartidos pela urgência geral com 117 079, urgência pediátrica com 24 315 e a urgência obstetrícia com 10 599 episódios.

A atividade cirúrgica no ano de 2021, incluindo convencional, ambulatória e urgente, e programada totalizou 33 938 intervenções, das quais 12 792 em ambulatório, 2 404 em urgente, 2 975 convencional e 15 767 cirurgia programada.

Durante o exercício de 2021, a política de recursos humanos que foi adotada foi a de prover os serviços dos efetivos necessários para o desempenho das atividades dos vários serviços que resultou em 2 308 profissionais, entre eles 410 médicos e 926 enfermeiros.

1.1.2.4. Centro Hospitalar de Setúbal

O Centro Hospitalar de Setúbal (CHS) foi instituído a 31 de dezembro de 2005, por união do Hospital de São Bernardo e do Hospital Ortopédico Santiago do Outão e a alteração do Estatuto Jurídico ocorrida a 31 de dezembro de 2005 para o modelo de entidade pública

empresarial, facilitando a oportunidade de desenvolver e incrementar um novo modelo de gestão.

O Centro Hospitalar de Setúbal (CHS) tem no contexto de influência uma área relativa aos concelhos de Setúbal, Palmela e Sesimbra, abrangendo uma área urbana de grande densidade populacional e uma zona rural dispersa, que reúne uma população residente de 244 769 habitantes.

A 31 de dezembro de 2021, o Centro Hospitalar de Setúbal tinha uma lotação praticada de 376 camas.

No que concerne à atividade realizada no contexto de consulta externa, em 2021, o número de consultas efetivadas foi de 236 671, divididas pelas primeiras consultas com 70 116 e 166 555 consultas subsequentes.

O ano de 2021 ficou igualmente marcado pela diminuição do número de atendimentos no âmbito do Serviço de Urgência, sendo este de 114 424 episódios, distribuídos pela urgência geral com 74 250, a urgência pediátrica com 30 332 casos e urgência obstetrícia com 9 842.

No que respeita ao número de doentes intervencionados, o CHS verificou na vertente ambulatoria 23 124 doentes, registando uma diminuição em relação ao período homólogo, divididos pela cirurgia programada com 10 864 casos, 2 175 em cirurgia convencional, 8 689 em cirurgia ambulatoria e por último, 1 396 casos de cirurgia urgente.

A 31 de Dezembro de 2021 encontravam-se ao serviço 2 509 efetivos, sendo que 399 são médicos e 860 são enfermeiros.

1.1.2.5. Hospital da Senhora da Oliveira – Guimarães

O Centro hospitalar do Alto Ave, EPE foi criado pelo Decreto-Lei nº50-A/2007 de 28 fevereiro de 2007 por fusão do Hospital da Senhora da Oliveira Guimarães, EPE com o Hospital São José, Fafe, alterando, posteriormente, a sua denominação social para Hospital da Senhora da Oliveira Guimarães, através do Decreto-Lei nº 177/2015 de 25 de agosto.

A área de influência deste centro hospitalar é constituída prioritariamente pelos concelhos de Guimarães, Fafe, Cabeceiras de Basto, Vizela e Mondim de Basto e serve cerca de 251 226 habitantes.

A 31 de dezembro de 2021, o Hospital da Senhora da Oliveira – Guimarães, tinha uma lotação praticada de 616 camas.

O número de consultas externas foi de 259 959 em 2021, sendo que o número total de primeiras consultas foi de 65 647 e as restantes 194 312 consultas subsequentes.

O número de utentes atendidos em serviço de urgência em 2021 foi 118 988, divididos por 87 626 em urgência geral, 22 700 em pediatria e 8 662 casos em obstetrícia.

Quanto ao número de intervenções cirúrgicas em 2021 foi de 31 855, número que é dividido pelas 14 953 intervenções cirúrgicas programadas, 5 314 em cirurgia convencional, 9 639 em cirurgia ambulatória e 1 949 casos em cirurgia urgente.

No que se refere aos recursos humanos em 2021, o número de efetivos era de 2 098 dos quais 460 são médicos e 830 são os profissionais de enfermagem.

1.1.2.6. Centro Hospitalar do Baixo Vouga

O Centro Hospitalar do Baixo Vouga, EPE, foi criado pelo Decreto-Lei nº30/2011, de 2 de março e constitui-se pela fusão das seguintes Unidades Hospitalares: Hospital Infante D. Pedro, EPE; Hospital Distrital de Águeda e Hospital Visconde de Salreu.

A sua área de influência abrange nove concelhos do distrito de Aveiro: Águeda, Albergaria-a-Velha, Aveiro, Estarreja, Ílhavo, Murtosa, Oliveira do Bairro, Sever do Vouga e Vagos, que representam uma população de 284 987 habitantes.

Neste período, 2021, registou-se um ligeiro aumento no número de camas a nível global. Esta variação deve-se essencialmente ao aumento verificado na especialidade de Infeciologia. A 31 de dezembro de 2021, tinha uma lotação praticada de 427 camas.

A atividade desenvolvida em 2021, em regime de consultas externas pelas várias especialidades, realizou 253 161 consultas, repartidas por 74 001 pela primeira consulta e 179 160 pelas consultas subsequentes.

O serviço de urgência é constituído por duas unidades de prestação de serviços de cuidados e registou 148 565 atendimentos em 2021, divididas por 111 964 atendimentos pela urgência geral, 30 422 na urgência pediátrica e 6 179 na urgência obstetrícia.

A atividade cirúrgica do CHBV encontra-se resumida a 22 348 intervenções, sendo que o maior número destas se concentra nas urgências programadas com 10 157 intervenções, seguindo-se a urgência ambulatoria com 6 566 casos, a urgência convencional com 3 591 e a urgência urgente com 2 034 atendimentos.

No final do ano de 2021, a dotação global dos recursos humanos era de 2 059 colaboradores, sendo que destes 422 eram médicos e 824 eram profissionais de enfermagem.

1.1.2.7. Centro Hospitalar de Entre Douro e Vouga

O Centro Hospitalar de Entre o Douro e Vouga (CHEDV) com sede em Santa Maria da Feira foi criado no seguimento da publicação do Decreto-Lei n.º 27/2009, de 27 de janeiro, agrupando o Hospital de São Sebastião, E.P.E. (Santa Maria da Feira), o Hospital Distrital de São João da Madeira e o Hospital São Miguel (Oliveira de Azeméis).

Este Centro Hospitalar passou a ser responsável pela prestação de cuidados de saúde à população, segundo informação dos censos, a rondar os 338 035 habitantes, residente nos concelhos de Santa Maria da Feira, Arouca, São João da Madeira, Oliveira de Azeméis, Vale de Cambra, Ovar e Castelo de Paiva.

A lotação praticada durante os anos de 2020 e 2021 sofreu várias oscilações durante esses anos devido ao tratamento de doentes com Covid-19. A 31 de dezembro de 2021, o Centro Hospitalar de Entre Douro e Vouga tinha uma lotação praticada de 381 camas.

O número de consultas externas foi de 292 988 em 2021, sendo que o número total de primeiras consultas foi de 89 353 e as restantes 203 635 consultas subsequentes.

O número de utentes atendidos em serviço de urgência em 2021 foi 179 245, dos quais 146 942 em urgência geral, 24 568 em urgência pediátrica e 7 735 em obstetrícia.

A atividade cirúrgica exercida neste centro hospitalar foi de 44 284 utentes intervencionados em 2021, divididos por quatro categorias, entre elas a cirurgia

convencional com 6 251, a cirurgia de ambulatório com 14 685, cirurgia urgente com 2 412 doentes e 20 936 em cirurgia programada.

O número de profissionais no final de 2021 era de 2 392 dos quais 483 eram médicos e 766 eram enfermeiros.

1.1.2.8. Centro Hospitalar Médio Tejo

O Centro Hospitalar do Médio Tejo, E.P.E. foi criado através do Decreto-Lei nº 93/2005, de 7 de junho, que concretizou a transformação da natureza dos hospitais de sociedade anónima para entidades públicas empresariais, tendo sido aprovados os respetivos estatutos pelo Decreto-lei 233/2005, que transforma os Hospitais S.A. em Entidades Públicas Empresariais, E.P.E.

O Centro Hospitalar do Médio Tejo, E.P.E. integra três unidades hospitalares, localizadas em Abrantes, Tomar e Torres Novas. O CHMT tem uma área de abrangência que engloba 15 concelhos, servindo uma população de cerca de 228 604 habitantes.

A 31 de dezembro de 2021, o Centro Hospitalar Médio Tejo, tinha uma lotação praticada de 450 camas.

O número total de consultas externas em 2021 foi de 166 961, sendo estas divididas em primeiras consultas com 60 591 e as consultas subsequentes com 106 370.

Neste período, o serviço de urgência regista 121 213 atendimentos, dos quais 96 248 foram de urgência geral, 21 318 de urgência pediátrica e 3 647 de urgência obstetrícia.

A atividade cirúrgica do CHMT durante o ano de 2021 encontra-se resumida a 16 140 intervenções, sendo que o maior número destas se concentra nas urgências programadas com 7 380 intervenções, seguindo-se a urgência ambulatoria com 5 219 casos, a urgência convencional com 2 161 e a urgência urgente com 1 380 atendimentos.

O Centro Hospitalar Médio Tejo, E.P.E. integrava em 2021 2 229 profissionais. Os profissionais da área da saúde eram constituídos por 842 enfermeiros e 265 médicos.

1.1.2.9. Hospital Distrital de Santarém

O Hospital Distrital de Santarém, é transformado em entidade pública empresarial pelo Decreto-Lei n.º 93/2005, de 7 de junho de 2005, assumindo desde então a denominação de Hospital Distrital de Santarém, EPE.

O Hospital de Santarém assegura a prestação de cuidados de saúde a uma população residente de cerca de 184 754 habitantes distribuídos pelos concelhos de Almeirim, Alpiarça, Cartaxo, Chamusca, Coruche, Golegã, Salvaterra de Magos, Santarém e Rio Maior. A distribuição da população da área de influência do hospital apresenta uma dispersão rural muito acentuada e é composta por uma população muito envelhecida.

Para além da sua área de influência, também presta cuidados a populações de outros concelhos do Distrito (Abrantes, Alcanena, Constância, Entroncamento, Ferreira do Zêzere, Mação, Ourém, Sardoal, Sertão, Tomar, Torres Novas, Vila de Rei, Vila Nova da Barquinha, Gavião), num total de cerca de 231 998 mil habitantes.

A 31 de dezembro de 2021, o Hospital Distrital de Santarém, tinha uma lotação praticada de 392 camas.

As consultas externas realizadas no ano de 2021, foram 135 730, sendo que 39 293 foram primeiras consultas e 96 437 consultas subsequentes.

O número de utentes atendidos em serviço de urgência em 2021 foi de 99 406, sendo que destes 71 938 foram urgência geral, 20 672 urgência pediátrica e 6 796 urgência obstetrícia

As cirurgias praticadas neste centro hospitalar durante o período de 2021 foram de 13 088, divididas em categorias, entre elas a cirurgia programada com 5 838, a cirurgia convencional com 1 723, a cirurgia de ambulatório com 4 115 e a cirurgia urgente com 1 412.

Os Recursos humanos contavam à data de dezembro de 2021, com 1 762 efetivos na sua globalidade, sendo 281 médicos e 650 enfermeiros.

1.1.2.10. Centro Hospitalar de Tâmega e Sousa

O Centro Hospitalar do Tâmega e Sousa (CHTS) foi criado a 28 de setembro de 2007, pelo Decreto-Lei 326/2007 e é constituído por duas Unidades Hospitalares: a Unidade Hospital Padre Américo (Sede do Centro Hospitalar), em Penafiel, e a Unidade Hospital de Amarante.

O Centro Hospitalar do Tâmega e Sousa abarca a Região do Vale de Sousa e Baixo Tâmega que corresponde aos concelhos de Amarante, Baião, Castelo de Paiva, Celorico de Basto, Cinfães, Felgueiras, Lousada, Marco de Canaveses, Paços de Ferreira, Paredes, Penafiel e Resende e serve cerca de 492 546 habitantes.

A 31 de dezembro de 2021, o Centro Hospitalar Tâmega e Sousa, tinha uma lotação praticada de 481 camas.

Em contexto de consulta externa regista-se em 2021, 325 484 consultas, com 124 637 primeira consulta e 200 847 nas consultas subsequentes.

Neste período, o serviço de urgência registou 182 013 atendimentos, das quais 137 974 foram cirurgia geral, 30 933 cirurgia pediátrica e 13 106 cirurgia obstetrícia.

No bloco operatório verifica-se que o total de intervenções cirúrgicas em 2021 foi de 48 758, das quais 2 648 são intervenções urgentes, 23 055 programadas, 15 656 em ambulatório e 7 399 urgência convencional.

A 31 de Dezembro de 2021, o CHTS era constituído por 2 500 profissionais que se distribuíam pelos vários grupos profissionais sendo que 490 eram médicos e 842 eram enfermeiros.

1.1.2.11. Unidade Local de Saúde do Alto Minho

O Decreto-Lei n.º 183/2008 – Diário da República n.º 171/2008, Série I de 2008-09-04 cria a Unidade Local de Saúde do Alto Minho, EPE, constituída por duas Unidades Hospitalares, o Hospital Conde de Bertiandos – Ponte de Lima e o Hospital Santa Luzia de Viana do Castelo.

A sua área de influência corresponde ao distrito de Viana do Castelo, concelhos de Arcos de Valdevez, Caminha, Melgaço, Monção, Paredes de Coura, Ponte da Barca, Ponte de Lima, Valença, Viana do Castelo e Vila Nova de Cerveira e serve 237 293 habitantes.

A 31 de dezembro de 2021, a Unidade Local de Saúde do Alto Minho, tinha uma lotação praticada de 419 camas.

O número total de consultas externas em 2021, foi de 246 927, estando estas divididas em primeiras consultas com 70 272 e as consultas subsequentes com 176 655.

O número de utentes atendidos em serviço de urgência em 2021 foi de 128 859, divididos pelos vários tipos de urgência. A urgência geral teve 111 863 casos, a urgência pediátrica com 12 230 e a urgência obstetrícia com 4 766.

Por outro lado, o número de intervenções cirúrgicas, neste mesmo período foi de 23 452, divididas pela cirurgia programada com 10 552 intervenções, cirurgia urgente com 2 348, a cirurgia convencional com 3 361 e a cirurgia ambulatoria com 7 191.

A 31 de Dezembro de 2021, a ULSAM regista um número de 3 013 colaboradores, divididos pelos vários grupos profissionais. No entanto, entre estes destacamos os 636 médicos e os 1046 enfermeiros.

1.1.2.12.Unidade Local de Saúde de Matosinhos

A Unidade Local de Saúde de Matosinhos foi criada em 1999, através do Decreto-Lei n.º 207/99, integrando o Hospital Pedro Hispano e os Centros de Saúde de Matosinhos, Senhora da Hora, Leça da Palmeira e São Mamede Infesta, visando a prestação de cuidados à população de Matosinhos.

A ULSM é responsável pela prestação de cuidados à população residente no concelho de Matosinhos, a cerca de 172 586 mil habitantes. Em simultâneo, o Hospital Pedro Hispano é hospital de referência direta, para os utentes provenientes dos concelhos de Vila do Conde e Póvoa de Varzim. Assim, no total são 317 674 os utentes a quem a ULSM presta cuidados de saúde.

Esta estrutura, a 31 de dezembro de 2021, tinha uma lotação praticada de 359 camas.

A consulta externa dispõe de 88 gabinetes de consulta médica e de enfermagem, e o número deste tipo de consultas realizadas em 2021 foi de 274 617 na sua totalidade, divididas entre 73 521 nas primeiras consultas e 201 096 nas consultas subsequentes.

O número de utentes atendidos em serviço de urgência em 2021 foi de 84 702, e destas 75 498 foi urgência geral e 9 204 foi de urgência obstetrícia.

O número total de intervenções cirúrgicas relativamente ao ano de 2021 foi de 28 633, das quais 1 701 são intervenções urgentes, 13 466 programadas, 9 887 de ambulatório e 3 579 em intervenções convencionais.

A 31 de dezembro de 2021, a ULS de Matosinhos regista 2 801 colaboradores, divididos pelos vários grupos profissionais. No entanto, entre estes, destaca-se 685 médicos e 998 enfermeiros.

1.1.2.13. Unidade Local de Saúde do Baixo Alentejo

A Unidade Local de Saúde do Baixo Alentejo, EPE é uma entidade pública empresarial integrada no Serviço Nacional de Saúde, criada por Decreto-lei n.º 183/2008, de 4 de setembro. A ULSBA desenvolve a sua atividade em 3 níveis de prestação de cuidados:

Cuidados de Saúde Primários: Agrupamento de Centros de Saúde do Baixo Alentejo, que integra as unidades funcionais dos Centros de Saúde de Aljustrel, Almodôvar, Alvito, Barrancos, Beja, Castro Verde, Cuba, Ferreira do Alentejo, Mértola, Moura, Ourique, Serpa e Vidigueira, bem como a Unidade de Recursos Assistenciais Partilhados, Unidade de Saúde Pública, Centro de Diagnóstico Pneumológico e o Centro de Aconselhamento de Detecção.

Cuidados de Saúde Hospitalares: Hospital José Joaquim Fernandes, Beja.

Cuidados Paliativos: Equipa Comunitária de Suporte em Cuidados Paliativos Beja (apoio a todos os concelhos, com exceção de Moura, Barrancos e Mértola), Equipa Comunitária de Suporte em Cuidados Paliativos de Moura e Barrancos e Equipa Comunitária de Suporte em Cuidados Paliativos de Mértola.

A área de influência da ULSBA, é de 114 889 habitantes, o que revela uma grande dispersão geográfica, facto que traz algumas dificuldades de acesso aos cuidados

de saúde, principalmente na parte populacional mais envelhecida e nas áreas com baixa densidade populacional.

A 31 de dezembro de 2021, contava com uma lotação praticada de 212 camas.

O número de consultas externas efetuadas durante o período de 2021 foi de 81 666, das quais 29 773 foram primeiras consultas e 51 893 consultas subsequentes.

Já o número de utentes atendidos em serviço de urgência em 2021 foi de 84 141, dos quais 67 282 foram de urgência geral, 13 378 de urgência pediátrica e 3 481 de urgência obstétrica.

As intervenções cirúrgicas foram de 7 498 no ano de 2021, das quais 3 145 foram de cirurgia programada, 1 273 de cirurgia convencional, 1 872 de cirurgia ambulatoria e 1 208 de cirurgia urgente.

Quanto ao número de efetivos, no final de 2021, contava com 1 808 colaboradores, entre os quais 204 eram médicos e 628 enfermeiros.

1.1.2.14. Unidade Local de Saúde do Norte Alentejano

A Unidade Local de Saúde do Norte Alentejano (ULSNA, EPE) é uma entidade pública empresarial criada pelo Decreto-Lei 50-B/2008, de 28 de fevereiro, com as alterações inseridas, primeiro pelo Decreto-lei 12/2015, de 26 de janeiro e pelo Decreto-Lei. N.º 18/2017 de 10 de fevereiro.

A ULSNA, EPE, possui 2 Hospitais, nas cidades de Portalegre e Elvas e 16 Centros de Saúde, organizados em Unidades Funcionais – Unidades de Cuidados de Saúde Personalizados, Unidades de Saúde Familiares e Unidades de Cuidados Continuados na Comunidade.

A Unidade Local de Saúde do Norte Alentejano, E.P.E. é responsável pela prestação de cuidados de saúde a toda a população do distrito de Portalegre, que é constituído por 15 concelhos, que possui uma população de 104 930 habitantes.

A 31 de dezembro de 2021, esta estrutura, tinha uma lotação praticada de 227 camas.

Durante este período, em 2021, o número de consultas externas foi de 93 276, sendo que destas 27 792 são primeiras consultas e 65 484 são consultas subsequentes.

A ULSNA acomoda 3 pontos de urgência diferentes: Portalegre, Elvas e Ponte de Sor, existindo em Portalegre um serviço de urgência médico-cirúrgico, e nos outros sítios serviços de urgência básica. Os utentes atendidos em serviço de urgência foram no total 69 661 em 2021, divididas por 62 296 na urgência geral, 5 847 na urgência pediátrica e 1 518 na urgência obstetrícia.

O número de intervenções cirúrgicas em 2021 foi de 9 749, divididas por 4 585 de cirurgia programada, 3 139 de cirurgia ambulatoria, 1446 de cirurgia convencional e 579 de cirurgia urgente.

Em 31 de dezembro de 2021, a Unidade Local de Saúde do Norte Alentejano, EPE, empregava 1 662 trabalhadores, distribuídos pelas diversas carreiras, entre estes 196 são médicos e 599 são enfermeiros.

1.1.3. Grupo D

1.1.3.1. Centro Hospitalar Vila Nova de Gaia/ Espinho

Com a política de modernização e revitalização do SNS, que teve como pretexto a adoção de uma gestão reformadora com carácter empresarial dirigida para a satisfação das necessidades do utente, foi criado o Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia/Espinho, EPE, pelo Decreto-Lei nº 50 - A/2007, de 28 de fevereiro, por fusão do Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia e o Hospital Nossa Senhora da Ajuda de Espinho, com qualidade de Entidade Pública Empresarial. A 28 de novembro de 2017, o Centro de Reabilitação do Norte - Dr. Ferreira Alves, e através do Decreto-Lei n.º 95/2018, a gestão do CRN passou para a domínio do Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia/Espinho, tornando-se, desta forma, a quarta unidade gerida pelo centro hospitalar.

No presente, o Centro Hospitalar Gaia/Espinho, é um dos principais complexos assistenciais do norte do país, sendo das poucas estruturas hospitalares a nível nacional com capacidade de resposta em toda a linha de cuidados de saúde, desde o doente agudo, através do seu Serviço de Urgência Polivalente, passando pelos cuidados médico-cirúrgicos e de ambulatorio, até aos cuidados continuados e de reabilitação.

O centro hospitalar presta cuidados de saúde às populações dos concelhos de Vila Nova de Gaia e de Espinho com cerca de 334 899 habitantes. Este auxilia ainda os concelhos de Entre Douro e Vouga e garante particularmente a Cirurgia Cardiorácica a 40% da Região Norte. Este centro hospitalar conta com 34 serviços clínicos, que de forma integrada com os cuidados primários respondem às várias patologias, constituindo clínicas multidisciplinares para corresponderem determinadas áreas assistenciais às necessidades da comunidade, nas quatro unidades que a constituem.

A 31 de dezembro de 2021, o Centro Hospitalar Vila Nova de Gaia/Espinho, tinha uma lotação praticada de 574 camas.

Observada a atividade desenvolvida no âmbito das consultas médicas, verifica-se que no ano de 2021 foram realizadas 519 972 consultas das quais 174 028 foram primeiras consultas e 345 944 de consultas subsequentes.

Após análise dos episódios de urgência, durante o ano de 2021, foram registadas 163 350 ocorrências das quais 119 739 em urgência geral, 33 106 em urgência pediátrica e 10 505 em urgência obstetrícia.

No período em análise, foram intervencionados no centro hospitalar 56 310 pacientes dos quais 26 829 em cirurgia programada, 9 218 em cirurgia convencional, 17 611 em ambulatório e por último 2 652 em cirurgia urgente.

No final de 2021, integrava 4 144 profissionais dos quais 933 Médicos e 1 448 Enfermeiros.

1.1.3.2. Centro Hospitalar de Trás-Os-Montes e Alto Douro

O Centro Hospitalar de Trás-os-Montes e Alto Douro, é uma empresa pública (EPE), com sede em Vila Real, criada em fevereiro de 2007, consequência da fusão entre o Centro Hospitalar de Vila Real/Peso da Régua, E. P.E, com o Hospital Distrital de Chaves e o Hospital Distrital de Lamego (decreto-lei nº50-A/2007, de 28 de fevereiro e Decreto-Lei nº 233/2005, de 27 de dezembro).

Este centro hospitalar é composto por quatro unidades hospitalares, que com as suas particularidades se complementam para prestar cuidados de saúde de proximidade, em

rede. O CHTMAD, EPE está integrado na Administração Regional de Saúde do Norte, e a sua área de influência direta encerra cerca de 220 169 habitantes.

Abrange a população de: Tarouca, Tabuaço, S. João da Pesqueira, Montalegre, Lamego, Chaves, Boticas, Armamar, Vila Real, Vila Pouca de Aguiar, Santa Marta de Penaguião, Sabrosa, Ribeira de Pena, Peso da Régua, Murça, Mondim de Basto, Mesão Frio e Alijó. Abrange, ainda, para algumas valências a parte norte do distrito de Vila Real, a parte sul do distrito de Bragança, o norte do distrito de Viseu e a área leste do distrito do Porto, estendendo-se assim, a um total de cerca de meio milhão de habitantes; uma área coincidente com a da Associação de Municípios de Trás-os-Montes e Alto Douro e subjacente à do Centro de Oncologia.

O Hospitalar de Trás-os-Montes e Alto Douro, a 31 de dezembro de 2021, tinha uma lotação praticada de 568 camas.

O número 326 901 é o número de consultas externas realizadas em 2021. Nestes números inclui-se as primeiras consultas que foram 83 050 e as consultas subsequentes que foram 243 851.

O número de utentes atendidos em serviço de urgência em 2021 foi 153 397, repartidos pela urgência geral com 126 327, urgência pediátrica com 19 957 e a urgência obstetrícia com 7 113 episódios.

A atividade cirúrgica no ano de 2021, incluindo convencional, ambulatória e urgente, e programada totalizou 30 796 intervenções das quais 9 817 em ambulatório, 2 252 em urgente, 4 455 intervenções em cirúrgica convencional e 14 272 cirurgia programada.

Durante o exercício de 2021, a política de recursos humanos que foi adotada foi a de prover os serviços dos efetivos necessários para o desempenho das atividades dos vários serviços que resultou em 3 047 profissionais, entre eles 535 médicos e 1 176 enfermeiros.

1.1.3.3. Centro Hospitalar Tondela – Viseu

O Hospital de Viseu tem um extenso percurso histórico, cuja génese remonta ao século XVI. Presentemente, o Hospital de Viseu opera num edifício moderno, tendo sido a sua inauguração a 14 de julho de 1997 e está situado na União de freguesias de Viseu

O Centro Hospitalar Tondela-Viseu E.P.E. (CHTV, E.P.E.) foi criado em 2 de Março de 2011 através do Decreto-Lei nº 30/2011 por fusão do Hospital de São Teotónio, E.P.E com o Hospital Cândido Figueiredo.

O centro hospitalar está localizado na Região Centro e a sua área de influência direta abrange dezasseis dos vinte e quatro Concelhos do Distrito de Viseu e um do Distrito da Guarda, mais concretamente toda a Região do Dão- Lafões, com a exceção de Mortágua, e três Concelhos da Região do Douro Sul (Moimenta da Beira, Penedono e Sernancelhe). A Região do Dão-Lafões é constituída por catorze Concelhos do Distrito de Viseu e um Concelho do Distrito da Guarda. De acordo com o último período disponível das estatísticas nacionais do INE sobre a população residente, a sua área de influência direta é de 270 633 habitantes.

O centro hospitalar registava a 31 de dezembro de 202, uma lotação praticada de 613 camas.

O número de consultas externas efetuado durante o período de 2021 foi de 253 590, das quais 77 183 foram primeiras consultas e 176 407 consultas subsequentes.

O número de utentes atendidos em serviço de urgência em 2021 foi de 136 119 e destes 98 781 foi urgência geral, 23 752 foi urgência pediátrica e 13 586 urgência obstetrícia.

As cirurgias praticadas neste centro hospitalar em 2021 foram de 43 055 divididas em categorias, entre elas a cirurgia programada com 20 154, a cirurgia convencional com 5 771 a cirurgia de ambulatório com 14 383, e a cirurgia urgente com 2 747.

Os Recursos humanos contavam à data de dezembro de 2021 com 2 732 efetivos na sua globalidade, sendo 581 médicos e 1 033 enfermeiros.

1.1.3.4. Centro Hospitalar Universitário do Algarve

Criado pelo Decreto-lei n.º 69/2013, de 17 de maio, o Centro Hospitalar do Algarve E.P.E. resultou da fusão entre o Hospital de Faro e o Centro Hospitalar do Barlavento Algarvio (Hospital de Portimão e Hospital de Lagos). Em 2017, ao abrigo do Decreto-Lei n.º 101/2017, de 23 de Agosto, foi alterada a sua designação para Centro Hospitalar Universitário do Algarve EPE, bem como transferidas para o Centro Hospitalar Universitário do Algarve – nova denominação do Centro Hospitalar do Algarve

É composto por três unidades hospitalares – Faro, Portimão e Lagos – às quais se somam os Serviços de Urgência Básica do Algarve e o Centro de Medicina Física e de Reabilitação do Sul, caracterizando-se como uma unidade hospitalar de referência no SNS, o qual se responsabiliza pela prestação de cuidados de saúde diferenciados na região do Algarve, bem como pelo apoio à formação pré, pós-graduada e contínua na área da saúde.

O Centro Hospitalar Universitário do Algarve assegura a prestação de cuidados de saúde em toda a extensão da região do Algarve (16 concelhos) a uma população de cerca de 467 475 habitantes, número que pode triplicar na época alta do turismo.

A 31 de dezembro de 2021, o Centro Hospitalar Universitário do Algarve tinha uma lotação praticada de 987 camas.

No que à área da consulta externa tange, em 2021 realizaram-se 312 198 consultas médicas, na sua totalidade, divididas entre as primeiras consultas 81 356 e as consultas subsequentes 230 842.

O número total de intervenções cirúrgicas relativamente ao ano de 2021 foi de 27 379, das quais 4 077 são intervenções urgentes, 11 651 programadas e 6 793 em ambulatório e 4 858 cirurgias convencionais.

O serviço de Urgência do CHUA é composto por uma Urgência Polivalente, na Unidade Hospitalar de Faro, por uma Urgência Médico-Cirúrgica, na Unidade Hospitalar de Portimão, e pelos Serviços de Urgência Básica, na Unidade Hospitalar de Lagos, em Loulé, Albufeira e Vila Real de Santo António.

No atendimento urgente verificou-se em 2021 um total de 299 375 casos divididos entre a urgência geral com 226 605, a urgência pediátrica com 54 184 e urgência obstetrícia com 18 586.

A 31 de Dezembro de 2021 o Centro Hospitalar Universitário do Algarve (CHUA) regista 4 995 colaboradores divididos pelos vários grupos profissionais. No entanto, entre estes destacamos os 781 médicos e os 1 813 enfermeiros.

1.1.3.5. Hospital Garcia de Orta

O Hospital Garcia de Orta (HGO), EPE, é pessoa coletiva de direito público de natureza empresarial, provida de autonomia administrativa, financeira e patrimonial.

Em 2003, como resultado do seu desenvolvimento e grau de diferenciação criado, foi classificado como hospital central, o único na margem sul do tejo, deixando de pertencer ao Setor Público Administrativo e passando para o Setor Empresarial do Estado, primeiro como sociedade anónima de capitais exclusivamente públicos (SA) e mais tarde, a partir de 2006, como entidade pública empresarial (EPE), estatuto que mantém até hoje.

Este hospital, serve presentemente uma população calculada em 343 793 mil habitantes dos concelhos de Almada e Seixal. Alguns serviços do Hospital Garcia de Orta dão resposta às populações de toda a Península de Setúbal, sobretudo nas áreas de especialidade de Neonatologia e Neurocirurgia.

A 31 de dezembro de 2021, o HGO, tinha uma lotação praticada de 594 camas.

O número 302 136 é o número de consultas externas realizadas em 2021. Nestes números inclui-se as primeiras consultas que foram 94 593 e as consultas subsequentes que foram 207 543.

O número de utentes atendidos em serviço de urgência em 2021 foi 126 883, repartidos pela urgência geral com 83 340, urgência pediátrica com 28 281 e a urgência obstetrícia com 15 262 episódios.

A atividade cirúrgica no ano de 2021, incluindo a convencional, ambulatoria, urgente, e programada totalizou 30 835 intervenções, das quais 10 996 em ambulatório, 2 079 em urgente, 3 382 convencional e 14 378 cirurgia programada.

Durante o exercício de 2021 a política de recursos humanos que foi adotada foi a de promover os serviços dos efetivos necessários para o desempenho das atividades dos vários serviços que resultou em 3 045 profissionais, entre eles 653 médicos e 1 080 enfermeiros.

1.1.3.6. Hospital Professor Doutor Fernando Fonseca

O Hospital Professor Doutor Fernando Fonseca, EPE, foi inaugurado em 1995 e foi o primeiro hospital público com gestão privada, porém, em 2009 regressa à esfera pública. Esta unidade hospitalar serve a população dos concelhos de Amadora – Sintra, com uma área de influência direta de cerca de 557 154 habitantes.

Esta estrutura, a 31 de dezembro de 2021, disponha de uma lotação praticada de 804 camas.

Quanto ao número de consultas externas realizadas no ano 2021 foi de 322 315 na sua totalidade, divididas entre as primeiras consultas 92 266 e as consultas subsequentes 230 049.

Analisando os episódios de urgência, durante o ano de 2021, foram registadas 211 594 ocorrências, das quais 152 420 em urgência geral, 42 524 em urgência pediátrica, 16 650 em urgência obstetrícia.

No período em análise, foram intervencionados neste hospital 27 802 pacientes, dos quais 12 598 em cirurgia programada, 4 926 em cirurgia convencional, 7 672 em ambulatório e por último 2 606 em cirurgia urgente.

No final de 2021 o Hospital Professor Doutor Fernando Fonseca, EPE, tinha nos seus quadros 3 333 profissionais, dos quais 671 médicos e 1 108 enfermeiros.

1.1.3.7. Hospital do Espírito Santo de Évora

Com a reforma em Entidade Empresarial, em 2006, este hospital passou por uma enorme transformação ao nível das instalações físicas, da organização interna e da especialização das suas valências, ampliando a oferta de cuidados mais diferenciados à população e eliminando algumas das carências existentes na região.

O Decreto-Lei n.º 50-A/2007, esclarece o Hospital do Espírito Santo de Évora, como Entidade Pública Empresarial (E. P. E).

O Hospital do Espírito Santo de Évora, EPE (HESE) é a principal unidade hospitalar e também a maior do território alentejano, aquela que garante a maior diferenciação e que, para além de receber os utentes do Alentejo Central (152 511 habitantes), serve cada vez

mais doentes oriundos do Alto Alentejo, Baixo Alentejo e Alentejo Litoral (316 303 habitantes), num total de 468 814 habitantes. A 31 de dezembro de 2021, tinha uma lotação praticada de 295 camas.

No que concerne à atividade realizada no contexto de consulta externa em 2021, foram realizadas 167 162 consultas efetivadas, divididas pelas primeiras consultas com 48 229 e 118 933 consultas subsequentes.

O ano de 2021 ficou igualmente marcado pela diminuição do número de atendimentos no âmbito de Serviço de Urgência, sendo estes de 62 166 episódios, distribuídos pela urgência geral com 47 537 a urgência pediátrica com 14 639 casos.

No que respeita ao número de doentes intervencionados em 2021, a nível de cirurgias teve um total de 32 670 doentes, divididos pela cirurgia programada com 15 308 casos, 3 270 em cirurgia convencional, 12 038 em cirurgia ambulatória e por último 2 054 casos de cirurgia urgente.

A 31 de Dezembro de 2021, encontravam-se ao serviço 1 788 profissionais efetivos a nível geral, sendo destes, 324 médicos e 613 são enfermeiros.

1.1.3.8. Hospital de Braga

O Hospital de Braga, EPE foi constituído pelo Decreto-Lei nº 75/2019 de 30 de maio de 2019.

Este Hospital, presta cuidados de saúde a cerca de 1.2 milhões de pessoas dos distritos de Braga e Viana do Castelo, dispõe de equipas clínicas multidisciplinares qualificadas para a prestação de serviços de saúde de excelência, tal como disponibiliza equipamentos com tecnologias de primeira linha. Nas suas instalações fazem parte as unidades de assistência médica, investigação e ensino universitário.

Este hospital, presta cuidados de saúde de 1ª linha aos concelhos de Braga, Amares, Póvoa de Lanhoso, Terras de Bouro, Vieira do Minho e Vila Verde, servindo atualmente, uma área direta de 298 479 habitantes.

O Hospital de Braga, teve uma capacidade de internamento de 686 camas, a 31 de dezembro de 2021.

No ano de 2021, foram realizadas 521 285 consultas, notando-se um crescimento em relação ao ano anterior. Destas 521 285 consultas, 144 900 foram primeiras consultas e 376 385 consultas subsequentes.

O serviço de urgência do Hospital de Braga permite um atendimento segmentado em função das necessidades de cada paciente, isto é, Urgência Geral, Urgência Pediátrica e Urgência de Ginecologia/Obstetrícia. Considerando os atendimentos no ano de 2021 na Urgência, foram realizados um total de 185 730, dos quais 137 651 foram de Urgência Geral, 35 812 Urgência Pediátrica e 12 267 de em Urgência de Ginecologia/Obstetrícia.

Na atividade cirúrgica, em 2021, verificou-se um aumento em relação ao período homólogo. No que concerne aos tipos de cirurgia, é possível verificar que foram efetuadas 81 987 cirurgias sendo que 3 761 foram cirurgias urgentes, 10 075 em cirurgias Convencionais, 29 038 em Ambulatório e 39 113 cirurgias programadas.

O ano de 2021 continuou marcado pela pandemia, no entanto o Hospital de Braga contou com uma equipa de 3 295 colaboradores, dos quais 807 eram médicos e 1 104 eram enfermeiros.

1.1.4. Grupo E

1.1.4.1. Centro Hospitalar Universitário do Porto

O Centro Hospitalar Universitário do Porto (CHUP) nasceu a 1 de outubro de 2007, através do Decreto-Lei nº326/2007 de 28 de setembro, ano em que o Hospital Geral de Santo António se coligou ao Hospital Central Especializado de Crianças Maria Pia e à Maternidade de Júlio Dinis. A estes, em março de 2011, juntou-se o Hospital Joaquim Urbano e mais tarde, em maio de 2013, o Centro de Genética Médica Doutor Jacinto Magalhães.

Em 2020, o CHUP divide-se em quatro polos, nomeadamente o Hospital Santo António, o Centro Materno Infantil do Norte Albino Aroso, o Centro de Genética Médica Jacinto de Magalhães e o Centro Integrado de Cirurgia de Ambulatório.

A área de influência do CHUP compreende 1 522 805 habitantes, a qual se constitui por todas as freguesias da cidade, com exceção de Bonfim, Paranhos e Campanhã, e pelo concelho de Gondomar. Além destas freguesias, o CHUP é também o centro hospitalar

de referência para a população dos distritos de Bragança e Vila Real, dos concelhos de Amarante, Baião e Marco de Canaveses, do distrito do Porto e dos concelhos situados a sul do Douro pertencentes à parte norte dos distritos de Aveiro e Viseu.

A 31 de dezembro de 2021, o Centro Hospitalar Universitário do Porto, tinha uma lotação praticada de 818 camas.

O número 713 271 é o número de consultas externas realizadas em 2021. Nestes números estão incluídas as primeiras consultas, 174 765, e as consultas subsequentes, 538 506.

O número de utentes atendidos em serviço de urgência em 2021 foi de 131 199, repartidos pela urgência geral com 112 275 e urgência obstetrícia com 18 924 episódios.

A atividade cirúrgica no ano de 2021, incluindo convencional, ambulatoria e urgente, e programada totalizou 77 743 intervenções, das quais 24 892 em ambulatório, 4 897 em urgente, 11 531 convencional e 36 423 cirurgia programada.

A 31 de dezembro de 2021, este centro hospitalar empregava 4 839 trabalhadores, distribuídos pelas diversas carreiras, entre estes 1 232 são médicos e 1 627 são enfermeiros.

1.1.4.2. Centro Hospitalar Universitário de São João

A 1 de abril de 2011 e através do Decreto-lei n.º 30/2011 de 2 de março, foi originado o Centro Hospitalar de São João, EPE, resultado da agregação de dois hospitais, nomeadamente o Hospital de São João e o Hospital de Nossa Senhora da Conceição. Mas, em 2018, e através do Artigo 29º do Decreto-Lei nº 61/2018, de 3 de agosto que estabelece o regime jurídico dos centros académicos clínicos, o CHSJ altera a sua denominação para Centro Hospitalar Universitário de São João, EPE.

O Centro Hospitalar Universitário de São João (CHUSJ) oferece assistência a cerca de 328 230 habitantes, essencialmente às freguesias de Bonfim, Paranhos e Campanhã, dentro do concelho do Porto, bem como aos concelhos da Maia e Valongo. Além destas freguesias, assiste também os habitantes do Porto (exceto os habitantes dos concelhos de Baião, Amarante e Marco de Canaveses), Braga e Viana do Castelo, totalizando cerca de 740 000 habitantes.

A 31 de dezembro de 2021, o Centro Hospitalar Universitário de São João, tinha uma lotação praticada de 1 072 camas.

O número total de consultas externas em 2021 foi de 799 107, sendo estas divididas em primeiras consultas 221 097 e em consultas subsequentes 578 010.

Neste período, o serviço de urgência regista 234 704 atendimentos, dos quais 156 684 foi urgência geral, 65 930 urgência pediátrica e 12 090 urgência obstetrícia.

A atividade cirúrgica deste centro hospitalar, durante o ano de 2021, encontra-se resumida a 101 567 intervenções, sendo que o maior número destas se concentra nas urgências programadas com 47 904 intervenções, seguindo-se a urgência ambulatoria com 29 583 casos, urgência convencional 18 321 e a urgência urgente com 5 759 atendimentos.

O Centro Hospitalar Universitário de São João, E.P.E. integrava, em 2021, 6 491 profissionais. Os profissionais da área da saúde eram constituídos por 2 512 enfermeiros e 1 526 médicos.

1.1.4.3. Centro Hospitalar Universitário de Coimbra

O Centro Hospitalar Universitário de Coimbra, o maior centro hospitalar de Portugal, diferenciando-se assim dos outros centros hospitalares, é uma entidade pública empresarial que deriva da aglomeração de outros hospitais, através do Decreto-lei nº 30/2011, de 2 de março. Neste centro hospitalar operam a sua atividade em quatro hospitais e duas maternidades, disseminados pela cidade.

Neste centro hospitalar está abrangido cerca de 310 049 habitantes e é fundamentalmente composta pelos concelhos que integram os agrupamentos de centros de saúde do Pinhal Interior Norte e Baixo Mondego, não abrangendo neste último a população dos concelhos de Figueira da Foz, Montemor-o-Velho, Soure, Mira e Cantanhede. A 31 de dezembro de 2021, tinha uma lotação praticada de 1 557 camas.

Durante este período o número de consultas externas foi de 844 150 sendo que destas 214 416 são primeiras consultas e 629 734 são consultas subsequentes.

Os utentes atendidos em serviço de urgência em 2021 foram no total 235 002, divididos pela urgência geral 162 500 casos, 51 927 urgência pediátrica e 20 575 urgência obstetrícia.

O número de intervenções cirúrgicas em 2021 foi de 70 906, divididas por 32 145 de cirurgia programada, 19 846 de cirurgias ambulatoria, 12 299 de cirurgia convencional e 6 616 de cirurgia urgente.

A 31 de dezembro de 2021, este centro hospitalar empregava 8 560 trabalhadores, distribuídos pelas diversas carreiras, entre estes são 1 653 médicos e 3 299 são enfermeiros.

1.1.4.4. Centro Hospitalar Universitário de Lisboa Central

O Centro Hospitalar de Lisboa Central, EPE, rompe a 28 de fevereiro de 2007 através do Decreto-lei n.º 50-A/ 2007, ao qual se junta o Centro Hospitalar de Lisboa, nomeadamente os Hospitais de S. José e Hospital de Santo António dos Capuchos e os Hospitais de Santa Marta e de D. Estefânia.

A 23 de fevereiro de 2012 e com o Decreto-Lei n.º 44/ 2012, ocorre o fim da fundição do Centro Hospitalar de Lisboa Central, E. P. E., particularmente o Hospital de Curry Cabral, E. P. E., e a Maternidade Dr. Alfredo da Costa.

Por outro lado, o Decreto-Lei n.º 61/ 2018, de 3 de agosto, atesta o Centro Hospitalar de Lisboa Central, EPE como centro universitário, alterando a sua designação para Centro Hospitalar Universitário de Lisboa Central, EPE (CHULC).

A área de influência direta do CHULC corresponde a 274 911 habitantes. A 31 de dezembro de 2021, tinha uma lotação praticada de 1 178 camas.

O número de consultas médicas externas realizadas em 2021 foi de 712 352, no entanto 191 546 são primeiras consultas e 520 806 são consultas subsequentes.

O número de utentes atendidos em serviço de urgência em 2021 foi de 203 749 dividido pela urgência geral com 114 577 casos, a urgência obstetrícia com 17 849, a urgência pediátrica com 65 583 e com 5 740 casos de urgência psiquiátrica.

O número de intervenções cirúrgicas em 2021 foi de 68 965, sendo 30 609 cirurgias programadas e 7 747 cirurgias urgentes, 11 435 cirurgia convencional e 19 174 cirurgia ambulatorio.

O CHULC em 2021 contava com 8 289 profissionais. A área da saúde era constituída por 2 781 enfermeiros e 1 679 médicos.

1.1.4.5. Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental

O centro hospitalar de Lisboa Ocidental E.P.E, foi criado pelo decreto de lei nº233/2005 de 29 de dezembro, resultante da integração, por fusão, do Hospital de S. Francisco Xavier, SA, do Hospital de Egas Moniz, SA, e do Hospital de Santa Cruz, SA.

Este centro hospitalar constitui-se como sendo um dos grandes a nível nacional, abrangendo as freguesias de Ajuda, Alcântara, Belém e Campo de Ourique do concelho de Lisboa, para o total das freguesias do concelho de Oeiras e ainda para a freguesia de Alfragide, Falagueira-Venda Nova e Encosta do Sol do concelho da Amadora, totalizando assim 303 374 habitantes, a que deve dar auxílio hospitalar. A 31 de dezembro de 2021, tinha uma lotação praticada de 723 camas.

As consultas externas registadas neste centro hospitalar em 2021 foram de 458 088, as quais se repartiram em primeiras consultas com 103 401 e 354 687 de consultas subsequentes, episódios ocorridos durante o ano de 2021.

O número de utentes atendidos em serviço de urgência em 2021 foi de 122 066, divididos pelos vários tipos de urgência, 83 115 em urgência geral, 26 391 na urgência pediátrica e na urgência obstétrica foram contabilizados 12 560 casos.

Já o número de intervenções cirúrgicas em 2021 foi de 32 652, divididas pela cirurgia urgente com 2 708, a cirurgia convencional 5 220 e a cirurgia ambulatoria com 9 752 e 14 972 em cirurgia programadas.

A 31 de Dezembro de 2021, este centro hospitalar regista 4 632 colaboradores divididos pelos vários grupos profissionais. No entanto, entre estes destaca-se os 942 médicos e os 1 580 enfermeiros.

1.1.4.6. Centro Hospitalar Universitário de Lisboa Norte

O Centro Hospitalar Universitário Lisboa Norte foi criado a 1 de março de 2008, pelo decreto de lei nº23/2008, resultado da fusão de dois hospitais, o hospital de Santa Maria, E.P.E e o hospital Pulido Valente, E.P.E.

No que concerne à oferta de cuidados de saúde, este centro hospitalar, abrange 3 áreas: a de ambulatório, internamento e urgência.

Atualmente, a sua área de influência ronda os 228 633 habitantes, o qual abrange no concelho de Lisboa, as freguesias de Alvalade, Avenidas Novas, Benfica, Campolide, Carnide, Lumiar, São Domingos de Benfica e Santa Clara. A 31 de dezembro de 2021, tinha uma lotação praticada de 1 006 camas.

O número total de consultas externas em 2021 foi de 708 973, as quais se dividiram em primeiras consultas com 190 582 e em consultas subsequentes de 518 391.

Quanto aos episódios de urgência, no ano de 2021 foram registados na sua totalidade 178 599, repartidos pelos vários tipos de urgência, 131 423 em urgência geral, 31 289 em urgências pediátricas e 15 887 em urgência de obstetrícia.

No que diz respeito à atividade cirúrgica no período de 2021, este centro hospitalar registou 65 084 cirurgias, repartidas por 29 793 cirurgias programadas, 10 002 cirurgias convencionais, 19 791 cirurgias de ambulatório e 5 498 casos de cirurgias urgentes.

Este centro hospitalar no final de 2021 tinha 6 636 profissionais, sendo 1 471 médicos e 2 048 enfermeiros.

1.2. Síntese

O sistema de saúde, à semelhança do que ocorre em outros setores do estado, sofre várias tensões, entre elas a pressão demográfica relacionada com o envelhecimento e com a diminuição da natalidade, o agravamento do ónus de doença crónica, a desaceleração do crescimento económico, o aumento da despesa, a articulação entre setor público e privado, e entre prestação, financiamento e regulação. A área da saúde tem particularidades próprias que surgem pelo facto de o setor da saúde ser o espelho de um misto de causas que resultam de outras áreas, assim como de necessidades económicas

que ocorrem da inovação tecnológica, do aumento de patologias intrincadas e da coexistência de várias patologias (Wendt, 2009).

Certificar a sustentabilidade, a justiça, a qualidade e a eficiência dos cuidados prestados, considerando uma coerência de acesso universal aos cuidados de saúde leva a que o sistema tenha que se reorganizar e incrementar novos modelos de organização. Assim, aparece o desafio de confirmar o equilíbrio entre a indispensabilidade de mudança e a continuação dos princípios de cobertura universal e tendencialmente gratuita do Serviço Nacional de Saúde (Lei n.º 95/2019 - Diário da República n.º 169/2019, Série I, 2019).

Porém, nos últimos tempos, tem permanecido uma certa continuidade nas políticas de saúde, legitimada pela intervenção do Estado nestas políticas e também no novo papel do Estado no sentido de realçar o desenvolvimento da saúde e a prevenção da doença, resultado das discussões internacionais e que viria a ser reconhecido pela Organização Mundial de Saúde (Saúde O. M., 2008).

Apesar desta continuidade, torna-se fácil reconhecer diferentes fases no SNS, na organização e planeamento do sistema de saúde português. No entanto, é possível afirmar que a saúde da população portuguesa melhorou, espelhando um compromisso político com a saúde e um desenvolvimento económico que possibilitou melhores condições de vida. Desde a fundação do SNS que se verificam benefícios significativos nesta área, no qual Portugal conseguiu resultados que se aproximam dos valores registados noutros países da União Europeia. Todavia, o envelhecimento da população, a redução da natalidade e o agravamento das doenças crónicas trazem consigo custos e desafios que se colocam ao Ministério da Saúde, sobretudo no que se refere à sustentabilidade do SNS. No entanto, Portugal tem um problema de desequilíbrio em saúde e este aspeto sobressai quando se examina a distribuição de saúde a nível nacional, subsistindo ARS com indicadores de saúde consideravelmente melhores que outras, desigualdades estas que devem ser estudadas no sentido de se perceber se estão, ou não, relacionadas à cobertura de serviços e à distribuição de recursos humanos, financeiros e tecnológicos. Estas desigualdades verificadas nos resultados de saúde poderão refletir as desigualdades regionais em termos de riqueza e de condições socioeconómicas das populações, que de alguma forma poderão defender a necessidade de políticas adaptadas, designadamente de combate à pobreza, provocando grandes clivagens regionais e sociais no país. Todavia, apesar da continuidade nos princípios do SNS e nas políticas escolhidas, os últimos

tempos foram assinalados por um crescimento de medidas limitativas e de sustentabilidade do SNS, bem como por uma maior relevância do setor privado e social, que tem por objetivo final prestar um melhor serviço e preservar o SNS (Europeia, 2019).

CAPÍTULO III - METODOLOGIA

1. Introdução

Aquando da realização de uma investigação ou um estudo, é fundamental que se adapte uma metodologia para a recolha de dados. A escolha desta metodologia, na investigação, é confiada ao investigador e debruça-se nas técnicas e nos métodos abordados por este, tal como a escolha do instrumento a utilizar para responder aos objetivos previamente definidos (Fortin, 2009).

Um dos aspetos principais numa investigação, independentemente da sua natureza, é o processo metodológico, uma vez que é nesta fase que se podem retirar conclusões acerca da temática, bem como posteriormente relacioná-las com a revisão de literatura.

Quando uma investigação é de natureza científica, a metodologia a utilizar tem que ter um maior rigor, aumentando assim a sua credibilidade e aceitação (Fortin, 2009). No entanto, pode-se considerar que a metodologia, o enquadramento teórico e a habilidade do investigador na construção do trabalho, constituem o tríptico que suporta a investigação científica (Galego & Gomes, 2005).

Todavia, nesta investigação científica, será utilizado um estudo exploratório de natureza quantitativa, com recurso à base de dados secundários de domínio público, disponibilizados pela Administração Central do Sistema de Saúde e o portal da Transparência do Sistema Nacional de Saúde, locais estes, onde foi feita a recolha de dados.

Posteriormente aos dados recolhidos, o seu tratamento é auxiliado pelo Data Envelopment Analysis (DEA), de forma a analisar a eficiência ou não dos hospitais, ambicionando-se que os resultados obtidos sejam significativos e que, de alguma forma, possam induzir uma melhoria na eficiência hospitalar.

2. População e Amostra

Na investigação é essencial tornar os termos claros, compreensivos, objetivos e adequados, isto é, algumas conceções podem estar inteiramente adaptadas aos objetivos ou aos factos que eles representam. Todavia, o emprego de termos menos usuais, podem

oferecer obscuridade na interpretação, existindo ainda outros que exigem ser compreendidos com um significado próprio. Porém, o investigador não se encontra empenhado exclusivamente nas palavras, mas nos conceitos destas, tal como nos aspetos da veracidade empírica que estas representam.

Fortin (2009), afirma que a população diz respeito a um grupo de elementos que têm características em comum. Dada a dificuldade de estudar uma população ou universo na sua totalidade, o estudo é limitado a uma parte desse todo, ou seja, é extraído um subconjunto de elementos por meio de alguma técnica de amostragem, e é sobre a amostra que será submetida verdadeiramente aos procedimentos de pesquisa e a partir da qual se efetuarão as generalizações para toda a população.

No presente estudo, selecionou-se como população, as instituições prestadoras de cuidados de saúde sob o regime jurídico de Entidade Pública Empresarial (EPE).

Por outro lado, também o mesmo autor, define amostra como sendo uma parte que corresponde a uma fração da população que se pretende estudar. A particularidade do estudo e as características a serem investigadas determinarão o tipo de amostra que deve ser selecionada.

Neste presente estudo, a amostra é composta por 37 instituições agrupadas por grupos, conforme imagens abaixo, agrupados pelos grupos do *benchmarking*.



Figura 1 - Instituições Hospitalares

Fonte: Elaboração Própria

A amostra escolhida para análise é propositada e não probabilística, com a finalidade de tornar a amostra homogénea e comparável, tal como determina a metodologia da análise envoltória de dados.

3. Variáveis

A seleção das variáveis para um estudo, torna-se por vezes algo complexo, em particular no caso do setor da saúde, em que as instituições combinam vários inputs para gerar múltiplos outputs (Simões & Marques, 2009).

É neste sentido, que deve ser garantido que o modelo reproduza resultados em contexto real, pois, uma escolha menos correta e menos calculista pode originar resultados facciosos (Lobo, et al., 2009).

Tendo em conta que o principal output no setor da saúde é a mudança no estado de saúde do utente, esta é dependente de múltiplos fatores, o que por sua vez torna difícil a sua medição.

Por esta razão, na análise deste tipo de instituições são utilizados indicadores intermédios com o intuito de avaliar a sua eficiência (Mujasi, et al., 2016)

Para os mesmos autores, o DEA acomoda facilmente diversos inputs e outputs sem a necessidade de um denominador comum de medição, o que faz com que esta ferramenta seja a indicada para analisar a eficiência dos hospitais, uma vez que, as instituições de saúde utilizam vários inputs para produzir diversos resultados (outputs).

Assim, tendo em conta este contexto, bem como o setor de atividade onde está inserido o presente estudo, tal como a disponibilidade dos dados, optou-se por selecionar os seguintes inputs e outputs:

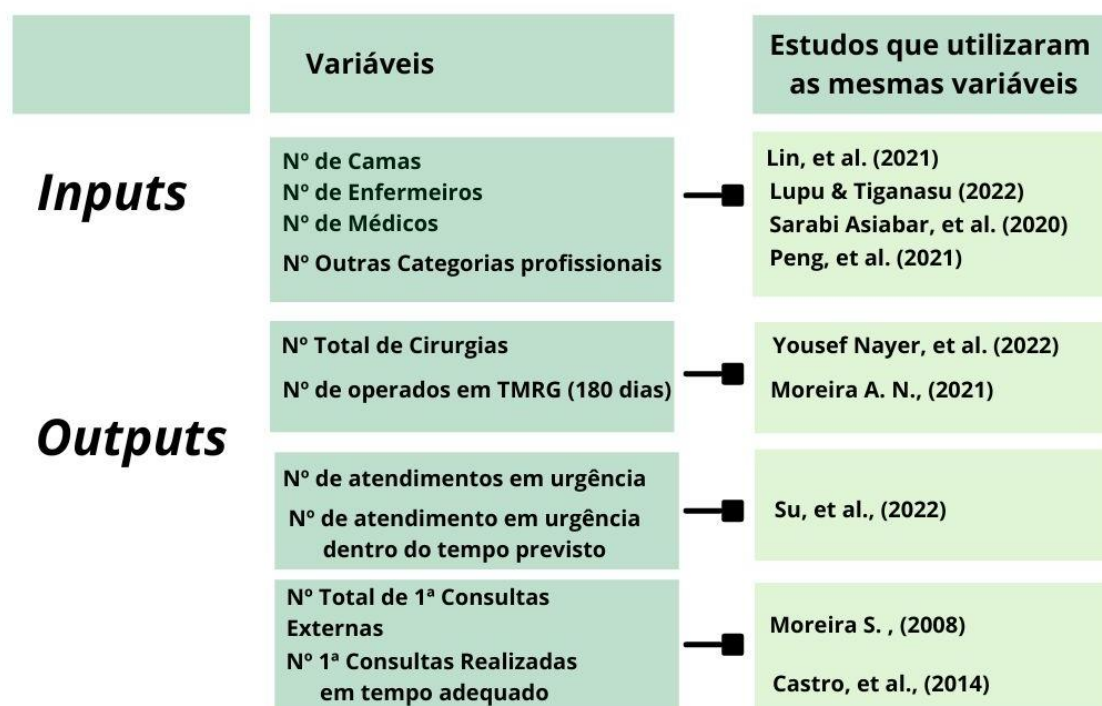


Figura 2 - Inputs/Outputs

Fonte: Elaboração Própria

CAPÍTULO IV – ANÁLISE DE RESULTADOS

1. Análise de resultados por grupos

Ao ser analisada a eficiência de uma instituição, é possível ter a perceção se as estratégias implementadas, assim como os processos de planeamento estão a originar resultados positivos.

A recolha de dados foi feita de um modo atento para os 3 anos, 2019 a 2021, tendo sido analisado a média dos 3 anos a partir do resultado do score obtido da extração dos resultados do software DEA. A escolha do período em análise recai sobre os anos mais recentes de forma que a informação recolhida fosse a mais atual possível, alcançando assim resultados mais próximos da realidade, concretos e sobretudo mais fidedignos.

1.1. Grupo B

Das instituições que compõem o Grupo B, é possível constatar que os Centros Hospitalares Médio Ave, Póvoa do Varzim/Vila do Conde, o Hospital Distrital Figueira da Foz, Hospital Santa Maria Maior e a Unidade Local de Saúde Litoral Alentejano apresentam uma eficiência máxima de 100%.

Quanto ao Centro Hospitalar do Oeste, este encontra-se perto da eficiência total apresentando uma percentagem média dos períodos em análise de 99%. Por sua vez, as Unidades Locais de Saúde Castelo Branco, do Nordeste e da Guarda, apresentam valores percentuais de eficiência mais baixos, sendo a Unidade Local de Saúde Guarda a menos eficiente, com média de 54%. O Grupo B, na sua totalidade, apresenta uma média de eficiência de, aproximadamente 87%, a qual se insere no quarto quartil, uma vez que o seu valor é superior a 75%. Quanto à dispersão da eficiência dos hospitais do grupo B, esta apresenta um desvio padrão em torno dos 20% o que indica que a eficiência do grupo tem alguma variabilidade em relação à média do grupo.

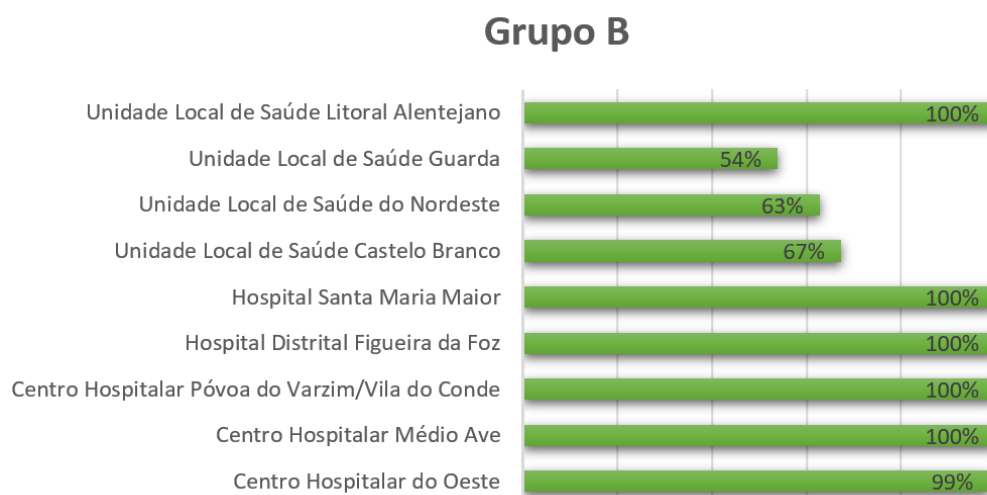


Gráfico 1 - Grupo B

Fonte: Elaboração Própria

1.2. Grupo C

Tendo em conta as instituições que pertencem ao Grupo C, apura-se que os Centros Hospitalares de Entre Douro e Vouga e o Tâmega e Sousa apresentam valor de eficiência máxima. Com um nível de eficiência de 90% estão os Centros Hospitalares de Leiria e do Baixo Vouga e o Centro Hospitalar Universitário Cova da Beira. No intervalo dos 80% a 90% estão inseridos, o Hospital da Senhora da Oliveira – Guimarães, o Centro Hospitalar do Barreiro/Montijo e a Unidade Local de Saúde do Baixo Alentejo. No percentil 7, ou seja, no intervalo de 70% a 80% estão inseridos os, Hospitais Distritais de Santarém e o do Setúbal, as Unidades Locais de Saúde de Matosinhos, do Norte Alentejano e Alto Minho, sendo esta última a que apresenta uma percentagem de eficiência mais baixa do grupo, 74%.

Analisando a globalidade do grupo, deparamo-nos com uma média de 86% e um desvio padrão a rodar aproximadamente os 10%.

Grupo C

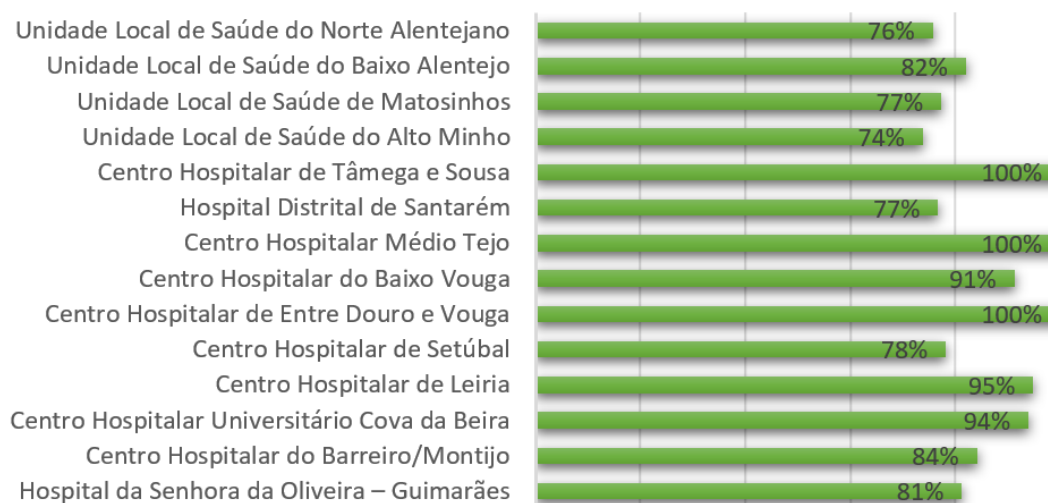


Gráfico 2 - Grupo C

Fonte: Elaboração Própria

1.3. Grupo D

Das 8 instituições do grupo D, o Centro Hospitalar Vila Nova de Gaia / Espinho é o único que apresenta uma eficiência máxima de 100%. Com a mesma percentagem de eficiência, com 97% verifica-se que temos os Hospitais do Espírito Santo de Évora e o de Braga.

Seguidamente, no percentil 7 enquadram-se 3 unidades, o Centro Hospitalar Tondela – Viseu, e o Hospital Professor Doutor Fernando Fonseca com 70% e o Centro Hospitalar Universitário do Algarve com 78%.

Abaixo dos 70%, existem duas instituições, o Centro Hospitalar de Trás-Os-Montes e Alto Douro que apresenta uma eficiência de 64%, e o Hospital Garcia de Orta com 63%, sendo esta a instituição com valor mais baixo.

O grupo D apresenta uma média de 80%, com um desvio padrão a rondar os 16%.

Por fim, ao realizar uma análise pela totalidade do grupo, pode-se verificar que o grupo com uma percentagem média mais elevada é o grupo B, com 87%.

Grupo D

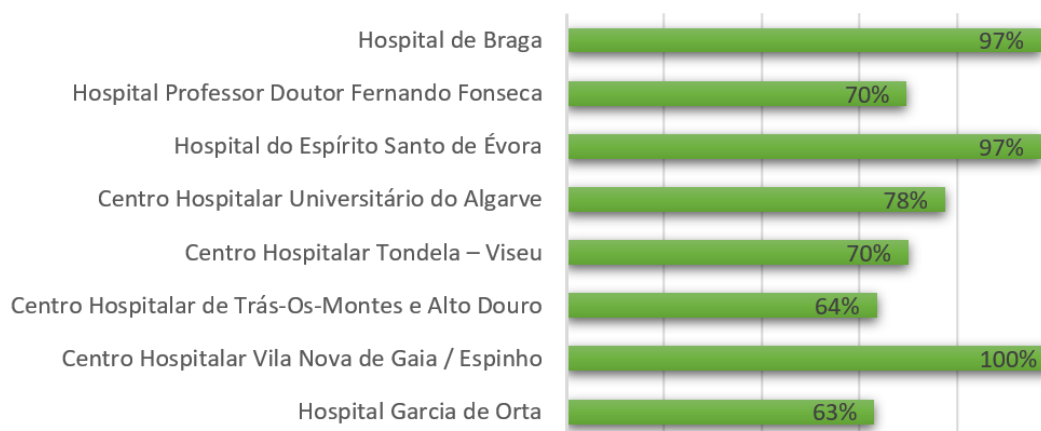


Gráfico 3 - Grupo D

Fonte: Elaboração Própria

1.4. Grupo E

Ao analisarmos os Centros Hospitalares inseridos no Grupo, verifica-se que nenhum deles atinge os 100% de eficiência na média dos três períodos em análise, no entanto, destaca-se sobre os demais, o Centro Hospitalar Universitário do Porto com uma percentagem acima dos 90%.

Com eficiência ligeiramente mais baixa, 84%, insere-se o Centro Hospitalar Universitário de São João.

Enquadrados no terceiro quartil, ou seja, a eficiência abaixo dos 75% está o Centro Hospitalar Universitário de Lisboa Norte com 72%, o Centro Hospitalar Universitário de Lisboa Central com 60%, e com percentagem mais baixa do grupo, o Centro Hospitalar Universitário de Coimbra com 56%.

Analisando a média do grupo, este apresenta uma média de 70%, com um desvio padrão de aproximadamente 16%, ou seja, os dados variam 16% em torno da média.

Grupo E

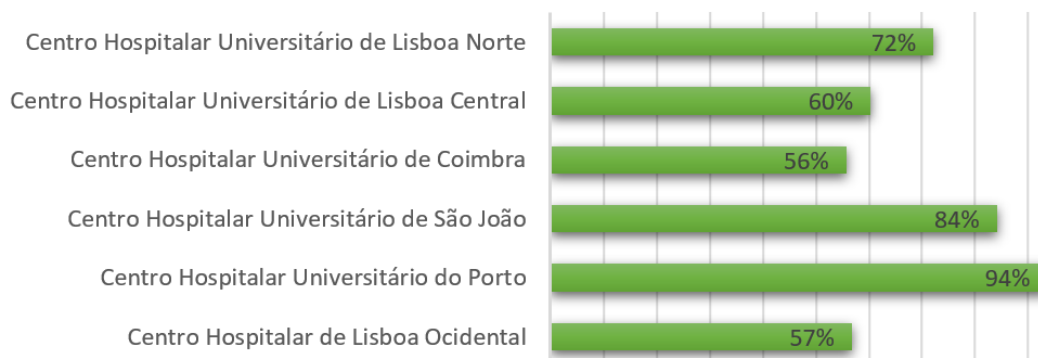


Gráfico 4 - Grupo E

Fonte: Elaboração Própria

2. Análise de resultados por Administrações Regionais de Saúde

Nesta análise, os hospitais em estudo foram agrupados pela administração regional de saúde onde estão inseridos.

2.1. Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo

Tendo em consideração as instituições que pertencem a esta administração regional conclui-se que o Centro Hospitalar Médio Tejo, foi aquele que em média, durante os períodos em estudo, alcançou uma eficiência de 100%. Logo abaixo, e com 99% de eficiência, insere-se o Centro Hospitalar do Oeste. No percentil 8, verificamos que o Centro Hospitalar do Barreiro/Montijo apresenta 84% de eficiência. No intervalo de 70% a 80% de eficiência existe a representação de 4 instituições, sendo elas, o Centro Hospitalar de Setúbal (78%), o Hospital Distrital de Santarém (77%), o Centro Hospitalar Universitário de Lisboa Norte (72%) e o Hospital Professor Doutor Fernando Fonseca com 70% de percentagem de eficiência.

Não muito distantes uns dos outros, enquadram-se 3 instituições, o Hospital Garcia de Orta (63%), o Centro Hospitalar Universitário de Lisboa Central (60%), e com 57%, valor percentual mais baixo de toda a área em análise, o Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental.

Em termos de análise por área na sua totalidade, esta apresenta uma média de 76% e com um desvio padrão a rondar os 15%.

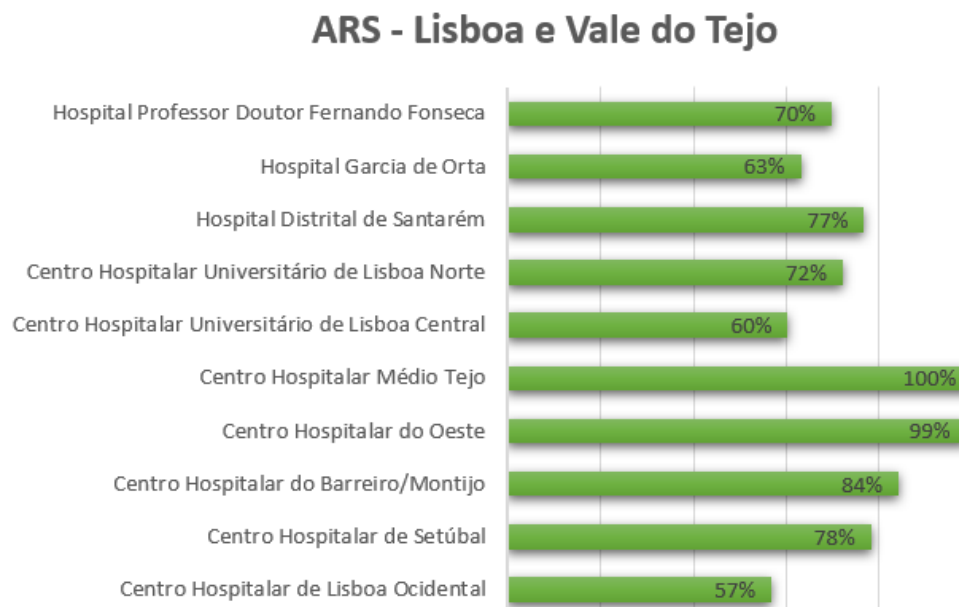


Gráfico 5 - ARS Lisboa e Vale do Tejo

Fonte: Elaboração Própria

2.2. Administração Regional de Saúde do Centro

Nesta área em estudo, com a máxima eficiência apenas há a representação do Hospital Distrital Figueira da Foz. Logo de seguida, e com menos cinco pontos percentuais temos o Centro Hospitalar de Leiria, com menos seis, o Centro Hospitalar Universitário Cova da Beira, e com menos nove, o Centro Hospitalar do Baixo Vouga. Inserido no 3º Quartil, ou seja, com menos 75%, temos o Centro Hospitalar Tondela – Viseu com 70% de eficiência média.

Com valores mais baixos, em termos de eficiência, pode-se verificar que a Unidade Local de Saúde Castelo Branco apresenta 67% de eficiência, o Centro Hospitalar Universitário de Coimbra com 56%. Desta região, a instituição com menor valor de eficiência apresentado é a Unidade Local de Saúde Guarda com 54%.

Analisando a área pela sua globalidade, esta apresenta uma média de 78% com um desvio padrão de aproximadamente 19%.

ARS do Centro

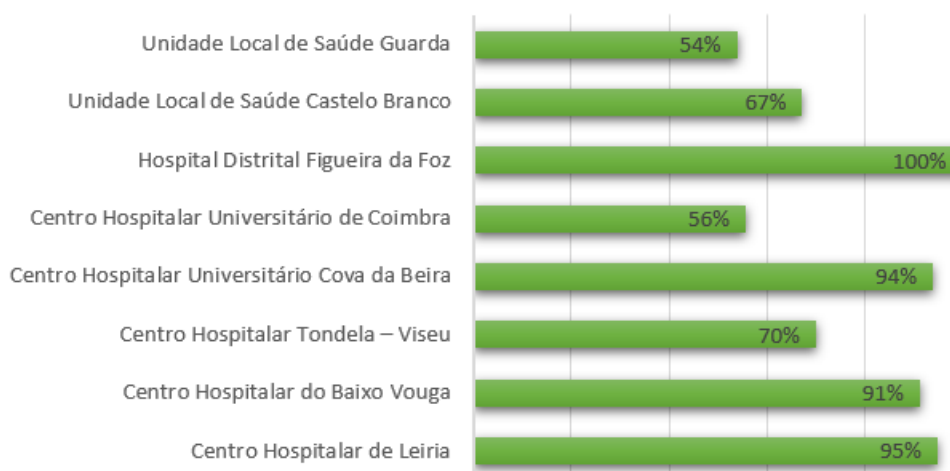


Gráfico 6 - ARS do Centro

Fonte: Elaboração Própria

2.3. Administração Regional de Saúde do Algarve

Das 37 instituições estudadas, apenas o Centro Hospitalar Universitário do Algarve se insere nesta administração. Este centro hospitalar, em termos médios do triénio em análise, apresenta 78% de média de eficiência.

ARS do Algarve



Gráfico 7 - ARS do Algarve

Fonte: Elaboração Própria

2.4. Administração Regional de Saúde do Alentejo

Das 4 instituições inseridas nesta administração regional apenas a Unidade Local de Saúde Litoral Alentejano apresenta uma percentagem de eficiência máxima. Não muito abaixo, com 97%, o Hospital do Espírito Santo de Évora. Posteriormente, e com 82% insere-se a Unidade Local de Saúde do Baixo Alentejo. Com valor percentual mais baixo, a Unidade Local de Saúde do Norte Alentejano com 76%.

Na sua globalidade esta administração regional apresenta uma média de 89%, com um desvio padrão de aproximadamente 12%.

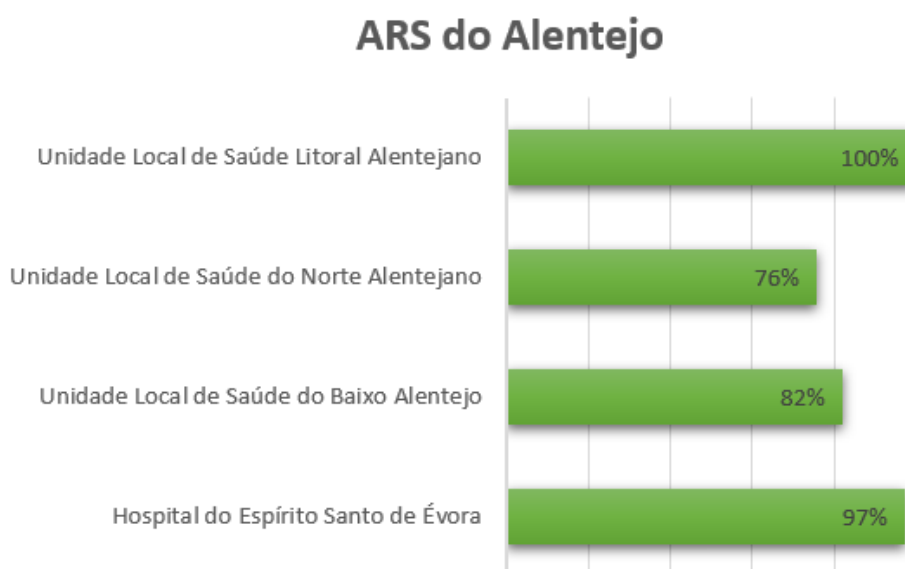


Gráfico 8 - ARS do Alentejo

Fonte: Elaboração Própria

2.5. Administração Regional de Saúde do Norte

Nesta administração regional, e analisando de forma individual, tem-se a presença de um maior número de instituições em que atingiram o nível máximo de eficiência, ou seja, com 100% temos o Centro Hospitalar de Entre Douro e Vouga, o Centro Hospitalar de Tâmega e Sousa, o Centro Hospitalar Médio Ave, o Centro Hospitalar Póvoa do Varzim/Vila do Conde, o Centro Hospitalar Vila Nova de Gaia / Espinho e o Hospital Santa Maria Maior.

Do intervalo entre 90% a 100%, constata-se que duas instituições estão nele inseridas, o Hospital de Braga (97%) e o Centro Hospitalar Universitário do Porto (94%). No percentil 8, verifica-se que o Centro Hospitalar Universitário de São João (84%) e o Hospital da Senhora da Oliveira – Guimarães (81%).

Nos 70% existem duas representações, a Unidade Local de Saúde de Matosinhos (77%) e Unidade Local de Saúde do Alto Minho (74%). Com valores relativamente mais baixos, encontra-se o Centro Hospitalar de Trás-Os-Montes e Alto Douro (64%) e a Unidade Local de Saúde do Nordeste (63%), com o valor mais baixo desta administração regional.

Analisando globalmente, a média ronda os 88%, com um desvio padrão a rondar os 14,2%.

Assim, das Administrações Regionais de Saúde, a que apresenta melhor média de eficiência é a Administração Regional de Saúde do Alentejo com uma média de 89%.

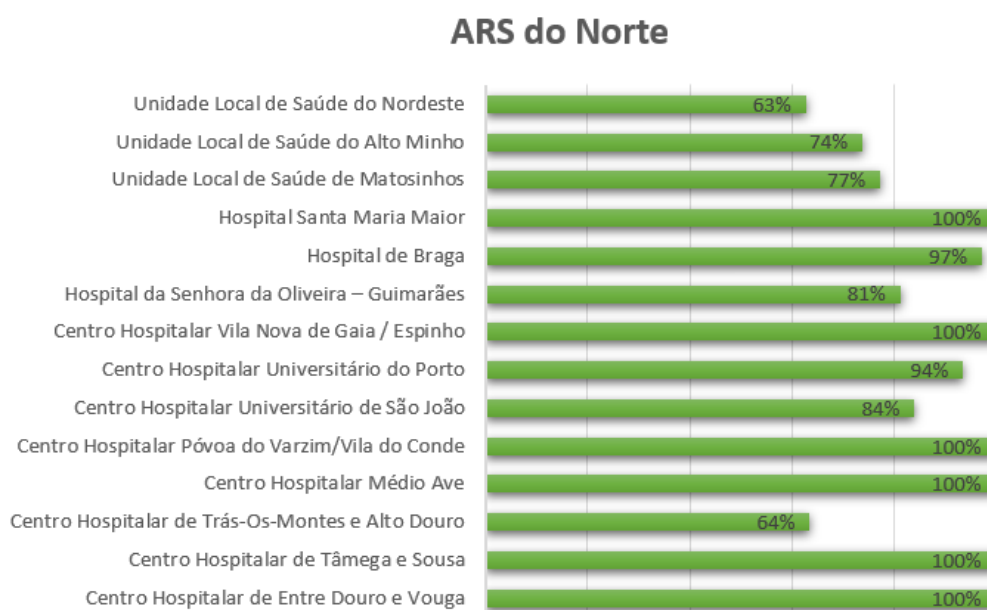


Gráfico 9 - ARS do Norte

Fonte: Elaboração Própria

3. Análise de resultados por tipo de instituição

Nesta análise, os hospitais em estudo foram agrupados por tipo de instituição em que são inseridos.

3.1. Hospitais

Dos hospitais inseridos no estudo, pode-se verificar que apenas o Hospital Distrital Figueira da Foz e o Hospital Santa Maria Maior atingiram a eficiência máxima no triénio dos períodos em análise, uma vez que, tanto em 2019, 2020 e 2021 a eficiência foi sempre 100%.

Não muito inferior, e com 97% de eficiência, estão o Hospital de Braga e o Hospital do Espírito Santo de Évora. Inserido no percentil 8, e com uma eficiência de 81% encontra-se o Hospital da Senhora da Oliveira – Guimarães.

No intervalo de 70% a 80%, estão inseridos o Hospital Distrital de Santarém (77%) e o Hospital Professor Doutor Fernando Fonseca (70%).

Com um nível de eficiência significativamente mais baixo do que os demais, encontra-se com 63%, o Hospital Garcia de Orta.

Globalmente este tipo de instituições apresentam uma média de 86%, com um desvio padrão a rondar os 15%.

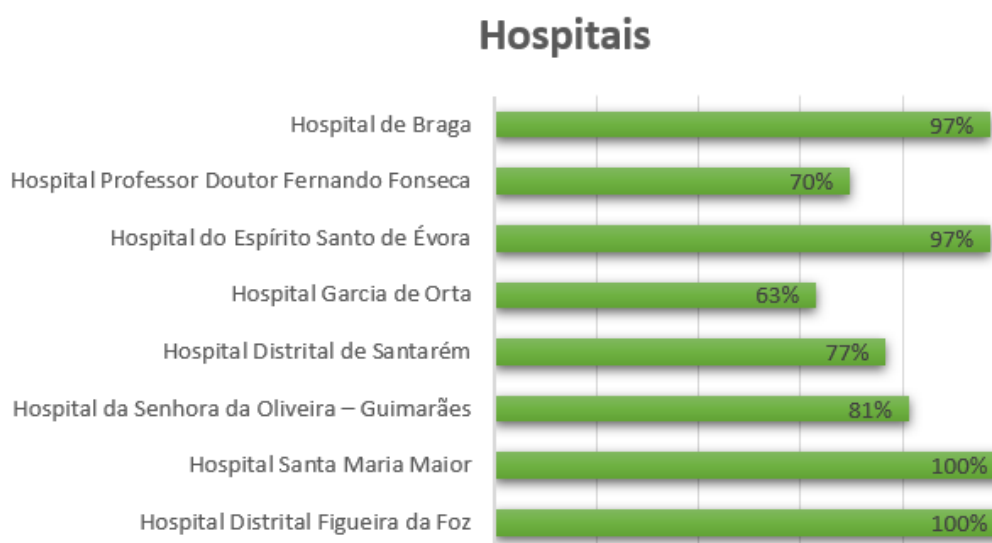


Gráfico 10 – Hospitais

Fonte: Elaboração Própria

3.2. Centros Hospitalares

Dos centros hospitalares em estudo, 6 deles, em termos de eficiência média dos 3 anos em estudo, atingiram os 100%, sendo eles, os Centros Hospitalares do Médio Ave, Póvoa do Varzim/Vila do Conde, Entre Douro e Vouga, Médio Tejo, Tâmega e Sousa e Vila Nova de Gaia / Espinho.

Acima do percentil 9, ou seja, com mais de 90% inserem-se 5 instituições, o Centro Hospitalar do Oeste que atingiu os 99%, Centro Hospitalar de Leiria (95%), com 94% o Centro Hospitalar Universitário do Porto e Centro Hospitalar Universitário Cova da Beira, e o Centro Hospitalar do Baixo Vouga com 91%.

Na casa dos 80%, obtiveram com 84% de eficiência, o Centro Hospitalar Universitário de São João e o Centro Hospitalar do Barreiro/Montijo.

Do intervalo de 70% a 80%, constam 4 unidades, sendo, 78% o Centro Hospitalar de Setúbal e o Centro Hospitalar Universitário do Algarve, com 72% o Centro Hospitalar Universitário de Lisboa Norte e por último, apresentando uma percentagem de 70% o Centro Hospitalar Tondela – Viseu.

Acima dos 60% estão inseridas duas unidades, o Centro Hospitalar de Trás-Os-Montes e Alto Douro com 64% e o Centro Hospitalar Universitário de Lisboa Central com 60%.

Muito próximas são as percentagens de eficiência do Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental e o Centro Hospitalar Universitário de Coimbra, tendo o primeiro obtido os 57% e o segundo 56%.

Analisando esta categoria de forma global, esta apresentou uma média no triénio de 85% e um desvio padrão de 16%, ou seja, em média os centros hospitalares só oscilaram em média 16%.

Centros Hospitalares

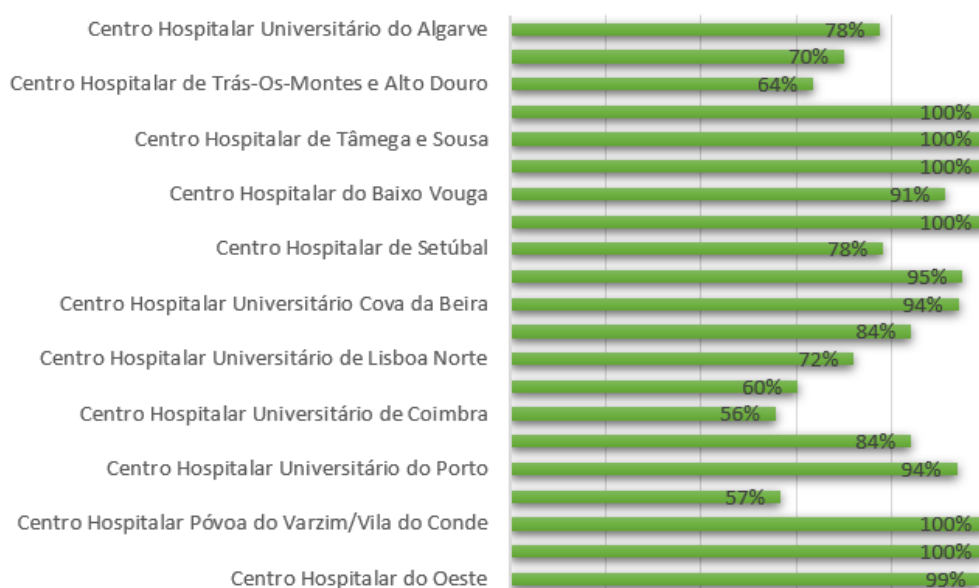


Gráfico 11 - Centros Hospitalares

Fonte: Elaboração Própria

3.3. Unidades Locais de Saúde

Das 37 instituições analisadas, 9 delas são categorizadas como unidades locais de saúde, e destas, apenas a Unidade Local de Saúde Litoral Alentejano atingiu na média dos 3 anos em estudo os 100% de eficiência. Todas as outras unidades aqui inseridas distanciaram significativamente, estando a Unidade Local de Saúde do Baixo Alentejo com 82%, a unidade com a percentagem de eficiência melhor.

Inseridas no intervalo de 70% a 80% existiam 3 unidades, estando a Unidade Local de Saúde de Matosinhos (77%), a Unidade Local de Saúde do Norte Alentejano (76%), e a Unidade Local de Saúde do Alto Minho (74%).

A ocupar as últimas 3 posições das instituições desta categoria, está a Unidade Local de Saúde Castelo Branco (67%), a Unidade Local de Saúde do Nordeste (63%), e com a percentagem mais baixa, a Unidade Local de Saúde Guarda com 54%.

Em termos globais, a média situou-se nos 74%, com um desvio padrão de aproximadamente 14%.

Destacando, o melhor tipo de instituições, ou seja, aquele que atingiu uma maior eficiência encontram-se as instituições do tipo hospitalar, com uma média de 86%.

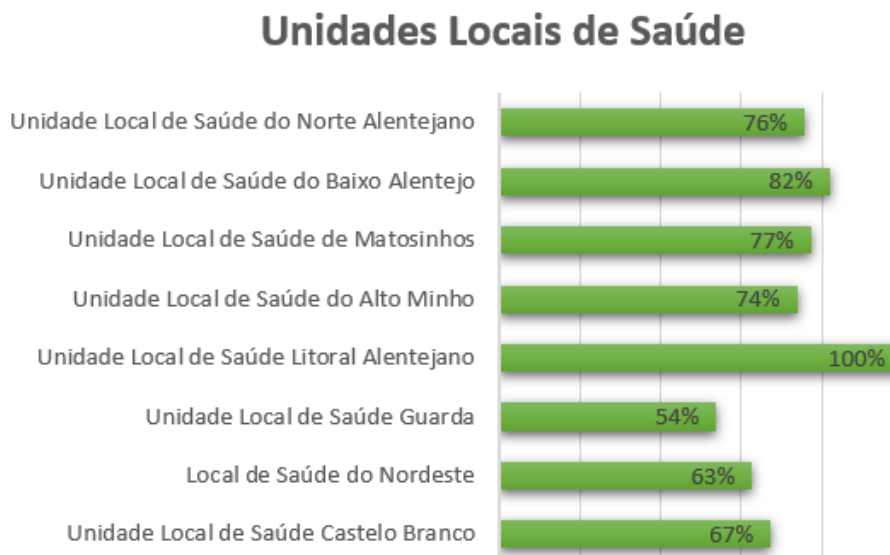


Gráfico 12 - Unidades Locais de Saúde

Fonte: Elaboração Própria

4. Síntese

A fim de se alcançar o objetivo inicial deste presente estudo, que tinha como intuito analisar os níveis de eficiência da amostra das instituições selecionadas, verificou-se que ao executarmos os três tipos de análise, todas elas atingiram níveis de eficiência acima dos 50% na média do triénio em estudo. Isto significa, tendo em conta a revisão de literatura, constata-se que, nestes casos estudados, a eficiência atingiu estes números, dado que os *inputs* empregues não houve desaproveitamento e consequentemente os *outputs* adotados conduziram a uma melhor qualidade e produção (Gok & Sezen, 2013).

Realizou-se numa primeira análise, esta por grupos do *benchmarking*, da qual se concluiu que o grupo com melhor média de eficiência foi o grupo B, com uma média de 87%. Deste grupo, constituído por 9 instituições de saúde, 5 delas atingiram a eficiência máxima de 100%.

Verifica-se que nestes casos, os recursos foram utilizados de forma produtiva, ou seja, seguindo os pensamentos do autor Maximiano (2000), quanto maior o grau de produtividade com a utilização dos recursos, mais eficiente é essa organização.

Ao se analisar por administrações regionais de saúde, verificou-se que a que apresentou maior eficiência foi a administração regional do Alentejo, com uma percentagem de 89%. Inseridas nesta administração estão 4 instituições, em que, a Unidade Local de Saúde Litoral Alentejano foi a mais eficiente com 100% na média do triénio em análise. Por outro lado, com eficiência mais baixa, com 76%, encontrou-se a Unidade Local de Saúde do Norte Alentejano.

Por último, foi realizada uma análise por tipo de instituição, onde se constatou que a categoria de hospitais foi a mais eficiente na média dos 3 anos em análise, apresentado uma média de 86%. Neste tipo de instituições foram analisados 8 hospitais, tendo o Hospital Distrital Figueira da Foz e o de Santa Maria Maior atingido o máximo de eficiência. Por outro lado, o Hospital Garcia de Orta foi aquele que apresentou média de eficiência mais baixa, atingido 63%.

Assim, perante todas as análises efetuadas, conclui-se que apesar do triénio em análise ter coincidido com o surto pandémico, e tendo em conta todas as dificuldades das instituições e dos profissionais de saúde, é relevante reconhecer o comportamento destes, que no terreno tratavam dos doentes, sempre com o espírito de missão presente, o que na realidade é a força motivadora para continuar. Trata-se de responsabilidades partilhadas que com a ajuda de todos se faz o melhor para garantir uma resposta concertada do SNS em prol dos utentes, mantendo assim a eficiência em níveis qualificáveis, isto é, superiores a 50% em todas as instituições estudadas, já que perante este cenário foram desenvolvidos planos de ação e estratégias bem definidos para que os recursos, quer humanos, quer físicos, não fossem ineficazes.

CAPÍTULO V – CONSIDERAÇÕES FINAIS

1. Conclusão

A saúde em Portugal é assegurada por três sistemas diferentes: o Serviço Nacional de Saúde, a cargo do Estado, os regimes de seguro social de saúde especiais para certas profissões (ou subsistemas de saúde) e o sistema privado.

Nos últimos anos, Portugal admitiu um vasto conjunto de reformas estruturais e diligências de qualidade com o propósito de melhorar a eficiência e atingir uma melhor qualidade dos cuidados de saúde.

O progresso científico, tecnológico, social e económico observado nos últimos tempos, possibilitou resolver muitos dos problemas de saúde de um passado recente, no entanto, foi uma ajuda para que, nos dias de hoje, haja um confronto com novas contrariedades e mais complexas. As carências nos cuidados de saúde ocasionadas pelo aumento da esperança de vida, envelhecimento gradual da população, maior ocorrência e predomínio de doenças crónicas, entre outros, trouxeram novos desafios aos sistemas de saúde.

A Organização Mundial de Saúde advoga que os sistemas de saúde se devem empenhar na eficiência e na ampliação da mesma.

A eficiência dos sistemas de saúde e das instituições que as constituem foi sempre uma constante, mas contraiu uma maior importância a partir do início da década passada.

Resumidamente, ampliar a eficiência dos sistemas de saúde inclui intensificar os benefícios em saúde para um determinado conjunto de recursos, ou minorar a utilização de recursos indispensáveis para atingir um dado nível de saúde.

A mudança é nos dias de hoje, uma palavra omnipresente em qualquer que seja a instituição, isto é, a mudança é o estímulo necessário para que os gestores das instituições prestadoras de cuidados de saúde dêem uma resposta rápida e eficaz.

A melhoria da capacidade instalada, o aumento dos padrões de qualidade e ganhos de eficiência são uma realidade cada vez mais presente na gestão diária deste tipo de instituições.

Deste modo, é importante que haja um reajuste na sua estratégia, com base nos recursos disponíveis para que a resposta à necessidade da população seja dada em tempo útil.

O principal objetivo deste trabalho foi analisar a eficiência dos centros hospitalares EPE, hospitais EPE e unidades locais de saúde EPE nacionais inseridos nos grupos do benchmarking do SNS. Para tal, efetuou-se uma ampla revisão de literatura sobre o tema da eficiência a nível hospitalar, incluindo a sua génese, os estudos já feitos e as suas motivações, bem como as várias componentes associadas à eficiência.

Assim, e para atingir os objetivos, foi aplicada a técnica *Data Envelopment Analysis* (DEA) que permitiu avaliar a eficiência das instituições mencionadas em cima.

Foram utilizados dados de 2019, 2020 e 2021 e um modelo de DEA baseado em indicadores de recursos usados (inputs) relativos ao número de camas, número de médicos, número de enfermeiros e número de outras categorias profissionais. Quanto aos indicadores de atividade realizada (outputs) foram relativos ao número de cirurgias, número de operados em TMRG (180 dias), número de atendimentos em urgência, número de atendimento em urgência dentro do tempo previsto, número total de 1^a consultas externas e número de 1^a Consultas Realizadas em tempo adequado. Nesta análise foi ainda empregue o pressuposto de rendimentos constantes à escala e uma orientação de maximização de outputs.

Os resultados obtidos revelaram que a média dos grupos das instituições, nos anos em análise, estavam a funcionar com níveis de eficiência superiores a 70%. Verificou-se também que a área de administração regional de saúde com média de eficiência mais elevada foi a ARS do Alentejo com 89%. Adicionalmente, foi possível determinar que os hospitais apresentam níveis de eficiência superiores aos centros hospitalares e às unidades locais de saúde.

Depois de todos os dados terem sido recolhidos, tratados e analisados, retiraram-se algumas conclusões interessantes, tal como ter sido possível chegar ao encontro do estudo de Barney e Wright (1998), verificando-se que a base para um bom desempenho, é a organização dos recursos.

2. Limitações e investigações futuras

Em Portugal, permanece a ideia de que o setor público da saúde é mal administrado e em consequência é ineficiente. No entanto, e apesar de persistir este pensamento, desconhece-se a grandeza total do desaproveitamento dos recursos e não há conhecimento se todas as estruturas públicas prestadoras de cuidados de saúde se são também ineficientes, ou seja, a determinação das medidas de gestão ajustadas depende decisivamente deste tipo de informação.

Neste estudo calculei as estimativas de eficiência para as 37 unidades hospitalares. Porém, as limitações encontradas neste estudo, estão relacionadas com o facto de se ter calculado as estimativas de eficiência, mas de não se ter dividido estas em avaliações de eficiência técnica e/ou avaliações de eficiência qualitativa.

Seria interessante podê-lo fazer, uma vez que a ineficiência pode ser a consequência de uma má afetação dos recursos, até porque existe uma distância considerável entre medir o resultado intermédio, como, por exemplo, o número de doentes com alta e, ou, o número de consultas, e o resultado final.

Seria de extrema importância, para se poder planear e gerir da melhor forma, caso exista informação disponível, que se conseguisse ir ainda mais longe e, assim, medir a eficiência dos diversos serviços hospitalares, a fim de ser possível determinar as causas que contribuem para que alguns serviços sejam mais eficientes do que os outros. Além disso, possibilitaria estabelecer medidas de gestão ajustadas para que todos os serviços hospitalares conseguissem ser igualmente eficientes.

Relativamente a futuras linhas de investigação para a comunidade científica, uma vez que esta pesquisa se focalizou nas 37 unidades hospitalares do Continente, seria interessante realizar o mesmo tipo de estudo, mas abrangendo também as unidades hospitalares das Regiões Autónomas.

Por fim, seria também importante adaptar esta pesquisa, que foi realizada em pleno período pandémico, no pós pandemia, após uma reflexão de toda esta condição, conseguindo, assim, alcançar resultados mais concretos e objetivos.

BIBLIOGRAFIA

- Araújo, J. (10 de Outubro de 2005). A Reforma do Serviço Nacional de Saúde: o novo contexto de gestão pública.
- A. Smits, P., Champagne, F., Contandriopoulos, D., Sicotte, C., & Préval, J. (fevereiro de 2008). Conceptualizing performance in accreditation. pp. 47–52.
- Aguirre-Duarte, N. (16 de Abril de 2020). Can people with asymptomatic or pre-symptomatic COVID-19 infect others: a systematic review of primary data.
- Aissat, D., Augros, S., Muscat, N., Berger, E., Brocard, E., Busse, R., . . . Zapata, T. (2022). Eurohealth. (J. d. santé, Ed.)
- Alba, F. (setembro/outubro de 2002). Benchmarkindex - Um Estudo Europeu.
- Albertin, M., kohl, H., & Elias, S. (2015). *Manual do Benchmarking: um guia para implantação bem-sucedida*. Fortaleza: Imprensa Universitária.
- Alves, F. (2012). A Eficiência Tecnológica dos Hospitais do Norte, no contexto do Sistema de Saúde Português. Obtido de <https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/75604/2/25268.pdf>
- Araújo, J. (janeiro de 2007). Avaliação da Gestão Pública: a Administração Pós Burocrática. Obtido de <https://repositorium.sdum.uminho.pt/handle/1822/8309>
- Arnaut, A. (29 de julho de 1978). Despacho Ministerial - DR nº 173 – II série.
- Asandului, L., Roman, M., & Fatulescu, P. (2013). The Efficiency of Healthcare Systems in Europe: a Data Envelopment Analysis Approach.
- Assembleia da República. (2020). *Plano de Desconfinamento*. Obtido de <https://www.cultuga.com.br/wp-content/uploads/2021/10/plano-desconfinamento-1-portugal.pdf>
- Atkinson, A., Banker, R., Kaplan, R., & Young, S. (2000). *Contabilidade Gerencial*. São Paulo: Atlas.
- Bach, S., & Bordogna, L. (28 de June de 2011). Varieties of new public management or alternative models? The reform of public service employment relations in industrialized democracies.

- Barney, J., & Wright, P. (1998). On becoming a strategic partner: The role of human resources in gaining competitive advantage.
- Barroso, S. (30 de dezembro de 2020). A Look at the Pandemic COVID-19. (L. S. Journal, Ed.)
- Batista da Costa. (25 de janeiro de 2016). Benchmarking: instrumento de gestão e melhoria da qualidade nas organizações.
- Belo, R. (dezembro de 2010). Benchmarking e Melhorias de Eficiência no Sector Público.
- Borges, V., Isidro, J., Cortes-Martins, H., Duarte, S., Vieira, L., Leite, R., . . . Gomes, J. (12 de agosto de 2020). On the track of the D839Y mutation in the SARS-CoV-2 Spike fusion peptide: emergence and geotemporal spread of a highly prevalent variant in Portugal.
- Bourgeault, I., B. Maier, C., Dieleman, M., Ball, J., MacKenzie, A., Nancarrow, S., . . . Sidat, M. (31 de Outubro de 2020). The COVID-19 pandemic presents an opportunity to develop more sustainable health workforces.
- BS, M., & Nambiar, V. (18 de julho de 2020). COVID-19: An Insight into SARS-CoV-2 Pandemic Originated at Wuhan City in Hubei Province of China. (J. o. Epidemiology, Ed.)
- Caeiro, J. (2015). *Estado Social, Políticas Públicas e Política Social*. Lisboa: Instituto Superior de Ciências Sociais e Políticas.
- Camp, R. (1989). *Benchmarking : the search for industry best practices that lead to superior performance*. ASQC Quality Press.
- Campos, A. (2001). Despesa e défice na saúde: o percurso financeiro de uma política pública. (A. Social, Ed.)
- Carreiras, H. (15 de abril de 2020). COVID - 19 e segurança sanitária: O que muda? (I. d. Nacional, Ed.)
- Castro, R., Portela, C., & Camanho, A. (2014). Benchmarking dos serviços dos hospitais portugueses: uma aplicação de data envelopment analysis.

- Cavalcante, G., & Faria, R. (2009). O uso dos parâmetros de benchmarking da análise envoltória de dados (DEA) como instrumento de orçamentação.
- Chiavenato, I. (2021). *Introdução à teoria geral da administração* (5ª ed.). Brasil: Atlas.
- Chilingerian, J., & Sherman, D. (2004). Health-Care Applications: From Hospitals to Physicians, from Productive Efficiency to Quality Frontiers.
- Comission, E. (13 de dezembro de 2021). Portugal: Country Health Profile 2021.
- Commission, E. (2019). eGovernment Benchmark 2019: Empowering Europeans through trusted digital public services.
- Correia, A., Rodrigues, A., Dias, C., Antunes, D., Simões, D., Maltez, F., . . . Veríssimo, V. (2020). Plano Nacional de preparação e resposta à doença por novo coronavírus (Covid-19).
- Costa, A. (13 de março de 2020). Conferência de Imprensa do Primeiro-Ministro sobre o COVID-19. Lisboa. Obtido de <https://www.youtube.com/watch?v=toWiKhNes0A>
- Costa, E., & Nuno Costa. (17 de maio de 2020). COVID-19 in Portugal - A geographical analysis of march - april evolution.
- D'Auria , G., & De Smet, A. (março de 2020). Leadership in a crisis: Responding to the coronavirus outbreak and future challenges.
- Decreto de Aprovação da Constituição - Diário da República n.º 86/1976, Série I.* (10 de abril de 1976). Obtido de <https://dre.pt/dre/detalhe/decreto-aprovacao-constituicao/86-1976-502635>
- Decreto n.º 48358 - Diário do Governo n.º 101/1968, Série I.* (27 de abril de 1968). Obtido de <https://dre.pt/dre/detalhe/decreto/48358-1968-274640>
- Decreto n.º 534/76 - Diário da República n.º 158/1976, Série I.* (8 de julho de 1976). Obtido de <https://dre.pt/dre/detalhe/decreto/534-1976-431440>
- Decreto Regulamentar n.º 3/88 - Diário da República n.º 18/1988, 1º Suplemento, Série I* . (22 de janeiro de 1988). Obtido de <https://dre.pt/dre/detalhe/decreto-regulamentar/3-1988-138480>

Decreto-lei 254/82 - Diário da República n.º 147/1982, Série I. (29 de junho de 1982).

Obtido de <https://dre.pt/dre/detalhe/decreto-lei/254-1982-395514>

Decreto-lei 357/82 - Diário da República n.º 206/1982, Série I. (6 de setembro de 1982).

Obtido de <https://dre.pt/dre/detalhe/decreto-lei/357-1982-374251>

Decreto-lei 54/92 - Diário da República n.º 86/1992, Série I-A. (11 de abril de 1992).

Obtido de <https://dre.pt/dre/detalhe/decreto-lei/54-1992-199795>

Decreto-lei 584/73 - Diário do Governo n.º 259/1973, 1º Suplemento, Série I. (6 de novembro de 1973). Obtido de <https://dre.pt/dre/detalhe/decreto-lei/584-1973-358116>

Decreto-lei 74-C/84 - Diário da República n.º 53/1984, 2º Suplemento, Série I. (2 de março de 1984). Obtido de <https://dre.pt/dre/detalhe/decreto-lei/74-c-1984-405702>

Decreto-Lei n.º 101/2006 - Diário da República n.º 109/2006, Série I-A. (6 de junho de 2006). Obtido de <https://dre.pt/dre/detalhe/decreto-lei/101-2006-353934>

Decreto-Lei n.º 11/93 - Diário da República n.º 12/1993, Série I-A. (15 de janeiro de 1993). Obtido de <https://dre.pt/dre/detalhe/decreto-lei/11-1993-586006>

Decreto-Lei n.º 110/2014 - Diário da República n.º 131/2014, Série I. (10 de julho de 2014). Obtido de <https://dre.pt/dre/detalhe/decreto-lei/110-2014-25345910>

Decreto-Lei n.º 117/98 - Diário da República n.º 103/1998, Série I-A. (5 de maio de 1998). Obtido de <https://dre.pt/dre/detalhe/decreto-lei/117-1998-516878>

Decreto-Lei n.º 118/2014 - Diário da República n.º 149/2014, Série I. (5 de agosto de 2014). Obtido de <https://dre.pt/dre/detalhe/decreto-lei/118-2014-55076561>

Decreto-Lei n.º 139/2013 - Diário da República n.º 195/2013, Série I. (9 de outubro de 2013). Obtido de <https://dre.pt/dre/detalhe/decreto-lei/139-2013-500052>

Decreto-Lei n.º 156/99 - Diário da República n.º 108/1999, Série I-A. (10 de maio de 1999). Obtido de <https://dre.pt/dre/detalhe/decreto-lei/156-1999-331072>

Decreto-Lei n.º 157/99 - Diário da República n.º 108/1999, Série I-A. (10 de maio de 1999). Obtido de <https://dre.pt/dre/detalhe/decreto-lei/157-1999-331179>

Decreto-Lei n.º 173/2003 - Diário da República n.º 176/2003, Série I-A. (1 de agosto de 2003). Obtido de <https://dre.pt/dre/detalhe/decreto-lei/173-2003-652284>

Decreto-Lei n.º 177/92 - Diário da República n.º 186/1992, Série I-A. (13 de agosto de 1992). Obtido de <https://dre.pt/dre/detalhe/decreto-lei/177-1992-283299>

Decreto-Lei n.º 185/2002 - Diário da República n.º 191/2002, Série I-A. (20 de agosto de 2002). Obtido de <https://dre.pt/dre/detalhe/decreto-lei/185-2002-171692>

Decreto-Lei n.º 188/2003 - Diário da República n.º 191/2003, Série I-A. (20 de agosto de 2003). Obtido de <https://dre.pt/dre/detalhe/decreto-lei/188-2003-654680>

Decreto-Lei n.º 19/88 - Diário da República n.º 19/1988, 3º Suplemento, Série I. (21 de janeiro de 1988). Obtido de <https://dre.pt/dre/detalhe/decreto-lei/19-1988-506396>

Decreto-Lei n.º 198/95 - Diário da República n.º 174/1995, Série I-A. (29 de julho de 1995). Obtido de <https://dre.pt/dre/detalhe/decreto-lei/198-1995-484575>

Decreto-Lei n.º 203/74 - Diário do Governo n.º 113/1974, Série I. (15 de maio de 1974). Obtido de <https://dre.pt/dre/detalhe/decreto-lei/203-1974-623386>

Decreto-Lei n.º 233/2005 - Diário da República n.º 249/2005, Série I-A. (29 de dezembro de 2005). Obtido de <https://dre.pt/dre/detalhe/decreto-lei/233-2005-469067>

Decreto-Lei n.º 28/2008 - Diário da República n.º 38/2008, Série I. (22 de fevereiro de 2008). Obtido de <https://dre.pt/dre/detalhe/decreto-lei/28-2008-247675>

Decreto-Lei n.º 286/99 - Diário da República n.º 173/1999, Série I-A. (27 de julho de 1999). Obtido de <https://dre.pt/dre/detalhe/decreto-lei/286-1999-352956>

Decreto-Lei n.º 298/2007 - Diário da República n.º 161/2007, Série I. (22 de agosto de 2007). Obtido de <https://dre.pt/dre/detalhe/decreto-lei/298-2007-640665>

Decreto-Lei n.º 305/81 - Diário da República n.º 261/1981, Série I. (12 de novembro de 1981). Obtido de <https://dre.pt/dre/detalhe/decreto-lei/305-1981-568308>

Decreto-Lei n.º 309/2003 - Diário da República n.º 284/2003, Série I-A. (10 de dezembro de 2003). Obtido de <https://dre.pt/dre/detalhe/decreto-lei/309-2003-429408>

Decreto-Lei n.º 335/93 - Diário da República n.º 229/1993, Série I-A. (29 de setembro de 1993). Obtido de <https://dre.pt/dre/detalhe/decreto-lei/335-1993-651705>

Decreto-Lei n.º 344-A/83 - Diário da República n.º 169/1983, 1º Suplemento, Série I. (25 de julho de 1983). Obtido de <https://dre.pt/dre/detalhe/decreto-lei/344-a-1983-408485>

Decreto-Lei n.º 35108 - Diário do Governo n.º 247/1945, Série I. (7 de novembro de 1945). Obtido de <https://dre.pt/dre/detalhe/decreto-lei/35108-1945-466238>

Decreto-Lei n.º 374/99 - Diário da República n.º 219/1999, Série I-A. (18 de setembro de 1999). Obtido de <https://dre.pt/dre/detalhe/decreto-lei/374-1999-569893>

Decreto-Lei n.º 39/2002 - Diário da República n.º 48/2002, Série I-A. (26 de fevereiro de 2002). Obtido de <https://dre.pt/dre/detalhe/decreto-lei/39-2002-261316>

Decreto-Lei n.º 413/71 - Diário do Governo n.º 228/1971, Série I. (27 de setembro de 1971). Obtido de <https://dre.pt/dre/detalhe/decreto-lei/413-1971-632738>

Decreto-Lei n.º 41825 - Diário do Governo n.º 177/1958, Série I. (13 de agosto de 1958). Obtido de <https://dre.pt/dre/detalhe/decreto-lei/41825-1958-352114>

Decreto-Lei n.º 437/91 - Diário da República n.º 257/1991, Série I-A. (8 de novembro de 1991). Obtido de <https://dre.pt/dre/detalhe/decreto-lei/437-1991-331852>

Decreto-Lei n.º 48357 - Diário do Governo n.º 101/1968, Série I. (27 de abril de 1968). Obtido de <https://dre.pt/dre/detalhe/decreto-lei/48357-274639>

Decreto-Lei n.º 488/75 - Diário do Governo n.º 204/1975, Série I. (4 de setembro de 1975). Obtido de <https://dre.pt/dre/detalhe/decreto-lei/488-1975-307618>

Decreto-Lei n.º 49/2016 - Diário da República n.º 161/2016, Série I. (23 de agosto de 2016). Obtido de <https://dre.pt/dre/detalhe/decreto-lei/49-2016-75170443>

Decreto-Lei n.º 50-A/2007 - Diário da República n.º 42/2007, 2º Suplemento, Série I. (28 de fevereiro de 2007). Obtido de <https://dre.pt/dre/detalhe/decreto-lei/50-a-2007-470071>

Decreto-Lei n.º 57/86 - Diário da República n.º 66/1986, Série I. (20 de março de 1986). Obtido de <https://dre.pt/dre/detalhe/decreto-lei/57-1986-196885>

Decreto-Lei n.º 60/2003 - Diário da República n.º 77/2003, Série I-A. (1 de abril de 2003). Obtido de <https://dre.pt/dre/detalhe/decreto-lei/60-2003-232365>

Decreto-Lei n.º 618/75 - Diário do Governo n.º 261/1975, Série I. (11 de novembro de 1975). Obtido de <https://dre.pt/dre/detalhe/decreto-lei/618-1975-310594>

Decreto-Lei n.º 704/74 - Diário do Governo n.º 285/1974, 1º Suplemento, Série I. (7 de dezembro de 1974). Obtido de <https://dre.pt/dre/detalhe/decreto-lei/704-1974-486300>

Decreto-Lei n.º 73/90 - Diário da República n.º 54/1990, Série I. (6 de março de 1990). Obtido de <https://dre.pt/dre/detalhe/decreto-lei/73-1990-332425>

Decreto-Lei n.º 81/2009 - Diário da República n.º 65/2009, Série I. (2 de abril de 2009). Obtido de <https://dre.pt/dre/detalhe/decreto-lei/81-2009-603228>

Decreto-Lei n.º 86/2003 - Diário da República n.º 97/2003, Série I-A. (26 de abril de 2003). Obtido de <https://dre.pt/dre/detalhe/decreto-lei/86-2003-240646>

Decreto-Lei n.º 93/2005 - Diário da República n.º 109/2005, Série I-A. (7 de junho de 2005). Obtido de <https://dre.pt/dre/detalhe/decreto-lei/93-2005-220550>

Decreto-Lei n.º 97/98 - Diário da República n.º 91/1998, Série I-A. (18 de abril de 1998). Obtido de <https://dre.pt/dre/detalhe/decreto-lei/97-1998-174849>

Despacho “Arnaut” - DR n.º 173 – II série de 29 de Julho de 1978. (29 de julho de 1978). Obtido de <https://sns-arnaut.pt/sns/despacho-arnaut/>

Despacho Normativo n.º 46/97 - Diário da República n.º 182/1997, Série I-B. (8 de agosto de 1997). Obtido de <https://dre.pt/dre/detalhe/despacho-normativo/46-1997-204204>

Despacho Normativo n.º 61/99 - Diário da República n.º 264/1999, Série I-B. (12 de novembro de 1999). Obtido de <https://dre.pt/dre/detalhe/despacho-normativo/61-1999-682838>

D'Hoore, W., Leclercq, P., Sicotte, C., & Guisset, A.-L. (janeiro de 2002). Définition de la performance hospitalière : une enquête auprès des divers acteurs stratégiques au sein des hôpitaux.

Diário da República n.º 86/1976, Série I. (10 de abril de 1976). Obtido de <https://dre.pt/dre/detalhe/diario-republica/86-1976-78796>

- Direcção Geral de Saúde. (16 de março de 2020). COVID-19: Primeira Fase de Mitigação - Medidas Transversais de Preparação. (A. d. República, Ed.)
- Europeia, C. (janeiro de 2012). Programas de apoio da União Europeia para as PME: Panorâmica das principais oportunidades de financiamento acessíveis às PME europeias .
- Europeia, C. (2019). Capacitar os europeus através de serviços públicos digitais confiáveis.
- Europeia, C. (2019). *State of Health in the EU - Portugal - Perfil de saúde do país 2019*.
- Farrell, M. (20 de março de 1957). The measurement of productive efficiency. (J. o. Society, Ed.)
- Farrell, M. (1957). The Measurement of Productive Efficiency. (J. o. Society, Ed.)
- Fernandes, A. (2011). Hospitais: Um novo modelo de Gestão Hospitalar. Obtido de <https://www.ffms.pt/artigo/387/hospitais>
- Ferreira, M. (2005). Empenhamento Organizacional de Profissionais de Saúde com Diferentes Modelos de Gestão. Obtido de <https://repositorium.sdum.uminho.pt/bitstream/1822/4383/1/tese.pdf>
- Fonseca, F., & Carapeto, C. (2014). *Administração Pública- Modernização, Qualidade e Inovação* (3ª Edição ed.). Edições Sílabo.
- Fortin, M. (2009). *Fundamentos e etapas do processo de investigação*. Loures: Lusociência.
- Franca, L., & Monte, A. (27-30 de abril de 2010). Comparação entre sistemas de gestão hospitalar: SPA, SA e EPE, na perspectiva do planeamento e controlo orçamental: um estudo de caso. Obtido de https://bibliotecadigital.ipb.pt/bitstream/10198/2541/1/paper_Franca%26Monte_ACACIA-MX2010.pdf
- G. Anand, & Kodali, R. (30 de maio de 2008). Benchmarking the benchmarking models.
- Galego, C., & Gomes, A. (27 de novembro de 2005). Emancipação, ruptura e inovação: o “focus group” como instrumento de investigação.

- García-Altés, A., Zonco, L., Borrell, C., & Plasència, A. (julho/agosto de 2006). Measuring the performance of health care services: a review of international experiences and their application to urban contexts. pp. 316-324.
- Gok, M., & Sezen, B. (junho de 2013). Analyzing the ambiguous relationship between efficiency, quality and patient satisfaction in healthcare services: the case of public hospitals in Turkey. (H. Policy, Ed.)
- Gonçalves, L. (agosto de 2008). Análise da Eficiência dos Hospitais SA e SPA Segundo uma Abordagem de Fronteira de Eficiência. (I. S. Empresa, Ed.) Obtido de <https://repositorio.iscte-iul.pt/bitstream/10071/2457/1/Tese%20PDG%20Luis%20Gon%ca7alves.pdf>
- Gonçalves, M., Maia, T., Teixeira, S., & Silva, A. (novembro de 2016). Prestação de contas na Administração Pública Local: Um estudo de caso.
- Guan, W.-j., Ni, Z.-y., Liang, W.-h., Ou, C.-q., & He, J.-x. (28 de fevereiro de 2020). Clinical Characteristics of Coronavirus Disease 2019 in China. (N. E. medicine, Ed.)
- Harfouche, A. (2008). *Hospitais transformados em empresa: análise do impacto na eficiência através do Data Envelopment Analysis*. Lisboa: Instituto Superior de Ciências Sociais e Políticas.
- Harfouche, A. (2010). Opções Políticas em Saúde: Efeitos sobre a Eficiência Hospitalar. (I. S. Políticas, Ed.)
- Healthnews. (27 de fevereiro de 2020). *Cronologia dos principais acontecimentos da pandemia em Portugal*. Obtido de <https://healthnews.pt/2021/02/27/cronologia-dos-principais-acontecimentos-da-pandemia-em-portugal/>
- Hollingsworth, B. (13 de Agosto de 2008). The measurement of efficiency and productivity of health care delivery.
- Hood, C. (1991). A public management for all seasons?
- Hood, C., & Peters, G. (1 de julho de 2004). The Middle Aging of New Public Management: Into the Age of Paradox? (J. o. Theory, Ed.)

- Hughes, O. (1998). *Public management and administration* (Second Edition ed.). Hampshire: Palgrave.
- J. Silva, C., Cruz, C., F. M. Torres, D., P. Muñuzuri, A., Carballosa, A., Area, I., . . . Mira, J. (10 de fevereiro de 2021). Optimal control of the COVID-19 pandemic: controlled sanitary deconfinement in Portugal.
- Jorge, R. (24 de dezembro de 1901). Regulamento Geral dos Serviços de Saude e Beneficencia Publica – Decreto de 24 de Dezembro de 1901.
- Junior, R., & Vital, T. (abril de 2004). A utilização do Benchmarking na elaboração do planeamento estratégico: Uma importante ferramenta para a maximização da competitividade organizacional.
- Kirigia, J., Emrouznejad, A., Cassoma, B., Asbu, E., & Barry, S. (junho de 2008). A Performance Assessment Method for Hospitals: The Case of Municipal Hospitals in Angola. (J. o. Systems, Ed.)
- Kooreman, P. (1994). Data envelopment analysis and parametric frontier estimation: complementary tools. (J. o. Economics, Ed.) pp. 345-346.
- L. Tesini, B. (setembro de 2021). Coronavirus and acute respiratory syndromes (MERS e SARS).
- Lanzoni, G., & Meirelles, B. (1 de julho de 2013). Liderança do enfermeiro: elemento interveniente na rede de relações do agente comunitário de saúde.
- Lee, P. (16 de março de 2022). Ranking Decision Making for Eco-Efficiency Using Operational, Energy, and Environmental Efficiency.
- Lei n.º 2011 - Diário do Governo n.º 70/1946, Série I.* (2 de abril de 1946). Obtido de <https://dre.pt/dre/detalhe/lei/2011-1946-339424>
- Lei n.º 2120 - Diário do Governo n.º 169/1963, Série I.* (19 de julho de 1963). Obtido de <https://dre.pt/dre/detalhe/lei/2120-1963-693016>
- Lei n.º 27/2002 - Diário da República n.º 258/2002, Série I-A.* (8 de novembro de 2002). Obtido de <https://dre.pt/dre/detalhe/lei/27-2002-425487>

Lei n.º 48/90 - Diário da República n.º 195/1990, Série I. (24 de agosto de 1990). Obtido de <https://dre.pt/dre/detalhe/lei/48-1990-574127>

Lei n.º 48/90 - Diário da República n.º 195/1990, Série I. (24 de agosto de 1990). Obtido de <https://dre.pt/dre/detalhe/lei/48-1990-574127>

Lei n.º 5/2012 - Diário da República n.º 16/2012, Série I. (23 de janeiro de 2012). Obtido de <https://dre.pt/dre/detalhe/lei/5-2012-544433>

Lei n.º 52/2014 - Diário da República n.º 162/2014, Série I. (25 de agosto de 2014). Obtido de <https://dre.pt/dre/detalhe/lei/52-2014-56346572>

Lei n.º 56/79 - Diário da República n.º 214/1979, Série I. (15 de setembro de 1979). Obtido de <https://dre.pt/dre/detalhe/lei/56-1979-369864>

Lei n.º 66-B/2007 - Diário da República n.º 250/2007, 1º Suplemento, Série I. (28 de dezembro de 2007). Obtido de <https://dre.pt/dre/legislacao-consolidada/lei/2007-34446375>

Lei n.º 95/2019 - Diário da República n.º 169/2019, Série I. (4 de setembro de 2019). Obtido de <https://dre.pt/dre/detalhe/lei/95-2019-124417108>

Li, L., & Benton, W. (20 de setembro de 1996). Performance measurement criteria in health care organizations: Review and future research directions. pp. 449-468.

Li, Q., Guan, X., & Wu, P. (26 de março de 2020). Early Transmission Dynamics in Wuhan, China, of Novel Coronavirus–Infected Pneumonia. (T. N. Medicine, Ed.)

Lima, N., Buss, P., & Paes-Sousa, R. (25 de junho de 2020). COVID-19 pandemic: a health and humanitarian crisis.

Lin, C.-S., Chiu, C.-M., Huang, Y.-C., Lang, H.-C., & Chen, M.-S. (29 de dezembro de 2021). Evaluating the Operational Efficiency and Quality of Tertiary Hospitals in Taiwan: The Application of the EBITDA Indicator to the DEA Method and TOBIT Regression. Obtido de <https://doi.org/10.3390/healthcare10010058>

Lobo, M., Lins, M., Fiszman, R., & Silva, A. (maio de 2009). Impact of the funding reform of teaching hospitals in Brazil.

- Lupu, D., & Tiganasu, R. (12 de fevereiro de 2022). COVID-19 and the efficiency of health systems in Europe. Obtido de <https://healtheconomicsreview.biomedcentral.com/articles/10.1186/s13561-022-00358-y>
- Macinati, M. (fevereiro de 2008). The relationship between quality management systems and organizational performance in the Italian National Health Service. pp. 228-241.
- Marla Gonçalves, S. (2015). O Poder da Burocracia no processo Orçamental: O Burocrata e a maximização Orçamental. pp. 233-275.
- Marshall, M., Leatherman, S., & Mattke, S. (2004). Selecting Indicators for the Quality of Health Promotion, Prevention and Primary Care at the Health Systems Level in OECD Countries.
- Marta, B. (setembro de 2011). O Benchmarking como apoio à gestão das empresas: o caso CH Business Consulting. Obtido de <https://eg.uc.pt/bitstream/10316/18083/1/Relat%C3%B3rio%20de%20Est%C3%A1gio-%20Marta%20Barbosa.pdf>
- Matos, A., & Nunes, A. (abril de 2019). Gestão Hospitalar em Portugal: Resultados Comparados entre Hospitais com Gestão Pública e em Parceria Público-Privadas.
- Maximiano, A. (2000). *Introdução à Administração*. São Paulo: Atlas.
- Mechanism, E. F. (3 de maio de 2011). Memorandum Of Understanding On Specific Economic Policy .
- Mello, J., Meza, L., Gomes, E., & Neto, L. (2005). Curso de análise envoltória de dados. (X. S. operacional, Ed.)
- Merad, M., & C. Martin, J. (20 de julho de 2020). Pathological inflammation in patients with COVID-19: a key role for monocytes and macrophages.
- Meštrović, T. (27 de fevereiro de 2019). Middle East Respiratory Syndrome Coronavirus (MERS-CoV) Overview.

- Meyer, R., & Hammerschmid, G. (2006). Changing Institutional Logics and Executive Identities. A Managerial Challenge to Public Administration in Austria. *American Behavioral Scientist*.
- Ministério da Saúde. (8 de Novembro de 2002). Lei n.º 27/2002. *Série I-A*, 7150 - 7154. Lisboa: Assembleia da República.
- Moreira, A. N. (28 de junho de 2021). Advanced Analytics na Saúde: Algoritmos de machine learning para melhoria da previsão da duração de cirurgias.
- Moreira, S. (2008). Análise da Eficiência dos Hospitais-Empresa: Uma Aplicação da Data Envelopment Analysis. (B. d. Portugal, Ed.)
- Mujasi, P., Asbu, E., & Puig-Junoy, J. (08 de julho de 2018). How efficient are referral hospitals in Uganda? A data envelopment analysis and tobit regression approach.
- Neely, A., Adams, C., & Kennerley, M. (2002). The Performance Prism: The Scorecard for Measuring and Managing Business Success. (P. H. times, Ed.)
- Nepomuceno, T., Silva, W., Nepomuceno, K., & Barros, I. (30 de setembro de 2020). A DEA-Based Complexity of Needs Approach for Hospital Beds Evacuation during the COVID-19 Outbreak.
- Nersant. (junho de 2018). Benchmarking Internacional de Boas Práticas.
- Nunes, A. (dezembro de 2015). A Reforma da Administração Pública Aplicada ao Setor da Saúde: A Experiência Portuguesa.
- Nunes, A. (janeiro de 2016). Reformas na Gestão Hospitalar: Análise dos efeitos da empresarialização. (T. f. Management, Ed.)
- Nunes, A. (março de 2017). A empresarialização das unidades hospitalares em Portugal - efeitos na eficiência.
- Nunes, A. (Outubro de 2017). Fourteen Years of Business Administration Practices in Health Management: The Portuguese Experience.
- Nunes, A., & Matos, A. (2020). Hospital management in Portugal: search the best model to public hospitals. Obtido de <https://docs.bvsalud.org/biblioref/2020/08/1116519/2346-5329-2-pb.pdf>

- O'Mara, C., Hyland, P., & Chapman, R. (1 de junho de 1998). Performance measurement and strategic change. (M. S. Journal, Ed.)
- OCDE. (1997). The OECD Report on Regulatory Reform Synthesis.
- Ordu, M., Akin, H., & Demir, E. (20 de abril de 2021). Healthcare systems and Covid19: Lessons to be learnt from efficient countries.
- Organization, W. H. (24 de fevereiro de 2020). Press Conference of WHO-China Joint Mission on COVID-19.
- Organization, W. H. (23 de dezembro de 2021). *Coronavirus disease (COVID-19): How is it transmitted?* Obtido de <https://www.who.int/news-room/questions-and-answers/item/coronavirus-disease-covid-19-how-is-it-transmitted>
- Organization, W. H. (2021). Drawing light from the pandemic - A new strategy for health and sustainable development. (T. E. Systems, Ed.)
- Ozcan, Y. (2007). *Health Care Benchmarking and Performance Evaluation: An Assessment using Data Envelopment Analysis (DEA)*. Estados Unidos da América: Springer Science & Business Media.
- Peng, Z., Zhu, L., Wan, G., & C. Coyte, P. (22 de setembro de 2021). Can integrated care improve the efficiency of hospitals? Research based on 200 Hospitals in China. (C. E. Allocation, Ed.) doi:<https://doi.org/10.1186/s12962-021-00314-3>
- Pereira, F., Filho, C., Quelhas, O., Bonina, N., J, Vieira, J., & Marques, V. (2017). Nova Gestão Pública e Nova Governança Pública: Uma análise conceitual comparativa.
- Pereira, J. (2004). *Economia da Saúde: um glossário de termos e conceitos*. Lisboa: Associação Portuguesa de Economia da Saúde.
- Pordata. (2020). *Healthcare personnel: doctors, dentists, odontologists, nurses and pharmacists*. Obtido de <https://www.pordata.pt/en/Portugal/Healthcare+personnel+doctors++dentists++odontologists++nurses+and+pharmacists-144>
- Portaria n.º 198/2011 - Diário da República n.º 96/2011, Série I. (18 de maio de 2011). Obtido de <https://dre.pt/dre/detalhe/portaria/198-2011-287801>

Portaria n.º 340/2015 - *Diário da República* n.º 197/2015, Série I. (8 de outubro de 2015).

Obtido de <https://dre.pt/dre/detalhe/portaria/340-2015-70485726>

Rego, G. (julho de 2011). *Gestão Empresarial dos Serviços Públicos* (2ª ed.). Porto: Vida Económica.

Reis, G., & Júnior, J. (2007). Comparação de testes paramétricos e não paramétricos aplicados em delineamentos experimentais.

Républica, A. d. (12 de agosto de 2005). Constituição da República Portuguesa - *Diário da República*, n.º 155 – I Série. Lisboa.

República, A. d. (2020). *Declaração da situação de contingência no âmbito da pandemia da doença COVID-19*. Lisboa.

República, A. d. (1 de setembro de 2021). *Passageiros de voos originários do Brasil e do Reino Unido deixam de estar sujeitos a isolamento profilático à chegada a Portugal*.

Obtido de <https://www.portugal.gov.pt/pt/gc22/comunicacao/comunicado?i=passageiros-de-voos-originarios-do-brasil-e-do-reino-unido-deixam-de-estar-sujeitos-a-isolamento-profilatico-a-chegada-a-portugal>

Resolução do Conselho de Ministros n.º 140/98 - *Diário da República* n.º 280/1998, Série I-B. (4 de dezembro de 1998). Obtido de <https://dre.pt/dre/detalhe/resolucao-conselho-ministros/140-1998-222050>

S. Sarrico, C. (dezembro de 2001). *Data Envelopment Analysis: A Comprehensive Text with Models, Applications, References and DEA-Solver Software*. (J. o. Society, Ed.)

Sagan, A., Webb, E., McKee, M., L Greer, S., Karanikolos, M., A Williams, G., . . . Figueras, J. (2020). *Health systems resilience during COVID-19: Lessons for building back better*.

Sarabi Asiabar, A., Sharifi, T., Rezapour, A., Ali Khatami Firouzabadi, S., Haghighat-Fard, P., & Mohammad-pour, S. (29 de dezembro de 2020). Technical efficiency and its affecting factors in Tehran's public hospitals: DEA approach and Tobit regression. doi:<https://doi.org/10.47176/mjiri.34.176>

- Saritha, S., S. Dev, S., Soman, S., Kurian, N., Varghese, A., & Mathew, E. (13 de Dezembro de 2021). Exposure risk and COVID-19 infection among frontline health-care workers: A single tertiary care centre experience.
- Saúde, M. d. (15 de maio de 2013). Relatório de Benchmarking | hospitais EPE e PPP: dados a 31 de dezembro de 2012.
- Saúde, M. d. (2018). *Retrato da Saúde*. Lisboa: Ministério da Saúde.
- Saúde, O. M. (10-11 de janeiro de 2003). Measuring hospital Performance to Improve the Quality of care in Europe: a need for clarifying the concepts and defining the main dimensions: Report on a WHO Workshop.
- Saúde, O. M. (2008). *Cuidados de Saúde Primários Agora Mais do que Nunca*. Lisboa: Ministério da Saúde.
- Saúde, S. N. (26 de fevereiro de 2020). *Covid-19 | Hospitais de referência*. Obtido de <https://www.sns.gov.pt/noticias/2020/02/26/covid-19-hospitais-de-referencia/>
- Saúde, S. N. (2021). *Benchmarking Hospitais*. Obtido de <https://benchmarking-acss.min-saude.pt/>
- Saúde, S. N. (3 de maio de 2021). *História do SNS*. Obtido de <https://www.sns.gov.pt/sns/servico-nacional-de-saude/historia-do-sns/>
- Saúde, S. N. (24 de janeiro de 2022). *Certificado Digital COVID da UE*. Obtido de <https://www.sns24.gov.pt/guia/certificado-digital-covid-da-ue/>
- Saúde, S. N. (11 de janeiro de 2022). *Quais os tipos de medidas preventivas que podem ser adotadas para a COVID-19?* Obtido de <https://www.sns24.gov.pt/tema/doencas-infecciosas/covid-19/prevencao/>
- Severo, E., De Guimarães, J., & Dellarmelinc, M. (1 de março de 2021). Impact of the COVID-19 pandemic on environmental awareness, sustainable consumption and social responsibility: Evidence from generations in Brazil and Portugal. (J. o. Production, Ed.)
- Shaaban, A., Peleteiro, B., & O. Martins, M. (21 de agosto de 2020). COVID-19: What Is Next for Portugal?

- Sherman, D., & Zhu, J. (2006). *Data envelopment analysis explained. Service Productivity Management: Improving Service Performance using Data Envelopment Analysis (DEA)*.
- Shrestha, N., Yousaf Shad, M., Ulvi, O., Hossain Khan, M., Karamehic-Muratovic, A., D.T.Nguyen, U.-S., . . . Haquea, U. (20 de December de 2020). The impact of COVID-19 on globalization.
- Silva, M. (2012). *Políticas públicas de saúde: tendências recentes*. Lisboa: Mundos Sociais. Obtido de <https://journals.openedition.org/spp/906>
- Simões, J. (2004). As parcerias público-privadas no sector da saúde em Portugal. *Volume Temático* 4, pp. 79-90. Obtido de <https://run.unl.pt/bitstream/10362/99743/1/RUN%20-%20RPSP%20-%202004%20-%20vol%20tematico4a08%20-%20p79-90.pdf>
- Simões, J., Figueiredo Augusto, G., Fronteira, I., & Hernández-Quevedo, C. (2017). Portugal Health system review.
- Simões, P., & Marques, R. (11 de dezembro de 2009). Performance and congestion analysis of the portuguese hospital services. doi:<https://doi.org/10.1007/s10100-009-0122-2>
- Slack, N., Chambers, S., & Johnston, R. (2002). *Administração da Produção* (2ª ed.). São Paulo: Atlas.
- Su, W., Du, L., Fan, Y., & Wang, P. (22 de setembro de 2022). Equity and efficiency of public hospitals' health resource allocation in Guangdong Province, China. (I. J. Health, Ed.)
- T Wu, J., Leung, K., & M Leung, G. (31 de janeiro de 2020). Nowcasting and forecasting the potential domestic and international spread of the 2019-nCoV outbreak originating in Wuhan, China: a modelling study.
- Talluri, S., & Sarkis, J. (novembro de 2002). A Model for Performance Monitoring of Suppliers. (I. J. Research, Ed.) pp. 4257-4269.
- Triantafillou, P. (agosto de 2007). Benchmarking in the Public Sector: A Critical Conceptual Framework.

União Europeia. (18 de janeiro de 2022). *Certificados de COVID-19 digitais da UE*.
Obtido de <https://reopen.europa.eu/pt/map/PRT/7011>

Waitzberg, R., Hernández-Quevedo, C., Bernal-Delgado, E., Estupiñán-Romero, F., Angulo-Pueyo, E., Theodorou, M., . . . Maresso, A. (12 de outubro de 2021). Early health system responses to the COVID-19 pandemic in Mediterranean countries: A tale of successes and challenges.

Wendt, C. (2009). *Mapping European healthcare systems: a comparative analysis of financing, service provision and access to healthcare*. Journal of European Social Policy.

Worthington, A. (1 de Junho de 2004). Frontier Efficiency Measurement in Health Care: A Review of Empirical Techniques and Selected Applications.

Yousef Nayer, M., Fazaeli, A., & Hamidi, Y. (09 de fevereiro de 2022). Hospital efficiency measurement in the west of Iran: data envelopment analysis and econometric approach. (C. E. Allocation, Ed.) doi:<https://doi.org/10.1186/s12962-022-00341-8>

Zhang, R., Li, Y., L. Zhang, A., Wang, Y., & J. Molina, M. (30 de junho de 2020). Identifying airborne transmission as the dominant route for the spread of COVID-19.

ANEXOS

Instituição	Camas											
	Camas			Tx Anual de Ocupação em Internamento			Nº de Camas utilizadas			Nº de Camas Disponíveis		
	2019	2020	2021	2019	2020	2021	2019	2020	2021	2019	2020	2021
Grupo B												
Centro Hospitalar Médio Ave	247	267	260	87,1%	74,4%	83,0%	215	199	216	32	68	44
Centro Hospitalar Póvoa do Varzim/Vila do Conde	143	150	151	80,3%	70,4%	76,5%	115	106	116	28	44	35
Hospital Distrital Figueira da Foz	154	154	149	76,1%	67,8%	75,0%	117	104	112	37	50	37
Hospital Santa Maria Maior	117	117	117	96,0%	85,2%	87,0%	112	100	102	5	17	15
Centro Hospitalar do Oeste	325	319	320	87,5%	79,2%	86,1%	284	253	276	41	66	44
Unidade Local de Saúde do Nordeste	375	355	367	67,7%	61,6%	63,1%	254	219	232	121	136	135
Unidade Local de Saúde Castelo Branco	222	230	235	71,2%	60,4%	61,8%	158	139	145	64	91	90
Unidade Local de Saúde Guarda	339	348	323	73,3%	67,7%	75,8%	248	236	245	91	112	78
Unidade Local de Saúde Litoral Alentejano	114	133	136	90,0%	73,8%	77,2%	103	98	105	11	35	31
Grupo C												
Centro Hospitalar do Barreiro/Montijo	388	389	357	83,4%	75,0%	82,9%	324	292	296	64	97	61
Centro Hospitalar Universitário Cova da Beira	305	289	299	80,4%	75,7%	77,6%	245	219	232	60	70	67
Centro Hospitalar de Leiria	510	509	529	85,0%	76,8%	80,3%	434	391	425	77	118	104
Centro Hospitalar de Setúbal	377	376	376	85,1%	77,1%	82,0%	321	290	308	56	86	68
Hospital da Senhora da Oliveira – Guimarães	543	624	616	82,5%	69,7%	75,0%	448	435	462	95	189	154
Centro Hospitalar do Baixo Vouga	410	427	427	86,9%	71,2%	76,9%	356	304	328	54	123	99
Centro Hospitalar de Entre Douro e Vouga	366	371	381	93,4%	86,7%	88,5%	342	322	337	24	49	44
Centro Hospitalar Médio Tejo	410	431	450	92,4%	79,3%	81,4%	379	342	366	31	89	84
Hospital Distrital de Santarém	400	374	392	73,0%	82,8%	81,7%	292	310	320	108	64	72
Centro Hospitalar de Tâmega e Sousa	454	464	481	95,6%	90,8%	93,4%	434	421	449	20	43	32
Unidade Local de Saúde do Alto Minho	393	440	419	91,3%	70,0%	76,8%	359	308	322	34	132	97
Unidade Local de Saúde de Matosinhos	351	364	359	90,5%	80,7%	87,1%	318	294	313	33	70	46
Unidade Local de Saúde do Baixo Alentejo	215	208	212	76,7%	71,2%	73,4%	165	148	156	50	60	56
Unidade Local de Saúde do Norte Alentejano	234	215	227	81,3%	80,0%	75,6%	190	172	172	44	43	55
Grupo D												
Centro Hospitalar Vila Nova de Gaia / Espinho	578	578	574	88,6%	77,7%	83,9%	512	449	482	66	129	92
Centro Hospitalar de Trás-Os-Montes e Alto Douro	563	554	568	89,6%	80,2%	81,4%	504	444	462	59	110	106
Centro Hospitalar Tondela – Viseu	627	681	613	89,8%	70,9%	81,6%	563	483	500	64	198	113
Centro Hospitalar Universitário do Algarve	921	911	987	91,7%	78,6%	78,5%	845	716	775	76	195	212
Hospital Garcia de Orta	574	542	594	96,0%	89,5%	84,4%	551	485	501	23	57	93
Hospital Professor Doutor Fernando Fonseca	789	789	804	89,2%	76,5%	82,2%	704	604	661	85	185	143
Hospital do Espírito Santo de Évora	293	295	295	83,7%	69,8%	79,8%	245	206	235	48	89	60
Hospital de Braga	659	661	686	88,5%	80,5%	86,6%	583	532	594	76	129	92
Grupo E												
Centro Hospitalar Universitário do Porto	770	801	818	95,7%	82,0%	85,1%	737	657	696	33	144	122
Centro Hospitalar Universitário de São João	1094	1073	1072	87,7%	80,2%	85,6%	959	861	918	135	212	154
Centro Hospitalar Universitário de Coimbra	1702	1608	1557	78,3%	69,3%	75,9%	1333	1114	1182	369	494	375
Centro Hospitalar Universitário de Lisboa Central	1272	1170	1178	89,2%	84,2%	86,5%	1135	985	1019	137	185	159
Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental	789	721	723	79,2%	73,5%	78,6%	625	530	568	164	191	155
Centro Hospitalar Universitário de Lisboa Norte	1050	1028	1006	89,7%	77,7%	81,5%	942	799	820	108	229	186

Anexo 1: Mapa Camas das Instituições

Fonte: Elaboração Própria

Instituição	Recursos Humanos											
	Médicos			Enfermeiros			Otrs. Categ. Profissionais			Total		
	2019	2020	2021	2019	2020	2021	2019	2020	2021	2019	2020	2021
Grupo B												
Centro Hospitalar Médio Ave	222	231	240	391	437	454	498	533	529	1111	1201	1223
Centro Hospitalar Póvoa do Varzim/Vila do Conde	147	155	157	268	304	302	320	367	371	735	826	830
Hospital Distrital Figueira da Foz	149	151	147	226	250	266	301	322	336	676	723	749
Hospital Santa Maria Maior	111	120	111	200	240	238	248	277	287	559	637	636
Centro Hospitalar do Oeste	275	267	278	608	660	666	833	898	935	1716	1825	1879
Unidade Local de Saúde do Nordeste	300	297	293	673	721	733	915	993	979	1888	2011	2005
Unidade Local de Saúde Castelo Branco	227	222	216	487	529	537	601	687	713	1315	1438	1466
Unidade Local de Saúde Guarda	302	315	299	732	797	813	1013	1117	1144	2047	2229	2256
Unidade Local de Saúde Litoral Alentejano	125	142	142	390	412	406	507	569	589	1022	1123	1137
Grupo C												
Centro Hospitalar do Barreiro/Montijo	281	293	289	665	707	711	857	919	948	1803	1919	1948
Centro Hospitalar Universitário Cova da Beira	193	207	209	403	467	472	665	689	695	1261	1363	1376
Centro Hospitalar de Leiria	374	399	410	852	907	926	912	954	972	2138	2260	2308
Centro Hospitalar de Setúbal	401	400	399	782	834	860	1109	1211	1250	2292	2445	2509
Hospital da Senhora da Oliveira – Guimarães	427	449	460	703	815	830	640	775	808	1770	2039	2098
Centro Hospitalar do Baixo Vouga	404	417	422	746	807	824	738	802	813	1888	2026	2059
Centro Hospitalar de Entre Douro e Vouga	455	462	483	684	764	766	1055	1154	1143	2194	2380	2392
Centro Hospitalar Médio Tejo	234	248	265	775	822	842	999	1147	1122	2008	2217	2229
Hospital Distrital de Santarém	281	283	281	601	632	650	762	826	831	1644	1741	1762
Centro Hospitalar de Tâmega e Sousa	443	460	490	695	818	842	952	1098	1168	2090	2376	2500
Unidade Local de Saúde do Alto Minho	580	611	636	954	1037	1046	1145	1327	1331	2679	2975	3013
Unidade Local de Saúde de Matosinhos	644	691	685	859	996	998	959	1093	1118	2462	2780	2801
Unidade Local de Saúde do Baixo Alentejo	205	211	204	600	631	628	905	978	976	1710	1820	1808
Unidade Local de Saúde do Norte Alentejano	200	201	196	569	589	599	801	853	867	1570	1643	1662
Grupo D												
Centro Hospitalar Vila Nova de Gaia / Espinho	894	926	933	1275	1411	1448	1587	1748	1763	3756	4085	4144
Centro Hospitalar de Trás-Os-Montes e Alto Douro	499	516	535	1025	1161	1176	1185	1308	1336	2709	2985	3047
Centro Hospitalar Tondela – Viseu	544	562	581	949	1011	1033	1023	1109	1118	2516	2682	2732
Centro Hospitalar Universitário do Algarve	756	740	781	1651	1712	1813	2083	2230	2401	4490	4682	4995
Hospital Garcia de Orta	607	629	653	998	1075	1080	1203	1292	1312	2808	2996	3045
Hospital Professor Doutor Fernando Fonseca	633	671	671	1063	1102	1108	1401	1508	1554	3097	3281	3333
Hospital do Espírito Santo de Évora	325	322	324	566	605	613	721	825	851	1612	1752	1788
Hospital de Braga	751	787	807	988	1085	1104	1233	1350	1384	2972	3222	3295
Grupo E												
Centro Hospitalar Universitário do Porto	1180	1201	1232	1465	1629	1627	1837	1976	1980	4482	4806	4839
Centro Hospitalar Universitário de São João	1455	1486	1526	2391	2537	2512	2355	2499	2453	6201	6522	6491
Centro Hospitalar Universitário de Coimbra	1632	1623	1653	2987	3229	3299	3285	3552	3608	7904	8404	8560
Centro Hospitalar Universitário de Lisboa Central	1649	1623	1679	2709	2796	2781	3572	3738	3829	7930	8157	8289
Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental	936	933	942	1449	1583	1580	1841	2033	2110	4226	4549	4632
Centro Hospitalar Universitário de Lisboa Norte	1460	1434	1471	2016	2029	2048	2939	3032	3117	6415	6495	6636

Anexo 2: Mapa Recursos Humanos das Instituições

Fonte: Elaboração Própria

Instituição	Cirurgias								
	Total Cirurgias			Doentes Operados dentro do TMRG (180 dias)			Nº de Operados TMRG (180 dias)		
	2019	2020	2021	2019	2020	2021	2019	2020	2021
Grupo B									
Centro Hospitalar Médio Ave	14551	11236	15518	81,3%	77,2%	91,9%	11830	8674	14261
Centro Hospitalar Póvoa do Varzim/Vila do Conde	11897	9072	10464	98,0%	93,7%	98,5%	11659	8500	10307
Hospital Distrital Figueira da Foz	17322	14391	17595	91,3%	86,3%	97,8%	15815	12419	17208
Hospital Santa Maria Maior	11826	8696	11834	98,0%	88,6%	82,2%	11589	7705	9728
Centro Hospitalar do Oeste	12484	9125	12051	73,2%	66,5%	78,8%	9138	6068	9496
Unidade Local de Saúde do Nordeste	12521	10917	14267	84,5%	86,6%	89,7%	10580	9454	12797
Unidade Local de Saúde Castelo Branco	12448	9002	9521	90,9%	83,4%	89,7%	11315	7508	8540
Unidade Local de Saúde Guarda	12616	5407	5336	74,0%	72,1%	64,9%	9336	3898	3463
Unidade Local de Saúde Litoral Alentejano	8621	7500	7726	62,7%	53,0%	68,8%	5405	3975	5315
Grupo C									
Centro Hospitalar do Barreiro/Montijo	15161	10624	13347	83,5%	74,0%	76,4%	12659	7862	10197
Centro Hospitalar Universitário Cova da Beira	14980	10864	13612	77,3%	81,7%	83,7%	11580	8876	11393
Centro Hospitalar de Leiria	28395	28958	33938	55,9%	62,3%	80,2%	15873	18041	27218
Centro Hospitalar de Setúbal	26594	18441	23124	64,9%	64,6%	63,3%	17260	11913	14637
Hospital da Senhora da Oliveira – Guimarães	28038	22871	31855	79,4%	78,3%	84,2%	22262	17908	26822
Centro Hospitalar do Baixo Vouga	25605	20539	22348	82,4%	81,8%	84,2%	21099	16801	18817
Centro Hospitalar de Entre Douro e Vouga	37575	34065	44284	75,9%	77,7%	87,9%	28519	26469	38926
Centro Hospitalar Médio Tejo	20162	14892	16140	87,8%	80,6%	85,0%	17702	12003	13719
Hospital Distrital de Santarém	13522	10714	13088	77,6%	61,9%	73,5%	10493	6632	9620
Centro Hospitalar de Tâmega e Sousa	52180	42332	48758	93,0%	93,0%	95,5%	48527	39369	46564
Unidade Local de Saúde do Alto Minho	27352	17890	23452	91,4%	89,4%	80,4%	25000	15994	18855
Unidade Local de Saúde de Matosinhos	29753	23452	28633	78,1%	70,5%	84,0%	23237	16534	24052
Unidade Local de Saúde do Baixo Alentejo	8995	6688	7498	94,2%	81,9%	88,0%	8473	5477	6598
Unidade Local de Saúde do Norte Alentejano	11199	8521	9749	89,5%	86,3%	87,7%	10023	7354	8550
Grupo D									
Centro Hospitalar Vila Nova de Gaia / Espinho	49285	43314	56310	85,8%	83,8%	92,6%	42287	36297	52143
Centro Hospitalar de Trás-Os-Montes e Alto Douro	27261	21814	30796	84,5%	79,6%	85,4%	23036	17364	26300
Centro Hospitalar Tondela – Viseu	41273	29399	43055	54,9%	54,6%	65,6%	22659	16052	28244
Centro Hospitalar Universitário do Algarve	27328	21408	27379	74,1%	62,1%	60,5%	20250	13294	16564
Hospital Garcia de Orta	31387	27579	30835	69,6%	63,0%	67,1%	21845	17375	20690
Hospital Professor Doutor Fernando Fonseca	33395	23124	27802	80,4%	75,5%	74,9%	26850	17459	20824
Hospital do Espírito Santo de Évora	35280	27075	32670	85,5%	80,5%	84,4%	30164	21795	27573
Hospital de Braga	59469	54140	81987	74,5%	74,4%	84,2%	44304	40280	69033
Grupo E									
Centro Hospitalar Universitário do Porto	74815	62835	77743	87,4%	87,6%	93,5%	65388	55043	72690
Centro Hospitalar Universitário de São João	92882	86520	101567	79,1%	84,5%	91,1%	73470	73109	92528
Centro Hospitalar Universitário de Coimbra	75054	56565	70906	70,6%	73,0%	78,2%	52988	41292	55448
Centro Hospitalar Universitário de Lisboa Central	65276	57862	68965	82,3%	77,3%	79,8%	53722	44727	55034
Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental	36078	27194	32652	83,5%	72,9%	75,6%	30125	19824	24685
Centro Hospitalar Universitário de Lisboa Norte	65968	53975	65084	77,0%	75,3%	83,9%	50795	40643	54605

Anexo 3: Mapa Cirurgias das Instituições

Fonte: Elaboração Própria

O caso dos Hospitais Públicos Empresariais

Instituição	Urgências								
	Atendimentos em Urgência			% Atendimento Urgência dentro do tempo previsto			% Atendimento Urgência dentro do tempo previsto		
	2019	2020	2021	2019	2020	2021	2019	2020	2021
Grupo B									
Centro Hospitalar Médio Ave	133027	96146	108965	70,8%	72,0%	74,2%	94183	69225	80852
Centro Hospitalar Póvoa do Varzim/Vila do Conde	73626	53343	60488	78,8%	93,5%	91,6%	58017	49876	55407
Hospital Distrital Figueira da Foz	73935	52265	61871	81,0%	85,9%	81,5%	59887	44896	50425
Hospital Santa Maria Maior	63673	45592	54106	72,5%	77,7%	81,1%	46163	35425	43880
Centro Hospitalar do Oeste	182626	116665	137910	74,1%	76,7%	76,6%	135326	89482	105639
Unidade Local de Saúde do Nordeste	112108	79035	87101	80,2%	85,2%	84,1%	89911	67338	73252
Unidade Local de Saúde Castelo Branco	65894	47229	53280	81,2%	85,7%	88,4%	53506	40475	47100
Unidade Local de Saúde Guarda	100576	71175	78700	85,9%	88,1%	83,6%	86395	62705	65793
Unidade Local de Saúde Litoral Alentejano	93233	67701	74458	84,3%	78,6%	82,1%	78595	53213	61130
Grupo C									
Centro Hospitalar do Barreiro/Montijo	158921	110996	121319	63,1%	67,1%	64,5%	100279	74478	78251
Centro Hospitalar Universitário Cova da Beira	70962	48086	54661	52,4%	76,6%	74,1%	37184	36834	40504
Centro Hospitalar de Leiria	189553	132624	101993	75,1%	75,1%	75,1%	142354	99601	76597
Centro Hospitalar de Setúbal	146936	102101	114424	73,0%	68,5%	65,2%	107263	69939	74604
Hospital da Senhora da Oliveira – Guimarães	139775	99653	118988	72,6%	75,1%	72,0%	101477	74839	85671
Centro Hospitalar do Baixo Vouga	175810	122043	148565	67,4%	71,1%	66,9%	118496	86773	99390
Centro Hospitalar de Entre Douro e Vouga	217622	148553	179245	84,0%	87,6%	85,4%	182802	130132	153075
Centro Hospitalar Médio Tejo	149311	101975	166961	73,4%	80,2%	79,6%	109594	81784	132901
Hospital Distrital de Santarém	132646	84918	99406	81,3%	84,7%	85,2%	107841	71926	84694
Centro Hospitalar de Tâmega e Sousa	194558	163041	182013	60,6%	72,8%	70,2%	117902	118694	127773
Unidade Local de Saúde do Alto Minho	167120	110116	128859	86,3%	86,1%	85,2%	144225	94810	109788
Unidade Local de Saúde de Matosinhos	89576	76867	84702	79,3%	84,4%	74,5%	71034	64876	63103
Unidade Local de Saúde do Baixo Alentejo	106156	73148	84141	74,3%	82,8%	76,2%	78874	60567	64115
Unidade Local de Saúde do Norte Alentejano	90891	62783	62296	92,7%	90,4%	89,9%	84256	56756	56004
Grupo D									
Centro Hospitalar Vila Nova de Gaia / Espinho	185874	138576	163350	76,4%	78,3%	69,3%	142008	108505	113202
Centro Hospitalar de Trás-Os-Montes e Alto Douro	183418	130788	153397	73,2%	76,9%	78,0%	134262	100576	119650
Centro Hospitalar Tondela – Viseu	160930	120719	136119	64,3%	65,8%	60,1%	103478	79433	81808
Centro Hospitalar Universitário do Algarve	362899	254602	299375	73,3%	79,9%	78,5%	266005	203427	235009
Hospital Garcia de Orta	163721	112425	126883	78,1%	75,5%	69,9%	127866	84881	88691
Hospital Professor Doutor Fernando Fonseca	262226	181743	152420	59,1%	64,6%	64,8%	154976	117406	98768
Hospital do Espírito Santo de Évora	74514	53915	62166	66,3%	70,2%	72,0%	49403	37848	44760
Hospital de Braga	223644	161992	137651	71,6%	78,4%	71,0%	160129	127002	97732
Grupo E									
Centro Hospitalar Universitário do Porto	153102	124454	131199	66,5%	71,5%	73,4%	101813	88985	96300
Centro Hospitalar Universitário de São João	259607	204113	234704	60,4%	69,1%	63,4%	156803	141042	148802
Centro Hospitalar Universitário de Coimbra	299039	211197	235002	73,3%	77,5%	76,8%	219196	163678	180482
Centro Hospitalar Universitário de Lisboa Central	247657	171675	203749	100,0%	78,5%	81,0%	247657	134765	165037
Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental	162934	112615	122066	76,5%	73,6%	81,4%	124645	82885	99362
Centro Hospitalar Universitário de Lisboa Norte	251691	172371	178599	99,7%	99,6%	99,6%	250936	171682	177885

Anexo 4: Mapa Urgências das Instituições

Fonte: Elaboração Própria

Instituição	Consultas Externas								
	1ª Consulta Externa			% 1ª Consultas Realizadas em tempo adequado			Nº 1ª Consultas Realizadas em tempo adequado		
	2019	2020	2021	2019	2020	2021	2019	2020	2021
Grupo B									
Centro Hospitalar Médio Ave	47846	39757	45346	80,5%	76,2%	92,0%	38516	30295	41718
Centro Hospitalar Póvoa do Varzim/Vila do Conde	31517	29615	37561	91,2%	81,8%	87,7%	28744	24225	32941
Hospital Distrital Figueira da Foz	34895	30023	35037	74,0%	68,0%	93,9%	25822	20416	32900
Hospital Santa Maria Maior	30820	23784	28287	86,4%	73,6%	99,2%	26628	17505	28061
Centro Hospitalar do Oeste	44929	36910	48334	54,8%	41,2%	74,8%	24621	15207	36154
Unidade Local de Saúde do Nordeste	35361	31174	36229	75,9%	64,5%	77,6%	26839	20107	28114
Unidade Local de Saúde Castelo Branco	30128	26291	28136	89,1%	71,7%	83,8%	26844	18851	23578
Unidade Local de Saúde Guarda	30768	22046	23236	60,5%	48,6%	57,8%	18615	10714	13430
Unidade Local de Saúde Litoral Alentejano	20916	18473	21895	66,0%	60,9%	71,6%	13805	11250	15677
Grupo C									
Centro Hospitalar do Barreiro/Montijo	46807	36642	37986	86,9%	77,2%	87,6%	40675	28288	33276
Centro Hospitalar Universitário Cova da Beira	49119	41340	52429	71,9%	62,6%	83,3%	35317	25879	43673
Centro Hospitalar de Leiria	87312	91083	101131	56,6%	51,5%	72,1%	49419	46908	72915
Centro Hospitalar de Setúbal	77131	61411	70116	66,1%	51,2%	64,9%	50984	31442	45505
Hospital da Senhora da Oliveira – Guimarães	63706	55591	65647	48,0%	43,7%	79,6%	30579	24293	52255
Centro Hospitalar do Baixo Vouga	66782	59057	74001	71,7%	61,3%	71,6%	47883	36202	52985
Centro Hospitalar de Entre Douro e Vouga	91793	70357	89353	73,5%	67,1%	94,4%	67468	47210	84349
Centro Hospitalar Médio Tejo	71300	55049	60591	76,7%	49,5%	59,3%	54687	27249	35930
Hospital Distrital de Santarém	41129	33716	39293	61,3%	54,1%	78,7%	25212	18240	30924
Centro Hospitalar de Tâmega e Sousa	121989	102265	124637	57,9%	55,7%	82,3%	70632	56962	102576
Unidade Local de Saúde do Alto Minho	76346	59436	70272	81,5%	71,7%	87,0%	62222	42616	61137
Unidade Local de Saúde de Matosinhos	78748	54678	73521	72,0%	39,7%	65,7%	56699	21707	48303
Unidade Local de Saúde do Baixo Alentejo	33019	26490	29773	78,2%	63,6%	70,1%	25821	16848	20871
Unidade Local de Saúde do Norte Alentejano	29059	22517	27792	77,3%	66,7%	81,7%	22463	15019	22706
Grupo D									
Centro Hospitalar Vila Nova de Gaia / Espinho	160599	151659	174028	51,5%	46,7%	75,3%	82708	70825	131043
Centro Hospitalar de Trás-Os-Montes e Alto Douro	81674	67883	83050	56,3%	45,8%	57,3%	45982	31090	47588
Centro Hospitalar Tondela – Viseu	73973	65486	77183	76,4%	61,7%	72,8%	56515	40405	56189
Centro Hospitalar Universitário do Algarve	84221	68960	81356	70,6%	64,6%	71,0%	59460	44548	57763
Hospital Garcia de Orta	87297	75251	94593	77,1%	57,5%	71,1%	67306	43269	67256
Hospital Professor Doutor Fernando Fonseca	99318	75824	92266	81,4%	63,9%	80,3%	80845	48452	74090
Hospital do Espírito Santo de Évora	57721	42711	48229	70,0%	65,3%	75,5%	40405	27890	36413
Hospital de Braga	146687	122653	144900	72,4%	52,7%	69,5%	106201	64638	100706
Grupo E									
Centro Hospitalar Universitário do Porto	187205	148637	174765	74,3%	77,4%	95,0%	139093	115045	166027
Centro Hospitalar Universitário de São João	210792	200150	221097	51,4%	52,8%	88,9%	108347	105679	196555
Centro Hospitalar Universitário de Coimbra	226784	165591	214416	60,7%	41,9%	50,9%	137658	69383	109138
Centro Hospitalar Universitário de Lisboa Central	186368	172601	191546	71,2%	63,2%	78,6%	132694	109084	150555
Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental	112260	94706	103401	69,3%	56,9%	78,4%	77796	53888	81066
Centro Hospitalar Universitário de Lisboa Norte	193659	174073	190582	61,9%	54,5%	77,8%	119875	94870	148273

Anexo 5: Mapa Consultas Externas das Instituições

Fonte: Elaboração Própria