

iscte

INSTITUTO
UNIVERSITÁRIO
DE LISBOA

Gestão Hospitalar em Adversidade: Dinâmicas e Aprendizagens

Helena Isabel Amaral Figueiredo

Mestrado em Gestão de Empresas

Orientadoras:

Professora Doutora Generosa do Nascimento,
Departamento de Recursos Humanos e Comportamento
Organizacional
ISCTE – Instituto Universitário de Lisboa

Doutora Rita Marques da Costa,
Diretora do Hospital CUF Tejo

Fevereiro, 2022



BUSINESS
SCHOOL

Departamento de Marketing, Operações e Gestão Geral

Gestão Hospitalar em Adversidade: Dinâmicas e Aprendizagens

Helena Isabel Amaral Figueiredo

Mestrado em Gestão de Empresas

Orientadoras:

Professora Doutora Generosa do Nascimento,
Departamento de Recursos Humanos e Comportamento
Organizacional
ISCTE – Instituto Universitário de Lisboa

Doutora Rita Marques da Costa,
Diretora do Hospital CUF Tejo

Fevereiro, 2022

Agradecimentos

O meu percurso escolar na área da Gestão inicia-se no mês prévio à instalação da pandemia no nosso país e, como em tantos outros âmbitos, obrigou o nosso Instituto a uma transformação no processo do ensino. Ensinar e aprender num momento de adversidade tornou-se um desafio constante, onde a necessidade de resiliência organizacional, mas sobretudo individual, foi imperativa. Agregar o momento de aprendizagem aos inúmeros desafios a nível profissional, motivados pela pandemia, só foi possível perante o apoio incondicional de diversas pessoas que cruzaram o meu caminho.

À organização interveniente neste estudo de caso e aos gestores entrevistados, agradeço a prontidão e o empenho com que participaram, ainda que num período de tanto trabalho.

Um agradecimento especial à Professora Generosa do Nascimento pela condução assídua, objetiva e rigorosa do meu projeto e por ter partilhado tanto do seu conhecimento em Gestão Hospitalar.

À Doutora Rita Marques da Costa, que perante a direção de uma unidade hospitalar num dos maiores períodos de crise vivenciados, aceitou prontamente este desafio e encontrou, dentro dos seus inúmeros afazeres, tempo para me acompanhar.

À minha Família, sobretudo aos meus pais e às minhas irmãs, agradeço as bases que me caracterizam e o imensurável apoio nestes anos de vida, em particular neste período mais exigente.

Ao Miguel, pela partilha de um dia-a-dia tão agitado, mas permanentemente com a maior dedicação e compaixão, motivando-me sempre que o cansaço se sobrepôs.

Aos meus amigos, que mesmo distantes fisicamente, fizeram parte do meu dia-a-dia, incentivando-me contantemente a ser e fazer mais e melhor.

À minha equipa de trabalho e aos meus gestores, grata pela compreensão e pela constante disponibilização de tempo para me dedicar ao desenvolvimento e ao sucesso deste projeto.

«There is only one thing that gives you sustainable competitive advantage – what you know, how you use what you know and how fast you can know something new.»

Larry Prusak, 2010

Resumo

O impacto da pandemia COVID-19, tanto na sociedade, como nos diferentes setores de atividade, conduziu à necessidade urgente de reestruturação e readaptação de processos. Uma atuação consistente e suportada pela aprendizagem, fará com que a resposta futura se torne mais eficaz e eficiente.

O projeto foi desenvolvido em parceria com uma rede privada de Cuidados de Saúde, envolvendo duas das suas Unidades Hospitalares com maior impacto na gestão e assistência à situação pandémica. Através da identificação das estratégias de gestão adotadas neste contexto de crise, é possível a aquisição de conhecimentos gerados tanto pela experiência prática como pela teoria, que facilitarão uma abordagem equilibrada, experiente e sustentável em futuras ocasiões.

Através de um estudo de caso onde são comparadas duas *task forces* (referentes a cada hospital em estudo), foram realizadas entrevistas semiestruturadas e a análise documental de dados de suporte às práticas descritas pelos elementos intervenientes. A análise e o tratamento dos dados foram realizados segundo a metodologia de Gioia *et al.* (2012), permitindo um diagnóstico, e consequentemente, proposta de um projeto de intervenção, fulcral na Gestão de Produção da organização.

O projeto apresenta um conjunto de intervenções necessárias à mitigação de acontecimentos futuros, abordando as práticas a adotar desde a definição da metodologia de abordagem, onde se define uma cadeia de comando clara, até à gestão da abordagem a nível da rede e a nível local, encontrando ações dentro das diferentes áreas abrangidas pela Gestão de Produção. A guideline elaborada suportará uma ação futura imediata e sustentada na experiência passada.

Palavras-chave: Gestão em Saúde; Resiliência; Gestão de Produção; Pandemia COVID-19;

Classificação JEL: M11 Production Management; M14 Corporate Culture; Diversity; Social Responsibility; M19 Other

ABSTRACT

The impact of the COVID-19 pandemic, both on society and on the different sectors of activity, has led to the urgent need of processes restructuring and readaptation. Consistent action, supported by learning, will make the future response more effective and efficient.

The project was developed in partnership with a private Health Care network, from the private sector, involving two of its Hospital Units with the greatest impact on the management and assistance to the pandemic situation. By identifying the management strategies adopted in this context of crisis, it's possible to acquire knowledge generated by both practical experience and theory, which will facilitate a balanced, experienced and sustainable approach in future occasions.

Through a case-study where two task forces are compared (referring to each hospital under study), semi-structured interviews and a documental analysis of data supporting the practices described by the intervening elements were carried out. Data analysis and processing were carried out according to Gioia's methodology (2012), allowing a diagnosis and, consequently, a proposal for an intervention project, crucial to the organization's Production Management.

The project presents a set of interventions necessary to mitigate future events, addressing the practices to be adopted from the definition of the approach methodology, where a clear chain of command is defined, to the management of the approach at the network and local level, finding actions within the different areas covered by Production Management. The prepared guideline will support an immediate future action and based on the past experience.

Keywords: Health Management; Resilience; Production Management; COVID-19 pandemic;

JEL Classifications: M11 Production Management; M14 Corporate Culture; Diversity; Social Responsibility; M19 Other

Índice

Introdução	1
Capítulo 1. Revisão da Literatura	3
1.1. Serviços de Saúde	3
1.2. Gestão em catástrofe / Gestão de Risco	3
1.3. A pandemia COVID-19 e impacto hospitalar	5
1.4. Resiliência Organizacional	9
1.5. Gestão de Produção Hospitalar	9
1.6. Gestão eficaz das cadeias de abastecimento	12
1.7. Desempenho organizacional: Eficácia vs eficiência	14
1.8. Aprendizagem organizacional	16
1.9. Liderança	17
Capítulo 2. Metodologia	19
2.1. Método	19
2.2. Técnicas de colheita de dados	20
2.3. Técnicas de tratamento de dados	22
Capítulo 3. Diagnóstico	23
3.1. Descrição e caracterização da organização	23
3.2. Análise dos Resultados	25
3.3. Diagnóstico de Boas Práticas Internacionais	33
Capítulo 4. Análise Crítica	38
Capítulo 5. Projeto de Intervenção	41
5.1. Guideline de Intervenção em Contexto de Adversidade	41
5.2. Checklist de validação dos resultados esperados	45
5.3. Avaliação do projeto	48
Conclusão	52
Referências Bibliográficas	54
Anexos	57
ANEXO 1. Processo de gestão de risco associado aos métodos	57
ANEXO 2. Radar de Risco das duas fases pandémicas	58
ANEXO 3. Representação do agrupamento dos pacientes mediante os estágios da doença e o tempo de duração	59
ANEXO 4. Modelo de Desenvolvimento de Liderança de Choque	60
ANEXO 5. Guião de Entrevista	61
ANEXO 6. Quadro de Revisão da Literatura	62
ANEXO 7. Quadro de análise das entrevistas realizadas no Hospital X e Y	72
ANEXO 8. Desafios correlacionados com um plano de resposta e recomendações para o futuro... ..	77

Índice de Figuras

Figura 1.1: Adaptação do modelo de estratégias de controlo do risco.....	6
Figura 2.1: Quadro representativo das escolas de pensamento.....	19
Figura 2.2: Quadro representativo dos procedimentos de pesquisa.....	20
Figura 3.1: Organograma Simplificado da Organização.....	23
Figura 3.2: Organograma dos membros de apoio ao projeto no Hospital X	24
Figura 3.3: Organograma dos membros de apoio ao projeto no Hospital Y.....	24
Figura 3.4: Consumo total de EPIS no Hospital X.....	26
Figura 3.5: Atividade Cirúrgica do Hospital X.....	26
Figura 3.6: Atividade Cirúrgica do Hospital X em 2020.....	27
Figura 3.7: Atividade Cirúrgica do Hospital X em 2021.....	27
Figura 3.8: Software de Gestão de Altas.....	28
Figura 3.9: Estrutura dos dados.....	30
Figura 5.1: Checklist dos resultados esperados.....	46
Figura 5.2: Plano de Auditoria da Guideline de Intervenção em Contexto de Adversidade.....	48

Introdução

O aparecimento inesperado de uma pandemia que progride de forma abrupta mundialmente, conduz a um conjunto de desafios que, conseqüentemente, sucedem e que precisam de ser resolvidos. Não se conhecia outra ameaça infecciosa desta extensão desde 1918, altura em que se manifestou a contaminação por Influenza. Apesar da evolução dos sistemas de saúde nas últimas décadas, a pandemia COVID-19 submeteu-os a teste inesperados e difíceis. Num curto espaço de tempo vários sectores entraram em modo de emergência, assim como os serviços de saúde que se focaram na luta contra a atual pandemia (Conselho Nacional de Saúde, 2020).

Para além do panorama assustador que a pandemia associada ao COVID-19 criou, colocando fim a milhões de vidas e levando muitos cidadãos a estados de saúde críticos, assistimos também a uma rotura mundial nas cadeias de abastecimento e um atraso associado à logística envolvente. A instalação nacional e mundial de um Plano de Emergência que se prolonga no tempo, despoleta de forma agravada, e num futuro próximo, uma crise económica que se irá refletir a nível individual e empresarial. Segundo o Conselho Nacional de Saúde (2020), a rápida disseminação internacional do coronavírus (SARS-COV-2) colocou desafios inesperados às entidades dos diferentes setores. Os países, os sistemas de saúde ou as instituições não estavam preparados para uma pandemia desta dimensão e com as repercussões que se observam.

A inexperiência e o desconhecimento face a um vírus sobre o qual não se sabia o que esperar, a dificuldade na reorganização e a necessidade de reestruturação levam à emergência na elaboração dos planos de ação. Todos os planos de contingência hospitalares associados à proliferação de outros vírus e que outrora foram eficazes, vêm-se agora desadequados. Assim, as organizações viram-se obrigadas a adotar estratégias e reformular planos de ação, adaptando-se à nova realidade que, aos olhos de muitos, será o novo futuro. Ou seja, será uma realidade que enfrentaremos mais vezes ou com maior probabilidade do que gostaríamos, criando assim, a gestão em adversidade.

Com o desenvolvimento do contexto pandémico, os hospitais viram-se limitados à atividade não programada, especialmente na fase I¹ (Março 2020, correspondente ao primeiro confinamento), encerrando muitos internamentos de áreas especializadas para converter em unidades COVID. Ainda neste primeiro momento, observou-se uma quantidade de adversidades que bloquearam as tentativas de respostas como a escassez ou indisponibilidade de material, a reduzida capacidade hospitalar para o disparar de casos que se observava diariamente (ainda que mais agravado na fase II²) e a carência de recursos humanos. Apesar da realidade pública ser diferente da realidade privada por um conjunto de fatores que as caracterizam, muitos dos problemas foram e são comuns.

¹ Fase I – Março a Maio de 2020;

² Fase II – De Dezembro 2020 a Março 2021;

O setor privado, cuja fonte de rendimento se baseia em diversas áreas, mas com maior incidência na atividade programada, é confrontado com um bloqueio completo dessa atividade numa primeira fase, com grande consequência ao nível da gestão e com uma programação limitada e reduzida nas seguintes fases. Porém, como os valores e os princípios pelos quais se regem determinam grande parte do plano de ação, reorganizaram a rede para prestar apoio ao SNS numa das fases mais críticas da sua existência. Esta reorganização envolve a definição de quais os hospitais que apoiarão diretamente o SNS e a população perante a pandemia (Hospitais COVID) e quais os hospitais que ficarão o mais protegidos possível e se direcionarão essencialmente para toda a restante clínica (Hospitais COVID FREE).

Esta reforma traz uma nova dinâmica na gestão da rede e na gestão individual da instituição ao qual o estudo se dirige, carecendo de um plano de ação sólido para uma manutenção equilibrada e sustentável da Gestão de Produção Hospitalar. Contudo, dada a imprevisibilidade dos dias e da situação mundial/nacional, os gestores depararam-se diariamente com dificuldade, desafios e necessidade de readaptação. Assim, surge a necessidade de questionar a forma como a unidade hospitalar se adaptou à pandemia (essencialmente a nível da Gestão de Produção), enumerando as aprendizagens inerentes ao processo, que serão perpetuadas em futuros cenários.

O objetivo geral será identificar as estratégias de gestão hospitalar a adotar em contextos de crise e como objetivos específicos:

1. Analisar as estratégias utilizadas pela instituição no decorrer da pandemia COVID-19 desde a fase I até ao momento.
2. Realizar benchmarking através de organizações congéneres, descrevendo as boas práticas em crise.
3. Elaborar um conjunto de práticas a adotar em situações futuras, face às aprendizagens adquiridas.

Para o efeito, o documento integra uma revisão da literatura. No capítulo 2 abordar-se-á a metodologia, fazendo realce para as técnicas de recolha e tratamento de dados. Segue o diagnóstico e as boas práticas internacionais que darão sustentação ao projeto final.

O projeto enquadrado no Mestrado de Gestão de Empresas tem como âmbito a Gestão de Produção em adversidade, estudando as dinâmicas vividas para posteriormente relatar as futuras aprendizagens. As lições aprendidas, principalmente num contexto de inexperiência e imprevisibilidade, são fulcrais na gestão da organização, fornecendo ferramentas e “Know-how” nos próximos eventos.

Capítulo 1. Revisão da Literatura

1.1. Serviços de Saúde

Os serviços de saúde são caracterizados por um alto nível de complexidade, gerindo os recursos relevantes (humanos, instrumentais e financeiros), com a finalidade de garantir serviços heterogêneos e tecnicamente avançados. No âmbito da produção, os profissionais de saúde assumem um papel fundamental, já que a qualidade dos serviços prestados depende das suas experiências, competências, conhecimentos, qualidade e comportamentos. É possível identificar dois diferentes tipos de competências necessárias aos profissionais de saúde: por um lado, as competências vinculadas às atividades de assistência clínica, e por outro, vinculadas a processos de tomada de decisão corporativa (Comite, 2020).

1.2. Gestão em catástrofe / Gestão de Risco

Com o aumento da exposição ao perigo que conduz, conseqüentemente, ao risco, vão ocorrendo vários desafios à resiliência, à segurança e à continuidade operacional e do negócio, podendo também estar diretamente interligados com a globalização, digitalização, inovação e tantos outros fatores que se interrelacionam.

O risco é um elemento necessário nos negócios e num ambiente onde enormes volumes de dados são processados a velocidades cada vez maiores. Assim, identificá-los e mitigá-los é um desafio para qualquer empresa, sendo compreensível que muitos seguros requeiram evidências concretas de uma boa prática da gestão do risco (Jovanović *et. al.*, 2020).

Definido pela ISO 31000³ o risco é um efeito de incerteza sobre os objetivos e tende, atualmente, a ser acrescido de novos conhecimentos e compreensões, que estarão explícitos no novo Guia para a Gestão Emergente do Risco para aumentar a Resiliência – ISSO 31050 – que atualmente se encontra em desenvolvimento. Jovanović *et. al.* (2020), referem que o novo guia será um reforço para a governança e para os processos de gestão, pois identificará a forma como o risco poderá afetar o alcance dos objetivos da organização, descrevendo o risco emergente como um risco altamente incerto e que está envolvido em acontecimentos com potenciais conseqüências graves.

De uma perspectiva empresarial e estratégica, o risco é definido como “o efeito da incerteza sobre os objetivos.” É dinâmico, contínuo e definido como uma sequência ou progressão de valores/elementos que variam em graus ou minutos, por exemplo. Assim, a gestão de risco não deve incluir apenas a gestão dos riscos iniciais que foram identificados, avaliados e tratados, mas também

³ Guia que fornece auxílio às organizações, ajudando-as a utilizar os princípios de gestão de risco para melhorar o planejamento e tomar melhores decisões (Jovanović *et. al.*, 2020).

deve ser antecipado o risco potencial desconhecido. Quando uma organização ocorre numa incerteza significativa, é afetada negativamente a sua capacidade de tomar decisões e alcançar com sucesso o objetivo de negócio. Os riscos operacionais apresentam efeitos negativos com danos nas pessoas e no meio ambiente, com danos ou perdas de ativos, interrupção das operações comerciais, perda de receita, etc. (Lyon & Popov, 2020). Assim, de forma a incorporar uma resposta adequada à gestão do risco, os autores elaboram um processo com os métodos associados à sua eficácia, representado no Anexo 1.

A Perceção do Risco baseia-se na estimativa da gravidade dos eventos de risco, existindo a tendência para que a atuação seja feita em torno do zelo. É fundamental conhecer os fatores que influenciam a perceção subjetiva do risco individual, entre eles: a extensão do acontecimento, capacidade de controlo, consciência, voluntariedade, confiança nas autoridades, proximidade geográfica e temporal do acontecimento, impacto e experiência pessoal e as características demográficas individuais (ex.: compra e armazenamento por pânico) (Savage *et al.*, 2021).

O processo de maturação do risco emergente revela que a organização deve olhá-lo num estadio inicial, onde os sinais ainda são fracos, valorizando o potencial e o possível impacto no futuro, bem como a velocidade de mudança. Quando a maturação do risco aumenta, algumas partes interessadas poderão criar grupos para esclarecer e prevenir o risco, criando regulamentos, decisões legais, etc. A nível internacional foram criadas ferramentas digitais, como o Radar do Risco⁴, para identificar precocemente os avisos antecipados e publicados, digitalizando, monitorizando e visualizando o volume de dados online sobre determinado tema (Jovanović *et al.*, 2020). No Anexo 2 encontra-se um exemplo representativo do gráfico Radar de Risco nas duas fases pandémicas mais críticas.

O planeamento de estratégias e medidas que se apliquem desde o início até ao fim da ocorrência catastrófica envolve duas fases: a assistência e o desenvolvimento, bem como quatro atividades (preparação, reabilitação, resposta e mitigação), tal como descreve Govindan *et al.* (2020). Para além da abordagem teórica, os autores também referem a pertinência da ferramenta Mamdani FIS, que é utilizada em diferentes áreas como a gestão de risco, a seleção de fornecedores, a gestão de cadeias de abastecimento em saúde, etc. Este sistema serve de auxílio ao controlo do surto, abrandando o suprimento das cadeias de abastecimento de saúde. Através do modelo FIS e dos conhecimentos médicos, os autores desenvolvem um sistema próprio de apoio à decisão. O modelo compreende a divisão da comunidade em quatro grupos (muito sensível, sensível, ligeiramente sensível e normal), e, posteriormente, o cálculo do score baseado nos sintomas predefinidos (febre, cansaço e tosse seca). A atribuição do score permite categorizar a população quanto ao nível de doença, tornando mais

⁴ Risk Radar Tool – desenvolvido por Steinbeis R-Tech and EU-VRi. Disponível em: <https://www.risk-technologies.com/>

evidente as necessidades de recursos de saúde. A disponibilidade dos dados confere à gestão, uma tomada de decisão mais eficaz assente em valores concretos, que permitem prever as evoluções dos acontecimentos (Govindan *et al.*, 2020).

1.3. A pandemia COVID-19 e impacto hospitalar

A atual crise de saúde é causada pela doença infecciosa, produzida por um CoV humano (HCoV) do subgrupo do vírus β corona, SARS-COV2, que não foi detetado em humanos até ao final de 2019. Através de um contato direto ou indireto, o vírus transmite-se e desencadeia uma doença respiratória, COVID-19, que é semelhante a uma gripe (WHO, 2020).

A pandemia COVID-19 é uma crise médica e coloca em teste a capacidade do sistema de saúde, a fim de desenvolver testes de diagnóstico mais rápidos, estabelecer melhores protocolos de atendimento ao paciente, desenvolver vacinas e tratamentos, etc. No entanto, também é uma crise de recursos, sejam eles materiais ou humanos.

Segundo a WHO (2020), a pandemia afetou os países de diferentes formas, contudo, são determinadas três características que o definem: velocidade, gravidade e disrupção económica e social. A velocidade e a escala de disseminação da doença expressam a capacidade de propagação explosiva da doença, que estimula a sobrecarga até dos sistemas de saúde mais resilientes. Ficaram contaminadas aproximadamente 370 milhões de pessoas e morreram até então cerca de 5 milhões de pessoas em todo o mundo⁵. A gravidade, por outro lado, determina a criticidade da situação de saúde individual. Por fim, a disrupção social e económica determina a perturbação na saúde e nos sistemas de cuidados sociais.

A ação do governo Português através das medidas adotadas, bem como a reorganização da resposta do SNS e dos hospitais privados que conjuntamente atuaram desde a primeira fase de instalação da pandemia, contribuíram para que Portugal consolidasse indicadores que sugeriram uma resposta adequada, principalmente à fase inicial (ou fase I). Por outro lado, também descrito pelo Conselho Nacional de Saúde (2020), foi fundamental a implementação de políticas de restrição ao movimento e contacto entre cidadãos, bem como a resposta da sociedade, que não só acatou como em alguns momentos antecipou as novas regras de vivência.

A pandemia de COVID-19 apresenta um extraordinário desafio à saúde e ao bem-estar da população de todo o mundo, alavancando graves ameaças à estabilidade social, económica e à saúde de todos. Este problema de saúde pública tem vindo a colocar uma enorme pressão nos profissionais

⁵ Dados disponíveis em <https://www.who.int/publications/m/item/weekly-epidemiological-update-on-covid-19---1-february-2022>

de saúde, revelando problemas que até então estavam camuflados quer nos sistemas de saúde, quer na gestão do trabalho em equipa e no trabalho individual (Wu *et al.*, 2020).

Segundo Lyon e Popov (2020), o caminho do risco para uma pandemia como a COVID-19 começa com a fonte de risco: um novo vírus. As exposições à fonte de risco podem incluir pessoas - chave que contactem diretamente com expositores ao vírus. Antes da ocorrência do nível pandémico, a organização deve estabelecer os seus próprios critérios de risco e definir o contexto para a gestão dos mesmos. Isto envolve a definição e o desenho do processo, entendendo o contexto, planeando a abordagem a ser tomada e definindo critérios de avaliação. Os autores elaboram um modelo de estratégias de controlo do risco para a instituição (figura 1), aplicado em camadas para prevenir a exposição ao vírus e mitigar o impacto.

Assim, os pontos de controlo da COVID-19 são explicados no artigo através do seguinte esquema:

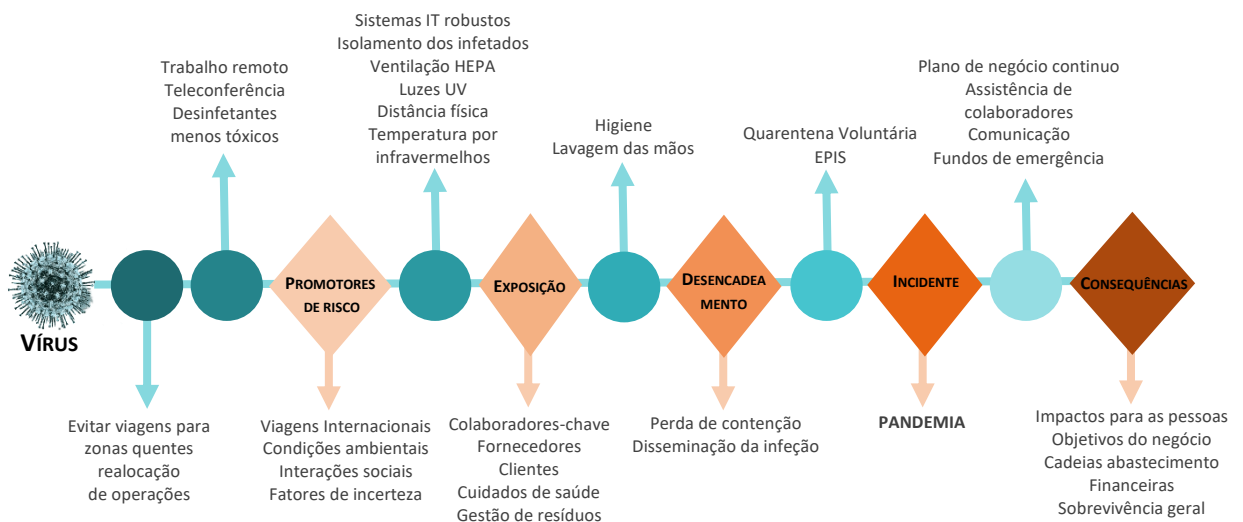


Figura 1.1: Adaptação do modelo de estratégias de controlo do risco (Fonte: Lyon & Popov, 2020).

Como forma de proteger os colaboradores, Lyon e Popov (2020) defendem que a instituição deve controlar o risco de um surto no local de trabalho, operando com segurança para atingir os objetivos. Assim, as organizações necessitam de desenvolver um plano de preparação para a COVID-19 e um plano de resposta que descreva os pontos de gatilho que darão origem à sua implementação.

Sobre o que deve ser feito, ou seja, sobre as ações e medidas que devem ser tomadas, podemos encontrar na literatura diversas diretrizes de diferentes órgãos como por exemplo a ONU, OCDE e OMS, referentes a situações passadas, que ainda hoje são de grande relevo e de possível aplicação.

Jovanović *et al.* (2020) sugere que as ações se baseiam em: melhorar a monitorização eficaz e a comunicação de atividades do vírus, coordenar a resposta e mitigar em conjunto com diferentes países, pesquisa e desenvolvimento para novas vacinas, capacitação para a sua produção, melhorar a prontidão e a cooperação das cadeias de abastecimento, melhorar a comunicação, infraestruturas de

transporte e tratamento de emergência, com articulação entre o sistema público e privado para mitigar a pandemia. Os autores referem ser importante a utilização dos indicadores de resiliência como parte de um benchmarking internacional, melhorando a comunicação para facilitar o consenso sobre os níveis de aceitação e pontos de intervenção. Por fim, reforçam a necessidade de alinhar e padronizar as melhores práticas, como as abordagens, os princípios e os métodos, instituindo ferramentas e formas práticas de lidar com crises como a COVID-19.

Assim, Jovanović *et al.* (2020) apresentam como desafios gerais à situação atualmente vivida:

1. Gestão global de recursos e dinâmicas;
2. Nova ética de gestão de desastres que conteste os modelos tradicionais;
3. Nova compreensão das categorias sociais estabelecidas: privacidade vs necessidade de vigilância e proteção de dados, trabalho e emprego, retorno dos investimentos em segurança (ex. ventiladores: que utilidade futura);
4. Comunicação adequada para diferentes culturas, sociedades e grupos de valores, focando no combate à desinformação e ao seu uso indevido para fins políticos ou semelhantes;
5. Necessidade de quantificar e enfatizar o futuro desconhecido;
6. Foco na funcionalidade, não nos ativos.

Halcomb *et al.* (2020) expõem os desafios despoletados pela COVID-19, nos quais incluem a capacidade limitada dos governos para monitorizar e rastrear a propagação da pandemia, bem como a gestão dos serviços de saúde públicos e privados para lidar com testes e tratamentos.

A COVID-19 tem sido o maior desafio que o sistema de saúde enfrentou desde sempre e é essencial que as lições sejam aprendidas com essa experiência. Não é apenas imperativo restaurar a prestação de serviços, mas manter-se também preparado para possíveis ondas futuras do vírus, aproveitando essa aprendizagem para gerar mudanças e renovações positivas, de modo a que o sistema de saúde e os cuidados possam resultar em melhorias possíveis na saúde e bem-estar para todos (Charles *et al.*, 2021).

As medidas aprimoradas de controle de infeção tendem a diminuir o ritmo com que os pacientes podem ser tratados, com um impacto nos tempos de espera e nos resultados e experiências de atendimento das pessoas. O sistema de saúde enfrentará o desafio de fornecer cuidados de rotina ao mesmo tempo em que continuará a prestar cuidados a doentes infetados, alinhando a ação com os picos da pandemia (Charles *et al.*, 2021).

Charles *et al.* (2021) defendem que, olhando além dos desafios imediatos de restauração de serviços, a interrupção causada pela pandemia e a aprendizagem resultante desta experiência oferece uma oportunidade única de renovar o foco do sistema de saúde, criando um sistema melhor e mais justo a longo prazo. O desafio será aproveitar esta oportunidade ao mesmo tempo que restauramos os serviços e gerimos o risco contínuo da pandemia, a fim de obter a recuperação e a renovação.

O número continuamente crescente de doentes cria um “gargalo” operacional, que se caracteriza pela alta utilização da capacidade das organizações de saúde, havendo uma longa fila de utentes em espera para receber cuidados de saúde (Leite *et al.* 2020).

A capacidade de saúde pública é definida pela capacidade em lidar com um fluxo considerável de pacientes durante a pandemia COVID-19, e é medida pela disponibilidade das instalações hospitalares, pelas camas disponíveis, pelos recursos financeiros e humanos. O aumento da capacidade é fundamental para lidar com o aumento das pessoas infetadas. Esta capacidade desempenha um papel importante na gestão da procura, sendo recomendado, quando perante uma situação limite, cessar todos os cuidados não emergentes nos hospitais, mudar as marcações para a telemedicina se possível, e ponderar o uso de hospitais privados para aumentar a resposta.

Para Leite *et al.* (2020), a metodologia Lean em saúde oferece a capacidade de gerir a procura e a capacidade, bem como de melhorar a qualidade e segurança do atendimento e, conseqüentemente, a redução dos custos. A aplicação do Lean é bem visualizada na resposta à COVID-19, através do redesenho dos fluxos, redistribuição das equipas e criação de novas equipas multidisciplinares. Esta metodologia pode ser aplicada para gerir e aumentar a capacidade, apoiar a equipa no redesenho dos processos e sustentar mudanças significativas que quebrem barreiras hierárquicas. É fundamental a utilização de comunicação, utilizando a gestão visual e procedimentos standard padronizados durante a admissão, tratamento e alta nos pacientes e médico, que minimizem a propagação do vírus.

Para Brodie *et al.* (2020) a resposta eficaz à crise depende de um sistema de saúde resiliente com colaboração a nível individual, organizacional e governamental. Inicialmente os colaboradores continuaram a operar como antes, assumindo que a mudança é temporária. Contudo, quando se apercebem que as mudanças tornaram obsoletas as ações anteriores, precisam de desaprender essas práticas e solidificar novas práticas que apoiem o bem-estar do ecossistema.

Frow *et al.* (2019) caracterizam o bem-estar de um ecossistema de serviços de saúde como um “estado holístico, dinâmico e positivo que é determinado contextualmente e é caracterizado por práticas que alcançam o alinhamento: por arranjos institucionais que são propositadamente guiados por uma visão compartilhada do mundo; níveis de ecossistema que se traduzem em reforço, coevolução e autoajuste; resiliência e capacidade do ecossistema de adaptar-se a interrupções; emergência através da adoção de recursos flexíveis e práticas integradoras; resultam da cocriação do valor compartilhado” (Frow *et al.*, 2019).

1.4. Resiliência Organizacional

O rápido descontrolo da propagação da COVID-19, forneceu pouca preparação aos profissionais de saúde, equipas e sistemas de saúde para responder à dura realidade. Neste sentido, a adoção de estratégias que reforcem a resiliência, podem melhorar o desempenho diário dos profissionais de saúde e das organizações.

É descrita por Rangachari e Woods (2020) como a capacidade de improvisar e desenvolver soluções para problemas inesperados, permitindo assim o atendimento ao paciente em segurança, ainda que com obstáculos. Considera que a Resiliência Organizacional se diferencia em três categorias: individual, de equipa e organizacional, fazendo parte do sucesso a capacidade de previsão das crises, o coping necessário para enfrentar o problema e a aptidão da recuperação das situações imprevisíveis.

Com a integração do risco, a resiliência deixa de ser definida apenas como a capacidade de antecipar, preparar e adaptar-se às condições de mudança e resistir, responder e recuperar rapidamente da disrupção, incorporando, numa primeira instância, a capacidade de compreender o risco (Jovanović *et al.*, 2020).

Muitos países europeus enfrentam desafios constantes com os seus sistemas de saúde, ultrapassando diversos momentos de insustentabilidade, ou seja, em que os gastos com a saúde são maiores do que os resultados próprios. Assim, desta insustentabilidade poderá surgir a escolha entre o corte nos serviços de saúde prestados, ou um corte noutros setores, a menos que se verifique um decréscimo da procura futura causada pela evolução tecnológica. Contudo, como consequência desta pressão, os sistemas de saúde são forçados a trabalhar na sua máxima capacidade, comprometendo fortemente a ação em situações adversas como é o caso da COVID-19. Quão resiliente será o sistema quando se confrontar com elevados números de utentes em espera, numa situação de crise pandémica? Quando abordamos a resiliência nos serviços de saúde, definimos o quão rápido e com que extensão conseguimos fornecer cuidados de saúde adequados para toda a população perante uma situação de “choque” (Jovanović *et al.*, 2020).

1.5. Gestão de Produção Hospitalar

A Gestão de Produção Hospitalar dedica-se à administração de organizações nos mais diversos âmbitos, tendo como objetivo o alcance das metas através da eficácia e da eficiência. O gestor deve garantir a rentabilidade dos ativos pelos quais se responsabiliza, garantindo as metas a curto, médio ou longo prazo. Nota-se uma preocupação com a gestão estratégica, assumindo um trabalho constante de diagnóstico de oportunidades, de ameaças, de forças e fraquezas da instituição, de modo a permitir um planeamento cada vez mais dinâmico, sistematizado e informado (João Ralha, 2020).

Ainda que a estratégia da organização seja orientada para o exterior, é fundamental uma organização interna que a suporte, apoiada pelos “cinco pilares da gestão”, com diferentes interesses e utilidades: Gestão Financeira, Gestão de Recursos Humanos, Gestão Logística, Gestão de Produção e Gestão do Marketing (Bernardino, 2020).

Segundo Bernardino (2020), a gestão de produção envolve cinco áreas de decisão: O quê, como, quando, com o quê e com quem produzir. Estes cinco parâmetros envolvem a necessidade de manutenção da qualidade do produto, bem como o seu processo de execução, a capacidade de produção, o stock de materiais necessários, e a força de trabalho essencial ao seu desenvolvimento.

Para Francis (2020), no ambiente operacional de hoje, os prestadores de cuidados de saúde avançados têm planos de negócios contínuos para uma grande quantidade de riscos terceiros. Estes planos são muito mais sofisticados que o plano de desastres básico, que muitos prestadores têm para o caso de desastre. Os planos de negócio contínuos permitem ainda mais que a organização monitorize os produtos críticos e o seu país de origem para uma potencial interrupção. Como observado nos tempos correntes, torna-se fundamental alinhar os pilares da gestão de produção do hospital, adequando-as a planos de ação em contexto de imprevisibilidade e necessidade de imprevisto.

As pandemias aumentam a consciencialização sobre os riscos futuros que podemos enfrentar, destacando a fragilidade das infraestruturas de saúde e reforçando o papel e o impacto das operações em saúde, na gestão da procura, da capacidade e dos recursos, bem como as restrições nas cadeias de abastecimentos (Leite *et al.*, 2020).

Leite *et al.* (2020) refere a colaboração de vários países com entidades públicas, privadas e organizações de caridade, de forma a lidar com o dilema associado à gestão das operações (ou seja, da “procura vs capacidade”). Este dilema tem implicações graves para a economia, para os cidadãos e para as organizações de saúde. Verificaram-se colaborações proativas no âmbito da cadeia de abastecimento que atendem às necessidades das organizações de saúde e onde essas empresas (ex. Airbus, Rolls-Royce) realinharam os produtos, os processos e as cadeias de abastecimentos de forma a fabricar itens essenciais para as operações em saúde com os EPIS, desinfetantes, ventiladores, etc.

Ainda que os desafios do pós - COVID sejam imensos, ao mesmo tempo há oportunidades de reestruturação e realinhamento de operações que são fundamentais. Apesar da pandemia ter criado um impacto nas operações de saúde, ao mesmo tempo também acelerou determinadas mudanças nas políticas e planos de desastres, no uso de tecnologia, etc. (Leite *et al.*, 2020).

A pandemia força as organizações de saúde a repensar as suas operações e o modelo de aquisições da cadeia de abastecimento, o planeamento da capacidade, a gestão da procura e o atendimento centrado no cliente para resolver o dilema operacional de “procura vs capacidade”.

Marin - Garcia *et al.* (2020) apresentam uma ferramenta capaz de analisar, para um determinado hospital, a eficácia e eficiência do serviço para uma demarcada estratégia de gestão de recursos,

podendo ser utilizada no âmbito do sistema de saúde em geral, ou num departamento específico. Os autores desenvolveram ainda um diagrama representativo do agrupamento de diferentes tipos de pacientes mediante os estágios pelos quais passarão durante o curso da doença e o tempo de duração de cada estágio. Este diagrama representado no Anexo 3, é uma aproximação baseada nos dados disponíveis na literatura.

A necessidade de recursos varia também mediante o estágio, contudo, através de ferramentas é possível determinar os recursos necessários nos ambientes cujo o grau de incerteza é alto. Para além dos recursos materiais, os serviços de saúde contam com a presença de uma equipa com diferentes graus de conhecimento e treino. Embora existam ferramentas que auxiliam os gestores a gerir os profissionais, os instrumentos não estão adaptados às condições de trabalho em pandemia. Assim, é fundamental a criação de integrada no planeamento dos recursos médicos adaptados ao contexto de incerteza, com uma simulação que permita estimar a dinâmica das necessidades num horizonte de 6-8 semanas (Marin - Garcia *et al.*, 2020).

Busellato *et al.* (2021) referem no seu artigo que as empresas absorveram a necessidade de confiar nos seus gestores de operações, não só por necessidade do dia-a-dia, mas também para posicionar o negócio para sobreviver e crescer no mundo pós-pandémico. Mencionam também que a regionalização foi acelerada pela pandemia, quando os países fecharam fronteira e quando se depararam com a necessidade de proteger as cadeias de abastecimento. Assim, este acontecimento ganhou valor perante a inovação global, dada a necessidade de integrar muitos fornecedores para o sequenciamento “just-in-time”.

Os gestores de produção devem repensar totalmente as suas organizações e os seus recursos para fornecer, não apenas uma melhoria nos recursos financeiros a curto prazo, mas também a criação de valor a longo prazo por meio da eficiência, resiliência, agilidade e digitalização. Para atingirem os objetivos de eficiência de custos e de resiliência, as empresas estão a trabalhar para se tornarem mais ágeis a responder às flutuações da procura e do fornecimento. A eficiência de custos continua a ser um desafio constante, visto que a erosão contínua dos preços aumentou a pressão sobre as organizações para gerir melhor os seus custos e melhorar rapidamente os resultados financeiros (Busellato *et al.*, 2021).

A adoção da tecnologia digital proporciona uma oportunidade para as empresas promoverem eficiência, resiliência e agilidade. A pandemia acelerou a transformação digital das organizações a um ritmo sem precedentes, dado que as empresas tiveram que mudar rapidamente para atender os seus clientes remotamente, estabelecendo locais de trabalho remoto para os seus colaboradores (Busellato *et al.*, 2021).

1.6. Gestão eficaz das cadeias de abastecimento

Com o aumento do impacto da pandemia, acrescido de incerteza e risco, há uma compra desmedida causada pelo pânico, que condicionam a disponibilidade e o acesso aos materiais médicos, originando roturas de stock e dificuldades acrescidas na gestão de abastecimentos dos cuidados de saúde. Estas falhas desafiaram a capacidade de oferta de cuidados de médicos, aumentando o risco de morte associado à ineficiência dos cuidados (Savage *et al.*, 2021).

Ainda que esta gestão implique constantemente um pensamento direcionado para a redução do custo, maximização do lucro e consequente otimização da gestão das cadeias de abastecimento através de métodos próprios, a necessidade de garantir os stocks necessários à prestação dos cuidados supera o custo, o lucro e a otimização.

Savage *et al.* (2021) referem a necessidade de um processo colaborativo entre as partes interessadas, através de períodos definidos de revisão do inventário e da coordenação entre os prestadores de serviços de logística (indiretos). Ainda que possam existir com grande frequência riscos de inventário, passíveis de serem mitigados por técnicas de nivelamento, as roturas causadas pela pandemia têm um risco de baixa frequência, mas de grande impacto.

A falta de um sistema de estratégias de logística integrado e coerente, o constrangimento nos componentes logísticos como o transporte e a infraestrutura de distribuição, processos de aquisição, o fecho das fronteiras internacionais e a escassez de recursos humanos têm um impacto ainda maior na resiliência da gestão de abastecimentos durante a pandemia. Assim, são duas as questões levantadas por Savage *et al.* (2021):

1. Quais práticas colaborativas são utilizadas para manter stock ideal durante uma pandemia?
2. Quais os recursos utilizados para aumentar a resiliência contra as interrupções sistemáticas de roturas durante uma pandemia?

O estudo produzido pelos autores supracitados propõe uma revisão do modelo CPFR⁶, introduzindo novas componentes como a perceção da incerteza e do risco através da economia comportamental e a teoria da homeostase do risco (Savage *et al.*, 2021)

Os autores defendem que a modernização tecnológica como meio de aumento do acesso à informação global, como é o exemplo da pandemia, permite uma preparação antecipada, aumentando a visibilidade de eventuais roturas e, consequentemente, a necessidade de revisão da estratégia de reposição.

Assim, os gestores têm um curto prazo para desenvolver fatores relacionais, como a confiança, quando são confrontados com a necessidade emergente de oferecer ajuda. Uma sinergia construída por empresas que habitualmente trabalham isoladamente, fornecem a capacidade de conquistar

⁶ CPFR – collaboration, planning, forecasting and replenishment

decisões e recursos inatingíveis caso o fizessem individualmente, como a partilha do conhecimento, dotação de recursos complementares e governança eficaz (Savage *et al.*, 2021).

Savage *et al.* (2021) concluem que é necessário criar, adquirir, interpretar, compartilhar e reter conhecimento sobre o porquê de as práticas de otimização do inventário e a gestão do risco da cadeia de abastecimento ter falhado.

Para a estrutura de gestão hospitalar das cadeias de abastecimento, um sistema resiliente que colabore com fornecedores-chave que utilizem modelos ajustados aquando a mudança drástica da perceção de incerteza e das perspetivas de risco, facilitam uma melhor previsão e manutenção dos níveis ideais de stock durante futuras pandemias. É fundamental uma gestão direcionada para a economia comportamental (relevando a perceção de incerteza e risco) durante situações catastróficas, tal como é imprescindível que os fornecedores pratiquem uma atitude direcionada para as necessidades e não para o lucro ou aumento do custo nas fases mais críticas (Savage *et al.*, 2021).

A necessidade de estruturar e detalhar as especificações necessárias para determinados equipamentos, auxilia na gestão adequada de materiais e de outros recursos, que por vezes sofrem quebras nas cadeias de distribuição, por não atenderem aos padrões de qualidade definidos (ex. EPIS – caso 400 mil aventais vindos da Turquia para o NHS). As especificações precisas aos fornecedores, evitam perturbações na mobilização das encomendas, nos stocks, nos processamentos extra, bem como no tempo de espera para o abastecimento. A metodologia Lean auxilia a gestão de produção na estreita colaboração entre os compradores e os fornecedores para maximizar a entrega ao consumidor final (Leite *et al.*, 2020).

Segundo Leite *et al.* (2020), o aumento da procura por EPIS, equipamentos e medicamentos expôs a fragilidade da rede de abastecimentos em saúde, devido à dependência da abordagem just-in-time (JIT) e a falha na gestão de stocks. A falta de recursos acaba por levar à variabilidade do processo, afetando a capacidade de utilização e interrompendo as operações.

Ainda que com dificuldades, a Clínica Mayo relata a sua experiência ao longo da pandemia, referindo que beneficiaram de pontos positivos na cadeia de abastecimento que aliviaram o impacto da pandemia. Um novo reabastecimento de suprimentos e tecnologia de gestão de stock, trouxeram visibilidade para permitir um controlo central, baseado na procura. Para além disso, a equipa de gestão de cadeias de abastecimento, forneceu dados claros e modelos analíticos das taxas de rotura de EPIS em comparação aos níveis de stocks que forneceram métricas de dias de inventário disponíveis. Assim, com estas análises, avaliaram rapidamente a capacidade para atender às necessidades dos pacientes e dos cuidadores (Francis, 2020).

A equipa da cadeia de abastecimento, ainda que em trabalho remoto, aprendeu a coordenar a disponibilidades do material e a informação logística na organização de forma diferente. Trabalharam

com práticas clínicas e de liderança através do programa HICS⁷, com colaboração ativa dos comités de prevenção e controlo de infeção (IPAC) e uma task-force de EPIS encarregue da criação de formulários de standardização das práticas de utilização. Denota-se também a colaboração de um projeto de padronização das práticas, disseminando a conservação dos EPIS por todos os colaboradores das clínicas do grupo, identificando também novas fontes de produção e abastecimento de EPIS (como as impressoras 3-D e novos fabricantes locais de material) (Francis, 2020).

1.7. Desempenho organizacional: Eficácia vs eficiência

À luz de todos os desenvolvimentos ocorridos aquando da pandemia COVID-19, uma melhor compreensão do desempenho do hospital é fundamental, de forma a garantir que os recursos insuficientes estão alocados de forma otimizada (Kourtis *et al.*, 2021).

A medição de desempenho é uma ferramenta valiosa de gestão e controle da eficácia. Apesar de alguns obstáculos inerentes à unanimidade por todas as partes envolvidas, a avaliação de desempenho, se for aplicada tendo em conta as suas limitações, é um meio valioso que promove transparência, responsabiliza a gestão e fornece-lhe os dados necessários para melhorar a eficácia e eficiência da organização. A eficácia não prospera se distante do conceito de eficiência, uma vez que não se torna viável para a organização tomar as decisões erradas, mesmo que executando de forma correta (Kourtis *et al.*, 2021).

Portanto Kourtis *et al.* (2021) defende que a medição adequada de desempenho deve quantificar a eficácia com que uma organização atende às necessidades de seus clientes. Para sobreviver e prosperar a longo prazo, deve servir os clientes com lucro, garantindo o nível apropriado de retorno sobre o capital investido. Assim, um mecanismo adequado de medição de desempenho deve abranger eficácia e eficiência uma vez que são ambos necessários para a sobrevivência a longo prazo, sendo um pré-requisito para manter os investidores e os stakeholders satisfeitos, bem como a aquisição de fluxos de capital para mais investimentos garantidos, que promovem o desenvolvimento da organização.

As entidades económicas com desempenho superior são caracterizadas pela eficácia operacional e posicionamento estratégico adequado, resultando numa vantagem competitiva sustentada. A abordagem de recursos dinâmicos (estratégia baseada em recursos), define a sustentabilidade económica decorrente de uma vantagem competitiva. É alcançado pela capacidade da organização para criar, estender ou modificar propositadamente a sua base de recursos (Kourtis *et al.*, 2021).

⁷ Hospital Incident Command System – é uma metodologia para usar o sistema de comando de incidentes (ICS) num ambiente hospitalar. Ajuda os hospitais a melhorar os seus recursos de planeamento, resposta e recuperação de gestão de emergência para eventos planeados e não planeados. <https://www.calhospitalprepare.org/hics>

O processo de aprendizagem é crucial para capacidades dinâmicas e gestão de aplicativos do conhecimento nas organizações de saúde, que são extremamente dependentes de dados e informações, para fornecer cuidados e resultados de saúde de impacto positivo. O estudo confirma que a eficiência por si só não leva automaticamente à sustentabilidade. A eficiência deve ser complementada pela eficácia, pelo alinhamento interno e ambientes organizacionais externos através da estratégia apropriada, que irá fornecer eficácia. A eficiência é um meio que afeta as medidas económicas mais amplas. (Kourtis *et al.*, 2021).

A maioria da literatura relacionada à avaliação de eficiência e desempenho em geral das instalações de saúde e hospitais usam o Modelo DEA, que geralmente utiliza variáveis de entrada como: o número de camas, o número de médicos e enfermeiros, pessoal administrativo, o número de dispositivos médicos, medicamentos e materiais. Conforme dados de saída: a taxa de ocupação e taxa de rotatividade das camas, tempo médio de enfermagem durante o dia, etc. Para medir o desempenho através de dimensões como eficácia, eficiência e solidez financeira de hospitais, optam por usar dados das demonstrações financeiras auditadas (Kourtis *et al.*, 2021).

Para Pihlainen *et al.* (2019), o futuro dos serviços de saúde será influenciado pela digitalização, pela adaptação à tecnologia, pela pressão na contenção dos custos e pelo reforço da importância do cliente. Para atingir este ponto, as organizações de saúde têm de se focar na avaliação de resultados, de melhores práticas, continuidade de cuidados e contenção de custos nos próximos anos. O recrutamento de trabalhadores qualificados, a aquisição de recursos e atividades de formação das equipas, serão o objetivo dos futuros líderes. Em contrapartida, é fundamental que a organização encontre estratégias para solucionar o envelhecimento das forças de trabalho, onde a escassez de habilidade se acentua.

O cuidado centrado na pessoa e a eficácia dos cuidados, tanto para os que recebem como para os que prestam, tornou-se um alvo para o ambiente clínico. O princípio da centralização no paciente foi apresentado como base para certos modelos de liderança em saúde (Pihlainen *et al.*, 2019).

Para ter sucesso no futuro, as organizações de saúde devem aplicar práticas de gestão eficazes, delegar a tomada de decisões e adaptar-se de forma proativa às diversas pressões políticas, sociais e ambientais. O funcionamento da equipa, a liderança, a gestão de mudanças e “lean thinking” são temas de tendência que requerem consideração e avaliação crítica para o sucesso das organizações de saúde no futuro (Pihlainen *et al.*, 2019).

Principais conclusões para o sucesso da gestão hospitalar no futuro:

1. Importância organizacional de colaboração, networking e partilha;
2. Os papéis de tomada de decisão não são claramente definidos nos hospitais, sendo necessários melhores esclarecimentos sobre a função, bem como treino e prática de gestão em hospitais.

3. Os percursos de carreira puramente focados na gestão devem existir para o seu desenvolvimento e fortalecimento. As organizações de saúde exigem gestores e líderes com altos níveis de competência de gestão e liderança para responder a necessidades futuras. O treino em gestão exigirá novas formas de pensar, novos conteúdos e novas técnicas.
4. A teoria dos sistemas baseado no pensamento, na gestão do conhecimento e na capacidade de pensar além das fronteiras são pré-requisitos para uma boa gestão e liderança.

1.8. Aprendizagem organizacional

A capacitação das organizações para o êxito perante a imprevisibilidade dos dias que correm torna-se imprescindível, sendo necessário que o ritmo de aprendizagem seja remanescente ou equiparado à mudança do meio envolvente.

A aprendizagem organizacional é um meio de aquisição de conhecimentos que conduzem à melhoria contínua. Assim, segundo Wheelen e Hunger (2012) exige que a empresa se torne numa organização que aprende, ou seja, uma organização hábil na criação, aquisição e transferência de conhecimento e na modificação do seu comportamento para refletir novos conhecimentos e perceções, com importância na inovação e no desenvolvimento de novos produtos. Não apenas os indivíduos por si, mas também os grupos devem incorporar o processo de reflexão, reinterpretção e melhoria do conhecimento para que a aprendizagem organizacional aconteça.

Akhnif *et al.* (2017) explica que se uma empresa tiver o complemento da aprendizagem organizacional, torna-a num ambiente de mudança rápida, contribuindo para a vantagem competitiva. Há uma relação positiva com o compromisso organizacional, com a satisfação no trabalho e com o desempenho. Os desafios enfrentados pelas instituições de saúde relacionados com a satisfação do cliente, com a melhoria da saúde e com a escassez de recursos, exigem uma abordagem criativa de forma a maximizar os resultados face aos recursos limitados disponíveis.

Sistemas de saúde reforçados lidam com a sua complexidade e levam em consideração não apenas os seus componentes, mas também as relações interpessoais complexas, adotando novas formas de pensar para melhorar a lacuna que existe entre o conhecimento e ação, pois cada inovação traduz-se numa oportunidade de aprendizagem (Akhnif *et al.*, 2017).

A Organização de Alta Confiabilidade⁸ inclui um conjunto de princípios associados a processos e práticas que permitem às organizações focar a atenção em problemas emergentes, implementando práticas que os dissipem. Perceber as dificuldades permite que a organização tome medidas para corrigir esses problemas antes que se transformem em crise ou catástrofe. Há mais opções para lidar com as dificuldades quando são pequenas, impedindo que aumentem e se tornem mais difíceis de

⁸ HRO – High Reliability Organization

lidar. A HRO é caracterizada por cinco pilares que fomentam a detecção e gestão de problemas: preocupação com falha, a relutância em simplificar, evitando a minimização de problemas, a sensibilidade a operações, a resiliência e a deferência à especialização (Christianson *et al.*, 2011).

Ao comparar a HRO com outros modelos que criam e sustentam melhorias em estruturas e processos, existem duas diferenças principais: por um lado, a alta confiabilidade limita a estratégia de uma organização dirigindo-a para o “zero dano”, por outro lado, esse objetivo é conseguido através de uma mudança drástica, apoiada por uma transformação cultural, em vez da utilização de ferramentas de melhoria (Polonsky, 2019).

1.9. Liderança

Shufutinsky *et al.* (2020) refere que o trabalho dos líderes durante a crise é ser capaz de se adaptar com rapidez e ousadia, para tomar decisões com rapidez e precisão, respondendo da forma mais rápida e eficaz possível.

Assim, para que as organizações estejam preparadas para responder a mudanças não lineares, disruptivas, descontínuas, como o ambiente atual da pandemia de COVID-19, os seus líderes devem ser capazes de acolher e aceitar outras aprendizagens, o desconforto, as questões contínuas, o conflito e liderar a criação contínua de conhecimento em cenários complexos e incertos. As situações complexas que surgem durante uma pandemia, incluem variáveis interdependentes, imprevisíveis e que mudam rapidamente, criando um ambiente onde a liderança tradicional e as práticas tradicionais e diretas têm uma ação limitada (Shufutinsky *et al.*, 2020).

Stoller (2020) afirma que quando os líderes reconhecem que, movendo os seus recursos rapidamente, naturalmente cometem alguns erros, e criam espaço para os colegas experimentarem, correrem riscos e aprenderem com os erros. Isso valida a necessidade de ter segurança psicológica e de desafiar o processo, permitindo que os outros ajam.

Nesta era pandémica, questiona-se a forma como se ajusta a Liderança para a tomada de decisão rápida, eficaz e no tempo real. Assim, o tipo de liderança é importante para liderar durante a crise e, portanto, é importante ter traços e características particulares para melhorar a eficácia, incluindo flexibilidade, determinação, autoconfiança, agilidade e adaptabilidade, estratégia e imaginação, comunicação, honestidade, transparência, reflexão, autoconsciência, empatia e resiliência (Shufutinsky *et al.*, 2020).

Shufutinsky *et al.* (2020) indicam que os líderes precisam de ter capacidades de improviso, comunicação, resposta e desenvolvimento de novas normas, tomando decisões rápidas no local, exigindo várias particularidades de liderança, como a liderança autêntica, transparente, transformacional, comunicativa, consciente, situacional e adaptativa.

Shufutinsky *et al.* (2020) defendem que são várias as necessidades de preparação dos líderes para a liderança e para a gestão eficaz em crise, podendo ser fomentadas através de um curso de três métodos de desenvolvimento contínuo de liderança, chamada de Desenvolvimento de Liderança de Choque.

Primeiro, incorpora-se a preparação para a liderança nos ambientes complexos, austeros e voláteis de crises, através do treino em tempo real, baseado em cenários e em ação ao vivo. Em segundo, o mindfulness e o uso eficaz de si mesmo, são críticos na gestão das crises e na liderança e, portanto, o treino e o desenvolvimento de mindfulness são um importante método de desenvolvimento de liderança para preparar os líderes para a ação num sistema de choque. Por último, os líderes precisam de ser educados e ganhar experiência numa diversidade de tipos de liderança, a fim de adaptá-los com agilidade no momento e quando necessário (Shufutinsky *et al.*, 2020).

As modalidades de treino melhoram a consciência situacional individual, a coesão da unidade e o trabalho em equipa, o conhecimento técnico, o tempo de resposta, a interoperabilidade de várias unidades e a capacidade e flexibilidade de liderança (Shufutinsky *et al.*, 2020).

Shufutinsky *et al.* (2020) referem que as organizações podem preparar os seus líderes para ambientes tão voláteis, complexos, incertos e em rápida mudança. Conforme exibido no Modelo de Liderança e Preparação para Choque (Anexo 4), através dos planos de preparação, os líderes organizacionais podem preparar-se e ganhar competência em Liderança de Choque, dando-lhes as habilidades necessárias para aplicar vários atributos de liderança.

Por sua vez, os líderes que são praticantes de mindfulness, são mais capazes de realizar avaliações em tempo real, encontrar o sentido e tomar decisões, criando um impacto positivo na cognição, na emoção, no comportamento e na fisiologia, transformando-se em melhores relacionamentos, bem-estar e desempenho. Com capacidade e recursos cognitivos expandidos, os líderes conscientes podem usar os recursos de forma mais eficaz, principalmente em situações de maior distração (Shufutinsky *et al.*, 2020).

A liderança baseia-se na capacidade de comunicação, podendo ser eficaz num local, tempo ou espaço, e completamente ineficaz noutros. Por isso, é importante colocar os líderes em diferentes situações e condições, através de simulação, para construir a capacidade e a experiência de comunicar mesmo nas condições mais adversas. Um líder comunicativo envolve os funcionários no diálogo, partilha ativamente e procura feedback, a tomada de decisão participativa e é reconhecido como aberto e envolvido. Deve ser capaz de explorar os motivos dos seguidores, motivando-os a cumprir metas e a superar expectativas, preocupando-se com o seu desempenho e bem-estar (Shufutinsky *et al.*, 2020).

Capítulo 2. Metodologia

2.1. Método

O projeto visa a identificação das estratégias de gestão hospitalar a adotar em contextos de crise. Com este fim, estuda-se o Hospital X e o Hospital Y, ambos pertencentes à mesma rede, com foco principal nas duas Task Forces, constituindo-se como um estudo de caso.

A propósito da metodologia de investigação, Creswell (2007) identifica três técnicas de investigação: quantitativas, qualitativas e métodos mistos. Para selecionar a técnica mais adequada, refere três aspetos elementares apresentados nas seguintes questões e que fundamentarão a escolha da técnica e do método: 1) Que alegações de conhecimento são feitas pelo investigador (incluindo uma perspetiva teórica)? – Como e o que vão aprender?; 2) Que estratégias de investigação vão orientar os procedimentos?; 3) Que métodos de colheita e análise de dados serão usados?

Creswell (2007) defende que para “fazer uma alegação de conhecimento significa que os investigadores começam um projeto com determinadas suposições sobre como vão aprender e o que vão aprender durante a investigação”. As alegações do conhecimento (ou suposições filosóficas), remetem a 4 escolas de pensamento: pós-positivismo, construtivismo, reivindicatória e pragmatismo (Figura 2) (Creswell, 2007).



Figura 2.1: Quadro representativo das escolas de pensamento (Fonte: John Creswell, 2007)

Considerando as 4 escolas de pensamento representadas na figura 2, o projeto de investigação é elaborado do ponto de vista do paradigma construtivista, pois pressupõe que os “significados são construídos pelos seres humanos à medida que eles se envolvem com o mundo que estão a interpretar”. Esses significados variam, tornando o “objetivo de pesquisa com base nas visões que os participantes têm da situação que está a ser estudada.” (Creswell, 2007). No construtivismo, o investigador usa questões abertas, dando oportunidade ao participante de construir o seu significado.

O processo de pesquisa qualitativa é bastante indutivo, com o investigador a gerar significado a partir dos dados colhidos. Em vez de iniciar a pesquisa como uma teoria, o investigador desenvolve uma teoria ou um padrão (Creswell, 2007).

Para Robert K. Yin (2009), o estudo de caso permite aos investigadores reter características holísticas e significativas dos eventos reais como comportamentos de pequenos grupos, processos individuais, processos organizacionais e de gestão, desempenho escolar, relações internacionais e o desenvolvimento das indústrias. Há várias técnicas nas quais o estudo de caso se baseia, no entanto, acrescenta duas fontes de evidência diferenciadoras: a observação direta dos eventos estudados e as entrevistas a pessoas envolvidas nos mesmos.

O estudo de caso envolve a cumprimento de determinados passos: como o planeamento, o desenho do estudo, a preparação a realização da colheita de dados, a análise e a partilha da informação. O planeamento envolve a decisão da questão de investigação e determinação da escolha do método, comparando com outros. Por outro lado, o design define a unidade de análise e os casos prováveis a estudar, desenvolve a teoria, as preposições e as questões subjacentes ao estudo previsto, identifica o desenho do estudo de caso (simples, múltiplo, holístico, embutido) e define procedimentos para manter a qualidade do estudo de caso. O processo de desenho envolve a resposta às seguintes questões: qual a questão a estudar?; quais dados serão relevantes recolher?; como analisar os resultados?

2.2. Técnicas de colheita de dados

As estratégias de investigação fornecem uma direção específica para os procedimentos num projeto de pesquisa e identificadas por Creswell (2007) conforme consta na seguinte representação (figura 3):



Figura 2.2: Quadro representativo dos procedimentos de pesquisa (Fonte: John Creswell, 2007)

Assim, a estratégia quantitativa pretende identificar os fatores que influenciam os resultados com caráter experimental, a qualitativa pretende compreender melhor um conceito ou um fenómeno e

tem caráter exploratório e os métodos mistos que são compostos pelo uso integrado das duas estratégias quantitativa e qualitativa (Creswell, 2007).

Creswell (2007) descreve no seu livro que uma técnica qualitativa é aquela em que o investigador sempre faz alegações de conhecimento com base, principalmente, em perspectivas construtivistas. Também usa estratégias de investigação como narrativas, fenomenologias, etnografias, estudos baseados em teoria ou estudos de teoria baseada na realidade. O investigador recolhe dados emergentes abertos com o objetivo principal de desenvolver temas a partir dos dados. Isso implica identificar um grupo que compartilha cultura e estudar como ele desenvolveu padrões compartilhados de comportamento com o passar do tempo (ou seja, etnografia). Um dos principais elementos da colheita de dados é observar o comportamento dos participantes nas suas atividades. (Creswell, 2007).

Gioia *et al.* (2012) defendem que as pessoas nas organizações sabem o que estão a tentar fazer e podem explicar os seus pensamentos, intenções e ações. Realça as interpretações dos entrevistados, colocando-nos como investigadores, cujo principal objetivo é dar um relato adequado da sua experiência. Dando voz aos membros colaborantes nos estádios iniciais de colheita e análise de dados, representando as suas vozes, cria-se ricas oportunidades para a descoberta de novos conceitos ao invés da afirmação de conceitos existentes.

Este método permite-nos descobrir padrões nos dados, apresentando concepções e relações que podem escapar da consciência dos colaboradores e que resultam em conceitos teoricamente relevantes. Segundo os autores, devem ser colocadas questões de pesquisa bem específicas, mas de âmbito geral, que conduzem a uma resposta com múltiplas abordagens. Devem ser empregues outras fontes de dados como a observação de campo, documentação, os arquivos, etc., no entanto a base do estudo é a entrevista semiestruturada que fornecerá relatos retrospectivos e em tempo real, pelas pessoas que vivenciaram o fenómeno de interesse (Gioia *et al.*, 2012).

Gioia *et al.* (2012) referem que um conjunto de termos informativos, códigos e categorias emergem no início da pesquisa, denominada como análise de 1ª ordem. Com o avançar da análise dos conteúdos fornecidos pelos entrevistados, encontram-se semelhanças e diferenças entre muitas categorias, reduzindo as categorias pertinentes a um número mais gerível. Damos, a essas categorias, rótulos ou descritores, correspondendo à análise de 2ª ordem, entrando no domínio teórico.

Os autores mencionam que, nesta segunda etapa nos questionamos sobre a emergência de conceitos que auxiliem na descrição e explicação dos fenómenos observados. Deve ser direcionada a atenção nos conceitos nascentes que não sejam referidos na literatura existente. Quando culminado um conjunto de temas e conceitos, investigamos a possibilidade de combinar os temas de 2ª ordem em dimensões agregadas (Gioia *et al.*, 2012).

Ao completar o conjunto de temas de 1ª ordem, temas de 2ª ordem e dimensões agregadas, temos a base para construir uma estrutura de dados, fornecendo uma representação gráfica de como progredir dos dados em bruto para os termos e os temas na condução da análise (Gioia *et al.*, 2012).

Numa primeira fase, as entrevistas serão aplicadas aos membros representativos do grupo de apoio à gestão pandémica no Hospital X, que compreende os elementos responsáveis das plataformas com maior impacto. Assim, serão entrevistados os Gestores de Produção de cada serviço (Bloco Operatório e Exames Especiais), o adjunto da Direção Clínica, o Enfermeiro Diretor e o Enfermeiro Gestor da Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente (UCIP).

O guia da Entrevista (anexo 5) foi formulado com base na revisão da literatura mais extensa e pormenorizada, previamente realizada, detalha no quadro presente no Anexo 6.

Numa segunda fase, aplicarei o mesmo processo aos membros representativos do grupo de apoio à gestão pandémica no Hospital Y, que inclui dois Gestores de Produção, o adjunto da Direção Clínica e o Enfermeiro Diretor.

A análise documental incidir-se-á nos resultados obtidos pela instituição, nos documentos elaborados de apoio à gestão na fase pandémica e noutros pertinentes para o projeto a executar, facultados pelos respetivos intervenientes no momento da entrevista.

Resultará num estudo comparativo das estratégias diferenciadoras entre uma unidade COVID (Hospital X) e Não COVID (Hospital Y), servindo de suporte à elaboração de uma Guideline orientadora para eventos futuros.

2.3. Técnicas de tratamento de dados

Após a colheita de dados e as etapas iniciais de análise, começa a ciclagem entre os dados que emergiram, os temas, os conceitos, as dimensões e a literatura relevante, tanto para perceber se o que estamos a encontrar tem precedentes ou se surgem novos conceitos.

Gioia *et al.* (2012) afirmam que o modelo da teoria fundamentada que resulta do processo, deve ser aquele que mostra as relações dinâmicas entre os conceitos emergentes, que descreve e explica o fenómeno de interesse, assim como clarifique as conexões revelantes entre os dados e a teoria. Deve existir um foco nos novos conceitos emergentes, mas também nos já existentes que produzem novos insights. Estes conceitos têm significado apenas se puderem ser relacionados com o que já sabemos, no entanto, trabalhamos não só para desenvolver propostas para futuras pesquisas, mas também para recolher e enfatizar conceitos e princípios transferíveis (Gioia *et al.*, 2012).

Assim, o tratamento dos dados deverá compreender a transformação da estrutura de dados de um processo estático para um processo dinâmico, permitindo a realização de consultas à literatura para refinar a articulação dos conceitos e dos relacionamentos emergentes.

Capítulo 3. Diagnóstico

Os números que traduzem a evolução da pandemia têm sido caracterizados por uma grande imprevisibilidade, associada ao desconhecimento da manifestação da doença. Desde o início da instalação dos primeiros casos em Portugal, ressaltam-se os dois períodos críticos de maior incidência e impacto: Fase I que decorreu entre Março e Maio de 2020 e Fase II entre Dezembro e Março de 2021.

3.1. Descrição e caracterização da organização

O Hospital em estudo está inserido numa grande rede com vastos anos de experiência na prestação de cuidados de saúde do setor privado. Tem como ambição a qualidade dos cuidados prestados, o desenvolvimento pessoal e profissional dos colaboradores, assim como a criação de valor com sustentabilidade para os acionistas e para a comunidade. A fim de concretizar a ambição, a organização suporta-se tanto do talento promovido, como do investimento na marca e na rede, e, por fim, na tecnologia que promoverá uma crescente funcionalidade. O desenvolvimento dos objetivos será executado através de três eixos: diferenciação na continuidade dos cuidados; crescimento tanto das unidades como dos negócios, bem como a aposta na digitalização; e, na base das prioridades, o foco no serviço ao cliente, através de processos mais consistentes, sustentáveis e ágeis.

O organograma de cada instituição compreende o seguinte esquema, que representa desde os órgãos maiores da organização (como o Conselho de Administração e a Comissão Executiva e Não Executiva), até à Direção específica de cada Unidade:

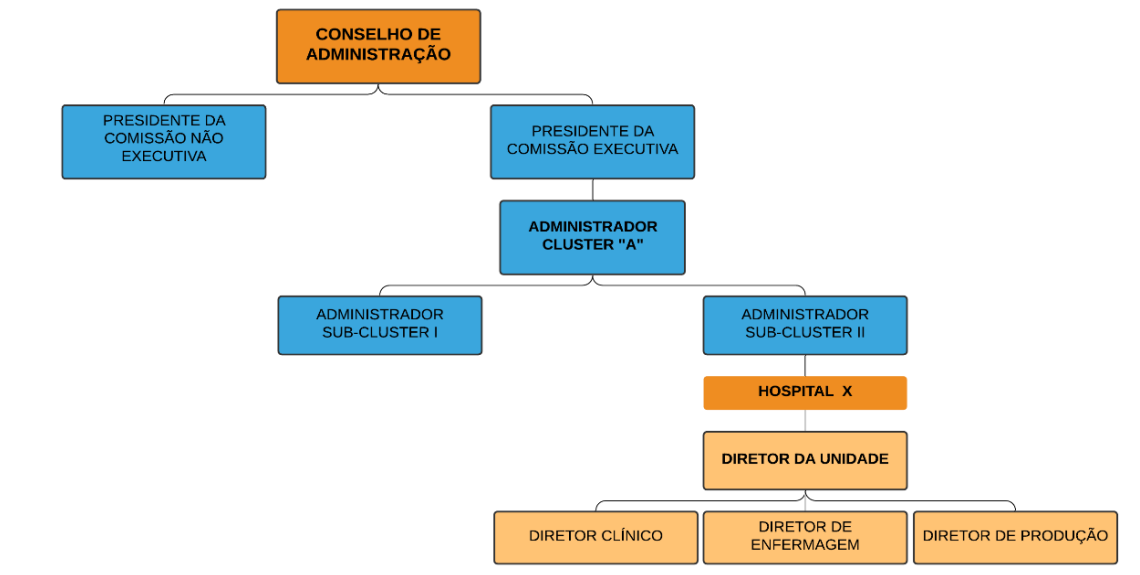


Figura 3.1: Organograma Simplificado da Organização (Fonte: website da instituição)

O projeto será executado com a colaboração da Direção da Unidade, da Direção de Enfermagem, da Direção Clínica e dos Gestores de Produção dos serviços selecionados. Assim, a figura 5 representa

uma amostra da Task Force do Hospital X, e a figura 6, a estrutura da Task Force do Hospital Y, consoante a sua área de atuação.

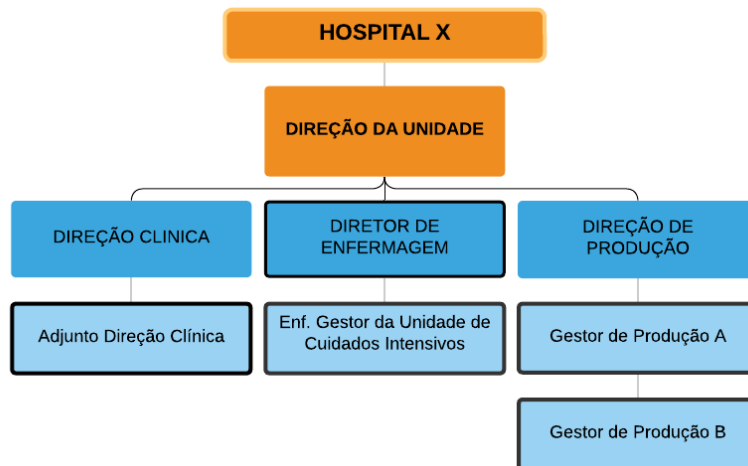


Figura 3.2: Organograma dos membros de apoio ao projeto no Hospital X (Fonte: website da instituição)

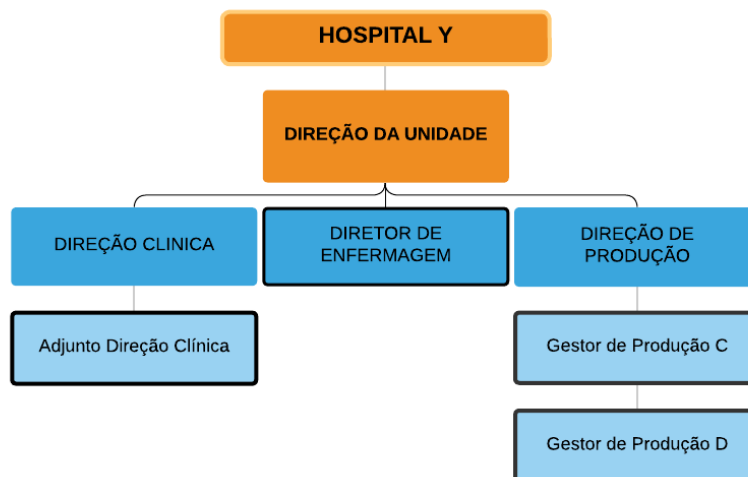


Figura 3.3: Organograma dos membros de apoio ao projeto no Hospital Y (Fonte: website da instituição)

A preocupação associada à pandemia e ao período pós-pandémico, bem como as consequências desta imprevisibilidade, conduz à necessidade de prepararmos devidamente acontecimentos futuros. A unidade foi confrontada com uma necessidade de ação rápida, onde recorreram os planos de gestão “fast-track”, que lhes permitiu dar uma resposta emergente, no entanto, pouco direcionada para a sustentabilidade da instituição. A aprendizagem retida inclui a vertente clínica, uma vez que se tratava de um vírus incógnito, cuja manifestação e tratamento clínico eram redundantes dado o desconhecimento da doença. Por outro lado, deverá ser também incluída a aprendizagem económica, direcionada para a sustentabilidade perante as situações de crise, onde existe decréscimo por reajuste necessário da atividade, por redução da procura ou por priorização clínica associada às necessidades do momento. Contudo, também é direcionada a discência para outras áreas da gestão que sofreram grande impacto perante a imprevisibilidade, como a reestruturação logística e os recursos humanos.

3.2. Análise dos Resultados

O desenvolvimento do processo de ação e aprendizagem organizacional desenvolveu-se maioritariamente através de dois fatores que espelharam os resultados obtidos: as estratégias de ação nas duas fases e as lições aprendidas em cada um dos momentos.

As estratégias de ação são focadas tanto em processos já existente, como em novos métodos implementados para fazer face às necessidades do momento. Claramente estratificadas em dois subsistemas, são divididas em ações da rede e ações da instituição, uma vez que hierarquicamente, a Comissão Executiva assume uma posição de orientação, encontrando os principais paradigmas e dando corpo aos focos gerais que a organização deve ter em conta. Após essa elaboração, as instituições da rede reúnem as suas equipas de gestão, a fim de planear o mais adequado para a sua realidade. Estas estratégias foram notoriamente diferentes em cada uma das fases (Fase I e Fase II), dada a diferença na manifestação da doença, implicando diretamente a taxa de incidência e, por outro lado, porque a aprendizagem prévia ocorrida permitiu uma mudança de estratégia tanto na abordagem geral da rede, como na ação específica de cada unidade.

Destacam-se, em cada fase, várias intervenções de maior relevo que foram implementadas perante a severidade no momento e a necessidade urgente de transformação. Na Fase I realça-se a divisão entre hospitais COVID e não COVID e, conseqüentemente, dos atendimentos permanentes; Colaboração na prestação de cuidados aos utentes do SNS; Encerramento da atividade programada como o Bloco Operatório e os Exames Especiais; Restruturação de espaços físicos do Bloco Operatório, Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente, Atendimento Permanente e Internamentos com separação COVID e Não-COVID; Elaboração de planos de emergência a aplicar em caso de grande afluência ao Atendimento Permanente.

A gestão desta pandemia impôs-se fortemente pela necessidade de proteção e segurança dos colaboradores, caracterizada pela carência de disponibilidade de EPIS, tal como traduz a figura 3.4, que representa o consumo de EPIS no Hospital X. O consumo maioritariamente internacional, por parte das instituições de saúde, causou uma indisponibilidade que afetou os prestadores de cuidados de saúde de todo o mundo. Assim, necessitando de salvaguardar as suas equipas, as organizações viram-se estimuladas a encontrar novos fornecedores e os produtores nacionais reinventaram as suas indústrias de forma a colaborar na produção de EPIS internamente, suportando os prestadores nacionais de cuidados de saúde, quer a nível público, quer privado.

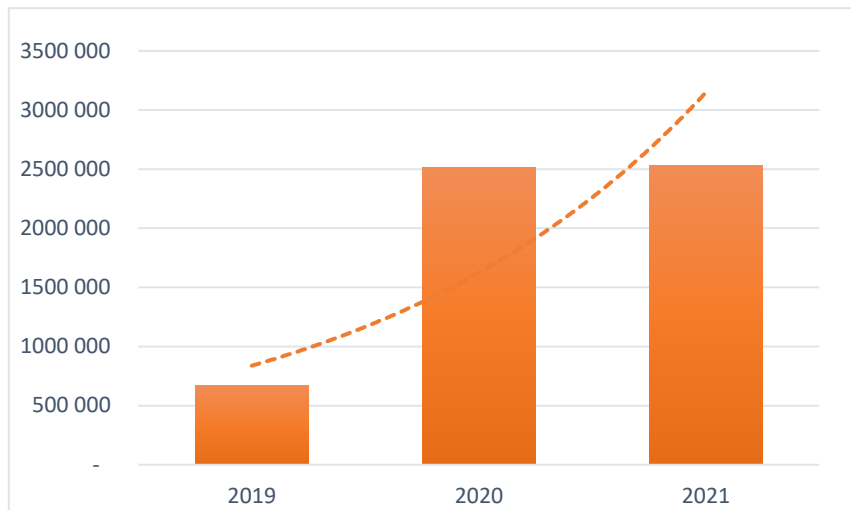


Figura 3.4: Consumo total de EPIS no Hospital X.

No caso específico do encerramento da atividade programada, o Bloco Operatório, como um dos maiores serviços de produção, é diretamente impactado pelo aparecimento inesperado da pandemia. A figura 4.1 demonstra o peso das cirurgias de ambulatório e das cirurgias convencionais realizadas pelo Hospital X.

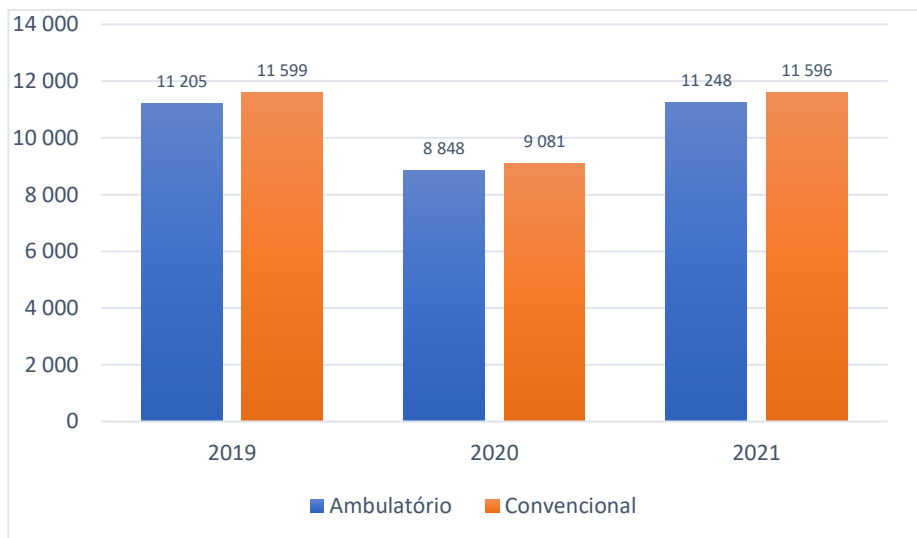


Figura 3.5: Atividade Cirúrgica do Hospital X

Segundo os dados apresentados, em 2020 é notório o decréscimo de uma das atividades que mais suporta a sustentabilidade financeira do Hospital X. A instalação da pandemia conduziu a um cancelamento temporário da atividade programada, com visível decréscimo na cirurgia de ambulatório e na cirurgia convencional. Contudo, considerando que os dados provenientes do ano de 2020 são ligeiramente inferiores ao período pré-pandémico, há evidência de uma estratégia eficaz, definida pela Task Force, após os meses mais críticos da fase I (figura 4.2)

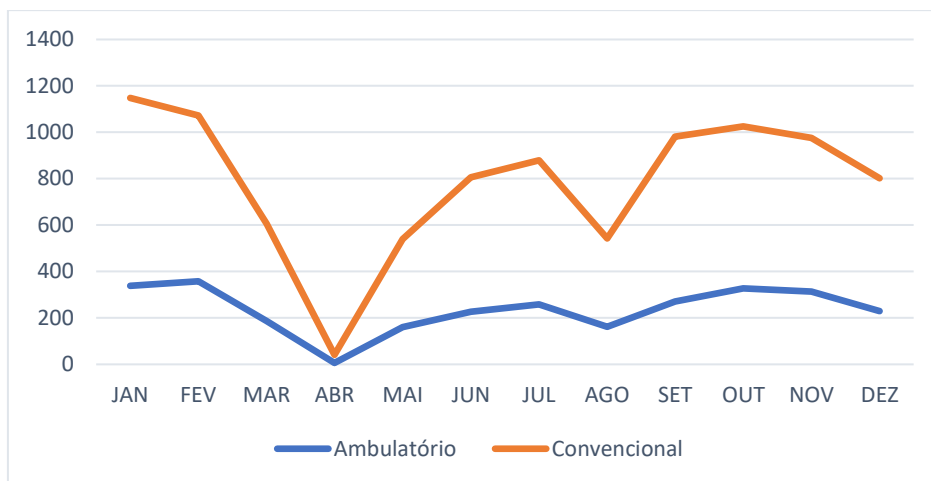


Figura 3.6: Atividade Cirúrgica do Hospital X em 2020.

É visível, na figura 4.2, uma rápida retoma da atividade cirúrgica no primeiro momento de abrandamento das medidas nacionais de mitigação da pandemia (Junho a Julho de 2020), recuperando a atividade a valores semelhantes ao período pré-pandémico (Janeiro a Março de 2020).

Por outro lado, na fase de maior incidência da doença, correspondente à fase II, ainda que com uma maior severidade da doença e, conseqüentemente, cancelamento de cirurgias tanto por infecção dos utentes como dos profissionais, denota-se uma estabilização da atividade ao longo dos meses. Apesar do número máximo de atos realizados seja, em média, inferior ao ano anterior, a uniformidade da atividade significa uma maior eficiência por parte da unidade.

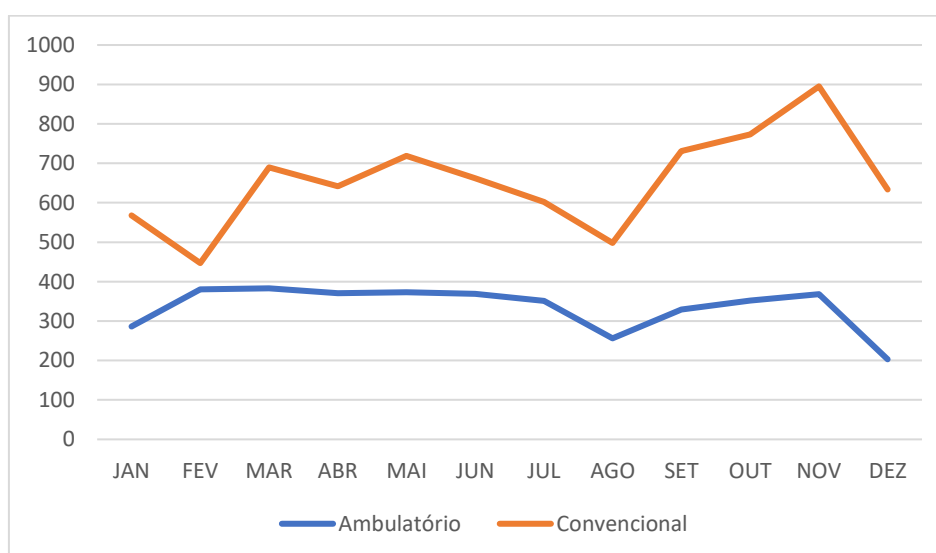


Figura 3.7: Atividade Cirúrgica do Hospital X em 2021.

Por outro lado, na Fase II, acontece o alargamento dos Hospitais COVID da rede; Encerramento das urgências noturnas de alguns Hospitais e Clínicas da rede; Implementação das tarifas de EPIS;

Priorização clínica das cirurgias a realizar; Criação da Unidade de Vigilância Intensiva; Projeto de transição de cirurgias com contexto prévio de internamento para cirurgia de ambulatorio; Reorganização do Atendimento Permanente com realização de uma pré-triagem no exterior do hospital, para selecionar os casos mais urgentes; Redistribuição dos profissionais de saúde pelas áreas de maior necessidade. Estas intervenções foram seguidas de diversas aprendizagens relatadas pelos entrevistados, que dependeram de questões internas (de adaptações dos processos internos da própria instituição) e externas (condições gerais, comuns a qualquer empresa).

A gestão desta crise providenciou novos recursos tecnológicos como forma de suporte à gestão hospitalar, criando internamente um Software de Gestão de Altas numa primeira fase pandémica, que permitiu uma gestão mais realista, imediata e suportada por indicadores, do desempenho hospitalar. Estes indicadores permitiram maximizar a gestão do internamento e, conseqüentemente, do Bloco Operatório, reajustando, sempre que necessário a atividade cirúrgica de ambulatorio e a convencional.

Permitindo visualizar o número de ocupação das camas, é ainda possível especificar por serviço e por tipo de internamento (médico ou cirúrgico), fornecendo dados da previsão da ocupação, em percentagem, para os dias/meses seguintes, tal como é visível na figura 4.4.

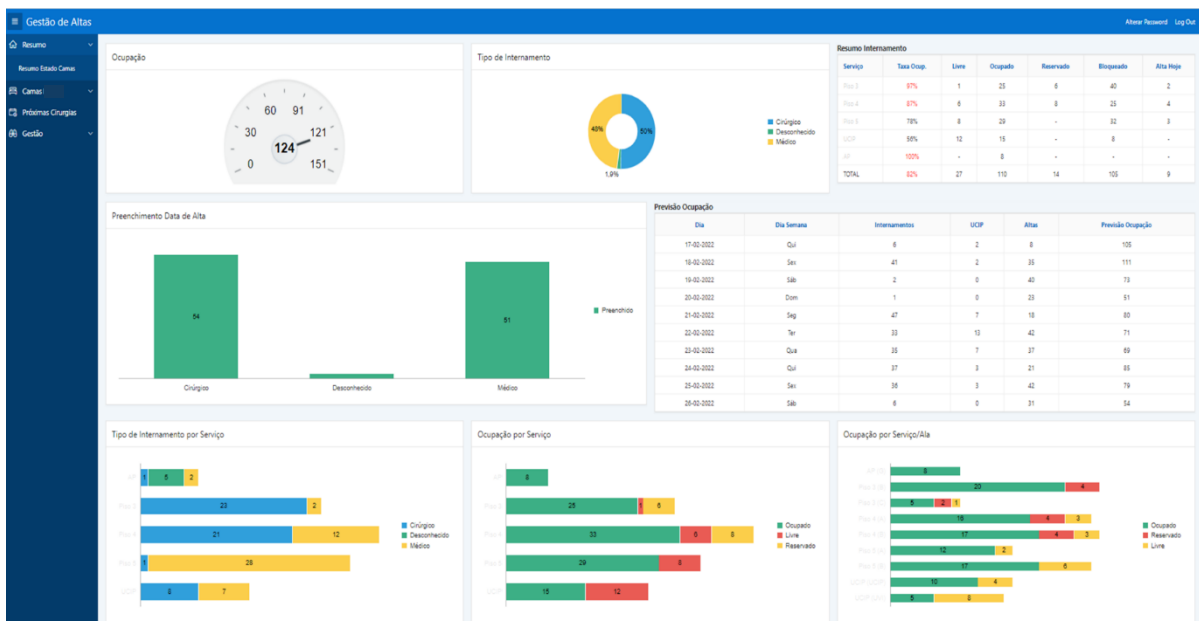
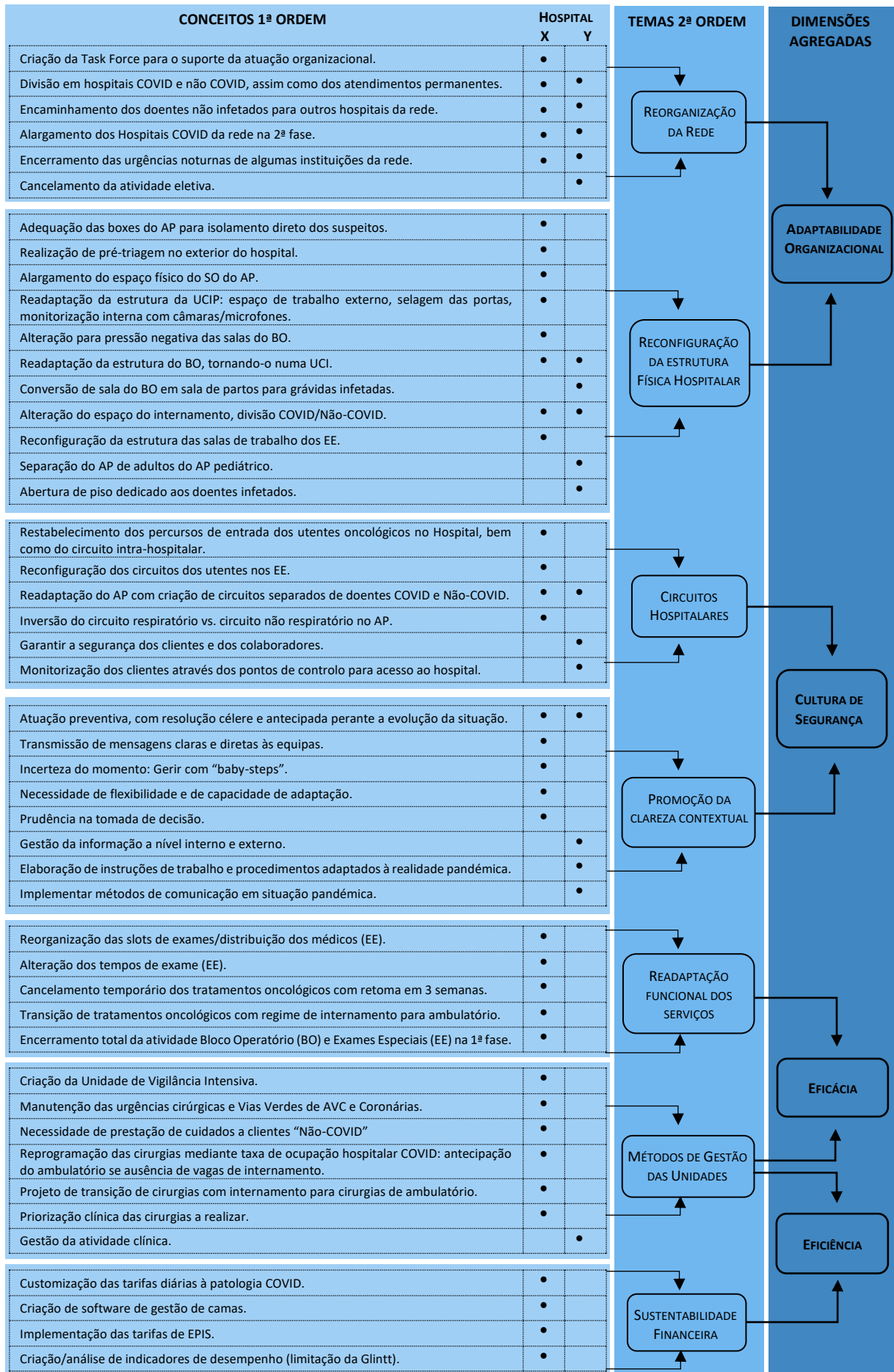


Figura 3.8: Software de Gestão de Altas.

Tendo sido realizadas um total de oito entrevistas (cinco no Hospital X e três no Hospital Y) e após passagem por um processo de extração e análise de informação, segundo o método de Gioia (2013), surge o seguinte esquema (figura 7).



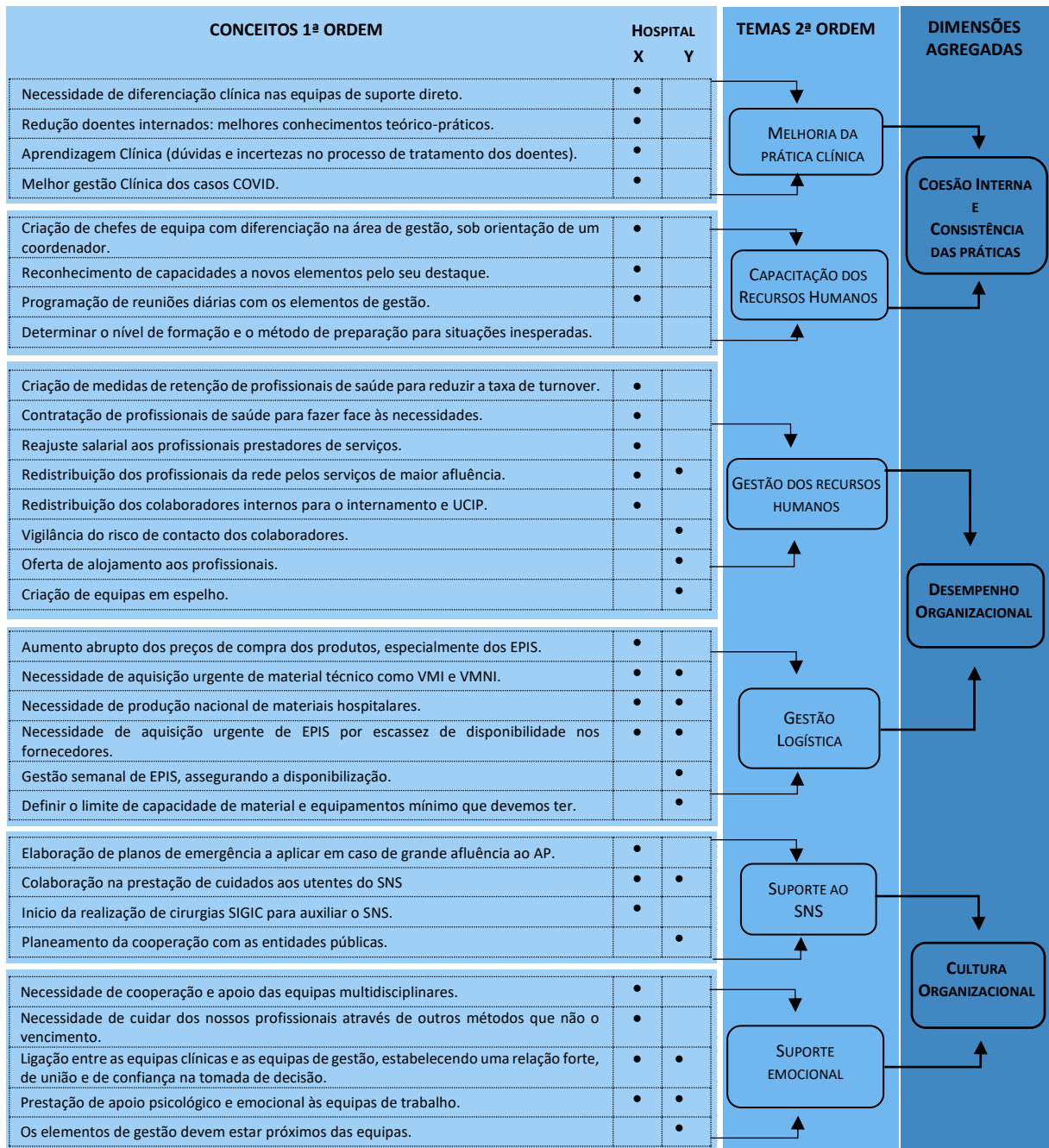


Figura 3.9: Estrutura dos dados (adaptado de Gioia *et al.*, 2012)

Com a realização da análise das entrevistas, surgiram diversos temas no início da pesquisa (apresentados no Anexo 7), tanto no Hospital X como no Hospital Y, e que depois foram associados e denominados como análise de 1ª Ordem. Relacionando os temas através das suas semelhanças e diferenças, emergem algumas categorias às quais atribuímos descritores e enquadrámos na análise de 2ª Ordem: Reorganização da Rede; Reconfiguração da estrutura física hospitalar; Circuitos Hospitalares; Promoção da clareza contextual; Readaptação Funcional dos Serviços; Métodos de Gestão das Unidades; Sustentabilidade Financeira; Melhoria da Prática Clínica; Capacitação dos Recursos Humanos; Gestão dos Recursos Humanos; Gestão Logística; Suporte ao SNS; e Suporte Emocional. Alguns destes temas emergentes na 2ª Ordem referem-se a conceitos existentes na literatura, outros são emergentes da análise efetuada.

Quando combinamos um conjunto de temas, surge a necessidade de criação das dimensões agregadas e encontramos os conceitos gerais que definem, de forma mais amplas, os dados recolhidos. Assomam-se assim, os sete principais temas que descrevem, tanto as intervenções realizadas por esta organização, como as lições encontradas que farão parte das futuras ações quando confrontados com uma situação adversa: Adaptabilidade Organizacional; Cultura de Segurança; Eficácia; Eficiência; Coesão Interna e Consistência das Práticas; Desempenho Organizacional; e Cultura Organizacional.

A representação gráfica dos conceitos identificados pelo Hospital X e que foram, ou não, simultaneamente identificados no Hospital Y, permite-nos identificar algumas disparidades nos temas de maior relevo. No domínio da Eficácia e da Eficiência, o Hospital Y identifica apenas um conceito relacionado com a gestão da atividade clínica, ainda que esta conclusão seja limitada dada a menor representatividade no estudo.

As duas dimensões agregadas mais diretamente relacionadas com a gestão das operações, a Eficácia e a Eficiência, são também identificadas pela literatura como indicadores de desempenho organizacional, essenciais à sustentabilidade da organização, e considerados, tal como mencionado por um dos entrevistados, “indicadores que nos permitiam maximizar a gestão do internamento e consequentemente do Bloco Operatório”. Como hospital Não-COVID, o Hospital Y demonstra um menor relevo nestes temas, podendo ser justificado pela ausência de atividade Não-COVID na fase I da pandemia. O encerramento total da atividade nos primeiros meses, decisão tomada dado o desconhecimento que se vivia, fez com que as operações reduzissem drasticamente e se limitassem à assistência direta à doença causada pelo vírus.

Por outro lado, uma vez que as determinações foram tomadas previamente por uma Task Force que comandou desde o início da pandemia, há uma concordância evidente nos temas relacionado com a reorganização da rede, onde as unidades tiveram papéis de suporte mútuo. Ou seja, uma divisão clara das operações de atividade clínica (Hospital X como unidade COVID e Hospital Y como unidade Não-COVID). A reconfiguração da estrutura física hospitalar é também alvo de menção por ambas as

unidades, dada a necessidade de readaptarem os serviços de maior afluência, ou de reorganizar outros por necessidade de maior proteção, como é o caso da Pediatria e da Obstetrícia. Mais tarde, já na fase II, dado o aumento da afluência de clientes contaminados e com o aumento da severidade da doença, foi fundamental o apoio do Hospital Y com a abertura do atendimento para casos COVID, tanto a nível do internamento como da unidade de cuidados intensivos, uma vez que foi várias vezes atingido o limite do Hospital X.

Com a criticidade da fase II, há um enfase por parte dos entrevistados no Suporte Emocional aos colaboradores e na Gestão dos Recursos Humanos. Como gestores, todos os entrevistados denotam como mais desafiante ao longo da pandemia, a Gestão dos Recursos Humanos. Partilhado pelo entrevistado D.M., referente ao Hospital Y, “Eu diria que o maior impacto esteve nas equipas que estiveram a dar assistência aos doentes COVID. (...) As dúvidas, o receio, o medo, o pânico, foi generalizado.”. O entrevistado J.C., alusivo ao Hospital X, refere que “Simultaneamente foi também muito angustiante saber que os nossos profissionais, apesar de tudo fazermos para os proteger e manter em segurança, eram diariamente colocados perante um risco que permaneceu algum tempo como difícil de gerir e controlar. No entanto, foi sempre muito gratificante ver a entrega de toda a Equipa do Hospital e como as pessoas conseguiam manter a sua energia e um sorriso no rosto para os que tinham de cuidar. Foram exemplares no cumprimento da sua profissão e na forma como se superaram!”.

Gerir pessoas em situação de adversidade, para além da ausência de experiência prévia por parte dos gestores, ou do défice de formação adaptada a estas realidade, reuniram as suas habilidades e conduziram os dias com serenidade e presença assídua nos desafios com os quais as equipas se defrontaram.

3.3. Diagnóstico de Boas Práticas Internacionais

É notório o crescente literário que se tem desenvolvido em torno do atual tema pandêmico, sobretudo ao nível da saúde. Como comprovado pela revisão da literatura, encontramos diversas fontes de conhecimento que nos transmitem noções básicas, mas também estratégias de ação consoante o conhecimento teórico e, na grande maioria, perante a experiência prática vivida nos principais momentos críticos a nível mundial. Autores e organizações de alta fiabilidade descrevem as boas práticas que englobam as mais variadas áreas hospitalares, e que abrangem desde a organização até aos profissionais de saúde.

A literatura posterior-me apresentada, será fundamental para compreender como as instituições internacionais de referência, perante o impacto causado pela pandemia, responderam, criando estratégia de gestão de produção. Leite *et al.* (2020), com o intuito de compreender as Implicações da pandemia COVID-19 nas operações de saúde, elaboram um esquema representado no Anexo 8, onde mencionam os desafios correlacionados com um plano de resposta e recomendações para o futuro.

Por sua vez, OSHA (2020) descreve as classificações das categorias de risco que devem ser usadas para orientar os detalhes do plano de resposta:

1. Trabalhos de alto risco de exposição incluem prestação de cuidados de saúde e equipas de apoio (por exemplo, médicos, enfermeiras, etc.) expostos a pacientes suspeitos ou confirmados com COVID-19, bem como os trabalhadores de transporte médico.
2. Trabalhos de risco médio de exposição incluem aqueles que exigem contato frequente ou próximo com pessoas que podem estar infetadas ou suspeitas com COVID-19. Nas áreas onde o vírus foi identificado, incluindo trabalhadores que entraram em contato com o público.
3. Trabalhos de menor risco de exposição são os que não exigem contato com pessoas com infeção conhecida/suspeita ou contato próximo frequente com o público geral.

Além dos riscos dos trabalhadores considerados, o plano deve incluir as contingências que podem surgir durante os surtos (OSHA, 2020):

1. Aumento das taxas de absentismo do trabalhador;
2. A necessidade de distanciamento social, turnos de trabalho escalonados, operações de pequena dimensão, entrega remota de serviços e outras medidas de redução de exposições;
3. Opções essenciais para a realização das operações, com uma reduzida força de trabalho, incluindo o treino cruzado de trabalhadores em diferentes categorias para continuar as operações ou fornecer um aumento dos serviços;
4. Cadeias de abastecimento interrompidas ou entregas atrasadas.

Para Lyon & Popov (2020), o plano deve incluir uma equipa com responsabilidade multifuncional, capaz de orientar e supervisionar os protocolos do local de trabalho para controlar a propagação de doenças infecciosas. Deve incluir pessoas das diferentes dimensões, considerados membros-chave,

como os profissionais da administração, dos recursos humanos, dos recursos jurídicos, das operações, etc. Deverá ainda delinear as orientações sobre como a organização responderá à exposição e infecção dos funcionários, estabelecendo protocolos para a quarentena, testes médicos e procedimentos de retorno ao trabalho. Registos e relatórios das exposições relacionadas com o trabalho devem ser incluídas no plano, aderindo às normas públicas e os requisitos locais e nacionais.

Busellato *et al.* (2021) elaboraram cinco imperativos que impulsionam o sucesso do repensar das operações no novo normal:

1. Repensar a visão da cadeia de abastecimentos para permitir agilidade, foco no cliente e resiliência. Os processos e as prioridades devem estar alinhados com a procura. Reconfigurar a cadeia de abastecimento e a base de fornecimento para minimizar interrupções.
2. Integrar com os stakeholders construindo um relacionamento com base na confiança com as equipas comerciais, clientes e fornecedores.
3. Implementar e dimensionar digitalmente nas operações e nos processos, permitindo a eficiência, resiliência e agilidade. A tomada de decisão baseada em dados permite criar um sensor de procura, melhorando a previsão e conectando dados internos e externos.
4. Considerar os custos totais com uma perspetiva estratégica, incluindo sourcing, fornecimento e manutenção e não só o preço do produto.
5. Reimaginar as capacidades futuras através de novas formas mais eficazes. Organizar as capacidades de uma forma menos hierárquica e mais flexível, promove colaboração cruzada entre operações e outras unidades. As metas comuns conduzem ao sucesso e abraçando uma cultura em que a diversidade de visualizações leva a melhores decisões e resultados.

Francis (2020) refere também que todas as organizações de cuidados de saúde devem ter tempo para refletir nas lições aprendidas durante a pandemia COVID-19 e redefinir os seus planos ou direções estratégicas, para se preparar melhor para futuras crises. Assim, a Mayo Clinic enumera as seguintes lições aprendidas (Francis, 2020):

1. Desenvolver e atualizar planos de negócios contínuos e robustos: compreender a potencial disrupção do mercado conduz a uma resposta efetiva. Identificar onde os fornecedores fabricam os materiais e monitorizar as interrupções nessas áreas, agindo na primeira falha, impacta na disponibilidade. Divulgar os planos e atribuir responsabilidades à equipa – podem ser desenvolvidas internamente ou em parcerias entre organizações destinadas às compras.
2. Inculcar uma cultura ágil e inovadora na cadeia de abastecimentos: a inovação permite novos métodos de execução das estratégias, por exemplo, na manufatura dos EPIS, através de novas parcerias, fontes alternativas ou melhorando capacidades dentro da cadeia de abastecimento. Permite que a cadeia de abastecimento mude os recursos quando é mais necessário.

3. Desenvolver e alinhar as práticas avançadas de comunicação para a continuidade do negócio: Gerir quem precisa de ser informado sobre as mudanças de precaução, os protocolos de utilização de EPIS, ou outros temas (impacto financeiro, as licenças, reduções salariais, etc.). Os fortes relacionamentos colaborativos entre equipas são críticos para as mudanças.
4. Desenvolver e aderir a protocolos de EPIS: garantir a adesão ao protocolo desenvolvido para o uso de EPIS. É importante fornecer segurança no atendimento, contribuindo para a adesão aos recursos por parte dos prestadores de cuidados.
5. Aumentar a capacidade e os fornecedores: devem ser formadas parcerias criativas, por um lado através de investimentos financeiros e outros com base nos volumes de compras, em troca de garantias de disponibilidade quando necessário. Estabelecer contactos chave de liderança com os fornecedores é importante na resolução de problemas.
6. Investir em tecnologia analítica e de informação: a gestão bem-sucedida do stock pede o investimento em ferramentas de gestão de inventário e reabastecimento. Aumentar a transparência e visibilidade do pedido junto dos fornecedores é fundamental, compreendendo as metodologias de alocação implementadas entre distribuidores e fabricantes. Investir em equipas capazes de analisar dados e executar modelos associados às taxas de rotura para gerir eficazmente os inventários. A Mayo Clinic criou sistemas de planeamento eficiente de recursos em sourcing, procurement, pagamento de contas e operações.
7. Avaliar as estratégias de sourcing gerais: os produtos continuarão a ser fornecidos principalmente por países estrangeiros. A Mayo Clinic foi capaz de responder rapidamente a questões de sourcing pela referência cruzada de bancos de dados de produtos, realizado previamente à pandemia. A equipa de Análise de Valor da Qualidade Clínica (CQVA) fornece os parâmetros através dos quais os produtos alternativos são escolhidos. Coordenam com os vários stakeholders clínicos, logísticos, e gestores de procurement e sourcing para garantir que os produtos clinicamente eficazes são obtidos no tempo necessário.
8. Determinar o stock/modelo de distribuição: avaliar o modelo atual e determinar o quão bem ele funcionou durante a pandemia. A Mayo Clinic tem múltiplos modelos de distribuição que garantem o serviço just-in-time em algumas localizações, através da gestão central do stock em conjunto com a capacidade de alocar com base na procura.
9. Alcançar um equilíbrio entre o preço e a disponibilidade: a pressão financeira incentiva a política de economia de custos de criação de valor. Ainda que os contratos sejam baseados no preço e desempenho dos produtos, deve pesar na balança a disponibilidade e garantia de um fornecedor de confiança, mesmo que se pague mais pelo produto na troca dessas garantias.
10. Desenvolver relacionamentos governamentais/reguladores: A forma como a Mayo Clinic respondeu a determinadas questões relacionadas com a pandemia ou a necessidade de

assistência tornou-se mais facilitada pelo desenvolvimento de relacionamentos governamentais.

À medida que a pandemia diminui, serão retomadas completamente as operações e é necessário garantir que a cadeia de abastecimento está pronta para fornecer suporte ao longo do caminho.

Charles e Ewbank (2021) descrevem as prioridades que fornecem uma estrutura para ajudar a orientar a abordagem para a renovação. Baseiam-se nas evidências e experiências existentes, bem como nas lições da pandemia, para definir as ações que devem ser tomadas agora.

1. Colocar a força de trabalho no centro do palco: O impacto da pandemia no bem-estar da equipa não deve ser subestimado, dada a exaustão e ao aumento do stress. Os líderes do NHS desenvolveram uma estratégia nacional para a força de trabalho, o NHS People Plan, contendo algumas medidas para apoiar a saúde e o bem-estar dos funcionários.

O que pode ser feito?

- A. Melhorar o recrutamento e retenção para lidar com a escassez a curto e longo prazo, através de pagamentos mais atraentes, oportunidades de trabalho flexível e planos de carreira mais claros.
 - B. Apoiar o bem-estar da equipa. Permitir tempo, espaço e recursos para a recuperação dos profissionais, através de folgas extra, apoio psicológico e ambientes de trabalho de apoio.
 - C. Os líderes devem priorizar o desenvolvimento de culturas de compaixão, inclusão e colaboração para criar locais de trabalho de alta qualidade para a equipa.
2. Mudança radical nas desigualdades e na saúde da população;
 3. Reforma duradoura para assistência social;
 4. Reformular a relação entre as comunidades e os serviços públicos;
 5. Incorporar e acelerar a mudança digital. Houve um disparar da procura e do fornecimento de serviços de saúde digitais. Com o suporte de uma plataforma nacional, as consultas ambulatoriais em hospitais remotos também aumentaram. Explorar como essas mudanças rápidas nas formas de trabalhar e aceder aos cuidados têm um impacto nos pacientes e na equipa, incorporando padrões de interoperabilidade.

O que pode ser feito?

- A. Avaliar as abordagens e medidas tomadas durante a pandemia para a futura mudança digital. Inclui compreensão do impacto do ambiente mais permissivo para a inovação, abrangendo mudanças no financiamento, compras, governança e equipas.
- B. Infraestruturas e as ferramentas digitais precisam de ser construídas com transparência e envolvimento do público e da equipa de saúde.

- C. Tomar medidas para evitar que as tecnologias digitais consolidem ou ampliem as desigualdades em saúde. Será importante aprender com as iniciativas existentes que procuram abordar as desigualdades no acesso às habilidade e infraestrutura digital.

Brodie *et al.* (2020) propõe no seu artigo algumas sugestões interligadas a factos que influenciaram as empresas perante a pandemia:

1. Crises indeterminadas e com efeitos generalizados requerem soluções complexas, melhor realizadas quando o sistema multinível é autoajustável. Os esforços colaborativos podem ser facilitados e orientados através de um centro de coordenação estabelecido para uma crise.

Sugestões: Desenvolver um sistema de medição do ajuste da configuração organizacional para guiar os recursos e desenvolver capacidades e resiliência contra resultados adversos; certificar que os serviços são entregues de forma coordenada para levar a níveis mais elevados no futuro o desempenho e o bem-estar.

2. Recursos habilmente combinados num ambiente institucional responsivo, impulsiona as práticas para co-criar bem-estar positivo e superar resultados adversos. Compartilhar entre as partes interessadas fornece força coletiva e sinergias, produzindo resultados superiores.

Sugestões: Desenvolver processos de partilha do conhecimento; promover a integração científica e pesquisa biológica, levando a contenção e soluções; gerir os meios sociais e IT para comunicar informação;

3. A incerteza desencadeia ações de apoio e interrupções que permitem a complementaridade em práticas que podem gerar novas combinações de tarefas e criar novas ligações para co-criar bem-estar positivo e resultados adversos. As influências perturbadoras podem desencadear novas possibilidades de atividades que geram um nível superior de valor. Determinados produtos de consumo fundamental e com rotura mundial passaram a ser fabricados por indústrias que se readaptaram aquando do confinamento (ex.: produção de desinfetantes, mascaras faciais, epis, etc.)

Sugestões: Traduzir práticas de planeamento como o desenvolvimento de cenários, para identificar as ações necessárias para apoiar e proteger o sistema; Regras inequívocas e estruturadas ajudam os gestores a organizar, partilhar e entender os problemas, permitindo melhor absorção dos choques e recuperação da normalidade.

Capítulo 4. Análise Crítica

Os conceitos de 1ª ordem foram obtidos através das entrevistas realizadas, identificando a qual dos Hospitais (X ou Y) pertence. De cada agregação de conceitos surgem temas de 2ª ordem que compõem o agregado, intitulando-o. Por fim, assomam as Dimensões Agregadas que dão origem aos termos major identificados.

A Adaptabilidade Organizacional, adjacente à Reorganização da Rede e à Reconfiguração da Estrutura Física Hospitalar, surge na literatura associada à Flexibilidade Organizacional no sentido da inovação, da intercooperação e da iniciativa. Ainda que a definição se coadune com a associação feita neste estudo, a aprendizagem ocorrida ao longo dos principais momentos de mudança, conduziu, inevitavelmente, à necessidade de adaptação da organização. Neste sentido, a primeira necessidade sentida pelos elementos constituintes da Task Force, vem na direção da reformulação da estratégia da rede, diferenciando as suas unidades no combate à pandemia e redefinindo os serviços no sentido da segurança do cliente e dos profissionais.

A Cultura de Segurança, um dos elementos chave da gestão da pandemia no setor da saúde, associa-se diretamente aos Circuitos Hospitalares, onde a sua separação obriga à utilização de regras específicas, diminuindo o risco de contaminação de todos os envolvidos. Intimamente relacionada com a Cultura Organizacional, a Cultura de Segurança é definida por Stock & McFadden (2017) pelo produto de valores individuais e de grupo, atitudes, percepções, competências e padrões de comportamento que determinam o compromisso e o estilo e a proficiência e a gestão de saúde e segurança da organização. Assim, ainda que a Promoção da Clareza Contextual não faça parte dos conceitos descritos pelos autores sobre Cultura de Segurança, é fundamental que a comunicação estabelecida, a par da atuação da organização, seja célere e eficaz.

Kourtis *et al.* (2021) defendem que a eficiência deve ser complementada pela eficácia, pelo alinhamento interno e ambientes organizacionais externos através da estratégia apropriada, que irá fornecer eficácia. A eficiência é um meio que afeta as medidas económicas mais amplas. Assim, como complementado pelo estudo em causa, os fatores conjugados pela Readaptação Funcional dos Serviços, pelos Métodos de Gestão das Unidades e pela Sustentabilidade Financeira, dão origem à Eficácia e Eficiência das organizações de saúde que enfrentaram diretamente esta pandemia.

Uma das medidas melhor executadas e com melhores resultados, que proveio desta reforma, dirige-se ao projeto de transição das cirurgias de ambulatório, em que, após discussão multidisciplinar, foram definidos novos métodos de abordagem a cirurgias com necessidade de internamento, tornando-as cirurgias de ambulatório. É compreensível que, numa pandemia, seja fundamental a redução de contacto dos clientes com o meio hospitalar, evitando assim a contaminação cruzada e garantindo a integridade e a qualidade dos cuidados que são prestados aos clientes

Melhorar a prática clínica através da aprendizagem suportada por equipas multidisciplinares diferenciadas, conduz a práticas consistentes que promovem a melhor qualidade de cuidados. Este processo foi fundamental no decorrer da pandemia, dado o desconhecimento da doença que conduziu a necessidades de investigação, estudo e partilha entre grupos na busca das práticas com melhores resultados. Garantindo uma boa resposta clínica, garantimos, conseqüentemente, a recuperação do cliente, que induz a coesão interna das equipas. Na fase mais crítica, como reportado por um dos entrevistados “a satisfação de observar a melhoria dos pacientes tranquilizou as equipas”, criando maior harmonia e menor ansiedade, tanto nos elementos da linha da frente, como nos restantes que funcionavam como suporte. Assim, torna-se elementar a envolvência dos gestores e a capacitação das equipas. Efetivar as aprendizagens, dado a pouca preparação para situações inesperadas, assim como a pouca experiência com determinadas técnicas ou cuidados por parte dos profissionais de saúde, promove a resposta eficaz e, conseqüentemente, a consistência das práticas.

Segundo Fragata *et al.* (2006), o investimento tecnológico, os recursos humanos, a comunicação e sistemas de informação, a política de gestão de eventos adversos e as questões relacionadas com a equipa (liderança, distribuição de tarefas, gestão de tempo e de cansaço, comunicação, treino, protocolos de atuação na rotina e na incerteza, checklists e briefings) são as variáveis que condicionam o resultado da performance hospitalar.

Assim, as medidas enumeradas de Gestão de Recursos Humanos, ainda que criadas sob a pressão do momento e apesar de terem sido reformuladas e adaptadas ao longo dos momentos mais críticos, permitiram o sucesso do desempenho organizacional, ainda que o meio externo fosse um fator preditivo e condicionador. Segundo Carmeli *et al.* (2007), os profissionais que se identificam fortemente com a sua organização, vão realizar melhor as suas tarefas e tendem a tornar-se mais integrados no ajustamento dos membros, pois tendem a empenhar-se mais e apresentam um nível relativamente elevado da qualidade de desempenho.

Apesar da necessidade abrupta de cuidados de saúde causada pela pandemia, surgiu também uma crise de recursos que foi impactante para o desempenho de cada organização. Ainda que mencionada na literatura, a Gestão Logística evidenciou-se como um elemento fulcral nos resultados da instituição, uma vez que a sua indisponibilidade condicionava fortemente a prestação de cuidados aos doentes infetados. Por outro lado, a ausência de EPIS, por exemplo, condicionava a segurança dos prestadores de cuidados, comprometendo o seu desempenho e o bem-estar individual.

Hofstede (1997) definiu a cultura organizacional como a “programação coletiva mental que distingue os membros de um grupo ou categoria de outros e, conseqüentemente, a programação coletiva mental que distingue os membros de uma organização de outra”, descrevendo-a como:

holística, determinada historicamente, relacionada com estudos de antropologia, construída socialmente, suave e difícil de mudar.

Contudo, cada tipo de cultura tem características que contrastam e que partilham, incluindo a flexibilidade, que fomenta a coesão e empenho das pessoas. Por sua vez, os líderes tendem a estimular a participação, a apoiar o desenvolvimento e o trabalho em equipa, conduzindo à eficácia.

A forma como a instituição define a sua cultura, está intimamente relacionado com o suporte emocional que fornece aos seus colaboradores, estimulando os sentimentos de bem-estar, de participação e partilha de conhecimentos, construindo um sentimento de pertença. Por outro lado, a instituição distingue-se através de uma ação solidária, de interajuda, como foi o caso do apoio imediato ao Sistema Nacional de Saúde, sobretudo nos momentos mais críticos.

Capítulo 5. Projeto de Intervenção

5.1. Guideline de Intervenção em Contexto de Adversidade

Face ao diagnóstico realizado e aos resultados obtidos, após comparação com as boas práticas internacionais, este projeto de intervenção prevê uma aprendizagem e uma mitigação dos riscos. Pelo que se propõe um guideline de intervenção em contexto organizacional.

DEFINIÇÃO DA METODOLOGIA DE ABORDAGEM ADEQUADA

Tem como objetivo garantir a coerência e a execução do plano delineado, coordenando o trabalho a realizar entre todas as entidades envolvidas para o sucesso desta operação. A definição de uma cadeia de comando clara, proporciona consistência no plano de ação definido e, conseqüentemente, nos resultados obtidos.

1. CRIAÇÃO DA TASK FORCE

1.1. Identificação dos elementos-chave

O grupo deverá ser constituído por uma equipa multidisciplinar, que envolve elementos representativos da Comissão Executiva, priorizando a envolvência de todas as áreas de intervenção organizacional, nomeadamente: Gestão de Recursos Humanos, Direção de Comunicação, Direção Financeira, Qualidade e Segurança, Gestão de Risco, Conselho de Enfermagem, Conselho Médico, bem como os Serviços de Suporte (Compras e Logística, Farmácia, Operações, etc.).

1.2. Agendamento das sessões de trabalho

Planeamento adequado de sessões de trabalho diárias numa fase inicial, passando posteriormente a um agendamento programado de acordo com as necessidades.

2. DEFINIÇÃO DE PLANO DE COMUNICAÇÃO CLARO

- ✓ Criação de plano interno que corresponde ao meio de comunicação entre os elementos do grupo, através dos canais e dos contactos previamente definidos.
- ✓ Planeamento da comunicação externa, tanto com os grupos de apoio, como com os colaboradores da instituição e com os clientes. Cada objetivo de comunicação deverá corresponder a um público-alvo definido.
- ✓ Ter em conta aspetos particulares da mensagem a transmitir, através de determinados pontos-chave: mensagens concisas, claras e diretas; linguagem adequada ao respetivo público-alvo; Tom adequado ao objetivo.
- ✓ As informações devem ser tecnicamente corretas e suficientemente completas para apoiar as políticas e ações.
- ✓ As comunicações devem ser agendadas de acordo com um calendário previamente definido.
- ✓ Identificar os elementos representantes que serão responsáveis por definir e planear as informações internas passíveis de serem transmitidas à comunicação social.

3. SUSTENTABILIDADE FINANCEIRA

- ✓ Definição de estratégias de priorização de atividade clínica e financeira.
- ✓ Identificação de novas formas de receita, que permitam mitigar eventuais custos adicionais (ex. tarifas de segurança).
- ✓ Adaptação dos sistemas de informação, possibilitando a conversão das operações em indicadores de desempenho.

DEFINIÇÃO DE ABORDAGEM EM REDE

4. ESTRUTURA CENTRAL TÉCNICA

4.1. Criação de protocolos gerais

- ✓ Orientações sobre como a organização responderá a determinados constrangimentos (exemplo: infeções dos funcionários, protocolos de quarentena, procedimentos de retorno ao trabalho).
- ✓ Elaboração de instruções de trabalho, normas de utilização de materiais ou protocolos de execução de procedimentos necessários à situação adversa.

5. CRIAÇÃO DE SUB-GRUPOS LOCAIS

Com a função de articular os planos de execução entre a Task Force e as unidades da rede, de acordo com o plano aprovado e a gestão estratégica definida. Grupo orientador enquadrado em cada instituição, constituído igualmente por uma equipa multidisciplinar (gestores, médicos, enfermeiros, farmacêuticos, técnicos de diagnóstico e terapêutica, etc.).

5.1. Elaboração de plano de ação para cada unidade da rede

Após a decisão estratégica avançada pela Task Force, o grupo de apoio de cada unidade hospitalar deverá elaborar um plano de ação interno, seguindo as linhas orientadoras pré-definidas. Possibilidade de separação das unidades consoante, por exemplo, a área de intervenção. Os planos podem necessitar de reajustes ao longo do tempo, mediante as fases de adversidade ou gravidade da situação.

5.2. Criação de Planos de Comunicação internos

- ✓ À semelhança do plano de comunicação elaborado pela Task Force, cada instituição, liderada pelo respetivo grupo de apoio, deverá criar, implementar e avaliar o plano de comunicação interno, dirigido, principalmente, aos colaboradores da instituição.
- ✓ O objetivo principal é a partilha de informação mais concreta e dirigida à realidade local.
- ✓ Omitir especulações, interpretação excessiva de dados, avaliações excessivamente confiantes de investigações.

5.3. Planos de formação

- ✓ Criação de planos de formação específicos sobre temas adequados à realidade e que farão parte das funções desempenhadas pelos colaboradores da linha da frente. (Ex.: utilização de EPIS, novos materiais de suporte ventilatório, etc.).
- ✓ Educar os profissionais de saúde e a equipa de saúde sobre estratégias apropriadas para reconhecer a doença e implementar medidas de controlo.
- ✓ Criação de planos de formação transversais a todos os colaboradores e que darão suporte aos novos métodos adotados pela organização, perante a situação adversa.

DEFINIÇÃO E IMPLEMENTAÇÃO LOCAL

6. REVISÃO E EVENTUAL AJUSTE HOSPITALAR

6.1. Restruturação progressiva dos espaços e circuitos

- ✓ Optar por ações flexíveis, implementadas através de pequenos passos e com planos de ação alternativos pensados, em caso de necessidade.
- ✓ Readequação dos circuitos internos consoante as áreas de necessidade, envolvendo tanto dos espaços como dos trajetos dos utentes contaminados e não contaminados. Deverão ser considerados os doentes com maior fragilidade (ex.: imunodeprimidos), criando um circuito próprio que assegure a sua proteção.
- ✓ Separação dos circuitos de acesso e de circulação dos profissionais de saúde e dos clientes.
- ✓ Transformação dos espaços consoante a necessidade.
- ✓ Os ambientes devem ter flexibilidade e capacidade de reajuste suficiente, que permitam serem transformados e convertidos em unidade de apoio como UCIP, isolamentos, espaços de triagem, internamentos, etc.

6.2. Readaptação da restante atividade

- ✓ Reorganização das slots de exames e dos médicos distribuídos, alterando, se necessário, os tempos entre exames.
- ✓ Reprogramação da atividade de ambulatório, priorizando consoante a determinação de urgência clínica.
- ✓ Transição da atividade sob contexto de internamento, para atividade em ambulatório, quando possível.
- ✓ Transição total ou parcial para o regime de teleconsultas ou monitorização domiciliária.

7. GESTÃO LOGÍSTICA

7.1. Gestão do stock

- ✓ Definir o limite de capacidade mínima de material/equipamentos que a instituição deve ter.
- ✓ Investir em tecnologia analítica e de informação através de ferramentas de gestão de inventário e reabastecimento.
- ✓ Aumentar a transparência e visibilidade do pedido junto dos fornecedores para compreender as metodologias de alocação implementadas entre distribuidores e fabricantes.
- ✓ Investir em equipas capazes de analisar dados e executar modelos associados às taxas de rotura para gerir eficazmente os inventários.
- ✓ Ponderar múltiplos modelos de distribuição que garantem o serviço just-in-time em algumas localizações, através da gestão central do stock em conjunto com a capacidade de alocar com base na procura.

7.2. Gestão da cadeia de abastecimentos

- ✓ Reconfigurar a cadeia de abastecimentos e a base de fornecimento para minimizar interrupções.
- ✓ Considerar os custos totais estrategicamente e não apenas o preço do produto, incluindo sourcing, fornecimento e manutenção.
- ✓ Identificar onde os fornecedores fabricam os materiais e monitorizar as interrupções nessas áreas, agindo na primeira falha. Poderá ser desenvolvido internamente ou em parcerias entre organizações destinadas às compras.

8. GESTÃO DOS RECURSOS HUMANOS

8.1. Redistribuição de elementos pelas unidades

- ✓ Ponderar a alocação de recursos humanos a áreas de maior necessidade, de acordo com as experiências prévias dos colaboradores.
- ✓ O encerramento de atividade em determinados serviços ou hospitais, permite a disponibilização de recursos para as áreas mais sobrecarregadas.

8.2. Contratação e criação de medidas de retenção e recrutamento

- ✓ Repensar nos pagamentos mais atraentes, que podem passar por complementos aos trabalhadores da linha da frente.
- ✓ Encontrar oportunidades de trabalho mais flexíveis e planos de trabalho mais claros.

8.3. Criação de medidas de suporte aos profissionais

- ✓ Permitir tempo, espaço e recursos para recuperação.
- ✓ Ponderar folgas extra e acesso ao apoio psicológico.
- ✓ Adotar uma cultura de compaixão, inclusão e colaboração para criar locais de trabalho de alta qualidade.
- ✓ Facultar apoio emocional aos colaboradores através de psicologia e psiquiatria quando identificada necessidade.
- ✓ Criação de vigilância da saúde mental dos profissionais de saúde.

8.4. Métodos de gestão e liderança

- ✓ Optar por turnos de trabalho escalonados ou em espelho.
- ✓ Devem ser desenvolvidos processos de partilha do conhecimento entre profissionais, gerindo os meios de comunicação entre equipas de trabalho. Recorrer a regras claras e estruturadas para ajudar os gestores a organizar, partilhar e entender os problemas.
- ✓ Organizar as capacidades de uma forma menos hierárquica e mais flexível, promovendo a colaboração cruzada entre operações e outras unidades.

9. LIDERANÇA E INOVAÇÃO

9.1. Liderança

As novas exigências conduzem à necessidade de adquirirem novas competências em: gestão da ambidextria organizacional, gestão da diversidade, gestão da cultura de segurança e fiabilidade, gestão de emoções, domínio das tecnologias digitais, cognitivas e da inteligência artificial.

- ✓ Desenvolver planos de preparação através de treinos, simulações, exercícios de resposta e sessões de lições aprendidas.
- ✓ Planear e instituir cursos de mindfulness dirigidos aos líderes.
- ✓ Colocar os líderes em diferentes situações e condições, através de simulação, para construir a capacidade e a experiência de comunicar em condições mais adversas.

9.2. Inovação

- ✓ Incutir uma cultura ágil e inovadora na cadeia de abastecimentos, através de novas parcerias, fontes alternativas ou melhorando capacidades dentro da cadeia de abastecimento, mudando os recursos quando é mais necessário.
- ✓ Avalie a segurança cibernética do sistema de saúde e desenvolva planos alternativos para qualquer incidente cibernético.
- ✓ Encontrar métodos de resposta mais adequados para as mudanças no comportamento dos clientes.
- ✓ Explorar a mudança existente no mercado, face à nova atualidade.
- ✓ Adotar os métodos de presença remota em diversos eventos.
- ✓ Disponibilizar cursos de bem-estar através de opções criativas.

Para a implementação da guideline desenvolvida, é fundamental o envolvimento dos líderes das equipas de trabalho, que farão parte integrante deste novo procedimento. Para o efeito prevê-se a realização de ações de formação específicas para cada um (líderes e membros das equipas), incluindo tanto sessões mais teóricas de esclarecimento do projeto, como sessões práticas e de simulação, que sejam fundamentais para o correto desempenho das intervenções projetadas.

5.2. Checklist de validação dos resultados esperados

De acordo com a literatura e com os resultados obtidos através da investigação realizada, é importante a adopção de um conjunto de estratégias para mitigar o impacto causado nas operações, provocado pelas situações adversas. Os principais critérios estão descritos no projeto supra-elaborado e, de forma a consolidar o projeto, criou-se uma checklist de validação dos resultados esperados, que suporta e orienta a intervenção da Task Force perante uma futura situação adversa. Este instrumento é apresentado posteriormente na figura 5.1.

	TEMA	SUB-TEMA	S/N	OBSERVAÇÕES
DEFINIÇÃO DA METODOLOGIA DE ABORDAGEM ADEQUADA	Criação da Task Force	Identificação dos elementos-chave.		
		Agendamento das sessões de trabalho diárias.		
		Agendamento das sessões de trabalho de ____ em ____ dias.		
	Plano de comunicação	Criação de plano de comunicação interno, dirigido à Task Force.		
		Elaboração de plano de comunicação interno, dirigido aos colaboradores.		
		Criação de plano de comunicação externo, dirigido aos clientes e órgãos de comunicação social.		
		Planeamento das comunicações a realizar.		
		Identificar os representantes que se ocuparão da gestão e transmissão da informação pertinente à comunicação social.		
	Sustentabilidade Financeira	Definir estratégias de priorização da atividade clínica e financeira.		
		Identificar novas formas de receita.		
		Identificação de novos custos.		
		Elaboração de indicadores de desempenho adequados à realidade.		
	DEFINIÇÃO DE ABORDAGEM EM REDE	Estrutura central técnica	Criação de protocolos gerais.	
Construção de instruções de trabalho adequadas aos factos.				
Criação de sub-grupos locais		Elaboração de plano de ação para cada unidade da rede.		
		Criação de Planos de Comunicação internos.		
		Estruturação de planos de formação específicos e gerais.		

	TEMA	SUB-TEMA	S/N	OBSERVAÇÕES
DEFINIÇÃO E IMPLEMENTAÇÃO LOCAL	Revisão e eventual ajuste hospitalar	Restruuturação progressiva dos espaços e circuitos.		
		Readaptação da restante atividade.		
	Gestão Logística	Gestão do stock.		
		Gestão da cadeia de abastecimento.		
	Gestão dos Recursos Humanos	Redistribuição de elementos pelas unidades.		
		Contratação e criação de medidas de retenção e recrutamento.		
		Criação de medidas de suporte aos profissionais.		
		Métodos de gestão e liderança.		
	Liderança e Inovação	Desenvolver planos de preparação através de treinos, simulações, etc.		
		Criação de cursos de mindfulness para líderes.		
		Criação de culturas ágil com construção de novas parcerias dentro da cadeia de abastecimentos.		
		Desenvolver planos para possíveis incidentes cibernéticos.		
		Adotar métodos de presença remota, tanto para o trabalho como para a presença em eventos.		
		Disponibilização de cursos criativos de bem-estar aos colaboradores.		

Figura 5.1: Checklist dos resultados esperados.

5.3. Avaliação do projeto

Para avaliar o projeto elaborado, é importante a criação de um processo de auditoria interna ou a sua integração em processos já existentes, avaliando o projeto, através de um instrumento que permita a validação da implementação deste guideline para a mitigação dos respetivos problemas. Através da grelha apresentada na figura 5.2, é possível a análise da conformidade das ações descritas pela guideline, identificando através do termos: Cumpre (“Cumpre”), Não Cumpre (“N/ Cumpre”) e Não Aplicável (“N/A”).

Nº	CONFORMIDADE	CUMPRE	N/ CUMPRE	N/A	OBSERVAÇÕES
Criação da Task Force					
1	Identificação dos elementos-chave, priorizando a envolvimento de todas as áreas de intervenção organizacional.				
2	Agendamento das sessões de trabalho diárias.				
3	Agendamento das sessões de trabalho de ____ em ____ dias.				
Plano de comunicação					
4	Criado plano interno de comunicação entre os elementos da Task Force.				
5	Planeamento da comunicação externa com os grupos de apoio, como os colaboradores da instituição e com os clientes.				
6	Mensagens concisas, claras e diretas; linguagem adequada ao respetivo público-alvo; Tom adequado ao objetivo.				
7	Informações tecnicamente corretas e suficientemente completas para apoiar as políticas e ações.				
8	Comunicações agendadas de acordo com um calendário.				
9	Identificados os elementos responsáveis por definir e planear as informações internas que serão transmitidas à comunicação social.				
SUSTENTABILIDADE FINANCEIRA					
10	Definidas estratégias de priorização de atividade clínica e financeira.				
11	Identificação de novas formas de receita.				
12	Conversão das operações em indicadores de desempenho.				

Nº	CONFORMIDADE	CUMPRE	N/ CUMPRE	N/A	OBSERVAÇÕES
Estrutura Central Técnica					
13	Orientações sobre como a organização responderá a determinados constrangimentos.				
14	Elaboradas de instruções de trabalho, normas de utilização de materiais ou protocolos de execução de procedimentos.				
CRIAÇÃO DE SUB-GRUPOS LOCAIS					
15	Elaborado plano de ação interno para cada unidade da rede.				
16	Criado, implementado e avaliado plano de comunicação interno, dirigido aos colaboradores da instituição.				
17	Comunicações internas sem especulações, interpretação excessiva de dados ou avaliações excessivamente confiantes de investigações.				
18	Criados planos de formação específicos sobre temas adequados à realidade para os profissionais da linha da frente.				
19	Realizadas formações que permitam os profissionais de saúde reconhecer a doença e implementar medidas de controlo.				
20	Criados planos de formação transversais a todos os colaboradores e que darão suporte aos novos métodos adotados pela organização.				
REVISÃO E EVENTUAL AJUSTE HOSPITALAR					
21	Adoção de ações flexíveis, implementadas através de pequenos passos e com planos de ação alternativos pensados.				
22	Readequados os circuitos internos consoante as áreas de necessidade, envolvendo tanto dos espaços como dos trajetos dos utentes contaminados e não contaminados, considerando os doentes com maior fragilidade.				
23	Separados os circuitos de acesso/circulação dos profissionais e dos clientes.				
24	Ambientes flexíveis e com capacidade de reajuste suficiente, que permite serem transformados e convertidos em unidade de apoio.				
25	Reorganizadas slots de exames e dos médicos distribuídos, com alteração do tempo de exame se necessário.				
26	Reprogramada atividade de ambulatório, priorizando consoante a determinação de urgência clínica				
27	Transitada atividade convencional, para atividade em ambulatório, quando possível				
28	Realizada transição total ou parcial para o regime de teleconsultas ou monitorização domiciliária				

Nº	CONFORMIDADE	CUMPRE	N/ CUMPRE	N/A	OBSERVAÇÕES
GESTÃO DO STOCK					
29	Definido o limite de capacidade mínima de material/equipamentos que a instituição deve ter.				
30	Investir em tecnologia analítica e de informação com ferramentas de gestão de inventário e reabastecimento.				
31	Pedidos transparentes e visíveis junto dos fornecedores.				
32	Análise de dados e execução de modelos associados às taxas de rotura.				
33	Ponderados modelos de distribuição que garantem o serviço just-in-time.				
GESTÃO DE CADEIAS DE ABASTECIMENTO					
34	Reconfigurada a cadeia de abastecimentos e a base de fornecimento para minimizar interrupções.				
35	Considerados os custos totais e não apenas o preço do produto, incluindo sourcing, fornecimento e manutenção.				
36	Identificado onde os fornecedores fabricam os materiais e monitorizadas as interrupções nessas áreas.				
GESTÃO DE RECURSOS HUMANOS					
37	Alocados os recursos humanos a áreas de maior necessidade, de acordo com as experiências prévias.				
38	Aplicação de complementos aos trabalhadores da linha da frente.				
39	Encontradas oportunidades de trabalho flexíveis e planos de trabalho mais claros.				
40	Permissão de tempo, com folgas extra, espaço e recursos para recuperação.				
41	Adotada cultura de compaixão, inclusão e com locais de trabalho de alta qualidade.				
42	Facultado acesso a apoio psicológico.				
43	Criadas medidas de vigilância da saúde mental dos profissionais de saúde.				
44	Adaptação dos turnos de trabalho escalonados ou em espelho.				
45	Criados processos de partilha do conhecimento entre profissionais, gerindo os meios de comunicação entre equipas de trabalho.				
46	Adoptadas regras claras e estruturadas que ajudam os gestores a organizar, partilhar e entender os problemas.				

Nº	CONFORMIDADE	CUMPRE	N/ CUMPRE	N/A	OBSERVAÇÕES
LIDERANÇA E INOVAÇÃO					
47	Desenvolvidos planos de preparação através de treinos, simulações, exercícios de resposta e sessões de lições aprendidas.				
48	Planeados e instituídos cursos de mindfulness dirigidos aos líderes.				
49	Incutida uma cultura ágil e inovadora na cadeia de abastecimentos, através de novas parcerias, fontes alternativas ou melhorando capacidades dentro da cadeia de abastecimento.				
50	Avaliada a segurança cibernética do sistema de saúde e desenvolvidos planos alternativos para qualquer incidente cibernético.				
51	Explorada mensalmente a mudança existente no mercado.				
52	Adotados métodos de presença remota em diversos eventos.				

Figura 5.2: Plano de Auditoria da Guideline de Intervenção em Contexto de Adversidade.

Conclusão

A pandemia COVID-19, perante a sua imprevisibilidade, tornou-se num momento de enormes mudanças, no entanto, também de profundas reinvenções. A mudança, quando acompanhada de aprendizagem, conduz à reinvenção de métodos, processos, procedimentos, pensamentos e tantas outras ferramentas essenciais à estrutura de uma organização.

Busellato *et al.*, 2021 defendem que as organizações podem aplicar as lições que aprenderam durante a pandemia, repensando e remodelando operações. O objetivo é ir além do desafio da eficiência de custos e incluir a resiliência como um impulsionador das operações. A digitalização e a integração com os stakeholders, fornecem a base para a construção de operações mais resilientes. Organizações de sucesso ganharão a habilidade de responder às mudanças nas condições com maior velocidade e agilidade, mitigando o impacto de eventos inesperados.

Contudo, torna-se imprescindível que qualquer organização componha um plano de ação estruturado e baseado em todo o processo vivenciado, criando novas estratégias de aprendizagem e preparação, não só dos profissionais da linha da frente, mas também dos outros tantos que suportam as suas funções. Idealizar um plano de ação onde se aproveitam as melhores estratégias utilizadas e se introduzem muitas outras que estão descritas na literatura como fatores de sucesso para o desempenho organizacional, é fundamental para lidar com futuras situações.

As organizações bem-sucedidas terão de passar, cada vez mais, de estruturas hierárquicas para modelos mais colaborativos e em rede, ancoradas em estruturas flexíveis e suportadas numa liderança caracterizada pela capacidade de continuamente aprender, adaptar-se e desafiar os seus próprios modelos conceptuais e operacionais de sucesso (Nascimento, 2020).

Os sistemas de saúde são complexos e adaptativos, contendo inúmeras variáveis dinâmicas que implicam maior complexidade à medida que evoluem. Os métodos de gestão destas mudanças devem ser igualmente flexíveis e de rápida adaptação, conduzindo a um maior valor dos processos.

Assim, as práticas de gestão desatualizadas precisam de ser substituídas por uma liderança de carácter holístico. Os deveres e as responsabilidades dos gestores e dos líderes devem ser esclarecidos, atualizando a progressão na carreira dos profissionais de saúde, com possibilidade de progressão para a área da gestão. Por outro lado, a par das equipas, também os seus gestores devem submeter-se a atualização de conhecimentos, preparando-os para situações semelhantes à vivida.

Leite *et al.* (2020) expõem a necessidade de elaboração de pesquisa de investigação nas áreas de gestão da procura em saúde, aferindo melhores práticas no período de bloqueio e no que diz respeito à resiliência em saúde. Outra área de interesse de pesquisa advém de como as organizações de saúde

colaboram com outras indústrias (públicas e privadas) para desenvolver soluções customizadas para o tratamento de doentes COVID-19.

Perante toda a investigação desenvolvida e depois de analisados os documentos, realça-se fortemente a necessidade de, como Gestores de Produção de uma organização de saúde, considerar os aspetos mais relevantes e de maior impacto como a gestão das stocks e das cadeias de abastecimento, a gestão dos recursos humanos com forte impacto na gestão das equipas e na liderança. Como fonte principal da Gestão Hospitalar, as operações devem ser entendidas como um todo, incluindo toda a atenção e dedicação nas áreas de maior impacto acima mencionadas. Ainda que a gestão da atividade seja fundamental, a literatura e a experiência vivida por esta organização alertam-nos para a necessidade de priorizar na nossa abordagem, os recursos que fazem parte da estratégia de ação desenvolvida, quer os humanos, quer os materiais.

Desta forma, uma das maiores aprendizagens encontradas ao longo deste processo, é a necessidade imprescindível de mitigação dos riscos futuros, criando-se, assim, um guideline que prevê a integração de todos os conceitos fundamentais à gestão eficaz e eficiente de uma situação adversa, comportando todas as áreas decisivas e as intervenções necessárias ao sucesso. Como ferramentas de apoio, foi igualmente elaborada uma checklist de acompanhamento, que permite salvaguardar todos os passos inerentes. Por outro lado, como método de avaliação e verificação das atividades realizadas, foi construído um instrumento de auditoria ao processo, que poderá ser realizado por uma equipa específica e destinada ao efeito, ou incorporada em processos de auditoria já existentes na instituição.

A maior valia deste processo reside na reestruturação das operações de uma forma detalhada, organizada e estratégica, garantindo a sustentabilidade da organização a curto e a longo prazo, uma vez as situações de adversidade podem permanecer por tempo incerto e com um grau de severidade oscilante e indefinido.

Referências Bibliográficas

- Bernardino, M. (2020). Gestão em Saúde: Organização interna dos serviços. *Edições Almedina*. ISBN: 978-972-40-7121-3
- Brodie, R., Ranjan, K., Verreynne, M., Jiang, Y. & Previte, J. (2020). Coronavirus crisis and health care: learning from a service ecosystem perspective. *Journal of Services Theory and Practice*. 31. 225-246. DOI: 10.1108/JSTP-07-2020-0178
- Busellato, N., Drentin, R., Kishore, S., Nair, S., Schlichter, M. & Singh, A. (2021). Rethinking operations in the next normal. McKinsey & Company. <https://www.mckinsey.com/business-functions/operations/our-insights/rethinking-operations-in-the-next-normal>
- Carmeli, A., Gilat, G. & Waldman, D. (2007). The Role of Perceived Organizational Performance in Organizational Identification, Adjustment and Job Performance. *Journal of Management Studies*. DOI: 10.1111/j.1467-6486.2007.00691
- Charles, A. & Ewbank, L. (2021) The road to renewal: five priorities for health and care. The King's Fund. <https://www.kingsfund.org.uk/publications/covid-19-road-renewal-health-and-care>. 8 Abril 2021
- Christianson, M., Sutcliffe, K., Miller, M. & Iwashyna, T. (2011). Becoming a high reliability organization. *Critical Care*. 15 (314). DOI:10.1186/cc10360
- Comite, U. (2020, June 7) From Health Care Services to Healthcare Profiling within the COVID-19 Emergency: The Role of the Health Quality Impact Assessment inside the Local Health Unit. *European Research Studies Journal*. 23 (3). pp. 475-507
- Conselho Nacional de Saúde (2020). Portugal e a resposta à COVID-19: a posição do conselho nacional de saúde e o contributo das entidades que o constituem.
- Creswell, J. (2007) Projeto de pesquisa: Métodos qualitativo, quantitativo e misto. Artmed Editora. 2ª Edição. ISBN: 0-7619-2442-6
- Fragata, J., França, M., Fragata, I., Bilbao, M., Ferreira, S., Santos, R., Barros & Barros, P. (2006). Risco clínico: complexidade e performance. Coimbra, Almedina. ISBN: 9789724028354
- Francis, J. (2020). COVID-19: Implications for Supply Chain Management. *Frontiers of Health Services Management*. 37, 33-38. DOI: 10.1097/HAP.0000000000000092
- Frow, P., McColl-Kennedy, J., Payne, A. & Govind, R. (2019). Service ecosystem well-being: conceptualization and implications for theory and practice. *European Journal of Marketing*. 53(12). pp. 2657-2691. DOI: 10.1108/EJM-07-2018-0465
- Govindan, K., Mina, H. & Alavi, B. (2020). A decision support system for demand management in healthcare supply chain considering the pandemic outbreaks: a case study of coronavirus disease 2019 (COVID-19). *Transportation Research Part E: Logistics and Transportation Review*. DOI: 10.1016/j.tre.2020.101967
- Gioia, D., Corley, K. & Hamilton, A. (2012). Seeking Qualitative Rigor in Inductive Research: Notes on the Gioia Methodology. *Organizational Research Methods*. 16 (1). DOI: 10.1177/1094428112452151

- Halcomb, E., McInnes, S., Williams, A., Ashley, C., James, S., Fernandez, R. & Calma, K. (2020), "The experiences of primary healthcare nurses during the COVID-19 pandemic in Australia", *Journal of Nursing Scholarship*, Vol. 52 No. 5, pp. 553-563
- Jovanović, A., Klimek, P., Renn, O., Schneider R., Øien, K., Brown, J., DiGennaro, M., Liu, Y., Pfau, V., Jelić, M., Rosen, T., Caillard, B., Chakravarty, S. & Chhantyal, P. (2020). Assessing resilience of healthcare infrastructure exposed to COVID-19: emerging risks, resilience indicators, interdependencies and international standards. *Environment Systems and Decisions*. 40. 252-286. DOI: 10.1007/s10669-020-09779-8
- Kourtis, M., Curtis, P., Hantias, M. & Kourtis, E. (2021) A Strategic Financial Management Evaluation of Private Hospitals' Effectiveness and Efficiency for Sustainable Financing: A Research Study. *European Research Studies Journal*. 1, 1025-1054.
- Leite, H., Lindsay, C. & Kumar, M. (202). COVID-19 outbreak: implications on healthcare operations. *The TQM Journal*. 33 (1). pp. 247-256. DOI: 10.1108/TQM-05-2020-0111.
- Lyon, B. & Popov, G. (2020). The role of risk management with Covid-19 & Its impacts on pandemics. *Professional Safety Journal*. 65 (12). ASSE-20-12-32.
- Marin-Garcia, J., Garcia-Sabater, J., Maheut, A. & Garcia-Sabater, J. (2020). Operations Management at the Service of Health Care Management: Example of a Proposal for Action Research to Plan and Schedule Health Resources in Scenarios Derived from the COVID-19 Outbreak. *Journal of Industrial Engineering and Management*. 13 (2). 213-227. DOI: 10.3926/jiem.3190
- Nascimento, G. (2020) Estratégias de Liderança em tempo de COVID-19. Executiva. Disponível em: https://executiva.pt/estrategias-lideranca-tempo-covid-19/#_ftnref1
- OSHA. (2020). Guidance on preparing workplaces for COVID-19. U.S. Department of Labor. 3990-03-2020. www.osha.gov/sites/default/files/publications/OSHA3990.pdf
- Pihlainen, V., Kivinen, T. & Lammintakanen, J. (2019). Perceptions of future hospital management in Finland. *Journal of Health Organization and Management*. 33 (5). pp. 530-546. DOI: 10.1108/JHOM-02-2018-0045
- Polonsky, M. (2019). High-Reliability Organizations: The Next Frontier in Healthcare Quality and Safety. *Journal of Healthcare Management*. 64 (4). DOI: 10.1097/JHM-D-19-00098
- Ralha, J. (2020). Da gestão, em Saúde. *Edições Sílabo*. 1ª Edição. ISBN: 978-989-561-044-0.
- Savage, D., Melnyk, S., Harrison, N. & Wechtler, S. (2021). A collaborative approach to maintaining optimal inventory and mitigating stockout risks during a pandemic: capabilities for enabling health-care supply chain resilience. *Journal of Humanitarian Logistics and Supply Chain Management*, 11, 248-271; DOI: 10.1108/JHLSCM-07-2020-0061
- Shufutinsky, A., DePorres, D., Long, B. & Sibel, J. (2020). Shock Leadership development for the modern era of pandemic management and preparedness. *The International Journal of Organizational Innovation*. 13 (1).
- Stoller, J. (2020). Reflections on leadership in the time of COVID-19. *BMJ Leader*. doi:10.1136/leader-2020-000244.

- Stock, G. & McFadden, K. (2017) Improving service operations: linking safety culture to hospital performance. *Journal of Service Management*. 28 (1). DOI: 10.1108/JOSM-02-2016-0036
- Wu, A. W., Connors, C. & Everly Jr., G. S. (2020). COVID-19: Peer Support and Crisis Communication Strategies to Promote Institutional Resilience. *American College of Physicians*. 172, 822-824. DOI:10.7326/M20-1236;
- World Health Organization (2021). COVID-19 February – June progress report.
- Woods, J. & Rangachari, P. (2020, June 15). Preserving Organizational Resilience, Patient Safety, and Staff Retention during COVID-19 Requires a Holistic Consideration of the Psychological Safety of Healthcare Workers. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17. <https://doi.org/10.3390/ijerph17124267>
- Yin, R. (2009) Case Study Research: Design and Methods. SAGE Publications. 4ª Edição. ISBN 978-1-4129-6099-1

Anexos

ANEXO 1. Processo de gestão de risco associado aos métodos

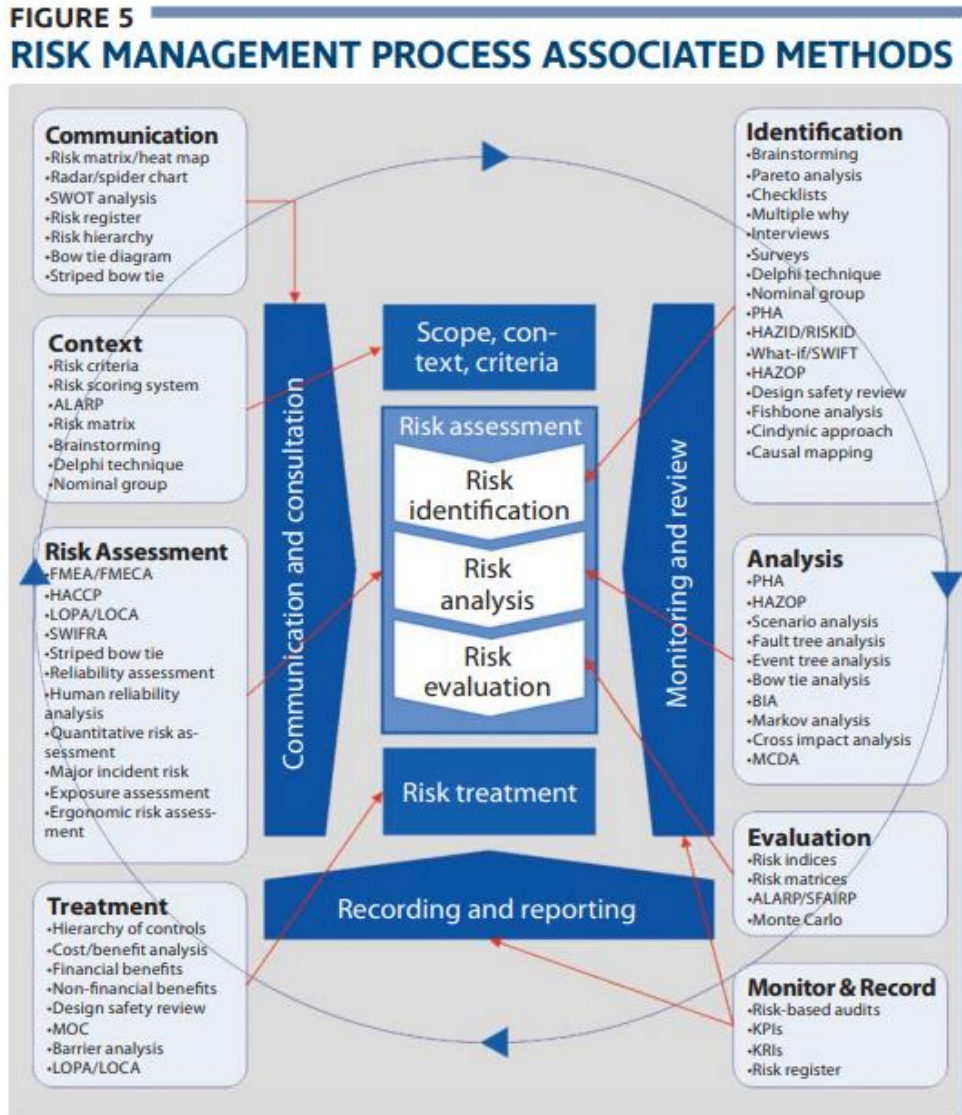


Figura 1.1: Representação do processo de gestão do risco: “Técnicas para Práticas de Segurança” elaborado por Lyon & Popov, 2020.

ANEXO 2. Radar de Risco das duas fases pandêmicas

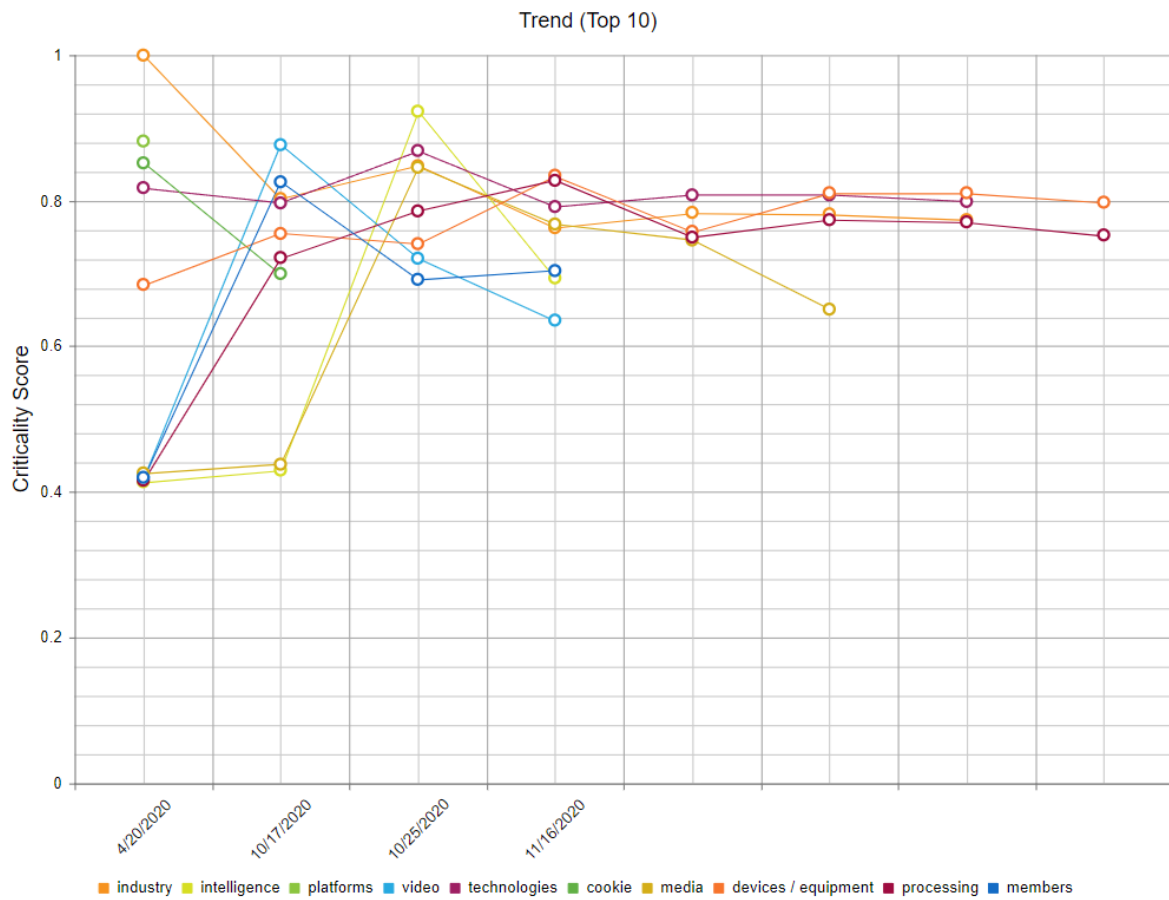


Figura 2.1: Representação do Radar de Risco entre Março 2020 e Julho 2021, desenvolvido por Steinbeis R-Tech and EU-VRi. Disponível em: <https://www.risk-technologies.com/>

ANEXO 3. Representação do agrupamento dos pacientes mediante os estágios da doença e o tempo de duração

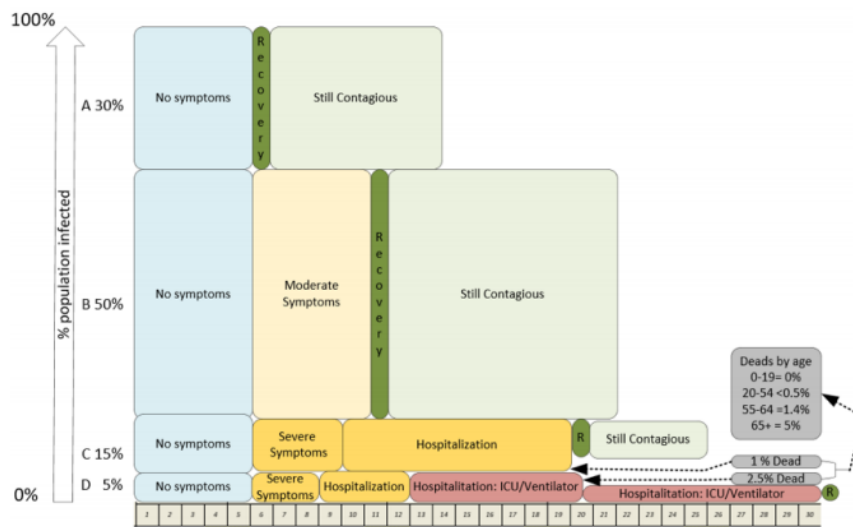


Figura 3.1: Progresso típico de um doente com COVID-19 elaborado por Marin – Garcia et al., 2020. O gráfico 1 elaborado pelos autores segundo os dados do sistema de saúde de Valência, permitem avaliar a progressão da doença, bem como as necessidades ao longo da pandemia. Os dados da figura indicam que 20% da população infectada e estudada exige hospitalização com uma média de tempo de internamento de duas semanas. Outras avaliações poderão ser feitas, sobretudo cálculos relacionados com a necessidade de leitos hospitalares ou a estimativa de infectados perante a disponibilidade hospitalar, traduzindo dados sobre a sobrecarga do sistema. Dadas as peculiaridades da doença, a evolução e duração de cada surto, bem como a forma como vai ser tratado, será diferente entre cada unidade cuidados de saúde. Assim, os departamentos devem ter um plano de contingência que lhes permita antecipar o número de pacientes que irão requerer cuidados e a sua distribuição ao longo do tempo. (Marin - Garcia et al., 2020)

ANEXO 4. Modelo de Desenvolvimento de Liderança de Choque

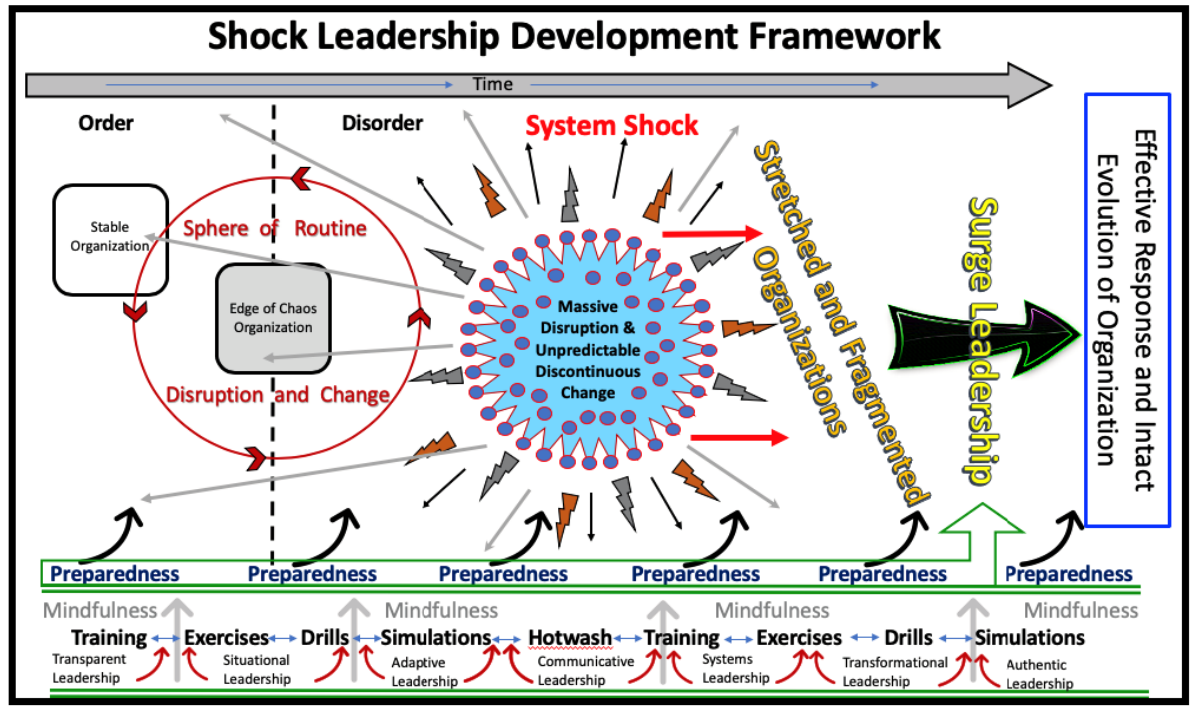


Figura 4.1: Representação do Modelo de Desenvolvimento de Liderança de Choque, elaborado por Shufutinsky *et al.* (2020)

ANEXO 5. Guião de Entrevista

- I) Esta entrevista integra um conjunto de métodos de colheita de dados necessários à elaboração da minha Tese de Mestrado em Gestão de Empresas no ISCTE Business School. “Gestão de produção em contexto pandémico” é o tema principal da minha investigação, onde pretendo estudar, num estadio inicial, a revisão literária do contexto, e à posteriori, os acontecimentos e as decisões ocorridas nesta instituição que motivaram o plano de ação delineado e executado.
- II) O conteúdo da entrevista é de carácter confidencial e anónimo.
- III) Dada a necessidade posterior de análise da informação fornecida, peço autorização para a gravação da mesma.

IV) ENTREVISTA

Reportando a entrevista à primeira fase pandémica (Fase I⁹):

- 1) Aquando da instalação da pandemia no nosso país (Março 2020) e reportando esse momento como Fase I, quais foram os principais pontos de ação estratégica da rede?
- 2) Particularizando à instituição, foi elaborado um plano de ação específico?
- 3) Quais as lições aprendidas no decorrer da Fase I e qual o impacto na organização?

Reportando a entrevista à primeira fase (Fase II¹⁰):

- 4) Já na Fase II (e apesar de mais nefasta no que diz respeito à incidência), houve alguma mudança de estratégia de rede? E da instituição?
- 5) Quais as lições aprendidas no decorrer da Fase II e qual o impacto na organização?
- 6) Como gestor de produção serão, certamente, vários os focos de responsabilidade. Elegendo dois dos mais afetados na crise vivida, os recursos humanos e matérias, qual foi, para si, o que mais o desafiou perante a adversidade?
- 7) Perante toda a adversidade vivida e os inúmeros obstáculos ultrapassados, qual foi para si, o maior desafio e como foi superado?
- 8) Considerando tudo o que foi experienciado até ao momento, na sua opinião, que lições aprendidas deverão ser ponderadas no futuro?

⁹ Fase I – Março a Maio;

¹⁰ Fase II – De Dezembro a Março;

ANEXO 6. Quadro de Revisão da Literatura

NOME DO ARTIGO	AUTORES	PAÍS DO ARTIGO	PALAVRAS CHAVE	TIPO DE ESTUDO	POPULAÇÃO DE ESTUDO	O QUE PRETENDEM ESTUDAR	CONCLUSÕES
1. A collaborative approach to maintaining optimal inventory and mitigating stockout risks during a pandemic: capabilities for enabling health-care supply chain resilience	Derek Friday; David A. Savage; Steven A. Melnyk; Norma Harrison; Suzanne Ryan; Heidi Wechtler	Australia	Collaborative forecasting planning replenishment, Supply chain; collaborative risk management, Supply chain resilience; Supply chain uncertainty; Risk perception; Healthcare supply chains; COVID-19 pandemic; Supply chain learning curve;	Revisão da Literatura	-----	Alinhar os objetivos e estratégia entre organizações líderes na preparação de respostas coordenadas para futuras pandemias. Estudo das desconexões nas estratégias entre a Estrutura para Emergência de Saúde e Gestão de Risco de Desastres da OMS e o Departamento de Redução do risco de desastres da ONU. Concluem com a forma como os setores independentes pode funcionar em conjunto.	Para mitigar uma potencial rutura, o artigo sugere um desenvolvimento de recursos de SCCRM para aumentar a resiliência da instituição, bem como a conexão entre os comerciais, o governo, as ONGs. Para a estrutura de gestão hospitalar das cadeias de abastecimento, um sistema resiliente que colabore com fornecedores-chave que utilizem modelos ajustados aquando a mudança drástica da perceção de incerteza e das perspetivas de risco, facilitam uma melhor previsão e manutenção dos níveis ideais de stock durante futuras pandemias. É fundamental uma gestão direcionada para a economia comportamental (relevando a perceção de incerteza e risco) durante situações catastróficas, tal como é imprescindível que os fornecedores pratiquem uma atitude direcionada para as necessidades e não para o lucro ou aumento do custo nas fases mais críticas.
2. A decision support system for demand management in healthcare supply chain considering the pandemic outbreaks: a case study of coronavirus disease 2019 (COVID-19)	Kannan Govindan; Hassan Mina; Behrouz Alavi	China	Disaster management; Epidemic outbreaks; Healthcare supply chain disruption mitigation; Fuzzy inference system; COVID-19	Estudo de caso	Comunidade afetada pelo virus.	Desenvolver um Sistema de apoio à decisão baseado no FIS para gestão de encomendas na HCSC para mitigar o impacto do virus na SC; Agrupar pessoas com base em critérios e criar um método de classificação para cada grupo; Avaliar a eficiência da abordagem proposta.	Através do modelo FIS e dos conhecimentos médicos, os autores do estudo desenvolvem um sistema próprio de apoio à decisão. O modelo compreende a divisão da comunidade em quatro grupos (muito sensível, sensível, ligeiramente sensível e normal), e, posteriormente, o cálculo do score baseado os sintomas predefinidos (febre, cansaço e tosse seca). A atribuição do score permite categorizar a população quanto ao nível de doença, tornando mais evidente as necessidades de recursos de saúde. A disponibilidade dos dados confere à gestão, uma tomada de decisão mais eficaz assente em valores concretos que permitem prever as evoluções dos acontecimentos.

NOME DO ARTIGO	AUTORES	PAÍS DO ARTIGO	PALAVRAS CHAVE	TIPO DE ESTUDO	POPULAÇÃO DE ESTUDO	O QUE PRETENDEM ESTUDAR	CONCLUSÕES
3. Assessing resilience of healthcare infrastructure exposed to COVID-19: emerging risks, resilience indicators, interdependencies and international standards	A. Jovanović P. Klimek O. Renn R. Schneider K. Øien J. Brown M. DiGennaro Y. Liu V. Pfau M. Jelić T. Rosen B. Caillard S. Chakravarty P. Chhantyal	Alemanha	Corona; COVID-19; Resiliência; Risco; Indicadores;	Estudo de caso	122 distritos austríacos	Níveis de resiliência dos 122 distritos da Áustria baseados na gestão dos riscos emergentes, utilização de indicadores de resiliência, nas novas formas de análise de interdependências e nos padrões internacionais.	Necessidade de reforçar o investimento em desenvolvimento do fluxo de informação para garantir que as informações do paciente sejam canalizadas de forma eficiente a todos os prestadores de cuidados de saúde, permitindo, assim, um acesso geral aos dados necessários. O artigo propõe: - Maior foco nas fases extremas do ciclo de resiliência, nomeadamente na fase de riscos emergentes e na fase de adaptação e transformação. - Usar mais os indicadores de resiliência como parte de um benchmarking internacional e melhorar a comunicação para facilitar o consenso sobre os níveis de aceitação e pontos de intervenção. - Alinhar melhor e padronizar as melhores práticas, como as abordagens, os princípios e os métodos e instituir ferramentas e formas práticas de lidar com crises como o COVID-19.
4. Coronavirus crisis and health care: learning from a service ecosystem perspective	Roderick J. Brodie Kumar Rakesh Ranjan Martie-louise Verreynne Yawei Jiang Josephine Previte	Austrália	COVID-19, Pandemic, Healthcare system, Government, Service ecosystem, Cocreation, Resource integration, Risk and uncertainty, Resilience	Revisão da Literatura	Sistema de Saúde Australiano	Inicialmente os colaboradores continuam a operar como antes, assumindo que a mudança é temporária. Contudo, quando se apercebem que as mudanças tornaram obsoletas as ações anteriores, precisam de desaprender essas práticas e solidificar novas práticas que apoiem o bem-estar do ecossistema	- Crises altamente indeterminadas com efeitos generalizados requerem soluções complexas, que são melhor realizadas quando o sistema multinível é autoajustável e reforçado interactivamente para co-criar bem-estar positivo e superar resultados adversos. - Recursos habilmente combinados num ambiente institucional responsivo, impulsiona as práticas do ecossistema para co-criar bem-estar positivo e superar resultados adversos. - A incerteza desencadeia ações de apoio e interrupções que permitem a complementaridade em práticas que podem gerar novas combinações de tarefas e criar novas ligações para co-criar bem-estar positivo e resultados adversos.

NOME DO ARTIGO	AUTORES	PAÍS DO ARTIGO	PALAVRAS CHAVE	TIPO DE ESTUDO	POPULAÇÃO DE ESTUDO	O QUE PRETENDEM ESTUDAR	CONCLUSÕES
5. Service ecosystem well-being: conceptualization and implications for theory and practice	Pennie Frow Janet R. McColl-Kennedy Adrian Payne Rahul Govind	Australia	Well-being, Practices, Service ecosystem, Institutional arrangements, Ecosystem well-being, Shared worldview, Meso level	Estudo de caso	Serviços de saúde	Discutir ecossistemas de serviços explicando os níveis do ecossistema e considerando o papel das práticas e arranjos institucionais e definição de bem-estar. Desenvolver um conceito de bem-estar do ecossistema de serviços e identificamos características constitutivas. Fornecer uma ilustração do conceito de bem-estar no contexto de um ecossistema hospitalar, comparando diferentes características de bem-estar em duas enfermarias de nível meso. Identificar como abordagens para a adoção de "cuidados centrados no paciente" afeta o bem-estar no nível meso, com implicações para todos outros níveis do ecossistema.	A estrutura conceitual elaborada fornece um novo conceito de bem-estar e mostra como uma visão de mundo compartilhada alinha práticas institucionalmente incorporadas, apoiando a resiliência do ecossistema e o sucesso emergência. Identificaram seis características distintas que apoiam o bem-estar do ecossistema de serviços. Destacaram o importante papel das interações de nível micro envolvendo a pedra angular e as suas contribuições para o bem-estar do ecossistema, bem como os seus recursos únicos e os papéis institucionais são significativos para o estabelecimento de normas e regras dentro do ecossistema. Explicam o processo pelo qual a adoção de uma visão de mundo compartilhada em todo o ecossistema estabelece estruturas institucionais que permitem lidar com disruptores, orientando as práticas de integração de recursos. Quando as práticas são bem incorporadas e os paradigmas dominantes (visão de mundo compartilhada) são evidentes, o ecossistema tem mais probabilidade de se adaptar com sucesso às forças disruptivas em todos os diferentes níveis do ecossistema. Se as normas institucionais forem menos evidentes, o ecossistema não se pode adaptar tão facilmente e pode sofrer interrupções.

NOME DO ARTIGO	AUTORES	PAÍS DO ARTIGO	PALAVRAS CHAVE	TIPO DE ESTUDO	POPULAÇÃO DE ESTUDO	O QUE PRETENDEM ESTUDAR	CONCLUSÕES
6. COVID-19 outbreak: implications on healthcare operations	Higor Leite Claire Lindsay Maneesh Kumar	Reino Unido	Capacity, COVID-19, Coronavirus, Demand, Infection curve, Healthcare system, Healthcare operations, Lean healthcare, Pandemic, Resources	Revisão da Literatura	Sistemas de saúde UK	Implicações da pandemia COVID-19 nas operações de saúde.	A pandemia força as organizações de saúde a repensar as suas operações e o modelo de aquisições da cadeia de abastecimento, o planeamento da capacidade, a gestão da procura e o atendimento centrado no cliente para resolver o dilema operacional de “procura vs capacidade”. Prevê-se um fluxo aumentado de pacientes que procuram serviços de saúde no período pós-pandémico, que requer uma forma inovadora de gestão da procura, sem comprometer a qualidade do atendimento. O aumento da procura por EPIS, equipamentos e medicamentos expôs a fragilidade da rede de abastecimentos em saúde, devido à dependência da abordagem just-in-time (JIT) e a falha na gestão de stocks. A falta de recursos acaba por levar à variabilidade do processo, afetando a capacidade de utilização e interrompendo as operações.
7. Operations Management at the Service of Health Care Management: Example of a Proposal for Action Research to Plan and Schedule Health Resources in Scenarios Derived from the COVID-19 Outbreak	Juan A. Marin-Garcia Jose P. Garcia-Sabater Angel Ruiz Julien Maheut Julio Garcia-Sabater	Espanha	Action research, COVID-19, discrete event simulation, theory of constraints, operations management, healthcare	Estudo de caso	Instituições públicas de saúde – 5 áreas de saúde de Espanha, cada uma com 1 a 2 hospitais.	O desenvolvimento de uma ferramenta de apoio à decisão fazer com base em cenários possíveis de consumo de recursos nos serviços de saúde, à luz de um COVID-19 não controlado. Pretendem simular de forma síncrona vários modelos, cada um dos quais representa um estabelecimento de saúde que pertence para a mesma rede de atendimento. Desta forma, podemos explorar o impacto de diferentes estratégias sobre o desempenho geral do sistema de saúde.	A necessidade de recursos varia também mediante o estágio, contudo, através de ferramentas é possível determinar os recursos necessários nos ambientes cujo o grau de incerteza é alto. Para além dos recursos materiais, os serviços de saúde contam com a presença de uma equipa com diferentes graus de conhecimento e treino. Embora existam ferramentas que auxiliam os gestores a gerir os profissionais, as ferramentas não estão adaptadas às condições de trabalho em pandemia. Assim, é fundamental a criação de integrada no planeamento dos recursos médicos adaptados ao contexto de incerteza, com uma simulação que permita estimar a dinâmica das necessidades num horizonte de 6-8 semanas.

NOME DO ARTIGO	AUTORES	PAÍS DO ARTIGO	PALAVRAS CHAVE	TIPO DE ESTUDO	POPULAÇÃO DE ESTUDO	O QUE PRETENDEM ESTUDAR	CONCLUSÕES
8. COVID-19: Peer Support and Crisis Communication Strategies to Promote Institutional Resilience	Albert W. Wu, Cheryl Connors George S. Everly Jr.	Itália, Milão	COVID-19; health care pandemic; resilience	Revisão da Literatura	Profissionais de Saúde	Melhorar a Coesão organizacional e reduzir efeitos para profissionais de saúde	Descrição da abordagem para melhorar o bem-estar e a resiliência dos profissionais de saúde em resposta a pandemia COVID-19.
9. Preserving Organizational Resilience, Patient Safety, and Staff Retention during COVID-19 Requires a Holistic Consideration of the Psychological Safety of Healthcare Workers	Pavani Rangachari Jacquelynn L. Woods	EUA	COVID-19; hospital intensive care; worker psychological safety; mental health; organizational resilience; patient safety; staff retention; leadership	Artigo de opinião	Profissionais de Saúde	Discutir o impacto potencial de uma abordagem austera para o apoio do profissional de saúde na segurança do paciente e na retenção de pessoal numa unidade de terapia intensiva (UTI) hospitalar durante o COVID-19.	Recomendações para os líderes das organizações preservarem a resiliência, a segurança do paciente e retenção da equipa durante e após a pandemia: 1. Criar um ambiente de confiança, segurança psicológica e capacitação para capacitar o indivíduo a para comunicar as preocupações de segurança do paciente aos gestores. 2. Desenvolver estruturas de comunicação para permitir que a organização aprenda com as estratégias de resolução de problemas e comunicações individuais com os profissionais de saúde.
10. The influence of human resource flexibility on organizational learning.	Isabel Scafuto Veronica Ahrens Paulo Yun Cha	Brasil	HR Flexibility; Organizational Learning; Individual Learning; Group Learning.	Estudo de caso	222 profissionais de recursos humanos	Avaliar a influência da flexibilidade dos Recursos Humanos na aprendizagem organizacional (AO), mediada pelas aprendizagens individual (AI) e de grupo (AG).	A Flexibilidade do RH tem uma influência positiva sobre a Aprendizagem Organizacional. E esta influência é mediada pela Aprendizagem Individual e Aprendizagem de Grupo. Contribuímos para compreender a influência da Flexibilidade de RH na aprendizagem individual e em grupo e seus possíveis efeitos na Aprendizagem Organizacional. Como contribuição prática, revelar essa possibilidade aos profissionais de RH ao utilizarem essas práticas de Flexibilidade de RH para influenciar a aprendizagem de indivíduos e grupos.

NOME DO ARTIGO	AUTORES	PAÍS DO ARTIGO	PALAVRAS CHAVE	TIPO DE ESTUDO	POPULAÇÃO DE ESTUDO	O QUE PRETENDEM ESTUDAR	CONCLUSÕES
11. COVID-19: Implications for Supply Chain Management	James R. Francis	EUA	-----	Artigo de opinião	Mayo Clinic	Avaliar continuamente as posições estratégicas e táticas para atender às necessidades críticas de abastecimento. Analisar as mudanças substantivas de longo prazo para a função e para o cumprimento das cadeias de abastecimento de saúde será necessário em várias áreas para atender à procura de forma mais eficaz durante uma crise.	O autor refere que todas as organizações de cuidados de saúde devem ter tempo para refletir nas lições aprendidas durante a pandemia COVID-19 e redefinir os seus planos ou direções estratégicas para se preparar melhor para futuras crises. Assim, a Mayo Clinic enumera as seguintes lições aprendidas: Desenvolver e atualizar planos de negócios contínuos e robustos; Incutir uma cultura ágil e inovadora na cadeia de abastecimentos; Desenvolver e alinhar as práticas avançadas de comunicação para a continuidade do negócio; Desenvolver e aderir a protocolos de EPIS; Aumentar a capacidade e os fornecedores; Investir em tecnologia analítica e de informação; Avalie as suas estratégias de sourcing gerais; Determine o seu stock / Modelo de distribuição; Alcance um equilíbrio entre o preço e a disponibilidade; Desenvolver relacionamentos governamentais/reguladores.
12. From Health Care Services to Healthcare Profiling within the COVID-19 Emergency: The Role of the Health Quality Impact Assessment inside the Local Health Unit	Ubaldo Comite	Itália	Quality, assistance, healthcare, company, programming, emergency, service, COVID-19, efficiency, management, hospital.	Estudo de caso	Hospital Alfa na Calábria	Analisa as ferramentas e os processos através do qual é possível avaliar o impacto na qualidade da saúde do paciente dentro do plano diagnóstico-terapêutico-assistencial prestado pela Unidade de Saúde, com o objetivo de propor margens para uma racionalização e uma melhoria do plano em vigor.	A pesquisa concentra-se na colheita de dados que representam o esforço feito pela empresa na construção de um referencial teórico-prático que funcione como uma leitura chave para a inter-relação da gestão de emergência com as especificidades do modelo de gestão organizacional da empresa no caminho da prestação de serviços de saúde e respetivos perfis de atenção tendo como lógica a centralização de o paciente.

NOME DO ARTIGO	AUTORES	PAÍS DO ARTIGO	PALAVRAS CHAVE	TIPO DE ESTUDO	POPULAÇÃO DE ESTUDO	O QUE PRETENDEM ESTUDAR	CONCLUSÕES
13. The road to renewal: five priorities for health and care	Anna Charles Leo Ewbank	Reino Unido	Adult social care COVID-19 Health inequalities Integrated care Local service design	Artigo de opinião	Sistema de saúde	Definir prioridades que forneçam uma estrutura orientadora da abordagem para a renovação da saúde e cuidados. Baseiam-se nas evidências e experiências existentes, bem como nas lições da pandemia, para definir as ações a tomar agora.	Define cinco prioridades para ajudar a orientar a abordagem de renovação na saúde e nos cuidados: - Colocando a força de trabalho no centro do palco; - Uma mudança radical nas desigualdades e na saúde da população; - Reforma duradoura para assistência social; - Incorporando e acelerando a mudança digital; - Reformulando a relação entre as comunidades e os serviços públicos;
14. Rethinking operations in the next normal	Nancy Busellato, Riccardo Drentin, Sunil Kishore, Sumesh Nair, Maximiliano Schlichter, Aishwarya Singh	EUA	-----	Artigo de opinião		Os Gestores de produção devem repensar totalmente as suas organizações e os seus recursos para fornecer não apenas uma melhoria nos recursos financeiros a curto prazo, mas também a criação de valor a longo prazo por meio da eficiência, resiliência, agilidade e digitalização.	As organizações agora podem aplicar as lições que aprenderam durante a pandemia a repensar e remodelar operações. O objetivo é ir além do desafio da eficiência de custos e incluir a resiliência como um impulsionador das operações. Digitalização e integração com as partes interessadas fornecem a base para a construção mais resiliente. Organizações de sucesso ganharão a habilidade de responder às mudanças com maior velocidade e agilidade, mitigando assim o impacto de eventos inesperados.
15. The role of risk management with COVID-19 & Its impacts on pandemics	Bruce K. Lyon Georgi Popov	EUA	-----	Revisão por pares		Este artigo apresenta o uso de gestão de risco como avaliação do ponto de vista de continuidade de negócios sobre os impactos de COVID-19. Os autores fornecem uma perspectiva baseada no risco na pandemia e seus efeitos gerais no que diz respeito aos profissionais de SST e às suas organizações.	Um método de controle é adequado na prevenção ou proteção de pessoas, propriedades ou prejuízo do meio ambiente. A estratificação de controles e defesas tem sido usado ao longo dos anos e provou ser eficaz na redução do risco de ameaças múltiplas. Os profissionais devem considerar esta abordagem para o local de trabalho ao analisar e projetar medidas de redução de risco, incluindo controles preventivos e atenuantes. Usando métodos, como análise de hipóteses, SWIFRA, diagrama gravata borboleta e camadas de análise de controle da eficácia e estimativa de soma de risco, podem ajudar os profissionais a identificarem fraquezas e necessidades para a construção camadas adicionais de controle.

NOME DO ARTIGO	AUTORES	PAÍS DO ARTIGO	PALAVRAS CHAVE	TIPO DE ESTUDO	POPULAÇÃO DE ESTUDO	O QUE PRETENDEM ESTUDAR	CONCLUSÕES
16. A Strategic Financial Management Evaluation of Private Hospitals' Effectiveness and Efficiency for Sustainable Financing: A Research Study	Michael Kourtis, Panayiotis Curtis, Michael Haniias, Eleftherios Kourtis	Grécia	Hospitals, efficiency, effectiveness, financial data, DEA, sustainable strategy.	Estudo de caso	15 maiores hospitais privados da Grécia	Avaliar o desempenho de hospitais privados e identificar condições que garantam um financiamento sustentável do setor.	A medição de desempenho no que diz respeito à eficácia e eficiência, representa uma base objetiva para a melhoria da operação. Os hospitais socialmente responsáveis oferecem um tratamento mais qualitativo e são mais atraentes para as partes interessadas e a sociedade. Assim, eles são remunerados de acordo com receitas mais altas (e participações de mercado), maior lucratividade e fluxos de caixa de entrada.
17. Perceptions of future hospital management in Finland	Vuokko Pihlainen Tuula Kivinen Johanna Lammintakanen	Finlândia	Leadership, Hospital management, Future research, Argument Delphi method	Estudo de caso	33 líderes e gestores finlandeses: 12 homens e 21 mulheres com idades compreendidas entre os 21 e os 60 anos.	O estudo analisa a percepção da gestão e liderança hospitalar e o potencial para o desenvolvimento futuro (2030), usando métodos e perspectivas desenhadas para estudos futuros. A Gestão e a Liderança foram examinadas usando a visão da teoria organizacional, permitindo a inclusão da perspectiva de múltiplas profissões.	O desenvolvimento da gestão e da liderança devem incluir todos os níveis da organização. As futuras organizações de saúde enfrentarão desafios externos, como digitalização e o seu consequente impacto nas práticas de trabalho. Assim, as práticas gestão desatualizadas devem ser substituídas por abordagens de liderança holística. Além disso, os deveres e responsabilidades das funções de gestão e liderança devem ser esclarecidos, e a carreira profissional de saúde deve ser atualizada, incluindo a possibilidade da progressão para a gestão.
18. Scoping literature review on the Learning Organisation concept as applied to the health system	E. Akhnif J. Macq M.O Idrissi Fakhreddine B. Meessen	Marrocos	Learning organisation, Health, Health systems, Universal health coverage	Revisão da literatura	-----	Identificar e avaliar a literatura sobre a aplicação do conceito de AO no sistema de saúde, bem como as estruturas usadas na avaliação da AO no sistema de saúde, abordagens metodológicas utilizadas e a aplicação do conceito para transitar para uma UHC (universal health coverage).	Identificamos diferentes usos do conceito AO: descrever práticas existentes dentro de uma abordagem de pesquisa-ação, analisar uma situação e estabelecer causalidade entre respeitar os princípios do AO e um dado desempenho, orientar a ação e mudar as práticas dentro de uma organização de serviços de saúde. O estudo confirma que poucos autores até agora aplicaram a AO para um sistema de saúde como um todo. Há uma lacuna em termos do uso deste conceito em países subdesenvolvidos e para o sistema de saúde como um todo.

NOME DO ARTIGO	AUTORES	PAÍS DO ARTIGO	PALAVRAS CHAVE	TIPO DE ESTUDO	POPULAÇÃO DE ESTUDO	O QUE PRETENDEM ESTUDAR	CONCLUSÕES
19. Becoming a high reliability organization	Marlys K Christianson Kathleen M Sutcliff Melissa A Miller Theodore J Iwashyna	Canada	-----	Artigo de Opinião	----- ----	Explorar como a organização de alta confiabilidade (HRO) pode promover o cuidado ao paciente crítico.	O objetivo da gestão de segurança em sistemas complexos de saúde é desenvolver uma resistência aos riscos operacionais, fomentando essa resistência através da HRO. Aplicar os conceitos de HRO na UCI não é fácil, pois existe imposição para a contenção de custos, bem como constante mudança na equipa. No entanto, projetar sistemas de saúde resilientes, incorporando os princípios centrais da HRO é uma promessa para melhorar a segurança e confiabilidade dos cuidados críticos na UCI.
20. High-Reliability Organizations: The Next Frontier in Healthcare Quality and Safety	Marisa S. Polonsky	EUA	-----	Revisão da Literatura	----- ----	Resumir o quanto a HR difere de outras metodologias de melhoria, explorar o impreterível para se tornar numa HRO, abordar as barreiras à adoção, fornecer recomendações práticas para implementação e prever o que pode ser alcançado com este investimento.	Ao comparar a HRO com outros modelos surgem duas diferenças principais: a alta confiabilidade limita a estratégia de uma organização dirigindo-a para o “zero dano”, e por outro lado, esse objetivo é conseguido através de uma mudança drástica, apoiada por uma transformação cultural, em vez da utilização de ferramentas de melhoria. O compromisso com o “dano zero”, através da alta confiabilidade, reformula o processo de criação de resultados seguros através de uma abordagem equilibrada que incorpora o design do processo, a transformação cultural da organização, a descentralização do processo tomada de decisão e a robustez dos dados.

ANEXO 7. Quadro de análise das entrevistas realizadas no Hospital X e Y

HOSPITAL X					
CONCEITOS	D.B.	J.C.	M.C.	J.B.	A.T.B.
Criação da Task Force para o suporte da atuação organizacional.	x		x		
Ligação entre as equipas clínicas e as equipas de gestão, estabelecendo uma relação forte, de união e de confiança na tomada de decisão.					x
Divisão em hospitais COVID e não COVID, assim como dos atendimentos permanentes.	x	x	x	x	x
Alargamento dos Hospitais COVID da rede na 2ª fase.	x	x		x	x
Encaminhamento dos doentes não infetados para outros hospitais da rede.				x	
Encerramento das urgências noturnas de alguns Hospitais e Clínicas da rede.				x	
Inversão dos espaços do circuito respiratório vs circuito não respiratório no AP.					x
Aumento do espaço físico do SO pelo aumento da afluência.					x
Manutenção das urgências cirúrgicas e das Vias Verdes de AVC e de Coronárias.				x	
Realização de pré-triagem no exterior do hospital, para selecionar os casos mais urgentes.					x
Encerramento total da atividade Bloco Operatório (BO) e Exames Especiais (EE) na 1ª fase.	x	x	x	x	
Readaptação da estrutura do BO, tornando-o numa UCI.	x			x	
Readaptação da estrutura da UCIP: espaço de trabalho externo, selagem das portas, monitorização do espaço interno com câmaras e microfones.				x	
Readaptação do AP com criação de circuitos separados de doentes COVID e Não-COVID.		x		x	x
Adequação das boxes do AP para isolamento direto dos utentes suspeitos.					x
Readaptação da estrutura do internamento, separando a patologia COVID e Não-COVID.		x			
Reconfiguração dos circuitos dos utentes nos EE.			x		
Reconfiguração da estrutura das salas de trabalho dos EE			x		

Alteração dos tempos de exame nos EE.			x		
Restabelecimento dos percursos de entrada dos utentes oncológicos, bem como do circuito intra-hospitalar.			x		
Elaboração de planos de emergência a aplicar em caso de grande afluência ao AP.		x			
Alteração da pressão positiva das salas do BO em pressão negativa.	x				
Colaboração na prestação de cuidados aos utentes do SNS		x			
Início da realização de cirurgias SIGIC para auxiliar o SNS.	x				
Necessidade de cooperação e apoio das equipas multidisciplinares.		x		x	
Prestação de apoio psicológico e emocional às equipas de trabalho.			x	x	
Necessidade de cuidar dos nossos profissionais através de outros métodos que não o vencimento.				x	
Reajuste salarial aos profissionais prestadores de serviços.			x		
Redistribuição dos colaboradores internos para o internamento e UCIP.				x	
Criação de medidas de retenção de profissionais de saúde para reduzir a taxa de turnover.	x				
Contratação de profissionais de saúde para fazer face às necessidades.	x				x
Redistribuição dos profissionais de saúde da rede pelas áreas de maior necessidade.			x		
Atuação preventiva, com resolução célere e antecipada perante a evolução da situação.					x
Reconhecimento de capacidades a novos elementos pelo seu destaque.		x			
Criação de chefes de equipa com diferenciação na área de gestão, sob orientação de um coordenador.				x	
Transmissão de mensagens claras e diretas às equipas.				x	
Cancelamento temporário dos tratamentos oncológicos com retoma em 3 semanas.				x	
Transição de tratamentos oncológicos com regime de internamento para ambulatório.				x	
Criação de software de gestão de camas.	x				
Incerteza do momento: Gerir com “baby-steps”.		x			

Necessidade de flexibilidade e de capacidade de adaptação.		x	x		
Prudência na tomada de decisão.		x			x
Customização das tarifas diárias à patologia COVID.				x	
Implementação das tarifas de EPIS			x		
Necessidade de aquisição urgente de equipamento de proteção individual (EPIS) por escassez de disponibilidade nos fornecedores.	x	x		x	
Aumento abrupto dos preços de compra dos produtos, especialmente dos EPIS.	x	x			
Necessidade de produção nacional de materiais hospitalares.	x				
Necessidade de aquisição urgente de material técnico como VMI e VMNI.					x
Aprendizagem Clínica (dúvidas e incertezas no processo de tratamento dos doentes).		x		x	x
Redução doentes internados por melhoria dos conhecimentos teóricos e práticos.					x
Melhor gestão Clínica dos casos COVID.		x			
Priorização clínica das cirurgias a realizar.	x				
Criação da Unidade de Vigilância Intensiva.				x	
Projeto de transição de cirurgias com internamento para cirurgias de ambulatório.	x				
Reprogramação das cirurgias mediante taxa de ocupação hospitalar por doentes COVID, antecipando as cirurgias de ambulatório no caso de ausência de vagas de internamento.	x				
Reconfiguração das slots de exames e da distribuição dos médicos nos EE.			x		
Programação de reuniões diárias com os elementos de gestão.					x
Criação/análise de indicadores de desempenho (limitação da Glintt).	x		x		
Necessidade de diferenciação clínica nas equipas de suporte direto.					x
Necessidade de prestação de cuidados a clientes “Não-COVID”		x			
Necessidade de cuidados de saúde holísticos, excluindo os cuidados à tarefa, de forma a promover a qualidade dos cuidados prestados.				x	

HOSPITAL Y			
CONCEITOS	P.A.	M.M.	D.M.
Garantir a segurança dos clientes e dos colaboradores.			x
Gestão semanal de EPIS, assegurando a disponibilização.			x
Divisão em hospitais COVID e não COVID, assim como dos atendimentos permanentes.	x		x
Necessidade de aquisição urgente de equipamento de proteção individual (EPIS) por escassez de disponibilidade nos fornecedores.	x		x
Gestão da informação a nível interno e externo.			x
Planeamento da cooperação com as entidades públicas.			x
Gestão da atividade clínica.			x
Elaborando instruções de trabalho e procedimentos adaptados à realidade pandémica.			x
Vigilância do risco de contacto dos colaboradores.			x
Monitorização dos clientes através dos pontos de controlo para acesso ao hospital.			x
Colaboração na prestação de cuidados aos utentes do SNS.			x
Readaptação do AP com criação de circuitos para a separação de doentes COVID e Não-COVID.	x	x	x
Separação do AP de adultos do AP pediátrico.	x	x	x
Alteração do espaço do internamento, divisão COVID/Não-COVID.			x
Implementar métodos de comunicação em situação pandémica.			x
Definir o limite de capacidade de material e equipamentos mínimo que devemos ter.			x
Determinar o nível de formação e o método de preparação para situações inesperadas.			x
Redistribuição dos profissionais de saúde da rede pelas áreas de maior necessidade.		x	x
Cancelamento da atividade eletiva.	x	x	x

Readaptação da estrutura do BO, tornando-o numa UCIP.	x		x
Redistribuição dos colaboradores internos o internamento e UCIP.			x
Criação de equipas em espelho.			x
Os elementos de gestão devem estar próximos das equipas.			x
Alargamento dos Hospitais COVID da rede na 2ª fase.	x	x	x
Encaminhamento dos doentes não infetados para outros hospitais de referência da rede.			x
Necessidade de aquisição urgente de material técnico como VMI e VMNI.			x
Conversão de sala do BO em sala de partos para grávidas infetadas.	x	x	
Reajuste salarial aos profissionais prestadores de serviços.	x		
Ligação entre as equipas clínicas e as equipas de gestão, estabelecendo uma relação forte, de união e de confiança na tomada de decisão.	x	x	
Abertura de piso dedicado aos doentes infetados.	x		
Prestação de apoio psicológico e emocional às equipas de trabalho.	x		
Encerramento das urgências no período noturno.		x	
Atuação preventiva, com resolução célere e antecipada perante a evolução da situação.		x	
Necessidade de produção nacional de materiais hospitalares.		x	
Oferta de alojamento aos profissionais.		x	

ANEXO 8. Desafios correlacionados com um plano de resposta e recomendações para o futuro

Healthcare challenges during COVID-19 and beyond	Response plan	Reflections of the authors and recommendations for future unforeseen events
Low bed capacity (including ICU)	<ol style="list-style-type: none"> (1) Level loading principles by using lean practices such as redesigning flow and process (VSM) (2) Move non-urgent appointments to telemedicine (3) Delay non-urgent surgeries and treatments (4) Use of private hospitals to increase responsiveness 	Bed capacity is crucial in responding to critical events, and we believe that it is possible to increase healthcare capacity by redesigning flows and redirecting non-urgent medical needs to telemedicine, cancelling elective work and if necessary using temporary healthcare facilities. These elements should be part of a major disaster response plan, to enable proactive rather than reactive measures
Supply chain constraints: lack of medical resources, PPE and equipment	<ol style="list-style-type: none"> (1) A robust disaster plan that includes inventory of key resources (2) Reorientation of SCM practices by working closer to suppliers (3) Cross-vertical and industrial cooperation for key equipment and PPEs 	The lack of resources, PPEs and equipment exposed the healthcare supply chain fragility and dependency. Moving forward, healthcare managers should consider inventory of key resources for unforeseen events, establish closer collaboration between buyers and suppliers and develop projects in collaboration with local industries
Healthcare staff shortage	<ol style="list-style-type: none"> (1) Redirect staff from non-priority areas (2) A plan to bring back retired staff (3) Medical and nursing students' early graduation (4) Effective collaboration between primary and secondary care to share capacity Collaboration with social care sector and provide required support in care homes 	If during "normal" circumstances the healthcare system already operates under staff shortages, when a pandemic begins, this is an extra constraint to healthcare capacity. Therefore, we suggest a focus on building staff capacity for the intake of COVID-19 patients, including redirecting staff from non-urgent areas, calling upon retired staff and providing early graduation for final-year students from healthcare programmes. These measures combined with use of technology and prioritisation of healthcare for the pandemic and critical services might considerably increase staff capacity
Increased demand vs low capacity	<ol style="list-style-type: none"> (1) Implementation of lean practices (2) Management of demand and capacity (3) Improve quality and safety (4) Reduce costs 	Lean practices have been widely used in healthcare to manage demand and increase capacity (e.g. Burgess and Radnor (2013); D'Andreanmatteo <i>et al.</i> (2015)). During unforeseen events, lean approaches might guarantee the stability of the operation, support management of excessive demand and limited capacity as well as improve patient safety. However, it is important that lean is applied as continuous improvement practice, otherwise it will not be sustained during such critical events

Table 1.
Healthcare operational challenges during COVID-19 and beyond

(continued)

Healthcare challenges during COVID-19 and beyond	Response plan	Reflections of the authors and recommendations for future unforeseen events
A second wave of infection or increased demand	<ol style="list-style-type: none"> (1) Adoption of the response measures above (2) Use of technology to wider healthcare coverage and enable contact tracing (3) Continue essential screening services/cancer care provision (4) Active collaboration between public, private and third sector (5) Broader investments in healthcare 	There is a growing fear amongst healthcare managers that the second wave of demand will hit public healthcare Leung <i>et al.</i> (2020); Gulland (2020), by a new rise in cases of Covid-19 infection; influx of patients that had their non-urgent procedures postponed; emerging mental health issues (PTSD; staff burnout) and increasing birth rates (baby boom). What we recommend is to implement the response plan above, combined with technologies to provide remote medical services and enable contact tracing to halt the spread of the virus. Finally, investment in public healthcare systems is critical for readiness and preparedness that will increase healthcare capacity and save lives