

<https://doi.org/10.34632/gestaoedesenvolvimento.2022.11327>

Data de receção: 18/02/2022

Data de aceitação: 07/03/2022

O IMPACTO DA COVID19 NA GESTÃO DE OPERAÇÕES DE UNIDADES DE SAÚDE: UM ESTUDO QUALITATIVO

THE IMPACT OF COVID19 IN OPERATIONS MANAGEMENT OF HEALTHCARE UNITS: A QUALITATIVE STUDY

Bruno Soares¹ orcid.org/0000-0002-6887-7509

Clotilde Passos² orcid.org/0000-0002-2924-0484

Resumo: *A situação de emergência de saúde pública provocada pelo vírus SARS-CoV-2, e a classificação pela Organização Mundial de Saúde da doença COVID19 como pandemia, obrigou a uma rápida reorganização no terreno das Operações nas Unidades de Saúde e à adoção de medidas de contenção e mitigação do progresso exponencial da doença, nomeadamente restrições no fluxo de acesso aos cuidados de saúde, na gestão dos recursos materiais e humanos e na própria forma de prestação dos cuidados de saúde. Os relatórios de dados quantitativos são uma ferramenta que ajudam na medição do impacto da situação pandémica na Gestão de Operações. Assim, o objetivo deste estudo é avaliar o impacto da COVID19 na Gestão de Operações, recorrendo a uma análise qualitativa de dados recolhidos através da realização de vinte e uma (21) entrevistas semi-estruturadas escritas a profissionais de saúde, representativos de Unidades de Saúde Familiar, Hospitais e Unidades de Saúde do setor privado. Foi possível confirmar o profundo impacto da COVID19 na*

¹ Mestrando em Gestão Aplicada. Universidade Católica Portuguesa – Instituto de Gestão e das Organizações. E-mail: dr.brunosoares@gmail.com

² Doutorada em Gestão. Universidade Católica Portuguesa – Instituto de Gestão e das Organizações de Saúde. E-mail: clotilde.passos@gmail.com

Gestão de Operações de Unidades de Saúde, sobretudo ao nível do acesso dos utentes aos cuidados de saúde e na disponibilidade de recursos humanos, onde o agravamento no volume de trabalho foi sentido de forma significativa. O estudo fornece informações valiosas sobre as perspetivas dos profissionais de saúde na linha da frente perante os desafios enfrentados durante a pandemia, e lança oportunidades de investigação para melhorias na resposta a situações de emergência de saúde.

Palavras-chave: Gestão de Operações, COVID19, Saúde.

Abstract: *The public health emergency caused by the SARS-CoV-2 virus, and the classification by the World Health Organization of the disease COVID19 as a pandemic, forced a rapid reorganization in the field of Operations in Healthcare Units and the adoption of containment and mitigation measures during the exponential progress of the disease, such as restrictions in the access to health care services, the management of material and human resources and in the way in which health care was provided. Quantitative data reports are a tool that help measuring the impact of the pandemic situation on Operations Management. Thus, the objective of this study is to evaluate the impact of COVID19 on Operations Management, using a qualitative analysis of data collected through twenty one (21) semi-structured written interviews with health professionals, representing healthcare units such as family health centers, hospitals from the public and private sector. It was possible to confirm the profound impact of COVID19 on the Operations Management of healthcare units, especially in terms of patient's access to health care and the availability of human resources, where the worsening in the work load was felt significantly. The study provides valuable insights into the perspectives of frontline healthcare professionals and the challenges faced during the pandemic, and provides research opportunities for improvements in responding to similar public health emergencies.*

Keywords: Operations Management, COVID19, Healthcare.

INTRODUÇÃO

A 30 de Janeiro de 2020, a Organização Mundial de Saúde (OMS) declarava o surto da doença COVID19 causada pelo novo coronavírus SARS-CoV-2 como uma emergência de saúde pública de âmbito internacional (ERS, 2020). A doença apresenta grande potencial de contágio, capaz de provocar pneumonia grave com insuficiência respiratória aguda e eventual morte (DGS, 2020). No dia 2 de Março, Portugal registava o primeiro caso de doença e, a 11 de Março, a OMS qualificou-a como uma pandemia internacional, dado a sua rápida progressão mundial.

O aumento do número de infectados, de internamentos hospitalares e de óbitos relacionados, direta e indiretamente com a COVID-19 modificou rapidamente o contexto de prestação de cuidados de saúde, com o foco a apontar sobretudo para os efeitos da nova doença (ERS, 2020). De entre as principais medidas aplicadas para garantir a mitigação da doença, mantendo a adequação e sustentabilidade das unidades de saúde, destacam-se o adiamento da atividade programada (não urgente) desenvolvida no Serviço Nacional de Saúde (SNS), a criação ou desenvolvimento de áreas dedicadas para avaliação e tratamento de doentes, com condições específicas quer nas unidades hospitalares e seus serviços de urgência, quer nas unidades de saúde familiar, com o objetivo de garantir a efetiva separação dos doentes com suspeita e confirmação de infeção. A recomendação de utilização de máscaras por todos os profissionais de saúde no atendimento a pacientes com confirmação de doença ou não e a criação de equipas específicas envolvidas na higienização regular e frequente de espaços e equipamentos foram outras das medidas implementadas desde a primeira fase de controlo da pandemia (DGS, março 2020; Tribunal de Contas, 2020).

No primeiro relatório publicado pela Entidade Reguladora da Saúde (ERS), em julho de 2020, foi possível analisar o impacto da COVID19 no sistema de saúde durante os primeiros quatro meses após a declaração do estado de pandemia, comparando com o mesmo período em 2019. Saltou à vista a quebra do número de consultas médicas presenciais, quer nas unidades hospitalares quer nos cuidados de saúde primários, com um aumento assinalável de consultas por telemedicina. A diminuição foi

mais acentuada nas primeiras consultas (-40%), as que normalmente requerem um processo mais complexo de diagnóstico e que serão, por isso, menos substituíveis por consultas não presenciais (Tribunal de Contas, 2020). A temática da COVID19 foi também responsável por um quarto das reclamações dos utentes, com as principais queixas relacionadas com os custos acrescidos pelos Equipamentos de Proteção Individual (EPI) e as dificuldades no acesso aos cuidados de saúde (ERS, 2020).

O relatório da ERS serviu de ponto de partida para a realização deste estudo, bem como o interesse do investigador, de através do resultado das interpretações dos profissionais de saúde fornecer uma compreensão das suas experiências e perspetivas sobre o impacto na Gestão de Operações de Unidades de Saúde, conferindo assim um grau de profundidade pessoal aos números avançados, pelos profissionais que são responsáveis pelo bom funcionamento das operações nas Unidades de Saúde, no relatório ERS. Neste sentido, e considerando a emergência de saúde pública e a situação excepcional que se instalou de forma súbita, mas cujas consequências ainda vivenciamos hoje, definiu-se como objetivo geral, avaliar o impacto da COVID19 na Gestão de Operações de Unidades de Saúde, através do levantamento das perspetivas e contributos dos profissionais de saúde que estiveram na linha da frente, numa análise qualitativa.

Este objetivo dá origem a três objetivos específicos que nos ajudam na investigação:

- a) Avaliar o impacto da COVID19 no acesso dos pacientes às Unidades de Saúde;
- b) Avaliar o impacto da COVID19 no volume de trabalho para os profissionais de Saúde;
- c) Avaliar o impacto da COVID19 no acesso a recursos materiais e disponibilidade de recursos humanos.

Num grupo de questões finais procuramos auscultar também os participantes que estiveram na linha da frente sobre como se poderia ter respondido de forma mais eficaz perante uma situação de emergência semelhante; e potenciais dificuldades num contexto de menor pressão da crise pandémica sobre as unidades de saúde, perante a retoma e recuperação de toda a atividade adiada, não realizada.

1. REFERENCIAL TEÓRICO

1.1. Gestão de Operações

O papel das Operações é central para uma organização; trata-se do conjunto dos processos envolvidos na confecção de um produto, ou prestação de um serviço (Slack et al., 2010).

A gênese da Gestão de Operações terá ocorrido por altura da revolução industrial com o desenvolvimento de empresas de larga escala e o surgimento de problemas de coordenação e organização sem precedentes (Chopra et al., 2004). Frederick Taylor foi o primeiro a teorizar sobre a Gestão, como disciplina científica, no início do século XX, mas com Henry Ford, e a produção em massa, a teoria passou à prática e a gestão de operações ganhou destaque (McLaughlin & Hays, 2008).

A Gestão Científica viria a perder influência durante a grande depressão, pois acreditava-se que desumanizava os trabalhadores e as melhorias na produtividade eram conseguidas à custa do aumento de desemprego. As décadas de 80 e 90, no século XX trouxeram grandes inovações para a Gestão de Operações, através das influências oriundas do Japão, com conceitos como Total Quality Management (TQM), pensamento Lean, e Just-in-Time (JiT), cruciais para a reconstrução do país no pós-segunda guerra mundial. O impacto destes conceitos ajudou a orientar o foco da Gestão de Operações para os consumidores e para os processos que criam valor para o produto ou serviço (Kleindorfer et al., 2005)

O fenómeno da globalização aumentou drasticamente a competitividade e obrigou à adaptação das organizações que passaram a valorizar não só os processos produtivos, como outras áreas funcionais complementares, cruciais para o seu sucesso (Lisboa & Gomes, 2006). De um modo geral, pode definir-se a Gestão de Operações como a prática que envolve o planeamento, execução e monitorização das várias ações dentro de uma empresa, tendo em vista a melhoria na sua eficácia e eficiência (Mentzer et al., 2008). Será o desenho, operação e melhoria dos processos e sistemas envolvidos na produção de bens ou serviços de uma organização (McLaughlin & Hays, 2008). A utilização apropriada de recursos para criar *outputs* que respondam a uma necessidade do

mercado (Slack et al., 2010). Numa organização a função de operações é nuclear e a procura pela melhoria no padrão de qualidade dos produtos e serviços, e a eficiência dos processos, crucial para a sobrevivência de qualquer organização, num mercado, cada vez mais competitivo e global (De Menezes et al., 2010).

1.2. Gestão de Operações na Prestação de Cuidados de Saúde

A Gestão de Operações em organizações prestadoras de serviços enfrenta desafios particulares. Radnor e Osborne (2013) destacaram três características nucleares que distinguem serviços de bens ou produtos. Enquanto um produto é concreto, um serviço é intangível, é um processo que envolve mais do que apenas o benefício final, mas também a experiência que conduz ao resultado; e esta experiência pode influenciar profundamente a percepção do cliente. Segundo, enquanto que no caso de um bem ou produto, a produção e o consumo ocorre separadamente; no caso dos serviços o processo de produção é um elemento do processo do consumo/utilização dos serviços. Não podendo separar os dois, a redução de custos pode afetar significativamente a qualidade dos serviços prestados. Finalmente, o papel do consumidor final é qualitativamente diferente. Na prestação de serviços, a pessoa que vai utilizar o serviço é também parte integrante das interações e portanto, nenhuma prestação de serviço será absolutamente igual.

O processo envolvido no tratamento de um paciente é suportado por uma miríade de processos dentro de uma unidade de saúde: desde o registo de entrada dos pacientes, a requisição e armazenamento de equipamentos e consumíveis médicos, o treino e a gestão de funcionários e profissionais de saúde, processos de contabilidade, gestão de ficheiros dos pacientes, desinfeção e higienização dos espaços, ente outros. Cada actividade deverá ser desenhada com o propósito de acrescentar valor para o utente e a gestão destas operações é indispensável para reduzir a fragmentação entre as várias etapas e oferecer uma forma padronizada de fazer as coisas que seja focada no paciente e direcionada para a eficiência dos processos (Karuppan et al. 2021)

A excelência na saúde deriva de três campos: o serviço clínico prestado, a liderança e as operações. A Gestão de Operações na área da saúde tem em vista melhorar a prestação dos cuidados de saúde, reduzir

os custos e melhorar a satisfação e experiência do paciente (McLaughlin & Hays, 2008). Trata-se do conjunto de práticas do dia-a-dia que causam impacto na experiência do utente.

As exigências no acesso aos cuidados de saúde têm sofrido um acréscimo acentuado que ultrapassa a actualidade pandémica, mas que foi seriamente agravado pela crise provocada pela COVID-19. O envelhecimento da população levou a um aumento da procura, mas os desafios no acesso a recursos; na contratação e gestão dos profissionais de saúde tem-se revelado insuficiente para satisfazer as necessidades (Denton, 2013). A consequência inevitável é o aumento das listas de espera para rastreios, tratamentos e cirurgias, com risco severo para a saúde dos utentes cuja agilidade e rapidez nos diagnósticos, atendimento e início do tratamento é, para a maioria das doenças, crucial para o sucesso da solução terapêutica (Gonçalves et al., 2006).

A gestão de cadeias de suprimento, dos escassos recursos humanos e dos fluxos de acesso aos cuidados de saúde são por isso indispensáveis no âmbito da gestão de operações na saúde. A capacidade de reagir e navegar perante variáveis como as inconsistências dos utentes, a escassez temporária de recursos humanos, diferentes tratamentos, e surtos no aumento da procura (Denton, 2013), como o registado durante a pandemia são fundamentais para assegurar o acesso dos pacientes aos cuidados de saúde.

As organizações de saúde, especialmente as do sector público, enfrentam o imperativo de oferecer cuidados de alta qualidade da forma mais eficiente possível, ao mesmo tempo que prestam um serviço de empatia para com o paciente. Alcançar estes objetivos simultaneamente requer esforços contínuos para melhorar o desempenho (Ilangakoon, 2021). Assim, é importante analisar as questões que fazem parte do dia-a-dia das unidades de saúde. Se conhecermos a situação, pode aplicar-se um processo de focalização identificando os gargalos no fluxo de atendimento e definir um modelo de gestão da capacidade e de previsão da procura dos serviços médicos a serem prestados (Gonçalves et al., 2006), e desta forma efetuar uma gestão de operações mais eficaz, eficiente e de maior qualidade para os utentes.

Tempos houve em que o sucesso de uma organização de saúde dependia apenas de bons clínicos; de novas tecnologias e dos cuidados de

saúde especializados. Hoje, a maior resistência ao aumento injustificado dos preços, e a exigência dos utentes para com a qualidade dos serviços levou a uma mudança de estratégia. É preciso direcionar o foco para melhorias significativas ao nível das suas operações (McLaughlin & Hays, 2008).

1.3. Impacto da COVID-19

Quando o mundo reconheceu a pandemia causada pela COVID-19 o primeiro foco, das operações, foi a nivelção da curva de infeção, para minimizar os contágios e consequentemente o número de mortos e internados (Anderson et al., 2020). Apesar dos esforços o número de infectados foi subindo radicalmente e o aumento da procura teve um impacto direto nos recursos limitados existentes na saúde (equipamento, materiais e medicação). A pandemia obrigou as organizações de saúde a repensar as suas operações, o modelo de cadeia de suprimentos (nomeadamente com recursos materiais), na gestão dos acessos e na prestação de cuidados centrada no paciente (Leite et al., 2020).

No relatório publicado pela ERS em julho de 2020, foi possível comparar o impacto no sistema de saúde durante o período de março a junho 2020, o primeiro trimestre após a declaração do estado de pandemia, com o mesmo período em 2019. Registou-se uma queda de até 35% no número de consultas médicas hospitalares realizadas presencialmente no SNS. Em contrapartida, o número de consultas hospitalares de telemedicina aumentou 52% logo no mês de abril. Também nos cuidados de saúde primários se registou uma redução até 73% de consultas médicas presenciais, enquanto o número de consultas médicas não presenciais chegou a atingir um aumento impressionante de 103% durante o mês de abril.

A implementação de *e-health* é uma preocupação da OMS e a pandemia só veio acelerar a necessidade de definir uma estratégia para a sua universalização e uniformização entre os vários países. Não terá como objetivo substituir a necessidade de recurso aos serviços de saúde, mas permitir ao utente um melhor conhecimento da sua saúde, a sua promoção e prevenção (André & Ribeiro, 2020).

O mesmo relatório apresentou uma listagem dos processos de reclamação que deram entrada nos serviços da ERS entre 1 de março e 30

de junho de 2020. Destacaram-se 4.109 processos, que se encontravam direta ou indiretamente relacionados com a pandemia, cerca de 25% do total de reclamações. As categorias mais frequentes foram a faturação acrescida relacionada com EPI e higienização dos estabelecimentos (n=1563); a desadequação das instalações e ausência de medidas suficientes de controlo da infeção, ou de medidas enquadradas no plano de contingência (n=722); as dificuldades no acesso a cuidados de saúde por adiamentos, desmarcações e dificuldade de marcação de consultas, cirurgias e tratamentos (n=641). E finalmente a assimetria na divulgação da informação (n=598), foi outra das principais razões por detrás das reclamações dos utentes (ERS, 2020). A resiliência, ou a capacidade de uma organização de recuperar o seu estado funcional original depois de uma disrupção externa num curto espaço de tempo, não depende apenas e só da instituição, mas requer uma estreita abordagem colaborativo com todos os seus *stakeholders* (Hundal et al., 2021).

2. METODOLOGIA

O tipo de metodologia utilizada classifica-se como qualitativa, quanto à forma de abordagem da análise e tratamento dos dados; com um estudo descritivo dos dados recolhidos através de uma entrevista semi-estruturada realizada a vinte um (21) profissionais de saúde na linha da frente no combate contra a doença COVID-19. Considera-se como uma entrevista a interação entre duas ou mais pessoas e aplica-se ao estudo da história, das relações, das representações, das crenças, das percepções e das opiniões dos indivíduos (Batista et al., 2017, Spencer et al., 2004). Como instrumento de recolha de dados, as entrevistas escritas ajudaram a dar profundidade pessoal aos vários relatórios estatísticos já existentes e elaborados entre outros, pela ERS, na avaliação do impacto da COVID19 na Gestão de Operações de Unidades de Saúde. A seleção dos participantes foi intencional e centrou-se nos profissionais de saúde, nomeadamente, Enfermeiros, Médicos de Família e Gestores de Unidades de Saúde, do setor público e privado da região centro, com intervenção direta nas operações com influência na prestação de cuidados a pacientes. No grupo de vinte um (21) entrevistados estiveram representantes de Unidades de Saúde Familiar (A e B), Unidades

Hospitales e Unidades de Saúde do setor privado, todas com envolvimento na prestação de cuidados de saúde a pacientes COVID e não COVID.

As Unidades de Saúde Familiar são pequenas unidades de saúde operativas dos Centros de Saúde, com autonomia funcional e técnica. Os modelos A e B diferenciam-se no grau de autonomia organizacional, modelo retributivo e modelo de financiamento/estatuto jurídico. As USF-B transitaram do modelo USF-A após candidatura e nas quais foram verificados os requisitos de maior amadurecimento organizacional e trabalho efetivo em equipa de saúde familiar (Despacho nº 24 100/2007 de 22 de Outubro, 2007). Centro hospitalar é um estabelecimento de saúde formado por um conjunto de Hospitais. Os cuidados de saúde hospitalares desempenham um papel de diagnóstico e tratamento mais diferenciado face aos cuidados de saúde primários. Têm como principais atividades a realização de consultas externas, a referenciação de utentes para meios complementares de diagnóstico e terapêutica, a prestação de cuidados cirúrgicos, o internamento de doentes para tratamento e o atendimento urgente (Tribunal de Contas, 2020). Para apresentação dos resultados foi adoptado o método de proposto por Miles & Huberman (1994) citado por Batista et al. (2017) de redução dos dados, (focalização, simplificação e transformação dos dados originais em sumários organizados), apresentação e conclusão/verificação. A análise dos conteúdo das entrevistas segue a codificação apresentada na tabela 1.

Tabela 1

Codificação dos entrevistados por Unidade de Saúde

Unidade de Saúde Familiar A	USFA1
Unidade de Saúde Familiar B	USFB1, USFB2, USFB3, USFB4, USFB5
Unidade de Saúde Hospitalar	USH1, USH2, USH3, USH4, USH5, USH6, USH7, USH8, USH9, USH10, USH11
Unidade de Saúde Hospitalar do setor privado	USP1
Unidade de Saúde do Setor Privado	USP1, USP2, USP3

3. APRESENTAÇÃO, ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

A entrevista foi dividida em quatro fases procurando responder às questões levantadas pelos objetivos específicos. Na tabela 2 está representado o perfil sociodemográfico dos entrevistados. A maioria dos participantes (mais de 70%) tem entre 34 e 41 anos e é do gênero feminino (85%). Quanto ao cargo na Unidade de Saúde, cerca de 60% dos entrevistados são Enfermeiro(a)s ou Enfermeiro(a)s Especialistas; um quarto dos participantes são pessoal médico e os restantes 15% são Gestores ou ocupam outros cargos de chefia nas Unidades de saúde.

Tabela 2
Perfil sociodemográfico dos entrevistados

Idade (anos)	Gênero	Habilitações Literárias	Cargo	Antiguidade na Organização	Antiguidade na Função
18 a 25 (5%)	Feminino (86%)	Licenciatura (67%)	Enfermeiro(a) (47,5%)	< 1 ano (5%)	< 1 ano (5%)
26 a 33 (9,5%)	Masculino (14%)	Mestrado (33%)	Enfermeiro(a) Especialista (9,5%)	1 a 5 anos (30%)	1 a 5 anos (10%)
34 a 41 (76%)			Médico(a) (24%)	6 a 10 anos (35%)	6 a 10 anos (15%)
42 a 49 (9,5%)			Chefia / Gestor(a) (19%)	> 10 anos (30%)	> 10 anos (70%)

A tabela 3 apresenta os tópicos de resposta ao grupo de questões relativas ao impacto da COVID-19 no acesso dos pacientes aos cuidados de saúde, nomeadamente, as alterações na gestão das marcações dos pacientes, quais as atividades presenciais que deixaram de ser realizadas, devido à pandemia, e o efeito da telemedicina na gestão dos pacientes. Com o aumento do número de consultas por telefone importava perceber se, do ponto de vista dos profissionais de saúde, esta alternativa mantém a abordagem centrada no paciente.

A triagem sintomatológica prévia e a transferência de parte das consultas presenciais, não prioritárias, para consultas telefônicas são dois dos tópicos mais mencionados nas alterações das marcações dos pacientes. O impacto nos cuidados de saúde, de acordo com as respostas dos participantes, vai ao encontro dos relatórios da ERS para o que foram as atividades assistenciais interrompidas, nomeadamente as consultas de rotina, tratamentos não essenciais, cirurgias programadas e exames não urgentes. De um modo geral, os entrevistados confirmam o impacto positivo da telemedicina, pois permitiu diminuir a afluência a Serviços de Urgência e Unidades de Saúde e conseqüente risco de contágio. No entanto, há quem refira que o impacto possa não ter sido semelhante para os pacientes mais idosos para quem a facilidade no acesso às novas tecnologias pode apresentar um maior desafio.

Tabela 3

Impacto da COVID19 no acesso dos pacientes às Unidades de Saúde

Questões	Tópicos de Resposta
Que alterações ocorreram na gestão da marcação de pacientes COVID e não COVID?	Menos consultas presenciais e maior espaçamento entre as mesmas para higienização dos espaços (USP1, USFA1, USP3)
	“Triagem telefónica dos sintomas, não sendo possível marcação no balcão, excepto para urgências” (USP1, USH1, USFB1, USFB3)
	“Consulta presencial apenas para doentes prioritários, teleconsultas para restantes doentes” (USFA1, USFB2, USFB3, USH9)
	“Adiamento ou remarcação de consultas e internamentos” (USH5, USH7, USH11)
“Necessidade da realização de testes rápidos à chegada” (USH6)	
Qual a atividade assistencial que deixou de ser realizada devido à pandemia?	“Tratamentos não essenciais, consultas de rotina”, “rastreamentos oncológicos foram suspensos” (USP1, USP2, USP3, USFB5)
	“Consultas presenciais, cirurgias programadas não urgentes” (USH1, USH4, USH5, USH6, USH7, USH9, USHP, USH11)

	<p>“Praticamente toda, à exceção de grávidas e saúde infantil” (USFB4)</p> <hr/>
	<p>“Nenhuma, foi mantida toda a atividade assistencial, acrescida da atividade relacionada com COVID” (USFB2)</p> <p>“Nenhuma, apenas diminuiu o volume de consultas” (USFB1, USFB3)</p> <hr/>
<p>Em que medida a telemedicina / consultas por telefone tiveram um impacto positivo na gestão de consultas não urgentes?</p>	<p>“Serviu para tranquilizar alguns pacientes e dar conselhos médicos simples, mas por vezes foi apenas um adiamento da consulta presencial” (USP1, USFB2)</p> <hr/>
	<p>“Diminuiu a afluência ao hospital ou centros de saúde para consultas não urgentes, logo menos possíveis contágios” (USFA1, USFB1,USFB5, USH4, USH6, USH9, USP3)</p> <hr/>
	<p>“Resposta rápida”; “agilizaram-se certos procedimentos, mas faltaram Recursos Humanos” (USH1, USH7)</p> <hr/>
	<p>“Não houve um impacto positivo sobretudo com lista de utentes idosos” (USFB3, USFB4)</p> <hr/>
	<p>“Muito importante” (USH8, USH11)</p> <hr/>
	<p>“Estabelecer contacto de proximidade com a comunidade, agregados e escolas, para manter a ligação, mesmo sem presença física.” (USP2, USH10)</p> <hr/>
<p>A telemedicina/consultas por telefone, preservaram a abordagem centrada no paciente?</p>	<p>Sim (USFA1, USFB2, USH1, USH7, USH8, USH9, USH10, USP2)</p> <hr/>
	<p>“Não são consultas tão pessoais e no caso das pessoas idosas, isso sentiu-se” (USP1, USFB3, USH11)</p> <hr/>
	<p>“Mais difícil para realizar as consultas” (USFB1, USFB5, USH4)</p> <hr/>

Na tabela 4 são apresentados os tópicos de resposta à questão sobre o impacto no volume de trabalho. Há uma clara tendência para uma resposta positiva dos entrevistados, não só no número de pacientes (situação particular das Unidades Hospitalares), mas no acréscimo de novos serviços de actuação, como por exemplo, os setores de triagem e centros de vacinação. A criação destes novos serviços obrigou à

mobilização de profissionais dos seus postos habituais o que resultou num aumento natural do volume de trabalho para equipas mais reduzidas.

Tabela 4

Impacto da COVID-19 no volume de trabalho para os profissionais de saúde

Questões	Tópicos de Resposta
Qual o impacto no volume de trabalho? Quais os novos serviços áreas de atuação?	Número de pacientes presenciais diminuiu, mas o volume de trabalho aumentou, ao nível da limpeza/desinfecção e prestação de outros serviços, como centros de testagem e vacinação (USP1, USP3, USFB1, USFB2, USH10)
	“Volume de trabalho semelhante, mas muito trabalho não presencial” (USFA1, USFB3, USFB5)
	“Maior volume de trabalho, por exemplo, nos Serviços de Urgência” (USH1, USH3, USH4, USH6, USH7, USH9, USH11, USH-P)
	“Cuidados acrescidos com áreas exclusivas para pacientes COVID-19 e áreas de isolamento e medidas de prevenção” (USFB5, USP3, USH2, USH3, USH5, USH6)
	“Aumento exponencial da carga de trabalho (horas e atividades)”; “baixas no staff permanente por doença ou isolamento profilático” (USH1, USFB2, USFB4, USP2)
“Inicialmente houve um decréscimo, mas posteriormente um aumento global do número de doentes” (USH4)	

A tabela 5 apresenta as respostas dos entrevistados ao grupo de questões sobre o impacto da COVID 19 no acesso a recursos materiais como Equipamentos de Proteção Individual (EPIs) e disponibilidade dos recursos humanos, indicando o número de respostas positivas e negativas. No caso de resposta positiva, foram descritas as explicações que complementam a resposta à questão. A maioria dos participantes assinala a dificuldade no acesso a recursos, quer pela escassez, desadequação ou preço, numa fase inicial da pandemia. O acesso limitado levou a que “não houvesse, por exemplo, tamanho adequado” ou a “compra de EPIs a título pessoal”.

No que diz respeito à disponibilidade dos recursos humanos, a opinião geral dos entrevistados é de clara insuficiência sobretudo pela

necessidade de mobilização de profissionais para outras áreas de atuação, como centros de triagem e vacinação. As baixas provocadas por doença dos profissionais de saúde, ou dos seus familiares com a necessária obrigação de isolamento também contribuiu para a escassez de recursos e aumento do volume de trabalho.

Tabela 5
Impacto da COVID 19 no acesso a recursos materiais

Questões		Tópicos de Resposta
Encontraram desafios ao nível da disponibilidade de recursos, como EPIs?	Sim (n=17)	“Escassez e atrasos nas entregas” “Aumento dos preços” “Acesso limitado a EPIs” “Desadequação dos EPIs” “No início / Numa fase mais critica”
	Não (n=4)	
Encontraram desafios ao nível da disponibilidade de Recursos Humanos?	Sim (n=18)	“Baixas frequentes por doença ou isolamento profilático” “Mobilização para tarefas e funções diversas” “Mobilização para tarefas não adequadas à função”
	Não (n=2)	

O último grupo de respostas apresentado na tabela 6, diz respeito a uma avaliação das medidas adoptadas e do que poderia ter sido feito de forma diferente para melhorar a resposta dos serviços, bem como dos potenciais desafios para a fase de menor pressão pela doença COVID-19. Na opinião dos entrevistados, a emergência pandémica poderia ter sido melhor gerida através de um planeamento mais adequado, melhor organização das valências e dos circuitos de encaminhamento dos pacientes e mais investimento, quer na prevenção da doença, quer para a contratação de mais recursos humanos e materiais. A reformulação dos cuidados de saúde primários, bem como o encaminhamento de algumas consultas e exames de urgência para as unidades de saúde privadas foram duas, outras, sugestões propostas pelos entrevistados.

Quanto ao estado de preparação para reagir à fase pós-pandémica e ao retomar das atividades adiadas, a maioria dos entrevistados considera que sim, as Unidades de Saúde estarão preparadas, mas é de referir que esse esforço será, uma vez mais, feito à custa dos profissionais de saúde que se encontram já exaustos com consequências emocionais já amplamente descritas na literatura (Manzano, & Ayala, 2021; Raudenská et al. 2020) e subsequente impacto na percepção da qualidade do cuidado e segurança dos utente (Guerra et al., 2019).

Tabela 6
O futuro?

Questões	Tópicos de Resposta
De que forma se poderia ter gerido melhor uma situação de emergência como esta provocada pela pandemia?	“Planeamento mais adequado” (USH4)
	“Mais apoio para contratação de recursos humanos e recursos materiais” (USP1, USP3, USH2, USH6, USH8, USH9, USFB2, USFB4, USFB5)
	“Simulacros” (USH1)
	“Canalizar consultas e exames de urgência para serviços privados” (USH6)
	“Reengenharia dos circuitos de encaminhamento a Serviços de Urgência” (USHP)
	“Organizar por centros hospitalares as diferentes valências” (USH7)
	“Reformulação dos cuidados de saúde primários” (USHP)
Estaremos preparados para reagir ao pós-COVID com aumento do número de consultas, então adiadas?	“Maior investimento na prevenção da doença” (USHP)
	“Todas as emergências foram geridas da melhor maneira possível” (USFB1, USFB3, USH3, USH5, USH11, USFB5, USH10)
	Sim (USFA1, USFB1, USH8, USH10)
	“Sim, mas à custa dos profissionais de saúde, já exaustos” (USFB2, USFB5)
	“Difícilmente, sem organização e reforço dos recursos humanos” (USP1, USP3, USH2)
	“Não, há menos profissionais disponíveis, muitos estão distribuídos por outras áreas” (USFB3, USH1)
	Não (USH1, USH3, USH4, USH5, USH6, USH7, USH9, USH11, USHP, USP2, USFB4,

CONCLUSÕES

As disrupções causadas por epidemias diferem de outros acidentes pela duração dos eventos, e pela capacidade de propagação (Anderson et al., 2020). Às Unidades de Saúde foi exigido um planeamento organizacional em tempo recorde, no sentido de responder à necessidade de recursos humanos e materiais; garantindo o atendimento, em segurança, aos pacientes COVID e não COVID.

Os resultados deste estudo corroboram os dados apresentados pelos relatórios de natureza quantitativa, realizados pela ERS (2020) e Tribunal de Contas (2020) e confirmam o profundo impacto da COVID19 na Gestão de Operações de Unidades de Saúde. Este impacto sentiu-se no acesso aos cuidados de saúde, com o adiamento de consultas e cirurgias não urgentes e a transição de outras consultas para telemedicina. Embora se considere uma clara mais valia num cenário de grande dificuldade para o acesso a cuidados de saúde, as características particulares da população portuguesa, nomeadamente o nível de envelhecimento e ruralidade, são ainda barreiras naturais para a utilização desta tecnologia (André & Ribeiro, 2020).

O impacto da COVID19 sentiu-se também no acesso aos recursos materiais embora de forma mais acentuada durante a fase inicial da pandemia; atualmente não foram apontadas quaisquer falhas. Sentiu-se também o impacto da COVID19 na escassez de recursos humanos. Na prestação de cuidados de saúde, os recursos humanos são críticos e durante esta situação pandémica o volume de trabalho aumentou de forma significativa e agravou um problema antigo. As baixas provocadas por doença ou isolamento profilático, a mobilização de profissionais de saúde para novos serviços (como centros de triagem e vacinação) agravou ainda mais o volume de trabalho. São necessárias medidas governamentais e incentivos para a contratação de mais recursos e garantir a sua fixação no Serviço Nacional de Saúde.

Espera-se, no entanto, que o impacto da COVID19 se vá estender muito para lá do período pandémico. Com a redução da pressão causada pela COVID19, o retomar de consultas e cirurgias programadas, não urgentes, pode conduzir a nova sobrecarga nas operações (gargalo operacional) e no volume de trabalho para os profissionais de saúde, que

apesar de tudo continuam a demonstrar enorme espírito de serviço e resiliência. Uma abordagem que integre práticas de Gestão de Operações e Gestão de Recursos Humanos resulta numa melhoria substancial da performance da organização e é preponderante para atingir os objetivos da organização (De Menezes et al., 2010).

O estudo fornece informações valiosas sobre as perspetivas dos profissionais de saúde na linha da frente perante os desafios enfrentados durante a pandemia, e lança oportunidades de investigação para melhorias na resposta a situações de emergência de saúde.

Como limitações do estudo aponta-se a subjetividade das entrevistas que podem refletir a disposição do entrevistador; e a representatividade da amostra que apesar de contar com um número razoável de participantes não permite identificar a origem das respostas quanto à unidade de saúde que representava, e que foi colocada perante desafios diferentes.

Para futuras investigações ficam as propostas de investigação sobre as Unidades de Saúde, nomeadamente a reformulação dos cuidados de saúde primários, a reorganização dos centros hospitalares, e a colaboração com o setor privado no encaminhamento de consultas de exame e urgência.

BIBLIOGRAFIA

- Almeida Ventura-Silva, J.M., Ribeiro, O., Reis Santos, M. Alves Faria, A.D.C. & Vandresen, L. (2020). Planeamento organizacional no contexto pandemia por COVID-19: implicações para a gestão em enfermagem. *Journal Health NPEPS*, 5(1), e4626. DOI: 10.30681/25610104626
- Anderson, R.M., Heesterbeek, H., Klinkenberg, D. & Hollingsworth, T.D. (2020). How will country-based mitigation measures influence the course of the COVID-19 epidemic?. *The lancet*, 395(10228), 931-934. DOI: 10.1016/S0140-6736(20)30567-5
- André, S. & Ribeiro, P. (2020). E-Health: As TIC como mecanismo de evolução em Saúde. *Gestão e Desenvolvimento*, 28 (2020), 95-116. DOI: 10.34632/gestaoedesenvolvimento.2020.9467

- Baker, A. (2001). Crossing the Quality Chasm: a new health system for the 21st century. *British Medical Journal Publishing Group*. Vol. 323 No. 7322, p.1192. DOI: 10.1136/bmj.323.7322.1192
- Batista, E.C., de Matos, L.A.L. & Nascimento, A.B. (2017). A entrevista como técnica de investigação na pesquisa qualitativa. *Revista Interdisciplinar Científica Aplicada*. 11(3), 23-28.
- Cassell, C., Cunliffe, A.L., & Grandy, G. (2017). *The SAGE handbook of qualitative business and management research methods*. SAGE.
- Chopra, S., Lovejoy, W., & Yano C. (2004). Five decades of operations management and the prospects ahead. *Management Science*. 50(1), 8-14. DOI: 10.1287/mnsc.1030.0189
- Cresswell, J.W. (2014). *Qualitative, quantitative and mixed methods approaches*. Thousand Oaks, CA: Sage.
- De Menezes, L.M., Wood, S., & Gelade, G. (2010). The integration of human resource and operation management practices and its link with performance: a longitudinal latent class study. *Journal of Operations Management*. 28(6), 455-471. DOI: 10.1016/j.jom.2010.01.002
- Denton, B. T. (2013). *Handbook of healthcare operations management*. New York: Springer.
- Direção-Geral da Saúde (2020). COVID-19: Primeira Fase de Mitigação – Medidas Transversais de Preparação. https://www.simedicos.pt/fotos/editor2/ficheiros/Norma_DGS_001_2_020_alterada_em_17.03.2020_no_site_da_DGS.pdf
- Entidade Reguladora da Saúde (2020). Informação de Monitorização: Impacto da pandemia COVID-19 no Sistema de Saúde – período de março a junho de 2020. <https://www.ers.pt/media/3487/im-impacto-covid-19.pdf>
- Gonçalves, A. A., Oliveira, M. J. F., & Leitão, A. R. (2006). Gestão de operações em serviços de saúde. *Anais do Simpósio de Administração da Produção, Logística e Operações Internacionais*. Fundação Getúlio Vargas, São Paulo, SP, Brasil, 9.
- Guerra, M., Martins, I., Santos, D., Bernardino, A., Pais, A. (2019). Ambiente da prática em enfermagem e qualidade dos cuidados. *Gestão e Desenvolvimento*. 27 (2019), 181-195. DOI: 10.7559/gestaoedesenvolvimento.2019.380
- Hundal, G.S., Thiagarajan, S., Alduraibi, M., Laux, C.M., Furterer, S.L., Cudney, E.A., & Antony, J. (2021). Lean Six Sigma as an organizational resilience mechanism in health care during the era of

- COVID-19. *International Journal of Lean Six Sigma*. Vol. 12, No. 4, pp. 762-783. DOI: 10.1108/IJLSS-11-2020-0204
- Illangakoon, T.S., Weeranbahu, S.K., Samaranayake, P., Wickramarachchi, R. (2021). Adoption of Industry 4.0 and lean concepts in hospitals for healthcare operational performance improvement. *International Journal of Productivity and Performance Management*. DOI:10.1108/IJPPM-12-2020-0654
- Karuppan, C. M., Dunlap, N. E., & Waldrum, M. R. (2021). *Operations management in healthcare: strategy and practice*. Springer Publishing Company.
- Kleindorfer, P.R., Singhal, K., & Van Wassenhove, L.N. (2005). Sustainable Operations Management. *Production and Operations Management*. 14(4), 482-492.
DOI:10.1111/j.1937-5956.2005.tb00235.x
- Leite, H., Lindsay C., & Kumar, M. (2020). COVID-19 Outbreak: implications on healthcare operations. *The TQM Journal*. Vol. 33 No.1, pp. 247-256. DOI:10.1108/TQM-05-2020-0111
- Lisboa, J.V., & Gomes, C.F. (2006). *Gestão de Operações*. (3ª Edição). Grupo Editorial Vida Económica, 159-256.
- Manzano Garcia, G., & Ayala Calvo, J.C. (2021). The threat of COVID-19 and its influence on nursing staff burnout. *Journal of Advanced Nursing*, 77(2), 832-844. DOI:10.1002/j.2158-1592.2008.tb00067.
- McLaughlin, D.B., Hays, J.M. (2008). *Healthcare Operations Management*. AUPHA.
- Mentzer, J.T., Stank, T.P., & Esper, T.L. (2008). Supply chain management and its relationship to logistics, marketing, production and operations management. *Journal of business logistics*. 29(1), 31-46. DOI:10.1002/j.2158-1592.2008.tb00067
- Ministério da Saúde (2007). Despacho nº24101/2007.
<https://dre.pt/dre/detalhe/despacho/24101-2007-1417164>
- Radnor, Z., & Osborne, S.P. (2013). Lean: a failed theory for public services? *Public management review*. 15(2), 265-287. DOI:10.1080/14719037.2012.748820
- Raudenská, J., Steinerová, V., Javurková, A., Urits, I., Kaye, A. D., Viswanath, O., & Varrassi, G. (2020). Occupational burnout syndrome and posttraumatic stress among healthcare professionals during the novel Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) pandemic. *Best Practice & Research Clinical Anaesthesiology*. DOI:10.1016/j.bpa.2020.07.008

- Slack, N., Chambers, S., & Johnston, R. (2010). *Operations Management*. Pearson education.
- SNS24 (2020). COVID-19.
<https://www.sns24.gov.pt/wp-content/uploads/pdfs-content/63087.pdf>
- Spencer, L., Ritchie, J., Lewis, J. & Dillon, L. (2004). *Quality in qualitative evaluation: a Framework for assessing research evidence*.
- Tribunal de Contas (2020). COVID-19 – Impacto na atividade e no acesso ao SNS.
<https://www.tcontas.pt/pt-pt/ProdutosTC/Relatorios/relatorios-oac/Documents/2020/relatorio-oac-2020-05.pdf>
- Unidades de Saúde Familiar – Associação Nacional (2018). Utentes.
<https://www.usf-an.pt/momento-atual/utentes>
- Verhoeven, V., Tsakitzidis, G., Philips, H. & Van Royen, P. (2020). Impact of the COVID-19 pandemic on the core functions of primary care: will cure be worse than the disease? A qualitative interview study in Flemish GPs. *BMJ open*, 10(6), e039674. DOI: DOI:10.1136/bmjopen-2020-039674
- Wolfe, A. (2001). Institute of Medicine Report: Crossing the quality chasm, a new healthcare system for the 21st century. *Policy, Politics & Nursing Practice* 2(3), 233-255.
DOI: 10.1177/152715440100200312

Creative Commons Attribution License | This is an open-access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution License (CC BY). The use, distribution or reproduction in other forums is permitted, provided the original author(s) and the copyright owner(s) are credited and that the original publication in this journal is cited, in accordance with accepted academic practice. No use, distribution or reproduction is permitted which does not comply with these terms.