

iscte

INSTITUTO
UNIVERSITÁRIO
DE LISBOA

Transformações Organizacionais com o SARS-COV2 num Centro de Saúde

Diogo Gonçalo da Silva Barros

Mestrado em Gestão de Serviços de Saúde

Orientadores:

Professora Doutora Generosa Gonçalves Simões do
Nascimento, Professora Auxiliar, ISCTE Business School

Dr.^a Eunice Isabel do Nascimento Carrapiço, Especialista em
Medicina Geral e Familiar, Diretora Executiva, Agrupamento
de Centros de Saúde Lisboa Norte

outubro, 2021



BUSINESS
SCHOOL

Departamento de Marketing, Operações e Gestão Geral

Transformações Organizacionais, com o SARS-COV2 num Centro de Saúde.

Diogo Gonçalo da Silva Barros

Mestrado em Gestão de Serviços de Saúde

Orientadores:

Professora Doutora Generosa Gonçalves Simões do Nascimento, Professora Auxiliar, ISCTE Business School

Dr.ª Eunice Isabel do Nascimento Carrapiço, Especialista em Medicina Geral e Familiar, Diretora Executiva, Agrupamento de Centros de Saúde Lisboa Norte

outubro, 2021

Agradecimentos

À Orientadora e Professora Generosa Gonçalves Simões Nascimento, que me auxiliou na elaboração da tese. Nos momentos mais difíceis, sempre teve as palavras certas para aconselhar e motivar.

Ao Professor Francisco Guilherme Nunes, na sua partilha incansável de conhecimento. Que permitiu terminar a minha tese.

À Coorientadora Eunice Carrapiço, Diretora Executiva do Aces Lisboa Norte, pela disponibilidade e pela ajuda prestada ao longo deste ano.

A todos os funcionários do Aces Lisboa Norte, que numa altura de muito trabalho e grande responsabilidade, se mostraram disponíveis para a realização deste estudo.

À minha família e especialmente ao meu irmão, por se mostrar sempre disponível para me ajudar e a rever a minha tese.

E a minha namorada, que ao longo da elaboração da tese, sempre me incentivou e apoiou e me ajudou em tudo o que necessitava, principalmente nos momentos mais depressivos e desmotivadores.

Resumo

Com esta pandemia, as organizações de saúde enfrentaram novos e inesperados desafios aos quais foi necessário dar diferentes respostas. Este estudo teve como desafio identificar as aprendizagens individuais e coletivas que se sucederam nas duas vagas de SARS-COV2, de forma a potenciar respostas fiáveis perante novas crises. Assim sendo, esta pesquisa é baseada em duas perspetivas, as organizações de alta fiabilidade que se caracterizam pela capacidade dos sistemas detetarem e de gerirem eventos inesperados; e a coordenação relacional caracterizada pelo sucesso em ambientes de elevada interdependência, incerteza e constrangimento temporal.

Neste estudo de caso foram efetuadas entrevistas semiestruturadas a vários grupos profissionais e de diferente hierarquização num centro de saúde, assim como, análise documental. Os resultados das entrevistas evidenciam que emergiram vários temas de segunda ordem, os quais foram agrupadas em três dimensões: Superação, Comunicação e Erosão Profissional. Assim, este trabalho mostrou que esta instituição de cuidados primários que passou por diversas mudanças, adquiriu capacidade de superação para enfrentar diversas adversidades, culminando na melhoria da comunicação e no trabalho em equipa.

Palavras Chave: Gestão em Saúde. Covid-19. Organizações de Alta Fiabilidade. Coordenação Relacional. Aprendizagem Organizacional.

Abstract

With this pandemic, health organizations faced new and unexpected challenges which required different responses. The challenge of this study was to identify the individual and collective learning experiences that occurred during the two waves of SARS-COV2, to enhance reliable responses to new crises. This research is based on two perspectives: highly reliable organizations characterized by the ability of systems to detect and manage unexpected events; and relational coordination characterized by success in highly interdependent, uncertain, and time-constrained environments.

In this case study, semi-structured interviews were conducted with various professional groups and different hierarchies in a health care center, as well as document analysis. The results showed that several second-order themes emerged which were grouped into three dimensions: Overcoming, Communication and Professional Erosion. This work showed that this primary care institution, that has undergone several changes, had the ability to overcome and face various adversities, culminating in improved communication and teamwork.

Key-words: Health Management. Covid-19. High Reliability Organizations. Relational Coordination. Organizational Learning.

4.1.3. Erosão Profissional	32
4.1.3.1. Novas funções	33
4.1.3.2 Alocação a outros serviços.....	33
6. Conclusões	39
Anexos	45

Índice de Quadros e Figuras

Figura 1- Fases da Análise de Conteúdo	24
Tabela 1 - Análise de Dados	26

Glossário

SNS	Sistema Nacional de Saúde
ARS	Administração Regional de Saúde
ARSLVT	Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo
ACES	Agrupamento de Centro de Saúde
OAF	Organizações de Alta Fiabilidade
URAP	Unidade de Recursos Assistenciais Partilhados
USF	Unidade de Saúde Familiar
UCC	Unidade de Cuidados na Comunidade (
UCSP	Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados
OMS	Organização Mundial de Saúde
ADR	Área Dedicada para doentes respiratórios

1. Introdução

O início do ano 2020 foi marcado pelo aparecimento e propagação de uma pandemia e Portugal não foi exceção. SARS-COV2 foi o vírus que se difundiu e criou o caos ao nível mundial, principalmente nas organizações de saúde.

Sabe-se que eventos inesperados podem ser desorganizadores. É preciso antecipação e resiliência para gerir interrupções inesperadas, uma combinação que chamamos de organização consciente (Weick & Sutcliffe, 2015). Contudo, sabe-se que estas situações podem ser ultrapassadas se todos os envolventes demonstrarem um considerável comprometimento e competência. Gerir o inesperado não é apenas um exercício de revisão, os momentos cruciais dessa experiência ocorrem quando todos os envolventes avaliam e agem de acordo com o inesperado, evitando situações fora de controlo. Esses momentos são cruciais porque podem ser solucionados de duas formas diferentes, isto é, podem ser normalizados como momentos familiares ou destacados como desconhecidos, potenciando diferentes aprendizagens. A resolução dos problemas de uma das formas apresentadas depende de como os envolvidos na tarefa organizam as atividades e agem consoante determinadas situações. (Weick & Sutcliffe, 2015).

Desde o início da pandemia de SARS-COV2, que temos presenciado uma pressão acrescida nos sistemas de saúde bem como aos seus prestadores de serviços, de tal forma que profissionais de saúde, gestores, decisores políticos, pacientes, tiveram que se adaptar a esta ameaça, sem nunca esquecendo a sua própria segurança e a segurança dos serviços. De forma que os serviços e os sistemas de saúde consigam manter as atividades críticas e prestem serviços de alta qualidade é necessário ter-se uma capacidade de adaptação e resposta aos desafios e mudanças do sistema, falamos assim de resiliência. Para tal é necessário ter a capacidade de identificar e lidar com as perturbações, de forma a termos mecanismos que permitem que os sistemas consigam restabelecer um funcionamento “normal”. Estas perturbações podem ser encaradas de duas formas, positivamente que permite a inovação e a incorporação de novas tecnologias que visam mudar e melhorar os serviços ou de uma forma negativa, como é o caso da pandemia pela qual estamos a passar com consequências significativas a curto e longo prazo. Com o mundo em rápida mudança, com novos desafios aliado a pressões económicas, pandemias e taxas contínuas de eventos adversos, as organizações de saúde procuram novas abordagens de segurança. Falamos de uma abordagem de resiliência que nos possibilita ver estes problemas a longo

prazo. Para tal, uma resposta resiliente depende da capacidade de inovação e de aprendizagem, existindo uma responsabilidade coletiva e dinâmica dos intervenientes de diferentes níveis (Wiig & O'Hara, 2021). As organizações de saúde, em geral, são ambientes complexos onde múltiplas decisões são tomadas com implicações no percurso do utente. Devido a esta complexidade, estas organizações erram e demonstram falhas nos seus processos, com implicações em vidas humanas, morbilidade, gastos evitáveis, entre outras.

Nos tempos que correm, com a epidemia de SARS-COV2, instituições de cuidados primários deparam-se com o inesperado diariamente, de tal forma que para manter a sua atividade e para conseguirem alcançar os seus objetivos, sofreram e sofrem adaptações, de modo a criar novos hábitos e rotinas de trabalho, consoante as situações que enfrentam. Todos trabalham no sentido de compreender e conceber soluções que não foram testadas ou aprendidas previamente. É considerada uma oportunidade num tempo de crise, um momento de aprendizagem, na procura de oportunidades e de reflexão dos pressupostos nas quais as organizações assentam as suas prioridades em tempos de crise, resultando na evolução e aprendizagem (Argyris & Schon, 1996). Contudo, a aprendizagem é um processo complexo nos serviços de saúde pois envolve um número elevado de rotinas e de práticas, além disso não podemos deixar de considerar a existência de múltiplos níveis de análise (indivíduos, grupos, organizações, comunidades), onde a comunicação entre eles pode ser um entrave à mesma. É crucial para a otimização do processo de aprendizagem criar momentos de reflexão individual e coletiva e recolher o conhecimento produzido nestes tempos de crise pandémica (Lima *et al.*, 2020).

Portugal tem o Serviço Nacional de Saúde (SNS) que é constituído por todos os serviços e entidades públicas prestadoras de cuidados de saúde, como é o caso dos agrupamentos de centros de saúde, estabelecimentos hospitalares e unidades locais de saúde. Os cuidados prestados por estes serviços estão divididos nas suas várias especialidades e áreas, destacando-se: os cuidados primários, os cuidados hospitalares, os cuidados continuados e os cuidados paliativos (*Serviço Nacional de Saúde*, n.d.).

É no âmbito dos cuidados de saúde primários que se desenvolve esta investigação. Os cuidados de saúde primários são uma abordagem de toda a sociedade à saúde e bem-estar, centrada nas necessidades e preferências das pessoas, famílias e comunidades. Aborda os determinantes da saúde mais vastos e incide sobre

os aspetos completos e interrelacionados da saúde física, mental e social e do bem-estar (*World Health Organization*, n.d.). Prestam cuidados completos às pessoas, de acordo com as suas necessidades de saúde durante toda a vida e não só para um conjunto de doenças específicas. Os cuidados de saúde primários asseguram que as pessoas recebem cuidados completos, desde a promoção e prevenção, ao tratamento, à reabilitação, e a cuidados paliativos (*World Health Organization*, n.d.). Ter saúde é um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não apenas a ausência de doença ou enfermidade (*World Health Organization*, n.d.).

Nesta pesquisa será analisado um centro de saúde que tem como sua tutoria a Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo (ARSLVT). Esta integra quinze agrupamentos de centros de saúde (ACES) da Região de Lisboa e Vale do Tejo e nesta investigação haverá um maior foco no ACES Lisboa Norte. O agrupamento é constituído por quatro unidades de saúde: centro de saúde de Alvalade, centro de saúde do Lumiar, centro de saúde de Benfica e centro de saúde de Sete Rios sendo este último o local onde foi realizado o processo de investigação (“Diário Da República,” 2008).

Desta forma este trabalho pretende responder a seguinte questão – “O que mudou ao nível da gestão, para se dar resposta às adversidades geradas pela epidemia do SARS-COV2?”, tendo como objetivo principal compreender os processos de aprendizagem individuais e coletivos resultantes das duas vagas da atual epidemia de SARS-COV2 e, como objetivos secundários perceber as dinâmicas de como detetar e gerir eventos inesperados, bem como perceber a abordagem organizacional que se obteve num ambiente de elevada interdependência e incerteza, ou seja entender que alterações foram surgindo desde o funcionamento, à logística do espaço, a logística dos profissionais e a interação entre os vários profissionais e departamentos. Com o propósito de potenciar respostas fiáveis perante novas crises, bem como as suas vagas subsequentes ou ameaças de outra natureza, mas também promover soluções viáveis para as situações desafiantes que ocorrem todos os dias nos nossos serviços de saúde.

A presente dissertação está organizada em quatro grandes capítulos. Começará por ser apresentada uma breve descrição da literatura relativa às organizações de alta fiabilidade (OAF) e a sua aplicabilidade nos serviços de saúde, a coordenação relacional e aprendizagem organizacional; seguida da descrição da amostra e apresentação da forma como foram recolhidos os dados e posteriormente analisados. Por fim os dados foram cuidadosamente analisados de forma a dar resposta às questões desta investigação sendo apresentadas conclusões relativas a todo o trabalho desenvolvido, bem como um resumo

do estudo, identificação de algumas limitações no decorrer do processo e recomendações para trabalhos futuros.

2. Revisão de literatura

2.1 Organizações de Alta Fiabilidade

Os seres humanos não têm a capacidade de gerir eventos inesperados, a nossa natureza e o meio onde estamos inseridos, normalmente não nos prepara para isso. Contudo, existem organizações que gerem estes eventos inesperados de forma a evitar uma catástrofe, organizações classificadas como livres de erro e de alta fiabilidade a que chamamos Organizações de Alta Fiabilidade (OAF) (designadas em inglês *high reliability organization*). Estas organizações sugerem que a complexidade torna-se mais compreensível e controlável quando se mantém o foco e a concentração nos processos que sustentam o desempenho, bem como aqueles que aumentam a eficiência. Desta forma é possível antever problemas, poupando recursos para solucionar os mesmos, sendo ainda possível extingui-los por completo quando estes são detetados numa altura precoce.

As OAF são organizações que têm uma visão, na qual há uma preocupação nos pequenos problemas, podendo estes tornarem-se grandes problemas, havendo um foco em dar respostas fortes a sinais fracos (Hintze, 2019). São instituições que têm um desempenho dependente de medidas extraordinárias de forma a manter um baixo risco em eventos disruptivos que podem levar a eventos catastróficos ou fatalidades. Operam em ambientes complexos e dinâmicos com recursos naturais limitados e com incerteza global, política e económica. Sofrem de uma pressão externa e interna contínua para prestar serviços seguros, aumentar a eficiência e a produtividade, como é o caso dos hospitais, onde existe um potencial de aumento do erro uma vez que estamos perante procedimentos complexos e tecnologia e colaboração de diversas equipas para a prestação de cuidados (Lewis, 2013).

A fiabilidade é a maior preocupação das OAF (Lewis, 2013), transportando-nos desta forma para a qualidade, qualidade que é alcançada através de reduzidas taxas de falha (Hales & Chakravorty, 2016). Para alcançar reduzidas taxas as organizações têm a capacidade de identificar sinais de alerta precoce e executar respostas para manter ou restaurar o funcionamento do sistema; prever e evitar possíveis erros futuros; e medir o desempenho em relação a objetivos de segurança.

Através da análise dos planos técnicos e de desempenho das OAF foram identificadas as seguintes prioridades: pessoal qualificado, certificado e com formação especializada, bem como a certificação das operações que é supervisionada por autoridades reguladoras

e as métricas estão centradas nos riscos. O foco destas empresas é tomar boas decisões que resultam em operações de maior qualidade, mais seguras e mais fiáveis (Lewis, 2013).

Sutcliffe, Kathleen, Weick, Karl (2001:18) referem, neste seguimento que “*A boa gestão do inesperado é uma gestão atenta do esperado*”. As organizações gerem eventos de forma a superá-los, assim o sucesso das OAF é conseguido através dos esforços usados de uma forma “*mindfulness*”, ou seja, inteligente, atenta e ativa, de modo individual e coletivo. Quando estamos perante uma organização *mindful* estamos perante uma organização sensível às falhas, mas também sensível à variedade e às descrições e ações que apontam ou escondem essa variedade (Weick & Sutcliffe, 2015). *Mindfulness* são práticas que encorajam altos níveis de alerta na tarefa, promovem o entendimento entre todos e de que forma as suas ações contribuem para a melhoria do desempenho. Estas práticas são feitas essencialmente através de três atividades: o uso de meditação, a vontade de resolver objetivamente os problemas, usando soluções específicas, e o uso do tempo para comunicar com todos sobre o problema (Hales & Chakravorty, 2016). Em organizações *mindfull* não existe foco só na compreensão clara e nas ameaças emergentes, mas também nos fatores que interferem na compreensão das mesmas. Despendem o seu tempo a examinar o fracasso, a resistir ao impulso de simplificar os pressupostos sobre o mundo, a observar as operações e os seus efeitos, a desenvolver resiliência para gerir eventos inesperados, bem como a localizar os conhecimentos locais e a criar um clima de deferência para com esses peritos (Weick & Sutcliffe 2001). Um exemplo da necessidade de um estado *mindfulness* são as organizações que se encontram na América Latina, onde existe uma instabilidade no sistema político e nos mercados, ou seja, onde é imperativo uma atenção constante para detetar problemas que possam ter um impacto negativo de forma a se dar uma resposta rápida e adequada, promovendo uma cultura de mais segurança (Ogliastri & Zúñiga, 2016).

Para além do estado *mindfulness* estas organizações funcionam perante cinco pressupostos: 1) preocupação com a falha, 2) relutância em simplificar, 3) sensibilidade às operações, 4) compromisso com a resiliência e 5) deferência com a *expertise*. Destacam-se por serem organizações com “quase-falhas” (*near misses*), existindo um pensamento no qual o sucesso significa que o inesperado ainda não aconteceu, percebem que os erros e a surpresa são difíceis de prever e muitas vezes inevitáveis, passando a maior parte do tempo a atenuar o impacto de um evento e até

mesmo a impedir que tal aconteça. Existe um foco nos pontos de falha, aumentando desta forma a vigilância, combatendo a inércia, procurando identificar erros e a desenvolver processos para prevenir erros (preocupação com a falha). As OAF passam menos tempo a explicar as anomalias existindo um esforço em reconhecer os sinais fracos do incidente. Existe um desencorajamento na aplicação de formulários ou soluções de "melhores práticas" para problemas, sem que se tenha em consideração o contexto único do problema (relutância em simplificar). Este tipo de instituições fomenta uma cultura de partilha do conhecimento, um encorajamento para a partilha de informação, o maior erro é assumir que outros sabem o que "eu" sei. O conhecimento é poder e ainda mais quando é partilhado. Normalmente quando surgem problemas estes são encarados como "normais", ou seja, ocorre uma normalização do problema ao ponto de deixar de ser considerada anomalia, sendo considerado ponto cego no panorama geral. Haver um reduzido número de trabalhadores que o supervisor supervisiona é também uma das formas para que exista uma sensibilidade às operações. Existe uma compreensão do ambiente e da envolvência onde as organizações estão inseridas, sabem ainda que este não é livre de erro, contudo não permitem que os erros impeçam de alcançar os seus objetivos, transformando desta forma os fracassos em oportunidades de aprendizagem. Os erros apenas se tornam num problema quando são repetidos consecutivamente, sendo sinal de que a aprendizagem não está a ocorrer (compromisso com a resiliência). A tomada de decisão de um evento é tomada pelo indivíduo com maior conhecimento, de modo a melhorar a fiabilidade, e não pelo superior hierárquico. Nem sempre o indivíduo superior hierarquicamente pode estar presente aquando o evento ocorre, ou pode não possuir os conhecimentos necessários, existindo assim um desencorajamento às classificações formais (deferência com a *expertise*) (Hales & Chakravorty, 2016; Hintze, 2019).

Os serviços de saúde e as OAF operam perante o mesmo objetivo, o de existir um equilíbrio entre segurança e produção, em ambientes de incerteza e de alto risco. Contudo nos serviços de saúde existem imensos relatos de erros médicos, que acabam por vezes por ter um desfecho sem retorno. Karalis e Barbery (2006) referem que num serviço hospitalar da Austrália, como consequência dos erros médicos, foram gastos 1.2 biliões de dólares por ano, bem como nos Estados Unidos da América onde foi estimado que um terço das mortes devem-se a erros médicos. Desta forma é importante que estas organizações tenham a capacidade de adaptar os princípios das OAF, no qual o foco destes é a segurança relativamente ao desempenho e na qual impera um ambiente

propenso à detenção precoce e antecipada de forma a prevenir consequências catastróficas, melhorando a segurança e qualidade dos cuidados.

Lewis (2013), também defende que existem cinco processos que caracterizam as OAF: preocupação com a falha, relutância em simplificar, sensibilidade das operações, resiliência e a deferência com a *expertise*. Estes processos diminuem “pontos cegos”, havendo maior consciência para os detalhes e uma maior capacidade de descobrir erros. Todavia é sugerido que além destes processos nas OAF existem oito atributos que caracterizam estas instituições, estando divididos em dois grupos: o grupo das propriedades organizacionais (onde estão inseridos a estrutura reguladora, os requisitos do pessoal especializado, a priorização da segurança e o financiamento) e o grupo da estrutura organizacional (caraterizada pela formação, competências técnicas, programa de melhoramento e estruturas de tomada de decisão). A comunicação e a confiança são os indicadores de sucesso das OAF, resultando num impacto positivo nas organizações, uma vez que aumenta a comunicação aberta, a confiança organizacional e a liderança. Importa ainda referir que a coesão dos grupos de trabalho e a satisfação com as recompensas sociais aumentam, resultando na satisfação devido às recompensas internas, à abertura e à aceitação da mudança, bem como na participação ativa no processo de mudança.

2.2 Coordenação Relacional

Para se alcançarem os resultados desejados numa organização, nos dias de hoje, o processo é complexo, o trabalho em volta do mesmo está cada vez mais especializado e interdependente, sendo necessário que exista uma coordenação entre os vários fatores (funções, disciplinas, organizações e sectores) (Bolton., 2021).

Nas diversas áreas de trabalho é observável a importância da coordenação. No caso da indústria, as pressões para a produção “*just-in-time*” exigem a coordenação em cadeias de fornecimento amplamente distribuídas. No setor de serviços, as interfaces virtuais requerem novas formas de coordenação entre os fornecedores e os seus clientes. Na educação, os modelos de aprendizagem requerem uma maior coordenação entre educadores, pessoal escolar e pessoal dos serviços sociais para responder às necessidades individuais dos estudantes. Nos cuidados de saúde e sociais além da coordenação necessária para alcançar os resultados de saúde desejados em ambientes cirúrgicos e de

internamento, é também necessária a coordenação entre as múltiplas carreiras profissionais para a prestação de cuidados e também entre organizações (Bolton., 2021).

Atualmente, entrámos num paradigma de fazer mais com pouco e o setor da saúde, não é exceção à regra. Este setor está ainda sujeito a uma pressão acrescida, uma vez que tem de cumprir três objetivos: custos baixos, alta qualidade nos tratamentos e melhorar a saúde da população envolvente. Desta forma para alcançar padrões de referência de qualidade com alguma responsabilidade financeira, e dado ao facto do custo dos cuidados prestados à população, é necessário melhorar a efetividade da gestão dos cuidados primários, melhorando desta forma o desempenho das organizações prestadoras de cuidados. Contudo, este tipo de mudanças organizacionais requerem comunicação e coordenação entre as partes envolvidas, salientando que muitas das tarefas nestas organizações são interdependentes. Como exemplos temos o caso da gestão de cuidados de doentes com doenças crónicas (diabetes e/ou doenças cardíacas), que está dependente da sua identificação, implementação de novos processos de cuidados e fluxos de trabalho por médicos, enfermeiros e outros envolvidos nos programas; comunicação e coordenação de serviços de cuidados de saúde entre os membros da equipa de cuidados de saúde dos pacientes, e envolvimento ativo dos pacientes na manutenção da sua própria saúde (Rundall ., 2016).

No início dos anos 90, através de um estudo de voos da indústria aérea, foi desenvolvida a teoria da coordenação relacional, que propôs que através de relações com objetivos partilhados, conhecimento partilhado e respeito mútuo resultaria num apoio a uma comunicação frequente, oportuna, precisa e resolutive de problemas e vice-versa, permitindo haver coordenação eficaz da tarefa. Foi defendido que a coordenação pode ser reforçada através de uma estrutura transversal a todos, aumentando a atenção de todos para um todo, reduzindo o pensamento em silos. Assim a obtenção de resultados desejados, especialmente quando o trabalho é altamente interdependente, incerto ou sensível ao tempo pode ser alcançado através de redes fortes de coordenação relacional (Bolton., 2021).

A coordenação relacional torna-se particularmente relevante em organizações de saúde como é o exemplo dos cuidados paliativos, que são caracterizados por elevados níveis de interdependência de tarefas, incerteza e restrição de tempo (Tingvold & Munkejord, 2021). Da mesma forma que existe um novo desafio para os gestores dos cuidados paliativos da Noruega, uma vez que para desempenhar a função de enfermeira auxiliar não há exigência de nenhum requisito, o que faz com que exista a necessidade

dos gestores coordenarem equipas compostas, por trabalhadores com diferentes antecedentes e competências. A utilização da coordenação relacional em ambientes com independências e limitações de tempo como este promove uma coordenação eficaz na sua atividade (Rundall., 2016).

Em ambientes com elevados níveis de interdependência de tarefas, incerteza e restrição de tempo a coordenação relacional torna-se relevante. Uma tarefa com uma baixa interdependência, significa que não existe uma discussão/reunião entre os trabalhadores antes de executarem uma tarefa de forma autónoma. Por outro lado, uma tarefa com uma elevada taxa de interdependência exige a necessidade de uma comunicação e uma colaboração entre as várias partes envolvidas, com o intuito de a completar. Quando a incerteza é elevada temos que ter em consideração as mudanças que afetam o nosso trabalho, mas também o trabalho dos outros. Em contraste, perante a incerteza diminuta o processo de trabalho pode ser planeado e há pouca ou nenhuma necessidade de coordenar esforços para alterar as condições. Por fim, as restrições de tempo apenas vão evidenciar a interdependência e a incerteza, colocando à prova o sistema e a sua capacidade de resposta (Tingvold & Munkejord, 2021). As organizações que têm uma forma tradicional de coordenação, são organizações que reforçam o pensamento em silos, onde existem fortes laços dentro das funções, mas fracos entre funções. Em contrapartida, uma organização que fomenta a coordenação relacional, é considerada uma organização com o foco na coesão e na consciência. Assim, neste tipo de organização é possível encontrar indivíduos com capacidade de trabalhar em equipa, sistemas de recompensas baseados no desempenho em equipa, locais pró-ativos para resolução de conflitos, protocolos de trabalho que abrangem fronteiras funcionais e projetos de trabalho que apresentam fronteiras flexíveis entre áreas de especialização. Os mecanismos formais de coordenação, como a supervisão, rotinas e a programação, tornam-se cada vez menos eficazes dado ao facto de haver uma limitação na sua capacidade de processamento de informação (Romero, 2014). As interações e as relações entre os indivíduos envolvidos na tarefa tornam-se fundamentais para a coordenação do trabalho e conseqüentemente para a melhoria do desempenho (Rundall., 2016).

Desta forma existe um desenvolvimento de sistemas de trabalho de alto desempenho que reforçam a capacidade dos funcionários gerirem o seu próprio trabalho e as suas interfaces e ligações da coordenação relacional nos processos de trabalho, promovendo resultados como a qualidade, a eficiência, satisfação do cliente, resiliência e bem-estar. Concretamente na área da saúde a coordenação relacional está correlacionada com

aumento da qualidade, menor duração da estadia, maior satisfação do paciente, satisfação e resiliência do pessoal, bem como melhores resultados clínicos. E ainda o aumento da saúde mental, reduzindo assim a ameaça de identidade e a perda de prestígio na aprendizagem de novas competências ou novo cargo, aumentando ainda mais o potencial de aprendizagem e inovação (Bolton., 2021).

Importa referir que a teoria da coordenação relacional assenta em três componentes principais: a coordenação relacional, as estruturas transversais e os *outcomes* obtidos. A coordenação relacional é definida como o processo de comunicação e a relação que se reforça mutuamente com o objetivo de integração na tarefa. Esta inclui várias dimensões específicas através do qual permite a que todos os *Stakeholders* coordenem o seu trabalho. A partilha de objetivos promovendo a motivação, a partilha do conhecimento sobre como as suas tarefas e as tarefas dos outros contribuem para o todo, o respeito pelo trabalho dos outros incentivando as partes interessadas a valorizar as contribuições dos outros e considerar o impacto das suas ações são métodos importantes que definem esta teoria. De salientar que é fundamental reforçar a relação com uma comunicação frequente, oportuna, precisa e de resolução de problemas, resultando desta forma numa coordenação mais eficaz no trabalho. Em contraste, a existência de relações de baixa qualidade espera-se que tenham o efeito contrário, minando a qualidade da comunicação e dificultando a capacidade das partes interessadas de coordenar eficazmente o seu trabalho. A segunda componente, as estruturas transversais, são definidas como sendo o suporte da coordenação relacional, estando dependente do desenho das estruturas organizacionais. Por norma a coordenação de departamentos está dependente das ligações pessoais, contudo a coordenação será melhor quando existe integração desta nas estruturas através de práticas de recursos humanos e mecanismos de coordenação. As práticas de recursos humanos como a seleção, formação, responsabilização e recompensas podem ser concebidas para se ligarem entre funções, aumentando assim a atenção ao todo e ajudando as partes interessadas a gerir melhor a sua interdependência, contudo tradicionalmente as práticas de recursos humanos tendem a dividir os intervenientes com diferentes funções impedindo o desenvolvimento da coordenação relacional. Por fim, o último componente desta teoria - os resultados específicos - referem que fortalecendo a coordenação relacional as tarefas são geridas de forma mais harmoniosa, com menos lapsos, erros e atrasos, aumentando assim a qualidade e eficácia. Além disso, é sabido que a coordenação relacional proporciona aprendizagem e inovação, da mesma forma que se sabe que existe envolvimento das partes interessadas, baseada numa comunicação atempada e na resolução

de problemas, mais facilmente serão implementadas as oportunidades identificadas (Bolton., 2021).

Gittell (2013) afirma que esta teoria torna visível as interações humanas e os processos sociais que estão por detrás da coordenação de trabalhos altamente complexos, onde ocorre uma gestão das tarefas e pessoas interdependentes. Esta é constituída por três dimensões específicas de relação que suportam a coordenação e o desempenho: os objetivos partilhados, a partilha de conhecimento e o respeito mútuo. Estas dimensões são reforçadas e reforçam dimensões específicas de comunicação: frequência, qualidade, precisão e, quando surgem problemas, um enfoque na resolução de problemas em vez de culpas. Estas dimensões não se focam na relação pessoal de cada indivíduo, mas sim na ligação que cada indivíduo desempenha no cenário em que estão envolvidos, ou seja, são baseados no papel que cada um desempenha no trabalho.

Uma instituição caracterizada por uma elevada coordenação relacional é uma instituição onde existe uma ligação das várias partes envolvidas que se relacionam pelos mesmos objetivos, pela partilha de conhecimento e respeito mútuo, independentemente de terem ou não fortes laços pessoais. Esta coordenação resulta na capacidade de existir uma permutabilidade dos funcionários sem que haja perda de ritmo, além disso a longo prazo a instituição será mais robusta às mudanças do pessoal. Desta forma a coordenação relacional apenas é possível através da comunicação de qualidade e precisa, bem como através das relações de qualidade entre os vários intervenientes. Especialistas da área de comunicação, afirmam que uma comunicação frequente e de qualidade promove a base para relações de confiança e respeito. Contudo, há quem defenda o caminho inverso, ou seja, as fortes relações constituem a base para uma comunicação eficaz. Assim, podemos afirmar que existe uma relação direta e proporcional entre a relação e a comunicação, quanto melhor forem as relações melhor será a comunicação e vice-versa, permitindo que haja de forma eficaz uma coordenação do trabalho de todas as partes envolvidas. Por outras palavras, uma instituição que tenha em prática as três dimensões da relação irá conseguir motivar toda a equipa e ir mais além dos objetivos inicialmente estabelecidos e, desta forma a equipa trabalhará em relação ao processo de trabalho global (objetivos partilhados); irá promover que todos tenham consciência de como as suas tarefas e as dos outros contribuem para o processo global (partilha de conhecimento); e irá existir uma valorização na contribuição entre todos, permitindo que todos tenham consciência do impacto das suas ações nos outros (respeito mútuo). Estas dimensões reforçam e são reforçadas por uma comunicação frequente, precisa e de natureza de resolução de

problemas da comunicação, permitindo coordenar eficazmente os processos de trabalho em que estão envolvidos. As relações de baixa qualidade têm o efeito oposto, minando a comunicação e dificultando a capacidade dos envolvidos coordenarem eficazmente o seu trabalho. Por exemplo, quando os intervenientes não respeitam ou se sentem desrespeitados por outros que estão envolvidos no mesmo processo de trabalho tendem a evitar a comunicação, e até mesmo o contacto visual, uns com os outros. Os intervenientes que não partilham um conjunto de objetivos para o processo de trabalho têm maior probabilidade de se envolverem em culpas em vez de resolverem problemas uns com os outros quando estes ocorrem. Finalmente, os participantes que não estão ligados uns aos outros através do conhecimento partilhado do processo de trabalho são menos capazes de se envolverem em comunicação atempada uns com os outros - não compreendem o que os outros estão a fazer suficientemente bem para antecipar a urgência de lhes comunicar determinada informação (Romero, 2014).

A base da teoria da coordenação relacional assenta na existência de uma ação coletiva coordenada e para que isso aconteça são necessários alicerces como o do relacionamento e da comunicação. O pilar do relacionamento é composto por três dimensões: 1) partilha de conhecimento/compreensão (quando todas as partes envolvidas percebem de que forma as suas tarefas estão interligadas às tarefas de outros. Nesta dimensão é possível saber o impacto de cada um dos envolventes e quem é que vai ter esse impacto na mudança, sendo possível desta forma que todos os envolvidos tenham conhecimento da mudança.); 2) os objetivos partilhados (ter objetivos partilhados irá criar laços entre os participantes, promovendo uma compreensão mais fácil das novas informações, de forma a desenvolver respostas aceites por todos com a finalidade de concluir o trabalho e continuando a promover a partilha dos objetivos.); 3) respeito mútuo (para uma coordenação eficaz o respeito mútuo é imperativo, principalmente quando estamos a abordar trabalhos altamente interdependentes. O respeito pela competência cria fortes laços entre todos promovendo uma coordenação mais eficaz, enquanto o desrespeito irá provocar a divisão e quebras na comunicação.) No pilar da comunicação são propostas quatro dimensões: 1) a frequência (comunicação frequente - ajuda a construir relações através da familiaridade, estas relações apoiam as dimensões de relacionamento); 2) a oportunidade (comunicação atempada - uma comunicação atrasada pode provocar um atraso na tomada de decisões ou na prestação de serviços, ou em erros derivado à ausência de informação.); 3) a exatidão (comunicação precisa - diminui a probabilidade de erros e atrasos nos trabalhos.); e 4) resolução de problemas (comunicação como resolução de

problemas – é necessário a integração de conhecimentos e experiência de pessoas com diferentes perspectivas sobre o problema, diferentes antecedentes disciplinares, experiências de trabalho e bases de conhecimentos organizacionais. Quando a comunicação entre os participantes se concentra na resolução de problemas, a probabilidade de resolver o problema aumenta e o valor que os membros da organização trazem para o ambiente de trabalho torna-se mais evidente). As dimensões de comunicação são fundamentais para uma coordenação eficaz principalmente em tarefas com graus de dificuldade superiores (Rundall., 2016).

2.3 Aprendizagem Organizacional

A aprendizagem organizacional ocorre quando as organizações modificam os seus modelos de trabalho, regras ou conhecimento, de forma a manter ou a improvisar atividade. Assim, a aprendizagem organizacional é considerada muito importante para que as instituições consigam funcionar em situações inesperadas, de forma a dar uma resposta mais rápida e efetiva, quando comparados com outras instituições/organizações. Esta aprendizagem resulta em novos conhecimentos, pois estamos perante uma envolvente que está em constante e dinâmica mudança. Desta forma para se compreender o processo de aprendizagem é necessário compreender os processos de aprendizagem individual. Para além disso é necessário ir além dos conjuntos de processos de aprendizagem individual, é necessário a interação entre indivíduos da organização, interação entre organizações como entidade e a interação entre a organização no seu contexto. Contudo temos assistido ao impedimento deste processo dado ao facto de não existir algo concreto sobre a implementação do mesmo, tornando-se difícil implementar as recomendações dadas, havendo dificuldade dos gestores em identificar os passos necessários para a implementação do mesmo. Para além de que muitas vezes este conceito é dirigido aos CEO's e aos executivos de topo e não aos gestores de departamentos e unidades mais pequenas. Por fim, a inexistência de ferramentas e normas de avaliação (Garvin ., 2008).

Os seres humanos foram programados naturalmente para aprender, mas as organizações não, e algumas aprendizagens são inibidas por tradições inerentes à instituição ou dirigentes que insistem em realizar ou tomar decisões consoante as suas próprias opiniões. A maior parte da aprendizagem que acontece nas organizações é local, entre indivíduos ou grupos que lidam com os constrangimentos e com os custos de lidar

com o sistema. As organizações aprendem criando oportunidades de fluxo de informação e criação de conhecimento utilizando uma vasta gama de mecanismos de aprendizagem, tais como revisões de ação, auditorias, investigações de problemas, avaliações de desempenho, simulação e avaliação comparativa. Alguns destes mecanismos de aprendizagem estão incorporados nas rotinas de trabalho, uma vez que existe *feedback* verbal e não verbal entre todos. Outra forma de aprendizagem pode ser realizada pelos participantes após a realização de uma tarefa, ou por auditores ou investigadores externos que reportam as suas observações e percepções. A inovação e aprendizagem organizacional estão relacionadas entre si, uma vez que inovar representa em si uma forma de aprendizagem. O conhecimento do trabalhador é parte importante, pois este conhecimento influencia métodos de trabalho, bem como a tomada de decisões. Organizações que apresentam um maior número de empregados altamente qualificados e diversificados têm uma maior probabilidade de inovar, através das suas formações e experiências distintas, resultando num compromisso maior com a empresa, sendo que este compromisso deve-se ao facto de ocorrer uma envolvimento de todos os membros da organização devido à partilha de conhecimento e de experiências (Vuković ., 2018).

Esta aprendizagem é mais eficaz através da partilha e divulgação da mesma, e é sabido que quando se torna uma rotina ajuda a alcançar os objetivos propostos. As rotinas são processos que evoluem com o tempo através da aquisição de experiência por parte dos indivíduos e da partilha das melhores práticas, sendo que estas podem ser simples, havendo uma só pessoa responsável pela mesma, enquanto outras podem requerer uma ação coordenada de vários intervenientes (Carroll & Edmondson, 2002).

A aprendizagem organizacional a um nível macro promove o desempenho organizacional e a um nível micro possibilita a criação de mecanismos de correspondência entre os recursos e as competências adquiridas, minimizando o tempo e os custos. Estimulando ainda os gestores a melhorar a aprendizagem através de formação, seminários, reuniões semanais, trabalho de equipa e tarefas de colaboração para articular a sua missão, visão e objetivos. Permite assim às instituições adaptarem-se nas mudanças ambientais (Shodiya & Ojenike, 2021).

Para além disso a aprendizagem organizacional tem um impacto na sustentabilidade das organizações uma vez que este conceito permite a participação dos colaboradores, proporciona um clima de aprendizagem, o desenvolvimento sistemático, a experimentação constante e os sistemas de recompensa da aprendizagem. Desta forma a sustentabilidade é assim alcançada pela mudança dos processos internos, da

aprendizagem organizacional e da mentalidade dos colaboradores. Este conceito multifacetado permite à organização desempenhar um papel facilitador e de unidade de aprendizagem. Sendo que esta aprendizagem está dependente de três fatores: 1) os processos de aprendizagem (ocorrem quando é fomentada a construção de um ambiente de apoio propício à aprendizagem, sendo que estes podem ser distribuídos de acordo com o nível de apoio a que operam: individual, contextual ou relacional.); 2) as práticas empresariais (agrupada de acordo com o foco nas práticas empresariais: individual, estrutural ou em rede); 3) liderança de aprendizagem (dimensão que fornece o apoio aos processos de aprendizagem, através do reforço e encorajamento nas dimensões anteriores). Por outras palavras os gestores e os diretores têm um papel fundamental na criação de condições para aprendizagem organizacional (Battistella ., 2020).

Desta forma um ambiente que suporte a aprendizagem será um ambiente com quatro características distintas: 1) segurança psicológica (um ambiente onde é proporcionado que os trabalhadores envolvidos se sintam à vontade para expressar os seus pensamentos sobre o trabalho a ser desenvolvido, e não se sintam menosprezados quando discordam de colegas ou fazem questões ingénuas); 2) apreciação das diferenças (o reconhecimento do valor de perspetivas diferentes e de visões alternativas do mundo); 3) abertura para novas ideias (corrigir erros e resolver problemas não é aprender, é necessário criar abordagens inovadoras, deve haver o encorajamento aos colaboradores para que corram riscos e explorem o desconhecido.); 4) tempo de reflexão (pessoas que estão demasiado ocupadas ou sobrecarregadas com prazos e pressões de programação, perdem a capacidade de pensar de forma analítica e criativa, sendo que este tipo de ambientes permite tempo para uma pausa e encorajam uma revisão ponderada dos processos da organização). A aprendizagem é feita através de vários processos, desde a experimentação, passando pela recolha de informação, à sua interpretação e por fim à sua disseminação. De forma que estes processos tenham maior impacto esta informação e o conhecimento deve ser partilhado de forma sistemática e clara. Esta partilha pode acontecer entre indivíduos, grupos ou organizações inteiras e mover-se lateralmente ou verticalmente dentro de uma empresa. Estes processos concretos asseguram que a informação essencial se desloca rápida e eficientemente para aqueles que necessitam. Por fim, importa salientar que a aprendizagem está dependente dos seus líderes, ou seja, o comportamento do líder tem influência na aprendizagem organizacional. Um líder que fomente o debate e o diálogo ativo com os seus funcionários vai influenciar de forma direta o encorajamento à aprendizagem, da mesma forma que um líder ao demonstrar a

possibilidade de pontos de vista alternativos irá encorajar os seus funcionários a sugerirem novas ideias (Garvin ., 2008).

O setor da saúde que é um dos sectores que está severamente afetado, dado ao facto: da existência de um menor número de colocados em enfermagem, maiores pressões financeiras, horários de trabalho mais longos, e menos apoios e recursos que resultam em erros médicos graves. Contudo existem sinais de inovação, de criatividade e liderança através de três ideias: 1) as organizações de cuidados de saúde podem melhorar a qualidade e outros resultados, reforçando a capacidade para a aprendizagem organizacional; 2) aprendizagem organizacional requer liderança de executivos, gestores de linha e líderes de redes informais em todas as organizações; 3) os líderes são mais eficazes quando têm uma visão ampla das interdependências entre indivíduos, equipas, fluxos de tarefas, sistemas e significados culturais (Carroll & Edmondson, 2002).

Em suma, saber lidar com o inesperado é uma missão árdua, uma vez que estamos perante um mundo mais complexo, dinâmico e incerto. Contudo, as OAF são um exemplo a seguir de como lidar com eventos adversos e inesperados, existindo foco e concentração nos processos de trabalho de forma a antever problemas. Para tal estas instituições necessitam de estar num estado de *mindfulness*, isto é, estas organizações estão constantemente de forma ativa, atentas à falha preocupando-se que exista uma comunicação e o entendimento entre todas as partes de forma a que todos contribuam para o desempenho da organização (Weick & Sutcliffe, 2015). São assim organizações que têm uma atividade constante na vigilância, procurando identificar e desenvolver processos para prevenir os erros, não perdendo tempo a simplificar as explicações de determinado problema, aproveitando a oportunidade das “quase” falhas como processo de aprendizagem. Perante uma adversidade a mentalidade é de preservar o funcionamento e rapidamente recuperar do sucedido. Por fim, ao contrário de muitas instituições a tomada de decisões é tomada pela pessoa com mais conhecimento e experiência que, por vezes não é a pessoa hierarquicamente superior (Hales & Chakravorty, 2016; Hintze, 2019). Porém, para o sucesso das OAF é necessário que haja uma comunicação aberta, uma confiança organizacional e uma liderança, sendo imprescindível que haja uma coordenação (Lewis, 2013). E tal como sabemos, da mesma forma que o mundo está mais complexo dinâmico e incerto, os processos de trabalho estão da mesma forma mais complexos, mais especializados e independentes (Bolton., 2021). Assim, é necessário desenvolver uma coordenação que se baseie na ligação que cada indivíduo tem com o papel que desempenha através da partilha de objetivos, na partilha de conhecimento e no

respeito mútuo, e que esta seja reforçada através de uma comunicação frequente, precisa, com qualidade, com enfoque na resolução de problemas (Romero, 2014; Rundall., 2016).

Desta forma a aprendizagem organizacional está inerente à adaptação das instituições aos princípios das OAF, bem como da coordenação relacional, uma vez que é necessária interação entre indivíduos da organização, interação entre organizações como entidade e a interação entre a organização no seu contexto. Este processo de aprendizagem muitas vezes é possível com a criação de novos fluxos de informação e criação de novos fluxos de conhecimento, que vai permitir uma envolvimento de todos dado ao facto de haver uma partilha de conhecimento e de experiências (Battistella., 2020; Carroll & Edmondson, 2002).

Assim, aprendizagem organizacional vai permitir o desenvolvimento na inovação originando respostas mais rápidas e efetivas (Garvin., 2008).

3. Metodologia

3.1. Método

A metodologia desta pesquisa é de carácter qualitativa, recorrendo a um estudo de caso. Este tipo metodologia permite-nos dar ênfase às palavras ao invés de quantificar a recolha e análise dos dados (Weick & Sutcliffe, 2015). Neste tipo de investigação, os dados recolhidos são designados por qualitativos, ou seja, são ricos em fenómenos descritivos relativamente a pessoas, locais e conversas, sendo de complexo tratamento estatístico. As questões a investigar não se estabelecem mediante operacionalização de variáveis, mas antes formuladas com o objetivo de estudar fenómenos com toda a sua complexidade em contexto natural (Bogdan & Bilken, 1994).

O estudo de caso permite-nos estudar o objeto no seu contexto real, utilizando múltiplas fontes de evidência (qualitativas e quantitativas) e enquadra-se numa lógica de construção de conhecimento, incorporando a subjetividade do investigador. Poderá ser uma estratégia poderosa quando o contexto é complexo e quando entrecruza um conjunto complexo de variáveis (Meirinhos & Osório, 2010). Os estudos de caso são o método predileto no qual o investigador tem pouco controlo sobre os acontecimentos e no qual o foco da investigação é sobre um fenómeno dentro de um contexto de vida real pretendo responder às questões que comecem por “como” e “porquê”(Yin, 2009).

3.2. Caracterização da organização

O ACES Lisboa Norte encontra-se localizado na região da grande Lisboa e é composto pela a Direção Executiva, esta é composta pela Diretora Executiva, o presidente do Concelho Clínico, uma médica de saúde pública, uma enfermeira e uma psicóloga clínica, sendo estes três últimos elementos denominados de vogais. A Direção Executiva deste agrupamento desempenha as suas funções em conjunto com a Unidade de Apoio à Gestão, o Gabinete do Cidadão e o Conselho Clínico. Importa salientar que segundo o portal do Serviço Nacional de Saúde (*Serviço Nacional de Saúde, BI-CSP*, n.d.) neste agrupamento colaboram, na totalidade, cento e sessenta e três médicos (163), cento e sessenta e um enfermeiros (161), cento e vinte e nove secretários clínicos (129), quarenta internos (40) e outros setenta e um profissionais (71), que dão resposta a cerca de duzentos e quarenta mil cidadãos, segundo resultados preliminares do Censur 2021 (*Instituto*

Nacional de Estatística, n.d.). O agrupamento abrange a população de oito freguesias do concelho de Lisboa: Alvalade, Avenidas Novas, Campolide, Carnide, Lumiar, Benfica, S. Domingos de Benfica e Santa Clara. Em janeiro de 2013, este agrupamento integrou o Centro de Saúde Coração de Jesus e com esta integração passou a incluir alguns residentes na freguesia de Santo António (inscritos com Médico de família atribuído). É constituído por quatro unidades de saúde: Centro de Saúde de Alvalade, Centro de Saúde do Lumiar, Centro de Saúde de Benfica e Centro de Saúde de Sete Rios. De referir que, é neste último que se encontra instalada a equipa da Direção Executiva deste agrupamento e, por conseguinte, foi o local em que desenvolvi a elaboração deste projeto.

No que diz respeito às unidades funcionais que formam este agrupamento existem cinco: URAP (Unidade de Recursos Assistenciais Partilhados), USF (Unidade de Saúde Familiar), UCC (Unidade de Cuidados na Comunidade), USP (Unidade de Saúde Pública) e UCSP (Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados). É importante destacar que nem todas as unidades funcionais são unidades de saúde, ou seja, existem apenas três unidades de saúde que são as USF, UCC e UCSP. A caracterização detalhada destas unidades encontra-se sistematizada no anexo A.

Assim esta instituição caracteriza-se por ser uma burocracia profissional, ou seja, depende do conhecimento dos seus colaboradores para realizar as suas atividades e oferecer serviços, constituindo uma tomada de decisão incremental e emergente. Este modelo de trabalho foca nas competências profissionais e é indicado para organizações que necessitam, obrigatoriamente, de comportamentos, talentos e habilidades específicas para que o trabalho seja realizado com eficácia (Unger., 2000). No modelo de burocracia profissional é essencial conhecer a equipa e as suas competências, de forma a encontrar colaboradores que melhor se encaixam nas funções cruciais da organização, fazendo com que as suas competências estabeleçam uma vantagem competitiva interessante (Lunenburg, 2012).

3.4. Técnicas de Recolha Dados

As técnicas de recolha de dados utilizadas nesta investigação foram a entrevista e a análise documental, que neste caso foram fotografias e alguns depoimentos em diários, jornais e *sites*.

A entrevista é considerada uma das fontes de informação mais importantes e essenciais nos estudos de caso (Yin, 2005). As entrevistas semiestruturadas não pressupõem uma especificação verbal ou escrita do tipo de perguntas a formular, nem necessariamente, da ordem de formulação (Vázquez & Ângulo, 2003). A vantagem do uso de entrevistas semiestruturadas é de que estas não limitam o ponto de vista do entrevistado. Assim, a entrevista semiestruturada não segue uma ordem pré-estabelecida na formulação das perguntas, havendo uma maior flexibilidade para colocar essas questões no momento mais apropriado, mediante as respostas do entrevistado (Flick 2004).

A seleção dos entrevistados foi realizada tendo em conta a seleção de diferentes especialidades e de grupos profissionais, diferentes níveis de responsabilidade e coordenação, bem como diferentes níveis hierarquização.

No final da seleção, foram enviados e-mails para todos de modo agendar a realização das entrevistas individualmente. A estrutura da entrevista foi igual para todos os entrevistados, sendo que o guião (Anexo B) foi preparado de modo a ser possível no decorrer de cada entrevista explorar a perceção e a opinião de cada um, com o objetivo de obtermos de informações relativamente as características e dinâmicas em detetar e gerir eventos inesperados, bem como perceber abordagem organizacional que se obteve num ambiente de elevada interdependência, incerteza e constrangimento temporal, como foram as duas vagas que enfrentámos da epidemia de SARS-COV2. Assim, importa referir que não foi só analisada a resposta individual de cada um, mas também a forma como cada equipa respondeu à pandemia, havendo um foco relativamente às transformações/adaptações no que concerne ao modo de deteção e resposta, bem como os modos de comunicação.

Das doze pessoas convocadas e convidadas a fazerem parte da amostra desta investigação, apenas uma não compareceu à entrevista, e no qual não obtivemos qualquer resposta da parte da mesma. Assim, importa salientar que amostra foi composta por onze entrevistas.

Estas entrevistas foram realizadas no decorrer dos meses de Março e de Abril de 2021, através da plataforma ZOOM, à exceção de uma entrevista que foi realizada presencialmente e gravada. Estas tiveram uma duração entre os dez minutos e os quarenta minutos. Como foi referido, os onze entrevistados desempenhavam diferentes funções na organização, entre eles três eram membros do concelho clínico e saúde, quatro coordenadores, duas técnicas, um médico e uma enfermeira.

No final da realização das entrevistas esta procedeu-se à sua transcrição, as quais se encontram no anexo C.

3.5. Técnicas de tratamento de dados

A análise de conteúdo é um método de análise de mensagens de comunicação escritas, verbais ou visuais. Permite ao investigador testar questões teóricas para melhorar a compreensão dos dados através da desfragmentação das palavras em menos categorias relacionadas com o conteúdo. Esta análise pode ser feita com dados qualitativos ou quantitativos, podendo ser feita de forma indutiva ou dedutiva, dependendo do objetivo do estudo. Neste estudo o método utilizado foi um método indutivo uma vez que passámos de dados específicos para dados gerais, de modo que casos particulares sejam observados e depois combinados num todo maior. Neste caso específico a análise das entrevistas será feita através da análise de conteúdo, uma vez que esta foca o assunto e o contexto, dando ênfase às diferenças e semelhanças entre códigos e categorias (Graneheim & Lundman, 2004).

Na análise de conteúdo (Figura1), é exigida uma fase de preparação que passa por seleccionar a unidade de análise, sendo que as unidades de análise mais adequadas são entrevistas ou protocolos de observação. Neste estudo a unidade de análise foram onze entrevistas, bem como documentos, fotografias e alguns depoimentos em diários, jornais e *sites*. Após a seleção da unidade de análise, passámos para o processo analítico, no qual houve um empenho em dar sentido aos dados e analisando “o que se passou”, tentando obter um sentido de forma agrupada. Desta forma os dados foram lidos inúmeras vezes, sendo necessário estar familiarizado com os dados que dispõem, de forma a ser possível formalizar uma perspectiva ou teoria. No final da fase de preparação o passo seguinte foi de organizar os dados qualitativos através de codificação aberta, de seguida a criação de categorias e por fim a abstração (Elo & Kyngäs, 2008).

Entende-se como codificação aberta as notas e os títulos escritos no texto enquanto este é lido. Os dados foram novamente lidos e foram formulados os títulos necessários para descrever todos os aspetos do conteúdo. As rúbricas foram assim recolhidas das margens em folhas de codificação e as categorias foram geradas livremente nesta fase. Após a codificação aberta, as listas de categorias foram agrupadas em títulos mais abrangentes. O objetivo passa por, através da interpretação, agrupar os dados que contêm informação semelhante em categorias de forma agrupá-los de forma mais abrangente. O

objetivo de criar categorias é fornecer um meio de descrever o fenómeno e aumentar a compreensão. Para finalizar este processo, chegamos à fase de abstração, ou seja, formular uma descrição geral do tema de investigação através de categorias geradoras. Cada categoria é gerada através de palavras que caracterizam o conteúdo. Desta forma as subcategorias com episódios e acontecimentos semelhantes são agrupadas como categorias e as categorias são agrupadas como categorias principais (Elo & Kyngäs, 2008).

Após esta primeira abordagem, optou-se por dar continuidade à análise dos resultados através da metodologia proposta por Gioia (2013). Esta abordagem baseia-se na leitura das respostas dadas pelos entrevistados e é onde são geradas as categorias iniciais, a que chamamos categorias de primeira ordem. De seguida procurou-se encontrar semelhanças e diferenças entre as diversas categorias com o intuito de reduzir o número de categorias. O objetivo foi agrupá-las em grupos distintos e designando-se por categorias de segunda ordem. Por fim, estas as categorias vão permitir gerar temas de investigação e desta forma obter as dimensões agregadas, caracterizadas por serem o nível mais alto de abstração (Gioia., 2013). Os resultados obtidos por esta metodologia encontram-se na tabela 1 e anexo 4.

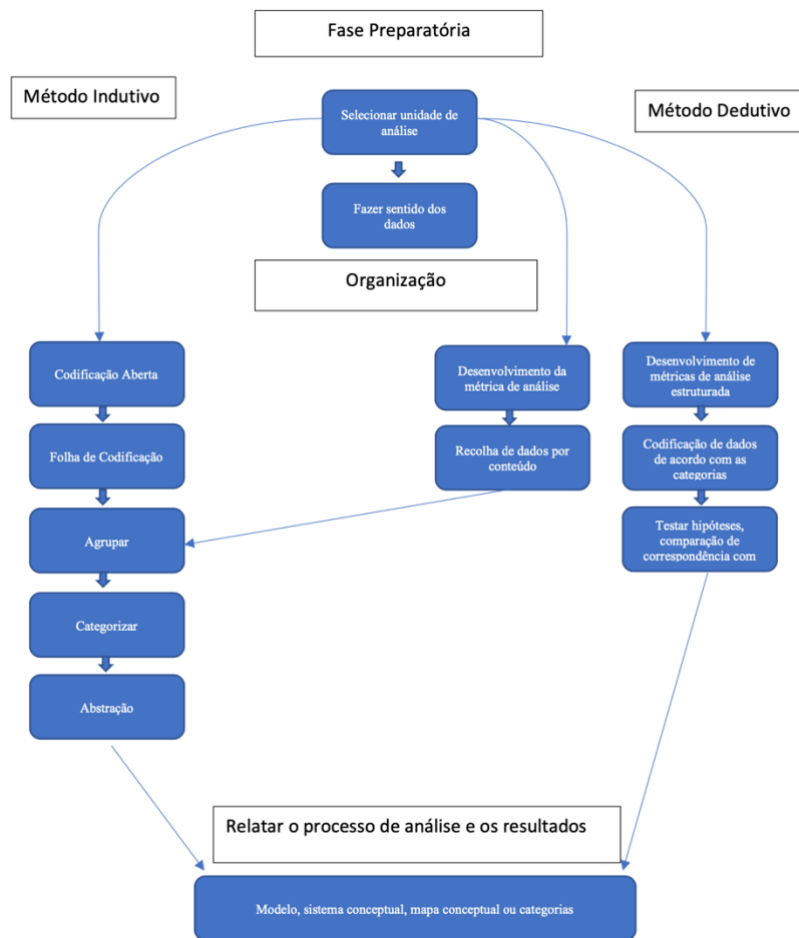


Figura 1- Fases da Análise de Conteúdo

Fonte - Elo, S., & Kyngäs, H. (2008). The qualitative content analysis process. *Journal of Advanced Nursing*, 62(1), 107–115. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2007.04569.x>

4. Resultados

4.1. Resultados

Da análise das histórias contadas, nas onze entrevistas aos profissionais do centro de saúde e da análise documental, emergiram dez conceitos de 2ª ordem (Tabela 1; Anexo 4), das quais ficaram agrupadas em três dimensões agregadas que refletem o conteúdo subjacente. A dimensão agregada “Superação” descreve o conteúdo dos conceitos de 2ª ordem: capacidade de resiliência, mudança no *modus operandis*, adaptações no espaço físico e escassez de material. A dimensão agregada “Comunicação” descreve o conteúdo dos conceitos de 2ª ordem: respeito mútuo, novos fluxos de comunicação, trabalho em equipa e tipos de comunicação. Por fim, a última dimensão agregada “Erosão Profissional” descreve o conteúdo dos conceitos de 2ª ordem: novas funções e alocação a outros serviços.

Conceito de 1º Ordem	Conceito de 2ª Ordem	Dimensão Agregada
<ul style="list-style-type: none"> • Resposta às necessidades globais das pessoas e dos serviços no combate à pandemia • Adaptação constante dos planos de contingência de acordo com a nova informação que ia saindo. • Reformulação constante do plano delineado para ajudar a saúde pública. • Adversidades sentidas no uso dos EPI's • Adaptação ao funcionamento da ADR. • A pressão sentida por esta altura, bem como o excesso de trabalho que tiveram 	Capacidade de Resiliência	Superação
<ul style="list-style-type: none"> • Mudar o modo de funcionamento do apoio da psicologia • Inovação no processo de atendimento de consultas • Adaptação do tempo de consulta de forma a dar resposta as necessidades • Adaptação dos horários dos médicos • Resposta as necessidades • Reformulação dos serviços do centro de Saúde • Nova forma de funcionamento na marcação das consultas médicas • Necessidade de dar resposta a pandemia • Alteração das prioridades • Inovação no atendimento médico • Reformulação das atividades dos profissionais da URAP 	Mudança no <i>modus operandi</i>	
<ul style="list-style-type: none"> • Adaptação do espaço físico • Reformulação do espaço físico de acordo com as necessidades • Adaptação do espaço físico • Novos Circuitos de entrada e saída dos profissionais e colaboradores • Restruturação dos gabinetes 	Adaptações ao espaço físico	

<ul style="list-style-type: none"> • Estratégia adotada face à falta de equipamento • Estratégia de forma a controlar os gastos de equipamento • Solução mais viável, face a necessidade sentida na altura 	Escassez de Recursos Materiais	
<ul style="list-style-type: none"> • Trabalho desenvolvido em união da equipa de psicologia para a saúde pública • Interajuda e realocação de tarefas • Houve uma reorganização do trabalho, de forma a haver uma resposta como um todo. • Desenvolvimento de trabalho em equipa com outras unidades do Aces 	Trabalho em Equipa	Comunicação
<ul style="list-style-type: none"> • Planeamento pensado num todo 	Respeito Mútuo	
<ul style="list-style-type: none"> • Utilização mais frequente dos meios de comunicação • Utilização de novas ferramentas de comunicação • Utilização frequente do email por parte de todos • Integração de uma comunicação que chegasse a todos • Uma nova abordagem de comunicação com os utentes • Novas vias de comunicação entre os colaboradores • Uso de uma nova ferramenta de comunicação • Utilização de uma nova ferramenta tecnológica 	Novos Fluxos de comunicação	
<ul style="list-style-type: none"> • Comunicação frequente • Comunicação resolutive de problemas • Comunicação mais efetiva e rápida com os utentes 	Tipo de Comunicação: Frequente; Rigorosa; Atempada; Precisa; Resolutiva de Problemas	
<ul style="list-style-type: none"> • Acumulação de funções dos enfermeiros nas visitas domiciliárias • Aquisição de novas funções para um cargo que previamente não existia • Profissionais que ao longo da pandemia foram adquirindo novas funções • Face ao impedimento de realizar as suas tarefas, ajudou na questão do TRACE Covid 	Novas Funções	Erosão Profissional
<ul style="list-style-type: none"> • Aquisição de outros enfermeiros ao serviço de saúde pública, dado ao facto da necessidade do mesmo. • Alocação de vários profissionais à unidade de saúde pública • Alocação de 4 enfermeiras de saúde comunitária na vigilância • URAP alocada a saúde pública 	Alocação a outros serviços	

Tabela 1 - Análise de Dados

4.1.1. Superação

Os dados revelam-nos a capacidade que a instituição e os seus colaboradores, tiveram em superar as adversidades num tempo incerto e em constante mudança, de forma a dar a melhor resposta às necessidades da instituição. A resposta dada às adversidades, foi dada tanto de uma forma coletiva como individual, sendo adotadas diferentes estratégias, consoante a necessidade sentida no momento.

4.1.1.1. Capacidade de resiliência

É perceptível em várias passagens, a capacidade e a vontade de dar resposta às várias adversidades num evento inesperado. O tempo não estava a favor dos profissionais, o medo começava a imperar no ceio da instituição, o desconhecimento reinava e novas normas eram lançadas todos os dias. Contudo era necessário dar uma resposta ao nível das necessidades sentidas de dia para dia.

“(...) É preciso estarmos a altura e fazer qualquer coisa que dê resposta às necessidades globais das pessoas e dos serviços no combate à pandemia (...)”

“(...) todas as semanas tínhamos que reajustar o plano porque havia novas informações havia novas medidas novas estratégias (...)”

“(...) Criamos logo a primeira resposta (...) reformulou-se e fizemos outra, outra medida (...) vamos arranjar outra estratégia (...) Então reformulamos novamente o plano (...)”

“(...) ADR fomos nos adaptando, pronto, no princípio ninguém sabia muito bem o que era isto (...) fomos nos adaptando (...)”

No que toca à forma de dar resposta foi possível verificar que houve a necessidade de alguns profissionais utilizarem novos equipamentos de proteção nas suas atividades, tornando assim o desempenho das funções mais difícil, sendo notáveis as consequências a médio prazo. Da mesma forma foi também notável que deixou de existir um horário laboral “normal” devido às necessidades acrescidas.

“(...) tínhamos de usar óculos e uma viseira (...) perdíamos 80% da visão (...) tínhamos que usar lanternas para escrever, para ler etiquetas, a lista de pessoas... (...) Falta de visão, altas temperaturas (...) e com uma sensação de falta de ar. Depois de tirar o EPI parecia que ficávamos com muito sono, com cansaço enorme, enorme! (...)”

“(...) houve um aumento de horas extraordinárias (...) foi preciso trabalhar para além do horário normal de trabalho (...) Fizemos muito mais horas extraordinárias, para dar resposta às atividades (...)”

4.1.1.2. Mudança no *modus operandi*

Numa fase inicial, a maior preocupação foi dar resposta às necessidades da epidemia, contudo percebeu-se que o centro de saúde não poderia continuar apenas focado nessas necessidades. É descrito que encerrar totalmente os serviços do centro de saúde traria consequências irreversíveis a longo prazo. Desta forma foi perceptível que em vários serviços foi planeado e foi alterado o modo de funcionamento/atuação com o objetivo de garantir que os serviços do centro de saúde continuassem a dar resposta as necessidades não SARS-COV2.

“(...) transformar o apoio psicológico no apoio à distância (...)”

“(...) Primeiro fazer uma espécie de triagem telefónica para ter um critério de acordo com a pessoa (...) Então decidimos fazer consultas de 40 minutos intercalo com consultas à distância. Portanto passámos a intercalar o presencial com o não presencial (...)”

“(...) Todas as intervenções foram direcionadas para a pandemia (...) só os doentes que precisassem mesmo de tratamento de lesões ou injetáveis é que tinham esse tipo de tratamentos (...)”

“(...) houve necessidade de reforçar o obrigatório no serviço dos programas, nomeadamente na saúde infantil, nas idades chaves (...) Tentámos, pelo menos, nas idades chaves e das consultas chaves da gravidez (...)”

“(...) outros programas nomeadamente a diabetes, a hipertensão são situações que em princípio, na maior parte dos doentes estão controlados (...) se pode fazer um contacto indireto, e, portanto, um telefonema ou uma vídeo-consulta(...)”

4.1.1.3. Adaptações ao espaço físico

Com a epidemia de SARS-COV2, ficou evidente pelos nossos entrevistados que houve uma necessidade de reestruturação do espaço físico, através de novos circuitos, alocação de serviços, adaptação de gabinetes e até mesmo uma nova construção, tornando o centro de saúde um lugar seguro, livre de possíveis contágios e que possibilitasse dar resposta às necessidades mínimas.

“(...) houve houve várias diferenças em termos de adaptação físicas claro. (...) houve as adaptações de proteção, os vidros, os acrílicos todos nas bancadas, o distanciamento, ordem nas cadeiras, não estar amontoado (...)”

“(...) no 1ª andar, tínhamos atendimento só para as pessoas em sintomatologia respiratória (...). sito numa primeira fase, logo a seguir uma nova organização, precisámos de umas instalações propriamente ditas para atender estes utentes. (...) ADR (...) Área Dedicada a Utentes com Sintomas Respiratórios (...)”

“(...) o rastreio de retinopatia diabética localiza-se lá me baixo no piso 1 e na sala de atendimento complementar e portanto a primeira coisa que fizemos foi mudar para o piso 2 (...) para os utentes diabéticos que são um grupo de risco não ficarem na mesma sala que os doentes respiratórios (...)”

“(...) fizemos um circuito, fechámos portas, abrimos portas (...) fizeram-se obras, criaram-se uma zona só para doentes Covid (...) com circuitos complementarmente separados para não haver contaminação (...)”

“(...) então o ACES começou a organizar a fazer uma estruturação nas obras nestes gabinetes por forma a equipá-los, para o futuro para que estas consultas pudessem ser retomadas em segurança (...)”

4.1.1.4. Escassez de recursos materiais

A escassez de material foi uma das maiores dificuldades sentidas ao longo deste processo, mas apesar dessas dificuldades, foram delineadas estratégias de forma a superá-las.

“(...) além da falta de motoristas, também faltava o quê? O Carro! (...) procurei a carrinha mais velha (...) já tínhamos a carrinha, pronto! Agora faltava o quê? O motorista! (...) eu voluntariei-me e o motorista fui eu (...) Por exemplo, precisávamos de caixas plásticas para meter muitas coisas, para organizar, precisávamos de tesouras, precisávamos de papel para colocar nos tubos de colheitas e depois fecharmos, precisávamos de muitas coisas pequeninas e verdadeiramente, a solução sabes qual foi? O cartão continente, porque eu tinha pontos no cartão continente e então íamos ao continente e usávamos esses pontos, e comprávamos as tesouras (...)”

“(...) das coisas que nos preocupa eram aos equipamentos de proteção individual (...) tinham que assinar quantas levantavam para tentarmos (...) que não houvesse o açambarcamento (...)”

“(...) alguns de nós conseguimos ter telefones. De resto os outros como houve aquela campanha das operadoras que os profissionais tinham não sei quantos minutos, eles ofereciam não sei quantos, foi com esses minutos que através dos seus telefones pessoais se fizeram os contactos (...)”

4.1.2. Comunicação

A comunicação foi um dos elementos importantes perante esta pandemia, sendo perceptível pelas entrevistas que foi uma área que inevitavelmente ocorreram muitas mudanças. Houve assim várias formas de comunicação que mudaram, desde logo a adoção de novas formas de comunicar que facilitaram a comunicação entre todos elementos da equipa mas também entre elementos de outras equipas, resultando num trabalho inter e multidisciplinar. Ainda assim a alteração da comunicação promoveu o esforço de todas as partes, resultando numa resposta coletiva.

4.1.2.1 Trabalho em Equipa

Foi descrito pelos entrevistados que uma das consequências indiretas da pandemia foi a promoção e a valorização do trabalho em equipa. A preocupação com um todo é perceptível e desta forma provocou uma interceção entre membros da mesma equipa mas também com outras equipas.

“(...) Vamos criar um plano de colaboração estreita com a unidade de saúde pública. E foi o que fizemos, os psicólogos, decidimos participar (...)”

“(...) não interessa onde é que a pessoa estava inscrita, interessava era dar resposta (...) criamos micro-equipas de resposta a um conjunto de pessoas independentemente do local de inscrição (...)”

“(...) o que aconteceu foi muito mais um trabalho de equipa e gestão (...) deixou de ser a minha lista e passou a ser a lista de utentes do centro de saúde (...)”

“(...) houve uma resposta de um agrupamento com a partilha de todas unidades (...) foram confrontadas com uma situação de todos em conjunto dar uma resposta (...)”

“(...) O facto de estarmos a trabalhar em muitas atividades do ACES acabamos por conhecer muitos mais elementos das outras unidades e isso também vai facilitar o trabalho em equipa (...)”

4.1.2.2. Respeito mútuo

É sugestivo pelas entrevistas que os planeamentos de resposta a esta pandemia foram tomados em conjunto, tendo em consideração todos os elementos da equipa. As respostas iam ao encontro das necessidades do grupo.

“(...) planeamento teve que ser pensado em conjunto, a atenção pelos outros e pelas necessidades de cada um individual, também foi tida em consideração porque as pessoas sentiam-se que estavam no mesmo barco e que tinham que se preparar para o que vinha e se ajudarem e se entre-ajudarem uns aos outros (...) refletir um bocadinho no comportamento mais de grupo do que aquele individuo (...)”

4.1.2.3. Novos fluxos de comunicação

Foi mencionado por vários entrevistados um aumento da utilização de ferramentas tecnológicas para a comunicação, sendo que algumas delas acabaram por ser novas naquela organização.

“(...) a grande maioria utiliza quer o sei email profissional (...)”

“(..) mudou muito a forma sobretudo em termos tecnológicos, de chegar aos doentes, o fazer contactos telefónicos (...)”

“(...) utilizamos os vários métodos zoom, WhatsApp (...) por tanto não era habitual nós comunicarmos desta forma não é? (...)”

“(...) Do ponto vista da comunicação também foi uma aposta ganha, havia apenas com a direção executiva e nos estabelecemos mensais com os concelhos técnicos para além da reunião dos coordenadores (...) nos temos reuniões mensais também do concelho clínico e saúde com os concelhos técnicos chegando a mais gente das várias equipas (...)”

Para além destas ferramentas de comunicação ficou perceptível que determinadas equipas começaram a dar uso a uma nova ferramenta tecnológica que permitiu novas partilhas e novas formas de trabalho.

“(...) Esta drive partilhada (...) conseguimos também passar as pastas os documentos partilhados (...) Foi ótimo as pessoas aderirem à drive (...)”

4.1.2.4. Tipos de Comunicação: Frequente; Rigorosa; Atempada; Precisa; Resolutiva

O modo como os vários intervenientes comunicaram fica evidente que foi diferente, percebe-se que se comunicou mais e de forma eficiente, que se estendeu a todos, quer para os utentes, quer para todos os níveis de hierarquia que pertencem à organização. Uma comunicação centrada em dar soluções e resposta às necessidades sentidas de dia para dia.

“(...) passámos a comunicar melhor, quer ele quer os doentes e passaram os filhos, os netos, a comunicar (...)”

“(...) Do ponto vista da comunicação também foi uma aposta ganha, havia apenas com a direção executiva e nos estabelecemos mensais com os concelhos técnicos para além da reunião dos coordenadores (...) nos temos reuniões mensais também do concelho clínico e saúde com os concelhos técnicos chegando a mais gente das várias equipas (...)”

“(...) houve mais frequências das reuniões (...)”

“(...) eu acho que fomos muito mais eficientes. Muito mais eficientes. A primeira questão perdeu-se o institucionalismo e a comunicação foi para resolver questões (...)”

4.1.3. Erosão Profissional

É reportado por parte dos entrevistados que devido à escassez de recursos humanos em relação à vertente de trabalho que surgiu com esta pandemia, e aliado ao facto de alguns profissionais terem ficado com as suas funções/tarefas comprometidas, houve uma distribuição de alguns profissionais para outros serviços, da mesma forma que houve a necessidade de outros profissionais adquirirem e/ou acumularem tarefas, bem como serem atribuídas novas funções.

4.1.3.1. Novas funções

Na alteração do modo de funcionamento da instituição ficou perceptível que houve a necessidade de alguns profissionais desempenharem novas funções no seu dia a dia.

“(...) O que é que ainda retomaram os psicólogos em larga escala e não retomaram as suas atividades normais? Foram as visitas domiciliárias (...), portanto ficou com os enfermeiros (...)”

“(...) A equipa de colheitas que coordenei inicialmente estava formada por seis enfermeiras e por mim (...) como já tinha experiência por causa das colheitas, fui para o ADR e atualmente sou um dos coordenadores (...)”

“(...) como não conseguia fazer rastreios e houve alturas específicas em que o rastreio da retinopatia parou mesmo completamente te acabámos por aproveitar não só para fazer o TRACE Covid (...)”

4.1.3.2 Alocação a outros serviços

Devido ao facto de escassez de recursos humanos no departamento de saúde pública acabou por existir um recrutamento interno, de profissionais mais qualificados que pudessem ser alocados. Neste caso específico ao departamento de saúde pública de forma a responder às necessidades da mesma.

“(...) foi necessário alocar algumas enfermeiras à comunidade de saúde pública neste caso privilegiamos aqueles que tem uma especialidade de saúde comunitário (...)”

“(...) era preciso mais pessoal (...) foi os recursos de outros serviços, da URAP (...) ou seja esses serviços afetaram parte dos recursos à saúde pública (...)”

“(...) começou a ser exigido à unidade de saúde pública e fomos alocando mais pessoas, portanto mais enfermeiros e outros profissionais para nos ajudar (...)”

“(...) houve uma reorganização, uma reestruturação, obviamente com o acordo dos profissionais (...) foram alocados à unidade de saúde pública (...)”

5. Discussão

Este estudo analisou as dinâmicas e as abordagens organizacionais que surgiram e que foram adaptadas ao longo das duas vagas da epidemia de SARS-COV2, com o propósito de dar uma resposta e de potenciar respostas fiáveis perante novas crises e/ou vagas subsequentes.

Ficou evidente com este estudo que perante um evento inesperado não é possível dar resposta com os mesmos processos de trabalho, sendo necessário novos modos de desenvolvimento laboral e de resposta. Este facto é particularmente evidenciado através da reorganização dos espaços, de modo a separar os percursos SARS-COV2; da alteração das rotinas individuais e coletivas de prestação de cuidados; da criação de equipas multidisciplinares dedicadas a novas tarefas; da improvisação de estratégias de proteção dos profissionais, face à escassez de recursos; da alteração das formas de comunicação com os utentes na prestação de cuidados; e da criação de novas formas de comunicação e de trabalho entre profissionais. Assim sendo, ficou claro, com esta epidemia, que estas instituições públicas têm capacidades de adaptação e dinamismo.

Perante este evento adverso inúmeras respostas foram dadas por esta organização, mas houve a necessidade de estas serem dadas como um todo, havendo uma união e um desenvolvimento de trabalho inter e intra-multidisciplinar. Houve um desenvolvimento do trabalho de equipa que se percebe que anteriormente era quase inexistente, sendo referido por alguns que anteriormente cada um trabalhava na sua “casa”. Esta componente é essencial para o desempenho com sucesso de organizações que exigem alta fiabilidade (Baker., 2006). É também de notar a preocupação com a segurança e qualidade de tratamento, mas simultaneamente uma sinergia e o envolvimento entre líderes e os colaboradores (Allen, 2021).

Nesta pesquisa uma das dimensões agregadas que surgiu foi a “Superação”, esta dimensão refere-se à capacidade que o centro de saúde e os seus colaboradores tiveram em conseguir superar as adversidades que foram surgindo, desde a capacidade de adaptação ao novo funcionamento, do espaço físico bem como à escassez de material. Esta dimensão agregadora que foi identificada, na literatura pode ser definida como “capacidade de resiliência”. Ou seja, neste contexto de crise e de gerir o inesperado, esta epidemia permitiu à organização criar mecanismos para conseguir lidar e dar a melhor resposta a este evento adverso, aumentando a fiabilidade da organização. Houve uma adaptação às perturbações de funcionamento, havendo uma continuidade das atividades

de uma forma mais ponderada e um aumento da capacidade de resposta. Agir desta forma irá melhorar a capacidade de aprender, como a capacidade de agir durante as perturbações sem perder a capacidade de adaptabilidade (Weick & Sutcliffe, 2015). Assim, perante um cenário adverso existe a capacidade de recuperar e de aprender com os cenários adversos anteriores (Karalis & Barbary, 2006). É importante desenvolver a resiliência uma vez que as perturbações limitam a capacidade de desempenho de uma organização (Hales & Chakravorty, 2016). Tal como foi perceptível neste estudo uma vez que foi possível detetar, conter e recuperar pequenas perturbações que ocorreram inesperadamente em todas as atividades. Da mesma forma que os erros cometidos não impediram a continuação das suas atividades, pelo contrário, foram sempre controladas (Cantu., 2021).

Ficou evidente que perante este cenário de incerteza, na qual o tempo de decisão e resposta eram restritos, houve uma melhoria e até mesmo a potenciação da coordenação de vários elementos, de várias equipas e de várias instituições, melhorando assim a resposta de modo mais eficaz. Esta foi perceptível através das alterações no modo da comunicação da organização, na qual se verificou inovações para comunicar, uma partilha de objetivos e respeito mútuo, que permitiu que a comunicação fosse mais eficaz, atempada e com frequência. Algo que se verifica com a coordenação relacional que é particularmente importante por alcançar uma resposta em ambientes que são caracterizados por níveis altos de interdependência, de incerteza e de restrição de tempo (Gittell., 2008). Uma vez que esta é alcançada através da interação entre comunicação e relacionamentos que se reforçam mutuamente, com o propósito de integração das tarefas (Romero, 2014). Estes processos e as interações humanas permitem uma gestão não só das tarefas, mas também das pessoas que executam a tarefa (Gittell, 2013), resultando assim na satisfação no trabalho, aumento de compromisso da tarefa e redução do *burnout* (Havens., 2018).

Houve uma necessidade de alterar as estratégias e respostas de atuação perante o cenário de incerteza, ocorrendo assim uma mudança. Mudança essa que foi feita quer ao nível da comunicação bem como ao nível da capacidade de inovação, com o objetivo de dar resposta às necessidades sentidas. Sendo que inovação é considerada uma forma de aprendizagem (Vuković., 2018).

Apesar de não ter emergido de forma clara a aprendizagem organizacional, é importante destacar o facto que ter ocorrido uma aprendizagem, aprendizagem essa que se verifica da primeira para a segunda vaga, uma vez que os dados recolhidos são na sua grande maioria relatados tendo em consideração a primeira vaga. Desta forma entende-

se que durante a segunda vaga, havia já uma aprendizagem prévia, que foi alcançada através das rotinas e mudanças implementadas ao longo da primeira vaga. Desta forma, da primeira vaga para a segunda foi possível compreender os processos de aprendizagem individual (Garvin., 2008), bem como passar por um processo de aprendizagem de ação e reflexão, ou seja, fazer, pensar; executar e conversar. Estes mecanismos necessitam de práticas de rotina para tornar mais eficaz o que está a ser aprendido, uma vez que é através das rotinas que se obtém *feedback* verbal e não verbal (Carroll & Edmondson, 2002; Vuković., 2018). As rotinas são processos que evoluem com o tempo através da aquisição de experiência (Carroll & Edmondson, 2002).

Apesar de neste estudo não serem de todo perceptíveis os princípios das OAF nem os princípios da aprendizagem organizacional, ficou latente que a melhoria da comunicação teve um papel preponderante neste cenário, uma vez que a existência de uma comunicação clara e uma cultura de partilha, algo que se verifica nas organizações de alta fiabilidade, é um dos fatores de sucesso (Lewis, 2013). Da mesma forma se verificou uma partilha sistemática e clara entre todas as partes envolvidas, onde a informação essencial chegou de forma clara e eficiente a todos, algo que acontece em organizações onde se verifica uma aprendizagem (Garvin., 2008).

Uma das dimensões agregadas que emergiram e na qual não se baseia a nossa literatura foi a “Erosão Profissional”. Esta dimensão reflete a necessidade sentida por parte da instituição em alocar profissionais que não tinham a especialidade de determinado serviço, mas que acabavam por ser os mais aptos e necessários em outros serviços, uma vez que as funções que desempenhavam tinham alguma similaridade com as tarefas que viriam a desempenhar. Esta erosão ocorreu principalmente por dois factos, isto é, a determinada altura as tarefas e atividades eram superiores à capacidade de resposta do serviço de saúde pública, e ao facto de a pandemia ter provocado a suspensão de atividades de outros serviços. Desta forma o serviço de saúde pública deixou de ser constituído por várias classes profissionais e as barreiras que delineavam as várias classes profissionais deixaram de existir, para surgir um grupo de profissionais de saúde em que o foco era dar resposta às necessidades sentidas.

No que diz respeito à análise de outros documentos, bem como fotografias e alguns depoimentos em entrevistas dadas a diários, jornais e *sites* foi possível corroborar alguns dos conceitos de segunda ordem, desde a construção e o funcionamento de um novo serviço, bem como a área dedicada para utentes respiratórios (ADR), a formulação de

novos circuitos de circulação na instituição, bem como a capacidade de adaptação da instituição.

O presente estudo evidenciou as adversidades sentidas num tempo tão adverso e dinâmico. Contudo não é nas dificuldades que nos devemos focar, mas sim na forma que esta instituição de saúde, em particular, superou essas dificuldades, bem como a gestão que foi sendo feita ao nível dos vários grupos profissionais, as transformações que ocorreram a vários níveis, desde as transformações físicas do edifício, até as transformações ocorridas nos vários serviços. Estas transformações vieram proporcionar algo que estas instituições não estão habituadas, por exemplo, o dinamismo entre os serviços, e de alguma forma uma cultura de partilha, que tinham como objetivo uma resposta única por parte de todos. Assim esta pesquisa deve ser entendida como uma forma de aprendizagem, ou seja, deveremos encarar este estudo como uma oportunidade para refletir as respostas e as estratégias que foram emergindo em resposta à constante mudança e dinamismo que foi ocorrendo, não olhando para este caso de forma isolada e esporádica. É uma oportunidade única de aprendizagem que permite preparar-nos para eventos que possam ser tão ou mais adversos, mas também que nos permite melhorar o funcionamento e processos de trabalho normal do dia a dia, tornando-o mais eficiente e eficaz na sua resposta.

Um das limitações deste estudo deve-se ao facto da sua relevância e generalidade a outras instituições de cuidados primários, uma vez que todos os entrevistados selecionados foram apenas de um Centro de Saúde de Lisboa, não podendo ser representativo de todos os Centros de Saúde de Portugal. As entrevistas foram realizadas por ZOOM com uma pessoa que desconheciam podendo levar à hesitação dos entrevistados em expressar os seus pensamentos.

6. Conclusões

Em dezembro de 2019, a Organização Mundial de Saúde (OMS) era alertada sobre vários casos de pneumonia na cidade de Wuhan que mais tarde vir-se-ia a confirmar a chegada de um novo tipo de corona vírus (7 de Janeiro de 2020), e que a 11 de Fevereiro de 2020 ficou apelidado de SARS-COV2. Desta forma a 30 de Janeiro de 2020 a OMS declarou que o surto do novo coronavírus constituía uma emergência de saúde pública de importância internacional. Com o desenvolvimento, a propagação deste novo vírus aumentou drasticamente e a 11 de Março de 2020, o surto de SARS-COV2 foi caracterizado por pandemia, ou seja, existiam à data vários surtos deste vírus em vários países e regiões.

Portugal não deixou de ser exceção e em Março de 2020 o nosso sistema de Saúde deparou-se com um novo desafio, dar resposta às necessidades impostas pela SARS-COV2.

As respostas foram dadas e nota-se uma diferença na abordagem da primeira vaga para a segunda, na qual se pressupõem que na segunda vaga, já haveria um conhecimento maior e teriam passado por um processo de aprendizagem que decorreu durante e após a primeira vaga.

Assim perante um mundo cada vez mais complexo e dinâmico as organizações de saúde têm que ter capacidade de dar resposta às necessidades. Torna-se assim imperativo que estas organizações continuem a desenvolver e a fomentar novos modos de operar, capacidades de resposta e uma cultura de aprendizagem.

Estas alturas tornam-se ideais para refletir sobre os processos e as atividades que se realizavam e começar de novo. Devem ser construídas e implementadas formas de desempenhar funções e de comunicar que levem à excelência. Proporcionar condições para que haja uma cultura de colaboração e propriedades, com uma resposta que vá ao encontro dos objetivos da organização, com o foco na melhoria contínua nos cuidados de saúde prestados, na segurança e no seu desempenho. Tal como Argyris & Schon (1996) consideraram o tempo de crise uma oportunidade, um momento de aprendizagem e de reflexão dos pressupostos nas quais as organizações assentam as suas prioridades, resultando na evolução e aprendizagem.

Dado ao facto de uma aprendizagem necessitar de tempo e rotina, seria interessante realizar mais estudos deste tipo, com maior longevidade de forma a entender se existe a longo prazo uma adoção das mudanças realizadas. Seria também interessante comparar

este estudo com estudos semelhantes e perceber se os resultados obtidos, bem como a forma de lidar com o inesperado seriam de alguma forma semelhantes.

Referências Bibliográficas

- Allen, D. (2021). *Interdisciplinary leadership council: A model for excellence in improving interprofessional collaboration*.
<http://journals.lww.com/nursingmanagement>
- Argyris, C., & Schon, D. (1996). *Organizational learning II: Theory, method, and practice* (Addison-Wesley., Ed.).
- Baker, D. P., Day, R., & Salas, E. (2006). Teamwork as an essential component of high-reliability organizations. In *Health Services Research* (Vol. 41, Issue 4 II, pp. 1576–1598). <https://doi.org/10.1111/j.1475-6773.2006.00566.x>
- Battistella, C., Cicero, L., & Preghenella, N. (2020). Sustainable organisational learning in sustainable companies. *Learning Organization*, 28(1), 15–31. <https://doi.org/10.1108/TLO-05-2019-0074>
- Bolton, R., Logan, C., & Gittell, J. H. (2021a). Revisiting Relational Coordination: A Systematic Review. *Journal of Applied Behavioral Science*. <https://doi.org/10.1177/0021886321991597>
- Bolton, R., Logan, C., & Gittell, J. H. (2021b). Revisiting Relational Coordination: A Systematic Review. *Journal of Applied Behavioral Science*. <https://doi.org/10.1177/0021886321991597>
- Cantu, J., Gharehyakheh, A., Fritts, S., & Tolk, J. (2021). Assessing the HRO: Tools and techniques to determine the high-reliability state of an organization. *Safety Science*, 134. <https://doi.org/10.1016/j.ssci.2020.105082>
- Carroll, J. S., & Edmondson, A. C. (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>
- Diário da República. (2008). *Diário Da República*, Nº 38, 1182–1189. <https://data.dre.pt/eli/dec-lei/28/2008/02/22/p/dre/pt/html>
- Elo, S., & Kyngäs, H. (2008). The qualitative content analysis process. *Journal of Advanced Nursing*, 62(1), 107–115. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2007.04569.x>
- Garvin, D. A., Edmondson, A. C., & Gino, F. (2008). *Is Yours a Learning Organization?* www.hbr.org

- 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. (2013a). *An overview of relational coordination Adapted from “New Directions for Relational Coordination Theory.”*
- Gittell, J. H. (2013b). *An overview of relational coordination Adapted from “New Directions for Relational Coordination Theory.”*
- Gittell, J. H., Weinberg, D., Pfefferle, S., & Warren, G. (2008). Impact of relational coordination on job satisfaction and quality outcomes: a study of nursing homes. In *Human Resource Management Journal* (Vol. 18, Issue 2).
- Graneheim, U. H., & Lundman, B. (2004). Qualitative content analysis in nursing research: Concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Education Today*, 24(2), 105–112. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2003.10.001>
- Hales, D. N., & Chakravorty, S. S. (2016). Creating high reliability organizations using mindfulness. *Journal of Business Research*, 69(8), 2873–2881. <https://doi.org/10.1016/j.jbusres.2015.12.056>
- Havens, D. S., Gittell, J. H., & Vasey, J. (2018). Impact of Relational Coordination on Nurse Job Satisfaction, Work Engagement and Burnout: Achieving the Quadruple Aim. *Journal of Nursing Administration*, 48(3), 132–140. <https://doi.org/10.1097/NNA.0000000000000587>
- Hintze, N. R. (2019). HROs: Mindful Management of the Expected. *Fire Engineering*, 101–104. www.FireEngineering.com
- Instituto Nacional de Estatística. (n.d.). Retrieved September 20, 2021, from https://censos.ine.pt/xportal/xmain?xpgid=censos21_main&xpid=CENSOS21&xlang=pt
- karalis, E., & Barbery, G. (2006). The Common Barriers and Facilitators for a Healthcare Organization Becoming a High Reliability Organization. *Asia Pacific Journal of Health Management*, 13(3), i05. <https://doi.org/10.24083/apjhm.2018.12.0005>
- Lewis, P. (2013). Comparison of High Reliability Organizations (HROS). *Integrated Communications, Navigation and Surveillance Conference, ICNS*. <https://doi.org/10.1109/ICNSurv.2013.6548561>
- Lima, M., Martins, H., & Camilo, C. (2020). Cadernos de Saúde Societal: O que aprendemos com a pandemia? *Iscte*.

- Lunenburg, F. C. (2012). Organizational Structure: Mintzberg's Framework. In *INTERNATIONAL JOURNAL OF SCHOLARLY* (Vol. 14, Issue 1).
- Meirinhos, M., & Osório, A. (2010). The case study as research strategy in education. *EDUSER*, 2(2), 49–65. <http://www.eduser.ipb.pt>
- Ogliastri, E., & Zúñiga, R. (2016). An introduction to mindfulness and sensemaking by highly reliable organizations in Latin America. *Journal of Business Research*, 69(10), 4429–4434. <https://doi.org/10.1016/j.jbusres.2016.03.008>
- Romero, J. A. V. (2014). Relational coordination and healthcare management in lung cancer. *World Journal of Clinical Cases*, 2(12), 757. <https://doi.org/10.12998/wjcc.v2.i12.757>
- Rundall, T. G., Wu, F. M., Lewis, V. A., Schoenherr, K. E., & Shortell, S. M. (2016a). Contributions of relational coordination to care management in accountable care organizations: Views of managerial and clinical leaders. In *Health Care Management Review* (Vol. 41, Issue 2, pp. 88–100). Lippincott Williams and Wilkins. <https://doi.org/10.1097/HMR.0000000000000064>
- Rundall, T. G., Wu, F. M., Lewis, V. A., Schoenherr, K. E., & Shortell, S. M. (2016b). Contributions of relational coordination to care management in accountable care organizations: Views of managerial and clinical leaders. In *Health Care Management Review* (Vol. 41, Issue 2, pp. 88–100). Lippincott Williams and Wilkins. <https://doi.org/10.1097/HMR.0000000000000064>
- Serviço Nacional de Saúde. (n.d.). Retrieved October 3, 2021, from <https://www.sns.gov.pt/sns/servico-nacional-de-saude/>
- Serviço Nacional de Saúde, BI-CSP. (n.d.). Retrieved September 20, 2021, from <https://bicsp.min-saude.pt/pt/biufs/3/30028/Pages/default.aspx>
- Shodiya, A. O., & Ojenike, J. O. (2021). *The Effect of Organisational Learning on Small and Medium-Sized Enterprises (SMEs) Performance in Abeokuta, Ogun State, Nigeria* (Vol. 17, Issue 2).
- Tingvold, L., & Munkejord, M. C. (2021). Shared goals, communication and mutual respect in multicultural staff teams: A relational coordination perspective. *Nursing Open*, 8(2), 957–965. <https://doi.org/10.1002/nop2.704>
- Unger, J.-P., Macq, J., Bredo, F., & Boelaert, M. (2000). *Through Mintzberg's glasses: a fresh look at the organization of ministries of health*.
- Vuković, A. J., Gagić, S., Terzić, A., Petrović, M. D., & Radovanović, M. (2018a). The impact of organisational learning on innovation: Case study of the serbian

- hotel industry. *Journal of East European Management Studies*, 23(4), 673–692.
<https://doi.org/10.5771/0949-6181-2018-4-673>
- Vuković, A. J., Gagić, S., Terzić, A., Petrović, M. D., & Radovanović, M. (2018b). The impact of organisational learning on innovation: Case study of the serbian hotel industry. *Journal of East European Management Studies*, 23(4), 673–692.
<https://doi.org/10.5771/0949-6181-2018-4-673>
- Weick, K. E., & Sutcliffe, K. M. (2015). *Managing the unexpected* (K. E. Weick & K. M. Sutcliffe, Eds.; Third). John Wiley & Sons, Inc.
- Wiig, S., & O'Hara, J. K. (2021). Resilient and responsive healthcare services and systems: challenges and opportunities in a changing world. *BMC Health Services Research*, 21(1), 1037. <https://doi.org/10.1186/s12913-021-07087-8>
- World Health Organization. (n.d.). Retrieved March 20, 2021, from <https://www.who.int/world-health-day/world-health-day-2019/factsheets/details/primary-health-care>
- Yin, R. (2009). *Case Study Design and Methods* (4^a).
- Rodríguez, G. G., Flores, J. G., & Jiménez, E. G. (1999). Metodología de la investigación cualitativa. Málaga: Ediciones Aljibe.
- Bogdan, R. & Bilken, S. (1994). *Investigação qualitativa em educação*. Porto: Porto Editora.
- Yin, R. (2005). *Estudo de Caso. Planejamento e Métodos*. Porto Alegre: Bookman.
- Flick, U. (2004). *Introducción a la investigación cualitativa*. Madrid: Morata

Anexos

Anexo A

Em relação à primeira unidade mencionada tem como objetivo prestar cuidados de saúde e apoio social de forma inovadora, eficaz e eficiente, assente em critérios de qualidade, de modo a obter ganhos e satisfação em saúde através de: promoção da saúde e prevenção da doença, prestação de cuidados personalizados e integrados em saúde, projetos de investigação-ação, articulação funcional e integração em projetos e programas comunitários, desenvolvimento de intervenção em saúde multidisciplinares e formação contínua dos profissionais da URAP. Esta unidade visa promover, através de uma equipa multidisciplinar coesa e dinâmica, o acesso ao cidadão a cuidados de saúde específicos e de apoio social em articulação com as restantes unidades funcionais. A coordenadora da URAP Lisboa Norte é designada de entre os profissionais de saúde com, pelo menos, cinco anos de experiência efetiva na respetiva área profissional. Para além da coordenadora (higienista oral), a URAP ainda conta com equipas na área da nutrição, psicologia, serviço social, fisioterapia e oftalmologia.

As USF prendem-se com os grandes objetivos da reforma dos cuidados de saúde primários, atualmente em curso, e que são: aumento da acessibilidade e satisfação dos utilizadores de cuidados de saúde, aumento da satisfação dos profissionais envolvidos na prestação de cuidados, melhoria da qualidade e continuidade dos cuidados prestados e incremento da eficiência nos serviços. A criação das USF baseia-se num conjunto de condições a respeitar, nomeadamente: o apelo à iniciativa dos profissionais, funcionando de baixo para cima, ao contrário do modelo tradicional de comando e controlo, a instalação de uma cultura de contratualização, em detrimento do modelo habitual de definição de orientações genéricas de cumprimento de processos administrativos, a generalização do uso de sistemas de informação e da avaliação dos resultados, em substituição da mera verificação do preenchimento de processos administrativos e por fim, o comprometimento dos profissionais com padrões de atendimento e com resultados de eficácia e eficiência progressivamente mais exigentes, associando a remuneração ao desempenho.

As UCC prestam cuidados de saúde e apoio psicológico e social de âmbito domiciliário e comunitário, essencialmente a pessoas, famílias e grupos mais vulneráveis em situação de maior risco ou dependência física e funcional ou doença que requeira acompanhamento próximo, e atua na educação para a saúde, na integração em redes de

apoio à família e na implementação de unidades móveis de intervenção. As equipas das UCC são compostas por enfermeiros, assistentes sociais, médicos, psicólogos, nutricionistas, fisioterapeutas, terapeutas da fala e outros profissionais consoante as necessidades e disponibilidades de recursos. O ACES participa através da UCC, na Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados, integrando a equipa coordenadora local. Deste modo, as UCC são uma das unidades funcionais que trabalham no âmbito comunitário com uma equipa multiprofissional em estreita articulação com as demais equipas funcionais de um ACES.

A USP tem como missão defender, proteger e promover a saúde da população, através da utilização de todos os recursos disponíveis. A USP Lisboa Norte usa a investigação, a vigilância epidemiológica, o planeamento em saúde, a autoridade de saúde e todos os instrumentos técnico-científicos da área da Saúde Pública, com o objetivo de obter ganhos em saúde para a população. Posiciona-se como elemento catalisador de parcerias e estratégias intersectoriais.

Por fim, temos as UCSP deste agrupamento que tem uma estrutura idêntica à prevista para as USF e presta cuidados personalizados aos utentes, garantindo a acessibilidade, a continuidade e a globalidade dos mesmos. As UCSP têm como missão garantir a prestação de cuidados de saúde personalizados à população inscrita de uma determinada área geográfica, intervindo no âmbito comunitário e de base populacional. A equipa destas UCSP são compostas por médicos, enfermeiros, assistentes técnicos e operacionais. Cada UCSP tem um coordenador designado de entre os médicos especialistas de medicina geral e familiar habilitados com o grau de consultor com pelo menos cinco anos de experiência efetiva na especialidade, designado pelo diretor executivo do ACES. O compromisso das UCSP deverá estar contido no seu programa de ação, no qual deverão estar representados os objetivos, os indicadores e as metas a atingir nas áreas de acessibilidade, desempenho assistencial, qualidade e eficiência.

Anexo B

Tópicos a abordar nas entrevistas (Organização e Serviço)

Questão geral: O que mudou desde que tomaram conhecimento do surto de COVID19 em Portugal? Pode contar-me a história, o encadear de acontecimentos, decisões, ações?

Questões indutoras possíveis:

1. Como entenderam a situação?
2. Que alternativas foram consideradas?
3. O que foi realmente feito (organização do trabalho, espaços, pessoas, equipamentos, compras, protocolos)? Quem foi envolvido?
4. Que dificuldades enfrentaram?
5. Que resultados obtiveram?
6. Que lições foram aprendidas?

Questões possíveis com base teórica

1. Mudanças nos modos de deteção e de resposta (ex. preocupação com a falha, relutância em simplificar interpretações, sensibilidade às operações, deferência para com a expertise, comprometimento com a resiliência)
 2. Mudanças nos modos de comunicação (Novos atores, mudança na frequência e rigor, mudança no conhecimento, respeito e objetivos mútuos)
- Pedir para obter documentos que complementem o que foi mencionado
 - Sempre que possível, visitar os espaços e observar artefactos (físicos, tecnológicos, etc.)
 - (Se necessário) Solicitar informadores-chave relevantes

Caracterização do entrevistado: função, anos na função

Agradecer e pedir disponibilidade para daqui a um ano.

Anexo C

Entrevista 1

Entrevistador: Primeiro de tudo, o Dr. João é médico de medicina geral e familiar, certo? E está no concelho clínico ? desde de?

Entrevistado: Desde maio de 2020.

Entrevistador: Tendo em conta esta situação, a pergunta geral que eu faço para si é, o que é que mudou desde que tomaram conhecimento do surto Covid em Portugal e para nos contar uma história do que foi acontecendo, das decisões e das ações que foram acontecendo neste último ano em que começou o surto da Covid.

Entrevistado: Há alguma hora limite para isto, não?

Entrevistador: Não, não, eu quero é dados!

Entrevistado: Vamos lá ver se eu lhe consigo dar essa narrativa, porque realmente este ano aconteceu imensas coisas e sobretudo do ponto de vista da organização houve, não foi uma, mas várias revoluções ao longo do tempo, desde que se iniciou o surto. Apesar de eu estar no conselho de saúde só desde maio, eu vim para aqui para o ?? Lisboa-norte em março, portanto mesmo no início da pandemia, foi quando foi nomeada a diretora executiva, a Dra. Eunice Carrapiço que me convidou, depois houve assim alguns problemas burocráticos do ponto de vista da nomeação do conselho clínico, mas eu já estava aqui desde o início da pandemia, portanto se calhar não é desde maio, mas desde março, esta minha narrativa. Tem de a ver com aquilo que é logo no início chegar a um local onde conhecia poucos profissionais e a própria estrutura organizativa do ACES e tínhamos de lidar com as suspeitas de casos de Covid, na altura que ainda não tinham confirmação, mas daquelas pessoas que tinham de viajar para o estrangeiro e que tinham de regressar e que se apresentavam e eram casos suspeitos, isso levou a que toda a nossa atividade do ponto de vista de estrutura física, mesmo, nas várias unidades, portanto, arranjando locais mesmo para isolamento destes casos que depois seriam encaminhados e só isto já foi um grande desafio. Para além do receio do desconhecido, do desconhecido desta doença, da evolução dos contágios era muito importante, na altura, uma das coisas que nos preocupava eram os equipamentos de proteção individual, os EPI's não é, que nós não tínhamos em quantidade suficiente para estarmos folgados e para que pudéssemos dar a resposta adequada e isso prendeu-se, por exemplo, com a medida da não utilização de forma generalizada das máscaras logo no início e havia alguma pressão dos profissionais para que assim fosse. Lembro-me até de um dos episódios que foi assim

mais caricatos, foi eu numa reunião geral estar a dizer que a direção geral de saúde não preconizava o uso de máscara, nesse dia, e no dia seguinte a DGS emite uma norma a dizer que dentro dos serviços de saúde é preciso usar a máscara, portanto é assim um pouco desconfortável, mas isto para prendia-se obviamente com a disponibilidade das máscaras, nós estávamos a dar , mas as pessoas tinham que assinar quando iam pedir máscaras, tinham de assinar quantas levantavam para tentarmos que houvesse algumas regras e que não houvesse o açambarcamento que existiu em algumas unidades. Eu lembro-me que também numa das reuniões, uma das unidades estava a dar máscaras à entrada, à porta, e portanto, quando nós não tínhamos para os profissionais estar a dar aos utentes era assim um bocadinho problemático do nosso ponto de vista. Toda esta parte organizativa, tentar que as equipas fizessem mais ou menos da mesma forma uma identificação dos casos logo no início com depois, na altura havia uma linha de apoio ao médico que se telefonava e que havia colegas que orientavam. Nós conseguimos no início arranjar uma equipa aqui de Sete Rios que fizesse essa formação e que fizesse parte dessa linha com pessoas voluntárias claro e que ajudaram também a ter alguma direção com a direção geral de saúde, com os departamentos de infeciologia íamos acompanhando os casos que acabavam por ser confirmados caso a caso e a sua evolução. Isso ajudou-nos também do ponto de vista de percebermos como é que era esta doença, foi logo no início assim aquilo que causou mais impacto, uma equipa recém-chegada a lidar logo, ainda nem tínhamos conhecido as várias equipas, conseguimos fazer algumas visitas aos locais para conhecer as instalações, para nos darmos a conhecer, mas já neste ambiente de não poder contactar com todos, de algumas restrições nesse contacto. Aquilo que nós pretendíamos que era fazer mais ou menos descentralizado, ir aos vários edifícios, ficou cortado por esta necessidade de fazer reuniões por teams, a plataforma que mais utilizamos é a plataforma teams que foi disponibilizada pela ARS e pelos serviços partilhados do ministério da saúde, associado ao nosso email institucional e isso ajudou bastante nós conseguirmos também arranjar algumas câmaras e ter essa possibilidade, embora nós sabemos que não é a mesma coisa o contacto, as reuniões de contacto direto e as reuniões via teams. Facilita o acesso, facilita a marcação, a deslocação e diminui o tempo para as reuniões, ou seja, nós estamos mais disponíveis para as reuniões, mas por outro lado estão mais otimizadas, não perdemos muito tempo na deslocação e no desvio, no entanto a parte da discussão, a parte do contacto, a parte até da linguagem não verbal relativamente aos nossos interlocutores para percebermos até o que eles estão a pensar, isso não conseguimos fazer através das plataformas informáticas. Estas reuniões têm de

ser mais objetivas e mais pragmáticas e menos de discussão, pelo menos é esta a minha experiência até ao momento. Depois com o passar do tempo a questão do confinamento mesmo, com a necessidade de interrupção das consultas presenciais, isso aconteceu durante pouco tempo, mas houve uma altura em que logo no início havia o receio dos contágios e até para segurança dos próprios doentes praticamente só estávamos a ver doença aguda e a doença ligada ao vírus, em locais destinados para isso, e isso interrompeu o que é o normal funcionamento do centro de saúde. Rapidamente percebemos que a situação era para durar e portanto não poderíamos manter a situação assim e houve necessidade de reforçar o obrigatório no serviço nos programas, nomeadamente na saúde infantil, nas idades chave coincidentes com a vacinação, isso foi garantido, continuámos a vacinar as crianças e a seguir as crianças nas alturas mais importantes, bem como as grávidas que também não poderiam obviamente interromper o seu seguimento, não foi feito um seguimento tão regular e tão rigoroso como habitualmente. Tentámos, pelo menos, nas idades chave e das consultas chave da gravidez que tem a ver habitualmente com a realização das ecografias e dos exames laboratoriais que fosse garantida, penso que conseguimos. A vacinação também foi mantida a nível das grávidas e, portanto, esses dois programas, penso eu, não fizemos essa avaliação de como é que correu em termos de resultados esse seguimento, mas penso que não haverá grandes perturbações.

Entrevistador: Deixe-me só interromper. Nessa questão da vacinação e do seguimento das grávidas, a maneira como atendiam ou a maneira das marcações também foi de certa forma alterada para não haver um fluxo muito maior, certo? A minha pergunta é, de que forma é que funcionava antes e o que aconteceu para funcionar na altura de Covid, ou seja, que mudanças é que foram necessárias, a nível de comunicação, a nível de marcação, a nível de seguimento, o que é que aconteceu nessa área para se conseguir manter na mesma uma continuação?

Entrevistado: Lá está, as grávidas utentes não houve grandes problemas porque normalmente, como está estipulado o programa nacional de vacinação e o plano de saúde infantojuvenil, nós sabemos quando é que têm a próxima consulta e portanto, na altura, quando terminamos uma consulta fica marcada a próxima e portanto nesse aspeto não houve grandes diferenças. Quando chegavam era a questão da segurança, medir-se a temperatura e ver se havia algum sintoma ou não e depois o circuito era igual, nesses dois não houve grandes diferenças a não ser o espaçamento nas consultas, ou seja, anteriormente, por exemplo, na gravidez era todos os meses e a partir de essa altura, houve algum

espaçamento do ponto de vista das consultas de saúde materna, no entanto, ficavam sempre com a próxima consulta marcada, não ficavam à espera de nenhum contacto, havia essa marcação, correndo de forma regular relativamente à saúde infantil e à saúde materna. A questão põe-se com outros programas, nomeadamente a diabetes, a hipertensão, são situações que em princípio, na maior parte dos doentes estão controladas e que habitualmente têm consultas semestrais ou de quatro em quatro meses e que não sendo necessárias, portanto estando controlados, se pode fazer um contacto indireto e, portanto um telefonema ou uma vídeo-consulta. Nós não temos ainda de forma generalizada as câmaras em todos os gabinetes, por isso serão mais as consultas por telefone e não por vídeo-consulta, essas são em reduzido número, mesmo atualmente, mas os doentes foram avisados, aliás foram desmarcadas as consultas presenciais e só eram efetuadas aquelas que realmente tinham de ser, nomeadamente em pessoas descontroladas, se tivesse uma hipertensão mal controlada ou com sintomas ou uma diabetes que é mais fácil ver através da glicémia capilar ? se está controlada ou não está controlada, nos casos em que não estava controlada, as consultas eram presenciais para haver um ajuste e para haver uma eficácia do ponto de vista da mensagem que pretendíamos transmitir. No entanto, aquelas pessoas que têm valores perfeitamente normais, sem sintomas, não precisariam de consultas presenciais e isso permitiu, por um lado, aliviar as salas de espera, essas pessoas já não se deslocavam ao centro de saúde e também as próprias consultas presenciais estavam marcadas de meia em meia hora, de maneira que, não é que a consulta passasse a demorar meia hora, mas o que aconteceu foi fazermos uma consulta presencial intercalada com a tal consulta telefónica e isto faz com que não acumulasse tanta gente a nível das salas de espera. Aqui já estou a falar da retoma da atividade, quando percebemos que em termos de contágio, em termos de segurança, já tínhamos alguma segurança a reiniciar a atividade presencial, portanto nunca parou, as consultas nunca pararam, nunca estivemos sem fazer nada, mas numa primeira fase também me lembro que muitos, até os próprios profissionais e o quadro especificamente aqui do centro de saúde de Sete Rios, portanto Sete Rios tem 44 médicos, desses 44 só 16 é que têm menos de 50 anos, portanto é menos de metade e portanto aqui houve receio pelos dados epidemiológicos fosse mais arriscado contrair a doença acima dos 70 anos de idade. Nós também colocámos esse aspeto na nossa resposta, ou seja, nós privilegiamos quem estava a fazer o atendimento à doença aguda fosse feito pelos mais jovens, os médicos e enfermeiros mais jovens, ficando os colegas mais velhos de retaguarda e essa retaguarda muitas vezes é o contacto telefónico. Lembrar que nesta

altura também surgiu a plataforma trace, é uma plataforma onde estão registados os casos suspeitos e os casos confirmados da doença Covid e que obrigam uma série de tarefas, nomeadamente o contacto diário e o contacto diário dos doentes foi sempre muito difícil de atingir, nós sempre fizemos pelo numero de casos que a avaliação fosse caso a caso, ou seja, havia um contacto telefónico mais precocemente possível e depois nesse primeiro contacto estabelecia-se quando é que seriam contactados novamente e não diariamente com uma norma padronizada, mas que do ponto de vista clínico não fazia sentido, portanto, essas novas tarefas foram alocadas aos médicos que estariam mais na retaguarda. Depois todas as outras da nossa atividade geral, deixámos de funcionar como médicos isoladamente e relembro que, enquanto nas USF's, já há um trabalho de equipa, nas UCSP's habitualmente os médicos trabalham de uma forma mais ou menos isolada, ou seja, tratam dos seus doentes, não quer dizer que não vejam doença aguda, doentes de outras pessoas e até utentes sem médico, mas habitualmente são responsáveis pela própria equipa. A partir do ano passado, o que aconteceu foi muito mais um trabalho de equipa e de gestão, porque havia muito mais médicos ausentes, não é, foi necessário fazer essa inter-substituição e foi necessário fazer também esta realocação de tarefas, ou seja, ajustar aquilo que era o trabalho de cada um no sentido de uma resposta global e não só à sua lista de utentes. Os horários foram remodelados, não só do ponto de vista da marcação das consultas de meia em meia hora, mas sim de toda a atividade, incluindo este período para a plataforma trace, mas sobretudo ajustando aquilo que era a resposta que deixou de ser à minha lista e passou a ser à lista de utentes do centro de saúde de uma forma muito mais abrangente. Não é deixar de haver lista, mas sim, em termos de resposta diária havia muito mais flexibilidade em termos de marcação do ponto de vista até do secretariado de onde é que marcava cada doente. Além da questão de haver uma dificuldade, uma dificuldade não digo, passou a ser dificuldade para os utentes em termos de seguimento, mas do ponto de vista de acesso, como não havia consultas marcadas, as soluções eram mais rápidas, ou seja, cada consulta, quer solicitações de consulta naquela altura tinham uma resposta que não era um contacto presencial, mas sim um contacto por via telefónica que era rápido. Do ponto de vista de consulta presencial podia ser mais complicado, aquelas pessoas que necessitavam dessa consulta poderia demorar mais algum tempo, caso não houvesse justificação clínica para tal, quando havia justificação clínica a marcação era rápida, mas por exemplo uma pessoa que queria fazer um check-up ou uma consulta de rotina normal, não tinha prioridade sobre os outros, ia ter limitação de espaços nessas situações de consulta a pedido do utente poderiam demorar um pouco mais. Isto

também, é bom que se diga que a própria procura dos utentes diminuiu, ou seja, havia receio das pessoas de virem ao Centro de Saúde. Isso aconteceu nos picos da pandemia e no período de confinamento, depois aliviou um pouco, mas nunca normalizou. Nós temos noção que, por exemplo, uma das atividades que nós fazemos é o rastreio da retinopatia diabética, temos uma técnica de ortóptica aqui no centro de saúde de Sete Rios e houve um período que, uma vez que os diabéticos eram um grupo de risco e estamos a falar no rastreio de retinopatia pessoas também já com alguma idade, houve um período em que interrompemos, mas rapidamente retomámos não de uma forma generalizada os rastreios, mas sim de uma forma com maior cuidado em termos de tempo de espera na sala e mesmo assim, havia muita gente a recusar vir fazer esse rastreio. Uma das condições de segurança era em termos da sala de espera, quer em termos de esterilização dos elementos que são utilizados nessa consulta, portanto esse serviço foi retomado rapidamente e em termos de funcionamento, de adesão às convocatórias, essa adesão foi diminuta. Isto faz-me lembrar agora a questão da Dra. Ana Afonso, a técnica de ortóptica, que também foi necessário do ponto de vista de serviços, ajustar muitas vezes os conteúdos funcionais. Por exemplo, a Dra. Ana Afonso, técnica de ortóptica, quando foram interrompidos os rastreios da retinopatia, ela ficou sem função e então, para colmatar isso, houve uma reorganização, uma reestruturação, obviamente com o acordo dos profissionais e portanto, as higienistas orais, as fisioterapeutas, a técnica de ortóptica e outros profissionais, foram alocados à unidade de saúde pública para ajudar nas vigilâncias ativas, portanto dos casos suspeitos e nos inquéritos epidemiológicos, ou seja, tudo o que era o rastreio epidemiológico no sentido de perceber rapidamente quais eram os focos de contágio e as redes de transmissão, bem como o seguimento de pessoas que tendo estado em contacto e ainda não tinham desenvolvido sintomas, uma vez que essas passariam para os médicos de família e portanto, essas que eram só contactos e que era preciso haver o contacto regular para ver se desenvolviam sintomas, estavam a cargo destes profissionais. Isto foi uma das grandes modificações da alocação. Outra coisa importante e aqui já não é tanto Sete Rios, mas tem a ver com o conjunto de todas as equipas e da colaboração de todas as equipas, foi necessário alocar algumas enfermeiras à unidade de saúde pública e neste caso, privilegiámos aquelas que tem a especialidade de saúde comunitária, portanto, dentro do grupo de enfermagem há várias especialidades tal como existe na medicina, e dentro dessas há uma que é de saúde comunitária e foram essas as enfermeiras que foram chamadas a colaborar, mesmo pertencendo a unidades de saúde familiar, mas que foi facultada a sua colaboração com a unidade de saúde pública. Tal como agora, todas as

enfermeiras estão a colaborar na vacinação. Nós estamos a tentar que de uma forma mais ou menos organizada, essa prestação de cuidados sejam as próprias unidades, mas no fundo estamos a trabalhar todos em prol do agrupamento e da população servida pelo agrupamento e não só da população servida pelo centro de saúde de Sete Rios ou uma das unidades de saúde familiar. Isso aconteceu também ao nível da vacinação nas ERPI's, (estruturas residenciais para idosos) que foram chamados a colaborar, uma vez que na norma também era necessário haver um médico, foram chamados a colaborar médicos de várias unidades e devo dizer que, foi também importante a colaboração dos internos, portanto os médicos que estão na formação específica de medicina geral e familiar, isto porque também, muitas vezes, a resposta é para o dia seguinte e não é fácil estar a desmarcar doentes e estar a organizar o serviço de modo a que haja uma resposta de um dia para o outro. Para ter uma ideia, eu próprio tive de assumir essa responsabilidade de ir a duas rotas de lares, por duas vezes, exatamente por não termos que tirar profissionais das suas atividades, eu fui uma situação assim de último recurso.

Entrevistador Já percebi que entretanto houve bastantes alterações. Falou a nível de de estrutura física, de equipamentos, de trabalho, de alocação de trabalho, de reuniões, também tem a ver com os rastreios e tudo mais. A minha pergunta é, no meio de tantas mudanças que ocorreram, a nível estrutural e tudo mais, que dificuldades sentiram? Ou seja, a nível de equipamentos foi fácil conseguirem dar resposta à procura de equipamentos, à organização do próprio espaço, a organização das próprias pessoas, se as pessoas estiveram acessíveis, se foram ativas e proactivas nestas mudanças, que dificuldades é que enfrentaram mais no meio de tanta mudança?

Entrevistado: Foram de vários níveis efetivamente e realmente, como em todo o lado, há pessoas mais proactivas e há pessoas mais reativas. Tivemos, por receio, pessoas que funcionavam como bloqueio a modificações, mas de uma maneira geral os profissionais estavam disponíveis para a participação e para a colaboração e portanto, nesse aspeto, foi gratificante ver que haviam muitos funcionários proactivos. Aliás, uma das dificuldades, muitas vezes, é conseguir regrar esses profissionais proactivos, porque uma das indicações que havia por parte da ARS é que também não inventássemos, ou seja, que tentássemos manter uma resposta que fosse uniforme a nível dos agrupamentos, para a imagem que passam. O que não é fácil quando temos indicações da DGS que às vezes mudam da manhã para a tarde ou de um dia para o outro, como o que falei em relação às máscaras, dão-nos uma indicação hoje e amanhã já é uma indicação diferente e isso continua em relação à vacinação. Por exemplo, em relação à vacinação nós temos as

coisas preparadas, mas estamos a receber as vacinas a conta gotas, não é o atendimento que é a conta gotas, as vacinas que nos chegam é que são a conta gotas e sabemos ou na sexta-feira ou até na segunda-feira as vacinas que vamos ter para aquela semana e isto, quando pensamos numa massificação da vacinação, quando pensamos na quantidade de pessoas que temos de convocar, é muito complicado quando ainda, o tal sistema automático de convocação, ainda não está bem oleado, ainda temos de convocar as pessoas uma a uma, portanto isto traz-nos dificuldades. Os profissionais têm sido muito recetivos e colaboram bastante nestas atividades, mas não deixa de passar um pouco aquela imagem de desorganização quando não é, nós temos a informação muito em cima da hora. Depois toda esta complexidade que tem a ver com quem é que é convocado primeiro, uma das nossas funções é que seja equitativa essa resposta, que seja equilibrada e que se distingam as regras e nem sempre é fácil, portanto a questão das idades, portanto, a vacinação acima dos oitenta anos, veio da primeira fase, mas nós tínhamos unidades a convocar dos oitenta para cima e tínhamos outras unidades a convocar dos mais velhos para baixo e portanto, tivemos de dar uma indicação que era, aliás acabou quase por se admitir que seria sempre de cima para baixo, coisas tão simples que não se colocam inicialmente, mas que percebemos que são importantes para o funcionamento das unidades também para o esclarecimento da população. O esclarecimento da população é uma coisa que nós gostaríamos de melhorar muito, porque o nosso e-mail e aqui falo especialmente da USCP sete rios, tem 70 mil utentes, o e-mail está cheio de perguntas de pessoas de “ como é que vamos fazer na vacinação” apesar de termos uma resposta automática que tenta elucidar um pouco, mas pessoas não ficam satisfeitas e isso faz com os telefones fiquem sobrecarregados e eu próprio e a sala de espera as pessoas vem questionar quando é que são chamadas, mas realmente quer pelas escassas pelas vacinas que nos são atribuídas e quer o número de idosos e acima dos 80 nos temos aqui em 7 rios 6500 pessoas com mais de 80 de anos, portanto é volume bastante grande que nós não conseguimos com mil vacinas por semana, já estão a ver quanto tempo é que isto demora a vacinar todos e isto e quando temos 1000 vacinas a vir para aqui, porque.....as vezes ainda são menos não é? Porque temos que pensar também há segundas doses para fazer e portanto o numero faz com o que o espaço de tempo entre convocar o primeiro se convocar o ultimo seja bastante dilatado e nem sempre as pessoas.. os utentes são compreensivos nessa demora na resposta. Mas temos que melhorar, é um dos aspetos que nós já percebemos, a comunicação e arranjar formas alternativas, nos tentamos um trabalho com a juntas de freguesia, isto aconteceu ao longo do tempo, trabalhar com as

associações de moradores e estarem disponíveis para reunir com elas, porque logo no início tivemos queixas de associações de moradores mas sempre tivemos disponíveis para as receber e quando as recebemos elas ficaram bastante agradadas, so que nem sempre é fácil arranjar tempo para.... tempo útil para dar essas repostas, mas gostaríamos muito que nosso gabinete do cidadão tivesse uma pro-atividade e uma resposta melhor do que a tem atualmente.

Entrevistador: ok.... ainda bem que faltou da comunicação, porque era ai que eu ia pegar agora. Queria perceber se com isto tudo se houve alteração no modos de comunicação, novos atores, como foi a comunicação quer interna quer externa, se houve facilitismo na comunicação se houve mais dificuldade se houve certamente alguma alteração na comunicação entre todos os colaboradores, se foi mais fácil se antes havia mais barreiras se não? O que nos pode dizer sobre essa parte.

Entrevistado: eu acho que apesar de tudo, apesar de não estar bom.... AINDA não estar bom, estamos a fazer o caminho nesse sentido porque em termos do utilização do e-mail a utilização é muito maior do que a um ano atrás. Há aqui um ponto importante que tem haver com a dificuldade nos recursos, nos não temos o quadro preenchido do ponto vista de assistentes técnicos, temos uma falha grave nesse aspeto, temos menos 30 por cento que era suposto, houve uns contractos de 4 meses que se estão a manter e estão a ser renováveis durante esta pandemia em que conseguimos algum reforço mas mesmo assim não é suficiente para aquilo que são os profissionais que nos faltam, mas melhor desse aspeto. Do ponto vista de comunicação, tivemos uma dificuldade uma dificuldade das linhas telefónicas. Nós temos um central telefónica, e ate somos das poucas unidades que tem ainda telefonista, porque a função de telefonista tem vindo a desaparecer nos centros de saúde, assumindo os assistentes técnicos essa função, mas nos ainda temos telefonista, só que não há capacidade....repare nos temos, como eu estava dizer nos temos 44 médicos mais os internos mais a unidade de saúde publica mais o da unidade da URAP mais os psicólogos, portanto é muita gente a telefonar, portanto não há capacidade e isso fez com que conseguíssemos ao longo do tempo, não foi logo desde do inicio mas ao longo do tempo por exemplo conseguíssemos que fossem fornecidos telemóveis para fazer as atividades do trace e para fazer as teleconsultas e isso foi muito importante portanto os profissionais passaram, passamos a ter não sei quanto telemóveis mas foram bastantes, mas não foi um ou dois, forma dezenas de telemóveis para cada, para os próprios funcionários e aliviou a central telefónica. No entanto para todos os contactos que temos que fazer mesmo assim há queixas há dificuldades no acesso por via telefónica e mesmo

a nível do email e também verificamos que aqui na USCP de sete rios uma pessoa específica para tratar de do e-mail, são centenas os emails que chegam, portanto a resposta nem sempre é no tempo útil apesar de também termos modificado a resposta automática, portanto aquela resposta que os utentes recebem a dizer que pode demorar algum tempo esse contacto e a resposta ao email, portanto houve modificações para melhor ainda não esta,...eu diria que nem sequer ainda esta bom, esta no suficiente ainda nesse aspeto mas à um caminho a fazer... à um caminho a fazer que esta identificado porque, também muitas vezes as pessoas utilizam o email de forma desadequada e portanto com mensagens e pedidos de esclarecimento que não, não noa deveriam estar, não deveriam ser para aquele e-mail, poderiam ser de outras formas, portanto já identificamos essa necessidade de criar regras, procedimentos para utilização do e-mail. Para o telefone esta mais ao menos bem definido mas ai um questão de capacidade para o e-mail ainda temos que melhorar, porque os próprios profissionais nem todos utilizam... utilizavam o email neste momento eu acho que a grande maioria utiliza quer o seu email o profissional portanto com contacto com os utentes quer também para receber as instruções, ca esta, se as instruções mudam de um dia para o outro é necessário, nós não conseguimos estar a fazer reuniões com... então nesta altura, mesmo que seja por teams não conseguimos fazer com essa frequência portanto é preciso estar atento ao email e ver a informação que vai caindo no email diariamente... não sei se respondi a questão...

Entrevistador: sim.... e eu queria tentar perceber no ambiente interno, falou bastante no ambiente externo nas melhorias e no que aconteceu mas por exemplo a comunicação entre equipa a parte administrativa a parte de gestão e a restantes equipas se houve alguma alteração?

Entrevistado: sim também nesse aspeto relativamente que aquilo que estava instituído no centro de saúde de sete rios, houve essa necessidade apesar de termos tido o tal reforço com pessoas que vem com contractos de 4 meses. Para já e preciso integrá-las e dar formação uma vez que não tem a área da saúde nas plataformas que nos utilizamos diariamente, portanto não e de um dia para outro que se consegue ter um secretário clínico não é? os assistentes técnicos tem varias funções e varias plataformas; mas temos conseguido.... bons elementos, tem havido bons elementos que seria bom integra-los no futuro uma vez que o nosso quadro ainda tem carências esperemos que evolua (perda de ligação).... essa e depois de dar formação e estar integrados que essas pessoas possam continuar. Do ponto vista inter-profissional ainda é preciso avançar bastante, como disse, aqui a UCSO sete rios com tanto profissionais tem um auditório com capacidade para 120 pessoas onde eram feitas reuniões semanais, e essas reuniões passaram a ser ou quinzenais ou mesmo

mensais por via teams e e completamente diferente e isso não foi um benefício foi um retrocesso nesse aspeto em termos de chegar a todos os profissionais trouxe alguma dificuldade. Do ponto de vista, como eu estava a dizer, do ponto vista da utilização do e-mail melhor muito não é? se calhar antes desta situação um terço dos médicos utilizava o email de forma regular agora penso que estará nos 90% na utilização do e-mail, não não ano tenho números concretos, mas do ponto vista da nossa articulação por exemplo de situações que nos aparecem, mesmo situações da plataforma TRACE e que eu tento interagir com os vários colegas tem havido essa reposta. Depois alguma situação... esta...acho que é uma parte que aconteceu mais, que é importante, se calhar até com a relação com os outros agrupamentos que tem haver com doentes que mantém um medico de família, apesar de já estarem a residir noutros locais, por exemplo, em Sintra eu estou-me a lembrar de uma senhora que precisava de cuidados domiciliários e foi através do concelho clinico que o medico de família identificou a necessidade passou--me a situação e eu articulei com o meu colega de Sintra para que fossem prestados esses apoios, habitualmente não há essa, não há tanto essa ligação portanto neste momento, surgiram outras necessidades que foram colmatadas (perda de ligação)

Entrevistador: Para acabar só tinha uma, uma questão. No meio de tudo isto que tivemos aqui a falar a minha pergunta é: que lições e que foram apreendidas ao longo deste tempo?

Entrevistado: eu acho que não as consigo enumerar todas aqui, vou-me esquecer com certeza de algumas, mas uma tem haver com aquilo que já sabíamos, mas que e sempre bom confrontar que tem haver com a nossa resiliência não é? e que à situações que nos apresentam e que nos conseguimos dar reposta e que nos surpreende nesse sentido da nossa capacidade de resposta e adaptação. a questão da adaptação, peço desculpa a pouco tinha falado da estrutura física, por exemplo aqui a USCP sete rios tem neste momento área dedicada as doenças respiratórias, que uma área específicas com circuitos próprios para dar resposta ao doentes com suspeita de Covid com qualquer doença respiratória que são atendidos aqui, portanto as varias unidade nestas situações drenam aqui para sete rios e foi necessários fazer obras de adaptação com deslocação de uma equipa que aparece, que e uma equipa que dava resposta aos adolescentes para outro local com todo o desconforto que isso implicou, mas que depois a necessidade de pequenas obras e desde circuito que foi necessário alargar neste pico, com, com uma adaptação para a sala de espera que envolveu, aqui... vários constrangimento quer do ponto espaço físico quer de um ponto de vista dos profissionais da unidade que viram o seu espaço invadido e que receram que não estivesse bem isolado do ponto vista de eventual contágio e foi

necessário esclarecer e trabalhar com as pessoas essas adaptações, portanto não foçam situação pacífica do ponto de vista... isto é uma das lições que eu acho que temos que aprender com melhoria da informação, nós achamos que estamos a chegar a todos e muitas vezes não estamos e a informação... "quem conta um conto acrescenta um ponto" portanto nós temos que tentar ser claros na nossa mensagem porque mesmo que achemos que estamos a ser claros à sempre interpretações, umas mais maldosas outras menos maldosas, porque não se esqueçam também que nós somos um nova equipa e portanto há alguma desconfiança não tínhamos a confiança de todos os profissionais, havia esse aspeto. Desconfiança não no sentido, não é propriamente no sentido negativo mas no sentido de desconhecimento vá lá... não é tanto a questão da confiança mas do conhecimento de não sabermos, não sabermos do que somos capazes e isso tem sido e tem vindo, penso eu que tenha sido uma, uma aposta ganha em termos daquilo que é a nossa disponibilidade para falar com os profissionais e para estar presente com os profissionais. Só para terminar em relação ao UCSP sete rios, houve uma mudança que também levou a essas reticências por parte dos profissionais, o centro de saúde na direção anterior, havia uma confluência no sentido da diretora executiva ser quase a coordenadora da UCSP , portanto havia uma coordenadora mas era do ponto de vista burocrático, quem fazia a administração do UCSP era anterior diretora executiva, que não faz sentido numa organização de agrupamento de centros de saúde, em que nós temos que tratar as unidades de igual forma, apesar desta ser uma mega UCSP mas conseguimos transformar numa unidade própria com uma coordenação própria embora ainda haja, pela sua dimensão, a questão de estar a URAP, por exemplo a unidade de recursos assistenciais partilhados também neste edifício, portanto há uma espécie de... algum trabalho a fazer do ponto de vista do espaço físico para que se perceba o espaço de cada um, para que seja mais clara essa definição. Acho que conseguimos relativamente direção executiva, entre a direção executiva e a coordenação, portanto a UCSP já tem a sua coordenação prorrogada e a sua autonomia do ponto de vista organizativo, agora ainda falta melhorar bastante.

Em termos de lições também a questão da utilização como esta e antevista, das plataformas é muito importante, permite-nos otimizar em termos de tempo e isso aí acho que vai ser uma grande melhoria em termos de reunião, desde que se saiba, desde que saibamos identificar quais são reuniões necessárias e estabelecer passo para reuniões, ou seja estabelecer cronograma e estabelecer horários próprios para as reuniões. Não podemos estar só, por ser fácil, não podemos multiplicar as reuniões temos que ser criteriosos naquelas que vamos, naquelas que vamos que responder e participar e isso também, acho

que vamos aprendendo com isso, ainda assistimos a muitas reuniões que depois não trazem resultado pratico nenhum se nós fomos ver, também vemos reuniões que se esticam no tempo sem grandes benefícios. Nós do ponto vista do concelho clinico as reuniões com os concelhos técnicos temos mantido sempre reuniões de 1h raramente ultrapassam 1h, para cumprir.

Do ponto vista da comunicação também foi uma aposta ganha, havia anteriormente, havia apenas com a direção executiva e nos estabelecemos mensais com os concelhos técnicos para alem da reunião dos coordenadores, da direção executiva com os coordenadores, nos temos reuniões mensais também do concelho clinica e saúde com os concelhos técnicos chegando a mais gente das varias equipas (que concelhos técnicos que envolvem um medico, enfermeiro e um assistente técnico) portanto não e só o coordenador a transmitir a mensagem, mas também outros elementos das equipas tem as mesmas mensagens, isso também é uma forma....parece-nos um aspeto positivo.

Entrevistador: será uma coisa que poderá para ficar, mas tem que ser melhorado

Entrevistado: sim, e mas mesmo estas... apesar do que eu disse da reuniões presencias, exatamente para chegarmos a mais pessoas provavelmente no futuro, terá que haver um misto ou seja presencial e também transmissão por via Teams ou outra, no sentido de chagar a mais gente pessoas que não possam deslocar que não possam sair das suas unidades ou que tenham outras atividades, apesar deste ser uma facilidade em termos de agrupamento das unidades estarem próximas à outros agrupamentos no pais com a dispersão geográfica maior que ainda mais importância tem estas reuniões via Teams não é? Para não haver tantas deslocações mas isso acho que é uma mais valia que vai para ficar.

Entrevistador: ok.... acho que está feito Dr. João, acho que já tenho material suficiente, não sei se tem mais alguma acrescentar

Entrevistado: eu de momento, assim que me lembro, apesar de tudo acho que disse os pontos principais.

Entrevistador: Não está.... eu gostei bastante, tenho informação... muita informação. Depois mais tarde entrarei em contacto consigo ou a Dr. Eunice que era para depois ter documentos e fotografais da alteração dos espaços? Não sei se possível ter o que era antes e depois ter o que era depois, principal o que era o antes.

Entrevistado: Julgo que sim, julgo que sim, acho que se consegue.

Entrevistador: Mas depois entro em contacto ou consigo ou com a Dr. Eunice. Mas para já dou como terminada esta entrevista e agradeço desde já. Acho que foi muito produtiva.

Entrevista 2

Entrevistador: Ok, eu já percebi que houve muita gente envolvida, ou seja, houve enfermeiros, houve médicos... E a minha pergunta era...

Entrevistado: Administrativos, pessoal de limpeza e logicamente, pessoal do Centro e também os seguranças...

Entrevistador: Ok, houve toda uma reestruturação para essa área...

Entrevistado: Que era o que estava a falar inicialmente, ou seja, o ADR com o tempo e também na equipa de colheitas, começou a ter a sua própria escala e a sua própria organização.

Entrevistador: E que dificuldades é que enfrentaram nessa questão do ADR, ao longo deste período?

Entrevistado: Desde o início, para mim, existiram duas dificuldades: uma humana e outra económica! A humana estava relacionada com a vontade de trabalhar nisto, a disponibilidade pessoal... o que estávamos a falar ao início. Eu tenho mais de 55 anos e estou nisto, não é? Mas muita gente que tinha menos de 55 anos, não queria trabalhar nisto. Então, porquê? Porque à volta do Covid criou-se um sentimento de medo, as pessoas tinham receio de ficar contaminadas; tinham receio de apanhar muitas coisas; tinham receio de vestir um EPI; tinham receio de examinar diretamente as pessoas. Eu acho que muitos colegas perderam a noção do que era o contacto médico-utente, do ponto de vista presencial e presencial direto... Examinar a garganta, auscultar, medir, etc. Essa foi uma limitação humana muito grande!

Entrevistador: E como é que conseguiram dar a volta?

Entrevistado: E por outro lado, estava a situação económica, porque, quer a equipa de colheitas que coordenei no início, quer o próprio ADR, sempre tivemos problemas económicos. Não tínhamos uma carrinha para ir fazer as colheitas, não tínhamos um motorista porque não podíamos pagar-lhe horas extra, não tínhamos material necessário, não tínhamos equipamentos... Essas coisas, essas duas coisas foram muito difíceis! Mas, para mim, acho que a mais difícil de todas foi a limitação humana.

Entrevistador: A minha pergunta é, de que forma é que conseguiram dar a volta? Porque a verdade é que o trabalho teve de ser feito e foi feito até agora.

Entrevistado: Houve, inicialmente, um grupo de profissionais de diferentes áreas, que tínhamos em comum uma coisa que era, a vontade de fazer, colaborar e atuarmos. Então esta equipa estava formada por pessoas novas, pessoas mais ou menos de idade intermédia e as restantes como eu, mas aqui, acho que inicialmente foi só uma situação de cada pessoa. Houve gente com imensa disponibilidade, como também, por outro lado, gente com imensos meios que não queriam aproximar-se absolutamente a nada, a nada que pudesse, entre aspas, contamina-los. E nós começámos com uma equipa relativamente pequena, eu acho. Éramos seis ou oito médicos e umas dez enfermeiras, estavam seguranças que obrigatoriamente tinham de estar ali, a senhora da limpeza obrigatoriamente. Geralmente, éramos mais ou menos, as mesmas pessoas. Com o tempo, a administração já teve que tomar medidas mais coativas, ou seja, as pessoas são elegíveis vão para o ADR, estas não são vão fazer um trabalho virtual ou atender de outra forma a sua lista. Acho que não foi fácil!

Entrevistador: Pois, era isso que estava a perceber, não foi uma coisa nada fácil. E em termos económicos, como é que conseguiram dar a volta?

Entrevistado: Simplesmente, era desenrascarmo-nos com o que tivéssemos, resolver a situação! E nisto, há um contexto cultural. Eu nasci na Colômbia, estou em Portugal há dez anos mas, nestes países, tentamos fazer o que temos de fazer com o que há. Entretanto aqui, muitos colegas acharam que não podíamos fazê-lo, porque não tínhamos o elemento ideal para o fazer, vou dar um exemplo. Tínhamos que deslocar-nos, mas o Centro de Saúde disse-nos que não havia dinheiro para pagar horas extraordinárias do motorista, certo? Ou que não tínhamos motorista de segunda a sexta, porque simplesmente estavam ocupados, entre aspas, noutras coisas... Então, além da falta de motorista, também faltava o quê? O carro! Não tínhamos carros... E, por acaso, da minha parte fui e procurei a carrinha mais velha que podia existir aí em Sete Rios e, logo a seguir, essa carrinha serviu por um tempo para levar as colheitas e levar os resíduos que saíam das colheitas, mas entretanto, procuraram uma carrinha a gasóleo, gasolina, a tudo... e por acaso, nós ficávamos mal, porque tinha fugas de combustível, servia para oito pessoas, mas era extramente velha, mas por acaso, já tínhamos a carrinha, pronto! Agora faltava o quê? O motorista! E como não podíamos arranjar o motorista através do Centro de Saúde, eu voluntariei-me e o motorista fui eu. Então, o motorista, o coordenador e o médico da equipa! As enfermeiras iam comigo para todo o lado, a Diretora redigiu um documento a dizer que tinha autorização para conduzir essa carrinha e pronto, assim ficou resolvida essa situação. Agora na outra carrinha, já apanharam um motorista que só de forma pontual é que ia à

colheita dos resíduos e levar as amostras para o Hospital de Santa Maria. Por exemplo, precisávamos de caixas plásticas para meter muitas coisas, para organizar, precisávamos de tesouras, precisávamos de papel para colocar nos tubos de colheitas e depois fecharmos, precisávamos de muitas coisas pequeninas e verdadeiramente, a solução sabes qual foi? O cartão continente, porque eu tinha pontos no cartão continente e então íamos ao continente e usávamos esses pontos, e comprávamos as tesouras! Isto porquê? Porque era uma situação urgente que precisava de uma ação urgente e de uma solução urgente! E se nós estávamos a espera de apanhar tudo através do Centro de Saúde da ARS ou da ACES, acho que nunca tínhamos feito absolutamente nada! Ou seja, verdadeiramente, nesse dia senti que tínhamos imensa falta de recursos e de colaboração por parte deles.

Entrevistador: Percebo perfeitamente! Não foi uma decisão nada simples... A minha pergunta agora, no meio de tudo isto, como é que foram os modos de comunicação? Alterou alguma coisa? A mudança da frequência, do rigor, no conhecimento, em termos de objetivos... Como é que foi em termos de comunicação nessa envolvente toda? Entre os vários profissionais, entre os administrativos, entre a gestão, entre as várias equipas... Ou seja, a minha pergunta é, comparativamente àquilo que existia pré-Covid, se houve uma coisa nova em termos de... melhorou?

Entrevistado: Não, o que acontece é que o Covid foi uma situação nova para todo o mundo e todos os continentes. Não tínhamos ideia de como era realmente o vírus, como tal, fomos fazendo descobertas com o passar do tempo e as regras começaram a mudar conforme as informações científicas. Muitas vezes a DGS dizia uma coisa hoje e outra coisa diferente daí a uma semana... Eu ainda tenho na minha cabeça uma reunião que foi no final de fevereiro do ano passado e nessa reunião, todos nós médicos estávamos a pedir coisas específicas. Tínhamos uma coisa específica que era a mais importante que eram as máscaras. O que o Ministério e a DGS falavam era que não precisávamos de máscaras cirúrgicas e essa comunicação, acho que não tínhamos problemas, porque estas organizações diziam que não era necessário. Entretanto, nós estávamos atentos a decidir, na medida em que, para nós era importante porque estávamos atender utentes, porque de outra forma podíamos ficar contaminados e aí houve uma falha de comunicação severa. Só depois com o tempo, e estou a falar de mais ou menos a metade de março do ano passado, começaram a convencer aos poucos a máscara, da mesma forma aconteceu com o álcool gel, com pequenas coisas... Muitas recomendações que foram dadas ao início, acho que muitas não estavam relacionadas com a evidência clínica... aí houve muita falta de comunicação e, posteriormente, quando o ADR já estava formado e a equipa de

colheita estava formada, depois a comunicação foi muito mais simples, porque eram grupos muito mais pequenos. A direção e a Saúde Pública só nos diziam que tínhamos de ir a um sítio, a uma instituição, fazer colheitas e nós organizávamos tudo. O ADR já foi adjudicado ao Centro de Saúde Rodrigues Migueis e nós já sabíamos que podíamos ir ali, havia um protocolo para fazer essas coisas. Com o tempo, não sei porquê, o Centro de Saúde Rodrigues Migueis deixou de ser um ADR e Junta de Freguesia de Benfica emprestou uma escola primária que fica aí é perto de Benfica, na Estrada de Benfica, mas era uma escola que não tinha condições... Eram umas instalações extremamente velhas, não eram instalações para isto. E, logo a seguir, o ADR passou a ir para as traseiras de sete rios. Eu acho que houve uma grande quantidade de decisões administrativas que verdadeiramente foram tomadas ou de forma rápida ou sem fundamento e nós, sofremos por isso.

Entrevistador: Dr. Maurício, última pergunta desta pequena entrevista, aliás duas numa só. Que resultados obtiveram e que lições foram apreendidas desde que se iniciou o Covid até hoje?

Entrevistado: Eu acho que as pessoas que começaram a formar ou a equipa de colheitas ou o ADR, como tínhamos vontade de colaborar e de fazer as coisas, de uma ou de outra forma, os resultados foram positivos, porque acabámos por cumprir a nossa missão! A nossa missão era fazer 1500 colheitas, 500 colheitas, 20 colheitas, 70 colheitas, ir a um centro de refugiados, ir a um hotel e, posteriormente, saber se eram positivos ou negativos. Do ponto de vista do objetivo da equipa das colheitas cumprimos o que tínhamos de fazer. Do ponto de vista do ADR, inicialmente não havia muito trabalho, com o tempo, eu acho que isso foi mais ou menos em outubro do ano passado, o trabalho cresceu imenso, mas também os objetivos foram cumpridos. As pessoas chegavam e nós estávamos já prontos e tínhamos um EPI em condições e podíamos examinar e orientar as pessoas da melhor forma. Ou iam para sua casa, ou fazíamos a colheita diretamente ou eram referenciados para o hospital. Ou seja, do ponto de vista dos objetivos, nestes grupos pequenos, acho que funcionou! Do ponto de vista já da organização em geral, acho que não. Existiram imensos erros, na Administração Geral de Saúde ? , DGS com orientações que mudavam muitas vezes e que nós tínhamos receio de aplica-las, porque dizíamos, mas porque é que nos fazem isto... E, como tal, o que nos ensinou esta experiência para mim são coisas... isto que aconteceu com o Covid foi uma situação muito nova, mas esta situação, precisava de um funcionamento em equipa, muito maior! Eram equipas onde alguém administrativo dizia “olhem, têm de fazer isto” e a equipa cumpria, mas essa parte administrativa pode

estar muito envolvida, não era só “olhem, têm de ir ali ou aqui”, era trabalhar em equipa e tentar, verdadeiramente, integrar-se na equipa. Nós, as equipas pequenas, funcionamos porque somos menos pessoas, mas da parte administrativa... eu não gostei da parte administrativa. Acho que aqui, o que temos de aprender aqui é que temos de trabalhar melhor.

Entrevistador: Obrigado Dr. Maurício!

Entrevistado: Não sei se estou a responder como...

Entrevistador: Está ótimo, a ideia é...

Entrevistado: ... com o nosso corpo, com a nossa saúde... Há muita gente que não sabe vestir um EPI, ainda não sabe vestir um EPI... Depois de um ano, há muitos colegas que não sabem fazer uma colheita, que não fazem uma prova rápida, não sabem fazer nada, mas ninguém sabe como é usar um EPI até o usar propriamente. Estes equipamentos são extremamente incómodos, ou seja, a temperatura, por exemplo, nós começámos na primavera e depois terminámos no verão e lembro-me de, algumas vezes, dessas situações em que não percebíamos, a DGS e o Ministério determinaram que nós tínhamos que ir com EPI's fazer colheitas nas obras civis, o que quer dizer que nós tínhamos de chegar a umas temperaturas entre, mais ou menos, os 25 e os 32 graus externos, mas para nós a temperatura era muito maior. Além disso, tínhamos de usar uma máscara muito mais justa e a sensação de falta de ar era imensa! E para completar, tínhamos de usar uns óculos e uma viseira e por regra, por levar isso, perdíamos 80% de visão, ao ponto de termos de usar lanternas que comprávamos com o cartão continente... lembraste que falámos?

Entrevistador: Sim, sim.

Entrevistado: Exatamente! Eram lanternas que tínhamos de usar até para escrever, para ler as etiquetas, a lista de pessoas... a lista de pessoas, com o tempo, acabou por ser de tamanho 18 para podermos visualizar. Falta de visão, altas temperaturas, transpiração que ninguém sabe como é, porque não estão verdadeiramente dispostos a isso, ficávamos totalmente encharcados, totalmente molhados de transpiração e com uma sensação de falta de ar. Depois de tirar o EPI parecia que ficávamos com muito sono, com um cansaço enorme, enorme! Eu chegava a minha casa e ficava no sofá totalmente adormecido em menos de 2 minutos... Bom, de carro, tinha de parar na bomba da A5 para dormir 20/30 minutos aí. E uma dor de cabeça que por vezes era por causa do esforço visual. Eu só uso óculos noturnos para ver as letras, não uso de forma contínua como alguns colegas e enfermeiras que usam óculos e que têm de os usar e pôr em cima os outros óculos. Ninguém percebia

o desgaste e o esforço físico, ninguém! E a direção, muitas vezes falava connosco e para eles era uma situação mais fácil e isso nunca, nunca aconteceu.

Entrevistador: Não houve compreensão das outras partes, é aquilo que entendo.

Entrevistado: Eu acho que sempre, desde que isto começou, tivemos uma divisão entre o que era a parte administrativa, a direção da ACES, a direção propriamente dita de Sete Rios, e outra coisa muito diferente eram os profissionais de saúde. Acho que sofremos muito com os erros de decisões...

Entrevistador: Mas acha que a comunicação entre uns e outros falhava, foi de forma clara?

Entrevistado: A única coisa clara que tínhamos era dizerem-nos para ir ali e fazer aquilo, desenrasquem-se, porque chegava a um momento em que dizíamos “desculpe, não temos motorista, não temos carrinha, não temos EPI”, era muito simples, mas nós tínhamos de cumprir. A parte administrativa acho que tomou decisões muito facilitadas, a parte operativa teve de levar com decisões que foram tomadas de forma muito rápida ou simplesmente sem consideração verdadeiramente pelo que estávamos a fazer. O mesmo aconteceu com o Sistema Nacional de Saúde, um dia estava no Centro de Saúde e chegou uma equipa de intervenção de colheitas, tinham um carro elétrico novo, tinham motorista e a equipa tinha melhores fardas que nós. À parte disso, estavam acompanhados por uma carrinha enorme da Proteção Civil e por uma outra dos Bombeiros. Ou seja, existiam equipamentos e pessoal para uns e não para todos. O que eu percebi, não só nessa situação, mas também em outras situações posteriormente, é que infelizmente o SNS ou a ARS vale do Tejo ou o ACES, nós estávamos com falta de equipamentos, quando outras e estou a falar, por exemplo, da Câmara Municipal, tinham tudo e nós somos o mesmo povo português, tínhamos que fazer as mesmas coisas, atender os mesmos utentes, ou seja, há aqui uma divisão enorme na distribuição de recursos.

Entrevistador: Fica anotado como mais uma das dificuldades que tiveram que passar...

Entrevistado: Tivemos que passar e, ou seja, eu tenho uma grande quantidade de anedotas de todas estas situações... Vou contar outra! Um dia tivemos que intervir num Hostel que fica perto do IPO, isto a um domingo, e ligaram quatro horas antes para isso, porque tínhamos de preparar tudo. Chegámos e quando chegámos estavam os donos, os Bombeiros, a Proteção Civil, o SEF, uma instituição de refugiados, havia uma grande quantidade de gente, porquê? Porque era um Hostel de estrangeiros! E quando chegámos, os Bombeiros estavam muito bem, muito bonitos, as ambulâncias lavadas, todas as coisas limpas, a polícia muito bem fardada e porquê? Simplesmente porque isso foi antes pelos meios de comunicação. Havia muitos jornalistas, muitos canais, muitas câmaras e todos

queriam mostrar-se. E aí, nesse momento, percebi que à volta de toda esta situação da pandemia houveram muitos interesses institucionais e pessoais, só para mostrar que estavam a fazer alguma coisa! E nós tínhamos que ter um objetivo e uma missão que era apenas colheitas e determinar quem estava positivo e quem estava negativo e, nesse dia, os Bombeiros levaram uma unidade especial de descontaminação e nessa unidade de descontaminação eles colocaram umas bombas especiais, nós ficámos assim... e íamos tirando o EPI e com uns líquidos especiais eles iam descontaminando. A seguir, perguntámos se essa unidade nos podia acompanhar em todo o lado e não, nunca nos foi possível, porquê? Porque estavam noutras coisas que não sei, estavam determinadas através da Câmara Municipal. Da minha parte, falei com o Vereador, enviei cartas a muitas pessoas, a muitas pessoas de poder e ninguém me respondeu afirmativamente para colaborarmos com esses apoios, ninguém! No final o que acabámos por fazer? Duas enfermeiras apanharam duas botijas com sprays e procuraram algum amigo bombeiro e esse amigo bombeiro disse que essas soluções de descontaminação eram com lixívia, ou álcool e uma percentagem de água e não sei que mais, e elas em casa fizeram as mesmas soluções com sprays de casa para nós fazermos a nossa descontaminação. Acho que isso não foi justo, porque demonstrávamos que tínhamos vontade de fazer as coisas e também tínhamos algo importante, estávamos com a capacidade de encontrar soluções, ou seja, coloquialmente, desenrascar a situação, mas isso não devia ser assim. Nesta pandemia, acho que também foi uma situação muito política e que estava associado a mostrarem que estavam a fazer algo mais e as equipas pequenas estavam a fazer outra.

Entrevistador: Está ótimo, sinceramente está aqui muito trabalho para trabalhar!

Entrevistado: Então qualquer coisa, envia para mim uma mensagem ou alguma coisa.

Entrevistador: Qualquer coisa eu envio mensagem.

Entrevistado: Oi, como desligo isto???

Entrevista 3

Entrevistador: o que mudou desde que tomaram conhecimento do surto de Covid 19 em Portugal.

Pode-me contar a história, o encadear dos acontecimentos, decisões e ações... Quando quiser

Entrevistado: ora, o que mudou... (sorriso). Mudou o dia-a-dia, completamente... mudou ora em março do ano passado, quer dizer em fevereiro do ano passado quando soubemos desta doença, foi preciso começamos por um plano de contingência para o Aces, portanto logo

a prioridade passou a ser o plano de contingência... e como é que fizemos.. foi com o PPSIRA (os elementos do controlo de infeção), que é uma comissão um programa de controlo de infeção e esse grupo local fez o plano de contingência para o Aces.. depois isto quando começaram os primeiros casos começamos o nosso dia-a-dia passou, maioritariamente a trabalhar na Covid. No início ainda era gerível, os casos eram poucos, ainda não se sabia muito bem, agora também ainda não sabemos totalmente, vamos sabendo e... e depois paulatinamente, e depois com grande mudança, quer dizer, deu-se uma grande mudança. Portanto fomos mudando as atividades da unidade de saúde pública foram deixando de se fazer para dar prioridade a tudo o que dizia respeito à Covid nessa altura, portanto nas primeiras semanas ainda só com os profissionais da unidade, que eram 4 médicas de saúde pública nomeadas autoridade de saúde, portanto 4 autoridades de saúde e 2 enfermeiras, 1 de saúde comunitária e outra enfermeira mas não... e 6 técnicas de saúde ambiental e 2 assistentes técnicos, portanto era esta a unidade de saúde pública que começou a trabalhar e a fazer aquilo que competia à saúde pública no caso de uma doença transmissível que era esta.. que era a Covid 19. Depois os casos foram aumentando, precisamos de mais pessoas, portanto de... desta pequenina unidade conseguiu crescer ao longo deste anos não é... pelo menos desde a organização dos agrupamentos dos centros de saúde portanto uma unidade funcional do ACES nunca nos foi dado pessoal, funcionários, nomeadamente enfermeiros para termos uma unidade acima, mais robusta, portanto estas pessoas não dava para fazermos o trabalho que começou a ser exigido à unidade de saúde publica e fomos alocando mais pessoas, portanto mais enfermeiras e outros profissionais para nos ajudar a fazer os inquéritos epidemiológicos e as vigilâncias ativas dos contactos, e gerir os surtos nos lares, gerir os surtos nas escolas, depois com este caminhar da pandemia e... e o aumento de casos, o aumento de surtos ou o aumento de surtos nos lares, as vistorias que foram feitas aos lares, às escolas para ver os planos de contingência... todo o apoio que foi pedido à unidade de saúde publica, quer para as escolas, quer para ao lares a... portanto fomos fazendo com os nossos profissionais e depois a ARS contratou mais pessoas, mas isto já em setembro, portanto já assim no auge da pandemia a... portanto nesta unidade pequenina dizer-lhe que neste momento com essas contratações ao abrigo da pandemia temos mais 8 técnicas de saúde ambiental, pelo menos teremos enquanto durar a pandemia que nos têm ajudado a fazer, não o trabalho da saúde ambiental que nós estávamos habituados a fazer mas aquilo que as técnicas de saúde ambiental passaram a fazer que foi a... vigilâncias ativas, gestão daquelas... das bases de dados das escolas

para passar testes, para passar declarações de isolamento profilático, a... portanto toda a gente começou a trabalhar só em Covid. Portanto a vigilância da água que fazemos regularmente durante algum tempo ficou por fazer, o controlo das doenças e outros problemas de saúde pública nas escolas, nos lares, nos hotéis, nomeadamente a.. a vigilância da legionela, nos hotéis que temos um programa para...de prevenção da legionela... portanto, tudo aquilo que era suposto a unidade de saúde pública fazer foi caindo e só fazíamos quando havia o caso, uma queixa, um caso pontual é que era... é que fazíamos a vistoria ou o que quer que seja. Mas só mesmo em casos pontuais porque as atividades programadas da unidade caiu tudo por terra e foi só, foi e está a ser ainda só Covid. Portanto isto foi, foi difícil de passar de uma unidade que tinha as coisas programadas para esta turbulência diária de apagar um fogo aqui ou outro ali, porque não há tempo, quer dizer não há tempo de programar, as coisas chegam, chegam por telefone, chegam por dezenas de telefonemas diários, centenas de emails diários... e todos nós vivemos durante este ano, agora estamos/está um bocadinho mais calmo, mas todo este turbilhão de informação de pedidos, de... que deu cabo de uma organização porque é só... quer dizer... não dá para preparar nada... é estar todos os dias ao serviço do telefone, do email, e daquilo que vai chegando mesmo localmente de outros colegas que vão fazendo perguntas a pedir opiniões a... e foi assim e está a ser assim desde fevereiro do ano passado até agora.

Entrevistador: posso só interromper para lhe perguntar uma coisa? Já percebi então que a organização de trabalho alterou por completo. Antes tinham as coisas programadas e agora não é possível programar. De pessoas houve um aumento de colaboradores, daquilo que eu percebi, e a minha pergunta é: houve alterações de espaços de local de trabalho em termos de equipamentos, se houve novos protocolos, se exigiu novas compras de material, como é que foi essas áreas? Como é que se adaptaram?

Entrevistado: Foi necessário.. nós tínhamos uma sala de reuniões aqui na unidade de saúde pública e a sala de reuniões foi logo... quando vieram as primeiras.. o primeiro grupo de técnicas... não ainda antes das técnicas, tivemos algumas enfermeiras que vieram de outras unidades ajudar e a sala de reuniões foi transformada logo num call center. Portanto, um call center com 4 computadores e... 5 computadores onde as enfermeiras, as primeiras que chegaram, começaram a fazer os inquéritos epidemiológicos porque além da contratação dessas técnicas houve enfermeiras que foram alocadas à unidade mas que pertenciam a outras unidades funcionais do ACES, e vieram 4 enfermeiras de saúde comunitária porque estão mais vocacionadas para este tipo de atividade, de vigilância

epidemiológica, de contactar as pessoas, de fazer até com as técnicas algumas visitas aos lares portanto estão mais habituadas a trabalhar numa unidade e foram 4 e depois um outro que foi a meio tempo, portanto 4 e meio enfermeiros... depois foram alocadas as pessoas, os higienistas orais que continuaram nos seus postos de trabalho mas a trabalhar exclusivamente para a saúde pública e ainda neste momento ainda trabalham exclusivamente para a saúde pública, nas vigilâncias ativas principalmente... depois naqueles, na altura de maior numero de casos também psicólogas, terapeutas ocupacionais, nutricionistas, portanto as pessoas que não faziam e pararam de algum modo a sua atividade, e diminuíram a atividade própria dedicaram algumas horas à saúde pública para fazer as vigilâncias ativas porque uma vigilância ativa.. penso que sabe o que é mas... quando fazemos um inquérito epidemiológico a uma pessoa positiva temos que saber os contactos e aqueles contactos depois são vigiados, são acompanhados por pessoas da unidade de saúde pública. Portanto um contacto, um caso, pode dar dezenas de contactos, se foi uma festa, se foi num almoço, numa reunião, portanto... e tudo isso é preciso ser acompanhado. Claro que no meio daquela, quando houve aqueles casos assim em janeiro era impossível contactar toda a gente, portanto era mesmo impossível. Mas foi, portanto, voltando à sua pergunta foram precisos mais computadores, foram necessários telefones, telemóveis para as pessoas que estavam a fazer as vigilâncias, portanto, cada pessoa que está na vigilância recebeu um telemóvel, muitos trabalharam no seu local de trabalho, portanto tinham o seu computador próprio mas foram necessários ir para alguns gabinetes, foi necessário mais computadores, nomeadamente posso dizer que das duas funcionárias que tínhamos neste momento temos 4 funcionárias assistentes técnicas, quer dizer, 3 e uma tem um horário mais reduzido. A única, os únicos extratos profissionais que não foi possível alocar mais foram os médicos porque não há, não há mais. Mas ainda havia um interno que fez exame o ano passado e felizmente ficou aqui colocado na unidade de saúde pública, portanto de 4 já somos 5, se bem que ainda este ano vamos ficar 4, porque somos todos de um grupo, as 4 médicas de saúde pública que cá estão, são de um grupo etário que estão mesmo à beirinha da reforma portanto ainda este ano vão duas e para o outro ano outra, portanto esta unidade vai ficar muito desfalcada.

Entrevistador: Equipamentos falou... houve compras, acho que falou, falou das pessoas de fora, que todos os grupos profissionais foram todos envolvidos..

Entrevistado: Foram e ainda estão... alguns.. agora nesta fase foram dispensados porque não temos... agora são muito poucos os casos e de qualquer maneira mantemos as técnicas porque isto pode aumentar e não vamos, portanto vão continuar a contratá-los enquanto houver a pandemia mas comparado com o que foi janeiro estamos quase desempregados (risos)...

Entrevistador: Não tem nada haver... então ora bem, e no meio disto tudo que dificuldades é que sentiram?

Entrevistado: Eu acho que toda a gente sentiu pressão, angustia, eu acho que, quer dizer no início os materiais são sempre poucos e são sempre muito difíceis de arranjar portanto, os recursos materiais falham sempre e depois alguns computadores foram recauchutados e são muito... nós... eu acho que é geral na saúde os nossos materiais informáticos são sempre ou quase sempre muito maus, demoram, primeiro que abram um programa demora, há estas coisas da net, e depois eram muito gente a usar, ainda se notava mais porque se calhar o servidor não é compatível com a utilização e há sempre muitos problemas informáticos, já era e agora notou.se mais. Há uma coisa que não falei que deixou de funcionar na USP Graças à pandemia foi uma coisa boa foi a realização das juntas médicas que eram da nossa competência, as juntas medicas de avaliação de incapacidade era da competência da saúde publica e nós gastávamos muitos recursos a fazer as juntas médicas porque não é uma atividade de saúde publica, portanto a avaliação de incapacidade para passar um atestado para as pessoas terem benefícios fiscais, isto não é uma medida de saúde publica, isto é uma medida para aquela pessoa ter ... portanto não é de saúde publica de todo e o ano passado em março foi-nos tirado as juntas médicas porque então aí não conseguíamos fazer nada da pandemia porque ocupava a maior parte do tempo, uma semana de trabalho era dedicado às juntas medicas, portanto isso foi um bênção da pandemia (risos) porque andávamos à anos a lutar contra isso, contra as juntas, porque eram recursos gastos sem qualquer beneficio para a promoção da saúde na comunidade que é isso que é o o nosso papel, um dos nossos papeis, trabalhar para a promoção da saúde da comunidade e não estes atos médicos isolados ou pessoais ou o que quer que seja...

Entrevistador: Pronto, a pergunta era relativa à dificuldade.. já percebi que a maior dificuldade foi a nível de material...

Entrevistado: Ah, sim, as dificuldades ao nível de material e depois o cansaço que foi. Que foi e que é, estar a trabalhar mais horas, portanto houve um aumento de horas extraordinárias da unidade de saúde pública não havia, portanto foi preciso trabalhar para além do horário normal de trabalho e isso toda a gente fez, uns mais e outros menos, mas toda a gente fez. E foi trabalhar sob pressão..

Entrevistador: E com a preocupação da falha, digo eu..

Entrevistado: E com a preocupação da falha, da falha mas com a sensação e com a certeza de que falhámos que houve falhas, é impossível dar resposta a todas as solicitações que chegava a cada um de nós por todos os meios e era difícil quer dizer... é, chega a um ponto de já não se conseguir ouvir o toque do telemóvel, o toque do telemóvel nalguns dias provocava náuseas, porque quer dizer é uma pressão... o telefone toca e a gente não sabe o que é que está do outro lado, nunca sabe mas era sempre mais do mesmo e... e não conseguíamos dar resposta, a resposta que as pessoas precisavam ter não é... mesmo assim acho que nalguns telefonemas uma pessoa sente que ajudou quem estava do outro lado e isso talvez fosse a única compensação que nós tivéssemos durante este ano, é saber que aquele telefonema que a nós parecia uma parvoíce do outro lado talvez resolvesse o que a pessoa estava a sentir e isso dá a sensação que estamos a ser uteis, e isso é muito importante e talvez e é isso que faz com que uma pessoa não tenha outra vida desde à um ano que não seja vir de casa até ao centro de saúde, sem férias...

Entrevistador: Percebo percebo, tem sido uma luta e um comprometimento com a resiliência..

Entrevistado: É, é isso...

Entrevistador: E diga-me uma coisa, houve novos modos de comunicação, houve mudanças na comunicação? Entre novos doutores, ou seja uma luta por objetivos mútuos, houve alterações nesse sentido, na comunicação... entre os vários grupos profissionais, e dentro dos grupos profissionais e das várias equipas... se houve alteração ou se manteve...

Resposta: na comunicação quer dizer... é assim a... pois, com a maior parte destas pessoas a comunicação foi muito por email a... aqui quer dizer trabalhamos de outra forma, trabalhamos com base de dados enormes, com Excel, com quer dizer a comunicação e...

Entrevistador: A minha pergunta é se foi mais fluida, porque às vezes existe resistência entre aquilo que se diz e o que se faz... e a minha pergunta se neste ano a comunicação a foi diferente, foi mais harmoniosa foi mais fácil, se houve mais resistência se não houve tanta resistência...

Entrevistado: Acho que falhou um bocado porque não conseguimos... e isso culpa minha porque sou coordenadora da unidade, a não ter havido a possibilidade de toda a gente ao mesmo tempo saber o que estava a acontecer porque os casos eram tantos que eu tratava de vários lares ao mesmo tempo e a colega do lado e colega do lado não sabia quais eram os lares, e a que eu não sabia quais as escolas a colega estava a tratar. Nós sabemos que cada um estava a fazer o trabalho que lhe competia fazer mas não tínhamos a visão global daquilo que se estava a passar... quer dizer ao pormenor, sabíamos que depois temos que dar os dados e compilar para o departamento por exemplo e sabíamos ai mas não tivemos, e sei que algumas unidades faziam isso, de fazer pontos de situação de saber, eu estou a tratar este lar e este e, faziam isso sei la, todos os dias, ou de dois em dois dias, e isso eu falhei porque isso talvez tivesse agregado mais as pessoas e a dada altura estava para alem da compilação que se fazia formalmente para enviar entre nós não havia discussão dos casos e das situações que estávamos a tratar, tivemos algumas vezes mas devia ter sido mais e isso talvez tivesse unido mais as pessoas. Eu reconheço que a esta distância, mas tudo acontecia em catadupa e era muito difícil pensar em mais nada e eu durante muito tempo, quer dizer, durante este ano eu não consegui organizar quase nada porque estava sempre a fazer coisas ao telefone ou no email a falar com os lares, a falar com os diretores dos lares, a fazer telefonemas e tudo isto durante 1 dia assim 12 horas por dia, eu normalmente vinha 8:30 e saia daqui 21:30/22h era muito difícil pensar em mais nada, não conseguia..

Entrevistador: Certo.. não é nada fácil, não é nada fácil... e acaba por ser quase ser reativo não dá como pensar, é ser reativo.

Entrevistado: Foi tudo isso, a resposta era... entrou, reagiu, fez, venha outro. Foi sempre assim

Entrevistador: última pergunta Dra Teresa, que lições foram aprendidas?

Entrevistado: (risos) as lições.. ah, houve uma coisa que deixámos, estávamos a fazer a acreditação da unidade e ficou suspensa e agora temos que retomar o que vai ser uma grande... quer dizer não vamos deixar...

Entrevistador: Foi aquilo que disse numa fase inicial... tudo o que estava a acontecer parou para dar resposta..

Entrevistado: E estávamos a trabalhar assim de uma forma mais harmoniosa que estávamos a cumprir e tínhamos tido em dezembro de 2019 tínhamos tido a auditoria e foi-nos dado 6 meses para fazer alguns standards que não tinham sido cumpridos e em junho de 2020 estaríamos acreditados e pronto, agora lá se foi. Temos que recomeçar e a melhorar e dar resposta a esses dados que ficaram para ver se fazemos a acreditação mas é muito mais difícil porque já estávamos a trabalhar com procedimentos de uma forma muito mais

harmoniosa e eficaz porque se para fazer uma tarefa temos um procedimento em que é discutido por todo o departamento e toda a gente sabe como é que faz, o trabalho flui muito mais e melhor e com mais eficiência e eficácia e neste momento foi salve-se quem puder e quem conseguir fazer as coisas mais rapidamente... para retomar custa, principalmente se a pandemia não... se houver aí uma 4ª fase eu já... temo.. esperemos que não... que venham as vacinas e consigamos... e a imunidade de grupo pelo menos não dê para ter estes casos todos que foi um desatino completo....

Entrevistador: Então o que é que conclui deste ano até agora?

Entrevistado: O que é que concluo...

Entrevistador: Ou seja, voltando à questão, que lições aprendeu?

Entrevistado: Olhe, fiquei com uma certeza que afinal a saúde pública ainda serve para alguma coisa (risos) e que foi... quer dizer as pessoas começaram a ver com outros olhos nomeadamente até a nível do país e.. porque quer dizer eu tive mais recursos agora até de enfermagem e há uma coisa que a unidade ganhou com esta pandemia, foram as 3 enfermeiras especialistas em saúde pública, já pertencem à unidade de saúde pública, 3 enfermeiras já cá estão, de modo que mesmo depois da pandemia há mais profissionais para fazer aquilo que a gente já fazia mas de uma forma mais, quer dizer, fazer mais e melhor porque temos pessoas especialistas a trabalhar connosco. Acho que isso foi bom e deixámos de ter as juntas médicas que também foi muito bom, uma coisa muito positiva. Lições... ah... acho que todos nós temos de estar a contar sempre com uma nova pandemia isto vai ser o nosso dia-a-dia e talvez isto pusesse as pessoas a pensar e que é preciso estar a acompanhar o que se vai passando, as mudanças, as alterações climáticas, as alterações do ambiente, tudo isto que faz com que os vírus as bactérias tudo isto se... de vez em quando se mostre de uma forma diferente e nós temos andado a assobiar para o lado. E isso acho que deu consciência a cada um de nós, que é preciso ter uma atitude mais firme, em várias coisas que vamos fazendo, que vamos fazendo várias asneiras ao longo do dia-a-dia e temos que contar e estar preparados cada profissional e o sistema, e o serviço nacional de saúde e o sistema nacional de saúde que isto foi uma pandemia... foi não, está a ser uma pandemia agora que não sabemos o que é que vai acontecer ainda com esta e quando é que virá outra, que se calhar não vai demorar tantos anos como da última até agora. E pronto, há algumas epidemias que se conseguem controlar até mais graves em termos de mortalidade, mas se calhar ver que é preciso também investir nesta área da unidade de saúde pública, na prevenção e não deixar que as coisas vão acontecendo.

Entrevistador: Não esperar para ver... atuar...

Entrevistado: Exato, é. Atuar e organizar, talvez organizar não só a saúde pública mas a saúde no geral para...

Entrevistador: Seremos mais preventivos...

Entrevistado: É e... para quando chegar não haver esta atrapalhão que é sempre.. mas isto também acho que faz parte do nosso ADN. Nós tínhamos vacinas para dar aos professores e esperámos que as aulas começassem... quer dizer podíamos... podia ter atrasado mais uma semana para primeira as vacinas e depois as aulas começarem... portanto que há algumas fora, porque se não tivermos as vacinas não podemos vacinar mas há muita coisa que falha em termos de organização. E desta organização eu sei que não é fácil a logística por exemplo de vacinar 2000 professores num fim-de-semana mas há coisas que lá está, ainda tem haver com o serviço nacional de saúde e essas coisas... espero bem que esta pandemia ponha as pessoas a pensar e se mudar o sistema de informática do SNS já nos ajudava porque realmente temos demasiados problemas todos os dias, já tínhamos e agora notou-se mais. Coisas que são... que poderiam ser simples não é, que a informática resolve e acaba por não estar as coisas bem oleadas, portanto não estar a funcionar e às vezes complicar em vez de ajudar. São algumas lições que se forem bem estudadas talvez consigamos mudar e melhorar a eficiência das coisas e acabam por ser muito mais facilitadas.

Entrevistador: Obrigado Dra Teresa. Acho que foi...

Entrevistado: De nada, peço desculpa pelo meu atraso... não consegui entrar...

Entrevistador: Obrigado, bom trabalho...

Entrevista 4

Entrevistador – Questão geral: o que mudou desde que tomaram conhecimento do surto Covid 19 em Portugal, pode contar-me a história, o encadear de acontecimentos, decisões e ações?

Entrevistado – bem, mudanças... olhe, foram muitas, a primeira de todas no espaço físico, o rastreio da retinopatia diabética localizava-se lá em baixo no piso 1 na sala de atendimento complementar e portanto a primeira coisa que fizemos foi mudar a sala para o piso 2, isto para quê, para os utentes diabéticos que são um grupo de risco não ficarem na mesma sala de espera que os doentes respiratórios, pronto então mudámos cá para cima para o piso 2. Depois em relação ao rastreio em si tivemos algumas paragens e recomeços em função

das ordens da equipa regional e do Conselho Diretivo da ARS, muito em função da situação epidemiológica, mais alterações... ah, a adesão ao rastreio piorou imenso, era para ai 50% e de repente passou para 10% mesmo com chamadas telefónicas aos utentes, entretanto houve alturas que ficámos completamente parados para além de fazer TRACE Covid decidimos fazer coisas diferentes nomeadamente começar com o rastreio visual infantil aqui nas crianças, isto é um projeto piloto aqui em sete rios que agora está alargado ao resto das unidades, em crianças que já cá estavam porque vinham à saúde infantil e nas quais havia dúvidas por exemplo da quantificação da acuidade visual, a existência de estrabismo, miopias, enfim, todas as alterações da visão binocular e do equilíbrio oculomotor e então passámos a fazer esses rastreios em caso de dúvidas o médico que vê as crianças foi médico de família, foi assim que começámos, o projeto piloto era assim, encaminhava as crianças aqui para fazer o rastreio pronto foi, digamos um projeto inicial que existiu um bocadinho em função da Covid-19 pronto, basicamente acho que foram assim as grandes mudanças.

Entrevistador – Então diga-me por exemplo em termos de organização de trabalho houve alguma alteração, ou seja, e de pessoas, se houve uma interação maior entre a própria equipa, de equipamentos, houve alteração na vossa maneira de intervir relativamente por exemplo quanto aos equipamentos.

Entrevistado – nos equipamentos é assim, não houve uma diferença muito grande em termos de desinfeção nós já desinfectávamos o apoio da testa, sempre desinfectámos portanto a única coisa que passámos a desinfectar foi também o apoio das mãos e dos braços onde os utentes apoiam, a mesa, basicamente foi só isso, agora temos algumas dificuldades acrescidas devido ao uso de máscara, nomeadamente porque a lente da objetiva quando os doentes encostam com a máscara a lente fica embaciada, tal como as lentes dos nossos óculos e isso faz com que demore mais tempo a realizar os rastreios.

Entrevistador – e em termos de organização de trabalho houve alguma alteração significativa?

Entrevistado – organização de trabalho não, foi basicamente essa que referi, foi como não conseguia fazer rastreios e houve alturas específicas em que o rastreio da retinopatia parou mesmo completamente acabámos por aproveitar não só para fazer o TRACE Covid mas para iniciar esse projeto da saúde visual uma vez que os utentes já cá estavam no centro de saúde e não tinham que vir de propósito, foi uma forma de rentabilizar e também de implementar um projeto novo.

Entrevistador – ok, no meio disso tudo que dificuldades é que enfrentaram?

Entrevistado – que dificuldades... olhe as principais dificuldades foram marcar e desmarcar doentes, parar o rastreio e voltar a começar em função das ordens que recebíamos, pronto. Depois outra grande dificuldade foi a adesão ao rastreio porque as pessoas, já não era grande mas entretanto piorou imenso, as pessoas ficavam cheias de medo e telefonavam a dizer “olhe eu não vou porque tenho imenso medo, não saio de casa à não sei quantos dias, sou idoso, tenho diabetes, sou hipertensa e portanto não quero ir ao centro de saúde”, é essencialmente isso.

Entrevistador – então e diga-me uma coisa, e houve alguma alteração nos modos de comunicação entre a equipa e entre as varias equipas, ou seja, novos atores, na frequência como comunicavam, o rigor, houve alguma alteração?

Entrevistado – de equipa, sabe que de equipa eu sou sozinha, não tenho assim (risos), trabalho só eu, portanto, em termos de equipa não, quer dizer.

Entrevistador – ok, mas e então a comunicação com outros elementos

Entrevistado – só se for com a equipa regional, nós temos um... fazemos um bocadinho o que a equipa regional diz mas quer dizer, quando foi para parar parámos todos, quando foi para reiniciar reiniciamos todos, portanto não houve assim uma grande diferença.

Entrevistador – em termos de comunicação acaba por trabalhar sozinha, ou seja não houve assim uma grande alteração em termos de comunicação, nem com a própria, ou seja, nem dentro do espaço de sete rios?

Entrevistado – ahhh... não, assim uma grande alteração não. A principal alteração que tivemos foi a paragem do rastreio que tivemos de desmarcar toda a gente, depois voltámos a marcar, depois voltámos a desmarcar, mas não, eu em termos de equipa não tenho mais ninguém, sou só eu, por isso não consigo ajudar muito nesse aspeto.

Entrevistador – ok, mas pelo que percebi acabou também por fazer parte do TRACE Covid certo?

Entrevistado – sim, isso fizemos todos. Houve uma altura em que parámos as atividades e para não ficarmos completamente parados, ficámos todos a fazer TRACE Covid.

Entrevistador – ok, então e diga-me uma coisa que resultados é que obtiveram até agora com esta questão da pandemia

Entrevistado – que resultados?

Entrevistador – sim, é para perceber o que é que obtiveram

Entrevistado – olhe, eu, resultados resultados ainda não lhe consigo assim dizer nada em concreto porque ainda não há tempo suficiente para isso, mas eu acredito que nós agora vamos ter muitos mais casos de alterações visuais graves, nomeadamente retinopatias diabéticas e outras porque algumas pessoas estão sem fazer o rastreio à muito tempo. Dá-me ideia,

mas isto é só uma ideia porque ainda não tenho esses dados, só no fim é que vamos ver, mas dá-me ideia que vão haver mais casos positivos a serem encaminhados pelo hospital, agora no pós Covid devido às pessoas não terem vindo fazer o rastreio.

Entrevistador – mas por outro lado conseguiram iniciar um projeto piloto, pelo que percebi

Entrevistado – exatamente

Entrevistador – no meio da pandemia houve algo bom

Entrevistado – sim, exatamente sim

Entrevistador – então para acabar uma ultima pergunta, que lições foram aprendidas, ou seja, o que quero dizer é com isto tudo o que é que vai ficar, acha que há alterações no dia-a-dia do trabalho nesta área que vai ficar?

Entrevistado – sim, esta questão da avaliação de saúde visual infantil acho que vai ficar até porque depois acabámos por estender às outras unidades dos ACES norte e não só sete rios e as unidades até estão a aderir bastante e a pedir bastante ajuda nesse aspeto, portanto acho que esta, este é um projeto que vai ficar mas ainda assim no final do ano é que vamos fazer aqui uma análise estatística disto ver se vale a pena ou não continuar, mas eu acredito que sim que será para continuar, se calhar estou a ser um bocadinho tendenciosa (risos)

Entrevistador – não não não, faz parte do projeto por isso é normal (risos). E em termos, ou seja essa é a parte de crianças, e a minha pergunta é e na parte dos adultos, acha que houve algum ganho de importância neste sentido mesmo relacionando com a Covid perceberem que é seguro irem ao centro de saúde e não o podem deixar de fazer e de fazer os seus rastreios?

Entrevistado – nós tentámos passar essa informação, alias nós fizemos uma reportagem na RTP, que se quiser lhe posso reencaminhar, com a Dra Eunice exatamente sobre o rastreio da retinopatia diabética e sobre o facto das pessoas não virem ao rastreio pronto, é uma reportagem que deu na RTP e foi assim em Fevereiro talvez, mas eu posso enviar-lhe isso por email para ver.

Entrevistador – ok, não tenho assim mais nada para perguntar

Entrevistado – não? Está feito? Peço desculpa pelo atraso. Realmente quando sai na sexta-feira vi que não tinham nenhum link e achei se calhar a reunião é outro dia

Entrevistador – não, eu só consegui enviar no fim-de-semana porque estive a trabalhar e depois quando tive mais tempo foi quando consegui enviar.

Entrevistado – ta bem. Trabalha onde?

Entrevistador – eu trabalho na clinica das conchas e estive ai a estagiar com a Dra Eunice. No meu mestrado tivemos que ter um estagio e então tive ai com uma colega minha a estagiar com a Dra Eunice. Não sei se alguma vez nos cruzámos ou não mas é possível, e já foi em outubro/novembro

Entrevistado – pois, provavelmente

Entrevistador – agradeço

Entrevistado – de nada, se precisar de mais alguma coisa...

Entrevistador – obrigado, bom trabalho e bom dia

Entrevista 5

Entrevistador: Uma questão geral. O que mudou desde que tomaram conhecimento do surto Covid 19 em Portugal, pode contar-me a história, o encadear de acontecimentos decisões e ações.

Entrevistado: Ok, eu sou coordenadora da URAP do ACES Lisboa Norte. A URAP é constituída por psicólogos, assistentes sociais e higienistas orais, portanto fisioterapeutas, terapeutas ocupacionais, médicos dentistas, e portanto quando começou a surgir a hipótese de termos uma pandemia a grande maioria de nós fazia a intervenção por exemplo comunitário por exemplo, como programa de saúde escolar, por exemplo o programa da saúde oral, a intervenção direta na comunidade. À partida começámos logo a perceber que muita coisa poderia mudar e mudou efetivamente portanto, ou seja a nossa atividade comunitária foi toda suspensa e ainda não foi retomada em matéria de saúde escolar por orientações da coordenação, pertence à unidade de saúde pública e a atividade assistencial de todos os profissionais foi interrompida portanto suspensa e, algumas delas ainda não foram retomadas, por exemplo a equipa de higiene oral, os higienistas ainda não retomou a atividade, porque nós trabalhamos num programa muito específico e programa esse que necessita de intervenção direta também na comunidade educativa nas escolas e, como a coordenadora do programa ainda não nos permitiu a entrada nas escolas portanto a nossa atividade assistencial ainda não foi retomada e nós estamos a 100% a dar apoio à unidade de saúde pública na plataforma de TRACE Covid portanto nós somos o grupo que tem desde o início estado a dar apoio à equipa. A equipa de psicologia suspendeu a sua atividade assistencial atendendo tudo por telefone, tendo depois a partir de junho começado a retomar a atividade presencial gradualmente contactando os utentes, percebendo aqueles que estavam disponíveis para vir às consultas e têm estado cada vez mais e agora quase em pleno na sua atividade. O Serviço Social também suspendeu a sua

atividade, sendo que com os novos critérios na referência para o serviço social e há uma intervenção diferente que se quer por parte do serviço social, a intervenção também está mais controlada, ou seja eles antigamente tinham a porta aberta e neste momento a referência é muito específica e é agendada portanto, de acordo com as regras. A parte da fisioterapia, também as atividades foram suspensas na altura portanto eles estavam quase todos também a dar apoio à saúde pública e a intervenção era mesmo só aquela que fosse estritamente necessária e não pudesse ser adiada. Entretanto eles começaram a retomar também a atividade, aquela que iniciou logo e que quase nunca foi suspensa foi a intervenção da ELI (equipa local de intervenção) portanto da nossa fisioterapeuta que trabalha com crianças com necessidades especiais e que tem tido por exemplo ainda algumas dificuldades por exemplo a entrar nas escolas, ou seja as escolas porque faz a prevenção nas escolas com as crianças e com os pais e como a escola não quer tanta, tanta gente estranha ao serviço pede então ela está a fazer intervenção de muitas das crianças em casa, em vez de ser na escola no seu espaço onde as crianças passam os seus dias. Tem sido um bocadinho difícil, mas ela tem conseguido. A parte da nutricionista também suspendeu a sua atividade na altura, atendendo também só às situações urgentes, ela neste momento já retomou a atividade assistencial mas no entanto ainda continua a dar apoio à saúde pública neste momento também nas vigilâncias ativas, é a única profissional também dos, é o elemento mais velho da URAP, uma senhora com 60 anos e que também muitas das pessoas que ela estava a seguir não quiseram voltar ao centro de saúde portanto ou ainda não quiseram voltar, mas ela continua a fazê-lo por telefone ainda sendo que já retomou a atividade, como o gabinete dela também é muito pequenino portanto não tendo ali as condições de segurança. Ora a medicina dentária, por outros motivos, tanto a atividade ainda não foi retomada porque para ser retomada precisa de um conjunto de material específico e que tem havido alguns constrangimentos na sua entrega. Há-de ser retomada agora brevemente até porque o nosso médico dentista mudou e vai entrar, portanto vamos começar, vamos retomar com algumas alterações também a nível de apoio, antigamente ele tinha apoio administrativo e vai deixar de ter, porque ele está inserido na USF e então vai ter algumas mudanças estruturais que são necessárias realizar e então vamos ter que reestruturar as consultas portanto, por exemplo a consulta de medicina dentária e consulta de higiene oral tem uma norma da Direção-Geral da Saúde muito específica relativamente, porque a nossa profissão é considerada de risco pela promoção de doenças, portanto requer maior espaçamento entre as consultas, requer arejamento dos gabinetes, de equipamento especial etc, portanto é uma uma é o retorno

tem de ser muito bem pensado, muito bem estruturado e organizado, portanto provavelmente não se vão conseguir atender tantos utentes como atendíamos por dia etc etc. E a nossa equipa tem tentado, esta equipa grande, tem tentado ir-se adaptando e evoluindo no atendimento por forma a dar resposta às solicitações, há prazos é provável que haja sim, há utentes em espera com certeza que sim, mas vamos tentar recuperar o tempo.

Entrevistador: Daquilo que percebi a organização do trabalho foi bastante rápida e conseguiram adaptar-se facilmente. A minha pergunta é se houve alguma alteração a nível de espaços, de equipamentos, de novos protocolos, de novas compras de material, do que quer que seja, até a data ou seja pelo menos neste caso por exemplo da medicina dentária, já percebi que vai ter que ser novos, aliás existem novos protocolos neste caso e vai ter que ser necessário novos materiais. A minha pergunta é por exemplo nos casos da área da psicologia e da nutrição como fizeram o acompanhamento à distância, ou iniciaram, houve compra neste caso dos telefones ou não, ou dos computadores também todo este processo eu percebi que houve uma grande alteração para se trabalhar a distância, ou para se trabalhar a um ecrã.

Entrevistado: Pronto relativamente aos equipamentos foi na altura o que nos foi dito é que nós tínhamos que assegurar esse equipamento, ou seja quem estava nós conseguimos por exemplo quem estava a dar apoio a unidade de saúde pública nas vigilâncias ativas inicialmente a unidade de saúde pública conseguiu através da ARS a aquisição de alguns equipamentos novos, portanto alguns de nós conseguimos logo ter telefones. De resto os outros como houve aquela campanha das operadoras que os profissionais de saúde tinham não sei quantos minutos, eles ofereciam não sei quantos, foi com esses minutos que através dos seus telefones pessoais se fizeram estes contatos, por exemplo a nível da psicologia a nível da psicologia muitos dos utentes já alguns deles já tinham o telefone do psicólogo para situações urgentes, portanto o reconhecimento de uma chamada do psicólogo para aquele utente já não lhe era estranho porque muitas das vezes isso já ocorria e isso aconteceu pronto. Quando isso não aconteceu as chamadas eram feitas sobre números anónimos não é, para que não haja troca de.. e isso pode ter havido algum constrangimento na acessibilidade da consulta, como também nas vigilâncias ativas e nos primeiros contatos porque quem não tinha telefone, era o profissional que usava o seu telefone e era feito por chamada anónima. E há muita gente da população portuguesa que não atende números anónimos. Relativamente aos equipamentos informáticos nós tínhamos que utilizar os nossos. O nós tentamos fazer logo na altura foi escalas de

trabalho portanto, ou seja quando cá estava um o outro que estava em casa trabalhava com os seus equipamentos, depois trocávamos por forma a não estarmos todos portanto, nós nunca tivemos 100% fora portanto ou seja nós estávamos em escala de serviço em que estavam uns dentro enquanto os outros estavam fora portanto, e a utilização era sempre dos nossos equipamentos com exceção das situações que tiveram equipamentos da unidade de saúde pública.

Entrevistador: Ok, e em termos de comunicação a minha pergunta é se houve alteração, se houve novos autores, a mudança da frequência e rigor, mudança no conhecimento, respeito, objetivos mútuos ou seja, se a comunicação quer entre equipa e não só entre equipa, mas com o patamar de cima e as outras equipas se houve alguma alteração na forma como se comunicava.

Entrevistado: Portanto a comunicação é sempre feita pelos canais habituais, ou seja o coordenador da direção executiva transmite ao conselho clínico, transmitia ao coordenador e o coordenador sempre foi este o procedimento, transmitir aos seus responsáveis dos seus grupos e os núcleos distribuem a informação. Quando a informação necessitava que fosse célere para todos os profissionais era/é o coordenador da unidade que disparava a informação para todo o lado. De resto penso que nunca houve grandes falhas nesta comunicação até porque nós todos falamos em grupos de WhatsApp e quando nós queríamos urgência nesta comunicação muitas vezes foi esta a ferramenta que nós encontramos para chegarmos mais próximo, mais rápido porque toda a gente tem a internet ligada, quase sempre não é. E quando precisávamos quando precisávamos de um atendimento urgente, uma informação urgente, ou uma resposta urgente a alguma situação urgente era por esses canais que nós o fazíamos. Se houve dificuldades...

Entrevistador: Esse era a pergunta que eu lhe ia fazer, mas agora aproveitando que dificuldades enfrentaram a partir daí e tudo o resto.

Entrevistado: Pronto as dificuldades mais, mais complicadas que houve foi porque por exemplo na utilização de um telefone um mesmo telefone para a consulta, para a realização de uma consulta em que está durante várias horas ocupado, é difícil chegar ao profissional para uma informação urgente. Depois relativamente à parte da informática quando nós temos toda a gente a utilizar o mesmo canal, a mesma plataforma e, em casa por exemplo com a nossa densidade de net muitas vezes dificulta porque estamos muito, estava toda a gente em teletrabalho, os alunos em escola e muitas vezes era difícil, essa talvez foi a maior dificuldade mas penso que, estou a falar da minha equipa.

Entrevistador: Sim claro

Entrevistado: Mas penso que na minha equipa houve algumas queixas e efetivamente houve algumas pessoas que se queixam que os equipamentos que tinham era um bocadinho obsoletos, porque não era suposto estar a ser utilizado mas que nunca houve uma queixa muito formal, portanto era uma queixa que era informal dizendo "epa o computador não funcionou, peço desculpa vou tentar fazer o mais depressa possível" pronto. Mas sempre tentámos colmatar essa falha "olha não consigo consegues-me ajudar?", mas foi muito por aí. E realmente a maior falha que foi a falta dos equipamentos.

Entrevistador: Foi onde sentiram mais necessidade.

Entrevistado: Sim, foi onde sentimos, por exemplo quem estava no serviço e que não queria utilizar o seu equipamento móvel e queria utilizar o telefone de serviço, o telefone da nossa secretária, é como todo o ACES todo, todo o centro de saúde estavam a utilizar uma linha, não havia linhas suficientes para toda a gente, portanto nós estávamos sistematicamente a marcar o zero e a tentar apanhar uma linha o que dificultava a realização da consulta por exemplo, e isso foi uma das situações que a psicologia na altura se queixou, que quem cá estava e que não queria utilizar o seu telefone e queria utilizar a rede interna não conseguia fazer porque estava toda a gente a utilizar, mas era a mesma queixa para nós como para a parte dos médicos, era generalizada portanto penso que não foi só nossa. Mas essas acho que foram as nossas maiores dificuldades foi os equipamentos.

Entrevistador: Do que percebi houve uma boa adaptação de todos os elementos.

Entrevistado: Sim sim, apesar de que nós já temos elementos mais, não digo idosos, mas mais velhos e que não estavam habituados a utilizar as ferramentas e que acho que até até ajudou a que houvesse esta progressão na utilização dos equipamentos portanto era tudo por escrito e tudo à mão.

Entrevistador: De alguma forma houve uma melhoria também.

Entrevistado: Penso que ajudou as pessoas a trabalharem e obrigá las a trabalhar com uma ferramenta que se calhar não utilizavam com tanta frequência. Deixe-me, voltando um bocadinho atrás que eu esqueci-me, quando me falou à bocadinho da necessidade de alteração nos equipamentos e falando um bocadinho da medicina dentária e da higiene oral, por causa da produção de aerossóis, ou seja nós trabalhamos num gabinete que é comum tanto para a parte administrativa do programa, porque nós temos uma parte administrativa do programa e temos uma área de observação, onde consulta que também acontece uma consulta da MGS?, mas que no nosso caso é uma área muito específica por causa da produção de aerossóis. E nós começamos a apresentar esta dificuldade no que

poderia vir a seguir e então o ACES começou a organizar a fazer uma estruturação nas obras nestes gabinetes, por forma a equipá-los para o futuro para que estas consultas pudessem ser retomadas em segurança. Portanto aqui em Sete Rios há um gabinete que já foi dividido portanto ou seja tem uma área clínica e uma área administrativa e vai tentar fazer-se isso nos gabinetes onde é possível portanto, este também já sofreu obras para que seja dividido, nos outros onde isso não vai ser porque, espere lá, nos outros gabinetes o que está a tentar fazer onde não é possível fazer esta divisão é a colocação dos acrílicos dividindo a parte da informática, porque há registos que têm que ser feitos por nós porque temos um programa especial onde o registo da consulta tem que ser realizado, portanto a divisão da parte administrativa pronto. Depois relativamente à mudança nas outras especialidades houve a colocação de alguns acrílicos para dividir um bocadinho os espaços e, foi a colocação dos desinfetantes que não existiam em gabinete, as máscaras, os líquidos, os toalhetes, o maior tentar-se equipar os gabinetes com coisas que muitas vezes não existiam normalmente, mas foi por aí.

Entrevistador: E que lições foram apreendidas?

Entrevistado: Algumas, ou seja a necessidade de que as equipas têm de trabalhar de uma forma mais equitativa e igual da mesma maneira e que se forem cumpridas aquilo que se espera delas elas conseguem celeremente, de maneira célere arranjar e conquistar. Algumas dificuldades que nós encontramos que fez com que aprendêssemos, foi que efetivamente se calhar não estávamos a trabalhar todos da mesma maneira, eu acho que fez com que quem já, vamos lá ver se consigo explicar à minha maneira, quem já está habituado a fazer mudanças com frequência habitua-se e adapta-se com uma maior facilidade às mudanças, quem não gosta de mudar é muito difícil mudar, mudar se se assim se possa dizer, e realmente houve situações que foram complicadas, mudar de uma atividade assistencial permanente e em dedicação exclusiva, e que gosta de ver pessoas, foi muito difícil, muito complicado e a tentativa de se mudar. As mudanças efetivamente que eu acho que me dão mais, que me deram mais foi o que as pessoas perceberam que é importante a ferramenta do registo.

Entrevistador: Então vou fazer-lhe a pergunta ao contrário. No meio disto tudo o que acha que vai ficar?

Entrevistado: O que eu acho que vai ficar? Eu acho que o ideal o ideal que deveria ficar era que tentasse de alguma maneira se calhar aquelas pessoas que nós conseguimos através do telefone resolver o problema delas, só deixá las vir quando elas quiserem vir e não obrigá las a vir. Depois o que ficou que eu acho que deve fica.

Entrevistador: Imagine daqui a um ano, daqui a um ano eu falo consigo e você vai-me dizer, daquilo que falámos o que é que ficou ou que gostaria de ter ficado.

Entrevistado: Eu gostaria que a equipa se mantivesse unida para os mesmos objetivos, e que a dinâmica dinâmica de trabalho se conseguiu com este processo todo que se mantenha pronto. E, eu tenho medo tenho algum receio com o retomar, e às vezes o retomar não é algo gradual, uma pessoa quer retomar logo tudo de uma vez e estraga algum conceito que foi aprendido para trás, que a importância dos registos, a importância da segurança, porque eu acho que a segurança do utente é prioritária mas a nossa segurança também é importante que ela exista e que a vontade de retomar tudo de repente não venha estragar aquela segurança que nós construímos para nós e para os outros. Esse é o verdadeiro receio.

Entrevistador: Ok, está feito.

Entrevista 6

Entrevistador: O que mudou desde que tomaram conhecimento do surto da Covid-19 em Portugal? Pode-me contar a história, o encadear de acontecimentos, decisões e ações?

Entrevistado: Muito bem! O que mudou... como é que eu lhe hei de dizer o que é que mudou... isto foi pronto, acho que não estávamos preparados, o Serviço Nacional de Saúde já estava deficitário em relação aos meios humanos, portanto aos recursos que tinha, com o surgimento desta situação do coronavírus o que aconteceu foi que, para já fomos apanhados de surpresa, e como bons portugueses que somos não preparámos minimamente, não sei se era possível preparar ou não, não sei, pronto, eu vejo as coisas de baixo, não de cima, se calhar fizeram-se esforços e não foi possível, e portanto foi... andámos todos a tentar apagar fogos, é o que tenho sentido ao longo deste tempo, é andar a apagar fogos, tentando remediar as coisas pontualmente ou, ou seja, à medida que vão surgindo nós vamos remediando e portanto, vamos melhorando, vamos aprendendo, fazendo menos erros, mas tem sido muito difícil. O esforço tem sido muito grande porque, como lhe digo, primeiro porque já estávamos deficitários pela quantidade de recursos humanos, depois a parte toda psicológica e afetiva que a situação condicionou, não é? Portanto, as pessoas estavam nervosas, estavam preocupadas, as pessoas tinham medos e receios e isso traduz-se também nas suas atitudes e na maneira de resolver as situações, não é? Por um lado com algum cuidado, por um lado, portanto os médicos e o pessoal de saúde portanto é, aquela coisa de tentar resolver os problemas dos momentos e responder e preocupar-nos, não é, teoricamente e portanto, não nos podemos dissociar que somos

peçoas, que temos medos, de que pronto, incertezas, e que não há uma luz ao fundo do túnel, portanto isto é uma coisa que veio, que está, que se mantém, que tem condicionado muito toda a situação pessoal, económica de, pronto, tem sido muito muito difícil.

Entrevistador: Eu quero perceber é, no sentido do Centro de Saúde, o que é que realmente foi feito? Ou seja, em termos de organização de trabalho, de espaços, de pessoas, de momentos, compras, protocolos... Quem é que foi envolvido e o que é que aconteceu nestas áreas?

Entrevistado: O que eu acho que foi difícil e o que foi e que é um pouco difícil de relatar é que nós tínhamos para ontem uma decisão, a decisão tinha de ser tomada ontem e, portanto, foi muito recorrer-nos do que era possível recorrer, portanto não houve muita planificação. Não foi possível fazer e continua a não ser possível fazer uma planificação, programar as coisas e saber o que vai acontecer, porque no princípio, de um dia para o outro tínhamos modificações, agora é assim depois passa a ser... obviamente que fomos seguindo as orientações da Direção Geral de Saúde, fomos tentando, dentro dos nossos recursos, dentro das nossas possibilidades, adaptar-nos, não é? Pronto, do ponto de vista de ações propriamente ditas, no início passámos a utilizar muito mais os meios de comunicação, de internet, de telefone, adaptamo-nos, tentámos gerir os espaços para manter as pessoas afastadas e não estarmos todas a ir ao mesmo tempo para o Centro de Saúde e ficarem à espera, dar uma resposta o mais rápido possível, dar resposta utilizando, como disse, a internet, o telefone, passámos a ter, pronto, obviamente para lhe dar um exemplo, batemos logo ali numa porta. Apesar do Centro de Saúde de Sete Rios ser gigante e ter uma série de possibilidades de executar, de dar respostas, o que aconteceu foi que, por exemplo, as linhas telefónicas, nós temos 50 médicos seniores, à volta disso, mais internos de especialidade, mais enfermeiros, mais administrativos. O que acontecia, não lhe sei dizer do ponto de vista técnico, mas acontecia que a rede telefónica, por exemplo, suportava trinta chamadas ao mesmo tempo, portanto, calcula que foi muito difícil todos nós estarmos a utilizar telefone. Estivemos assim algum tempo, tivemos de pedir ARS telefones, foi uma proposta que fizemos e pedimos à RS telefones portáteis com cartão, telefone simples, de telemóvel para podermos, portanto isso, até chegar e não chegar, serem distribuídos, tudo assinado aquele papel todo a dizer que ficava na posse, assumia a responsabilidade, pronto, todas aquelas coisas à boa maneira portuguesa e, portanto, são estes tipos de coisinhas que demoraram ou que não é fácil ter de um dia para o outro, mas condicionaram muito as nossas atuações, por exemplo, isto é um exemplo caricato quase o não conseguir falar com o telefone, ficávamos horas pendorados.

Entrevistador: Em termos de espaços, houve alterações dos espaços?

Entrevistado: Houve espaços, fizemos um circuito, fechámos portas, abrimos portas.

Obviamente que depois também não tínhamos gente suficiente, por exemplo, no princípio conseguimos fazer uma pré-triagem, portanto o acesso do doente, para proteção dos doentes e para proteção dos profissionais, portanto, para proteção de todos, inicialmente dos próprios doentes, condicionámos a entrada, portanto, uma porta, temos duas entradas que estavam abertas, passámos a fechar uma, pronto, só entravam as pessoas que vinham para programas de saúde, a saúde infantil, a saúde materna, etc, e na outra porta tínhamos de princípio usávamos alguns internos de especialidade e médicos seniores e enfermeiros que não conseguíamos pôr tantos, porque não tinham tanta disponibilidade, mas condicionámos a entrada em que era feita uma pequena questão, estabelecemos o protocolo de questões que eram feitas, pegámos nas normas da Direção Geral, colocámos cartazes em português, em inglês, em francês, referindo o que se estava a passar, os condicionamentos, o circuito, pronto, houve uma série de coisas que fomos fazendo para tentar diminuir o número de pessoas que estavam durante o mesmo tempo dentro da unidade. Depois, posteriormente, com a abertura do ADR, de início não foi dentro do centro de saúde, depois foi, criámos, aliás fizeram-se obras, criaram-se uma zona só para doentes Covid. Depois era preciso fazer uma distribuição das equipas para poderem dar resposta, portanto e separados, com circuitos completamente separados para não haver contaminação, improvisou-se, fez-se o que se pôde de um dia para o outro, portanto, estas condicionantes todas fomos resolvendo em cima do acontecimento e sempre a tentar, pronto, cumprir as ordens da Direção Geral.

Entrevistador: Só uma pergunta. Da organização de trabalho, pelos vistos, o que eu tenho percebido é que existe um departamento que não existia que é a ADR. Como é que vocês se conseguiram adaptar a isso, mesmo relativamente à própria organização de trabalho do dia a dia, porque deixaram de conseguir, numa fase inicial, estou a falar de uma fase inicial, tiveram de parar de dar resposta a todos os utentes. Como é que depois se conseguiram organizar?

Entrevistado: Não, não. Eu acho que não! O nosso Centro de Saúde, propriamente, a nossa unidade, acho que conseguiu uma coisa, pronto, nós ouvimos o que os outros dizem e não estamos lá nos locais para ver e testemunhar pessoalmente as situações. O que eu acho é que a unidade de Sete Rios manteve-se sempre com a porta aberta, portanto nunca houve, os doentes nunca deixaram de ter acesso. Acho que isso não se passou em todas as

unidades, lá está talvez o medo, a interpretação das orientações, não sei, portanto nós tivemos sempre a porta aberta...

Entrevistador: Conseguiram-se adaptar.

Entrevistado: Conseguimo-nos adaptar e conseguimos criar o ADR se calhar porque somos muito grandes e temos muitos recursos, mas enfim, para a população, também a população deixou de vir, não é? A população teve medo, a população não recorreu. Muitas vezes ouvimos as pessoas dizerem “ah, mas o Centro de Saúde estava fechado”, o Centro de Saúde nunca esteve fechado! Portanto, a unidade nunca esteve fechada, teve sempre acesso, deferíamos era os acessos, ou seja, um vinha às nove, aumentámos o tempo de consulta nos doentes que estavam presenciais, tínhamos consultas de 20 em 20 minutos, passámos a consultas de meia hora para dar tempo a que os doentes não, vêm sempre mais cedo e portanto, para não estarem acumulados na sala. Depois fizemos aquelas coisas que é separar as cadeiras, dividir os espaços de modo a alargar os circuitos, portanto dividir os espaços, aumentar o espaçamento das cadeiras, fazer ali alguns circuitos um pouco diferentes, pronto. Em relação ao ADR fomos nos adaptando, pronto, no princípio ninguém sabia muito bem o que era isto e portanto, não foi propriamente chegar ali e executar, fomos nos adaptando, fomos seguindo e isso foi também o difícil da adaptação, penso eu, foi o facto de termos uma norma hoje e no dia seguinte tínhamos outra, à medida que o conhecimento ia avançando, não foi culpa de ninguém, é à medida que o conhecimento ia avançando e que se sabia mais algo sobre a situação e portanto, mudava. Isto foi um pouco difícil e como está ser agora com as vacinas. Um dia diziam-nos uma coisa, passado uma semana estavam-nos a dar uma informação diferente e isso criou algum caos, pronto, os utentes às vezes não percebiam porque é que nós estávamos constantemente a mudar e depois tivemos aqui, eu acho que houve uma coisa que por um lado é bom, por outro podemos fazer uma análise disso, pronto, é assim, a comunicação social ao principio foi um pouco, como é que eu lhe hei de dizer, sem dizer histórica, porque parece mal numa entrevista dizer histórica, a comunicação social punha cá fora as bombas todas e portanto, a população ouvia e fazia a sua interpretação, isto condicionou, portanto, acho que não houve uma comunicação e acho que hoje já começa a haver, já se consegue distinguir que há uma informação mais orientada, mais precisa e que vai às questões, e acho que no principio era uma confusão tal, porque a comunicação social punha coisas cá fora que baralhavam completamente as pessoas e isso... nomeadamente olhe, por exemplo, “os centros de saúde estão fechados”, quantas vezes eu recebi a informação, “oh doutora, mas disseram na televisão que os centros de saúde estão

fechados”, “mas não estão fechados, então eu estou aqui, venha cá e pode vir”, pronto, isto demonstra que não houve informação muito correta e acho que aí pecaram um pouco.

Entrevistador: Outra pergunta para si. No meio disto tudo queria perceber se houve mudanças nos modos de comunicação, ou seja, quando pergunta isto, novos autores, mudança na frequência que comunicava e rigor, mudança no conhecimento, respeito e objetivos mútuos, dentro disto, o que é que mudou?

Entrevistado: Mais ou menos, ou seja, vamos lá ver. Respondendo, hoje recebi um email de uma doente a dizer assim “olhe, eu quero que me passe uma ecografia à tiroide, uma ecografia abdominal, porque acho que está na altura e quero fazer isto tudo” ou seja, explicando o que eu quero dizer com isto, se os emails serviam para comunicar e portanto, era uma coisa que não fazíamos anteriormente, eu pessoalmente que sou já “cota”, não utilizava tanto o email para falar com os meus doentes, porquê, para já porque são doentes muito velhos e que não tinham essa possibilidade, portanto, o que é que aconteceu, passámos a comunicar melhor, quer eu quer os doentes e passaram os filhos, os netos, a comunicar e portanto, isso foi mais fácil do que o que eu pensava. Depois a seguir conto outra história para vermos. Os doentes passaram a mandar-nos os exames por scanner, mandavam os exames, nós registávamos e víamos, pegava no telefone, voltava a falar com os doentes, “olhe, as análises estão ótimas está tudo controlado...”, portanto, foi muito gratificante. No principio os doentes sentiram-se muito seguros com esta comunicação, aqueles que o fizeram, pronto, isso foi muito importante, sabem que nós telefonávamos e foi muito gratificante, foi até alguns doentes diziam “mas está-me a telefonar, está preocupada comigo”, portanto, eram extremamente gratificantes porque seriam coisas que nós antes não fazíamos tanto, principalmente numa UCSP em que não temos aquela pressão dos indicadores e em que telefonam os doentes e que fazem não sei quê, muitas vezes para cumprir indicadores. Nós não o faríamos, temos uma perspetiva diferente relativamente ao modelo organizativo em que estamos. Isso melhorou francamente! Agora, não posso ter também, um doente a dizer-me “olhe, peça-me uma ecografia abdominal...” quer dizer, eu tenho de ver a doente, quem prescreve sou eu, eu é que decido se faço aquele exame ou não, percebe? Portanto, criou-se aqui agora também tipo “olhe mande lá isto”, tipo um cd, como nós costumamos dizer. Eu ia-lhe contar uma história interessante de um doente de 94 anos, é uma pessoa relativamente diferenciada, e ele falou-me, mandou-me análises, já o ano passado, mandou-me análises porque ele tem uma situação neoplásica e portanto precisava de fazer um controlo analítico e eu telefonei-lhe, falei com ele, disse-lhe, “olhe, vou-lhe mandar para o telemóvel e não sei quê”, pronto, até que um dia ele me

manda uma questão qualquer, já não sei, não interessa, manda uma questão qualquer e eu telefonei-lhe. Peguei no telefone, porque é um senhor de idade, telefonei-lhe e disse “olhe, eu queria-lhe pedir isto, mas precisava que quando o seu neto ou o seu filho for aí a casa, se me podem digitalizar” e resposta do senhor de 94 anos “Doutora Isabel, muito obrigado por me ter telefonado. Olhe, eu vou só acabar de almoçar e quando acabar de almoçar, eu vou digitalizar, não preciso de ninguém” e passado meia hora, tinha a digitalização daquilo. Ou seja, eu nunca me passaria pela cabeça que um senhor de 94 anos, mesmo sendo uma pessoa diferenciada, pudesse usar essa ferramenta, percebe? Para o telemóvel, eu sabia que lhe podia mandar as receitas. Começámos a perceber que há uma rede, se calhar, diferente, de ligação com os nossos utentes, os nossos utentes perceberam, porque olhe, teve um viés que é o mês passado, por exemplo, entravam no Centro de Saúde, por exemplo, cerca de 1000 emails por dia. Ou seja, para o pessoal administrativo, são emails para a unidade com várias questões, o que deu um atraso na abertura de emails de mais de 15 dias, três semanas, o que condicionou. Os doentes mandavam o primeiro email, não havia resposta, mandavam o segundo e o terceiro, o que entupiu ainda mais a caixa, de mim passámos para não sei quantos.

Entrevistador: Toda uma questão de adaptação, passou do oito ao oitenta.

Entrevistado: Ou seja, foi uma resposta que foi útil, mas que também complicou. Tínhamos pessoas a mandar emails todos os dias para a mesma questão e não esperam resposta, porque está ali uma pessoa em frente ao computador e é só carregar no botão, porque só estão a pensar neles e nós temos uma população de 70 mil utentes, não é? Portanto, se todos resolverem mandar um email todas as semanas, aquilo entope, portanto não há, recursos humanos. Obviamente que não temos recursos humanos e que estamos muito deficitários e portanto daí que eu tivesse começado com falta de recursos humanos, nomeadamente assistentes técnicos. Não temos! Temos um ratio muito, muito reduzido. Para lhe dizer, por exemplo, numa unidade, numa USF (?) normalmente tem nove médicos, nove administrativos ou oito e nós temos 50 médicos com 14 administrativos num mega centro que exige uma resposta muito grande.

Entrevistador: Precisam de mais acompanhamento. Nesta questão da comunicação, ou seja, eu percebi que você falou mais de médico-utente e a minha pergunta é e entre equipa? Houve mudança? Entre as várias equipas, entre departamentos...

Entrevistado: Houve também, houve também! Eu há uma hora atrás estive a mandar emails para os meus colegas, para a Saúde Pública, passámos a comunicar, embora eu seja um bocado a velha guarda e gosto mais de falar ao telefone para que as coisas fiquem esclarecidas,

portanto, acho que o email às vezes limita na interpretação do que nós queremos dizer ou o que acontece, mas de qualquer modo, passámos a falar entre nós, pronto, se calhar nas outras unidades mais pequenas isto fazia-se, o pessoal mais novo fazia-se, mas em Sete Rios tem gente muito mais velha e tem 50 médicos, enquanto que os mais novos mandam emails e é muito fácil e é a linguagem que vocês têm na vossa idade, os “cotas”, algumas colegas e isto também foi visível, algumas colegas apesar de serem da minha idade, mas não tiveram facilidade de usar os meios informáticos e foi dramático. Dramático porque nós tivemos de vigiar, como sabe, os doentes em trace, ou seja, com aquela plataforma com os doentes que estavam infetados em casa e isso foi também um trabalho brutal, não é? Equivalia falarmos ao telefone com os doentes todos e portanto essa primeira fase também, apesar de não termos tantos doentes presenciais, tivemos essa tarefa para fazer e haviam colegas que não sabiam trabalhar na plataforma e por mais que tentássemos explicar, não sabiam e, portanto, há alguma dificuldade nas pessoas mais velhas que estão agora à volta dos 60 anos de... eu não sei se não sabem ou também se não querem, estão um bocadinho resistentes à utilização destes meios, pronto. Houve colegas que estiveram, “olha aquela coisa onde tu me mandas dizer, aquela coisa, como é que se chama”, pronto, eu tive uma resposta destas de uma colega, pronto, não sei se devia dizer isto, mas “onde tu me mandas dizer que há uma reunião”, pronto, disse-me logo que não era capaz sequer de me explicar. Depois nós temos dois informáticos ou duas pessoas que trabalham em informática, não são os dois informáticos, um é o outro não, mas também não têm disponibilidade, porque trabalham para todo o ACES e portanto, muitas vezes, nós tivemos grandes dificuldades, e isso é outra das deficiências, das lacunas, tivemos grandes dificuldades, porque o nosso sistema informático e vai perceber disso muito mais que eu, é perfeitamente arcaico, ou seja, é muito difícil trabalhar, é porque o servidor não tem não sei o quê, é porque não sei quê, de modo que as desculpas, o que eu sei é que às vezes nós estamos ali a carregar, a carregar no botão e aquilo está tudo a pensar e ou vai abaixo ou não funciona, ou ficamos sem internet, pronto, portanto estas circunstâncias limitam muito e fazem com que também se as pessoas não usem, tenham também mais resistência a usar também, porque há muita dificuldade e muitas vezes tem que ver com a pessoa e tem que ver com aquilo não funcionar mesmo.

Entrevistador: Sim, eu lembro-me quando estava aí a estagiar, houve uma semana que ficaram sem servidor... Levou dois ou três dias a tratarem disso e, portanto, durante aqueles dois ou três dias aquilo ficou tudo parado.

Entrevistado: Exatamente! E de repente, nós já não sabemos como é que devemos de dizer aos doentes, “olhe, não tenho sistema” e eles “não tem quê?”, não é fácil, não é fácil gerir isto e portanto é uma coisa que nos atrasa e nos dificulta a vida, percebe?

Entrevistador: E continuando nessas dificuldades, ou seja, daquilo que percebi foram dificuldades em termos de recursos humanos, porque eram poucos, dificuldades em termos de material ou, neste caso, de dar resposta à necessidade e houve dificuldade de adaptação. E que mais é que enfrentaram? Se houve! Pode não ter havido...

Entrevistado: O medo! Não se esqueça do medo, isso condicionou muito as pessoas, não é? E depois, há coisas, nós às vezes vemos de uma perspectiva ou de outra, foi difícil por exemplo, sei lá, tentou-se no início fazer, uma das coisas que também se fez e eu vou-me lembrando das coisas aos poucos, peço desculpa, portanto, tentámos adaptar também os horários dos médicos, não é? Em função das tarefas que tinham de fazer. Não havia necessidade de estarem ali, na primeira fase em que os doentes não vinham tanto e passávamos mais ao telefone e com os contactos indirectos com os doentes, tentou-se então restringir o horário no centro de saúde do médico. Eu posso vir para casa e estar a fazer os traces, estar a fazer os contactos, etc, e tentou-se separar os horários, ou seja, puxar os médicos para os extremos, das oito até às duas, das duas até às oito e foram ficando com tarefas para fazer nos entretantos. Tentou-se, mas isto foi difícil, porque nós temos um biométrico para pôr o dedo, enquanto que a direção... vamos lá ver se eu me entendo, eu não estou a fazer crítica, mas para perceber. Às vezes é difícil gerir estas situações do ponto de vista organizativo! Dizem-nos é, estar o menos tempo possível e ser o mais eficaz então, a pessoa que entrava às duas e a pessoa que entrava às oito, iam fazendo duas equipas em espelho, orientações da direção geral, mas depois tínhamos um biométrico para colocar o dedo que não permite fazer esses acertos. Ou seja, foi muito complicado gerir isto do ponto de vista organizativo e eu, como coordenadora, por exemplo, as pessoas fizeram aquilo a que se chama uma marcação que é dizer que estive das tantas às tantas por orientações e não sei quê, e eu estive no primeiro mês ou no segundo mês e depois as pessoas tinham medo de pôr o dedo, pronto, aquela coisa de não se tocar nas coisas, houve ali algum, daí eu falar nos medos também, não é? Influenciam as atitudes das pessoas! Pôr o dedo, não punha o dedo, havia álcool, não havia álcool, houve rutura de máscaras, houve rutura de álcool dentro do centro de saúde, portanto, todas estas coisinhas que eu não falei, mas que pronto, que influenciam. E portanto, não pudemos fazer, as pessoas tinham medo de pôr o dedo e não foi, foi obrigatório pôr o dedo e fazer e eu como coordenadora que era isso que estava a dizer, como coordenadora

tenho de validar essas marcações e eu tive centenas e o programa informático, entra num, roda, põe lá a justificação e entretanto, eu tive horas e horas e horas, manhãs e tardes, a validar uma coisa que era validar por validar, quer dizer, as pessoas estavam a cumprir e não havia necessidade, pronto, eu percebo que a tutela precise disso, mas não houve facilitação, porque estávamos a seguir as orientações da direção geral e tínhamos que as pôr em prática, não é, de afastar, do teletrabalho, do que quer que seja, quer dizer, e era preciso justificar num programa informático numa plataforma que cada vez que eu vou a um médico, estou meia hora e depois eu justifico e depois espero e portanto, isto foi tempo, foi desgaste...

Entrevistador: Foi uma parte que não foi adaptada à necessidade.

Entrevistado: Não, houve muitas situações que não foram.

Entrevistador: Muito bem, para acabar, que lições é que foram apreendidas ao longo deste ano?

Entrevistado: As lições, eu acho que do ponto de vista humano e pessoal, acho que há coisas que não voltam a ser como eram antes, acho que condicionou as pessoas e isto ainda não acabou, não é? Ainda não acabou, ainda estamos longe! O que é que eu lhe quero dizer... há um relacionamento médico-doente diferente, uma perspetiva diferente, há uma preocupação... acho que as pessoas olharam para determinadas situações de uma maneira diferente, do ponto de vista técnico também. Apercebemo-nos da nossa falta de planificação e de preocupação e eu ando aterrada com esta história das vacinas, não é? Porque é de hoje para amanhã que sabemos, temos montes de queixas dos doentes que é uma coisa brutal, porque a minha vizinha foi vacinada e eu não fui, porque eu não sei quê, quer dizer...

Entrevistador: Olhe, eu nem sequer estou no grupo de vacinação sendo fisioterapeuta, portanto...

Entrevistado: É um jovem, não vai ter nada! Pronto, e portanto, acho que aprendemos algumas lições. Agora, a nossa maneira de estar na vida, a nossa maneira portuguesa de estar na vida, eu não sei... às vezes demoramos um bocadinho a aprender, não é? Acho que a planificação esteve mal, mas se calhar não era possível fazer melhor...

Entrevistador: Eu vou fazer a pergunta de outra forma. O que é que acha depois de este ano, até à data, vai ficar para o futuro ou poderá ficar para o futuro, a nível organizativo, o que seja... Ou seja, o facto de se fazer agora teleconsultas, acha que poderá ser algo que poderá ficar?

Entrevistado: Sim, isso vai ficar! É o que eu digo, a comunicação entre nós e os doentes vai ser diferente. As pessoas vão utilizar ferramentas que não utilizavam anteriormente, como

aquela história que lhe contei do meu doente de 90 anos, quer dizer, não me passava pela cabeça mandar um email e pedir para ele me mandar um email, não me passava pela cabeça! Pronto, e portanto, nós se calhar vamos estar mais atentos à possibilidade de comunicar com as pessoas, da ligação entre o doente e o médico, utilizando ferramentas diferentes. Se calhar percebemos que há coisas, mesmo em termos organizativos dos assistentes técnicos e da maneira das coisas funcionaram, se calhar podemos ir aprender algumas lições com isto e perceber como é que as coisas podem ser resolvidas de uma forma mais prática e mais eficaz, porque tivemos experiências que não tínhamos tido antes e essas experiências provavelmente vão-nos deixar... acho que temos de pensar e refletir sobre isso, mas se calhar vamos ter atuações diferentes. E o Serviço Nacional de Saúde acho que vai ser visto de uma maneira um pouco diferente, não é? Saberem e perceberem as dificuldades que nós temos, porque é que tivemos dificuldades organizativas, faltaram montes de meios...

Entrevistador: Estava a falar do SNS, acha que neste momento, as pessoas vão dar outra importância, que não davam, por exemplo, aos centros de saúde? Não sei, deixo no ar...

Entrevistado: Talvez! É assim, isto tem sido notório, se calhar com a vacinação tem sido notório, as pessoas perceberam, as pessoas vão ao centro de saúde, a vacina só pode ser dada através do SNS, pronto. E as pessoas foram colocadas em lista, eu penso que está dentro da situação mais ou menos, as pessoas são colocadas em lista, dependendo das codificações que nós temos em relação às patologias que têm, certo? Portanto, uma pessoa que tem uma insuficiência respiratória, vou-lhe dizendo assim para perceber melhor, está na fase 1, portanto é dos doentes prioritários a vacinar. Ora bem, como é que nós vamos obter esses dados? Vamos obter os dados através dos serviços partilhados do ministério da saúde, SNS, que recebeu as codificações, portanto que consegue ir às fichas dos nossos doentes, entre aspas, e consegue fazer uma listagem das pessoas que estão na primeira fase. Ora bem, se não há códigos, se o utente nunca foi ao centro de saúde, não está codificado pelo SNS como tendo aquela patologia, não faz parte da lista, porque eles não têm como ir buscar esse dado e, portanto, tem sido um trabalho brutal também, a quantidade de informações, de emails, ou de presenciais, agora por causa da vacina as pessoas recorreram ao centro de saúde, para que seja colocado, “o que é que eu vou fazer, porque eu tenho isto e coiso”, pois se nós não sabemos é preciso codificar, é preciso fazer prova, fazer prova quer dizer, ter um relatório de outro colega. A quantidade de relatórios de colegas do privado ou de hospitais privados ou tudo o que esteja fora do SNS, não entra e portanto as pessoas precisaram de ir ao centro de saúde. Depois não tinham

inscrições ativas, ou seja, nunca tinham posto os pés no centro de saúde, tinham médico de família mas nem sabiam, portanto, nunca precisaram do centro de saúde e agora precisaram e portanto, foi dramático, tem sido dramático responder a estas solicitações, eu tenho tido dossiês de manhã à noite para colocar, registar, por nessa plataforma do SNS as patologias das pessoas, tem sido diabólico, outra coisa que tivemos de fazer, portanto as pessoas perceberam que tinham que estar no centro de saúde, estarem ativas e depois, pronto, há aqui uma parte burocrática antigamente não, mas agora tem que ter, porque não se pagam consultas, tem de ter o NIF na sua ficha de inscrição pessoal, a segurança social, o numero de utente, a morada, portanto esses dados não existiam.

Entrevistador: Ou seja, daquilo que percebo, vai contribuir para ter uma base de dados mais certa...

Entrevistado: Com certeza! Ou seja, houve muitos doentes que eu queria comunicar, mesmo até os dos trace, os doentes em casa, e era dramático porque metade dos doentes não tinham contacto atualizado, ou seja, tinham número que já não existia, um número que era de um amigo, de um vizinho, ligávamos para as pessoas e elas diziam “mas eu não sei quem é”, pronto, essa base de dados estava muito mal e as pessoas nunca tinham ido, nunca tinham atualizado essas bases de dados e agora é necessário, porque sem isso não se consegue avançar, para o processo da vacinação é uma série de questões. Portanto, mais um dado positivo disso é termos uma base de dados como deve de ser e os sistemas informáticos a funcionarem bem, porque tem sido muito muito mau, tem sido muito mau, portanto, os nossos informáticos da SPSS andam doidos a criar plataformas novas e muitos erros, e tem sido muito difícil e estamos todos os dias a bater nas paredes e a modificar...

Entrevistador: É uma aprendizagem demasiado rápida e acontecem depois muitos erros...

Entrevistado: Muito, muito e por isso, se calhar as pessoas estarem mais atentas, não sei, em termos de dados as coisas básicas deviam estar mais atualizadas e deviam estar a funcionar e não estão também, depois quando é preciso isto não funciona.

Entrevista 7

Entrevistador: Questão geral. O que mudou desde que tomaram conhecimento do surto Covid 19 em Portugal pode contar a história, o encadear de acontecimentos, decisões e ações.

Entrevistado: O foco de todas as unidades funcionais foi sempre a pandemia, inclusive na UCC (Unidade de Cuidados na Comunidade) a Unidade de Cuidados na Comunidade tem inserido ou integra programas como a equipa de cuidados continuados integrados que pertence a rede nacional de cuidados continuados integrados. O Programa Nacional de

Saúde Escolar são os enfermeiros da UCC que desenvolvem as atividades depois nas escolas e com as comunidades educativas, o núcleo de apoio a crianças e jovens em risco e depois projetos paralelos no acompanhamento das famílias das crianças em risco, projetos de formação auxiliares portanto aos cuidadores formais dos utentes dos cuidados continuados integrados, a nossa formação, melhoria contínua da qualidade de rede social. O que mudou assim que se iniciou a pandemia devido ao plano contingência, por causa do plano de contingência que foi estabelecido no ACES. Todas as intervenções foram direcionadas para a pandemia e além disso também porque como entrarmos em confinamento foi estabelecido que todas as nossas atividades serão reduzidas ao máximo. Por exemplo os cuidados continuados integrados só os doentes que precisassem mesmo de tratamentos a lesões ou injetáveis é que tinham esse tipo de tratamentos, a fisioterapia foi interrompida isto na primeira fase da pandemia, até maio/junho 2020. As atividades na escola foram todas interrompidas as atividades no núcleo também tiveram que ser interrompidas. Nós estávamos a cem por cento para a pandemia depois com o desconfinamento e com o desenvolver de toda a situação dos estados de emergência fomos retomando as nossas atividades, e a partir de janeiro/fevereiro apesar de ter havido aquele ponto alto da pandemia nós continuamos a desenvolver todas as atividades exceto a saúde escolar presencial. Neste momento já fizemos algumas sessões presenciais nas escolas, a pedido das escolas, pontualmente mas tudo o que é Cuidados Continuados Integrados já está retomado, mesmo porque por exemplo a fisioterapeuta tinha sido requisitada para fazer TRACE Covid onde estava a 100 por cento na UCCI e agora já retomou todo o horário na UCCI, os enfermeiros estão a ser requisitados para outras atividades de vacinação nos lares, de vacinação agora nos centros de vacinação, mas estamos a conseguir manter a atividade dita normal da dos cuidados. As formações ainda não retomámos mas estamos agora a começar a retomar visto que já é permitido fazer formação, que vai ser agora em maio.

Entrevistador: Qual foi a diferença entre o primeiro confinamento e o segundo? Ou seja, pelo que percebi o primeiro ficaram todos para o TRACE Covid mas no segundo confinamento de alguma forma conseguiram gerir para dar continuidade a algum trabalho.

Entrevistado: Exatamente, o primeiro confinamento como aconteceu em todo o país foi uma surpresa não estávamos preparados, pensávamos que ia ser muito pior, e foi um ajustar um bocadinho a situação, foi uma questão de nos habituarmos.

Entrevistador: Sim, também tiveram uma aprendizagem

Entrevistado: Nós pensávamos que ia ser muito pior, mesmo a nível de tanto o hospital como dos cuidados de saúde primários pensávamos que ia haver muitos mais internamentos, que os doentes teriam que vir dos hospitais muito mais precocemente para eles darem resposta depois para ao domicílio, e isso não aconteceu. Nós na primeira fase da pandemia tivemos pouquíssimos novos internamentos nos Cuidados Continuados Integrados coisa que agora estamos a ter muitos mais e, viu-se o número de internamentos neste período aumentou em janeiro/fevereiro aumentou muito mais do que tinha aumentado no ano passado entre março e junho, fomos superando, ou seja naquela primeira fase deu para perceber o que é que nós podíamos fazer se houvesse algum outro período semelhante e deu-nos tempo para preparar e organizarmo-nos para dar respostas mais positivas a todos os contextos.

Entrevistador: Seguindo esse raciocínio de que forma é que o trabalho, porque tiveram que se organizar de outra forma, e a minha pergunta é como é que foi essa organização do trabalho, o que mudou nesse aspeto, ou seja houve mais pessoas envolvidas, houve outros espaços que não utilizavam...

Entrevistado: Fizemos muitas mais horas extraordinárias, para dar resposta às atividades do âmbito das equipas mistas que nós desde julho estávamos a fazer as visitas domiciliárias aos novos casos de Covid nós enfermeiros, juntamente com a Proteção Civil, a Polícia Municipal, pronto foi horas extraordinárias dos enfermeiros, essencialmente.

Entrevistador: Diga-me só uma coisa, houve alguma alteração no modo de deteção no modo de dar resposta às necessidades do centro de saúde.

Entrevistado: Não, era... Começámos a fazer tudo como estávamos a fazer antigamente.

Entrevistador: Então diga-me uma coisa, e que dificuldades enfrentaram ao longo deste processo.

Entrevistado: Falta de recursos humano.

Entrevistador: Principalmente, daí as horas extras

Entrevistado: Exatamente

Entrevistador: Ok, foi a principal dificuldade e como tiveram não tiveram dificuldade em adaptar-se às novas porque antes não se usavam os EPI's penso eu e agora por exemplo utilizasse.

Entrevistado: Isso é uma dificuldade mas é uma necessidade. Andar com EPI's na rua com 40 graus é muito difícil, subir terceiros/quartos andares com os EPI's ainda mais difícil é, mas tinha que ser para a nossa proteção.

Entrevistador: Sim, havia uma necessidade. A principal dificuldade era havia muito trabalho e poucos recursos pelo que estou a perceber então. Diga-me uma coisa que resultados é que

obtiveram dessas alterações, conseguiram dar a mesma resposta não conseguiram, o que é que conseguiram obter do trabalho que tiveram.

Entrevistado: Satisfação dos utentes principalmente, porque nós chegámos a março e estávamos todos esgotados, sinceramente. Se tivéssemos que continuar por muito mais tempo acho que não teríamos conseguido continuar com o mesmo ritmo de trabalho. Mas pelo menos conseguimos dar resposta aos doentes. Nós não podíamos continuar no mesmo registo que tivémos no primeiro período de confinamento, os doentes precisavam de cuidados à mesma, e não podíamos estar a olhar só para os doentes Covid.

Entrevistador: Ok, diga-me só uma coisa para ver se percebi, você tinha dito que no primeiro confinamento deram muito mais importância ao Covid, ou seja a equipa foi mobilizada para o TRACE Covid.

Entrevistado: Toda não... Nós só metade da equipa é que estava na prestação directa dos cuidados, a outra metade estava no apoio dentro do centro de saúde a fazer contactos com os utentes sem médico de família, consultas não presenciais por telefone aos nossos próprios utentes, havia equipas espelho mais ou menos que não era bem, não podia ser bem espelho porque também não tínhamos recursos suficientes para isso, mas como reduzimos imenso os tratamentos fazemos o apoio não presencial e fazíamos depois o apoio não presencial a outros utentes que não eram, não estavam inseridos na nossa unidade.

Entrevistador: Ok, diga-me uma coisa houve alguma mudança nos modos de comunicação ou seja isto quer dizer se houve alteração da frequência com que se comunicava, o rigor, se houve maior comunicação entre as várias equipas, entre a própria equipa.

Entrevistado: O nível de comunicação entre a própria equipa foi o mesmo, sempre. Com as outras equipas das outras unidades funcionais, na primeira fase diminuiu um bocadinho, neste momento já está retomada

Entrevistador: Na de grupo por não haver necessidade de haver comunicação?

Entrevistado: Não, porque também não havia muita disponibilidade porque não nos podíamos reunir, porque estes sistemas de videoconferências não estão em todos os computadores, por exemplo nós somos nove enfermeiros uma fisioterapeuta, só meu computador é que tem sistema para videoconferência e, por isso não era possível. Com os utentes tem sido mais por não presencial como é lógico. Tem sido também essencialmente não presencial, ou por email ou por telefone.

Entrevistador: Ok, então e diga-me uma coisa para acabarmos, que lições foram aprendidas com todo este processo, o que é que retira.

Entrevistado: Cada vez é mais importante o trabalho em equipa, não é? E que precisamos de mais recursos humanos (risos)

Entrevistador: Só para concluir quando você falou que o trabalho em equipa é importante senti que houve uma maior aproximação, ou seja uma melhor resiliência com o trabalho dentro da equipa, se mudou alguma coisa.

Entrevistado: Dentro da equipa UCC melhorou um bocadinho o trabalho da equipa. Não foi assim nada de muito especial mas sentimos que melhorou. Com as outras unidades o facto de estarmos a trabalhar em muitas atividades pelo ACES acabamos por conhecer muito mais elementos das outras unidades e isso também vai facilitar o trabalho em equipa porque depois já que as conhecemos pessoalmente

Entrevistador: Ou seja até foi uma coisa positiva, deu a possibilidade de haver um trabalho multidisciplinar maior.

Entrevistado: Sim

Entrevistador: ok. Acho que tenho aqui toda a informação que quero. Não sei se quer acrescentar mais alguma coisa daquilo que falámos.

Entrevistado: Não me estou a lembrar de mais nada

Entrevistador: pronto. Agradeço muito então por este bocadinho. Obrigado, resto de bom trabalho e bom dia, obrigado

Entrevistado: Obrigado.

Entrevista 8

Entrevistador - O objetivo da entrevista, eu vou fazendo pausas ao longo da entrevista, mas o objetivo é que seja uma narrativa, que seja uma história contada de como é que foram as mudanças que ocorreram no local ok?

Entrevistado - Sim sim

Entrevistador - Desta forma vou lançar a questão geral. O que mudou desde que tomaram conhecimento do surto de Covid 19 em Portugal? Se nos podia contar uma história dos acontecimentos que foram encadeados, decisões e ações que foram tomadas.

Entrevistado - Bem, eu acho que de facto mudou muita coisa e em timings diferentes, tivemos uma primeira fase que se mudou muito a forma sobretudo em termos tecnológicos, de chegar aos doentes, o fazer contactos telefónicos, o falar com eles, portanto toda uma dinâmica que não existia anteriormente não é? Numa primeira fase houve uma organização total ou muito grande na forma de se funcionar na tentativa de poder responder àquilo que eram as necessidades que de facto as pessoas tinham, portanto lá a

primeira, digamos que algum medo de ter pessoas nos centros de saúde encontra-se um mecanismo de dar resposta aos seus problemas mas sem a presença que depois posteriormente se veio a recuperar, portanto há uma reorganização toda de uma forma de trabalhar que não existia, depois à medida que a pandemia evolui reorganizam-se os serviços com respostas específicas para doentes com problemas respiratórios, os ADR's de comunidade portanto que levaram que tudo fosse diferente e levaram a uma alteração que eu acho que é muito importante porque as pessoas estavam muito centradas na sua unidade, nos seus utentes e portanto aqui houve uma reposta de um agrupamento com a partilha de todas as unidades e esta acho que foi uma alteração muito significativa que veio incutir uma coisa que é um pouco uma cultura de organização que é muito diferente, portanto as pessoas viviam muito fechadas e foram confrontadas com uma situação de todos em conjunto dar uma resposta e acho que isto foi de facto uma mudança muito grande e que as pessoas corresponderam lindamente pronto e acho que é muito muito significativo. Em traços gerais acho que foram as coisas que mudaram mais, depois o organizar as equipas mistas que foram à comunidade e voltamos a ter o espírito de partilha.

Entrevistador - Como é que funcionou essas equipas mistas a irem à comunidade. Ou seja, isso já existia antes? O que é que aconteceu nesse processo?

Entrevistado - Não... não existia antes, isto é o processo entre as autarquias, juntas de freguesia, a proteção civil em que preciso ir ver em que condições as pessoas estão, e somos nós que conhecemos as pessoas não é? E fomos nós que fomos. Claro que sempre se fizeram cuidados de apoio domiciliário, mas não tinha nada haver, portanto a prestação de cuidados e esta nova dinâmica de ir ver, de perguntar às pessoas o que é que elas precisavam, de lhes encontrar um apoio acho que foi toda um âmbito novo que se abriu não é?

Entrevistador - E que dificuldades é que encontraram nessas pequenas mudanças?

Entrevistado - Dificuldades ... que dificuldades é que encontrámos?

Entrevistador – ou seja, acabou por acontecer algumas mudanças até porque acabou por ser tudo de novo ou tudo novo para algumas pessoas e de que forma é que se conseguiram reorganizar, se as pessoas aceitaram, não aceitaram, se houve outras dificuldades outras barreiras mais técnicas, físicas... percebe?

Entrevistado – percebo... as pessoas numa primeira fase sentem-se um pouco perdidas, não sabendo bem o que é que era esperado não é? Depois à medida que as coisas foram evoluindo acho que tiveram uma flexibilidade imensa para perceber quais eram de facto

os problemas e como é que lhes consigam encontrar uma resposta e essa resposta obtém-se outra vez através de uma partilha das UCC's, novamente a mesma coisa. Enquanto cada uma tinha uma área aqui há uma partilha enorme, eu acho que o que as pessoas aprenderam mesmo foi a dar uma resposta conjunta e a organizarem-se em equipas de um agrupamento, acho que esta foi a grande aprendizagem. Claro que, cada uma tinha uma forma e teve que se reajustar, uma grande flexibilidade tá bem? Mas as pessoas perceberam que isso era muito importante e rapidamente respondem, ultrapassam os problemas que surgem...

Entrevistador : Aquilo que percebo é que houve então um grande espírito de entreajuda que antes não existia. E dentro desse espírito de entreajuda que mudanças é que ocorreram em termos de comunicação? Pelo que percebi antes não havia sequer esta comunicação e hoje ou a dada altura a comunicação mudou. Houve mais comunicação ou os meios de comunicação entre as várias equipas mudaram, foram mais acessíveis, o que é que aconteceu nesse sentido?

Entrevistado : Houve um facilitar de facto de comunicação, as pessoas organizaram-se por reuniões entre as unidades no sentido de ajustarem e fazerem a agenda do dia de trabalho, o que é que ficaria a cargo de cada um e utilizaram os vários métodos zoom, WhatsApp, n coisas que estavam ao seu alcance até porque nós em termos tecnológicos não tínhamos assim um leque muito grande deste tipo de tecnologias existentes, portanto não era habitual nós comunicarmos desta forma não é?

Entrevistador : Mas havia uma comunicação ou não? Ou esta nova comunicação surgiu agora?

Entrevistado : Surgiu... em relação a isto que eu estou a falar surgiu agora. Foi uma necessidade que se impôs, não é? Se as pessoas que funcionavam cada uma dentro do seu contexto comunicavam presencialmente, organizavam os seus dias de trabalho presencialmente, não é? A partir do momento em que nós temos unidades que têm uma dispersão geográfica a concorrer para o mesmo objetivo tiveram arranjar uma outra forma de comunicar e essa forma de comunicar pois teve haver com as novas tecnologias existentes e agilizaram imenso aquilo que iria ser o seu trabalho. Não sei se me estou a fazer entender...

Entrevistador : Sim sim. Eu estava só a tentar explorar que mudanças é que houve a nível de comunicação mas já percebi que não existia porque não havia uma necessidade de...

Entrevistado : porque cada um tinha uma área geográfica a que dava resposta. E face àquilo que foi o aumento de necessidade houve que juntar, houve que convergir para todos em conjunto darmos a melhor resposta. E assim tivemos que alterar e criar uma nova forma

de comunicar. Diariamente as equipas reuniam, preparavam o dia seguinte face àquilo que tinham para fazer e arranjavam um plano de trabalho diário... pois, não dava para grandes planeamentos, não é? porque obviamente que o número de pessoas era, foi sempre em crescente, agora já não, não é? E, portanto, as pessoas de facto mostraram uma flexibilidade imensa recorrendo a todas as possibilidades que tinham mesmo que fossem as suas porque era aquilo que eu lhe dizia à bocado em termos tecnológicos logo em primeiro não estavam preparados, se eu agora tenha uma câmara e consigo falar consigo no meu gabinete se calhar tem muito haver com aquilo que foi necessário não é? Porque nós não tínhamos esse tipo de equipamentos portanto também nos são colocados nesta altura e tudo isto acho que foi uma mudança muito grande.

Entrevistador : Continuando nessa conversa dos equipamentos, o Aces, neste caso o centro de saúde de Sete Rios, teve que fazer uma aquisição de novos equipamentos ou teve que angariar novos equipamentos. Que mudanças é que houve nesse sentido? De equipamentos e do próprio espaço porque numa primeira fase estavam em teletrabalho/telesaúde mas depois gradualmente foi-se tendo o trabalho presencial, de que forma e que alterações é que ocorreram em termos de espaços, em termos de equipamentos, o que é que foi feito de protocolos?

Entrevistado : Em termos de espaço a... o espaço teve que ser readaptado, obviamente que é o mesmo, não é? Mas tivemos que nos readaptar em função das necessidades portanto houve que fazer alterações, algumas obras para o procedimento dos ADR's por exemplo, tiveram que ser feitas obras para alocar num determinado espaço aquilo que era de facto era necessário no momento não é? E teve que se fazer um levantamento do que era necessário e em termos de equipamentos também portanto as câmaras, todas essas coisas teve que se fazer um levantamento para à medida que as coisas iam acontecendo nós podermos dar resposta àquilo que era previsível, digamos que a etapa... há aqui uma coisa que na minha opinião nós tivemos alguns constrangimentos que foi tínhamos muito pouco espaço para planear... portanto o planeamento atempado porque tudo isto foi uma novidade, ninguém esperava nada disto e portanto foi muito tentar dar uma resposta num curto espaço de tempo e de facto em termos de apoio da ARS de material tivemos um caminho muito facilitado, fazíamos um levantamento e rapidamente as coisas nos eram entregues.

Entrevistador : Mais facilmente nesta altura do que se fosse numa situação normal daquilo que temos agora.

Entrevistado : Suponho, tenho quase a certeza que sim... numa situação normal há toda uma burocracia muito pesada, uma máquina muito pesada, até se chegar àquilo que efetivamente nós precisamos. Aqui não, houve um agilizar de todo este processo percebe? Nós pedimos sei lá, computadores agora por exemplo para os centros de vacinação nós precisámos de imensos computadores e pedimos num dia e no dia seguinte nós tínhamos. Portanto isto não era aquilo que era habitual não é? Portanto as coisas levavam sempre algum tempo, toda uma máquina pesada e houve um agilizar muito grande de facto.

Entrevistador : E no meio disto tudo que resultados obtiveram com estas mudanças todas com... foram bons resultados, foram resultados que estavam à espera que não estavam, como é que foi?

Entrevistado : Eu acho que não há duvida que os resultados foram bons ao longo de todo este processo não é? Nós passámos por fases super complicadas e conseguimos dualas e tentar dar resposta e reorganizamo-nos para uma melhor resposta a todos os nossos cidadãos, disso a gente não tem dúvidas. O resultado foi positivo. Não sei se era isto que me estava a perguntar...

Entrevistador : Sim mas não só, ou seja, esses foram os resultados que conseguiram obter para a população a que dão resposta e a nível interno?

Entrevistado : foi em termos coletivo. Esse é o nosso grande objetivo...

Entrevistador : E a nível interno? Que resultados obtiveram com estas mudanças? Não sei se me estou a fazer entender...

Entrevistado : Acho que obtivemos, acho que houve um crescimento muito grande das pessoas. Portanto o agilizar, o desenvolvimento profissional, uma maturidade que acho que é importante...

Entrevistador : Ok... para acabar, a minha ultima pergunta é: com estas mudanças todas que lições é que foram aprendidas?

Entrevistado – que lições é que foram aprendidas... deixe-me pensar o que é que eu acho que foi aprendido...

Entrevistador – ou seja a minha pergunta é, que sentido é que tantas mudanças o que é que foi aprendido que é para ficar, que vai ficar quando este contexto do Covid desaparecer...

Entrevistado – acho que vai ficar uma organização muito diferente em termos daquilo que eu já à pouco tinha referido que é o sentido de organização de agrupamento. Acho que aqui houve uma mudança muito grande do passar de uma ilha para sermos um Arquipélago, não é? Portanto, todos juntos nós percebemos que conseguimos dar uma resposta melhor que isolados, nisso não temos dúvidas. A nossa resposta é melhor em conjunto, acho que

isso é importante que fique, se concorremos para um objetivo grande e temos um desafio temos que nos organizar em Arquipélago porque os cuidados de saúde primários pelo dispersão geográfica têm alguma apetência a fechar e acho que percebemos que de facto é em conjunto que temos que vencer os desafios. Este parece-me um aspeto importante. Depois aprendemos que há outras formas que não só o presencial para acompanhar as pessoas, acho que rentabilizando tudo aquilo que foram os equipamentos que nos foram dados podemos organizarmos com respostas de acompanhamento dos utentes diferentes.

Entrevistador – Acha que conseguem dar uma maior resposta ou uma resposta mais eficiente?

Entrevistado – Eu acho que sim, acho que sim. Porque também temos meios que não tínhamos e, portanto, tendemos a usá-los, não é? E, portanto, de futuro vamos querer funcionar com eles.

Entrevistador : Ok. Sim, para mim faz todo sentido

Portanto no fundo abriu-se um horizonte no qual nós não tínhamos planeado e que foi pela necessidade que agora podemos rentabilizar de outra forma. As teleconsultas, uma serie de armas que nós não tínhamos e que são importantes para dar resposta à população.

Entrevistador : Mesmo a própria questão da entreaajuda.. daquilo que eu percebo, ou seja isso é uma coisa bastante positiva que poderá ficar e que vão conseguir uma resposta maior até em modos de resposta e em modos de comunicação que vem tudo facilitar.

Entrevistado : Claro... se convergirmos todos em sinergia para um objetivo vamos conseguir atingi-lo muito melhor se cada um de nós isoladamente o tentar atingir e formos um somatório, ou seja, passámos a ser uma equipa alargada em vez de sermos equipas pequeninas e como tal conseguimos dar melhor resposta, não é? Eu não sei se isto em todos os extratos profissionais existiu eu estou, isto é muito a visão da enfermagem.

Entrevistador - Bem... o objetivo das entrevistas eu acabo por obter visões de vários profissionais e a ideia é mesmo essa..

Entrevistado Claro...

Entrevistador : Ok, acho que tenho a informação necessária...

Entrevistado : Espero ter ajudado Diogo...

Entrevistador : Ajudou bastante, ou seja, os processos são todos importantes e vem ajudar porque depois o objetivo também é daqui a um ano entrar em contacto consigo e perceber se realmente essas mudanças acabaram por ficar ou se surgiram outras... é possível mas a ideia da tese é ser uma coisa a longo prazo para percebermos depois o que fica e o que se aprendeu

Entrevistado – o que fica, o que fica de positivo de todo este desafio... eu acho que vão ficar muitas coisas

Entrevistador : E às vezes acontece que ...

Entrevista 9

Entrevistador: Questão geral: o que mudou desde que tomaram conhecimento do surto de Covid-19 em Portugal pode contar-me a história, o encadear de acontecimentos, decisões e ações.

Entrevistado: O que mudou... Mudou tudo (risos)... Isto faz em março sensivelmente à um ano nós saúde pública em Janeiro já estávamos de volta dos planos de contingência. Eu ainda a achar que "não, isto é um ébola, é um flop", mas ok tudo bem serve também para nós treinarmos a forma de fazer os planos de contingência para sairmos um bocado da rotina, sempre positivo, rever os procedimentos de controlo de infeção. Foi bastante positivo também porque coincidiu com a entrada da Dra. Eunice e fazemos umas reuniões com as equipas dos serviços de limpeza, as externas que já era um problema antigo e que consegui alguma resolução, um caminho positivo de resolução a partir desse momento, mas eu ainda achava que aquilo era "pronto ok estamos a treinar, tem os seus lados positivos ainda bem, mas isto não vai ser nada não é?". E é senão quando um fatídico dia de março, que eu não memorizei, entra um caso suspeito e fiz um recalçamento daquele dia, sei que foi em março. Entra o caso suspeito e começou toda, tudo começou, nós acompanhámos as limpezas da organização e depois em termos de dinâmica de saúde pública e dinâmica organizacional de serviço mudou tudo, mudou tudo porque enquanto nós e aqui falo mais do meu serviço de saúde pública, nós trabalhávamos naquele modelo de avaliação e de atividades previstas e realizadas, isso deixou de existir, e também acho que foi uma coisa positiva porque a saúde pública não se consegue prever e tem que se ter um bocadinho de jogo de cintura nesta questão dos planos de ação. Nós estávamos e estamos ainda a atravessar um processo de acreditação na unidade em que tínhamos muitas coisas especialmente relacionadas com a proteção de dados e tudo desapareceu novamente. Tudo entra na unidade, proteção de dados, senhas, acessos às plataformas, aquilo eram post-its que andavam a circular entre as pessoas para se poder trabalhar e nós aqui deparamo-nos com duas questões, duas ou se calhar mais, também não refleti muito sobre isso, mas humanas e tecnológicas chamemos-lhe assim e nós tínhamos escassez de

serviços recursos humanos e escassez de serviços de tecnológico, eu não sei se o doutor Diogo trabalha no centro de saúde...

Entrevistador: Não, eu só estive lá a estagiar, eu não disse isso eu sou fisioterapeuta e estou a tirar o curso mas já estive lá a estagiar com a Dra Eunice.

Entrevistado: Com a Dra Eunice, ok...então pronto. Apesar de ser dos centros de saúde mais recentes e com mais condições em termos de estruturas arquitetónica em termos de recursos humanos e recursos tecnológicos o Ministério da Saúde fica sempre um bocadinho aquém, em termos de Plataformas Partilhadas especialmente o que são recursos e ferramentas informáticas. Por exemplo trabalhar na drive e trabalhar na cloud, bem aquilo era assim uma coisa... "eu não confio nessas coisas, isso não dá nada, depois isso falha tudo" e de repente as pessoas foram obrigadas a ter que sair da sua zona de conforto até construir soluções e acho que isso foi uma coisa bastante positiva na pandemia. Não pode haver aquela aquele discurso muito, um discurso muito hierárquico dentro da função pública, eu acho que isso é reflexo de padrões organizacionais. Quando tiver a falar muito mande-me calar

Entrevistador: Não, não, não, eu quero é que fale. Se eu achar que tenho que interromper interrompo...

Entrevistado: Porque me pede para falar sobre a questão organizacional e o que eu acho que tudo isso que está, pelo menos na minha perspectiva, o modelo de função pública só conheço o Ministério da Saúde, mas acredito que nestes ministérios maiores, com muitos recursos humanos seja idêntico ao... Houve uma tentativa de desenvolver em termos do empreendedorismo e da horizontalidade e das competências e delegação, não é delegação de competências mas a valorização dos trabalhadores independentemente do seu nível, mas as próprias pessoas os próprios trabalhadores não estão habituados a isso e não querem sentir esse peso de responsabilidade, é muito mais fácil quando eu sou só um executante e não tenho responsabilidade da tarefa em si, só tenho responsabilidade "ai eu fiz assim porque me mandaram". Torna-se mais fácil e não quer dizer que a pessoa se identifique com esse modelo de pensamento mas a máquina é tão pesada que tu ao final de alguns anos ficas institucionalizado de alguma forma e entras neste setor, só para perceberes entras um bocado neste discurso porque sentes que por mais que lutes não consegues alterar nada, porque é tudo numa dimensão macro e nem estou a falar dentro do centro de saúde porque a própria direção do Centro de Saúde não toma completamente nas suas políticas e os recursos humanos dependem do RS ou seja tem que se fazer um bocadinho...

Entrevistador: Há pouca independência, tem que se fazer muito muito com muito pouco

Entrevistado: É, tem que se fazer bolos sem ovos, é assim uma expressão. Omoletes sem ovos, é isso... E o que eu senti com esta pandemia... E isto sempre foi uma coisa que me frustrou um bocado na função pública, tu tu tu constróis as coisas, dedicaste às coisas e obténs resultados e na função pública estou a ser errada mas naquilo que naquilo em que eu trabalho e principalmente na saúde pública que era sempre o parente invisível, ninguém tinha ouvido falar em saúde pública, saúde pública cruzava-se mais com as análises clínicas do que propriamente com a saúde ambiental e a autoridade de saúde que achavam que era uma figura policial quase, então aí nós sentimos que por mais que a gente tente parece que isto não muda, nós queríamos uma plataforma partilhada, queríamos um mail, queremos uma página da USP e isso não podia tinha que ir à ARS e a ARS é um mundo muitíssimo burocrático, entra ali no último "barten" da burocracia e a pandemia veio alterar um bocadinho isso. A ARS não, continua o "timbarten" da burocracia mas a nível de centro de saúde e a nível daquilo que estava ao nosso alcance fazer finalmente sentimos a questão do "bora lá fazer isto, tem que ser".

Entrevistador: Ou seja, o que aconteceu foi a pandemia vai trazer a possibilidade daquilo que já já queriam ou já pensavam, o modo de trabalhar, digo eu, foi um bocadinho alterado.

Entrevistado: Completamente... Eu acho que se este pensamento passa pela cabeça das pessoas mas eu acho nem que seja lá no fundinho do subconsciente todos nós gostamos de sentir que temos as rédeas das coisas que fazemos, mas depois às tantas se isto te frustra tu anulas esse pensamento e adaptaste àquilo que estás a fazer, por isso eu acredito que todas as pessoas tinham isso e houve alguma "então e agora?", ai mas eu não sei!", "então mas" é normal o medo não é?

Entrevistado: Para quem não está habituado, mas tendo em conta esta situação toda de surpresa, de medo, de inesperado, o que é que eu faço, é tudo de novo.

Entrevistado: É tudo novo... É porque é a tua vida profissional e a tua vida pessoal, não afeta só a tua vida profissional. Isto tu tens o teu medo como pessoa, além de profissional que tens que ir para o serviço que corre riscos, tens que dar respostas que não sabes as respostas. Mas de repente houve aqueles dias uns que achava "não, isto não é nada" e de repente às tantas não isto é a gente tem que fazer " ai mas ninguém me ensinou como é que eu mexo no TRACE?", "Epa abres, vês e exploras", "mas e se depois eu faço alguma coisa mal?", "epa não há problema, bora lá" e acho que isto foi isto não foi tudo ao mesmo tempo mas foi acontecendo de uma maneira involuntária. As pessoas entraram num comboio e melhor ou pior foram-se adaptando às coisas e foram fazendo e desenvolveu-se um

espírito de equipa muito interessante é claro que nada é perfeito, existe sempre forças de oposição, ainda no outro dia estava a falar com uma amiga minha, isto é como a lei da física as leis dos deslocamentos, tu tens o deslocamento, tens a inércia, tens o peso, tens a gravidade são tudo forças de oposição ao deslocamento, a natureza é mesmo assim. Isso também é bom porque nos faz questionar se é este o caminho se estamos a fazer da melhor forma ou não e também nos obriga a ter cuidado com as pessoas.

Entrevistador: Então vamos voltar um bocadinho ai. Então eu quero tentar perceber o que é que foi feito, ou seja em termos de organização de trabalho, o que é que aconteceu, se houve alteração de espaços, de pessoas, se houve mais pessoas envolvidas menos pessoas envolvidas, se houve equipamentos que já percebi que houve escassez dos mesmos mas pelo que percebi também houve mais equipamentos do que aqueles que tinham antes da Covid, não sei se estou errado, e se houve nova integração de protocolo ou protocolos, pelo menos destes aspectos

Entrevistado: Em termos de organização da equipa, numa primeira fase nós não tivemos tempo de pensar só de reagir, só se reagiu e depois começou-se a ver que era preciso mais pessoal, era preciso mais computadores, era preciso apoio e então numa primeira fase foi os recursos de outros serviços, das URAP's, porque houve uma série de serviços ficaram fechados, os higienistas orais, uma série de enfermeiros de saúde escolar, ou seja esses serviços essas pessoas esses serviços afetaram parte dos recursos à saúde pública, não fisicamente às instalações mas estavam a fazer vigilâncias ativas, os assistentes sociais a fazer o acompanhamento de casos que depois começaram a aparecer. Foi engraçado isso foi o evoluir, nós sabíamos que tínhamos de fazer telefonemas e vigilâncias ativas e vigilâncias sobreativas e as vigilâncias sobreativas são clínicas e as ativas já podia ser feito por outros técnicos. Então houve aqui uma afetação de recursos de todo o ACES para esta tarefa. Depois percebe-se que as pessoas não cumprem os isolamentos por questões reais, porque não têm dinheiro, porque a entidade patronal obriga-os a ir trabalhar, tem que ir ao supermercado e então começou a perceber-se que se tinha que dar apoio na parte social e então afeta também os técnicos do Serviço Social a estas tarefas e a organização foi surgindo de acordo com as situações que iam aparecendo, em termos de... E depois tudo o que era IAQUE'S ia tudo para a saúde pública. IAQUE'S sabe o que são? eles agora têm outro nome mas são os internos do ano comum de medicina, mas agora tem outro nome. Mas mudou tudo na pandemia e eu não decorei e tudo isso eram os recursos ou seja fizemos um bocadinho com a prata da casa e afetou-se às tarefas da saúde pública e ao mesmo tempo também com recursos como computadores basicamente que

era o que precisávamos com computadores, a sala de reuniões passou a ser um call center e depois também se percebeu que não tínhamos espaço físico mas começou-se as pessoas primeiro a sentirem segurança na tarefa e depois iam para os seus locais, foi quando começou o teletrabalho também, muitas pessoas ficavam em teletrabalho mais destas destes recursos que foram/vieram fazer reforço para a saúde pública. Nós no serviço... Eu só fiquei em teletrabalho em novembro e depois foi assim muito... houve pessoas que ficaram mais cedo por questões familiares de crianças saíram da escola e não sei quê e tiveram que fazer uns rollmãs de teletrabalho. Vieram computadores houve também essa questão a nível de equipamentos, não sei de onde mas ou seja houve todo um desbloquear de situações e recursos para aquilo que era prioritário que era a questão da saúde pública, arranjam telemóveis pela primeira vez e depois de estar isto continuou percebe-se que não podemos estar todos ali e então começasse organizar o teletrabalho, o pessoal começou a ir para casa, vai-se uma ou duas vezes, estamos todos em contactos, grupos de WhatsApp, plataformas partilhadas da drive e agora só trabalhamos na drive.

Entrevistador: Essa era a segunda pergunta que eu ia fazer que tinha haver mesmo com o modo de comunicação, ou seja se houve alterações no modo de comunicação em termos de frequência, a maneira como se comunicava, se houve uma comunicação diferente entre as várias equipas, porque pelo que percebo houve um trabalho multidisciplinar, se houve mais recorrência na comunicação, se foi diferente, como é que foi isso. Ou seja, já percebi que pelo menos mudaram porque se calhar antes não falavam por WhatsApp e agora começaram a existir os grupos de WhatsApp e a própria drive que acaba por ser o meio de comunicação de trabalho.

Entrevistado: Pessoalmente no WhatsApp não, não sou muito boa porque aquilo de repente já estão 50 mensagens de informação, e entre os coraçãozinhos e as florzinhas e os memes, às tantas... Quer dizer aquilo é bom para tratar das pessoas porque quando estás com este stress todo e quando tens uma equipa a trabalhar sete dias por semana quase 12 horas por dia, mesmo que não esteja agarrado ao computador está lá, está preocupada com as responsabilidades tens que cuidar das pessoas tal como fazes, não me interprete mal, mas tal como tens que fazer a manutenção dos computadores e não sei o quê, as pessoas são o recurso mais mais precioso, e as pessoas também têm que ser cuidadas. Eu acho que os grupos de WhatsApp servem mais para cuidar as pessoas, fazer uma piada, fazer uma parvoice ou dar um abraço ou um mimo a alguém que esteja mais calado. Não para trabalho. Para trabalho perdeste naquilo, naquela imensidão de informação...

Entrevistador: Fica demasiada informação dispersa...

Entrevistado: É, eu fico "então agora quero ver aquilo e não encontro nada", depois não temos o filtro de pesquisa de nada mas ainda por cima estava sem smartphone na altura, depois comprei, fiz uma birra com o smartphone mas depois tive que...

Entrevistador: Já não dá para funcionar sem smartphone quase...

Entrevistado: Epa não... fiquei triste porque estava com um Nokia daqueles do século passado quase e eu feliz da vida mas não tem o maps, o google maps, não tem aplicação da carris, não tem música mas voltando ao tema, desculpa. A comunicação foi bastante interessante porque havia comunicação que era demasiado institucional também e parece que de repente as pessoas não ficaram ficaram sem tempo para os prefixos, diziam-se seus prefixos mas a comunicação foi muito mais humana, não tão institucional e isso foi bastante interessante ver este outro lado das pessoas ali escudadas com isso e isso foi bastante interessante. Agora a drive foi foi uma conquista tão boa mas não foi logo, não foi logo já estamos muito a trabalhar numa pasta partilhada que nós temos foi um modelo que nós conseguimos antes da acreditação para a saúde pública e basicamente aquilo é um disco externo que tem num computador que faz de servidor e que todos os computadores têm acesso àquela pasta, ou seja, nós conseguimos e já na altura foi uma mais valia só que tinha limitação porque se eu tenho um documento aberto, tu não podes ter o documento aberto, e ele deixa abrir só em modo de leitura e as pessoas às vezes como nem todas as pessoas têm o mesmo nível de habituação às ferramentas informáticas, em modo de leitura escreviam na mesma, fechavam, diziam gravar aquilo gravava uma cópia não sei onde e a informação perdia-se pronto. Estas limitações das pastas partilhadas e nós na altura fizemos formação para estar atento a isso e não sei quê, mas numa pandemia em que a pasta partilhada só dá para ter acesso no serviço e isto só dá para estar uma pessoa de cada vez, não era uma ferramenta funcional, então de repente começasse ali a investir na drive e lá se conseguiu que as pessoas comessem "mas eu não sei mexer nisso", "não sei o que vou buscar", lá se conseguiu e a drive foi tipo... Agora toda a gente adora a drive.

Entrevistador: Pois, eu ia perguntar ainda hoje continua em funcionamento.

Entrevistado: Sim, sim, sim, sim, e os informáticos a puxarem cabelos porque o servidor não tinha propriamente capacidade para de repente ter 1.500 documentos ativos e não sei quantas pessoas também à volta disso a mexer na drive. Nós já fazíamos isto na drive em local de trabalho e agora assim a tarefa que eu e a Paula estamos a desempenhar tem a ver com a articulação com a Câmara, Proteção Civil, Polícia Municipal, Juntas de Freguesia e Santa Casa e ao mesmo tempo como todas as enfermeiras das UCC's que

estão fazer o acompanhamento dos casos novos, ou seja, é uma grande equipa. Esta drive é partilhada, inclusive ficheiros que são partilhados fora do serviço que, conseguimos também passar as pastas os documentos partilhados e isto foi assim um ganho brutal. O servidor, a Sandra da informática, diz "isto não tem capacidade", depois toda a gente refila que a internet é lenta e as plataformas são pesadas e isto não abre e no meio da confusão ela diz "vocês têm que pensar que isto o servidor, esta drive não era usada e de repente está toda a gente a usar, tem que se fazer com calma". Mas esta...

Entrevistador: Será a próxima mudança...

Entrevistado: Eu espero bem que sim, eu espero bem que sim. Outra mudança física foi que puseram os ares condicionados no serviço (risos)

Entrevistador: Não tinham?

Entrevistado: Não. Tínhamos muito frio no inverno e muito calor do verão e o verão na pandemia foi horrível. Depois não podias ter as ventoinhas ligadas e quase todas as reuniões tudo passou para isto para a videochamada e eu considero uma mais valia

Entrevistador: E em termos de eficiência na comunicação houve alteração?

Entrevistado: Eu acho que fomos muito mais eficientes. Muito mais eficientes. A primeira questão perdeu-se o institucionalismo e a comunicação foi para resolver questões, usou-se ferramentas informáticas que facilitam a actualização da informação ao minuto e não se tem que andar com emails para a frente e para trás e a perdermos na imensidão do mail, é aquele documento e toda a gente está a trabalhar naquele documento. Foi ótimo as pessoas aderirem à drive, isso minimiza erros e aumenta a eficiência, a tua gestão de tempo. Estarmos todos a trabalhar na mesma coisa e não haver perda de dados por exemplo, um exemplo rápido, isto que nós fazemos em outubro conseguimos, já em julho tínhamos falado na drive "ai não que eu não sei, não sei quê". Tivemos uma que conseguimos fazer e as outras todas não conseguimos, em outubro com o aumento de casos e não sei quê, a gente tem que voltar à carga com a drive, não faz sentido. Nós perdíamos, todos os dias mandávamos uma tabela com casos novos, elas iam fazer DV's, eram três equipas e cada equipa mandava-nos aquilo de volta em formatos iguais em formatos diferentes e que tu já não sabias o que era o quê, ou seja nós perdemos horas a fazer gestão de documentos quando na verdade devíamos estar a fazer acompanhamento de casos e em outubro lá conseguimos, com muita dedicação e muito mimo, conseguimos que elas aderissem e até hoje essa foi a melhor coisa que aconteceu pronto.

Entrevistador: Resistiram mas depois até foram.

Entrevistado: É, é. Primeiro estranhas e depois olha, amaram. E não perdermos os dados e não perdermos os dados desde então e quando nós temos as informações mais bem organizadas para isso.

Entrevistador: Ok, e continuando a conversa queria tentar perceber as dificuldades que tiveram no meio disso tudo, já percebi que uma das dificuldades foi a adaptação e a resistência.

Entrevistado: Outras dificuldades tem a ver com stress e com excesso de trabalho, tem haver com a comunicação em tempo de crise, e até crise individual e crise pandémica, da exigência... Às vezes estávamos todos com uma grande sobrecarga de trabalho e uma grande carga emocional acima de tudo porque acho que não houve ninguém que não vestisse o seu papel de funcionário público, é para isto que nos pagam o ordenado. Além de ser técnica de saúde ambiental numa unidade de saúde pública eu tenho uma responsabilidade social neste caso na saúde para com a minha entidade de trabalho que são todos nós, o Estado não só pessoas, somos todos nós. E acho que tudo isto isto foi uma questão ninguém esteve ali a avaliar "ai eu estou a fazer mais que o outro", há sempre um bocadinho mas não foi assim a coisa mais flagrante. As dificuldades que sentimos foi a nível mesmo quando há sempre forças de reatividade e houve questões que tinha a ver com o ser da saúde pública, ser de enfermagem, ser disto, lá está. Ainda tudo estava muito, estava muito daquele modelo das suas casinhas e estava ainda a tentar agarrar esse modelo das casinhas para fazer as coisas como sabiam. Esse museu das casinhas foi muito quebrado, foi completamente quebrado e às vezes as resistências que continuávamos a sentir, as dificuldades tinha a ver ainda com estes com visões diferentes do que é que a organização devia ter sido e dizerem "deveria ter sido assim", isso foi passado e não presente. Ninguém ia prever que isto era necessário e às vezes isto foi a dificuldade na comunicação, foi pessoas que ainda ficavam agarradas a um pensamento organizacional que não foi possível fazer para esta pandemia porque ninguém ia prever ninguém previu como é que tu organizas e defines uma estratégia se sabes, se tens uma noção do que é que vai acontecer, nós não tivemos tempo e não tínhamos a noção, deveríamos ter sim, mas não tivemos tempo de reagir é um facto. Essa foi a primeira questão nas dificuldades da comunicação, depois o outro foi também a literacia, a literacia e aqui a literacia em informática, a capacidade da gestão emocional individual e vês que o outro te está a falar mais alto ou mais arisco mas não é para ti, é porque está assim e nós não podemos estar só agarrados à forma como as pessoas dizem, tens que ler a forma " ela se calhar está a dizer isso porque está saturada, porque à não sei quantas horas agarrado a um telefonema fazer vigílias"

Entrevistador: Pelo que percebi foi 7 sobre 7 - 12 horas

Entrevistado: Exatamente.

Entrevistador: Por isso chega um ponto que cada um tem a sua capacidade emocional.

Entrevistado: Estas pessoas eu comparei-as muito com as que estão em televidas e call centers em que tu vês às vezes os teus amigos "ai olha ele ligou-me e eu xinguei-o tanto", fogo é uma pessoa que está a trabalhar e não foi o sonho da vida dele trabalhar num call center de certeza que está lá trabalhar porque não tem outra alternativa, no mínimo respeito à pessoa. Estas pessoas que estavam a fazer vigilâncias ativas estavam com esse problema também, e têm que compreender um bocado disso. Agora isso era as questões que às vezes dificultava a comunicação mas também não senti, acho que não de uma forma geral era uma limitação, era um problema mas que rapidamente se ultrapassou. Só mais uma questão em relação à comunicação estas questões da video toda a gente retilava "ai porque não é a mesma coisa, a gente não está a ver as pessoas, não está a sentir as pessoas e depois é uma grande confusão, porque não se ouve e não sei quê". Eu acho que é a melhor coisa, obriga a cada um ter que ouvir o outro, fala um de cada vez e a tua gestão de tempo é fantástica. São duas horas...

Entrevistador: Não há, não há conversas paralelas

Entrevistado: Não há toda a gente até lá

Entrevistador: Não deverá, entre aspas, haver atrasos. Ou seja, às vezes a reunião é às nove e apareciam às nove e meia

Entrevistado: Há sempre uma coisa no serviço de não sei quê.

Entrevistador: Mas por outro lado daquilo que eu me tenho apercebido se calhar não tanto no centro de saúde, é que passou a haver demasiadas reuniões porque existe uma disponibilidade diferente. Eu não sei se isto acontece aqui, ou seja se calhar antes havia uma reunião por dia e com o facto de se fazer essas videochamadas ocorreu três ou quatro e não sei se havia necessidade disso. Não sei se isso aconteceu aqui ou não.

Entrevistado: É assim por exemplo eu hoje às dez vou ter oito reuniões, mas são reuniões de cinco minuto.

Entrevistador: E conseguisse manter os cinco minutos.

Entrevistado: Sim sim sim sim porque se calhar nós tivemos, se houve mais reuniões houve menos reuniões. Assim as reuniões que eu sempre tive eu sempre as considerei necessárias, nunca considerei supérfluas, pelo contrário. Se calhar porque na altura que elas iniciaram foi porque quem foi mais impulsionador foi na altura o vereador da Câmara do pelouro da Protecção Civil, e ele era uma pessoa muito organizada, reuniões de cinco

minutos, pontos de situação, não é para estar aqui com muitas coisas temos de ser objetivos, depois ajustamos consoante as realidades de cada um e isso de início ele teve que treinar as pessoas porque tu não contas factos, contas histórias, e estás a ver eu a falar (risos). Mas eu não reunião tenho outra postura, não conto histórias, é só factos e números e isto é aquilo e uma pessoa tem que treinar também a linguagem objetiva e isso foi bom porque ele agora não está mas as reuniões continuam iguais.

Entrevistador: Então e para acabar, no meio disto tudo, que lições que é foram aprendidas ou seja, lições.

Entrevistado: Opa muitas.

Entrevistador: A ideia é daqui a um ano voltar a fazer uma pequena conversa e perceber aquilo que aconteceu e o que é que ficou. O que é que veio para ficar?

Entrevistado: Isso a nível de trabalho a nível de organização?

Entrevistador: De todas as mudanças que ocorreram.

Entrevistado: É assim eu a nível de instituição onde trabalho eu espero que fiquem todas porque em setembro recrutou-se nove técnicos de saúde ambiental, finalmente temos uma equipa que era o rácio suposto existir no centro de saúde para trabalharmos saúde ambiental como deve ser e não estarmos a apagar fogos porque a saúde pública sempre apagou fogos e não trabalhou saúde pública e não tínhamos recursos. Não era essa a visão da ARS ou do Ministério da Saúde. Espero que fiquem, não sei se conseguem ficar todos, mas pelo menos uma grande parte, já estamos aí de volta da acreditação e a pensar numa série de linhas que podemos intervir com mais recursos humanos, vamos só fazer aquelas coisinhas mas conseguimos fazer o trabalho epidemiológico, conseguimos fazer vigilância em saúde pública que é esse o nosso trabalho. Os ares condicionados, apesar de não ser muito adequada dos ares condicionados e eles ficam horrível na fachada tenho que dar um bocadinho o braço a torcer que apesar estar em cima da minha cabeça é melhor que nada, aquilo bate ali o sol de verão e era bom fazer uma esplanada no próprio local de trabalho. A Dra. Eunice aqui que ninguém nos ouve foi uma grande aquisição, uma grande aquisição. Acho que muita coisa muita coisa foi desbloqueada e foi agilizada foi porque nós também temos uma, ela entra com a pandemia...

Entrevistador: Eu sei eu sei eu sei. Também tive que entrevistá-la e enquanto estive a estagiar com ela também percebi que ela foi apanhada de surpresa porque entrou no meio da pandemia, não conhecia nada nem ninguém e teve que ser ativa e reativa e isso tem que fazer.

Entrevistado: Sim, e pôr regras de diretora de tudo mas acho que ela teve cinco estrelas na função.

Acho que ela é muito boa pessoa, é uma pessoa muito acessível e nós estávamos habituados, a dra. Manuela Botelho também fez um bom trabalho mas são perfis de pessoas completamente diferentes. A Dra. Manuela quando pegou no centro de saúde era preciso uma pessoa com mais regra, com mais disciplina e ela conseguiu fazer ali grandes mudanças porque também foi com a criação dos ACES que antes eram os Centros de Saúde e a dra. Manuela entra com a criação dos ACES, ou seja

Entrevistador: É os agrupamentos

Entrevistado: De centros de saúde. E tinhas os centros de saúde autónomos e de repente são chefiados por um. Tinhas que ter alguém ali com pulso forte e mais, mais não é ditatorial mas...

Entrevistador: Mais rígida

Entrevistado: Mais rígida, obrigada. Porque eu acho que a Dra. Eunice também o é mas tem uma forma de o fazer diferente que era o que era preciso agora, agora é preciso ouvir as pessoas e fazer isto, e eu estou a dizer isto porque acho que se fosse com uma Dra Manuela, e apesar dela... Não estou a... São perfis de pessoas por fases diferentes de gestão e desenvolvimento basicamente. Eu acho que a doutora Manuela não ia conseguir gerir este jogo de cintura que tu tens que ter todos os dias porque os problemas vão surgindo e tu vais ter que estar sempre a construir soluções e isso foi uma grande valia, foi a Dra Eunice estar e acho que espero que ela continue, uma das coisas a manter além dos ares condicionados (risos)

Entrevistador: (Risos) Continue, força

Entrevistado: E... A doutora Teresa vai entrar para a reforma e nós também estamos muito apreensivos sobre quem virá substituir a Dra. Teresa, que é a nossa coordenadora desde 2010, e com defeitos e com virtudes, sempre foi uma pessoa acessível e que nós conseguimos falar, e isso para mim é muito importante, quando não tens uma pessoa que se escuda atrás das divisas, e fez uma boa coordenação durante este tempo todo. Isso é outra questão, eu não sei como vai ser daqui a um ano, ha-de ser mesmo na porta de saída dela, eu acho que há coisas a nível da unidade de saúde pública que só pela pandemia elas não vão ser alteradas. Mas se calhar tivemos tivemos uma contratação de recursos humanos melhores, temos mais recursos a trabalhar muito mais otimizados nas ferramentas que foram obrigados a utilizar, desta força que foi impulsionadora do sair da tua zona de conforto e acho que isso vai trazer mudanças individuais para cada um, espero que elas se cristalizem e que o continuar disto não faz com que as pessoas voltem a

trabalhar na sua conchinha de conforto. Espero que isto não seja desperdiçado a nível individual, essencialmente é isso que eu espero voltar àquilo que era...

Entrevistador: É dar um ou dois passos atrás...

Entrevistado: É andar de cavalo para burro (risos). É porque isto foi intenso. Mas isto, desculpe, dá pica que é trabalhar assim, dá pica fazer e ver-se os resultados, não ficares escudado no "ai isso não é minha responsabilidade, ai isto não é minha tarefa, isto não é minha competência" e....

Entrevistador: Sentir-se de alguma forma ativo no processo.

Entrevistado: Útil

Entrevistador: Exatamente.

Entrevistado: No meu trabalho faz alguma diferença, não é muita mas sentir que tenho um motivo para acordar (risos)... Mas espero que isso fique e que isso fique nas pessoas e não fique só uma memória do "ai credo aquele tempo da pandemia", não, que fique. Há males que vêm por bem...

Entrevistador: Eu também sou da mesma opinião. Acho que há males que vêm por bem e esta pandemia veio trazer algumas boas mudanças.

Entrevistado: Eu também acho que sim, eu também acho que sim. Veio também questionar aqui uma série de coisas e pôr as importâncias nos sítios certos, as importâncias na nossa vida e isso reflete-se o nível de trabalho, se formos cidadãos mais competentes e críticos também são melhores profissionais

Entrevistador: Verdade. Para mim acho que damos como terminada esta entrevista. Fico muito agradecido, houve muita informação que eu gostei, não estava à espera.

Entrevista 10

Entrevistador: Deste modo vou fazer a pergunta geral, de lançamento e depois ao longo da entrevista eu posso interromper para fazer outras perguntas. Mas a ideia é haver uma narrativa de do que foi acontecendo ao longo do ano. Se for preciso eu vou interrompendo colocando questões mas....

Entrevistado: Está bem.... Mas deixe-me só perguntar as questões direcionam para o serviço no geral e a minha perceção ou especificamente a minha área.

Entrevistador: Tudo as mudanças que aconteceram no Rio Sete Rios em que participou em que se observou todas essas as questões. A questão é que aqui é falar e perceber....

Entrevistado: E estamos centrados em Sete Rios?

Entrevistador: Sete Rios, Sete Rios, sim, sim

Entrevistado: Ok, é que tive a primeira parte em Cascais.

Entrevistador: Ok. Mas vamos ficar só em sete rios. Ok questão então para começarmos: o que mudou desde que tomaram conhecimento do surto COVID em Portugal. Pode-nos contar uma história um encadeamento dos acontecimentos e as decisões e ações.

Entrevistado: Ok, então...isto não é fácil. Porque entretanto já muita coisa se foi passando não é? Encadeamento é difícil falar, mas deixe-me ver vou tentar reportar desde o início porque várias coisas foram se sucedendo ao longo do tempo e teve... e teve implicações também na forma como tudo se organizou. No início quando a pandemia....quando a pandemia apareceu e de uma forma geral as pessoas e todas as pessoas nomeadamente os profissionais de saúde aquilo que sentiram no início foi um grande..... foram dois movimentos. Um foi um movimento de é preciso estarmos à altura e fazer qualquer coisa que dê resposta às necessidades globais das pessoas e dos serviços no combate à pandemia tanto houve logo uma mobilização dos profissionais e dos serviços lá está..... para estarem à altura para poderem ter a certeza do que é.... como que é que deveriam que atitudes desenvolver que comportamentos desenvolver e como se organizarem de uma forma totalmente diferente mas continuando a dar resposta às necessidades de saúde das pessoas. Mas num período ainda muito incerto. Que exatamente seria necessário ter como é que iria evoluir, quanto tempo é que iria demorar, como é que era a transmissibilidade, a gravidade da doença. Quer dizer havia tanta incerteza à volta que.... e tanta, tanta, tantos cenários possíveis que emergiam dos... como cenário de fundo com panorama de fundo dos outros países onde se via o caos da Itália e ao caos dos outros países. E a pensar que aquilo poderia vir para Portugal, e como é que nós nos iríamos organizar se aquele cenário que se vivia na Itália viesse para Portugal. Portanto eu acho que no início a grande preocupação dos profissionais era como é que nós vamos fazer se isto vier para Portugal desta maneira com esta intensidade, mas em paralelo os profissionais e os serviços queriam estar à altura também tinham medo. São pessoas e como são pessoas também tinham medo que algo lhes acontecesse. Portanto ao mesmo tempo que as pessoas se movimentavam para frente para fazer coisas, retraíam-se nos locais consigo próprios. Portanto e isto deu assim algumas desfasagens entre os serviços e as lideranças dos serviços quererem montar e organizar, isto na perspectiva dos cuidados de saúde primários e ao mesmo tempo uma necessidade de recolhimento e de autoproteção que também sentiam também como qualquer outra pessoa tinham famílias tinham, também medo de transmitir. Portanto e isto levou às vezes alguns frinsons entre dois movimentos opostos quase. E isto acompanhou e acho que foi acompanhando um pouco até agora.

Não foi coisa que ficou resolvida. Passado a breve trecho Eu acho que foi algo que tem acompanhado ao longo do tempo. Depois, em relação a isso e na necessidade de tentar organizar essas respostas em simultâneo, naquela urgência de pegar em qualquer coisa que não se sabia muito bem o que é que era e como é ia andar, mas sabia-se que era preciso estarmos preparados, fora fora todas as questões dos materiais que no início eram escassos, os materiais de proteção os materiais para as consultas à distância porque não havia prática, muita prática de se fazer maioritariamente as consultas à distância. Portanto para além de lidar com, a tentar montar os recursos que eram necessários para organizar os serviços para essa resposta tentava-se explorar estas formas alternativas de se fazer diferente e na verdade na verdade eu lembro me que ,quando em março começamos a reorganizar os serviços e começou o primeiro período de confinamento e do estado de emergência quando chegámos a junho ,e em junho foi quando eu vim para cá, parecia que tinha passado imenso tempo. Ou seja já tínhamos feito imensas coisas, já se tinha feito imensas coisas e todas as semanas havia um novo plano. Portanto nos pensávamos num plano, tínhamos que fazer um plano de contingência para atividade para dar resposta a uma nova ou um novo problema que era a pandemia mas também priorizar ou não priorizar outras atividades que não poderiam cair. E todas as semanas tínhamos que reajustar o plano porque havia novas informações havia novas medidas novas estratégias. Então a sensação que deu com este reformular sistemático e constante dos planos, da organização e os ajustes que foram feitos da parecia que tínhamos feito assim uma maratona em imenso tempo e quando olhávamos para trás as mudanças que conseguiram criar nos serviços foi extraordinário de facto.

Entrevistador: Voltando um bocadinho atrás, eu queria tentar perceber que mudanças que foram efetivamente feitas ou seja percebemos que havia dois movimentos em que as pessoas estavam de alguma forma com medo mas de alguma forma tinham que ser capazes de dar a resposta. A minha pergunta é de que forma é que conseguiram contornar todas essas barreiras e dar resposta. Em que consistiu as mudanças?

Entrevistado: Então eu vou dar o exemplo que na altura eu tive mais ligada à parte da URAP, dos psicólogos, das assistentes sociais, as fisioterapeutas e os terapeutas ocupacionais, e na altura a minha responsabilidade ficou um pouco de como é que estes profissionais vão....Como é que eles se vão posicionar e o que é que eles vão fazer? No início, no início quando sentimos que tínhamos que colaborar e contribuir para a população não nos podíamos apenas fechar ou ir para tele-trabalho ou achar que "bem não somos médicos nem somos enfermeiros nem somos nada portanto não vamos estar na linha de frente não

vamos ter... agora vamo-nos recolher". A vontade que tivemos foi "não estamos aqui fazemos parte da equipa" e isto vai ter um impacto enorme a nível social e a nível psicológico (achávamos nós) toda a gente vai precisar de apoio psicológico os profissionais de saúde vão precisar de apoio psicológico as pessoas vão precisar de apoio psicológico. Tínhamos um cenário muito catastrófico à volta das reações emocionais das pessoas face à pandemia. Fora o isolamento social as pessoas que estão sozinhas em casa os idosos. Portanto o primeiro movimento foi: temos que criar uma resposta para este cenário que nós prevemos ser catastrófico. E para criar este cenário as primeiras pessoas que estavam envolvidas diretamente com a pandemia era a unidade de saúde pública. Vamos criar um plano de colaboração estreita com a unidade de saúde pública. E foi o que fizemos os psicólogos, decidimos participar e criar critérios de referenciação para as pessoas que estavam infetadas e, ou que eram contacto das pessoas infetadas no início imaginando, que as pessoas iriam estar.... sendo uma novidade se soubessem que estavam infetadas ou que tinham estado em contacto que ia ser muito tramado. Então criamos logo a primeira resposta foi junto da unidade de saúde pública. Passado uma semana percebemos que não havia pedidos e que a unidade de saúde pública não nos referenciava ninguém. Então decidimos... não nos referenciada ninguém diziam "quando telefonamos às pessoas depois acompanhamos as pessoas depois telefonamos às pessoas e as pessoas que nós, nos até oferecemos e dizemos que temos psicólogos mas as pessoas dizem que não precisam". E nós pronto, o primeiro cenário não se deu. Depois começámos a perceber que provavelmente não estava porque, se as pessoas não tinham grande sintomatologia e tinham um médico lhes ligava todos os dias. Naquela altura era possível a saúde pública fazer este acompanhamento diário das pessoas as pessoas sentiam-se confortáveis, portanto a necessidade do acompanhamento naquele momento não era, podia ser um médico podia ser um enfermeiro a fazer esse acompanhamento diário não era propriamente psicológico. Então começou-se apostar também, reformulou-se e fizemos outra, outra medida. Mas isto era semana a semana. Então outra medida era, toda gente fala dos profissionais de saúde os profissionais de saúde vão estar desgastados vão estar em stresse em burnout, podem ser chamados a qualquer momento porque vão estar na linha da frente com os EPIS com as pressões que lhes é posta é grande, vamos fazer uma estratégia de apoio ao profissional de saúde, temos que dar uma resposta profissional de saúde. Então criamos, arranjam os telemóveis, divulgamos os nossos números pessoais 24 sobre 24 horas. Como não podíamos acompanhar diretamente os profissionais que trabalhamos com eles são nossos amigos portanto era na verdade que eles não nos

quisessem consultar diretamente a nós mas tínhamos uma rede de psicólogos para eles poderem contactar quem eles quisessem. E não havia chamadas, portanto não nos ligavam nenhuma. Então começamos a perceber que "não esta estratégia também não deu portanto vamos arranjar outra estratégia". Então outra estratégia é ir às unidades fazerem pontos informais estar lá e ouvir as histórias estar nos momentos de descanso e de pausa nas mudanças de turnos da ADC, quando entram no turno e saem do turno para poder estar lá e conversar de uma forma mais informal. Essa já deu mais alguns frutos, mas quer dizer dependeria um pouco da relação que nós já tínhamos com os profissionais, se tínhamos uma boa relação eles até contavam histórias e manifestavam um bocadinho as suas angústias e falavam dos filhos, da família ou de pessoas que vão deixar de estar com os filhos porque os filhos foram para os pais para elas e tiveram que se afastar mas a procura propriamente do apoio psicológico também não apareceu. Então reformulamos novamente o plano e a reformulação do plano nessa altura foi bem, e acho que isto aconteceu não só na psicologia mas de uma forma geral nos profissionais, que é se as pessoas com COVID neste momento para além do apoio da saúde pública e da vigilância do seu estado de saúde não manifestam outras necessidades em termos de...dos que os serviços primários podem oferecer para já, temos que garantir o acompanhamento das pessoas não COVID quer dizer, não podemos abandonar todas as outras pessoas que não estão infetadas e que estão isoladas em casa. Então reestruturamos todo o plano e percebemos que se calhar o foco apenas na COVID era para os cuidados de saúde primários altamente insuficiente e que a grande preocupação deveria ser garantir e continuar a garantir o acesso às pessoas não infetadas ou afetadas pela COVID. Portanto tivemos, e aí sim, foi o boom do trabalho porque implicou toda uma nova aprendizagem nomeadamente para os psicólogos que estão muito habituados na consulta face a face e era transformar o apoio psicológico no apoio à distância. E aí foi todo o treino posterior, então tivemos que fazer em tempo recorde, por exemplo, formação e aconselhamento telefónico, tanto que fizemos manuais com os vários guiões do aconselhamento telefónico, muito focado no problema, divulgámos os manuais, demos formação, porque havia pessoas já com algum treino no aconselhamento telefónico por atendimento noutras linhas de apoio. Então fizemos esses manuais e fizemos essa formação e começámos a treinar e a identificar prioridades. Portanto o primeiro passo foi identificar que prioridades para a consulta para os novos pedidos e essas prioridades que foram definidas de acordo com a prioridade que também tinham sido estabelecidas para as restantes consultas nos cuidados de saúde primários, nomeadamente as grávidas, as

crianças, os agravamentos de doenças crónicas, diagnósticos de novas doenças graves ou incapacitantes também se mantiveram como o nosso foco de prioridades para as novas referências e depois fizemos em simultâneo outra medida que foi, apesar de estarmos agora a focarmos nas novas referências, num contexto novo não podemos esquecer que temos uma lista de espera enorme, portanto tínhamos uma lista de espera muito grande e não podíamos ir passando à frente de todas as pessoas porque tínhamos pessoas já que por algum motivo tinham sido referenciadas à consulta, portanto já tinham uma fragilidade e nos não fazíamos ideia como estava a lidar com este contexto. Portanto em paralelo tínhamos outro grupo de pessoas a contactar todas as pessoas que estavam na lista de espera e avaliar se as pessoas estavam bem, não estavam bem, necessitariam de algum acompanhamento ou não. O que é que isto trouxe? Como deixámos de ter muitas outras intervenções porque poupamos nas reuniões, nas reuniões e equipas de trabalho que na verdade acabam por retirar-nos muito tempo, e elas terminaram passaram a ser por zoom e no início nem houve uma grande aposta nestas reuniões das equipas de trabalho portanto houve aqui uma libertação de horas significativa para esta organização das varias equipas e então com esse volume de horas nós dedicamo-nos estreitamente à consulta. O que é que foi o resultado? Foi o resultado foi o caos a seguir. Portanto agora numa outra fase, numa outra fase que já foi já à frente foi a ideia de todos os profissionais que afinal nós tínhamos capacidade de resposta. Portanto como libertámos a lista de espera dávamos conta das novas consultas e ainda dávamos conta das situações COVID, que eram em numero insuficiente, quando estas situações deixaram de ser em número insuficiente pela própria evolução da pandemia, porque, entretanto, a pandemia trouxe outros contornos e aí sim, começou-se a ver o efeito da acumulação de acontecimentos ao longo deste tempos de isolamento de longa duração que se pensava mais curto, de pessoas que depois quando houve um aumento do número de casos agora recentemente, todos os lutos, todas as perdas que as pessoas sofreram e familiares sofreram, portanto agora sim o “boom” dos pedidos de psicologia a propósito da COVID aumentaram agora e nós entretanto ficámos com uma carteira de utentes enorme porque antes disso focamo-nos na resolução de tudo o resto que também vinha e não nos preparámos para este “boom” atual. Portanto e nesta altura com a retoma do presencial em que o ritmo da consulta volta a diminuir, ganhámos um ritmo pelo contacto à distância muito grande com conforto para o profissional e também para a pessoa, para o utente, porque finalmente tem um horário mais disponível ao longo do dia para contactar, não precisa de se deslocar, então na psicologia tem-se que deslocar semanalmente ou quinzenalmente, é muito mais comodo

fazê-lo a partir de casa sem ter que ir aos serviços. Agora estamos numa outra fase completamente diferente que é sairmos do conforto e percebemos que sim a consulta à distância tem muitos benefícios para muitas situações mas não é o ideal em todas as situações, há muitas necessidades do presencial para uma boa intervenção. Agora é encontrar um equilíbrio, portanto estamos na fase de tentar encontrar o equilíbrio que está difícil de chegar a esse consenso.

Entrevistador: Ok... e partindo dessa adaptação, porque a adaptação acabou por ser boa em termos de volume de trabalho e tudo mais. A minha pergunta, são duas que é, como é que ocorreu essa adaptação em termos de equipa, ou seja de comunicação se de alguma forma houve barreiras, se houve mais facilitismo, se houve uma aprendizagem de comunicação entre a própria equipa porque a verdade é que isso tem que ser trabalhado em equipa porque se for só uma pessoa torna-se difícil e depois como é que conseguiram fazer a transição de, porque passaram muito tempo no online, podemos dizer assim, e depois tiveram que se adaptar outra vez para o presencial e como é que foi feita essa transição porque a verdade é que, nós não podíamos fazer o presencial como se fazia antes da Covid. A minha pergunta que adaptações é que houve para isso acontecer e se aconteceu ao mesmo tempo um misto ou não, de presencial com online. Como é que foi o progresso até hoje, como é que se foi desenvolvendo.

Entrevistado: depois a seguir vai-me perguntar para futuro

Entrevistador: não não não (risos)

Entrevistado: é só para saber se integro já essa resposta ou não, se me fosse perguntar a seguir pelo futuro não incluía já (risos)

Entrevistador: o futuro, o futuro daqui a um ano faço um check up e a gente fala do que ficou e o que não ficou...

Entrevistado: ok (risos).. então em relação às equipas em relação às equipas e mais uma vez de uma forma geral acho que esta perceção é comum, a não ser em algumas equipas que de facto quase ingeríveis, portanto nas equipas que são enormes, muito grandes dependem uns dos outros têm objetivos comuns como aqui em sete rios, é uma equipa tão grande com características tao diferentes entre elas mas ao mesmo tempo uma cultura tão própria, que eu acho que a pandemia não trouxe nada de bom, pelo contrario, portanto acentuou as diferenças acentuou as diferenças de ritmo de empenho “porque é que eu faço e tu não fazes”, “mas aquele vai para casa e o outro não vai”, “aquele dá todas as horas de si trabalha bem online o outro vai para casa tem VPN e não faz nada”, portanto nestas equipas onde já não existia, já não existia um espírito de coesão e de organização e de

liderança à partida, bem sólido e forte, eu acho que a pandemia acentuou ainda mais e não... acentuou e agravou as diferenças mas também ao mesmo tempo e neste caso foi uma oportunidade para se começar a constituir como equipa uma vez que também não era nada antes, eu acho que se ao mesmo tempo que agravou também acho que criou uma oportunidade de organização não existente previamente. Nas equipas mais pequenas já estruturadas com uma boa comunicação a pandemia fez o contrário, portanto criou ainda mais uma ligação e uma envolvimento maior, foi muito gratificante, foi muito gratificante porque o planeamento teve que ser pensado em conjunto, a atenção pelos outros e pelas necessidades de cada um individuais, também foi tida em consideração porque as pessoas sentiram-se que estavam no mesmo barco e que tinham que se preparar para o que vinha e se ajudarem e se inter-ajudarem uns aos outros. Portanto para o bem e para o mal, também para fazer exigências ou para se disponibilizarem, porque depois o grupo faz uma diferença enorme na definição desses comportamentos e dessas atitudes, às vezes as pessoas individualmente pensam de uma maneira mas quando um grupo funciona acabam por refletir um bocadinho no comportamento mais de grupo do que aquele individuo se tivesse tado outro contexto se calhar faria de outra forma portanto, para o bem e para o mal houve uma determinação muito grande do grupo que os tornou mais coesos e mais ligados e as relações afetivas entre as pessoas também se solidificaram e foi por exemplo na nossa equipa na psicologia foi, foi bastante gratificante ver o apoio e interajuda e as pessoas às vezes as pessoas tinham imenso medo e estavam desejosas de ir para casa mas se nós dissemos que não podia ser, que este era o momento que os psicólogos tinham que estar presentes, aquilo ultrapassavam as barreiras e nunca foram para casa e tiveram presentes, quer dizer foram para casa em teletrabalho quando foi possível e sempre que era possível, mas não foi a tendência logo não foi por atestado, alegar crianças pequenas portanto isso foi muito interessante de ver mas eu acho que isso foi possível de acordo com o estado de evolução da própria equipa previa, portanto se era bom, melhorou e depois tomavam posições todas muito unidas. Nas equipas que já não estavam, que já não eram, não eram e não funcionavam como equipa foi o contrário houve uma desagregação mas com a tal oportunidade. Portanto aquilo cai é mais fácil retificar de uma forma mais organizada, às vezes o que está mal mais vale cair para poder ser reconstruído de novo. Portanto, de certa maneira a nota foi sempre positiva de uma forma ou de outra. Agora em relação a estas adaptações a estes ajustes eu acho que não foi não foi muito... foi difícil pelo medo, pelo medo, depois aqui o grau de medo também é diferente de pessoa para pessoa. Portanto há pessoas muito zelosas das regras de proteção e outras pelo

contrário às vezes são... pecam por falha não é? porque porque são descuidadas. Portanto a proximidade rapidamente ultrapassa a necessidade de proteção e às vezes temos duas medidas completamente diferentes. Quais foram os ajustes em relação aqui às consultas presenciais e não presenciais? As presenciais, e houve muitas diferenças até posso dizer que houve muitas diferenças a nível dos ACES, e foram experimentando várias várias formas e mais uma vez ao nível da psicologia onde eu estou mais á vontade para falar. Mas houve algumas equipas que decidiram “vamos fazer presenciais a todas as primeiras consultas”, “vamos fazer presenciais a todas as primeiras consultas para estabelecer a relação, para ganhar confiança com as pessoas e depois então passamos para a não presencial para quem tiver indicação”. Ou seja se a pessoa não tiver que fazer uma avaliação psicológica formal, se não tiver que ser observada presencialmente porque as pistas que nos dão assim como estamos a falar não são as mesmas, quer dizer perde-se muito da comunicação não verbal que é importante para o psicólogo e para os outros profissionais. Grande parte da comunicação e até para os médicos e enfermeiros, há muito que não fica dito que aquela intuição percebe-se que há qualquer coisa que não está bem pela observação em face a face e que se perde neste contacto não presencial. Portanto houve muitas pessoas que decidiram vamos fazer todas as primeiras consultas e depois passamos a não presencial, nós por exemplo não decidimos assim, decidimos que a primeira abordagem até podia ser por telefone. Até porque, quando fazemos presencial é muito difícil tornar não presencial a seguir, porque as pessoas sentem-se também mais confortáveis porque estabelece a relação, as pessoas percebem a diferença e depois em vez de nos focarmos no problema estamos a focar na pessoa, no seu desenvolvimento ou na promoção das suas competências e é isso que muitas das vezes torna difícil a gestão de agenda e dissemos não, vamos aproveitar esta nova aprendizagem do não presencial e quando abordamos a pessoa no início avaliamos logo se é uma situação que até podemos resolver à distância, que é para controlo de ansiedade é porque a pessoa está triste, e é normal estar triste e se calhar não precisa vir aqui se calhar tem é que dar tempo à sua tristeza, não é preciso do psicólogo e se calhar dar-lhe esta noção de alguma necessidade de sofrer porque, quer dizer estar triste é um estado normal também. E poderemos fazer essa abordagem se a pessoa ter que se dirigir cá e se percebermos que a pessoa não tem privacidade, não consegue comunicar, não consegue expressar-se ao telefone então marcamos presencial. Portanto primeiro fazer uma espécie de triagem telefónica para ter um critério de acordo com a pessoa e não generalizar tipo todas as primeiras são vistas. Depois as outras regras que ajustámos é em vez de termos as consultas seguidas, de 45

minutos em 45 minutos e como os gabinetes nem todos têm o distanciamento necessário e a higienização necessária logo a seguir e não temos propriamente, até porque os psicólogos por exemplo nunca usaram bata, isso foi uma outra mudança, foi os psicólogos quererem começar por exemplo usar bata para proteção da roupa, então havia, passou a haver uns com bata e outros sem bata. Mas então decidimos fazer consultas de 40 minutos intercaladas com consultas à distância. Portanto passámos a intercalar o presencial com o não presencial e assim dava para sair daquele gabinete, arejar o gabinete até vir o próximo e não ser tudo seguido. Depois houve outros problemas que ainda não estão resolvidos, não estão resolvidos, por eu acho, por medo e por conforto e porque ninguém se dedicou a isso, abandonou-se um pouco e ainda se vai ter que retomar que é a avaliação psicológica e os materiais. Ou seja nós usamos muitos materiais, muitos materiais de papel, de desenho, de avaliação psicológica que é também por manipulação de alguns objetos e havia uma grande preocupação de muitos colegas que é, como é que temos que plastificar tudo para depois desinfetar tudo, vamos plastificar tudo? Nós aqui optámos por não plastificar tudo, simplesmente não marcar avaliações psicológicas todas seguidas, dar tempo, um dia faz-se uma outro dia faz-se outra, mas isto não o ideal. Com o aumento da procura não é possível fazer isto portanto temos que arranjar aqui outra estratégia em relação aos materiais de manipulação. Entretanto tudo fica um bocadinho mais tranquilo depois das pessoas serem vacinadas, o receio também reduziu. Agora há toda uma outra área ainda para nos adaptarmos que é a área das outras atividades que eram feitas e não passavam pela consulta. O que é que ainda não retomaram os psicólogos em larga escala e não retomaram as suas atividades normais? Foram as visitas domiciliárias, que ainda há muito receio, portanto ficou com os enfermeiros e ainda se evita de alguma forma o ir à casa dos outros. Tem uma vantagem também, não é mau, porque, não é totalmente mau, é mau quando a pessoa precisa e é avaliada essa necessidade. O que é que não é totalmente mau, havia uma filosofia de uma equipa ir a casa da pessoa, portanto quando vai o enfermeiro aproveita-se e vai o médico e se for necessário vai assistente social e com a pandemia percebeu-se que esta não seria uma boa prática, encher uma casa de profissionais. Só que esta prática também já não era grande coisa antes, porque era muito invasivo porque a integração de cuidados também implica um pouco a partilha de informação, pode ir uma pessoa e recolher a informação com os outros profissionais também necessitam e depois discutir esse caso e perceber quem é que é necessário manter esta regularidade em casa das pessoas. Portanto na verdade a pandemia também trouxe uma oportunidade para afinar estes procedimentos de comunicação e de partilha de

informação entre os profissionais sem terem que ir todos ver. Portanto também foi uma boa oportunidade que eu espero que se mantenha, há muitas aprendizagens para fazer com a pandemia, há muitas aprendizagens. Há um risco, houve houve tantas pessoas ficaram com tanto medo que evitaram o estar com os outros, o ver e ficaram tao fixos ainda na consulta à distância que o grande risco é que em vez de fazermos aprendizagens tenha que forçosamente voltar ao sistema anterior, do só presencial, pelo bloqueio que se faz ao presencial, em vez de se conseguir avançar para um modelo misto. Á medida da pessoa e das necessidades e daquilo que a pessoa precisa conciliando os benefícios para todas as pessoas, até para os utentes que escusam de se deslocar desnecessariamente aos serviços ou escusam-se de deslocar mais do que uma vez se calhar podem fazer uma primeira abordagem por consulta pois quando vierem podem trazer os exames que podem trazer, e não é preciso virem a mais do que uma. Na verdade, às vezes alguns abusos à distância podem levar a que estas aprendizagens não sejam feitas e acabe-se para retomar quando tudo isto passar a um modelo antigo sem aprendizagem nenhuma e isso era uma pena, porque de facto houve muitas coisas que podem ser muito uteis, até na eficiência dos serviços e na comunidade dos utentes. Portanto ainda estamos a ver como é que essa retoma das outras atividades se pode ajustar e se.. olhe assim como nós tivemos á altura para reorganizar os serviços estamos à altura de fazer estas aprendizagens e introduzir estas novas metodologias de intervenção e de avaliação que poderiam ser muito, muito uteis e de grande conforto para muita gente e que se calhar não vai ser pelos métodos que as pessoas têm e pela vontade que têm de não vir que não venham aos serviços ou que venham o menos possível, e nós já percebemos que isso não não pode ser, que é prejudicial para os utentes.

Entrevistador: eu ia fazer aqui mais uma ou outra pergunta ma também já me foi respondendo ao longo. Porquê ia perguntar as dificuldades que enfrentaram mas também já tivemos aqui a falar relativamente à comunicação, relativamente ao fazerem ou não fazerem, os resultados que obtiveram também já percebi que os resultados acabaram por ser até bastante bons em termos de darem resposta a toda a gente e agora era as lições que foram aprendidas também já falámos um bocadinho, tivemos agora falar um bocadinho disso o que é que fica e o que não fica. A única coisa que eu queria perguntar é que adaptações físicas foram feitas para o presencial. A minha ideia é perceber se houve alguma alteração, se houve mudança de disposição, de circuitos, se houve alguma diferença.

Entrevistado: houve houve várias houve várias diferenças em termos das adaptações físicas claro. Quer dizer boas e más, boas e más houve as adaptações necessárias de proteção, os vidros,

os acrílicos todos nas bancadas, o distanciamento, a ordem das cadeiras, não estar tudo amontoado.

Entrevistador: mas aqui vamo-nos forcamos só na parte da psicologia, ou seja no consultório. Só nessa parte mais especifica. Se por exemplo houve questão de adaptação de se ter mais um consultório para enquanto se e está a fazer online o consultório estar arejar, se dentro do consultório houve disposição diferente por causa do distanciamento, esse tipo de modificações.

Entrevistado: não, houve duas diferenças em relação à psicologia. Na primeira fase como era tudo tudo tudo à distancia e como somos poucos de uma forma geral, optámos por nos concentrar, tanto que de uma forma geral nós estamos distribuídos por vários edifícios por proximidade de utentes, naquele momento enquanto foi à distância e como tínhamos que pensar em conjunto, ajudarmo-nos distribuimos não interessava onde é que a pessoa estava inscrita, interessava era dar resposta. Então nesse momento juntámo-nos todos em dois sítios, dividimo-nos em dois sítios concentramo-nos em dois sítios e criámos micro-equipas de resposta a um conjunto de pessoas independentemente do local de inscrição porque era tudo à distância portanto o que interessava era, aquilo era uma espécie de central telefónica, e depois havia duas ou três pessoas que era eu mais duas que faziam documentos e escreviam “agora vamos fazer assim”, estas são as instruções, estas são as regras, fizemos um manual de procedimentos, fazemos novo manual distribuimos pelas unidades, criamos um blog, fizemos um site para os profissionais de saúde com materiais novos com novas formas de referência e de comunicação connosco, comprámos os telemóveis. Portanto tínhamos os obreiros a fazer as chamadas telefónicas e os pensadores a escrever, a escrever e a... portanto era uma espécie de fábrica de produção e a elaborar. Depois com a retoma do presencial os únicos ajustes que fizemos foi não temos câmaras para todas as pessoas portanto temos uma câmara e por sitio tem que ter uma escala, uma escala das consultas à distância, que não podem estar todas ao mesmo tempo para puderem utilizar a câmara, portanto isso também é interessante porque dá uma sensação de interajuda entre as pessoas e com uma organização muito mais interdependente do que existia antes, portanto têm que planear em conjunto para terem as escalas da distância e do presencial e poderem partilhar gabinetes. Mas isto vai variando de pessoa para pessoa, há pessoas que gostam muito de estar no seu gabinete com as suas coisas e há outras pessoas que conseguem perfeitamente utilizar aquele gabinete para a consulta presencial e o outro gabinete para a distância ou para reuniões, mas basicamente o único ajuste que neste momento acontece tem haver com a partilha da câmara e com a organização de

agenda em função dessa câmara. Portanto, mas foi o único ajuste neste momento. Houve outros, mas já estamos a entrar no ritmo de maior normalidade em que às vezes já nem se faz aquela regra inicial que se estabeleceu de fazer uma hora de consulta presencial, outra hora não presencial, às tantas já esta tudo presencial. As pessoas já vão reduzindo esse medo, portanto já vão tendo esses cuidados, esse cumprimento de regras tão à arrisca. Se de repente tiver uma necessidade muito grande de avaliar que as pessoas precisam de ter presencial já não há essa questão do distanciamento, pronto a pessoa está um bocadinho mais afastada, não damos abraços, mas isso na população em geral não fazemos. Como dizia aqui uma colega que funciona muito pelo abraço, pelo afeto nas pessoas em sofrimento agora não pode fazer nada. Mas eu acho que se tentar fazer as pessoas até se vão sentir agredidas, parece que não as estão a proteger, neste momento o afeto já não é manifesto pelo abraço, exatamente o contrário. As pessoas não sentem isso como algo em falta, ou que o psicólogo não está a fazer o seu papel, pelo contrário, de uma forma geral da sociedade isto também se transformou e vamos ver e ainda não sabemos como e que vai ficar, se vamos estranhar os dois beijinhos outra vez e o aperto de mão, o abraço, vai ser muito diferente, portanto não sabemos se rapidamente se depois retomamos os anos todos de vida se fazemos dessa maneira e nos psicólogos isso tinha que acontecer, as pessoas tinham que sentir o calor do afeto pelo toque ou, então na visita domiciliária nas pessoas acamadas o psicólogo funcionava muito pelo toque, pelo conforto pela mão que agora não o faz e não pode fazer, mas sem ser esses ajustes habituais, neste momento e neste momento não há grande diferença a não ser a utilização da câmara... já nota grande diferença, as pessoas já dessensibilizaram um pouco a esse medo

Entrevistador: só para acabar um pequeno resumo, só das lições que foram aprendidas ao longo.. até agora, um pequeno resumo.

Entrevistado: um pequeno resumo, deixa-me cá ver. Que... um pequeno resumo das aprendizagens... Bem acho que uma coisa não há dúvida que é a importância a importância do acesso fácil. Há há outra coisa que é importante uma coisa eu acho essa tem que ficar, tem que ser bem aprendida que tem a ver com a acessibilidade aos serviços. E muitas vezes a acessibilidade aos serviços mesmo da perspectiva do outro pode ser o não vir aos serviços mas ter uma resposta e uma capacidade de resolução do problema mais rápida e eficaz, portanto no que concerne à psicologia isto também é importante, porque muitas vezes a resposta era boa mas não era muito eficiente. Portanto aquilo que uns tinham os outros ficavam prejudicados porque tinham imenso tempo de espera para a consulta portanto a resolução e o foco no problema é uma aposta sem dúvida para a

frente. Temos que ajudar as pessoas a concentrarem-se na resolução daquele problema atual e estamos aqui para isso e não para fortalecer competências e fortalecer e preparar as pessoas para a vida toda nos cuidados de saúde primários isso não pode acontecer. Portanto eu acho que esta foi uma grande aprendizagem, nós para termos uma resposta eficaz e com uma boa representação até juntos dos outros profissionais, temos que de facto ajudar na resolução do problema, portanto e essa resolução tem haver com uma intervenção diferente e com a conjugação com a consulta à distância a outra a aprendizagem que as equipas funcionam melhor se comunicarem melhor. Se comunicarem e partilharem essa informação, partilharem essa comunicação, partilharem, portanto, tem haver com a tal integração dos cuidados. Depois há outra aprendizagem que eu acho importante que é a identificação do risco. Na verdade, na verdade, umas das coisas que senti muito é, se as pessoas não nos contactarem, nós não chegamos a elas ou seja se há pessoas que tem fatores de risco ou para doenças ou para maus tratos ou seja porque for, se não estiverem em contexto específico de escola, de trabalho ou se não vierem ao centro de saúde, se tiverem mais confinadas em casa e mais isoladas não temos bem este mapeamento de pessoas e não conseguimos lá chegar a elas, portanto, eu acho que uma das aprendizagens tem haver com isto, criar um mecanismos mais, mais funcionantes para identificação atempada de situações de risco, risco relacionado com a saúde de uma forma global, seja risco psicológico, seja risco físico, seja o que for e não podemos ter apenas uma resposta a quem nos procura. Nas pessoas que já tem um diagnóstico é fácil, se for um diabético podemos contactar essas pessoas que já estão a ser acompanhadas, mas pessoas que tem risco para isso.... e convém estarmos atentos, identificarmos precocemente. diagnosticar precocemente e intervirmos precocemente, não temos de formas de la chegar em relação por exemplo aos maus tratos infantis, não há forma, esta fora do contexto escolar se vem ao centro de saúde se não faz uma vigilância, não conseguimos identificar. Portanto umas das aprendizagens tem haver com esta melhoria, desta proximidade há população conhecendo os focos de risco e maior risco, para não estarmos dependentes da identificação por outros. Portanto a tal capacitação das pessoas e dos serviços na identificação precoce e não deixar as pessoas abandonadas a sua sorte e as suas competências de pedir ajuda e procurar ajuda ou de identificar sintomas. Portanto eu acho que a pandemia também trouxe essa aprendizagem. Portanto basicamente acho que foram 3, de forma geral e rapidamente. Foi esta a possibilidade de fazermos consulta à distância a outra forma a necessidade de termos de práticas de intervenção e de avaliação mais ágeis, mais focadas e mais breves e a outra é a melhoria

da identificação do risco para uma intervenção breve sem estar dependente da identificação por outros ou se só de alguns vem pedir ajuda.

Entrevista 11

Entrevistador: o que mudou deste que tomaram conhecimento do surto de Covid-19 em Portugal, pode contar-me a história, o encadear de acontecimentos, decisões e ações?

Entrevistado: então primeiro confinamento creio eu que foi março de 2020 certo?

Entrevistador: Certo. 13 de março 2020.

Entrevistado: O que é que mudou drasticamente... os circuitos dos doentes, dos profissionais aqui dentro do centro de saúde, as entradas e saídas, era tudo... no início tentou-se que as pessoas fossem interrogadas e isoladas quando elas preenchessem aquelas respostas afirmativas do: viajou nos últimos 15 dias, tem tosse, febre ou falta de ar, e então eram imediatamente isoladas. Não havia ainda uma triagem efetiva à porta nessa altura, isso demorou mais alguns meses, primeiro por a equipa dos internos de medicina geral e familiar fizeram uma escala, e fizeram então uma triagem aí a todos os utentes que entravam sim. Em termos de consultas, as consultas presenciais também diminuíram drasticamente, passou tudo a ser feito online, ou seja o fluxo de pessoas que entrava efetivamente dentro do centro de saúde diminuiu drasticamente, pelo que houve muito menos trabalho tanto para médicos como para enfermeiros. Nesta altura eu sou enfermeira especialista na área da saúde da mulher, de enfermagem de saúde materna e obstetria e nesta altura como não havia tanta necessidade porque não havia tantas consultas, as chefias distribuíram os enfermeiros de maneira diferente noutros locais, por exemplo para a visita domiciliária para a rede de cuidados continuados que teve que ser reforçada então nessa altura no primeiro confinamento tive 3 meses quase 4 na visita domiciliária com os colegas porque havia necessidades dos doentes na mesma e as coisas ou eram feitas em domicílio ou não eram feitas porque as pessoas não vinham ao centro ou por medo, principalmente por medo. E então íamos nós a casa deles com todas as necessidades que isso envolve para nós profissionais e para eles nós entrarmos em casa deles não é? já é difícil um estranho mesmo que seja profissional de saúde entrar na casa das pessoas mesmo que seja por necessidades, e depois como vamos todos equipados parecemos uns astronautas eles ainda se assustam mais um bocadinho, pronto...

Entrevistador: Então, só para perceber, na primeira fase acabaram por ser alocados a outras tarefas, ou seja, a parte da saúde da mulher acabou por ficar parada daquilo que estou a entender, certo?

Entrevistado: Parada não ficou porque nunca fechámos o programa, houve outras áreas que fecharam por exemplo a área da saúde escolar fechou, eu lembro-me... a minha área nunca fechou a gente tinha era circuitos diferentes, em vez de termos as consultas presenciais muitas vezes esclarecíamos dúvidas ou por telefone ou por email e as poucas consultas presenciais que haviam eram muito com todos os cuidados, distâncias, com as desinfecções e isso tudo. Portanto a minha área não fechou mas não foram necessários 3 enfermeiros.

Entrevistador: Ok ok. Então a equipa acabou por reduzir... então a minha pergunta é: e após esses 3 ou 4 meses em que esteve alocada na parte domiciliária depois como é que foi a evolução?

Entrevistado: depois com o primeiro confinamento os casos foram diminuindo drasticamente como tem-se visto em todos os confinamentos... não havendo tantas necessidades para ter profissionais noutras áreas, voltámos novamente aos nossos programas, às nossas consultas, as consultas foram sendo retomadas se bem que esta parte do online e do email e do telefone, contactos telefónicos, consultas por telefone ficou tudo mantido mas as presenciais, muitos médicos mantiveram as suas consultas, principalmente nas grávidas eles não queriam deixá-las completamente desamparadas.

Entrevistador: E fale-me só um bocadinho, para perceber como é que foi essa parte programada porque não havia, suponho eu que não havia, a parte online antes do Covid e do confinamento nessa área. Como é que foi essa adaptação e tudo mais?

Entrevistado: quando eu falo online é por contactos telefónicos basicamente porque nós não temos computadores com câmaras, nem tínhamos zoom's nem nada dessas coisas instaladas, portanto quando eu falo em consultas não presenciais é contactos telefónicos e emails. Alguns médicos e alguns profissionais investiram em câmaras para conseguir falar com as pessoas é claro que em centro de saúde a maioria da população é idosa e eles não estão, a maioria deles não estão tão dentro das novas tecnologias então o que funcionava mais era o contacto telefónico.

Entrevistador: ok. Só para perceber houve alteração, pelo que percebi houve só alteração de circuitos e de espaço houve alguma alteração? Uma adaptação... porque algumas pessoas já percebi que passaram de um gabinete para outro...

Entrevistado: basicamente foi isso. Nós depois instalaram, já não tenho bem presente a data, criou-se um espaço novo para a área dedicada ao Covid, o que a gente chama agora área de cuidados respiratórios os ADR's, nós fomos tendo essa área dedicada em locais fora do centro primeiro começámos por ocupar as instalações da unidade de saúde familiar da

Rodrigues Migueis que é fora do nosso centro e aí passou a ser o primeiro ADR dos Aces de Lisboa Norte. Depois passámos dessas instalações para uma escola que estava desativada, também aqui na área de Benfica, em S. Domingos de Benfica e depois lá para Agosto, se não estou em erro, Agosto/Setembro é que finalmente construíram uma área adaptaram, adaptaram uma área de um programa que não estava a ser utilizado, lá está, o programa aparece que é um programa para jovens dos 16 aos 24 anos na área também com um psicólogo do planeamento familiar, que recebe jovens de todo o país, que não precisam de estar inscritos no nosso centro de saúde, e como não estava essa zona a funcionar passou a ser aí as novas instalações e então o nosso ADR dos Aces Lisboa Norte.

Entrevistador: que ainda continua pelo que sei...

Entrevistado: exatamente, ainda continua portanto em termos de espaço acho que essa foi a grande mudança. Não me estou a lembrar assim de mais.

Entrevistador: ok. E houve alguma alteração nos modos de comunicação? Ou seja, mudança na frequência, se houve mais rigor, se houve interação entre as várias equipas e se a interação entre equipas mudou.

Entrevistado: acho que houve mais frequência de reuniões porque as normas e as regras estão sempre a mudar com a pandemia, quase todas as semanas tínhamos normas a dizerem coisas diferentes e então eu acho que em termos de normas basicamente documentos escritos, reuniões, reuniões não houve grande coisa na área do meu programa por exemplo, na área dos médicos não sei dizer, na área dos cuidados continuados da UCC eu acho que sim, que eles reuniam mais, tinham mais reuniões. A maneira como a nossa unidade de cuidados de saúde personalizados, o centro de sete rios aqui está organizado não é uma USF, portanto as reuniões não são, as equipas multidisciplinares estão um bocado sectorizadas por profissão, temos os médicos, os enfermeiros, e mesmo assim dentro destas equipas não noto grandes reuniões, infelizmente.

Entrevistador: Ok, então não houve nenhuma alteração em termos de comunicação entre as várias equipas. Estou a fazer esta pergunta porque houve o TRACE Covid, a ideia era perceber...

Entrevistado: ah, sim, instalaram. com a aplicação TRACE Covid cada médico tinha na sua lista de doentes os seus doentes Covid para seguir no TRACE Covid, e eu acho que eles faziam individualmente. É verdade, também sei que pessoas por exemplo na área UCC, não é saúde escolar, os nossos higienistas a saúde pública muitos doentes foram, muitos profissionais foram alocados para fazer TRACE Covid sim.

Entrevistador: E daí tentar perceber se tinha havido alguma alteração no modo de comunicação.

E neste caso a minha pergunta agora é que dificuldades é que enfrentaram ao longo dessas mudanças todas?

Entrevistado: é muito difícil fazer consultas não presenciais essa é a primeira. Depois com todas as dificuldades inerentes às desinfecções, aos equipamentos, muitas das vezes não tínhamos o equipamento, às vezes tínhamos escassez de equipamento, não por muitos dias mas quando não havia era muito stressante. Ah, mais coisas... falta de equipamento às vezes, as consultas não serem presenciais...

Entrevistador: essas foram as principais dificuldades...

Entrevistado: sim, o isolamento também basicamente.

Entrevistador: de que forma? Não percebi...

Entrevistado: então, as pessoas referem que por medo da pandemia isolavam-se dos pais e também apareciam outros problemas inerentes a isso não é? Outras patologias que se calhar não teriam, depressões, dificuldades económicas...

Entrevistador: a minha pergunta era mais no sentido que dificuldades enfrentaram em termos laborais percebe?

Entrevistado: nós?

Entrevistador: sim sim sim

Entrevistado: basicamente o material. Material material material. Querer trabalhar num ADR e não ter material. Querer atender pessoas e precisar de mascaras, que a gente sabe que deviam ser trocadas de 6 em 6 horas por exemplo a mascara cirúrgica, querer mascaras P2 e às vezes não ter, pronto. Também às vezes as pessoas pelo medo acabam por pecar por excesso e queriam, na altura desconhecia-se a transmissão, as superfícies, de que maneira poderia ser transmissível o vírus pelas superfícies e então o pânico de não se poder tocar em nada, pronto, é difícil.

Entrevistador: era a incerteza..

Entrevistado: era...

Entrevistador: e no meio disto tudo, que resultados obtiveram com estas alterações?

Entrevistado: estamos muito mais cientes (risos) das condições de higiene que temos e dos cuidados que temos que ter em termos de higienização de superfícies eu acho que isso ficou muito mais inerente. Nunca vi tanta gente lavar tanto as mãos e desinfetar tanta vez as mãos e usar tantas vezes mascara como agora, acho que isso vai ficar para sempre. A parte da mascara quando pudermos e a taxa de vacinação estiver mais alta acho que deixaremos com bom grado mas a parte da higienização das mãos vai ficar acho eu.

Entrevistador: e sentiram que tiveram menos resultados em termos de trabalho do que teriam antes ou que têm agora? Ou seja, pelo que percebi numa fase inicial havia muito desconhecimento e o medo e agora...

Entrevistado: agora não. Agora as consultas estão a voltar mesmo muitos médicos já estão a aderir às consultas presenciais do que aos contactos telefónicos, vão mantendo sim mas quando necessitam de consulta presencial dizem aos utentes para virem o que á meses atras isso não acontecia, por medo.

Entrevistador: suponho que havia medo das duas partes...

Entrevistado: sim, dos dois.

Entrevistador: e aí sentiram que os resultados foram..

Entrevistado: melhorou agora. Os resultados foram.. nós também o facto de termos um centro de saúde muito grande com muitos profissionais e o facto de não termos tido casos Covid cá dentro durante muitos meses também por um lado deu-nos assim um reforço positivo. Se bem que nem toda a gente estava a ser testada nessa altura portanto quando a gente sabia de um caso já era com sintomatologia mas pronto. O facto de a gente dizer que não havia casos... o primeiro caso que tivemos eu acho que foi para ai em dezembro de 2020 que eu me recorde, portanto não foi nada mau..

Entrevistador: 9 meses depois...

Entrevistado: sim, se bem que em dezembro começámos a vacinar, portanto no final de dezembro..

Entrevistador: ok, então para acabar que lições foram aprendidas?

Entrevistado: aiii, não ter nada como garantido eu acho. (risos)

Entrevistador: é uma boa lição (risos)

Entrevistado: acho que é a primeira grande lição. Parece um clichet mas é uma verdade e eu acho que tanto para os utentes como para nós profissionais de saúde acho que essa foi a lição e o modo de adaptação de cada um também e a capacidade de resiliência, foi um teste às forças de cada um, eu acho que continua a ser, é um desgaste contínuo.

Entrevistador: e o que é que acha que veio para ficar? Em termos de modus operandi, de comunicação, de estruturas físicas, de organização de trabalho...

Entrevistado: a segurança no trabalho acho que veio para ficar, é isso que estou a dizer. Em termos de higienização isso veio para ficar, não dar nada como garantido, não é? por sempre... questionar certas atitudes, tanto médicas como de utentes e dos outros profissionais, e depois é uma capacidade de adaptação também porque as normas e as

informações que saem estão muitas vezes sempre a sair e às vezes são tao contraditórias que temos que nos adaptar um bocadinho a tudo isso.

Entrevistador: ok, daquilo que percebo houve uma resiliência e uma grande adaptabilidade a tudo isto

Entrevistado: sim, atenção tivemos todos sem férias também durante o ano a juntar a isso (risos)

Entrevistador: (risos) Agora tem as ferias do ano passado e deste ano quase...

Entrevistado: quase, mais ou menos e um bocado a medo que também não sabemos e ainda não nos deram autorização para marcar (risos) este ano, essa é outra...

Entrevistador: ainda vão esperar como é que isto vai acontecer

Entrevistado: sim, a mim só me autorizaram a tirar 4 dias até Março portanto, falta tudo o resto.

Entrevistador: deste ano e para trás (risos).

Entrevistado: sim

Entrevistador: ok, tá feito

Entrevistado: obrigado

Entrevistador: obrigado eu

Entrevistado: espero ter ajudado alguma coisa

Entrevistador: vai vai. A questão é, com todas as entrevistas que eu vou fazer é depois para fazer uma análise e perceber as mudanças que ocorreram e como vou entrevistando várias pessoas e diferentes intervenientes dá para ter vários tipos de informação e informação também que é alargada a todos

Entrevistado: ok

Entrevistador: obrigado

Entrevistado: de nada

Entrevistador: boa sexta-feira, bom trabalho

Entrevistado: obrigado

Anexo D

Exemplos de Evidência	Conceito de 1º Ordem	Conceito de 2ª Ordem	Dimensão Agregada
<p>“(…) Um foi um movimento de é preciso estarmos à altura e fazer qualquer coisa que dê resposta às necessidades globais das pessoas e dos serviços no combate à pandemia tanto houve logo uma mobilização dos profissionais e dos serviços lá está.... para estarem à altura para poderem ter a certeza do que é.... como que é que deveriam que atitudes desenvolver que comportamentos desenvolver e como se organizarem de uma forma totalmente diferente, mas continuando a dar resposta às necessidades de saúde das pessoas (…)”</p>	<p>resposta às necessidades globais das pessoas e dos serviços no combate à pandemia</p>		
<p>“(…) nós pensávamos num plano, tínhamos que fazer um plano de contingência para atividade para dar resposta a uma nova ou um novo problema que era a pandemia mas também priorizar ou não priorizar outras atividades que não poderiam cair. E todas as semanas tínhamos que reajustar o plano porque havia novas informações havia novas medidas novas estratégias. (…)”</p>	<p>Adaptação constante dos planos de contingência de acordo com a nova informação que ia saindo.</p>		
<p>“(…) Então criamos logo a primeira resposta foi junto da unidade de saúde pública. Passado uma semana percebemos que não havia pedidos e que a unidade de saúde pública não nos referenciava ninguém. (...) Então começou-se a apostar também, reformulou-se e fizemos outra, outra medida. Mas isto era semana a semana. (...) E não havia chamadas, portanto não nos ligavam nenhuma. Então começamos a perceber que "não esta estratégia também não deu portanto vamos arranjar outra estratégia". Então outra estratégia é ir às unidades fazerem pontos informais estar, estar lá e ouvir as histórias estar nos momentos de descanso e de pausa nas mudanças de turnos (...) Essa já deu mais alguns frutos, mas quer dizer dependeria um pouco da relação que nós já tínhamos com os profissionais, (...) propriamente do apoio psicológico também não apareceu. Então reformulamos novamente o plano e a reformulação do plano nessa altura (...) temos que garantir o acompanhamento das pessoas não COVID quer dizer, não podemos abandonar todas as outras pessoas que não estão infectadas e que estão isoladas em casa. (...)”</p>	<p>Reformulação constante do plano delineado para ajudar a saúde pública.</p>	<p>Capacidade de Resiliência</p>	<p>Superação</p>
<p>“(…) tínhamos de usar uns óculos e uma viseira e por regra, por levar isso, perdíamos 80% de visão, ao ponto de termos de usar lanternas que (...) Eram lanternas que tínhamos de usar até para escrever, para ler as etiquetas, a lista de pessoas... a lista de pessoas, com o tempo, acabou por ser de tamanho 18 para podermos visualizar. Falta de visão,</p>	<p>Adversidades sentidas no uso dos EPI's</p>		

altas temperaturas, transpiração que ninguém sabe como é, (...) totalmente molhados de transpiração e com uma sensação de falta de ar. Depois de tirar o EPI parecia que ficávamos com muito sono, com um cansaço enorme, enorme! (...)”			
“(…) ADR fomo-nos adaptando, pronto, no princípio ninguém sabia muito bem o que era isto e portanto, não foi propriamente chegar ali e executar, fomo-nos adaptando, fomos seguindo e isso foi também o difícil da adaptação(...) é à medida que o conhecimento ia avançando e que se sabia mais algo sobre a situação e portanto, mudava (...)”	Adptação ao funcionamento da ADR.		
“(…) Que foi e que é, estar a trabalhar mais horas, portanto houve um aumento de horas extraordinárias da unidade de saúde publica não havia, portanto foi preciso trabalhar para além do horário normal de trabalho e isso toda a gente fez, uns mais e outros menos, mas toda a gente fez. E foi trabalhar sob pressão.. (...) Fizemos muitas mais horas extraordinárias, para dar resposta às atividades do âmbito das equipas mistas que nós desde julho estávamos a fazer as visitas domiciliárias aos novos casos de Covid nós enfermeiros, juntamente com a Proteção Civil, a Polícia Municipal, pronto foi horas extraordinárias dos enfermeiros, essencialmente. (...)”	A pressão sentida por esta altura, bem como o excesso de trabalho que tiveram		
“(…) implicou toda uma nova aprendizagem nomeadamente para os psicólogos que estão muito habituados na consulta face a face e era transformar o apoio psicológico no apoio à distância. (...)”	Mudar o modo de funcionamento do apoio da psicologia		
“(…) Primeiro fazer uma espécie de triagem telefónica para ter um critério de acordo com a pessoa e não generalizar tipo todas as primeiras são vistas. Depois as outras regras que ajustámos é em vez de termos as consultas seguidas, de 45 minutos em 45 minutos e como os gabinetes nem todos têm o distanciamento necessário e a higienização necessária logo a seguir (...) Então decidimos fazer consultas de 40 minutos intercaladas com consultas á distância. Portanto passámos a intercalar o presencial com o não presencial e assim dava para sair daquele gabinete, arejar o gabinete até vir o próximo e não ser tudo seguido (...)”	Inovação no processo de atendimento de consultas	Mudança no <i>modus operandi</i>	
Notícia de 06 de Maio de 2020 in TVI 24 - https://bit.ly/31axkgW	Adaptação do tempo de consulta de forma a dar resposta as necessidades		
“(…) a unidade nunca esteve fechada, teve sempre acesso, deferíamos era os acessos, ou seja, um vinha às nove, aumentámos o tempo de consulta nos doentes que estavam presenciais, tínhamos consultas de 20 em 20 minutos, passámos a consultas de meia hora para dar tempo a que os doentes não, vêm sempre mais cedo e portanto, para não estarem acumulados na sala. (...)”	Adaptação do tempo de consulta de forma a dar resposta as necessidades		

<p>“(…) tentou-se no início fazer, (…) tentámos adaptar também os horários dos médicos, não é? Em função das tarefas que tinham de fazer. Não havia necessidade de estarem ali, na primeira fase em que os doentes não vinham tanto e passávamos mais ao telefone e com os contactos indiretos com os doentes, tentou-se então restringir o horário no centro de saúde do médico. Eu posso vir para casa e estar a fazer os traces, estar a fazer os contactos, etc, e tentou-se separar os horários, ou seja, puxar os médicos para os extremos, das oito até às duas, das duas até às oito e foram ficando com tarefas para fazer nos entretantos. (...) Dizem-nos é, estar o menos tempo possível e ser o mais eficaz então, a pessoa que entrava às duas e a pessoa que entrava às oito, iam fazendo duas equipas em espelho (...)”</p>	<p>Adaptação dos horários dos médicos</p>		
<p>“(…) Depois com o passar do tempo a questão do confinamento mesmo, com a necessidade de interrupção das consultas presenciais, isso aconteceu durante pouco tempo, mas houve uma altura em que logo no início havia o receio dos contágios e até para segurança dos próprios doentes praticamente só estávamos a ver doença aguda e a doença ligada ao vírus, em locais destinados para isso, e isso interrompeu o que é o normal funcionamento do centro de saúde. (...)”</p>	<p>Resposta as necessidades</p>		
<p>“(…) Rapidamente percebemos que a situação era para durar e portanto não poderíamos manter a situação assim e houve necessidade de reforçar o obrigatório no serviço nos programas, nomeadamente na saúde infantil, nas idades chave coincidentes com a vacinação, isso foi garantido, continuámos a vacinar as crianças e a seguir as crianças nas alturas mais importantes, bem como as grávidas que também não poderiam obviamente interromper o seu seguimento, não foi feito um seguimento tão regular e tão rigoroso como habitualmente. Tentámos, pelo menos, nas idades chave e das consultas chave da gravidez (...)”</p>	<p>Reformulação dos serviços do centro de Saúde</p>		
<p>Notícia 6 de Maio in RTP - https://bit.ly/3nOpXUg</p>	<p>Novas Regras de atendimento para consultas médicas</p>		
<p>“(…)com outros programas, nomeadamente a diabetes, a hipertensão, são situações que em princípio, na maior parte dos doentes estão controladas e que habitualmente têm consultas semestrais ou de quatro em quatro meses e que não sendo necessárias, portanto estando controlados, se pode fazer um contacto indireto e, portanto, um telefonema ou uma vídeo-consulta. (...) as próprias consultas presenciais estavam marcadas de meia em meia hora, de maneira que, não é que a consulta passasse a demorar meia hora, mas o que aconteceu foi fazermos uma consulta presencial intercalada com a tal consulta telefónica e isto faz com que não acumulasse tanta gente a nível das salas de espera (...)”</p>	<p>Nova forma de funcionamento na marcação das consultas médicas</p>		

Notícia 26 de Junho de 2020 in TSF - https://bit.ly/3GDhGuX	Resstruturação do funcionamento do acompanhamento médico		
Notícia 17 de Junho de 2020 in SIC - https://bit.ly/3EwEo64	Novas formas de atendimento e ida a consultas		
“(…) depois com grande mudança, quer dizer, deu-se uma grande mudança. Portanto fomos mudando as atividades da unidade de saúde pública foram deixando de se fazer para dar prioridade a tudo o que dizia respeito à Covid nessa altura, (...)”	Necessidade de dar resposta a pandemia		
“(…)Todas as intervenções foram direcionadas para a pandemia e além disso também porque como entrarmos em confinamento foi estabelecido que todas as nossas atividades serão reduzidas ao máximo. Por exemplo os cuidados continuados integrados só os doentes que precisassem mesmo de tratamentos a lesões ou injetáveis é que tinham esse tipo de tratamentos, a fisioterapia foi interrompida isto na primeira fase da pandemia, até maio/junho 2020. As atividades na escola foram todas interrompidas as atividades no núcleo também tiveram que ser interrompidas. Nós estávamos a cem por cento para a pandemia (...)”	Alteração das prioridades		
“(…) Em termos de consultas, as consultas presenciais também diminuíram drasticamente, passou tudo a ser feito online (...)”	Inovação no atendimento médico		
“(…) A equipa de psicologia suspendeu a sua atividade assistencial atendendo tudo por telefone (...) O Serviço Social também suspendeu a sua atividade, sendo que com os novos critérios na referênciação para o serviço social e há uma intervenção diferente que se quer por parte do serviço social, a intervenção também está mais controlada, ou seja eles antigamente tinham a porta aberta e neste momento a referênciação é muito específica e é agendada portanto, de acordo com as regras. A parte da fisioterapia, (...) eles começaram a retomar também a atividade, aquela que iniciou logo e que quase nunca foi suspensa foi a intervenção da ELI (equipa local de intervenção) portanto da nossa fisioterapeuta que trabalha com crianças com necessidades especiais (...) então ela está a fazer intervenção de muitas das crianças em casa, em vez de ser na escola no seu espaço onde as crianças passam os seus dias. (...) A parte da nutricionista (...) atendendo também só às situações urgentes, ela neste momento já retomou a atividade assistencial (...) também muitas das pessoas que ela estava a seguir não quiseram voltar ao centro de saúde portanto ou ainda não quiseram voltar, mas ela continua a fazê-lo por telefone (...)”	Reformulação das actividades dos profissionais da URAP		
“(…) houve várias diferenças em termos das adaptações físicas claro. Quer dizer boas e más, boas e	Aptação do espaço físico	Adaptações ao espaço físico	

<p>más houve as adaptações necessárias de proteção, os vidros, os acrílicos todos nas bancadas, o distanciamento, a ordem das cadeiras, não estar tudo amontoado. (...)”</p>			
<p>“(…) Do ponto de vista organizacional, o Centro de Saúde deixou de funcionar como era, converteu-se num local onde, no 1º andar, tínhamos um atendimento só para as pessoas com sintomatologia respiratória e muitos dos nossos colegas começaram a perceber que podiam trabalhar também em teletrabalho, outros tantos perceberam que tínhamos de responder pelos suspeitos, pelos confirmados, pelas urgências e logicamente, pelos tratamentos. Isto foi numa primeira fase, logo a seguir uma nova organização, precisámos de umas instalações propriamente ditas para atender estes utentes. Inicialmente Covidiário, depois ADC e agora chamasse ADR. O ADC era Área Dedicada ao Covid e depois passou a ser Área Dedicada a Utentes com Sintomas Respiratórios”</p>	<p>Reformulação do espaço físico de acordo com as necessidades</p>		
<p>Notícia 27 de Março in TVI - https://bit.ly/31mqTYn</p>	<p>Adaptação do espaço para dar aos utentes com sintomas de COVID</p>		
	<p>Novo Espaço para dar resposta aos utentes respiratórios</p>		
<p>“(…) a primeira de todas no espaço físico, o rastreio da retinopatia diabética localizava-se lá em baixo no piso 1 na sala de atendimento complementar e portanto a primeira coisa que fizemos foi mudar a sala para o piso 2, isto para quê, para os utentes diabéticos que são um grupo de risco não ficarem na mesma sala de espera que os doentes respiratórios, pronto então mudámos cá para cima para o piso 2. (...)”</p>	<p>Adaptação do espaço físico</p>		
<p>Notícia de 06 de Maio de 2020 in TVI 24 - https://bit.ly/31axkgW</p>	<p>Novos Circuitos de entrada e saída dos profissionais e colaboradores</p>		
<p>“(…) fizemos um circuito, fechámos portas, abrimos portas. (...) portanto o acesso do doente, para proteção dos doentes e para proteção dos profissionais, (...) temos duas entradas que estavam abertas, passámos a fechar uma, pronto, só entram as pessoas que vinham para programas de saúde, a saúde infantil, a saúde materna, etc, e na outra porta (...) condicionámos a entrada em que era feita uma pequena questão, estabelecemos o protocolo de questões que eram feitas, pegámos nas normas da Direção Geral, colocámos cartazes em português, em inglês, em francês, referindo o que se estava a passar, os condicionamentos, o circuito, pronto, houve uma série de coisas que fomos fazendo para tentar diminuir o número de pessoas que estavam durante o</p>	<p>Novos Circuitos de entrada e saída dos profissionais e colaboradores</p>		

<p>mesmo tempo dentro da unidade. Depois, posteriormente, com a abertura do ADR, de início não foi dentro do centro de saúde, depois foi, criámos, aliás fizeram-se obras, criaram-se uma zona só para doentes Covid. Depois era preciso fazer uma distribuição das equipas para poderem dar resposta, portanto e separados, com circuitos completamente separados para não haver contaminação (...)"</p>			
<p>"(...) no nosso caso é uma área muito específica por causa da produção de aerossóis. E nós começamos a apresentar esta dificuldade no que poderia vir a seguir e então o ACES começou a organizar a fazer uma estruturação nas obras nestes gabinetes, por forma a equipá-los para o futuro para que estas consultas pudessem ser retomadas em segurança. Portanto aqui em Sete Rios há um gabinete que já foi dividido portanto ou seja tem uma área clínica e uma área administrativa e vai tentar fazer-se isso nos gabinetes onde é possível portanto, este também já sofreu obras para que seja dividido, nos outros onde isso não vai ser (...) é a colocação dos acrílicos dividindo a parte da informática, porque há registos que têm que ser feitos por nós porque temos um programa especial onde o registo da consulta tem que ser realizado, portanto a divisão da parte administrativa pronto. (...)"</p>	<p>Reestruturação dos gabinetes</p>		
<p>Notícia "Novas Normalidades" in Saúde + - https://bit.ly/3EPqTPd</p>	<p>Criação dos Centros a apoio de utentes respiratórios</p>		
<p>"(...) Tínhamos que deslocar-nos, mas o Centro de Saúde disse-nos que não havia dinheiro para pagar horas extraordinárias do motorista, certo? Ou que não tínhamos motorista de segunda a sexta, porque simplesmente estavam ocupados (...) Então, além da falta de motorista, também faltava o quê? O carro! Não tínhamos carros... E, por acaso, da minha parte fui e procurei a carrinha mais velha que podia existir aí em Sete Rios e, logo a seguir, essa carrinha serviu por um tempo para levar as colheitas e levar os resíduos que saíam das colheitas (...) já tínhamos a carrinha, pronto! Agora faltava o quê? O motorista! E como não podíamos arranjar o motorista através do Centro de Saúde, eu voluntariei-me e o motorista fui eu. Então, o motorista, o coordenador e o médico da equipa! As enfermeiras iam comigo para todo o lado, (...) Por exemplo, precisávamos de caixas plásticas para meter muitas coisas, para organizar, precisávamos de tesouras, precisávamos de papel para colocar nos tubos de colheitas e depois fecharmos, precisávamos de muitas coisas pequeninas e verdadeiramente, a solução sabes qual foi? O cartão continente, porque eu tinha pontos no cartão continente e então íamos ao continente e usávamos esses pontos, e comprávamos as tesouras! Isto porquê? Porque era uma</p>	<p>Estratégia adotada face à falta de equipamento</p>	<p>Escassez de Recursos Materiais</p>	

<p>situação urgente que precisava de uma ação urgente e de uma solução urgente! (...)”</p>			
<p>“(…) das coisas que nos preocupava eram os equipamentos de proteção individual, os Epl’s não é, que nós não tínhamos em quantidade suficiente para estarmos folgados e para que pudéssemos dar a resposta adequada e isso prendeu-se, por exemplo, com a medida da não utilização de forma generalizada das máscaras logo no início e havia alguma pressão dos profissionais para que assim fosse. (...) nós estávamos a dar , mas as pessoas tinham que assinar quando iam pedir máscaras, tinham de assinar quantas levantavam para tentarmos que houvesse algumas regras e que não houvesse o açambarcamento que existiu em algumas unidades (...)”</p>	<p>Estratégia de forma a controlar os gastos de equipamento</p>		
<p>“(…) conseguiu através da ARS a aquisição de alguns equipamentos novos, portanto alguns de nós conseguimos logo ter telefones. De resto os outros como houve aquela campanha das operadoras que os profissionais de saúde tinham não sei quantos minutos, eles ofereciam não sei quantos, foi com esses minutos que através dos seus telefones pessoais se fizeram estes contactos (...)quem não tinha telefone, era o profissional que usava o seu telefone e era feito por chamada anónima. (...)”</p>	<p>Solução mais viável, face a necessidade sentida na altura</p>		
<p>“(…) Vamos criar um plano de colaboração estreita com a unidade de saúde pública. E foi o que fizemos os psicólogos, decidimos participar e criar critérios de referenciação para as pessoas que estavam infectadas e, ou que eram contacto das pessoas infectadas no início imaginando, que as pessoas iriam estar (...)”</p>	<p>Trabalho desenvolvido em união da equipa de psicologia para a saúde pública</p>		
<p>“(…)era tudo tudo à distância e como somos poucos de uma forma geral, optámos por nos concentrar, tanto que de uma forma geral nós estamos distribuídos por vários edifícios por proximidade de utentes, naquele momento enquanto foi à distância e como tínhamos que pensar em conjunto, ajudarmo-nos distribuimos não interessava onde é que a pessoa estava inscrita, interessava era dar resposta. Então nesse momento juntámo-nos todos em dois sítios, dividimo-nos em dois sítios concentramo-nos em dois sítios e criámos micro-equipas de resposta a um conjunto de pessoas independentemente do local de inscrição porque era tudo à distância portanto o que interessava era, aquilo era uma espécie de central telefónica, e depois havia duas ou três pessoas que era eu mais duas que faziam documentos e escreviam “agora vamos fazer assim”, estas são as instruções, estas são as regras, fizemos um manual de procedimentos (...)”</p>		<p>Trabalho em Equipa</p>	<p>Comunicação</p>
<p>“(…) A partir do ano passado, o que aconteceu foi muito mais um trabalho de equipa e de gestão, porque havia muito mais médicos ausentes, não é, foi necessário fazer essa inter-substituição e foi necessário fazer também esta</p>	<p>Inter-ajuda e realocação de tarefas</p>		

<p>realocação de tarefas, ou seja, ajustar aquilo que era o trabalho de cada um no sentido de uma resposta global e não só à sua lista de utentes. (...) mas sobretudo ajustando aquilo que era a resposta que deixou de ser à minha lista e passou a ser à lista de utentes do centro de saúde de uma forma muito mais abrangente (...)”</p>			
<p>“(…) há uma reorganização toda de uma forma de trabalhar que não existia, depois à medida que a pandemia evolui reorganizam-se os serviços com respostas específicas para doentes com problemas respiratórios, os ADR’s de comunidade portanto que levaram que tudo fosse diferente e levaram a uma alteração que eu acho que é muito importante porque as pessoas estavam muito centradas na sua unidade, nos seus utentes e portanto aqui houve uma reposta de um agrupamento com a partilha de todas as unidades e esta acho que foi uma alteração muito significativa que veio incutir uma coisa que é um pouco uma cultura de organização que é muito diferente, portanto as pessoas viviam muito fechadas e foram confrontadas com uma situação de todos em conjunto dar uma resposta (...)”</p>	<p>Houve uma reorganização do trabalho, de forma a haver uma resposta como um todo.</p>		
<p>“(…) Dentro da equipa UCC melhorou um bocadinho o trabalho da equipa. (...) Com as outras unidades o facto de estarmos a trabalhar em muitas atividades pelo ACES acabamos por conhecer muito mais elementos das outras unidades e isso também vai facilitar o trabalho em equipa porque depois já que as conhecemos pessoalmente (...)”</p>	<p>Desenvolvimento de trabalho em equipa com outras unidades do Aces</p>		
<p>“(…) Nas equipas mais pequenas já estruturadas com uma boa comunicação a pandemia fez o contrário, portanto criou ainda mais uma ligação e uma envolvimento maior, (...) planeamento teve que ser pensado em conjunto, a atenção pelos outros e pelas necessidades de cada um individuais, também foi tida em consideração porque as pessoas sentiram-se que estavam no mesmo barco e que tinham que se preparar para o que vinha e se ajudarem e se entretajudarem uns aos outros (...) Portanto para o bem e para o mal, também para fazer exigências ou para se disponibilizarem, porque depois o grupo faz uma diferença enorme na definição desses comportamentos e dessas atitudes, às vezes as pessoas individualmente pensam de uma maneira mas quando um grupo funciona acabam por refletir um bocadinho no comportamento mais de grupo do que aquele individuo se tivesse tado outro contexto se calhar faria de outra forma (...)”</p>	<p>Planeamento pensado num todo</p>	<p>Respeito Mútuo</p>	
<p>“(…) do ponto de vista de ações propriamente ditas, no início passámos a utilizar muito mais os meios de comunicação, de internet, de telefone, adaptamo-nos (...) dar uma resposta o mais rápido possível, dar resposta utilizando, como disse, a internet, o telefone, passámos a ter, pronto,</p>	<p>Utilização mias frequente dos meios de comunicação</p>	<p>Novos Fluxos de comunicação</p>	

obviamente para lhe dar um exemplo, batemos logo ali numa porta (...)”			
“(…) de fazer reuniões por teams, a plataforma que mais utilizamos é a plataforma teams que foi disponibilizada pela ARS e pelos serviços partilhados do ministério da saúde, (...) isso ajudou bastante nós conseguirmos também arranjar algumas câmaras e ter essa possibilidade (...) Facilita o acesso, facilita a marcação, a deslocação e diminui o tempo para as reuniões, ou seja, nós estamos mais disponíveis para as reuniões, mas por outro lado estão mais otimizadas, não perdemos muito tempo na deslocação e no desvio (...)”	Utilização de novas ferramentas de comunicação		
“(…) porque os próprios profissionais nem todos utilizam... utilizavam o email, neste momento eu acho que a grande maioria utiliza quer o seu email o profissional, portanto com contacto com os utentes quer também para receber as instruções (...)”	Utilização frequente do email por parte de todos		
“(…) Do ponto vista da comunicação também foi uma aposta ganha, havia anteriormente, havia apenas com a direcção executiva e nos estabelecemos mensais com os concelhos técnicos para além da reunião dos coordenadores, da direcção executiva com os coordenadores, nos temos reuniões mensais também do concelho clínica e saúde com os concelhos técnicos chegando a mais gente das várias equipas (...)”	Integração de uma comunicação que chegasse a todos		
“(…) tivemos uma primeira fase que se mudou muito a forma sobretudo em termos tecnológicos, de chegar aos doentes, o fazer contactos telefónicos, o falar com eles, portanto toda uma dinâmica que não existia anteriormente, não é? (...)”	Uma nova abordagem de comunicação com os utentes		
“(…) as pessoas organizaram-se por reuniões entre as unidades no sentido de ajustarem e fazerem a agenda do dia de trabalho, o que é que ficaria a cargo de cada um e utilizaram os vários métodos zoom, whatsapp, coisas que estavam ao seu alcance até porque nós em termos tecnológicos não tínhamos assim um leque muito grande deste tipo de tecnologias existentes, portanto não era habitual nós comunicarmos desta forma, não é? (...)”	Novas vias de comunicação entre os colaboradores		
“(…) nós todos falamos em grupos de WhatsApp e quando nós queríamos urgência nesta comunicação muitas vezes foi foi esta a ferramenta que nós encontramos para chegarmos mais próximo, mais rápido porque toda a gente tem a internet ligada, quase sempre não é.	Uso de uma nova ferramenta de comunicação		
“(…)Agora a drive foi, foi uma conquista tão boa (...)Esta drive é partilhada, inclusive ficheiros que são partilhados fora do serviço que, conseguimos também passar as pastas os documentos partilhados e isto foi assim um ganho brutal. (...)Foi ótimo as pessoas aderirem à drive, isso minimiza erros e aumenta a eficiência, a tua gestão de tempo.(...)”	Utilização de uma nova ferramenta tecnológica		

“(…) que houve mais frequência de reuniões porque as normas e as regras estão sempre a mudar com a pandemia, quase todas as semanas tínhamos normas a dizerem coisas diferentes (…)”	Comunicação frequente	Tipo de Comunicação: Frequente; Rigorosa; Atempada; Precisa; Resolutiva de Problemas	
“(…) Eu acho que fomos muito mais eficientes. Muito mais eficientes. A primeira questão perdeu-se o institucionalismo e a comunicação foi para resolver questões, usou-se ferramentas informáticas que facilitam a actualização da informação ao minuto (…)”	Comunicação resolutiva de problemas		
“(…) o que é que aconteceu, passámos a comunicar melhor, quer eu quer os doentes e passaram os filhos, os netos, a comunicar e portanto (…). Os doentes passaram a mandarmos os exames por scanner, mandavam os exames, nós registávamos e víamos, pegava no telefone, voltava a falar com os doentes (…)”	Comunicação mais efectiva e rápida com os utentes		
“(…) O que é que ainda não retomaram os psicólogos em larga escala e não retomaram as suas atividades normais? Foram as visitas domiciliárias, que ainda há muito receio, portanto ficou com os enfermeiros e ainda se evita de alguma forma o ir à casa dos outros. (…)”	Acumulação de funções do enfermeiros nas visitas domiciliárias	Novas Funções	Erosão Profissional
“(…) regras iniciais era que, as pessoas com mais de 55 anos, não eram elegíveis para trabalhar no ADR. (…). Da minha parte, eu tenho mais de 55 anos e aconteceu que precisavam de uma pessoa que coordena-se as colheitas, então criou-se uma equipa que tinha que, conforme as informações da Saúde Pública, tinha que deslocar-se a um local específico (…). A equipa das colheitas que coordenei inicialmente, estava formada por seis enfermeiras e por mim. Logo a seguir, ainda faltava gente para trabalharem nisso e como já tinha experiência por causa das colheitas, fui para o ADR e atualmente sou um dos coordenadores (…)”	Aquisição de novas funções para um cargo que previamente não existia		
“(…) foi necessário do ponto de vista de serviços, ajustar muitas vezes os conteúdos funcionais. (….) houve uma reorganização, uma reestruturação, obviamente com o acordo dos profissionais e portanto, as higienistas orais, as fisioterapeutas, a técnica de ortóptica e outros profissionais, foram alocados à unidade de saúde pública para ajudar nas vigilâncias ativas, portanto dos casos suspeitos e nos inquéritos epidemiológicos (…)”	Profissionais que ao longo da pandemia foram adquirindo novas funções		
“(…) como não conseguia fazer rastreios e houve alturas específicas em que o rastreio da retinopatia parou mesmo completamente acabámos por aproveitar não só para fazer o TRACE Covid (…)”	Face ao impedimento de realizar as suas tarefas, ajudou na questão do TRACE Covid		
“(…) Outra coisa importante e aqui já não é tanto Sete Rios, mas tem a ver com o conjunto de todas as equipas e da colaboração de todas as equipas, foi necessário alocar algumas enfermeiras à unidade de saúde pública e neste caso, privilegiámos aquelas que tem a especialidade de saúde comunitária, (….) foram essas as enfermeiras que	Aquisição de outros enfermeiros aos serviço de saúde pública, dado ao facto da necessidade do mesmo.		

<p>foram chamadas a colaborar, mesmo pertencendo a unidades de saúde familiar, mas que foi facultada a sua colaboração com a unidade de saúde pública (...)"</p>			
<p>"(...) começou a ser exigido à unidade de saúde pública e fomos alocando mais pessoas, portanto mais enfermeiras e outros profissionais para nos ajudar a fazer os inquéritos epidemiológicos e as vigilâncias ativas dos contactos, e gerir os surtos nos lares, gerir os surtos nas escolas (...)"</p>	<p>Alocação de vários profissionais à unidade de saúde pública</p>		
<p>"(...) foram alocadas à unidade mas que pertenciam a outras unidades funcionais do aces, e vieram 4 enfermeiras de saúde comunitária porque estão mais vocacionadas para este tipo de atividade, de vigilância epidemiológica, de contactar as pessoas, de fazer até com as técnicas algumas visitas aos lares portanto estão mais habituadas a trabalhar numa unidade (...) depois foram alocadas as pessoas, os higienistas orais que continuaram nos seus postos de trabalho mas a trabalhar exclusivamente para a saúde pública (...) depois naqueles, na altura de maior numero de casos também psicólogas, terapeutas ocupacionais, nutricionistas, portanto as pessoas que não faziam e pararam de algum modo a sua atividade, e diminuíram a atividade própria dedicaram algumas horas à saúde pública (...)"</p>	<p>Alocação de 4 enfermeiras de saúde comunitária na vigilância</p>		
<p>"(...) numa primeira fase nós não tivemos tempo de pensar só de reagir, só se reagiu e depois começou-se a ver que era preciso mais pessoal, era preciso mais computadores, era preciso apoio e então numa primeira fase foi os recursos de outros serviços, das URAP's, porque houve uma série de serviços ficaram fechados, os higienistas orais, uma série de enfermeiros de saúde escolar, ou seja esses serviços essas pessoas esses serviços afetaram parte dos recursos à saúde pública (...)"</p>	<p>Urap alocada a saúde pública</p>		