



INSTITUTO  
UNIVERSITÁRIO  
DE LISBOA

---

**Processo de Transformação do Hospital de Torres Vedras  
Na Pandemia Por COVID-19 – Estudo de Caso**

Ricardo Gonçalves Viegas

Mestrado em Gestão de Serviços de Saúde

Orientador:

Professor Doutor Francisco Guilherme Nunes, Professor Auxiliar,  
ISCTE Business School,

Departamento de Recursos Humanos e Comportamento Organizacional

Coorientadora:

Dra. Nádia Hassamo Ramos, Médica Otorrinolaringologista

Hospital Cuf Torres Vedras

novembro, 2021



BUSINESS  
SCHOOL

---

Departamento de Marketing, Operações e Gestão Geral

**Processo de Transformação do Hospital de Torres Vedras  
Na Pandemia Por COVID-19 – Estudo de Caso**

Ricardo Gonçalves Viegas

Mestrado em Gestão de Serviços de Saúde

Orientador:

Professor Doutor Francisco Guilherme Nunes, Professor Auxiliar,

ISCTE Business School,

Departamento de Recursos Humanos e Comportamento Organizacional

Coorientadora:

Dra. Nádia Hassamo Ramos, Médica Otorrinolaringologista

Hospital Cuf Torres Vedras

novembro, 2021

“A educação é a descoberta progressiva da nossa própria ignorância”

Voltaire

## **AGRADECIMENTOS**

Em primeiro lugar agradeço ao meu orientador Professor Francisco Nunes pela disponibilidade dedicada, competência, profissionalismo e, sobretudo, pela partilha do seu conhecimento e incansável apoio durante a realização da tese.

Agradeço também à minha coorientadora Doutora Nádía Ramos pela disponibilidade, competência e partilha de conhecimento.

À Professora Generosa Nascimento pelo seu profissionalismo, motivação, partilha de conhecimento e, sobretudo, pelo incansável apoio durante a realização da tese.

Ao Centro Hospitalar do Oeste, na pessoa da Excelentíssima Presidente do Conselho de Administração Doutora Elsa Baião, pela oportunidade concedida em poder estudar esta prestigiosa organização, pela simpatia, disponibilidade e receptividade com que fui sempre recebido.

A todos os profissionais do Hospital de Torres Vedras que me concederam um pouco do seu tempo para entrevistas, fornecendo-me sempre todos os dados necessários com a maior simpatia e prontidão.

À minha família que me apoiou ao longo de toda a minha educação, dando-me a possibilidade de prosseguir os meus estudos no mestrado em Gestão de Serviços de Saúde e continuar a crescer enquanto pessoa e profissional.

Por fim, agradeço aos meus colegas de turma, pela partilha de conhecimento, companheirismo e amizade, em especial à minha amiga Luísa.

## RESUMO

Desde o início da pandemia por COVID-19 que os hospitais portugueses sofreram enormes pressões para se adaptarem ao contexto de incerteza que se vivia, realocando os seus recursos físicos, materiais e humanos às necessidades do dia-a-dia.

Neste sentido, o presente estudo procurou investigar o que mudou na gestão e organização do Hospital de Torres Vedras durante a pandemia por COVID-19 e, desta forma, contribuir para a facilitação dos processos de aprendizagem dos hospitais decorrentes desta crise pandémica.

A recolha de dados para esta pesquisa foi feita com recurso a três fontes de informação: entrevistas (em dois espaços temporais diferentes), documentos do Hospital e fotografias. Para explicar o processo de transformação, compararam-se três perspetivas (Organizações Altamente Fiáveis, Coordenação Relacional e a Aprendizagem Organizacional) com os padrões empíricos encontrados nos dados.

Os resultados evidenciam onze dimensões, sete inicialmente previstas na literatura e quatro novas. As sete dimensões inicialmente previstas demonstram que o Hospital de Torres Vedras foi uma organização que se comportou como um sistema fiável, onde os mecanismos de coordenação de trabalho foram suportados por uma comunicação informal e por relações fortes sustentadas na partilha, no respeito mútuo e na aprendizagem. Destacam-se ainda algumas dimensões novas, tais como os objetivos supraordenados, a prestação de cuidados de saúde mais diferenciados, a erosão das fronteiras profissionais e o processo de transformação digital.

**Palavras-chave:** COVID-19; Organizações Altamente Fiáveis; Coordenação Relacional; Aprendizagem Organizacional; Gestão de Cuidados de Saúde; Mudança Organizacional

## **ABSTRACT**

Since the beginning of the COVID-19 pandemic, portuguese hospitals were under enormous pressure to adapt to the context of uncertainty, reallocating their physical, material and human resources to the daily needs.

In this sense, this study aimed to investigate what changed in the management and organisation of the Torres Vedras Hospital during the COVID-19 pandemic and, in this way, to contribute to the facilitation of the learning processes of hospitals resulting from this pandemic crisis.

Data collection for this research was carried out using three sources of information: interviews (in two different periods of time), Hospital documents and photographs. To explain the transformation process, three perspectives (High Reliability Organizations, Relational Coordination and Organisational Learning) were compared with the empirical patterns found in the data.

The results highlight eleven dimensions, seven initially predicted in the literature and four new ones. The seven dimensions initially predicted show that the Hospital de Torres Vedras was an organisation that behaved as a reliable system, where work coordination mechanisms were supported by informal communication and strong relationships based on sharing, mutual respect and learning. Some new dimensions also stand out, such as the superordinate goals, the provision of more differentiated healthcare, the erosion of professional boundaries and the digital transformation process.

**Keywords:** COVID-19; High Reliability Organizations; Relational Coordination; Organizational Learning; Healthcare Management; Organizational Change

## ÍNDICE

INTRODUÇÃO.....	1
1. REVISÃO DE LITERATURA.....	3
1.1 Organizações Altamente Fiáveis.....	5
1.2 Coordenação Relacional.....	7
1.3 Aprendizagem Organizacional.....	10
2. METODOLOGIA.....	14
2.1 Caracterização da Organização.....	14
2.2 Fontes de Informação.....	16
2.3 Análise de Dados.....	17
3. RESULTADOS.....	19
3.1 Preocupação Com a Falha.....	22
3.2 Relutância em Simplificar Interpretações.....	22
3.3 Comprometimento Com a Resiliência.....	23
3.4 Deferência Com a Expertise.....	24
3.5 Comunicação de Elevada Qualidade.....	24
3.6 Relações de Partilha e Respeito Mútuo.....	25
3.7 Objetivos Supraordenados.....	25
3.8 Aprendizagem Organizacional.....	26
3.9 Erosão das Fronteiras Profissionais.....	27
3.10 Transformação Digital.....	27
3.11 Prestação de Cuidados de Saúde Mais Diferenciados.....	27
4. DISCUSSÃO.....	29
4.1 Implicações Para a Gestão.....	32
4.2 Limitações e Pistas de Investigação Futura.....	32
CONCLUSÃO.....	34
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	35
ANEXOS.....	39

## ÍNDICE DE FIGURAS

<b>Figura 1</b> – Metodologia.....	18
<b>Figura 2</b> – Estrutura de Dados.....	19



## ÍNDICE DE TABELAS

<b>Tabela I</b> – Fontes de Informação.....	16
<b>Tabela II</b> – Codificação das Fontes de Informação.....	16

## **GLOSSÁRIO DE ABREVIATURAS**

CCI – Comissão de Controlo de Infeções

CHO – Centro Hospitalar do Oeste

EPI's – Equipamentos de Proteção Individual

OAF's – Organizações Altamente Fiáveis

OMS – Organização Mundial de Saúde

SNS – Sistema Nacional de Saúde

UCI – Unidade de Cuidados Intensivos

## INTRODUÇÃO

Em dezembro de 2019, a Organização Mundial de Saúde (OMS) recebeu a notificação de vários casos de pneumonia na região de Wuhan, na República Popular da China, havendo, até à data, várias suspeitas que se tratava de um novo tipo de vírus, da família do coronavírus. No início de janeiro de 2020, as autoridades chinesas confirmaram tratar-se de um novo tipo de vírus, denominado SARS-CoV-2, que até então não tinha ainda sido identificado na espécie humana.

A 30 de janeiro, a OMS declara que o novo surto de coronavírus constitui uma Emergência à Saúde Pública de Importância Internacional (evento extraordinário que pode constituir um risco de saúde pública para outros países devido à disseminação internacional de doenças). Apesar dos esforços internacionais para conter este vírus, o mesmo propagou-se rapidamente por vários países e regiões do mundo, pelo que, a 11 de Março de 2020, a OMS declarou a doença por COVID-19 uma pandemia, havendo nessa altura mais de 118 mil casos em 114 países e 4291 mortes confirmadas (Varzim, 2020). Estávamos no início de uma crise de saúde pública e previa-se que os próximos meses, ou até mesmo anos, seriam um enorme desafio para todos os sectores da sociedade, especialmente para o sector da saúde.

Desde o início desta crise pandémica, comunidades, organizações, equipas e indivíduos tiveram de mudar os seus hábitos e rotinas, adaptando-se ao contexto difícil que Portugal e o mundo atravessava. Não foi exceção para os hospitais portugueses que, por serem responsáveis por prestar cuidados de saúde à população, rapidamente foram chamados a atuar sem preparação prévia para o fazer. É preciso considerar que nesta fase, o conhecimento sobre a doença era escasso e os recursos necessários para proteger doentes e profissionais não eram suficientes.

Os hospitais foram desafiados a rapidamente adaptarem-se ao contexto caótico que se vivia, realocando os recursos físicos, materiais e humanos às necessidades do dia-a-dia, enquanto, simultaneamente, procuravam estar a par das normas e recomendações de saúde pública que saíam diariamente. Não havendo, num passado recente, nenhum surto desta dimensão, toda a gestão desta crise baseou-se em soluções que nunca tinham sido testadas ou apreendidas anteriormente. À medida que esta crise se foi prolongando no tempo, estas mesmas soluções foram sendo discutidas, refletidas e aperfeiçoadas.

Passaram sensivelmente dois anos e meio desde que o novo coronavírus foi descoberto. Durante este período ocorreram inúmeras mudanças na gestão, organização e funcionamento dos hospitais públicos portugueses, sendo um dos maiores desafios a coordenação efetiva dos

atores, recursos e atividades de uma forma flexível. Esta flexibilidade era particularmente crucial, por estarmos perante um cenário de emergência, de enorme incerteza e onde o tempo para agir era muito reduzido (Margherita *et al.*, 2021).

Apesar de até ao momento ainda não existir literatura que explique de forma mais aprofundada o processo de transformação que os hospitais sofreram ao longo desta crise pandémica, existem algumas teorias que oferecem explicações de como os sistemas reagem em situações inesperadas e de enorme incerteza. A primeira é a das Organizações Altamente Fiáveis (OAF's) nos serviços de saúde e teoriza sobre as características do sistema que lhe permitem descobrir e gerir acontecimentos inesperados, seja pela antecipação e tomada de consciência dos mesmos, seja pela contenção dos efeitos do inesperado quando este ocorre. A segunda é a da coordenação relacional e teoriza sobre os mecanismos de coordenação do trabalho mais eficazes em contextos de elevada interdependência, incerteza e constrangimento temporal, características prevalentes no contexto hospitalar. Existe ainda uma última teoria, denominada aprendizagem organizacional, que fala sobre o ambiente e o conjunto de práticas necessárias numa organização para que esta aprenda e, desta forma, aplique o conhecimento que possui para se adaptar às mudanças. Sabendo nós que o processo de aprendizagem é um ciclo de ação e reflexão (Carroll, 2002), cenários de crise, como a presente pandemia, são uma excelente oportunidade para a aprendizagem das organizações. As três teorias supracitadas servirão como quadro teórico para a investigação que irei apresentar de seguida.

Com a elaboração desta dissertação pretende-se responder à seguinte questão de investigação: “O que mudou na gestão e organização do Hospital de Torres Vedras desde o início da pandemia por COVID-19?” e, desta forma, contribuir para a facilitação dos processos de aprendizagem dos hospitais decorrentes desta crise pandémica. A resposta a esta questão é muito importante, uma vez que organizações e sistemas que prestam serviços de saúde podem adaptar-se melhor às rápidas mudanças do ambiente se atuarem como organizações que aprendem (Harrison & Shortell, 2020).

Do presente estudo de caso, resultaram da análise de dados onze dimensões que oferecem uma explicação ampla de como o Hospital de Torres Vedras foi uma organização que se comportou como um sistema fiável, onde os mecanismos de coordenação de trabalho foram suportados por uma comunicação informal e relações fortes de partilha, respeito mútuo e aprendizagem. Destacam-se ainda algumas dimensões não previstas na literatura, tais como a erosão das fronteiras profissionais e o enorme processo de transformação digital.

## 1. REVISÃO DE LITERATURA

A crise de saúde pública causada pela doença COVID-19 é bastante recente, pelo que, atualmente, ainda existe pouca literatura que explique as mudanças que ocorreram na gestão e organização dos hospitais após o início desta crise. As organizações de saúde estão inseridas em ambientes de enorme incerteza. Esta é tanto maior, quanto menor for a quantidade de informação, ou maior for a necessidade de informação (Gittell, 2002). Na atual pandemia por COVID-19 verificaram-se ambas as situações, havendo uma clara necessidade de obter mais informação sobre este vírus, o seu comportamento e as suas consequências. Para além da incerteza gerada por esta crise pandémica, podemos ainda acrescentar uma das principais fontes de incerteza em ambientes de saúde, a singularidade de cada paciente (Gittell, 2002). Desta forma, esta revisão de literatura inicia-se com uma breve análise sobre a estrutura das organizações de saúde e os mecanismos de coordenação de trabalho que cada estrutura promove. Posteriormente irei abordar três teorias: duas que procuram explicar como as organizações reagem em ambientes complexos e de enorme incerteza (OAF's e Coordenação Relacional) e uma que teoriza sobre o processo de aprendizagem das organizações.

Qualquer atividade organizada por mais do que um indivíduo, desde a mais simples à mais complexa, faz surgir dois requisitos essenciais e antagónicos: a divisão do trabalho na execução de várias tarefas e a coordenação dessas tarefas para a concretização da atividade. Assim, a estrutura de uma organização não é mais do que o somatório de todas as formas possíveis de dividir o trabalho em tarefas distintas e, posteriormente, atingir a coordenação entre elas (Mintzberg, 1989).

Mintzberg (1989), autor que estudou as estruturas das organizações, propõe que a coordenação do trabalho numa organização é feita através de cinco mecanismos de coordenação: ajustamento mútuo, supervisão direta, standardização dos processos de trabalho, standardização dos resultados do trabalho e standardização das competências do trabalhador. Mais tarde surge um sexto mecanismo denominado standardização das normas (Glouberman & Mintzberg, 2001).

A grande maioria das organizações utiliza todos os mecanismos de coordenação supracitados. No entanto, existem alguns mecanismos mais frequentes do que outros, o que influencia diretamente a estrutura adotada pela organização. No caso particular das organizações de serviços de saúde pensa-se que o mecanismo mais comum é a standardização das competências e do conhecimento, principalmente na prestação de cuidados de saúde em doentes agudos (Glouberman & Mintzberg, 2001). Profissionais altamente especializados têm

muita liberdade para realizar o seu trabalho, sendo este coordenado quase automaticamente. Por exemplo, num bloco operatório, cada um sabe o que tem de fazer e a necessidade de discussão entre profissionais é reduzida a poucas palavras. No entanto, quando a organização é levada ao limite, como foi o caso durante a pandemia por COVID-19, este mecanismo de coordenação falha e é complementado por outros dois, o ajustamento mútuo e a estandardização de normas, ou seja, por uma comunicação informal integrada numa cultura organizacional forte (Glouberman & Mintzberg, 2001).

O ajustamento mútuo é a forma mais direta de coordenação do trabalho. Este ocorre quando existe uma comunicação informal entre duas ou mais pessoas, sendo utilizado tanto nas situações mais simples, como nos desafios mais complexos (Glouberman & Mintzberg, 2001; Mintzberg, 1989). O ajustamento mútuo significa, acima de tudo, uma comunicação flexível entre pares. Quando utilizado numa organização, este mecanismo facilita a adaptação e cooperação entre os trabalhadores, permitindo-lhes lidar melhor com a incerteza e o inesperado (Glouberman & Mintzberg, 2001) A melhor maneira de potenciar o ajustamento mútuo é fortalecer a estandardização de normas, isto é, promover um sistema comum de crenças e valores, uma cultura comum, onde os membros da organização possam estabelecer relações de compreensão, cooperação, respeito mútuo e confiança e, assim, coordenar os seus esforços (Glouberman & Mintzberg, 2001).

Há largos anos que as organizações de serviços de saúde têm sido rotuladas como burocracias profissionais, devido às regras existentes, divisão do trabalho, hierarquia, posicionamento dos profissionais e clara separação do *staff* administrativo. Esta estrutura organizacional promove a estabilidade, mas também a estagnação, não dando espaço à flexibilidade (Fuszard, 1983).

Neste sentido, começou a aparecer a necessidade de procurar uma estrutura organizacional mais recetiva às rápidas mudanças e ao aumento da incerteza nos serviços de saúde. Para isso, era fundamental existir uma estrutura que favorecesse um sistema aberto, ou seja, um sistema com flexibilidade suficiente para se adaptar às constantes mudanças do meio envolvente (Fuszard, 1983; Lunenburg, 2012) . A essa estrutura organizacional deu-se o nome de adhocracia. Esta é uma estrutura onde gestores, médicos, enfermeiros, auxiliares e outros profissionais de suporte trabalham como uma equipa multidisciplinar em projetos ad hoc ou unidades funcionais, utilizando uma comunicação informal (ajustamento mútuo) para o efeito (Unger *et al.*, 2000). Em cada burocracia profissional existe uma adhocracia que faz um trabalho semelhante, mas com uma orientação mais ampla (Mintzberg, 1980). Enquanto numa burocracia profissional existe a tendência para classificar os pacientes por especialidade médica

(oncologia, cardiologia, entre outras), numa adhocracia existe uma equipa multidisciplinar, que comunica de forma informal entre si, avaliando o doente de uma perspetiva integrada e holista. Desta forma, quem toma as decisões sobre os pacientes são os profissionais com mais conhecimento e que estejam mais aptos para o efeito (Fuszard, 1983). Este tipo de estrutura organizacional destaca-se em ambientes complexos e dinâmicos, onde a criatividade para resolver problemas únicos de forma inovadora e sofisticada é indispensável. (Mintzberg, 1980; Unger et al., 2000).

Durante a pandemia por COVID-19, a incerteza e a consequente necessidade das organizações de saúde serem mais flexíveis e adaptarem-se a um novo contexto mantendo a segurança dos cuidados prestados, contribuiu para que o Hospital de Torres Vedras sofresse muitas mudanças na sua estrutura e organização. Os conceitos discutidos anteriormente sobre as estruturas organizacionais, podem acrescentar um contributo importante para este estudo, assim como a teoria que falaremos de seguida.

### **1.1 Organizações Altamente Fiáveis**

O termo OAF's surgiu de pesquisas realizadas depois de um acidente nuclear em 1979, do qual Perrow disse “acidentes acontecem”, sugerindo que os acidentes eram inevitáveis. Após este episódio, investigadores começaram a questionar esta afirmação, tendo observado que algumas organizações eram muito mais seguras que outras (Cantu et al., 2020). Com o intuito de explicar este fenómeno, em 1999, Weick and Sutcliff propuseram cinco princípios que permitiam facilitar a identificação de problemas e a gestão das organizações. Eram estes (Cantu *et al.*, 2020; Tolk *et al.*, 2015; Weick & Sutcliffe, 2015):

- Preocupação com a falha – estar atento a qualquer falha, especialmente as mais pequenas. Este princípio captura a necessidade de estar continuamente atento aos pequenos erros, porque estes podem ser sintomas de problemas maiores do sistema;
- Relutância em simplificar interpretações – não negligenciar pequenos aspetos de problemas complexos e promover perspetivas múltiplas. Este princípio é fundamental, na medida em que a simplificação ofusca detalhes indesejados, imprevistos ou inexplicáveis e, desta forma, aumenta a probabilidade que um erro mais grave ocorra;
- Sensibilidade às operações – os problemas são causados habitualmente por mais do que uma causa, sendo, por este motivo, essencial promover a atenção para todos os processos e tarefas. A sensibilidade às operações é, sobretudo, estar alerta para o trabalho que está a ser feito no momento;

- Comprometimento com a resiliência – apesar de alguns problemas serem inevitáveis, a organização deverá ser capaz de identificá-los precocemente, planejar e agir em contextos incertos. Sistemas fiáveis gastam tempo a melhorar a sua capacidade de fazer um estudo rápido do problema, aprender com o problema, definir os próximos passos de forma detalhada e agir com base em experiências passadas que sejam potencialmente relevantes para solucionar este novo problema;
- Deferência para com a expertise – assegurar que quem toma a decisão de um problema específico são os que possuem o conhecimento ou as competências para a resolução desse mesmo problema. Este princípio defende que as OAF's deverão reorganizar constantemente a sua hierarquia em torno dos problemas que vão surgindo, privilegiando sempre os mais aptos e informados para resolver determinado problema.

Uma organização altamente fiável é um sistema social que possibilita desenvolver na organização uma cultura sensível à segurança, permitindo que os seus funcionários possam lidar com eventos incertos e, desta forma, prevenir ou mitigar a maior parte dos erros e acidentes (Bagnara *et al.*, 2010). Estes tipos de organizações caracterizam-se pela procura da perfeição, mas nunca a esperam alcançar. Em busca contínua pela segurança e resistindo à tendência de simplificar, estas organizações têm perfeitamente ciente que a procura pela segurança e confiança é uma jornada e não um destino (Sutcliffe *et al.*, 2017). Por isso têm mecanismos internos que lhes permitem estar continuamente a trabalhar nesse sentido. Mesmo que não tenham tido um acidente em muitos anos, não se permitem ficar satisfeitas, estando sempre atentas ao menor sinal de aparecimento de uma nova ameaça de segurança (Chassin & Loeb, 2013). Desta forma, promovem uma cultura onde o reporte de erros, a flexibilidade e a aprendizagem são fundamentais (Provost *et al.*, 2015).

Um dos mecanismos que promove a performance das organizações de saúde e que está muito relacionado com os princípios das OAF's são os *huddles*. Estes diferem de reuniões “normais” por serem breves, regulares (uma vez que estão inseridos na rotina diária do local de trabalho) e ocorrerem, preferencialmente, em áreas acessíveis com os participantes de pé (Provost *et al.*, 2015). Os *huddles* centram-se habitualmente num conjunto claro de objetivos, onde se discute os principais eventos desde o último *huddle* e o trabalho a ser feito até ao próximo. Para além de serem um mecanismo que pode facilitar a gestão de iminentes crises antes que estas evoluam para um problema maior, estes favorecem os processos cognitivos que apoiam as OAF's na gestão da complexidade, com especial ênfase na comunicação, nos relacionamentos e numa cultura organizacional robusta (Provost *et al.*, 2015).



Nos últimos anos, a área da saúde tem procurado colaborar com indústrias que se caracterizam pelas boas práticas de segurança, como é o caso da aviação, com o intuito de transformar os serviços de saúde em OFA's (Sutcliffe *et al.*, 2017). Por exemplo, Anderson-Fletcher *et al.* (2017), usam o quadro de referência das OAF's para analisar o modo como um hospital americano lidou com o início do surto de Ébola nos Estados Unidos da América e como o mesmo poderia ter sido mitigado se os princípios das OAF's tivessem sido aplicados.

Embora longe do ideal, a existência de cada vez mais protocolos, *guidelines*, *huddles*, reporte de erros, entre outras medidas, indicam que as organizações de saúde estão a fazer um esforço por aumentar a segurança dos cuidados de saúde que prestam (Sutcliffe *et al.*, 2017) e, assim, evitar erros e acidentes que de outra forma não seriam evitados.

A teoria das OAF's facilita os processos de identificação de problemas e gestão das organizações, promovendo perspectivas múltiplas para resolver problemas complexos. Contudo, para tal acontecer, é também necessário existirem mecanismos de coordenação do trabalho assentes em relações fortes e numa comunicação de qualidade, como explica a teoria que será abordada de seguida.

## **1.2 Coordenação Relacional**

A associação entre a coordenação, gestão da interdependência entre tarefas, e o desempenho das organizações é gradativamente mais evidente (Gittell, 2002). O trabalho nas organizações está a tornar-se cada vez mais complexo, especializado e interdependente, pelo que, também os resultados pretendidos pelas organizações estão cada vez mais dependentes da coordenação entre funções, disciplinas, organizações e setores (Bolton *et al.*, 2021). Com o crescimento da importância da gestão da saúde baseada em valor e dos determinantes sociais de saúde, é fundamental que existam profissionais, das mais variadas áreas, para coordenar a prestação de cuidados de saúde para além das fronteiras disciplinares e organizacionais, bem como da coordenação já necessária para alcançar os resultados de saúde desejados em ambientes cirúrgicos e de internamento (Aristidou & Barrett, 2018).

Uma das perspectivas que pode ajudar a explicar como as organizações de saúde podem reagir a ambientes de grande incerteza é a coordenação relacional. Esta teoria descreve a natureza dos relacionamentos através dos quais a coordenação ocorre, propondo que as relações entre os participantes de um processo de trabalho devem ser baseadas na partilha de objetivos comuns, conhecimento partilhado e respeito mútuo (Gittell, 2011). Juntas, estas três dimensões das relações devem reforçar, e ser reforçadas, por uma comunicação de elevada qualidade, ou

seja, frequente, atempada, rigorosa e orientada para a resolução de problemas (Bolton *et al.*, 2021; Gittell *et al.*, 2020).

A construção de relações fortes, alicerçadas em objetivos partilhados, conhecimento partilhado e respeito mútuo, reduz os obstáculos inerentes aos processos de coordenação do trabalho, tornando-os mais eficazes (Gittell, 2002). Relações baseadas em objetivos partilhados motivam os funcionários a respeitarem mais o processo geral de trabalho e a não se focarem exclusivamente nos seus objetivos. Também o conhecimento partilhado e o respeito mútuo têm um grande impacto nas relações, uma vez que permitem que os funcionários tenham a perceção de como as suas tarefas se integram com as tarefas dos seus colegas, valorizem as contribuições de cada um para o processo geral de trabalho e considerem o impacto das suas ações nos outros e na organização (Gittell, 2002). Para além de todas as vantagens supracitadas, relações de elevada qualidade facilitam também a criação de uma cultura de segurança psicológica, permitindo que os membros da organização aprendam com as suas falhas (Carmeli & Gittell, 2009).

Após o conceito de coordenação relacional ter surgido num estudo feito na indústria da aviação comercial, rapidamente tornou-se evidente que era possível aplicá-lo noutros ambientes interdependentes, incertos e de tempo limitado. Se a coordenação relacional é medida pelos laços de comunicação e de relacionamento entre grupos de trabalho envolvidos num processo de trabalho comum, esta pode ser medida tanto na indústria da aviação, como noutras indústrias, nomeadamente a da saúde (Gittell *et al.*, 2013).

A teoria da coordenação relacional torna visível o processo humanístico subjacente à coordenação do trabalho, defendendo que esta engloba não apenas a gestão de tarefas interdependentes, mas também a coordenação entre as pessoas que executam essas tarefas (Gittell *et al.*, 2013). Esta teoria para além melhorar os resultados dos diferentes *stakeholders*, desde trabalhadores a clientes, também promove a qualidade, eficiência e bem-estar dos profissionais, entre eles, os profissionais que trabalham em contexto hospitalar (Gittell *et al.*, 2020). Sabe-se que a coordenação relacional entre profissionais de saúde está associada a melhorias da qualidade dos cuidados e na redução dos tempos de hospitalização, pelo que não deve ser menosprezada (Gittell, 2002) No caso concreto dos enfermeiros, para além do que foi referido anteriormente, esta também promove a satisfação no local de trabalho, o comprometimento afetivo e, consequentemente, a redução da elevada rotatividade característica desta profissão (Falatah & Conway, 2019).

A coordenação relacional permite que os funcionários coordenem o seu trabalho de forma mais eficaz, possibilitando alcançar melhores resultados ao utilizar os recursos de forma mais

eficiente (Gittell *et al.*, 2010). Esta teoria propõe que tanto a qualidade, como a eficiência, podem ser melhoradas simultaneamente, desmistificando o habitual *trade-off* entre qualidade e eficiência, ou seja, abre uma janela de oportunidade onde para ganhar eficiência não é necessário abdicar da qualidade e vice-versa (Gittell, 2011). Esta característica é particularmente relevante em indústrias que têm de manter ou melhorar a qualidade dos resultados enquanto respondem às pressões para reduzir os custos, como é o caso da saúde (Gittell *et al.*, 2010).

De acordo com esta teoria, a força da coordenação relacional depende do desenho das estruturas organizacionais. Desta forma, é fundamental que as oportunidades de coordenação sejam construídas e integradas pelas práticas de recursos humanos. Nas práticas de recursos humanos tradicionais tende-se a dividir os profissionais que desempenham funções diferentes, desincentivando assim o desenvolvimento da coordenação relacional. Se as práticas de recursos humanos forem desenhadas para haver uma maior interligação entre funções, a atenção passava a estar no todo, e não apenas numa das partes, incentivando uma melhor gestão da interdependência entre tarefas (Bolton *et al.*, 2021; Gittell *et al.*, 2010).

Existem muitos mecanismos de coordenação que reforçam a coordenação relacional numa organização, nomeadamente a existência de sistemas de informação partilhados, protocolos partilhados, reuniões multidisciplinares, *huddles*, formações que reforçam o trabalho em equipa, sistemas de responsabilidade e recompensas compartilhados e espaços de trabalho compartilhados. (Bolton *et al.*, 2021). Desta forma, os líderes das organizações devem procurar construir uma relação de coordenação entre profissões com tarefas interdependentes dentro das suas organizações, adotando estruturas organizacionais que promovam estes mecanismos (Gittell *et al.*, 2020; Gittell & Hajjar, 2019). No entanto, mesmo quando bem desenhados e implementados, estes mecanismos de coordenação deverão sempre partir de um trabalho conjunto entre os recursos humanos e os líderes operacionais, caso contrário haverá resistência na adesão a estes mecanismos (Gittell & Hajjar, 2019). Também as equipas constituídas por vários tipos de profissionais devem ser treinadas para trabalharem em conjunto e sintonia. Só desta forma é possível atingir elevados níveis de coordenação relacional e, conseqüentemente, aumentar a qualidade e eficiência da organização (Gittell *et al.*, 2013; Gittell *et al.*, 2020).

Outros aspetos que a presente teoria valoriza são a aprendizagem e a inovação. Quando os *stakeholders* de uma organização estão conscientes do trabalho de cada um e entendem as interdependências das suas tarefas, estes poderão mais facilmente identificar oportunidades de inovação (Bolton *et al.*, 2021). Isto verifica-se de forma mais evidente se a comunicação dentro da organização for orientada para a resolução de problemas, como a teoria da coordenação

relacional defende, dado que, desta forma será mais fácil implementar as oportunidades de inovação identificadas. (Bolton *et al.*, 2021).

A teoria da coordenação relacional foi estudada em diversas indústrias. Na indústria da saúde em particular, níveis elevados de coordenação relacional entre as equipas multidisciplinares foram positivamente associados a melhorias dos resultados de qualidade, nomeadamente no estado funcional pós-operatório, na qualidade dos cuidados e qualidade de vida reportados pelos pacientes, na satisfação da família com os cuidados prestados, na confiança dos pacientes nos prestadores de cuidados e no bem-estar psicológico dos mesmos. (Bolton *et al.*, 2021). Também ao nível da eficiência a coordenação relacional demonstrou excelentes resultados no setor da saúde, com a diminuição do tempo de internamento em pacientes médicos e cirúrgicos e com a redução dos custos gerais dos cuidados de ambulatório (Bolton *et al.*, 2021). Relativamente aos resultados no trabalho, esta teoria demonstrou estar associada ao aumento da satisfação, eficácia e motivação dos profissionais no seu emprego, bem como a uma maior identificação entre os mesmos e os valores da sua organização (Bolton *et al.*, 2021).

Embora ainda não existam muitos estudos sobre a associação entre a coordenação relacional, a aprendizagem e a inovação no sector da saúde, sabemos que noutras indústrias esta é cada vez mais clara, uma vez que relações baseadas em objetivos comuns, conhecimento partilhado e respeito mútuo estão positivamente relacionadas com a capacidade de aprender com os erros (Bolton *et al.*, 2021). A teoria que irei apresentar de seguida, explica de que maneira as organizações podem aprender com os erros, bem como os processos e práticas implícitos na aprendizagem de uma organização.

### **1.3 Aprendizagem Organizacional**

Nos últimos anos os serviços de saúde têm procurado mais do que nunca aumentar a segurança e qualidade das suas organizações, em virtude de estarem inseridos num ambiente bastante complexo e em constante mudança. Para tal, é fundamental que as organizações de saúde adotem práticas de aprendizagem que permitam melhorar e aprofundar as competências e o conhecimento existentes e que, simultaneamente, proporcionem oportunidades para adquirir e partilhar esse conhecimento (Carroll, 2002).

A aprendizagem organizacional é um processo contínuo de mudança e adaptação que ocorre numa organização quanto esta utiliza e potencia o conhecimento existente dentro de si para se adaptar às mudanças do ambiente externo e interno e, desta forma, manter uma

vantagem competitiva sustentável (María Martínez-León & Martínez-García, 2011). Ou seja, é um processo que possibilita o aumento da capacidade efetiva de ação das organizações através do conhecimento e da compreensão. O processo de aprendizagem é um ciclo de ação e reflexão, pelo que após a tomada de uma decisão é fundamental refletir sobre esta (Carroll, 2002). Apesar do ser humano estar naturalmente programado para aprender, as organizações não o estão. Desta forma, é essencial a presença de três fatores transversais (Garvin *et al.*, 2008):

- Um ambiente de suporte à aprendizagem;
- Práticas e processos de aprendizagem concretos e consistentes;
- Comportamentos de liderança que reforcem a aprendizagem.

Na literatura podemos encontrar diversos processos de aprendizagem organizacional. Na presente revisão irei abordar os dois tipos mais frequentemente referidos: *single-loop learning* e *double-loop learning*. O primeiro, *single-loop learning*, ocorre quando os erros são identificados e corrigidos no âmbito do conjunto de normas e regras já existentes (Romme & Dillen, 1997). Este é um dos processos de resolução de problemas onde os indivíduos examinam o ambiente, comparam os dados existentes com a norma e, posteriormente, iniciam uma ação, tendo em consideração qual das opções existentes é a mais adequada (Kantamara & Ractham, 2014). Neste processo de aprendizagem as atividades para corrigir erros e resolver problemas são acrescentadas à base de conhecimento ou competências específicas da organização, sem alterar a natureza fundamental das atividades da mesma (Kantamara & Ractham, 2014).

O segundo, *double-loop learning*, é um processo onde os erros são identificados e corrigidos, fazendo com que as normas, ideias e objetivos subjacentes se tornem os objetos de discussão e, quando necessário, de mudança (Romme & Dillen, 1997). No processo de *double-loop learning* as atuais normas, procedimentos, políticas e objetivos da organização serão questionados e, caso se justifique, alterados, havendo uma mudança na base de conhecimento, competências e rotinas da organização. Desta forma, através deste processo de aprendizagem a organização desenvolve novo conhecimento, que é, posteriormente, integrado no modelo de aprendizagem da mesma (Kantamara & Ractham, 2014). Por este motivo, este é um processo muito útil em contextos de crise, pois capacita a mudança e adaptação da organização em ambientes caóticos (Romme & Dillen, 1997).

Uma cultura organizacional que valorize a aprendizagem irá incentivar esta prática entre os membros da organização. Desta forma, é importante criar um ambiente onde a aprendizagem e a ação são inseparáveis. Como a aprendizagem é um ato social, esta é maior quando existem

oportunidades de interação e um clima de abertura (Provost *et al.*, 2015). Deste modo, um ambiente de suporte à aprendizagem deve distinguir-se por quatro grandes características: segurança psicológica, apreciação pelas diferenças, abertura para novas ideias e tempo para reflexão (Garvin *et. al*, 2008).

Também a estrutura da organização e os mecanismos de coordenação adotados influenciam diretamente a aprendizagem organizacional. Se por um lado, as atividades de aprendizagem necessitam de coordenação e, desta forma, o mecanismo utilizado para coordenar estas atividades é muito relevante para moldar o processo de aprendizagem organizacional; por outro lado, a estrutura organizacional influencia os fluxos de informação, pelo que não havendo a informação disponível, não existe aprendizagem (María Martínez-León & Martínez-García, 2011).

Não é possível falar do processo de aprendizagem organizacional sem falar do seu resultado, o conhecimento. Este é um ativo intangível que encontramos maioritariamente nas pessoas, mas também nos processos, nas rotinas, nas capacidades organizacionais e nas relações das organizações com o meio envolvente. O conhecimento é mais do que informação, é também o significado e a interpretação que damos à informação (María Martínez-León & Martínez-García, 2011). Por exemplo, durante o início da crise pandémica por COVID-19, havia muita informação a ser disponibilizada todos os dias, no entanto, só convertendo essa informação em conhecimento é que a mesma ganha utilidade.

A maioria dos profissionais que trabalham em contexto hospitalar exercem a sua profissão num ambiente de enorme stress, estando a maioria das vezes muito sobrecarregados. Este contexto influencia não só a capacidade para pensar analiticamente, como também a criatividade, tornando os profissionais menos aptos a diagnosticar problemas e aprender com as experiências (Garvin *et. al*, 2008).

Também as práticas e processos de aprendizagem têm um papel muito importante na aprendizagem organizacional. Estas devem basear-se num vasto leque de mecanismos que contribuam para produzir, adquirir, interpretar e partilhar informação, tais como sessões de reflexão, auditorias, investigação de problemas, avaliações de desempenho, simulações e *benchmarking*. Os resultados destas atividades deverão ser utilizados pela organização para padronizar as práticas de trabalho, tornar o conhecimento mais explícito e controlar o processo de aprendizagem (Carroll, 2002; Garvin *et. al*, 2008).

Sendo a aprendizagem organizacional bastante influenciada pelo comportamento dos líderes, é crucial que os mesmos questionem e oiçam ativamente os seus trabalhadores, fazendo com que estes se sintam estimulados a aprender e a partilhar novas ideias (Harrison & Shortell,

2020; Garvin *et. al*, 2008). Desta forma, as organizações de saúde devem explorar as suas capacidades e melhorar o seu desempenho, através de processos de aprendizagem consistentes. No entanto, não é suficiente, é também necessário que estas explorem novas oportunidades, repensem as suas práticas e procurem continuamente inovar e superar-se (Carroll, 2002).

Desde o início da pandemia por COVID-19 que as organizações de saúde foram desafiadas a adaptar-se ao contexto incerto que se vivia. Ao longo da presente revisão de literatura apresentaram-se três perspetivas que procuraram explicar como o Hospital de Torres Vedras reagiu ao contexto vivido durante a pandemia. Apesar das mesmas terem abordagens muito distintas, demonstraram muitos pontos em comum. Desde logo, a necessidade de serem sistemas abertos, flexíveis, que promovem a inovação, a multidisciplinidade e uma comunicação orientada para a resolução de problemas. Tudo isto tendo como denominador comum a aprendizagem, encarando os erros como oportunidades de melhoria. Deste modo, a conjugação das três perspetivas enunciadas parece constituir um quadro de referência apropriado para compreender o modo como os hospitais lidaram com a pandemia por COVID-19.

## **2. METODOLOGIA**

O estudo de caso é uma estratégia de investigação empírica que procura compreender um fenómeno contemporâneo dentro do contexto em que este ocorre, tendo como base múltiplas fontes de informação sobre o mesmo fenómeno (Ebneyamini & Sadeghi Moghadam, 2018). A essência do estudo de caso é compreender as decisões que foram tomadas, porque é que foram tomadas, como foram implementadas e que resultados obtiveram (Ebneyamini & Sadeghi Moghadam, 2018). Tendo esta investigação como principal objetivo responder à questão “O que mudou na gestão e organização do Hospital de Torres Vedras desde o início da pandemia por COVID-19?” e sendo este um tópico de estudo muito amplo, complexo e onde o contexto tem uma importância muito significativa, considera-se que o estudo de caso de tipo explicativo é o desenho mais adequado à investigação que se pretende realizar.

### **2.1 Caracterização da Organização**

O presente estudo de caso foi realizado no Centro Hospitalar do Oeste (CHO). Este centro hospitalar é constituído por três unidades hospitalares:

- Unidade Hospitalar de Torres Vedras;
- Unidade Hospitalar de Caldas da Rainha;
- Unidade Hospitalar de Peniche.

O CHO integra estas três unidades hospitalares, instaladas num conjunto diverso de edifícios e equipamentos, cuja dispersão geográfica tem um impacto negativo e importante na gestão quotidiana dos recursos. De salientar que a Unidade de Caldas da Rainha e a Unidade de Torres Vedras são instituições com dimensão e nível de diferenciação muito semelhante, sendo a Unidade de Peniche de menor dimensão e diferenciação. Por esta mesma razão, a Unidade de Peniche foi mantida durante toda a crise pandémica como hospital onde não eram tratados doentes com COVID-19, tendo essa responsabilidade sido atribuída às duas unidades hospitalares de maior dimensão.

Localizado na região de Lisboa e Vale do Tejo, mais concretamente na região do Oeste, o CHO é responsável pela prestação direta de cuidados de saúde a uma população de aproximadamente 290.000 pessoas, distribuídas por 9 concelhos. Desta população salienta-se a sua estrutura cada vez mais envelhecida, evidenciada no número elevado de lares (mais de 4.000 lugares) e unidades de cuidados continuados na região (400 lugares), caracterizada pela



prevalência de doenças crónico-degenerativas, das quais se destacam as doenças cardiovasculares agudas e crónicas, diabetes mellitus, entre outras.

A carteira de serviços do CHO é constituída por especialidades e valências distribuídas pelas principais linhas de produção assistencial, nomeadamente a consulta externa, o internamento, o bloco operatório, o bloco de partos, o serviço de urgência (2 serviços de urgência médico-cirúrgica e 1 serviço de urgência básica), o hospital de dia e os meios complementares de diagnóstico e terapêutica.

Ao nível da oferta assistencial de cuidados de internamento o CHO conta com 3 unidades hospitalares com uma lotação total de 326 camas (123 em Caldas da Rainha, 24 Peniche e 179 em Torres Vedras).

Por cada unidade hospitalar encontrar-se a cerca de quarenta quilómetros das restantes, apesar da gestão das três unidades hospitalares ser centralizada, cada uma tem características e modos de atuação muito particulares. Desta forma, decidiu-se focar esta investigação apenas no Hospital de Torres Vedras, por este ter sido escolhido pelo conselho de administração para receber o primeiro internamento exclusivo para COVID-19 e por ter sido o hospital que sofreu um impacto mais direto com a pandemia.

O Hospital de Torres Vedras possui a sua oferta assistencial ao nível do internamento nas especialidades de Cirurgia Geral, Medicina Interna, Ortopedia, Otorrinolaringologia, Pediatria Médica, Pneumologia e Urologia. Esta Unidade Hospitalar é ainda composta por um Bloco Operatório com 4 salas e uma Unidade de Cirurgia de ambulatório.

Há largos anos que este hospital carece de uma renovação e modernização ao nível de infraestruturas e equipamento. Também o insuficiente número de recursos humanos, a dificuldade em atrair talento e o envelhecimento do mapa de pessoal tem sido um problema crescente. Não menos relevante é o baixo rácio do número de camas hospitalares para a população da sua área de influência, 1,1 camas por 1000 habitantes, sendo a média nacional de 2,1 camas por 1000 habitantes, bem como a inexistência de uma Unidade de Cuidados Intensivos (UCI) em todo o centro hospitalar. Todos estes problemas estão de alguma forma associados aos constrangimentos financeiros crónicos consequentes da ausência de orçamento de investimento neste centro hospitalar.

Desde o início da pandemia por COVID-19 que o Sistema Nacional de Saúde (SNS) sofreu enormes pressões na prestação de cuidados de saúde à população. O CHO e, em particular, o Hospital de Torres Vedras, não foram exceção. Se nos anos anteriores a esta pandemia a escassez de recursos já era notória neste hospital, com a chegada desta crise de saúde pública agravou-se. O plano de contingência perante o COVID-19 previa uma lotação máxima de

ocupação de 70 camas destinadas a doentes com COVID-19, tendo em janeiro de 2021 chegado às 142 camas, representando uma taxa de esforço de 58% da capacidade instalada.

## 2.2 Fontes de Informação

A recolha de dados para este estudo de caso foi feita com recurso a três fontes de informação, evitando assim a dependência de uma única fonte. Como podemos observar na Tabela 1, a informação foi recolhida através de entrevistas semiestruturadas, documentos produzidos pelo CHO e fotografias.

As entrevistas foram realizadas em dois espaços temporais com cerca de dez meses de diferença. O primeiro ocorreu no mês de julho e agosto de 2020 e o segundo ocorreu no mês de abril e maio de 2021.

Também no mês de maio, mais concretamente dia sete, realizou-se a visita às instalações da Unidade Hospitalar de Torres Vedras, onde para além da observação das mudanças que ocorreram nas infraestruturas, foi também possível observar os novos circuitos, sinalizados por todo o hospital com linhas de diferentes cores, e alguns dos equipamentos e tecnologias adquiridos. Foi também neste dia que as fotografias foram tiradas.

Fontes de Informação		Nº
Entrevistas Semiestruturadas	1ª fase entrevistas	17
	2ª fase entrevistas	5
Documentos do CHO	Oficiais e Não Oficiais	12
Observação	Fotografias	55

Tabela I – Fontes de Informação

Codificação das Fontes de Informação	
Entrevistas Semiestruturadas – 1ª Ronda	
Médica Coordenadora do Internamento Covid	E-1
Médica Coordenadora da Urgência Covid	E-2
Pneumologista do Grupo de Trabalho Covid	E-3
Médica Coordenadora da PPCIRA (Programa de Prevenção e Controlo de Infecções e de Resistência aos Antimicrobianos)	E-4
Médico Diretor do Serviço de Pneumologia	E-5
Médica Diretora do Serviço de Medicina Interna	E-6
Enfermeira da Urgência Covid	E-7
Enfermeira do Internamento Covid (1)	E-8
Enfermeira do Internamento Covid (2)	E-9
Enfermeira do Internamento Covid (3)	E-10
Enfermeira Chefe do Bloco Operatório	E-11

Enfermeira Chefe do Serviço de Pneumologia	E-12
Enfermeira Coordenadora da Urgência Covid	E-13
Enfermeira do Bloco Operatório (elo ligação com a PPCIRA)	E-14
Presidente do Conselho de Administração	E-15
Enfermeira do Internamento Covid (4)	E-16
Secretária do Serviço de Cirurgia	E-17
<b>Entrevistas Semiestruturadas – 2ª Ronda</b>	
Enfermeira Chefe Internamento Covid (Antiga Enfermeira Chefe do Serviço de Pneumologia)	E-18
Médica Coordenadora do Internamento Covid	E-19
Presidente do Conselho de Administração	E-20
Enfermeira Diretora	E-21
Diretora Clínica	E-22
<b>Documentos do CHO</b>	
Relatório e Contas 2020	D-1
Plano de contingência do CHO Perante COVID-19 Versão 1	D-2
Apoio Para Assistentes Operacionais	D-3
<b>Fotografias</b>	
Colocação de EPI's	F-1
Primeiro Edifício Modular da Consulta Externa	F-2
Segundo Edifício Modular da Consulta Externa	F-3

Tabela II – Codificação das Fontes de Informação

### 2.3 Análise de Dados

A técnica a utilizar nesta investigação que permite analisar dados de múltiplas fontes de informação é a *pattern matching*. Esta possibilita a identificação e comparação dos padrões encontrados nos dados recolhidos e interpretá-los com base nos padrões hipotéticos que o analista desenvolveu previamente (Almutairi *et al.*, 2014).

Os padrões hipotéticos que se considerou oferecerem a melhor explicação para as mudanças na gestão e organização dos hospitais causadas pela crise pandémica da COVID-19 basearam-se na teoria das OAF's, da Coordenação Relacional e da Aprendizagem Organizacional, abordadas anteriormente na revisão de literatura. Estes são os seguintes:

1. Preocupação com a Falha
2. Relutância em Simplificar Interpretações
3. Sensibilidade às Operações
4. Comprometimento com a Resiliência
5. Deferência com a Expertise
6. Comunicação de elevada qualidade
7. Relações de partilha e respeito mútuo

## 8. Aprendizagem organizacional

Após a transcrição integral de todas as entrevistas, leitura dos documentos e análise das fotografias obtidas, foi utilizada uma estratégia de análise baseada na metodologia Gioia (Gioia *et al.*, 2013). Esta abordagem facilita a passagem do específico para o geral, ou seja, a construção de uma teoria, a partir dos dados. Através desta estratégia de análise surgem conceitos de 1ª ordem, onde existe uma tentativa de nos mantermos fiéis aos termos do informador, temas de 2ª ordem, que nos permitem ajudar a descrever e explicar os fenômenos observados, e dimensões agregadas. Tendo o conjunto completo dos conceitos de 1ª ordem, temas de 2ª ordem e dimensões agregadas organizados, têm-se tudo o que é necessário para construir uma estrutura de dados (anexo A). Esta permite ter uma representação visual de como se passou dos dados recolhidos nas entrevistas, documentos e fotografias para os conceitos e temas durante a análise e, desta forma, demonstrar o rigor deste estudo qualitativo (Gioia *et al.*, 2013).

Através da estrutura de dados obtida, comparam-se os padrões empíricos nesta encontrados, com os padrões inicialmente previstos. Caso os padrões sejam os mesmos, verifica-se que os resultados confirmam a proposta inicial, caso os padrões sejam diferentes, os resultados não confirmam a proposta inicial e surge a necessidade de procurar explicações alternativas.

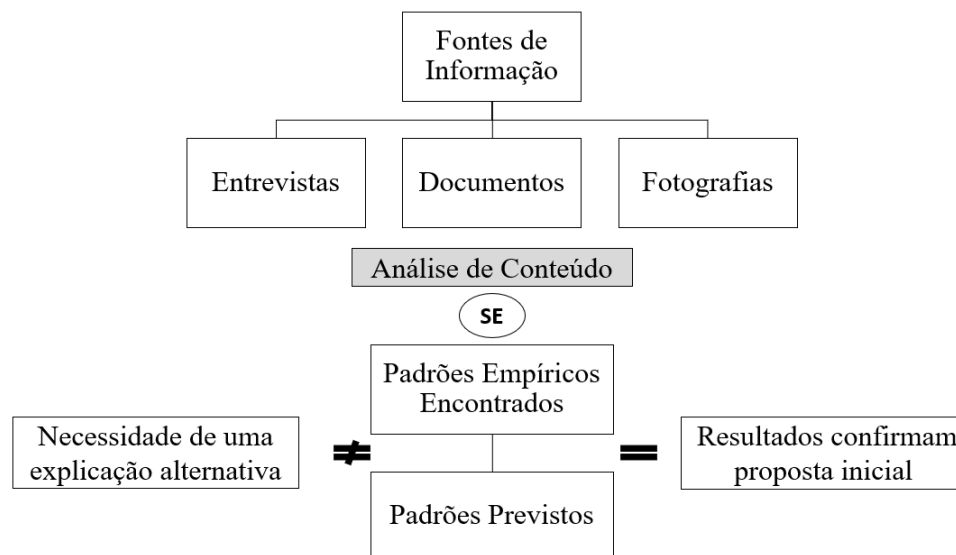
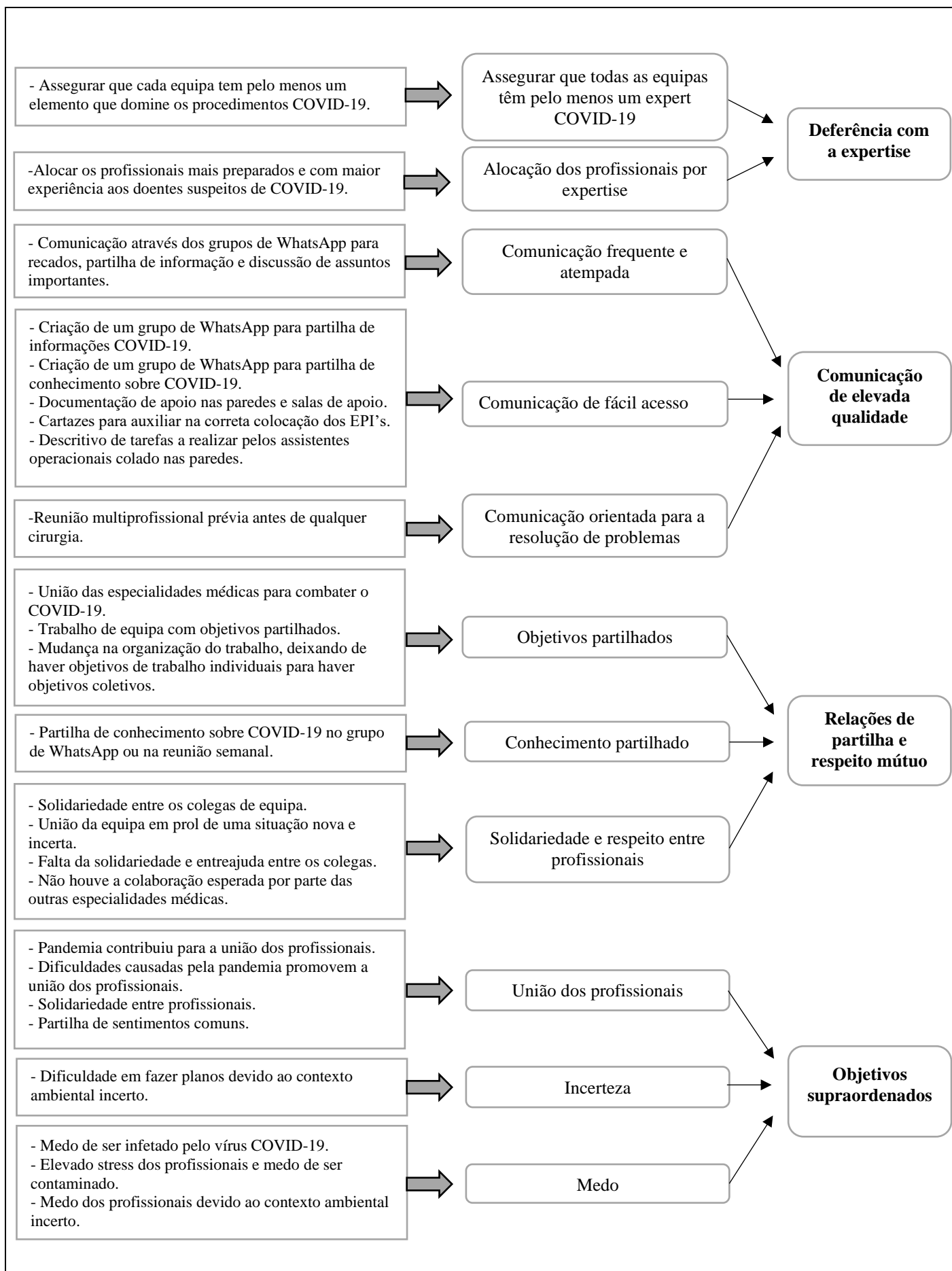


Fig.1 - Metodologia

### 3. RESULTADOS

A estrutura de dados obtida pela abordagem da análise de dados descrita na metodologia está representada na Fig.2. Para melhor compreender como surgiram os conceitos de 1ª ordem, pode encontrar no anexo A, uma tabela onde, para além de todas as categorias presentes na estrutura de dados, estão também excertos de exemplos retirados das fontes de informação utilizadas.







Os resultados apresentados de seguida oferecem uma explicação sobre quais as principais mudanças que ocorreram na gestão e organização do Hospital de Torres Vedras durante a crise pandémica. Assim, da análise de todos os dados surgiram sessenta e quatro conceitos de 1ª ordem, vinte e oito temas de 2ª ordem e onze dimensões agregadas.

### **3.1 Preocupação Com a Falha**

Os mecanismos de preocupação com a falha nem sempre funcionaram da melhor forma. Se por um lado foram elaborados diversos procedimentos com o intuito de aumentar a segurança do doente com COVID-19. Por outro lado, não houve o acompanhamento esperado da parte médica e da Comissão de Controlo de Infeções (CCI), havendo uma carência dos mecanismos de controlo dos cuidados prestados no Internamento COVID-19. “Por exemplo, se há alguma novidade a nível científico, não vêm cá ao Internamento COVID-19 verificar se estamos todos a fazer as coisas bem” (Anexo A; E-9).

### **3.2 Relutância em Simplificar Interpretações**

Os dados recolhidos revelaram que, por no início da pandemia pouco se saber sobre o vírus e sua propagação, optou-se por não negligenciar pequenos aspetos de problemas complexos. Um exemplo disso foi a criação de regras estritas para a entrada no bloco operatório, procurando não simplificar interpretações “Dividimos o bloco em 2 espaços, zona para doentes COVID-19 ou suspeitos e zona para doentes não COVID-19. Depois delineámos que todos os doentes que não tivessem teste negativo com menos de 24 horas eram doentes suspeitos. Se não conseguíssemos um teste não entrava no outro espaço, por uma questão de segurança” (Anexo A; E-11).

### **3.3 Comprometimento Com a Resiliência**

Uma das características do sistema que mais se evidenciou na análise de resultados foi o comprometimento com a resiliência. Esta pode ser explicada mais detalhadamente através dos cinco temas de 2ª ordem encontrados:

- Melhoria contínua dos processos – em muitas entrevistas são relatados diversos episódios que enfatizam a melhoria dos processos, nomeadamente, no Internamento COVID-19. Um dos episódios que melhor reflete o aperfeiçoamento dos processos é o seguinte: “Os enfermeiros preparavam a medicação dentro do Internamento Covid-19. Como eram muitos doentes, os enfermeiros estavam muitas horas com a roupa vestida e aquilo é extremamente desconfortável. Então improvisámos uma mesa (que foi sendo melhorada a pouco e pouco) e deixámos a zona de preparação da medicação que não é urgente fora do internamento. Assim, enquanto uns entravam, outros ficavam cá fora a



preparar a medicação. Conforme iam preparando iam passando para dentro, portanto reduzia o tempo de cada um estar vestido, pelo menos aquelas horas da medicação. Para além de ter deixado de ser preciso fazer quarentena dos medicamentos” (Anexo A; E-18).

- Capacidade de adaptação – muitos foram os momentos em que foi necessário haver uma capacidade de adaptação muito elevada para continuar a dar resposta aos doentes com COVID-19 da melhor forma possível. Um dos exemplos que melhor revela essa adaptação aconteceu quando se iniciou a 3ª vaga. “Nós já estávamos um bocadinho à espera de que ela não viesse. Ela caiu-nos em cima de repente e nós transformámos serviços de especialidades em serviços dedicados à COVID-19 de um dia para o outro” (Anexo A; E-22).
- Flexibilidade – até ao início desta crise pandémica, o Hospital de Torres Vedras era uma organização muito rígida e isso refletia-se, por exemplo, na grande dificuldade de fazer mudanças nos serviços e na mobilidade dos profissionais. Com o desenrolar da pandemia, as estruturas tornaram-se mais flexíveis, havendo um claro aumento da mobilidade dos profissionais entre serviços, consoante as necessidades e capacidades de ocupação dos serviços.
- Identificação de problemas, planeamento e ação em contextos incertos – a começar pelo desenvolvimento de um plano de contingência como ferramenta estratégica para responder a esta pandemia, passando pelo replaneamento das operações do hospital nas áreas de recursos humanos, atividade clínica e logística, bem como a constante criação de soluções improvisadas para responder aos problemas identificados. Todas estas ações permitiram resolver problemas e agir num contexto de grande incerteza.
- Reorganização dos espaços físicos – consoante as necessidades que foram aparecendo, o hospital foi reorganizando profundamente os seus espaços. A primeira mudança com maior impacto foi a ocupação do espaço da consulta externa pela Urgência dedicada à COVID-19. Como o hospital não podia ficar sem gabinetes de consulta, foi construído um edifício modular no parque de estacionamento. Apesar de este não suprimir todas as necessidades, permitiu criar alguns gabinetes de consulta que, de outra forma, seriam impossíveis de ter.

### **3.4 Deferência Com a Expertise**

A deferência com a expertise apesar de nem sempre ter acontecido, salientou-se em dois momentos particulares. Um primeiro, quando foi assegurado que todas as equipas tivessem, pelo menos, um expert em COVID-19 e, um segundo momento, quando foi definido nos protocolos que, sempre que possível, se deveria alocar os profissionais mais preparados e com maior experiência para prestar os cuidados de saúde aos doentes suspeitos de COVID-19.

### **3.5 Comunicação de Elevada Qualidade**

Em contextos de crise a comunicação desempenha um papel central. Talvez por isso uma das características do sistema que mais se evidenciou na análise de resultados foi a comunicação de elevada qualidade. Esta pode ser explicada mais detalhadamente através dos três temas de 2ª ordem encontrados:

- Comunicação frequente e atempada – a comunicação entre profissionais e equipas multiprofissionais foi habitualmente feita pelos grupos de WhatsApp. “Há 2 ou 3 anos atrás, nós para darmos um recado a uma equipa inteira era um sarilho. Agora com os grupos de WhatsApp, num textinho nós informamos a equipa inteira. E se a informação é para toda a gente que trabalha no serviço é escrita no grupo do serviço, se é só para os enfermeiros é escrita no grupo dos enfermeiros, e passado 10 minutos toda a gente sabe” (Anexo A; E-18). Este excerto revela como este meio de comunicação contribuiu para uma comunicação frequente e atempada.
- Comunicação de fácil acesso – o acesso à informação, tanto por via dos grupos de WhatsApp, como pela colocação de cartazes e documentação nas paredes e nas salas de apoio contribuiu para aumentar e facilitar o acesso à comunicação.
- Comunicação orientada para a resolução de problemas – um exemplo que demonstra o reforço da comunicação orientada para a resolução de problemas foi a criação de uma reunião multiprofissional prévia antes de cada cirurgia, de forma a que se pudessem definir todos os detalhes e, assim, levar apenas o material estritamente necessário para o bloco operatório.

### **3.6 Relações de Partilha e Respeito Mútuo**

Os dados analisados demonstraram que a maioria das relações se fortaleceram. Dos dados analisados sobre as relações surgiram três temas de 2ª ordem:

- **Objetivos partilhados** – o trabalho em equipa, bem como a partilha de objetivos ganhou especial relevância nos serviços de Internamento COVID-19. Um dos exemplos que melhor demonstra este fenómeno revela que existiu uma mudança na organização do trabalho, havendo uma substituição dos objetivos de trabalho individuais por objetivos coletivos. “Numa enfermaria normal trabalhamos com doentes distribuídos, ou seja, cada um de nós tem um número de doentes atribuídos. Aqui no Internamento COVID-19, quer para rentabilizar o tempo, quer o material que temos, trabalhamos à tarefa. Todos os doentes são de todos, tratamos todos da globalidade dos doentes” (Anexo A; E-16).
- **Conhecimento partilhado** – as informações e evidência científica mais recente sobre COVID-19 eram partilhadas entre toda a equipa, tanto nos grupos de WhatsApp, como nas reuniões semanais de equipa.
- **Solidariedade e respeito entre profissionais** – os dados demonstraram que existe sensações muito antagónicas sobre a solidariedade entre profissionais. Se por um lado existiu um grupo de profissionais que afirma que, enquanto tiveram no Internamento COVID-19, lembraram-se de algo que há muito tempo não sentiam, solidariedade entre os colegas; por outro lado, existiu um grupo de profissionais que revelou sentir que faltou solidariedade entre todos e que esperavam uma maior colaboração entre pares.

### **3.7 Objetivos Supraordenados**

Os dados analisados demonstraram haver um sentimento comum de insegurança e medo de ser infetado pelo vírus, causando um elevado stress nos profissionais. Este sentimento ocorreu, sobretudo, na fase inicial da pandemia e relaciona-se diretamente a outro dos temas de 2ª ordem que surgiram, o sentimento de incerteza. Todo este contexto incentivou uma maior união dos profissionais. Há inclusive um testemunho numa entrevista em que uma enfermeira diz “é como ires para uma guerra, não sabes o que é que vai acontecer e tens que te aliar aos colegas.

Foram todos 5 estrelas, tive uma relação com os colegas da Urgência COVID-19 que nunca pensei que viria a ter, uma união espetacular” (Anexo A; E-8).

### **3.8 Aprendizagem Organizacional**

A aprendizagem dentro de uma organização que atravessa um contexto ambiental incerto é fundamental para que surjam novas soluções. Dentro desta dimensão, os dados recolhidos dividiram-se em cinco temas de 2ª ordem:

- Ambiente de suporte à aprendizagem – dado o constante aparecimento de novas informações COVID, a partilha de informação entre pares foi determinante para manter todos os profissionais atualizados. Outro aspeto que contribuiu para haver um ambiente de suporte à aprendizagem foi a existência de maior mobilidade dos profissionais entre serviços, permitindo que os profissionais valorizassem as dificuldades de todos e aprendessem uns com os outros.
- Comportamentos de liderança que reforçam a aprendizagem – o exemplo que melhor demonstra esta liderança foi um grupo de enfermeiros que, com o objetivo acalmar os colegas que se encontravam em choque e com muito medo, desenvolveu uma formação sobre como utilizar corretamente os Equipamentos de Proteção Individual (EPI’s).
- Práticas e processos de aprendizagem concretos e consistentes – a velocidade e imprevisibilidade dos acontecimentos causados pela pandemia, não permitiram que as práticas e processos de aprendizagem fossem regulares e que todos os profissionais tivessem acesso aos mesmos. Desta forma, optou-se por privilegiar a formação dos assistentes operacionais, por serem um grupo com pouca formação de base e de enorme importância na manutenção dos espaços hospitalares limpos e desinfetados.
- Aprendizagem pela experiência do dia-a-dia e conhecimento partilhado – a maioria da aprendizagem durante o período da pandemia ocorreu de duas grandes formas: pela experiência do dia-a-dia e pelo conhecimento que era partilhado entre profissionais, inclusive de diferentes áreas profissionais. Numa das entrevistas uma enfermeira relata que “muitos médicos ajudaram-me e deram-me informação em termos de sintomatologia e patologia, assim como, o que é esperado em termos de emergência respiratória” (Anexo A; E-8).
- Experiências e boas práticas partilhadas entre serviços – a Urgência COVID-19 foi criada primeiro que o Internamento COVID-19. Deste modo, quando o Internamento

COVID-19 foi criado, houve muita passagem do conhecimento adquirido na Urgência COVID-19 para o Internamento COVID-19.

### **3.9 Erosão das Fronteiras Profissionais**

Os dados revelaram que existiram diversos grupos profissionais que, devido às enormes mudanças que ocorreram no hospital, realizaram tarefas que não estão dentro do espectro das suas habituais funções profissionais. Um dos exemplos relatados é de uma enfermeira que referia fazer muitas vezes a limpeza da unidade do doente “para que uma auxiliar não tivesse de se equipar toda para lavar o chão ou desinfetar uma unidade” (Anexo A; E-16).

### **3.10 Transformação Digital**

O processo de transformação digital no Hospital de Torres Vedras iniciou-se antes do início da pandemia, com o projeto CHOeste Sem Papel. Apesar do projeto estar a avançar, por causa da crise pandémica vivida e consequente necessidade de evitar a circulação de papel e pessoas, o desenvolvimento do projeto acelerou consideravelmente. Dos dados analisados surgiram dois temas de 2ª ordem:

- Evitar circuitos desnecessários – havendo um grande reforço do processo de desmaterialização já em curso.
- Serviços não presenciais– aumento acentuado do número de teleconsultas e consolidação de novas vias de comunicação com os utentes, tanto através de linhas de apoio, como do portal do utente.

### **3.11 Prestação de Cuidados de Saúde Mais Diferenciados**

O Hospital de Torres Vedras há largos anos que tem vindo a pedir autorização ao Ministério da Saúde para a construção de uma UCI, nunca esta tendo sido aprovada. Durante a presente crise, muitos doentes estiverem em estado crítico, pelo que houve a necessidade de reunir recursos humanos e materiais para prestar os cuidados possíveis de medicina intensiva aos doentes, até que estes pudessem estabilizar e serem transferidos para um hospital com UCI. Segundo a Presidente do Hospital “Isso foi muito importante para a decisão de aprovar a

construção de uma UCI aqui no CHO” (Anexo A; E-20), dado que, após o bom desempenho do hospital, a autorização para a construção de uma UCI foi aprovada pelo Ministério da Saúde.

#### 4. DISCUSSÃO

Desde o início da pandemia por COVID-19 que os hospitais portugueses sofreram enormes pressões e o Hospital de Torres Vedras não foi exceção. É importante recordar que, inicialmente, o conhecimento sobre esta doença era escasso e o número de EPI's insuficientes, tanto para os profissionais, como para os próprios doentes. O contexto incerto que este hospital viveu contribuiu para que ocorressem muitas mudanças na gestão e organização do mesmo, havendo assim a necessidade de resolver problemas de forma rápida e com base em informações que, em muitos casos, não eram suficientes para tomar uma decisão ponderada. Neste sentido, o presente estudo procurou investigar o que mudou na gestão e organização do Hospital de Torres Vedras durante a pandemia por COVID-19 e, desta forma, contribuir para a facilitação dos processos de aprendizagem dos hospitais decorrentes desta crise pandémica.

Para suportar esta investigação foram utilizadas três perspetivas que se considerou serem úteis para explicar o processo de transformação que o Hospital de Torres Vedras sofreu ao longo desta pandemia. Destas, emergiram oito dimensões, cinco da teoria das OAF's, duas da coordenação relacional e uma da aprendizagem organizacional. Após comparar as oito dimensões propostas inicialmente com as onze dimensões que emergiram da análise de dados, foi possível verificar que, das dimensões propostas, apenas a dimensão da sensibilidade às operações não foi encontrada nos resultados. Por outro lado, nos resultados obtidos, para além das sete dimensões inicialmente previstas, emergiram quatro novas dimensões. Deste modo, sugere-se que o quadro teórico utilizado para explicar as mudanças que ocorreram na organização de saúde estudada foi muito útil e relevante. No entanto, não explicou a totalidade das mudanças, havendo a necessidade de criar novas dimensões.

Sendo o COVID-19 um vírus de fácil propagação em ambiente hospitalar, a existência de mecanismos que promovam a preocupação com a falha e a resistência em simplificar interpretações, foi essencial para conter a propagação do vírus e manter a qualidade dos cuidados prestados (Sutcliffe *et al.*, 2017).

Também o comprometimento com a resiliência revelou ter um papel preponderante na gestão e organização deste hospital. A capacidade de adaptação e flexibilidade demonstrada tanto pelos profissionais, como pelos próprios serviços, permitiram resolver muitos problemas que numa organização mais rígida não seriam resolvidos. Acresce a estas características a necessidade da organização estar par-a-par com as novas informações e evidências que eram publicadas diariamente, permitindo assim transformar a informação em conhecimento e, deste modo, melhorar continuamente os seus processos (Tolk *et al.*, 2015). Apesar da organização

estar inserida num ambiente de grande incerteza, esta preocupou-se em identificar os problemas o quanto antes, planejar como poderia resolvê-los e executar esse plano (Weick & Sutcliffe, 2015). No entanto, existiram momentos em que, pelo facto das mudanças ocorrerem a uma enorme velocidade, no momento de executar o plano elaborado, os problemas e o contexto já se tinham alterado, sendo necessário replanear tudo novamente. Outro dos aspetos que salientou a resiliência da organização, foi a capacidade que esta demonstrou na reorganização dos seus espaços físicos, mesmo estando localizada num edifício muito envelhecido e sem espaço disponível para a ampliação das infraestruturas.

Um dos pontos-chave que esta investigação veio consolidar foi a importância de uma comunicação informal e de elevada qualidade, que facilite a partilha de conhecimento e resolução de problemas (Bolton et al., 2021). Glouberman e Mintzerberg (2001) afirmavam que quando uma organização é levada ao limite, um dos mecanismos de coordenação do trabalho mais importante é o ajustamento mútuo, que não é mais do que uma comunicação flexível entre pares, ou seja, uma comunicação informal. Uma das ferramentas que mais contribuiu para a comunicação informal dentro da organização foi a rede social WhatsApp que, através da possibilidade da criação de grupos de conversa, simplificou a comunicação entre profissionais e a partilha de informações de uma forma rápida e acessível a todos. Também a existência de mais reuniões multidisciplinares contribuiu para melhorar a comunicação e as relações entre profissionais, o que fortaleceu os mecanismos de coordenação dentro da organização (Bolton et al., 2021).

Os resultados obtidos nesta investigação demonstraram que as relações dos profissionais dentro da organização foram fortalecidas durante a pandemia, sobretudo nas equipas que trabalharam de forma mais direta com os doentes com COVID-19. Criaram-se grupos de profissionais muito coesos que partilhavam tarefas, objetivos e conhecimento, o que contribuiu para reforçar a união e a capacidade de aprender com os erros (Bolton et al., 2021). Como consequência, os obstáculos aos processos de coordenação do trabalho reduziram, tornando estes processos mais eficazes (Gittell, 2002). A solidariedade e o respeito entre os colegas também aumentaram. Contudo, esta solidariedade não se manifestou em todos os profissionais do hospital, uma vez que as equipas que não trabalhavam diretamente com o COVID-19 nem sempre foram solidárias com aquelas que estavam na frente de batalha.

Um dos achados mais marcante emergiu do sentimento comum de insegurança e medo vivido pelos profissionais, causado pelo receio de serem infetados pelo vírus. É importante relembrar que se vivia uma fase de enorme incerteza, onde o conhecimento sobre o vírus e suas consequências era reduzido. Este sentimento contribuiu para que houvesse maior união,



colaboração e partilha de experiências entre os profissionais, servindo de catalisador para a construção de objetivos supraordenados. Estes estão muito associados à perspectiva da coordenação relacional, em particular à partilha de conhecimento e construção de objetivos partilhados.

A aprendizagem organizacional foi uma das dimensões que mais se destacou nos resultados obtidos, estando diretamente relacionada com a perspectiva da coordenação relacional. Devido ao ambiente de incerteza que a organização vivia e à impossibilidade de num curto espaço tempo oferecer a formação necessária sobre a COVID-19 a todos os profissionais, a aprendizagem durante este período resultou, sobretudo, da partilha do conhecimento e experiências do dia-a-dia entre os diferentes profissionais e serviços. Desta forma, para que organização aprendesse foi fundamental que esta promovesse um ambiente aberto e de suporte à aprendizagem (Garvin *et al.*, 2008), sustentado numa comunicação de elevada qualidade e em relações de partilha e respeito mútuo. Segundo Bolton *et al.* (2021), relações desta natureza estão também positivamente relacionadas com a capacidade de aprender com os erros. Pela impossibilidade de nem sempre ter sido possível fazer formações, definiu-se a estratégia de priorizar a formação dos assistentes operacionais, enquanto profissionais com menos formação de base e preparação para lidar com toda a realidade deste vírus.

As mudanças no contexto organizacional trouxeram novas necessidades e, por conseguinte, novas tarefas para desempenhar. Deste modo, enfermeiros, fisioterapeutas e outros profissionais começaram a realizar tarefas que não estavam habitualmente dentro do espectro das suas funções profissionais. Outra das necessidades que apareceu foi a de estabilizar doentes críticos com recurso a técnicas de medicina intensiva, especialidade que até então, não estava presente no Hospital de Torres Vedras. O bom trabalho realizado levou a que o Ministério da Saúde autorizasse a construção de uma UCI, pedido que há largos anos vinha a ser discutido, mas até então, nunca autorizado.

Por fim, é fundamental enaltecer a transformação digital que toda a organização sofreu, não só ao nível do reforço dos processos de desmaterialização, como também do crescimento acentuado do número de teleconsultas e de outros serviços não presenciais, tais como o portal do utente e as linhas de apoio ao utente. Desta forma, foi possível continuar a dar informações e consultas, sem ser preciso que os utentes se deslocassem ao hospital. Com esta medida o hospital conseguiu continuar a prestar muitos dos serviços à distância e, simultaneamente, diminuir o risco de infeção pela COVID-19, tanto para os utentes, como para os próprios profissionais.

## **4.1 Implicações Para a Gestão**

O presente estudo de caso demonstrou que as três perspetivas que serviram como quadro teórico para esta investigação poderão ser um auxílio importante para melhorar a gestão dos hospitais em contextos incertos.

Durante a pandemia por COVID-19, o hospital em estudo demonstrou uma grande resiliência e capacidade de adaptação. Contudo, muitas das mudanças que precisaram de ser feitas, poderiam ter sido mais rápidas e fluídas na presença de um plano de contingência prévio, que servisse de guião de atuação em caso de pandemia. Desta forma, é fundamental que os hospitais no futuro tenham planos de contingência para estas situações e que os partilhem com todos os membros da organização.

Atualmente, a maioria dos hospitais portugueses ainda possui estruturas organizacionais muito rígidas. Como pudemos observar neste estudo, o facto de a organização se ter tornado mais flexível permitiu que fossem supridas mais necessidades e encontradas novas soluções. Uma das soluções, auxiliada pela transformação digital, foi a implementação de serviços não presenciais, como por exemplo a teleconsulta. Esta é uma solução que permite diminuir os custos do hospital, os custos de deslocação e, muitas vezes, é suficiente para prestar os cuidados de saúde necessários em determinados contextos.

O presente estudo reforça também a importância dos hospitais investirem mais tempo e recursos a reforçar a aprendizagem das suas organizações, tanto pela consolidação de um ambiente de suporte à aprendizagem, como pelo reforço dos seus processos de aprendizagem.

## **4.2 Limitações e Pistas de Investigação Futura**

Este estudo de caso tem importantes limitações a considerar. Desde logo, a dificuldade de replicação do mesmo. O facto de ter sido realizado apenas num hospital é um fator limitador, pois não tem uma base sólida que permita generalizar os resultados para os restantes hospitais portugueses. Desta forma, seria importante que investigações futuras pudessem realizar um estudo que incluísse uma maior amostra. Também seria vantajosa a possibilidade de realizar estudos longitudinais que permitissem captar os processos de transformação dos hospitais ao longo do tempo.

Outras das limitações presentes ocorreu na fase das entrevistas, dado que estas foram realizadas por dois entrevistadores, umas vezes em grupo e outras individualmente.

Apesar de na presente investigação ter havido a preocupação de utilizar múltiplas fontes de informação, nem sempre não foi possível fazer a triangulação entre as mesmas. Contudo, é importante salientar que sempre que possível, essa triangulação foi efetuada.

As três perspetivas utilizadas nesta investigação partem de abordagens díspares, mas é possível encontrar vários pontos de convergência. Sugiro que investigações futuras, tendo como base a conjugação dos quadros de referências destas três perspetivas, possam elaborar um modelo teórico mais alargado que contribua para melhorar o conhecimento sobre a reação das organizações a ambientes incertos.

Por último, considera-se também o viés do próprio investigador. Não obstante o dever deontológico de imparcialidade, não é possível excluir que a experiência e opiniões próprias possam ter tido algum impacto na recolha e interpretação dos dados.

## CONCLUSÃO

Em março de 2020 foi declarada a doença COVID-19 uma pandemia. Os hospitais portugueses, por serem responsáveis por prestar cuidados de saúde à população, tiveram de, num curto espaço de tempo, mudar todo o processo de organização e coordenação de trabalho, devido ao contexto ambiental incerto e imprevisível.

A investigação desenvolvida no Hospital de Torres Vedras permitiu compreender o processo de transformação do mesmo, bem como as mudanças na sua gestão e organização. A partida de uma base conceptual teórica sólida (OAF's, coordenação relacional e aprendizagem organizacional) revelou-se muito importante, mas não suficiente para explicar a totalidade da questão em estudo. Desta forma, surgiu a necessidade de complementar o quadro de referências existente, com novas dimensões.

O Hospital de Torres Vedras foi uma organização que se comportou como um sistema fiável, onde os mecanismos de coordenação de trabalho foram suportados por uma comunicação informal, relações fortes de partilha e uma aprendizagem que se destacou pela partilha de experiências e conhecimento entre os pares. Destacam-se ainda algumas dimensões não previstas na literatura, tais como os objetivos supraordenados, a prestação de cuidados de saúde mais diferenciados, a erosão das fronteiras profissionais e o processo de transformação digital.

Esta investigação pode constituir uma mais valia na compreensão dos processos de adaptação das organizações prestadoras de cuidados de saúde em ambientes incertos. Após um evento de crise é muito importante que haja um grande comprometimento com a resiliência, bem como um processo de ação e reflexão contínuo. Este ajuda a evitar a perpetuação de erros e constitui uma oportunidade de aprendizagem e melhoria. Desta forma, a resiliência da organização dependerá muito dos processos de aprendizagem organizacional e inovação que esta possui. Assim sendo é muito importante que os mesmos sejam incentivados.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Almutairi, A. F., Gardner, G. E., & McCarthy, A. (2014). Practical guidance for the use of a pattern-matching technique in case-study research: A case presentation: Pattern-matching technique. *Nursing & Health Sciences*, *16*(2), 239–244. <https://doi.org/10.1111/nhs.12096>
- Anderson-Fletcher, E., Vera, D., & Abbott, J. (2017). How mindful is your company? Lessons for organizations from the Texas Health Presbyterian Hospital Ebola crisis. *Organizational Dynamics*, *46*(4), 202–211. <https://doi.org/10.1016/j.orgdyn.2017.06.001>
- Aristidou, A., & Barrett, M. (2018). Coordinating Service Provision in Dynamic Service Settings: A Position-practice Relations Perspective. *Academy of Management Journal*, *61*(2), 685–714. <https://doi.org/10.5465/amj.2015.0310>
- Bagnara, S., Parlangei, O., & Tartaglia, R. (2010). Are hospitals becoming high reliability organizations? *Applied Ergonomics*, *41*(5), 713–718. <https://doi.org/10.1016/j.apergo.2009.12.009>
- Bolton, R., Logan, C., & Gittell, J. H. (2021). Revisiting Relational Coordination: A Systematic Review. *The Journal of Applied Behavioral Science*. <https://doi.org/10.1177/0021886321991597>
- Cantu, J., Tolk, J., Fritts, S., & Gharehyakkeh, A. (2020). High Reliability Organization (HRO) systematic literature review: Discovery of culture as a foundational hallmark. *Journal of Contingencies and Crisis Management*, *28*(4), 399–410. <https://doi.org/10.1111/1468-5973.12293>
- Carmeli, A., & Gittell, J. H. (2009). High-quality relationships, psychological safety, and learning from failures in work organizations. *Journal of Organizational Behavior*, *30*(6), 709–729. <https://doi.org/10.1002/job.565>
- Carroll, J. S. (2002). Leading organisational learning in health care. *Quality and Safety in Health Care*, *11*(1), 51–56. <https://doi.org/10.1136/qhc.11.1.51>
- Chassin, M. R., & Loeb, J. M. (2013). High-Reliability Health Care: Getting There from Here. *The Milbank Quarterly*, *91*(3), 459–490. <https://doi.org/10.1111/1468-0009.12023>

- Ebneyamini, S., & Sadeghi Moghadam, M. R. (2018). Toward Developing a Framework for Conducting Case Study Research. *International Journal of Qualitative Methods*, 17(1), 160940691881795. <https://doi.org/10.1177/1609406918817954>
- Falatah, R., & Conway, E. (2019). Linking relational coordination to nurses' job satisfaction, affective commitment and turnover intention in Saudi Arabia. *Journal of Nursing Management*, 27(4), 715–721. <https://doi.org/10.1111/jonm.12735>
- Fuszard, B. (1983). «Adhocracy» in Health Care Institutions? *The Journal of Nursing Administration*, 3(1), 14–19.
- Garvin, D. A., Edmondson, A. C., & Gino, F. (2008). Is Yours a Learning Organization? *Harvard Business Review*, 12.
- Gioia, D. A., Corley, K. G., & Hamilton, A. L. (2013). Seeking Qualitative Rigor in Inductive Research: Notes on the Gioia Methodology. *Organizational Research Methods*, 16(1), 15–31. <https://doi.org/10.1177/1094428112452151>
- Gittell, J. H. (2002). Coordinating Mechanisms in Care Provider Groups: Relational Coordination as a Mediator and Input Uncertainty as a Moderator of Performance Effects. *Management Science*, 48(11), 1408–1426. <https://doi.org/10.1287/mnsc.48.11.1408.268>
- Gittell, J. H. (2011). *New Directions for Relational Coordination Theory*. Oxford University Press. <https://doi.org/10.1093/oxfordhb/9780199734610.013.0030>
- Gittell, J. H., Godfrey, M., & Thistlethwaite, J. (2013). Interprofessional collaborative practice and relational coordination: Improving healthcare through relationships. *Journal of Interprofessional Care*, 27(3), 210–213. <https://doi.org/10.3109/13561820.2012.730564>
- Gittell, J. H., & Hajjar, L. (2019). Strengthening Patient-Centered Care in the VHA: A Relational Model of Change. *Journal of General Internal Medicine*, 34(S1), 7–10. <https://doi.org/10.1007/s11606-019-04996-7>
- Gittell, J. H., Logan, C., Cronenwett, J., Foster, T. C., Freeman, R., Godfrey, M., & Vidal, D. C. (2020). Impact of relational coordination on staff and patient outcomes in outpatient surgical clinics. *Health Care Management Review*, 45(1), 12–20. <https://doi.org/10.1097/HMR.000000000000192>

- Gittell, J. H., Seidner, R., & Wimbush, J. (2010). A Relational Model of How High-Performance Work Systems Work. *Organization Science*, 21(2), 490–506. <https://doi.org/10.1287/orsc.1090.0446>
- Glouberman, S., & Mintzberg, H. (2001). Managing the Care of Health and the Cure of Disease—Part II: Integration: *Health Care Management Review*, 26(1), 70–84. <https://doi.org/10.1097/00004010-200101000-00007>
- Harrison, M. I., & Shortell, S. M. (2020). Multi-level analysis of the learning health system: Integrating contributions from research on organizations and implementation. *Learning Health Systems*. <https://doi.org/10.1002/lrh2.10226>
- Kantamara, P., & Ractham, V. V. (2014). Single-Loop vs. Double-Loop Learning: An Obstacle Or a Success Factor For Organizational Learning. *International Journal of Education and Research*, 2(7).
- Lunenburg, F. C. (2012). Organizational Structure: Mintzberg's Framework. *International Journal Of Scholarly Academic, Intellectual Diversity*, 14(1), 1–7.
- Margherita, A., Elia, G., & Klein, M. (2021). Managing the COVID-19 emergency: A coordination framework to enhance response practices and actions. *Technological Forecasting and Social Change*, 166. <https://doi.org/10.1016/j.techfore.2021.120656>
- María Martínez-León, I., & Martínez-García, J. A. (2011). The influence of organizational structure on organizational learning. *International Journal of Manpower*, 32(5/6), 537–566. <https://doi.org/10.1108/01437721111158198>
- Mintzberg, H. (1989). The Structuring of Organizations. In: Asch D., Bowman C. (eds) *Readings in Strategic Management*, 322–352. [https://doi.org/10.1007/978-1-349-20317-8\\_23](https://doi.org/10.1007/978-1-349-20317-8_23)
- Mintzberg, H. (1980). Structure in 5's: A Synthesis of the Research on Organization Design. *Management Science*, 26(3), 322–341. <https://doi.org/10.1287/mnsc.26.3.322>
- Provost, S. M., Lanham, H. J., Leykum, L. K., McDaniel, R. R., & Pugh, J. (2015). Health care huddles: Managing complexity to achieve high reliability. *Health Care Management Review*, 40(1), 2–12. <https://doi.org/10.1097/HMR.0000000000000009>
- Romme, G., & Dillen, R. (1997). Mapping the landscape of organizational learning. *European Management Journal*, 15(1), 68–78. [https://doi.org/10.1016/S0263-2373\(96\)00075-8](https://doi.org/10.1016/S0263-2373(96)00075-8)

Sutcliffe, K. M., Paine, L., & Pronovost, P. J. (2017). Re-examining high reliability: Actively organising for safety. *BMJ Quality & Safety*, 26(3), 248–251. <https://doi.org/10.1136/bmjqs-2015-004698>

Tolk, J. N., Cantu, J., & Beruvides, M. (2015). High Reliability Organization Research: A Literature Review for Health Care. *Engineering Management Journal*, 27(4), 218–237. <https://doi.org/10.1080/10429247.2015.1105087>

Unger, J.-P., Macq, J., Bredo, F., & Boelaert, M. (2000). Through Mintzberg's glasses: A fresh look at the organization of ministries of health. *Bulletin of the World Health Organization*, 78(8), 1005–1014.

Varzim T. (2020; 11 Março). OMS declara que Covid-19 é uma pandemia. *Jornal de Negócios*. <https://www.jornaldenegocios.pt/economia/saude/detalhe/oms-declara-que-covid-19-e-uma-pandemia>

Weick, K. E., Sutcliffe K.M. (2015). *Managing the Unexpected: Sustained Performance in a Complex World* (3<sup>rd</sup> edition). Wiley.




**Anexo A – Estrutura de Dados Com Excertos Exemplificativos**

Fonte de Informação	Exemplos de Evidência	Conceitos de 1ª ordem	Temas 2ª ordem	Dimensão agregada
E-9	Não houve muito acompanhamento da parte médica nem da CCI. Por exemplo, se há alguma novidade a nível científico, não vêm cá ao internamento covid verificar se estamos todos a fazer as coisas bem.	- Carência de mecanismo de controlo dos cuidados de saúde prestados no internamento COVID-19.	Carência de mecanismos de auditoria clínica	Preocupação com a falha
D-1	Elaboração e implementação de diversos procedimentos na área da segurança do doente no contexto da pandemia por COVID-19.	- Implementação de procedimentos na área da segurança do doente aplicados ao contexto da pandemia.	Reforço da segurança dos doentes	
E-11	Dividimos o bloco em 2 espaços, zona para doentes covid ou suspeitos e zona para doentes não covid. Depois delineámos que todos os doentes que não tivessem teste negativo com menos de 24 horas eram doentes suspeitos.	- Criação de regras estritas para a entrada na zona do bloco operatório.	Não negligenciar pequenos aspetos de problemas complexos	Relutância em simplificar interpretações
E-18	Os enfermeiros preparavam a medicação dentro do Internamento COVID-19. Como eram muitos doentes, os enfermeiros estavam muitas horas com a roupa vestida e aquilo é extremamente desconfortável. Então improvisámos uma mesa (que foi sendo melhorada a pouco e pouco) e deixámos a zona de preparação da medicação que não é urgente fora do internamento. Assim, enquanto uns entravam, outros ficavam cá fora a preparar a medicação. Conforme iam preparando iam passando para dentro, portanto reduzia o tempo de cada um estar vestido, pelo menos aquelas horas da medicação. Para além de ter deixado de ser preciso fazer quarentena dos medicamentos.	- Melhoria dos processos de distribuição da medicação no internamento COVID-19.	Melhoria contínua dos processos	Comprometimento com a resiliência
E-18	Procedimentos e protocolos que foram criados em março e abril de 2020 foram sendo revistos e melhorados. Os circuitos estão sempre a ser revistos. Por exemplo para um doente COVID-19 fazer um raio-x é sempre preciso fechar o circuito, contactar a limpeza, ...; e esses protocolos estão sistematicamente a serem revistos.	- Revisão sistemática dos procedimentos, protocolos e circuitos.		
E-19	Quando a Urgência COVID-19 passou para o Internamento COVID-19, eu (diretora do Internamento COVID-19) estabeleci que o doente mais grave	- Melhoria do processo de alocação dos doentes pelo Internamento COVID-19.		

	fica no meio do corredor, porque é onde a gente tem o gabinete e está a maior parte do tempo, estamos sentados e conseguimos olhar para os doentes.			
E-7	O serviço onde é a Urgência COVID-19 nunca foi pensado para ser uma urgência. Há um esforço constante de adaptação, não querendo tirar mérito a ninguém, acho que os enfermeiros foram e são exímios em adaptar-se às condições que existem.	- Esforço exímio dos enfermeiros para se adaptarem às condições do espaço físico existente.	Capacidade de adaptação	
E-9	Nós como equipa íamos ajustando a nossa resposta no dia-a-dia. Um dia a organização do trabalho era feita de uma forma, no dia seguinte, por condicionantes externas já não era possível organizar o trabalho da mesma forma e solucionava-se outra forma.	- Ajuste da resposta e organização do trabalho diariamente.		
E-22	Quando veio a 3ª vaga, nós já estávamos um bocadinho à espera de que ela não viesse. Ela caiu-nos em cima de repente e nós transformámos serviços de especialidades em serviços dedicados à COVID-19 de um dia para o outro.	- Transformação de serviços de especialidades em serviços COVID-19 de um dia para o outro.		
E-10	Em vez do doente ir ao bloco operatório destinado a doentes COVID-19, os médicos foram ao internamento covid e fizeram a intervenção cirúrgica no quarto do senhor, fazendo do quarto do doente uma sala de bloco.	- Intervenção cirúrgica realizada dentro de um quarto do Internamento COVID-19.		
E-10	Às vezes temos roturas de stock. Por exemplo, agora não temos peneiras, mas improvisámos umas peneiras com sacos de plástico e adesivos.	- Improvisação de novas soluções de proteção individual, quando não existe o material necessário.	Flexibilidade	
E-20	Nós como não tínhamos UCI tivemos de improvisar os cuidados aos doentes críticos possíveis. Como adquirimos ventiladores e temos alguns médicos com formação, improvisámos com ventilação de alto fluxo.	- Improvisação de cuidados aos doentes críticos (mesmo sem a existência de UCI).		
E-21	Era impensável em 2019 eu chegar a um serviço e por causa da pouca ocupação do serviço dizer “amanhã preciso que 2 elementos deste serviço vão para o serviço de urgência que está cheio”. A pandemia trouxe uma lição muito importante, é que não trabalhamos sozinhos e dependemos todos uns dos outros.	- Maior mobilidade de profissionais entre serviços, consoante as necessidades.		
E-3	No início de março, quando houve o primeiro caso em Portugal, foi criado um grupo de trabalho, sendo a ideia reunirmo-nos e começarmos a criar o circuito de observação destes doentes.	- Criação de grupo multidisciplinar para planear a resposta ao COVID-19.	Identificação de problemas, planeamento e ação em contextos incertos	
E-8	Foram colocadas tendas no exterior onde as pessoas e até as ambulâncias podiam esperar sem apanhar chuva, sol ou relento, porque começou a haver reclamações.	- Criação de uma tenda no exterior para melhorar as condições de espera na Urgência.		



E-14	Uma coisa que nós sugerimos nos nossos protocolos foi que, caso tivéssemos doentes suspeitos e afins, fossem destacadas as pessoas mais preparadas e mais experientes para determinada função. Porque a pessoa que se sente mais à vontade é aquela que terá menos ansiedade em ter de desempenhar determinado papel.	-Alocar os profissionais mais preparados e com maior experiência aos doentes suspeitos de COVID-19.	Alocação dos profissionais por expertise	
E-18	Há 2 ou 3 anos atrás, nós para darmos um recado a uma equipa inteira era um sarilho. Agora com os grupos de WhatsApp, num textinho nós informamos a equipa inteira. E se a informação é para toda a gente que trabalha no serviço é escrita no grupo do serviço, se é só para os enfermeiros é escrita no grupo dos enfermeiros, e passado 10 minutos toda a gente sabe. Nós até podemos ver se a pessoa viu a mensagem.	- Comunicação através dos grupos de whatsapp para recados, partilha de informação e discussão de assuntos importantes.	Comunicação frequente e atempada	Comunicação de elevada qualidade
E-19	Criámos um grupo de WhatsApp de informações COVID-19, sempre que houvesse informações novas ou cursos online a gente punha no grupo.	- Criação de um grupo de WhatsApp para partilha de informações COVID-19.	Comunicação de fácil acesso	
E-6	A informação era muita e havia gente que às tantas deixou de ler os emails. Por isso, nós criámos um grupo de WhatsApp para os médicos de medicina irem sabendo as novidades do dia-a-dia, nomeadamente as alterações de tratamento e medicamentos que se iam fazendo.”	- Criação de um grupo de Whatsapp para partilha de conhecimento sobre o COVID-19.		
E- 11	Para não haver dúvidas existiam vários sítios com documentação escrita de apoio, nas paredes e nas salas de apoio. Realmente a nível de documentação estávamos muito bem suportados.	- Documentação de apoio nas paredes e salas de apoio.		
F-1		- Cartazes para auxiliar na correta colocação dos EPI's.		

D-3	<p style="text-align: center;"><b>Apoio para assistente operacional</b></p> <p><b>MANHA:</b></p> <p><b>- Verificar e repor materiais: na zona suja, sala de trabalho e arrecadação.</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Sacos do lixo</li> <li>- Sacos de roupa</li> <li>- Atilhos (quarto do doente e zona suja)</li> <li>- Pastilhas (quarto do doente e zona suja)</li> <li>- Detergente usos gerais.</li> </ul> <p><b>- Verificar carros de apoio deverá conter:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Atilhos, sacos pequenos para colheitas, etiquetas e uma caneta</li> </ul>	- Descritivo de tarefas a realizar pelos assistentes operacionais colado nas paredes.		
E-14	Havia uma reunião multiprofissional prévia antes de uma cirurgia para se definir o que o doente iria precisar, o que é que a anestesia ia fazer, o que era preciso a nível de medicação, que instrumentos o cirurgião precisaria, tudo ao detalhe para levarmos tudo preparado.	-Reunião multiprofissional prévia antes de qualquer cirurgia.	Comunicação orientada para a resolução de problemas	
E-2	Houve uma união das especialidades para trabalharmos juntos contra o COVID-19.	- União das especialidades médicas para combater o COVID-19		
E-8	Nas passagens de turno havia uma abertura franca no sentido de “olha, eu fui lá a esse quarto por isso deixa isso”. Chegava o final do turno, sentávamo-nos, a informação encaixava-se e corria sempre tudo bem.	- Trabalho de equipa com objetivos partilhados.		
E-16	Numa enfermaria normal trabalhamos com doentes distribuídos, ou seja, cada um de nós tem um número de doentes atribuídos. Aqui no Internamento COVID-19, quer para rentabilizar o tempo, quer o material que temos, trabalhamos à tarefa. Todos os doentes são de todos, tratamos todos da globalidade dos doentes.	- Mudança na organização do trabalho, deixando de haver objetivos de trabalho individuais para haver objetivos coletivos.	Objetivos partilhados	
E-19	Quando há um médico que lê um artigo e descobre uma nova forma de fazer determinado processo consegue comunicá-lo pelo grupo de WhatsApp ou pela nossa reunião semanal, onde também falamos dessas coisas.	- Partilha de conhecimento sobre COVID-19 no grupo de WhatsApp ou na reunião semanal.	Conhecimento partilhado	
E-3	Enquanto tive no covid lembrei uma coisa que não sentia há muito tempo, solidariedade entre os colegas de equipa.	-Solidariedade entre os colegas de equipa.		
E-13	Temos um grande trabalho de equipa. É preciso alguma coisa, posso ajudar, estás à procura do quem, vais aí que eu vou ali. Havia realmente uma união grande da equipa em prol de uma situação nova, que ninguém sabia muito bem, acho que foi muito positivo.	- União da equipa em prol de uma situação nova e incerta.	Solidariedade e respeito entre profissionais	Relações de partilha e respeito mútuo

E-4	Colegas de outros hospitais disseram-me que houve uma grande entreajuda entre os colegas e as especialidades, mas eu não concordo nada. Pelo contrário, acho que está sempre toda a gente a tentar despachar para cima do outro.	- Falta da solidariedade e entreajuda entre os colegas.			
E-6	Em termos de outras especialidades não tivemos a colaboração que estávamos à espera que existisse, mas reconheço que muita gente ajudou.	- Não houve a colaboração esperada por parte das outras especialidades médicas.			
E-6	Toda a pandemia fez todos os colegas unirem-se mais.	- Pandemia contribuiu para a união dos profissionais.	União dos profissionais	Objetivos supraordenados	
E-8	É como ires para uma guerra, não sabes o que é que vai acontecer e tens que te aliar aos colegas. Foram todos 5 estrelas, tive uma relação com os colegas da Urgência COVID-19 que nunca pensei que viria a ter, uma união espetacular.	- Dificuldades causadas pela pandemia auxiliam na união dos profissionais.			
E-8	Tivemos momentos de sentirmos mesmo que estávamos todos juntos para o mesmo e o resto não interessa.	- Solidariedade entre profissionais.			
E-11	Percebemos que ou estávamos unidos ou podia não correr muito bem. Deu para perceber que tínhamos todos as mesmas necessidades, medos, receios, dúvidas e não falar do assunto era pior. Sempre que houvesse receios ou medos, falávamos sobre as situações as vezes que fossem necessárias	- Partilha de sentimentos comuns.			
E-2	Uma coisa que o covid nos veio ensinar é que é muito difícil fazer planos. Portanto aquilo que nós estávamos habituados a ser tudo muito certinho e muito planeado, agora não é possível.	- Dificuldade em fazer planos devido ao contexto ambiental incerto.	Incerteza		
E-6	Todos tínhamos muito medo do que é que podia acontecer e de quem é que ia ser infetado com o vírus ou não.	- Medo de ser infetado pelo vírus.	Medo		
E-1	É mais a questão do stress. As pessoas têm medo obviamente, tem sobretudo medo de se contaminar.	- Elevado stress dos profissionais e medo de ser contaminado.			
E-2	Ao início foi sobretudo medo, muito medo, insegurança, não sabíamos o que vinha aí.	- Medo dos profissionais devido ao contexto ambiental incerto.			
E-16	Toda a gente estava recetiva a críticas construtivas sejam elas de que forma fossem.	- Profissionais recetivos a críticas construtivas.			
E-17	Os médicos criaram um grupo de WhatsApp onde nos incluíram enquanto secretárias e nós achamos bom porque é uma coisa que habitualmente não é feita. A diretora do serviço achou que as conversas, as opiniões que eram tidas e a partilha de informação de alguma forma podiam ser benéficas para	- Médicos incluíram as secretárias no grupo de Whatsapp para partilha de informações COVID-19			

	nós, e nós de alguma forma também podíamos partilhar alguma informação e algumas questões que tivéssemos a colocar. Aí achei que foi uma mudança de atitude da parte deles e senti que estávamos todos no mesmo barco.		Ambiente de suporte à aprendizagem	Aprendizagem organizacional
E-19	Não tivemos muito tempo para estudar, saiam as normas, alguém lia e depois passava a informação ao grupo.	- Partilha das normas COVID-19 entre os colegas.		
E-21	As pessoas estavam muito no seu serviço, conheciam o seu serviço e a sua equipa e têm de perceber que fazem parte de um grupo maior. E depois partilhavam pouco as experiências entre as equipas. Com esta maior mobilidade de enfermeiros por causa do covid, as equipas passaram a partilhar, a valorizar as dificuldades dos outros e aprender uns com os outros.	- Maior mobilidade dos profissionais entre serviços permitiu que os mesmos valorizassem mais as dificuldades dos seus pares e aprendessem uns com os outros.		
E-8	Eu e uma colega fizemos uma formação, demonstrando como colocar os EPI's em vídeo, para acalmar o pessoal que estava todo em choque.	- Enfermeiros desenvolveram e organizaram uma formação para os restantes colegas.	Comportamentos de liderança que reforçam a aprendizagem	
E-21	A formação que se fez foi maioritariamente ao nível das auxiliares. Fizemos formação sobre utilização dos EPI's, circuitos e o reforço da limpeza na desinfecção e esterilização, essencialmente isto.	-Formação foi dedicada maioritariamente aos auxiliares.	Práticas e processos de aprendizagem concretos e consistentes	
E-14	Fizemos momentos de formação, especialmente de colocação e remoção de EPI's. Fizemos isso aqui no serviço de cirurgia porque a instituição ainda não tinha preparado.	- Formação especialmente sobre colocação e remoção de EPI's.		
E-21	Em termos da prestação de cuidados aos doentes COVID-19 não houve capacidade de fazer uma formação formal. Todos foram aprendendo no dia-a-dia. A equipa multidisciplinar, médicos, enfermeiros, técnicos todos estudavam o que estava a acontecer e partilhavam a informação entre eles.	- Não houve formação formal para os profissionais de saúde sobre a prestação de cuidados para doentes COVID-19, mas houve partilha de informação.	Aprendizagem pela experiência do dia-a-dia e conhecimento partilhado	
E-19	Nós é que fomos a nossa própria formação. Quando os ventiladores chegaram a empresa que forneceu os ventiladores deu formação, mas não deu para todos. Nós fomos aprendendo entre nós.	- Alguns profissionais aprenderam a utilizar os ventiladores pela troca de conhecimento entre eles.		
E-8	Eu venho da cirurgia e não tenho a especialidade de pneumologia. Muitos médicos ajudaram-me e deram-me informação em termos de sintomatologia e patologia, assim como, o que é esperado em termos de emergência respiratória. Até os testes eles ajudaram-me a treinar.	- Médicos ensinaram alguns enfermeiros, partilhando informações relevantes sobre a COVID-19.		
E-8	Eu fazia turnos na Urgência COVID-19 e depois quando o internamento COVID-19 abriu, eu vim ajudar a organizar a abertura e acabei por trazer para cá o que se fazia bem na Urgência COVID-19.	-Passagem da aprendizagem adquirida na Urgência COVID-19 para o internamento COVID-19.	Experiências e boas práticas partilhadas entre serviços	

E-16	Foi preciso alguma ginástica! Nós próprios organizamo-nos para fazer tarefas que teoricamente não nos eram afetas, mas para rentabilização de todo o equipamento eram feitas. Por exemplo não havia qualquer problema em fazer a limpeza da unidade do doente, para que um auxiliar não tivesse de se equipar todo para lavar o chão ou desinfetar uma unidade.	- Profissionais fizeram tarefas que não estavam habitualmente dentro do espectro das suas funções profissionais.	Integração de novas tarefas não inerentes à função profissional	Erosão das fronteiras profissionais
E-5	Como o serviço de fisioterapia do hospital teve fechado durante o início da pandemia, os fisioterapeutas ficaram a medir as temperaturas e fornecer as máscaras nas entradas do hospital.	- Como o serviço de fisioterapia estava encerrado, os profissionais auxiliaram noutras tarefas necessárias na pandemia.		
D-1	Reforço do processo de desmaterialização em curso, no sentido de evitar a circulação de papel e deslocações desnecessárias.	- Evitar circulação de papel e deslocações desnecessárias.	Evitar circuitos desnecessários (documentação e pessoas)	Transformação digital
D-1	Expansão do processo de realização de consultas telefónicas sem a presença do utente, de teleconsultas e consolidação de novas vias de comunicação com os utentes (linhas de apoio e portal do utente).	- Aumento das teleconsultas e consolidação das novas vias de comunicação com os utentes.	Serviços não presenciais (teleconsultas, linhas de apoio e portal do utente)	
E-21	As teleconsultas vieram para ficar, as pessoas aderiram muito bem, tanto os profissionais como os utentes. Era um daqueles projetos que estava a andar devagarinho e que por conta da pandemia de um momento para o outro aconteceu.	- Adesão positiva dos profissionais e utentes ao aumento das teleconsultas.		
E-20	Tivemos muitos doentes a fazer alto fluxo, ou porque não conseguiam vagas nas UCI's, ou até conseguirem a vaga, acabavam por os manter e os estabilizar até à transferência. Isso foi muito importante para a decisão de aprovar a construção de uma UCI aqui no CHO.	- Estabilização de muitos doentes em estado crítico através de técnicas de medicina intensiva.	Recurso a técnicas de medicina intensiva	Prestação de cuidados de saúde mais diferenciados
D-1	Inexistência de uma UCI, o que exigiu um esforço suplementar para criar condições para doentes agudos respiratórios, com necessidades de medicina intensiva.	-Esforço suplementar para criar condições para doentes agudos respiratórios.		