

# iscte

INSTITUTO  
UNIVERSITÁRIO  
DE LISBOA

---

## **Adaptação numa Unidade de Cuidados na Comunidade: pandemia COVID-19**

Hugo Duarte Fonseca Cohen Rocheteau

Mestrado em Gestão de Serviços de Saúde

Orientadora:

Professora Doutora Generosa do Nascimento, Professora Auxiliar, ISCTE *Business School*, Departamento de Recursos Humanos e Comportamento Organizacional

Coorientadora: Doutora Márcia Soares, Coordenadora Geral da Santa Casa da Misericórdia de Barcelos

Outubro, 2022



BUSINESS  
SCHOOL

---

Departamento de Marketing, Operações e Gestão Geral

**Adaptação numa Unidade de Cuidados na Comunidade: pandemia COVID-19**

Hugo Duarte Fonseca Cohen Rocheteau

Mestrado em Gestão de Serviços de Saúde

Orientadora:

Professora Doutora Generosa do Nascimento, Professora Auxiliar, ISCTE *Business School*, Departamento de Recursos Humanos e Comportamento Organizacional

Coorientadora: Doutora Márcia Soares, Coordenadora Geral da Santa Casa da Misericórdia de Barcelos

Outubro, 2022

## **AGRADECIMENTOS**

Aos meus pais, pelos incontáveis sacrifícios em benefício do meu crescimento e educação. Ensinarão-me perseverança, honestidade e coragem. Nada escasseou.

À minha família, por carregarem o peso de outros assuntos e pelo amor incondicional em todos os momentos. Interromperam a vossa vida para amparar a minha. Nada caiu.

À Professora Doutora Generosa do Nascimento, pela incansável disponibilidade, sabedoria e sensatez. A sua entrega à academia é soberana. Nada restou.

À Doutora Márcia Soares e Senhor Provedor Doutor Nuno Reis, da Santa Casa da Misericórdia de Barcelos, pela insuperável amabilidade e colaboração. A vossa luta é inspiradora. Nada falhou.

Ao Diretor Técnico e toda a equipa da unidade, não só pela acutilante transparência e sinceridade dos seus testemunhos, como também pelo exímio combate à pandemia, ainda que, por vezes, com prejuízo pessoal. Carrego comigo o vosso exemplo. Nada ficou por dizer.

Dependi de todos vós. Desejo honrar o vosso envolvimento. Tudo foi possível.

## RESUMO

A pandemia COVID-19 constituiu o mais recente e significativo evento de crise nas organizações de saúde, acarretando impacto sistémico, rompendo com as estruturas tradicionais da gestão e do trabalho e exigindo a superação de inúmeros desafios para a sobrevivência: desde quebras nas cadeias de abastecimento, severas limitações no contacto físico e elevadas taxas de hospitalização, a acentuado e progressivo desgaste físico e emocional das equipas.

Sob a premissa de que eventos críticos tipicamente originam soluções criativas e inovadoras, o presente estudo pretendeu compreender de que forma a Unidade de Cuidados Continuados Integrados de Santo António, inserida na Santa Casa da Misericórdia de Barcelos, se adaptou ao contexto de crise, que aprendizagens realizou e como as integrou durante esse processo.

Intersectando as teorias das Organizações Altamente Fiáveis, Coordenação Relacional e Aprendizagem Organizacional como enquadramento teórico, a recolha de dados foi realizada com recurso a entrevistas semiestruturadas, observação, onde se insere registo fotográfico, e análise documental.

Os resultados evidenciam dez dimensões da sua atividade que comprovam que a unidade, com o apoio da instituição, se comportou de forma altamente fiável, com elevada coordenação relacional e empregando estratégias precursoras de aprendizagem organizacional, resultando em reduzidos incidentes, melhor trabalho em equipa e aumento do desempenho.

Através do exemplo estudado, a investigação providencia uma referência elucidativa para a gestão e aprendizagem organizacional em contextos adversos, competitivos e em rápida mudança, no que concerne a melhorar o desempenho organizacional e gerir crises futuras.

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

**Classificação JEL:** I10, M10

## **ABSTRACT**

The COVID-19 pandemic constituted the most recent and significant crisis event in health care organizations, harboring systemic impact, disrupting traditional management and work structures and demanding countless challenges to be overcome: from supply chain failure, severe physical contact limitations and high hospitalization rates, to heightened and progressive emotional and physical fatigue.

On the premise that critical events typically produce innovative and creative solutions, this study aimed to understand how Santo Antonio's Community Care Unit, part of Barcelos' Holy House of Mercy, adapted to the crisis context, what it learned and what was integrated during such process.

Intersecting High Reliability Organizations, Relational Coordination and Organizational Learning theories as theoretical framework, data collection derived from semi-structured interviews, document analysis and observation, with photographic registration included.

Results highlight ten dimensions from its activity that demonstrate that the care unit, with the institution's support, behaved in a highly reliable manner, with high relational coordination, and while inducing organizational learning through specific strategies, resulting in low incidents, better teamwork and increased performance.

Through studying such an example, the investigation provides an illuminating reference for management and organization learning in adverse, competitive, ever-changing contexts, in what pertains to increasing organizational performance and managing future crisis.

**Keywords:** COVID-19; High Reliability Organizations; Relational Coordination; Organizational Learning; Health Care Management; Crisis Management.

**JEL Codes:** I10, M10.

# ÍNDICE

INTRODUÇÃO	1
1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO	3
1.1. Organizações de Altamente Fiáveis	5
1.2. Coordenação Relacional	11
1.3. Aprendizagem Organizacional	17
2. METODOLOGIA	20
2.1. Método	20
2.2. Caracterização da Organização	20
2.3. Fontes de Informação e Processo de Recolha de Dados	22
2.4. Análise de Dados	24
3. RESULTADOS	26
3.1. Preocupação com a Falha	29
3.2. Relutância em Simplificar	31
3.3. Relaxamento de constrangimentos hierárquicos	31
3.4. Comunicação de elevada qualidade	32
3.5. Sensibilidade a operações	33
3.6. Relações de partilha	34
3.7. Aprendizagem Organizacional	35
3.8. Compromisso com a Resiliência	36
3.9. Deferência para a <i>Expertise</i>	39
3.10. Liderança Relacional	40
4. DISCUSSÃO	42
4.1. Implicações para a Gestão	47
4.2. Limitações e investigação futura	48
5. CONCLUSÃO	50
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	51
ANEXOS	57

## ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 2.1 – Fontes de Informação 24

Tabela 3.1 - Estrutura dos dados segundo metodologia Gioia, Corley & Hamilton (2012) 26

## **GLOSSÁRIO DE ABREVIATURAS**

UCCSA - Unidade de Cuidados na Comunidade de Santo António

SCMB - Santa Casa da Misericórdia de Barcelos

OAF - Organizações Altamente Fiáveis

CR - Coordenação Relacional

AO - Aprendizagem Organizacional

IPSS - Instituições de Particulares de Solidariedade Social

DGERT - Direção-Geral do Emprego e das Relações de Trabalho

UCCI - Unidade de Cuidados Integrados

ULDM - Unidade de Longa Duração e Manutenção

UMDR - Unidade de Média Duração e Reabilitação

RNCCI - Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados

DT – Diretor Técnico

ERPI - Estrutura Residencial para Pessoas Idosas



## INTRODUÇÃO

A pandemia COVID-19 constituiu um evento de crise de proporções globais: disruptivo desde o nível individual aos mais complexos níveis de organização e coletividade. Países fecharam fronteiras, diversas empresas faliram. Outras, mais resilientes, adaptaram-se à adversidade: ora modificando o modelo de negócio, ora diversificando a oferta, ou alterando a forma de trabalhar. Cidadãos viram-se forçados a cumprir confinamento enquanto outros, em profissões essenciais, continuaram a sair de casa para trabalhar em contextos de crise: incertos, imprevisíveis e em rápida e constante mudança.

Em particular no setor da saúde, que representa a primeira e talvez mais crítica resposta ao desafio vivenciado, a pandemia COVID-19 provocou enorme pressão sobre as organizações e suas infraestruturas, exigindo esforços hercúleos em contexto de caos, ambiguidade e stress (Jha, 2021), e forçando as mesmas a navegar uma série de desafios: elevadas taxas de hospitalização, aumento severo da recorrência aos serviços de saúde, quebra de cadeias de abastecimento, escassez de material, insuficiência de recursos humanos (Zaghini *et al.*, 2021) e rápida obsolescência de informação. No seio das equipas de saúde, profissionais foram expostos a elevados riscos de contágio, acréscimo das horas e carga de trabalho, e aumento do cansaço físico e desgaste emocional, algo já com considerável prevalência, em condições habituais, nos profissionais de saúde (Zaghini *et al.*, 2021).

Em contexto de crise, as organizações, orientadas para sobrevivência e adaptação, são estimuladas a procurar soluções inovadoras ou diferentes, encontrando-se mais permeáveis à mudança e a novas formas de trabalhar. As mudanças emergentes e contextos de crise possuem assim a característica de desencadear iniciativas com forte potencial adaptativo (Nunes *et al.*, 2020), forçando a instituição a reagir de forma rápida e procurando, no processo, não só minimizar os impactos negativos do contexto externo, mas também maximizar potenciais benefícios — transformando crise em oportunidade. (Li *et al.*, 2021).

Face ao ambiente volátil, lidando com um vírus altamente infeccioso e em crescente propagação nas sociedades, bem como a saturação da capacidade de resposta, as organizações de saúde foram forçadas a gerir o desconhecido, necessitando não só adotar uma atitude mais hermética na sua exposição ao mundo e na sua forma de trabalhar — aperfeiçoando processos para evitar focos de infeção e mantendo-se atualizadas nas práticas e indicações mais recentes — como também

procurar novas formas de, apesar da adversidade, alinhar equipas interdependentes e multidisciplinares por detrás de um determinado ideal para trabalharem unidas e com elevado desempenho.

Como resultados deste processo adaptativo, a aprendizagem organizacional subjacente estará relacionada com adaptações bem-sucedidas à pandemia, incrementando a sua resiliência e fortalecendo a sua cultura. Neste contexto, estudar o que aconteceu no terreno, num ambiente privilegiado de mudança, é valioso para a comunidade científica no que concerne a fazer uma permutação entre a teoria e a prática, convidando, no que constitui um evento excecional e de rutura, a um olhar também diferente e que se distinga das teorias convencionais, por forma a explicar fenómenos novos e complexos.

Emergindo das temáticas mencionadas, o presente trabalho de investigação propõe, através de um estudo de caso, explorar o percurso de uma determinada instituição durante a pandemia, procurando responder às seguintes questões: “*de que forma se adaptou a organização de saúde ao contexto de crise?*”, no sentido de compreender que estratégias foram adotadas, que mudanças ocorreram a dinâmicas, processos e papéis e, noutra vertente, numa lógica de continuidade, “*o que aprendeu a instituição com a pandemia e como o integrou na sua estrutura?*”, procurando explorar que aprendizagens foram realizadas e integradas na instituição.

A organização de saúde é a Unidade de Cuidados na Comunidade de Santo António (UCCSA), pertencente à estrutura da Santa Casa da Misericórdia de Barcelos (SCMB), uma organização de cariz social, pertencente ao terceiro setor, sem fins lucrativos. A UCCSA enquadra-se numa das respostas de saúde desta instituição, providenciando, por sua definição, cuidados de saúde à comunidade e especialmente a pessoas, famílias e grupos mais vulneráveis (ARSVLT, 2022).

Estudar como organizações de saúde reagiram à pandemia COVID-19 é de elevado interesse para a gestão em saúde, pois poderá elucidar instituições sobre novas formas de organização e dinâmicas de trabalho para uma adaptação mais competente a um desafio complexo ou crises futuras. Adicionalmente, a realidade de organizações de saúde do terceiro setor, face ao contexto pandémico, encontra-se subexplorada, naquilo que tem sido o seu posicionamento, limitações e desafios durante este período de crise.

## 1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO

As organizações de saúde são classicamente descritas como burocracias profissionais, onde o funcionamento da instituição depende da existência de um centro operacional diferenciado, com elevadas capacidades e conhecimentos, e onde os profissionais são especializados e com considerável autonomia no seu trabalho (Mintzberg, 1979). A diferenciação existente é necessária pela complexidade da sua missão: cuidar da saúde — um bem intangível, com inúmeras variáveis, múltiplas etiologias, diversas ramificações e com expressão e significado diferente para cada pessoa. Adicionalmente, a complexidade e não linearidade dos processos de análise clínicos, diagnóstico e tratamento forçam uma interdependência entre os grupos especializados de profissionais de saúde, o que constitui um desafio para a coordenação.

Com efeito, apesar da necessária e consequente estandardização das capacidades e conhecimento, própria das burocracias profissionais, que procuram garantir uma padronização das práticas que legitime a autonomia do centro operacional, os baixos níveis de integração das variadas profissões constituem um desafio estrutural (Glouberman & Mintzberg, 2001). Em saúde, vive-se frequentemente um ambiente em que cada profissão trabalha circunscrita ao seu espectro de intervenções, não favorecendo a comunicação interdisciplinar e originando incoerências nas relações.

Contudo, em situações-limite, como é o caso da pandemia, mecanismos que apoiem a coordenação emergem naturalmente e complementam as características estruturais das organizações de saúde, quer pelo ajusto mútuo das relações entre as profissões envolvidas, quer pela padronização de normas e protocolos (Glouberman & Mintzberg, 2001).

As consequências do contexto pandémico reverberaram pelo sistema de saúde, obrigando a adaptações em todas as suas vertentes. A disseminação de informação adequada sobre o vírus SARS-CoV-2 e a doença COVID-19, a necessidade de comunicação frequente e atempada com os cidadãos e profissionais de saúde, a mudança de comportamentos, a articulação entre setores e toda a reestruturação da prestação de cuidados são elementos transversais aos setores primário, secundário e terciário dos cuidados de saúde. Contudo, apesar de desafios semelhantes, a diferença entre setores reside no seu diferente posicionamento, a disponibilidade de recursos, o seu propósito e, por fim, na sua capacidade de resposta à pandemia.

No setor terciário dos cuidados de saúde encontram-se instituições focadas em cuidar do utente numa lógica de continuidade do apoio social e/ou de saúde, tendo em vista a promoção de autonomia na reabilitação, readaptação e reinserção familiar e social, ou ainda exercício de serviços paliativos, após processo de doença (Decreto-Lei n.º 101/2006, de 6 de junho).

As organizações de saúde sem fins lucrativos, incluídas neste setor, possuem um posicionamento singular no setor da saúde, o que torna a sua experiência de travessia do período pandémico matéria de elevado interesse. Se por um lado, possuem os desafios inerentes ao setor social, por outro, assumem também todos os constrangimentos presentes na prestação de cuidados de saúde.

São organizações proibidas de distribuir lucros ou utilizá-los para beneficiar qualquer indivíduo e, na sua génese, assumem missões caridosas, tipicamente inspiradas por motivos religiosos (Almeida, 2017; McDonald *et al.*, 2014). Em determinados sistemas de saúde, as organizações de saúde sem fins lucrativos desempenham um importante papel na assistência à prestação de cuidados, atuando como extensão e complemento do sistema nacional de saúde, combatendo os problemas de acessibilidade a cuidados de saúde básicos e adquirindo, por isso, ao longo dos anos, uma relevância significativa (Almeida, 2017; McDonald *et al.*, 2014; Domański, 2009). Em Portugal, como exemplo, as organizações de saúde sem fins lucrativos são os principais fornecedores de cuidados de saúde de longo prazo e na comunidade, da qual se destaca a Santa Casa da Misericórdia, uma instituição de caridade com numerosos destacamentos em todo o país que, além de assumir missões de cariz social, como apoiar e alimentar os mais necessitados, possui uma vertente de cuidados de saúde comunitários (Almeida, 2017).

Alguns dos desafios mais relevantes para estas organizações são a incapacidade de contar com receitas operacionais, não possuírem autoridade tributária, isto é, possibilidade de cobrança, e subsistirem, em grande parte, através dos donativos dos diferentes *stakeholders*, o que não só condiciona seriamente a disponibilidade e capacidade de obtenção de recursos, como obriga, conseqüentemente, à utilização de um modelo operacional distinto, que contorne os entraves mencionados enquanto procura adquirir e manter sustentabilidade (McDonald *et al.*, 2015).

Adicionalmente, a competitividade entre organizações sem fins lucrativos tem apresentado uma intensificação notória, com o aumento do número de organizações no mercado e conseqüente concorrência intensa por contratos governamentais, doadores e fornecedores (McDonald, 2014).

Deste modo, o enquadramento mencionado tem exigido às organizações sem fins lucrativos a adoção de um pensamento mais estratégico: uma maior atenção ao planeamento, a integração de processos focados na qualidade, melhoria contínua e inovação, bem como práticas de recursos humanos focadas no elevado desempenho e valorização dos profissionais, numa tentativa de alterar a cultura organizacional, aumentar a eficiência económica e adquirir sustentabilidade num ambiente cada vez mais competitivo (Brimhall, 2019; Narapareddy & Berte, 2018; Domanski, 2009).

Face a uma pandemia que vem não só acentuar todos os desafios e constrangimentos presentes, como também originar dificuldades não antecipadas, mais se justifica a procura de novas formas de perspetivar, trabalhar e superar as adversidades e, nessa mesma medida, o interesse em explorar que formas encontraram estas organizações de enfrentar o contexto de crise.

### **1.1. Organizações de Altamente Fíáveis**

O conceito de *High Reliability Organizations* (HRO) ou, em português, Organizações Altamente Fíáveis (OAF) tem na sua génese o estudo da prevenção de acidentes e segurança. Investigando-se organizações, como empresas de controlo de tráfego aéreo, decks de voo de porta-aviões e centrais nucleares (Roberts & Rousseau, 1989), constatou-se que, apesar de trabalharem em contextos complexos do ponto de vista de operações, com riscos elevados e volatilidade acrescida, mantinham um funcionamento seguro e evitavam acidentes durante longos períodos (Tolk, Cantu & Beruvides, 2015).

Desta forma, o mundo de OAF, organizações que se distinguem pelo seu desempenho consistentemente seguro em contextos dinâmicos, interdependentes e de extrema complexidade, onde não só o risco de erro é elevado, como as consequências severas (Stichler, 2017; Vogus & Iacobucci, 2016), ganha notoriedade para além das fronteiras das suas próprias indústrias. Com efeito, num mundo globalizado, com galopante desenvolvimento tecnológico e elevada disponibilidade de informação, onde a competitividade se encontra intensificada, a existência de formas de trabalhar focadas na prevenção de erros, eficácia e qualidade do desempenho constitui fonte de inspiração para qualquer organização que ambicione vantagem competitiva através de maior segurança e menos erros — elevada fiabilidade.

Existindo, em saúde, contextos mais próximos que outros à realidade das OAF originais, tais como cirurgias, serviços de urgência e unidades de cuidados intensivos, existem temáticas transversais à maioria dos serviços de saúde que mantêm semelhança com o contexto de OAF. Tal como as OAF mencionadas, a atividade de providenciar cuidados de saúde é extremamente complexa e interdependente. Complexa porque a saúde do utente é gerada por uma combinação única de fatores biológicos e socioeconómicos (Sutcliffe, Paine & Pronovost, 2016), o processo de diagnóstico é construído sobre ambiguidades e relações não lineares, e cada utente poderá reagir ao mesmo tratamento de formas distintas (Sutcliffe, Paine & Pronovost, 2016); interdependente porque os cuidados de saúde são providenciados pela conjugação de diversas profissões (enfermagem, fisioterapia, medicina, psicologia, entre outros) que dependem entre si, possuem hierarquias diferenciadas, formas de trabalhar diferentes, e cujas decisões poderão acarretar, frequentemente, consequências significativas (Stichler, 2017), implicando por isso mesmo uma elevada responsabilização.

A teoria avança para determinar o modo de funcionamento e dinâmicas de uma OAF, identificando-se cinco princípios: 1) preocupação com a falha; 2) relutância em simplificar; 3) sensibilidade a operações; 4) compromisso com resiliência e 5) deferência para a *expertise* (Weick & Sutcliffe, 2015).

*Preocupação com a falha* expressa a necessidade de atenção constante a anomalias que poderão ser sintomas ou poderão progredir para problemas maiores num sistema (Weick & Sutcliffe, 2015). Esta atitude é concretizada em três mecanismos distintos: trabalho árduo em detetar falhas emergentes, antecipação e especificação de expectativas sobre erros que não podem ser cometidos e, por fim, a consciência de que o conhecimento da situação, do ambiente e da equipa será sempre incompleto devido à sua complexidade (Weick & Sutcliffe, 2015), por forma a predispor a equipa à deteção de falhas.

Organizações de Altamente Fiáveis, ao encontro deste primeiro princípio, não se iludem com o facto de não ocorrerem acidentes por longos períodos: mantêm-se alerta aos menores sinais de desenvolvimento de ameaças à segurança, inclusivamente aqueles que se encontram incorporados de forma indelével nos pressupostos das atividades, e encorajam ativamente os profissionais a reportar erros, expressar preocupações e realizar perguntas (Chassin & Loeb, 2013; Karalis & Barbery, 2006). A mentalidade descrita, face à falha, cria iniciativa em vez de fatalismo (Weick &

Sutcliffe, 2015): nesta perspectiva, a atitude vigilante em detecção de anomalias gera proatividade em vez de opressão e é precursora de evolução e adaptação.

O segundo princípio, *relutância em simplificar*, diz respeito a uma tentativa de contrariar a tendência natural de normalizar rotinas e/ou subestimar eventos. Os profissionais de OAF estão treinados para resistir à tentação de simplificar observações, experiências ou aceitar explicações superficiais e simplistas a problemas (Chassin & Loeb, 2013; Stichler, 2017). A atitude de relutância face à simplicidade é necessária porque a simplificação de fenómenos frequentemente ofusca detalhes importantes sobre os mesmos, impedindo não só a compreensão total de situações, como também a descoberta de erros não antecipados, não ainda detetados ou aspetos sobre a falha que não estão ainda explicados (Weick & Sutcliffe, 2015). Com efeito, as ameaças à segurança podem revelar-se de formas complexas e variadas, e a capacidade de identificar as por vezes subtis diferenças emergentes dos contextos rotineiros pode fazer a diferença entre uma condição detetada atempadamente, com uma correção fácil, ou uma falha que não foi contida, interagiu com múltiplas partes do sistema e que se desenvolve num problema de escala maior (Chassin & Loeb, 2013).

Para esse fim, as OAF esforçam-se por obter uma variedade de interpretações da realidade — através do registo de uma elevada diversidade de *inputs* existentes no ambiente e através de dinâmicas relacionais que convidem a participação e discussão entre profissionais com conhecimentos diferentes — para conseguirem, pela variedade que impõem e estimulam, formular uma compreensão mais completa do contexto e trabalhar com um amplo espetro de formas de responder aos desafios que se interpõem (Weick & Sutcliffe, 2015). *Guidelines* específicas, protocolos detalhados, inquéritos incisivos e discussões multidisciplinares constituem ferramentas de excelência de OAF e materializações da relutância em simplificar. As dinâmicas mencionadas abrandam o processo mental de formulação de suposições e generalizações e convidam o profissional a questionar as ações que toma, que impacto têm no ambiente e a realizar pequenos ajustes. Trata-se de um consciente, perpétuo ciclo entre *feedback* e resposta, interpretação e atualização (Weick & Sutcliffe, 2015).

Associado a algumas dinâmicas que concretizam o segundo princípio de funcionamento das OAF, emerge o princípio da *sensibilidade às operações*. O conceito liberta-se do planeamento e amplitude organizacional e foca-se propositada e singularmente sobre as próprias operações e a forma consciente e atenta de as executar (Weick & Sutcliffe, 2015).

Neste âmbito, a intenção é então criar um estado mental coletivo, ancorado no presente, em que os participantes estejam não só cientes da natureza interdependente, interativa e complexa da tarefa a desempenhar, como também da relevância dos seus contributos, posicionamento e integração para a estabilidade de um sistema em equilíbrio ténue (Weick & Sutcliffe, 2015).

É importante sublinhar que o princípio da sensibilidade às operações prende-se, naturalmente e sobretudo, com o centro operacional, a linha da frente das organizações. Daí que seja necessário um elevado grau de relacionamento a vários níveis: desde líderes que se preocupam com os funcionários da linha da frente, mantendo contacto frequente, preocupando-se em ouvir sugestões e inquietações, proporcionando condições de trabalho adequadas ao desempenho exigido e permanecendo acessíveis na ocorrência de situações problemáticas, até à constante interação de grupo entre os vários profissionais envolvidos antes, durante e após as operações (Weick & Sutcliffe, 2015).

O penúltimo princípio, denominado *compromisso com a resiliência*, insere-se sobre um conceito central nas OAF e no setor da saúde: gerir o inesperado. OAFs reconhecem que trabalham em ambientes voláteis e que nenhum sistema é perfeito. Deste modo, independentemente e apesar da existência das atividades antecipatórias de preocupação e aprendizagem com a falha, relutância em simplificar explicações e procedimentos, e elevada atenção e sensibilidade às operações que decorrem, existe a certeza de que ocorrerão perturbações, anomalias, erros e, eventualmente, acidentes (Weick & Sutcliffe, 2015). Não existe forma de prever o futuro: em saúde, não há forma de antecipar exatamente quando será o próximo surto de uma doença, a não ser quando já existe uma quantidade significativa de casos de infeção. Nessa perspetiva, os três primeiros princípios, que reduzem a frequência de ocorrência do inesperado, encontram-se complementados pelo conceito que suporta a organização quando o inesperado de facto acontece: resiliência.

Aplicado às organizações, a resiliência representa a capacidade de uma organização manter ou recuperar um estado dinamicamente estável que lhe permita continuar operações após um evento adverso (Weick & Sutcliffe 2015).

Deste modo, organizações resilientes são capazes de ajustar o seu funcionamento eficazmente antes (prevenção), durante e após perturbações, alterando dinâmicas e processos, reconfigurando recursos, enquanto mantendo as estruturas e funções essenciais à continuidade das atividades, mesmo que em estado de escassez e/ou dificuldade.



Mobilizando uma dimensão mais relacional, OAFs superam o erro por intermédio de uma combinação coordenada e interdependente dos seus diferentes recursos, conhecimentos e experiência face ao problema em questão, gerando adaptação e adaptabilidade (Weick & Sutcliffe, 2015). Curiosamente, é um lapso na fiabilidade que irá, pela reação que convida, fazer crescer a organização. A resiliência surge não em processos isolados, mas antes num processo de continuamente lidar com adversidade (Weick & Sutcliffe, 2015).

Assim, o compromisso com a resiliência é o de não baixar os braços. Expressa a persistência de, na eventualidade de eventos críticos e inesperados, tal como um contexto de crise, preservar o funcionamento a curto prazo e, por processos de aprendizagem organizacional e coordenação, recuperar para um novo ponto de equilíbrio a médio e longo-prazo (Karalis & Barbary, 2006; Chassin & Loeb, 2013; Stichler, 2017). Como eloquentemente descrevem Weick & Sutcliffe (2015, pp. 12), “o cunho de uma OAF não é que se encontra livre de erros, mas que os erros não a incapacitam”.

Por fim, a adesão ao quinto princípio constitui um mecanismo essencial para potenciar a resiliência: *deferência para a expertise* (Chassin & Loeb, 2013). Nestas organizações, aquando de eventos inesperados e de complexa compreensão e resolução, as decisões migram ao longo da sua estrutura para o elemento que possui conhecimento específico da situação e se encontra melhor posicionado para solucioná-la, independentemente da hierarquia (Weick & Sutcliffe, 2015). Isto significa que, face a situações inesperadas, perícia e experiência são mais valorizadas do que hierarquia, pois a prioridade reside na eficiência da solução, independentemente de onde surja (Chassin & Loeb, 2013).

Em diversos contextos nas organizações, a perícia e capacidade dos profissionais pode ser condicionada e desvalorizada por hierarquias rígidas, interesses próprios, ou rotinas inflexíveis. Em contraste, as OAF reconhecem o valor participativo de todos os elementos envolvidos e, inclusivamente, organizam-se para que o surgimento de problemas atraia e crie as suas próprias hierarquias (Weick & Sutcliffe, 2015). Neste sentido, nestas organizações decorre, em situações inesperadas, um relaxamento dos constrangimentos hierárquicos sob a convicção cultural de que as capacidades necessárias para lidar com a situação atual existem algures no sistema, e que a migração de questões irá certamente encontrar os elementos-chave de resolução.

Dado o acima descrito, a deferência para a perícia não é um mecanismo estático e protocolado, mas antes um processo dinâmico e emergente: a compreensão e a decisão acerca de uma nova

ameaça não estão alocadas a uma pessoa específica e variam consoante o assunto, através de um ciclo relacional de pessoas questionando-se mutuamente e participando em conversas onde informação é ora rejeitada, ora deferida, ora modificada — constituindo assim um processo de coprodução (Weick & Sutcliffe, 2015).

Subjacente a um mecanismo de deferência para *expertise* bem-sucedido, é necessário respeito mútuo e humildade, no sentido em que existe uma interação nivelada entre os participantes, que trabalham com o mesmo objetivo e que, apesar de possuírem confiança nas suas capacidades, reconhecem os limites do seu conhecimento e experiência individuais, dada a natureza incerta e complexa da situação que enfrentam. Aqui, a criticidade do trabalho induz humildade nos profissionais (Weick & Sutcliffe, 2015), o que potencia interações de qualidade e uma melhor coordenação.

Resumindo, eis o estilo de funcionamento de uma OAF: existe um enfoque na deteção de falhas (*preocupação com a falha*), e a distinção gerada pelas mesmas deve ser retida e explicada detalhadamente, em vez de perdida em categorizações ou generalizações (*relutância em simplificar*). Os profissionais mantêm o foco e atenção nas operações decorrentes, permanecendo sensíveis às mais pequenas nuances (*sensibilidade a operações*), bem como preparados para superar as adversidades que inevitavelmente emergirão, traçando caminhos de recuperação (*compromisso com resiliência*) com os recursos disponíveis e utilizando quem melhor está posicionado e equipado para agir (*deferência para a expertise*).

A conjugação dos cinco princípios, inculcados e articulados intrinsecamente na organização, suportados por uma infraestrutura que apoie (1) a racionalização, (2) a organização contínua e (3) uma gestão adaptativa, pretende criar uma forma de organizar altamente fiável — *mindful organizing* (Weick & Sutcliffe, 2015).

Assim, o *mindful organizing*, como ideal último das OAF, trata-se de uma cultura coletiva de vigilância do erro e fiabilidade organizacional, pautada pelos princípios mencionados e apoiada pela gestão. Intrínseca, fluida e transitória, necessita de ser ativamente perseguida, reconquistada e cocriada pelos elementos da instituição, a cada desequilíbrio vivenciado.

Embora a perspetiva fornecida pelo estudo das OAF seja única na sua perseguição do estado de *mindfulness*, os processos através dos quais esse ideal é perseguido, já mencionados, podem ser adotados por qualquer organização, especialmente em setores dependentes de pessoas para

executar processos ou cuidados, onde o erro humano pode acarretar riscos severos, como é o caso do setor da saúde (Tolk, Cantu & Beruvides, 2015).

Deste modo, a teoria fornece uma perspectiva pertinente sob a qual olhar uma organização de saúde em processo de adaptação a uma crise pandémica que exigiu a todas as instituições uma atenção redobrada à segurança, qualidade e fiabilidade.

## **1.2. Coordenação Relacional**

A Coordenação Relacional (CR) emergiu primeiramente através do estudo da indústria de aviação comercial, no seu processo de partida de voo. A demonstração bem-sucedida de como uma coordenação focada nas relações consegue impactar positivamente a eficiência e qualidade do desempenho das companhias aéreas (Gittell, 2016) despertou o interesse na sua aplicabilidade a outros contextos, tal como o setor de cuidados de saúde (Gittell, 2012), que possuem características semelhantes de interdependência, incerteza e constrangimentos de tempo — condições que aumentam a necessidade de CR (Gittell, Seidner & Wimbush, 2010).

A teoria da CR debruça-se, como o próprio nome indica, sobre os padrões de comunicação e relação através dos quais os profissionais integram as suas tarefas, tendo em vista um sentido conjunto (Gittell, 2016). Definida como “um processo de reforço mútuo da interação entre comunicação e relações desempenhado com o propósito de integração de tarefas” (Gittell, 2002, p. 301), a teoria parte do princípio que coordenação é a gestão da interdependência de tarefas (Malone & Crowston, 1994) e que, dado que à interdependência subjazem relações próximas, esta é fundamentalmente uma atividade relacional e comunicativa, que molda e otimiza as íntimas interações das diversas partes existentes.

Assim, a teoria inicia expressando que características de base devem ter a comunicação e as relações para, através da interação entre ambas, ocorrer CR.

Relativamente à comunicação, deve ser frequente, atempada, precisa e focada na resolução de problemas (Gittell, 2016). Frequente no sentido de existirem canais abertos e transversais à hierarquia, para que os intervenientes, independentemente da posição, mantenham contacto regular entre si; atempada para que a informação circule de forma rápida e eficaz, chegando a elementos-chave na altura adequada; precisa porque existe a necessidade de a comunicação ser clara e livre de ambiguidades, para que a mensagem seja igualmente entendida e partilhada por todos e, por

último, focada na resolução de problemas em vez da culpabilidade de elementos — uma atitude proativa e positiva, focada no progresso. Estas quatro características caracterizam, na teoria da CR, o ideal de comunicação de elevada qualidade (Gittell, 2016).

Por outro lado, acoplada a uma comunicação de elevada qualidade, as relações sob as quais esta comunicação ocorre devem encontrar-se assentes em princípios de objetivos partilhados, conhecimento partilhado e respeito mútuo (Gittell, 2016). Quando os objetivos são partilhados por todos os elementos de uma equipa ou organização, trabalha-se no mesmo sentido, com níveis mais elevados de motivação, e com maior foco nas resoluções do que nos problemas. A partilha de conhecimento é fundamental para a consciência coletiva de qual é a contribuição de cada profissional para o processo na sua totalidade e promove uma maior integração de tarefas, bem como empodera e autonomiza a intervenção de cada elemento. Por fim, o respeito mútuo cria uma premissa de interação saudável e transversal à organização, esbatendo condicionantes de hierarquia, aproximando profissionais e aumentando a probabilidade de interações, criando simultaneamente uma cultura em que os intervenientes se sentem valorizados, ouvidos e sem receio de partilhar opiniões.

Segundo a teoria, as três dimensões relacionais e as quatro características comunicacionais interagem e influenciam-se mutuamente, determinando um *loop* em que alterações numa característica influenciam forçosamente outras (Gittell, 2016).

Exemplificando, a partilha de conhecimento proporciona uma comunicação mais consciente entre os intervenientes, por saberem como proceder e a quem se dirigir; a partilha de objetivos fomenta uma comunicação de elevada qualidade, pois os elementos trabalham com o mesmo propósito e orientados para o futuro, focados na resolução de problemas; e o respeito mútuo aumenta a receptividade à participação e opiniões dos colegas, independentemente do estatuto ou funções, melhorando mais uma vez a qualidade da comunicação (Gittell, 2016).

A pertinência da CR para o setor da saúde insere-se precisamente na capacidade de unir diferentes classes profissionais e superar alguns dos maiores obstáculos à coordenação e qualidade da prestação de cuidados.

Em contexto de cuidados de saúde, vive-se um ambiente de elevada complexidade e interdependência. Contudo, a crescente especialização do conhecimento clínico provocou uma progressiva divisão e distanciamento entre profissões. Atualmente, o conhecimento é tão vasto e profundo que as diferentes especialidades trabalham mais isoladamente, limitadas pelo seu próprio

trabalho e desconhecendo o trabalho dos outros, criando-se uma hierarquia rígida, com estatutos inflexíveis e relações inconsistentes (Gittell, 2009). No ambiente descrito, torna-se expectável que informação crítica, por exemplo, a alergia a um determinado medicamento ou um antecedente de saúde relevante, se perda para o desconhecimento, causando atrasos, custos desnecessários ou mesmo uma ameaça ao bem-estar do utente (Gittell, 2009).

Respondendo aos entraves mencionados, a teoria de CR providencia uma perspetiva onde, verificando-se as 7 dimensões anteriormente referidas, se constrói uma rede de comunicação e laços relacionais entre profissionais e grupos de trabalho, comprometidos com um processo de trabalho comum: na saúde, o melhor cuidado possível através de uma melhor comunicação e coordenação entre todos os participantes envolvidos na prestação de cuidados (Gittell, 2012). É importante referir que todas as dimensões, relacionais e comunicacionais, são igualmente indispensáveis à construção de uma filosofia de CR. Por outras palavras, é necessária a sua ocorrência simultânea para maximizar os resultados. Os cuidados de saúde serão pobremente coordenados se a comunicação, ainda que frequente, seja pouco precisa, focada na atribuição de culpas ou chegue atrasada; por outro lado, mesmo que a comunicação tenha todas as características de elevada qualidade, a informação não será valorizada ou adequadamente recebida se o profissional que a recebe não respeita o profissional que a transmite; o mesmo acontecendo se não existe conhecimento partilhado o suficiente para integrar a informação no encadeamento das tarefas ou se o interveniente não partilhar dos mesmos objetivos que o resto da organização, não se sentido motivado para agir (Gittell, 2006).

Aplicando-se adequadamente os princípios da CR, os resultados encontram-se descritos na evidência científica de forma robusta. Elevados níveis de CR estão descritos produzirem resultados como diminuição de tempo de internamento, níveis mais elevados de qualidade de cuidados percebida pelo utente, diminuição de custos de hospitalização, melhor mobilidade e menor dor pós-operatória (Gittell, 2006). Na equipa multidisciplinar, a CR emerge associada a melhorias ao nível da satisfação com o trabalho (Gittell, 2006; Gittell, Godfrey & Thistlethwaite, 2012), compromisso com o trabalho e redução de *burnout* nos profissionais de saúde (Gittell, Godfrey & Thistlethwaite, 2012).

Coincidentemente, em contextos onde se avaliam níveis elevados de CR, encontra-se um melhor ambiente de trabalho, com maior conhecimento de funções de cada interveniente, melhor alinhamento, menor resistência à mudança (Gittell *et al.*, 2018) e, conseqüentemente, maior

resiliência ao stress e situações inesperadas, derivada da força, apoio e proximidade das relações positivas construídas (Gittell *et al.*, 2018; Gittell, Godfrey & Thistlethwaite, 2012).

Em suma, na eterna oscilação entre qualidade e eficiência, a teoria da CR defende uma abordagem capaz de melhorar resultados em ambas as dimensões, com esforços melhor dirigidos, menos falhas e enquanto valorizando os profissionais envolvidos (Gittell, 2006; Gittell, Godfrey & Thistlethwaite, 2012).

Contudo, para levar as sete dimensões da CR aos resultados de elevado desempenho, são necessárias intervenções concretas e a existência de uma estrutura adequada que potencie a dinâmica relacional. A teoria preconiza três categorias de intervenção: relacionais, de processo de trabalho e estruturais, que almejam a transição para um modelo relacional de mudança (Gittell, 2016).

As intervenções relacionais pretendem melhorar as relações, desenvolvendo um ambiente psicologicamente seguro, treinando o diálogo e exercendo formas de questionamento humildes. Para esse fim, realizam-se atividades que quebrem barreiras hierárquicas e aplicam-se dinâmicas que facilitem a comunicação e a modelação dos profissionais, tais como práticas de *coaching*, dinâmicas de grupo (Gittell, 2016) e atividades de *team building*.

No sentido da melhoria contínua dos processos de trabalho, a teoria reporta à ciência da melhoria contínua para (1) analisar o estado atual dos processos, (2) identificar e comunicar o estado desejado e (3) tentar aproximar as duas margens, exercendo uma dinâmica relacional ao utilizar esses processos para atingir clareza de objetivos partilhados, envolver a equipa multidisciplinar em atividades de resolução de problemas, partilhar conhecimento e manter os intervenientes conectados (Gittell, 2016).

As intervenções relacionais e nos processos de trabalho permitem que os profissionais desenvolvam um determinado nível de comunicação e relacionamento que propicie CR, mas as dinâmicas só perdurarão no tempo se às intervenções mencionadas forem adicionadas alterações estruturais à organização, que persistentemente convidem à cocriação desse ideal.

No que concerne a intervenções estruturais, a ideia é de que as estratégias que trarão maiores índices de CR são as que consigam cada vez mais unir grupos de trabalho e estimular multidisciplinaridade, em vez de reforçar os silos que as separam (Gittell, Godfrey & Thistlethwaite, 2012). Neste âmbito, a teoria pretende romper com as estruturas burocráticas tradicionais e substituí-las por outras mais dinâmicas, fluidas e interativas.

Na filosofia descrita, as práticas que emergem são fortemente apoiadas em práticas de gestão de recursos humanos e focadas em sistemas de trabalho de elevado desempenho, mas, novamente, com uma forte intenção relacional. Como exemplos, os processos de recrutamento e seleção transcendem capacidades técnicas e privilegiam a competência relacional — inteligência emocional, traços de personalidade e atitudes conducentes a trabalho em equipa — a formação é extensiva em temáticas de coordenação e ambiente multidisciplinar, a resolução de conflitos é focada em construir um entendimento partilhado dos processos de trabalho e adicionar valor à coordenação, as reuniões são redesenhadas para se tornarem mais frequentes e inclusivas, e os protocolos são partilhados e muitas vezes criados em conjunto (Gittell, 2016).

Acrescentando ao grupo, encontram-se intervenções de outra natureza, como a atualização de sistemas de informação com o envolvimento e *input* dos próprios profissionais, adoção de uma configuração espacial que beneficie interações mais próximas e a existência de elementos que sirvam como pontes de travessia, ou *boundary spanners*, que emergem a partir da equipa, e cuja função é integrar o trabalho dos diferentes profissionais em torno de um projeto ou desafio particular, tomando iniciativas e unindo os esforços da equipa em torno de objetivos e causas, assegurando a perpétua reativação da CR (Gittell, 2016; Gittell, Seidner & Wimbush, 2010; Gittell, 2009).

Apesar da multiplicidade de intervenções estruturais mencionadas em apoio à CR, é relevante referir que a teoria é clara em afirmar que este não deve ser o ponto de partida. Simplesmente impor uma série de alterações estruturais não irá providenciar resultados num contexto em que os elementos se encontram desconexos ou sem qualquer conhecimento sobre CR. Em suma, a equipa deve previamente encontrar-se em busca ativa de maior CR, através de, por exemplo, as intervenções relacionais e de processo mencionadas, para as intervenções estruturais verdadeiramente florescerem (Gittell, 2016).

Por fim, é importante refletir que os aspetos mencionados constituem mudanças ao nível organizacional e qualquer movimento no sentido da CR só poderá efetivar-se se existir acoplado a uma liderança que pense, trabalhe e partilhe os valores da teoria. Alcança-se assim o conceito de Liderança Relacional, uma perspetiva relacional sobre a própria liderança cujo propósito é empenhar a chefia como facilitadora, promotora e potenciadora da CR (Gittell, 2016). Neste âmbito, perspetiva-se a Liderança Relacional como um espetro de influência transversal à organização, focado na conexão entre profissionais que, reforçando os mesmos ideais de

comunicação de qualidade, respeito mútuo e partilha de objetivos e conhecimento, não só nutre o desenvolvimento de relações favoráveis entre as chefias e os profissionais, quer seja gestão de topo ou intermédia, como também contagia e estimula as relações entre profissionais da mesma hierarquia, gerando maior CR (Gittell, 2016).

Desta forma, os líderes assumem, nesta perspetiva, uma elevada disponibilidade física e emocional, mantendo-se, do ponto de vista humano e relacional, conectados a toda a instituição e atentos às necessidades e preocupações dos profissionais, proporcionando suporte emocional, informativo ou prático à equipa e procurando antecipar dificuldades, quer no rotineiro desempenho de tarefas, quer na adaptação a crises (Sun *et al.*, 2021).

É de notar que o conceito de Liderança Relacional emerge como um conceito fluido, tal como a CR. Entende-se que estas atitudes e comportamentos sejam permeáveis por todos os níveis hierárquicos da instituição, com líderes que estimulam reciprocamente outros elementos a assumirem iniciativas e consequentemente construindo uma rede de liderança que, de um modo formal e informal, impede que toda a responsabilidade de uma instituição se encontre centralizada numa singular posição, tornando-a mais ágil e eficaz (Gittell, 2016).

Concluindo, a CR é uma teoria que explora a força das relações e pretende, através de intervenções multidimensionais e a vários níveis da organização, transformar relações de trabalho em interações mais respeitadas, com melhor alinhamento de objetivos e partilha mais eficaz de conhecimento através de comunicação de qualidade superior, constituindo um enquadramento pertinente para reagir às pressões enfrentadas pelas organizações atualmente, especialmente acentuadas pela pandemia COVID-19. Os novos desafios lançados às organizações de saúde requerem que as instituições se mantenham unidas, bem coordenadas e impermeáveis a falhas significativas.

Nesta perspetiva, tanto a teoria da CR como a filosofia das OAF partilham pontos de encontro. A vigilância ativa e fluida de uma OAF, o seu estado característico de *mindfulness*, requer uma forte coordenação de relações e, no seu âmago, depende da confiança de que os assuntos serão reportados com transparência e honestidade, por haver respeito mútuo entre profissionais que trabalham com o mesmo objetivo (Weick, K., & Sutcliffe, K., 2015). Adicionalmente, organizações preocupadas com elevada fiabilidade necessitam também de um *feedback* frequente e comunicação de elevada qualidade: atempada, precisa e focada na resolução de problemas.



Por outro lado, o próprio investimento numa cultura de CR constitui um movimento na direção da qualidade e melhoria contínua de processos, sejam relacionais ou técnicos, para atingir um desempenho de elevados padrões e poucas falhas, objetivo último das OAF.

Ambas as perspectivas procuram esbater barreiras hierárquicas, aproximar profissões e trabalhar em grupos multidisciplinares para agilizar o processo de resolução de problemas, bem como ambas ambicionam conferir resiliência às organizações e a capacidade de, em tempos de adversidade, recuperarem de contrariedades enquanto mantêm desempenho elevado.

O mesmo foco na resiliência faz as duas teorias, apesar das diferentes abordagens, caminharem no mesmo sentido: aprender novas formas de trabalhar e de relacionar na organização para superar dificuldades e atingir melhores resultados. É nesta encruzilhada que emerge, como resultado último e subjacente a ambas as perspectivas, o conceito de aprendizagem organizacional como parte integrante e fundamental dos processos de mudança e adaptação.

### **1.3. Aprendizagem Organizacional**

O estudo da Aprendizagem Organizacional (AO) como conceito teórico tem os seus primórdios na década de 60 de século passado (Cangelosi & Dill, 1965) e, desde então, continua a ser intensamente investigado, debatido e atualizado pela sua relevância para as organizações no que concerne à capacidade de adaptação a novas realidades e exigências, condição inerente de um mundo em perpétua evolução e mudança.

Existe atualmente consenso que o processo de AO é ambidextro: isto é, a aprendizagem só se pode considerar efetivada quando se verificam alterações simultaneamente cognitivas e comportamentais (Odor, 2018; Crossan, Lane & White, 1999).

É também considerado um processo passível de ser interpretado a vários níveis de análise — individual, grupo, organizacional —por isso intervenções ao nível mais elevado de abrangência exigirão considerações a todos os níveis.

A AO é tida então como um processo multinível através do qual os membros de uma organização adquirem, produzem, retêm e transferem conhecimento a partir de experiências de trabalho coletivas e reflexão sobre as mesmas, alterando, como resultado, a base de conhecimento da organização, os seus comportamentos e melhorando a sua capacidade para agir (Odor, 2018; Alonazi, 2021).

Os processos através dos quais pode ocorrer a AO estão descritos de forma variada na literatura, mas unem-se pelo processo incontornavelmente social que lhe está subjacente e pela ambição de integrar as dinâmicas de tal forma na instituição que estas se tornem parte da sua identidade, tornando-a numa *learning organization* — uma organização em constante aprendizagem.

Clarificando os dois conceitos, enquanto a AO pode ocorrer de forma pontual e isolada no tempo, por exemplo, em reação a uma ameaça ou crise e num movimento de absoluta necessidade de sobrevivência da instituição, numa *learning organization*, a aprendizagem ocorre continuamente: aprender constantemente, independentemente das exigências internas e externas. É a cultura da organização, encontra-se inscrito no seu ADN. Se por um lado a AO enfatiza o processo de aprendizagem, a ideia de uma *learning organization* concentra-se em como integrar estes processos de forma sistemática nas características e princípios de uma organização (Alonazi, 2021), para que a mesma nunca deixe de aprender e reinventar-se.

No seio destas organizações, os profissionais encaram a aprendizagem como um processo contínuo e encontram-se aptos e disponíveis para aprender com tudo o que possa surgir no decurso do seu trabalho (Odor, 2018). Em suma, *learning organizations* são organizações que praticam AO de forma não apenas esporádica ou reativa, mas antes integrada e sistemática, para apoiar melhorias a todos os níveis da organização (Odor, 2018).

Mais proximamente associado às organizações de saúde, o modelo de Aprendizagem Organizacional em Hospitais, produzido através da revisão de literatura de Lyman *et al.* (2019), descreve seis fatores contextuais proporcionadores de AO — propósito partilhado, motivação, relações psicologicamente seguras, infraestrutura adequada, capacidades em melhoria da qualidade e experiência em funcionar como equipa — e cinco mecanismos ilustrativos de como a AO ocorre: interação, reflexão coletiva, aprendizagem deliberada, retenção e liderança (Lyman *et al.*, 2021). Os autores referem que quando estes cinco mecanismos são colocados em prática num contexto onde se verificam os seis fatores anteriormente mencionados, ocorre AO eficiente e a organização aumenta a sua capacidade de resposta e de atuação na perseguição dos seus objetivos (Lyman *et al.*, 2021).

Os benefícios da AO encontram-se amplamente descritos na literatura científica: desde aspetos mais específicos como inovação tecnológica, melhoria de processos e aprimoramento de serviço (Odor, 2018), a resultados globais de aumento do desempenho organizacional, vantagem

competitiva, capacidade adaptativa e resiliência organizacional (Orth & Schuldis, 2021; Odor, 2018).

Com efeito, a flexibilidade que a AO confere à organização é essencial para a sua adaptação face a tempos de turbulência, e quanto maiores forem as alterações e exigências do ambiente externo a uma organização, maior será a necessidade de AO (Odor, 2018).

A pandemia COVID-19 constituiu um evento de crise que trouxe elevadas exigências e acentuou a necessidade de aprendizagem, conferindo às organizações de saúde um verdadeiro sentimento de urgência na persecução de adaptação e sobrevivência (Kotter, 2008).

Na emergente literatura sobre a realidade das organizações de saúde na sua adaptação à pandemia COVID-19, intimamente relacionada com a AO, descrevem-se quantidades abundantes de novas informações a necessitarem rápido processamento (Qadri *et al.*, 2021) e mudanças organizacionais ao nível da estrutura, ambiente de trabalho, recursos humanos, apoio organizacional, protocolos e processos de trabalho, relações e comunicação entre profissionais e espaço físico (Zaghini *et al.*, 2021; Joint Commission, 2021). A perspetiva de AO, subjacente a todos os processos de mudança, providencia uma lente pertinente para enquadrar os fenómenos que ocorrem no terreno.

## **2. METODOLOGIA**

### **2.1. Método**

O trabalho de investigação seguiu uma metodologia qualitativa e indutiva, recorrendo a um estudo de caso singular, ou seja, debruçando-se sobre a realidade de somente uma organização de saúde no seu processo adaptativo à pandemia COVID-19, neste caso a Unidade de Cuidados na Comunidade de Santo António (UCCSA), da Santa Casa da Misericórdia de Barcelos (SCMB).

O estudo de caso é tido como uma investigação empírica que estuda um fenómeno contemporâneo dentro do seu próprio contexto da realidade, preocupando-se geralmente em compreender acontecimentos complexos, onde os limites entre objeto de estudo e contexto não são evidentes (Ebneyamini & Sadeghi Moghadam, 2018). Deste modo, o estudo de caso pretende examinar intensamente uma determinada situação, só por si objeto de interesse, executando uma análise profunda que capture toda a sua complexidade e procure a sua elucidação, através de um enquadramento teórico prévio e fontes de informação que permitam compreender os fatores que explicam o que aconteceu neste universo: que decisões foram tomadas, como as mesmas foram implementadas e com que resultados (Bell, Bryman & Harley, 2019; Ebneyamini & Sadeghi Moghadam, 2018).

Pela caracterização apresentada, e relembrando as questões de investigação formuladas — *“De que forma se adaptaram as organizações de saúde ao contexto de crise?”* e *“o que aprendeu a instituição com a pandemia e como o integrou na sua estrutura?”* — a metodologia de estudo de caso constituiu a que melhor permitia explorar o contexto e encontrar respostas, com o objetivo de verificar em que medida a análise e interpretação do contexto confirmava, contrariava ou acrescentava ao enquadramento teórico utilizado.

### **2.2. Caracterização da Organização**

A Santa Casa da Misericórdia de Barcelos (SCMB) é uma das numerosas organizações da Santa Casa da Misericórdia: uma rede de instituições da economia social, com estatuto equiparado ao das Instituições de Particulares de Solidariedade Social (IPSS), de grandes dimensões e com elevada cobertura nacional (Almeida, 2017). Atualmente contabilizam-se cerca de quatrocentas

organizações Santa Casa da Misericórdia presentes em Portugal (Almeida, 2017), que providenciam serviços de apoio religioso, cultural e social (onde se insere a saúde) aos mais necessitados. Das quatrocentas organizações mencionadas, apenas uma minoria providencia cuidados de saúde (Almeida, 2017), e a SCMB pertence a este grupo minoritário.

Ao longo dos anos, acompanhando as necessidades da comunidade que serve, a instituição foi gradualmente ampliando o seu espetro de intervenções e refinando a sua estrutura e sentido organizacional, tendo construído uma Visão, Missão e Valores que ilustram as ambições da organização (anexo A) e uma esclarecedora política de Qualidade, da qual se destaca, entre outras, melhorar continuamente a eficácia do sistema de gestão de qualidade e valorizar o empenho e dedicação dos colaboradores, promovendo o trabalho de equipa (SCMB, 2022).

Decorrente do pensamento estratégico definido, a SCMB providencia atualmente um leque variado de respostas comunitárias (anexo B) : para a terceira idade possui Lares, Centro de Dia e Serviço de Apoio Domiciliário; na Educação na Infância providenciam creches, educação Pré-Escolar e uma modalidade de Creche Familiar, com cerca de doze amas distribuídas por dez freguesias do concelho; em Ação Social e Voluntariado mantêm uma Loja Social, um Gabinete de Apoio ao Utente e à Comunidade e dinamizam ações de voluntariado e relativamente à Cultura contam com um Arquivo Histórico, um Núcleo Museológico onde reúne o seu acervo artístico, e realizam programações culturais e publicações. Apresentam ainda um Centro de Formação Profissional certificado pela Direção-Geral do Emprego e das Relações de Trabalho (DGERT) e, por fim, na vertente da Saúde, uma aposta que tem assumido um papel cada vez mais preponderante nos últimos anos, conta, atualmente, com uma Unidade de Cuidados na Comunidade e um Centro de Medicina Física e Reabilitação (SCMB, 2022).

A Unidade de Cuidados da Comunidade, ainda denominada Unidade de Cuidados Continuados Integrados (UCCI) de Santo António, iniciou atividade a novembro de 2014 e atualmente dispõe de uma Unidade de Longa Duração e Manutenção (ULDM), com disponibilidade de 40 camas, uma Unidade de Média Duração e Reabilitação (UMDR), com capacidade de 10 camas contratualizadas com a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI), e ainda 5 camas de gestão privada (SCMB, 2022).

O edifício desenvolve-se em três pisos: rés do chão com receção, gabinetes médicos, áreas técnicas, áreas de reabilitação, ginásio e vestiários, o primeiro piso onde se encontra a UMDR, e o segundo piso onde reside a ULDM.

Enquanto que a UMDR proporciona um internamento entre 30 a 90 dias, focado na recuperação e reabilitação de utentes cujo processo de doença incorra em perda de autonomia, mas em que exista potencial de recuperação, a ULDM trabalha com períodos de internamento superiores a 90 dias e destina-se a utentes com mais avançados processos de doença crónicas, em que o objetivo é garantir o bem-estar, conforto e qualidade de vida possíveis, enquanto se procura um retardamento do processo de dependência e a preservação da sociabilidade (SCMB, 2022).

As atividades asseguradas pela unidade de cuidados na comunidade são a de manutenção do estado de saúde e estimulação dos utentes, cuidados de Enfermagem permanentes em contexto de internamento, cuidados médicos, apoio psicossocial, controlo fisiátrico, cuidados de fisioterapia, terapia ocupacional e terapia da Fala (anexo C).

### **2.3. Fontes de Informação e Processo de Recolha de Dados**

A recolha de dados recorreu a três fontes de informação, obtidos maioritariamente numa visita à instituição com duração de dois dias de trabalho: entrevistas semiestruturadas a intervenientes de vários níveis hierárquicos da instituição, análise de documentos produzidos pela organização e observação do meio, recorrendo a registo fotográfico do espaço (tabela 2.1).

Relativamente às entrevistas, estas foram intencionalmente semiestruturadas. A intenção de compreender o fenómeno da adaptação da instituição à pandemia COVID-19 é concretizada na narrativa individual de cada interveniente, que providencia a sua perspetiva num contexto moderadamente flexível, onde não só é permitido avançar na direção que o interveniente tende em encaminhar a entrevista, notando assuntos emergentes, como simultaneamente manter o foco inicial da investigação, não deixando de abordar questões essenciais à realização do projeto (Bell, Bryman & Harley, 2019). A fluidez característica das entrevistas semiestruturadas, constantemente entre a flexibilidade e a estrutura, complementa da melhor forma o presente estudo qualitativo e os seus objetivos.

Dado que, previamente à recolha de dados, já existia um determinado enfoque e enquadramento teórico, foi construído um guião de entrevista abordando assuntos de interesse e possíveis vias de diálogo relevantes, conferindo uma estrutura de base meramente orientadora, sem, contudo, comprometer a flexibilidade de, consoante o diálogo e a necessidade, se alterar o encadeamento de perguntas ou avançar com novas linhas de questionamento. Existindo a intenção

de entrevistar elementos de diversos níveis hierárquicos, duas versões do guião foram construídas — para colaboradores pertencentes à unidade e profissionais pertencentes ao topo estratégico — de forma a melhor canalizar ambas as perspetivas (anexo D).

Previamente à execução das entrevistas, foi fornecido a cada elemento entrevistado um breve enquadramento do estudo, os seus objetivos e propósito da entrevista, bem como um documento de consentimento informado (anexo E), fornecendo toda a informação necessária para que o interveniente pudesse tomar uma decisão informada sobre a sua participação no estudo, autorizando inclusivamente a gravação da entrevista em formato áudio.

Relativamente ao número de entrevistas, seguiu-se o critério de saturação teórica. O conceito implica que se continue a recolha de informação (neste caso, as entrevistas) até atingir um momento em que a informação recolhida não sugere novos *insights*, nem emergem novos conceitos para além dos que já foram identificados, desenvolvidos e validados (Bell, Bryman & Harley, 2019). Subjacente ao conceito, existe uma ideia de redundância face às informações recolhidas a partir desse ponto, as quais ou entram em sobreposição com o que já foi recolhido, ou já não contribuem significativamente para o aperfeiçoamento da reflexão — ditando ser pouco relevante continuar a abordar novos intervenientes.

Nessa perspetiva, foram realizadas catorze entrevistas, tendo sido considerado atingido o ponto de saturação pela décima primeira entrevista, com duração prevista máxima de quarenta minutos e mínima de quinze minutos, consoante o tempo disponível pelo interveniente, as quais foram cumpridas excetuando a entrevista realizada com o Diretor Técnico (DT) da UCCSA, que por sua generosidade cedeu cerca de uma hora para o diálogo.

Seguidamente, todas as entrevistas foram transcritas para documentos em formato *word* com recurso a um *software* de transcrição automática de ficheiros áudio, que seguidamente foi revisto e corrigido pelo investigador. A transcrição das entrevistas emergiu como indispensável do ponto de vista metodológico, pois surge na evidência científica como uma boa prática em estudos qualitativos que envolvam entrevistas individuais e análise de conteúdo, permitindo, apesar de constituir uma tarefa demorada, contornar as limitações naturais da memória humana e não só realizar análises repetidas e mais minuciosas do conteúdo da entrevista, como também mitigar a influência e enviesamento dos valores e tendências do investigador (Bell, Bryman & Harley, 2019).

Posteriormente, foi mantido contacto com elementos-chave da organização com o intuito de obter alguns documentos de suporte à investigação.

Todos os dados foram recolhidos, analisados e devidamente codificados (anexo F) pelo próprio investigador.

Tabela 2.1. – Fontes de Informação

Fontes de Informação	Nº
Entrevistas semiestruturadas	14
Documentos da organização	7
Fotografias	21

#### 2.4. Análise de Dados

Sendo as entrevistas semiestruturadas a fonte principal de informação, procedeu-se a uma análise de conteúdo qualitativa, uma abordagem sistemática com ênfase em permitir o surgimento e identificação de conceitos subjacentes aos dados analisados, utilizando a contextualização dos mesmos face ao ambiente em que são recolhidos para atribuição de significado e relevância à informação partilhada pelos intervenientes (Bell, Bryman & Harley, 2019). Deste modo, a intenção é de, através de análises recursivas do conteúdo presente nas entrevistas e da contextualização da informação partilhada, refinar sistemática e progressivamente a codificação e interpretação para extrair a essência transmitida pelos dados.

A análise foi executada segundo a metodologia Gioia, que se inicia com as palavras dos intervenientes e, ao longo de três etapas de interrogações sucessivas acerca da significância do que é analisado, constrói uma escada progressiva de abstração onde, desde conceitos de primeira ordem, a temas de segunda ordem, termina com dimensões agregadas: uma perspectiva ancorada na teoria, refinada e envolvente acerca do fenómeno investigado (Clark, Gioia, Ketchen & Thomas, 2010; Gioia, Corley & Hamilton, 2012; Bell, Bryman & Harley, 2019).

Deste modo, na análise de primeira ordem, os conceitos foram identificados e extraídos tendo em vista (1) a relevância para responderem às questões de investigação previamente definidas, (2) capacidade para explicarem a adaptação da UCCSA à pandemia, e (3) a sua repetida referência durante a investigação. Nessa ótica, os transcritos das entrevistas foram lidos integralmente, repetidas vezes e, no fim da primeira etapa metodológica, identificaram-se cento e cinco conceitos.



Após revisão e remoção de conceitos com significados sobreponíveis, retiveram-se noventa e oito conceitos de primeira ordem. O volume elevado de conceitos é, numa primeira instância, e conforme a teoria, expectável. Autores de referência referem ser usual existir uma tendência para ocorrer uma elevada proliferação dos mesmos, previamente a um movimento de conferir sentido às categorias, defendendo inclusivamente esta abundância como sendo benéfica para reforçar a necessidade do processo de reflexão seguinte (Gioia, Corley & Hamilton, 2012). Todos os conceitos de primeira ordem estão diretamente associados a uma ou mais citações dos intervenientes, retendo, sempre que possível, palavras ou expressões dos mesmos (anexo G).

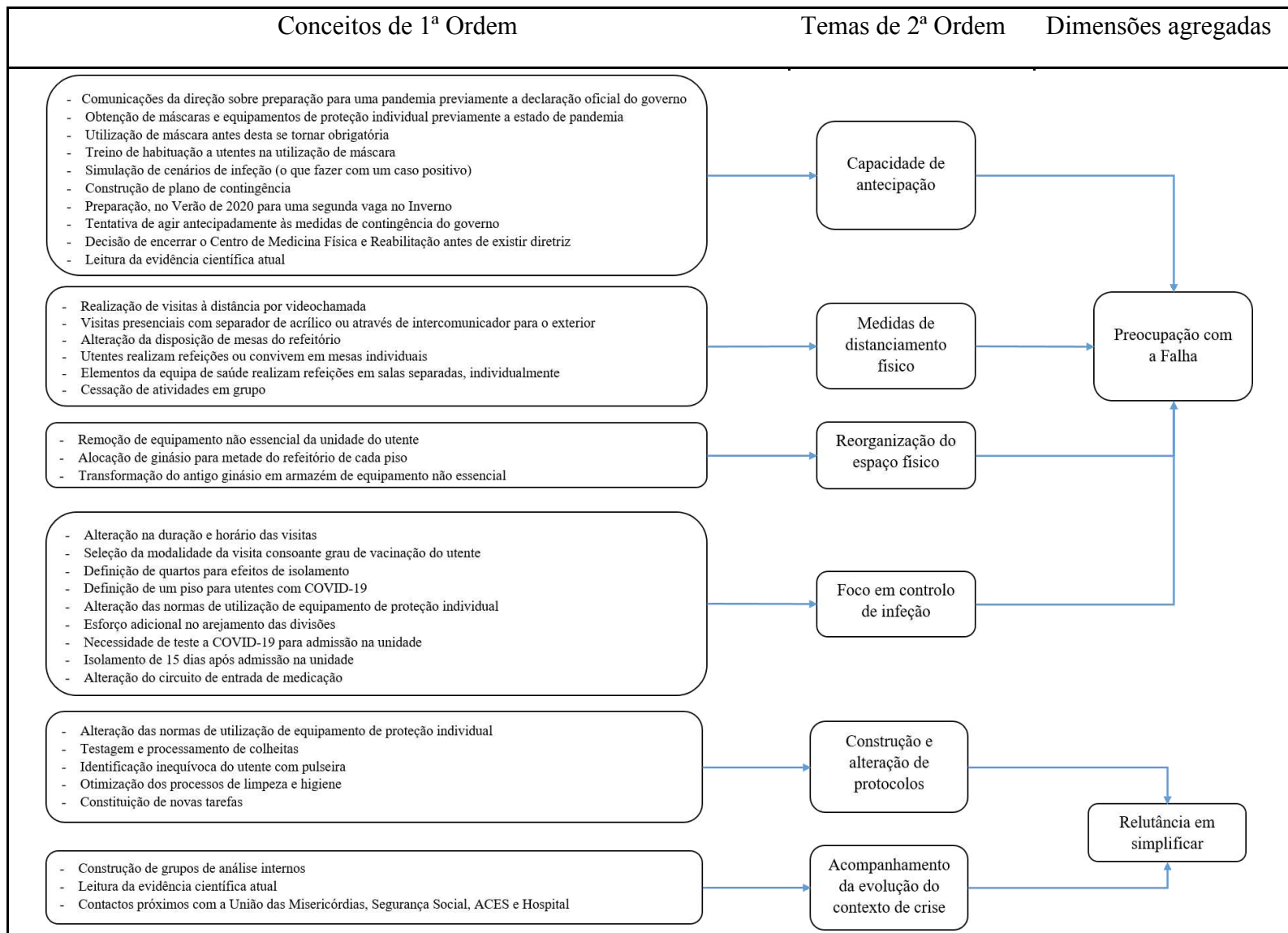
Na análise de segunda ordem procurou-se encontrar semelhanças e diferenças entre os conceitos encontrados, refletindo, à luz do enquadramento teórico realizado, por que aspetos estes conceitos estão unidos e identificando que temas emergem da associação de um ou mais conceitos de primeira ordem. O resultado é uma redução significativa das categorias, que expressa um conjunto de medidas e atitudes tomadas pela instituição e os seus intervenientes, caracterizadoras da sua adaptação à pandemia. Estes temas de segunda ordem entram numa dimensão mais teórica, em oposição aos conceitos de primeira ordem, que se encontram fortemente ancorado nas palavras dos intervenientes. Com efeito, ao longo do processo, caminha-se para graus de abstração cada vez maiores, ocorrendo um gradual afastamento das palavras dos intervenientes, na mesma medida em que decorre uma convergência para conceitos teóricos. Deste modo, é natural que diversos temas de segunda ordem já se apresentem designados, só por si, como dimensões ou aspetos emergentes das teorias estudadas. Após o processo, trinta e três temas de segunda ordem foram consolidados.

Por fim, procedeu-se à tarefa de refletir sobre as relações existentes entre os diversos temas de segunda ordem, com o intuito de avaliar a possibilidade de possuírem estreita associação entre si e os agregar em grupos das dimensões teóricas que representam: arcos teóricos simplificados que, unidos, capturam e descrevem com precisão o processo de adaptação da organização de saúde ao contexto de crise pandémico. Como resultado do processo de recolha de dados e aplicação da metodologia Gioia, emergiram dez dimensões agregadas.

### 3. RESULTADOS

Visualizando os resultados obtidos (tabela 3.1), é de notar que todas as dimensões agregadas representam conceitos e princípios das teorias de OAF, CR e AO, o que indica, em primeira instância, que o processo de adaptação da instituição à pandemia COVID-19 se encontra explicado com precisão pela associação entre as perspetivas teóricas adotadas e os resultados encontrados, legitimando o processo de investigação. Os resultados são complementados com citações dos intervenientes.

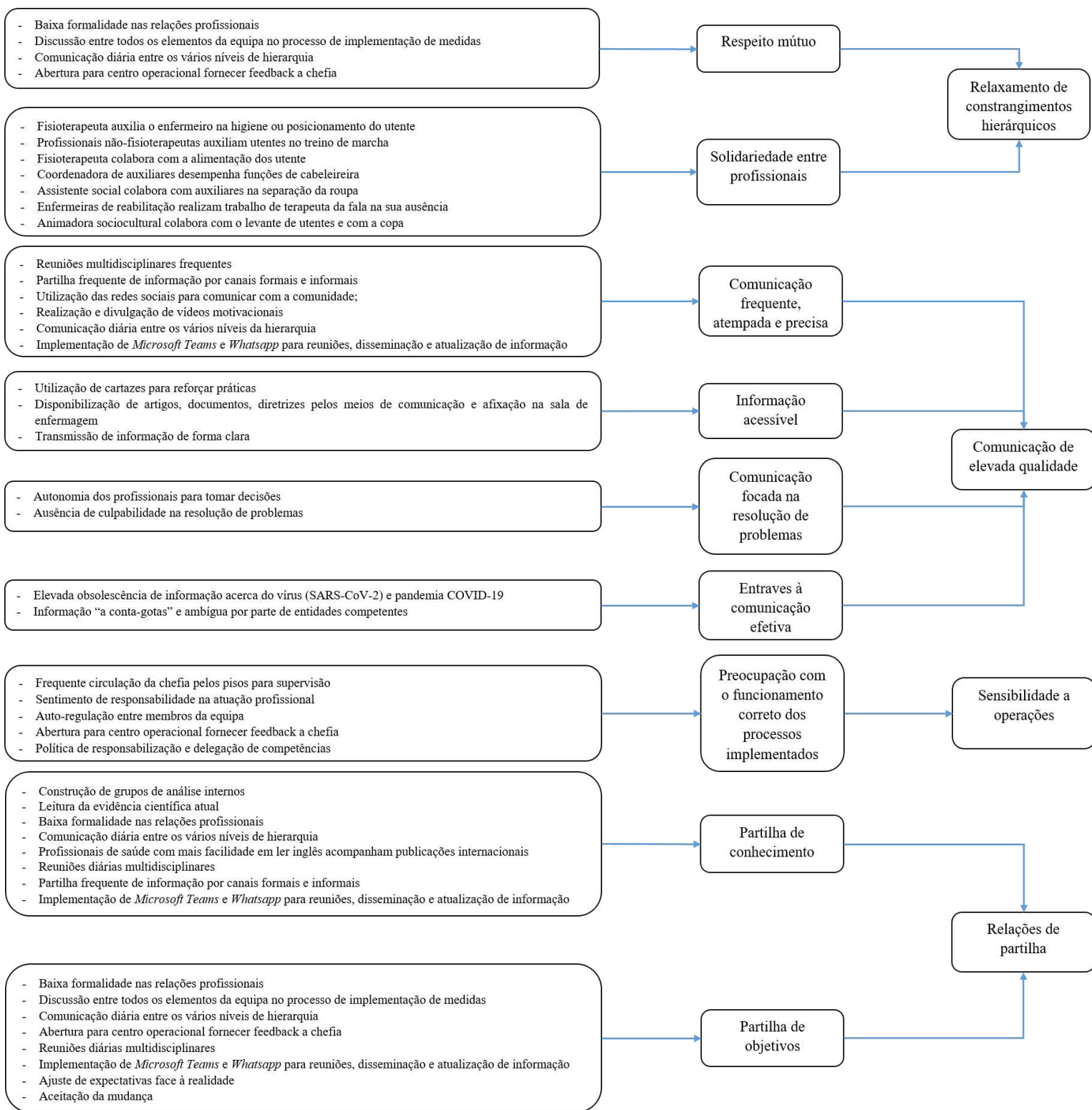
Tabela 3.1. Estrutura dos dados segundo metodologia Gioia, Corley & Hamilton (2012)



## Conceitos de 1ª Ordem

## Temas de 2ª Ordem

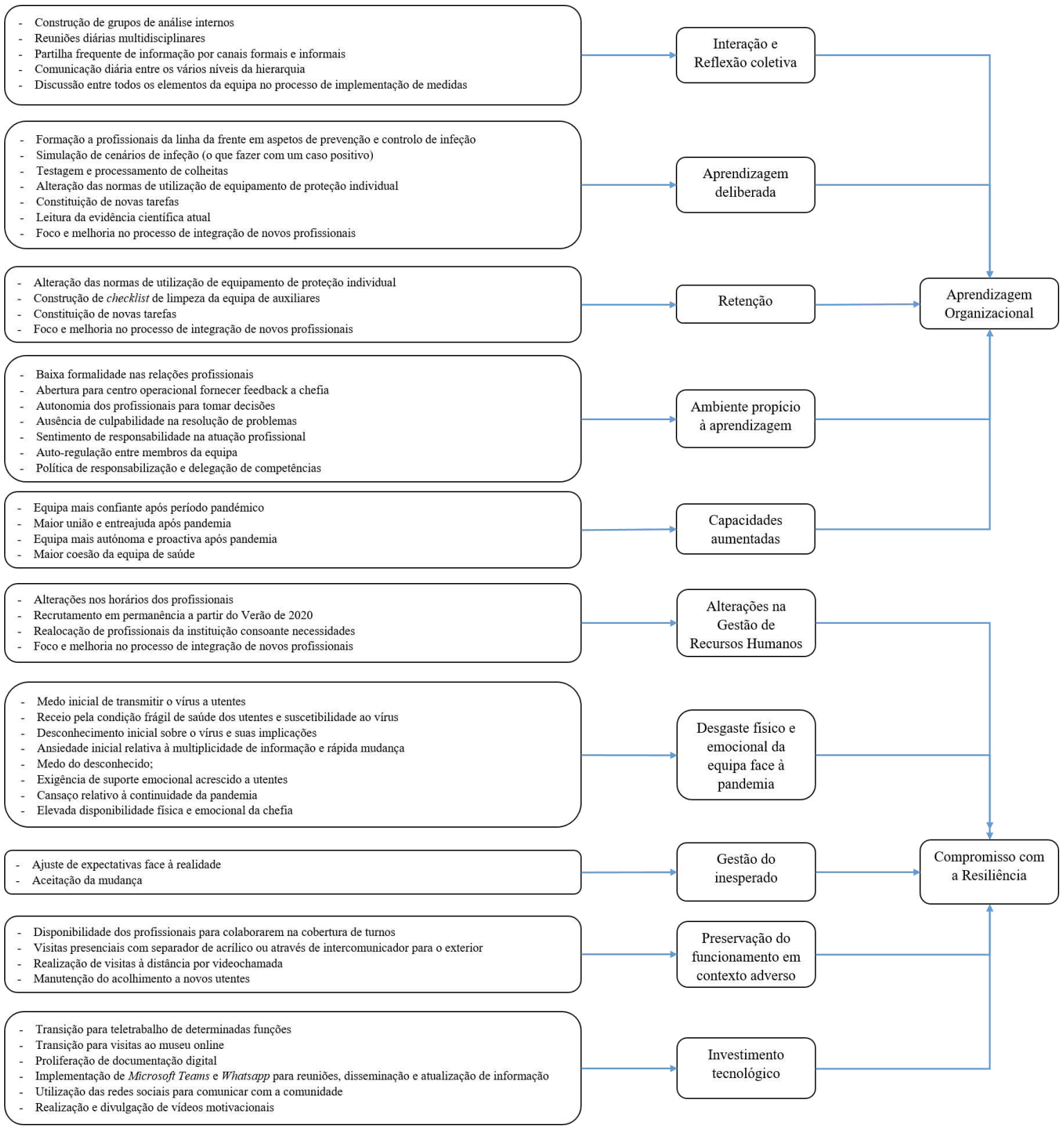
## Dimensões agregadas

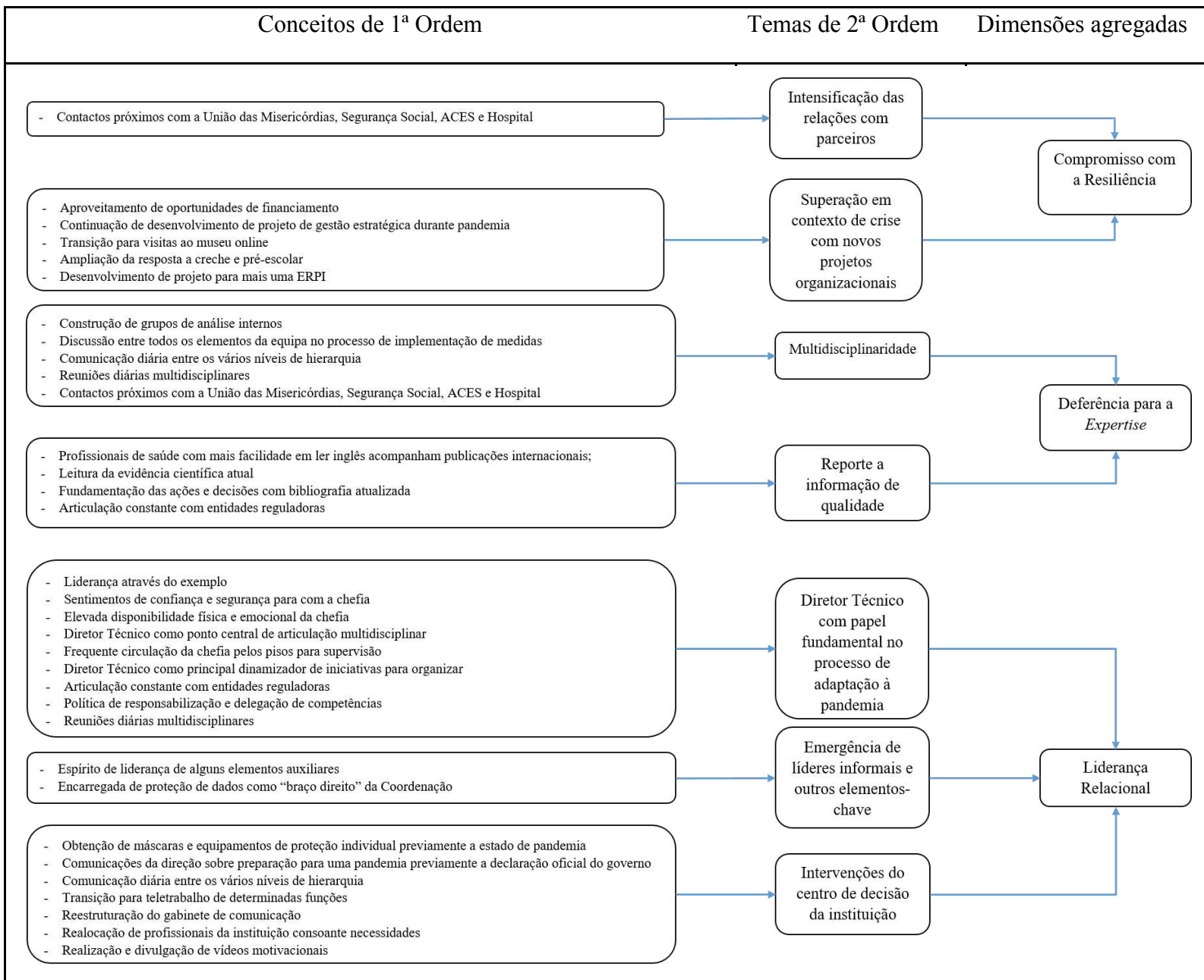


## Conceitos de 1ª Ordem

## Temas de 2ª Ordem

## Dimensões agregadas





### 3.1. Preocupação com a Falha

A SCMB e a UCCSA demonstraram elevada preocupação com a falha, revelando atenção constante a falhas emergentes, procurando evitar e conter potenciais ameaças, e antecipando momentos de carência ou erro. No âmbito da pandemia, a intenção assumida foi a de evitar a transmissão do vírus na instituição, conter potenciais infeções e/ou focos de infeção, e antecipar escassez de recursos, falhas na cadeia de abastecimento ou momentos críticos, como é a eventualidade de uma testagem positiva ou um foco de infeção na unidade. Esta atitude, transversal a todos os níveis da hierarquia, expressou-se essencialmente de quatro formas:



- Implementação de medidas de distanciamento físico para a equipa de saúde e utentes, por forma a evitar a transmissão por contacto social: “Nos utentes também houve alterações (...) quando almoçavam e jantavam no refeitório, as mesas foram todas separadas e eles almoçavam sozinhos numa mesa, o que não acontecia anteriormente (...)”; “E começámos a fazer videochamadas diariamente (...) e numa fase final já temos as visitas presenciais por um acrílico (...)”.

- Reorganização do espaço físico da instituição: “Nós tínhamos (...) o ginásio (...) Com a pandemia, com o COVID (...) a estratégia que se adotou foi colocar o material dividido pelos 2 pisos e a fisioterapia passou a ser feita no piso”; “Anulámos o ginásio e retirámos todo o material que existia na unidade a mais e depositámos lá tudo. Fizemos daquilo um armazém de material que não faz falta”.

- Foco no controlo de infeção: “Toda a gente usava viseira e toda a gente usava máscara, eu próprio que não uso farda, nunca (...), comecei a usar uma farda e a usar uma viseira sempre que estava junto dos utentes”; “Nós tivemos sempre preparados para uma pandemia para um caso COVID... Em que tínhamos quartos para isolamento... No piso dois ele até fez muito bem uma estratégia (...) em que, se ele tivesse casos, subiam para o piso dois”.

- Capacidade de antecipação, de que é exemplo comunicações atempadas da administração: “(...) ainda a COVID-19 não tem sido declarada como pandemia (...) eu faço sair uma comunicação formal aos quatrocentos e trinta colaboradores da instituição no sentido de alertar para o que aí vinha e para que nos preparássemos da melhor forma”. Na mesma linha de pensamento, a administração decidiu aumentar o stock de equipamentos de proteção individual, antecipando roturas na cadeia de abastecimento: “(...) a instituição começa a pandemia com vinte mil máscaras em stock. Num país, falava-se nessa altura, em dificuldades... Aliás as próprias unidades públicas de saúde, hospitalares, nos chegaram também a pedir colaboração a esse nível, (...)”. Outros exemplos são o treino de habituação de utentes à utilização de máscara, ainda previamente a tornar-se de utilização obrigatória, a simulação de cenários de infeção para treinar a intervenção dos profissionais de saúde e a preparação da instituição para a possibilidade novas vagas: “(...) nós começamos ainda no verão a pensar o que é que ia ser o inverno”.

No geral, a preocupação com a falha, patente nas intervenções mencionadas e difundidas, instalou-se de forma quase cultural por toda a equipa: “Então o foco de toda a unidade era a

prevenção (...). Se nós conseguíssemos detetar de forma precoce e isolar de forma precoce, nós conseguíamos que a unidade permanecesse sem surto”.

### **3.2. Relutância em Simplificar**

Com efeito, a instituição recusou aceitar o contexto pandémico como um fenómeno simples e de resolução fácil. Pelo contrário, procurou obter explicações detalhadas da evolução da crise, apoiando-se em diversas fontes de informação, e permaneceu sensível às medidas que ia implementando, mantendo-se permeável ao feedback dos seus elementos, reavaliando os resultados obtidos e realizando ajustes e alterações durante o percurso.

Para esse efeito, a nível da unidade recorreram à leitura da evidência científica e construíram grupos de análise internos para discussão do contexto vivenciado e medidas a implementar: “(...) nós fazemos um plano de contingência inicial, começamos a usar a contingência inicial, começamos a criar grupos de análise internos (...)”. No que concerne à administração, a mesma manteve contacto próximo e frequente com as autoridades respetivas: “temos procurado (...), fomentar o máximo de parcerias (...) quer com os próprios representantes do Instituto de Segurança Social, quer (...) a nível do agrupamento de centros de saúde, quer também com o próprio hospital (...)”.

Por outro lado, a alteração de protocolos ou mesmo a construção de novos, por consequência de constituição de novas tarefas, mostram a intenção da instituição garantir que os processos sejam robustos, completos, adaptados às necessidades e precursores de boas práticas: “Também fizemos alterações... Inúmeras alterações na segurança do doente, inúmeras alterações que não tínhamos: desde identificação com pulseira, identificação inequívoca (...)”; “Tivemos, por exemplo que alterar todo o procedimento relativamente aos testes internos que fazíamos a toda a gente (...)”.

### **3.3. Relaxamento de constrangimentos hierárquicos**

Verificou-se que a UCCSA operou, durante a pandemia, com um marcado relaxamento de constrangimentos hierárquicos e grande proximidade entre profissões — uma característica que é tida, por alguns elementos da equipa, como fundamental à competente adaptação exercida em contexto de crise.

Esta rutura com as dinâmicas classicamente rígidas e hierarquizadas dos ambientes de trabalho em saúde é conduzida, neste contexto, essencialmente por duas características apresentadas pela equipa: relações assentes em respeito mútuo, independentemente do posicionamento do elemento na organização, e um sentimento de solidariedade entre os profissionais. O respeito mútuo acontece sob o pano de fundo da baixa formalidade existente nas relações interpessoais — “esta unidade prima pela baixa formalidade e pela tentativa de ser mais operacional do que teórica” — e está patente no envolvimento de toda a equipa no processo de discussão e implementação de medidas, comunicação diária entre os diversos níveis da hierarquia, e abertura para o centro operacional fornecer *feedback* à chefia— “As alterações aos horários foram trabalhadas com toda a gente”; “Multidisciplinares (...) nessas reuniões debatíamos os problemas, estudávamos as questões e íamos analisando aquilo que eram as evidências que a gente tinha” — enquanto que a solidariedade entre profissionais encontra-se espelhada na abundante entreatajuda entre os profissionais: “Depois a gente ajudava em tudo: ajudava até numa higiene se fosse preciso, ajudava na fisioterapia, ajudar a fazer treino de marcha...”; “Fizemos... Passámos a fazer tarefas que não eram nossas, mas para ajudar as colegas em momentos assim... Em momentos de falha, não é? Naquele imediato, a equipa sempre respondeu”.

### **3.4. Comunicação de elevada qualidade**

A comunicação é uma temática que surgiu com elevado destaque no processo de adaptação da instituição ao contexto de crise. Por um lado, existiram obstáculos à comunicação efetiva: “a falta de orientação prévia, ainda que pudesse ser, no dia seguinte, diferente. Falta de orientação prévia pelas entidades competentes, e muitas delas que eram as mesmas que em simultâneo, tinham que orientar, coordenar (...) Isso trouxe constrangimentos (...)”. Por outro lado, a equipa superou as dificuldades exercendo todas as características de uma comunicação de elevada qualidade. A organização pautou por uma comunicação frequente, atempada e precisa através de reuniões multidisciplinares frequentes e partilha regular de informação: “Nós fizemos umas reuniões iniciais que era a pé, no máximo 5 minutos todos os dias”. Inclusivamente implementou a utilização de plataformas digitais (*Microsoft Teams* e *WhatsApp*) para a realização de reuniões em videoconferência, e atualização e disseminação de informação (anexo H): “O *Teams* veio alterar a forma como nós comunicávamos cá dentro.”; “(...) essa comunicação, é diária. Nós diariamente



temos informação no *Teams*. Ou altas de doentes, ou admissões de doentes... Tudo é colocado no *Teams*. (...) Lá era colocado também os procedimentos, como é que havíamos de atuar (...).”

Adicionalmente, a unidade também empregou uma atitude focada na resolução de problemas, reforçando autonomia e confiança na equipa: “(...) e saber, se por acaso correu mal, fala comigo, eu ajudo a resolver. Pode perguntar esta questão a todas as pessoas, que é: pessoal se correr para o torto, eu estou cá”.

Durante a pandemia, a administração realizou comunicados e vídeos motivacionais aos seus colaboradores e familiares dos utentes. Revelou ainda preocupação em tornar a informação mais relevante facilmente acessível a todos os elementos, afixando cartazes na unidade com informações-chave e disponibilizando artigos, normas e diretrizes diretamente na sala de enfermagem e nos meios de comunicação utilizados: “Normalmente a chefia colocava lá as normas e aquelas normas que eram diárias para a gente cumprir eram impressas e colocadas na nossa sala”.

Por fim, é de salientar o cuidado que existiu em transmitir a informação a todos os elementos e de forma clara: “Isso nunca falhou. A informação era sempre a mesma (...) quando chegava se perguntasse ao enfermeiro do piso dois como é que era, o que ele me dizia era igual ao que me ia dizer um enfermeiro do piso um (...).”

### **3.5. Sensibilidade a operações**

Além da multiplicidade de medidas implementadas durante o processo adaptativo à pandemia COVID-19, a instituição demonstrou foco em compreender de que forma as mesmas eram concretizadas pelo centro operacional e com que resultados, preocupando-se com a capacitação e coesão no desempenho das operações, e melhorando os processos continuamente. Nesse sentido, a atitude descrita inicia-se pela frequente presença e supervisão do DT na unidade, reforçando as boas práticas e colaborando com a equipa na execução e logística das mesmas: “(...) Então, muitas das vezes fazia visitas às salas na hora do almoço para perceber se estavam com a janela basculante, quando estavam a comer se tiraram a máscara antes de entrar na sala (...).”; “(...) e depois não é só orientar, ele fiscalizava, não é? Via realmente se as coisas estavam a acontecer, e se não estivessem, chamava à atenção, claro”.

A sensibilidade a operações passou também pelo próprio ambiente de responsabilização e sentido profissional conferido à equipa. Verifica-se uma política de delegação de tarefas e

autonomia dos profissionais para tomarem decisões e iniciativas: “(...) porque num sítio que trabalha vinte e quatro horas, se não existir uma política de boa comunicação, se não existir responsabilização, se não existir comunicação (...) algo se passa de mal. Porque é impossível não existir delegação de competências”.

Por último, a própria chefia procurou feedback por parte do centro operacional: “Sim, isso sim. Sempre que a coordenação implementava uma regra, não é? Sempre que a gente achava que poderia melhorar, a gente opinava e experimentava, a ver o que resultava mais.”.

Na UCCSA, os elementos da equipa multidisciplinar mostraram funcionar numa dinâmica coletiva e interdependente, consciente do contributo de cada elemento para o bom funcionamento da organização. A expressão máxima desse conceito encontra-se na autorregulação dos membros da equipa: “E cobrar uns dos outros. Tentámos... fizemos um policiamento uns aos outros, acho que é importante (...) E num sentido construtivo. Acho que ninguém... foi no sentido construtivo. Acho que foi”.

### **3.6. Relações de partilha**

A organização evidenciou fortes relações de partilha, apoiando-se na comunicação, respeito mútuo e baixa formalidade para proporcionar momentos de colaboração e convergência: “Nós sistematicamente fazemos reuniões com toda a gente, porque nós não poderíamos estar a trabalhar (...) sem que as pessoas conhecessem a realidade, porque isso ia ser um fator de desconfiança que ia acabar por retirar as pessoas do importante (...)”.

As frequentes reuniões multidisciplinares e a constante comunicação e partilha participam na construção de um ambiente de relações próximas e psicologicamente seguro, onde os profissionais sentem confiança para partilhar experiências, preocupações e dúvidas. A dinâmica descrita cria um maior alinhamento de objetivos na equipa e garante a transferência de conhecimento, empoderando os elementos da instituição: “Não impor, como às vezes se impõe em muitos lados, o método individual de trabalho (...) e ao não haver isso, os métodos de conhecimento transmitem-se uns com os outros (...)”; “Eu, se tivesse dúvidas, perguntava... Enfermeiras, enfermeiros tinham dúvidas? Perguntavam-me a mim também”.

### 3.7. Aprendizagem Organizacional

Face a um contexto de forçada mudança, a instituição empregou um leque variado de mecanismos potenciadores de AO, por forma a acompanhar as exigências da pandemia e predispor os elementos à mudança. Foram diversos os momentos proporcionados para interações entre elementos e reflexão coletiva, de que são exemplos as reuniões, os grupos de análise e as comunicações frequentes entre profissionais, referidas anteriormente. Adicionalmente, ocorreram esforços para providenciar aprendizagem de forma deliberada, como formações aos profissionais da linha da frente, especialmente nos primeiros momentos da pandemia: “E, portanto, a preocupação aí foi a de que forma conseguimos nós, no mais curto espaço de tempo, ministrar formação aos nossos profissionais de linha da frente (...) para que haja aqui um nivelamento na capacidade de prestar cuidados”. Essa intenção foi concretizada, de forma que, em setembro de 2020, a instituição afirma possuir “(...) todos os profissionais da linha da frente, dos lares e da UCCI, preparados com formação na área de prevenção e controlo de infeção”.

Outros exemplos constituem simulações de cenários de infeção e implementação de novos procedimentos ou tarefas, aos quais existem, subjacentes, processos de aprendizagem, de que são exemplos as testagens periódicas, os processos de integração de novos profissionais ou o acompanhamento da evidência científica, já mencionados.

Após os processos de aprendizagem, a organização procurou também reter esse conhecimento, sedimentando as aprendizagens em documentos oficiais — normas, protocolos, *checklists* — assegurando não só acessibilidade ao conhecimento, como a retenção do mesmo na instituição: “Criámos os planos de contingência do surto, vários planos, várias normas informativas (...)”, de que são exemplos as revisões dos procedimentos de higienização e limpeza (anexo I).

Verifica-se também que estes processos decorreram num ambiente já por si propício à aprendizagem, com proximidade de relações, comunicação transparente, autonomia e responsabilização: “(...) porque se as pessoas confiarem e se souberem claramente o que está a acontecer e lhes derem a hipótese de participar... As pessoas, se compreenderem, aceitam”; “acho que esta unidade sempre trabalhou muito em equipa e não muito «estas são as minhas funções»”.

Por fim, todo o trabalho de AO culmina com um incremento nas capacidades da instituição, por força do processo adaptativo desenvolvido. Quando questionados a esse respeito, os intervenientes identificaram maior união e entajada após a pandemia: “Digamos assim: a

pandemia chegou, uniu toda a gente (...) transformámo-nos aqui todos numa família entre funcionários e utentes, e sabemos que nós precisamos todos uns dos outros”. Também revelam uma maior confiança em lidar com adversidades — “Aquelas dúvidas que poderia haver entre equipa, ficaram antecipadas. Trabalhamos bem em equipa, conseguimos colmatar muito bem e trabalhar em equipa em momentos de stress” — e uma atitude mais autónoma e proativa de trabalhar: “Acho que (...) o trabalho dinâmico, vai ser difícil de retirar (...) a autonomia das pessoas (...) uma autonomia de toda a gente poder resolver um problema, de toda a gente fazer o que acha que tem que ser feito”.

Ainda sobre a temática da AO, emergem das entrevistas outras aprendizagens que os intervenientes acreditam que não irão regredir ou desaparecer com o término da pandemia: “(...) no modo geral, parece-me que o investimento na higienização, nos cuidados e na limpeza, parece-me que foi uma das grandes melhorias (...) a forma de prestar os cuidados na misericórdia também passou a ser melhor, eu não tenho dúvida”; “Uma das situações que se vai manter, (...) o uso da máscara, a meu ver, neste momento é essencial (...) criou uma mentalidade, que nós não tínhamos, que é: se eu estou doente, eu tenho que proteger o outro”;

Por fim, de um ponto de vista mais relacional, os colaboradores são unânimes em afirmar que a travessia da pandemia providenciou um incremento nas suas relações profissionais, evidenciando-se uma força não presente antes da crise, que os elementos afirmam que se irá manter: “Estamos muito mais envolvidos com os outros, estamos muito mais preocupados (...) com os colegas (...)”; “Eu acho que esse cuidado com os colegas, acho que vamos manter.”; “Penso que (...) estamos mais humanos”.

### **3.8. Compromisso com a Resiliência**

Enfrentando os inúmeros desafios e ameaças da pandemia ao normal funcionamento da organização, surgiu, de forma notória, o desgaste físico e emocional da equipa. Num primeiro momento, associado ao desconhecimento inicial acerca do vírus SARS-CoV-2: “(...) estávamos todos um pouco no escuro, não é? Ninguém sabia ao certo o que é que era o COVID e que implicações é que ia ter aqui dentro da unidade e nos nossos utentes”. O contexto adverso forçou a equipa a confrontar-se com sentimentos de medo, stress e ansiedade: “Foi de medo... do desconhecido, não é? Observar todas as notícias que víamos, não é pronto, gerou muita ansiedade

na equipa”. Após cerca de dois anos de pandemia, fez-se sentir na equipa, num momento mais tardio, exaustão e cansaço: “Dos aspetos que se nota na equipa é o cansaço físico e mental, porque tudo isto a que nós tivemos de nos adaptar cansa mentalmente e fisicamente”; “(...) durante dois anos fomos praticamente os familiares das pessoas que estão internadas. E pronto isso desgastou muito equipa”.

Face às adversidades mencionadas, a instituição demonstrou um elevado compromisso com a resiliência, desenvolvendo um conjunto variado e extenso de estratégias para a superação das circunstâncias:

- Ajuste de expectativas e aceitação do contexto de mudança para gerir o inesperado, em momentos-chave do processo de adaptação: “(...) o enfermeiro [DT] virou-se para a equipa e disse «Vamos ser sinceros, nós não somos nem mais nem menos que os outros, isto vai entrar aqui como entrou nos outros sítios. E quando entrar nós temos que estar preparados»”.

- Alterações na Gestão de Recursos Humanos, desde os horários da equipa de saúde, com funcionamento de equipas em espelho — “Nós começámos a ter horários em espelho, ou seja, haviam duas equipas (...) Pronto e assim evitava-se o cruzamento (...). Inicialmente começámos com três turnos seguidos de doze horas, mas (...) Ficávamos muito sobrecarregados e passámos para dois.” — a movimentos de recrutamento de pessoal — “(...) os concursos estavam sempre abertos para que nada falhasse na linha da frente”. Adicionalmente, ocorreu realocação de profissionais para suprimir necessidades: “(...) na primeira vaga, (...) as unidades da infância estavam encerradas, o centro de medicina física e reabilitação esteve encerrado também e, portanto, havia colaboradores a quem nós pedimos para nos reforçarem as equipas na UCCI e nos lares”. Verificou-se também uma melhoria do processo de integração dos mesmos, como afirmada pelo Diretor Técnico da unidade:

Então, até esse desafio melhorou um bocadinho o funcionamento da unidade. Tornou-nos mais aptos a integrar a criar uma rotina nova de integração. (...) a partir de determinado momento, os enfermeiros, antes de integrar, liam o regulamento interno, liam os procedimentos de segurança, e estavam no piso um, que era o piso onde eu, que estou cá todos os dias conseguia perceber onde é que poderia haver falhas de segurança. E era o sítio mais calmo (...) dava pelo menos para haver uma supervisão mais apertada, em que os conceitos básicos tinham que ser logo assimilados.

- Esforços e mudanças para preservar funções em contexto adverso: “Nós tivemos 2 anos de pandemia (...), mas admitimos vinte e seis doentes e demos vinte e seis altas em cada ano. Eu sabia pessoalmente que assumia o risco. E assumindo o risco, garantia que pelo menos o financiamento fosse assegurado”. É também de salientar a enorme disponibilidade apresentada pelos profissionais de saúde em colmatar situações de falha, por forma a garantir a continuidade da prestação de cuidados. “E se há hoje uma pessoa que ficou positiva, que tem que ir para casa, está logo outra disponível para assegurar os cuidados (...)”.

- Investimento tecnológico em várias vertentes da organização: “(...) começámos aqui a perceber que existia um caminho de informatização, porque o distanciamento físico era fundamental”. A já mencionada implementação das plataformas de comunicação digital assumiu uma integração e relevância que excedeu a comunicação e disseminação de informação: “(...) os horários agora já saem pelo *Teams*”. Determinadas funções realizaram uma transição para teletrabalho, “(...) Nós, em tempo recorde montámos um gabinete de comunicação (...) foi montada uma central telefónica (...)”, e ocorreu aumento da presença digital da instituição: “O trabalho foi feito numa articulação muito estreita com a nossa área de comunicação, através das redes sociais, com vídeos motivacionais sobre a resposta que estávamos a dar ao nível dos lares e da UCCI”. Outro exemplo desta mudança para a dimensão tecnológica prende-se com a construção de um vídeo em formato “visita online” ao Núcleo Museológico, num período em que o mesmo se encontrava encerrado ao público: “(...) Faço visitas ao museu a partir daqui, online, porque o nosso museu passou dessa forma a mostrar se à Comunidade (...)”.

- Intensificação das relações com determinados parceiros, numa relação de mútuo apoio com vista à coordenação, partilha de informação, e esclarecimento de dúvidas para superar as adversidades encontradas: “Houve um contacto muito próximo com a União nas Misericórdias portuguesas.” Um exemplo das sinergias encontradas no seio da crise pandémica encontra-se nos rastreios realizados à COVID-19, como refere o Provedor:

O primeiro grande rastreio que existe à COVID em Barcelos é em instalações da Misericórdia de Barcelos e, portanto, em articulação com agrupamento de centros de saúde, em articulação com o Instituto de Segurança Social, (...) onde hoje, aliás, está a funcionar o centro de vacinação (...).

- Aproveitamento de novas oportunidades. Com efeito, a instituição demonstrou capacidade resiliente no sentido de reconhecer as potencialidades de um contexto adverso: “Um tempo muito exigente (...) e que em simultâneo criou condições para que alguns de nós, nesta função, tenham uma capacidade de inovar, de reinventar”. Aproveitando a proatividade, dinamismo e flexibilidade do contexto de crise, a organização relançou desafios e aproveitou novas oportunidades: “isto permitiu-nos fazer candidaturas a financiamento (...)”; “fez-nos avançar com projetos (...) que nos vai permitir ter uma unidade, mais uma ERPI com um saldo para 40 utentes, com uma ampliação da creche e do pré-escolar... Isto tudo em contexto de pandemia foi possível.”

Transversal a todas as estratégias descritas, permanece uma atitude geral, partilhada por todos os intervenientes, que adequadamente descreve o compromisso da instituição com a resiliência: “Vamos mitigar ao máximo as consequências disto: nos nossos utentes, sejam eles crianças, sejam eles idosos, sejam eles doentes, sejam eles formandos... Portanto, vamo-nos adaptar ao máximo para que consigamos continuar a prestar o melhor serviço possível, apesar das circunstâncias”.

### **3.9. Deferência para a *Expertise***

Enfrentando um desafio sem precedentes, a instituição, sem respostas pré-concebidas para as adversidades que enfrentava, deferiu o sentido das adaptações para a perícia em vez da hierarquia: a preocupação primordial constituía em encontrar a melhor resolução possível para os desafios, independentemente de que elemento ou hierarquia providenciasse a sugestão. Com efeito, a fluidez mencionada decorreu essencialmente de dois mecanismos: dinâmicas de multidisciplinaridade e reporte a informação de qualidade.

Relativamente à multidisciplinaridade, ainda que estes momentos tenham sido tipicamente dinamizados pela liderança, o envolvimento ativo de toda a equipa providenciou uma rede onde medidas podiam ser discutidas, implementadas e adaptadas progressivamente: “Muitas das medidas foram discutidas cá dentro com (...) uma série de pessoas que nos alertavam mais para as questões técnicas”.

No que concerne ao reporte a informação de qualidade, o mecanismo surge pela natureza não antecipada da pandemia. Não existindo preparação prévia ou peritos sobre esta temática na instituição, a organização tentou também procurar orientação fora da mesma, apoiando-se em especialistas e autoridades em saúde ao realizar um acompanhamento da evidência científica: “(...)

e nós íamos acompanhando a bibliografia. Eu tenho um conjunto de referências, de textos que fomos analisando, de medidas que fomos adotando”; “A equipa toda ia sempre lendo a atualização das normas que o nosso diretor clínico pediu-nos (...)”. Sobre revisão bibliográfica, a equipa utilizou ainda os elementos melhor posicionados para realizarem determinadas leituras: “Havia alguns colegas, nomeadamente, os que tinham mais facilidade em ler inglês, que iam acompanhando as publicações do *New England Journal of Medicine* ou de publicações internacionais”.

### **3.10. Liderança Relacional**

Quando questionados sobre os aspetos-chave da sua adaptação à pandemia, são os próprios elementos da unidade que descrevem, repetidamente, a existência de uma liderança que impulsionou a equipa no caminho certo, se esforçou por manter os elementos informados, unidos e motivados, e procurou proporcionar condições de trabalho adequadas, facilitando a transição e coordenação.

Relativamente ao DT, a equipa entende que este elemento assumiu um papel fundamental no processo de adaptação à pandemia. Liderando através do exemplo, manteve uma conduta e disponibilidade exemplares, inspirando confiança e conferindo segurança à equipa, inclusivamente em situações adversas, como o próprio reconta:

E na unidade específico, como lhe disse, optei por usar o poder do exemplo, que era estar cá nos momentos difíceis (...) tivemos uma vez um caso de um falso positivo (...) um senhor que ia ter alta sem sintomas em isolamento, aquelas coisas todas... Isto, a minha mulher estava grávida na altura (...) e eu peguei no carro e estive cá até às 2 da manhã. Eu moro a 17 km daqui... A dizer ao pessoal (...) «nós vamos manter-nos aqui e vamos fazer as coisas» (...)

Nas palavras de elementos da equipa, “sem dúvida, o [DT] passou muita segurança (...) ele conseguiu a dizer, «ok, eu também estou aqui, eu não viro costas e é para o que for preciso» (...) e isso também passou um bocadinho de confiança ao resto da equipa”. Constituiu ainda o ponto central de articulação multidisciplinar para a unidade, “(...) é sempre muito disponível, é verdade,



está sempre atento a tudo. Tem uma capacidade de gestão multidisciplinar incrível. É ele que chama todos os elementos ao mesmo sítio e transmite a mesma informação de uma forma direta e transparente, sempre (...). Segundo a própria equipa, assumiu ainda o papel de principal dinamizador de iniciativas para a mudança. “Sempre que acontecia alguma coisa ele informava-nos logo e fazia com que a equipa comesse logo a funcionar. Resposta imediata, não é? Toda a equipa ficava ciente do que se estava a passar e respondia logo”.

Identificou-se também a emergência orgânica de líderes informais e outros elementos-chave que proporcionaram continuidade à equipa e reforçaram a influência e alcance da liderança: “É de salientar o espírito, digamos, de liderança de algumas pessoas (...) que até são auxiliares e tudo mais, mas que estão prontos para resolver o problema”.

À liderança descrita no terreno, complementa-se uma administração que manteve um canal de comunicação aberto com a unidade, atenta às suas necessidades. “Uma preocupação de facto muito grande em comunicar, em estar permanentemente em contacto com as nossas chefias médias, nomeadamente, mas também (...) a todos os colaboradores (...) nos momentos que considerámos, nessa altura, chave”. Soube antecipar momentos de carência e demonstrou capacidade de reestruturação e realocação de recursos quando a pandemia assim o exigiu. Para a Coordenação:

fazer a diferença nestes tempos, acabou ser mais exigente a todos e isso traduziu-se em medidas concretas de passarmos a reforçar, por exemplo, os lares com tudo que são animadores, com fisioterapeutas, quando não tínhamos animadores a tempo inteiro, musicoterapia... Fixar os profissionais sem haver as mobilidades tradicionais (...)

É ainda de sublinhar que a administração procurou manter os profissionais motivados e destacar os resultados obtidos com o esforço de todos os elementos: “e também, ao mesmo tempo, uma palavra reconhecimento e com demonstrações claras (...) que aquilo que (...) aquilo que éramos no fundo, obrigados a fazer (...), estava a resultar porque efetivamente estávamos a manter a COVID fora das nossas estruturas”. Por fim, destaca-se a capacidade de a instituição manter a direção e continuar a perseguir os seus objetivos, pese embora as adversidades enfrentadas. São exemplos alguns projetos referidos anteriormente, como a ampliação da creche e pré-escolar, inauguração de mais uma Estrutura Residencial Para Pessoas Idosas (ERPI), e a continuidade de projetos de gestão estratégica já iniciados na ótica de gestão e avaliação de desempenho.

#### 4. DISCUSSÃO

Pela análise dos resultados obtidos, torna-se evidente que a SCMB no geral, e a UCCSA em particular, realizaram um formidável esforço na adaptação à pandemia COVID-19, com excelentes resultados: a instituição suportou a colisão inicial com a pandemia, mantendo-se cerca de sete meses sem qualquer caso de infecção, e a UCCSA elevou esta competência a outro expoente, conseguindo manter-se sem registar transmissão na unidade durante cerca de dois anos, resistindo às sucessivas vagas. A equipa da unidade revelou ainda que, até à data da recolha de dados, não haviam registado nenhum surto, e os casos pontuais de infecção conseguiram sempre ser contidos e isolados, não se tendo verificado transmissão ou contaminação cruzada. Além do mencionado, nunca houve carência de stock ou quebra na cadeia de abastecimento da unidade. Não ocorreu aumento de horas de trabalho para os profissionais de saúde, dado que a gestão de recursos humanos passou pela alteração dos horários de trabalho e, apesar da existência de imprevistos, nunca houve falta de elementos para preencher turnos, tendo ocorrido sempre cobertura e adaptação por parte da equipa — tudo isto enquanto mantendo a atividade normal da unidade e permanecendo exposta ao mundo exterior, ao continuar a receber internamentos, conceder altas a utentes e colaborar com outras instituições de saúde. Em termos da gestão da exaustão profissional, ou *burnout*, acontecimento recorrente na área da saúde e acentuado com a pandemia, a instituição reporta apenas um único caso no decurso deste contexto de crise, curiosamente não com um profissional da linha da frente, mas antes com um elemento da gestão de recursos humanos, responsável pelo recrutamento, o que representa um contraste com a realidade revelada em outros contextos dos cuidados de saúde.

Os resultados apresentados pela organização e a sua competente adaptação ao contexto pandémico merecem estudo e reflexão.

Um dos aspetos a destacar constitui a forma como a unidade procurou adotar um funcionamento robusto e impermeável a incidentes, desenvolvendo uma panóplia de estratégias para evitar infeções ou transmissões o melhor possível. Forçada a gerir o inesperado contexto de uma pandemia, funcionou como uma verdadeira OAF, apresentando todas as cinco características definidas por Weick e Sutcliffe (2015).

Do ponto de vista da coordenação e das relações, é de sublinhar que a unidade demonstrou todas as sete características principais da CR, empregando medidas com foco relacional,

estratégias de melhoria contínua de processos e diversas mudanças estruturais para sedimentar a CR. As múltiplas intervenções mencionadas comprovam ainda a presença de uma Liderança Relacional, focada em facilitar, promover e potencializar a CR, disseminando a sua influência na equipa e reforçando, com elevada disponibilidade física e emocional, os seus ideais. Destaca-se ainda o desenvolvimento orgânico de alguns elementos como *boundary spanners*: profissionais que praticaram uma liderança funcional, servindo como pontos de articulação entre várias profissões na organização e mantendo a equipa coordenada e focada em consensos – verdadeiras pontes de travessia, das quais emerge o DT da unidade como o exemplo mais evidente.

Tal como defendido por Gittel na teoria da CR, também aqui se verificou que a associação das sete características da CR com intervenções concretas a vários níveis, sustentadas por uma liderança desperta para o mesmo sentido, permitiu que a unidade funcionasse, do ponto de vista da coordenação, a um nível superior ao período pré-pandémico.

Relativamente à AO subjacente a todo o processo, mais uma vez a unidade sobressai. Não só construiu sobre o ambiente favorável que já possuía previamente como implementou mecanismos e práticas concretas que precipitaram o florescimento de aprendizagens para toda a organização, em linha com o modelo de Aprendizagem Organizacional em Hospitais de Lyman *et al.*, e corroborando a intencionalidade verificada pela instituição de aumentar a sua capacidade de resposta a um desafio não antecipado.

Ainda no tópico da aprendizagem, importa sublinhar que, embora os mecanismos de AO sejam evidentes, e a própria equipa da unidade tenha relatado variadas mudanças e adaptações, ora decorrentes, ora constitutivas de aprendizagens realizadas, a sua retenção e longevidade na instituição é mais difícil de especular. Sendo inegável que ocorreu AO, discernir se este processo constituiu uma reação isolada no tempo, apenas em resposta ao contexto de crise, ou se despoletou, na organização, uma atitude de permanecer em constante aprendizagem, como uma *learning organization*, só seria verdadeiramente verificável num estudo de configuração longitudinal, avaliando as práticas da instituição posteriormente à pandemia. Contudo, é possível afirmar, pela investigação realizada, que a instituição definitivamente caminha nesse sentido. A referência de vários elementos à aquisição de uma capacidade dinâmica de trabalho, com proatividade e autonomia, a sedimentação de novas práticas em novos protocolos oficiais, a instituição de formações, a fundamentação da ação por evidência científica, a implementação de reuniões periódicas, bem como o constante interesse em aproveitar novas oportunidades e avançar com

novos projetos, associados a uma forma de trabalhar próxima e solidária, descreve a personalidade de uma instituição que se encontra interessada em melhorar, aprender e evoluir.

A reflexão sob os resultados obtidos revela, contudo, que os conceitos mencionados manifestaram-se na unidade com intensidades diferentes. Com efeito, infere-se que os principais mecanismos demonstrados pela UCCSA no combate à pandemia, com maior número de associações aos dados recolhidos, foram uma elevada preocupação com a falha, sólidos mecanismos de resiliência, comunicação de elevada qualidade e notória AO.

Com efeito, é relevante os quatro conceitos mais preponderantes na investigação representarem os três referenciais teóricos utilizados, ilustrando que a unidade utilizou, de modo geral, um equilíbrio dessas três vertentes para produzir uma resposta adequada à pandemia.

No entanto, transparece, na recolha de dados, que a instituição e unidade já possuíam, previamente à pandemia, determinadas características que predispuseram a organização a realizar uma boa adaptação. Os elementos da equipa entrevistados são consistentes em afirmar que já viviam um contexto de trabalho em equipa, um ambiente com relações profissionais próximas, saudáveis, e com boa coordenação e funcionamento.

O próprio posicionamento da instituição como pertencente ao terceiro setor acarretou condições e desafios únicos que exigiram, previamente à pandemia, a aquisição de características que se provaram vantajosas em contexto de crise. O facto de subsistir principalmente através de donativos, da sua atividade não gerar lucro para acionistas e a participação de elementos-chave da instituição ser voluntária, como é o caso do Provedor e outros membros da mesa administrativa, são condicionantes a considerar. A organização lida diariamente com um nível de adversidade acrescido quando comparada com outras instituições de saúde, e sendo que o objetivo último não é o lucro, compensa as limitações existentes com um foco na sustentabilidade, qualidade e melhoria contínua dos processos — uma gestão eficiente da qual depende a sobrevivência da instituição. Adicionalmente, a índole caridosa e condição voluntária da administração cria um sentido de missão acrescido na organização, pois a presença e atividade de determinados elementos-chave não é dependente de compensação monetária, sendo antes proveniente de um sentimento moral e de dever. Nessa ótica, existem profissionais que personificam genuinamente a missão da instituição e inspiram outros elementos, reforçando ideais transversalmente e fortalecendo a cultura organizacional de uma forma orgânica exemplar. Na SCMB, todos os

elementos entrevistados apresentaram uma narrativa comum, transmitindo as mesmas ideias e utilizando por vezes as mesmas expressões, sinal de uma forte coesão e cultura.

Por estes motivos, a instituição encontrava-se munida de uma proatividade e uma dinâmica de trabalho que beneficiou e potenciou a sua adaptação à pandemia: a inovação e o risco já constituíam temáticas familiares aos intervenientes.

A existência destas condições prévias está em linha com o que é inferido na teoria da CR: é preferível que já se encontrem cultivadas algumas dinâmicas relacionais e que a equipa já se encontre de algum modo investida nas suas relações e processos para as mudanças e resultados realmente florescerem (Gittell, 2016).

Se por um lado as características de base da equipa permitiram que a unidade, desde o primeiro momento, respondesse de forma positiva ao desafio, por outro, analisando o processo de adaptação da unidade, verifica-se também que foi o próprio contexto de crise pandémica, pelas suas exigências, que impulsionou a unidade para melhorar o seu funcionamento. A literatura descreve como contextos de crise conferem um sentido de urgência e de sobrevivência às equipas, emergindo da luta contra a adversidade um propósito coletivo, unificador, proporcionador de cooperação e precursor de progresso (Kotter, 2008).

Deste modo, conclui-se que o verdadeiro valor do contexto de crise reside na condição única de, não propriamente criar algo que não existia, mas antes potenciar as dinâmicas de trabalho e de relação já existentes, estimulando a organização a atingir novos patamares de qualidade e desempenho. Os resultados mencionados anteriormente e o testemunho de vários colaboradores assim o corroboram: no término da fase pandémica, a unidade viu os seus colaboradores a trabalharem com maior iniciativa, um sentimento de responsabilidade acrescido, demonstrando uma maior coesão, uma comunicação mais eficaz, um funcionamento mais compacto e apresentando uma união e solidariedade superiores ao período pré-pandémico.

Na investigação corrente sobre o percurso de instituições de saúde durante a pandemia, descreve-se que algumas equipas, apesar de acarretarem exigências acrescidas na carga de trabalho, responsabilidade e na dimensão emocional e cognitiva, conseguiram cooperar de forma ótima com as mudanças, revelando melhorias nas dimensões da autonomia, controlo de processos de trabalho, e apoio operacional e de gestão (Zaghini et al., 2021).

Noutro aspeto digno de nota, é indispensável referir as sinergias existentes entre as três teorias. A existência de boas relações profissionais, assentes no respeito mútuo, proximidade e

informalidade, bem como a comunicação de elevada qualidade, mais associadas à teoria da CR, também criaram o ambiente ideal para que falhas, ou quase falhas, fossem reportadas eficazmente ao longo da instituição, ou para que, enfrentando os desafios interpostos, ocorresse deferência para a *expertise* dos elementos mais capazes de os solucionar, independentemente da hierarquia. As relações de partilha existentes, que criaram maior alinhamento de objetivos e garantiram transferência de conhecimento, providenciaram uma maior coesão à equipa que, funcionando de forma mais eficaz, ganhou fiabilidade, apresentando poucos casos de infeção, nenhuma transmissão ou surto, e nunca faltando aos seus compromissos, quer ao nível de recursos humanos, quer de funções. Por outro lado, o compromisso que a unidade apresentou com a resiliência, procurando manter e adaptar o seu funcionamento a cada obstáculo, proporcionou que as relações não só não se degradassem, como se fortalecessem, exigindo coordenação a cada mudança. A relutância em simplificar o contexto pandémico, procurando informação de qualidade ou fortificando os procedimentos com alterações a protocolos, e a sensibilidade demonstrada em monitorizar e regular o funcionamento correto dos mesmos levaram à construção de grupos de análise, supervisão da chefia e autorregulação entre pares, dinâmicas que aumentaram as interações entre elementos e potenciaram o nível de coordenação existente.

Decorre da mesma linha de pensamento que os esforços empregados na coordenação relacional e na fiabilidade permitiram não só criar um ambiente favorável à aprendizagem, com a equipa mais disponível para a mudança, como também tornar efetiva a sua retenção na instituição, proporcionando um incremento nas capacidades em gerir crises futuras.

Em suma, verifica-se que maior fiabilidade não só exigiu, como trouxe maior coordenação de relações, na mesma medida em que maior coordenação relacional requereu e conferiu uma maior fiabilidade no funcionamento da unidade. As aprendizagens organizacionais associadas a qualquer um dos processos tornaram a instituição progressivamente capaz de perseguir e atingir patamares mais elevados de desempenho, fiabilidade e coordenação. Embora os conceitos tenham sido analisados separadamente para um estudo mais competente do ponto de vista teórico e de investigação, identificou-se, nesta instituição, um mecanismo de *feedback* positivo em que esforços num determinado sentido frequentemente beneficiavam mais do que um objetivo, potenciando várias dinâmicas em simultâneo, em prol de um caminho de adaptação e progresso.

#### 4.1. Implicações para a Gestão

Esta investigação sublinha, primeiramente, que existe valor em procurar e aprender com os bons exemplos de outros setores. A busca de conhecimento e inspiração para lá do que existe circunscrito numa determinada área de trabalho permite o desenvolvimento de novo conhecimento e perspectivas inovadoras, potencialmente originando novas formas de trabalhar e gerir.

Demonstra também que os três referenciais teóricos utilizados, e especialmente a sua associação e sinergia, constituem uma possível linha orientadora para a gestão de instituições de saúde em contextos de crise. Apesar do âmbito do estudo situar-se num contexto caracterizado por elevada imprevisibilidade e rápida mudança, infere-se que, dada a elevada competitividade e rápido progresso tecnológico vivenciado globalmente, o setor da saúde já apresenta, por si, uma elevada volatilidade e incerteza associadas, pelo que as implicações e resultados extraídos poderão ser extrapolados dos contextos de crise e assumirem relevância e impacto em organizações de saúde no geral.

Outra implicação identificada prende-se com a função central que o investimento nas tecnologias de informação e comunicação assumiram no desenvolvimento de uma comunicação de elevada qualidade. Com efeito, num mundo cada vez mais tecnológico, com modalidades de trabalho à distância e ameaças de novas pandemias, torna-se cada vez mais indispensável um investimento nas tecnologias para fazer circular a informação de forma atempada, precisa e frequente, enquanto aumentando o seu alcance.

Noutra perspetiva, verificou-se que o contexto pandémico incutiu uma sensação de urgência nas ações dos intervenientes que simultaneamente uniu os colaboradores e melhorou o seu desempenho. Assim, cultivar nas organizações uma sensação de urgência, num alinhamento estratégico com ênfase na criticidade da ação individual para a missão da instituição e nas adversidades enfrentadas pela mesma, poderá aumentar a entrega dos profissionais e os resultados atingidos.

A investigação destaca ainda que, num mundo em perpétua e rápida mudança, as organizações beneficiariam de uma preparação prévia para contextos de crise, carência, e/ou elevada imprevisibilidade. A existência prévia de planos de contingência e documentos de orientação relativos a potenciais situações de adversidade poderá induzir uma primeira reação mais competente na eventualidade de um contexto de crise.

Nessa linha de pensamento, fomentar a adaptabilidade e inculcar esta característica na gestão estratégica das instituições poderá tornar-se indispensável para a subsistência das organizações. Na mesma medida, a investigação realizada reforça o compromisso com a aprendizagem contínua como estratégia de adaptação e resiliência face a um mundo volátil e competitivo.

Por fim, é importante sublinhar que a maioria das estratégias implementadas pela unidade, numa adaptação de sucesso à pandemia, constituíram dinâmicas de trabalho em equipa ou alterações de processo de trabalho que acarretaram custos reduzidos e obtiveram grandes retornos ao nível do desempenho, fiabilidade e coordenação. Deste modo, o estudo reafirma que um foco nestas dinâmicas permitirá não só otimizar o rendimento da instituição, potencialmente reduzindo custos adicionais desnecessários provenientes da gestão de incidentes e gasto excessivo ou desperdício de material, como também tornar a organização mais robusta a ameaças externas pela coesão do seu funcionamento.

#### **4.2. Limitações e investigação futura**

Importa considerar as limitações existentes na presente investigação.

Relativamente à metodologia, existem as limitações inerentes ao próprio método de estudo de caso. Primeiramente, existe dificuldade de replicação, dado que as significâncias encontradas são sempre dependentes, em alguma medida, das preferências do próprio investigador, no que concerne à escolha do que merece atenção, e porque as respostas obtidas dos intervenientes são fruto da relação empática criada entre ambos. Outra limitação do estudo de caso é a generalização, que é dificultada pelo facto de os resultados obtidos, embora providenciem um exemplo detalhado de todas as nuances envolvidas num determinado fenómeno, serem altamente específicos do ambiente onde este decorreu.

Adicionalmente, é de salientar que toda a recolha de dados foi circunscrita a dois dias consecutivos, o que não só acarretou constrangimentos de logística e tempo, como, especialmente, não permitiu a imersão do investigador no meio nem um entrosamento junto dos intervenientes que possibilitasse uma ainda maior disposição dos mesmos na partilha de informação.

Noutra perspetiva, é referido que ocorreu coordenação relacional, pela abundância de estratégias e dinâmicas encontradas no meio, em linha com a teoria, e pela centralidade que as mesmas acarretaram para a competente adaptação realizada. Contudo, o nível de coordenação



relacional não está quantificado. Embora o presente estudo não tenha constituído um estudo longitudinal, e daí que o verdadeiro valor comparativo de quantificar o nível de coordenação relacional antes e depois da pandemia não tenha sido pertinente, determinar o nível de coordenação relacional à data da recolha de dados poderia servir o propósito de corroborar algumas das conclusões realizadas, bem como preparar o terreno para investigações futuras.

Outro aspeto a mencionar é que, embora se tenham identificado inúmeras mudanças organizacionais, e de inclusivamente as mesmas terem sido difundidas pelos seus elementos e registadas em documentos oficiais, a longevidade e irreversibilidade das aprendizagens só será inequivocamente confirmada numa avaliação posterior à data da presente investigação. Deste modo, realizar estudos longitudinais acerca do processo de adaptação de instituições de saúde em contexto de crise, nos quais se poderá abordar a temática da retenção do conhecimento e analisar as dinâmicas relacionais e de trabalho antes, durante e após a crise, surge como uma próxima etapa viável de investigação futura.

Por outro lado, a inclusão de ferramentas quantitativas de avaliação de níveis de coordenação relacional, ou de fiabilidade em organizações de saúde, numa dinâmica de estudo de método misto, poderá revelar resultados inovadores, robustos e impulsionar ainda mais a investigação nesta área.

Por fim, pela sinergia encontrada entre as teorias de OAF, CR e AO, emerge a possibilidade de investigação futura na construção de um novo modelo teórico de gestão que interseje as três teorias e se fundamente nas mesmas, abrindo a possibilidade para novas filosofias de gestão e, conseqüentemente, novos estudos de implementação do modelo.

## 5. CONCLUSÃO

A investigação desenvolvida permitiu compreender como a organização se adaptou ao contexto pandémico e que aprendizagens realizou durante a crise, bem como de que forma as integrou na sua estratégia durante o processo de adaptação.

O estudo de caso demonstrou que, face a um acontecimento imprevisto e demasiado complexo para ser vencido apenas por alguns elementos, e apoiando-se na contribuição e perícia específicas de cada profissional, a instituição, orientada transversalmente para a sobrevivência e manutenção das suas funções, foi estimulada a procurar formas inovadoras de organizar, enfatizando o potencial do contexto de crise em originar progresso.

A resposta produzida pela organização, equilibrada entre aumentar a sua fiabilidade, tornando-se mais robusta e impermeável a incidentes significativos, melhorar a coordenação dos seus elementos através do investimento na comunicação e nas relações e manter-se disponível para aprender com os desafios interpostos, no seio de condições prévias favoráveis ao trabalho dinâmico e uma liderança facilitadora, permitiu aumentar as suas capacidades e obter excelentes resultados. A sinergia encontrada entre os três eixos da fiabilidade, coordenação relacional e aprendizagem organizacional traduziu com precisão o caminho realizado pela instituição e, como tal, acrescenta à gestão um caminho viável para a melhoria do desempenho organizacional e adaptação competente a contextos competitivos e em rápida mudança.

Percecionar eventos adversos como oportunidades de crescimento é uma capacidade passível de ser treinada e inculcada nas organizações que, associada a práticas de produção e retenção de conhecimento, as predispõe a obter maior adaptabilidade e vantagem competitiva para uma atualidade volátil, cada vez mais focada na qualidade e inovação como fatores diferenciadores. Desta forma é garantida a sua perpétua reinvenção e sustentabilidade.

Por fim, a investigação realça também que organizações de saúde do terceiro setor, com recursos, apoio e economia reduzidos, podem perseguir sustentabilidade e competitividade ao assumirem um foco na qualidade, melhoria de processos e trabalho em equipa, reforçando a convicção, coesão e cultura dos seus elementos com a natureza social e caridosa da sua missão.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Almutairi, A. F., Gardner, G. E., & McCarthy, A. (2014). Practical guidance for the use of a pattern-matching technique in case-study research: A case presentation: Pattern-matching technique. *Nursing & Health Sciences*, *16*(2), 239–244. <https://doi.org/10.1111/nhs.12096>

Alonazi, W. (2021). Building learning organizational culture during COVID-19 outbreak: a national study. *BMC Health Services Research*, *21*(1). doi: 10.1186/s12913-021-06454-9

Bell, E., Bryman, A., & Harley, B. (2019). *Business Research Methods* (5th ed.). New York: Oxford University Press.

Brimhall, K. (2019). Inclusion Is Important . . . But How Do I Include? Examining the Effects of Leader Engagement on Inclusion, Innovation, Job Satisfaction, and Perceived Quality of Care in a Diverse Nonprofit Health Care Organization. *Nonprofit And Voluntary Sector Quarterly*, *48*(4), 716-737. <https://doi.org/10.1177/0899764019829834>

Cangelosi, V. E., & Dill, W. R. 1965. Organizational learning observations: Toward a theory. *Administrative Science Quarterly*, *10*, 175-203

Chassin, M., & Loeb, J. (2013). High-Reliability Health Care: Getting There from Here. *The Milbank Quarterly*, *91*(3), 459-490. doi: 10.1111/1468-0009.12023

Clark, S., Gioia, D., Ketchen, D., & Thomas, J. (2010). Transitional Identity as a Facilitator of Organizational Identity Change during a Merger. *Administrative Science Quarterly*, *55*(3), 397-438. doi: 10.2189/asqu.2010.55.3.397

Crossan, M., Lane, H., & White, R. (1999). An Organizational Learning Framework: From Intuition to Institution. *Academy Of Management Review*, *24*(3), 522-537. Disponível em: <https://www.jstor.org/stable/259140?origin=JSTOR-pdf>

Decreto-Lei nº 101/2006 do Ministério da Saúde (2006). Diário da República: I série-A, nº 109. <https://files.dre.pt/1s/2006/06/109a00/38563865.pdf>

Domański, J. (2009). Value Management in Non-Profit Organizations - The First Step. *Foundations Of Management*, 1(1), 83-94. <https://doi.org/10.2478/v10238-012-0006-y>

Ebneyamini, S., & Sadeghi Moghadam, M. (2018). Toward Developing a Framework for Conducting Case Study Research. *International Journal Of Qualitative Methods*, 17(1), 160940691881795. doi: 10.1177/1609406918817954

Garvin, D. A., Edmondson, A. C., & Gino, F. (2008). Is Yours a Learning Organization? *Harvard Business Review*, 86(3), 109–116. Disponível em: [https://www.researchgate.net/publication/5440662\\_Is\\_Yours\\_a\\_Learning\\_Organization](https://www.researchgate.net/publication/5440662_Is_Yours_a_Learning_Organization)

Gioia, D. A., Corley, K. G., & Hamilton, A. L. (2012). Seeking Qualitative Rigor in Inductive Research: Notes on the Gioia Methodology. *Organizational Research Methods*, 16(1), 15–31. <https://doi.org/10.1177/1094428112452151>

Gittell, J. (2016). *Transforming Relationships for High Performance: The Power of Relational Coordination*. Stanford, California: Stanford Business Books.

Gittell, J. (2009). *High performance healthcare*. New York: McGraw-Hill.

Gittell, J. (2002). Relationships between Service Providers and Their Impact on Customers. *Journal Of Service Research*, 4(4), 299-311. doi: 10.1177/1094670502004004007

Gittell, J., Godfrey, M., & Thistlethwaite, J. (2012). Interprofessional collaborative practice and relational coordination: Improving healthcare through relationships. *Journal Of Interprofessional Care*, 27(3), 210-213. doi: 10.3109/13561820.2012.730564

Gittell, J., Logan, C., Cronenwett, J., Foster, T., Freeman, R., Godfrey, M., & Vidal, D. (2018). Impact of relational coordination on staff and patient outcomes in outpatient surgical clinics. *Health Care Management Review, 45*(1), 12-20. doi: 10.1097/hmr.0000000000000192

Gittell, J., Seidner, R., & Wimbush, J. (2010). A Relational Model of How High-Performance Work Systems Work. *Organization Science, 21*(2), 490-506. doi: 10.1287/orsc.1090.0446

Glouberman, S., & Mintzberg, H. (2001). Managing the Care of Health and the Cure of Disease—Part II: Integration. *Health Care Management Review, 26*(1), 70-84. doi: 10.1097/00004010-200101000-00007

Høyland, S., Skotnes, R., & Holte, K. (2018). An empirical exploration of the presence of HRO safety principles across the health care sector and construction industry in Norway. *Safety Science, 107*, 161-172. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.ssci.2017.07.003>

Huber, G. P. 1991. Organizational learning: The contributing processes and the literatures. *Organization Science, 2*, 88-115

Jha, M. (2021). An Integrated Framework of Leadership for Healthcare Organizations to Navigate Through COVID-19 Crisis. *Asia Pacific Journal Of Health Management, 16*(3), 16-20. <https://doi.org/10.24083/apjhm.v16i3.947>

Karalis, E., & Barbery, G. (2006). The Common Barriers and Facilitators for a Healthcare Organization Becoming a High Reliability Organization. *Asia Pacific Journal Of Health Management, 13*(3), i05. doi: 10.24083/apjhm.2018.12.0005

Kotter, J. (2008). *A sense of urgency*. Boston, Mass.: Harvard Business Press.

Li, J., Sun, R., Tao, W., & Lee, Y. (2021). Employee coping with organizational change in the face of a pandemic: The role of transparent internal communication. *Public Relations Review, 47*(1), 101984. <https://doi.org/10.1016/j.pubrev.2020.101984>

Lyman, B., Horton, M., & Oman, A. (2021). Organizational learning during COVID-19: A qualitative study of nurses' experiences. *Journal Of Nursing Management*. doi: 10.1111/jonm.13452

Lyman, B., Jacobs, J., Hammond, E., & Gunn, M. (2019). Organizational learning in hospitals: A realist review. *Journal Of Advanced Nursing*, 75(11), 2352-2377. doi: 10.1111/jan.14091

Malone, T., & Crowston, K. (1994). The interdisciplinary study of coordination. *ACM Computing Surveys*, 26(1), 87-119. doi: 10.1145/174666.174668

Margarido, J. (2013). As mudanças organizacionais na saúde. In A. Silva, A. Mateus, C. Santos, C. Pastilha, C. Fernandes & J. Margarido *et al.*, *Série Monográfica: Educação e Investigação em Saúde* (pp. 25-33). Unidade de Investigação em Ciências da Saúde; Escola Superior de Enfermagem de Coimbra. Disponível em: [https://www.researchgate.net/publication/288826576\\_Processo\\_de\\_Mudanca\\_em\\_Organizacoes\\_de\\_Saude](https://www.researchgate.net/publication/288826576_Processo_de_Mudanca_em_Organizacoes_de_Saude)

McDonald, R., Weerawardena, J., Madhavaram, S., & Sullivan Mort, G. (2015). From “virtuous” to “pragmatic” pursuit of social mission. *Management Research Review*, 38(9), 970-991. <https://doi.org/10.1108/mrr-11-2013-0262>

Mintzberg, H. (1979). *The structuring of organizations*. Englewood Cliffs, N.J.: Prentice-Hall.

Narapareddy, V., & Berte, E. (2018). Entrepreneurship in a Non-Profit Healthcare Organization. *Entrepreneurship Education And Pedagogy*, 2(2), 123-132. <https://doi.org/10.1177/2515127418805207>

Nonaka, L., & Takeuchi, H. (1995). *The knowledge creating company*. Oxford, England: Oxford University Press.

Nunes, F., Nascimento, G., & Espanha, R. (2020). Comunicação e organização em cuidados de saúde primários em contexto covid19: duas histórias. In M. Lima, H. Martins & C. Camilo, *Cadernos de Saúde Societal: O que aprendemos com a pandemia?*. Iscte. [https://www.iscte-iul.pt/assets/files/2020/12/10/1607622304713\\_Cadernos\\_Sa\\_de\\_Societal\\_n1.pdf](https://www.iscte-iul.pt/assets/files/2020/12/10/1607622304713_Cadernos_Sa_de_Societal_n1.pdf).

Odor, H. (2018). A Literature Review on Organizational Learning and Learning Organizations. *International Journal Of Economics & Management Sciences*, 07(01). doi: 10.4172/2162-6359.1000494

Orth, D., & Schuldis, P. (2021). Organizational learning and unlearning capabilities for resilience during COVID-19. *The Learning Organization*, 28(6), 509-522. doi: 10.1108/tlo-07-2020-0130

Qadri, U., Ghani, M., Parveen, T., Lodhi, F., Khan, M., & Gillani, S. (2021). How to improve organizational performance during Coronavirus: A serial mediation analysis of organizational learning culture with knowledge creation. *Knowledge And Process Management*, 28(2), 141-152. doi: 10.1002/kpm.1663

Roberts, K., & Rousseau, D. (1989). Research in nearly failure-free, high-reliability organizations: having the bubble. *IEEE Transactions On Engineering Management*, 36(2), 132-139. doi: 10.1109/17.18830

Romão, M. (1999). Santa Casa da Misericórdia de Lisboa: 500 anos a fazer o bem. *Acta Medica Misericordiae*, 2(2), 63-67. [http://www.actamedica.org.br/publico/noticia.php?codigo=43&cod\\_menu=43](http://www.actamedica.org.br/publico/noticia.php?codigo=43&cod_menu=43).

*Santa Casa da Misericórdia de Barcelos*. Santa Casa Misericórdia. (2022). Retrieved from <https://www.misericordiabarcelos.org/>.

Stichler, J. (2017). Exploring the Interface Between Healthcare Design and High-Reliability Organization Initiatives. *HERD: Health Environments Research & Design Journal*, 10(4), 17-21. doi: 10.1177/1937586717707839

Sutcliffe, K., Paine, L., & Pronovost, P. (2016). Re-examining high reliability: actively organising for safety. *BMJ Quality & Safety*, 26(3), 248-251. doi: 10.1136/bmjqs-2015-004698

The Joint Commission. (2021). *Questionnaire identifies COVID-19 impact and challenges among healthcare organizations*. Retrieved from <https://www.jointcommission.org/-/media/tjc/newsletters/jc-online-jan-6-2021.pdf>

*Review*, 47(1), 101984. <https://doi.org/10.1016/j.pubrev.2020.101984>

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

Vogus, T., & Iacobucci, D. (2016). Creating Highly Reliable Health Care. *ILR Review*, 69(4), 911-938. doi: 10.1177/0019793916642759

Weick, K., & Sutcliffe, K. (2015). *Managing the Unexpected: Sustained Performance in a Complex World* (3rd ed.). Hoboken, New Jersey: John Wiley & Sons, Inc.

Zaghini, F., Fiorini, J., Livigni, L., Carrabs, G., & Sili, A. (2021). A mixed methods study of an organization's approach to the COVID-19 health care crisis. *Nursing Outlook*, 69(5), 793-804. <https://doi.org/10.1016/j.outlook.2021.05.008>

*14 Obras da Misericórdia* |. Scmcm.pt. (2022). Retirado de: [https://scmcm.pt/?page\\_id=684](https://scmcm.pt/?page_id=684).



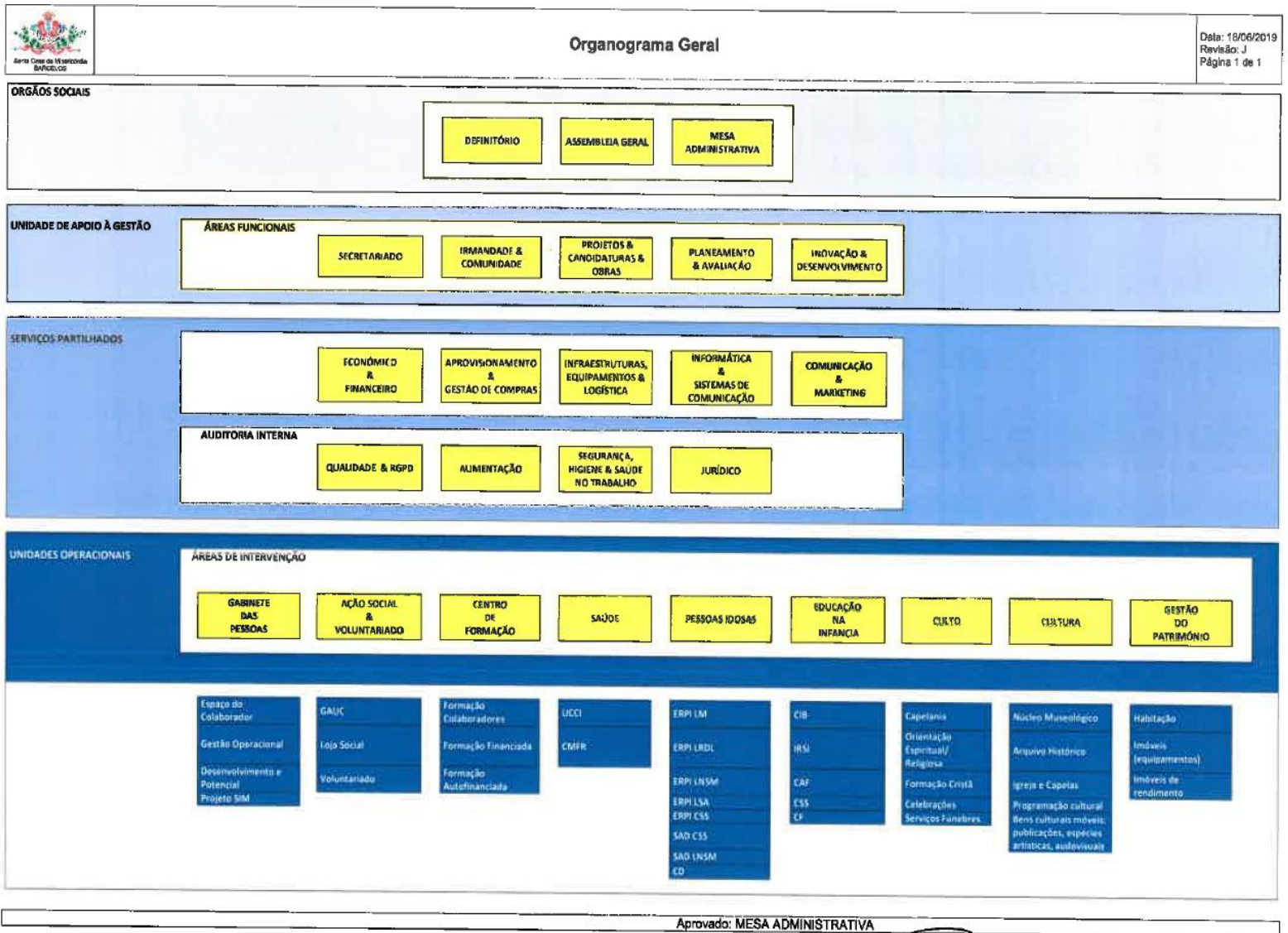
## ANEXOS

### Anexo A – Visão, Missão e Valores da SCMB

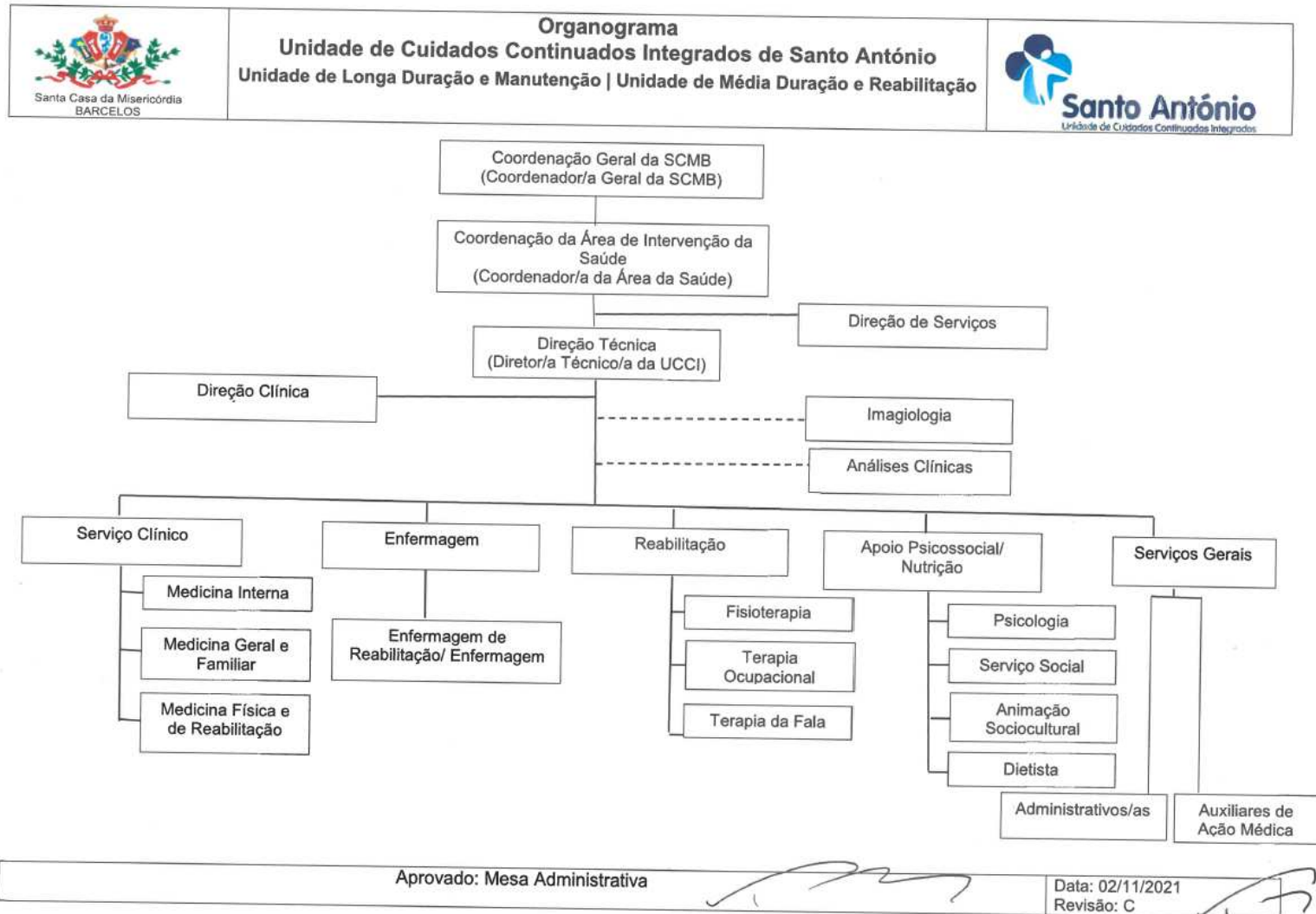
<p><b><u>Visão:</u></b> “Ser reconhecida como instituição cristã de referência no desenvolvimento de respostas sociais, culturais, educativas, saúde e empreendedorismo.”</p>
<p><b><u>Missão:</u></b> “Promover as Obras de Misericórdia através da prestação de serviços de qualidade nas áreas do envelhecimento, saúde, infância e juventude, combate à pobreza, voluntariado, formação, culto e na promoção da cultura, salvaguardando o seu património. Adaptar-se continuamente às exigências e expectativas dos seus beneficiários, irmãos, colaboradores, parceiros e comunidade em geral”</p>
<p style="text-align: center;"><b><u>Valores</u></b></p>
<p style="text-align: center;"><b>Humanismo</b></p> <p style="text-align: center;"><i>“Valorizamos a individualidade e condição de cada um dos nossos beneficiários, irmãos e colaboradores”</i></p>
<p style="text-align: center;"><b>Sustentabilidade</b></p> <p style="text-align: center;"><i>“Assumimos o compromisso de promover uma gestão sustentável que promova a continuidade da instituição e da prestação de serviços, que respondam às necessidades da comunidade”.</i></p>
<p style="text-align: center;"><b>Eficiência</b></p> <p style="text-align: center;"><i>“Prestamos aos nossos beneficiários e irmãos serviços de qualidade e desenvolvemos a prática de gestão com transparência e rigor, procurando ser eficientes”</i></p>
<p style="text-align: center;"><b>Criatividade</b></p> <p style="text-align: center;"><i>“Ajustamos os nossos serviços à comunidade, procurando soluções adequadas e diferenciadoras através da capacidade criativa dos nossos dos nossos colaboradores”</i></p>
<p style="text-align: center;"><b>Paixão</b></p> <p style="text-align: center;"><i>“Somos empenhados e apaixonados pelo que fazemos, procurando dar respostas adequadas às exigências e desafios que enfrentamos”</i></p>
<p style="text-align: center;"><b>Confiança</b></p> <p style="text-align: center;"><i>“Somos parceiros íntegros e responsáveis, abertos à colaboração com toda a comunidade com que nos relacionamos”</i></p>

**Fonte:** <https://www.misericordiarbarcelos.org/qualidade/>

# Anexo B - Organograma Geral da SCMB



## Anexo C – Organograma da UCCI de Santo António



## ANEXO D – Documento Orientador de Entrevista

### Documento Orientador de Entrevista – Chefia e Centro Operacional

Antes de mais, gostaria de agradecer não só a sua disponibilidade para participação na entrevista e pelo seu contributo para este projeto, mas também, como colega profissional de saúde, pela resiliência e desempenho face à pandemia COVID-19. A entrevista terá duração entre 15 a 30 minutos e, para contextualizar, enquadra-se num projeto de investigação que procura explorar de que forma esta organização de saúde se adaptou ao contexto de crise – desde recursos físicos e processos de trabalho a dinâmicas relacionais, bem como o que aprendeu com a pandemia nesse percurso e se integrou algumas dessas aprendizagens na sua estrutura. Pretende-se que seja uma conversa informal, levemente dirigida para as temáticas mencionadas, mas que sobretudo expresse o seu ponto de vista sobre aquilo foi a sua experiência ao atravessar esta pandemia. Peço, por isso, para se sentir à vontade de pedir esclarecimentos caso alguma pergunta não seja clara!

#### Perguntas:

- 1). Poderia, por favor, referir há quanto tempo pertence à organização e esclarecer a função que desempenha atualmente na SCMB e que dinâmicas envolve?
- 2). Como descreveria, na sua perspetiva, o processo de adaptação da organização ao contexto pandémico?
- 3). Na sua opinião, que dificuldades se fizeram sentir, para a liderança e gestão, durante este período?
- 4). Que estratégias e soluções foram encontradas para fazer frente às dificuldades que referiu? Poderia dar exemplos?
- 5). A pandemia colocou ênfase nas necessidades de deteção, contenção e resposta a potenciais perigos - de contágio, surtos, potenciais fugas, falsos positivos.... Identifica mudanças implementadas para reagir a estas questões?
  - Follow-up: recorda alterações a processos, protocolos, espaço físico, equipamentos? **a)** de onde partiram essas iniciativas, que elementos estiveram envolvidos e como foram implementadas? **b)** essas alterações permaneceram iguais ao longo da pandemia? Ou ocorreram outros desenvolvimentos?
- 6). Ocorreram mudanças a nível da distribuição de responsabilidades e funções dos profissionais?
- 7). Num período em que se verificava ambiguidade de diretrizes e normas e no qual a equipa tinha de agir rápido e em consonância, sem, contudo, existirem certezas, como decorria a comunicação entre todos os envolvidos? Como se mantinham atualizados?
- 8). Qual o impacto do COVID-19 na relação com os colegas? E entre a chefia e o centro operacional?
- 9). Na sua opinião, como descreveria o papel e desempenho da Liderança da organização neste contexto de crise? E do centro operacional?
- 10). Ao longo da pandemia, identificaram-se várias fases, ou vagas da pandemia... Que diferenças identifica desde a 1ª até à última? (na forma como a equipa encarou as diferentes vagas, a nível do desempenho dos profissionais etc.)
- 11). Durante o período pandémico, naturalmente que nem tudo terá corrido da forma idealizada. Como regia a equipa nesses momentos de conflito ou adversidade? Como os ultrapassaram?
- 12). Quando surgiam dúvidas, com quem comunicava para pedir ajuda ou esclarecimentos?
- 13). Existiram elementos da estrutura que considera terem assumido posições-chave para o sucesso da adaptação?
- 14). Que aprendizagens, a nível organizacional, considera terem sido realizadas ao longo das vagas sucessivas de COVID-19 e que leva para uma próxima situação de crise?
- 15). Refletindo sobre essas mesmas aprendizagens, existirão práticas que, tendo sido criadas em reação à pandemia, se encontrem agora integradas na organização mesmo após o término da fase pandémica?
  - Follow-up: se sim, de que forma? Formal ou informal?
- 16). Algum comentário ou aspeto que não tenha sido abordado durante a conversa e que gostaria de referir?

## Documento Orientador de Entrevista - Coordenação

Antes de mais, gostaria de agradecer não só a sua disponibilidade para participação na entrevista e pelo seu contributo para este projeto, mas também, como colega profissional de saúde, pela resiliência e desempenho face à pandemia COVID-19. A entrevista terá duração entre 15 a 30 minutos e, para contextualizar, enquadra-se num projeto de investigação que procura explorar de que forma esta organização de saúde se adaptou ao contexto de crise – desde recursos físicos e processos de trabalho a dinâmicas relacionais, bem como o que aprendeu com a pandemia nesse percurso e se integrou algumas dessas aprendizagens na sua estrutura. Pretende-se que seja uma conversa informal, levemente dirigida para as temáticas mencionadas, mas que sobretudo expresse o seu ponto de vista sobre aquilo foi a sua experiência ao atravessar esta pandemia. Peço, por isso, para se sentir à vontade de pedir esclarecimentos caso alguma pergunta não seja clara!

### Perguntas:

- 1). Poderia, por favor esclarecer a sua função, há quanto tempo a desempenha na SCMB e que dinâmicas envolve?
- 2). Como descreveria, na sua perspetiva, o processo de adaptação da organização ao contexto pandémico?
- 3). Na sua opinião, desafios se fizeram sentir, para a liderança e gestão, durante este período?
- 4). Que estratégias e soluções foram encontradas para fazer frente às dificuldades que referiu? Poderia dar exemplos?
- 5). Assumindo um cargo de coordenação, mais deslocado do terreno, qual foi o seu posicionamento e intervenções para com a UCCI?
  - Follow-up: recorda alterações a processos, protocolos, espaço físico, equipamentos ou formas de trabalhar? **a)** de onde partiram essas iniciativas, que elementos estiveram envolvidos e como foram implementadas? **b)** essas alterações permaneceram iguais ao longo da pandemia? Ou ocorreram outros desenvolvimentos?
- 6). Com diversos serviços à sua responsabilidade, cada um com as suas necessidades e problemas, como fez por gerir e conjugar?
- 7). Num período em que se verificava ambiguidade de diretrizes e normas e no qual a equipa tinha de agir rápido e em consonância, sem, contudo, existirem certezas, como descreveria a comunicação entre todos os envolvidos? E a atualização, circulação e partilha de informação?
- 8). Conhecendo a luta diária do centro operacional, como procurou manter a sua motivação e desempenho? Qual a mensagem que procurou transmitir?
- 9). Na sua opinião, como descreveria o papel e desempenho da Liderança da organização neste contexto de crise? E do centro operacional?
- 10). Ao longo da pandemia, identificaram-se várias fases, ou vagas da pandemia... Que diferenças identifica desde a 1ª até à última? (na forma como a equipa encarou as diferentes vagas, a nível do desempenho dos profissionais etc.)
- 11). Durante o período pandémico, naturalmente que nem tudo terá corrido da forma idealizada. Como regia a equipa nesses momentos de dúvida e com quem procurou esclarecimentos?
- 12). Que parceiros, dentro e fora da organização, contribuíram para o sucesso?
- 13). Que aprendizagens, a nível organizacional, considera terem sido realizadas ao longo das vagas sucessivas de covid-19?
- 14). Refletindo sobre essas mesmas aprendizagens, existirão práticas que, tendo sido criadas em reação à pandemia, se encontrem agora integradas na organização mesmo após o término da fase pandémica?
- 15). Algum comentário ou aspeto que não tenha sido abordado durante a conversa e que gostaria de referir?

## ANEXO E – Consentimento Informado

### CONSENTIMENTO INFORMADO

A presente entrevista enquadra-se num projeto de investigação de uma Dissertação do curso de Mestrado em Gestão de Serviços de Saúde do ISCTE, que procura explorar de que forma esta organização de saúde se adaptou ao contexto de crise – desde recursos físicos e processos de trabalho, a dinâmicas relacionais - bem como o que aprendeu com a pandemia nesse percurso.

O estudo é orientado por Professora Doutora Generosa do Nascimento, Professora Auxiliar, ISCTE *Business School*, Departamento de Recursos Humanos e Comportamento Organizacional, coorientado por Dr<sup>a</sup> Márcia Campos, enquanto Coordenadora pertencente à Santa Casa da Misericórdia de Barcelos, e realizado por Hugo Rocheteau, aluno de Mestrado em Gestão de Serviços de Saúde, com contacto de e-mail [hugocrocheteau@gmail.com](mailto:hugocrocheteau@gmail.com) – com quem poderá contactar caso deseje colocar alguma dúvida ou partilhar algum comentário.

Para compreender o fenómeno descrito, é fundamental reportar às vivências e experiências, individuais e coletivas, dos profissionais envolvidos na resposta à pandemia – **a sua colaboração é, assim, indispensável.**

As entrevistas terão duração mínima de 15 minutos, máxima de 30 minutos, com recurso a gravação de áudio e não acarretarão qualquer risco ou custo. Qualquer informação disponibilizada será confidencial e devidamente anonimizada, codificada e protegida segundo o Regulamento Geral de Proteção de Dados, tornando-se não identificável. Ainda que possa não beneficiar diretamente com a participação no estudo, as suas respostas contribuirão para uma análise profunda às reações adaptativas de organizações de saúde à pandemia COVID-19, o que poderá elucidar instituições sobre novas formas de organização, novas dinâmicas de trabalho e uma adaptação mais competente a um desafio ainda em progresso ou mesmo crises futuras.

A sua participação é estritamente voluntária, e poderá interromper a colaboração a qualquer momento, sem ter de prestar justificações e sem quaisquer consequências para si. Em nenhum momento do estudo precisará de se identificar pelo seu nome ou outros dados pessoais, exceto a sua profissão e função.

***Face às informações supramencionadas, por favor indique se aceita participar na entrevista:***

ACEITO

NÃO ACEITO

Nome: \_\_\_\_\_

Assinatura: \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_\_\_

## ANEXO F – Codificação das Fontes de Informação

<b>Codificação das Fontes de Informação</b>	
<b>Entrevistas</b>	
Diretor Técnico da UCCI	E-1
Provedor da SCMB	E-2
Coordenadora Geral da SCMB	E-3
Fisioterapeuta	E-4
Encarregada da Equipa de Auxiliares	E-5
Enfermeira Coordenadora	E-6
Auxiliar de Saúde	E-7
Fisioterapeuta	E-8
Técnica de Serviço Social	E-9
Técnico Administrativo	E-10
Enfermeira	E-11
Animadora Sociocultural	E-12
Copeira	E-13
Médica	E-14
<b>Documentos</b>	
Organigrama Geral da SCMB	D-1
Organigrama da UCCI	D-2
Normas de limpeza da equipa de auxiliares	D-3
Plano de Contingência para COVID-19	D-4
Registo de utilização de plataformas digitais	D-5, D-6, D-7
<b>Fotografias</b>	
Refeitório atualmente	F-1, F-2, F-3
Refeitório pré-pandemia	F-4
Quartos atualmente	F-5
Quartos pré-pandemia	F-6
Corredores	F-7, F-8, F-9
Posters afixados	F-10 a F-20
Sala de Ginásio atualmente	F-21

## ANEXO G – Análise conteúdo com evidência base para conceitos de primeira ordem

Evidência	Dimensões agregadas
<ul style="list-style-type: none"> <li>- “Comecei, portanto, a transmitir uma mensagem de preocupação e da necessidade de esperarmos o melhor, com certeza, mas nos prepararmos para o pior” (E-2)</li> <li>- “É na primeira semana de Março, ainda a COVID 19 não tem sido declarada como pandemia, que acontece a onze de Março, mas já na primeira semana de Março eu faço sair uma comunicação formal aos quatrocentos e trinta colaboradores da instituição no sentido de alertar para o que aí vinha e para que nos preparássemos da melhor forma” (E-2)</li> </ul>	Comunicações da direção sobre preparação para uma pandemia previamente a declaração oficial do governo
<ul style="list-style-type: none"> <li>- “A instituição começa a pandemia com vinte mil máscaras em stock. Num país, falava-se nessa altura, em dificuldades... Aliás as próprias unidades públicas de saúde, hospitalares, nos chegaram também a pedir colaboração a esse nível, portanto, houve um trabalho prévio de preparação” (E-2)</li> <li>- “Previamente nós ainda conseguimos comprar máscaras... A bom preço quer dizer” (E-1)</li> </ul>	Obtenção de máscaras e EPIs previamente a estado de pandemia
<ul style="list-style-type: none"> <li>- “Porque nós começamos a usar máscara, ainda não era obrigatório usar máscara dentro da instituição” (E-1)</li> <li>- “Aqui ainda não era obrigatório, já usávamos a máscara” (E-3)</li> </ul>	Utilização de máscara antes desta se tornar obrigatória
<ul style="list-style-type: none"> <li>- “Nós colocámos a máscara aos utentes e criámos a rotina de utilizarem máscara para quando existisse... Para quando isto realmente fosse obrigatório e complicado, os utentes estivessem treinados para usar máscara” (E-1)</li> </ul>	Treino de habituação a utentes na utilização de máscara
<ul style="list-style-type: none"> <li>- “Adotarmos logo a partir daí, criamos cenários de infeção, isto é, o que fazer com um caso positivo ou com suspeitas, mesmo antes de ter suspeitas ou casos positivos” (E-1)</li> </ul>	Simulação de cenários de infeção (o que fazer com um caso positivo)
<ul style="list-style-type: none"> <li>- “Criámos o plano de contingência e implementámos plano de contingência” (E-1)</li> <li>- “Sim, os planos. Criámos os planos de contingência do surto” (E-6)</li> </ul>	Construção de plano de contingência
<ul style="list-style-type: none"> <li>- “Era um artigo circunscrito a dizer que podia haver a conjugação de vários fatores, uma tempestade perfeita. Então nós começamos ainda no Verão a pensar o que é que ia ser o Inverno” (E-1)</li> </ul>	Preparação, no Verão de 2020, para uma segunda vaga no Inverno
<ul style="list-style-type: none"> <li>- “Nós tentámos, a determinada altura, andar à frente das medidas de contingência” (E-1)</li> </ul>	Tentativa de agir antecipadamente às medidas de contingência do governo
<ul style="list-style-type: none"> <li>- “Nós decidimos, por exemplo, fechar o centro dias antes sequer de haver diretriz.”(E-3)</li> </ul>	Decisão de encerrar o Centro de Medicina Física e Reabilitação antes de existir diretriz
<ul style="list-style-type: none"> <li>- “E nós íamos acompanhando a bibliografia. Eu tenho um conjunto de referências, de textos que fomos analisando, de medidas que fomos adotado” (E-1)</li> <li>- “(...) tentámos sempre ver as normas, as diretrizes que que eram lançadas quase diariamente, semanalmente” (E-6)</li> <li>- “Eu também, como tinha um bocadinho mais de responsabilidade em termos de coordenação. Também fazia essa busca, fazia essa procura e estava sempre atenta às novas normas, não é? O que saísse... Eu tentava atualizar-me” (E-8)</li> <li>- “A equipa toda ia sempre lendo a atualização das normas que o nosso diretor clínico pediu-nos (...)” (E-11)</li> </ul>	Leitura da evidência científica atual
<ul style="list-style-type: none"> <li>- “E começámos a fazer videochamadas diariamente” (E-5)</li> <li>- “Eles falam por videochamada, com os familiares. Têm direito a videochamada uma vez por dia” (E-4)</li> <li>- Por exemplo às vezes tentam dentro do horário das videochamadas e não conseguem, porque a videochamada está ocupada” (E-10)</li> <li>- “Ainda me recordo de, no dia da Mãe, pegar no <i>tablet</i> e fazer uma videochamada para todas as mães” (E-11)</li> <li>- “Depois criou-se as videochamadas, que foi uma coisa boa” (E-12)</li> </ul>	Realização de visitas à distância por videochamada
<ul style="list-style-type: none"> <li>- “(...) as visitas é... Salas lá em baixo, no piso zero, com um acrílico na frente. Neste momento está assim (...)” (E-4)</li> <li>- “E numa fase final já temos as visitas presenciais por um acrílico” (E-5)</li> <li>- “Se a pessoa tiver a dose de reforço da COVID-19, podem entrar numa salinha lá no Rés-do-chão e existe um painel de acrílico a separar a visita do utente (...) Caso não tenham as doses de reforço (...) a sala lá em baixo tem um vidro para o exterior e, portanto, as pessoas estão do lado de fora e os utentes estão do lado de dentro, existe um intercomunicador” (E-10)</li> </ul>	Visitas presenciais com separador de acrílico ou através de intercomunicador para o exterior



## Evidência

## Dimensões agregadas

- “Cada utente tem a sua mesa, quando antigamente não” (E-13)
- (...) nós tivemos que criar regras básicas, que era os utentes, não ficavam frente a frente” (E-1)

Pré-pandemia:



Atualmente:



- “quando almoçavam e jantavam no refeitório, as mesas foram todas separadas e eles almoçavam sozinhos numa mesa, o que não acontecia anteriormente” (E-4)
- “(...) os utentes começaram a estar em mesas individuais, antes estavam todos juntos na mesa, pronto, em convívio, agora com maior distanciamento... E o refeitório antes, pronto era uma parte da sala, tentámos alargar ao o resto da sala para haver um maior distanciamento” (E-6)

- “as pessoas deixaram de almoçar em conjunto e almoçamos sozinhos” (E-1)
- “termos que passar a (...) almoçar sozinhos, enquanto até agora partilhávamos a mesma mesa nos refeitórios” (E-3)
- “Passámos a almoçar sozinhos numa sala arejada” (E-4)
- “Hoje eu não posso almoçar com ninguém ao mesmo tempo” (E-5)
- “Por exemplo, nós há dois anos que não almoçamos em equipa” (E-6)
- “Nunca mais ninguém almoçou com ninguém. Era sempre um a um” (E-8)

- “(...) Eu fazia atividades em grupo. Em que eles partilhavam os objetos. Fazíamos os jogos e eles estavam todos juntos. Nas alturas... datas festivas, juntávamos todos os dois pisos, isso acabou completamente” (E-12)
- “as missas que nós tínhamos agora, neste momento... Está parado” (E-12)

- “(...) retirámos todo o material que existia na unidade a mais (...) de forma a otimizar as limpezas. (E-1)
- “Como por exemplo os quartos: tirámos os materiais todos que não eram propriamente prioritários, como cadeirões, mesas de apoio para ter o mais espaço possível e menos superfícies possível” (E-11)

Pré-pandemia:



Atualmente:



- “E nós criámos um espaço mais amplo e tornámos o refeitório num ginásio em cada piso, que era para os utentes não perderem a capacidade de fazer fisioterapia” (E-1)
- “(...) a estratégia que se adotou foi colocar o material dividido pelos dois pisos e a fisioterapia passou a ser feita no piso” (E-4)
- “(...) tirou ginásio piso zero, pôs os ginásios nos refeitórios de cada piso para não haver cruzamento de doentes” (E-5)
- “(...) criámos mini-ginásios em cada piso e já evitamos então a circulação dos utentes na unidade” (E-6)
- “Em termos de fisioterapia, aqui houve uma alteração, nós tínhamos um ginásio no piso zero, descentralizamos, tentámos colocar um ginásio em cada piso, tentámos fazer sessões mais individualizadas” (E-8)

Atualmente:



Alteração da disposição de mesas do refeitório

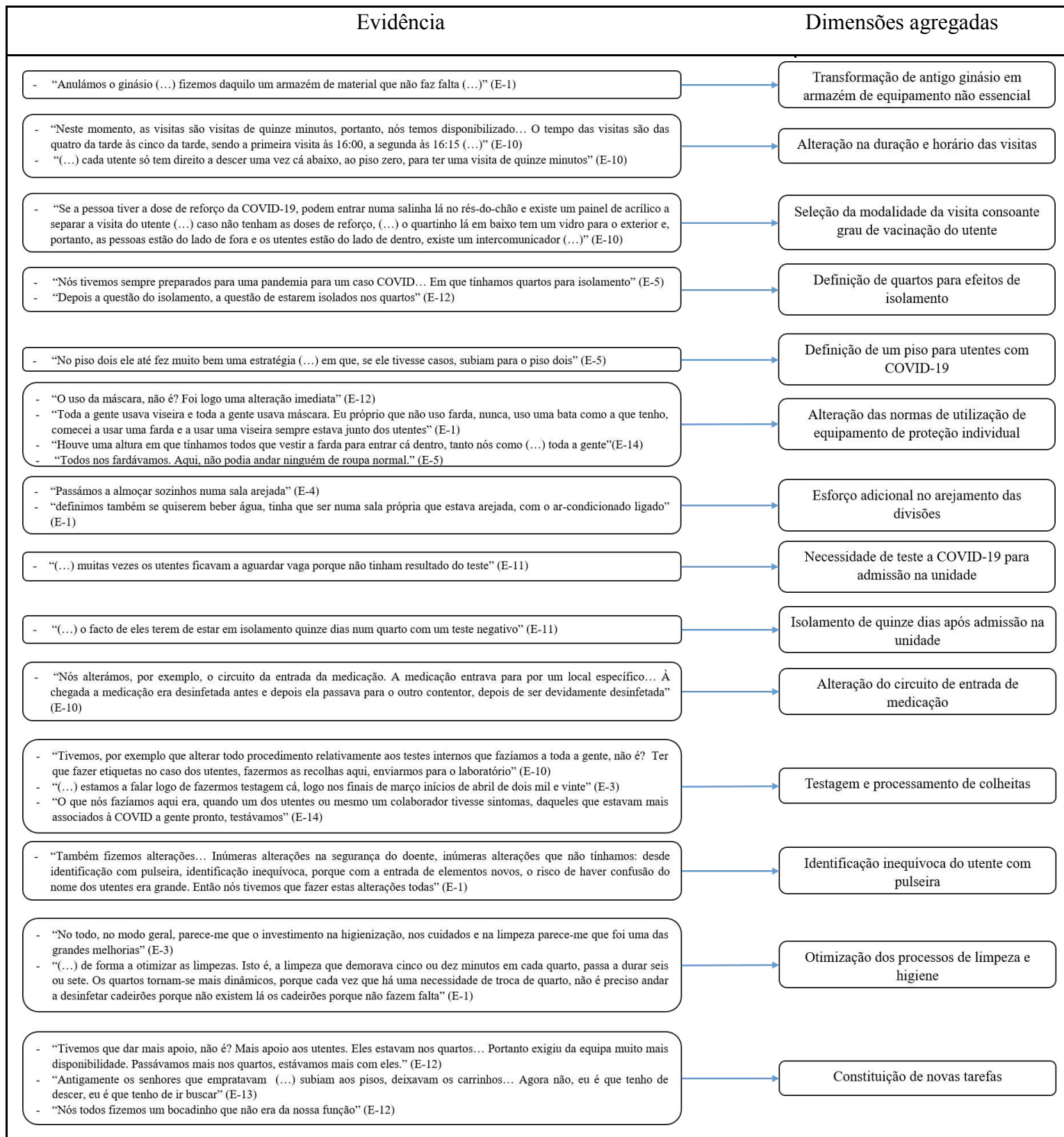
Utentes realizam refeições ou convivem em mesas individuais

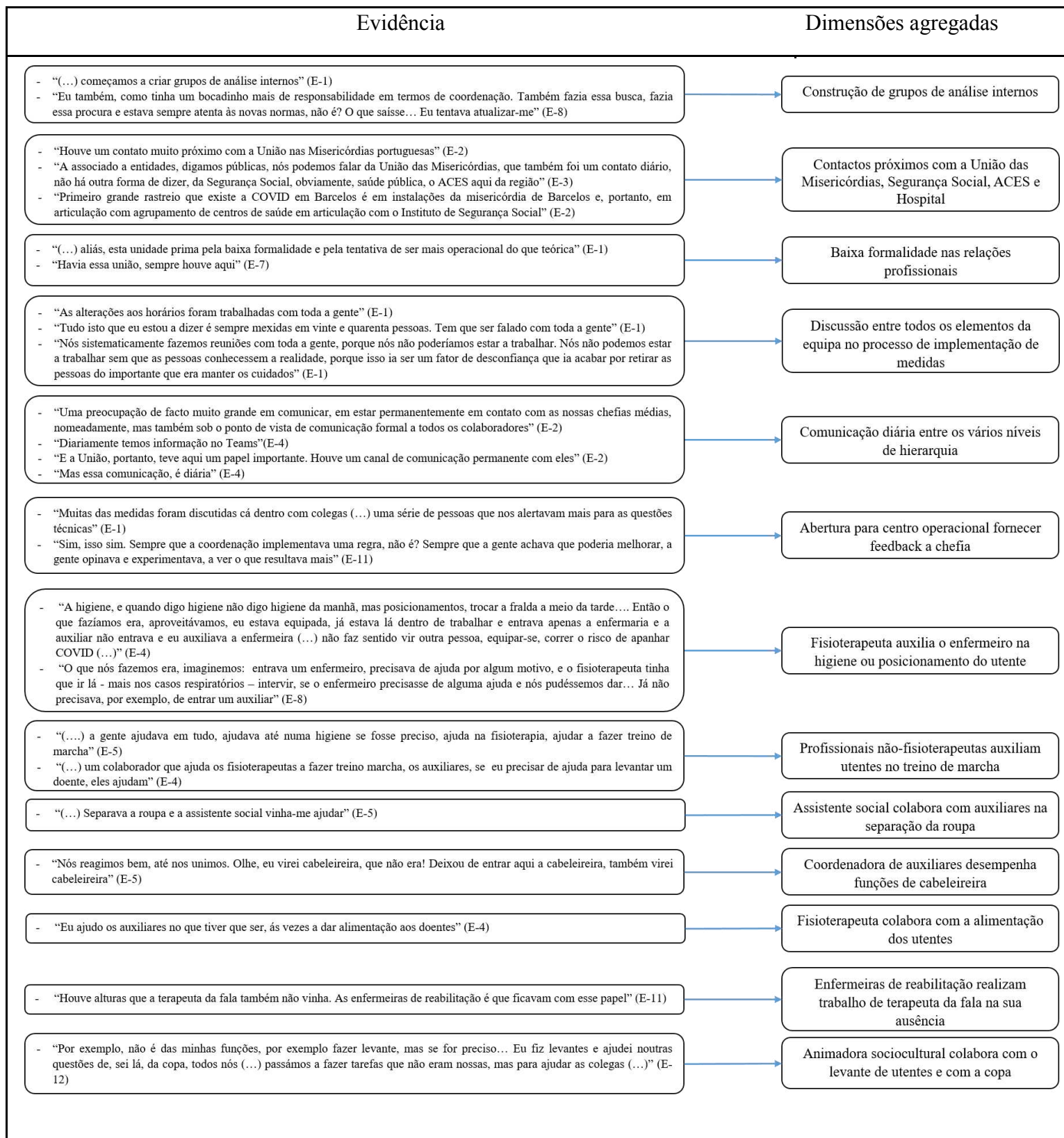
Elementos da equipa de saúde realizam refeições em salas separadas, individualmente

Cessação de atividades em grupo

Remoção de equipamento não essencial da unidade do utente

Alocação de ginásio para metade do refeitório de cada piso







## Evidência

## Dimensões agregadas

- “Havia alguns colegas, nomeadamente, os que tinham mais facilidade em ler inglês, que iam acompanhando as publicações do *New England Journal of Medicine* ou de publicações internacionais que nos davam as evidências” (E-1)

Profissionais de saúde com mais facilidade em ler inglês acompanham publicações internacionais

- “Procurarem a evidência e com a evidência, fazermos um caminho (...) E irmos dentro daquilo que era as evidências, sem feelings, sem sentimento, sem sensações, com evidência” (E-1)  
 - “Ficar confiantes porque tentámos sempre ver as normas, as diretrizes que que eram lançadas quase diariamente, semanalmente... E tentar cumprir mesmo rigorosamente aquilo. E o que é certo é que isso foi o que nos ajudou muito: o cumprir sigilosamente o que eles diziam” (E-6)  
 - “Partiu pelas boas práticas exercidas por toda a gente, por todos os profissionais, pelo cumprimento de todas normas e regras estipuladas na unidade” (E-11)  
 - “Eu também como tinha um bocadinho mais de responsabilidade em termos de coordenação. Também fazia essa busca, fazia essa procura e estava sempre atenta às novas normas, não é? O que saísse... Eu tentava atualizar-me” (E-8)

Fundamentação das ações e decisões com bibliografia atualizada

- “E isto, sempre em articulação também com o delegado de saúde, que acabámos por criar uma relação” (E-1)  
 - “Punha-nos a informação toda sobre a Direção-Geral de Saúde” (E-13)

Articulação constante com entidades reguladoras

- “(...) nós fizemos umas reuniões iniciais que era a pé, no máximo cinco minutos todos os dias (...) multidisciplinares. Com toda a gente” (E-1)  
 - “(...) ele também fazia uma reunião, salvo erro de três em três dias” (E-5)

Reuniões multidisciplinares

- “Mas essa comunicação, é diária. Nós diariamente temos informação no Teams. Ou altas de doentes, ou admissões de doentes. É tudo é colocado no Teams.” (E-4)  
 - “(...) depois, através de canais internos, ou o *Teams* a tentar divulgar em tempo real as mensagens para nós tentarmos estar a acompanhar... e conseguiram realizar isso dessa forma, ou seja, a comunicação diária mais constante e mais frequente” (E-8)  
 - “Eu, se tivesse dúvidas, perguntava... Enfermeiras, enfermeiros tinham dúvidas? Perguntavam-me a mim também... Abertura de comunicação” (E-7)

Partilha frequente de informação por canais formais e informais

- “O trabalho que foi feito numa articulação muito estreita com a nossa área de comunicação, através das redes sociais” (E-2)

Utilização das redes sociais para comunicar com a comunidade

- “(...) com vídeos motivacionais sobre a resposta que estávamos a dar ao nível dos lares e da UCCEI, também em termos de vídeos para trazer algum conforto a preocupação com as famílias” (E-2)

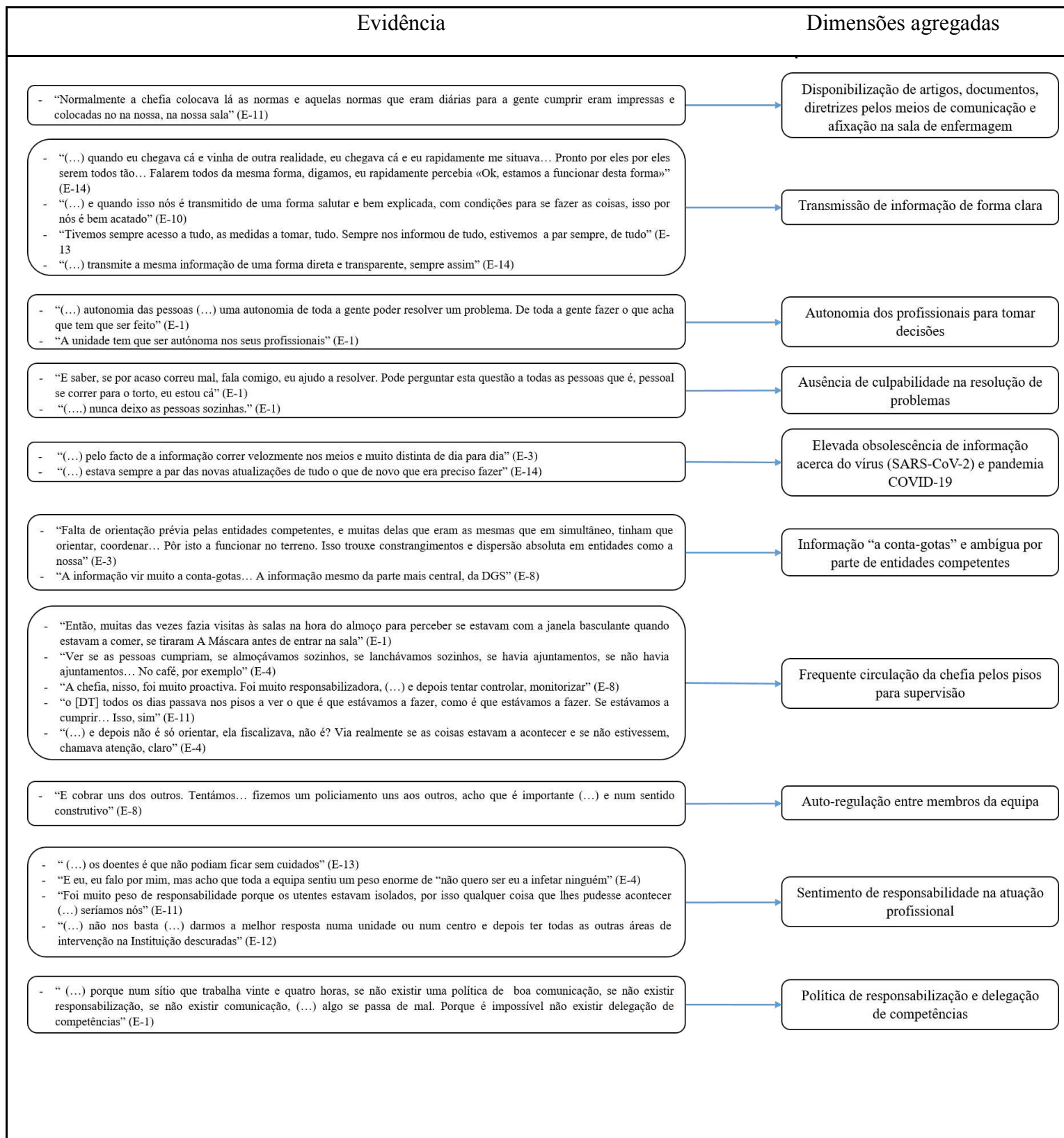
Realização e divulgação de vídeos motivacionais

- “Nós criamos grupos de *WhatsApp* que ainda hoje estão em funcionamento” (E-1)  
 - “Por e-mail numa fase inicial pelo *WhatsApp*, numa fase que já existia, mas mais alargado e depois a determinada altura pelo *Teams*. Nós instalámos o *Teams*, dinamizámos o *Teams* e temos o *Teams* como evidência de todo o trabalho que foi feito. E o *Teams* hoje já é uma ferramenta de comunicação” (E-1)  
 - “Sei que na pandemia o canal *Teams* foi sempre o mais utilizado e quando saía uma norma, uma diretriz nova, o [DT] estava sempre em cima disso, não é? Enviava via *Teams* para a equipa e enviava também via e-mail” (E-4)  
 - “Sim, nós temos o *Teams*, que usamos, que é uma forma mais rápida de comunicação entre a equipa que automaticamente ficamos logo a saber do que se está a passar, não é?” (E-12)  
 - “O *Teams* veio alterar a forma como nós comunicávamos cá dentro” (E-1)

Implementação de *Microsoft Teams* e *Whatsapp* para reuniões, disseminação e atualização de informação



Utilização de cartazes para reforçar práticas



## Evidência

## Dimensões agregadas

- “Mas os horários passaram a ser doze horas (...) blocos de três dias” (E-1)
- “Acredito que os blocos de doze horas diminuiu o número de pessoas a circular cá dentro e davam capacidade para substituir nas ausências (...) A decisão na altura foi não vamos aumentar horários (...) vamos diminuir a carga horária porque nós precisamos de ter pouca gente, treinada. Ora, se nós aumentássemos a carga horária ou fizessemos horários que implicassem colocar a equipa... Nós vamos colocar pessoas não treinadas e as quebras de segurança iam ser enormes” (E-1)
- “Eu vi-me confrontada com situações de termos que reorganizar equipas de forma a trabalharem... A chamada tipicamente como bolha, a equipa de espelho, os horários” (E-3)
- “Nós começamos a ter horários em espelho, ou seja, haviam duas equipas, uma equipa trabalhava três dias seguidos e folgava outros três. Na folga dos outros três, entrava outra equipa. Pronto e assim evitava-se o cruzamento (...) Era uma das indicações que nos deram e nós cumprimos isso. Inicialmente começámos com três turnos seguidos de doze horas, mas isso depois foi muito... era muito exaustivo, ficámos muito sobrecarregados e passámos para dois” (E-6)
- “Começámos a fazer horários mais longos, não é? Os turnos, os chamados turnos de doze horas, das oito às oito, três dias seguidos, ainda por cima” (E-7)

Alterações nos horários dos profissionais

- “Agora, nós tivemos o cuidado de, no Verão de dois mil e vinte, recrutar em permanência, preparar as equipas para o Inverno (...)” (E-2)
- “(...) portanto, os concursos estavam sempre abertos para que nada falhasse na linha da frente” (E-2)

Recrutamento em permanência a partir do Verão de 2020

- “(...) na primeira vaga, (...) as unidades da infância estavam encerradas, o centro de medicina física e reabilitação esteve encerrado também e, portanto, havia colaboradores a quem nós pedimos para nos reforçarem as equipas na UCCI e nos lares” (E-2)

Realocação de profissionais da instituição consoante necessidades

- “Então, até esse desafio melhorou um bocadinho o funcionamento da unidade. Tornou-nos mais aptos a integrar a criar uma rotina nova de integração, (...) a partir de determinado momento, os enfermeiros, antes de integrar, liam o regulamento interno, liam os procedimentos de segurança, e estavam no piso um, que era o piso onde eu, que estou cá todos os dias conseguia perceber onde é que poderia haver falhas de segurança. E era o sítio mais calmo (...) dava pelo menos para haver uma supervisão mais apertada, em que os conceitos básicos tinham que ser logo assimilados” (E-1)
- “Mas, por exemplo, agora com esta com esta fase da pandemia em que até houve a integração de novos enfermeiros eu nem noto que o enfermeiro é novo (...) parece que já se conhecem há mais tempo” (E-14)

Foco e melhoria no processo de integração de novos profissionais

- “(...) pronto houve ali um choque, um receio, um medo, não é?” (E-5)
- “O sentimento inicial era medo” (E-4)
- “Foi assustador, não é?” (E-11)

Medo inicial de transmitir o vírus a utentes

- “Como é que foi? Receio? Não é? Obviamente receio pelos doentes, (...) e preocupação” (E-12)
- “O receio de termos COVID e pegarmos às pessoas que estão aqui, que estão debilitadas, não é? E o impacto deles era, poderia ser diferente do que em nós” (E-4)

Receio pela condição frágil de saúde dos utentes e suscetibilidade ao vírus

- “(...) estávamos todos um pouco no escuro, não é? Ninguém sabia ao certo o que é que era o COVID e que implicações é que ia ter aqui dentro da unidade e dos nossos utentes” (E-4)

Desconhecimento inicial sobre o vírus e suas implicações

- “Foi de medo... do desconhecido, não é? Observar todas as notícias que que víamos, não é pronto, gerou muita ansiedade na equipa” (E-6)
- “(...) vivia num estado de ansiedade, medo, receio” (E-9)

Ansiedade inicial relativa à multiplicidade de informação e rápida mudança

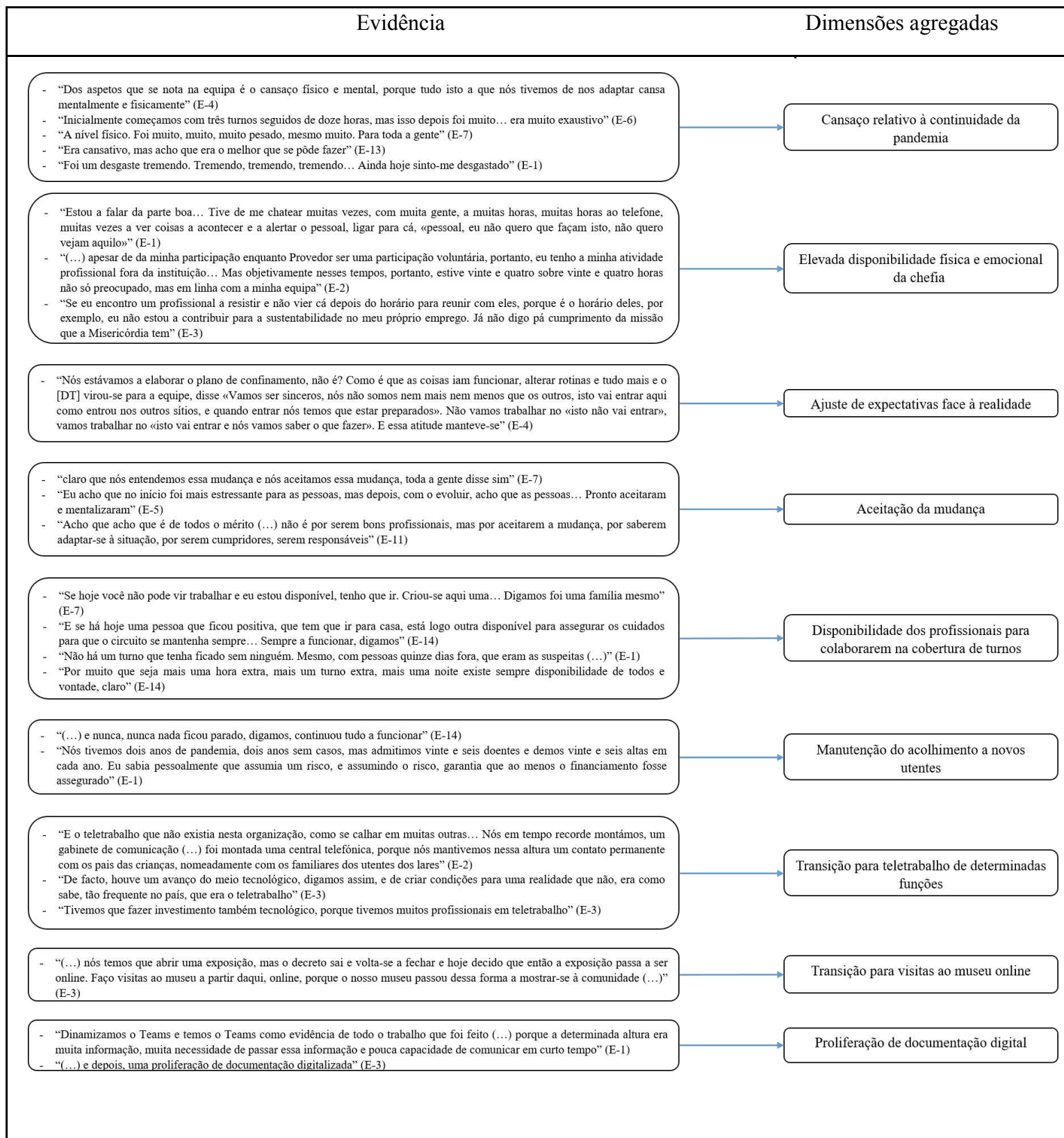
- “Foi bastante assustador porque o nível de conhecimentos era praticamente nulo” (E-7)

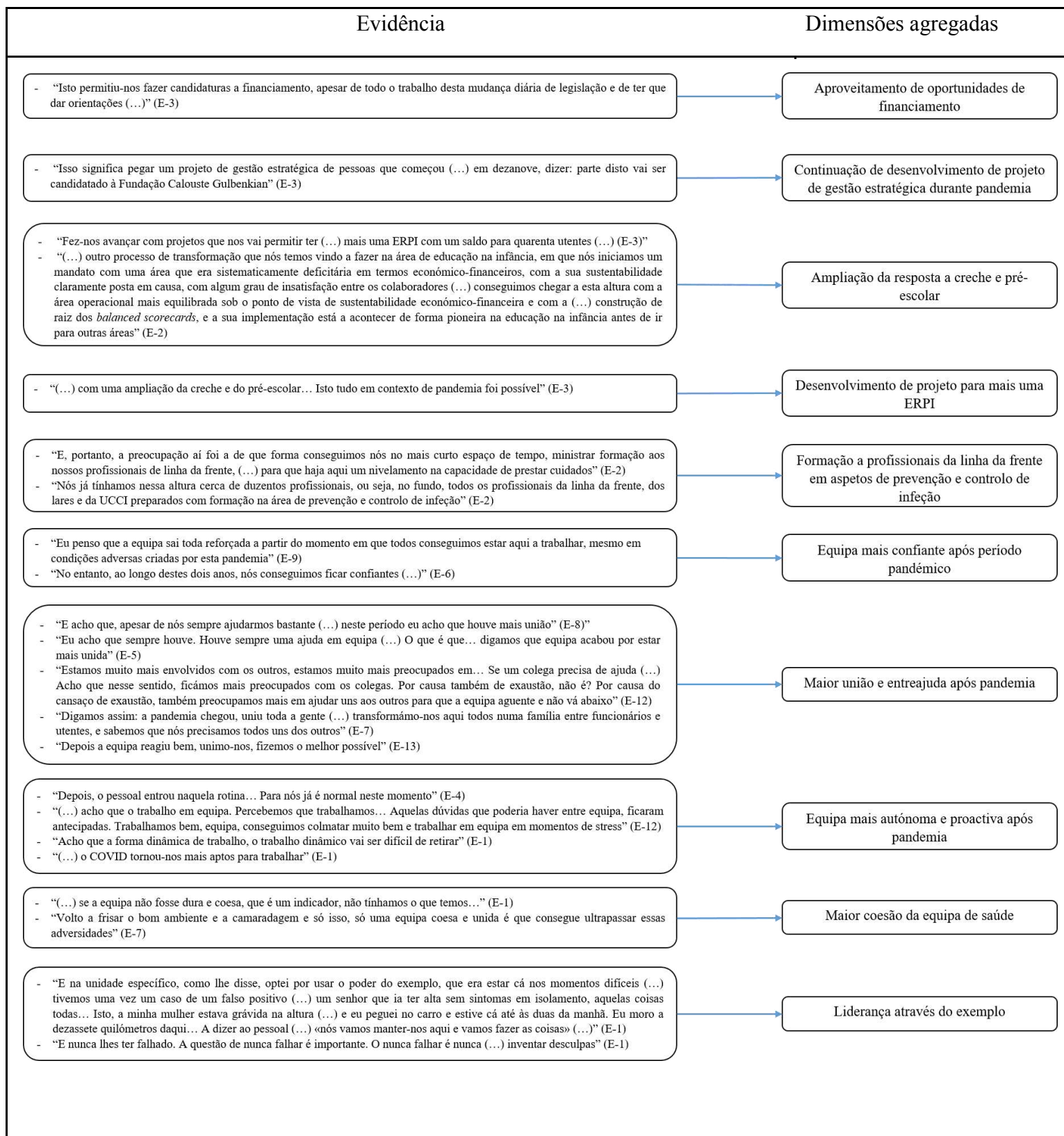
Medo do desconhecido

- “Os nossos doentes, estão muito carentes, muito carentes de afetos, porque não têm os familiares” (E-4)
- “Tivemos que dar mais apoio, não é? Mais apoio aos utentes. Eles estavam nos quartos... Portanto exigiu da equipa muito mais disponibilidade. Passávamos mais nos quartos, estávamos mais com eles para tentarmos colmatar aquelas falhas que as famílias não podiam (E-12)
- “(...) a equipa (...) sempre teve muito esse papel de apoio aos utentes, mas exigiu muito mais de todos, muito mais” (E-12)
- “(...) durante dois anos fomos praticamente os familiares das pessoas estão internadas. E pronto isso desgastou muito equipa” (E-4)

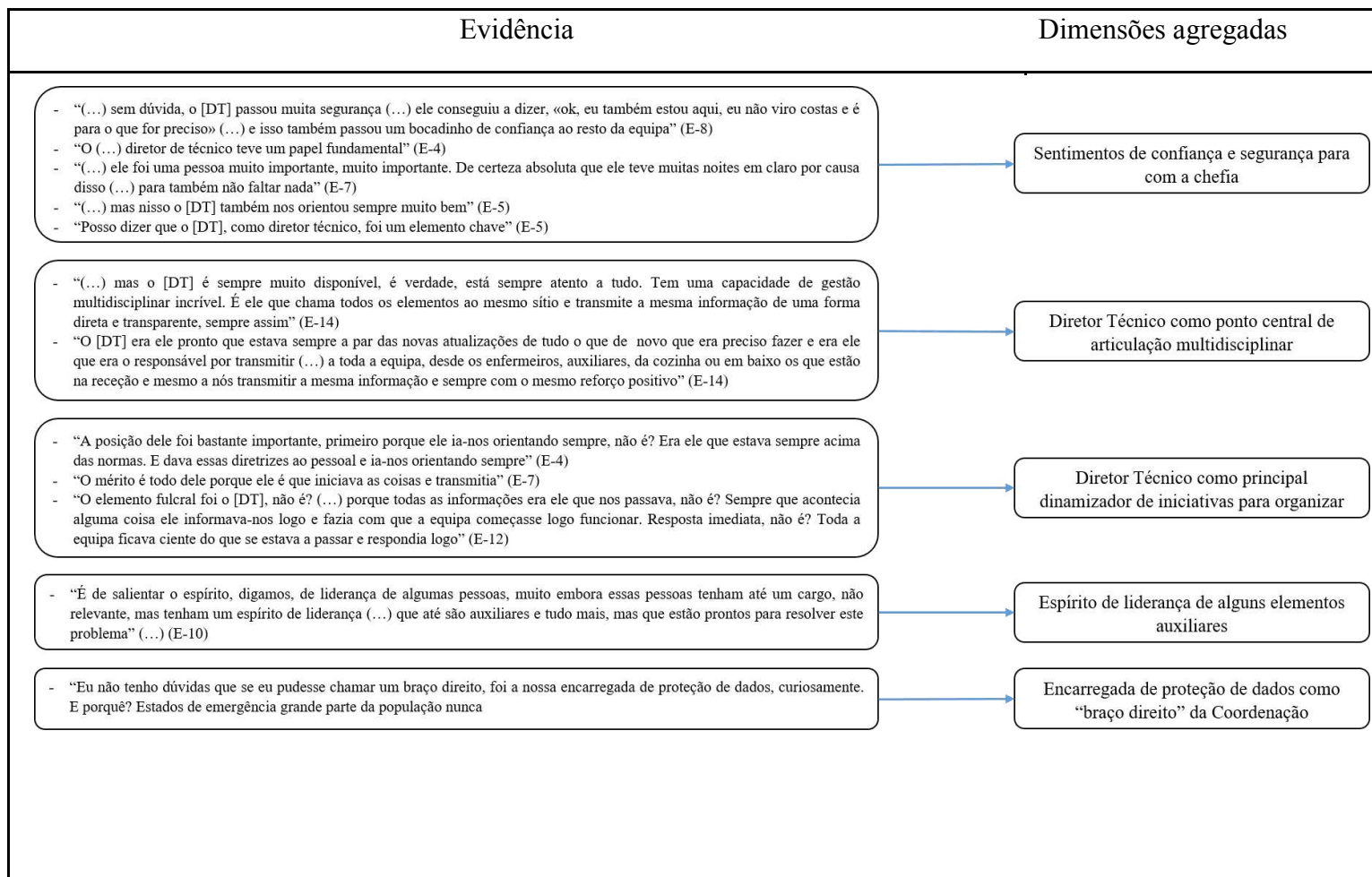
Exigência de suporte emocional acrescido a utentes



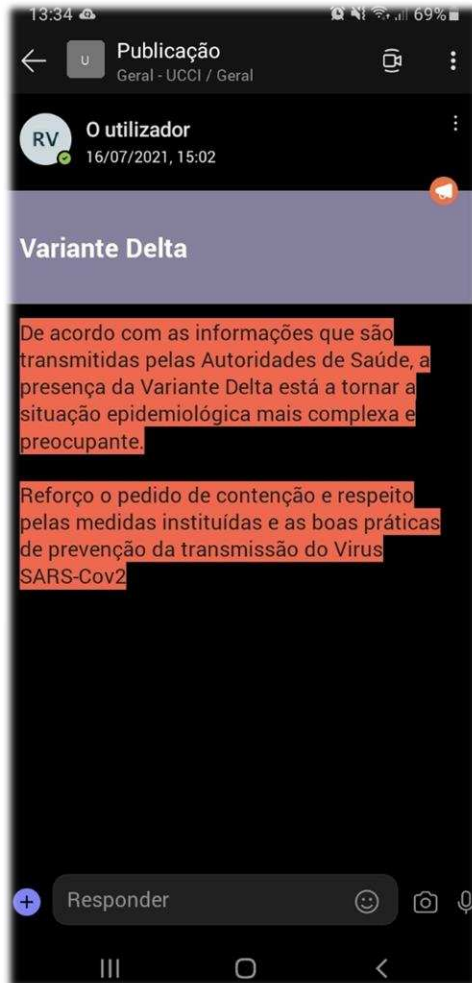
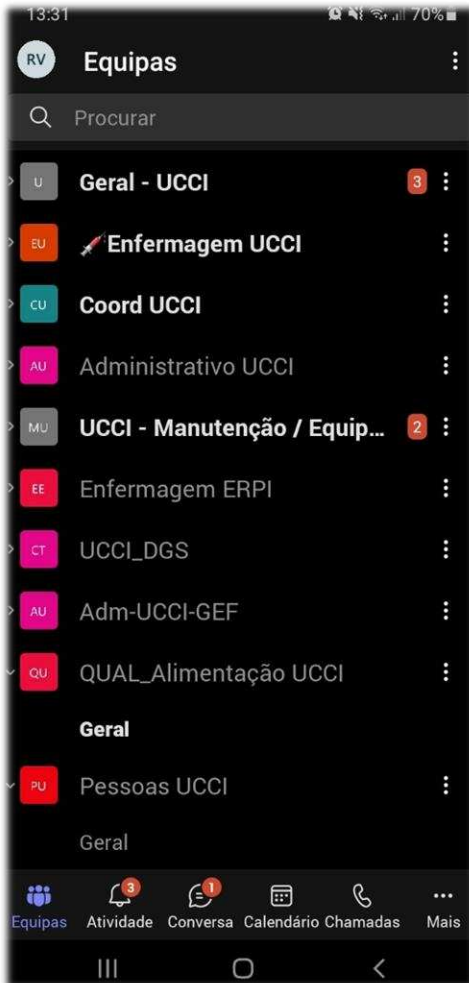










## ANEXO H - Registo de utilização de plataformas digitais



## Anexo I – Exemplo de Revisão a Plano de Higiene e Limpeza

		IT 132 - Plano Higiene e Limpeza PISO 0	UO
			UCCI

### 1. Objetivo:

Definir o procedimento de higiene e limpeza do Piso 0, relativamente às áreas e periodicidade

### 2. Siglas:

AAM – Auxiliares de Ação Médica wc	UCCI – Unidade de Cuidados Continuados Integrados
IT – Instrução de Trabalho	UO – Unidade Operacional
R - Registo	WC – Instalações Sanitárias
SCMB – Santa Casa da Misericórdia de Barcelos	

### 3. Modo de proceder:

#### 3.1. Limpeza diária:

São limpos **diariamente** no piso 0, as áreas infracitadas de acordo com o respetivo plano de limpeza, os quais estão disponíveis para consulta na capa "Plano de Higiene e Limpeza – Piso 0" na receção:

Vestiários	Recipiente do lixo, lavatório das mãos, chuveiros, torneiras, pavimento, puxadores e interruptores
Lixos	Puxadores, interruptores e pavimento
WC	Sanita, Lavatório, Torneiras, barras de apoio, recipiente do lixo, puxadores, campainha, pavimento e espelho
Ginásio	Márquesas, lavatório, recipiente do lixo, aparelhos, pavimento e espelho
Corredores de acesso	Pavimento, puxadores e barras de apoio
Roupa Suja	Pavimento, puxadores, interruptores
Gabinete médico	Lavatório, Torneira, Puxadores, Interruptores, recipiente do lixo, pavimento, espelho
Terapia da Fala	Lavatório, recipiente do lixo e pavimento

#### 3.2. Limpeza semanal:

São limpas **semanalmente** no piso 0, as seguintes áreas infracitadas:

2ª feira	3ª feira	4ª feira	5ª feira	6ª feira		
Vestiários	Sala material Clínico	WC	Ginásio	Receção	Roupa Limpa	Terapia da Fala Gabinete Médico
Espelhos, bancos de apoio, cacifos e portas	Puxadores, Interruptores, Pavimento e Mobiliário	Dispensadores de Papel / Secadores de mãos automáticos, saboneteiras e paredes	Mobiliário, portas e janelas	Pavimento, recipiente do lixo, puxadores, interruptores, portas, janelas e mobiliário	Puxadores, Interruptores e Pavimento	Mobiliário

		IT 132 - Plano Higiene e Limpeza PISO 0	UO
			UCCI

### 3.3. Limpeza mensal:

São limpas **mensalmente** no piso 0, as seguintes áreas infracitadas:

	1ª semana	2ª semana	3ª semana	4ª semana
2ª feira	Vestiários	WC	Corredores de acesso	Gabinete médico
3ª feira	—	—	—	Terapia da Fala
4ª feira	Sala Material Clínico	Elevadores	Roupa limpa	—
5ª feira	—	—	—	Reservado
6ª feira	Lixos	Ginásio	Roupa Suja	Receção
Sábado				
Domingo				

### 3.4. Auditorias:

São realizadas mensalmente auditorias de higiene e limpeza, para verificar a eficiência do Plano de higiene e Limpeza.