



INSTITUTO
UNIVERSITÁRIO
DE LISBOA

Aprendizagem organizacional no contexto da Pandemia por SARS-CoV-2 - Estudo de Caso num hospital da rede de Lisboa

Cristina Isabel Pereira de Castro Marques

Mestrado em Gestão de Empresas

.

Orientador(a): Professora Doutora Generosa do Nascimento, Professora Auxiliar, Departamento de Recursos Humanos e Comportamento Organizacional, ISCTE Business School

Co-Orientador(a): Dra. Carla Carneiro, Assistente Graduada de Cirurgia Geral

Fevereiro, 2022



BUSINESS
SCHOOL

Aprendizagem organizacional no contexto da Pandemia por SARS-CoV-2 - Estudo de Caso num hospital da rede de Lisboa

Cristina Isabel Pereira de Castro Marques

Mestrado em Gestão de Empresas

Orientador(a): Professora Doutora Generosa do Nascimento, Professora Auxiliar, Departamento de Recursos Humanos e Comportamento Organizacional, ISCTE Business School

Co-Orientador(a): Dra. Carla Carneiro, Assistente Graduada de Cirurgia Geral

Fevereiro, 2022

Dedico esta tese aos meus filhos: João, Diogo e Tiago que me inspiram todos os dias a ser melhor pessoa, mãe e profissional!

AGRADECIMENTOS

Agradeço aos meus 3 filhos por terem sido a fonte inspiradora em todas as etapas deste trabalho. Obrigada por me encherem de mimos e carinho todos os dias, dando-me sempre força e incentivo para continuar o meu trabalho em busca dos meus sonhos. Que esta tese seja para eles um exemplo de trabalho, esforço, foco e dedicação.

À minha família por todo o apoio, incentivo e por sempre acreditarem nas minhas capacidades, motivando-me dia a dia.

Aos meus amigos, em especial à Cristina, à Inês e à Inaara que me ajudaram, motivaram e apoiaram durante todo este processo de crescimento e desenvolvimento pessoal.

Ao Fernando pela ajuda, incentivo, paciência e apoio, tendo sido um ponto de equilíbrio durante esta jornada intensa.

Aos profissionais do Hospital Delta que colaboraram neste estudo, pelo tempo, atenção e simpatia que me concederam na realização das entrevistas. Não me irei esquecer do vosso contributo, das experiências que me transmitiram e do exemplo de dedicação e amor à profissão que demonstraram.

À minha co-orientadora Dra. Carla Carneiro que foi incansável na sua ajuda, sempre prestável e preocupada em ajudar na realização deste estudo. Foi uma peça chave sem a qual o sucesso desta tese não teria sido o mesmo.

À minha orientadora Professora Generosa do Nascimento, pelo desafio lançado, orientação, motivação e apoio dado durante este processo. Obrigado pela crítica e por acreditar nas minhas capacidades e me incentivar a ir mais além no meu desempenho e nos resultados que se pretendia com este estudo. Foi um desafio que aceitei com grande entusiasmo.

Aos professores do ISCTE *Business School* e do ISCTE *Executive Education* por toda a partilha de conhecimentos e orientações dadas, fomentado a nossa aprendizagem, através das tarefas que nos davam. Cada trabalho e pesquisa realizada foram lições aprendidas.

Obrigado a Todos!!

RESUMO

A pandemia por SARS-CoV-2 provocou mudanças no ambiente social, financeiro e político na saúde. Devido à ameaça que a pandemia provocou nos doentes e nos profissionais de saúde as organizações de saúde mudaram as suas operações como resposta adaptativa à situação de incerteza.

A problemática deste estudo de caso prende-se com a análise das respostas emergentes, perante uma situação de incerteza, e se estas assentam nos constructos teóricos das organizações altamente fiáveis, como o compromisso com a resiliência e a deferência para com a expertise e no quadro teórico da coordenação relacional com base em relações informais intra e interorganizações e em novas estratégias de comunicação. Procurou-se, ainda, perceber se as respostas que surgiram, a estes acontecimentos disruptivos, passaram a fazer parte dos processos de trabalho, tendo sido adotados e aprendidos por parte dos seus colaboradores e pela organização havendo assim uma aprendizagem organizacional.

A análise efetuada, segundo a metodologia Gioia, a oito entrevistas, análise documental e observação não participante, mostrou que o Hospital Delta respondeu à pandemia através de onze dimensões agregadas, sendo nove delas previstas nos padrões hipotéticos - Deferência para com a Expertise; Comprometimento com a Resiliência; Preocupação com a Falha; Relutância em Simplificar Interpretações; Sensibilidade às Operações; Cultura Organizacional; Coordenação Relacional; Estratégias de Desenvolvimento da Coordenação Relacional e Aprendizagem Organizacional - e duas novas dimensões – Reatividade emocional e Antecipação e aceleração do desenvolvimento dentro da organização de saúde. Estes resultados sugerem que o quadro teórico de referência permite explicar a resposta adaptativa desta organização de saúde. Assim, perante a situação de incerteza o Hospital Delta geriu a necessidade de adaptação dos processos da organização através dos princípios das organizações altamente fiáveis, principalmente, através do comprometimento com a resiliência e a deferência para com a expertise, mudando o mecanismo de coordenação de trabalho para um ajustamento mútuo, em que a coordenação relacional passa a funcionar através de relações de bases mais informais, partilha de objetivos e relações de mútuo respeito alavancadas numa comunicação mais frequente e objetiva e em novas formas de comunicação, resultando numa aprendizagem organizacional pela amplificação das possibilidades de resposta e de gestão dos processos de trabalho incorporados na organização.

Palavras-chave: Pandemia por SARS-CoV-2; Organizações altamente fiáveis; Comprometimento com a resiliência; Deferência para com a expertise; Coordenação Relacional; Aprendizagem Organizacional; Comunicação; Organização de Saúde.

Classificação JEL: I19; Y40

ABSTRACT

The pandemic by SARS-CoV-2 caused changes in the social, financial, and political environment in health. Due to the threat caused by the pandemic in patients and health professionals, health organizations have changed their operations as an adaptive response to the situation of uncertainty.

The problem of this case study relates to the analysis of emerging responses, in the face of a situation of uncertainty, and these are based on the theoretical constructs of highly reliable organizations, such as the commitment to resilience and deference to the expertise and not theoretical framework of relational coordination based on closer relationships inside and outside organization and new communication strategies. We also tried to understand whether the answers that arose to these disruptive events became part of the work processes, having been adopted and learned by its employees and by the organization, thus having an organizational learning.

The analysis performed, according to the Gioia methodology, to eight interviews, documentary analysis and non-participant observation, showed that Delta Hospital responded to the pandemic through eleven aggregate dimensions, nine of which were predicted in the hypothetical patterns - Deference to Expertise; Commitment to Resilience; Concern about failure; Reluctance to Simplify Interpretations; Sensitivity to Operations; Organizational Culture; Relational Coordination; Strategies for The Development of Relational Coordination and Organizational Learning - and two new dimensions - Emotional Reactivity and Acceleration of Development within the health organization. These results suggest that the theoretical framework of reference allows explaining the adaptive response of this health organization. Thus, in view of the situation of uncertainty, Delta Hospital managed the need to adapt the organization's processes through the principles of highly reliable organizations, mainly through the commitment to resilience and deference to expertise, changing the work coordination mechanism to a mutual adjustment, in which relational coordination starts to work through more informal grassroots relationships, sharing of objectives and mutual respect relationships, leveraged in more frequent and objective communication and new forms of communication, resulting in organizational learning by amplifying the possibilities of response and management of work processes incorporated into the organization.

Keywords: SARS-CoV-2 Pandemic; High Reliability Organizations; Commitment to resilience; Deference to expertise; Relational Coordination; Organizational Learning; Communication; Health Organization.

JEL Classification: I19; Y40

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	1
1. REVISÃO DE LITERATURA	5
1.1. Organizações de Saúde	5
1.2. Organizações Altamente Fiáveis	6
1.3. Coordenação Relacional	11
1.4. Aprendizagem organizacional	16
2. METODOLOGIA	21
2.1. Método	21
2.2. Contexto de Pesquisa	
2.3. Técnicas de Recolha de dados	
2.3.1. Entrevistas semiestruturadas	22
2.3.2. Análise Documental	23
2.3.3. Observação não participante	23
2.3.4. Técnicas de tratamento de dados	23
3. RESULTADOS	25
Deferência para com a expertise	30
Comprometimento com a resiliência	31
Preocupação com a falha	34
Relutância em simplificar interpretações	34
Sensibilidade às operações	35
Cultura organizacional	35
Coordenação relacional	36
Estratégias de desenvolvimento da coordenação relacional	37
Reatividade emocional	38
Antecipação e aceleração do desenvolvimento dentro da organização de saúde	39
Aprendizagem organizacional	39
4. DISCUSSÃO	41
4.1. Limitações do Estudo e Propostas de investigação futura	46
4.1. Contributos para a gestão	47
CONCLUSÃO	49
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	51

ANEXOS	54
ANEXO A - Pedido de autorização para a realização do trabalho de investigação	55
ANEXO B - Guião das entrevistas	57
ANEXO C - Transcrição das entrevistas	59
ANEXO D – Análise Documental	91
ANEXO E – Observação não participante	204
ANEXO F - Estrutura de análise de dados	215

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1 – Dimensões da Coordenação Relacional adaptado de Gittel	11
Figura 2 – Estilos de Aprendizagem adaptado de Yeung <i>et al.</i>	17
Figura 3 - Modelo das sete Dimensões da Aprendizagem Organizacional	18
Figura 4 - Novo espaço exterior	31
Figura 5 - Procedimento de utilização de EPI	32
Figura 6 - Alteração dos circuitos	33
Figura 7 – Reunião online	36
Figura 8 - Mural na parede do Hospital Delta	37
Figura 8 – Anexo D61	37

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela I – Designação dos códigos atribuídos aos dados recolhidos e analisados	23
Tabela II - Colaboradores do Hospital, suas funções, número de anos na função e caracterização segundo a posição hierárquica na organização	25
Tabela III - Estrutura de análise de dados	26
Tabela IV - Guião da entrevista e os principais objetivos das questões	58
Tabela V – Estrutura de análise de dados	215

GLOSSÁRIO DE ABREVIATURAS

ARS – Administração Regional de Saúde

BANI - *Brittle, anxious, non-linear, incomprehensible*

EPI – Equipamento de Proteção Individual

OS – Organização de Saúde

OMS – Organização Mundial de Saúde

PPCIRA – Programa de Prevenção e Controlo de Infecções e de Resistência aos Antimicrobianos

PSP – Polícia de Segurança Pública

RNCCI – Plataforma rede nacional de cuidados continuados integrados

SNS – Sistema Nacional de Saúde

UCI – Unidade de Cuidados Intensivos

VUCA - *Volatility, uncertainty, complexity and ambiguity*

Introdução

Em Portugal, o primeiro caso confirmado de COVID-19 foi registado a 2 de março de 2020, tendo sido rapidamente adotadas medidas de contenção, tanto pelas autoridades públicas como pela população em geral. A 11 de março de 2020, foi decretada pandemia por SARS-CoV-2 pela OMS. Dos primeiros casos registados no início de 2020 até ao final de janeiro de 2021, Portugal teve 726,3 mil positivos à covid-19. A emergência da pandemia por SARS-CoV-2 colocou à prova as nossas capacidades de adaptação e de resiliência perante uma adversidade extrema, afetando profundamente os sistemas de saúde em todo o mundo e condicionando a vida social, económica e profissional da maioria das pessoas. Com a pandemia veio a incerteza da propagação do vírus, do tratamento da doença e dos procedimentos necessários para proteger os profissionais e os doentes, conferindo assim uma ideia de imprevisibilidade. O atual contexto frágil, não-linear, incompreensível e de ansiedade - BANI (*brittle, anxious, non-linear, incomprehensible*) - colocou as organizações de saúde perante uma necessidade emergente de adaptação, ajustamento de comportamentos, mobilidade, comunicação e utilização de novas tecnologias e de novos processos de trabalho. O confronto com esta imprevisibilidade pode dar lugar ao desenvolvimento de modelos integrados e flexíveis e uma aprendizagem coletiva profunda das organizações de saúde, simplesmente porque novas situações requerem novas respostas. As alterações não serão apenas de aprendizagem de manuseamento de materiais e equipamentos que habitualmente não seriam usados pelos colaboradores numa organização de saúde (OS), mas também de reorganização logística de material, de espaço, de recursos humanos, de aprendizagem relativa aos efeitos e tratamento de uma nova doença, de adaptação a uma nova realidade com os seus utilizadores.

Perante a situação de incerteza criada pela pandemia por SARS-CoV-2, se os processos de trabalho instituídos, o design organizacional, a gestão das pessoas, dos espaços físicos e da comunicação, não conseguem dar resposta, como é que uma organização de saúde geriu a necessidade de mudança para responder à incerteza e se aprendeu com a resposta. Para responder a esta problemática a literatura aponta para as teorias das organizações altamente fiáveis de Weick, a coordenação relacional de Gittell, e a aprendizagem organizacional. Encontrámos ainda alguns pontos de convergência entre a coordenação relacional e o ajustamento mútuo da teoria das organizações de Mintzberg.

Os construtos teóricos das organizações altamente fiáveis dizem que estas organizações possuem a capacidade de modelar a sua prática para reduzir o impacto e a gravidade de eventos de crise e de incerteza, de forma a acelerar o processo de recuperação. A capacidade que lhes permite detetar, antecipar e gerir situações inesperadas, assenta em cinco pilares, que são: a preocupação com

a falha, a relutância em simplificar interpretações, a sensibilidade para com as operações, o compromisso com a resiliência; e deferência para com a expertise (Weick, K. & Sutcliffe, K., 2007).

A teoria da coordenação relacional de Gittell aborda quais os atributos organizacionais mais eficazes em situações de elevada incerteza, interdependência e constrangimento temporal, tal como acontece numa organização de saúde no contexto da pandemia por SARS-CoV-2. A coordenação do trabalho, dos processos e das atividades ocorre, de acordo com Gittell, através da relação de objetivos partilhados, do conhecimento partilhado e do respeito mútuo e o pressuposto fundamental para a coordenação é a comunicação que deve ser frequente, atempada, objetiva e focada na resolução de problemas para ser possível atingir níveis elevados de coordenação relacional (Gittell, 2009). Um dos aspetos essenciais numa fase de resposta a uma situação de incerteza e de adaptação a novos processos de trabalho é a comunicação interna efetiva, transparente, eficaz e a difusão rápida e clara de informação nos canais internos da organização com os colaboradores e nos canais externos com outros stakeholders, concebidas especialmente para lidar com a desinformação, gestão de stress, medo e a incerteza. Existe assim uma convergência com o mecanismo de coordenação de trabalho por ajustamento mútuo, abordado por Mintzberg como uma forma mais direta de coordenação do trabalho, quando a comunicação se torna flexível e informal entre pessoas facilitando a adaptação à volatilidade e a cooperação entre os profissionais, permitindo-lhes lidar melhor com situações de incerteza (Glouberman & Mintzberg, 2001).

A teoria da aprendizagem organizacional engloba o processo contínuo de mudança e de adaptação de uma organização quanto esta utiliza e potencia o conhecimento na adaptação a acontecimentos disruptivos no ambiente interno e externo. Para esta adaptação surgem novos processos de trabalho que se forem adotados e aprendidos por parte dos seus profissionais e pela organização dá origem a uma aprendizagem organizacional. Esta aprendizagem surge como resultado do conhecimento adquirido após reflexão e análise individual, de grupo e da organização, dos novos processos instituídos e dos erros verificados na resposta à situação emergente. Uma organização que funciona segundo os princípios das organizações altamente fiáveis aprende quando promove uma cultura de aprendizagem e expande o âmbito de respostas possíveis, perante determinado evento, e quando os modos de coordenação de trabalho na organização passam a ser assentes em bases de relações informais entre profissionais intra e interorganizações, através de uma comunicação mais frequente, atempada, rigorosa e orientada para os objetivos, alicerçada numa infraestrutura relacional de respeito mútuo, objetivos e conhecimento partilhado.

O estudo de como as organizações de saúde reagem a situações de imprevisibilidade permite-nos perceber como a gestão das organizações funciona, como os sistemas respondem, mudam os processos de trabalho e como aprendem com as novas estratégias encontradas.

A elaboração desta dissertação pretende responder à seguinte questão de investigação: “Perante a situação de incerteza causada pela pandemia por SARS-CoV-2, como é que um Hospital da rede de Lisboa geriu a necessidade de desenvolver e de implementar novos processos de trabalho num curto espaço de tempo para uma adaptação circunstancial e se as respostas adaptativas deram origem a uma aprendizagem organizacional?”, como tal foram definidos os seguintes objetivos específicos: analisar se o contexto de crise estimulou os sistemas da organização de saúde a criar formas de lidar com situações inesperadas, potenciando o comprometimento com a resiliência e a deferência para com a expertise, de modo, a procurar dar as respostas mais adequadas; se a coordenação relacional passou a ser assente na flexibilidade da articulação do trabalho e das equipas e na frequência e efetividade da comunicação como resposta adaptativa a um contexto de crise; se os conhecimentos adquiridos, novos processos e estratégias que surgiram, foram retidos em aprendizagem organizacional.

Neste estudo de caso recorreu-se a três fontes de análise de dados: entrevistas a profissionais de saúde com diferentes funções e de diferentes serviços, que desempenharam um papel importante no combate à pandemia; análise documental, desde os planos de contingência a notícias dadas pelo Hospital nas suas redes sociais e por observação não participante, através de registos fotográficos das mudanças e das adaptações realizadas no Hospital.

Tendo em conta a problemática referida, como é que os princípios das organizações altamente fiáveis de Weick, a coordenação relacional de Gittell, o mecanismo de coordenação de trabalho por ajustamento mútuo de Mintzberg, e a aprendizagem organizacional podem ajudar a analisar este problema, é o que vamos abordar de seguida na revisão de literatura.

1. Revisão da Literatura

1.1. Organizações de Saúde

A gestão das organizações de saúde é de extrema complexidade, tendo em conta a enorme volatilidade e dinamismo que as cerca. As relações complexas e, por vezes, imperfeitamente conectadas nas organizações de saúde dificultam o desenvolvimento de estratégias efetivas para a sua gestão. A efetividade destas organizações está geralmente dependente da articulação das equipas de prestação de cuidados de saúde, pelo que a coordenação relacional e a aprendizagem organizacional surgem como variáveis centrais para a gestão das organizações de saúde.

Para dar resposta a um evento que causa incerteza, as complexas organizações de saúde necessitam de estruturas mais flexíveis em vez de estruturas rígidas e hierárquicas, através de uma abertura ao mecanismo de coordenação por ajustamento mútuo que geralmente se encontra ausente das burocracias profissionais, como referia Mintzberg (1995).

De acordo com Mintzberg (1995), as organizações no desenvolvimento das suas atividades, apresentam mecanismos de coordenação do trabalho, que servem de ligação às diferentes partes da organização, e que, no caso das organizações de saúde costumam ser a standardização das qualificações dos trabalhadores e em situações incertas e desconhecidas o ajustamento mútuo. Segundo a conceção deste autor, as organizações de saúde são estruturas do tipo burocracia profissional, em que o comportamento dos profissionais é complexo e previsível e o mecanismo de coordenação é a standardização das qualificações e dos conhecimentos, onde os profissionais são previamente formados e executam o seu trabalho com autonomia e elevado desempenho e aperfeiçoam no local de trabalho a identificar situações e a dar as respostas que os doentes precisam, respostas padronizadas através de protocolos. Na standardização das qualificações dos profissionais, a coordenação é realizada através da formação especializada dos operacionais, as qualificações e o conhecimento durante a formação estão especificados para o desempenho da função. Assim, o conhecimento especializado em resultado da formação prévia à execução do trabalho confere aos operacionais competências e capacidades específicas para a realização das atividades. Uma vez que o trabalho dos profissionais de saúde é altamente especializado e padronizado, acaba por estender-se à administração e gestão dessas instituições. Estes padrões de trabalho surgem sob a forma de *guidelines* e protocolos utilizados no decorrer da atividade profissional (Mintzberg, 2005).

Mas, quando surgem situações imprevistas como a pandemia por SARS-CoV-2, em que o mecanismo de coordenação utilizado falha na resposta, estas burocracias profissionais mudam o seu mecanismo de coordenação de trabalho, passando da standardização das qualificações para o ajustamento mútuo. Quando entram em ajustamento mútuo estão a reconhecer que as respostas que

costumam dar e que foram aprendidas na faculdade, aperfeiçoadas ao longo da sua experiência profissional e que estão padronizadas, não são adequadas para dar resposta à situação. O ajustamento mútuo é um mecanismo de coordenação simples que consiste na realização da coordenação do trabalho pelo processo de comunicação informal e flexível e que permite uma adaptação rápida e segura das ações em curso, funcionando assim em circunstâncias difíceis. Este mecanismo de coordenação de trabalho é utilizado nas adhocracias que são estruturas organizacionais flexíveis que privilegiam a inovação, e que estão constantemente a adaptar-se às necessidades e exigências, tanto externas como internas. É uma estrutura onde os profissionais formam equipas multidisciplinares como forma de resolver problemas complexos e inesperados (Unger *et al*, 2000). Quando o ambiente é mais imprevisível ou surgem novas situações nas organizações de saúde estas tornam-se mais dinâmicas, podendo reconfigurar a organização mudando o mecanismo de coordenação de trabalho para o ajustamento mútuo, uma vez que não se pode estandardizar processos, pois para estandardizar tem de se conhecer o output e numa situação de incerteza não se conhecem os outputs. Assim, a instabilidade do meio é suscetível de ser controlada pela emergência da ação desenvolvida pelos próprios profissionais conduzindo a uma estabilidade temporária (Mintzberg, 1989).

As organizações de saúde operam em ambientes sociais e políticos exigentes e difíceis; possuem uma série de constrangimentos e características em comum entre si; as tecnologias com que trabalham são arriscadas e com potencial de erro; a gravidade e a escala de possíveis consequências de erros impedem a aprendizagem através da experimentação; usam processos complexos para gerir tecnologias complexas e trabalhos complexos para evitar falhas. Estas organizações procuram assim funcionar segundo os princípios teóricos das organizações altamente fiáveis de Weick, com um funcionamento descentralizado e flexível, o que permite uma reação rápida e efetiva numa situação inesperada e de crise. O contexto de crise e a necessidade de mudança a esse contexto estimula os sistemas organizacionais a criarem formas de lidar com a imprevisibilidade, potenciando o comprometimento com a resiliência e a deferência para com a expertise de modo a procurar dar as respostas mais adequadas.

1.2. - Organizações Altamente Fiáveis

Planear o imprevisível e gerir situações de crise é uma tarefa complexa na gestão de uma organização de saúde. Por norma, as organizações planeiam de acordo com as suas expectativas e desenvolvem planos de contingência para o que esperam que possa acontecer de pior.

As organizações altamente fiáveis, de acordo com Weick e Sutcliffe (2001 e 2007), caracterizam-se pela sua capacidade de antecipação e prevenção de consequências indesejáveis de situações inesperadas, quer através da sua contenção, quer pelo aumento da capacidade de

recuperação. As organizações altamente fiáveis são distintas das outras organizações devido aos seus esforços para aumentarem a qualidade da atenção, do estado de alerta e de consciencialização das pessoas aos detalhes para que possam detetar variações dos contextos que exigem uma resposta. Estas organizações e outras organizações de alto desempenho partilham algumas características, tais como: profissionais altamente treinados, formação contínua, sistemas de recompensa eficazes, auditorias de processos frequentes e esforços de melhoria contínua. Mas, existem outras características que diferenciam as organizações altamente fiáveis das restantes organizações de alto desempenho, como por exemplo: um sentimento de vulnerabilidade e de responsabilidade difundido na organização; responsabilidade pela alta fiabilidade; preocupação com equívocos num conjunto de tarefas; preocupação excessiva sobre possíveis falhas; necessidade de monitorização como forma de precaução contra possíveis erros (Schulman, 2004).

Eventos inesperados constituem testes à resiliência do sistema de uma organização e avaliam tanto a sua capacidade de resposta quer a sua capacidade de recuperação (Weick, K., 2007). As organizações altamente fiáveis possuem a capacidade de modelar a sua prática para reduzir o impacto e a gravidade destes eventos de forma a acelerar o processo de recuperação. Weick e Sutcliffe (2015) referem que as mudanças feitas nas organizações de saúde estão alinhadas com a teoria das organizações altamente fiáveis, e mais especificamente, com os cinco princípios básicos que orientam as organizações altamente fiáveis: preocupação com a falha; relutância para simplificar interpretações; sensibilidade às operações; comprometimento com a resiliência e deferência com a expertise.

Na preocupação com a falha, as organizações altamente fiáveis estão preocupadas com as suas falhas, pequenas ou grandes, e tratam-nas como algo que pode estar mal no sistema e que pode provocar sérias consequências. Estas tratam anomalias como sintomas de um problema com o sistema e encorajam a notificação dos erros e retiram experiência e aprendizagem da ocorrência dos mesmos. Seguem uma postura de aprendizagem contínua e preocupam-se com a possibilidade de o sucesso provocar uma redução das margens de segurança (Weick e Sutcliffe, 2015).

A relutância para simplificar interpretações é uma forma, destas organizações enfrentarem o inesperado, uma vez que a sua relutância na aceitação da simplicidade, baseia-se na ideia que o mundo que enfrentam é VUCA, volátil, complexo, incerto, ambíguo, desconhecido e imprevisível. Estas organizações procuram centrar-se mais no que desconhecem do que naquilo que conhecem e encarando as falhas como resultado do desconhecido (Weick e Sutcliffe, 2015). Estas organizações compreendem que o ambiente operacional é muito complexo, por isso olham através dos limites do sistema para determinar o caminho dos problemas, valorizando uma diversidade de experiência e de opiniões.

Quanto à sensibilidade às operações, o foco nestas organizações deve ser mantido na situação enquanto esta está a decorrer (Weick e Sutcliffe, 2015). As organizações altamente fiáveis são continuamente sensíveis a condições alteradas inesperadamente, monitorizando as barreiras e controlos de segurança dos sistemas para garantir que eles operam como pretendido. Para Reason (1990) o inesperado frequentemente surge na sequência de falhas latentes do sistema, como por exemplo, na supervisão, notificação de erros, na certificação, na formação dos procedimentos para a segurança, etc. As organizações altamente fiáveis efetuam revisões necessárias após a criação de procedimentos, pelo facto dos erros, muitas das vezes, só se manifestarem após a implementação e execução dos mesmos. O foco destas organizações é, assim, colocado nos elementos da linha da frente, ajudando as pessoas a perceberem os processos produtivos com avaliações permanentes e formações e atualizações contínuas.

O comprometimento com a resiliência, verifica-se, quando as organizações altamente fiáveis desenvolvem e mantêm um compromisso com a resiliência através do desenvolvimento da capacidade de detetar, conter e recuperar de erros (Rochlin, 1996). Segundo Weick e Sutcliffe (2001, p.70), a resiliência irá contribuir para o *“desenvolvimento de conhecimento, para a capacidade de fornecer feedback, aprender de forma mais rápida, desenvolver a capacidade de comunicação de forma mais rápida e assertiva, experimentar variedade, aperfeiçoar capacidades já existentes e obter conforto com a capacidade de improvisar”*. Estas organizações desenvolvem e aperfeiçoam as suas aptidões ao nível da deteção e da adaptação dos procedimentos existentes e procuram implementar medidas que antecipem as falhas, através de um conhecimento profundo da tecnologia, do sistema e dos profissionais, mobilizando os recursos cognitivos e as redes informais da organização para que os erros e as suas consequências sejam minimizados (Weick e Sutcliffe, 2015). As organizações altamente fiáveis sabem que precisam de se adaptar continuamente às novas circunstâncias. A organização é resiliente se, perante a imprevisibilidade, se for capaz de conter a tensão que foi gerada e continuar a trabalhar, mesmo quando os acontecimentos são difíceis, conseguindo recuperar e aprender com a crise. Os líderes destas organizações incentivam à partilha do conhecimento, e à aprendizagem com as crises, colocando ênfase na comunicação, tornando-as mais abertas e efetivas. Nas organizações, a comunicação é o processo através do qual a informação é transmitida e entendida pelos envolvidos sendo por isso um dos aspetos fundamentais na atividade da organização e uma ferramenta para a sua gestão.

Perante uma situação inesperada, a capacidade de dar sentido a um evento emergente é tao importante como a antecipação e o planeamento. A capacidade de lidar com o inesperado requer uma mentalidade diferente do que a de antecipar o acontecimento. A resiliência é uma combinação de improvisação de soluções alternativas que mantêm o sistema em funcionamento, de absorver as mudanças que ocorrem e de rapidamente conter erros.

A deferência para com a expertise ocorre quando estas organizações procuram cultivar a diversidade convivendo melhor com a complexidade, uma vez que as hierarquias rígidas são mais vulneráveis ao erro. Assim, se a autoridade se estender até níveis hierárquicos inferiores possibilita que as decisões possam ser tomadas pelos profissionais da linha da frente, pelos mais capazes e experientes, independentemente da posição hierárquica que ocupam na organização. Em situações inesperadas as organizações de saúde podem revelar deferência para com a *expertise*, alternando as dinâmicas de tomada de decisão e estruturas de autoridade, de maneira a encontrar soluções flexíveis, o que corresponde a migrar o centro de decisão para os atores que mostram mais conhecimento e não, necessariamente, os que ocupam cargos hierarquicamente superiores.

A deferência para com a *expertise* tem por base o mesmo princípio de que as burocracias profissionais de Mintzberg em que os profissionais executam o seu trabalho com autonomia tendo em conta a sua formação profissional (standardização das qualificações).

As organizações altamente fiáveis seguem uma hierarquia típica de comunicação durante as operações de rotina, mas em eventos de crise é a pessoa com a expertise que adquire maior responsabilidade na resolução do problema ou no processo de mudança perante a adversidade. O que acontece numa situação de crise é que as decisões migram para a pessoa com a expertise e que pode resolver o problema, independentemente da sua posição hierárquica na organização (Weick e Sutcliffe, 2015).

Uma organização altamente fiável procura atualizar-se constantemente com o objetivo de compreender o meio envolvente, mantendo uma atitude de abertura face a todos os cenários possíveis. Esta postura de abertura em relação a possíveis cenários e de atualizações constantes dos processos, procedimentos e tecnologia existente nas organizações, com a finalidade de perceber a totalidade da envolvente e do próprio problema, estimula a capacidade de adaptação e de resolução de problemas dotando os seus profissionais com os recursos necessários para fazer face ao inesperado (Weick e Sutcliffe, 2001). Estas organizações quando expostas continuamente ao inesperado demonstram uma preocupação com o aproveitamento dos seus recursos e com os resultados e a produção de bens ou serviços com qualidade apresentam bons resultados ao nível da sua performance. As organizações de saúde são geralmente mais eficazes e mais fiáveis porque possuem mecanismos que lhes permitem detetar precocemente situações de incerteza e por outro lado têm a capacidade de funcionar em sistemas duais, através de dois mecanismos: o comprometimento com a resiliência e a deferência para com a expertise.

As organizações altamente fiáveis são continuamente confrontadas com a necessidade constante de atualização dos seus conhecimentos através de momentos de aprendizagem contínua mantendo assim uma postura de total abertura face a situações inesperadas. Para que tal ocorra deve existir a interiorização de uma cultura de corporativismo de princípios, valores, normas, consensos,

percepção e intensidade no trabalho compreendida e defendida por todos os profissionais (Weick e Sutcliffe, 2001). Os profissionais terão assim que adotar uma postura e uma forma de estar e de pensar em concordância com os objetivos e com a cultura organizacional. A cultura organizacional apresenta-se como um conjunto de valores e práticas definidos e desenvolvidos pela organização e pela posição adotada e defendida pelos seus profissionais emoldados pelo sistema de crenças, normas e expectativas (Cunha *et al.*, 2007). A cultura organizacional através da sua partilha de valores, expectativas, normas e pressupostos organizacionais implementados de forma coordenada e resiliente, apresentam-se como uma ferramenta indispensável para gerir o inesperado.

Reason (1998) refere que para existir uma cultura informada é necessária comunicação, confiança e que os valores e artefactos estejam alinhados com quatro características que têm de coexistir: cultura justa, cultura de reporte, cultura de aprendizagem e cultura flexível. Uma cultura justa existe quando as organizações não procuram o erro para atribuição de culpa ou responsabilidade, mas sim com o objetivo de aprendizagem e desenvolvimento com os erros que ocorrem. Numa organização a cultura justa desenvolve uma *“atmosfera de confiança na qual as pessoas são encorajadas e até premiadas por fornecerem informação essencial relacionada com a segurança, mas na qual existe uma clara linha separadora entre comportamento aceitável e inaceitável”* (Reason, 1998, p. 298). Na cultura de reporte, a preocupação com a falha é um dos princípios de antecipação destas organizações. Para a deteção de falhas é necessário a existência de uma cultura organizacional capaz de detetar, receber e gerir esta informação. Como referido anteriormente na cultura justa, tem que ser criado um ambiente de confiança para que as falhas detetadas sejam reportadas. Para fortalecer a cultura de reporte de erros, a organização deve encorajar os profissionais a questionar o sistema e recompensar a deteção e reporte de falhas que podem comprometer o sistema. Assim, a aprendizagem com o erro acaba por conduzir à sua prevenção e diminuição. Numa cultura de aprendizagem organizacional, a organização valoriza o conhecimento e procura desenvolvê-lo transversal e coletivamente por todos os profissionais da organização, criando um ambiente propício à aprendizagem. A cultura da organização, os incentivos, o feedback atempado e apropriado, a análise de formas diferentes de pensar, um sistema de comunicação claro e a confiança psicológica são aspetos preponderantes para a ocorrência de aprendizagem. A aprendizagem através da partilha do conhecimento, da reflexão sobre as atividades e dos processos que servem de suporte à atividade. A ocorrência desta aprendizagem nas organizações é essencial para evitar a perpetuação de erros. Para que ocorra aprendizagem coletiva na organização, é necessário que além do clima de segurança psicológica e da partilha de erros, se criem oportunidades de reflexão estruturada e objetiva sobre os assuntos. Uma organização com uma cultura flexível é aquela que se adapta a diferentes e diversas exigências. A vantagem de uma cultura flexível é a fluidez com que a informação tende a ocorrer. A

comunicação flui mais livremente quando as hierarquias não são muito marcadas, e quando é tida em conta a expertise e a competência técnica dos profissionais.

1.3. - Coordenação Relacional

A teoria da Coordenação Relacional foi desenvolvida por Gittel (2002) com o objetivo de perceber as relações dinâmicas que se estabelecem nos processos de coordenação no trabalho. É uma teoria útil em contextos de interdependência de tarefas, com diferentes perfis profissionais na sua execução, com tempo de realização das tarefas mais ou menos restrito e em situações de alguma incerteza como acontece nas organizações de saúde.

O Hospital é uma organização coordenada, em que é necessário que os vários *Stakeholders* da organização de saúde se articulem, conectem e se vinculem entre si, e para que essas conexões ocorram de forma efetiva necessita de um processo de coordenação relacional. A coordenação não é apenas um processo técnico e operacional da organização, mas também um processo relacional. A coordenação representa a forma como a gestão articula e integra relações informais entre os vários profissionais e unidades dentro da organização que desenvolvem tarefas interdependentes e como a organização articula estas relações com outras organizações.

A coordenação relacional é definida por Gittel (2009, p.23) como “a coordenação do trabalho através da relação de objetivos partilhados, do conhecimento partilhado e do respeito mútuo”, e também de comunicação frequente, atempada, precisa e focada na resolução de problemas. a coordenação relacional, enquanto rede de relações informais que se estabelecem entre pessoas que desenvolvem tarefas interdependentes.



Figura 1 - Dimensões da Coordenação Relacional adaptado de Gittel

Segundo Gittel (2009, p.15) “a coordenação não é meramente um processo técnico, é também um processo relacional. Enquanto a coordenação é a gestão de interdependências entre tarefas, a coordenação relacional é a gestão de interdependências entre pessoas que desempenham essas

tarefas". Nas organizações de saúde, se os diferentes profissionais estiverem conectados por objetivos partilhados, conhecimento partilhado e respeito mútuo, a comunicação tenderá a ser mais frequente, clara, atempada e objetiva na resolução dos problemas, resultando numa maior convergência de atuação e de cuidados de saúde de elevada qualidade e custo-efetivos. A comunização é imprescindível para a produção de informação correta e atualizada nas organizações de saúde, devendo estas estar capacitadas de sistemas de informação que deem resposta às situações de crise que podem surgir (Espanha e Fonseca, 2010). Em situações de ameaça epidemiológica, como a que vivemos atualmente, ou catástrofes naturais e humanas, as organizações de saúde devem estar preparadas de um sistema de informação efetivo (Espanha e Fonseca, 2010). A prestação de cuidados de saúde implica trabalhar em equipa, e reconhecer o papel de cada um e de todos, de forma que a colaboração entre serviços, profissionais e paciente apenas é eficaz quando há uma comunicação transversal a toda a organização e multidirecional a todos os *Stakeholders*. Os fluxos transversais da comunicação numa organização de saúde fomentam a coordenação das atividades e o desenvolvimento de interesses e respeito mútuo. Portanto, uma coordenação eficaz será assim dependente da qualidade da comunicação e das relações que se estabelecem entre os profissionais.

Gittel (2002) criou um modelo de coordenação do trabalho para os profissionais de saúde e identificou quatro mecanismos de coordenação que melhoram a performance da organização e aumentam o nível de coordenação relacional entre os profissionais, que são: as rotinas, os *boundary spanners*; as reuniões e a coordenação relacional. As rotinas que surgem nas organizações de saúde, sob a forma de protocolos, são facilitadoras de coordenação, uma vez que especificam as tarefas e a sequência da sua execução. As rotinas obtidas através de conhecimentos resultantes de experiências anteriores possibilitam um processo de replicação através da codificação das melhores práticas, transformando as capacidades individuais em capacidades organizacionais (por exemplo, a standardização maciça dos atos médicos, por protocolos de diagnóstico e terapêutica, designados por *guidelines*); os *boundary spanners* que são assumidos por indivíduos cuja principal função é articular as interdependências do trabalho dos vários profissionais e por coordenar o atendimento de doentes; as reuniões clínicas permitem a coordenação das tarefas diretamente entre os profissionais e facilitam a interação entre os profissionais, aumentando a eficácia perante situações de grande incerteza; e a coordenação relacional que é um mecanismo que resulta da comunicação e interação entre os profissionais do grupo de trabalho e que permite alcançar a performance nas organizações de saúde, caracterizadas pela grande necessidade de processamento de informação, incerteza, restrições de tempo e interdependência de tarefas. A coordenação relacional, em termos de princípios teóricos apresenta semelhanças ao mecanismo de coordenação de trabalho por ajustamento mútuo definida por Mintzberg.

Segundo Gittelil (2009), em situações de incerteza elevada, os profissionais devem ter em conta as mudanças que afetam as suas tarefas, mas também as mudanças que afetam as tarefas dos outros. Em tarefas de interdependência alta, os profissionais compreendem que devem dar resposta às ações desenvolvidas pelos outros profissionais, por estarem estritamente interligados.

É fundamental, num ambiente organizacional de interdependência, a existência de estratégias de desenvolvimento da coordenação relacional, tais como: a seleção de elementos que numa organização de saúde têm o potencial de afetar a coordenação do trabalho (por exemplo, no Hospital a seleção de elementos que têm que trabalhar em tarefas interdependentes, têm mais em consideração as competências técnicas do que as capacidades relacionais dos elementos, subestimando que as competências técnicas do indivíduo produzem menos valor se este não for capaz de coordenar efetivamente o seu desempenho com outras ações); a avaliação do trabalho de equipa, em que se a avaliação de desempenho tiver em conta o alcance de objetivos partilhados, as pessoas tendem a focar-se mais em objetivos que transcendem o seu desempenho individual; a recompensa do trabalho de equipa pode estimular a coordenação do trabalho; a resolução proactiva de conflitos fornece oportunidade de construção de uma visão partilhada do processo de trabalho e um estreitamento das relações, que são o veículo da coordenação; o estimular a liderança na linha da frente, em que através de uma monitorização e feedback sobre a atividade desenvolvida, pode assumir uma função de suporte dos processos de coordenação e de desenvolvimento de competências relacionais; a definição do objetivo da função permite não só melhores níveis de desempenho técnico, mas também o desenvolvimento da coordenação relacional entre funções que se complementam; a flexibilização das fronteiras da função, pois as fronteiras rígidas entre grupos profissionais com tarefas com elevado grau de interdependência são um dos fortes inibidores à coordenação dos cuidados de saúde e melhoria de desempenho em unidades de saúde (Gittelil, 2009). Por exemplo, uma unidade especializada em tratar determinado tipo de patologia se a articulação for feita por uma equipa multidisciplinar, aumenta a flexibilidade das fronteiras da função e as relações informais, centralizando a prestação de cuidados de saúde no paciente. A flexibilização das fronteiras da função procura romper com os paradigmas enraizados na estrutura funcional das organizações de saúde, que são burocracias profissionais onde as rotinas e normas são apreendidas por socialização profissional e a autoridade é exercida através da hierarquia, em que as rotinas e os protocolos contêm o conhecimento já previamente obtido e suportam a coordenação que ocorre dentro das organizações, pois definem as tarefas a serem realizadas e qual a sequência entre elas. Numa organização com funções interdependentes entre si, a definição de circuitos que refletem boas práticas e que vão ao encontro das expectativas, flexibilizam as fronteiras, mas também permitem a construção de objetivos e de conhecimento partilhado o que aumenta a coordenação relacional. A definição de circuitos permite diminuir a quantidade de informação, o esforço e tempo para o cuidado de cada doente, e assim

aumentar a eficiência. Esta abordagem sistematizada que favorece a detecção de potenciais problemas acaba por ir ao encontro dos princípios de antecipação das organizações altamente fiáveis; as reuniões multidisciplinares permitem que ocorra interação e coordenação de tarefas entre pessoas que colaboram no mesmo processo de trabalho. As reuniões informais ocorrem geralmente entre pares e as reuniões formais são mais usadas para a convergência de diferentes profissionais. A coordenação relacional tende assim a aumentar com objetivos bem definidos e a comunicação efetiva. As reuniões são, assim, mecanismos de coordenação que permite desenvolver a coordenação e a integração de informação disponível naquele momento; o desenvolvimento de sistemas de partilha de informação, aumenta a partilha de conhecimento entre as pessoas e de forma uniforme, favorecendo uma comunicação mais eficaz, precisa e atempada. Os sistemas de partilha de informação são assim úteis para aumentar a coordenação entre as tarefas e também o desempenho de tarefas. O desenvolvimento tecnológico atual destes sistemas possuem vantagens em relação ao suporte de papel, pois permite a utilização simultânea por vários utilizadores, rapidez de acessibilidade, diminuição do risco de perda de informação, clareza de interpretação (não é necessário interpretar a caligrafia), entre outras; a flexibilização das fronteiras do sistema (comunicação inter-organizacional), uma vez que a coordenação de cuidados de saúde entre organizações é ainda mais complexa e exigente do que a coordenação dos cuidados dentro da organização. Em ambas as situações os processos de coordenação são semelhantes e como tal a comunicação com o exterior é bastante infrequente, imprecisa, tardia, e mais focada em determinar responsabilidades do que soluções. As práticas e estratégias utilizadas para aumentar a coordenação relacional dentro de uma organização podem ser igualmente implementadas para a comunicação inter-organizacional.

Gittell (2009) refere que a coordenação relacional é uma forma importante de comunicação e de relação para atingir uma elevada performance nas tarefas interdependentes, na incerteza e nas limitações temporais. A pandemia provocou uma situação de incerteza, principalmente na área da saúde, e as novas tecnologias de informação e comunicação representam um potencial meio para aumentar a eficiência, eficácia clínica e a acessibilidade dos cuidados de saúde ainda mais focados no doente. A comunicação entre profissionais numa organização de saúde deve ser apoiada por sistemas de tecnologia de informação e comunicação para que exista passagem de informação e controlo interno para que se evitem falhas de comunicação, utilização excessiva de recursos e erros. Segundo Espanha *et al* (2020) as situações de crise promovem mudanças nas estratégias de comunicação interna e externa das organizações de saúde. A necessidade de desenvolver diferentes formas e canais de comunicação, aumentar a frequência e mudar o conteúdo da mesma são algumas estratégias importantes em contexto de risco em saúde, como são as pandemias, em que influenciar comportamentos é essencial. É igualmente importante melhorar e evitar a distorção da informação, dinamizando os circuitos de informação através de um plano de comunicação estratégica. Para uma

maior transparência e clareza de comunicação da informação que se pretende transmitir, é preponderante a utilização de canais diretos com os profissionais de saúde bem como com o público externo à organização de saúde. O funcionamento em rede liga colaboradores, sendo a Intranet uma rede corporativa de partilha de informação que ajuda o desenvolvimento de processos no dia-a-dia da organização e que tem como objetivo facilitar a comunicação do público interno da organização. As diferentes formas de comunicação utilizadas na organização são fundamentais para o alinhamento da organização com os seus *stakeholders*. As organizações de saúde, sendo estas burocracias profissionais, os profissionais de saúde possuem grande autonomia, mas pouco controlo externo sobre o seu trabalho. Este aspeto pode conduzir a falhas de comunicação, de articulação ou mesmo de coordenação das atividades desenvolvidas pelas diferentes equipas e grupos profissionais. Assim, o desempenho e a performance de uma organização de saúde, constituída por equipas multidisciplinares, depende da competência dos seus profissionais, mas, também, da comunicação e das relações em equipa e entre equipas.

A coordenação relacional incorpora uma dimensão de incerteza, uma vez que a própria teoria refere que a relação entre a coordenação relacional e os *outcomes* é intensificada em ambientes de trabalho caracterizados pelos seguintes atributos: interdependência, constrangimento temporal e incerteza. A coordenação relacional e as organizações altamente fiáveis conceptualizam a necessidade de se criarem estratégias e processos de trabalho para lidar com a incerteza. A coordenação relacional de Gittell, ocupa-se dos fatores moderadores entre a coordenação relacional e os outputs e que conferem qualidade e eficiência em ambientes de elevada interdependência, constrangimento temporal e incerteza tal como acontece nas organizações de saúde. O fator de incerteza da situação pandémica para as organizações de saúde, o constrangimento temporal da situação e a elevada interdependência nas organizações de saúde, torna a coordenação relacional relevante neste estudo de caso. Desta forma, os constructos teóricos da coordenação relacional podem ajudar a compreender todo o fenómeno de resposta à situação. O ajustamento mútuo (mecanismo de coordenação trabalho da teoria de Mintzberg), está de certa forma relacionado com a coordenação relacional de Gittell uma vez que o ajustamento mútuo é uma forma de comunicação informal e episódica que os profissionais fazem para entender uma situação e para dar uma resposta que não estava dada e que ainda não é conhecida. Quando a resposta passa a ser conhecida, isto é, quando se conhecem os outputs, os resultados, as qualificações e o próprio processo de trabalho podem ser padronizados.

O que a abordagem teórica da coordenação relacional, o ajustamento mútuo de Mintzberg e as organizações altamente fiáveis têm comum é que comungam do entendimento de como é que os sistemas reagem, se organizam e como é que os sistemas mudam para lidar com situações inesperadas e incertas. Uma organização pode responder a uma situação como a da pandemia, através do ajustamento mútuo, segundo a teoria de Mintzberg, e através de rotinas de bases informais na

comunicação entre os atores, segundo a teoria da coordenação relacional de Gittel. Com base nos princípios das organizações altamente fiáveis a solução envolve a criação de rotinas que permitam detetar precocemente as situações inesperadas e quando acontece uma situação de incerteza como a atual a organização muda o *modus operandi* e depois voltam novamente aos processos anteriores, sendo isto o comprometimento com a resiliência, e quando a organização confia nos profissionais com experiência, isto é a deferência para com a expertise.

1.4. Aprendizagem organizacional

Contextos de crise, de incerteza e as mudanças que surgem numa organização, tornam o conhecimento e as capacidades desajustadas, conduzindo a uma necessidade de desenvolvimento da aprendizagem através da aquisição de novas competências que permitam as organizações e os indivíduos responderem de forma eficaz às situações emergentes.

Compreende-se aprendizagem organizacional como as aprendizagens efetuadas pelos elementos da organização e os processos que são responsáveis pela aprendizagem da organização como um todo, e a organização que aprende é uma forma específica de gestão, uma estratégia para desenvolver a aprendizagem nas organizações (Argyris & Schön, 1996).

Uma organização só aprende se existir aprendizagem pelos indivíduos que nela trabalham, mas apesar de a aprendizagem organizacional depender da aprendizagem individual realizada no seu contexto, o facto de os seus membros aprenderem não significa que a organização aprenda, pois tal reque que as aprendizagens individuais sejam disseminadas, incorporadas e aproveitadas pelo coletivo. Segundo Argyris & Schön (1978) a aprendizagem organizacional não pode ser vista como a soma ou o resultado das aprendizagens individuais dentro da organização. As organizações que aprendem são aquelas que são capazes de criar, adquirir e transmitir o conhecimento e novas ideias modificando assim o seu comportamento. Para que haja aprendizagem organizacional o conhecimento deve ser partilhado rápida e eficazmente entre todos os elementos da organização para ela aprender com um todo.

Yeung *et al.* (1999, p. 13) definem a aprendizagem organizacional como "*a capacidade para gerar e difundir ideias com impacto ultrapassando as fronteiras organizacionais através de iniciativas e práticas de gestão específicas, assente em três pilares: geração de ideias, generalização de ideias e identificação e eliminação de impedimentos à aprendizagem*", com a finalidade de aumentar a eficiência organizacional.

Segundo estes autores a aprendizagem organizacional pode ser feita através dos seguintes quatro estilos de aprendizagem: experimentação, aquisição de competências, *benchmarking* e melhoria contínua. Estes estilos aplicam-se tanto à aprendizagem individual como à organizacional e

resultam do cruzamento de dois eixos: aprendizagem exploratória versus aprendizagem utilitária e aprendizagem proveniente da própria experiência versus aprendizagem proveniente de outros (Fig. 2).

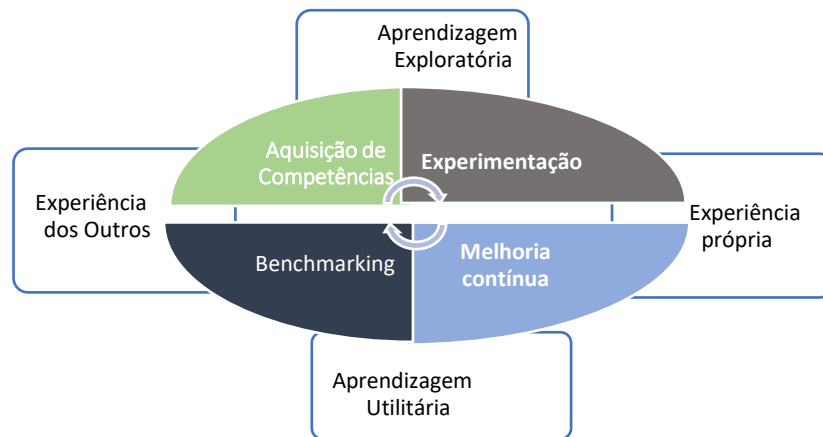


Figura 2 -Estilos de Aprendizagem adaptado de Yeung *et al.* (1999, p. 36)

Marsick e Watkins (1996) definem o conceito das organizações que aprendem como as organizações que aprendem continuamente e se transformam através de um processo de aprendizagem contínua, estratégica, desenvolvida e integrada paralelamente à execução do trabalho. Marsick e Watkins (1996) consideraram sete dimensões de ação nas quais as pessoas precisam de estar envolvidas, para que a organização aprenda. Neste modelo de aprendizagem o indivíduo reconhece a importância da aprendizagem a fim de aprender, explorar, construir conhecimento, como forma de melhorar seu profissionalismo. A organização pode responder a esse indivíduo apoiando através de sistemas que possam capturar e compartilhar entre grupos e dentro da organização. Para a aprendizagem do grupo dentro da organização um dos aspectos essenciais são as relações informais que se estabelecem dentro do grupo. Essas relações informais são mais impactantes para a aprendizagem do grupo do que as estruturas formais de gestão, sendo essenciais na forma como as pessoas aprendem sobre novos conceitos, dicas e lições, como os experimentam e partilham. No entanto, os indivíduos e as equipes não podem funcionar sem qualquer relação, nem num ambiente que impeça a criatividade e a aprendizagem. A aprendizagem é um processo contínuo que ocorre paralelamente ao trabalho reforçando a capacidade de inovação e crescimento na organização. Uma organização que aprende tem sistemas incorporados para captar e partilhar conhecimento e aprendizagem. A proposta das autoras para o modelo de aprendizagem nas organizações constituído por dois níveis principais que interagem na mudança e no desenvolvimento, o nível das pessoas (individual, equipa, grupo) e o nível organizacional (estrutural) e sete dimensões distintas, mas interrelacionadas.

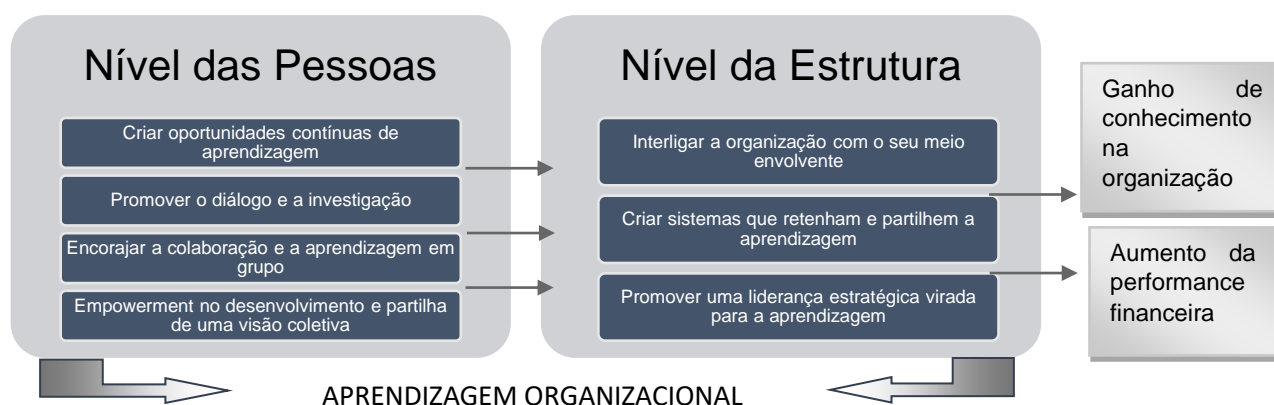


Figura 3 - Modelo das sete Dimensões da Aprendizagem Organizacional, adaptado de Marsick e Watkins (1996, 2003).

As seguintes sete dimensões estão integradas no modelo aprendizagem organizacional, ilustrado na figura 3: a criação de oportunidades de aprendizagem contínua em que a organização procura promover e proporcionar momentos de formação a todos os seus colaboradores; a promoção da investigação e do diálogo de forma a obter habilidades produtivas de raciocínio para expressar suas opiniões e a capacidade de ouvir e investigar as opiniões dos outros, conduzindo a uma cultura de investigação, feedback e experimentação; o encorajamento da cooperação e da aprendizagem em grupo promove o espírito de colaboração, capacidade de interação e o alinhamento da potencialidade individual com o trabalho de equipa; *empowerment* no desenvolvimento e partilha de uma visão coletiva; estabelecer sistemas capazes de reter e partilhar novos conhecimentos; interligação do sistema organizacional interno com o seu meio ambiente em que os colaboradores podem verificar o impacto do seu trabalho no ambiente que os rodeia; desenvolvimento de uma liderança estratégica virada para a aprendizagem num processo de mudança e orientação da organização para a inovação, integrando os colaboradores e a estrutura organizacional num processo de aprendizagem contínua e que visa estrategicamente os resultados.

A aprendizagem deve ser um processo contínuo não apenas para os indivíduos, mas também para as equipas e a organização. Segundo Argyris e Schon (1996), um sistema deve ter estruturas, processos e uma cultura em vigor para definir e apoiar a aprendizagem organizacional, a fim de torná-lo habitual e duradouro. Para a aprendizagem organizacional ocorrer ao nível do sistema, devem existir mecanismos para disseminar o conhecimento por toda a organização, funcionando como um sistema integrado para aprender e colocar em prática. Aqui a parte da efetividade da comunicação e da capacidade de difusão de informação tem um papel fundamental.

Para Marsick e Watkins (2003) a aprendizagem individual contínua não é suficiente, pois esta deve ser estruturada, integrada nas práticas profissionais e partilhada através de toda a organização para que ocorram mudanças no conhecimento e na performance organizacional. A aprendizagem organizacional é, assim um processo através do qual uma organização desenvolve novos

conhecimentos a partir de experiências rotineiras dos colaboradores. A aprendizagem organizacional resulta numa nova capacidade de compreensão relativamente ao que não funciona, ou em relação a uma nova tecnologia, num processo com vários níveis de atuação, do individual para o grupo, e do organizacional para o meio envolvente.

Espanha *et al* (2020) referem que em situações de crise, os sistemas (os indivíduos, as equipas, as organizações e as comunidades) tendem a abandonar as suas rotinas, hábitos e costumes porque novas situações requerem assim novas respostas. Para Espanha *et al* (2020, p. 70) “à medida que a crise evolui, atores-chave envolvem-se e comprometem-se em tentativas de alcançar uma compreensão acrescida da situação e concebem soluções que não foram testadas nem aprendidas anteriormente”. Situações emergentes são assim vistas como oportunidades de aprendizagem profunda nas organizações, uma vez que são “oportunidades de questionar os pressupostos básicos nos quais assentam as prioridades, os objetivos e os modelos de organização dos sistemas que enfrentam quotidianamente” (Espanha *et al*, 2020, p. 70). A aprendizagem permite a evolução dos sistemas, mas nem sempre as situações de crise e de incerteza dão lugar a uma aprendizagem coletiva profunda. Nas organizações de saúde, segundo Garvin *et al* (2008) a aprendizagem é um processo complexo, que envolve a institucionalização de um número elevado de rotinas e de práticas. Criar, reter e partilhar conhecimentos úteis é um fenómeno essencial quando as organizações de saúde incorporam um novo modelo de aprendizagem e de desenvolvimento da organização.

A aprendizagem organizacional tem o potencial de mudar o comportamento dos colaboradores e melhorar a capacidade organizacional ao nível dos processos e sistemas. Uma organização que aprende incorporando novas rotinas, processos e estratégias nos seus sistemas, é uma organização resiliente e que evolui. Assim, a aprendizagem organizacional é um processo que implica abertura à amplificação das possibilidades de resposta à situação e de gestão dos processos de trabalho, desenvolve novos conhecimentos a partir de experiências rotineiras dos colaboradores. A gestão numa organização de saúde deve procurar garantir que a aprendizagem não ocorre apenas nos indivíduos e que é incorporada como parte dos sistemas para que as equipas e os indivíduos possam usá-lo continuamente. A aprendizagem organizacional através do conhecimento partilhado melhora o desempenho individual e organizacional aumentando a eficiência e a eficácia da organização.

Neste estudo, a abordagem centrada na aprendizagem organizacional tem como principal motivação perceber “como é que se aprende”, qual o potencial que a aprendizagem possui para a mudança organizacional. O reconhecimento e a integração do conhecimento produzido durante a situação de crise emergente e a existência de uma reflexão individual e coletiva é um procedimento fundamental com vista à otimização do processo de aprendizagem numa organização de saúde como a que vai ser estudada e analisada. As práticas que vieram para ficar e viraram norma capturam a

aprendizagem. A aprendizagem em primeiro lugar está na cabeça de todos os participantes, pois agora eles sabem que há coisas que não funcionam, outras coisas que funcionam em certas circunstâncias e outras funcionam noutras. Sem a aprendizagem individual não há aprendizagem organizacional. Existe aprendizagem organizacional quando por exemplo existe um novo procedimento escrito a dizer que se houver uma determinada situação tem de se ter os seguintes procedimentos. Tudo o que sejam novas normas, novos processos de trabalho, novos mecanismos de coordenação, novas formas de reagir, novas formas de configurar o espaço físico, são aprendizagens organizacionais. Uma organização, no âmbito de uma organização altamente fiável, aprende porque expande o repertório de resposta possíveis. Assim, uma organização de saúde aprende a mobilizar as respostas necessárias a uma determinada situação quando precisa delas. As organizações altamente fiáveis são organizações que aprendem, quando elas se desmontam no comprometimento com a resiliência e verificam que os processos que utilizam não se adequam a situações inesperadas, tendo assim que utilizar outras formas de agir e quando necessário voltam novamente atrás. E, quando, isto acontece estas organizações ficam melhor porque aprendem novas respostas e novos processos de trabalho. A aprendizagem organizacional é o processo através do qual um grupo de pessoas motivado e interessado nos *outputs* que a organização produz, questiona se o que está a fazer é a coisa certa a fazer, propõe soluções, põe-se de acordo com a solução, internamente luta para afastar os obstáculos à implementação, depois implementa-se como uma nova organização de espaço, um novo sistema de informação, uma nova regra num procedimento até que fique instituído na organização de tal maneira que se independentiza do grupo de pessoas que participou na solução original. E todo este processo é aprendizagem.

O mecanismo de trabalho das organizações de saúde é a padronização das qualificações e a padronização resulta da codificação do passado, pois só se pode padronizar aquilo que se conhece. Portanto, em situações de mudança, o mecanismo de trabalho padronização das qualificações não responde a estas situações e às suas necessidades, sendo necessário o ajustamento mútuo até os processos de trabalho estarem novamente padronizados. Existe nova padronização, quando a organização aprendeu, quando as soluções encontradas no âmbito do mecanismo de trabalho por ajustamento mútuo passam a estar padronizados e isto ocorre quando existe um documento, uma norma que diz como se faz ou quando as pessoas estão todas de acordo que agora é assim que se faz e esta passa a ser uma resposta padronizada seguida por todos, já não sendo necessário o ajustamento mútuo. Todo este processo é aprendizagem organizacional.

O confronto com a imprevisibilidade, tal como acontece com a pandemia por SARS-CoV-2, pode dar lugar a uma necessidade de adaptação, de mudança e de reorganização na gestão das organizações, nos modos de coordenação de trabalho, das relações interpessoais e de comunicação, conduzindo a uma aprendizagem coletiva profunda em relação às soluções encontradas.

2. METODOLOGIA

2.1. Método

O principal objetivo deste estudo de caso é responder à seguinte problemática “perante a situação de incerteza causada pela pandemia por SARS-CoV-2 , como é que um Hospital da rede de Lisboa geriu a necessidade de desenvolver e de implementar novos processos de trabalho num curto espaço de tempo para uma adaptação circunstancial e se as respostas adaptativas deram origem a uma aprendizagem organizacional?”, o que implica um estudo abrangente e complexo de uma situação específica circunscrita no tempo e espaço.

O estudo de caso como estratégia de investigação empírica procura explorar, descrever e compreender os fenómenos sociais complexos de uma realidade específica, com base em múltiplas fontes de informação sobre esse fenómeno, mas preservando as características significativas e holísticas dos acontecimentos (Yin, 2018). Este estudo de caso detalhado numa situação específica, única e circunscrita no tempo consiste numa metodologia qualitativa através de dados obtidos por entrevista, análise documental e observação não participante.

2.2. Contexto de Pesquisa

O presente estudo de caso foi realizado no Hospital Delta, integrado no sistema nacional de saúde (SNS) e que desenvolve além da atividade assistencial, atividade de investigação, ensino e formação pré e pós-graduada. O Hospital está organizado em estruturas de prestação de cuidados, estruturas de apoio à prestação de cuidados, estruturas de gestão e estruturas de investigação e tem como principal objetivo prestar, de forma integrada, com as restantes unidades de saúde da sua região, cuidados de saúde diferenciados. O Hospital obteve a VI Acreditação e Certificação ISO, atribuída pelo *Caspe Healthcare Knowledge System (CHKS)*, em 2019, pelos seus processos e padrões de prestação de cuidados de saúde estarem de acordo com as melhores práticas, legislação e requisitos, reconhecidos internacionalmente.

O Hospital localiza-se na região de Lisboa, numa zona urbana, sendo responsável pela prestação de cuidados de saúde a uma população de quase 600.000 habitantes, cujo número está muito acima da capacidade do Hospital em termos de estrutura e de recursos humanos. A estrutura organizacional do hospital é de uma burocracia profissional (ver anexo D -18) em que o centro operacional assume a parte-chave da organização, o vértice estratégico tem, acima de tudo, uma função de coordenação do pessoal de apoio e gestão dos recursos financeiros e materiais, bem como o património da unidade de saúde, e é o centro operacional que se assume como componente chave da organização. Os operacionais gozam de uma grande autonomia, graças à sua formação de base e

como tal, o mecanismo de coordenação do trabalho é a padronização das qualificações. Existe ainda articulação com entidades da comunidade, tais como autarquias e associações e por razões de otimização assistencial, em 2019 o Hospital contratualizou camas no exterior, para hospedar doentes com alta clínica e que aguardam resposta da segurança social e da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados, uma vez que serve uma população cada vez mais envelhecida e com doenças crónicas associadas a par de carências socioeconómicas. O Hospital Delta possui uma lotação de 802 camas, das quais 67 são dedicadas a Cuidados Intensivos e Especiais, um Bloco Operatório com 11 salas e uma Unidade de Cirurgia Ambulatória com 4 salas. Atualmente possui 4 serviços de urgência, o da Unidade Geral, da Unidade Obstétrica e Ginecológica, Unidade Pediátrica e o da Urgência Básica que foi projetado e implementado em plena pandemia. Existem 5 Unidades de Cuidados Intensivos: Unidade de Cuidados Intensivos Coronários, Unidade de Cuidados Intensivos Especiais de Neonatologia, Unidade de Cuidados Intensivos de Pediatria, Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente e em janeiro de 2021 entrou em funcionamento a nova Unidade de Cuidados Intensivos de Nível II (UCI II), e que foi construída em 72 dias, algo que não aconteceria não fosse a urgência iminente da situação, permitindo assim reforçar a resposta da medicina intensiva do Hospital.

A pandemia por SARS-CoV-2 colocou uma grande pressão no SNS provocando grandes alterações, na atividade assistencial, principalmente nas consultas, exames e cirurgias programadas não urgentes, tal como aconteceu no Hospital Delta. Os serviços do Hospital tiveram de se sofrer uma mudança e uma adaptação rápida, implementando algumas mudanças organizacionais, tanto de equipas, espaços e protocolos. O Hospital sofreu grandes mudanças internas, no entanto, a sua missão, visão e valores permaneceram inalterados. Foi elaborado um plano de contingência inverno COVID-19, 2020-2021 (Anexo D - I) com o objetivo de reforçar uma resposta diferenciada do Hospital face à gravidade e ao aumento de casos na terceira vaga da pandemia por SARS-CoV-2. Durante o primeiro ano do combate à pandemia por SARS-CoV-2, o Hospital conseguiu, através de reorganização interna, disponibilizar 18 novas camas de Cuidados Intensivos, 15 das quais na nova UCI II. Antes da pandemia o Hospital dispunha de 30 camas de cuidados intensivos, e em janeiro de 2021 dispõe de 48 camas, o que representa um aumento de 60% da capacidade. No plano de contingência COVID-19 do Hospital, consideraram-se 19 como número máximo de camas UCI dedicadas a estes doentes, mas o Hospital conseguiu ter mais 23 camas, contabilizando-se assim 42 camas em UCI para COVID-19, um aumento de 121% face ao previsto no plano de contingência COVID. O objetivo deste plano de contingência foi preparar a resposta e minimizar o impacto da pandemia por SARS-CoV-2 no Hospital.

2.3. Técnicas de Recolha de dados

A recolha de dados neste estudo de caso foi realizada segundo uma abordagem qualitativa, através de entrevistas semiestruturadas; análise documental e observação não participante de artefactos.

2.3.1. Entrevistas semiestruturadas

As entrevistas foram realizadas entre junho de 2020 e março de 2021 a colaboradores chave relativamente ao seu papel no Hospital perante a situação vivida com a pandemia por SARS-CoV-2. Foi elaborado previamente um guião estruturado (ver anexo B) com base na questão de investigação e nos objetivos definidos para a análise do estudo de caso. As entrevistas foram semiestruturadas, tendo o guião sido aplicado de forma flexível adaptada a cada entrevista e função e experiência do entrevistado.

2.3.2. Análise Documental

Através do site do SNS, do Hospital Delta e da página oficial do Hospital no *Facebook* e *LinkedIn*, foram selecionados documentos, relevantes para este estudo de caso, tais como: fotos; circulares, protocolos e planos de contingência da organização cujo objetivo foi estabelecer novas diretrizes e regras aos profissionais, utentes ou a outras instituições; comunicações do Hospital e notícias dos profissionais de saúde referenciadas nas redes sociais oficiais do Hospital e outros documentos considerados relevantes e que possam ilustrar os acontecimentos em termos de gestão, processos adaptativos e mudanças ocorridas no Hospital durante a pandemia por SARS-CoV-2.

2.3.3. Observação não participante

A observação não participante é uma observação indireta baseada em fontes documentais existentes, não tendo o observador controlo sobre o modo como os documentos são obtidos (Anguera, 1978). Durante um ano houve em alguns momentos pontuais a observação não participante de artefactos (espaço físico e tecnologias) que foram alterados ou mesmo criados de novo através de fotos aos locais e serviços afetados no Hospital, além de documentos adquiridos cedidos pelo Hospital, tais como: documentos institucionais e circulares. Para a análise dos dados obtidos criaram-se os seguintes códigos que designam a fonte de cada informação analisada:

Código – Fonte dos Dados	Designação
E1 a E8 (Anexo C)	Entrevistas
Q1 a Q15 (Anexo B)	Questões das entrevistas
D1 a D77 (Anexo D)	Documentos
O1 a O16 (Anexo E)	Observação Não Participante

Tabela I – Designação dos códigos atribuídos aos dados recolhidos e analisados

2.3.4. Técnicas de tratamento de dados

A técnica de tratamento dos dados a utilizar neste estudo de caso e que permite analisar dados de múltiplas fontes de informação é a correspondência de padrões (*pattern matching*). A correspondência

de padrões, de acordo com Yin (2018), surge como estratégia analítica para estudos de caso, pois permite identificar e comparar padrões dos dados recolhidos com os padrões hipotéticos desenvolvidos previamente pelo investigador. Com base na questão de investigação, nos objetivos específicos e nos princípios teóricos das organizações altamente fiáveis, da coordenação relacional e da aprendizagem organizacional, que servem de base ao estudo, os padrões hipotéticos considerados foram: Deferência para com a Expertise; Comprometimento com a Resiliência; Preocupação com a Falha; Relutância em Simplificar Interpretações; Sensibilidade às Operações; Cultura Organizacional; Coordenação Relacional; Estratégias de Desenvolvimento da Coordenação Relacional e Aprendizagem Organizacional. Para o tratamento dos dados recolhidos das entrevistas, dos documentos e da observação não participante foi utilizada a Metodologia Gioia (Gioia *et al.*, 2013). Esta metodologia consiste em retirar a informação relevante das entrevistas, documentos e dados da observação não participante sem tentar codificar e mantendo os dados fiéis à origem o que dá origem a conceitos de 1ª ordem. Analisando as diferenças e as semelhanças entre os conceitos de 1ª ordem, estes podem ser agregadas em novas categorias (temas de 2ª ordem) que reflitam possíveis constructos teóricos que permitam analisar e explicar os dados. Na análise de 2ª ordem analisa-se se os temas emergentes sugerem conceitos que permitem descrever e explicar os fenómenos observados, com base em constructos teóricos. Os temas de 2ª ordem são sistematizados em dimensões agregadas que permitem uma representação da análise progressiva efetuada. Assim, a construção desde os dados em bruto, até aos conceitos de 1ª ordem, temas de 2ª ordem e às dimensões agregadas facilitam a visualização, perceção e análise dos dados. Nesta construção de uma estrutura de dados é importante que a integração dos dados nos temas e categorias seja feita de uma forma fluida sem que seja algo forçado de forma a não perdermos as vantagens relacionadas à flexibilidade da análise qualitativa. A estrutura de dados permite configurar os dados fornecendo uma representação gráfica da progressão dos dados brutos para conceitos e temas e as relações estabelecidas entre eles, na condução das análises. Esta estrutura de dados é uma componente-chave de demonstração de rigor na análise qualitativa. A categorização e a estruturação dos dados acabam por ser uma representação estática de um fenómeno que é dinâmico, e que quando é envolvido nos constructos teóricos subjacentes aos processos encontrados acaba por ganhar vida. As relações encontradas entre os dados obtidos e os constructos teóricos vão permitir analisar as dinâmicas relacionais e se os padrões encontrados na análise forem idênticos aos previstos, estes confirmam as hipóteses, mas se os padrões forem diferentes aos previstos, os resultados não confirmam as hipóteses explicativas dos fenómenos observados, sendo necessário procurar explicações alternativas. Através deste método de análise, torna-se possível organizar e interpretar os dados, chegando assim a um conjunto de conclusões acerca das temáticas em estudo.

3. RESULTADOS

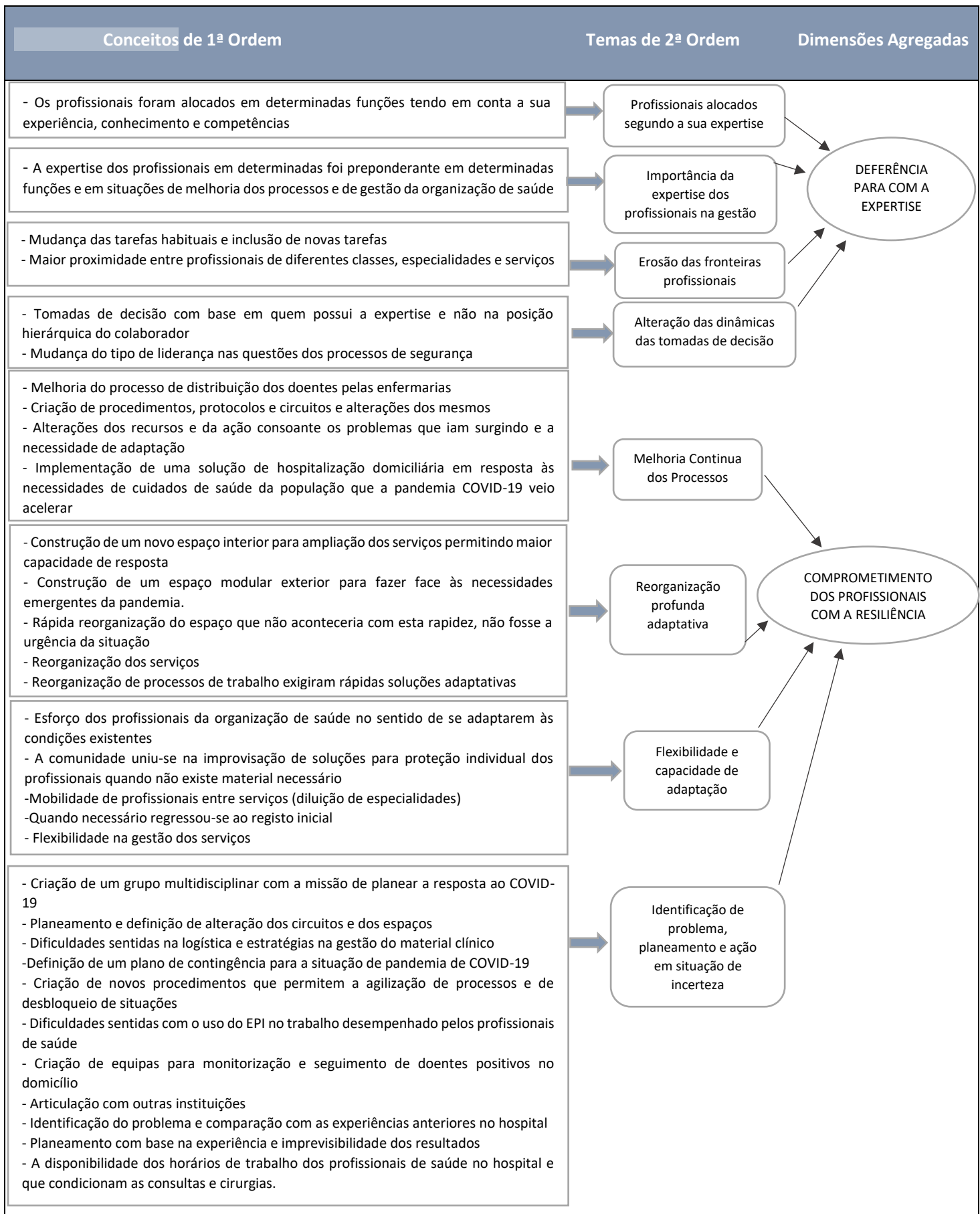
O Hospital Delta, foi a organização de saúde estudada com especial atenção nos serviços cujas dinâmicas sofreram mais alterações como resposta à situação de crise (como por exemplo: urgência geral; serviço de internamento e unidade de cuidados intensivos). A seleção da amostra foi não aleatória intencional e estratégica e os profissionais selecionados estavam envolvidos em processos diretos de resposta à pandemia por SARS-CoV-2. A amostra foi de 8 entrevistados, pertencentes ao Hospital, de diferentes serviços, hierarquias e de diferentes categorias profissionais, caracterizados no seguinte quadro.

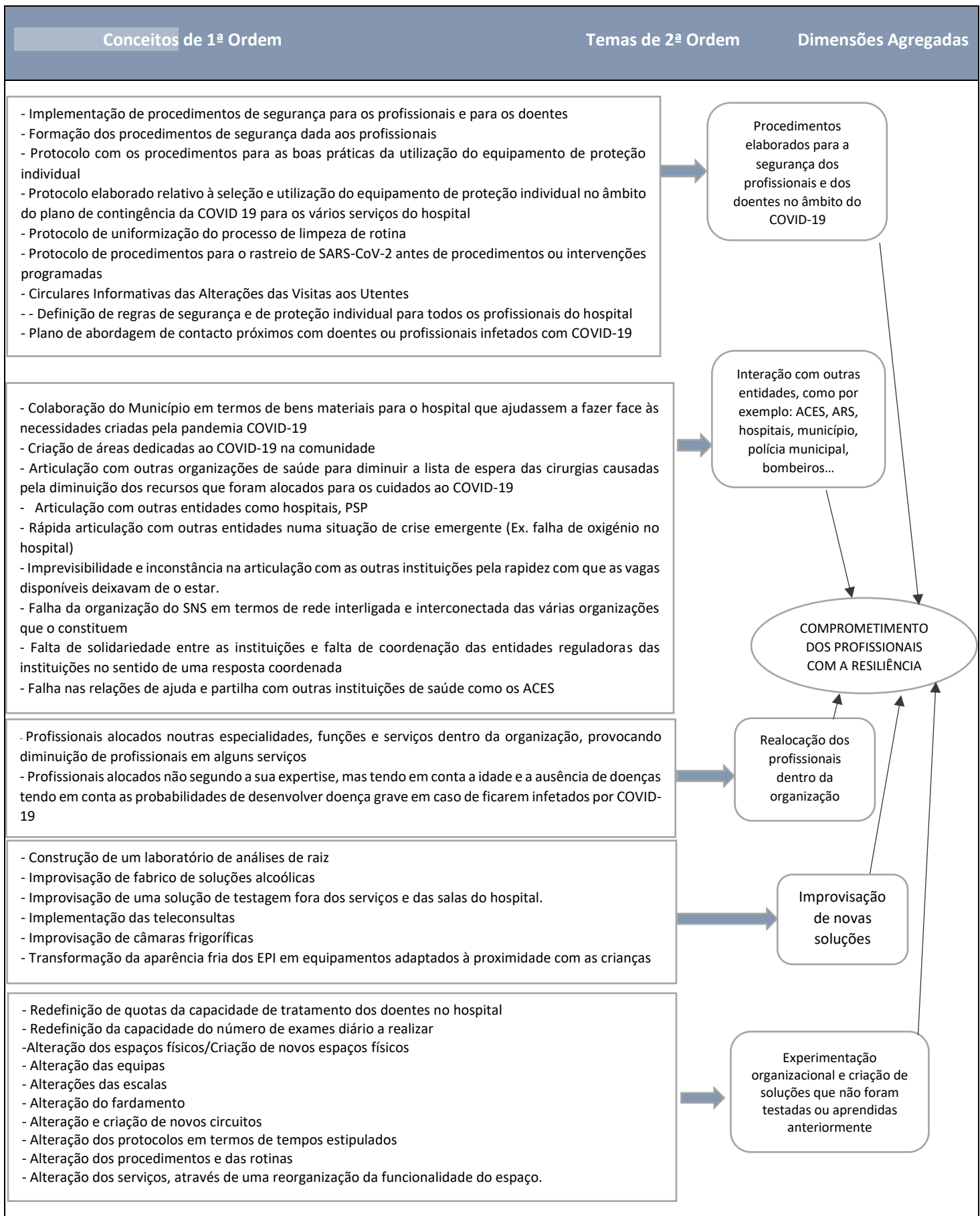
Código	Sexo	Função	Posição Hierárquica	Anos na Função
E1	Feminino	Diretor Serviço de Urgência	Intermédio	8
E2	Masculino	Chefe de enfermagem da urgência geral	Intermédio	5
E3	Masculino	Diretor Financeiro	Topo	6
E4	Masculino	Presidente Conselho Administração	Topo	1
E5	Feminino	Técnico de Diagnóstico e Terapêutica– Serviço Radiologia	Profissionais de saúde/Operacional	20
E6	Masculino	Coordenador enfermagem COVID/Médico de Medicina Interna	Intermédio	1
E7	Masculino	Diretor da UCI	Intermédio	25
E8	Feminino	Enfermeiro da UCI	Profissionais de saúde/Operacional	10

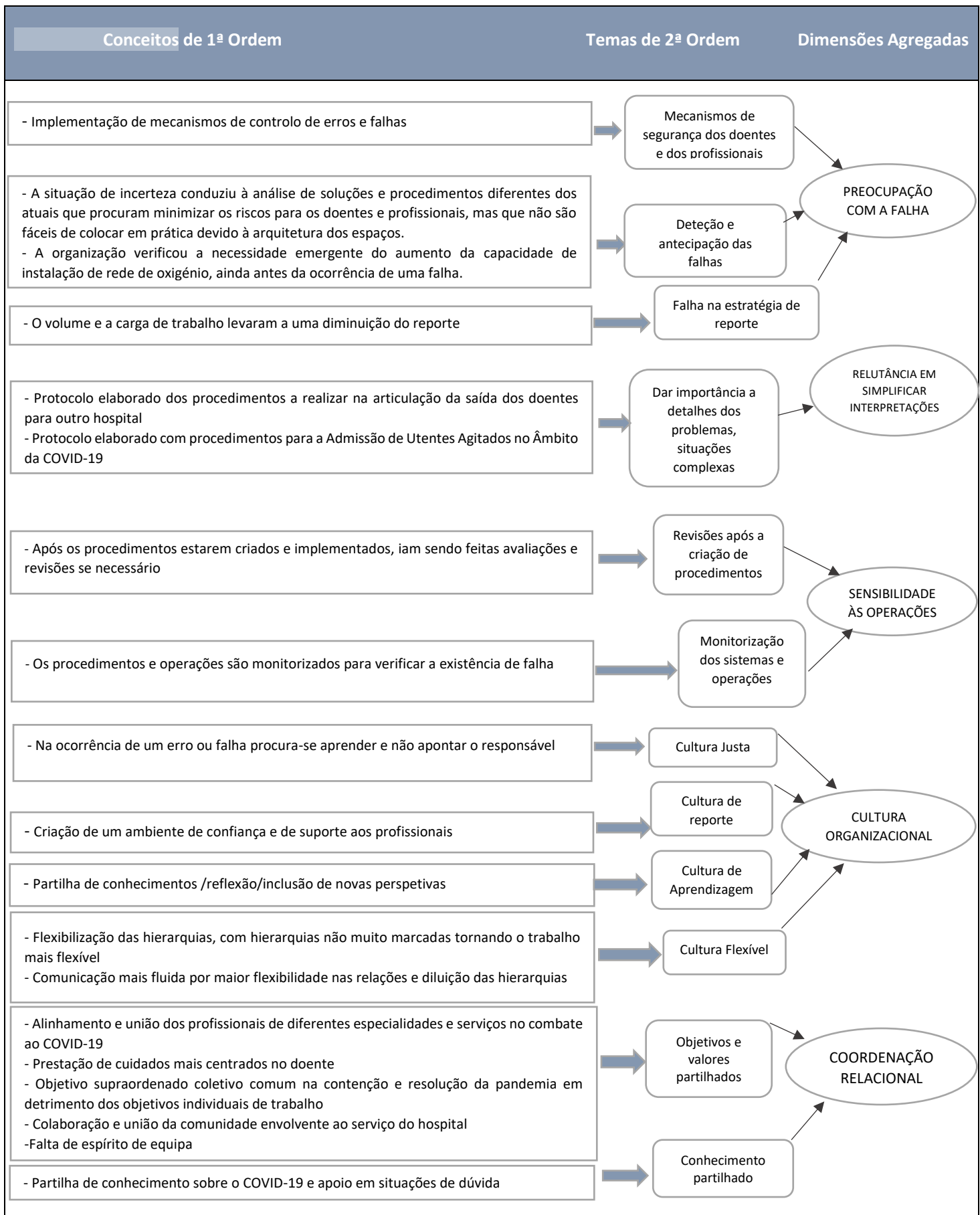
Tabela II – Colaboradores do Hospital, suas funções, número de anos na função e caracterização segundo a posição hierárquica na organização

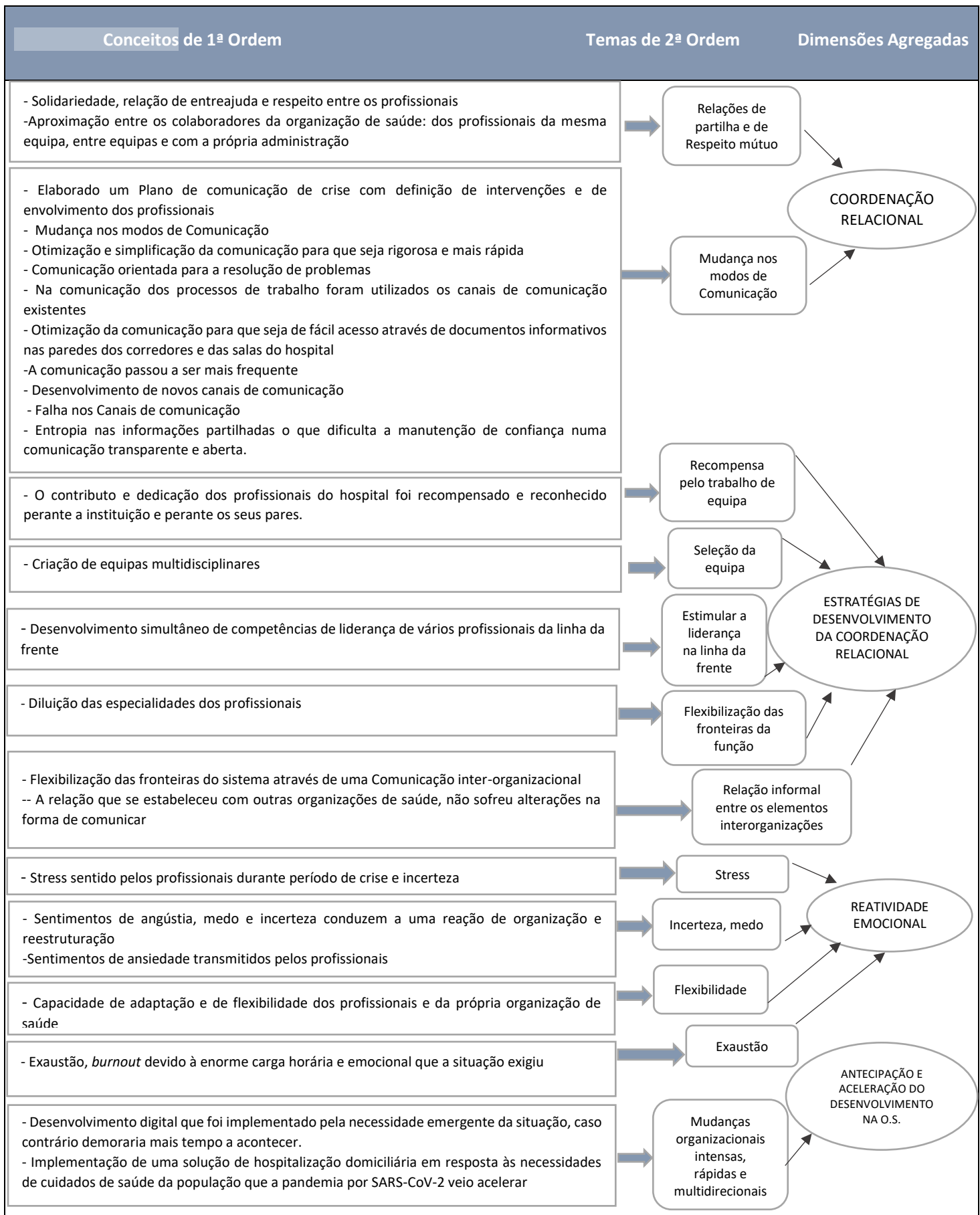
Foi elaborada uma representação dos dados através de uma estrutura gráfica que contém as relações entre os conceitos de 1ª ordem, os temas de 2ª ordem e as dimensões agregadas. No anexo F encontra-se disponível a totalidade da estrutura de dados baseada na metodologia Gioia (Gioia *et al.*, 2013), com os exemplos de evidências verificadas ao longo das entrevistas transcritas, dos documentos obtidos através do Hospital e das notícias dos canais de comunicação oficiais do Hospital e dos dados de informação recolhidos na observação não participante.

Os conceitos de 1ª ordem resultaram da informação relevante encontrada nas entrevistas, documentos e observação não participante e com base nas semelhanças entre si foram agregados em temas de 2ª ordem. A análise do conteúdo dos temas de 2ª ordem permitiu a sistematização em dimensões agregadas, e assim, a comparação com os constructos teóricos da problemática e das hipóteses colocadas nesta dissertação, como podemos observar na tabela III de resultados:









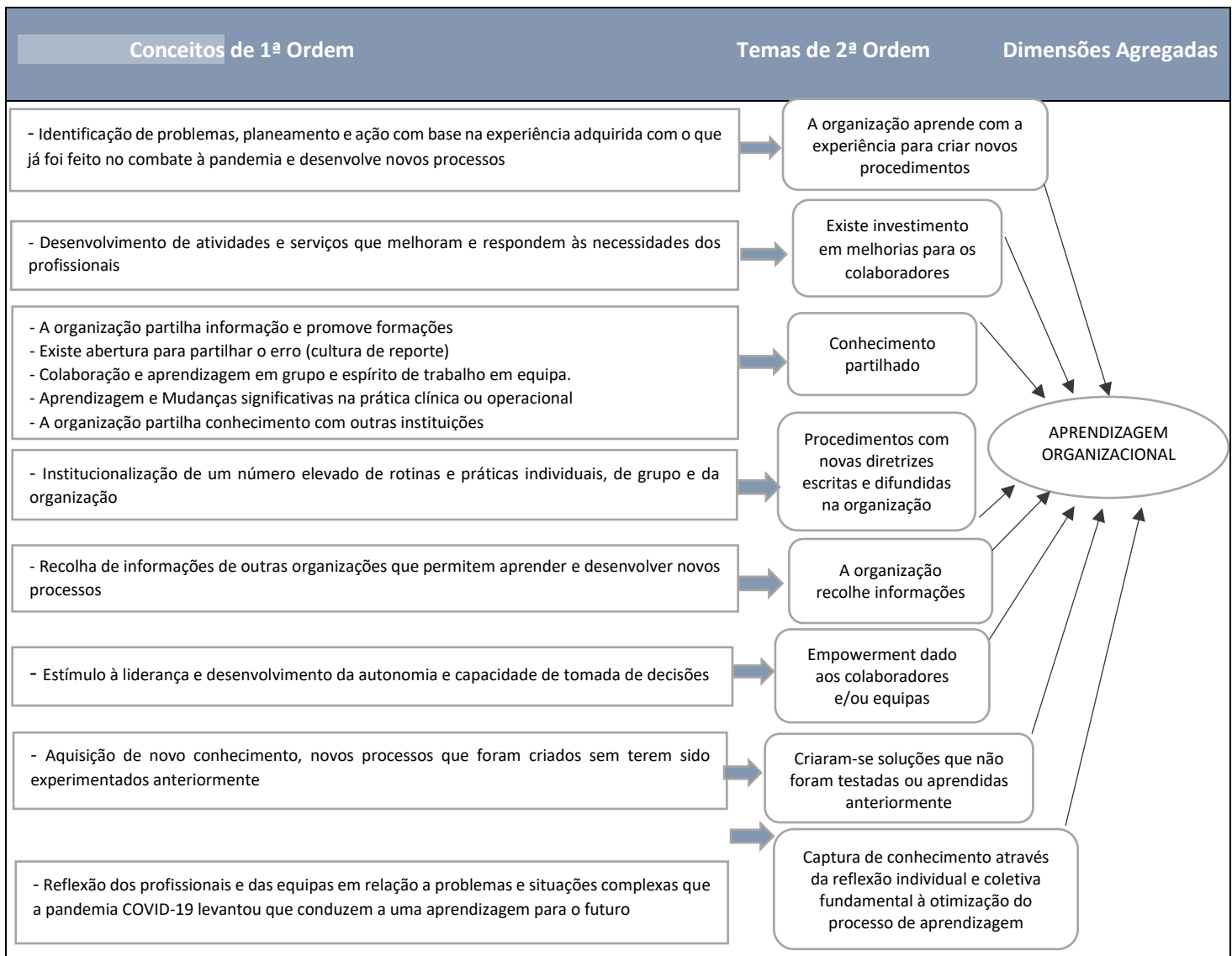


Tabela III – Estrutura de análise de dados - Resultados

DEFERÊNCIA PARA COM A EXPERTISE -Este princípio das organizações altamente fiáveis, em que os recursos são alocados para a conexão ao problema impulsionando a tomada de decisão nos profissionais com o conhecimento e experiência, foi uma dimensão agregada bastante expressiva na análise de dados, sendo analisada de forma mais detalhada através dos seguintes 4 temas de 2ª ordem: Profissionais alocados segundo a sua expertise, surge diversas vezes em relatos nas entrevistas, em que os profissionais foram alocados em determinadas funções tendo em conta a sua experiência, conhecimento e competências, tal como relatado nas entrevistas, como por exemplo:

“A distribuição dos postos de trabalho era tendo em conta a sua experiência e capacidade de resposta às situações de crise.”(E8-Q15).

A importância da expertise dos profissionais na gestão da situação, foi de extrema relevância em determinadas situações de melhoria dos processos e de gestão da organização de saúde, como por exemplo *“As enfermeiras chefes tiveram um papel efetivamente muito importante na gestão do espaço.”(E6-Q10).* A erosão das fronteiras profissionais ocorreu principalmente com a criação de

equipas multidisciplinares e pela necessidade de mudança das tarefas habituais dos profissionais para uma adaptação a novas tarefas através da entreaajuda e espírito de grupo que foi relatada, dando origem a uma maior proximidade entre profissionais de diferentes classes, especialidades e serviços e também -“... *tivemos médicos de várias especialidades...o que se notou muito foi um trabalho em equipa, ou seja, nós percebemos que quem vem de fora vem para ajudar*” (E8-Q15). A alteração das dinâmicas das tomadas de decisão e das estruturas de autoridade foi ainda um aspeto relevante pois foram referidas situações em que a tomada de decisão foi feita com base em quem possui a expertise e não na posição hierárquica do profissional.

COMPROMETIMENTO COM A RESILIÊNCIA - Na análise aos dados obtidos observou-se de forma consistente uma atitude de perseverança que garantia a ligação da organização de saúde ao problema e à superação das falhas em tempo real criando um estado de estabilidade dinâmica através da flexibilidade e da adaptação a novas tarefas e funções que não eram as habituais, novos procedimentos, circuitos, escalas e espaços físicos. Este princípio das organizações altamente fiáveis, foi uma das dimensões agregadas com maior preponderância na análise dos dados, sendo analisada de forma mais detalhada através dos seguintes 9 temas de 2ª ordem: a melhoria continua dos processos, nomeadamente, ao nível da formação e alteração de procedimentos, protocolos e circuitos; ao nível da distribuição dos doentes pelas enfermarias; alteração dos recursos e da ação; e implementação de soluções de Hospitalização domiciliária como resposta a uma necessidade crescente de cuidados de saúde da população e ao descongestionamento do Hospital - “*A Hospitalização Domiciliária do Hospital vem responder às necessidades atuais de cuidados de saúde, condicionadas pela pandemia COVID-19.*” (D38); uma reorganização profunda adaptativa, que ocorreu com a construção de novos espaços tanto no interior como no exterior do Hospital (fig. 4) para ampliação dos serviços permitindo aumentar a capacidade de resposta. Reorganizaram-se também processos de trabalhos (por exemplo, “*Tivemos de garantir condições para as pessoas trabalharem em teletrabalho a partir de casa.*”), serviços e espaços com uma rapidez que não aconteceria se não fosse a urgência da situação - “*Criaram-se em duas semanas duas salas de urgência...*”(E8-Q1).



Fig.4- Novo espaço exterior- O15

A identificação de problemas, planeamento e ação em situação de incerteza, foi algo referido diversas vezes ao longo das entrevistas e documentos observados. Após a identificação de problemas que a situação da pandemia trouxe, houve planeamento, desde a criação de um plano de contingência (ver anexo D - D1 a D7) para a situação de pandemia por SARS-CoV-2, à criação de um grupo multidisciplinar para a resposta ao COVID-19, à criação de equipas para monitorização e seguimento de doentes positivos no domicílio e à definição de circuitos e dos espaços (ver anexo D – D8). Criaram-se ainda procedimentos que permitiam a agilização de processos e desbloqueio de situações - “*Estes*

procedimentos permitiram agilizar muito a saída dos doentes porque se eliminou um conjunto de obstáculos burocráticos. Um dos procedimentos foi alterar os circuitos de saída destes doentes.”(E6-Q6). Houve ainda identificação de problemas sentidos na logística, na gestão do material clínico e da utilização do EPI no trabalho que levou a diferentes estratégias de compra, como por exemplo, a compra conjunta de material com outra instituição de saúde, diferente gestão do material e mudanças nos processos de trabalho dos profissionais de saúde que utilizavam os EPI, uma vez que a utilização do EPI condiciona o desempenho do trabalho em termos de tempo -“Demoram muito tempo a colocar o equipamento e a retirar e demoram mais tempo a fazer uma tarefa ou um procedimento clínico” (E2-Q4). A preocupação com a qualidade, com a falha e com o erro levou à elaboração exaustiva de procedimentos para a segurança dos profissionais e dos doentes no âmbito do COVID-19, desde procedimentos de segurança para os profissionais e para os doentes e formação dos procedimentos de segurança aos profissionais, a protocolos com os procedimentos para as boas práticas da utilização do equipamento de proteção individual e da seleção e utilização do equipamento de proteção individual (Fig.5), protocolos de uniformização do processo de limpeza de rotina e de procedimentos para o rastreio de SARS-CoV-2 antes de procedimentos ou intervenções programadas. Foram ainda criadas várias circulares informativas das alterações das visitas aos utentes. “Relativamente ao fardamento, houve diretrizes através de circulares e depois uns explicavam aos outros.”



Fig 5. Procedimento de utilização de EPI -O6

A flexibilidade e capacidade de adaptação da organização de saúde, dos seus sistemas e processos, na resposta à situação de crise provocada pela pandemia por SARS-CoV-2, ficou demonstrada em vários momentos, como por exemplo: na capacidade de adaptação dos profissionais de saúde às mudanças de funções, procedimentos, espaço físico, escalas, na união da comunidade com a improvisação de soluções para proteção individual dos profissionais; na mobilidade de profissionais entre serviços e especialidades desempenhando tarefas e processos de trabalho que não eram os habituais e a tratar patologias fora do âmbito das suas especialidades, dando origem a equipas multidisciplinares. Verificou-se uma diluição das especialidades pela maior proximidade das relações entre profissionais com base nas equipas multidisciplinares, nas relações de entreaajuda, no sentido de missão e de objetivo comum. Também, a necessidade de maior articulação e de comunicação entre os profissionais, entre serviços e entre equipas dentro da organização, conduziu a uma maior união e proximidade entre os profissionais em que as hierarquias ficaram mais horizontalizadas. Houve ainda uma grande flexibilidade na gestão dos serviços, na adaptação dos profissionais a diferentes processos de trabalho e novas funções - “...houve profissionais que começaram a trabalhar nos serviços de especialidades urgência tendo saído da sua zona de conforto,

da sua área específica de atuação...”(E8-Q10) - e sempre que foi necessário regressou-se ao registo inicial, como foi referido numa das entrevistas “Continua a haver uma TAC definida para o COVID-19, mas agora esse já não está só para COVID-19 desde março de 2021.”(E5-Q10).

A alocação dos profissionais noutras, funções e serviços dentro da organização, foi uma constante durante toda a reorganização necessária para dar resposta à situação atual. Muitos dos profissionais foram alocados segundo a sua expertise, mas foi também referido uma alocação não segundo a expertise, mas tendo em conta a idade, patologias clínicas e probabilidade de desenvolver doença grave no caso de ficarem infetados com o SARS-CoV-2. Um dos problemas que a realocação de profissionais criou foi uma diminuição do número de profissionais noutros serviços do Hospital, originando uma diminuição da capacidade de atendimento destes serviços.

Constatou-se, ainda, experimentação organizacional, através da criação de soluções que não foram testadas ou aprendidas anteriormente, e que resultou na resultando na definição de novos processos e procedimentos de trabalho através de uma reorganização de processos de trabalho, novos hábitos e novas formas de realizar o trabalho que foram adquiridas como resposta à situação de crise. Os dados analisados permitiram verificar várias alterações: dos espaços físicos, das equipas, das escalas, do fardamento, de circuitos (fig 6), dos procedimentos, das rotinas, de protocolos em termos de tempos estipulados para o tratamento de casa doente e alteração dos serviços, através de uma reorganização da funcionalidade do espaço - *“Salas de reuniões passaram a ser usadas para sala de refeições para não haver tantas pessoas ao mesmo tempo nas salas de refeição.”(E1-Q3).* Verificou-se, ainda, uma redefinição de quotas da capacidade de tratamento dos doentes no Hospital e da capacidade do número de exames diário a realizar.

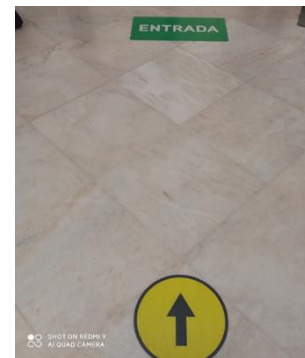


Fig 6- Alteração dos circuitos- O2

A interação com outras entidades, como por exemplo, os ACES, a ARS, outros hospitais, o município, a polícia municipal e os bombeiros, foi de extrema necessidade e relevância, tendo tido aspetos positivos, mas também negativos. A colaboração do Município foi importante em termos de aquisição de bens materiais (por ex.: equipamentos) necessários ao Hospital para fazer face às exigências criadas pela pandemia. O Hospital articulou com outras organizações de saúde para diminuir a lista de espera das cirurgias causadas pela diminuição dos recursos que foram alocados para os cuidados ao COVID-19. Numa situação de crise emergente, como foi a falha de oxigénio no Hospital, a articulação com outras entidades como Hospital, PSP e bombeiros foi vital. Em relação à articulação com outras instituições foram ainda referidas falhas, como por exemplo a falta de solidariedade entre as instituições e falta de coordenação das entidades reguladoras das instituições no sentido de uma resposta coordenada. Em termos de articulação de vagas disponíveis com outras instituições, foi ainda difícil pela imprevisibilidade e pela rapidez com que as vagas disponíveis deixavam de estar.

A improvisação de novas soluções ocorreu em diversos momentos e situações, desde a construção de um laboratório de análises de raiz, à implementação das teleconsultas como alternativa às consultas presenciais, acabando por ultrapassar barreiras e resistências em relação a estas, acabando por acelerar a implementação e o desenvolvimento das teleconsultas para uma realidade generalizada que parece ter vindo para ficar. Foram ainda improvisadas: soluções de testagem fora dos serviços e das salas do Hospital, fabrico de soluções alcoólicas e improvisação de câmaras frigoríficas. Uma solução também improvisada na ala pediátrica foi a transformação dos EPI em equipamentos adaptados às crianças, procurando minimizar o aspeto frio e distante que os EPI conferem aos profissionais. Todas estas mudanças e adaptações desenvolvidas ao longo de um ano de pandemia são o reflexo da resiliência dos profissionais e da organização de saúde em todo este processo.

PREOCUPAÇÃO COM A FALHA - está relacionada com a vigilância relativa a possíveis ameaças e foi uma dimensão agregada que surgiu com base nos seguintes 3 temas de 2ª ordem: a deteção e antecipação de falhas, tendo sido referidos alguns mecanismos de controlo de erros e falhas, principalmente, devido à necessidade de controlar possíveis falhas que poderiam causar graves consequências em termos de contaminação do vírus dentro do Hospital. *“Nós tínhamos um protocolo para vestir e despir o EPI em frente ao espelho e uma pessoa ficava a ver enquanto o outro retirava o EPI de maneira que a pessoa não se contaminasse.”* (E7-Q10). Verificou-se uma preocupação em criar mecanismos de segurança dos doentes e dos profissionais com procedimentos e circuitos diferentes dos anteriores, nem sempre fáceis de implementar, mas que visam diminuir a possibilidade de erro, de possível contaminação de doentes e de profissionais, sendo este controle um dos grandes desafios desta pandemia. A organização verificou ainda a necessidade emergente do aumento da capacidade de instalação de rede de oxigénio, ainda antes da ocorrência de uma falha de oxigénio que obrigou a transferir vários doentes para outro Hospital. Falha na estratégia de reporte, foi referido pelo facto do volume e a carga de trabalho terem levado a uma diminuição do reporte.

RELUTÂNCIA EM SIMPLIFICAR INTERPRETAÇÕES - em que a organização de saúde reconhece a presença latente de ameaças antes que sejam visíveis, optando por não negligenciar pequenos aspetos de problemas complexos tendo em conta o desconhecimento que existia em torno do vírus, promovendo partilha de informação e de descobertas clínicas em torno do tratamento ou de metodologia nos processos de trabalho que se demonstravam ser efetivos. Esta dimensão agregada surgiu com base no seguinte tema de 2ª ordem: Dar importância a detalhes dos problemas/ situações complexas, como por exemplo na elaboração de protocolos dos procedimentos a realizar na articulação da saída dos doentes para outro Hospital e de procedimentos para a admissão de utentes agitados no âmbito por SARS-CoV-2.

SENSIBILIDADE ÀS OPERAÇÕES - surge como dimensão agregada, através de dois temas de 2ª ordem: das revisões após a criação de procedimentos, em que após os procedimentos estarem criados e implementados, eram feitas avaliações e revisões aos mesmos, como por exemplo: *“...la-se implementando depois avaliava-se o que era benéfico e o que não era e ia-se reajustando porque era impossível definir uma ação sem a pôr em prática primeiro, sem a experimentar.”* (E8-Q2); e a monitorização dos sistemas e operações, em que os procedimentos e operações são monitorizados para verificar a existência de possíveis falhas e poderem ser aplicadas medidas corretivas, um exemplo relevante é o seguinte: *“...rede de oxigénio medicinal mantém o seu funcionamento de forma estabilizada, mantendo-se os padrões de segurança definidos. É feita a monitorização constante do fluxo deste gás medicinal...”* (D57).

CULTURA ORGANIZACIONAL - surge como dimensão agregada, através de quatro temas de 2ª ordem: a Cultura Justa, em que a organização procura promover uma cultura de que com a ocorrência de um erro ou falha procura-se aprender e não apontar o responsável, como foi referido *“... em que todos percebam que não é para ninguém ser apontado, mas para aprendermos.”* (E8-Q14). A Cultura de Reporte, através da criação de um ambiente de confiança e de suporte aos profissionais por parte da organização, em que apesar de ser algo já existente na organização acabou por não sair reforçado tendo havido uma diminuição do reporte - *“Já tínhamos uma cultura para o reporte em que todos percebam que não é para ninguém ser apontado...”* (E8-Q14). Foi ainda referido um acréscimo no suporte e proximidade aos profissionais por parte da gestão de topo da administração. A Cultura de Aprendizagem Organizacional, que ocorreu principalmente na exploração e questionamento das normas e procedimentos entre elementos de equipas, principalmente nas reuniões resultando em revisão ou não de procedimentos em relação ao tratamento dos doentes com COVID-19 que resultou em conhecimento e aprendizagem que foi partilhada dentro da organização e com outras organizações de saúde. A partilha de conhecimentos e de novas perspetivas entre os profissionais ocorreu através de um sistema de comunicação mais claro pelas múltiplas reuniões, que foram necessárias para resolver novos problemas e desafios que a pandemia por SARS-CoV-2 criou. *“A discussão sobre isto era feita de uma forma mais informal entre as pessoas mais seniores da equipa com mais experiência no tratamento destes doentes. Tivemos múltiplas reuniões sobre o que fazer com o tratamento destes doentes, e acabávamos por discutir entre aqueles que foram designados os chefes de cada equipa dentro da equipa multidisciplinar.”* (E6-Q14). A Cultura Flexível, foi alavancada neste período por uma flexibilização das hierarquias, com hierarquias não muito marcadas procurando tornar o trabalho mais flexível e uma comunicação mais fluida através de uma maior proximidade e flexibilidade nas relações entre os profissionais - *“Íamos aos mesmos serviços todos os dias e víamos as mesmas pessoas o que fez com que houvesse maior aproximação.... Houve uma maior proximidade da administração através de emails, com um agradecimento pelo esforço.”* (E5-Q13)

COORDENAÇÃO RELACIONAL - foi uma das dimensões agregadas com maior preponderância na análise dos dados e que podemos observar em maior pormenor através dos seguintes 4 temas de 2ª ordem: os objetivos e valores partilhados, os padrões, normas, atitudes e crenças partilhados entre os profissionais dentro da organização ajudam a criar um sentimento de missão e de objetivo supraordenado coletivo comum na contenção e resolução da pandemia em detrimento dos objetivos individuais de trabalho. *“Esse sentido de missão, de dar aquilo que pode e o que não pode, é muito gratificante de ver na classe médica, nos enfermeiros, em todos os profissionais de saúde, e nessa atitude de dar ao outro o nosso melhor.”(D59)*

As reuniões multidisciplinares, o alinhamento dos objetivos e da partilha resultou numa união dos profissionais de diferentes especialidades e serviços no combate ao COVID-19, numa prestação de cuidados mais centrados no doente e na colaboração e união da comunidade envolvente ao serviço do Hospital *“...ofertas da comunidade para equipamento de proteção não EPI para as enfermarias...”(E1-Q4)*. As reuniões presenciais ou online (Fig. 7) foram um aspeto essencial na coordenação relacional, no alinhamento de novos procedimentos e normas e na união e entreajuda entre os profissionais. Toda esta coordenação relacional e ajustamento mútuo, em que as relações se tornaram mais informais e a comunicação mais flexível e objetiva, tornaram mais acessível a todos os profissionais saber quais os procedimentos em cada situação.

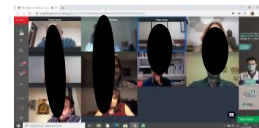


Fig 7 -Reunião online

O sentido da união e dos objetivos partilhados foram amplamente observados ao longo dos dados, mas também foi referido uma falta de espírito de equipa, em situações pontuais – *“Outra parte má foram pessoas que arranjaram coisas para fugir à situação e não esperava isso da parte de alguns colegas.” (E7-Q7)*. O conhecimento partilhado, resultou da partilha de informações e de conhecimento sobre o COVID-19 entre os profissionais e entre equipas nas reuniões e nas relações informais e do apoio em situações de dúvida que foi implementado *“Tínhamos o SOS voz amiga do Hospital em ...que iam seguindo os casos dos doentes sendo quase um coaching, quando havia dúvidas ou estavam aflitos com um doente.”(E7-Q11)*. As relações de partilha e de respeito mútuo, foram uma resposta relevante da organização de saúde à situação de incerteza, através de relações de solidariedade, entreajuda e uma maior aproximação entre profissionais e equipas. Esta resposta que surgiu na organização aparece refletida ao longo dos dados obtidos. *“Com o diálogo acabou por fazer uma psicoterapia de grupo em que as pessoas se sentiam apoiadas umas nas outras e havia uma resolução efetiva dos problemas.”(E7-Q12)*. A mudança nos modos de comunicação, surge com grande relevância nos dados obtidos, sendo referido aspetos como: desenvolvimento de novos canais de comunicação; aumento da frequência da comunicação principalmente através da troca de informação de forma informal e de reuniões dirigidas à resolução de problemas e à difusão de ideias; otimização e simplificação da comunicação para que seja rigorosa, mais rápida e orientada para a resolução de problemas. A

organização de saúde como forma de resolver os problemas e as incertezas criadas pela pandemia, sentiu a necessidade de criar novos processos de trabalho e para tal elaborou uma grande quantidade de novos protocolos e procedimentos, cuja informação foi transmitida através dos canais de comunicação existentes, como a intranet, mas também as paredes das salas, corredores e os murais, foram os locais estratégicos utilizados para a disseminação da informação tal como se pode observar na fig8. (Anexo E- 04, 05, 06 e 07).

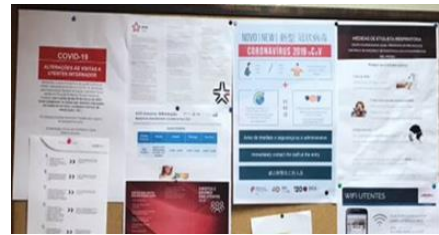


Fig 8- Mural na parede do Hospital Delta

O Mural é, assim, uma forma clássica de comunicação interna, através de um quadro onde são afixados avisos, circulares, folhetos e informações variadas de interesse coletivo interno. Houve ainda um aumento de publicações internas, publicações da organização direcionadas ao público interno através do correio interno - *“A chefia enviou mais comunicação via email. Houve notícias por correio interno pela administração em relação ao número de casos atendidos e do número de profissionais do Hospital infetados”*. (E5-Q12)) - e do público externo e interno através da página oficial do Hospital no Facebook e articulação com o jornal da região. *“O Hospital passa assim a dispor de um espaço regular de informação ... que é distribuída por todo o concelho ...”*(D76)

Verificou-se um aumento da frequência da comunicação nas redes sociais, principalmente na página oficial do Facebook do Hospital, com publicações informativas, de reconhecimento do esforço e dedicação dos seus profissionais, reportagens e entrevistas feitas aos profissionais por diversos órgãos da comunicação social divulgadas nesta página. Constatou-se ainda um aumento da comunicação dirigida à comunidade envolvente ao Hospital, através de publicações informativas em termos de saúde pública e dos investimentos em termos de melhorias em infraestruturas, serviços, equipamentos e profissionais no Hospital. Em fevereiro de 2021 surgiu uma página oficial do Hospital no *linkedin* (Fig.6), que partilhava informações relevantes e uma infografia mensal com os principais indicadores da atividade desenvolvida pelo Hospital. Esta página surge como um novo canal de comunicação, durante a pandemia. Apesar de toda a dinâmica criada à volta da comunicação como estratégia na gestão da pandemia, foram também referidas algumas falhas nos canais de comunicação e alguma entropia nas informações partilhadas que dificultam a comunicação transparente e aberta.



Fig. 6 - Anexo D61

ESTRATÉGIAS DE DESENVOLVIMENTO DA COORDENAÇÃO RELACIONAL: as estratégias de desenvolvimento da coordenação relacional surgiram como dimensão agregada, através de cinco temas de 2ª ordem: a seleção da equipa, foi uma das estratégias utilizadas, colocando os elementos em equipas segundo alguns parâmetros; formação de equipas multidisciplinares que aumentam a complementaridade de conhecimentos e de aprendizagem; organização de equipas com um ou mais

elementos que possuam expertise, com elementos com pouca ou nenhuma expertise, uma vez que houve profissionais de outras especialidades e serviços a desempenhar funções que não eram as suas habituais; a organização de saúde promoveu a recompensa pelo trabalho de equipa, pelo contributo e dedicação dos profissionais através de prémios e de publicações nas redes sociais (*Facebook* e *linkedin*) do Hospital; estimulou-se a liderança na linha da frente, desenvolvendo competências de liderança de vários profissionais da linha da frente - *“Em termos de hierarquia, tivemos necessidade de passar alguns elementos a chefe de equipa porque estávamos na iminência de termos muita gente que pudesse ficar doente então isso teve de ser treinado muito rapidamente...”*(E8-Q15); flexibilização das fronteiras da função, com base numa diluição das especialidades dos profissionais e da promoção da união em torno de uma missão e objetivo comum como estratégia da organização - *“Promovi sempre equipas com pessoas de diferentes serviços e acho que a promoção deste trabalho de equipa deve ser algo que devemos guardar para a vida e para a própria gestão do Hospital pós-COVID-19. O que cada um dá um aporte do seu conhecimento foi a forma de conseguirmos fazer isto com a maior eficiência possível para ultrapassar um conjunto de dificuldades.”*(E6-Q10); estabeleceram-se relações informais entre os elementos interorganizações para resolver problemas de logística como compra de materiais em grande quantidade entre instituições, partilha de informações relativas ao tratamento por SARS-CoV-2, através de uma flexibilização das fronteiras do sistema e de uma comunicação inter-organizacional. Apesar desta flexibilização e abertura houve relações institucionais que permaneceram inalteradas em termos de comunicação, outras permaneceram pouco conectadas dificultando a articulação de uma gestão estratégica e de cooperação.

REATIVIDADE EMOCIONAL: as respostas emocionais sentidas e vividas pelos profissionais perante toda a situação de incerteza, surge como dimensão agregada, através de quatro temas de 2ª ordem: o stress que descreve a resposta de toda a organização à incerteza e à novidade e é sentida pelos profissionais de uma forma intensa, provocando uma resposta reativa que quando sentida durante um longo período de tempo provoca desgaste, cansaço e até *burnout*, tal como referido - *“...vejo as pessoas, falo com elas, vejo a sua evolução, e o stress emocional é permanente, é gigante.”*(D75). O sentimento de incerteza e medo como resposta à proximidade de uma ameaça desencadeando reflexos de resposta que permitem um estado de alerta e que permitem reagir rapidamente, conduzindo a uma reação da organização no sentido de uma reestruturação e de uma resposta reativa - *“Quando começaram as notícias do número de mortes em Itália e o PPCIRA entra em ação, surge um sentimento de grande angústia, insegurança, uma procura de começar a organizar”* (E1-Q1). Foi ainda referido a *contaminação de ansiedade* por parte de alguns profissionais que tinham mais dificuldade em gerir as emoções *“...pessoas que geriam mal a ansiedade e acabavam por gerar dentro do próprio Hospital grande insegurança.”*(E7-Q3). Constatou-se ainda uma exaustão física e psíquica sentida pelos profissionais perante a enorme carga horária e exigência emocional da situação.

A flexibilidade dos profissionais foi uma resposta reativa de extrema importância na capacidade de adaptação individual, das equipas e da própria organização perante as mudanças que a situação de incerteza exigiu.

ANTECIPAÇÃO E ACELERAÇÃO DO DESENVOLVIMENTO NA O.S.: a antecipação e aceleração do desenvolvimento dentro da organização de saúde surge como dimensão agregada com o seguinte tema de 2ª ordem: mudanças organizacionais intensas, rápidas e multidirecionais ocorridas pela necessidade emergente da situação que conduziu a um desenvolvimento digital tanto em termos de faturas eletrónicas na logística, como na implementação das teleconsultas. O Hospital reforçou a sua capacidade de cuidados assistenciais através da aquisição de novos equipamentos e da implementação de infraestruturas algumas previstas, mas, que não fosse a emergência da situação, levaria muito mais tempo a adquirir e a implementar.

APRENDIZAGEM ORGANIZACIONAL: foi uma das dimensões agregadas com maior preponderância na análise dos dados. Esta dimensão é analisada de forma mais detalhada através dos seguintes 8 temas de 2ª ordem: a organização de saúde aprendeu com a experiência ao criar novos procedimentos, e quando após monitorizar os sistemas e operações verificava falhas e erros gerando o desenvolvimento de novos procedimentos. Assim, os novos processos de trabalho implementados, corrigidos e que se tornaram rotinas, conduzem à aprendizagem da organização, à evolução e implementação de novos procedimentos - *“A aprendizagem até ao momento permite já pensar noutros passos, estando em preparação a possibilidade de as consultas desta tipologia serem realizadas através de videochamada com partilha de imagem em tempo real.” (D65)*

Verificou-se um investimento em melhorias para os colaboradores, através do desenvolvimento de atividades e serviços que melhoram e respondem às necessidades dos profissionais, desde apoio psicológico, ao apoio criado para dúvidas relativas ao tratamento dos doentes e a criação de uma mercearia dentro do Hospital que permite melhorar a acessibilidade de materiais de primeira necessidade para os profissionais *“...acesso a apoio psicológico dentro do Hospital para os profissionais que sentissem essa necessidade.” (E8-Q5).*

Com a evolução da pandemia, a organização promoveu a partilha de informação e de formações relativas às necessidades emergentes dos profissionais e das descobertas que iam sendo feitas em termos da transmissão do vírus e do tratamento da doença. *“...começamos com a formação de vestir e despir os EPI, de como os profissionais não se contaminam...” (E8-Q1).* Verificou-se ao longo dos dados obtidos exemplos de conhecimento partilhado, da colaboração e da aprendizagem em grupo, do espírito de equipa e das mudanças significativas na prática clínica - *“Agora o Hospital acabou por atingir uma maturidade dos médicos mais novos em relação à ventilação não invasiva e a uma série de coisas que tiveram de aprender rapidamente.”(E7-Q11).*

Ao longo da análise não se verificou um acréscimo da preocupação com o reporte de falhas durante o primeiro ano da pandemia, tendo sido referido que existe uma cultura de reporte, mas durante este período ocorreu uma diminuição do reporte, talvez devido à necessidade de adaptação de vários novos procedimentos e do volume de trabalho. Criaram-se procedimentos com novas diretrizes escritas que foram difundidos na organização pelos canais de comunicação interna, tendo dado origem a uma institucionalização de um número elevado de rotinas e práticas individuais, de grupo e da organização de saúde. Verificou-se que mesmo após a saída da equipa, do elemento que criou, no início da pandemia, o novo modelo de ação com novos procedimentos, estes permaneceram enraizados na rotina de trabalho dos profissionais. *“Quando foi a 2ª vaga as pessoas estavam treinadas e acabaram por reproduzir o mesmo modelo por uma unidade intermedia em cada piso. aquele modelo da pneumo no piso 6 acabou por ser reproduzida em vários pisos.”*(E7-Q11). Com a evolução da pandemia, das informações recolhidas e dos conhecimentos adquiridos e através da partilha de conhecimentos entre profissionais de diferentes instituições, a organização procurou aprender com os erros que foram cometidos e desenvolveu novos processos de trabalho que difundiu pela organização.

Como forma de responder às necessidades emergentes que a situação impunha, estimulou-se a autonomia nos profissionais com a expertise e *empowerment*, identificados nos resultados apurados como um estímulo à liderança e à autonomia dos profissionais - *“Foi desenhado um grupo de trabalho da farmácia. Um grupo de trabalho da compra de equipamentos e o que eu dizia era se precisarem de alguma coisa, o que eu poder resolver digam, vocês têm o empowerment total e, portanto, qualquer coisa digam.”*(E7-Q9). O desafio criado pela pandemia exigiu a criação de soluções não testadas ou aprendidas anteriormente o que resultou em novo conhecimento e novos processos - *“...desenvolvi uma metodologia de trabalho nova na área dos cuidados intensivos que passava por mudar a metodologia de trabalho na área infetadas, pois se os colegas espanhóis e italianos se infetavam tanto era porque a metodologia de trabalho estava errada.”*(E7-Q10).

O evoluir da pandemia, da experimentação e das respostas dadas conduziram a uma reflexão individual e coletiva, fundamental à captura de conhecimento e otimização do processo de aprendizagem, identificada ao longo da análise dos dados. Os profissionais, as equipas e a organização refletiram em relação a problemas e situações complexas criadas pela pandemia COVID-19, dando origem a novas ideias e conhecimentos.

“...grande lição que acho que devemos tirar daqui é que estas equipas multidisciplinares têm ganhos para todos. Para o doente que vê o seu problema resolvido mais rapidamente, para a organização que resolve melhor, mais rápido e podendo até reduzir internamentos e para os próprios profissionais pois permitiria um aporte maior e integração de mais conhecimentos.”(E6-Q7).

4. DISCUSSÃO

Com a pandemia por SARS-CoV-2 veio a incerteza, a crise e o medo perante algo desconhecido que obrigou a uma resposta rápida e adaptativa por parte de toda a sociedade, e, principalmente, pelas organizações de saúde. No começo da pandemia o conhecimento relativo à propagação do vírus SARS-CoV-2 e à doença por ele provocada, a COVID-19, estava ainda a ser estudada e investigada. Os materiais de proteção como máscaras e EPI eram insuficientes, tanto para os profissionais das organizações de saúde, como para a população em geral. As organizações de saúde, e em particular o Hospital Delta, tiveram de analisar e compreender os acontecimentos, preparar uma resposta de gestão estratégica, demonstrando resiliência e flexibilidade perante as mudanças necessárias. Neste sentido, o presente estudo de caso propôs-se a analisar como é que o Hospital Delta, geriu a necessidade de desenvolver e de implementar novos processos de trabalho num curto espaço de tempo para uma adaptação circunstancial e se as respostas adaptativas deram origem a uma aprendizagem organizacional. Para responder a esta problemática o quadro teórico do ajustamento mútuo de Mintzberg, a coordenação relacional de Gittel, os princípios das organizações altamente fiáveis e a aprendizagem organizacional podem servir de base na interpretação e análise deste problema. Com base nestes constructos teóricos foram considerados nove padrões hipotéticos, seis da teoria das organizações altamente fiáveis, duas da coordenação relacional e uma da aprendizagem organizacional. Da análise dos dados emergiram onze dimensões agregadas, nove das previstas nos padrões hipotéticos - Deferência para com a Expertise; Comprometimento com a Resiliência; Preocupação com a Falha; Relutância em Simplificar Interpretações; Sensibilidade às Operações; Cultura Organizacional; Coordenação Relacional; Estratégias de Desenvolvimento da Coordenação Relacional e Aprendizagem Organizacional - e duas novas dimensões – Reatividade emocional e Antecipação e aceleração do desenvolvimento dentro da organização de saúde. Estes resultados sugerem que a teoria de base deste estudo foi relevante na análise e interpretação de como é que perante a situação de incerteza causada pela pandemia por SARS-CoV-2, o Hospital Delta geriu a necessidade de desenvolver e de implementar novos processos de trabalho num curto espaço de tempo para uma adaptação circunstancial e se as respostas adaptativas deram origem a uma aprendizagem organizacional. As duas novas dimensões que surgiram mostram que para além da teoria base, podemos ainda pensar em mais explicações teóricas que permitam analisar e compreender a problemática em estudo.

Quanto ao objetivo específico, deste estudo, em que se pretendeu analisar se o contexto de crise estimulou os sistemas da organização de saúde a criar formas de lidar com situações inesperadas, potenciando o comprometimento com a resiliência e a deferência para com a expertise, de modo, a procurar dar as respostas mais adequadas, verificámos que estas duas dimensões dos princípios das

organizações altamente fiáveis surgiram nos resultados com grande expressividade e relevância através de vários temas de 2ª ordem e de conceitos de 1ª ordem.

Perante a crise que surgiu com a pandemia, a organização de saúde respondeu com novas formas de processos de trabalho, improvisação de soluções alternativas, novos procedimentos, interação com outras organizações e atores externos. Esta capacidade de resposta do Hospital é coincidente com o que a teoria refere em relação às organizações altamente fiáveis, quando estas se encontram perante uma situação inesperada e de incerteza e conseguem conter a tensão, reestabelecendo-se, desenvolvendo um comprometimento com a resiliência quando os processos que utilizam não se adequam à situação (Weick e Sutcliffe, 2015). Esta organização de saúde demonstrou capacidade de mudança dos procedimentos e implementação de medidas que permitiam antecipar as falhas, identificando os problemas antecipadamente, planeando e executando através da experimentação organizacional e improvisação de mudanças ao nível de todo o sistema da organização, desde: reorganização e mudança física dos serviços, das equipas, das escalas, dos procedimentos, construção de novos espaços no exterior e interior em tempo record, mudança na comunicação, desenvolvimento e aceleração de projetos como a Hospitalização domiciliária e as teleconsultas, o que demonstrou comprometimento com a resiliência (Weick e Sutcliffe, 2015). Observaram-se, ainda, alterações na organização ao nível da dinâmica de tomada de decisão e das estruturas de autoridade, alavancadas na liderança dos profissionais com a expertise, tendo sido criadas equipas multidisciplinares para dar resposta a esta situação, que na sua composição tinha obrigatoriamente um ou mais elementos com maior experiência nesta problemática. A formação de equipas multidisciplinares flexibilizou as fronteiras das especialidades centralizando a prestação de cuidados no doente. Esta diluição das especialidades e a deferência para com a expertise e competência técnica dos profissionais permitiu o fluir da comunicação de forma mais livre e informal, promovendo a coordenação relacional demonstrando uma cultura organizacional flexível. Houve ainda a necessidade de aumentar o número de profissionais com funções de liderança, autonomia e poder de decisão, para colmatar possíveis situações de ausências prolongadas por parte das chefias. A organização de saúde mesmo operando num ambiente de rápida mudança, conseguiu se adaptar às necessidades emergentes que a pandemia colocou, funcionando como uma organização altamente fiável através dos princípios do comprometimento com a resiliência e da deferência com a expertise.

A preocupação com a falha é um princípio das organizações altamente fiáveis geralmente observado nas organizações de saúde e que surgiu nos resultados do estudo como outra dimensão importante, ligada à cultura de reporte existente e à estratégia do Hospital relativa à propagação do vírus entre os doentes e os seus profissionais, conduzindo à emergência de processos de trabalho que visavam tornar o Hospital mais seguro através de vários protocolos e procedimentos de segurança para mitigar esse risco de contaminação. Os procedimentos rigorosos em termos de vestir e despir o

EPI, a alteração de circuitos e definição de salas específicas para doentes com COVID-19 ou com suspeita, foram uma forma de controlar e prevenir possíveis falhas que pudessem provocar sérias consequências (Weick e Sutcliffe, 2015), como por exemplo, a transmissão do vírus SARS-CoV-2 dentro da organização de saúde. Quanto à estratégia de reporte, apesar da existência de uma cultura de reporte no Hospital Delta, esta estratégia das organizações altamente fiáveis não surge como um aspeto relevante nos resultados. O facto de haver adaptação a um elevado número de novos procedimentos e por vezes novas funções e tarefas parece ter conduzido a uma diminuição do reporte.

Outra forma do Hospital enfrentar o inesperado foi a relutância para simplificar interpretações, outro princípio das organizações altamente fiáveis, em que a organização de saúde preocupou-se com o pormenor das situações e dos possíveis problemas que pudessem surgir, como por exemplo, pensar no procedimento a adotar com doentes com COVID-19 que apresentassem problemas mentais, analisando assim através dos limites do sistema e determinar possíveis problemas (Weick e Sutcliffe, 2015). A sensibilidade às operações, também, surgiu como dimensão agregada, sendo este princípio das organizações altamente fiáveis caracterizado pelas revisões feitas aos procedimentos criados, uma vez que, os erros só se manifestam após implementação e execução dos procedimentos (Weick e Sutcliffe, 2015). Na análise dos dados verificou-se que os procedimentos e as operações eram monitorizados para verificar a existência de falhas.

Outro objetivo específico, deste estudo foi analisar se a coordenação relacional passou a ser assente na flexibilidade da articulação do trabalho e das equipas e na frequência e efetividade da comunicação como resposta adaptativa a um contexto de crise. Os resultados obtidos demonstram que a dimensão coordenação relacional e estratégias de desenvolvimento da coordenação relacional foram dos achados mais relevantes ao longo da análise dos dados. Com o ambiente mais incerto e imprevisível na organização de saúde verificou-se que para resolver a situação de incerteza a organização mudou o seu *modus operandi*, deixando de dar as respostas que estavam padronizadas e mudaram para um mecanismo de relação informal em que os profissionais trocam ideias, deixam as suas rotinas e passam a trabalhar em equipas e serviços diferentes. Esta mudança da standardização das qualificações, isto é, das respostas padronizadas para o mecanismo de ajustamento mútuo de acordo com Mintzberg, que é semelhante à ideia de coordenação relacional de Gittel (2009) que descreve formas mais informais de coordenação ao nível do sistema e da articulação entre os diferentes atores internos e externos, através de comunicação frequente, rigorosa, atempada e orientada para a resolução de problemas. Na análise de dados as relações de partilha e de respeito mútuo da coordenação relacional surge como dimensão agregada através de 4 temas de 2ª ordem. Os resultados obtidos demonstraram um sentimento de missão e de objetivos coletivos e valores partilhados no sentido de missão em detrimento dos objetivos individuais de trabalho. Com a formação de equipas multidisciplinares, as reuniões contantes, a partilha de ideias, de conhecimentos

e entrelaçada através de relações de solidariedade e alinhamento dos objetivos resultou numa proximidade das relações informais e de respeito entre os profissionais, principalmente, de diferentes especialidades e serviços que anteriormente estabeleciam apenas relações informais esporádicas. A comunicação ocorreu assim de forma mais espontânea num ambiente de respeito mútuo, de valores partilhados e de relações informais entre os profissionais que desenvolvem tarefas interdependentes (Gittell (2009). Observou-se, ainda, mudança no modo de comunicação através do desenvolvimento de novos canais de comunicação (por ex.: teleconsultas, página do Hospital no *linkedin*, parceria com o jornal da região); aumento da frequência da comunicação, focada na resolução de problemas e alavancada pelas relações que se estabelecem pelos profissionais no desempenho das suas funções. Estas comunicações do Hospital nas suas redes sociais oficiais são ferramentas de comunicação interna e externa, uma vez que transmitem informações, com objetivos específicos, entre profissionais de diferentes hierarquias e com a comunidade promovendo a literacia na saúde. A criação de novos canais de comunicação, durante a pandemia, foi uma estratégia de gestão comunicacional, com objetivo de aproximar e unir a organização e os seus profissionais com a comunidade envolvente. A partilha de informações nas reuniões, entre os elementos de cada equipa, entre colegas dentro da organização e apoio em situações de dúvida, e conhecimento partilhado, resultou numa aproximação entre profissionais e equipas que estabeleceram relações mais informais, através de relações de partilha e de respeito mútuo tal como descrito por Gittell (2009). Este fluxo de informação na organização, o aumento da frequência das comunicações internas e as relações de bases mais informais, foram essenciais para a passagem dos mecanismos de coordenação de trabalho para o ajustamento mútuo em que o ajustamento das atividades resultou de uma comunicação mais informal, reforçando o nível de coordenação relacional. A flexibilização das fronteiras da função entre grupos profissionais com tarefas com elevado grau de interdependência, através da formação de equipas multidisciplinares e dos objetivos partilhados conduziu a uma coordenação relacional entre funções que se complementam (Gittell, 2009).

Os objetivos e valores partilhados através de um sentido de missão e de objetivos supraordenados em detrimento dos objetivos individuais, fomentou uma maior proximidade entre os profissionais e uma maior abertura e fluidez na comunicação e na coordenação do trabalho. Tendo em conta que muitos dos profissionais exerciam as suas funções noutros serviços com patologias diferentes e passaram a trabalhar com diferentes funções e colegas com quem habitualmente não trabalhavam, esta união permitiu que a coordenação relacional do trabalho fosse feita com espírito de entrelaçada e de uma forma mais fluida e informal.

É de ressaltar a importância da união e colaboração de toda a comunidade envolvente que comungando dos mesmos objetivos dos profissionais em relação ao combate à pandemia, colaboraram com o Hospital fornecendo material necessário, tendo ocorrido assim uma coordenação

relacional entre comunidade e Hospital. As relações institucionais entre diferentes organizações de saúde geralmente pautadas por alguma rigidez e hierarquias, sofreram uma flexibilização que permitiu inclusive a coordenação das compras de materiais clínicos necessários para as organizações de saúde.

O último objetivo específico deste estudo pretendia analisar se os conhecimentos adquiridos, novos processos e estratégias que surgiram, foram retidos em aprendizagem organizacional. Na análise dos dados a dimensão aprendizagem organizacional surge de forma marcante, principalmente através de documentos criados com novos procedimentos que pressupõem uma norma, uma orientação e uma indicação de um novo processo de trabalho escrita, e que quando chega à forma de um novo regulamento ou norma de serviço é porque existe um novo processo de trabalho, e, portanto, houve aprendizagem organizacional. A aprendizagem organizacional envolveu a institucionalização de um elevado número de novos processos e procedimentos que passaram a rotinas e novas práticas na organização de saúde (Garvin *et al*, 2008). A cooperação e entreajuda entre profissionais, equipas e organizações, as equipas multidisciplinares, a prestação de cuidados centrada no doente e uma comunicação mais efetiva foram aspetos que, ao longo das entrevistas, foram referidos como aspetos a permanecer enraizados no sistema da organização e como tal indicador de reflexão e de aprendizagem de toda a organização. Observou-se que os novos procedimentos e processos de trabalho, o conhecimento adquirido ao nível individual, de grupo e da organização, continuaram a fazer parte do trabalho e da rotina da organização mesmo quando quem fez os planos já não se encontrava no comando dessa estratégia e quando tal acontece significa aprendizagem organizacional, através da consolidação do conhecimento nas rotinas e na estrutura da organização. Também, o desenvolvimento de atividades e de serviços que melhoram e respondem às necessidades dos profissionais, como o acesso ao apoio psicológico para os profissionais, apoio clínico por telefone em situações de dúvidas com doentes e até um espaço físico de venda de bens alimentares, foram processos de melhoria continua implementados e improvisação de soluções, sendo característicos do princípio do comprometimento com a resiliência das organizações altamente fiáveis e que conduzem a uma aprendizagem organizacional.

Os princípios das organizações altamente fiáveis parecem não ter servido apenas para resistir e reagir perante esta situação de imprevisibilidade e de incerteza, mas também para fazer a organização aprender e crescer ampliando o seu portfolio de respostas de gestão estratégica. Todas estas experiências e lições aprendidas transformadas em conhecimento permitiu a reflexão da organização em relação a estratégias a adotar perante situações semelhantes, como por exemplo, uma resposta mais em rede com as instituições coordenadoras, com os outros hospitais e com os cuidados de saúde. Também, os incentivos dados pela organização, como por exemplo o agradecimento dados nas redes sociais e o reconhecimento através de prémios dados aos profissionais que mais se destacaram no combate à pandemia e a partilha do conhecimento pelos profissionais dentro e fora do

Hospital foram estratégias de desenvolvimento da coordenação relacional que ajudam a fomentar uma cultura de reporte, um ambiente de confiança para os seus profissionais, característica das organizações altamente fiáveis (Reason, 1998). A formação dos procedimentos para a segurança dos profissionais e dos doentes e a revisão, monitorização e posterior reflexão sobre os novos processos é característico do princípio sensibilidade às operações das organizações altamente fiáveis e conduziram à captura de conhecimento e institucionalização de práticas que foram disseminadas, incorporadas e aproveitadas pelo coletivo, demonstrando uma aprendizagem organizacional (Argyris & Schön, 1978).

Relativamente às duas novas dimensões que emergiram nos resultados deste estudo, a antecipação e aceleração do desenvolvimento dentro da organização de saúde, esta surge pela necessidade imposta e que conduziu a uma mudança organizacional intensa, rápida e multidirecional, que se verificou no: desenvolvimento digital nas faturas eletrónicas na logística; na implementação das teleconsultas; implementação de uma solução de Hospitalização domiciliária; aquisição de novos equipamentos e infraestruturas previstas, mas, não fosse a emergência da situação, levaria muito mais tempo a acontecer. A pandemia foi, assim, uma oportunidade de rápida evolução na prestação de cuidados de saúde à distância. Por último, mas não menos importante, outra das dimensões encontradas e que não estava prevista com base na teoria foi a reatividade emocional. As respostas emocionais sentidas e vivenciadas pelos profissionais perante toda a imprevisibilidade dos acontecimentos, foram extremamente relevantes na sua capacidade de resposta individual e coletiva. O elemento psicoafetivo e social desencadeado por toda a situação pandémica vivida na organização e na sociedade conduziu a um efeito de respostas reativas perante sensações de stress, medo, incerteza, cansaço e ameaça. Estes elementos permitiram uma resposta adaptativa, através da flexibilidade e capacidade de adaptação que os profissionais demonstraram a novos procedimentos, tarefas, escalas, funções, espaços físicos, aumento de horas e de carga de trabalho.

Todas estas experiências, mudanças, novos processos e novas estratégias poderão contribuir para a melhoria da gestão dos serviços de saúde e da prestação de cuidados de saúde centrados no doente com equipas menos compartimentadas em termos de especialidades e mais multidisciplinares no tratamento personalizado de cada indivíduo.

4.1. Limitações do Estudo e Propostas de investigação futura

O âmbito de aplicação deste estudo limitou-se a um Hospital público da região de Lisboa, selecionado por conveniência do investigador e a amostra foi obtida por método intencional e estratégico, por serem pessoas que desempenharam papéis relevantes no contexto, admitindo que os mesmos pudessem de alguma forma representar a população, mas muitos outros profissionais tiveram papéis relevantes e que teriam algo a acrescentar, portanto as conclusões são limitadas à amostra do estudo.

Apesar de ter sido garantido o anonimato persiste algum receio havendo algum controlo sobre o que é dito. Também, o facto de nos encontramos em pandemia com restrições em termos presenciais trouxe limitações em termos de disponibilidade por parte dos profissionais. Para um desenvolvimento mais aprofundado deste tema, seria interessante dentro de um ano verificar se as aprendizagens, as mudanças, as novas formas de comunicação, as relações mais próximas e informais se ficaram cristalizadas na organização. Para tal, seria necessária uma amostra maior e com questionários que permitam avaliar a coordenação relacional, a aprendizagem organizacional e os princípios das organizações altamente fiáveis nas organizações de saúde no pós-pandemia. Neste estudo foi importante determinar os focos de investigação e estabelecer os contornos do estudo, pois existiam mais aspetos passíveis de ser estudados, como por exemplo: as reações emocionais à imprevisibilidade e sua importância na resposta adaptativa à situação e a gestão da mudança e da comunicação, que poderão ser objeto de investigação num futuro estudo de caso.

4.2. Contributos para a gestão

O estudo deste tema foi extremamente aliciante e enriquecedor pela sua abrangência e complexidade, não só por todo o trabalho de pesquisa, mas também pela análise dos documentos reunidos, da observação das alterações no terreno e das entrevistas realizadas.

Através do desenvolvimento do nosso trabalho compreendemos algumas das dificuldades na evolução dos processos e das estratégias nas organizações de saúde e porque é que é tão difícil o passar da teoria para a prática. As organizações de saúde e os organismos centrais que as controlam e dirigem estão envoltos em burocracias, comunicações pouco claras, abertas e efetivas. Penso que o caminho da gestão nestas organizações tem de estar: na simplificação dos sistemas de decisão; maior poder de decisão e autonomia a quem tem a expertise na situação; nas relações de bases mais informais e flexíveis numa comunicação mais efetiva; na humanização dos serviços; na interoperabilidade na saúde; no aumento das tecnologias de informação como forma de desbloquear processos burocráticos e simplificar processos; a utilização das redes sociais como canal de comunicação que permita aproximação com a população e aumento da literacia na saúde na comunidade envolvente.

A gestão de uma organização de saúde deve refletir na forma como se estrutura e funciona a centralização da prestação dos cuidados de saúde ao serviço do paciente, em vez de corporativismos, interesses pessoais e profissionais. Com este estudo espera-se o início de um percurso que permita contribuir para o desenvolvimento de estratégias e de mudança nas organizações de saúde do nosso país.

CONCLUSÃO

A pandemia por SARS-CoV-2 veio alterar, de forma inevitável, o panorama social e económico de toda a sociedade, provocando uma grande pressão nas organizações de saúde, que em pouco tempo tiveram de mudar a sua estrutura organizacional, o modo de coordenação do trabalho e os seus processos de trabalho como resposta adaptativa à situação de incerteza.

O estudo de caso foi realizado no Hospital Delta na região de Lisboa e com base na teoria das organizações altamente fiáveis, coordenação relacional e aprendizagem organizacional foram elaboradas nove padrões hipotéticos - Deferência para com a Expertise; Comprometimento com a Resiliência; Preocupação com a Falha; Relutância em Simplificar Interpretações; Sensibilidade às Operações; Cultura Organizacional; Coordenação Relacional; Estratégias de Desenvolvimento da Coordenação Relacional e Aprendizagem Organizacional – que emergiram nas dimensões encontradas na análise da resposta adaptativa do Hospital perante a situação de incerteza. Estas nove dimensões das onze encontradas permitem compreender parte do impacto dos processos de mudança e da eficácia da resposta do Hospital Delta, que ao funcionar e se organizar segundo estes princípios teóricos de referência, conseguiu conter o impacto da situação de crise e se organizar, formar equipas, promover relações próximas e informais, aumentar e melhorar a comunicação, resiliência, capacidade de adaptação, espírito de missão e de equipa, solidariedade e partilha de conhecimentos. O comprometimento com a resiliência que se verificou através da flexibilidade e capacidade de mudança dos profissionais, das equipas, dos espaços físicos alterados e criados de novo, permitiram uma resposta adaptativa à situação. A criação de equipas multidisciplinares alavancadas na liderança dos profissionais com a expertise, o espírito de missão e de objetivos partilhados entre os profissionais para dar resposta a esta situação, conduziram a mecanismos de coordenação de trabalho através de relações de bases mais informais, de diluição das especialidades e de respeito mútuo entre os profissionais. Ocorreu assim uma alteração dos mecanismos de coordenação do trabalho de uma padronização das qualificações para um ajustamento mútuo.

A flexibilização das fronteiras da função e as equipas multidisciplinares são características das estratégias de desenvolvimento da coordenação relacional e de uma cultura flexível das organizações altamente fiáveis. O desenvolvimento destes aspetos na gestão do Hospital foram fundamentais para centralização da prestação dos cuidados de saúde no doente. Também, a partilha de conhecimentos e experiências ocorreram através de uma comunicação mais frequente e objetiva através de reuniões multidisciplinares e dos canais de comunicação que procuraram criar relações de maior proximidade entre os vários setores da organização e com a comunidade. As reuniões são mecanismos de coordenação e permitiram desenvolver a coordenação e a integração de informação disponível

naquele momento e também o desenvolvimento de sistemas de partilha de informação aumentando a partilha de conhecimento entre os profissionais de uma forma mais uniforme, favorecendo uma comunicação mais eficaz, precisa e atempada e uma maior proximidade das relações interpessoais. A imprevisibilidade estimulou, assim, a alteração nas estratégias de comunicação no sistema da organização, promovendo uma coordenação do trabalho assente em bases de relações mais informais entre atores dentro e fora das organizações.

Das onze dimensões encontradas na análise dos dados e que ajudam a explicar os acontecimentos, duas não foram coincidentes com os padrões hipotéticos elaborados com base na revisão da literatura e que são a antecipação e aceleração do desenvolvimento dentro da organização de saúde e a reatividade emocional. A necessidade de garantir o distanciamento nas salas de espera conduziu a uma rápida evolução na prestação de cuidados de saúde a distância através das teleconsultas. Constatou-se ainda o impacto da reação emocional dos profissionais na resposta a uma situação de incerteza e na forma como foram capazes de reagir e de se adaptar perante as mudanças e as dificuldades, através de uma capacidade de resiliência e de flexibilidade. Estas duas dimensões encontradas, demonstram que podem existir mais referências teóricas que nos ajudem a analisar e perceber o funcionamento da capacidade de resposta adaptativa de uma organização de saúde perante uma situação de incerteza e que permitiu que esta mantivesse elevados padrões de qualidade e de efetividade na prestação dos cuidados de saúde.

O Hospital respondeu à situação de incerteza segundo os princípios funcionais das organizações altamente fiáveis, principalmente através do comprometimento com a resiliência e da deferência para com a *expertise*, alterando os seus mecanismos de coordenação do trabalho através da relação de objetivos partilhados, do conhecimento partilhado e do respeito mútuo entre os profissionais com base numa comunicação mais frequente e objetiva, resultando numa aprendizagem organizacional alavancada na experimentação organizacional, na criação de novos processos e na capacidade de adaptação e flexibilidade ocorrida na organização. A institucionalização de um número elevado de rotinas e de práticas implementadas, após a criação de novos procedimentos e protocolos, resultou numa aprendizagem não apenas individual, mas de toda a organização. Assim, a organização de saúde respondeu e incorporou respostas que geraram estabilidade e forças dinâmicas por meio da mudança, permitindo que se organizasse perante a necessidade de tratar e cuidar dos doentes e dos seus profissionais.

No atual mundo BANI, se as organizações de saúde conseguirem aprender com as respostas adaptativas aos contextos incertos e em contante mudança que as rodeiam, poderemos ter um sistema de saúde mais resiliente e com estruturas mais integradas e conectados, resultando numa prestação de serviço de qualidade mais centrada no doente.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Argyris C., & Schön D. (1996). *Organizational learning II: Theory, method, and practice*. Reading, MA: Addison Wesley
- Cunha, M. P., Rego, A., Cunha, R. C., & Cardoso, C. C. (2007). *Manual de comportamento organizacional e gestão*. 6.ª Edição, Lisboa: Editora RH
- Dey, I. (1993). *Qualitative data analysis – a user-friendly guide for social scientists*. London: Routledge.
- Ebneyamini, S., Reza, M., & Moghadam, S. (2018). Toward developing a framework for conducting case study research. *International Journal of Qualitative Methods*, 17, 1-11.
- Espanha, R.; Fonseca, R. B. (2010), *Plano Nacional de Saúde 2011-2016 – Tecnologias de Informação e Comunicação*, Alto Comissariado da Saúde, Versão de Trabalho.
- Espanha, R. (2020). A Literacia em Saúde e a Comunicação de Risco em Saúde Pública. *Comunicação Pública*, (Vol.15 nº 29). <https://doi.org/http://journals.openedition.org/cp/11303>
- Espanha, R., Nascimento, G e Nunes, F. (2020). Comunicação e organização em cuidados de saúde primários em contexto COVID19: duas histórias. *Cadernos de Saúde Societal – ISCTE-IUL*, 1:67-73.
- Garvin, D., Edmondson, A., & Gino, F. (2019). Is yours a learning organization? *Harvard Business Review*, Winter, 86-93.
- Gioia, D. A., Corley, K. G., & Hamilton, A. L. (2013). Seeking qualitative rigor in inductive research: Notes on the Gioia methodology. *Organizational Research Methods*, 16(1), 15-31. <https://doi.org/10.1177/1094428112452151>.
- Gittell, J. (2002). Coordinating Mechanisms in Care Provider Groups: Relational Coordination as a Mediator and Input Uncertainty as a Moderator of Performance Effects. *Management Science*. 48, 1408-1426.
- Gittell, J.H., D.B. Weinberg, A.L. Bennett e J.A. Miller (2008). Is the doctor in a relational approach to job design and the coordination of work? *Human Resource Management* 47(4), 729-755.
- Gittell, J.H. (2008). Relationships and resilience: care provider responses to pressures from managed care, *The Journal of Applied Behavioral Science* 44(1), 25-47.
- Gittell, J. (2009). *High performance healthcare: Using the power of relationships, to achieve quality, efficiency and resilience*. New York: McGraw Hill.
- Gittell, J., Seidner, R., & Wimbush, J. (2009). A Relational Model of How High-Performance Work Systems Work. <https://www.researchgate.net/publication/220520994>
- Gittell, J. H. (2016). *Transforming relationships for high performance: The power of relational coordination*. Stanford: Stanford University Press.

- Gittell, J. H. & Hajjar, L. (2019). Strengthening patient-centered care in the VHA: A relational model of change. *Journal of General Internal Medicine*, 34, 7-10.
- Gittell, J. H., Logan, C., Cronenwett, J., Foster, T. C., Freeman, R., Godfrey, M., & Vidal, D. C. (2020). Impact of relational coordination on staff and patient outcomes in outpatient surgical clinics. *Health Care Management Review*, 45(1), 12–20. DOI: 10.1097/HMR.000000000000192.
- Glouberman, S., & Mintzberg, H. (2001). Managing the Care of Health and the Cure of Disease—Part II: Integration: *Health Care Management Review*, 26(1), 70–84. <https://doi.org/10.1097/00004010-200101000-00007>
- Goh, S. C. (1998). Toward a learning organization: The strategic building blocks. Retrieved, June 3, 2021. https://www.researchgate.net/publication/284098152_Toward_a_learning_organization_The_strategic_building_blocks
- Harrison, M. I. & Shortell, S. M. (2020). Multi level analysis of the learning health system: Integrating contributions from research on organizations and implementation. *Learning Health Systems*, e10226. DOI: 10.1002/lrh2.10226.
- Marsick, V. J. & Watkins, K. E. (2003). Demonstrating the Value of an Organization`s Learning Culture: The Dimensions of the Learning Organization Questionnaire, *Advance in Developing Human Resources*, Vol. 5, Nº 2, 132 – 151.
- Mintzberg, H. (1995). *Estrutura e Dinâmica das Organizações*. Lisboa: Publicações Dom Quixote Lda.
- Mintzberg H., & Glouberman S. (2001). Managing the care of health and the cure of disease. Volume 26. p. 56-84.
- Mintzberg, H. (2005). Developing Theory about the development of theory. In Smith, K.G. & Hitt, M. A. (Eds.), *Great Minds in Management: The Process of Theory Development*: 355-372. Oxford: Oxford University Press.
- Mintzberg, H. (2012). Managing the Myths of Health Care. *World Hospitals and Health Services*. Vol. 48, No. 3: 4-7.
- Nascimento, G., (maio 2020). Estratégias de liderança em tempo de COVID-19. *Revista Executiva*. <https://executiva.pt/estrategias-lideranca-tempo-covid-19/>
- Nascimento, G., (abril 2021). Os “Gigadesafios” na Liderança das Unidades de Saúde, num Mundo BANI. *Executive Digest*. <https://executivedigest.sapo.pt/os-gigadesafios-na-lideranca-das-unidades-de-saude-num-mundo-bani/>
- Nunes, F. (1994). As Organizações de Serviços de Saúde: Alguns elementos distintivos. *Revista Portuguesa de Gestão*, 3-4, 5-28.
- Reason, J. (1990). *Human error*. United Kingdom: Cambridge University Press.
- Reason, J. (1998). Achieving a safe culture: theory and practice. *work and stress*, 12, pp. 293-306.

- Rochlin, I. (junho de 1996). "Reliable Organizations: Present Research and Future Directions". *Journal of Contingencies and Crisis Management*. 4 (2): 55–59.
- Schulman, P. R. (2004). General attributes of safe organizations. *Quality and Safety in Health Care*. 13, Supplement II, ii39-ii44.
- Sutcliffe, K., Paine, L., & Pronovost, P. (2017). Re-examining high reliability: Actively organising for safety. *BMJ Quality and Safety*, 26, 3, 248-251.
- Tolk, J. N., Cantu, J. & Beruvides, M. (2015). High reliability organization research: a literature review for health care. *Engineering Management Journal*, 27, 4, 218-237. https://www.academia.edu/19692965/High_Reliability_Organization_Research_A_Literature_Review_for_Health_Care.
- Watkins, K. e Marsick, V. (1993). *Sculpting the learning organization: Lessons in the art and science of systemic change*, Jossey-Bass, San Francisco.
- Watkins, E. e Marsick, V. (1996). *Inaction: Creating the learning organization*, American Society for Training and Development, Alexandria, VA.
- Weick, K. E. (1979). *The Social Psychology of Organizing*. New York: McGraw-Hill.
- Weick, K. E.; Sutcliffe, K (2001). *Managing the Unexpected - Assuring High Performance in an Age of Complexity*. San Francisco: Jossey Bass.
- Weick, K., & Sutcliffe, K. (2007). *Managing the unexpected: Resilient performance in an age of uncertainty* (2nd ed.). Jossey-Bass.
- Weick, K.E. & Sutcliffe, K. (2015). *Managing the unexpected: Sustained performance in a complex world*. New Jersey: John Wiley & Sons.
- Yang, B.; Watkins, K. e Marsick, V. (2004). The Construct of the Learning Organization: Dimensions, Measurement, and Validation, *Human Resource Development Quarterly*, vol. 15, N.º 1, 31-55. <http://assets.csom.umn.edu/assets/21929.pdf>
- Yeung, A.; Ulrich, D.; Nason, S.; Glinow, M. A. (1999). *Organizational Learning Capability: Generating and Generalizing Ideas with Impact*. New York: Oxford University Press.
- Yeung, J. F., Chan, A. P., Chan, D. W., Chiang, Y.H., Yang, H. (2013). Developing a Benchmarking Model for Construction, *Journal of Construction Engineering and Management*, (139), 6, 705-716.
- Yin, R. K. (2018). *Case study research and applications: Design and methods* (6th ed.). Thousand Oaks, CA: Sage.
- Unger, J.-P., Macq, J., Bredo, F., & Boelaert, M. (2000). Through Mintzberg's glasses: A fresh look at the organization of ministries of health. *Bulletin of the World Health Organization*, 78(8), 1005–101

ANEXOS

**Anexo A - Pedido de autorização para a realização do trabalho de
investigação**

PARECER DA COMISSÃO DE ÉTICA

Nº de identificação de registo 78/2020

TIPO DE ESTUDO: ESTUDO OBSERVACIONAL

TÍTULO DO ESTUDO:

"Aprender com a COVID-19, um sistema de saúde mais adaptativo"

Após reunião de 29 de Julho de 2020 tendo pareceres favoráveis da Unidade de Investigação Clínica (UIC), do Encarregado Protecção de Dados (EPD), estando o estudo de acordo com as normas de submissão impostas por esta CES, deliberou-se emitir parecer favorável sobre a realização do mesmo

Ouvido o Relator, o processo foi votado pelos Membros da Comissão de Ética para a Saúde do Hospital EPE presentes em reunião de 29 de Julho de 2020:

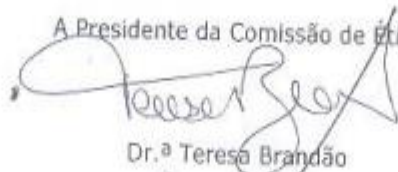
Presidente	Dr.ª Teresa Brandão
Vice Presidente	Dr.ª Renata Afonso
Vogais	Dr.ª Carla Cameiro
	Dr. Pedro Laranjeira
	Dr. José Tomé
	Enf.ª Josefina Granadeiro
	Pe. José Barros

Mais se declara que a Comissão de Ética para a Saúde do Hospital
Normas da Boa Prática Clínica.

, EPE, cumpre com as

Pelo exposto, emitiu-se a 29 de Julho de 2020, **Parecer Favorável**.

A Presidente da Comissão de Ética



Dr.ª Teresa Brandão

Anexo B - GUIÃO DAS ENTREVISTAS

1. Tabela IV -Guião da entrevista e os principais objetivos das questões

OBJETIVOS	CÓDIGO	QUESTÕES
Verificar de que forma a organização respondeu perante uma situação de incerteza e os resultados dessa resposta.	Q1	O que mudou desde que tomaram conhecimento do surto de COVID19 em Portugal? Pode contar-me a história, o encadear de acontecimentos, decisões, ações?
	Q2	Como entenderam a situação?
	Q3	Que alternativas foram consideradas?
	Q4	Que dificuldades enfrentaram?
	Q5	Que resultados obtiveram?
Verificar que relações se estabeleceram com outras entidades e o que se aprendeu com isso	Q6	Se houve articulação com outras entidades (nomeadamente, os ACES, DGS, Câmaras municipais, Bombeiros) novos protocolos e que lições foram aprendidas com outras entidades e com a comunidade?
Verificar a ocorrência de aprendizagem individual, de grupo e da organização. Se transmissão de conhecimento e estímulo à aprendizagem.	Q7	Que lições foram aprendidas? O que deveria ser mantido e aprendido para o presente e futuro da organização?
	Q8	Havendo uma situação de incerteza com a possibilidade de uma nova vaga, como está a ser pensada a programação das atividades e processos de trabalho?
	Q9	Ocorreram um acréscimo das formações dos profissionais relativo a manuseamento do material de proteção individual, equipamentos e novos procedimentos.
Verificar mudanças nos modos de comunicação (canais, clareza, abertura, eficiência) dentro da organização Hospitalar, entre os diferentes serviços e entre os profissionais (novos atores, mudança na frequência e rigor, mudança no conhecimento, respeito e objetivos mútuos).	Q10	O que foi feito em termos de organização do trabalho, espaços, pessoas, equipamentos, compras e protocolos? Quem foi envolvido?
	Q11	Na segunda / terceira vaga houve alguma mudança às alterações realizadas inicialmente (infraestruturas, circuitos, protocolos, recursos humanos) ao longo dos primeiros meses da pandemia? (Questão a ser colocada passado 1 ano)
	Q12	Que mudanças (fluxo, frequência, canais) ocorreram na comunicação interna e externa?
	Q13	Que mudanças ocorreram nas relações interpessoais dentro da organização?
Verificar mudanças nos modos de deteção e de resposta (ex. preocupação com a falha, relutância em simplificar interpretações, sensibilidade às operações, deferência para com a expertise, comprometimento com a resiliência).	Q14	Tratando-se de uma nova doença, sujeita a novos tratamentos e tratamentos experimentais se houve uma estratégia de reporte de falhas e também de bons resultados. Se houve e como decorreu a partilha de conhecimentos e de experiências?
	Q15	Se houve profissionais que assumiram posições de maior destaque e/ou de liderança (sem ter em conta as hierarquias existentes) por terem maior experiência ou conhecimentos no desenvolvimento de processos necessários à adaptação à situação de crise.

2. Procedimentos para a realização das Entrevistas

Todos os contactos com os vários participantes do estudo foram feitos individualmente e após a adesão à participação no estudo foi enviado email com a marcação do horário da entrevista individual e o link de acesso por zoom, devido às restrições da pandemia quanto ao contacto presencial. Informou-se sobre o contexto e objetivos da realização do presente estudo e a importância da sua colaboração para o sucesso do trabalho. A duração de cada entrevista foi cerca de 20/30 minutos, tendo todas elas sido realizadas por via online. Foi solicitada aos participantes autorização para que as entrevistas pudessem ser gravadas, para posterior transcrição e análise detalhada.

A todos se garantiu que a confidencialidade do processo de recolha de dados, não figurando nomes dos participantes nem o nome da instituição em estudo.

Anexo C - TRANSCRIÇÃO DAS ENTREVISTAS

TRANSCRIÇÃO DA ENTREVISTA N.º 1 (E1)

Q1 - O que mudou desde que tomaram conhecimento do surto de COVID-19 em Portugal? Pode contar-me a história, o encadear de acontecimentos, decisões, ações?

Inicialmente quando se começaram a ouvir as primeiras notícias era de que não chegaria a Portugal. Quando começaram as notícias do número de mortes em Itália e o PPCIRA entra em ação, surge um sentimento de grande angústia, insegurança, uma procura de começar a organizar, de distinguir 2 circuitos no Hospital, um circuito de COVID-19 e outro não COVID-19.

Foi necessário criar 2 áreas distintas com recursos próprios: recursos humanos; circuito de doentes; elevador COVID-19; desinfecção dos espaços quando passava o doente COVID-19.

Criaram-se espaços distintos: COVID-19 positivo; COVID-19 suspeitos a aguardar teste; COVID-19 negativo. Na unidade dos cuidados intensivos (UCI) foi dada formação em EPI e foram criadas equipas multidisciplinares: médicos da pneumo, infecto e medicina interna.

Q2-Como entenderam a situação?

Foi necessária uma adaptação rápida, as definições foram mudando.

O teste COVID-19 inicialmente demorava 48h a ser analisado. A saúde pública e o SINAVE tiveram de criar equipas para seguir telefonicamente estes doentes.

Foi ainda necessário no Hospital formar os profissionais que estavam nos covidários, sobre como se protegerem e o que fazer no caso do doente testar COVID-19 positivo.

No bloco operatório ficaram 2 salas para operar doentes COVID-19, com circuito físico de entrada e saída do bloco próprios e distintos dos não COVID-19.

No serviço de cirurgia destaca-se uma duplicação de recursos: urgência COVID-19; urgência não COVID-19.

Q3-Que alternativas foram consideradas?

No serviço houve uma sensação de pânico/medo generalizado em toda a equipa.

-Foi necessário dividir a equipa em 2 grupos para virem ao Hospital menos vezes.

-As reuniões deixaram de ser presenciais e passaram a ser por zooms e teams.

-Criou-se um documento que tentou replicar ISBAR para garantir que não se perde informação dos doentes nas passagens de turno da urgência externa e interna.

-Houve reajuste dos tempos operatórios devido aos recursos desviados para COVID-19, e assim uma diminuição casuística cirúrgica. Operava-se apenas neoplasias que não necessitavam da UCI no pós-operatório. Os doentes com necessidade da UCI só eram operados se houvesse vaga.

-Alteração de Espaço: Salas de reuniões passaram a ser usadas também para sala de refeições para não haver tantas pessoas ao mesmo tempo nas salas de refeição.

-Ficou uma enfermaria a menos para poder desviar enfermeiros para a área COVID-19.

Q4 - Que dificuldades enfrentaram?

Doentes da cirurgia que entravam pelo serviço de urgência, aguardavam o resultado do teste COVID-19 numa zona de contenção criada na ortopedia. Em caso negativo os doentes vão para o internamento do serviço. Se for positivo vai para as áreas dedicadas a COVID-19 os cirurgiões é que vão a essas áreas (em serviços médicos) ver os doentes.

Nos equipamentos/compras: EPI; ventiladores (invasivos e não invasivos); ofertas da comunidade para equipamento de proteção não EPI para as enfermarias (agora já são comprados)

Q5-Que resultados obtiveram?

Durante o confinamento foi difícil, mas conseguimos controlar em termos de necessidades de ventiladores.

Na fase de desconfinamento definiu-se a quota de doentes COVID-19 que o Hospital poderia tratar. Os restantes COVID-19 a precisar de UCI deveriam ser transferidos para UCI externas, fora de Lisboa, onde há UCI para COVID-19.

Transferência de doentes de casos positivos que não podem ainda estar em casa para Hospital Militar.

Q6-Que lições foram aprendidas? O que deveria ser mantido e aprendido para o presente e futuro da organização?

Primeira fase – difícil ter sido possível fazer diferente ; Segunda Fase – Os hospitais do SNS deveriam funcionar mais em rede. Não há um organismo que centralize essa informação e tenha capacidade de decidir centralizar para onde o doente vai. A arquitetura dos hospitais, não só no nosso caso, está mal concebida porque não permite estabelecer 2 circuitos estanques. Arquitetura do Hospital diferenciada pode levantar questões importantes de custos e não poder usar economia de escala.

Transcrição da Entrevista n.º 2 (E2)

Q1 - O que mudou desde que tomaram conhecimento do surto de COVID-19 em Portugal? Pode contar-me a história, o encadear de acontecimentos, decisões, ações?

Resposta: Inicialmente quando começaram a aparecer as notícias que poderia o vírus chegar a Portugal, no final de fevereiro, foi criado um grupo de trabalho – grupo de trabalho COVID-19 – que

englobava várias pessoas e vários departamentos. Do departamento da Qualidade (X), da Urgência o Enfermeiro chefe do Serviço de Urgência Geral com o diretor do Serviço de Urgência, da área da Gestão e da Direção Clínica a e da direção da enfermagem o enfermeiro (Y). Este grupo mais o profissional responsável pelos Intensivos e gestão de camas ficou responsável de preparar os serviços e o Hospital para dar resposta à pandemia. Inicialmente a primeira vertente foi a parte dos equipamentos de proteção individual, que foi complicada de prever qual a quantidade necessária. Já passamos por várias possíveis pandemias ao longo dos anos em que este Hospital existe, e na urgência todos os anos surte algum surto de alguma doença que implica reorganização de espaço e utilização de equipamento de proteção individual. Mas este foi acima de todas as nossas expectativas, não se pensava que levasse a uma necessidade de reorganização do Hospital desta dimensão. Fizemos uma previsão de equipamento de proteção individual para 6 meses que não chegou para 2 meses sequer. A previsão que nós tínhamos, foi a previsão que fizemos para o ébola que nunca se chegou a gastar sequer o material. Ainda tínhamos material em stock de há 5 anos, quando foi feito um plano de contingência para o caso de haver algum surto de ébola em Portugal.

Portanto inicialmente foi organizado este grupo de trabalho para reorganizar a urgência e outros serviços, quais os serviços que iriam receber os doentes e foi definida como é que a urgência iria trabalhar. Entre a última semana de fevereiro e a primeira semana de março decidiu-se que o Hospital de Dia de Medicina teria de ser deslocado da zona onde estava, pois era uma zona que o serviço de urgência já conhecia. Aquele espaço do contentor foi criado inicialmente para a urgência, quando houve obras no serviço de urgência há 10 anos, para a urgência funcionar durante as obras. Depois apos a obra foi alocado a varias funções, sendo a última a de Hospital de Dia de Medicina. Como no serviço de urgência já conhecíamos aquele espaço, no espaço de uma semana alocamos aquele espaço todo para o atendimento ambulatorio COVID-19.

Q3 - Que alternativas foram consideradas?

Inicialmente o que tinha sido previsto é que a urgência não tivesse serviço de internamento COVID-19. No final da primeira semana com o número de casos a aumentar constatamos que era impossível a urgência não ter parte do serviço de urgência com doentes com suspeita ou positivos à espera de vaga nos serviços. Nessa semana decidiu-se dividir o serviço de urgência ao meio. Pusemos o serviço de a e o serviço de urgência 2 para doentes que não fossem COVID-19, e o serviço de urgência 3 e serviço de urgência 4 para doentes COVID-19 que é como se mantém a este momento.

Em termos de materiais fizemos a previsão dos EPI que se esgotou rapidamente, foi também criado um backup de trabalho do COVID-19, em que fiquei eu mais o enfermeiro João e o Dr Paulo Freitas responsáveis por prever o futuro em termos de materiais, de equipamentos de proteção individual que iríamos necessitar para a pandemia. Comprou-se muito material que nós numa atividade normal

não necessitaríamos, principalmente equipamento intensivo, e sentimos muita dificuldade em comprar porque muitos hospitais também estavam a tentar comprar, e tivemos de gerir todo o material que tínhamos mais rigorosamente e selecionar a tipologia de doentes que poderiam ter acesso a esses tratamentos e materiais.

Q4 - Que dificuldades enfrentaram?

Em termos de urgência mudou muita coisa, em termos de recursos humanos tivemos de realocar médicos, enfermeiros a outras atividades, nós não crescemos em números de enfermeiros e auxiliares. Médicos houve uma fase que aumentou, mas muito à base de internos das especialidades que não fizeram os estágios. Mas enfermeiros e auxiliares os serviços não aumentaram capacidade, o que fizemos foi atividades de enfermagem de alguns espaços em que em vez de estar 2 enfermeiros ficava só um, e foram realocados para as áreas COVID-19. O que nós constatamos e não estávamos à espera, é que não se consegue deixar alocado aos profissionais o mesmo número de doentes que se deixava na zona não COVID-19 (zona limpa). Tivemos de colocar mais médicos e mais enfermeiros para um menor número de doentes. Porque é difícil de trabalhar com o equipamento individual. Demoram mais tempo a colocar o equipamento e a retirar e demoram mais tempo a fazer uma tarefa ou um procedimento clínico que na zona limpa por ex demoraria 10 min e na zona COVID-19 pode demorar 20 a 30 min. Isto criou imensos problemas e ainda está a criar. Já tentámos contactar mais profissionais, mas está a ser difícil porque todos os hospitais estão a contratar. E o que estamos a verificar é que para este inverno de 2020 vamos precisar de mais profissionais para fazer face a esta pandemia. A urgência da Amadora está habituada a trabalhar com 80 a 90 doentes no máximo, e agora com 40 doentes parece que estamos no máximo. Hoje por exemplo temos 42 doentes internados e temos a sensação de que estamos acima da capacidade de internamento. No inverno com a mesma equipa consigo ter 70 doentes estando no limite, mas conseguimos trabalhar, e agora com 40 50 doentes torna-se muito difícil trabalhar.

Q5- Que resultados obtiveram?

Resposta – Os enfermeiros foram realocados para o SIP que cresceu em número de camas, os cuidados intensivos absorveram todos os enfermeiros do bloco, outros foram reforçar os serviços COVID-19 de Medicina 1 e Medicina 2 e a urgência teve de se reinventar. A urgência procura ser flexível com os profissionais e com os doentes. Mas não foi possível trazer enfermeiros e auxiliares para o serviço da urgência. Médicos foi possível através dos internos, mas agora voltaram aos estágios das especialidades e ficamos sem eles.

Desde o início de março até agora, dos 250 profissionais entre enfermeiros e auxiliares do serviço de urgência apenas 10 tiveram COVID-19. Ao longo destes 4 meses foram apenas 10 profissionais que

são cerca de 3 a 4% da capacidade e isto muito à base de uma chefia muito autoritária. O tipo de chefia teve de mudar, não é muito compreensiva na não utilização do EPI e controla se os profissionais usam o EPI corretamente e se nos espaços de pausa mantêm a distância de segurança e da máscara cirúrgica. Aqui a liderança mudou muito no sentido do material. Procuramos garantir que não falte material e isso foi uma luta com o departamento de logística que não percebiam o porquê de se estar a esgotar o material e não podermos esperar mais um dia ou dois para que o material chegasse. Isto foi uma novidade para todo o Hospital, pois abrangeu todos os serviços e todos os profissionais o que não estávamos habituados e envolveu não só os clínicos, mas, também a parte de logística e de armazém que não estavam habituados a este tipo de pressão e de necessidade de garantir os materiais e as condições de trabalho aos profissionais. Foi transformador no sentido que envolveu um esforço grande por parte de todos, desde administrativos aos da gestão que tiveram uma pressão acrescida para dar resposta.

Q6 - Se houve interligação com outras entidades (nomeadamente, os ACES, DGS, Câmaras municipais, Bombeiros) novos protocolos e que lições foram aprendidas com outras entidades e com a comunidade?

Resposta – Temos 2 ACES principais aqui na zona que são o ACES da Amadora e o ACES de Sintra. Temos muita dificuldade em ter alguma relação com os ACES, porque eu também percebo que eles têm muitas limitações, principalmente o ACES da Amadora em termos de Recursos Humanos e em termos de adaptação a estes novos circuitos. Mas nós em termos de Hospital não contamos muito com a ajuda dos ACES. A urgência adaptou-se à nossa procura de doentes e o Hospital adaptou-se à procura dos doentes ao Hospital. A sensação que tivemos é que substituímos um bocadinho os ACES. A ajuda principal que tivemos foi da câmara de Sintra mais em termos monetários para compra de materiais. Em termos de circuitos de doentes eles não nos absorveram, não houve aumento rápido de espaço de consulta para estes doentes aliás os centros de saúde reduziram as consultas todas e nem admitiam sequer estes doentes. Foram criadas os ADCs na comunidade já tardiamente já estávamos no meio da pandemia quando foram criados esses ADCs para fazerem os testes. Inicialmente a linha Saúde 24 enviava todos os casos de suspeita COVID-19 para fazer os testes no serviço de urgência. No início de pandemia não contamos muito com a ajuda deles. Neste momento da parte do serviço de urgência com os ACES não houve nenhuma interação ou protocolo.

Q8 - Havendo uma situação de incerteza com a possibilidade de uma nova vaga, como está a ser pensada a programação das atividades e processos de trabalho? Neste momento existe um decréscimo de casos COVID-19, e temos vagas para receber estes doentes. Em termos de pandemia neste momento está controlado. O que estamos a fazer para o futuro, estamos em reuniões para

alargar o espaço de atendimento COVID-19. Neste momento temos um circuito separados de doentes COVID-19 e não COVID-19, mas que se cruza em que o doente internado tem de sair pela rua para entrar dentro do internamento. Este foi o circuito possível de montar em 15 dias que agora queremos mudar com melhores condições para os profissionais e os doentes. Queremos separar completamente tanto o internamento como o ambulatório do serviço de urgência convencional. Estamos a analisar qual a melhor zona para colocar um novo contentor, para separa tanto o internamento como o ambulatório do serviço de urgência convencional. A ideia é que o atual contentor que neste momento serve de ambulatório passe a internamento do SO com doentes suspeitos ou doentes positivos a aguardar vaga ou a serem estabilizados. Assim libertaria o atual SO3 e 4 para doentes limpos.

Neste momento em termos de triagem o administrativo faz as perguntas e depois dividimos os doentes consoante as respostas às perguntas e o enfermeiro da triagem volta a fazer o inquérito e se considera que o doente é mesmo para a área COVID-19 e manda para área COVID-19. A área COVID-19 neste momento é o contentor que serve de ambulatório e é esse espaço e circuito que queremos melhorar. Nós neste momento reduzimos a capacidade do serviço de urgência em muitas camas e o que queremos é chegar ao inverno e ter capacidade instalada para podermos absorver os doentes e não entrarmos em rutura. Assim o ideal é um contentor para o serviço de urgência e colocar outro contentor para ambulatório. Já existem projetos em termos de área ambulatória COVID-19 para podermos analisar se é o que queremos. Se assim for as obras irão arrancar o mais rápido possível para podermos separar os circuitos totalmente. A ideia é que a urgência normal que nós temos volte a existir, ou seja volte a ter o serviço de urgência1, serviço de urgência2, serviço de urgência3 e serviço de urgência4 normal. Temos a área ambulatória normal para doentes limpos e depois ter os outros 2 contentores, um da área de internamento e outro da área de ambulatório para os doentes COVID-19. A expectativa é de haver um surto em meados de outubro e haver imensos doentes a chegar com patologia respiratória.

Questão 4- Que dificuldades enfrentaram?

Resposta: A falta de recursos humanos era possivelmente o maior obstáculo e tínhamos 2 opções, ou desativávamos zonas da área limpa, não deixamos a área limpa crescer em termos de internamento, porque temos uma capacidade para 55 doentes da área limpa, que pode chegar aos 75 doentes. Mas não é possível ter 75 doentes não COVID-19 e mais 20 doentes suspeitos de COVID-19. Não pode subir acima do que era a nossa capacidade instalada, aliás tem de ser um pouco menos porque os doentes COVID-19 necessitam de um maior número de profissionais afetos à área.

Ou o Hospital consegue contratar profissionais e conseguimos ter tudo aberto. Mas, não tenho expectativas de conseguir ter o número de enfermeiro aumentado, pois todos os hospitais estarão agora a contratar. Neste momento no serviço de urgência temos menos 14 enfermeiros do que aquilo

que devíamos ter, isto sem contar com o aumento necessário para as áreas COVID-19. Para manter uma área limpa totalmente aberta e criar uma área COVID-19 nova eu necessitaria de mais 40 enfermeiros (os 14 que faltam, mais os necessários para uma área COVID-19 nova). O que dificilmente o Hospital vai ter mercado para contratar 40 enfermeiros para o serviço de urgência mais os que necessita de contratar para o resto do Hospital que são cerca de 50 a 60 enfermeiros.

Na realidade não tendo aumento de profissionais vou ter de afetar os que tenho às áreas e se calhar ter de bloquear algumas áreas limpas para afetar os profissionais na área COVID-19 se tiver um grande aumento destes doentes. Portanto a gestão dos espaços vai ter de ser muito flexível. Neste momento não se consegue programar um mês o que seria o ideal. É semana a semana que programamos os recursos humanos para as áreas.

Q7 - Que lições foram aprendidas? O que deveria ser mantido e aprendido para o presente e futuro da organização?

Resposta: Há vários aspetos que não podem de modo algum voltar para trás. Os espaços dedicados a serviços de urgência que estão previstos para pandemias ou catástrofes não podem ser ocupados por outras atividades, como costuma acontecer quando se vê que existe ali um espaço vazio. O espaço tem de estar liberto para numa situação de pandemia ou catástrofe poder ser utilizado. Com a logística já foi falado que é necessário que haja uma memória escrita de todo o equipamento de proteção individual que é necessário ter assegurado para 3 meses. O procedimento de compra contínua destes materiais já tem de estar fixo e fácil de aceder, porque este foi um dos grandes problemas que tivemos. Nós para além de não sabermos quanto tínhamos de comprar, não tínhamos procedimentos rápidos para comprar este material. O que criou dificuldades inicialmente.

Os espaços para situações como esta têm de estar libertos e mesmo que sejam usados durante um período para outra atividade a estrutura não pode ser mudada. Materiais e equipamentos não podem ser realocados a outras áreas mesmo que isto custe um acréscimo dos custos ao Hospital por ter material parado, mas para não correremos o risco de andar a comprar material à pressa e mais caro pois acabamos por comprar monitores e desfibrilhadores ao dobro ou o triplo do preço. Não podemos comprar quando estamos com muita necessidade, este material tem de estar previsto, porque senão estamos a gastar o dobro ou o triplo do dinheiro. Há material que temos de ter já preparado para não sermos apanhados com poucos recursos e muita necessidade.

3 lições essenciais:

- **Recursos humanos:** não deixar os recursos humanos nos mínimos (abaixo do que é recomendado) porque depois não temos profissionais suficientes para fazer face às necessidades dos doentes;
- **Materiais e equipamentos** não podem estar nos mínimos e verificar se os materiais estão obsoletos;
- **Espaços** dedicados a estas áreas têm de estar livres e equipados convenientemente.

Transcrição da Entrevista n.º 3 (E3)

Q1 –O que mudou desde que tomaram conhecimento do surto de COVID-19 em Portugal? Pode contar-me a história, o encadear de acontecimentos, decisões, ações?

Resposta: Na primeira quinzena de março o conselho de administração enviou um email para os vários diretores dos serviços de apoio a pedir para definirmos atividades e serviços que eram essenciais permanecerem para os utentes e também para definirmos equipas mínimas para garantir que essas atividades fossem feitas. No departamento financeiro tínhamos de garantir que qualquer pagamento que fosse urgente tinha de ser feito, por transferência ou por caixa. Tínhamos de garantir ter sempre aqui alguém a garantir os pagamentos por caixa e garantir que todas as transferências eram feitas. Sabíamos que iam ser necessárias várias compras de um dia para o outro e a maior parte dos fornecedores disseram que só forneciam os EPIs em pronto pagamento o que não era normal acontecer. Nesta fase praticamente tudo o que foi comprado foi a pronto pagamento.

Pediram para definir essas tarefas e quais as pessoas que ficavam no serviço para as garantir. Com as escolas fechadas grande parte do departamento financeiro teve de ir para casa. Tivemos de garantir condições para as pessoas trabalharem em teletrabalho a partir de casa. Tiveram a ver com a informática qual a necessidade de portáteis com os colaboradores e aqueles que iam utilizar portáteis pessoais garantiram a instalação de VPNs para trabalharem a partir de casa.

Q10 - O que foi realmente feito (organização do trabalho, espaços, pessoas, equipamentos, compras, protocolos)? Quem foi envolvido?

A chefe da contabilidade e o diretor financeiro teriam de estar semana sim semana não e os restantes 12 membros definimos escalas em que tinham de estar sempre 2 pessoas no Hospital para dar apoio. Uma das primeiras coisas que fizemos foi contactar os fornecedores e informar que não havia atendimento presencial e o atendimento tinha de ser feito pelo telefone ou pelo email. E pedimos para nos enviarem a documentação, faturas em formato eletrónico, pois recebemos centenas de faturas por dia. As duas pessoas que cá estavam a garantir o funcionamento do serviço o que faziam era digitalizar as faturas que se recebiam ainda em papel e reencaminhado para as pessoas do serviço que iam tratar da documentação. Pois continuávamos a reportar mensalmente a informação para o ministério da saúde, para a direção geral do orçamento e tudo isso não parou. Tínhamos de garantir alguma normalidade no serviço para no final do mês reportarmos a estas entidades. Todos os meses também tinham de ser feitas as declarações à atividade tributária e tivemos de garantir isso. Tínhamos sempre 3 pessoas (2 pessoas mais o diretor financeiro ou a chefe da contabilidade) no serviço no Hospital. Os restantes em teletrabalho e funcionou apesar de ter havido algum atraso, mas que esperamos recuperar até ao final do ano.

Q8 – Havendo uma situação de incerteza com a possibilidade de uma nova vaga, como está a ser pensada a programação das atividades e processos de trabalho?

Resposta: Em princípio vai ser tudo feito da mesma forma se as escolas também fecharem. Porque verificamos que funcionou. Até tínhamos um projeto no Hospital de melhoria de rede e, portanto, esperamos nessa altura já devemos ter a melhoria de rede.

Q4- Que dificuldades enfrentaram?

Agora houve algumas alterações em termos de *reporting*, em que isto complicou muito em termos financeiros pois agora o reporte para a execução orçamental temos de identificar tudo o que é para tratar COVID-19 e o que é COVID-19 para regressar à normalidade. Em termos de serviço a perspetiva deve ser muito idêntica.

Q5 - Que resultados obtiveram?

Em termos de fornecedores ganhou-se muito em recebermos a documentação digitalmente, mas já era um objetivo que toda a faturação fosse feita digitalmente. A fatura eletrónica era suposto já ter em vigor há uns anos atrás nos hospitais e isto veio acelerar um pouco mas continuamos a receber alguma documentação em papel.

Q6 - Se houve interligação com outras entidades (nomeadamente, os ACES, DGS, Câmaras municipais, Bombeiros) novos protocolos e que lições foram aprendidas com outras entidades e com a comunidade?

Em termos de ACSS e da direção geral do orçamento também estavam em teletrabalho e o contacto não alterou muito pois costumava ser por email. O que mudou foi o reporte para a tutela que tinha de estar bem identificado os que eram por motivo do COVID-19 pois houve um acréscimo significativo de materiais de consumo clínico, principalmente de EPIs. Mas como reduziram outras atividades houve também uma poupança noutras áreas. Para o próximo ano está a ser feito o orçamento para 2021 e está previsto que impactos o COVID-19 vai ter na despesa do Hospital. O teletrabalho seria bom, mas não pensamos em usar este modelo futuramente.

Q7 - Que lições foram aprendidas? O que deveria ser mantido e aprendido para o presente e futuro da organização?

Ninguém estava preparado, foram meses complicados e passamos todos a usar máscara dentro do Hospital. Em termos de organização de trabalho adaptamo-nos bem, houve só algum atraso no fecho mensal contabilístico, mas nada que nos preocupe e possível de recuperar até ao final do ano.

Transcrição da Entrevista n.º 4 (E4)

Q1 - O que mudou desde que tomaram conhecimento do surto de COVID-19 em Portugal? Pode contar-me a história, o encadear de acontecimentos, decisões, ações?

Quando começou a pandemia ainda estava na direção clínica e a partir de dia 11 de março fiquei apenas como presidente do conselho de administração. Inicialmente tentámos criar internamente uma equipa multidisciplinar para avaliar as mudanças necessárias criar na instituição e a sua implementação. Avaliar o que podíamos fazer e depois ficar um grupo envolvido também na implementação dessas mudanças. O grupo foi criado não sem dificuldades na sua prática diária porque acaba por ser difícil ter grupos sem poder executivo a trabalhar dentro de uma instituição porque nem todas as ideias que têm, principalmente as que têm a ver com investimentos ou com mudanças com custos para o Hospital ou com grandes alterações na sua metodologia de funcionamento podem ser implementadas com facilidade. No fim de contas acaba por ser mais um grupo consultivo, o que torna a dinâmica complicada porque as pessoas têm a expectativa de ter um poder mais executivo e de colocar as ideias em prática o que nem sempre é possível e às vezes a expectativa das equipas é difícil de gerir nesse aspecto. O grupo de trabalho não foi sempre o mesmo tendo sofrido alterações tal como o âmbito de acção também sofreu alterações conforme fomos deparando com problemas que fomos identificando ao longo das mudanças que tentámos implementar. No grupo estava representado a direcção clínica, a direcção da enfermagem, o PPCIRA, direcção da qualidade, alguns elementos das compras e da logística bem como das instalações e equipamentos (por causa de mudanças com estrutura do Hospital ou com equipamentos que tinham de ser adquiridos).

Q10-O que foi realmente feito (organização do trabalho, espaços, pessoas, equipamentos, compras, protocolos)? Quem foi envolvido?

O que tentamos fazer antes das normas da DGS foi implementar circuitos independentes para os doentes COVID-19 tanto no serviço de urgência como no internamento. Por isso, quando a DGS emitiu essas normas nós já tínhamos grande parte das alterações implementadas internamente. As normas da DGS foram em grande parte uma cópia daquilo que se fazia na prática dos hospitais e, portanto, não houve grandes surpresas naquilo que nos foi imposto na maior parte das áreas. Esse grupo de trabalho trabalhou essencialmente nos circuitos internos dos doentes dentro do Hospital e na definição de alterações estruturais que tinham de ocorrer para depois pôr em prática esses circuitos que estavam principalmente definidos para a consulta externa ao nível do internamento com definição das áreas onde íamos internar os doentes COVID-19 separadas dos doentes não COVID-19 e também para os vários serviços de urgência (geral, pediátrica, ginecologia/obstetrícia) e para o SUB de Algueirão e Mem Martins. Esses circuitos foram definidos e o serviço de instalação e equipamentos

fez as alterações necessárias fazer. Encontramos soluções internas e só agora é que estamos a preparar soluções para o exterior para o inverno.

Definiu-se ainda as regras de utilização dos equipamentos de proteção individual nas várias áreas do Hospital desde os serviços administrativos, *backoffice* em que não há contacto com doentes e até às áreas de tratamento dos doentes COVID-19 quer nas urgências, internamento e UCI. E trabalharam numa estreita articulação com o serviço de compras e logística para terem sempre disponíveis os EPIs nas várias fases da pandemia. O mesmo aconteceu com os equipamentos nomeadamente os de ventilação evasiva que os serviços identificaram para a expansão da sua atividade com os doentes COVID-19. Este grupo de trabalho definiu várias fases de um plano de contingência para abordar a pandemia e nessas várias fases estavam incluídas a expansão do internamento da enfermaria e a expansão dos cuidados intensivos para várias áreas que habitualmente não são ocupadas por internamentos médicos ou por internamento de doentes respiratórios na enfermaria ou que não são habitualmente ocupados por medicina intensiva para podermos dar resposta às necessidades da população. Portanto o plano foi definido, contava também com alguma colaboração dos outros hospitais LVT e com a coordenação da ARSLVT que foi um dos principais calcanhares de Aquiles da resposta à pandemia e foi implementado de acordo com as fases que íamos encontrando e com as necessidades da instituição. Foram também identificados progressivamente pelos serviços as necessidades de recursos humanos e aí a capacidade de resposta do Hospital é mínima nós não temos autonomia para contratar recursos humanos, o que depois veio a mudar um pouco a legislação e com a possibilidade de no âmbito COVID-19 contratar alguns tipos de recursos humanos, alguns grupos profissionais que habitualmente não temos autonomia mas que não inclui os médicos que foi também aqui o grande problema da nossa resposta em termos de recursos humanos.

Q12 - Que mudanças (fluxo, frequência, canais) ocorreram na comunicação interna e externa?

A comunicação como sabem é sempre uma tarefa muito delicada numa instituição como é um Hospital, no nosso caso, nós costumamos utilizar os boletins informativos que são enviados a todos os profissionais por mail e que são publicados na intranet e esse é o meio privilegiado de comunicação. O outro meio de comunicação acaba por ser a documentação no âmbito da qualidade, portanto o serviço da qualidade e segurança é responsável pela gestão documental do Hospital e nesses documentos do Hospital coordenados pelo serviço de qualidade nos inserimos todos os procedimentos e instrumentos de trabalho e documentos de apoio, documentos informativos nos mais diversos âmbitos e neste caso no âmbito da pandemia COVID-19. Por exemplo a utilização dos EPIs e etc. Aproveitámos os canais de comunicação habituais, não criamos nenhum canal específico. Depois a terceira linha de comunicação é o próprio gabinete de comunicação em que em articulação com o conselho de administração se definem os posters, tudo o que é exposto para os utentes e para

os profissionais, os avisos e etc. Que são publicados tanto nos ambientes de trabalho como aquilo que é exposto e impresso em painéis nos vários sítios estratégicos do Hospital.

Q3 - Que alternativas foram consideradas?

Antes temos de distinguir 3 urgências principais: a geral, a pediátrica e a de ginecologia /obstetrícia. Depois o SUB é uma urgência que funciona em Algueirão Mem Martins, aquilo são contentores pré-fabricados que têm condições bastante boas de funcionamento e geralmente não levanta tantos problemas nem dificuldades. A urgência pediátrica organizou-se nas suas instalações habituais com duas vias independentes com uma pré-triagem e teve de março até agora um decréscimo enorme na procura (até ao mês passado a diminuição de episódios era de 27 %). Isto permitiu que as instalações que são muito pequenas conseguissem responder às necessidades dos utentes na área COVID-19 e na área não COVID-19. A urgência geral tem bastante espaço, mas que teve de se reorganizar nas áreas dos SOS e isso fez com que pontualmente nós tivéssemos dificuldades em manter no serviço de urgência doentes ora COVID-19 ora não COVID-19 isto porque nos tentamos que a separação entre a área COVID-19 e não COVID-19 nos SOS não fosse rígida. Aquilo é uma estrutura de pladur que nós podemos movimentar de acordo com a necessidade e quando tivemos maior procura de doentes COVID-19, nós tivemos aqui no nosso Hospital 2 picos, um pico no início de abril e outro em junho o que é uma situação um pouco diferente daquela que o Hospital Santa Maria teve. Porque temos um dashboard da ARSLVT e eu acompanho dos hospitais todos e Santa Maria e não houve uma diminuição da procura nem uma diminuição dos doentes internados como nós tivemos.

Q4 -Que dificuldades enfrentaram?

Voltando à urgência essa estrutura de pladur permitia-nos aumentar ou diminuir a zona COVID-19 mantendo os circuitos separados. O problema é que tivemos momentos e situações em que para além do aumento da procura COVID-19 também aumentou a procura dos doentes não-COVID-19 e o espaço não era o suficiente para dar resposta a ambas tipologias de doentes e esse foram os momentos de maior stress ao nível da urgência porque não conseguiam comportar todos os doentes e não conseguiam transferi-los para os serviços porque a nossa urgência também funciona de uma maneira diferente da de Santa Maria, enquanto Santa Maria liberta os doentes para macas nos serviços nós temos as macas todas nas urgências e portanto o serviço de urgência acaba por ficar em sobrecarga com muito mais facilidade do que nos hospitais em que isto não acontece. Daí que nós para o inverno estejamos a prever para estas duas urgências a instalação de contentores no exterior da urgência para aumentar a nossa capacidade de resposta. Estamos agora a ver as várias hipóteses de solução que tem de se encaixar entre a pediátrica e a geral que são no mesmo sítio. A urgência de

ginecologia/obstetrícia foi a mais complicada porque tem uma estrutura física que é muito difícil de criar circuitos independentes dentro daquela urgência e de facto pontualmente houve problemas de positividade nos doentes que tinham passado nas zonas limpas e pontualmente foi bastante complicado, mas conseguimos resolver nomeadamente drenando a maior parte dos doentes suspeitos ou positivos para zonas de contenção no internamento. Tenho ainda de salientar que a nossa capacidade na urgência não ficou comprometida porque no global também tivemos uma diminuição de procura que andou entre os 20 e os 25% em relação ao período homólogo. Portanto conseguimos dar resposta aos utentes porque a procura foi bastante menor porque se tivéssemos mantido os níveis de procura habituais para a época era muitíssimo mais difícil de termos conseguido ter a urgência a funcionar com dois circuitos independentes. Neste período os doentes pulseira verdes e azuis não tiveram um decréscimo muito significativo, ao contrário de outros hospitais ainda não começámos a orientar os doentes para os cuidados de saúde primários. Em maio saiu uma portaria, um despacho que permite orientar para os cuidados de saúde primários os verdes e azuis nos ainda não começámos a fazê-lo e, portanto, a diminuição foi transversal (não foi só dos verdes e azuis), haverá doentes que na triagem seriam amarelo ou laranja efetivamente acabam por não vir ao serviço de urgência pelo menos do nosso Hospital. Os números de junho já houve um aumento de 20% da procura em relação a abril. Abril foi dos valores mais baixos de procura que tivemos e depois em junho já tínhamos um aumento de 20%, portanto aumentou a confiança dos utentes e começaram a vir em maior número à urgência.

Q7 – Que lições foram aprendidas? O que deveria ser mantido e aprendido para o presente e futuro da organização?

3 ensinamentos:

- Um deles tem a ver com a necessidade de uma articulação extrema entre as várias estruturas que existem nos hospitais. Os hospitais são organizações não só muito complexas como as pessoas que nela trabalham tendem a tornar ainda mais complexo o trabalho diário. E há tantos grupos de trabalho, tantas comissões, tantas equipas, tantos núcleos que depois a articulação entre eles não é fácil e nós acabamos por nos aperceber e sentir essa necessidade e aquele grupo de trabalho foi nomeado. No fim de contas tentar que houvesse uma voz única no Hospital e uma centralização nas tomadas de decisão ou nas propostas que são feitas ao conselho de administração. Isso foi difícil de gerir no início porque havia muitas vozes contraditórias o que causavam ruído e causavam muita entropia na instituição.

- Comunicação é muito difícil no Hospital, é dos aspetos mais difíceis no Hospital é gerir internamente a comunicação. A criação de canais de comunicação eficazes não é fácil. Nós sentimos essa dificuldade

no início e depois fomos afinando com as várias ferramentas que falamos há pouco. Para além das vias de comunicação que falamos à pouco Foi ainda criada uma via de comunicação para lidar com os boatos dos corredores, que foi um relatório COVID-19 com o ponto de situação, um documento pequeno com 2 páginas e nunca mais que isso, que dizia o número de internados com COVID-19 no Hospital e em que se davam orientações como por exemplo os profissionais para saber quem deviam contactar para saber se iam fazer rastreio ou não, se fazem quarentena, etc. Outros aspetos como as linhas de apoio que foram criadas e que desenvolvemos praticamente desde o início, principalmente a linha de apoio de infeciologia para dar as orientações do que fazer a um determinado doente COVID-19, e outra foi a linha de apoio de psiquiatria para dar apoio psicológico e psiquiátrico aos utentes. Foi outra ferramenta que desenvolvemos e que achamos necessário uma via de comunicação específica. O boletim que saía era irregular era conforme as necessidades. A dada altura nós pensámos em enviar a informação relativamente aos profissionais positivos para dar uma ideia do risco que os profissionais correm, os procedimentos a ter nos seus locais de trabalho para evitar o risco de contágio e isso apareceu logo nos meios de comunicação social. É muito difícil comunicar ou encontrar o equilíbrio entre aquilo que é útil para a instituição e aquilo que pode ser prejudicial porque sai da instituição para quem não tem nada a ver com o assunto.

- Necessidade de articulação (agora já não é articulação interna) com outras instituições e que não houve efetivamente. Acho que é uma aprendizagem que todos nós devíamos tirar, principalmente a tutela e as outras instituições que compõem as tutelas ao nível da saúde é que de facto é fundamental nestas situações críticas, como a da pandemia COVID-19 que estamos a viver, haver uma articulação muito estreita nas respostas entre as instituições que não houve efetivamente. Os hospitais funcionam de forma muito independente sem grande colaboração entre eles e isto pode ser catastrófico e vivemos momentos muito difíceis no Hospital por falta dessa articulação.

Q6 – Se houve interligação com outras entidades (nomeadamente, os ACES, DGS, Câmaras municipais, Bombeiros) novos protocolos e que lições foram aprendidas com outras entidades e com a comunidade?

Em relação à articulação com a ARSLVT que é quem em princípio deve coordenar as respostas dos hospitais dos cuidados de saúde primários, neste caso em estreita colaboração com a DGS (direção geral da saúde) de acordo com as orientações da DGS, mas caberia à ARSLVT coordenar a resposta nos hospitais. Do meu ponto de vista à ARSLVT caberia a responsabilidade de definir os níveis de resposta das várias instituições e definir como é que as instituições se coordenariam entre eles, ou seja, se o Lisboa Norte e o Central seriam como inicialmente foi suposto ser os hospitais de primeira linha e ter uma capacidade de resposta reforçada, definir um número de doentes da enfermaria que esses hospitais deveriam receber e o mesmo para os outros e definir as linhas de resposta. Acabaram os

hospitais de primeira, segunda e terceira linha, nós eramos de terceira linha e basicamente cada um teve de resolver os seus próprios problemas. Não houve qualquer reunião com a ARSLVT, nenhuma orientação da ARSLVT e os problemas eram resolvidos pelo esforço dos elementos do Hospital em que basicamente nós contactávamos os outros conselhos de administração, outras direções clínicas e tentávamos transferir doentes de acordo com as nossas necessidades e isso mantém-se, não houve mudança nenhuma. Esta falta de coordenação há motivo para preocupação. Os colegas entre si falam bem, mas institucionalmente não há um grande espírito de colaboração. Há falta de espírito de cooperação entre as instituições. No fim de contas aí deveria entrar a ARSLVT como organizadora e motivadora dessa coordenação e isso não acontece. Eu digo entre os hospitais, mas também com os cuidados de saúde primários. A relação dos hospitais com os cuidados de saúde primários é muito heterogénea depende muito dos ACES em causa e dos hospitais e a nossa é uma relação muito cordial, mas que na prática se traduz por pouco, porque não há aquela motivação que a ARS devia incutir nos ACES e nos hospitais para se articularem. Na prática dizem que temos de nos articular, mas não forçam que haja tomadas de decisão e, portanto, as pessoas vão defendendo a sua própria instituição em detrimento de uma resposta coordenada.

Q8 – Havendo uma situação de incerteza com a possibilidade de uma nova vaga, como está a ser pensada a programação das atividades e processos de trabalho?

Temos vindo a retomar a atividade, as consultas estão sempre condicionadas ao espaço e outro fator que deveria ser aqui importante é muito difícil de pôr em prática que é alterar os horários médicos de acordo com as necessidades da instituição. Os hospitais ficam muito reféns daquilo que são as tomadas de posição dos médicos nas consultas e também no bloco operatório. Esse é um fator limitante, mas temos tentado retomar a atividade nas várias linhas de acordo com a possibilidade. Se o inverno for tão complicado como se prevê vamos ter de retroceder, vai ter de haver um esforço maior e uma dedicação maior tanto em termos de recursos humanos como de espaços para a resposta ao COVID-19. Alguns destes constrangimentos estamos a tentar ultrapassar com estruturas modulares no exterior do edifício do Hospital para tentar não ficar limitados pelo aumento da resposta COVID-19. Um exemplo é de uma área que prevemos construir dedicada à cirurgia de ambulatório ao recobro dos doentes de cirurgia de ambulatório para que a área da cirurgia de ambulatório possa ser ocupada pela unidade dos cuidados intensivos porque durante o pico de procura por casos COVID-19 os cuidados intensivos invadiram a cirurgia de ambulatório porque é a área contigua ao serviço deles e que tinha condições para albergar doentes intensivos de COVID-19 e por isso estamos a precaver-nos e a montar uma estrutura para o recobro dos doentes da cirurgia de ambulatório. Mas se aumentar muito a procura de doentes COVID-19 na área dos intensivos nós não vamos ter como ter vagas para operar doentes programados que vão precisar de cuidados intensivos e isso é um constrangimento

que vamos sentir se a procura aumentar muito. Estamos a tentar solucionar alguns dos problemas, mas acabamos por embater na necessidade de resposta ao COVID-19 se a procura for muito grande e à falta de recursos humanos que nos condiciona muito a resposta, principalmente de médicos e enfermeiros.

Transcrição da Entrevista n.º 5- E5

Q1-O que mudou desde que tomaram conhecimento do surto de COVID-19 em Portugal? Pode contar-me a história, o encadear de acontecimentos, decisões, ações?

Desde logo mudou os circuitos dos doentes, quer internados quer externos, mudaram os horários das refeições para os profissionais, mudou o fardamento, as escalas (equipas de 12h numa semana inteira era a equipa A e equipa B e na semana a seguir outra equipa porque se houvesse contágio conseguia-se identificar) e as marcações dos exames. Alterações dos espaços, e ao nível do fardamento deixamos de poder circular com a nossa roupa e apenas com os fatos de circulação.

Q9- Se houve um acréscimo das formações dos profissionais relativo a manuseamento do material de proteção individual, equipamentos e novos procedimentos.

Relativamente ao fardamento, houve diretrizes através de circulares e depois uns explicavam aos outros.

Q10 - O que foi realmente feito (organização do trabalho, espaços, pessoas, equipamentos, compras, protocolos)? Quem foi envolvido?

Houve limpeza e desinfeção das salas sempre após a realização de um exame e as salas ficavam 20 min inoperacionais após fazer um exame com doente COVID-19. Esses tempos de espera mexeram muito com a capacidade de resposta do serviço por isso só marcavam exames urgentes que não podiam desmarcar.

Q4 - Que dificuldades enfrentaram?

Gerir os tempos, principalmente no início enquanto não se desmarcaram os exames, pois provocava atrasos.

Q12 – Que mudanças (fluxo, frequência, canais) ocorreram na comunicação interna e externa?

A chefia enviou mais comunicação via email. Houve notícias por correio interno pela administração em relação ao número de casos atendidos e do número de profissionais do Hospital infectados.

Q13 - Que mudanças ocorreram nas relações interpessoais dentro da organização?

Acho que houve uma maior aproximação entre todos, principalmente no primeiro confinamento. Porque estávamos como equipas separadas e os membros da mesma equipa estavam sempre juntos (semanas consecutivas) o que houve uma maior aproximação e neste confinamento já não estávamos com esta separação das equipas.

Íamos aos mesmos serviços todos os dias e víamos as mesmas pessoas o que fez com que houvesse maior aproximação.

Houve uma maior proximidade da administração através de emails, com um agradecimento pelo esforço.

Q10 - O que foi feito em termos de organização do trabalho, espaços, pessoas, equipamentos, compras e protocolos? Quem foi envolvido?

Optamos na TAC de urgência os técnicos não entrarem sempre na sala quando havia um doente COVID-19 entrando apenas o auxiliar para não desperdiçar tanto material.

No rx os internados doentes COVID-19 não vêm ao serviço de radiologia, indo os técnicos aos serviços. Os doentes COVID-19 que vêm à TAC vão só a uma específica que estava definida para o efeito (existem 2 TAC). Na TAC resguardada ia-se fazendo os outros doentes. A sala de RX era para urgência ou consulta externa.

Continua a haver uma TAC definida para o COVID-19, mas agora esse já não está só para COVID-19 desde março 2021.

Q7 - Que lições foram aprendidas? O que deveria ser mantido e aprendido para o presente e futuro da organização?

Em termos das escalas já voltamos a estar como era antes da pandemia.

O que acho que vai ficar em termos de aprendizagem é o cuidado pela assepsia e pela limpeza das salas.

Transcrição da Entrevista n.º 6- E6

Q1-O que mudou desde que tomaram conhecimento do surto de COVID-19 em Portugal? Pode contar-me a história, o encadear de acontecimentos, decisões, ações?

O meu trabalho com o COVID-19 começou em fevereiro de 2020 a preparar as medidas no âmbito de emergência para receber os potenciais e os primeiros casos de COVID-19. Nessa altura era interno de medicina interna. Quando apareceram os primeiros casos o meu serviço transformou-se em enfermaria de contenção, com doentes suspeitos de COVID-19. Os assistentes mais velhos por

patologias crônicas não poderiam estar na linha da frente e foram para outra zona do Hospital e os assistentes mais novos foram para essa área.

No serviço de urgência dividiu-se o serviço em duas áreas, o que requereu um aumento substancial dos postos de trabalho e diminui a capacidade de olhar em equipa por estarmos fisicamente mais separados uns dos outros.

Para entrar numa área COVID-19 tínhamos de tomar banho à entrada e à saída e não se podia levar qualquer objeto conosco lá para dentro, pois não se sabia qual o grau de transmissão do vírus naquela altura. Foram períodos difíceis de uma adaptação quase constante até no próprio funcionamento dos serviços, as equipas passaram a fazer turnos dos serviços de urgência do que estavam a fazer, isto até maio. Foi criada nessa altura uma equipa multidisciplinar para assumir enfermarias COVID-19 e que integrei em setembro de 2020. Após a primeira vaga percebeu-se que a abordagem destes doentes devia ser feita por uma equipa multidisciplinar constituída por elementos de diversos serviços. Nessa altura saí fisicamente do meu serviço e fui para recém-criada enfermaria COVID-19 e fui para essa equipa multidisciplinar (constituída maioritariamente por elemento da medicina, infecto, pneumo, tanto por internos como por assistentes). Um dos médicos assistentes ficou nomeado coordenador e em outubro fica com COVID-19 e sai da coordenação da enfermaria COVID-19. Progressivamente fui assumindo as funções de coordenação das enfermarias COVID-19, nessa altura começa a segunda vaga com um crescente aumento do número de casos no Hospital e de aumento de camas ocupadas no Hospital. Em meados de novembro deixei de ter funções assistenciais diretas. Em meados de novembro deixei de ter doentes atribuídos no meu nome para me dedicar apenas às funções de coordenação devido ao aumento de volume de trabalho em que era preciso cada vez mais uma gestão criteriosa, da alocação de doentes, das transferências dos doentes. Fazia a gestão de umas 10 enfermarias.

Depois do Natal veio a terceira vaga e essa experiência foi avassaladora com um volume de trabalho Hospitalar, em que tiveram de vir os profissionais da ortopedia, os cardiologistas, os de cirurgia, oftalmologistas, pediatras, vieram de todas as especialidades e mantive-me na gestão e coordenação desta equipa e foi um desafio do ponto de vista profissional gratificante. Vivemos momentos dramáticos com escassez de recursos. A meados de fevereiro estava extenuado e pedi a minha substituição porque era um trabalho diário sem horário. Não saí da enfermaria COVID-19, mas fiquei apenas com funções assistenciais e integrei uma equipa de profissionais de várias especialidades até as coisas irem reduzindo progressivamente. Regressei ao meu serviço de medicina interna em maio e urgência na enfermaria COVID-19. E este mês terminou porque só temos 5 doentes internados. Por isso mantive o meu contacto com os doentes COVID-19 até muito recentemente.

Q6- Se houve articulação com outras entidades (nomeadamente, os ACES, DGS, Câmaras municipais, Bombeiros) novos protocolos e que lições foram aprendidas com outras entidades e com a comunidade?

A articulação com outras entidades foi uma tarefa complexa. A articulação supraHospitalar foi praticamente inexistente da minha experiência, e pagamos caro isso com mais trabalho porque a articulação supraHospitalar quase não existiu. O Hospital estava sobrelotado e recebia quase diariamente instruções da administração sobre vagas que a ARS emitia que havia nos hospitais no país e num espaço de poucas horas a informação dessas vagas ia-se rapidamente alterando tínhamos de andar à procura.

O que funcionou bem foi a parte da articulação com o Hospital rede em Belém, em que foi os militares a fazer, em relação aos doentes que não careciam de cuidados Hospitalares, mas que não podiam ir para o domicílio. Estes doentes foram drenados para o Hospital militar. Esta Articulação que funcionou muito bem e permitiu uma drenagem de um elevado número de doentes do Hospital e de outra forma tinha havido um colapso. Fiz até um procedimento interno e em que articulei com a farmácia pois esses doentes tinham de levar medicação pois o Hospital militar não tem farmácia ao fim-de-semana. Estes procedimentos permitiram agilizar muito a saída dos doentes porque se eliminou um conjunto de obstáculos burocráticos. Um dos procedimentos foi alterar os circuitos de saída destes doentes. Em relação à articulação com a USF da zona no início quando estava ainda na urgência notou-se uma grande drenagem de doentes para o Hospital e na terceira vaga isso não aconteceu.

Q10 - O que foi feito em termos de organização do trabalho, espaços, pessoas, equipamentos, compras e protocolos? Quem foi envolvido?

As enfermeiras chefes tiveram um papel efetivamente muito importante na gestão do espaço.

Na gestão com testes de Laboratório para a COVID-19 foi necessário estabelecer aqui algumas regras para a otimização destes testes.

A ideia da equipa multidisciplinar foi formada pela direção clínica e começou em setembro de 2020, e começou só com 3 especialidades a medicina interna, a infecto e a pneumo. A partir do momento que as enfermarias foram crescendo e o número de camas aumentando estes serviços não tinham mais profissionais para dar resposta aos doentes e foi necessário ir chamar um conjunto de outras especialidades. A certa altura teve de haver uma escolha entre os dois modelos: o modelo multidisciplinar para dar assistência a estes doentes ou passar para uma compartimentalização e cada serviço tratar dos seus próprios doentes. A decisão da direção clínica foi manter o modelo multidisciplinar e a partir dessa decisão os restantes serviços fizeram uma listagem dos recursos humanos necessários à assistência ao numero de camas que ia sendo progressivamente maior e os

respetivos serviços foram cedendo elementos que passaram a estar sob orientação da equipa multidisciplinar e não dos seus respetivos serviços caso contrario seria ingerível. E essa questão foi bem ultrapassada porque as pessoas perceberam que o modelo ia funcionar, se bem que houve de facto algumas resistências por parte de pessoas vindas de outros serviços porque esta não era uma patologia fácil, mas também rapidamente perceberam que ou era elas ou não era ninguém porque não havia mais recursos. Foi necessário criar uma equipa multidisciplinar com tiras de elementos de diferentes especialidades e não todos da mesma especialidade. Foi necessário criar equipas com elementos que pudessem dar um aporte maior junto de pessoas com um aporte menor nesta patologia em questão, sendo muitos deles médicos assistentes nas suas especialidades. O que deu mais conforto e confianças a estes elementos na abordagem a uma patologia que não é o seu dia a dia de doentes com patologia do foro respiratório e que desta forma se tentou amenizar.

Do ponto de vista hierárquico dentro da equipa nunca tive problemas até porque as pessoas viram isto como um benefício, e as pessoas queriam exercer as suas funções da melhor maneira possível numa altura de catástrofe. A equipa multidisciplinar era constituída por quase 70 médicos. Procurei promover o espírito de equipa e transmitir que tínhamos um objetivo para cumprir em que o importante era que cada um desempenhasse a sua função o melhor possível em prol de um objetivo comum e eu acho que as pessoas perceberam isso. Promovi sempre equipas com pessoas de diferentes serviços e acho que a promoção deste trabalho de equipa deve ser algo que devemos guardar para a vida e para a própria gestão do Hospital pós-COVID-19. O que cada um dá um aporte do seu conhecimento foi a forma de conseguirmos fazer isto com a maior eficiência possível para ultrapassar um conjunto de dificuldades.

Implementámos um sistema de briefing em que todos os dias às 8h30 em que estava um representante de cada tira e assim cada um levava a informação para os outros elementos da sua tira e assim partilhávamos a informação.

Q7 - Que lições foram aprendidas? O que deveria ser mantido e aprendido para o presente e futuro da organização?

Resposta: Nós temos um modelo em que o doente corre diversos serviços na tentativa de resolver os seus problemas de saúde. Eu acho que este modelo multidisciplinar mais próximo e centrado no doente é uma lição que devia seguir para o futuro e que espero que venha a acontecer. No espaço Hospitalar tínhamos várias vantagens em repensar o modelo em que trabalhamos na medida em que nós trabalhamos por vezes em serviços um pouco fechados neles próprios e haveria algum ganho em olhar para isto mais na forma de como é que podemos resolver os problemas dos doentes tendo em conta a sua patologia. Por exemplo um doente com um problema cardíaco, que resulta de uma doença metabólica, tem hipertensão, uma doença pulmonar e se tivesse um cardiologista, um pneumologia e

alguém ligado à diabetes a trabalhar e consigo resolver mais rapidamente o problema do doente. Esta é a grande lição que acho que devemos tirar daqui é que estas equipas multidisciplinares têm ganhos para todos. Para o doente que vê o seu problema resolvido mais rapidamente, para a organização que resolve melhor, mais rápido e podendo até reduzir internamentos e para os próprios profissionais pois permitiria um aporte maior e integração de mais conhecimentos.

Q12 - Que mudanças (fluxo, frequência, canais) ocorreram na comunicação interna e externa?

A informação fluiu mal e os canais de comunicação estavam mal definidos e nestas alturas em que é necessário ser muito organizado tem de haver um fluxo de informação claro. A informação não chega e alguém decidiu o contrário porque não sabia. Umhas vezes a informação era transmitida por email e outras vezes não estava escrito, a pessoa A sabia, mas não disse a B. Essa engrenagem não estava a funcionar. Às vezes havia reunião onde algo ficou decidido e a informação não chega atempadamente a quem está no terreno. E isso é limitativo.

Q14 - Tratando-se de uma nova doença, sujeita a novos tratamentos e tratamentos experimentais se houve uma estratégia de reporte de falhas e também de bons resultados. Se houve e como decorreu a partilha de conhecimentos e de experiências?

O desconhecimento era muito no início e tentamos inicialmente terapêuticas que depois verificamos que não resultavam. A discussão sobre isto era feita de uma forma mais informal entre as pessoas mais seniores da equipa com mais experiência no tratamento destes doentes. Tivemos múltiplas reuniões sobre o que fazer com o tratamento destes doentes, e acabávamos por discutir entre aqueles que foram designados os chefes de cada equipa dentro da equipa multidisciplinar.

Tive muito apoio das pessoas com quem trabalhei e também do meu diretor de serviço.

A falha do oxigénio foi um momento de crise e fez com que de um dia para o outro se transferisse de uma equipa inteira para outra instituição e as decisões tiveram de ser feitas em articulação com a ARS e a operacionalização foi que os doentes e os profissionais de saúde passaram para uma instituição privada e definiu-se que doentes iam e que profissionais iam.

Transcrição da Entrevista n.º 7- E7

Q1- O que mudou desde que tomaram conhecimento do surto de COVID-19 em Portugal? Pode contar-me a história, o encadear de acontecimentos, decisões, ações?

Na direção clínica acabei por ser nomeado responsável pelo plano de resposta ao COVID-19, até porque já tinha participado noutros planos como foi na crise do ébola e da gripe A e tinha feito os planos e por ter alguma experiência e ser um dos mais velhos pediram-me para avançar com isso. Acabei por ter uma dupla responsabilidade, em relação ao Hospital como um todo e em relação aos cuidados intensivos. Em relação ao Hospital foi perceber em relação ao tipo de infeção que estava a ocorrer que tínhamos o mínimo de preparação para este tipo de infeção e de risco e, portanto, a primeira coisa que fiz foi ir aos armazéns do Hospital e ver se as coisas que tinham sido compradas como as máscaras, para o ébola ainda estavam lá e estavam. Isso foi uma coisa boa. Rapidamente sugeri que houvesse um gabinete de crise em que fossem envolvidas as direções do Hospital. E começamos o trabalho de preparar o Hospital todo e foi um período muito difícil porque para a dimensão do problema não tínhamos equipamentos de proteção suficiente, circuitos adequados, soluções alcoólicas, laboratório. O que fiz foi usar o contentor antigo do Hospital que servia de Hospital de dia, assim foi despejar o Hospital de dia e preparar o contentor para colocar os doentes que iriam aparecer. Não sabíamos bem o que ia acontecer.

Q10 - O que foi feito em termos de organização do trabalho, espaços, pessoas, equipamentos, compras e protocolos? Quem foi envolvido?

Quanto à preparação dos cuidados intensivos usei uma metodologia diferente. Falei com um amigo meu intensivista da região da Lombardia em Itália e avisou que era a sério e percebi que já não era uma preparação, mas um sprint. Comecei a preparar as várias áreas do Hospital. Começámos a preparar EPI e otimizar o que tínhamos que era muito pouco e a treinar os colegas da urgência e comecei a tentar comprar equipamentos de proteção com a logística a ver as alterações da ventilação e ar condicionado. Fiz quase um diário com tudo o que fui fazendo e acabei por abrir vários eixos de trabalho com várias equipas. Ia insistindo para que se comprasse sempre mais quantidade de material de proteção do que aquele que queriam comprar porque isto vai durar muito tempo.

A própria farmácia do Hospital com a ajuda dos militares começou a preparar soluções com álcool e parafina. Isto foi um sprint muito violento porque não havia tempo, em termos de dificuldade de fornecimento e estabeleceu-se uma torre no Hospital como suja e outra como limpa. Eu fui responsável até junho, mas deixei o Hospital preparado, foi o primeiro Hospital a ter testes na urgência primeiro com dois operadores privados e depois num fim de semana acabamos por construir um laboratório de alta segurança para termos os nossos testes e fomos adaptando às diferentes fases do plano até junho. Como responsável do plano na primeira vaga acho que correu muito bem. As pessoas estavam preparadas, havia um plano por trás.

Mas na primeira fase estive também a fazer o plano para expandir os cuidados intensivos, logo em fevereiro virei a unidade de ambulatório de cirurgia de pantanas e acabei por colocar lá equipamento

necessário para ativar treze camas, depois desenvolvi uma metodologia de trabalho nova na área dos cuidados intensivos que passava por mudar a metodologia de trabalho na área infetadas, pois se os colegas espanhóis e italianos se infetavam tanto era porque a metodologia de trabalho estava errada. O plano era que nas áreas infetadas todas as pessoas tivessem não só o equipamento de proteção como limitassem o número de horas lá dentro e chamei este método de trabalho pisa delivery system em homenagem aos italianos. Em que tudo o que pode ser feito fora, preparação terapêutica, tudo o que seja coisas que possam ser preparadas fora da unidade então tem de vir para fora da unidade e assim consigo reduzir o número de pessoas lá dentro, o número de horas das pessoas lá dentro e o número de atos de risco. Na unidade tivemos todos que mudar a prática daquilo que fazíamos. E as pessoas perceberam o que é que eu queria e o que eu queria era que as pessoas que estavam lá dentro que eram só dois enfermeiros, um médico e um auxiliar ficassem inteiramente a tratar do doente, a posicioná-lo a dar a terapêutica e não faziam mais nada lá dentro. Isto permitia que os elementos ficassem menos cansados e ter sempre apoio fora para tudo o que precisavam e arranjamos um sistema com câmaras de vídeo e walky talky, a monitorização dos doentes veio cá para fora, e quem estava fora é que dizia atenção o doente da cama 3 está a acontecer isto e assim as pessoas acabaram por planear o trabalho de uma forma muito mais eficaz e depois isto foi seguido pois começaram a dizer que o Hospital Delta tinha uma forma diferente de trabalhar e foi um método de trabalho seguido por várias unidades noutros hospitais do país.

Concentramo-nos na urgência e nos intensivos e conseguimos cantonar a doença nesses sítios, de vez em quando havia alguns surtos esporádicos de casos que não tinham sido detetados à entrada no Hospital, mas no Hospital apenas adoeceram 2 médicos e 2 enfermeiros e 6 enfermeiros, mas não foi no Hospital, mas através de contágio fora do Hospital.

Toda a gente treinou na urgência a vestir o EPI.

No início pousadas e hotéis disponibilizaram alojamento, mas rapidamente percebemos que não podia continuar porque a carga psicológica nas pessoas era grande e começámos a perceber que não nos contaminávamos no serviço e mais rapidamente nos podíamos contaminar no supermercado.

Nós tínhamos um protocolo para vestir e despir o EPI em frente ao espelho e uma pessoa ficava a ver enquanto o outro retirava o EPI de maneira que a pessoa não se contaminasse.

Muita disciplina e muito método.

Outra coisa muito boa foi o apoio psicológico que foi pensado logo de início às pessoas. Na prática como tivemos de crescer em número de camas e de unidades, precisamos da colaboração de pessoas de várias especialidades diferentes, a ideia foi distribuir as pessoas de uma forma uniforme pelas especialidades de maneira que houvesse sempre seniores, pessoas mais diferenciadas e essas pessoas iam-se agregar a essa equipa. Na prática constituíram-se no pico dos picos 5 equipas e conseguimos sempre equilibrar a equipa nunca ficou uma equipa desfalcada. Os turnos tiveram de ser adaptados,

fazíamos turnos de 12h consecutivas, depois fazíamos 24 h depois folgávamos um dia e fizemos muitas horas extraordinárias e acabamos por ser muito solidários e amigos uns dos outros.

O conselho de administração como tinha elementos incluídos no grupo de trabalho empenhou mais porque vivia a nossa ansiedade e empenharam-se em ajudar a resolver as situações.

Q4 - Que dificuldades enfrentaram?

Vivemos momentos difíceis na área dos EPI não havia e acabamos por ter algumas estratégias, como a não permissão das visitas porque não havia mascaras para proteger as visitas. Rapidamente fabricar proteções para tudo o que era guichés e administrativo porque não havia mascaras para dar.

Foi necessário aumentar a farmácia, comprar uma camara frigorifica para cadáveres e estar sempre alerta. Os primeiros 6 meses dormia umas 3 \ 4 horas por dia e foi o maior desafio do ponto de vista logístico. É um desafio complicado também pela duração de tempo que isto está a ser.

Na segunda vaga já não estava na direção do Hospital, o esquema, o plano já estava montado era só ler os planos, mas eles optaram por fazer alguns desvios.

A grande dificuldade na resposta à segunda vaga foi a quantidade de camas, na primeira vaga chegamos a ter 22 camas e na segunda entre camas COVID-19 e não COVID-19 chegamos às 52 camas ocupadas.

As duas internas que estavam a trabalhar comigo ficaram com cargos de responsabilidade quer no ministério quer na ARS e trocamos muitas impressões sobre a coordenação regional e nacional. Arranjamos metodologias de trabalho, porque tínhamos trabalho clínico e não clínico. Houve articulação com outros hospitais e foi a primeira vez que os cuidados intensivos trabalharam em rede a nível nacional. Foi um desafio.

Q9 - Se houve um acréscimo das formações dos profissionais relativo a manuseamento do material de proteção individual, equipamentos e novos procedimentos.

Na prática o que fiz foi na urgência constituí um grupo de pessoas e essas pessoas aprenderam juntas da mesma forma e depois foram reproduzir esse ensino nos respetivos serviços de forma que houvesse consistência nos diferentes sítios. Eramos todos muito rigorosos, alias infetaram-se mais pessoas na 2ª vaga do que na primeira porque as pessoas depois relaxaram-se um bocado pois já estavam mais à vontade.

Foi desenhado um grupo de trabalho da farmácia. Um grupo de trabalho da compra de equipamentos e o que eu dizia era se precisarem de alguma coisa, o que eu poder resolver digam, vocês têm o empowerment total e, portanto, qualquer coisa digam.

Q3 - Que alternativas foram consideradas?

Cheguei a ter de ir ao Hospital militar buscar EPI porque não havia para o dia seguinte.

Os nossos fornecedores por vezes não eram fiáveis diziam que entregavam e não entregavam. Fizemos uma parceria com um outro Hospital para comprar 5 milhões de máscaras cirúrgicas porque se eu ia ao mercado comprar uma quantidade pequena não era viável, mas se eu me juntasse com outro e fosse ao mercado conseguíamos muito mais barato porque aparecia logo um fornecedor a tentar vender, portanto era um bocadinho isto. Acabamos por arranjar soluções dentro de Lisboa em que todos fizeram stocks e quando um estava com falta falava com outro Hospital. Aqui acabou por haver uma entreaajuda muito grande.

As pessoas tiveram de fazer coisas que não estavam habituadas, trabalhar ao fim de semana.

Não mandem emails que eu não vou ler, esqueçam, liguem para o meu telefone e falem comigo, levem as coisas para a reunião de grupo e resolvemos as coisas em grupo. Não estejam a enviar emails uns aos outros não vale a pena sobretudo porque depois punham em cópia pessoas que geriam mal a ansiedade e acabavam por gerar dentro do próprio Hospital grande insegurança.

Foi intenso porque tivemos um contacto muito próximo.

Q6 - Como foi feita a articulação com outras entidades (nomeadamente, os ACES, DGS, Câmaras municipais, Bombeiros) novos protocolos e que lições foram aprendidas com outras entidades e com a comunidade?

Relações interinstitucionais costumam ser complexa. A certa altura várias empresas queriam dar coisas ao Hospital, e houve por exemplo uma grande empresa que perguntou se precisavam de camas, ventiladores... e eu disse precisamos é de solução alcoólica, se nos arranjam isto solucionam um grande problema e apareceram-nos lá com uma carrinha cheia de solução. E ganhámos uma semana aí.

As pessoas da sociedade civil também se uniram muito.

Nós fomos dos primeiros hospitais a usar a ventilação não invasiva à séria porque rapidamente percebemos que não íamos ter camas na UCI para todos. E o Hospital começou a divulgar essa mensagem a outros hospitais.

Em relação ao medicamento que o Bolsonaro gostava de falar rapidamente percebemos que aquilo não funcionava, mas em relação à corticoterapia fomos dos primeiros a usar e percebemos que tinha alguma eficácia. E até fizemos um trabalho que está publicado em que conseguimos determinar para os casos graves qual a dose mais adequada para esses doentes e acabamos por criar ciência que agora é transversal a vários países.

Acabamos por criar um grupo em Portugal que de uma forma muito aberta discutia as coisas e mesmo com a sociedade portuguesa de cuidados intensivos foram várias vezes alterados os protocolos das recomendações.

Q11- Na segunda / terceira vaga houve alguma mudança às alterações realizadas inicialmente (infraestruturas, circuitos, protocolos, recursos humanos) ao longo dos primeiros meses da pandemia?

O que nós fizemos foi aproximamo-nos da pneumologia e fizemos um protocolo comum, assim quando os doentes saiam da UCI ainda com a ventilação não invasiva. E coloquei pessoas de outros serviços de escala na pneumologia acabando por disseminar conhecimento da ventilação não invasiva na primeira vaga a várias especialidades. Houve um primeiro contacto na primeira vaga com esses protocolos. Quando foi a segunda vaga as pessoas estavam treinadas e acabaram por reproduzir o mesmo modelo por uma unidade intermedia em cada piso. Aquele modelo da pneumo no piso 6 acabou por ser reproduzida em vários pisos. Eles acabaram por ter as pessoas que mais horas faziam em cargos de responsabilidade nos vários pisos e com pessoas menos diferenciadas. Na prática foi só implementar a escala do modelo. Agora o Hospital acabou por atingir uma maturidade dos médicos mais novos em relação à ventilação não invasiva e a uma serie de coisas que tiveram de aprender rapidamente.

Tínhamos o SOS voz amiga do Hospital em que qualquer profissional que estava com um problema com um doente fazia uma sinalização do doente. Em que iam seguindo os casos dos doentes sendo quase um coaching, quando havia dúvidas ou estavam aflitos com um doente. Isto criou uma a proximidade muito grande entre as pessoas.

Eu acho que o SNS no seu global acabou por aprender muito, agora depende da ameaça. Há coisas que são comuns. Depois tem de se customizar a resposta.

Eu fiz um protocolo de COVID-19 para totós, pois tivemos psiquiatras, oftalmologistas na linha da frente por isso criámos um protocolo que explicava o que fazer para que a pessoa mais diferenciada não estivesse sempre a levar com as perguntas de toda a gente.

Q12 - Que mudanças (fluxo, frequência, canais) ocorreram na comunicação interna e externa?

Tínhamos uma reunião com todos os serviços da área da medicina e todos os diretores e com o chefe da equipa que saía da urgência e em 5 min perceber o que tinha corrido bem e mal e tentávamos resolver ali e depois tínhamos outra reunião às 15h para tentar perceber se os problemas da manhã já não passavam para a tarde.

Com o diálogo acabou por fazer uma psicoterapia de grupo em que as pessoas se sentiam apoiadas umas nas outras e havia uma resolução efetiva dos problemas.

Q7 - Que lições foram aprendidas? O que deveria ser mantido e aprendido para o presente e futuro da organização?

Aspetos positivos foi sem dúvida o trabalho em equipa e perceber que o Hospital tem boas pessoas e bons técnicos, as pessoas conseguiram superar e ter uma disponibilidade para aprender e trabalhar em equipa e que no dia a dia não se via. No trabalho em equipa o aspeto positivo foi misturar pessoas de diferentes especialidades com um objetivo comum.

Outro ponto forte foi a nossa capacidade em inovar, não tínhamos experiência disto e com inputs de muitas pessoas conseguimos inovar. E a capacidades de as pessoas com responsabilidade no Hospital em ouvir e aceitar as nossas sugestões.

Sofremos juntos e isso aproximou-nos uns dos outros.

O que se podia ter feito melhor, o que correu mal foi que só pensamos em COVID-19 e agora estamos a pagar a fatura, o sistema foi todo empenhado em resolver esta patologia e outras patologias ficaram para trás e morreu e ainda vai morrer pessoas à conta disso.

Outra parte má foram pessoas que arranjam coisas para fugir à situação e não esperava isso da parte de alguns colegas.

Transcrição da Entrevista n.º 8 - E8

Q1- O que mudou desde que tomaram conhecimento do surto de COVID-19 em Portugal? Pode contar-me a história, o encadear de acontecimentos, decisões, ações?

Quando começamos a perceber que era uma coisa que estava a surgir a nível mundial, começamos com a formação de vestir e despir os EPI, de como os profissionais não se contaminam e de escolher uma sala específica para o caso de vir alguém com sintomas. No dia 4 para o dia 5 de março de 2020 começamos a perceber que todos os doentes que lá tínhamos do foro respiratório até serem testados não sabíamos se tinham diagnóstico de COVID-19. Então num turno da tarde de forma muito imediata é preciso proceder à mudança desses doentes todos para uma área e isolada dos outros. De um dia para o outro foi preciso mudar a estrutura das salas da urgência e no espaço de 2/3 semanas criam-se duas urgências em que uma é de circuito respiratório e a outra não respiratório que contemplassem as áreas todas desde a entrada, a triagem, a sala de observação, a sala de reanimação, aos gabinetes, ao internamento. Criaram-se em duas semanas duas salas de urgência num Hospital que já é pequeno para a população que serve. Esta é a principal mudança nas primeiras semanas.

Q2 - Que alternativas foram consideradas? Que dificuldades enfrentaram?

Inicialmente procurou-se perceber as diretrizes que vinham de cima e perceber se a informação que chegava era com base nas normas da DGS que todos os dias recebiam informações diferentes da OMS e acho que isso foi uma das coisas mais difíceis no início era garantir que as decisões tomadas pelas chefias em função do Hospital tinham por base todos os protocolos que eram criados diariamente pois todos os dias surgiam informações novas. E para além da criação dos circuitos e de perceber aonde é que os doentes ficavam e da definição de critérios da passagem dos doentes do circuito limpo para o circuito respiratório, procurava-se garantir a segurança de todos os doentes e também que os profissionais de saúde tinham forma de prestar os cuidados necessários, equipamentos necessários e saber que cuidados prestavam de forma que não se infetassem articulando as equipas pois tínhamos duas urgências, mas o mesmo numero de profissionais. Isto implicou uma reestruturação através de tentativas. Ia-se implementando depois avaliava-se o que era benéfico e o que não era e ia-se reajustando porque era impossível definir uma ação sem a pôr em prática primeiro, sem a experimentar.

Q10- O que foi feito em termos de organização do trabalho, espaços, pessoas, equipamentos, compras e protocolos? Quem foi envolvido?

Ao nível de equipa e de profissionais, e é transversal às várias áreas percebeu-se que quando é preciso num caso de catástrofe os profissionais de saúde têm uma capacidade de adaptação que não é mensurável, acho que não se consegue medir a capacidade de readaptação do profissional de saúde mas que se vê nos resultados pois os doentes continuavam a ter os melhores cuidados e os profissionais desdobravam-se houve profissionais que começaram a trabalhar nos serviços de urgência tendo saído da sua zona de conforto, da sua área específica de atuação e trabalhar em equipa e foi necessário avaliar muito capacidades, competências e necessidades, isto é, perceber quais as necessidades que tínhamos a responder, quais as áreas mais críticas, quais as capacidade de cada um pois tínhamos elementos que não podiam fazer área COVID-19 devido a patologias que tinham e de que forma nos organizávamos de forma a que se conseguisse rodar e fosse justo para todos e se conseguisse suprimir as necessidades.

Ao nível dos equipamentos como estruturamos uma urgência nova respiratória tivemos um início de um processo todo novo com muita coisa nova e equipamentos novos. Aqueles equipamentos que às vezes pedíamos e diziam que não tinham de repente conseguimos ter imenso material para trabalhar para os doentes que tínhamos. E os protocolos definidos para o doente respiratório ajudava-nos imenso.

A distribuição pelas varias valências, sendo que as equipas de cirurgia e ortopedia tiveram de se adaptar a doentes que estavam noutra área, devido à carga de trabalho e de divisão de espaços, pois

não aumentamos muito o número de profissionais, mantivemos o mesmo rácio tivemos foi que saber gerir os períodos piores na área respiratória e os períodos piores na área limpa e isto foi uma adaptação quase diária consoante a situação, readaptar as equipas.

Q15 - Se houve profissionais que assumiram posições de maior destaque e/ou de liderança (sem ter em conta as hierarquias existentes) por terem maior experiência ou conhecimentos no desenvolvimento de processos necessários à adaptação à situação de crise.

Nos cuidados intensivos receberam muitos enfermeiros de outros serviços, na urgência isso não aconteceu, nós recebemos apenas colegas novos como acontece normalmente durante o ano.

Em termos de hierarquia, tivemos necessidade de passar alguns elementos a chefe de equipa porque estávamos na iminência de termos muita gente que pudesse ficar doente então isso teve de ser treinado muito rapidamente e eu fui uma delas. Eu que estava habituada no meu dia a dia nos cuidados gerais, de repente tive de adquirir como é que o chefe de enfermagem coordena a urgência para o caso de isso ser necessário.

No pico da pandemia tivemos médicos de várias especialidades, e existem um conjunto de procedimentos e hábitos no serviço em que estamos em que quem vem de fora não está habituado. E o que se notou muito foi um trabalho em equipa, ou seja, nós percebemos que quem vem de fora vem para ajudar e não vai ser capaz de aprender tudo da forma habitual da urgência, e portanto o objetivo aqui deles vai ser trabalhar em equipa e o meu objetivo era dar a minha melhor parte para que em conjunto se consiga o melhor para o doente. Porque estes profissionais depois não vão ficar lá no serviço. Mas isto vai trazer benefícios a longo prazo pois se tivermos de trabalhar novamente em equipa numa nova catástrofe já sabemos como isto funciona, mas não houve um querer apoderar o meu meio a quem era de fora e mais que no meio em que estávamos a trabalhar que era a urgência todas as pessoas dessem o seu contributo. E quem era do serviço levava um pouco mais a rotina e as normas para daquele serviço para garantir o seu funcionamento e quem vinha de fora dava o seu contributo da melhor maneira. Quem tinha mais experiência acabaram muito com uma grande sobrecarga com as áreas mais críticas pois tinham situações de muita carga de trabalho de muita decisão e de muito stress e eram os enfermeiros mais experientes que acabavam por conseguir suprimir as necessidades aí em que conseguia ter uma forma de trabalho muito mais ágil, mais rápida com mais facilidade. A distribuição dos postos de trabalho era tendo em conta a sua experiência e capacidade de resposta às situações de crise.

Q12- Que mudanças (fluxo, frequência, canais) ocorreram na comunicação interna e externa?

Nós comunicamos não só pela verbal como a não verbal e os EPI foram por vezes um bloqueio à comunicação porque não conseguíamos perceber bem o que o outro estava a dizer.

Como todos os dias era uma readaptação em que no dia a seguir já estava tudo ao contrário de como era no dia anterior porque tinha saído uma nova norma ou havia um aumento de casos que obrigada a uma reorganização. Ou seja, cada passagem de turno tinha dois problemas: tinha de ser curta devido ao volume de trabalho, mas ao mesmo tempo tinha de ser muito objetiva e funcional pois tínhamos de passar muita informação e coisas novas que aconteceram/mudaram. Muitas das vezes a passagem de turno acontecia a desempenhar uma função.

Aqui a comunicação teve de passar a uma comunicação muito eficaz e muito objetiva e nós às vezes nas passagens de turno acabamos por falar um pouco de como estamos e acabamos por alongar e aqui era apenas o essencial. E todos os dias era readaptada pois havia coisas novas a acontecer.

Q5- Que dificuldades enfrentaram?

Acho que a maior dificuldade foi o não conseguirmos dar a resposta ideal a toda a gente e termos de fazer escolhas. Não conseguirmos ter resposta para o elevado número de doentes que é o que faz ser considerado uma catástrofe (elevado número de pessoas em que não há recursos para responder às pessoas), sendo necessário fazer escolhas.

Outra foi o facto de os doentes estarem afastados de contacto com os seus familiares. A carga emocional foi grande.

Q7 - Que lições foram aprendidas? O que deveria ser mantido e aprendido para o presente e futuro da organização?

As lições foram:

-A importância da lavagem das mãos tanto pelos profissionais como pela sociedade e a facilidade com que se propagam os microrganismos.

-O uso da máscara para os profissionais de saúde. Nós não usávamos máscara para trabalhar em muitos contextos como regra, como equipamento. Eu acho que o trabalhar de máscara vai ficar.

-A articulação mais ágil com a imagiologia em termos de diagnóstico da extensão da doença foi essencial, pois o TAC pode estar prescrito, mas se o doente não é rapidamente levado leva mais tempo ao diagnóstico. Através de circuitos definidos que estivessem livres e desimpedidos para os doentes que estavam positivos, pois o mesmo circuito para estes doentes e doentes limpos levaria a uma necessidade de desinfeção após a passagem de cada doente contaminado o que aumentaria o tempo de espera. O trabalho de equipa aqui foi essencial e havia já um protocolo definido de exames para aquele tipo de doente. Uma das coisas que foi instituída e que ainda hoje se mantém é que todos os doentes respiratórios à entrada fazem o rx ao tórax que é logo pedido pelo enfermeiro na triagem e quando o doente é visto pelo médico pela primeira vez este já olhou para o rx do doente.

-O trabalho em equipa.

-E a nível organizacional é a readaptação e perceber que o SNS tem falhas e tem coisas que não estão adaptadas, e estamos a assistir aos cuidados de saúde primários ainda não recuperaram havendo pouca resposta das unidades de cuidados de saúde primários e acho que isso é uma das coisas que tem de ser muito bem pensada. Pode vir outra catástrofe, mas os cuidados de saúde primários não podem parar e eles pararam muito tempo, pois estamos a lidar com doentes crónicos que não têm seguimento. Esse é um dos grandes problemas que a pandemia deixou é que os cuidados de saúde primários não têm estrutura para aguentar uma catástrofe, quer dizer eles até têm se não forem parados para fazer outra coisa, isto é, se não forem retirados da ação e o problema foi esse.

Q5-Que resultados obtiveram?

Nós fomos o primeiro Hospital a criar um duplo circuito. Nós já tínhamos os circuitos montados e ainda havia hospitais que apenas isolavam os casos e depois faziam os testes. Acho que enquanto organização conseguimos adaptar bem as normas em termos de circuitos, por exemplo assim que um doente entrava a anestesia era logo informada para estarem de prevenção para aquele doente. Tivemos também uma boa resposta em termos de equipamentos e estruturas. A nível de coisas a melhorar é o facto de que já tínhamos uma densidade profissional acima da capacidade do Hospital e isso ainda ficou mais evidente na pandemia e isso viu-se quando houve a falha de oxigénio pois estávamos a ser o Hospital com mais ventilação mecânica não invasiva. E se queremos melhorar a nossa prestação de cuidados temos de arranjar uma solução ou se aumenta ou se divide a população por hospitais.

Houve também o acesso a apoio psicológico dentro do Hospital para os profissionais que sentissem essa necessidade.

Q14- Tratando-se de uma nova doença, sujeita a novos tratamentos e tratamentos experimentais se houve uma estratégia de reporte de falhas e também de bons resultados. Se houve e como decorreu a partilha de conhecimentos e de experiências?

Já tínhamos uma cultura para o reporte em que todos percebiam que não é para ninguém ser apontado, mas para aprendermos. O que aconteceu é que como a carga de trabalho era tao grande e acabamos por reportar menos e que é importante como construção de uma entidade de organização e não como um meio de culpa. Agora temos de voltar a inserir na necessidade de as pessoas perceberem que o SNS se constrói pelos reportes que se fazem pois só assim se conseguem analisar as causas, os riscos e os efeitos.

ANEXOS D – ANÁLISE DOCUMENTAL

ANEXO I – Plano de Contingência - 10 de março de 2020 – D1

Medidas Gerais do Plano de Contingência – COVID-19

10 Março, 2020

Na sequência da atual emergência de saúde pública de âmbito internacional, declarada pela Organização Mundial de Saúde, devido ao COVID-19, apresentam-se as medidas gerais do plano de contingência do Hospital. As medidas expostas são aquelas suscetíveis de alterar hábitos de pessoas não colaboradoras do Hospital.

As medidas referidas estarão em vigor até novas orientações.

Acesso às instalações do Hospital e atividades de atendimento ao público

- Proíbe-se o acesso às instalações a todos os não colaboradores que não sejam fundamentais ao funcionamento do Hospital.
- Estão suspensas as sessões de preparação para o parto e as visitas guiadas pré-natais.
- Está suspenso o atendimento presencial no Gabinete do Utente, devendo os utentes ou familiares utilizar o contacto telefónico X ou o e-mail [Y](#).
- Está suspenso o atendimento presencial na ULGA/SIGIC devendo os utentes ou familiares utilizar o contato telefónico X ou o e-mail [Y](#).
- O atendimento do Serviço Social, passará a realizar-se no átrio do Hospital (antigo espaço loja).
- Estão suspensas todas as atividades de voluntariado.
- Estão suspensas todas as atividades formativas, como aulas, ensinamentos clínicos, estágios ou visitas de estudo.
- Estão suspensas as cerimónias religiosas na Capela do Hospital.
- Está suspenso o atendimento presencial nos restantes serviços de apoio, devendo os contatos ser realizados via telefónica ou e-mail.
- Estão suspensas todas as atividades presenciais relacionadas com visitas de promotores externos e monitorização de estudos clínicos.
- Não é permitida a presença de Delegados de Informação Médica nas instalações do HFF (com exceção do átrio principal).
- **Formações externas e comissões gratuitas de serviço**
- A realização de formações internas nos Serviços dependerá da decisão de cada Direção de Serviço.
- Estão suspensas as formações externas em locais considerados de risco epidemiológico.

1. FINALIDADE

O presente plano pretende preparar a resposta e minimizar o impacto de um novo surto por SARS-CoV-2 na próxima época sazonal, em que resulta exetável um aumento da sua incidência, associado a outras infeções, como a do vírus da gripe. Os objetivos específicos que se pretendem são:

- Segurança: minimizar as infeções nosocomiais por SARS-CoV-2 em doentes e profissionais de saúde.
- Redução da morbimortalidade.
- Garantir a prestação de cuidados a doentes não COVID-19, privilegiando a retoma de atividade médica e cirúrgica.

2. ENQUADRAMENTO

O atual plano pretende dar continuidade ao plano de contingência elaborado na fase inicial da pandemia de COVID-19, em articulação com o Plano de Saúde para o outono-inverno de 2020-2021, elaborado pela Direção-Geral da Saúde.

O HFF já elaborou um primeiro plano de contingência para a entrada de doentes suspeitos num nível I de intervenção ou de contenção (PR.1707/T.GCL-PPCIRA), que foi divulgado para conhecimento de todos os colaboradores. A 13 de março de 2020, foi elaborado um segundo plano, com diferentes níveis de reposta (I, II e III) de acordo com a evolução da pandemia nas diferentes áreas: internamento, consulta externa, bloco operatório e MCDT.

A organização para esta nova etapa será planeada em 3 fases, de acordo com a atividade epidémica local e o foco de atividade no HFF. Pretende-se prolongar a fase de atividade epidémica controlada, de forma a reduzir o risco e o compromisso da atividade Hospitalar programada.

Na conjuntura da pandemia de COVID-19, é fundamental consolidar a organização matricial da instituição, já iniciada e baseada em departamentos com uma gestão comum de camas e com a suficiente flexibilidade para adequar a resposta de internamento às necessidades existentes em cada momento.

O trabalho de equipa, com a partilha contínua de conhecimentos e procedimentos inovadores ou a criação de grupos ou unidades funcionais, permitirá não apenas uma melhor assistência aos utentes, como também o combate à fadiga e ao *burnout* dos profissionais. Neste sentido, a reestruturação dos horários para garantir dias de descanso sem condicionar uma cobertura assistencial homogénea ao longo da semana, será também um aspeto a considerar.

Relativamente ao ensino pré e pós-graduado e a investigação clínica, foram desenvolvidos protocolos de colaboração para adequar estas atividades à disponibilidade dos Serviços, sem comprometer a segurança dos formandos, utentes e profissionais.

Serão contemplados no presente plano os Departamentos de Medicina e Especialidades Médicas, Cirurgia e Especialidades Cirúrgicas e Meios Complementares de Diagnóstico e Terapêutica.

3. GABINETE DE CRISE

COMPOSIÇÃO

Dr. Marco Ferreira – Presidente do Conselho de Administração
Dra. Ana Valverde – Diretora Clínica Enf^o Rui Santos – Enfermeiro Diretor

Dra. Joana Chêdas – Vogal executiva do Conselho de Administração
Dra. Alexandra Ferreira – Vogal executiva do Conselho de Administração

Dr. Vilagelim Ribeiro – Gestor do Departamento de Medicina e Especialidades Médicas. Dra. Helena Loureiro – Adjunta da Direção Clínica
Dr. Fernando Aldomiro – Adjunto da Direção Clínica

Dr. Vítor Nunes- Adjunto da Direção Clínica

Dra. Gabriela Gasparinho – Adjunta da Direção Clínica

Dr. Carlos Marques - Diretor do Departamento Cirúrgico e de Especialidades Cirúrgicas. Dra. Patrícia Pacheco – Coordenadora do GCL-PPCIRA

Dra. Sofia Lourenço – Diretora do Serviço de Urgência Geral.

Enf^o João Vieira – Diretor do Serviço de Qualidade e Segurança

Enf^o Nuno Falcato – Enfermeiro-Chefe do Serviço de Urgência Geral

Enf^a Lurdes Toscano – Adjunta da Direção de Enfermagem

Dr. Filipe Chibante – Diretor do Serviço de Instalações e Equipamentos

4. AVALIAÇÃO DO IMPACTO

- a) Identificação do risco de infeção.
- b) Minimização das infeções nosocomiais.
- c) Manutenção da atividade clínica no que respeita a doentes não COVID-19.
- d) Transferência inter-Hospitalar de doentes COVID-19: agilização da articulação.
- e) Resposta social aos doentes COVID-19: estruturas de isolamento, utentes com dependência.

5. NÍVEIS DE INTERVENÇÃO

Quadro 1 – Níveis de intervenção.

	NÍVEL I	NÍVEL II	NÍVEL III
Capacidade COVID HFF	38 camas (32 enfermaria e 6 intensivos)	70 camas (60 enfermaria e 10 intensivos)	90 camas (77 enfermaria e 13 intensivos)
Enfermaria COVID (número de camas e local)	32 camas (Torre Amadora, piso 6, ala B)	60 camas (Torre Amadora, piso 6, ala A e B)	77 camas (Torre Amadora, piso 6 completo e piso 5, ala B)
Camas contenção (número e local)	27 camas: - Médicas: 23 camas: Torre Amadora, piso 6, ala A - Cirúrgicas: 4 camas: Torre Sintra, piso 3, Cirurgia.	27 camas: - Médicas: 23 camas: Torre Amadora: piso 5, ala A. - Cirúrgicas: 4 camas: Torre Sintra, piso 3, Cirurgia.	57 camas: -Médicas: 53 camas: piso 5, ala A e piso 3 (Medicina 4).. -Cirúrgicas: 4 camas: Torre Sintra, piso 3, Cirurgia.

Nota: Os níveis de intervenção Hospitalar estão dependentes da atividade epidémica local (baixa/média/elevada). Os indicadores destes níveis dependem dos indicadores nacionais: n^o casos/100.000 habitantes, mas também de indicadores locais Hospitalares (n^o de novos casos diagnosticados no HFF/semana: <15: nível 1; 15-30/semana: nível 2; >31/ semana: nível 3).

Em todos os níveis de intervenção deverá existir uma adequada articulação entre as diferentes instituições da ARSLVT para a otimização da resposta aos doentes COVID e não COVID.

NÍVEL I

Nesta fase a prioridade será manter uma estabilidade entre a atividade assistencial programada cirúrgica e médica, e a atividade assistencial de internamento a doentes COVID.

A minimização do risco de transmissão entre doentes e profissionais constitui um objetivo transversal a todas as fases. Internamento de utentes COVID-19 no HFF, até 32 camas de enfermaria e 6 camas de cuidados intensivos.

Departamento de Medicina e Especialidades Médicas

Na ala B do piso 6 da torre Amadora existirão 32 vagas destinadas a internar doentes COVID.

A ala B destina-se a doentes com infeção confirmada por SARS-CoV-2 (doentes COVID-19)

A ala A destina-se a enfermaria de contenção, onde serão internados doentes com elevada suspeição clínica e/ou epidemiológica mas com teste inicial negativo bem como doentes com exposições de alto risco (contactos de alto risco) com possibilidade de desenvolverem doença durante o período de internamento.

O piso 5 da torre Amadora, recebe doentes com patologia respiratória, com primeiro COVID negativo e baixa probabilidade de infeção COVID.

O piso 3 da torre Amadora, correspondente à Medicina Interna 4, receberá doentes com patologia respiratória, com primeiro COVID negativo e baixa probabilidade de infeção COVID, como segunda enfermaria de contenção (Quadro 1).

A fim de criar um duplo circuito dentro do HFF, todos os doentes internados por patologia respiratória e com primeiro teste COVID negativo ou doentes procedentes de outras instituições, são transferidos a partir do Serviço de Urgência Geral (SUG) para as enfermarias de contenção. Os restantes doentes, considerados não COVID (sem patologia respiratória e com COVID negativo), são transferidos para a área médica da Torre Sintra.

No piso 5 da Torre Sintra, será criada uma Unidade de Cuidados Intermédios nível I que fica ao cuidado da Medicina 1.

É fundamental durante o nível I do plano de contingência: antecipar altas, promover a transferência para camas sociais, clínicas, de RNCCI e as transferências inter-Hospitalares numa forma agilizada.

No caso de os doentes não terem condições domiciliárias para o isolamento, devem ser transferidos para uma estrutura residencial (da responsabilidade das Câmaras Municipais), com registo obrigatório na plataforma *Trace*-COVID como método de vigilância sobreativa sob a responsabilidade dos Cuidados de Saúde Primários.

No que respeita à atividade ambulatoria, os Hospitais de Dia mantêm a atividade muito próxima da normalidade, no que respeita à Consulta Externa as primeiras consultas presenciais são em número reduzido, com priorização das consultas subsequentes não presenciais.

Serviço de Medicina Intensiva

Neste nível do plano de contingência há 6 camas do Serviço de Medicina Intensiva alocadas a utentes COVID.

Departamento de Cirurgia e Especialidades Cirúrgicas (DCEC)

A gestão de camas do DCEC, deverá ser feita de forma conjunta, para melhor otimização.

As camas do DCEC, encontram-se concentradas nos pisos 3 e 4 da torre Sintra. Existirão camas de contenção (4 camas no Serviço de Cirurgia, piso 3).

Deverá ser garantido o adequado planeamento das cirurgias programadas, assegurando que a condição social do doente não constitui um fator limitante para a saída na data prevista para a alta, de acordo com os dias previstos para cada tipo de cirurgia.

A atividade do DCEC será contextualizada em cada momento em função do nível de contingência e a atividade epidémica local.

Devem ser assegurados os critérios de prioridade e de antiguidade da Lista de Inscritos para Cirurgia (LIC), garantindo não existir doentes em LIC com mais de 12 meses de espera.

Uma sala do Bloco Operatório Central destina-se exclusivamente a utentes COVID-19, quer para procedimentos cirúrgicos quer para procedimentos invasivos que não se possam realizar nos serviços de internamento.

NÍVEL II

Minimizar o risco de transmissão de SARS-CoV-2 entre doentes e profissionais. Internamento de utentes COVID-19 no HFF, até 60 camas de enfermaria e 10 camas de cuidados intensivos.

Departamento de Medicina e Especialidades Médicas

Nas alas A e B do piso 6 da torre Amadora existirão 60 vagas destinadas a doentes COVID. Nesta fase, a Ala A do piso 5, é convertida em enfermaria de contenção com 23 camas. Recebe doentes transferidos de outras instituições e doentes com os mesmos critérios usados para a ala A do piso 6 no nível I

A atividade ambulatoria é reduzida, limitando as consultas apenas a consultas não presenciais. Os Hospitais de Dia reduzem igualmente a atividade, com supressão das consultas presenciais, agendamento dos tratamentos inadiáveis com a menor periodicidade possível e redução das técnicas às estritamente necessárias.

Serviço de Medicina Intensiva

Neste nível do plano de contingência há 10 camas do Serviço de Medicina Intensiva alocadas a utentes COVID.

Departamento de Cirurgia e Especialidades Cirúrgicas

No nível II do plano de contingência, o mix de tipologia de cirurgias é alterado, priorizando as cirurgias de ambulatório (sem internamento ou “one day surgery”) e cirurgia com internamentos muito curtos (2-3 dias). A cirurgia oncológica mantém-se.

As camas de contenção destinadas a doentes cirúrgicos mantêm-se no mesmo número e no mesmo local (Cirurgia 3, piso3).

NÍVEL III

Minimizar o risco de transmissão de SARS-CoV-2 entre doentes e profissionais. Internamento de utentes COVID-19 no HFF, até 77 camas de enfermaria e 13 camas de cuidados intensivos.

Departamento de Medicina e Especialidades Médicas

Existirá um total de 60 camas de enfermaria COVID distribuídas entre as alas A e B do piso 6 da torre Amadora. A enfermaria de contenção contará com um total de 53 camas repartidas entre a ala A do piso 5, Torre Amadora e o piso 3 na zona da Medicina 4.

Neste nível do plano de contingência, é imprescindível a articulação com outras instituições para transferência de doentes internados não COVID e COVID.

No que respeita à atividade de ambulatório, a atividade presencial é limitada a situações triadas como prioritárias e muito prioritárias, promovendo-se a atividade não presencial (telefónica).

Serviço de Medicina Intensiva

De acordo com as necessidades, no nível III do plano de contingência podem existir 13 camas alocadas a doentes COVID e 16 a não COVID, ou 10 camas a doentes COVID e 19 a não COVID. Em caso de necessidade extrema para internamento de doentes COVID, a capacidade máxima será de 39 camas, com a inexistência de vagas, neste caso, para doentes não COVID.

Departamento de Cirurgia e Especialidades Cirúrgicas

No nível III, são operados apenas os doentes urgentes (internos e externos), incluindo traumatologia e situações oncológicas de carácter urgente. É reduzido o número de profissionais alocados ao Bloco Operatório, para permitir maior resposta a nível de cuidados intensivos.

As camas de contenção para doentes cirúrgicos mantêm-se no mesmo número por existir uma redução o número de cirurgias programadas.

6. SERVIÇO DE URGÊNCIA GERAL

O SUG assegura 2 circuitos separados, para doentes respiratórios e doentes não respiratórios, o que implicou a reorganização dos espaços e de recursos humanos com duas áreas ambulatoriais em locais distintos.

No contexto do atual plano de contingência, o SUG será ampliado, mediante a instalação dum novo pavilhão anexo à estrutura atual do SUG, que permitirá agrupar os doentes respiratórios ambulatoriais e sujeitos a internamento no mesmo local, destinando-se as instalações originais do SUG aos doentes não COVID. O acréscimo na lotação demonstra-se no Quadro 2.

Quadro 2 – Lotação da UICD.

	Lotação atual	Lotação proposta
SO1	8	8
SO2	8	8
SO3	-	8
SO4	-	15
Sub-total	16	39
UICD respiratórios SO3	6	18
UICD respiratórios SO4	10	-
Sub-total	16	18
Total	32	57

De acordo com as orientações do Plano de Saúde para o outono-inverno de 2020-2021, da Direção-Geral da Saúde, pretende-se que a curto prazo, os utentes triados como verdes e azuis na área dedicada a doentes respiratórios, sejam orientados para as Áreas Dedicadas a Doentes Respiratórios Comunitárias (ADR-C). Da mesma forma, pretende-se que a curto prazo haja a possibilidade de orientar utentes triados como verdes e azuis, na área não-respiratória do SUG, para os cuidados de saúde primários, com agendamento de consulta em 24h.

7. SERVIÇO DE PATOLOGIA CLÍNICA

O Serviço de Patologia Clínica tem capacidade para realizar 700 testes COVID por dia, condicionada à disponibilidade de fornecimento de reagentes. Estes testes garantem a resposta aos doentes de internamentos eletivos, tratamentos oncológicos, procedimentos de risco elevado de geração de aerossóis, intervenções cirúrgicas eletivas e doentes institucionalizados em lar ou sob hemodiálise crónica, bem como todos os doentes não programados e urgentes.

Local das colheitas de testes COVID

Para além dos serviços de urgência e internamento, o Hospital mantém as colheitas em sistema Drive Thru, para colaboradores identificados como de alto risco de exposição e utentes em seguimento ambulatorio (cirurgia, MCDT, tratamento oncológico e outros considerados necessários).

8. AÇÕES TRANSVERSAIS A DESENVOLVER NOS SERVIÇOS

SERVIÇOS CLÍNICOS

Adoção de medidas e procedimentos adequados ao nível de proteção da saúde pública, que de forma proporcional previnam e acompanhem a evolução das fases de propagação da infeção por SARS-CoV-2. No nível III do plano de contingência, devem ser definidos os procedimentos alternativos que permitam garantir o normal funcionamento de cada serviço, que sejam considerados os mais adequados face à respetiva natureza, atribuições a caracterização dos postos de trabalho, privilegiando o recurso no mecanismo de teletrabalho.

Deve manter-se o afastamento da prestação direta de cuidados em áreas com utentes COVID dos profissionais de risco para a COVID-19 (com mais de 65 anos, com doenças crónicas, oncológicas ou imunossuprimidos).

Elencam-se, de seguida, as linhas orientadoras gerais para os Serviço clínicos.

Serviços clínicos	Nível I	Nível II	Nível III
Internamento	Antecipar altas; prever transferência para camas sociais e clínicas; reforçar transferências de utentes para a RNCCI.	Cancelamento de internamentos eletivos (nível moderado).	Cancelamento de internamentos eletivos.
Consulta Externa	Conversão de consultas subsequentes em teleconsulta ou consultas sem a presença do doente; alterar/reduzir agendamentos mediante triagem prévia; antecipar triagem de agendamentos; promover consulta pós MCDT por telefone.		Cancelamento de atividade de ambulatório (mantém-se a atividade do Serviço de Oncologia e Hospitais de Dia).
Bloco Operatório	Promover ambulatorização; otimizar planos do BO; manter cirurgia oncológica		Manter a cirurgia urgente, trauma e oncológica não adiável; cancelamento cirurgia eletiva.
MCDT	Adiar ou manter de acordo com a situação clínica. Prioridade para os utentes internados.		Adiar ou manter de acordo com a situação clínica. Prioridade para os utentes internados.

SERVIÇOS NÃO CLÍNICOS

- 1) Definição da carteira de atividades mínimas a manter, bem como das equipas mínimas para assegurar essa mesma atividade.
- 2) Promoção do teletrabalho.
- 3) Promoção do atendimento telefónico ou por e-mail em detrimento do presencial.
- 4) Criação de medidas que visem diminuir a permanência dos profissionais em áreas com utentes.

7. OUTRAS AÇÕES A DESENVOLVER

Área	CONTINGÊNCIA		
	Nível I	Nível II	Nível III
Visitas	Cancelamento de todas as visitas, com exceção das previstas pelas normas e orientações da DGS.		
Acesso às instalações do HFF	Proibição de acesso a todos os não colaboradores cuja presença não seja essencial para a atividade do Hospital (incluindo DIM e voluntariado).		
Comissões gratuitas de serviço	Sem alterações.	Suspensas.	
Formações internas e externa	Sem alterações		
Registo biométrico	Registo por cartão.		
Estágios no HFF	Sem alterações.	Suspensos.	
Capelanía	Sem alterações.	Cancelamento de todas as cerimónias religiosas.	
Refeitório	Sem alterações.	Suspensão do serviço de buffet; aumento do espaçamento entre as mesas; suspensão da disponibilização automática de água; atendimento no refeitório e cafeteria principal apenas a colaboradores, acompanhantes de crianças internadas e dadores de sangue.	Serviço de <i>take-away</i> ; definição de escalas de refeições por serviço.
Atendimento ao público	Sem alterações.	Suspensão do atendimento direto ao público no Serviço de Recursos Humanos, Financeiro, Compras e Logística e Gabinete do Utente.	
Farmácia	Sem alterações.	Disponibilização de terapêutica de ambulatório para 3 meses.	
Limpeza e desinfeção	Reforço da limpeza e desinfeção dos Serviços e áreas comuns.		
Stocks de EPI, medicamentos e dispositivos médicos	Reforço de stocks de acordo com as necessidades de cada nível e de acordo com as orientações da tutela (Despacho nº8057/2020 de 19 de agosto).		
Equipamentos e instalações	Manutenções preventivas dos equipamentos essenciais para Serviços de Urgência, Serviço de Pneumologia, Unidades de Cuidados Intermédios e Intensivos.		

O presente plano de contingência encontra-se em permanente revisão e atualização, sendo complementado pelos planos específicos dos Serviços, assim como pela documentação em sistema de gestão da qualidade elaborada sobre o tema.

ANEXO III – Plano de Contingência no serviço oncologia- 07 de outubro de 2020 – D3

PR.1735/E.ONCO
Versão 01 de 2020/10/07
Rever até 2023/10

PR.1735/E.ONCO
Versão 01 de 2020/10/07
Rever até 2023/10

Serviço de Oncologia

Plano Contingência COVID-19 para consultas e tratamentos no Serviço de Oncologia

Palavras Chave: Plano de Contingência Oncologia; Covid19;

1. OBJETIVOS

- 1.1. Manter os cuidados de saúde, prestados aos doentes oncológicos, com garantia da qualidade e segurança.
 - 1.2. Uniformizar a actuação no Serviço de Oncologia (ONCO) de forma a minimizar os riscos de contágio, tanto para os doentes como para os profissionais de saúde.
- Cumprimento das normas definidas pela Direcção Geral de Saúde (DGS) e preconizadas pelas sociedades de Oncologia nacionais e internacionais.

2. ÂMBITO

- 2.1. Profissionais de saúde envolvidos na prestação de cuidados no Serviço de Oncologia.

3. TERMOS E SIGLAS

- ONCO Serviço de Oncologia
- DGS Direcção Geral de Saúde
- EPI Equipamento de protecção individual

4. PONTOS IMPORTANTES

- 4.1. Os doentes oncológicos, devido à imunossupressão, são considerados um subgrupo vulnerável para infecção COVID-19.
- 4.2. A realização de tratamento antineoplásico, em conjunto com a própria doença, contribui para o estado de imunossupressão.

5. SEQUÊNCIA LÓGICA

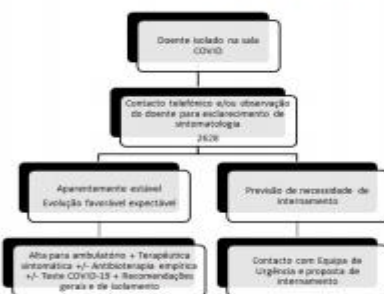
- 5.1. Na impossibilidade de manter um serviço fisicamente isolado do restante hospital, o Serviço de Oncologia implementou o plano de contingência descrito de forma a minimizar o risco de contágio.
- 5.2. É reduzido o número de vezes que o doente se desloca ao hospital, sem prejuízo da sua segurança clínica, através da implementação da consulta telefónica sempre que possível e realização de controlo laboratorial e outros exames preferencialmente no mesmo dia.

5.2. Admissão no Serviço de Oncologia

- 5.2.1. À entrada do Serviço de Oncologia o doente deve ser portador de máscara cirúrgica e caso não a tenha deverá ser-lhe fornecida uma de imediato;
- 5.2.2. As salas de espera devem servir, única e exclusivamente, para espera dos doentes antes de serem chamados para as consultas e tratamentos agendados e os doentes inscritos para o atendimento não programado (preferencialmente após triagem telefónica);
- 5.2.3. Os familiares apenas são permitidos se existir alguma limitação do doente;
- 5.2.4. Nas salas de espera estão disponíveis informações sobre medidas preventivas (distanciamento social, etiqueta respiratória, lavagem das mãos) e sobre sinais e sintomas suspeitos;

PR.1735/E.ONCO
Versão 01 de 2020/10/07
Rever até 2023/10

Imagem 1 – Fluxograma de abordagem de doentes na sala COVID



- a) Após a saída do doente da sala COVID, esta deve ser devidamente desinfetada.

5.5. Consultas e Tratamentos

- 5.5.1. Doentes em vigilância ou com necessidade de manutenção de cateter venoso central, e que não se encontrem em tratamento activo, devem ter as suas consultas preferencialmente pela via telefónica;
- 5.5.2. Será admissível protelar, após devida ponderação dos riscos e benefícios, os tratamentos antineoplásicos que condicionem imunossupressão em contexto paliativo ou mesmo de adjuvância. A decisão deverá ser individualizada e discutida com a restante equipa médica, tendo em consideração os objectivos do tratamento, a resposta previsível da doença oncológica, a tolerância do doente ao tratamento, o seu performance status e a sua vontade;
- 5.5.3. Todos os doentes com agendamentos de tratamento (quimioterapia ou outro) no Serviço de Oncologia devem ter avaliação telefónica prévia, pela equipa de enfermagem, para rastreio de sintomas ou contactos com pessoas infectadas com COVID-19;
- 5.5.4. Os doentes sob tratamento activo com quimioterapia são submetidos a rastreio com teste COVID-19 prévio a cada tratamento, idealmente com uma antecedência inferior a uma semana;
- 5.5.5. O resultado do teste COVID-19 é verificado pelo médico requisitante e pela equipa de enfermagem no dia do tratamento. Há ainda uma verificação de segurança pelo médico de urgência do dia, que confirma todos os testes dos doentes agendados nesse dia para realização de quimioterapia;
- 5.5.6. Para evitar o uso de processos físicos e contacto dos doentes com os documentos, as folhas de marcação e prescrições de terapêutica devem ser colocadas numa só pasta plastificada na sala de enfermagem em local próprio;
- 5.5.7. O agendamento da sala de tratamentos deve contemplar o menor número de doentes possível em simultâneo, com maior espaçamento entre cadeirões.

Tabela 1- Questionário sintomas COVID-19

TRIAGEM SINTOMAS COVID19	
Dados os sintomas habituais dos doentes oncológicos poderem ser os questionados, é importante destacar se houve alteração face à situação basal do doente	
Tosse	S/N
Febre (>37,5°C) - excluir toma de anti-piretico	
Dispneia	
Hemoptises	
Mialgias	
Fadiga	
Odynofagia	
Rinorreia	
Cefaleias	
Diarreia	
Náuseas/vómitos	
Contacto com COVID-19 + ...	

- a) Caso haja algum factor de risco identificado o doente é encaminhado para a Sala COVID (no Serviço de Oncologia).

5.4. Sala Covid

- 5.4.1. A sala COVID é um local de espera para os doentes que apresentem sinais de alerta na triagem realizada na admissão;
- 5.4.2. O médico de urgência deverá ser informado da presença do doente nesta sala;

PR.1735/E.ONCO
Versão 01 de 2020/10/07
Rever até 2023/10

5.6. Teste COVID-19 positivo

- 5.6.1. No caso de um teste de rastreio positivo, o médico requisitante deverá proceder à comunicação do resultado ao doente, questionando sobre eventuais sintomas e orientando a situação clínica da forma mais segura;
- 5.6.2. Realizar referência médica interna de acompanhamento (em ambulatório) na aplicação Soarian;
- 5.6.3. Efectuar levantamento de eventuais contactos com profissionais de saúde do Serviço de Oncologia e comunicação às chefias, conforme estipulado no Plano de Contingência do Hospital;
- 5.6.4. Os doentes com teste positivo COVID-19 devem suspender o tratamento antineoplásico;
- 5.6.5. A retoma do tratamento antineoplásico deverá ser feita apenas após um resultado negativo de teste COVID-19, de preferência um teste realizado no hospital. Caso o doente tenha necessitado de internamento, pela infecção COVID-19, o tratamento antineoplásico apenas deverá ser retomado após dois testes negativos.

5.7. Profissionais de Saúde

- 5.7.1. Os profissionais de saúde devem seguir as normas definidas pelo Plano de Contingência do Hospital, nomeadamente cumprir as regras de distanciamento, uso de EPI e de auto-monitorização de sintomas;
- 5.7.2. Os profissionais devem evitar ao máximo a circulação pelo hospital e o contacto com superfícies como, por exemplo, as máquinas de venda.

5.8. Espaços Colectivos

- 5.8.1. Os espaços colectivos (sala de reuniões, sala de tratamentos, recepção e copa) estão reorganizados, de forma a ser possível o cumprimento das regras de distanciamento e limpeza frequente das superfícies comuns;
- 5.8.2. Após o uso de superfícies ou utensílios comuns, o profissional de saúde deverá proceder à sua desinfecção imediata;
- 5.8.3. A porta principal do Serviço de Oncologia bem como as janelas e portas das salas de gabinetes médicos devem manter-se abertas, sempre que possível;
- 5.8.4. Não é permitida a entrada a pessoas alheias ao serviço;
- 5.8.5. A porta secundária de acesso ao serviço (junto ao serviço de Sangue e Medicina Transfusional) está encerrada.

6. INDICADORES

Não aplicável.

7. REFERÊNCIAS E DOCUMENTOS RELACIONADOS

- a) Norma DGS 009/2020 (dia 02/04/2020) "Reconfiguração dos Cuidados de Saúde na Área da Oncologia"
- b) www.esmo.org
- c) www.nccn.org

8. ASSINATURAS

- 8.1. Aprovação

ANEXO IV – Plano de Contingência no serviço Gastro- abril de 2020 – D4

PR.1721/T.GASTRO

Versão 01 de 2020/04/15
Rever até 04/2022

Serviço de Gastroenterologia

Plano de Contingência COVID-19: Técnicas de Gastro - Circuito de Baixo Risco e Circuito de Alto Risco

Palavras Chave: Covid-19, Endoscopia Digestiva Urgente e Emergente

1. OBJETIVOS

- 1.1. Definição da organização e do funcionamento da UTG no âmbito do Plano de Contingência decorrente da pandemia COVID-19.
- 1.2. Definição de dois circuitos independentes para exames de endoscopia digestiva (considerados essenciais): (1) circuito de Baixo Risco (na UTG) e (2) circuito de Alto Risco (casos suspeitos/prováveis/confirmados de COVID-19), no Bloco Operatório.
- 1.3. Prevenção do risco de infeção pelo SARS-CoV-2.

2. ÂMBITO

- 2.1. Médicos e Enfermeiros de

3. TERMOS E SIGLAS

EPI	Equipamento de Proteção Individual
UTG	Unidade de Técnicas de Gastroenterologia
SIE	Serviço de Instalações e Equipamentos
SPG	Sociedade Portuguesa de Gastroenterologia
SPCP	Sociedade Portuguesa de Coloproctologia
SPED	Sociedade Portuguesa de Endoscopia Digestiva

4. PONTOS IMPORTANTES

- 4.1. Face ao problema de saúde pública no contexto da pandemia associada à infeção pelo SARS-CoV-2, as recomendações nacionais e internacionais, em linha com o plano de contingência do e posição conjunta da SPED/SPG/SPCP/Ordem dos Médicos, determinam, de momento, que todos os atos endoscópicos digestivos não considerados essenciais sejam cancelados ou adiados até que o risco de transmissão populacional desta doença esteja resolvido em Portugal.
- 4.1.1. O presente protocolo foi elaborado com base nas recomendações internacionais do CDC, ASGE, ESGE e nacionais da SPG, SPED e Colégio da Especialidade de Gastroenterologia e adaptados à realidade do Serviço de Gastroenterologia.
- 4.1.2. O presente protocolo está em conformidade com norma DGS 007/2020 bem como das orientações do face à atuação COVID-19.
- 4.2. Sempre que possível do ponto de vista clínico, os métodos de diagnóstico alternativos não invasivos devem ser privilegiados.
- 4.3. Durante esta fase, serão realizados apenas exames endoscópicos considerados essenciais, que impactem na abordagem e prognóstico a curto-médio prazo do doente.
- 4.3.1. Exames endoscópicos urgentes/emergentes (assegurados pela Urgência de Gastroenterologia): até 24h após contacto com o médico de urgência de Gastroenterologia (procedimentos urgentes) e de até 6 a 12h, caso o procedimento seja considerado emergente.
- 4.3.2. Exames a doentes com motivo prioritário (exemplos: doentes oncológicos ou com suspeita de neoplasia, doentes com patologias com risco acrescido de morbi-mortalidade no curto a médio prazo, doentes sintomáticos), para os quais será feita uma triagem em conformidade.
- 4.4. O equipamento de proteção individual (EPI) para os vários intervenientes, equipa multidisciplinar, deve estar sempre assegurado, para os diferentes níveis de risco.

Pág. 1 / 4

PR.1721/T.GASTRO

Versão 01 de 2020/04/15
Rever até 04/2022

- 4.5. A endoscopia digestiva alta é considerada um procedimento de alto risco de transmissão de SARS-CoV-2, uma vez que é potencialmente geradora de aerossóis. Tendo em conta relatos recentes de deteção do vírus em fezes de doentes infetados, sugerindo uma possível transmissão fecal-oral, pensa-se que a colonoscopia também possa apresentar risco acrescido de transmissão viral.
- 4.6. Ao reduzir os contactos médicos não essenciais será possível minimizar o impacto dos profissionais de saúde como fontes de contágio e reduzir a utilização de equipamento de proteção individual para que este esteja disponível para situações críticas.
- 4.7. Todos os doentes devem receber uma máscara cirúrgica, sendo recolocada após a realização do exame. Se exequível, também devem ser fornecidas luvas a todos os doentes no momento da entrada na unidade de saúde.
- 4.8. Os profissionais de saúde em funções na UTG, devem usar fato de circulação.

5. SEQUÊNCIA LÓGICA

5.1. AVALIAÇÃO DE RISCO.

- 5.1.1. No dia anterior ao exame/procedimento endoscópico a equipa de enfermagem da UTG realiza:
 - a) contacto telefónico a todos os doentes ou respetivo serviço de internamento, com triagem para COVID-19, de acordo com os critérios estabelecidos pela DGS, com realização de mini-inquérito epidemiológico, com as seguintes questões:
 - a1) Nos últimos 14 dias teve: (1) febre, (2) tosse, (3) odinofagia (4) ou outros sintomas respiratórios (5) ou contacto próximo com algum caso suspeito ou confirmado de COVID-19? (6) Regressou nos últimos 14 dias de áreas de alto risco de COVID-19.
- 5.1.2. Para utentes em ambulatório no dia do exame/procedimento endoscópico a equipa de enfermagem da UTG realiza a medida da temperatura corporal, regista a mesma no PCE/Soarian e corrobora o inquérito.
- 5.1.3. Para doentes internados, propõe-se o rastreio para COVID-19, com realização de zaragatoa;
 - a) os doentes com suspeita de infeção são sinalizados à equipa médica responsável
 - b) e em doentes sem indicação urgente/emergente será considerado o adiamento do exame durante pelo menos 2 semanas
- 5.1.4. Os doentes em ambulatório identificados como suspeitos, serão instruídos a contactar a Linha Saúde 24.
- 5.1.5. Consoante a avaliação de risco, a decisão será de: manter, adiar ou cancelar o procedimento. Nos doentes de ambulatório, que realizaram procedimento, será realizado um novo contacto 14 dias após a realização do procedimento.

5.2. EQUIPAMENTO DE PROTEÇÃO INDIVIDUAL

- 5.2.1. Os níveis de proteção para uso durante o procedimento endoscópico estão definidos nas orientações internas em vigor no emanadas pelo GCL-PPCIRA, nomeadamente seleção de EPI, Colocação EPI, Remoção EPI.
- 5.2.2. No âmbito da UTG aplicam-se os níveis EPI I e EPI II (procedimentos de baixo risco) e os níveis EPI III e EPI IV (procedimentos de alto risco).
- 5.3. CIRCUITO PARA PROCEDIMENTOS DE ENDOSCOPIA DIGESTIVA DE BAIXO RISCO (UTG).
- 5.3.1. Este circuito é aplicável aos procedimentos em doentes considerados não suspeitos/prováveis para COVID-19 na triagem
- 5.3.2. O local de realização do exame/procedimento é a sala I da Unidade de Técnicas de Gastroenterologia
- 5.4. CIRCUITO PARA PROCEDIMENTOS DE ENDOSCOPIA DIGESTIVA DE ALTO RISCO (BLOCO OPERATÓRIO).
- 5.4.1. Este circuito é aplicável aos procedimentos em doentes suspeitos, prováveis ou confirmados COVID-19 na triagem

PR.1721/T.GASTRO

Versão 01 de 2020/04/15
Rever até 04/2022

- 5.4.4. O circuito obedece às regras estabelecidas no protocolo de atuação COVID-19 – Anestesiologia e Bloco Operatório
- 5.4.5. Serão alocados a estes procedimentos sempre o mesmo endoscópio alto e o mesmo colonoscópio.
 - a) Serão garantidos os procedimentos de reprocessamento de endoscópios, Monitorização microbiológica e de Restreabilidade dos Endoscópios
- 5.4.6. A sala fica equipada com processador/fonte de luz/monitor até ao final da atual contingência COVID-19
- 5.4.7. A endoscopia digestiva alta emergente é sempre realizada com o doente entubado e ventilado
- 5.4.8. O intervalo mínimo entre exames não deve ser inferior a 30 min
- 5.4.9. Devem estar assegurados os seguintes requisitos para a realização de procedimentos de alto risco:
 - a) Decisão multidisciplinar sobre o prognóstico do doente e a respetiva indicação emergente para o procedimento;
 - b) Os timings para a realização de endoscopia emergente são de:
 - b1) até 12h em casos de hemorragia digestiva alta com repercussão hemodinâmica
 - b2) e de até 6h em impactos alimentares no esófago com obstrução completa, pilhas ou objetos pontiagudos no esófago
 - c) Na hemorragia digestiva com repercussão hemodinâmica deve ser assegurada, no imediato e no serviço de origem do doente, a estabilização hemodinâmica; a proteção da via aérea pelo risco de aspiração deve ser igualmente assegurada; na hemorragia digestiva alta preconiza-se também bolus de eritromicina ev 250mg ev a cada 30-120min
 - d) Em alguns casos pode ser preconizada realização de TAC previamente à decisão de endoscopia digestiva (nomeadamente angioTAC abdominal na suspeita de isquémia intestinal ou colite isquémica e TAC/angioTAC tórax na suspeita de perfuração esofágica ou de fistula aortoesofágica)
 - e) Decisão da alocação intrahospitalar do doente, após o procedimento, nomeadamente caso se perspetive a necessidade de admissão em serviço de medicina intensiva (SMI); nesta decisão deve intervir o Grupo de Coordenação COVID-19 – triagem e Alocação Intrahospitalar, equipa de urgência do SMI, equipa clínica do serviço de origem do doente bem como equipa de urgência de Gastroenterologia/Anestesiologia/Cirurgia
 - f) EPI: Proteção máxima EPI III (DA GCL-PPCIRA 0589 e DA 0594) ou EPI IV (DA GCL-PPCIRA: DA 0590 e DA 0595).

6. INDICADORES

- 6.1. Taxa de procedimentos alocados ao circuito de baixo risco e de alto risco
- 6.2. Taxa de adiamento de exames agendados
- 6.3. Taxa de cancelamento de exames agendados
- 6.4. Taxa de admissão hospitalar ao 7º e 14º dia pós procedimento (a taxa de complicações deverá ser < 0,5% aos 7 dias pós procedimento)
- 6.5. Taxa de modificação da definição de caso não suspeito/suspeito, com base na comparação da avaliação de risco inicial e ao 14º dia
- 6.6. Número de exames de Diagnósticos e terapêuticas endoscópicas realizadas no período de Contingência COVID-19
- 6.7. Taxa de Mortalidade ao 7º e 30º dia pós procedimento endoscópico.

7. REFERÊNCIAS E DOCUMENTOS RELACIONADOS

- a) European Center for Disease Prevention and Control. Infection prevention and control for COVID-19 in healthcare settings. Available at: <https://www.ecdc.europa.eu/en/publications-data/infection-prevention-and-control-covid-19-healthcare-settings>
- b) ESGE and ESGENA Position Statement on gastrointestinal endoscopy and the COVID-19 pandemic 18.03.2020;

Pág. 3 / 4

ANEXO V – Plano de Contingência no serviço de patologia clínica dezembro de 2020 – D5

Plano de Contingência - COVID-19

Serviço de Patologia Clínica (SPC)

Na sequência da actual pandemia devida ao novo coronavírus SARS-CoV-2 (COVID-19), o SPC definiu as medidas a tomar de forma a fazer face à situação de emergência de saúde pública gerada.

Medidas imediatas

1. Início da realização da técnica de PCR para pesquisa do SARS-CoV-2 (COVID-19):

- ▷ Previsão: final da semana de 16/3
- ▷ Realização de obras na sala da Tuberculose:
 - Criar zona de contenção
 - Reorganizar o espaço
 - Instalação do(s) equipamento(s) para execução da técnica (Ingenius)
- ▷ Realocar e formar o mínimo de 5 técnicos para realizar a técnica (7 dias/semana, das 8h às 22h)

2. Reduzir o nº de colheitas das consultas externas ao mínimo indispensável:

- ▷ Início em 16/3
- ▷ Contactar telefonicamente os utentes com marcações a partir de 16/3 no sentido de adiar as colheitas por um mínimo de 3 meses.
- ▷ Manter os casos urgentes, até um total de 100 marcações/dia útil.

3. Remarcar consultas de Hipocoagulação:

- ▷ Doentes estáveis:
 - Prolongar o tempo de remarcação de nova consulta para 3 meses
 - Entregar carta para seguimento em centro de saúde
- ▷ Doentes instáveis: manter a consulta e, se possível, estender o intervalo para a consulta seguinte

Medidas a médio e longo prazo

1. Falta de Técnicos Superiores de Diagnóstico e Terapêutica (TSDT): Restrição das análises realizadas

- ▷ **Fase 1** - Secções com falta de 1 TSDT: NÃO serão realizadas as análises que se seguem:
 - Secção de Imunologia:
 - Alergologia
 - Autoimunidade
 - Secção de Microbiologia:
 - Fezes (excepto pesquisa de Clostridium)
 - Tuberculose (excepto pesquisa directa de BAAR e PCR)
 - Secção de Hematologia

- Hemoglobina Glicada (Hb A1c)
- Electroforese das hemoglobinas
- Coagulação (excepto TP, APTT, Fibrinogénio)

▷ **Fase 2** - Secções com falta de 2 TSDT: NÃO serão realizadas as análises da Fase 1 e as que se seguem:

- Secção de Imunologia:
 - Electroforeses
 - Proteínas
 - Carga viral (HCV, HIV)
- Secção de Microbiologia:
 - Vaginais (excepto grávidas)
- Secção de Hematologia:
 - Morfologia de sangue periférico
 - Citometria de fluxo
 - Mielogramas
 - VS

▷ **Fase 3**: Secções com falta de mais de 2 TSDT:

- Serão realizadas apenas as análises da lista "Análises de Baicão", excepto para as Unidades

2. Mínimas por categoria profissional, a partir das quais o SPC esgota a sua capacidade

▷ Administrativos: 2

- Não são enviadas análises para o exterior
- Não se fazem colheitas da consulta externa

▷ Auxiliares de Acção Médica: 5 na Urgência+1 na Rotina

- Em caso de necessidade podem ser substituídos por administrativos

▷ Médicos e Técnicos Superiores de Saúde (TSS)

- Micro: 2 (Médicos ou TSS)
- Restante Serviço: 1 Médico

3. Sendo a Urgência, a Microbiologia e a técnica para detecção do COVID-19 prioritários, o SPC organizará os Recursos Humanos de forma a manter o seu funcionamento o máximo de tempo possível.

ANEXO VI – Plano de comunicação de crise de 12 de junho de 2020– D6

PR.1252/T.CA

Versão 02 de 2019/06/12
Revisão até 2022/06

Conselho de Administração

Plano de Comunicação de Crise

Palavras Chave: Gestão de Crise; Emergência; Plano

1. OBJETIVOS

- 1.1. Definir intervenções públicas em cenário de crise;
- 1.2. Reduzir danos provocados por essa crise;
- 1.3. Facilitar a intervenção em situações anómalas susceptíveis de pôr em causa o bom funcionamento de Instituição;
- 1.4. Envolver os profissionais na resolução do problema que deu origem à crise;
- 1.5. Evitar a repetição de situações que obedeçam à classificação de crise.

2. ÂMBITO

- 2.1. Todos os profissionais de

3. TERMOS E SIGLAS

CA Conselho de Administração

4. PONTOS IMPORTANTES

- 4.1. As crises são situações de rutura que correm o risco de escalar em intensidade, caindo por isso sob escrutínio mediático ou governamental, acabando por interferir nas operações normais de uma organização, colocando em perigo a sua imagem e prejudicando-a nas suas possibilidades de "sobrevivência".
- 4.2. Uma crise é uma mudança, não necessariamente votada à negatividade irreparável, mas sim caracterizada por um certo grau de risco e incerteza.
- 4.3. Assim, uma crise pode ser entendida como qualquer acontecimento imprevisível e com carácter público, que tem capacidade para afetar negativamente e causar uma rutura ou instabilidade no normal funcionamento do hospital, bem como pôr em causa a legitimidade social da instituição. A incerteza causada pela ameaça leva a uma resposta imperativamente urgente.
- 4.4. Existe um Grupo de Gestão de Emergência, que tem como principal função assessorar o Diretor de Emergência (Presidente do Conselho de Administração) na gestão da emergência. É responsável, em conjunto com o Diretor de Emergência, pela tomada de decisões de maior responsabilidade.
- 4.5. No grupo de Gestão de Crise está inserido a Unidade de Comunicação e Informação, que tem como missão servir de elo de ligação com as entidades externas, comunicação social, familiares dos utentes e

PR.1252/T.CA

Versão 02 de 2019/06/12
Revisão até 2022/06

- g) Criar meios diretos de contacto com o exterior;
- h) Definir juntamente com o Diretor de Emergência, quem fala em nome da organização aos diversos níveis;
- i) Articular parcerias com as várias Entidades Externas envolvidas.

6. INDICADORES

Não aplicável.

7. REFERÊNCIAS E DOCUMENTOS RELACIONADOS

- a) DA.0379/T.CA - Plano de Segurança Interno
- b) DA.0161/ T.CA - Plano de Catástrofe Externa
- c) PR.0870/T.CA – Gabinete de Gestão de Emergência

8. ASSINATURAS

- 8.1. Aprovação
18-06-2019

ANEXO VII – Plano de abordagem de contacto próximos com doentes ou profissionais infectados com COVID-19, julho de 2020 – D7

PR.1731/T.SSO
Versão 01 de 2020/07/21
Rever até 07/2023

PR.1731/T.SSO
Versão 01 de 2020/07/21
Rever até 07/2023

Saúde Ocupacional

Abordagem de Contactos Próximos com Doentes ou Profissionais Infectados com SARS-CoV-2 (COVID-19)

Palavras Chave: Contacto Próximo; Infecção; SARS-CoV-2/COVID-19; Rastreio; Risco de exposição;

1. OBJETIVOS

- 1.1. Definir o procedimento de atuação para agilizar precocemente medidas de prevenção e controlo da transmissão do vírus SARS-CoV-2 por forma a limitar o contágio inter-pessoal, entre profissionais, doente e profissional, cumprindo as referências e normas emitidas pela Direção Geral de Saúde, Organização Mundial de Saúde e o Centro Europeu de Prevenção e Controlo de Doenças.
- 1.2. Assegurar a harmonização de procedimentos de actuação no rastreio de contactos próximos e implementação de medidas de prevenção e controlo da infeção, para contenção atempada de propagação da infeção.
- 1.3. Promover um circuito adequado, dinâmico, completo, atualizado e eficiente de troca de informação entre serviços.
- 1.4. Dar resposta à Orientação nº 013/2020, de 21 de Março emitida pela DGS, que descreve os procedimentos a adoptar na vigilância dos contactos próximos.

2. ÂMBITO

- 2.1. Todos os profissionais do Hospital.

3. TERMOS E SIGLAS

CIT	Certificado de Incapacidade Temporária para o Trabalho
COVID-19	Doença por Novo Coronavírus 2019
DGS	Direção Geral de Saúde
ECDC	Centro Europeu de Prevenção e Controlo de Doenças
EPI	Equipamento de Protecção Individual
FAT	Ficha de Aptidão para o Trabalho
GCL-PPCIRA	Grupo Coordenador Local do Programa de Prevenção e Controlo de Infeção e Resistência aos Antimicrobianos
OMS	Organização Mundial de Saúde
SARS-CoV-2	Coronavírus causador da COVID-19
SSO	Saúde Ocupacional
SRH	Serviço de Recursos Humanos
LAI	Linha de Apoio Interna

4. PONTOS IMPORTANTES

- 4.1. Os profissionais dos serviços são obrigados a informar a sua chefia directa (Chefia de Serviço, Direção de Serviço, Técnico Coordenador e Chefia Administrativa) de contactos com casos confirmados de infeção

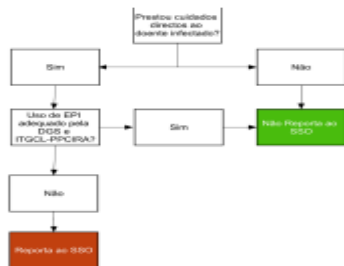
PR.1731/T.SSO
Versão 01 de 2020/07/21
Rever até 07/2023

- 1. Contacto frente a frente a uma distância até 2 metros E durante menos de 15 minutos;
- 2. Contacto em ambiente fechado com caso confirmado de COVID-19, a uma distância superior a 2 metros OU durante menos de 15 minutos.

5.2.2. Identificação de contactos próximos nos profissionais de saúde com exposição a doentes infectados com SARS-CoV-2

- a) Os profissionais de saúde que tiverem tido contacto com doente infectado com SARS-CoV-2 devem comunicar à sua chefia directa (Chefia de Serviço, Direção de Serviço, Técnico Coordenador, Chefia Administrativa).
- b) A chefia directa deve identificar os profissionais de saúde que sejam considerados contactos próximos, os que efectivamente prestaram cuidados directos ao doente, e elaborar listagem com correcta identificação dos profissionais (ver ponto 5.1.2), caracterização da actividade realizada e o EPI utilizado.
- c) Enviar para o SSO (saude.ocupacional@i-min-saude.pt), a listagem dos profissionais, que foram caracterizados como tendo tido potencial exposição de risco (figura 1 - Fluxograma).
- c1) Na elaboração da listagem, em caso de dúvida que pela avaliação da Chefia possa constituir um contacto de elevada exposição, contactar o SSO.

Figura 1 - Fluxograma de identificação de contactos próximos - cenário de exposição profissional a doente com infeção COVID-19.



Fonte: SSO

- d) O SSO envia o Inquérito Epidemiológico aos Profissionais para preenchimento – IMP.1779/E.SSO ou versão digital. O Inquérito deverá ser respondido em menos de 12 horas. Caso os Profissionais não respondam ao inquérito em tempo útil, será informada a sua chefia directa para responsabilização do próprio.
 - e) O SSO faz a estratificação do risco de acordo com critérios definidos para Alto ou Baixo risco.
 - f) O SSO deverá articular com a Autoridade de Saúde neste processo de rastreio dos profissionais.
- 5.2.3. Identificação de contactos próximos nos profissionais de saúde com exposição a outro profissional de saúde infectado com SARS-CoV-2
- a) A chefia directa deve identificar os profissionais de saúde que sejam considerados contactos próximos, os que efectivamente tiveram algum tipo de contacto social com partilha de espaços comuns sem EPI (copa, sala de refeição, sala de descanso, vestiários), elaborar listagem com identificação dos profissionais (ver ponto 5.1.2), e caracterização do contacto (figura 2 - Fluxograma).

Pág. 3 / 7

- 4.4. A identificação precoce de sintomas nos profissionais de saúde permite assegurar o seu adequado encaminhamento e monitorização.
- 4.5. O SSO pretende assegurar a saúde e segurança dos profissionais.

5. SEQUÊNCIA LÓGICA

5.1. Recolha de informação relativa a rastreios alargados em situação de surto

- 5.1.1. É da responsabilidade das Chefias de Serviço, Direção de Serviço, Técnico Coordenador e Chefia Administrativa, quando notificados da necessidade de realização de rastreio alargado aos profissionais do serviço, elaborar listagem que identifique clara e inequivocamente os profissionais que estiveram de serviço e que se enquadrem no respetivo rastreio.
- 5.1.2. A lista deverá contemplar os seguintes dados de identificação do profissional de forma completa e atualizada:
 - a) Nome completo
 - b) Número mecanográfico
 - c) Categoria Profissional
 - d) Número do processo
 - e) Contacto telefónico
- 5.1.3. Cabe às respectivas chefias dos serviços garantir a validação dos profissionais que se encontrem de férias, de baixa, ou ausentes por qualquer outro motivo que, por este facto, não constituem exposição de risco, garantindo que a identificação dos mesmo não consta da listagem.
- 5.1.4. As listagens que não cumprirem os pressupostos acima elencados serão devolvidas às chefias, para a respetiva regularização, com as consequências inerentes à não realização do rastreio em tempo útil.
- 5.1.5. As listagens devem ser enviadas ao SSO (saude.ocupacional@i-min-saude.pt), num prazo máximo de 24 horas no período entre as 08:00horas e as 14:00horas, por forma a proceder à programação/efetivação do respetivo rastreio.
- 5.1.6. Se todos estes pressupostos não forem contemplados por forma a que o SSO proponha o rastreio em tempo útil, para identificar precocemente contactos de alto risco e implementar as medidas de contenção adequadas, essa responsabilidade recairá sobre as respetivas chefias dos profissionais identificados. De realçar que todos os pressupostos devem ser escrupulosamente cumpridos pelos serviços.
- 5.1.7. O não cumprimento destas indicações comprometem a realização de rastreios em tempo útil.

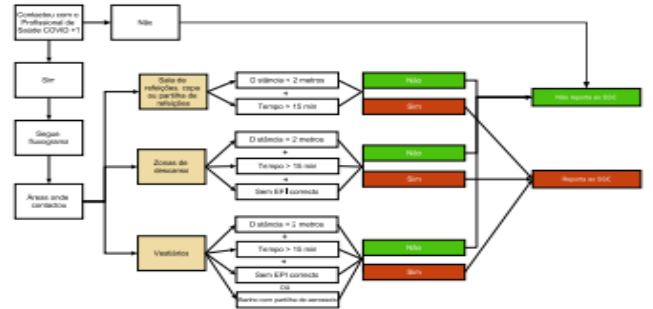
5.2. Vigilância de contactos próximos

5.2.1. Definição de Contacto Próximo

- a) O Contacto Próximo com um Caso Confirmado de COVID-19 pode ser enquadrado, quanto ao risco de exposição, em "Alto risco de exposição" ou "Baixo risco de exposição".
 - a1) Alto risco de exposição - Profissional com:
 1. Exposição associada a cuidados de saúde, incluindo:
 - i. Prestação directa de cuidados a caso confirmado de Covid-19 (sem uso de EPI);
 - ii. Contacto desprotegido em ambiente laboratorial com amostras SARS-CoV-2;
 2. Contacto físico directo (aperto de mão) com caso confirmado de COVID-19 ou contacto com secreções contaminadas com SARS-CoV-2;
 3. Contacto em proximidade (frente a frente) ou em ambiente fechado com caso confirmado de COVID-19 (Ex: gabinete, salas de aula, sala de reuniões, sala de espera) a uma distância até 2

PR.1731/T.SSO
Versão 01 de 2020/07/21
Rever até 07/2023

Figura 2 - Fluxograma de identificação de contactos próximos - cenário de exposição profissional a outro profissional com infeção COVID-19.



- b) Enviar para o SSO (saude.ocupacional@i-min-saude.pt), a listagem dos profissionais, que foram caracterizados como tendo tido potencial exposição de risco.
 - c) O SSO envia o Inquérito Epidemiológico aos Profissionais para preenchimento – formulário IMP.1779/E.SSO ou versão digital. O Inquérito deverá ser respondido em menos de 12h. Caso os Profissionais não respondam ao inquérito em tempo útil, será informada a sua chefia directa para responsabilização do próprio.
 - d) O SSO faz a estratificação do risco de acordo com critérios definidos para Alto ou Baixo risco.
 - e) O SSO deverá articular com a Autoridade de Saúde neste processo de rastreio dos profissionais.
- 5.2.4. Identificação de profissionais de saúde com exposição a SARS-CoV-2 em contexto familiar, social ou noutra instituição
- a) Os profissionais de saúde que tiverem tido contacto com familiar, amigo ou doente (noutra instituição de saúde) infectado com SARS-CoV-2 devem comunicar ao SSO, via email (saude.ocupacional@i-min-saude.pt), caracterizando detalhadamente o contexto de exposição e fornecendo um contacto telefonico directo.
 - b) O SSO contacta o Profissional via telefónica e realiza o Inquérito Epidemiológico.
 - c) Os profissionais considerados contactos próximos de Alto Risco serão seguidos pela Autoridade de Saúde Pública cumprindo com as recomendações que lhe forem dadas e só retomando a actividade profissional após comunicação escrita ao SSO pelo respectivo Delegado de Saúde responsável pela vigilância. O SSO agiliza a prescrição e realização dos testes, sendo critério de decisão a realização de testes negativos com intervalo superior a 24h e estar assintomático para retomar a actividade.
- 5.2.5. Abordagem dos contactos próximos em contexto profissional no
- a) Alto risco de exposição (figura 3 - Fluxograma)
 - a1) Os profissionais com alto risco de exposição serão submetidos a teste de rastreio por pesquisa de RNA (PCR) - zaragatoa. Este é um ponto importante que o SSO assume, que visa garantir a segurança interna e que está acima das orientações da DGS.

Pág. 4 / 7

- a2) O SSO em articulação com o Grupo Coordenador dos Testes agiliza a realização do teste laboratorial.
- a3) O profissional assintomático fica em isolamento profilático, durante 10 dias, a contar desde o último dia de exposição, com restrição para o trabalho, sendo o acompanhamento feito pelo SSO.
- a4) O profissional de saúde sintomático fica em isolamento profilático, com restrição para o trabalho, referenciado para a LAI (caso suspeito), que fará avaliação médica telefónica. (PR.1717/T.SSO).
- a5) Resultado do Teste COVID-19:
 - 1. Se teste positivo, o acompanhamento do profissional doente é feito pela linha COVID Casa.
 - 2. Se teste negativo, o profissional mantém isolamento profilático:
 - i. Se o profissional de saúde desenvolver sintomas sugestivos de infeção por SARS-CoV-2, deverá ser tratado como Caso-suspeito e deverá ligar para a LAI (PR.1717/T.SSO).
 - ii. Se durante o período de isolamento profilático o profissional não desenvolver sintomas sugestivos de infeção por SARS-CoV-2, o SSO agiliza a realização do Teste COVID-19 ao 7º dia:
 - a. Se teste positivo: o acompanhamento do profissional doente é feito pela linha Covid Casa.
 - b. Se teste negativo - O SSO dará indicação para terminar o período de 10 dias de isolamento e regressar ao trabalho; O Médico do Trabalho emite Ficha de Aptidão considerando o profissional "Apto" e envia a mesma para a chefia directa, SRH e para o próprio.

b) **Baixo risco de exposição** (figura 3- Fluxograma)

- b1) Relativamente aos profissionais com baixo risco de exposição a abordagem e necessidade de realização do teste será decidida caso-a-caso.
- b2) O profissional deve manter a auto monitorização e estar atento para o surgimento de sintomas da COVID-19. Se desenvolver sintomas será tratado como Caso-suspeito e deve ligar para a LAI (PR.1717/T.SSO)
- b3) O profissional de saúde assintomático não tem restrição para o trabalho.

Figura 3 - de abordagem de contactos próximos de Alto e Baixo Risco.



5.2.6. Critérios para libertação do isolamento, consensualizados pelo ECDC,

Fig. 5 / 7

- a) Evidência de amostras do trato respiratório superior negativas para SARS-CoV-2 em 2 testes com intervalo superior a 24 horas;
 - b) Profissional de saúde assintomático.
- 5.2.7. Critérios de justificação de ausência ao trabalho (Tabela 1)

Tabela 2 - Critérios de justificação de ausência ao trabalho		
	Teste Positivo	Teste Negativo
Alto Risco	Profissional Saúde Doente-CIT (LAI - emite CIT)	Isolamento profilático (SSO - emite Declaração de Isolamento) (SSO - emite FAT)
Baixo Risco	Profissional de Saúde Doente-CIT (LAI - emite CIT)	Apto para trabalho

6. INDICADORES

Não aplicável.

7. REFERÊNCIAS E DOCUMENTOS RELACIONADOS

- a) PR.1717/T.SSO - Profissionais de Saúde com Exposição a SARS-CoV-2 (COVID-19).
- b) IT 0675/T.GCL-PPCIRA - Selecção e Utilização do Equipamento de Protecção Individual no âmbito do Plano de Contingência da COVID-19.
- c) IT 0676/T. GCL-PPCIRA - Utilização de espaços para refeições dos profissionais no âmbito do plano de contingência da COVID 19.
- d) IT 0686/T.GCL-PPCIRA - Intervenções clínicas em Consulta Externa -Plano de Contingência da COVID-19.
- e) Lei n.º 102/2009 de 10 de Setembro- Regime jurídico da promoção da segurança e saúde no trabalho.
- f) Decreto-Lei n.º 84/97, de 16 de abril.
- g) Rational use of personal protective equipment for coronavirus disease 2019 (COVID-2019), WHO, 27-02-2020.
- h) Resource estimation for contact tracing, quarantine and monitoring activities for COVID-19 cases in the EU/EEA, ECDC, 2020.
- i) DGS - Orientação nº 002/2020 - Infeção pelo novo Coronavírus (2019-nCoV).
- j) DGS - Orientação nº 003/2020 - Prevenção e Controlo de Infeção pelo novo Coronavírus (2019-nCoV).
- k) DGS - Orientação nº 004/2020 de 01/02/2020 - Infeção por novo Coronavírus (2019-nCoV). Procedimentos de vigilância de aeroportos e viajantes por via aérea.
- l) DGS - Orientação nº 006/2020 de 26/02/2020 - Infeção por SARS-CoV-2 (COVID-19). Procedimentos de prevenção, controlo e vigilância em empresas.
- m) DGS - Orientação nº 013/2020 de 21/03/2020 - Profissionais de Saúde com Exposição a SARS-CoV-2 (COVID-19).

8. ASSINATURAS

- 8.1. Aprovação

ANEXO VIII – Circuito do Doente com Suspeita/Infecção por SARS-CoV-2 no Serviço de Urgência Geral, outubro de 2020– D8

PR.1745/E.SUGUB

Versão 01 de 2020/10/07
Rever até 2023/10

PR.1745/E.SUGUB

Versão 01 de 2020/10/07
Rever até 2023/10

Urgência Geral e Urgência Básica

Circuito do Doente com Suspeita/Infecção por SARS-CoV-2 no Serviço de Urgência Geral

Palavras Chave: Circuito; ADR-SU; SARS-CoV-2

1. OBJETIVOS

1.1. Estabelecer o processo de admissão e encaminhamento para Observação de Doentes Suspeitos ou Confirmados de Infecção por SARS-CoV-2 no Serviço de Urgência Geral.

2. ÂMBITO

2.1. Aplica-se a todos os profissionais do Serviço de Urgência Geral.

3. TERMOS E SIGLAS

ADR-SU Área dedicada a respiratórios no Serviço de Urgência Geral.

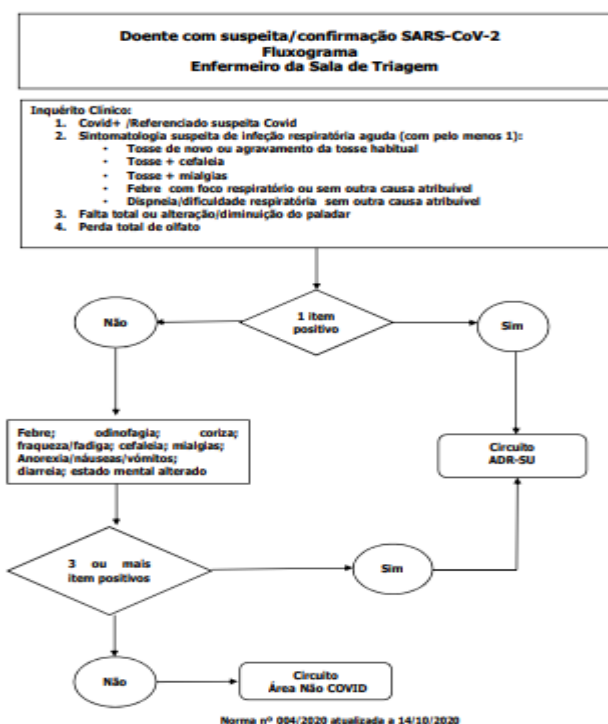
4. PONTOS IMPORTANTES

- 4.1. O Serviço de Urgência Geral está constituído por dois circuitos de atendimento:
- 4.1.1. Circuito para Área dedicada a Respiratórios no SU (ADR-SU): área dedicada à observação clínica, tratamento e colheita de amostras de doentes com suspeita/confirmação de Infecção por SARS-CoV-2. Esta área encontra-se localizada no exterior do SUG em um contentor contíguo devidamente identificado. Esta área está constituída por:
- a) Sala de admissão;
 - b) Uma sala de Triagem;
 - c) Gabinetes médicos para atendimento;
 - d) Uma sala de trabalho de enfermagem;
 - e) Uma sala de sujos para tratamento de resíduos hospitalares e roupa COVID;
 - f) Uma sala para colocação e remoção de EPI;
 - g) Uma Sala de Reanimação;
 - h) Uma sala de colheitas;
 - i) Uma sala de inalatórios;
 - j) Uma sala para vigilância e monitorização de doentes.
- 4.1.2. Circuito para Área Não-COVID-SU: área dedicada a observação e tratamento de doentes SEM suspeita de Infecção por SARS-CoV-2:
- a) A sua constituição encontra-se definida no Regulamento do SUG.
- 4.2. Na Área dedicada a COVID-19 do SU não é permitida a entrada de acompanhantes. Contudo os familiares podem dirigir-se ao Gabinete do cidadão para obter informações acerca dos doentes.
- 4.3. Acesso dos profissionais à Área dedicada a COVID
- 4.3.1. Previamente à entrada no SUG os profissionais deveram higienizar as mãos e colocar máscara cirúrgica.
- 4.3.2. O acesso a Área dedicada a COVID é feito pelo corredor de acesso à Psiquiatria/Neurologia entrando pelo contentor pela porta Nº1 (porta de acesso dos profissionais).

PR.1745/E.SUGUB

Versão 01 de 2020/10/07
Rever até 2023/10

Figura 2: Fluxograma para doente com suspeita/confirmação SARS-CoV-2 – Enfermeiro da Sala de Triagem

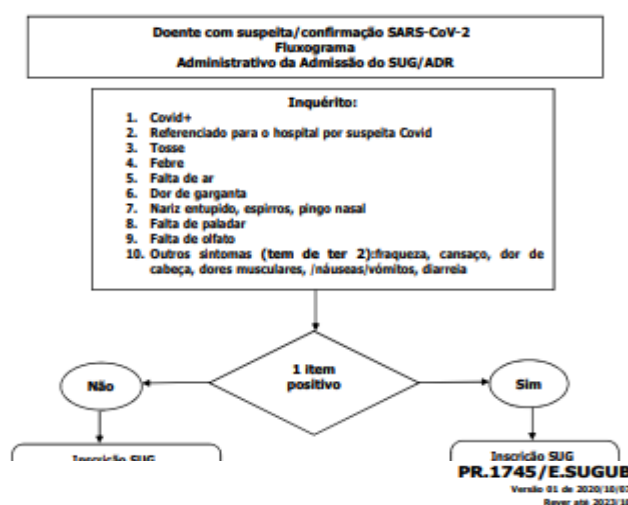


5. SEQUÊNCIA LÓGICA

5.1. Admissão do doente

- 5.1.1. Previamente à admissão o doente deverá higienizar as mãos e colocar máscara cirúrgica.
- 5.1.2. Pretende-se a rápida identificação de doentes com quadro respiratório agudo no momento da receção do doente no Serviço de Urgência:
- a) Materiais Informativos para orientação do doente: estão colocados cartazes que informam os doentes da sintomatologia suspeita de COVID-19 para o seu rápido encaminhamento para a admissão na ADR-SU;
 - b) O administrativo questiona o doente sobre sinais e sintomas suspeitos de COVID-19 de acordo com Fluxograma afixado (Figura 1);
- 5.1.3. Os doentes que apresentem sintomas suspeitos de COVID-19, são encaminhados para a Área Dedicada a COVID-19, para a efetivarem a admissão administrativa e Triagem na ADR onde é aplicado fluxograma de caso suspeito de COVID-19.
- 5.1.4. Na Sala de Triagem Não COVID, caso os enfermeiros verificam que um doente encaminhado para esta triagem apresenta alguma sintomatologia respiratória aguda, o enfermeiro realiza o inquérito clínico de acordo com fluxograma afixado (Figura 2) e caso o doente seja considerado suspeito de COVID-19 é encaminhado para a ADR-SU para a sua observação e tratamento.

Figura 1: Fluxograma para doente com suspeita/confirmação SARS-CoV-2 – Administrativo da Admissão do SUG/ADR



5.2. Triagem ADR-SU

- 5.2.1. É feita a Triagem de acordo com o protocolo de Triagem de Manchester, realizado inquérito clínico sobre a presença de sinais e sintomas suspeitos de COVID 19 (Figura 2), avaliada a temperatura a todos os doentes e prescrito Radiografia de Tórax. O doente é encaminhado para a área de atendimento (Balcão MED-REP).
- 5.2.2. Avaliação médica ADR-SU
- 5.2.3. A todos os doentes considerados suspeitos para COVID-19 de acordo com a definição de Caso suspeito descrita no PR.1741/T.GCL-PPCIRA é prescrito teste laboratorial SARS-CoV-2.
- 5.2.4. São critérios para internamento a presença de ≥ 1 critério:
- a) Ausência de condições de habitabilidade ou de exequibilidade do isolamento, no domicílio (ver Anexo 3), e ausência de alternativas na comunidade;
 - b) Comorbidades, nomeadamente Doença Renal Crónica em Hemodiálise, Neoplasia Maligna Ativa, Imunosupressão;
 - c) Doença crónica descompensada, nomeadamente DPOC, Asma, Insuficiência Cardíaca, Diabetes e Cirrose.
 - d) Febre alta (Temperatura $\geq 38,0^{\circ}\text{C}$) persistente com mais de 48h ou reaparecimento de febre após apirexia;
 - e) Alteração do estado de consciência;
 - f) Instabilidade hemodinâmica;
 - g) Dispneia em repouso ou para pequenos esforços;
 - h) Frequência respiratória $\geq 24\text{cpm}$;
 - i) Saturação periférica de $\text{O}_2 \leq 94\%$ (em ar ambiente), na ausência de outra causa;
 - j) Hemoptises;
 - k) Vômitos persistentes ou diarreia grave;
 - l) Pneumonia com documentação radiológica ou suspeita clínica de pneumonia (enquanto aguarda realização de radiografia de tórax);
 - m) Leucopenia, Linfopenia, ou Trombocitopenia, na ausência de outra causa
- 5.2.5. Os doentes sem critérios de internamento e que cumpram as condições de isolamento no domicílio têm alta com indicações de isolamento no domicílio:
- a) O médico sinaliza o doente no RMI-COVID (Referenciação médica interna);
 - b) Entrega os folhetos de recomendações sobre as condições de isolamento no domicílio (Orientação 010/2020 da DGS);
 - c) A equipa da LAI insere o doente no "Trace COVID-19" confirmando o nome, nº de utente, morada e nº de telemóvel e notifica na plataforma SINAVE.
- 5.3.4. Os doentes com critérios para internamento:
- a) O médico responsável pela admissão no internamento na UICD faz a sinalização do doente na plataforma SINAVE.
 - b) Os doentes são internados de acordo com as orientações do PR. 1734/T.DC.
- 5.3.5. Após a avaliação médica se o médico considerar que NÃO é um caso suspeito o doente é admitido no Circuito Não COVID.

Figura 3: Fluxograma - Circuito do doente encaminhado para ADR-SU

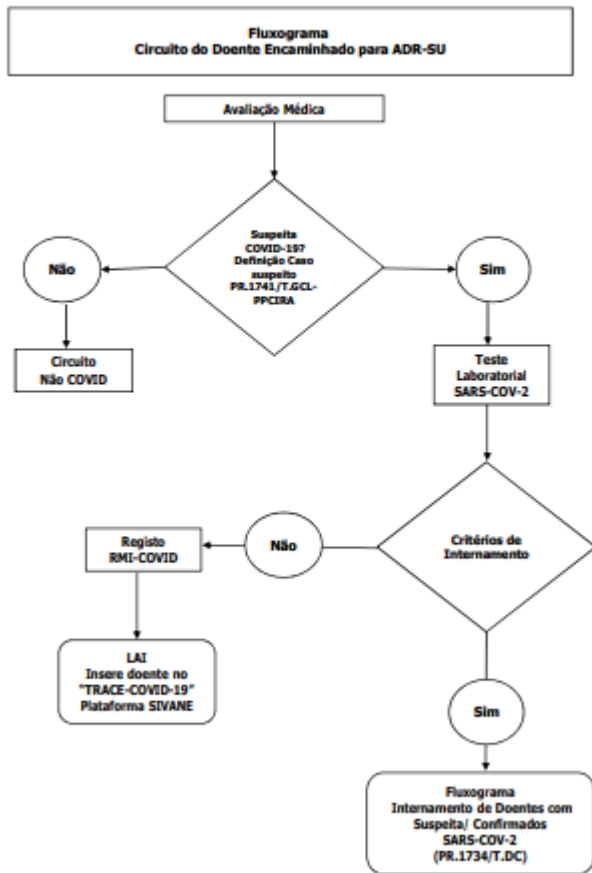


Fig. 5 / 7

5.4. Colheita para SARS-CoV-2

5.4.1. Todos os doentes com suspeita de COVID-19 realizam teste laboratorial (rRT-PCR) para SARS-CoV-2, em amostras do trato respiratório (superior e/ou inferior) de acordo com a IT.0674/T.SPC.

5.4.2. No local para colheita de zaragatoa está afixado o algoritmo de colheita e transporte de amostras para pesquisa de COVID-19 e o cartaz da técnica de colheita de amostra emitido pelo Serviço de Otorrinolaringologia do I.

5.5. Internamento e Transferência de doentes

5.5.1. As indicações de internamento e Transferência de doentes suspeitos ou confirmados de infeção COVID-19 encontram-se definidas no PR.1734/T.DC.

5.6. Circuito para a transporte de doentes da ADR-SU

5.6.1. A transferência de doentes da ADR-SU para a enfermaria de contenção/multidisciplinar COVID é realizada pela porta Nº 2 do contentor COVID e utilizando o elevador reservado para COVID. O auxiliar coloca o EPI de acordo com as orientações da PPCIRA.

5.6.2. A transferência de um doente da ADR-SU para a UICD de contenção é realizada pelo exterior do edifício até à porta de acesso

5.7. Circuito para a gestão de resíduos hospitalares e roupa da ADC-SU

5.7.1. O tratamento de resíduos (grupo III/IV) e roupa hospitalar é feito de acordo com as orientações hospitalares para a gestão de resíduos hospitalares e circuito de recolha de roupa. Encontram-se afixados cartazes nas respetivas salas de sujos. O Circuito de resíduos e roupa hospitalar é feita pela porta Nº 2 do contentor que se encontra devidamente sinalizada.

5.8. Circuito para a distribuição de alimentos na ADR-SU

5.8.1. O enfermeiro da ADC-SU pede através de contacto telefónico com à auxiliar de alimentação, o número de refeições que são necessárias e é feita a entrega pela porta de acesso Nº1.

6. INDICADORES

Não aplicável.

7. REFERÊNCIAS E DOCUMENTOS RELACIONADOS

- PR. 1741/T.GCL-PPCIRA Estratégia de rastreio de SARS-CoV-2 no internamento ;
- PR.1734/T.DC - Internamento de Doentes Suspeitos ou Confirmados de Infeção por SARS-CoV-2
- IT.0675/T.GCL-PPCIRA Seleção e utilização do equipamento de proteção individual no âmbito do plano de contingência da COVID 19
- IT.0674/T.SPC – Colheita e transporte de amostras para pesquisa de COVID-19

8. ASSINATURAS

8.1. Aprovação

ANEXO IX – Admissão de Utentes Agitados no Âmbito por SARS-CoV-2 , 21 de abril de 2020–D9

PR.1724/T.PSMA

Versão 01 de 2020/04/21
Rever até 2023/04

Serviço de Psiquiatria e Saúde Mental de Adultos

Admissão de Utentes Agitados no Âmbito da COVID-19

Palavras-Chave: Doentes agitados; COVID - 19

1. OBJETIVOS

- 1.1. Definir o circuito do doente presumivelmente portador de perturbação mental, agitado, psicótico ou não colaborante admitido pelo Serviço de Urgência por esse motivo e que simultaneamente apresente sintomas compatíveis com COVID-19.

2. ÂMBITO

- 2.1. Profissionais do Serviço de Urgência Geral e do Serviço de Psiquiatria do

3. TERMOS E SIGLAS

EPI	Equipamento de Proteção Individual;
ACP	Auto Condução Policial
PSP	Polícia Segurança Pública

4. PONTOS IMPORTANTES

- 4.1. Circuito atual para qualquer doente que recorra ao Serviço de Urgência Geral:
- 4.1.1. Todos os utentes que recorrem ou são trazidos ao Serviço de Urgência efetuam pré-triagem que é realizada num contentor colocado do lado de fora da entrada principal do Serviço de Urgência (ver figura 1). Conforme a triagem efetuada e em função da sintomatologia potencialmente COVID, o doente é encaminhado:
- a) Urgência de contenção / respiratórios (ver figura 2): contentor situado junto ao hospital de dia da Dor. Os profissionais entram pela porta junto ao Hospital Dia da Dor e os utentes por uma porta acessível pelo exterior da urgência;
 - b) S.O. 4 / COVID Crítico (ver figura 3): O doente entra diretamente pelo exterior do hospital e os profissionais por entrada própria no S.O.;
 - c) Na ausência de sintomas compatíveis com COVID-19 o doente é encaminhado para a urgência não COVID (balcoes, o local a que estamos familiarizados e onde todos os procedimentos a tomar são os habituais, incluindo-se aqui o Gab. 24)



Fig 1 – Gabinete Pré-triagem



Fig 2 – Urgência de Contenção / Respiratórios



Fig 3 – Internamento dos doentes suspeitos

Fig. 1 / 3

PR.1724/T.PSMA

Versão 01 de 2020/04/21
Rever até 2023/04

- d) Qualquer profissional que entre quer na urgência de contenção / respiratórios ("contentores") quer no S.O. 4 / COVID Crítico, requer uso de EPI apropriado, moroso na sua colocação.

5. SEQUÊNCIA LÓGICA

- 5.1. Assistência ao doente no SO4/COVID Crítico e/ou Gabinete 34:
- 5.1.1. Um doente presumivelmente afetado de perturbação mental que surja na pré-triagem e se encontre agitado, psicótico ou não colaborante e que tenha sintomas suspeitos da COVID-19 sem natureza crítica será encaminhado para o Atendimento Doentes COVID Urgência (designada urgência de contenção / respiratórios), sendo orientado para o gabinete 34 dessa área (indicado com seta na figura 2);
- 5.1.2. No caso de não colaboração do doente e sendo necessário intervenção policial / segurança para condução do mesmo para os "contentores", os agentes / seguranças deverão fazer uso de EPI completo, existindo Kits para esse efeito na pré-triagem;
- 5.1.3. Aquando do encaminhamento do doente para o gabinete 34, presumivelmente afetado de perturbação mental deverá ser avisada a urgência de psiquiatria (via telemóvel de urgência: 4668), que deverá dirigir-se para os "contentores" (entrada junto à consulta da dor ou Hospital de Dia da Dor), sendo que poderá dar instruções / indicações via telefone se tal se justificar. Simultaneamente é avisado um dos seguranças presentes, que se irá equipar (o EPI adequado existirá na esquadra da PSP na urgência permitindo a sua entrada direta) e entrar no espaço, bem como serão avisados os enfermeiros dos "contentores";
- 5.1.4. O gabinete 34 dispõe de uma maca e é um local mais resguardado para entrevista e eventuais manobras de contenção, sendo muito importante manter todas as cautelas e medidas preventivas na observação do utente, garantindo a segurança do médico e restantes profissionais. A observação pela medicina e pela psiquiatria é efetuada neste espaço até decisão clínica;
- 5.1.5. O armário de medicação da urgência de contenção / respiratórios, está apetrechado com os materiais necessários para contenção física e com os psicofármacos de uso mais comum nessas circunstâncias;
- 5.1.6. O médico psiquiatra observa o utente e toma decisão clínica (necessidade ou não de internamento, eventualmente compulsivo). No caso de mandados de condução, proceder sempre à realização de avaliação clínico-psiquiátrica (Lei de Saúde Mental);
- 5.1.7. Existindo suspeição da COVID-19/ indicação médica para internar em enfermaria COVID e tendo em conta a organização atual do S.O. 4 o doente será sempre internado em enfermaria COVID, mesmo que se identifiquem critérios psiquiátricos para internamento (inclusive compulsivo) em psiquiatria. Neste último caso, proceder ao internamento compulsivo, redigindo o ACP e enviar para o Tribunal, informando desse facto. O doente manterá seguimento e tratamento psiquiátrico análogo ao que teria no internamento de psiquiatria, fornecido pela Equipa de Psiquiatria de Ligação COVID.
- 5.1.8. Alerta-se para a importância da prescrição de esquema terapêutico eficaz, dada a dificuldade no acesso rápido às áreas COVID, bem como limiar baixo para enoxaparina.
- 5.1.9. Todas as decisões clínicas tomadas nestes casos devem ser partilhadas e consensualizadas com pares e hierarquia técnica.
- 5.2. Não se prevê como provável que um doente presumivelmente afetado de perturbação mental que surja na pré-triagem e tenha sintomas suspeitos da COVID-19 com natureza crítica se recuse / oponha / consiga opor-se ao adequado encaminhamento para o SO 4 / COVID Crítico, mesmo que se encontre psicótico. Em todo o caso, se tal ocorrer, o procedimento é análogo ao que se acabou de descrever.

6. INDICADORES

Não aplicável.

7. REFERÊNCIAS E DOCUMENTOS RELACIONADOS

- a) IT.0675/T.GCL-PPCIRA - Seleção e utilização do equipamento de proteção individual no âmbito do plano de contingência da COVID 19

ANEXO X – Utilização do Equipamento de Proteção Individual, maio de 2019 - D10

PR.1337/T.GCL-PPCIRA
Versão 02 de 2019/05/20
Revisão até 2022/05

PR.1337/T.GCL-PPCIRA
Versão 02 de 2019/05/20
Revisão até 2022/05

PPCIRA - Grupo de Coordenação Local

Utilização do Equipamento de Proteção Individual

Palavras Chave: Infecção; Equipamento de Proteção Individual

1. OBJETIVOS

- 1.1. Reduzir a taxa de infecções associadas aos cuidados de saúde no Hospital EPE.
- 1.2. Uniformizar o uso correto e adequado do Equipamento de Proteção Individual.

2. ÂMBITO

- 2.1. Todos os profissionais dos serviços do Hospital

3. TERMOS E SIGLAS

EPI Equipamento de Proteção Individual.
GCP-PPCIRA Grupo de Coordenação Local do Programa de Prevenção de Controlo de Infecção e Resistência aos Antimicrobianos.

IACS Infecção Associada aos Cuidados de Saúde.

PBCI Precauções Básicas em Controlo de Infecção, medidas globais de prevenção e controlo das IACS a aplicar na prestação de cuidados a todos os utentes, independentemente do seu estado infeccioso (fontes conhecidas e desconhecidas).

4. PONTOS IMPORTANTES

- 4.1. O Equipamento de Proteção Individual é um conjunto de materiais cujo uso tem a finalidade de constituir barreiras físicas à transmissão de microrganismos.
- 4.2. A utilização de EPI proporciona proteção adequada aos profissionais de saúde, de acordo com o risco associado ao procedimento a efetuar, e também, aos doentes e visitantes em circunstâncias específicas.
- 4.3. O profissional de saúde é responsável pela seleção das barreiras protetoras mais adequadas em função da avaliação do risco da atividade prevista.
- 4.4. Para que os EPI cumpram as suas funções (de proteção e de interrupção da transmissão de microrganismos) é necessário:
 - a) Adequar as barreiras protetoras à atividade / procedimento previstos;
 - b) Respeitar as regras de colocação e remoção do equipamento;
 - c) Não utilizar o mesmo equipamento em utentes diferentes;
 - d) Mudar o equipamento entre procedimentos assépticos/limpos e sujos, no mesmo utente;
 - e) Formar e treinar os profissionais de saúde para a escolha e uso correto do equipamento;
 - f) Estar disponíveis junto ao local de utilização;
 - g) Estar acondicionados em local limpo e seco, de modo a prevenir a sua contaminação e cumprindo os prazos de validade;
- 4.5. Após retirar a bata/avental deve fazer-se de imediato a higienização das mãos e antebraços; A higienização dos antebraços é fundamental porque os aventais não os protegem e, as batas, podem ficar molhadas e contaminar essa área;
- 4.6. O uso de batas impermeáveis está indicado em casos particulares;
- 4.7. Não há evidência que suporte o uso de bata por rotina, ao entrar em Unidades de Alto Risco (p.ex. Unidades de Cuidados Intensivos, Unidades Neonatais, Unidades de Transplantes) como forma de prevenção da infeção.
- 4.8. **Máscara Facial:**
 - 4.8.1. O uso de máscaras, cobrindo a boca e o nariz, e de proteção ocular (viseira) está indicado em procedimentos com a capacidade potencial de projeção de salpicos de sangue ou fluidos orgânicos para a face, e, sempre durante procedimentos geradores de aerossóis (ex. intubações traqueais, endoscopias brônquicas), para proteger as mucosas dos olhos, nariz, e boca de eventual transmissão de microrganismos;
 - 4.8.2. Existem máscaras com formas diversas de adaptação à boca/nariz (de aitchos, de elásticos ou com forma de bico de pato) e com eficácia de filtração diferente;
 - 4.8.3. As máscaras devem ser bem adaptadas ao rosto, cobrindo a boca e nariz;
 - 4.8.4. As máscaras devem ser selecionadas de acordo com as patologias e vias de transmissão dos microrganismos para as quais se pretende proteção (tipo de eficácia de filtração diferente);
 - 4.8.5. **Tipos de Máscaras Faciais e sua Indicação:**

Tipo	Indicação
Máscaras Cirúrgicas Podem ser adaptadas ao rosto com elásticos ou aitchos	Usadas: - Pelos profissionais de saúde e pelas visitas para proteção contra gotículas que são transmitidas por contacto próximo (<1m), por utentes infetados /colonizados, através de fala, tosse, espirro; - Pelos utentes infetados /colonizados, para proteção de outras pessoas, quando é necessário que se desloquem na instituição; - Na realização de procedimentos que requerem técnica asséptica.
Máscaras de Alta Filtração (FFP2)	Usadas: - Pelos profissionais de saúde para proteção contra partículas; - Nos casos suspeitos ou confirmados de microrganismos transmissíveis por via aérea (ex: tuberculose, sarampo e varicela); - Pelas visitas para o mesmo efeito; - Não está preconizado o seu uso pelos utentes (estes devem usar máscaras cirúrgicas); - Têm obrigatoriamente um carvão com a norma europeia e/ou a certificação FFP2.
- 4.8.6. As máscaras devem ser de utilização única e devem ser mudadas quando terminado o procedimento a que se destinam. Imediatamente após o seu uso devem ser retiradas em segurança (sem tocar na parte central da máscara) e descartadas em local apropriado. Deve ser feita higienização das mãos após a sua remoção.
- 4.8.7. As máscaras devem igualmente ser trocadas quando a integridade da máscara estiver comprometida p.ex. acumulação de humidade ou contaminação significativa.

PR.1337/T.GCL-PPCIRA
Versão 02 de 2019/05/20
Revisão até 2022/05

- d) Máscara facial;
- e) Proteção ocular.

4.8. O uso do Equipamento de Proteção Individual (EPI) constitui uma barreira importante na prevenção da transmissão de microrganismos. No entanto, se não for colocado e retirado em segurança e de forma correta, esta função não é cumprida e não se previne eficazmente a transmissão de microrganismos. O seu uso incorreto cria uma falsa sensação de segurança, acarreta gastos desnecessários e não interrompe a cadeia de infeção.

5. SEQUÊNCIA LÓGICA

5.1. Luvas:

- 5.1.1. O tipo de luvas a ser usado deve ser selecionado de acordo com o procedimento a executar e adequadas ao utilizador. O uso de luvas providencia uma medida de barreira para:
 - a. Proteção do utente (geralmente implica uso de luvas esterilizadas);
 - b. Proteção do profissional (geralmente luvas limpas, de uso único, não esterilizadas);
 - c. Proteção simultânea do profissional e do utente (luvas esterilizadas ou não, consoante se trate, de uma técnica asséptica ou de uma técnica limpa).
- 5.1.2. Devem ser usadas luvas sempre que se preveja o contacto/exposição a sangue, fluidos orgânicos, secreções, pele não intacta, mucosas, procedimentos invasivos, contacto com locais estéreis.
- 5.1.3. As luvas devem ser mudadas:
 - a. Entre utentes;
 - b. Entre procedimentos no mesmo utente, após contacto com material passível de conter alta concentração de microrganismos. Se os procedimentos se sucederem de "limpo" para "sujo", não é necessário mudar de luvas entre procedimentos;
 - c. Entre o contacto com uma zona contaminada e uma zona limpa, no mesmo utente;
 - d. Sempre que haja perfuração ou rotura das luvas com contaminação das mãos.
- 5.1.4. As luvas devem ser removidas imediatamente após a sua utilização (antes de tocar em objetos, superfícies ou outros utentes). Não se reutilizam luvas.
- 5.1.5. O uso de luvas não dispensa a correta higiene das mãos uma vez que podem existir pequenos defeitos ou micro rupturas e as mãos podem ser contaminadas no acto de retirar as luvas.
- 5.1.6. Sempre que se procede à remoção das luvas ou sua mudança deve fazer-se a higiene das mãos.
- 5.1.7. Pode estar indicado o uso de luvas duplas nos procedimentos de maior risco de exposição a fluidos orgânicos (p.ex. cirurgias ortopédicas, urológicas ou ginecológicas).







5.2. Bata e avental:

- 5.2.1. A bata e o avental são utilizados para proteger os profissionais/utentes, prevenindo a contaminação do fardamento, vestuário ou pele. As batas de manga comprida devem ser utilizadas durante procedimentos com risco acrescido de produção de salpicos de sangue ou fluidos orgânicos.
- 5.2. A bata/avental devem:
 - 5.2.1. Ser limpos, não esterilizados e devem ser removidos tão prontamente quanto possível;
 - 5.2.2. Ser de tamanho adequado de forma a cobrir toda a área necessária e permitir flexibilidade de movimentos. No caso de bata, pode ser necessário o uso de 2 batas sendo a primeira vestida com a abertura para a frente e a segunda com a abertura para trás;
 - 5.2.3. Ser individualizados para cada utente e devem ser substituídos no final do procedimento e/ou quando danificados;
 - 5.2.4. Deve ter-se sempre em atenção que toda a zona anterior da bata é zona contaminada e que a parte

PR.1337/T.GCL-PPCIRA
Versão 02 de 2019/05/20
Revisão até 2022/05

- 5.2.5. Utilizar durante procedimentos potencialmente geradores de grande quantidade de aerossóis e salpicos de fluidos orgânicos (ex. partos e autópsias).
- 5.2.6. Substituir a proteção de cabelo sempre que contaminada e entre doentes.
- 5.3. **Proteção Ocular:**
 - 5.3.1. Durante procedimentos que gerem salpicos deve ser usada proteção ocular (óculos ou máscara de viseira);
 - 5.3.2. No caso de serem usados óculos reutilizáveis estes devem ser lavados com água e sabão e desinfetados com álcool a 70%, após a sua utilização.
- 5.3. O calçado deve ser:
 - a) antiderrapante, limpo e deve apoiar e cobrir todo o pé, a fim de evitar a contaminação com sangue e outros fluidos orgânicos ou lesão com material cortante/perfurante;
 - b) removido antes de sair da área específica (p.ex. Bloco Operatório).







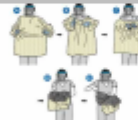


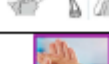

5.3. Colocação e Remoção do EPI em Segurança:

Sequência para Colocar EPI		
1		Higienizar as mãos com SABA
2		Bata: Selecionar a bata apropriada Vestir pela parte superior Vestir apertando os aitchos atrás Vestir duas batas se a bata for pequena (1ª bata até à frente e 2ª atrás)
3		Máscara: Colocar a máscara sobre o nariz, a boca e o queixo Ajustar a parte superior ao nariz Segurar a cabeça com aitchos ou elásticos Ajustar se necessário. Respirador: No invólucro deve colapsar Colar para verificar se existem fugas de ar ao redor da face.
4		Proteção Ocular/Facial: Posicionar os óculos sobre os olhos e segurá-los nas orelhas ou usar aitchos Ajustar até estar confortável.
5		Higienizar as mãos com SABA
6		Luvas: Selecionar o tipo e tamanho adequado Inserir as mãos nas luvas e ajustar sobre o punho da bata.

PR.1337/T.GCL-PPCIRA

Versão 02 de 2019/05/20

Rever até 2022/05

Sequência para Retirar o EPI		
1		Luvas: Pegar com a mão enluvada na região palmar da luva oposta e removê-la, virando-a de dentro para fora Segurar com a mão oposta Manter o dedo da mão sem luva por dentro da outra luva e removê-la sobre a primeira Descartar as luvas para contêiner de resíduos adequados.
2		Bata: Desamperar os alfinetes Puxar a bata pelos ombros Virar a bata do avesso Enrolar Descartar
5		Higienizar as mãos com SABA
		Proteção Ocular/facial: Retirar os óculos e proteção facial sem luvas Retirar da face Colocar em local apropriado para reprocessar ou eliminar
4		Máscara: Não tocar na frente da máscara/respirador- está contaminada Desamperar o alfinete de baixo depois os de cima Retirar da face Descartar para lixo branco.
5		Higienizar as mãos com SABA
Alternativa		
1		Bata e luvas: A parte da frente da bata, as mangas e as luvas estão contaminadas A e B - Puxar a bata à frente com luvas de forma a romper os alfinetes; Enquanto se retira a bata enrolar de dentro para fora num rolo C e D - Ao mesmo tempo retirar as luvas apenas tocando o interior das luvas e bata com as mãos sem luvas. Colocar no saco de lixo branco.
4		Higienizar as mãos com SABA ou água e sabão.
2		Proteção Ocular/facial: Retirar os óculos e proteção facial sem luvas Retirar da face Colocar em local apropriado para reprocessar ou eliminar.
3		Máscara: Não tocar na frente da máscara/respirador- está contaminada Desamperar o alfinete de baixo depois os de cima Retirar da face Descartar para saco de lixo branco.
4		Higienizar as mãos com SABA ou água e sabão.

Pág. 5 / 6

PR.1337/T.GCL-PPCIRA

Versão 02 de 2019/05/20

Rever até 2022/05

6. INDICADORES

Não aplicável.

7. REFERÊNCIAS E DOCUMENTOS RELACIONADOS

- Norma DGS 029/2012, de 28/12/2012 atualizada em 31/10/2013 – Precauções Básicas no Controlo de Infecção
- Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge/Programa Nacional de Controlo de Infecção, Prevenção das Infecções adquiridas no Hospital.
- Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge/Programa Nacional de Controlo de Infecção, Recomendações para as precauções de isolamento, Precauções Básicas e precauções dependentes das vias de transmissão, 2007
- Programa Nacional de Prevenção e Controlo da Infecção Associada aos Cuidados de Saúde, Manual de Operacionalização, DGS 2008
- Programa Nacional de Prevenção e Controlo da Infecção Associada aos Cuidados de Saúde, DGS 2007

8. ASSINATURAS

8.1. Aprovação
18/20

ANEXO XI - Seleção e utilização do equipamento de proteção individual no âmbito do plano de contingência da COVID 19, abril de 2020 – D11

IT.0675/T.GCL-PPCIRA
Versão 06 de 2020/04/16
Rever até 2023/04

IT.0675/T.GCL-PPCIRA
Versão 06 de 2020/04/16
Rever até 2023/04

PPCIRA – Grupo de Coordenação Local

Seleção e utilização do equipamento de proteção individual no âmbito do plano de contingência da COVID 19

Palavras Chave: Equipamento de proteção Individual; Covid19.

1. OBJETIVOS

- 1.1. Promover a correta utilização do equipamento de proteção individual (EPI) à tipologia de cuidados prestados e ao nível de risco no Hospital.
- 1.2. Uniformizar medidas de prevenção de risco na transmissão de infeção.
- 1.3. Uniformizar o tipo de EPI por área de risco.

2. ÂMBITO

- 2.1. O presente documento destina-se a todos os profissionais de todos os serviços do Hospital

3. TERMOS E SIGLAS

COVID 19 Doença infecciosa por Coronavírus 2019.
EPI Equipamento de Proteção Individual.

GCL-PPCIRA Grupo de Coordenação Local do Programa de Prevenção e Controlo de Infeções e Resistência aos Antimicrobianos.

4. PONTOS IMPORTANTES

- 4.1. A escolha e utilização do EPI deve ter por base a atividade a ser realizada e o risco/grau de exposição que se prevê durante a mesma.
- 4.2. **Todos os profissionais** devem utilizar uma máscara cirúrgica colocada à entrada do hospital e retirada à saída, uma vez que todos podemos ser potenciais transmissores.
- 4.2.1. Para este efeito, preconiza-se que as chefes dispensem, a cada profissional, um conjunto semanal de máscaras, de acordo com o horário previsto.
- 4.3. Existem doentes COVID-19 positivos sem sintomatologia respiratória que podem transmitir inadvertidamente a infeção dentro do hospital. Nesse sentido, foi aumentado o nível de proteção dos profissionais nos cuidados prestados aos doentes, nomeadamente nas consultas, internamentos e urgência não respiratória com incremento do EPI básico que passa a conter: viseira, máscara cirúrgica, bata e luvas.
- 4.4. A utilização de máscara FFP2 está reservada para as áreas de doentes COVID-19 positivos, áreas de doentes respiratórios e na realização de procedimentos geradores de aerossóis.
- 4.5. Todos os profissionais na prestação de cuidados de saúde nas áreas de doentes COVID 19 positivos, internamentos de contenção, áreas de doentes respiratórios, blocos operatórios devem utilizar fato de circulação reprocessável ou descartável. Nos serviços de internamento que não são considerados de contenção, os profissionais de saúde devem utilizar farda a reprocessar diariamente.
- 4.6. Todos os profissionais de saúde devem utilizar calçado exclusivo no hospital.

IT.0675/T.GCL-PPCIRA
Versão 06 de 2020/04/15
Rever até 2023/04

- 4.10. À entrada do hospital deve ser fornecida uma máscara cirúrgica a todos os **utentes/acompanhantes**.
- 4.11. Os acompanhantes em pediatria utilizam máscara cirúrgica.

5. SEQUÊNCIA LÓGICA.

- 5.1. A seleção e utilização do equipamento de proteção individual deve obedecer às seguintes orientações:

Área	População	Aktividade	Tipo de EPI
Admissão	Personal administrativo	Admissão do utente	Máscara cirúrgica Proteção por barreira-vidro.
Foi litagem	Profissionais de saúde	Foi litagem de utentes	Fato cirúrgico Proteção de calçado Bata (impermeável) não esterilizada Máscara FFP2 Proteção ocular - óculos ou viseira Luvas Touca
Área de observação de utentes com sintomas respiratórios (ex. Salão)	Profissionais de saúde (Clínico e de Enfermagem e Assistentes operacionais)	Exame/consulta direta do utente Cuidados diretos ao utente	Fato cirúrgico Proteção completa de calçado Bata (impermeável) não esterilizada Máscara FFP2 Proteção ocular - óculos ou viseira Touca Luvas de nitrilo de de uma única, com punho acima do punho da bata
	Utentes	Não aplicável	Máscara cirúrgica (se tolerar)
	Utentes de Serviço Hospitalar	Serviço	Fato cirúrgico Proteção completa de calçado Bata Proteção ocular - óculos ou viseira Máscara FFP2 Luvas de nitrilo de de uma única, com punho acima do punho da bata Touca entre luvas Luvas
	Utentes de diagnóstico e terapêutica (ex. exames em UC)	Método complementar de diagnóstico	De Fato cirúrgico Proteção completa de calçado Fato cirúrgico Proteção completa de calçado Touca Proteção ocular - óculos ou viseira Máscara FFP2 Luvas de nitrilo de de uma única, com punho acima do punho da bata

IT.0675/T.GCL-PPCIRA
Versão 06 de 2020/04/15
Rever até 2023/04

Área	População	Aktividade	Tipo de EPI
Área de observação de utentes com sintomas respiratórios (ex. Salão)	Informação Triagem	Triagem	Fato de circulação Máscara cirúrgica Touca Bata de observação não impermeável descartável (se previsto de calçado) Luvas
	Profissionais de saúde (Clínico e de Enfermagem e Assistentes operacionais)	Exame/consulta direta do utente Cuidados diretos ao utente	Fato cirúrgico Máscara cirúrgica Bata de observação não impermeável descartável (se previsto de calçado) Touca Luvas Touca entre doentes Luvas ou luvas Luvas
	Atividades de observação	Qualquer atividade	Máscara cirúrgica
	Utentes	Não aplicável	Máscara cirúrgica (se tolerar)
	Utentes de Serviço Hospitalar	Serviço	Fato cirúrgico Bata de observação não impermeável descartável (se previsto de calçado) Touca Luvas Touca entre luvas Luvas
	Utentes de diagnóstico e terapêutica	Método complementar de diagnóstico	Método complementar de diagnóstico Touca Luvas Touca entre doentes Luvas
	Segurança	Não aplicável	Máscara cirúrgica
Tudo os Utentes	Profissionais de saúde (Clínico e de Enfermagem)	Procedimentos gerais de serviços de saúde (ex. Consulta, urgência, triagem, etc.)	Fato cirúrgico Proteção completa de calçado Bata (impermeável) não esterilizada Máscara FFP2 / FFP2 Proteção ocular - óculos ou viseira Touca Luvas de nitrilo de de uma única, com punho acima do punho da bata
	Profissionais de saúde	Procedimentos gerais de serviços de saúde (ex. Consulta, urgência, triagem, etc.)	Proteção de calçado Bata (impermeável) não esterilizada Máscara FFP2 Proteção ocular - óculos ou viseira Touca Luvas de nitrilo de de uma única, com punho acima do punho da bata
	Profissionais de saúde (Clínico e de Enfermagem)	Cuidado de assistência Covid 19	Fato cirúrgico Bata (impermeável) não esterilizada Máscara FFP2 Proteção ocular - óculos ou viseira Touca Luvas de nitrilo de de uma única, com punho acima do punho da bata

Área	População	Aktividade	Tipo de EPI
Internamento de Contenção (ex. doentes suspeitos de Covid 19)	Profissionais de saúde (Clínico, de Enfermagem e Assistentes operacionais)	Exame/consulta direta do utente Cuidados diretos ao utente	Fato cirúrgico Proteção completa de calçado Bata (impermeável) não esterilizada Máscara FFP2 Proteção ocular - óculos ou viseira Touca Luvas de nitrilo de de uma única, com punho acima do punho da bata Touca entre doentes Luvas Luvas
	Atividades de observação	Qualquer atividade	Máscara cirúrgica (se tolerar)
	Utentes	Não aplicável	Máscara cirúrgica (se tolerar)
	Utentes de Serviço Hospitalar	Serviço	Fato cirúrgico Proteção completa de calçado Bata (impermeável) não esterilizada Touca Touca entre luvas Luvas
Utentes Covid	Profissionais de saúde (Clínico, de Enfermagem e Assistentes operacionais)	Exame/consulta direta do utente Cuidados diretos ao utente	De Fato cirúrgico Proteção completa de calçado Bata (impermeável) não esterilizada Proteção ocular - óculos ou viseira Máscara FFP2 Luvas de nitrilo de de uma única, com punho acima do punho da bata Touca entre doentes Luvas
	Utentes	Não aplicável	Máscara cirúrgica (se tolerar)
	Utentes de Serviço Hospitalar	Serviço	Fato cirúrgico Proteção completa de calçado Bata Proteção ocular - óculos ou viseira Máscara FFP2 Luvas de nitrilo de de uma única, com punho acima do punho da bata Touca entre luvas Luvas
Utentes de diagnóstico e terapêutica	Profissionais de saúde (Clínico e de Enfermagem)	Método complementar de diagnóstico	De Fato cirúrgico Proteção completa de calçado Bata (impermeável) não esterilizada Proteção ocular - óculos ou viseira Máscara FFP2 Luvas de nitrilo de de uma única, com punho acima do punho da bata Touca entre doentes Luvas

Área	População	Atividade	Tipos de EPI
Áreas de atendimento (Não de contação)	Profissionais de saúde (Clínico e de Enfermagem e Assistência operacional)	Prevenção de contatos	Farda ou farda cirúrgica Máscara cirúrgica Bata de observação não impermeável Avental (se previsto de cataplas) lavável Luvas Traça entre dentes Bata ou Avental lavável
	Assistentes de atendimento	Qualquer atividade	Máscara cirúrgica
	Uterinos	Não aplicável	Máscara cirúrgica (se houver)
	Trabalhadores de limpeza hospitalar	Limpeza	Máscara cirúrgica Luvas Bata de observação não impermeável Avental (se previsto de cataplas) lavável Traça entre funções: Luvas
Trabalhadores de diagnóstico e terapêutica	Não aplicável	Não aplicável	Máscara cirúrgica Luvas Bata de observação não impermeável Avental (se previsto de cataplas) lavável Traça entre dentes Bata ou Avental lavável
	Trabalhadores de laboratório	Cultura de amostras - sangue	Máscara cirúrgica Luvas Traça entre dentes: Luvas
Laboratório	Trabalhadores de laboratório	Manipulação de amostras respiratórias	Capacete fechado ou proteção de cabeça Máscara cirúrgica - se utilizada em fluxo laminar, na sua ausência utilizar EPIE Luvas Bata de observação impermeável Luvas
	Assistentes operacionais	Qualquer atividade	Máscara cirúrgica
Imunologia	Trabalhadores de MDCB e Assistentes operacionais	Exames complementares de diagnóstico	Bata impermeável não esterilizada ou bata de observação não impermeável (caso não previsto de proteção com fluídos orgânicos) Máscara cirúrgica Luvas Traça entre dentes: Bata Luvas

Fig. 5 / 7

Área	População	Atividade	Tipos de EPI
Áreas operacionais/ Bloco de partos - Operar em ambiente pressurizado e/ou confinado	Assistência e Enfermeiros de Assistência	Procedimentos de alta/agem à sala de parto	Farda cirúrgica Protetores completos de cabeça Perneiras Bata impermeável não esterilizada Máscara EPIE (FF2) com válvula Proteção ocular - Óculos protetores e/ou visor Touca ou capota Luvas de nitrilo de de uso único, com punho acima do punho da bata Traça entre funções: Luvas
	Enfermeiros e Enfermeiros Instrumentalistas	Cirurgia	Farda cirúrgica Protetores completos de cabeça Perneiras Bata impermeável não esterilizada Máscara EPIE Proteção ocular - Óculos protetores e/ou visor Visor protetor em DRE Touca ou capota Bata cirúrgica estérilizada esterilizada Luvas cirúrgicas e descartadas dupla proteção
	Enfermeiros circulante e Assistente operacional	Cirurgia	Farda cirúrgica Protetores completos de cabeça Perneiras Bata impermeável não esterilizada Máscara EPIE Proteção ocular - óculos ou visor Touca ou capota Luvas de nitrilo de de uso único, com punho acima do punho da bata Traça entre funções: Luvas
Bloco de partos - Uterinos e Assistentes operacionais	Profissionais de saúde (Clínico, Enfermagem e Assistência operacional)	Examinação de parto ou uterino	Farda cirúrgica Protetores completos de cabeça (caso não previsto de contato com volume significativo de fluídos orgânicos) Bata impermeável não esterilizada ou bata de observação não impermeável (caso não previsto de contato com fluídos orgânicos) Máscara EPIE Proteção ocular - óculos ou visor Luvas de nitrilo de de uso único, com punho acima do punho da bata Traça entre dentes: Luvas
	Profissionais de saúde	Exatidão de uterinos	Máscara cirúrgica Luvas Bata de observação não impermeável Luvas Traça entre dentes: Luvas Bata (se contaminação)
Área administrativa	Uterinos	Não aplicável	Máscara cirúrgica (se houver)
	Funções administrativas/gestão	Não aplicável	Máscara cirúrgica
Recepções	Administrativas	Não aplicável	Máscara cirúrgica Proteção por barreira física
	Funções de atendimento	Não aplicável	Máscara cirúrgica
Áreas comuns/ De Apoio	Organização	Não aplicável	Máscara cirúrgica
	Trabalhadores de manutenção	Não aplicável	Máscara cirúrgica
	Personal de limpeza de resíduos em sala hospitalar	Não aplicável	Máscara cirúrgica Luvas

Fig. 6 / 7

6. INDICADORES

Não aplicável.

7. REFERÊNCIAS E DOCUMENTOS RELACIONADOS

- Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Guideline for Isolation Precautions: Preventing Transmission of Infectious Agents in Health Care Settings. Last Update September 2018.
- Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Frequently Asked Questions about Personal Protective Equipment. Disponível em <https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-nCoV/hcp/respirator-use-faq.html>
- DGS. Norma 029/2012, atualizada em 2013. Precauções Básicas no Controle de Infecção.
- DGS. Norma 001/2020. COVID-19: Primeira Fase de Mitigação Medidas Transversais de Preparação. 16/03/2020.
- DGS. Norma 007/2020. Prevenção e Controle de Infecção por SARS-CoV-2 (COVID-19): Equipamentos de Proteção Individual (EPI). 29/03/2020.
- DGS. Orientação 013/2020. Profissionais de Saúde com Exposição a SARS-CoV-2 (COVID-19). 21/03/2020.
- PO.0129/T.GCL-PPCIRA- Precauções Baseadas na Via de Transmissão de Infecção
- WHO. Infection prevention and control during health care when Covid 19 is suspected. Março 2020.
- WHO. Healthcare workers exposure risk assessment and management in the context of Covid -19 virus.
- WHO. Rational use of personal protective equipment for coronavirus disease 2019(Covid 19). Fevereiro 2020.

8. ASSINATURAS

LL. Aprovação

ANEXO XII - Limpeza de Áreas Especiais, junho de 2019 – D12

PR.0116/E.SGH

Versão 09 de 2019/06/03
Revisar até 2022/06

Serviço de Gestão Hoteleira

Limpeza de Áreas Especiais

Palavras Chave: Limpeza, rotina, áreas especiais

1. OBJETIVOS

- 1.1.** Uniformizar o processo de limpeza de rotina / diária de qualquer área especial

2. ÂMBITO

- 2.1.** Prestador do Serviço de Limpeza nos Serviços com áreas especiais – Blocos Operatório e de Partos, Unidades de Cuidados Intensivos e Neonatais, Departamento de Esterilização, Salas de Pequena Cirurgia, Morgue, Laboratórios, Salas de Emergência, Quartos de Isolamento, Serviços de Hemodinâmica, Salas de Tratamento de feridas

3. TERMOS E SIGLAS

EPI	Equipamento de Proteção Individual
SABA	Solução antisséptica de base alcoólica
GCL-PPCIRA	Grupo de Coordenação Local do Programa de Prevenção e Controle de Infecção e Resistência aos antimicrobianos

4. PONTOS IMPORTANTES

- 4.1.** Uso obrigatório de EPI (bata, fato de circulação, máscara, óculos, socas e/ou proteção para sapatos, ou outro indicado pelo Serviço em causa)
- 4.2.** Higienizar as mãos com SABA ou água e sabão, antes da colocação de luvas
- 4.3.** O equipamento usado na limpeza de áreas especiais é de utilização exclusiva dessas áreas
- 4.4.** Higienizar as mãos, com SABA ou água e sabão, após a execução da tarefa
- 4.5.** A periodicidade da tarefa é diária e sempre que necessário, de acordo com o plano de limpeza para áreas de nível máximo de risco de infecção ou conforme instruções definidas pelo GCL-PPCIRA
- 4.6.** No fim dos trabalhos, higienizar e secar cuidadosamente todo o equipamento

5. SEQUÊNCIA LÓGICA

- 5.1.** Colocar EPI necessário, mediante indicação/exigência do Serviço em causa
- 5.2.** Colocar a sinalização de "instalação em limpeza" na zona onde se efectuam as operações
- 5.3.** Iniciar o procedimento pela recolha e substituição do saco preto dos quartos / enfermarias / outras áreas (resíduos não perigosos).
- 5.4.** Utilizar o pano azul impregnado com produto multiusos, na limpeza de superfícies:

PR.0116/E.SGH

Versão 09 de 2019/06/03
Revisar até 2022/06

- 5.4.1.** em saco diferenciado para encaminhamento de lavagem e tratamento apropriados (ciclo especial roupa contaminada), se provier de área em isolamento;
- 5.4.2.** em saco branco, se provier de área em isolamento mediante indicação do GCL-PPCIRA para utilizar material descartável na limpeza.
- 5.5.** Passar o rodo no pavimento, no sentido da janela para a porta, a fim de apanhar alguma sujidade solta.
- 5.6.** Efetuar a lavagem do pavimento pelo método húmido.
- 5.7.** Em caso de isolamento, usar outra mopa microfibras ou descartável, para a área específica.
- 5.8.** Colocar a(s) mopa(s) utilizada(s):
- 5.8.1.** na caixa destinada às mopas sujas do carro de limpeza;
- 5.8.2.** em saco diferenciado para encaminhamento de lavagem e tratamento apropriados (ciclo especial roupa contaminada), se provier de área em isolamento;
- 5.8.3.** em saco branco, se provier de área em isolamento mediante indicação do GCL-PPCIRA para utilizar material descartável na limpeza.
- 5.9.** Remover salpicos e/ou outras impurezas das paredes e/ou do pavimento, conforme PR 0117/T.SGH – Limpeza de derrames e fluidos orgânicos
- 5.10.** Retirar a sinalização "instalação em limpeza" e arrumar no carro.
- 5.11.** Retirar EPI e higienizar as mãos

6. INDICADORES

Não Aplicável

7. REFERÊNCIAS E DOCUMENTOS RELACIONADOS

- a) PR 0117/T.SGH – Limpeza de derrames e fluidos orgânicos
- b) PR 0276/T.GCL-PPCIRA – Higienização das Mãos

8. ASSINATURAS

- 8.1.** Aprovação

07-06-2019

ANEXO XIII- Perigo de Atmosferas Enriquecidas Com Oxigénio nos Serviços e Unidades, abril de 2021– D13

IT.0695/T.CA

Versão 02 de 2021/04/13
Revisão até 2024/04

IT.0695/T.CA

Versão 02 de 2021/04/13
Revisão até 2024/04

Conselho de Administração

Perigo de Atmosferas Enriquecidas Com Oxigénio nos Serviços e Unidades

Palavras Chave: Atmosferas enriquecidas com oxigénio

1. OBJETIVOS

- 1.1. Emitir alerta para o perigo de atmosferas enriquecidas com O₂
- 1.2. Estabelecer medidas de prevenção para mitigação dos riscos associados

2. ÂMBITO

- 2.1. Todos os profissionais de todos os serviços e Unidades Clínicas do

3. TERMOS E SIGLAS

4. PONTOS IMPORTANTES

- 4.1. Algumas terapias associadas ao tratamento da COVID-19 em alguns doentes (via procedimentos que recorram a alto fluxo de O₂) podem aumentar o nível de oxigénio presente em alguns compartimentos ou áreas dos Serviços e Unidades, para níveis preocupantes em termos do potencial de risco de explosão;
- 4.2. Ao combinar, inadvertidamente, uma atmosfera rica em oxigénio (gás comburentes) com uma fonte de ignição (que pode ser o simples ato de adonar de um interruptor de iluminação, ou o contacto de duas superfícies com potenciais eletrostáticos distintos, entre outros fenómenos), pode ser despoletado um foco de incêndio em eventuais materiais combustíveis nas proximidades dessa reação (canalizações não constituídas por condutores ignífugos, alguns materiais de revestimento de superfícies, tetos falsos, mantas e cobertores têxteis utilizados em camas, entre outros materiais);
- 4.3. Incidentes recentes em unidades de saúde têm destacado a necessidade de aumentar a consciencialização sobre os perigos das atmosferas enriquecidas com oxigénio, particularmente durante a pandemia COVID-19;
- 4.4. Durante a pandemia COVID-19 os doentes recebem oxigénio nasal de alto fluxo como um meio eficaz de tratamento, capaz de fornecer uma taxa de fluxo de oxigénio de até 60-80 litros por minuto;
- 4.5. Além do aumento da concentração de oxigénio na enfermaria, há o potencial para que roupas e material de cama se enriqueçam com oxigénio, tornando-os extremamente inflamáveis e se estes inflamarem, provocarem queimaduras;
- 4.6. Além disso, deve ter-se particular cuidado com o uso de cremes e géis à base de hidrocarbonetos. Quando um ambiente ou material se torna enriquecido com oxigénio e, portanto, muito inflamável, uma fonte de baixa energia pode facilmente inflamar esses materiais;
- 4.7. Deve ser assegurado que qualquer equipamento elétrico nas proximidades do doente tenha sido devidamente mantido, reparado e testado;
- 4.8. Nas salas cirúrgicas é também necessária a adoção de cuidados extra na administração de oxigénio enquanto é usado equipamento cirúrgico quente/aquecido;
- 4.9. A este propósito, disponibilizamos um alerta de segurança elaborada pela EIGA (<https://eiga.eu/>, The European Industrial Gases Association), o qual agradecemos que leiam e divulguem.

5. SEQUÊNCIA LÓGICA

5.1.1. Fatores que contribuem para o aumento do risco de enriquecimento de oxigénio

- a) Oxigenoterapia nasal de alto fluxo com débito de até 60 litros por minuto;
- b) Grande número de doentes a realizarem terapias com O₂ nas mesmas localizações;
- c) Serviços com sistemas de ventilação não adequado e equipamentos sem manutenção preventiva.

Pág. 1 / 3

IT.0695/T.CA

Versão 02 de 2021/04/13
Revisão até 2024/04

6. INDICADORES

Não aplicável.

7. REFERÊNCIAS E DOCUMENTOS RELACIONADOS

- a) EIGA Doc 04 Fire Hazards of Oxygen and Oxygen Enriched Atmospheres www.eiga.eu
- b) EIGA Safety Leaflet O2 Hazard! Oxygen Enrichment www.eiga.eu
- c) Safety information on oxygen enrichment is given in the EIGA eLearning on oxygen safety <https://eiga.eu/publications/elearning/>
- d) IT.0428/T.FARM – Orientação no Armazenamento e Manipulação de Cilindros de O₂
- e) PR.0917/T.SIE – Atuação em situações Físicas, Químicas, Biológicas e Naturais

8. ASSINATURAS

- 8.1. Aprovação

X

2.2. Medidas de precaução que devem ser colocadas em prática no imediato:

- a) Interditar quaisquer chamas e a presença de equipamentos com superfícies "quentes", no interior e nas proximidades dos compartimentos ou áreas em questão;
- b) Não utilizar cremes ou géis à base de hidrocarbonetos (substâncias derivadas do petróleo);
- c) Quando se verificar que os sistemas de ventilação não estão a promover taxas de renovação de ar adequado, recomendam-se procedimentos para auxiliar o processo de dispersão do oxigénio dentro dos compartimentos ou áreas em questão (por exemplo, abrir as janelas) sempre que possível;
- d) Devem ser tomadas as devidas precauções, relativamente aos locais onde se realiza terapia de oxigénio uma vez que se utiliza alto fluxo de oxigénio com caudais até aos 60 litros por minutos (l/min);
- e) Formação a todos os profissionais sobre o manuseio seguro do oxigénio;
- f) Sempre que um doente que esteja a ser tratado com terapia baseada em baixos caudais de oxigénio, for transportado para um compartimento ou área onde houver potencial para a presença de chamas expostas ou a presença de equipamentos "quentes", as respetivas roupas pessoais e roupas da cama devem ser "ventiladas" durante pelo menos 15 minutos, para garantir que qualquer excesso de oxigénio seja disperso;
- g) As Unidades de Cuidados Intensivos, pela sua natureza muito específica, devem ser alvo de uma avaliação de risco própria, neste domínio.

2.3. Medidas a estabelecer em relação aos dispositivos e equipamento elétricos:

- a) Retirar extensões elétricas duplas e triplas porque representam perigo para a segurança das pessoas, instalações equipamentos;
- b) Disponibilizar os equipamentos para as manutenções periódicas;
- c) Interditar o uso de equipamento avariados ou em deficiente funcionamento;
- d) Promover a reparação dos equipamentos elétricos, fios descamados, tomadas partidas e soltas, calhas das unidades dos doentes soltas, entre outros;
- e) Promover a retirada de equipamentos não utilizados e dos equipamentos avariados de modo a melhorar as áreas de circulação.

2.4. Medidas relacionadas com a utilização dos cilindros de O₂:

- a) Assegurar-se que as garrafas estão devidamente colocadas nos suportes, como as respetivas Fichas de Dados de Segurança e que as instalações estão sinalizadas com o pictograma de risco para "substâncias comburentes" – figura nº1)



Figura nº1- Pictograma de risco para Substâncias Comburentes

- b) Garantir que não estão caldas nos diversos espaços das enfermarias;
- c) Na integração de novos profissionais, sensibilizar para os riscos e a utilização segura dos cilindros de oxigénio.

Pág. 2 / 3

ANEXO XIV – Sequência colocar EPI, abril de 2020– D14

PPCIRA – Grupo de Coordenação Local



DA.0590/T.GCL-PPCIRA/ Versão 01/08-04-2020/ Sequência colocar EPI IV

Pág. 1 / 1

ANEXO XV – Sequência remover EPI, abril de 2020– D15

PPCIRA – grupo de Coordenação Local

Sequência remover o EPI III (Cógula)



1 Passar para campo delimitado



1. Retirar as luvas
2. Higienizar as mãos



3 Colocar novas luvas



4 Retirar a viseira



5 Retirar a cógula



6 Retirar a bata e luvas em bloco



7 Higienizar as mãos



8 Calçar luvas

DA.0594/T.GCL-PPCIRA/ Versão 01/08-04-2020/ Sequência remover EPI III (cógula)

Pág. 1 / 2

PPCIRA – Grupo de Coordenação Local

Sequência remover o EPI III (Cógula)



9 Retirar as pernas enrolando de dentro para fora (Se não aplicável passar ao ponto 10)



10 Retirar a proteção de calçado e passar para fora do campo



11 Recolher o tapete do chão enrolando por fora, sem tocar no material e no seu interior



12 Retirar as luvas



13 Higienizar as mãos



14 Retirar os óculos



1. Enrolar a touca de dentro para fora
2. Incliná-la para a frente
3. Retirar touca e a máscara em bloco



16 Higienizar as mãos

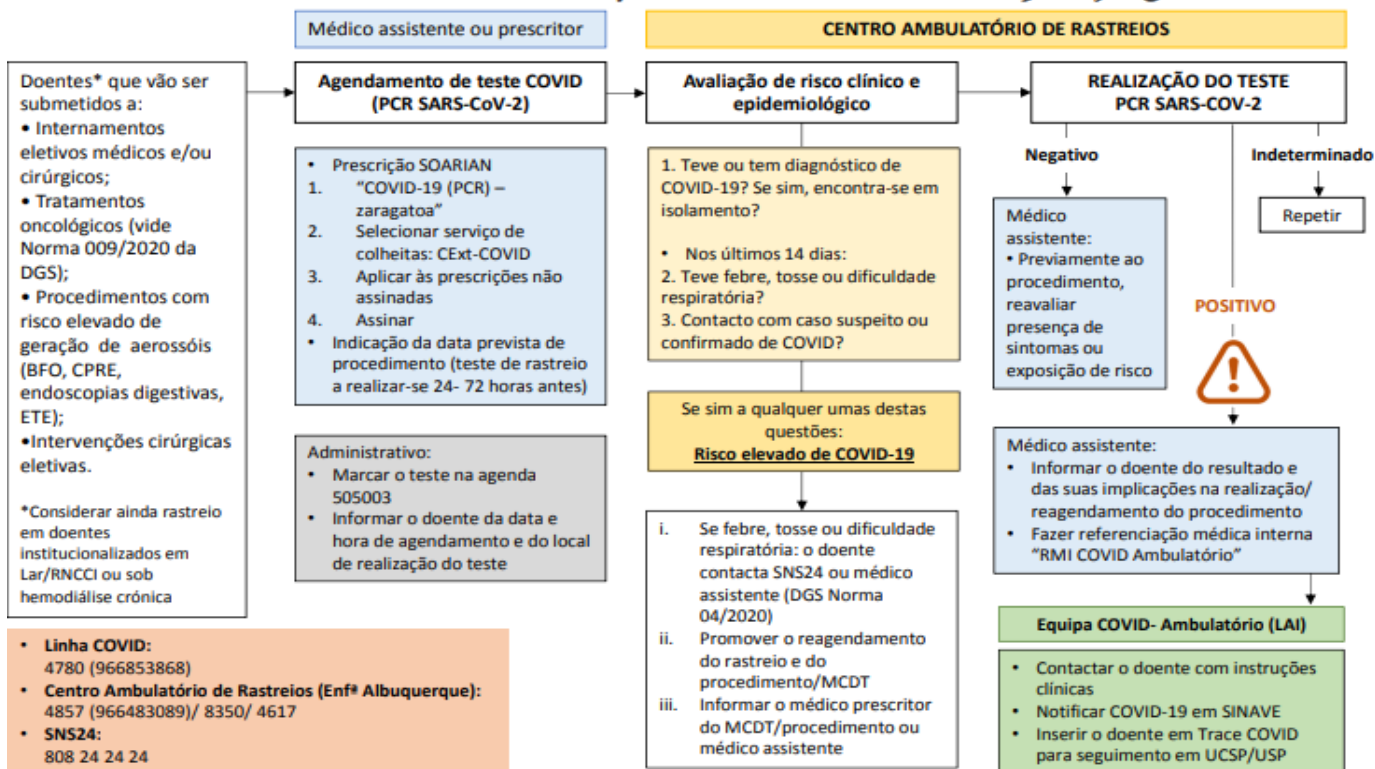
GCL-PPCIRA Março de 2020

DA.0594/T.GCL-PPCIRA/ Versão 01/08-04-2020/ Sequência remover EPI III (cógula)

Pág. 2 / 2

ANEXO XVI – Rastreio de SARS-CoV-2 antes de procedimentos ou intervenções programadas, setembro de 2020– D16

Rastreio de SARS-CoV-2 antes de procedimentos ou intervenções programadas



DA.0603/T.GCL-PPCIRA/Versão 01/22-09-2020/Rastreio de SARS-CoV-2 antes de procedimentos ou intervenções programadas

ANEXO XVII – Recomendações de cuidados a ter no domicílio, COVID-19, abril de 2020– D17

FFCIRA- GRUPO DE COORDENAÇÃO LOCAL

COVID-19

RECOMENDAÇÕES DE CUIDADOS A TER NO DOMICÍLIO

Após internamento no Hospital, ¹⁾ no contexto de **pandemia por COVID-19**, recomendamos a adoção das **medidas enumeradas abaixo no seu domicílio**.

Recomendamos ainda que **mantenha vigilância** apertada dos seus sintomas. Para esse efeito, será **acompanhado(a) telefonicamente por um profissional de saúde** da nossa instituição, devendo seguir as suas indicações.

RECOMENDAÇÕES ACERCA DOS CUIDADOS A TER NO DOMICÍLIO

Para o DOENTE

1. **Permaneça em casa.**
2. **Não receba visitas.**
3. Utilize **quarto individual**, sempre que possível, e realize arejamento frequente através da abertura de janelas. Caso seja necessário partilhar quarto com co-habitante, deverá ser sempre cumprida uma **distância mínima de 1 metro**.
4. Mantenha a **porta preferencialmente fechada**.
5. A **casa de banho deve ser de uso individual**, evitando a partilha de objetos de higiene pessoal. Sempre que tal não seja possível, a **desinfeção** deverá ser, pelo menos, **diária**, com uso de água e sabão, seguida de desinfeção com lixíva (diluição: 1 L de água para 20mL de lixíva (20mL aproximadamente duas colheres de sopa cheias).
6. A circulação pela casa deve ser limitada, **evitando espaços comuns**. Os espaços comuns devem ser ventilados com frequência, sempre que possuam janelas (sem criar correntes de ar).
7. **Evite manipular superfícies em áreas comuns ou partilhar objetos** (nomeadamente, de higiene pessoal). Superfícies de uso frequente, como interruptores ou maçanetas de portas, deverão ser higienizadas diariamente.
8. Deve preferir o contacto telefónico com co-habitantes, sempre que possível.
9. Caso seja necessário contactar com co-habitantes, mantenha uma distância de, pelo menos, 1 metro e use **máscara facial** (cirúrgica). Se a máscara estiver húmida ou suja com secreções, é necessário substituí-la.
10. Se não tolerar o uso da máscara cirúrgica, ao tossir e espirrar utilize **lenços de papel descartáveis**, garantindo que cobrem a boca e nariz. Coloque o lenço no lixo imediatamente após a utilização e higienize as mãos, de seguida.
11. **Lave as mãos com frequência**, com água corrente e sabão, durante 20 segundos. Evite tocar com as mãos nos olhos, boca e nariz com as mãos sujas.

[pág 1 /2]

12. Guarde a roupa pessoal, toalhas e roupa de cama sujas num saco fechado até à hora de lavagem. Lave-as, separadamente, com água e sabão ou na máquina de lavar roupa a **60-90 °C**, com o detergente habitual. Deverão secar completamente antes de usar ou arrumar.

13. Utilize **talheres, pratos e copos próprios**. Após utilização, estes deverão ser lavados, separadamente, com água quente e sabão.

14. Coloque um caixote de lixo no seu quarto. **Todo o lixo** (incluindo lenços e máscaras) deverá ser colocado no seu interior, **num saco**. Quando este ficar cheio, feche-o e insira-o **dentro de um segundo saco**, que deverá ser fechado e colocado no lixo normal.

15. **Evite contacto próximo com animais domésticos**. Idealmente, estes deverão ser cuidados por outro co-habitante durante este período. Se tal não for possível, deverá usar máscara e lavar as mãos, antes e após o contacto.

16. **Não reutilize** máscaras faciais ou luvas.

Para o CUIDADOR

1. Deverá usar **máscara facial** (cirúrgica) cobrindo a boca e o nariz sempre que entrar **na divisão do doente**.

2. Deverá usar **luvas descartáveis** ao limpar **superfícies** ou manusear roupa ou outros objetos potencialmente **contaminados com fluidos corporais**.

3. Todos os co-habitantes deverão **reforçar a higiene das mãos**, sobretudo após contacto com o doente ou o seu ambiente, e sempre antes de tocar na cara e antes das refeições.

4. Todos os co-habitantes deverão **vigiar aparecimento de sintomas**. Se alguma alteração, deverá ser reportado à equipa que o acompanha telefonicamente.

O cumprimento rigoroso destas recomendações é essencial. Mantenha estas medidas até ter indicação de suspensão de isolamento pela equipa que o acompanha telefonicamente.

A ausência do local de trabalho será devidamente justificada.

ANEXO XVIII – Cronograma do Hospital Missus -D18

FR
2019/01/09
NH - 7596

Conselho Consultivo

CONSELHO DE ADMINISTRAÇÃO

Direção de Enfermagem

Direção Clínica

- Coordenação Central**
- Gabinete do Cidado
 - Gabinete de Gestão da Informação
 - Gabinete Jurídico
 - Encargado Proteção de Dados
 - Responsável Acesso à Informação
 - Gestão de Projetos
 - Secretariado e Secretaria Geral
 - Serviço Religioso

Serviço de Auditoria Interna

APOIO TÉCNICO

- Comissões e Outras Estruturas
- Comissão de Ética
- Comissão de Qualidade e Segurança do Doente
- Comissão de Farmácia e Terapêutica
- PPCIRA-Grupo de Coordenação local
- Comissão de Transfusão Hospitalar
- Comissão de Reanimação
- Comissão Certificação Condições para a IG
- Comissão Local de Informação Clínica
- Comissão de Normalização de Consumíveis Clínicos
- Comissão de Gestão da Informação
- Comissão de Auditoria Clínica e Registos em Saúde

- Conselho dos TSDT
- Equipa de Gestão de Camas e Altas
- Equipa Intra-Hospitalar de Suporte em Cuidados Palliativos
- Equipa de suporte integrado pediátrico
- Equipa para a Prevenção da Violência em Adultos
- Equipa de Prevenção da Legionella
- Núcleo de Aleitamento Materno
- Núcleo de Apoio à Criança e Jovem em Risco
- Núcleo de Coordenação Hospitalar do Doação
- Gabinete de Auditoria e Codificação Clínica
- Unidade Local Gestão Acesso

- DESENVOLVIMENTO**
- Academia IFF**
- Unidade de Investigação Clínica
 - Unidade de Formação e Ensino
 - Unidade de Comunicação e Informação
 - Internato Médico

APOIO DE GESTÃO

- Serviço de Gestão de Doentes
 - Recepção e Central de Atendimento
 - Admissão e Apoio a Doentes
 - Transporte de Doentes
 - Arquivo Clínico
 - Serviço de Qualidade e Segurança
 - Serviço de Planeamento e Controlo
 - Serviço Gestão Financeira
 - Contabilidade
 - Contas a receber
 - Contas a pagar
 - Tesouraria
 - Serviço de Recursos Humanos
 - Regimes de contrato e remunerações
 - Planeamento e Informação
 - Recrutamento
- Serviço de Compras e Logística**
- Compras
 - Logística
 - Serviço de Gestão Hoteleira
 - Ambiente
 - Alimentação
 - Higiene (Limpeza e Roupa)
 - Serviço de Instalações e Equipamentos
 - Instalações Físicas
 - Manutenção geral e equipamentos
 - Segurança física
 - Serviço de Tecnologias de Informação e Comunicação
 - Infraestruturas e sistemas
 - Desenvolvimento Aplicacional
 - Apoio técnico
 - Saúde Ocupacional

PRESTAÇÃO DE CUIDADOS

Departamento de Medicina, Especialidades Médicas e Urgência	Departamento de Cirurgia e Especialidades Cirúrgicas	Departamento de Criança e do Jovem	Departamento da Mulher	Departamento de Serviços Transversais
<ul style="list-style-type: none"> Bloco Operatório Unidade de Cirurgia Ambulatória Unidade de Dor Serviço de Anestesiologia Serviço de Cirurgia Geral Serviço de Ortopedia Unidade de Traumatologia Unidade de Ortopedia Pediátrica Serviço de Urologia Serviço de Oftalmologia Serviço de Otorrinolaringologia Unidade de Cirurgia Maxilo-Facial Serviço de Cirurgia Plástica e Reconstructiva 	<ul style="list-style-type: none"> Serviço de Pediatría UICEP Urgência Pediátrica Serviço de Neonatologia Serviço de Cirurgia Pediátrica 	<ul style="list-style-type: none"> Serviço de Ginecologia Unidade de Colposcopia Laser Unidade de Ginecologia Oncológica Unidade de Senologia Serviço de Obstetria Unidade de Ecografia Obstétrica Unidade de Diagnóstico Pré-Natal Urgência Obstétrica e Ginecológica 	<ul style="list-style-type: none"> Serviço de Anatomia Patológica Casa Mortuária Serviço de Imagiologia Serviço de Medicina Física e de Reabilitação Serviço de Neurorradiologia Serviço de Patologia Clínica Serviço de Sangue e Medicina Transfusional 	<ul style="list-style-type: none"> Hospital de Dia de Medicina e especialidades médicas Serviço de Consulta Externa Serviço de Esterilização Serviço de Farmácia Serviço Social Unidade de Nutrição e Dietética
<ul style="list-style-type: none"> Serviço de Medicina Interna 1 Serviço de Medicina Interna 2 Unidade de Diabetes Unidade de Endocrinologia Serviço de Medicina Interna 3 Serviço de Medicina Interna 4 UDIMS Serviço de Medicina Intensiva UCIP UICRE Serviço de Cardiologia UIC Unidade de Cardiologia de Intervenção Unidade de Arritmologia Serviço de Gastroenterologia Unidade de Técnicas de Gastroenterologia Serviço de Infecologia Serviço de Nefrologia Unidade de Hemodiálise Serviço de Neurologia Unidade de Neurofisiologia Serviço de Oncologia Serviço de Pneumologia Unidade de Técnicas de Pneumologia Unidade de Imunopatologia Urgência Geral e Urgência Básica 	<ul style="list-style-type: none"> Departamento de Saúde Mental Serviço de Psiquiatria e Saúde Mental de Adultos Serviço de Psiquiatria e Saúde Mental da Infância e Adolescência Unidade de Psicologia 	<ul style="list-style-type: none"> Departamento de MCDT Serviço de Anatomia Patológica Casa Mortuária Serviço de Imagiologia Serviço de Medicina Física e de Reabilitação Serviço de Neurorradiologia Serviço de Patologia Clínica Serviço de Sangue e Medicina Transfusional 	<ul style="list-style-type: none"> Serviço de Medicina Física e de Reabilitação Serviço de Farmácia Serviço Social Unidade de Nutrição e Dietética 	

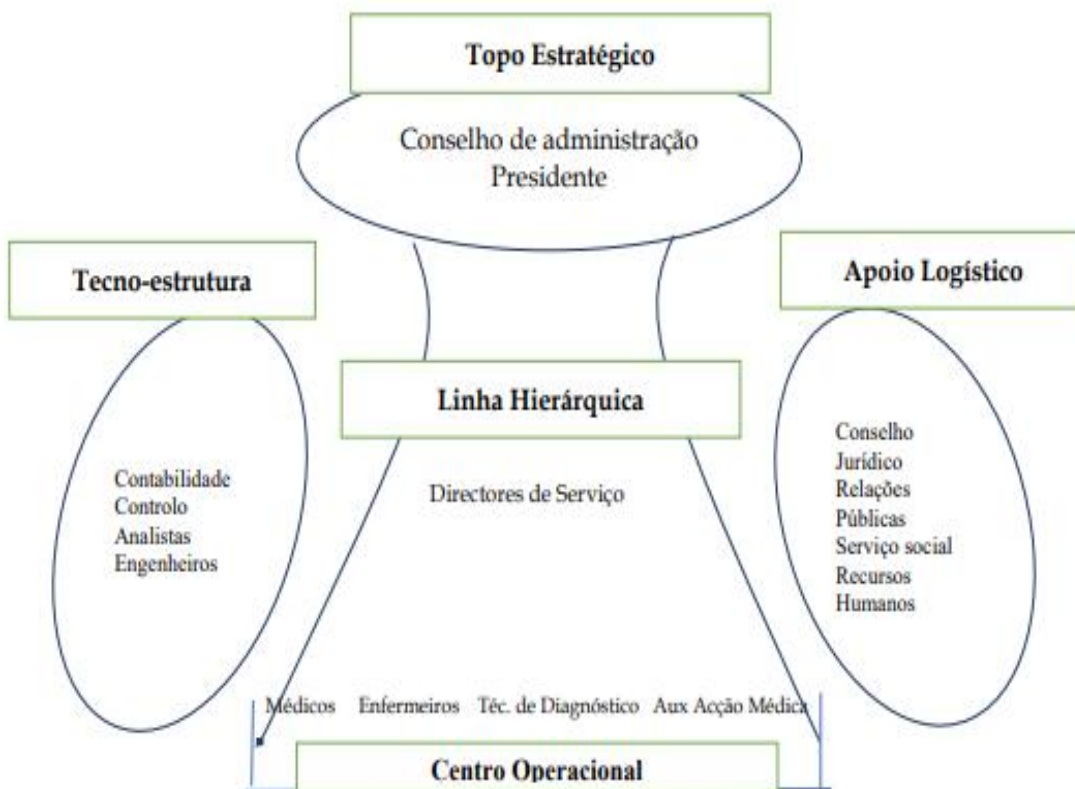


Figura - As cinco componentes básicas da organização (Mintzberg, 1995, p.38)

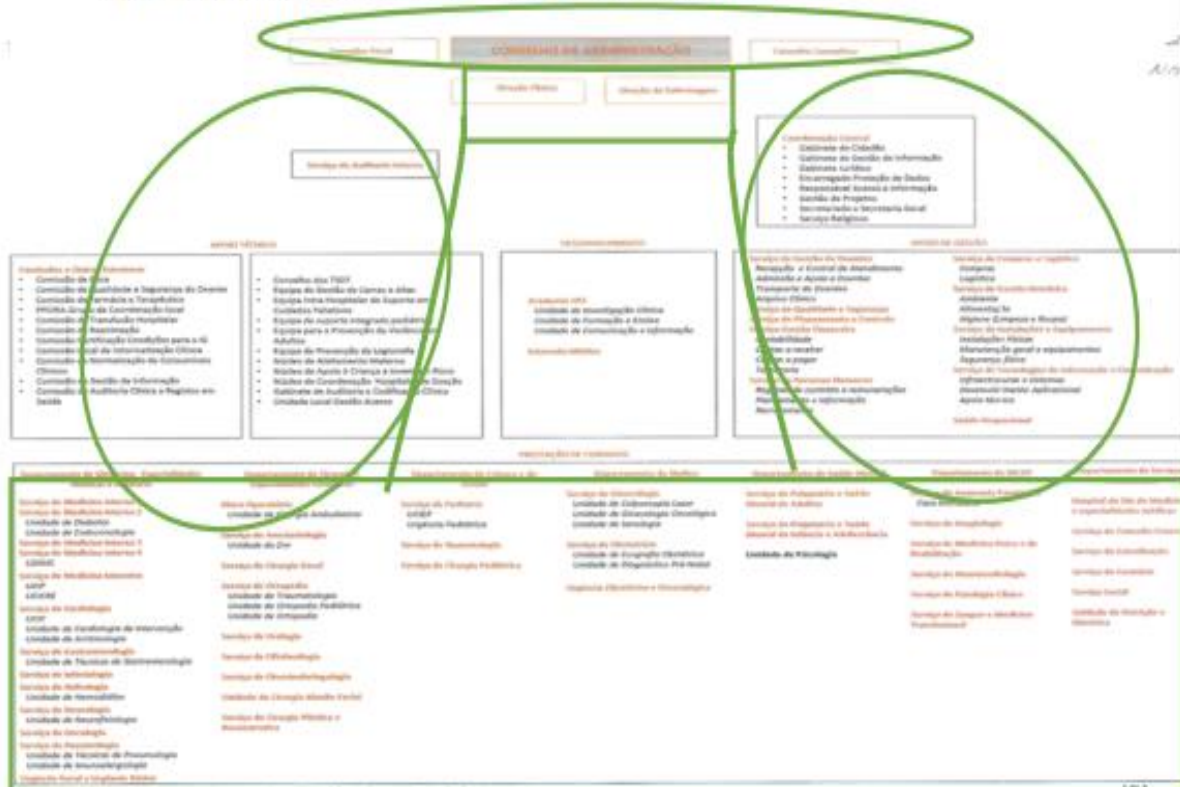


FIGURA - Cruzamento entre a estrutura organizacional do Hospital Missio e a configuração organizacional de Mintzberg

ANEXOS XIX – Circulares Informativas das Alterações das Visitas aos Utentes -D19

COVID-19

INFORMAÇÃO VISITAS

- Visitas ou acompanhantes com sintomas sugestivos de infeção respiratória como febre, tosse, expetoração ou falta de ar não serão admitidas.
- Visitas ou acompanhantes que tenham estado ou tenham contactado com alguém que esteve nas últimas 2 semanas na China, Japão, Singapura, Coreia do Sul, Itália, França e Espanha não serão admitidas.
- Visitas ou acompanhantes com imunossupressão (doenças neoplásicas, doenças autoimunes, transplantados, etc.) ou doenças crónicas devem ser desaconselhadas a entrar no Hospital.

Enfermarias de Adultos

- Horário reduzido de visitas 12.00-14h00 e 18.00-19.30h, uma única visita.

Enfermarias de Pediatria

- Não serão permitidas visitas.
- Será aceite a permanência de apenas um acompanhante. A troca de acompanhante será realizada de acordo com o enfermeiro responsável pelo doente e o menor número de vezes possível.
- Na UCIEP e UCIEEN, será permitida a presença da mãe e do pai, como acompanhantes.

Enfermaria de Obstetrícia

- Não serão permitidas visitas.
- Será aceite a permanência de apenas um acompanhante.

Urgência Geral

- Horário reduzido de visitas 19h00 -20h00, uma única visita.
- Só será autorizado um acompanhante no caso de utentes vulneráveis ou com algum tipo de dependência.

Urgência de Ginecologia Obstetrícia

- Só as doentes com patologia obstétrica podem ter acesso até à sala de espera com um acompanhante.
- No interior do bloco de partos as utentes só podem ter um acompanhante.

Urgência de Pediatria e UICD Pediátrica

- Não serão permitidas visitas.
- A criança poderá ser acompanhada apenas por um acompanhante/ cuidador.

Consulta Externa

- Só será autorizado um acompanhante no caso de utentes vulneráveis ou com algum tipo de dependência.



9/3/2020

COVID-19

INFORMAÇÃO VISITAS

Urgência Geral e áreas de prestação de Cuidados de Saúde a doentes suspeitos

UICD – Não são permitidas visitas.

A informação Clínica é assegurada por um médico através de telefonema ao familiar/cuidador de referência no horário 13-15 horas.

Acompanhamento de doentes no serviço de Urgência Geral
Permitida apenas para os doentes com evidentes necessidades de apoio, de acordo com a legislação.

Área de prestação de Cuidados de Saúde a doentes com patologia respiratória (HDMEM)

Não é permitido o acompanhante. As exceções são autorizadas pela direção do serviço.

Urgência de Ginecologia Obstetrícia

- Só as doentes com patologia obstétrica podem ter acesso até à sala de espera com um acompanhante.
- No interior do bloco de partos as utentes só podem ter um acompanhante.

Urgência de Pediatria e UICD Pediátrica

- Não serão permitidas visitas.
- A criança poderá ser acompanhada apenas por um acompanhante/ cuidador.



13/3/2020

COVID-19

INFORMAÇÃO VISITAS

- Visitas ou acompanhantes com sintomas sugestivos de infeção respiratória como febre, tosse, expetoração ou falta de ar não serão admitidas.
- Visitas ou acompanhantes que tenham estado ou tenham contactado com alguém que esteve nas últimas 2 semanas na China, Japão, Singapura, Coreia do Sul, Itália, França e Espanha não serão admitidas.
- Visitas ou acompanhantes com imunossupressão (doenças neoplásicas, doenças autoimunes, transplantados, etc.) ou doenças crónicas devem ser desaconselhadas a entrar no Hospital.

Enfermarias de Adultos

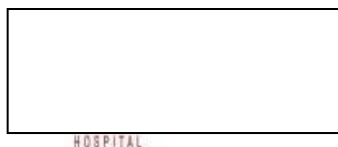
- Horário reduzido de visitas 12h00-14h00 apenas um visitante
A informação Clínica deve ser assegurada neste período de visita
- Enfermaria de Patologia Respiratória (Ala 5B Torre Amadora) – Não são permitidas visitas.
- A informação Clínica é assegurada pelo médico através de telefonema ao familiar/cuidador de referência no horário 13-15 horas.

Enfermarias de Pediatria

- Não serão permitidas visitas.
- Será aceite a permanência de apenas um acompanhante. A troca de acompanhante será realizada de acordo com o enfermeiro responsável pelo doente e o menor número de vezes possível.
- Na UCIEP e UCIEEN, será permitida a presença da mãe e do pai, como acompanhantes.

Enfermaria de Obstetrícia

- Não serão permitidas visitas.
- Será aceite a permanência de apenas um acompanhante. 13/3/2020



COVID-19

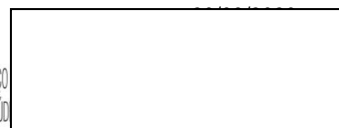
ALTERAÇÕES ÀS VISITAS A UTENTES INTERNADOS

Atendendo à atual emergência de saúde pública de âmbito internacional devido ao COVID-19, declarada pela Organização Mundial de Saúde, informam-se os utentes do Hospital Professor Doutor Fernando Fonseca, **que a partir de dia 20 de março de 2020, foram suspensas as visitas aos doentes internados em todos os serviços, unidades e Serviço de Observação (SO).**

Às crianças e jovens internados mantém-se o regime de acompanhamento.

A informação clínica aos familiares é dada telefonicamente.

Agradecemos a compreensão de todos! Estas medidas visam proteger a saúde dos nossos utentes, dos nossos profissionais e de toda a população.



COVID-19

INFORMAÇÃO VISITAS

Restrição do acesso às instalações do HFF Visitas e Acompanhantes

No âmbito do atual momento da pandemia pelo Novo Coronavírus (SARS-CoV-2), e de acordo com as recomendações da DGS, o HFF mantém uma política restritiva no acesso às suas instalações, com o objetivo de garantir a segurança de doentes e profissionais de saúde. Neste sentido informa-se:

VISITAS

Mantêm-se na generalidade suspensas, à exceção de situações de doentes em fase terminal ou com deficiência cognitiva significativa. Estas situações de exceção deverão ser articuladas com os responsáveis de cada serviço, quanto ao número e duração das visitas.

Nestas situações, a visita deve higienizar as mãos com solução antisséptica de base alcoólica (SABA) e utilizar o EPI adequado, de acordo com orientação dos profissionais de saúde.

ACOMPANHANTES

É autorizado 1 acompanhante nas seguintes situações:

- a. Crianças: pai ou mãe (ou equivalente legal);
- b. Grávidas no momento do parto: progenitor;

Para que possa ser autorizada a presença do acompanhante, devem verificar-se cumulativamente as seguintes situações:

- 1) ausência de qualquer sintoma sugestivo de COVID-19;
- 2) ausência de contacto com doentes com infeção por SARS-CoV-2 nos últimos 14 dias;
- 3) teste para COVID-19 negativo, realizado nas 48h precedentes;
- 4) utilização do EPI adequado, de acordo com a orientação dos profissionais de saúde.

21/09/2020



ANEXOS XX- Notícias /Comunicações do Hospital -D20

DIÁRIO DA QUARENTENA CORONAVÍRUS

Coronavírus: o meu dia numa urgência pediátrica

Testemunho de Mário André Macedo, enfermeiro especialista em saúde infantil e pediátrica, urgência pediátrica do Hospital Fernando F. [redacted] arados para cumprir a missão das nossas vidas!”



Mário André Macedo

18 de Março de 2020, 6:32

Partilhar notícia

O dia a dia na segunda maior urgência pediátrica do país durante o mês de março é, no mínimo, bastante atarefado. Centenas de pais procuram os nossos serviços diariamente, por motivos tão diversos como trauma, febre ou dificuldades respiratórias. Ser enfermeiro neste ambiente significa entender a necessidade de trabalhar em duas dimensões complementares: cuidar da criança e cuidar dos pais.

É neste cenário complexo e em profunda reestruturação que trabalhamos nestes dias excepcionais, onde realizar turnos de 18 horas passou a ser o novo normal. Um mundo frenético que procura informação ao minuto, onde se reveste de igual importância [avaliar uma criança](#), como tranquilizar o seu cuidador sobre o mais recente boato lançado: “É verdade que já há centenas de casos de coronavírus mas que são abafados?” A minha resposta favorita é simples e desarma qualquer um: “Acha mesmo que um governo português seria competente para organizar um encobrimento dessa magnitude?” Combater as notícias falsas passou a fazer parte da descrição de funções da enfermagem.

Invariavelmente, não há uma triagem, uma avaliação, uma intervenção a uma criança que não termine com uma pequena e rápida sessão de formação sobre covid-19. Como proteger, o que fazer, usar máscaras durante o dia ou durante a noite, fazem parte das legítimas dúvidas mais frequentes que os pais colocam. O vírus pode ser complexo, mas a resposta é simples — lavar as mãos com água e sabão e aplicar medidas de restrição social. Não há nada mais eficaz do que uma lavagem das mãos que dure cerca de 20 segundos.

Enquanto arrumamos o reforço de material que o armazém nos envia, discutimos os 10 casos suspeitos que testámos, que viriam a ser todos negativos, assim como os desafios que poderemos vir a ter a médio prazo, recebemos uma família com intoxicação por monóxido de carbono. Uma situação que requer atenção urgente e atenta e que nos relembra de uma dimensão extremamente importante: o SNS não se pode resumir a um programa contra a covid-19. As necessidades de saúde da população não se esgotam e transcendem em muito as dificuldades impostas pela pandemia.

O dia que nunca esperámos chegar, abateu-se duramente sobre nós. Durante a nossa formação estudámos e refletimos sobre estes cenários. Como se faz planos de contingência, quais as prioridades a serem asseguradas, que limitações e obstáculos são expectáveis de encontrar... Mas nunca ninguém pensou, no século do *wi-fi* e 5G, colocar estes planos em prática.

Ainda antes da declaração do estado de alerta, já o nosso Hospital tinha entrado em contingência. O *stock* de material foi reforçado, formações planeadas e executadas, o plano de atuação revisto e criado um grupo de acompanhamento permanente da situação.

A urgência foi totalmente dividida. Crianças com quadro de doença respiratória fazem um circuito fisicamente diferente das restantes. São observados e avaliados por enfermeiros e pediatras em exclusivo neste circuito, com equipamento individual de protecção sempre vestido. É bastante cansativo! No final do turno dói-nos a cara da tensão que os elásticos provocam.

Ao abrigo do plano de contingência, as férias foram canceladas, os turnos foram reforçados e os horários flexíveis suspensos. Apesar destas medidas drásticas e do natural receio do vírus desconhecido, o nosso moral está elevado. Rapidamente houve voluntários para todos os turnos que nos foram pedidos. Nenhum profissional de saúde foi para casa com o fecho das escolas. Estamos preparados para cumprir a missão das nossas vidas!

https://www.publico.pt/2020/03/18/sociedade/opiniao/coronavirus-dia-urgencia-pediatrica-1908092?fbclid=IwAR0GajZKzPu4y_Su7GluN1NOkmEitDcku47iv7O-yH_NnDUOSsxaB3DloX0

ANEXOS XXI- Noticias /Comunicações do Hospital -**D21**

21 MARÇO de 2020

Gestos simples fazem a diferença na proteção contra a COVID-19.

A importância da promoção dos hábitos de higiene, bem como a melhoria das condições de trabalho dos profissionais de saúde são fatores essenciais no desafio diário de melhoria contínua da prestação de cuidados de saúde.

Nesta quarta-feira, A L’Oreal Portugal doou ao Hospital Prof. Doutor Fernando Fonseca produtos de higiene pessoal para os profissionais de Saúde da Instituição.

O Conselho de Administração do Hospital [REDACTED] manifesta um profundo agradecimento à L’Oreal Portugal salientando a importante participação cívica e humana da entidade no combate à pandemia de COVID-19.



<https://www.facebook.com/...>

ANEXOS XXII- Noticias /Comunicações do Hospital -**D22**

24 de MARÇO DE 2020

Nas atuais circunstâncias, e dada a exigência da tarefa que os profissionais de saúde têm no momento, surge a necessidade de ter em consideração a saúde mental de todos os colaboradores do H [REDACTED].

Neste contexto, o Departamento de Saúde Mental desenvolveu uma resposta de suporte emocional que, no âmbito por SARS-CoV-2, será disponibilizada a todos os profissionais que dela necessitem.

Foi criada uma linha telefónica de apoio 24h/dia, todos os dias, acessível a todos os profissionais e estará sempre disponível para dar apoio presencial.

<https://www.facebook.com/...>

ANEXOS XXIII- Notícias /Comunicações do Hospital -D23

24 de MARÇO DE 2020

No âmbito das recomendações da Organização Mundial de Saúde de combate à pandemia de COVID-19, o H [REDACTED] instalou hoje vidros protetores nas áreas administrativas de atendimento ao público. Esta medida de proteção consta do plano de Contingência do H [REDACTED] e contou com o patrocínio da Camara Municipal de Sintra.

O Conselho de Administração do Hospital [REDACTED] manifesta um profundo agradecimento à Camara Municipal de Sintra salientando a importância da colaboração institucional na promoção e prevenção da Saúde.



<https://www.facebook.com/Hospitalfernandofonseca/>

ANEXOS XXIV- Notícias /Comunicações do Hospital -D24

31 DE MARÇO DE 2020

Os nossos auxiliares de Imagiologia, elementos essenciais no encaminhamento de doentes aos Meios Complementares de Diagnóstico, resolveram deixar um recado. Para o bem de todos!



<https://www.facebook.com/Hospitalfernandofonseca/>

ANEXOS XXV- Noticias /Comunicações do Hospital -D25

3 DE ABRIL DE 2020

A Imprensa Nacional Casa da Moeda manifestou igualmente o seu apoio e solidariedade com os profissionais do HFF contribuindo com a doação de 30 fatos impermeáveis.

O Hospital Prof. Doutor Fernando Fonseca manifesta um profundo agradecimento à INCM pela doação realizada aos profissionais de saúde salientando a participação cívica e humana da entidade no combate à pandemia de COVID-19.

Obrigado Imprensa Nacional Casa da Moeda!

INCM



<https://www.facebook.com/Hospitalfernandofonseca/photos/a.668990927008342/669514010289367>

ANEXOS XXVI- Noticias /Comunicações do Hospital -D26

5 DE ABRIL DE 2020

A Unilever no apoio e solidariedade aos profissionais de saúde do HFF, quis marcar a diferença no dia a dia de quem dedica horas a cuidar e a ajudar os outros, oferecendo vários artigos de higiene e alimentação, assim como uma arca frigorífica para acondicionamento de gelados.

O Hospital Prof. Doutor Fernando Fonseca manifesta um profundo agradecimento à Unilever pela doação realizada aos profissionais de saúde.

Obrigado Unilever!



<https://www.facebook.com/Hospitalfernandofonseca/photos/a.668990927008342/67053660685374/>

ANEXOS XXVII- Noticias /Comunicações do Hospital -**D27**

6 DE ABRIL DE 2020

"O Núcleo Hospitalar de Apoio a Crianças e Jovens em Risco (NHACJR) do Hospital Fernando Fonseca, antigo Amadora Sintra, em Lisboa, publicou um guia para ajudar os pais a lidar com a presença permanente dos filhos em casa. "É normal que se sinta stressado e sobrecarregado", diz o documento, que foi criado menos por causa dos pais e mais pelas crianças. "Estamos muito preocupados com as situações de maus tratos que possam existir nesta fase de quarentena e que acabam por ser ignoradas", alertam os profissionais."

<https://expresso.pt/.../2020-04-04-Covid-19.-Pediatras...>

O Guia completo pode ser consultado na pasta "Covid-19 e Parentalidade", nesta página.

<https://www.facebook.com/Hospitalfernandofonseca/>

ANEXOS XXIII- Noticias /Comunicações do Hospital -**D28**

6 DE ABRIL DE 2020

A EDP e a China Three Gorges doaram ao HFF 4 ventiladores e 4 monitores de cuidados intensivos. Estes equipamentos fazem parte de uma oferta de 50 ventiladores e 200 monitores para hospitais portugueses e são fundamentais para reforçar a nossa resposta contra a COVID-19!

Foram entregues hoje ao HFF pela Presidente da ACSS, a Dra. Márcia Roque.

O Hospital Prof. Doutor Fernando Fonseca manifesta um profundo agradecimento à EDP e a China Three Gorges pela doação realizada.

Obrigado EDP e a China Three Gorges!



<https://www.facebook.com/Hospitalfernandofonseca/photos/a.668990927008342/671684600072308/>

ANEXOS XXIX- Noticias /Comunicações do Hospital -**D29**

08 DE ABRIL DE 2020

Vending

Delta

Cafés

Como forma de homenagear todos os profissionais de saúde do Hospital Professor Doutor Fernando Fonseca, pelo seu contributo determinante no combate ao COVID-19, o Vending Delta Cafés ofereceu uma redução do valor do café nos equipamentos de Vending. O Conselho de Administração do Hospital Prof. Doutor Fernando Fonseca manifesta um profundo agradecimento à Vending Delta Cafés salientando a importante participação cívica e humana da entidade no combate à pandemia de COVID-19.

https://www.facebook.com/Hospitalfernandofonseca/photos/ms.c.eJwFwYERACAIA7GNPC3wpfsvZoJFXyUxrj1Yq~_4p5TF8ZvoGag~-~.bps.a.668990927008342/672824453291656



Vending Delta Cafés

Como forma de homenagear todos os profissionais de saúde do Hospital Professor Doutor Fernando Fonseca, pelo seu contributo determinante no combate ao COVID-19, o Vending Delta Cafés ofereceu uma redução do valor do café nos equipamentos de Vending.

O Conselho de Administração do Hospital Prof. Doutor Fernando Fonseca manifesta um profundo agradecimento à Vending Delta Cafés salientando a importante participação cívica e humana da entidade no combate à pandemia de COVID-19.

#HFF

#SNS

#sejaumagentedesaudepública

ANEXOS XXX- Noticias /Comunicações do Hospital -D30

09 DE ABRIL DE 2020

A Chicco manifestou o seu apoio e solidariedade aos profissionais de saúde do HFF oferecendo intercomunicadores, para se contactar e vigiar os doentes, de uma forma mais segura.

Os mesmos fazem toda a diferença no apoio aos cuidados diários, manifestando ser uma mais valia, também para os nossos doentes.

O Hospital Prof. Doutor Fernando Fonseca manifesta um profundo agradecimento à CHICCO pela doação realizada.

Obrigado CHICCO !



<https://www.facebook.com/Hospitalfernandofonseca/photos/a.668990927008342/673511159889652/>

ANEXOS XXXI- Noticias /Comunicações do Hospital -D31

Covid-19. Costureiras que já coseram centenas de materiais de proteção para hospitais estão com falta de tecido

9 ABRIL 2020 20:03

João Diogo Correia

Jornalista

Só no Hospital já foram entregues mais de mil cógulas e 600 pares de perneiras

Ideia de costurar cógulas e perneiras começou no antigo Amadora Sintra, em Lisboa, pela mão de uma anestesista. Em poucos dias correu hospitais de todo o país e o apoio multiplicou-se. Agora o tecido começa a escassear

Filomena Silva é costureira e nunca tinha ouvido falar em cógulas. “A doutora Ângela ligou-me, mandou-me uma fotografia com um exemplo, mas eu só conseguia perceber que era para tapar a cabeça e o pescoço.” Não havia moldes, não havia indicações. “Tive de improvisar. Fui fazer o que achei, experimentei na cabeça do meu marido, e fomos adaptando.”

Faz agora três semanas que esse telefonema de Ângela Rodrigues, anestesista no Hospital Fernando



Fonseca, antigo Amadora Sintra, deu origem a uma corrente que se estendeu por todo o país. Nos hospitais da Covilhã, Castelo Branco, Santa Maria, Cascais, Garcia da Orta, Alentejo e Algarve há mesmo pessoas dedicadas à logística de um projeto sem nome, mas com vários rostos, que consiste em costurar e distribuir pelos profissionais de saúde cógulas e perneiras, materiais de proteção que cobrem a parte de cima e de baixo do corpo.



As cógulas cobrem sobretudo cabeça e pescoço

D.R.

Foi tudo de um só fôlego. “A minha mulher partilhou a ideia num grupo de médicos no Facebook às 11h da manhã e ao meio-dia tinha a caixa de correio cheia de e-mails, a pedir informações sobre como fazer, a pedir moldes.” Foi nessa altura que Tiago Cochicho, marido de Ângela Rodrigues, deu corpo ao projeto. “Criei um e-mail, com informações sobre o tecido necessário e partilhei com algumas pessoas conhecidas”, recorda, num convite que se dirigia a quem soubesse costurar ou estivesse interessado em aprender. “Descobrimos que o TNT [acrónimo de “tecido não tecido”, feito com liga de fibras] era o material indicado e fui falar com uma pessoa conhecida, dona de uma empresa que faz t-shirts”, explica Tiago Cochicho. A empresa, a [A. M. Frazão](#), doou dois rolos de material e deu outro

impulso. “Nós estávamos a cortar à mão, que custa um bocado. Com os cortes industriais ficou mais fácil.”

Não foi a única ajuda de grande parte. Juntou-se a “**Nomalism**”, uma empresa de tecidos que agora ajuda a coordenar a iniciativa a nível nacional, e a transportadora Nabais, que assegura gratuitamente o transporte de tecidos das fábricas ou de particulares até às costureiras, que são já centenas por todo o país, ilhas incluídas. “Ainda agora a Nomalism teve um pedido de 10 rolos de TNT para o Algarve, e a transportadora é de Sintra, mas disponibilizou-se para ir lá levar”, explica Tiago Cochicho, que coordena os pedidos e entregas para o Amadora Sintra.

Foi de lá que, uma semana após a primeira publicação, Ângela Rodrigues mostrou onde já ia a iniciativa:



Fb

“Também foi muito importante a aceitação das direções dos hospitais. No Amadora Sintra ficaram gratos e permitiram-nos fazer logo testes de esterilização do material”, conta Tiago. As cógulas, apesar de não serem obrigatórias, “ajudam a proteger” e são “úteis para quem está em contacto permanente com doentes”. Só podem ser usadas uma vez, ao contrário das perneiras, que dão para duas utilizações. Quando Tiago falou com o Expresso, esta quarta-feira, tinham sido entregues no Amadora Sintra cerca de mil cógulas e mais de 600 pares de perneiras. É muito material e esse é agora a dificuldade que a iniciativa enfrenta.

Tiago Cochicho explica. “O tecido tem de ser TNT de 70 gramas. No caso das perneiras pode ser inferior, mas nas cógulas não, porque não é totalmente impermeável. Até há um tempo era relativamente fácil encontrar este material, mas agora está mais difícil.” Tiago faz as contas: “Encomendámos 10 rolos para o Amadora Sintra e custou-nos 280 euros cada. Agora pedimos um orçamento a uma empresa no Porto e já vai em 400 e tal. O preço quase duplicou.”



Iniciativa tem contado com a ajuda de costureiras, das profissionais às de fim de semana

D.R.

Além de doações de particulares e empresas, parte do material que recebiam era importado, de fábricas em Espanha. Agora os camiões não estão a passar as fronteiras. “E imagino que eles também precisem do material por lá”, comenta Tiago. Há nesta altura duas alternativas, que os organizadores tentam explorar. João Machado, responsável da “Nomalism”, lançou [um crowdfunding](#) para angariar fundos para comprar mais tecido. E Tiago comenta que é possível que haja fábricas a produzir este tipo de tecido “Temos estado à procura. É possível que algumas também já estejam a produzir para o Estado, o que acho bem.”

Filomena Silva, ou Mena, a costureira com quem tudo começou, diz que o projeto “foi assim uma inspiração”, que a orgulha. “Ficamos todas contentes quando vemos as peças chegar aos hospitais.” Explica que a partir dos vídeos e tutoriais disponíveis, o trabalho de costura “não é nada difícil”. “Basta ter as medidas certas.” Reforçando que “há muita gente a trabalhar nisto”, todos voluntários, conta que no seu grupo são 25 costureiras, das profissionais às de fim de semana.

“Já fizemos umas 1.300 cógulas e uns 290 pares de perneiras, 500 e tal peças. Há quem faça 100 peças de cada vez e entregue, quem faça 20, outras fazem 40.” Tudo à distância e agora com uma certa apreensão pela falta de material. Mena acredita que a pandemia de covid-19 pode ser uma forma de “passarmos a usar mais o produto nacional. Com tantas fábricas que temos e gente sem trabalhar, como é que não há tecido?”, pergunta num lamento. Por enquanto ainda não falta trabalho, mas já sobram dúvidas. “Eu sou fã de filmes de ficção científica, só não estava à espera deste. Talvez nos abra os olhos.”



D.R.

Para se juntar ao projeto, siga [este link](#) e contacte os responsáveis em cada Hospital. A “Nomalism” pode ajudar a chegar a outros, além de ser a plataforma indicada para quem queira doar TNT ou saiba onde o encontrar. Para contribuir para o crowdfunding, [o link é este](#).

Nota: Por lapso, foi escrito que a iniciativa partiu de uma internista. Na verdade, Ângela Rodrigues é anestesista. À visada, o autor endereça o seu pedido de desculpas.

https://expresso.pt/coronavirus/2020-04-09-Covid-19.-Costureiras-que-ja-coseram-centenas-de-materiais-de-protecao-para-hospitais-estao-com-falta-de-tecido?fbclid=IwAR3a2kK6h1VEcQ76S8P8yiDP3HSpdem_IA1eicOp3ZnLZrgWXhMVWwo8fdA

ANEXOS XXXII- Notícias /Comunicações do Hospital -D32

23 DE ABRIL DE 2020

Apesar do surto pandémico COVID-19, a Farmácia do HFF EPE mantém o seu horário normal de atendimento, 8h -17h, apenas nos dias úteis.

Ser-lhe-á entregue uma máscara à entrada do Hospital para que possa movimentar-se em segurança e a Farmácia adoptou outras medidas de segurança física para proteger os utentes.



Estes contactos destinam-se a ajudar os utentes a esclarecer todas as dúvidas relacionadas com o levantamento da sua medicação. Enumeramos vários exemplos de situações em que o contacto com a Farmácia se poderá justificar:

Os contactos desta Linha de Apoio são os seguintes:

Contacto electrónico (e-mail):

farmacia.ambulatorio@hff.min-saude.pt

Contacto telefónico:

21 434 56 04 (8-17h)

- Doentes que necessitem de medicação;
- Doentes que queiram agendar a dispensa da medicação;
- Doentes que queiram ser representados por um familiar ou amigo;
- Doentes que tenham dúvidas sobre como tomar os seus medicamentos ou que tenham queixas/sintomas que relacionem com a toma dos medicamentos;
- Outras situações que estejam relacionadas com o medicamento e que sejam motivo de preocupação para o utente.

FARMÁCIA DO HFF

<https://www.facebook.com/Hospitalfernandofonseca/photos/ms.c.eJwzszCytLS0MDAyMjcxNDLUM4PwjSwsTQzMLUxhfENTMwNzE1NjAOqDCcM~-bps.a.682999795607455/682999815607453>

ANEXOS XXXIII- Notícias /Comunicações do Hospital -D33

14 DE MAIO DE 2020

Méritos dos testes ao Covid em drive thru

A TVI dedicou dois espaços de informação para divulgar os testes ao Covid-19 que são efectuados em drive thru, à entrada do nosso Hospital. Com a participação da Doutora Patrícia Pacheco, principal dinamizadora desta iniciativa, ficámos a perceber a importância daqueles testes e o envolvimento sério dos nossos profissionais na prevenção da doença. Os links [...]

A TVI dedicou dois espaços de informação para divulgar os testes ao Covid-19 que são efectuados em drive thru, à entrada do nosso Hospital. Com a participação da Doutora Patrícia Pacheco, principal dinamizadora desta iniciativa, ficámos a perceber a importância daqueles testes e o envolvimento sério dos nossos profissionais na prevenção da doença.

Os links para as notícias são estes:

<https://tvi24.iol.pt/.../covid.../5ebd31c50cf2cd6069ebf194>

<https://tvi24.iol.pt/.../covid.../5ebd206d0cf2a5883420b920>

Link HFF:

<https://hff.min-saude.pt/meritos-dos-testes-ao-covid-em.../>

PSP nos hospitais em tempos de Covid-19. Novos desafios, "mais perto do risco"

01 jun, 2020 - 16:36 • Pedro Filipe Silva

No Hospital São Francisco Xavier, os agentes tiveram de mudar de posto, no Amadora-Sintra o local de trabalho fixo ficou tapado por um contentor. Os agentes da PSP enfrentam novos desafios, com todos os cuidados, junto da linha de combate à covid-19.



Hospital Amadora-Sintra durante pandemia de covid-19. Foto: Pedro Filipe Silva/RR

A manhã está calma no Hospital São Francisco Xavier, em Lisboa. O chefe do posto da PSP, Mário Fortunato, tem a companhia do agente principal Luís Cunha. Os dois fazem a habitual ronda, de máscara e viseira. Uma rotina que não mudou com a pandemia de Covid-19. Já o local fixo de trabalho sim.

“Devido à situação por SARS-CoV-2 , estamos em situações provisórias. O espaço onde trabalhamos é onde fazem a admissão dos utentes que apresentam sintomas. Nós mudámos também para nos protegermos”, diz Mário Fortunato.

“Os profissionais de saúde tiveram conhecimento que íamos mudar de instalações. Sabem que nos podem contactar anteriormente via telemóvel. Em relação ao cidadão comum, a situação é um pouco mais complicada porque têm de perguntar onde é a Polícia e isso causa mais um constrangimento, mas conseguimos satisfazer a necessidade e fazer o acompanhamento do utente e não tem havido problemas.”

O responsável sublinha ainda o que mudou nestes últimos meses: “Não há cumprimentos e temos cuidado quando vamos render, vamos de máscara, fazemos a higiene das mãos e temos sempre o cuidado de trabalhar afastados.”

Luís Cunha acrescenta: “Quando mudamos de turno tenho sempre a preocupação de limpar os teclados, manípulos das portas com os produtos que o próprio Hospital deu para a desinfeção para que possamos trabalhar em segurança.”



Agentes Mário Fortunato e Luís Cunha tiveram que se adaptar a novos hábitos. Foto: Pedro Filipe Silva/RR

A mudança não foi fácil ao início, “porque não estávamos completamente

habitados à máscara e à viseira. Mexíamos na máscara e inconscientemente levávamos as mãos aos olhos ou ao cabelo. Claro com tempo vamos habituando e depois há o cuidado que temos de ter quando vamos para casa, porque temos família, temos filhos em casa”, sublinha Luis Cunha.

No Hospital São Francisco Xavier, a PSP tem um efetivo de nove agentes, dois em cada turno. Este grupo conta ainda com mais agente em regime remunerado. Dão apoio aos utentes, mas também aos profissionais de saúde.

O agente Luís Cunha destaca a relação de confiança que aqui se cria. “Chega a um ponto em que já nos tratamos por tu e isso ajuda muito no trabalho do dia-a-dia. Às vezes nem é preciso chamarem-nos, basta um olhar que nós já sabemos o que eles pretendem. Imaginemos que está ali um utente mais agitado na triagem, se nós tivermos presentes o enfermeiro olha para nós, basta um gesto, basta um olhar e nós percebemos logo que há ali uma situação atípica e intervimos para evitar o descabro”, explica.

No Amadora-Sintra foi preciso improvisar. “Sabíamos que estávamos mais perto do risco”

No Hospital Amadora-Sintra a pandemia de Covid-19 também alterou as rotinas dos agentes da PSP.

O posto está à entrada das urgências, mas agora está tapado por um contentor usado para fazer uma triagem e despistar quem chega ao Hospital.

Covid-19



aumentou impaciência de alguns utentes no Hospital Amadora-Sintra. Foto: Pedro Filipe Silva/RR

Esta é uma situação que obriga a mais atenção, diz o agente responsável Luís Martins. “Embora o nosso posto tenha ficado mais tapado momentaneamente com este contentor, nós temos de contornar a situação e temos de vir cá para fora. Temos de procurar os sítios com mais pessoas, mais críticos, mais sensíveis. Obriga-nos a não estar tanto dentro do posto”.

O chefe Martins, assim é conhecido no Hospital, revela que ali ao lado do posto, a PSP tem presença assídua. “A urgência pediátrica é um dos sítios onde somos chamados bastantes vezes, muito pela impaciência dos pais, das crianças e do tempo de espera. Somos muitas vezes chamados para gerir

conflitos. As pessoas pensam que pressionando ou ameaçando conseguem ser atendidos de forma mais rápida. Isso é um pouco assustador para os médicos e chamam-nos para incutir um sentimento de segurança”.

O chefe Martins diz ainda que esta é uma situação que “com a covid-19 tem aumentado um pouco. Eu penso que talvez seja por deficiência da informação, outras por medo e desconhecimento da própria doença”.

O chefe Martins está no Hospital Amadora-Sintra há 25 anos, por isso mesmo, diz, que estas são situações que já não são novidade, “mas nunca por uma pandemia destas. É de facto inédito”.

Nestes novos tempos há um novo desafio: saber identificar alguém com máscara. “Dificulta um pouco porque quem lida com pessoas é importante ver as expressões faciais, ler na cara das pessoas as reações quer da angústia, sofrimento ou de dor. Tudo isto está disfarçado agora através da máscara, mas isso não nos impede de fazer o nosso trabalho”.

Trabalho não falta e novos desafios também não. O chefe Martins diz que foi necessário reinventar e improvisar, até porque “sabíamos que estávamos mais perto do risco”, sublinha.

PSP nos hospitais em tempos de Covid-19. Novos desafios, "mais perto do risco" - Renascença (sapo.pt)

ANEXOS XXXV- Notícias /Comunicações do Hospital -D35

NOS reforça cobertura móvel no Hospital

NOS reforça rede com impacto em 600 mil habitantes dos concelhos de Amadora e Sintra.

De

Sintra Notícias

-

24 Junho, 2020

Hospital prof. dr. Fernando da Fonseca

No âmbito do seu plano de investimento na rede móvel, a NOS finalizou o reforço de cobertura de rede do Hospital Professor Doutor Fernando Fonseca, também conhecido por Amadora-Sintra, aumentando a capacidade de rede móvel e de dados naquela unidade de saúde.

O investimento no reforço da cobertura móvel no Hospital Professor Doutor Fernando Fonseca implicou a construção de raiz de um sistema distribuído com 43 antenas e que resultou num reforço da rede móvel nas tecnologias 2G, 3G e 4G e na melhoria da qualidade das comunicações móveis dos utilizadores. Todas as unidades do Hospital, um dos maiores a nível nacional, assim como as zonas envolventes, foram alvo do reforço de cobertura, com as urgências a receberem atenção especial, dado o habitual movimento de pessoas e intensidade de acessos à rede.

Recorde-se que esta unidade Hospitalar tem o maior serviço de urgência da região de Lisboa e Vale do Tejo e realiza mais de 300 mil consultas por ano.

https://sintranoticias.pt/2020/06/24/nos-reforca-cobertura-movel-nos-Hospital-amadora-sintra/?fbclid=IwAR1_tjCuRqAzPxM_DWJZ6T2nnK4HYsZiAcvSmv7yO-BvdY6-E2Fh2cz54J0

ANEXOS XXXVI- Notícias /Comunicações do Hospital -D36

19 DE OUTUBRO DE 2020

Hospital Fernando Fonseca vai ter nova Unidade de Cuidados Intensivos

O Hospital Professor Doutor Fernando da Fonseca (HFF) dá hoje início à construção, de uma nova Unidade de Cuidados Intensivos de nível II (UCI II), para reforçar a resposta da medicina intensiva da instituição no contexto da pandemia COVID-19. A obra, orçada em €801.900, tem conclusão prevista para 10 de dezembro.

Este investimento representa um reforço de 15 camas, face às atuais quatro camas existentes neste nível de cuidados intensivos. Irá implicar também o reforço da equipa de profissionais de saúde do HFF.

A nova UCI II possibilitará a prestação de cuidados médicos a doentes críticos que necessitam de vigilância altamente diferenciada, durante 24 horas por dia, provenientes do Bloco Operatório, Urgência e demais serviços do Hospital. Irá responder às necessidades das diversas especialidades médicas e cirúrgicas que fazem parte do perfil assistencial do HFF.

A unidade vai ser construída na área atualmente ocupada pela Unidade de Cirurgia Ambulatória I (UCA I), na proximidade física do Serviço de Medicina Intensiva (SMI), urgência geral e bloco operatório. Trata-se de uma área de 460m², com capacidade funcional para 15 camas, sendo uma dessas camas destinada para doentes com necessidade de isolamento. O projeto inclui igualmente um posto de enfermagem e de vigilância centralizado com ampla visibilidade sobre os doentes acamados.

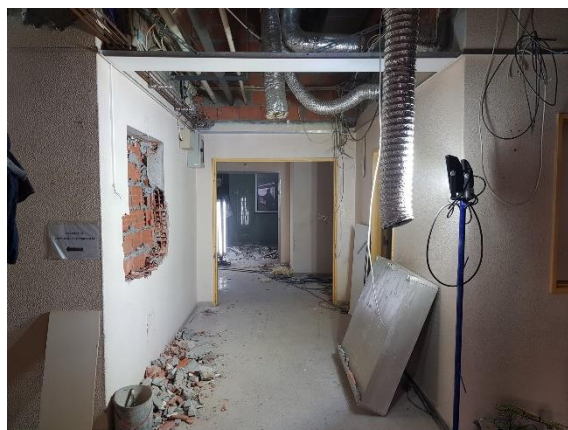
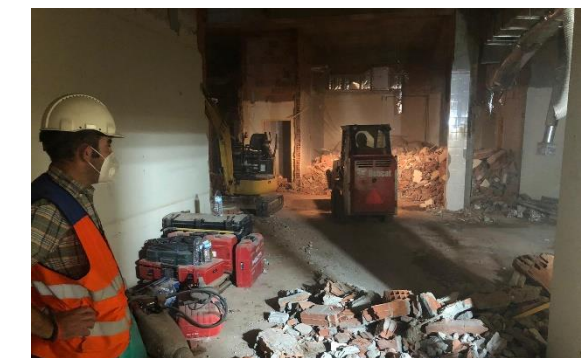
A nova UCI II permite ao HFF, que tem atualmente um rácio de 2,6 camas de cuidados intensivos por 100.000 habitantes, melhorar significativamente esse rácio para 5,0. A equipa médica que irá integrar a UCI II resultará da reorganização da equipa do SMI, e será reforçada através da contratação de Médicos intensivistas, enfermeiros e assistentes operacionais.

As 15 novas camas da UCI II do HFF irão melhorar de forma significativa a qualidade dos cuidados de saúde prestados, adequando-os ao doente crítico nos seus diferentes níveis de severidade, diminuindo o número de dias médio dos doentes internados na Unidade de Internamento de Curta Duração do Serviço de Urgência Geral, e otimizando a utilização das camas de Cuidados Intensivos. Permitirá ainda reduzir a taxa de cancelamentos cirúrgicos associada à falta de camas de cuidados intensivos nas cirurgias de maior complexidade, nomeadamente as oncológicas.

Marco Ferreira, Presidente do Conselho de Administração do HFF, explica o reforço da resposta da instituição para fazer frente ao surto pandémico por SARS-CoV-2 : “A atual situação gera constrangimentos diários no funcionamento e gestão do doente crítico, quer no apoio ao Serviço de Urgência, um dos maiores da zona Sul do país, em termos de número de episódios, quer no apoio à atividade cirúrgica programada ou urgente”. O responsável acrescenta: “O HFF presta assistência Hospitalar a cerca de 550 mil habitantes dos concelhos da Amadora e Sintra, sendo dos Hospitais da região de Lisboa e Vale do Tejo com o maior número de doentes COVID-19 internados desde o início da pandemia. A criação desta Unidade vem aliviar a pressão sobre a Medicina Intensiva da Instituição, estando previstos, a muito breve prazo, novos investimentos no reforço da resposta do Hospital”.



<https://www.facebook.com/Hospitalfernandofonseca/photos/a.144434282797345/806163953291038/>



ANEXOS XXXVII- Notícias /Comunicações do Hospital -D37

23 DE OUTUBRO DE 2020

Hospital Fernando Fonseca tem nova TAC financiada pela Câmara Municipal de Sintra

O Hospital Professor Doutor Fernando Fonseca (HFF) disponibiliza, a partir de hoje, um novo equipamento de TAC – Tomografia Computadorizada – de última geração. O investimento neste meio de diagnóstico essencial para a população servida pelo HFF e, em especial, para os doentes COVID-19, ascende a €550.000 euros, e foi integralmente suportado pela Câmara Municipal de Sintra.

Marco Ferreira, Presidente do Conselho de Administração do HFF, explica importância deste meio de diagnóstico: “Anualmente são realizados cerca de 52 mil TAC no HFF. A aquisição desta nova TAC, oferecida pela Câmara de Sintra, reforça a resposta do HFF aos utentes, reduzindo os tempos de espera e evitando a externalização destes exames”. Em relação ao impacto da nova TAC no combate à pandemia, o responsável afirma: O Serviço de Imagiologia do HFF passa a estar dotado com um equipamento que possibilita a obtenção de imagens de grande qualidade, nomeadamente na área da patologia pulmonar, essencial na abordagem ao doente com COVID-19. Esta aquisição permite-nos, ainda, criar circuitos separados para utentes COVID-19 e não COVID-19, reduzindo o risco de infeção”.

Basílio Horta, presidente da

[Câmara Municipal de Sintra](#)

, sublinha a importância de continuar a investir e a apoiar todo o sistema de saúde do concelho: “Este investimento vai ao encontro desta estratégia, dotando o Hospital Professor Doutor Fernando Fonseca com um equipamento fundamental na abordagem aos doentes COVID-19”, defende Basílio Horta.

O HFF dá assistência Hospitalar a uma população de cerca de 550 000 habitantes dos concelhos de Amadora e de Sintra, sendo dos hospitais da região de Lisboa e Vale do Tejo com maior número de

doentes COVID-19 internados desde o início da pandemia. A nova TAC funciona no Serviço de Imagiologia do HFF.



<https://www.facebook.com/Hospitalfernandofonseca/photos/pcb.809448276295939/809445872962846/>

ANEXOS XXXVIII- Notícias /Comunicações do Hospital -D38

28 de Outubro de 2020

Hospital Fernando Fonseca (HFF) arranca com Unidade de Hospitalização Domiciliária

Este modelo alternativo de Hospitalização entrou em funcionamento no final da semana passada, com a admissão do primeiro paciente. A Hospitalização domiciliária define-se como um modelo de assistência Hospitalar direcionado para a prestação de cuidados no domicílio.

A equipa de Hospitalização Domiciliária do HFF, composta por três médicos, cinco enfermeiros, outros cinco profissionais e uma viatura automóvel, vai prestar uma resposta de cuidados de saúde de excelência 24 horas por dia, todos os dias do ano, envolvendo visitas médicas três vezes por semana, e visitas da equipa de enfermagem duas vezes por dia, e sempre que necessário, em contexto de urgência.

A Hospitalização Domiciliária do HFF vem responder às necessidades atuais de cuidados de saúde, condicionadas pela pandemia COVID-19.

São inequívocos os ganhos em saúde da implementação deste modelo. Evitando internamentos em contexto Hospitalar, reforçando assim a segurança dos doentes, com a minimização de possíveis infeções num contexto de pandemia.

Prevê-se prestar assistência médica e cuidados de saúde domiciliários a mais de 500 doentes até ao final de 2021.

<https://www.facebook.com/Hospitalfernandofonseca/photos/a.144434282797345/813437765896990/>

ANEXOS XXXIX- Noticias /Comunicações do Hospital -D39

29 de Outubro de 2020

Câmaras de Amadora e de Sintra financiam nova urgência do Hospital Fernando Fonseca dedicada à COVID-19

O (HFF) vai ter uma nova unidade de urgência dedicada a doentes e suspeitos de COVID-19. Esta nova unidade está já em fase avançada de construção, sendo constituída por um edifício modular de 750 metros quadrados situado junto à urgência geral do Hospital.

Este é um investimento que ascende a 1,183 milhões de euros e que é integralmente suportado pela Amadora Município

e pela

Câmara Municipal de Sintra

. O protocolo que permite a construção desta nova unidade, que servirá mais de meio milhão de utentes dos municípios de Amadora e Sintra, foi hoje assinado pelo Conselho de Administração do HFF, a Presidente do Município da Amadora,

Carla Tavares - Amadora

, e por Basílio Horta

, Presidente do Município de Sintra.

Decorrente da pressão provocada nova realidade da pandemia COVID-19, tornou-se imprescindível ampliar o Serviço de Urgência do HFF para o exterior do Hospital. Esta nova unidade irá ser utilizada, exclusivamente, para o acolhimento e avaliação clínica de doentes e suspeitos de COVID-19.

“A pandemia COVID-19 tem vindo a gerar uma enorme pressão sobre o funcionamento do serviço de urgência do HFF”, explica Marco Ferreira, Presidente do Conselho de Administração do HFF, acrescentando que, neste ano particularmente difícil para as instituições de saúde, “o HFF tem em curso importantes projetos de investimento, como a construção da nova Unidade de Cuidados Intensivos e o novo serviço de urgência, que aumentam a atividade assistencial da instituição, e o acesso a cuidados diferenciados, assegurando a melhoria contínua da qualidade e segurança dos cuidados de saúde prestados à população dos concelhos de Amadora e de Sintra, com o inexcedível apoio de ambas as autarquias”. A obra, a cargo da empresa MBW - Modular Builders Worldwide

deverá estar concluída no final de novembro.



<https://www.facebook.com/Hospitalfernandofonseca/photos/pcb.814358869138213/814358469138253>

ANEXOS XL - Notícias /Comunicações do Hospital -D40

05 de Novembro de 2020

As obras da nova Unidade de Cuidados Intensivos de nível II (UCI II) do (HFF), decorrem a um bom ritmo.

Esta Unidade irá reforçar a resposta da medicina intensiva do nosso Hospital no contexto da pandemia COVID-19. A nova UCI II possibilitará a prestação de cuidados médicos a doentes críticos que necessitam de vigilância altamente diferenciada, durante 24 horas por dia.

Trata-se de uma área de 460m², com capacidade funcional para 15 camas, face às atuais quatro camas existentes neste nível de cuidados intensivos. O projeto inclui igualmente um posto de enfermagem e de vigilância centralizado com ampla visibilidade sobre os doentes acamados.

Tem conclusão prevista para 10 de dezembro.



<https://www.facebook.com/Hospitalfernandofonseca/photos/pcb.819897551917678/819891541918279>

ANEXOS XLI - Noticias /Comunicações do Hospital -D41

07 de Novembro de 2020

Sabia que no

já efetuamos mais de 8000 testes à COVID-19 em drive-thru?

A colheita da amostra para análise é feita sem ter de sair do seu carro. O acesso a este tipo de testes é válido apenas para quem tem indicação para avaliação clínica Hospitalar.

Quanto mais regras cumprir, menor é o risco de se contagiar ou transmitir a COVID-19. Proteja-se a si e aos outros!

<https://www.facebook.com/Hospitalfernandofonseca/photos/a.144434282797345/821282325112534/>

ANEXOS XLII - Noticias /Comunicações do Hospital -D42

19 de Novembro de 2020

Há precisamente oito meses que o

(HFF) recebeu o seu primeiro doente com COVID-19. Nesta foto, a enfermeira Suse Antunes no decurso do tratamento desse doente.

Por detrás de todas as fotos há sempre uma história: nessa altura tudo era ainda novidade e incerto sobre esta doença e afinavam-se processos e procedimentos para tratar estes doentes. A enfermeira Suse Antunes faz parte da equipa que recebeu este primeiro doente COVID-19 e estando dentro da sala de isolamento tinha colegas na parte exterior da sala a auxiliá-la e apoiá-la em todo o processo.

Estando a enfermeira Suse sozinha dentro do quarto de isolamento com o doente que, por circunstâncias clínicas, não comunicava, o colega que estava a prestar apoio do lado de fora decidiu colocar uma música com o seu próprio telemóvel. Em tom baixo, fora da sala de isolamento de forma que a enfermeira Suse a pudesse ouvir pelo intercomunicador.

Este pequeno grande gesto deu-lhe ainda mais ânimo para trabalhar e suportar todo o equipamento que tinha vestido. Daí o coração para o colega que se encontrava do lado de fora, em gesto de agradecimento por todo o apoio físico e psicológico prestado em todo este processo que até então era novidade.

Agora é tempo de outros gestos e alguns dependem de si: cumpra as medidas de segurança definidas pelas autoridades de saúde, e ajude-nos a combater esta pandemia! Cuide de si, cuide de todos!

ANEXOS XLIII - Noticias /Comunicações do Hospital -D43

20 de Novembro de 2020

Obras da nova unidade de urgência COVID-19 do

(HFF) decorrem em bom ritmo.

Este investimento estruturante em contexto de reforço da capacidade de resposta do HFF permite criar dois circuitos separados: uma área para doentes sem suspeita de infeção, e outra área para doentes COVID-19.

A nova unidade da urgência COVID-19 do HFF irá disponibilizar, em ambulatório, uma sala de reanimação, uma sala de triagem, uma sala de espera, dez boxes para observação e monitorização de doentes, seis gabinetes de observação médica e uma sala de RX. Ao nível do internamento, a nova unidade irá disponibilizar 16 boxes para internamento de pacientes e dois quartos de isolamento.

Esta obra está a cargo da

MBW - Modular Builders Worldwide

e tem conclusão prevista para o final deste mês. Seguir-se-á depois a fase de equipamento da Unidade, dotando-a de todas as condições para a sua entrada em funcionamento.



<https://www.facebook.com/Hospitalfernandofonseca/photos/pcb.831838324056934/831838070723626>

ANEXOS XLIV - Notícias /Comunicações do Hospital -D44

Amadora-Sintra. Bastidores de um Hospital que se prepara em tempo recorde para receber doentes Covid

As obras para fazer face à pandemia por SARS-CoV-2 no Hospital estão a decorrer em tempo recorde. Estima-se que esteja pronta a receber doentes na altura do Natal. Isso inclui uma nova unidade de cuidados intensivos, uma urgência reestruturada e a uma urgência exclusiva a doentes Covid.

Por Beatriz Morais Martins

19 Novembro, 2020

Filipe Chibante é o diretor do serviço de instalações e equipamentos, e é quem dá a cara pela obra que sabe de cor. É de costas para as folhas A3 afixadas no corredor que explica como vai ficar a nova unidade de cuidados intensivos que está junto do serviço de medicina intensiva, urgência geral e bloco operatório.

"Nesta área de 460 metros quadrados, vamos ter 15 camas destinadas a doentes com necessidade de isolamento", conta à TSF Filipe Chibante, enquanto cumprimenta os mais de 30 trabalhadores que passaram a noite no Hospital para adiantar a empreitada. São muitos e trabalham 24 horas sobre 24 horas para dar resposta aos doentes que possam aparecer, mas isso tem consequências para os que já estão no Hospital. "Tenho doentes a queixarem-se no quarto piso de uma torre porque não conseguem dormir." Estão 24 horas a ouvir barulho. Esta unidade está a nascer na área que atualmente pertence à unidade de cirurgia ambulatória, perto do serviço de medicina intensiva, urgência geral e bloco operatório. Na continuação do corredor está a urgência, que, desde março, tem sido adaptada a uma pandemia que apareceu sem avisar.

Atualmente, há um painel a separar a zona Covid e não Covid. Os profissionais de saúde circulam pelo espaço equipados dos pés à cabeça. É curioso perceber que, num espaço tão vedado, exista uma janela. A razão não é óbvia, mas Filipe Chibante explica. "Na transição onde os profissionais se despamparam, há uma janela para o profissional que está cá fora conseguir perceber se se estão a despir bem ou se não há nenhum equipamento rasgado", esclarece.

O exterior do Hospital não fica longe. É lá que vai ficar a urgência para doentes Covid. Está quase tudo pronto: as camas já estão no lugar certo e as dezenas de ventiladores esperam em fila indiana por quem deles vai precisar.

"São 750 metros quadrados para doentes Covid. Perdemos, efetivamente, parte do estacionamento, mas vamos ganhar em cuidados", diz Filipe Chibante sobre o espaço inteiramente financiado pelas câmaras de Sintra e Amadora. Ao todo, foram 1,2 milhões de euros. Mas há mais. Outros 600 mil euros foram investidos na compra de uma TAC para diagnosticar lesões pulmonares provocadas pelo novo coronavírus.

Ao percorrer os corredores, Filipe Chibante vai apontando para os sinais da mudança. Afinal, "a pandemia trouxe-nos criatividade e nós somos a máquina por trás da máquina". Mas nem todas as mudanças são fáceis de ver. O diretor do serviço de instalações e equipamentos refere-se ao contentor branco situado no parque de estacionamento. "É uma morgue. O Hospital tem alugado um contentor frigorífico porque já não tem espaço para ter tantos corpos. Às vezes, veem-se uma espécie de velórios junto do contentor", refere.

Durante esta visita guiada, o telemóvel de Filipe Chibante tocou mais de 30 vezes, "é o normal". Mas o responsável garante que só descansa quando a obra estiver concluída. Até lá, tem de resolver todos os contratemplos que possam aparecer, mesmo os mais insólitos. "Este fim de semana, houve uma vaca que resolveu visitar-nos. Entrou pelo Hospital, saiu pela porta da frente e pôs seguranças, polícias e eletricitas atrás dela. Ficámos todos perplexos com a situação", recorda. Na altura, a situação deu-lhe um ataque de riso, admite. E era mesmo disso que estava a precisar.

https://www.tsf.pt/portugal/sociedade/amadora-sintra-bastidores-de-um-Hospital-que-se-prepara-em-tempo-recorde-para-receber-doentes-covid-13051493.html?fbclid=IwAR0j2JbhKoG3aztliygI_Cr6nYHm3qiuDvv2ILZ6V-gteS6yduCOCgB7Vys

ANEXOS XLV - Notícias /Comunicações do Hospital -D45

21 de Novembro de 2020

Para o trabalho em equipa é necessário um ingrediente fundamental: tempo. Tempo para que se ajustem as diferenças individuais, se fomente uma visão partilhada e objetivos, se criem relações interpessoais, se estabeleçam graus de autonomia, entre outros.

Neste momento conturbado que todos vivemos, o tempo é um bem muito escasso, e quando chegam colegas de outros serviços para se juntarem à linha da frente, com os quais não temos o hábito de trabalhar, é todo um novo desafio e adaptação. No entanto, esse desafio tem sido ultrapassado em larga escala.

Os processos agilizam-se, a vontade comum de fazer face às adversidades é notória. E o facto é que o tempo deixou de ser um ingrediente extraordinariamente necessário.

Trabalhar com a razão e com o coração tem dados frutos que nunca poderíamos ter imaginado. A entreatajuda é fundamental e o sorriso, esse, é transmitido através de um simples olhar de confiança total no trabalho que cada um nós está a fazer em prol de todos. A si só lhe pedimos duas coisas muito simples: siga as orientações das autoridades de saúde e faça a partilha desta nossa publicação. Desta forma vamos honrar todos os profissionais de saúde que neste momento combatem, sem cessar, esta pandemia.



<https://www.facebook.com/Hospitalfernandofonseca/photos/a.144434282797345/832645813976185/>

ANEXOS XLVI - Notícias /Comunicações do Hospital -D46

30 de Novembro de 2020

(HFF) investiu cerca de 1,258 milhões de euros na aquisição de equipamentos de tecnologia avançada em diversas áreas da prestação de cuidados de saúde. Os novos equipamentos, tecnologicamente avançados, vêm permitir a melhoria dos cuidados de diagnóstico e terapêutica prestados aos utentes em diversas áreas médicas. A aquisição dos equipamentos em questão resultou de um plano de investimentos executado no âmbito de uma candidatura ao Programa Operacional Regional de Lisboa 2014-2020, sendo cofinanciados a 50% pelo Fundo Europeu de Desenvolvimento Regional (FEDER).

Os equipamentos adquiridos e já entregues ao HFF foram os seguintes:

- Angiografo, num investimento total de 758.295,00€;
- Equipamento de RX digital transportável, num investimento total de 99.015,00 €;
- Trolley para cirurgia endoscópica para laparoscopia 3D, num investimento total de 89.548,67€;
- Desfibrilhador com Capnografia, num investimento total de 14.145,00€;

- Ecógrafos e Sondas, num investimento total de 94.710,00€;
- Campímetro, num investimento total de 29.397,00€;
- Lâmpada de fenda portátil, num investimento total de 3.505,50€;
- Microscópio operatório oftalmológico com sistema de gravação, num investimento total de 106.585,65€;
- Equipamento de frio cirurgia com trolley, num investimento total de 18.450,00€;
- Electrocardiógrafos, num investimento total de 37.453,50€;
- Sistema de Holter pediátrico, num investimento total de 7.257,00€.

“A aquisição destes equipamentos insere-se numa estratégia do HFF de melhorar os cuidados de saúde prestados à população por si servida”, explica Marco Ferreira, Presidente do Conselho de Administração do HFF, acrescentando que “estes equipamentos médicos tecnologicamente avançados vêm permitir um salto qualitativo nesse domínio”. O investimento realizado pelo HFF dá assim continuidade à implementação de um plano de investimentos estruturantes em 2019 e 2020, quer a nível infraestrutural, quer a nível da aquisição de equipamentos essenciais à prestação de serviços de saúde.

Estes equipamentos garantem assim a acessibilidade e qualidade desses mesmos serviços, tendo em consideração a caracterização e o enquadramento estratégico do HFF, nomeadamente, a sua área de influência e a dimensão da população servida. “O atual contexto vivido pela saúde trouxe também grandes desafios ao nível da gestão, pelo que a realização do investimento, apesar de suportado por fundos comunitários, foi apenas possível graças à definição dos investimentos prioritários e ao cumprimento dos respetivos planos delineados para a sua concretização”, diz Marco Ferreira.





<https://www.facebook.com/Hospitalfernandofonseca/photos/pcb.839029533337813/839025003338266/>

ANEXOS XLVII - Notícias /Comunicações do Hospital -D47

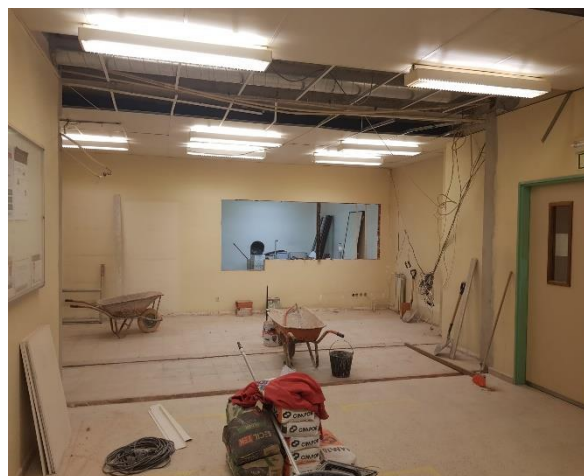
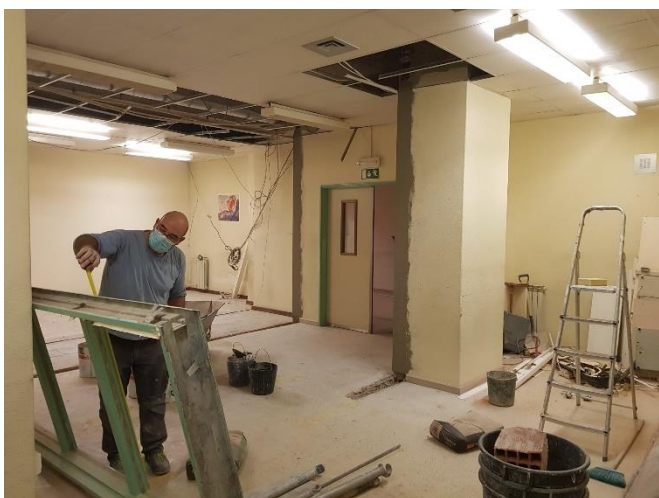
3 de Dezembro de 2020

(HFF) deu início às obras de remodelação do Posto de Atendimento das áreas de Cardiologia, Urologia, Oftalmologia e Otorrinolaringologia. Esta estrutura atende em média 200 utentes por dia, para a realização de consultas, exames e atos administrativos nas referidas especialidades médicas.

A requalificação deste posto visa aumentar o espaço disponível para a zona de espera, criando melhores condições de distanciamento físico, bem como melhorar as condições de conforto. A criação de circuitos seguros de circulação para os utentes e melhoria da circulação e renovação do ar são outros objetivos desta remodelação.

Estas preocupações ganham outra relevância no atual contexto pandémico, pelo que foram um incentivo para a antecipação da realização desta intervenção. O HFF tem atualmente 10 Postos de Atendimento, sendo que no ano em curso também foi realizada uma intervenção na estrutura destinada ao atendimento da especialidade de Imagiologia.

A conclusão desta remodelação está prevista para o final do mês de dezembro, estando a mesma orçada em cerca de 23 mil euros. O “PA5” (assim é conhecido este Posto) ficará assim com excelentes condições de atendimento para os utentes do HFF, bem como com melhores condições de trabalho para os profissionais.



<https://www.facebook.com/Hospitalfernandofonseca/photos/pcb.841077273133039/841076033133163>

ANEXOS XLVIII - Notícias /Comunicações do Hospital -D48

07 de Dezembro de 2020

(HFF) recupera listas de espera em cirurgia

Cirurgiões do HFF estão a fazer dez cirurgias de ambulatório por dia numa unidade de saúde privada para recuperar as listas de espera cirúrgicas. Foram contratualizadas 625 intervenções até ao final do ano, tendo já sido realizadas cerca de metade desse número.

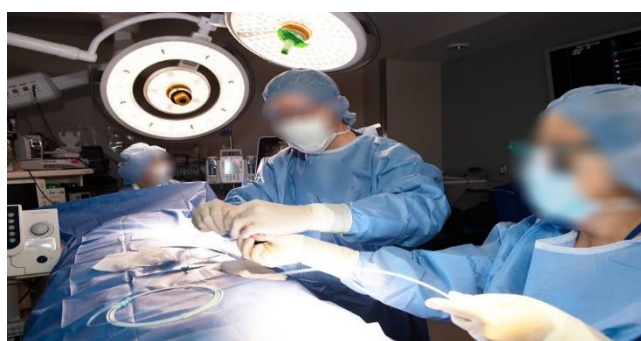
Esta iniciativa surge na sequência da necessidade em adaptar a atividade assistencial do Hospital à resposta à pandemia de COVID-19. Efetivamente, foi necessário afetar profissionais de saúde às enfermarias dedicadas em exclusivo aos doentes infetados com esta doença, bem como aumentar a capacidade de resposta em Unidades de Cuidados Intensivos afetas unicamente a estes doentes.

Deste modo, parte das cirurgias programadas não puderam ser realizadas. Ainda assim, duas salas do bloco operatório do HFF mantiveram-se sempre em funcionamento para as cirurgias oncológicas, bem como uma sala para doentes de trauma e uma outra sala para toda a cirurgia de urgência.

“Esta recuperação das cirurgias que não puderam ser realizadas devido à pandemia é um objetivo muito importante, pois servimos uma população de cerca de 550 mil pessoas que continuam a necessitar de resposta na área cirúrgica”, refere Alexandra Ferreira, vogal do Conselho de Administração do HFF. Neste sentido, o Hospital escolheu para realizar as cirurgias no exterior as especialidades com maior lista de espera, nomeadamente cirurgia geral e otorrino, bem como as que possam ser feitas em ambulatório.

“Aquando da elaboração do plano de contingência para a COVID-19 e plano de inverno, o HFF definiu como prioritário aumentar a resposta na área cirúrgica”, indica a referida responsável. Cirurgiões do Hospital realizam diariamente cinco cirurgias de manhã e outras tantas no período da tarde, cedendo a unidade provada contratada as instalações e os recursos de enfermagem e anestesia.

Esta iniciativa deverá ter continuidade em 2021, estando já em preparação um caderno de encargos para contratação de cirurgia de ambulatório com pernoita e cirurgias com internamento para dar resposta à atividade assistencial não urgente, uma vez que as intervenções prioritárias continuarão a ser realizadas no HFF. “Esta iniciativa tem sido muito bem acolhidas pelos doentes, que demonstram grande satisfação por a Instituição continuar a dar resposta às suas necessidades mesmo neste contexto pandémico que afetou a normalidade na área da saúde e nas vidas de todos nós”, conclui Alexandra Ferreira.



<https://www.facebook.com/Hospitalfernandofonseca/photos/a.144434282797345/8437343428673>

32/

ANEXOS XLIX - Notícias /Comunicações do Hospital -D49

11 de Dezembro de 2020

Entrou em funcionamento a "Mercearia no Hospital", localizada no átrio principal do edifício do (HFF). Neste espaço comercial pode encontrar de tudo um pouco: pão e fruta fresca, artigos de mercearia diversos, alimentação infantil, saladas e refeições rápidas, laticínios, artigos de higiene e muitos outros artigos.

A disponibilização deste espaço, através de uma concessão realizada pelo HFF, surgiu após consulta aos colaboradores do Hospital sobre que tipo de negócio gostariam de ter neste local. Essa sugestão foi de imediato acolhida, pois a "Mercearia no Hospital" poderá ser um elemento facilitador para os colaboradores do HFF, designadamente para aquelas pequenas compras do dia-a-dia.

De igual modo, este espaço está à disposição dos utentes (internados ou de visita). A "Mercearia no Hospital" terá o seguinte horário de funcionamento:

Segunda a Sexta » 08h às 18h

Sábado » 9h às 13h

Domingo e Feriados »
Encerrado



<https://www.facebook.com/Hospitalfernandofonseca/photos/pcb.846419279265505/846417185932381/>

ANEXOS L - Notícias /Comunicações do Hospital -D50

14 de Dezembro de 2020

Inauguradas as instalações da Área Dedicada a Doentes Respiratórios do Serviço de Urgência Geral do HFF.

Foi hoje inaugurada a nova unidade de urgência dedicada a doentes e suspeitos de COVID-19 do (HFF). A Área Dedicada a Doentes Respiratórios do Serviço de Urgência Geral do HFF foi inaugurada pela ministra da Saúde, Marta Temido, e pelos presidentes da Amadora Município, Carla Tavares - Amadora, e da Câmara Municipal de Sintra, Basílio Horta.

Com uma área de 750 metros quadrados, a nova unidade corresponde a um investimento de cerca de 1,2 milhões de euros, integralmente assegurado pelos municípios da Amadora e de Sintra. O HFF assegurou o investimento de equipamento deste serviço, num montante orçado em 500 mil euros.

Esta nova unidade é uma extensão do Serviço de Urgência Geral do HFF e vem aumentar de forma muito significativa a capacidade de resposta do Hospital à população dos concelhos da Amadora e de Sintra no combate à pandemia de COVID-19. Este investimento estruturante em contexto de aceleração da pandemia nos concelhos servidos pelo HFF permite criar dois circuitos separados, com reorganização dos espaços e dos recursos humanos afetos ao ambulatório do serviço de urgência, através da criação de duas áreas ambulatoriais em locais distintos (uma área para doentes sem suspeita de infeção, e outra área para doentes COVID-19).

A nova unidade da urgência disponibiliza, em ambulatório, uma sala de reanimação, uma sala de triagem, uma sala de espera, dez boxes para observação e monitorização de doentes, seis gabinetes de observação médica e uma sala de RX. Cumulativamente, a nova unidade disponibiliza 16 boxes para internamento de pacientes e dois quartos de isolamento.

A ministra da saúde, Marta Temido, fez questão de iniciar a sua intervenção na cerimónia de inauguração com uma “saudação especial a todos os profissionais do Serviço Nacional de Saúde (SNS), aqui representados pelos profissionais de saúde do HFF”. A governante destacou “a capacidade extraordinária que governo e autarquias têm tido de trabalhar em conjunto, o que fica como uma das lições que ficará e que jamais poderá ser apagada desta gestão da pandemia”.

Outro aspeto destacado por Marta Temido foi “a resiliência do SNS, adaptando-se, recuperando e encontrando respostas específicas para os doentes COVID e não-COVID”. Essa resiliência é também materializada, nas palavras da ministra “com estas instalações hoje inauguradas, que vêm permitir das respostas específicas à pandemia ao mesmo tempo que asseguram resposta à sua atividade programada”.

A presidente da Câmara Municipal da Amadora, Carla Tavares, frisou que “em momentos difíceis como este que todos enfrentamos, o importante é termos a capacidade de perceber o que é importante e complementar esforços para conseguir dar resposta às necessidades das pessoas”. Nesse sentido, a autarquia da Amadora “estará sempre disponível, como tem estado até aqui, para contribuir para que sejam criadas melhores condições de trabalho para os profissionais de saúde e melhor resposta aos utentes do HFF”, reforçou a autarca amadorenses.

Também o presidente da Câmara Municipal de Sintra, Basílio Horta, fez questão de referir este trabalho complementar entre as autarquias e o governo, “o que tem permitido encontrar os meios para responder às necessidades na área da saúde, a qual é uma área prioritária para a autarquia de Sintra”.

“Estas novas instalações são um símbolo muito importante para nós, pois são um gesto de solidariedade. Em momentos tão difíceis como aquele que estamos a passar, a solidariedade é a nossa palavra chave e o alicerce da nossa ação”, disse Basílio Horta, terminando a sua intervenção

com “uma palavra de reconhecimento aos profissionais do HFF, que com risco para a sua própria saúde, dão resposta aos doentes neste momento tão delicado”.

O presidente do Conselho de Administração do HFF, Marco Ferreira, destacou, por sua vez, que “com a concretização deste projeto conseguiremos prestar melhores cuidados aos nossos utentes, neste contexto pandémico”. O Hospital passa a dispor de “melhores condições para atender e tratar doentes respiratórios, incluindo os doentes de COVID-19, mas também os restantes utentes que recorrem ao nosso serviço de urgência”, referiu o responsável do HFF.

“Aumentaremos também as condições de segurança para doentes e profissionais com as instalações de que a partir de hoje dispomos” acrescentou ainda. Os serviços de urgência do HFF são procurados diariamente por cerca de 700 pessoas, pelo que “os nossos utentes e as largas dezenas de profissionais que neles diariamente trabalham, sem dúvida merecem a melhoria de funcionamento que estas instalações vêm proporcionar”, referiu Marco Ferreira.

A obra de construção destas instalações, a cargo da empresa MBW - Modular Builders Worldwide

, foi concretizada em menos de dois meses. Após a inauguração, tiveram de imediato início os preparativos para acolhimento e tratamento dos primeiros doentes, o que deverá acontecer já nas próximas horas.



<https://www.facebook.com/Hospitalfernandofonseca/photos/pcb.848522255721874/84852178905>

52

ANEXOS LI - Notícias /Comunicações do Hospital -D51

15 de Dezembro de 2020

Nas últimas semanas partilhámos consigo o início, a evolução e a inauguração da nova Área Dedicada a Doentes Respiratórios do Serviço de Urgência Geral do (HFF). Hoje deixamos-lhe um registo fotográfico da obra finalizada, inaugurada ontem e que hoje recebe os primeiros doentes.

Nas palavras do presidente do Conselho de Administração do HFF, Marco Ferreira: “(...) um agradecimento a TODOS os profissionais de saúde do HFF. E neste TODOS incluo mesmo TODOS, pois temos assistido nos últimos meses a um verdadeiro trabalho de equipa. A prestação dos profissionais de saúde do HFF tem sido notável.” Aqui fica nota desse agradecimento a todos os profissionais de saúde do HFF, nossos colegas, pela sua dedicação e empenho nos últimos meses no combate a esta pandemia.

MBW - Modular Builders Worldwide



<https://www.facebook.com/Hospitalfernandofonseca/photos/pcb.848957019011731/848953772345389/>

ANEXOS LII - Notícias /Comunicações do Hospital -D52

28 de Dezembro de 2020

(HFF) recebeu as primeiras vacinas contra a COVID-19

Já chegaram as primeiras vacinas contra a COVID-19 ao HFF. O primeiro lote de vacinas foi entregue ao início desta noite iniciando-se a vacinação dos profissionais já amanhã.

O plano nacional de vacinação contra a covid-19 arrancou no passado domingo, dia 27 de dezembro, no Porto. A vacinação é facultativa, gratuita e universal, sendo assegurada pelo Serviço Nacional de Saúde, destinando-se nesta primeira fase aos profissionais na linha da frente da resposta à pandemia.



<https://www.facebook.com/Hospitalfernandofonseca/photos/pcb.857117521529014/857117254862374/>

ANEXOS LIII - Notícias /Comunicações do Hospital -D53

30 de Dezembro de 2020

Foi hoje inaugurada uma nova Unidade de Cuidados Intensivos de Nível II (UCI II) do (HFF). O primeiro-ministro, António Costa, e a ministra da Saúde, Marta Temido, estiveram presentes na cerimónia de inauguração.

A nova UCI II vem melhorar de forma muito significativa a capacidade de resposta na área dos cuidados intensivos, tendo uma capacidade de 15 camas. Este aumento significa que o HFF praticamente duplica o rácio de camas de cuidados intensivos por 100.000 habitantes, indicador que aumenta de 2,6 para 5,0.

O investimento total realizado foi de 2,1 milhões de euros, dos quais 875 mil euros em obras e 1,2 milhões em equipamento. A construção da UCI II decorreu em tempo recorde, tendo sido necessários apenas 72 dias para a realização da obra.

O primeiro-ministro, António Costa, usou da palavra nesta inauguração, assinalando que “o reforço do Serviço Nacional de Saúde e dos cuidados intensivos são uma prioridade do governo para 2021”. “Este investimento era uma necessidade do país, independentemente do COVID, e esperamos em 2021 atingir a média da União Europeia no número de camas de cuidados intensivos”, disse o primeiro ministro.

O chefe do executivo deixou ainda uma palavra de incentivo à vasta equipa do HFF. “Agora que há melhores condições com a inauguração desta Unidade, queria agradecer o trabalho dos profissionais do Hospital Fernando Fonseca”, afirmou António Costa.

Por sua vez, a ministra da Saúde destacou o papel que o Serviço Nacional de Saúde tem desempenhado no combate à pandemia originada pelo vírus COVID-19. “Este trabalho que tem sido realizado é um trabalho contínuo e que tem na sua base os profissionais de saúde”, profissionais esses que são o melhor “garante que cá estaremos em 2021 para continuar a trabalhar para a saúde de todos”, disse Marta Temido.

Já o presidente do Conselho de Administração do HFF, Marco Ferreira, dirigiu uma palavra de reconhecimento aos profissionais da Instituição. “Uma Unidade como esta que hoje aqui inauguramos é de grande importância para a capacidade de resposta do HFF, mas é apenas graças ao trabalho dos nossos profissionais de saúde que estas instalações podem cumprir o seu propósito”, disse o dirigente Hospitalar.

Marco Ferreira assinalou ainda que “a realização desta infraestrutura em tão curto espaço de tempo foi possível graças ao empenho do Serviço de Instalações e Equipamentos do HFF, bem como graças ao empenho da SacyrSomague, a empresa a quem foi adjudicada a obra”. Efetivamente, as obras tiveram início a 19 de outubro, tendo sido concluídas num curto espaço de tempo. A nova UCI II possibilitará a prestação de cuidados médicos a doentes críticos que necessitam de vigilância altamente diferenciada, durante 24 horas por dia, provenientes do Bloco Operatório, Urgência e demais serviços do Hospital. Irá responder às necessidades das diversas especialidades médicas e cirúrgicas que fazem parte do perfil assistencial do HFF.

A resposta da medicina intensiva do HFF no contexto da pandemia COVID-19 é igualmente reforçada com a nova unidade.



<https://www.facebook.com/Hospitalfernandofonseca/photos/pcb.858221924751907/858221431418623>

ANEXOS LIV - Notícias /Comunicações do Hospital -D54

10 de Janeiro de 2021

Hand Medal Project: homenagem à escala mundial aos profissionais de saúde chegou ao HFF 3.000 joalheiros de 63 países sentaram-se nas suas bancas de trabalho e começaram a fazer o que melhor sabem: medalhas com as suas mãos para honrar as mãos dos trabalhadores da saúde. A inspiração para esta medalha foi um ex-voto, uma oferenda tradicional que se dá aos santos quando concedem o que lhes foi pedido.

O Hand Medal Project é uma iniciativa à escala mundial que pretende homenagear e agradecer aos profissionais de saúde que estão a combater o COVID-19 na primeira linha ou a assegurar a retaguarda neste momento tão difícil. O HFF foi um dos hospitais escolhidos em Portugal e as primeiras medalhas foram entregues esta semana.

O Conselho de Administração do HFF identificou um conjunto de profissionais que têm prestado um contributo fundamental no combate à pandemia de COVID-19, dando assim início à participação do Hospital neste singela e simbólica homenagem. A estes designados hand givers foram entregues uma medalha para si e cinco medalhas para entregar uma a cinco colegas cujo trabalho queira reconhecer.

Juntamente com as medalhas é também entregue informação explicativa de todo o projeto. Os homenageados que quiserem saber quem fez a sua medalha podem obter essa informação do site do projeto - www.handmedalproject.com - através de um código inscrito na medalha.

Nesta homenagem foram selecionados diversos profissionais de diferentes áreas e carreiras profissionais. Em breve mais profissionais do HFF serão também agraciados com esta medalha. A todos os homenageados o agradecimento do HFF pelo excelente trabalho que tem sido desenvolvido.

<https://www.facebook.com/Hospitalfernandofonseca/photos/pcb.864844624089637/864843090756457>

ANEXOS LV - Notícias /Comunicações do Hospital -D55

20 de Janeiro de 2021

A pandemia por SARS-CoV-2 trouxe diversos desafios aos hospitais, entre os quais as necessidades de oxigénio para tratamento dos doentes com infeção pelo coronavírus. Esta patologia obriga a que os doentes sejam tratados com oxigénio em alto débito, levando assim a estrutura Hospitalar a adaptar-se a essa realidade.

O (HFF) efetuou um reforço da rede de gases medicinais que serve esta unidade, designadamente as áreas das enfermarias, serviços de urgência, unidades de cuidados intensivos, entre outras. Foi assim instalada uma nova rede de oxigénio na Torre Amadora para reforço da rede já existente, visando a manutenção de fluxos para estabilização da rede de oxigénio face ao elevado consumo. Toda a rede de oxigénio do HFF é abastecida por um tanque com 30 metros cúbicos com capacidade para seis dias de consumo. Além deste tanque principal, existe ainda um quadro de emergência com capacidade para cinco horas de autonomia, bem como um stock de cilindros de oxigénio de 5, 30 e 50 litros, o qual que é repostado diariamente.

Esta semana tiveram também início os trabalhos para a instalação de um novo tanque de oxigénio, com uma capacidade de 13 metros cúbicos que funcionará em paralelo com o existente. Esta nova infraestrutura, que ficará concluída dentro de três semanas, vai aumentar a autonomia do HFF, antecipando eventuais necessidade de aumento do consumo.

Além disso tiveram também já início os trabalhos de instalação de uma rede redundante na Torre Sintra, que tal como a rede redundante instalada na outra torre irá reforçar a rede de gases medicinais já existente. Adicionalmente vai também ser instalado um tanque de oxigénio para alimentar em exclusivo a Área Dedicada a Doentes Respiratórios do Serviço de Urgência, com uma capacidade 5 metros cúbicos a qual que ficará independente da rede principal do HFF.

Para Filipe Chibante, diretor do Serviço de Instalações e Equipamentos, a realização destes reforços “vem praticamente duplicar a autonomia do HFF na disponibilidade de oxigénio”. Além disso “os reforços ao nível de redes redundantes e redes primárias permitem estabilizar os fluxos de débito, dotando de maior estabilidade a globalidade do fornecimento deste medicamento que é o oxigénio medicinal”, refere ainda Filipe Chibante.



<https://www.facebook.com/Hospitalfernandofonseca/photos/pcb.870611060179660/870610740179692>

ANEXOS LVI - Notícias /Comunicações do Hospital -D56

27 de Janeiro de 2021

PONTO-DE-SITUAÇÃO SOBRE O FORNECIMENTO DE OXIGÉNIO MEDICINAL NO HFF

(HFF) informa que a sua rede de oxigénio medicinal encontra-se a funcionar de forma estabilizada e dentro de padrões de segurança, mantendo-se a monitorização permanente do seu fluxo. Tal como informado, verificaram-se ao início da noite de ontem um conjunto de constrangimentos na referida rede, tornando aconselhável a transferência de 43 doentes para outras unidades de saúde da região de Lisboa, com vista a garantir a diminuição do número de doentes internados a quem é necessário administrar oxigénio em alto débito.

Não está em causa, como nunca esteve, a disponibilidade de Oxigénio ou o colapso da rede, dado que os constrangimentos estavam relacionados com a dificuldade existente em manter a pressão. De igual modo, em momento algum os doentes internados estiveram em perigo devido a esta ocorrência, tendo as flutuações da rede sido colmatadas com recurso a garrafas de oxigénio, envolvendo a mobilização de vários profissionais, cujo esforço se enaltece e agradece publicamente.

Agradece-se publicamente a solidariedade dos hospitais que receberam os doentes que se encontravam internados no HFF. O HFF gostaria também de dar público agradecimento às corporações de bombeiros, INEM e empresas privadas que permitiram transferir os doentes num tempo relativamente curto. Este verdadeiro funcionamento em rede, envolvendo várias entidades, permitiu dar uma resposta exemplar a uma ocorrência extremamente desafiante.

Recorde-se que o HFF é o Hospital da região Lisboa com mais doentes COVID-19 internados: 363 à data de ontem, registando-se um aumento de 400% desde 1 de janeiro. Muitos destes doentes necessitam de oxigénio medicinal em alto débito.

O HFF tem já em curso um conjunto de obras para reforço da rede de fornecimento de oxigénio, designadamente as áreas das enfermarias, serviços de urgência, unidades de cuidados intensivos,

entre outras. O reforço desta infraestrutura vai melhorar a capacidade de resposta a eventuais necessidades de aumento do consumo.

Além disso tiveram também já início os trabalhos de instalação de uma rede redundante na Torre Sintra, que - tal como a rede redundante já instalada na torre Amadora - irá reforçar a rede de gases medicinais já existente. Adicionalmente vai também ser instalado um tanque de oxigénio para alimentar em exclusivo a Área Dedicada a Doentes Respiratórios do Serviço de Urgência e que ficará independente da rede principal do HFF.

Amadora, 27 de janeiro de 2021

ANEXOS LVII - Notícias /Comunicações do Hospital -D57

27 de Janeiro de 2021

(HFF) informa que a sua rede de oxigénio medicinal mantém o seu funcionamento de forma estabilizada, mantendo-se os padrões de segurança definidos. É feita a monitorização constante do fluxo deste gás medicinal, o que permite manter a melhor prestação de cuidados de saúde aos doentes.

Nos dias 26 e 27 de janeiro foram transferidos 102 doentes para várias unidades de saúde. Recorde-se que o HFF continua a ser o Hospital da região de Lisboa com mais doentes COVID-19 internados: no dia 25 ao final do dia eram 363.

No final do dia de ontem e após as transferências de doentes, eram 323. O que significa que o HFF continua sujeito a uma grande pressão, devido à afluência de doentes a necessitarem de internamento às suas urgências. Muitos destes doentes necessitam de oxigénio medicinal em alto débito, o que origina uma elevada pressão sobre as infraestruturas existentes.

Uma vez mais o HFF agradece publicamente a solidariedade dos hospitais que receberam os doentes que se encontravam internados no HFF. O HFF gostaria também de dar público agradecimento às corporações de bombeiros,

INEM - Instituto Nacional de Emergência Médica

, serviços municipais de proteção civil da Amadora Município

e da Câmara Municipal de Sintra

, e empresas privadas que permitiram transferir os doentes. Este verdadeiro funcionamento em rede permitiu dar uma resposta exemplar a uma ocorrência extremamente desafiante.

A transferência destes doentes permitiu uma gestão cabal da infraestrutura de distribuição de oxigénio no Hospital. Não está em causa, como nunca esteve, a disponibilidade de oxigénio ou o colapso da rede, dado que os constrangimentos estavam relacionados com a dificuldade existente em manter a pressão, face ao elevado débito para as necessidades terapêuticas dos doentes. De igual modo, em momento algum os doentes internados estiveram em perigo devido à ocorrência.

Recorde-se que o HFF tem já em curso um conjunto de obras para reforço da rede de fornecimento de oxigénio, designadamente as áreas das enfermarias, serviços de urgência, unidades de cuidados intensivos, entre outras. O reforço desta infraestrutura vai melhorar a capacidade de resposta a eventuais necessidades de aumento do consumo.



<https://www.facebook.com/Hospitalfernandofonseca/photos/pcb.875481689692597/875480593026040>

ANEXOS LVIII - Noticias /Comunicações do Hospital -D58

30 de Janeiro de 2021

NOVO TANQUE DE OXIGÉNIO ESTÁ JÁ OPERACIONAL

Está já instalado e a funcionar em pleno um novo tanque de oxigénio para alimentar em exclusivo a Área Dedicada a Doentes Respiratórios do Serviço de Urgência Geral (ADR-SUG) do (HFF). A rede de oxigénio da ADR-SUG ficará assim independente da rede principal do HFF.

A capacidade deste novo tanque é de cinco metros cúbicos, o que corresponde a 4.300.000 litros de oxigénio (quatro milhões e trezentos mil litros de oxigénio). Este investimento permite uma melhoria significativa da estabilidade de débitos de oxigénio em toda a rede do HFF.

O tanque começou a ser a instalado na passada quinta-feira, concluindo-se a sua instalação durante o dia de ontem e tendo de imediato começado a funcionar. Recorde-se que o HFF ao longo das últimas semanas tem tido um conjunto de obras para reforço da rede de fornecimento de oxigénio, designadamente as áreas das enfermarias, serviços de urgência, unidades de cuidados intensivos, entre outras.

O reforço desta infraestrutura vai melhorar a capacidade de resposta a eventuais necessidades de aumento do consumo. Além disso tiveram também já início os trabalhos de instalação de uma rede redundante na Torre Sintra, que - tal como a rede redundante já instalada na torre Amadora - irá reforçar a rede de gases medicinais já existente.



<https://www.facebook.com/Hospitalfernandofonseca/photos/pcb.876437799596986/876437122930387/>

ANEXOS LVIX - Notícias /Comunicações do Hospital -D59

30 de Janeiro de 2021

Na semana em que a rede de oxigénio do Amadora-Sintra falhou, a diretora de infecciologia é muito crítica. "A falta de honestidade e transparência é o pior que a liderança do Ministério da Saúde tem".

30 jan 2021,

Eram quase 23h quando, já em casa, Patrícia Pacheco, diretora do serviço de infecciologia do Hospital Fernando Fonseca, conseguiu finalmente parar durante uma hora para conversar com o Observador. Apenas dois dias depois de o seu Hospital ter sido notícia por causa de uma falha na rede de oxigénio medicinal, que obrigou à transferência de várias dezenas de doentes Covid para outros hospitais, a médica lamentou a situação que, garante, podia muito facilmente ter sido prevista e prevenida pelo Ministério da Saúde e pela Autoridade Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo, diariamente ao corrente do número de pacientes internados em cada um dos hospitais da área.

"O meu Hospital, sendo um Hospital periférico ou sendo um Hospital pequeno para as necessidades — que já previamente era —, tem vindo a assumir um número brutal de doentes Covid, é o Hospital com maior número de doentes internados do país. Para a dimensão que o Hospital tem é um absurdo. Chegámos a ter 363 doentes internados", explicou Patrícia Pacheco, de 51 anos, assegurando não perceber os critérios de distribuição de casos positivos pelos vários hospitais e centros Hospitalares da região, mas garantindo também que nada disto resulta de qualquer falta de solidariedade ou de más relações entre hospitais. "É uma questão de falta de coordenação centralizada", disse a diretora do serviço de infecciologia, para logo a seguir revelar que, apesar de dois dias antes várias dezenas de doentes terem abandonado as instalações do Hospital junto à IC19, nessa noite já eram novamente 343 os infetados com o novo coronavírus lá internados.

Sem rodeios e com o discurso duro de quem viu o Hospital onde trabalha ser "virado do avesso" para se transformar numa "amalgama de gente dedicada à Covid", Patrícia Pacheco disse ainda que aquilo que mais se sente nos corredores do Amadora-Sintra é "frustração e indignação" e acusou o Governo

de ter deitado tudo a perder, ao “mentir” aos cidadãos e fazer uma gestão “errática” da pandemia. “A falta de honestidade e de transparência perturba-me, acho que é o pior que um líder pode ter e é o pior que esta liderança do Ministério da Saúde tem — não ser transparente, desvalorizar sistematicamente os problemas que existem, em vez de os encarar, em vez de dizer de uma forma muito clara que nós temos limites e que não os devíamos ter ultrapassado”, argumentou. Depois, questionada sobre o impacto da variante inglesa do vírus, que tem sido utilizado pelas autoridades como justificação para o aumento sem precedentes dos números de novas infeções e de mortes no país, a infecciosologista foi taxativa: “A variante inglesa não veio só para Portugal. Os outros países também têm a variante inglesa, mas tomaram medidas que nós não tomámos”.

Quase um ano depois do início da pandemia, a especialista assegurou ainda que o pior ainda está por vir, e que, no prazo de duas semanas, o mais provável é que o sistema de saúde deixe de conseguir dar resposta a todas as solicitações. “As coisas hão-de melhorar, de forma muito penosa para todos nós, profissionais, e muito penosa para muitas famílias, porque vai morrer muita gente, mas isto vai ser ultrapassado. Eventualmente daqui a um mês já vamos estar numa fase descendente e em redução desta pressão.”



Na passada terça-feira, várias dezenas de doentes tiveram de ser transferidos do Hospital Amadora-Sintra, depois de uma falha na rede de oxigénio medicinal

FILIPE AMORIM/OBSERVADOR

É especialista em doenças infecciosas, num Hospital que serve uma das maiores populações do país, em plena pandemia de um vírus respiratório. Como é que foi o seu dia hoje?

O meu dia foi igual aos dias que temos tido ao longo destas últimas semanas, meses. Diria mesmo ao longo quase de um ano os dias estão constantemente de volta desta pandemia que estamos a viver atualmente.

E isso quer dizer o quê? Que entra no Hospital de manhã e que só sai à noite, que pelo meio vê dezenas de doentes? O que é que se passa exatamente?

Diria que a minha atividade, neste momento, é repartida entre várias áreas, portanto não estou necessariamente o dia inteiro a ver doentes. Uma parte significativa da minha responsabilidade está no controlo de infeção de todas as áreas do Hospital, que neste momento é um ponto fulcral que nos está a preocupar bastante, atendendo à afluência desmesurada de doentes infetados. Temos de garantir diariamente a segurança dos outros doentes e também dos profissionais, portanto estamos numa fase particularmente dura a esse nível, em que, pela elevada prevalência do vírus na comunidade, os circuitos entre doentes que estão infetados e doentes não infetados são difíceis de manter. O risco de uma pessoa não infetada, ou teoricamente não infetada, vir a ficar infetada depois de ser admitida no Hospital é real.

"Seguramente já tivemos quase 500 pessoas infetadas, num universo de 3.500. Desde março e até agora, tínhamos uma média mensal de 20 profissionais infetados — com um período que foi o nosso melhor, em agosto, em que só tivemos duas pessoas infetadas. Agora, nesta terceira onda, houve um aumento de 400% no número de profissionais infetados desde o início de janeiro"

Há cada vez menos espaço para os doentes, o que também tornará mais difícil o afastamento entre camas? Há algum surto neste momento?

O que os hospitais em Portugal têm — e é desde há muito e não foi alterado com esta epidemia — é um nível de instalações muito sofrível, os hospitais têm normalmente um distanciamento entre camas que não é o adequado, com risco maior de infeção. Não estamos em países do norte da Europa, em que houve um investimento enorme na estrutura Hospitalar, em que os quartos são individuais e raramente há quartos duplos. Nós aqui temos quartos que no mínimo serão triplos, quando não são de seis camas. Perante uma situação de um vírus altamente transmissível, torna-se difícil de controlar a transmissão dentro do Hospital.

Isso quer dizer que neste momento há algum surto no interior do Hospital?

Felizmente neste momento os surtos no interior do Hospital estão a ficar controlados, mas tivemos, sim. No início de janeiro, quando foi este aumento muito marcado da infeção na comunidade, tivemos vários surtos a ocorrer.

Como é que se controla uma situação destas? Os doentes têm de ser retirados de um lado para o outro? Houve profissionais infetados, também, presumo?

Este vírus tem um período de incubação que pode ir até 14 dias mas que, em regra, anda à volta de 7 ou 5 dias. Praticamente desde o início que adotámos a estratégia de testar toda a gente à entrada do internamento no Hospital, mesmo que não seja um caso suspeito. Mais tarde, a partir de outubro, instituímos a regra de um teste ao quinto dia, porque percebemos que havia doentes que eram admitidos com teste negativo e passados dois ou três dias desenvolviam infeção, que ainda vinha da comunidade. Agora continuamos a ter vários positivos ao quinto dia, o que não traduz uma infeção no Hospital, mas mesmo assim é insuficiente. Portanto vamos avançar com teste ao terceiro e ao quinto dia, e com testagem semanal de todos os doentes. O nível de infeção na comunidade é tão extraordinário que temos de ser muito agressivos no procedimento de testagem para mantermos a segurança dentro do Hospital.

"O que é importante aqui referir é que estas redes de distribuição de oxigénio não estão, de um modo geral, preparadas para as necessidades que estes doentes apresentam. Em média, na maior parte dos casos, o consumo habitual de oxigénio pode ir até aos 10 ou 15 litros por doente, mas nos doentes Covid podemos ter oxigénio de alto fluxo em consumos muitíssimo mais elevados, de 50 litros"

Tem ideia de quantos profissionais já estiveram infetados no Amadora-Sintra desde o início da pandemia?

Seguramente já tivemos quase 500 pessoas infetadas, num universo de 3.500. Desde março e até agora, tínhamos uma média mensal de 20 profissionais infetados — com um período que foi o nosso melhor, em agosto, em que só tivemos duas pessoas infetadas. Agora, nesta terceira onda, houve um grande aumento no número de profissionais infetados, 40% de todas as infeções foram registadas durante janeiro. Para além de terem o risco de se infetarem no seu local de trabalho, os profissionais também têm família e também se infetam muito em casa, como acontece na comunidade. O que tivemos no Hospital desde 1 de janeiro foi reflexo

de toda esta transmissão comunitária; não deixámos de saber usar os EPI, nem de saber fazer os procedimentos. Este aumento exponencial de infeções entre os profissionais está a dificultar ainda mais a situação no Hospital, em termos de recursos humanos disponíveis para esta fase.

"Isto não aconteceu sem ser previsto. O Ministério, a ARS, todos os dias tem um briefing com os conselhos de administração, todos os dias sabe quantos doentes estão em cada Hospital, portanto por que motivo é que não se distribuiu antecipadamente esta carga enorme sobre determinado Hospital? Quando os doentes foram transferidos para os outros hospitais, aquilo que me contaram foi que foram os próprios hospitais a telefonar, a serem solidários e a darem vagas. Não é uma questão de más relações entre os hospitais, é uma questão de falta de coordenação centralizada"

Escreveu há alguns meses, justamente numa crónica publicada aqui no Observador, sobre aquilo a que chamou “ficção Hospitalar”, que será a ideia romanceada — e errada — que a maior parte dos portugueses tem sobre como funciona um Hospital. O Amadora-Sintra esta semana foi notícia por causa de uma falha na rede de oxigénio medicinal. O que aconteceu ao certo? E como é que funcionam este tipo de redes, que tenho a certeza de que os comuns dos mortais nem sequer sabiam que existiam?

De um modo muito simples, nós temos dois tipos de distribuição de gases medicinais, de oxigénio: um é aquele a que chamamos rampas, as rampas de oxigénio que vêm de reservatórios externos e que através de tubagens ligadas aos quartos fazem a distribuição diretamente da parede para cada cama; e temos as tradicionais garrafas ou botijas de oxigénio, que neste momento são apenas um sistema de recurso. Por uma questão de segurança, há muitos anos que já não existem por regra nos hospitais, a não ser como sistemas de recurso para alguma necessidade extra.

Como a que aconteceu esta semana.

Como a que terá acontecido obviamente nesta semana. O que é importante aqui referir é que estas redes de distribuição de oxigénio não estão, de um modo geral, preparadas para as necessidades que estes doentes apresentam. Em média, na maior parte dos casos, o consumo habitual de oxigénio pode ir até aos 10 ou 15 litros por doente, mas nos doentes Covid podemos ter oxigénio de alto fluxo em consumos muitíssimo mais elevados, de 50 litros. Ou seja, cada doente consome um volume muito grande de oxigénio e este oxigénio tem de ser mantido com pressão suficiente para chegar a todas as camas. Não é só uma questão de existir oxigénio, mas de a pressão ser adequada para chegar às várias áreas onde é necessário. O meu Hospital, sendo um Hospital periférico ou sendo um Hospital pequeno para as necessidades — que já previamente era —, tem vindo a assumir um número brutal de doentes Covid, é o Hospital com maior número de doentes internados do país. Para a dimensão que o Hospital tem, é um absurdo. Chegámos a ter 363 doentes internados. Vários doentes foram distribuídos por outros hospitais, quando houve aquela situação, mas ao dia de hoje já temos 343 outra vez.

"Acho que se as pessoas têm cabeça é para pensar e acho que todos nós temos a inteligência suficiente para perceber — mesmo que não sejamos os mais eruditos neste assunto, nem tenhamos o conhecimento que eu, enquanto infecciólogista posso ter — que houve aqui uma gestão muito errática e que isso teve consequências, que estão à vista"

Dois dias depois...

Continuamos a ter um volume exagerado para as dimensões do Hospital, quer em termos de recursos humanos e, agora, infelizmente, também ficou visível, em termos estruturais. Aquilo

que acho, e penso que é muito triste no meio desta situação, é que isto não aconteceu sem ser previsto. O Ministério, a ARS [Administração Regional de Saúde], todos os dias tem um *briefing* com os conselhos de administração, todos os dias sabe quantos doentes estão em cada Hospital, portanto por que motivo é que não se distribuiu antecipadamente esta carga enorme sobre determinado Hospital? Seja sobre o meu, que tem o maior número de camas, seja sobre os outros hospitais de outras áreas mais periféricas da cidade que também estão extraordinariamente sobrecarregados para a sua dimensão. Não houve nenhum movimento para evitar esta sobrecarga. E pelos vistos continua a não haver, porque hoje já lá estão 343.

Apesar da carta que os Conselhos de Administração desses hospitais escreveram a reclamar disso mesmo.

O que não entendo é como é que é preciso uma carta formal dos presidentes dos conselhos de administração dos vários hospitais, como é que é preciso terem de dar este grito de alerta para os doentes serem distribuídos de uma forma mais equilibrada entre toda a estrutura. Porque é que o Ministério e a ARS não funcionam atempadamente, é sempre no limite? A senhora ministra deu então ordem a todos os hospitais para se elevarem no nível máximo do seu plano de contingência — ora, nós já ultrapassámos muitíssimo o nosso plano de contingência. Acho que há realmente falta de coordenação central. Quando os doentes foram transferidos para os outros hospitais, aquilo que me contaram foi que foram os próprios hospitais a telefonar, a serem solidários e a darem vagas. Não é uma questão de más relações entre os hospitais, é uma questão de falta de coordenação centralizada.

Ainda em relação a este incidente de terça-feira, foi dito que em nenhum momento os doentes correram risco de vida. Foi mesmo assim? Por causa das tais garrafas de oxigénio que existem para essas eventualidades?

Penso que sim. Pelo menos não tenho relato nenhum de que tenha sido de forma diferente.

Médicos frustrados e indignados, num Hospital que é uma “amalgama de gente dedicada à Covid”

"A falta de honestidade e de transparência perturba-me, acho que é o pior que um líder pode ter e é o pior que esta liderança do Ministério da Saúde tem — não ser transparente, desvalorizar sistematicamente os problemas que existem, em vez de os encarar, em vez de dizer de uma forma muito clara que nós temos limites e que não os devíamos ter ultrapassado. Agora justificar que foi a variante inglesa que veio estragar isto tudo... Não! O que veio estragar isto tudo foi uma gestão errática desta pandemia"

Disse numa entrevista recente que o sistema “já entrou em rutura há muito tempo” e que não é de agora que os profissionais de saúde estão “a viver situações inimagináveis”. Na sua experiência pessoal, por que situações já passou que nunca imaginou viver como médica? Quando falei relativamente à situação inimaginável, não me referia a uma situação em relação ao doente, não é inimaginável no sentido do tratamento do doente. É inimaginável no sentido de estarmos virados do avesso. Um Hospital é uma estrutura altamente diferenciada que presta cuidados altamente diferenciados; dentro de um Hospital temos especialistas de várias áreas e é isso que o caracteriza, um Hospital não é um conjunto de médicos generalistas. E neste sentido, nos hospitais, ou pelo menos no meu Hospital e em hospitais que estão tão assoberbados e ocupados com a área Covid, esta diferenciação foi anulada. Neste momento trabalhamos todos juntos e em colaboração uns com os outros, mas já é outra coisa. Temos enfermarias onde estão os médicos que tradicionalmente tratariam os doentes com patologia Covid — pneumologia, medicina interna, infecciologia — e temos enfermarias

multidisciplinares em que, para tratar este volume enorme de doentes, temos de contar com a colaboração de todos. E de todos, é de todos.

Não há nenhum serviço que não tenha sido chamado?

Não há nenhum serviço que não tenha sido chamado. Nisso acho que o Hospital está a ter uma resposta interna muito boa, há uma união grande entre toda a gente. Porque dentro de um Hospital não há só o tratamento direto do doente, há todo um conjunto de atividades que a patologia Covid veio trazer e tudo isto só é possível perante uma união grande, que é aquilo que nós estamos a viver. O sentido de coisas inimagináveis é este: como é que um Hospital se transformou numa amálgama de gente que está praticamente, diria que em 80%, dedicada à patologia Covid?

E é uma amálgama de gente que deve estar exausta. Como é que estão as pessoas que trabalham consigo?

Frustradas, diria que é a sensação geral. É uma frustração muito grande chegar aqui e perceber que se fez tanta coisa de errado. Não devíamos estar aqui, não devíamos estar neste ponto. É uma sensação de frustração, de indignação quase. As pessoas podem estar cansadas mas não é por isso que a população vai deixar de ter cuidados médicos. Nós estamos cansados, mas acho que resistiríamos melhor se víssemos um fim à vista, se víssemos que esta epidemia tinha sido conduzida de outra forma.

"Foi um erro crasso, também, não terem adiado a abertura das aulas. No primeiro período já havia indícios de que as infeções estariam a aumentar na comunidade escolar, a situação era mais do que previsível. Saímos de uma altura em que há um convívio muito grande entre as pessoas e em que se espalhou o vírus ao longo de todo o território nacional e a seguir mandámos milhares de crianças e jovens para as escolas"

A ideia com que fiquei é que acredita que não tinha de ser assim. Nos últimos dias temos ouvido da parte das autoridades a justificação de que a estirpe britânica é muito mais transmissível e que a ela se deve o estado em que estamos agora...

Cada um acredita no que quiser, cada um acredita nas desculpas que lhe quiserem dar. Só posso falar por mim, não sou porta-voz de ninguém, nem dos meus colegas, mas acho que se as pessoas têm cabeça é para pensar e acho que todos nós temos a inteligência suficiente para perceber — mesmo que não sejamos os mais eruditos neste assunto, nem tenhamos o conhecimento que eu, enquanto infecciólogista posso ter — que houve aqui uma gestão muito errática e que isso teve consequências, que estão à vista. A falta de honestidade e de transparência perturba-me, acho que é o pior que um líder pode ter e é o pior que esta liderança do Ministério da Saúde tem — não ser transparente, desvalorizar sistematicamente os problemas que existem, em vez de os encarar, em vez de dizer de uma forma muito clara que nós temos limites e que não os devíamos ter ultrapassado. Agora justificar que foi a variante inglesa que veio estragar isto tudo... Não! O que veio estragar isto tudo foi uma gestão errática desta pandemia, a variante inglesa não veio só para Portugal. Os outros países também têm a variante inglesa, mas tomaram medidas que nós não tomámos.

O que é que devia ter sido feito e quando? Em que altura é que se perdeu o controlo que parecia que estávamos a ter sobre a pandemia?

O controlo que estávamos a ter sobre a pandemia atingiu-se em agosto. Foi a única altura do ano em que realmente, em Portugal, as coisas estavam bem encaminhadas. Nessa altura dever-se-ia ter feito o máximo de esforço para, aproveitando a fase de decréscimo, tentar reduzir os números ao máximo, para depois iniciar as aulas em segurança e abrir o resto da economia. Nessa altura não aconteceu nada, não se preparou depois o plano outono-inverno, e acabámos por ser “surpreendidos” com a segunda vaga a partir do mês de outubro,

novembro — que foi difícil mas conseguimos superar. Depois chegámos àquele período que antecedeu o Natal e as pessoas voltaram a achar que não havia problema nenhum e tomou-se uma medida política, de querer ser simpático e popular, e permitiu-se a circulação entre concelhos e um Natal como é normal em Portugal. Acho que foi um erro crasso que veio precipitar isto tudo. Foi um erro crasso, também, não terem adiado a abertura das aulas. No primeiro período já havia indícios de que as infeções estariam a aumentar na comunidade escolar, a situação era mais do que previsível. Saímos de uma altura em que há um convívio muito grande entre as pessoas e em que se espalhou o vírus ao longo de todo o território nacional e a seguir mandámos milhares de crianças e jovens para as escolas. Quanto a mim este foi um dos motivos pelos quais esta velocidade de transmissão ocorreu. Obviamente não quero desvalorizar aqui o papel da nova variante, com certeza que sim, a transmissão é muito mais rápida, mas criaram-se condições para que essa transmissão ocorresse.

"Há uma apatia na população em geral que eu acho assustadora. As pessoas habituaram-se a viver com esta ideia de que há uma pandemia, morrem 200 ou 300 pessoas por dia e nada se passa. As pessoas têm medo, mas não é um medo por aí além, e estão a conviver bem com esta situação que é perfeitamente atroz. Eu nunca vivi situações com uma mortalidade como nós temos. Há uns meses era inimaginável construir-se câmaras frigoríficas para guardar corpos à porta dos hospitais"

Apesar de tudo, apesar do estado em que estamos, de todas as reportagens, de todas as entrevistas de médicos e enfermeiros, de todos os alertas, continuamos a ter notícias de cafés que estão fechados com pessoas lá dentro, de festas privadas em barracões, de restaurantes que se recusam a deixar de servir às mesas. Como é que vê esta atitude por parte de uma franja da população e o que é que acha que está a falhar aqui? É uma questão de cansaço, de comunicação?

Existe uma apatia que me perturba. Há uma apatia na população em geral que acho assustadora. As pessoas habituaram-se a viver com esta ideia de que há uma pandemia, morrem 200 ou 300 pessoas por dia e nada se passa. As pessoas têm medo, mas não é um medo por aí além, e estão a conviver bem com esta situação que é perfeitamente atroz. Eu nunca — e penso que os meus colegas também não e acho que ninguém que esteja vivo — vivi situações com uma mortalidade como nós temos. Há uns meses era inimaginável construir-se câmaras frigoríficas para guardar corpos à porta dos hospitais. Parece que as pessoas só começam a olhar quando existem filas à porta do Hospital de Santa Maria com as ambulâncias. Posso estar enganada, mas penso que a própria estratégia de comunicação tem muito impacto em tudo isto.

A estratégia de comunicação das autoridades?

Das autoridades. E a própria comunicação social não é isenta de também ter ido na onda de algum facilitismo, quando foi a altura do levantamento das restrições do Natal e depois com aquela euforia toda que houve à volta da vacinação... Nessa altura, então, acho que as pessoas acharam mesmo que a vacina chegava logo ali no Ano Novo e que depois éramos todos vacinados e isto estava tudo ultrapassado. Mas penso que a estratégia de não dizer a verdade influencia muito. Acho que se as pessoas perceberem que nós não vamos ter capacidade... — já não estamos a ter, não morrem 300 pessoas por dia porque está tudo a funcionar lindamente, claro que não está.

Este aumento das mortes tem a ver também com a incapacidade de prestar cuidados de saúde tão...

Claro. Claro que tem. Isso é óbvio. Há muitas pessoas infetadas, mas há uma sobrecarga do sistema Hospitalar. Não há capacidade de atender as pessoas da mesma forma que num

sistema que não está em sobrecarga. Quer seja na urgência Hospitalar, as horas que as pessoas podem estar antes de serem atendidas, as horas que podem estar entre serem atendidas, fazerem análises e serem reavaliados. Tudo isto está gravemente comprometido.

E já não partíamos de uma base muito favorável.

As urgências Hospitalares de um modo geral já eram muito sobrecarregadas e com grandes tempos de espera, mas agora tudo isso se agravou muitíssimo. Estes doentes são doentes graves e, portanto, também não toleram assim tanto tempo de espera como outros que eventualmente existiam antes. Acho que ter dito em dezembro que existem 19 mil camas preparadas para esta epidemia, que existem não sei quantos mil profissionais de saúde que foram contratados, que o sistema está robusto, que está tudo a funcionar lindamente, leva a que as pessoas achem que, mesmo que o vírus se propague mais, têm o conforto de saber que o sistema de saúde vai responder.

Não

vai?

Não vai, claro que não vai. É que não vai mesmo e isto vai ser muito duro. Tanto não vai mesmo que neste momento já se fala em pedir ajuda internacional, o que é vergonhoso. É vergonhoso quando não se preparou. Agora estamos a pedir aos médicos na reforma para virem trabalhar, então e as tais 19 mil camas e os milhares de profissionais de saúde que tínhamos em dezembro? Se realmente os tínhamos era bom que agora se mostrasse onde estão. Dizer o contrário é iludir, é mentir às pessoas e sobre isso eu não posso, enquanto médica, ficar calada e ser conivente com essa irresponsabilidade.

“Se tivesse um acidente, ao dia de hoje não ficaria sem socorro. Daqui a duas semanas provavelmente ficará”

“Se tivesse um acidente, ao dia de hoje, não ficaria sem socorro. Daqui a duas semanas provavelmente ficará. Porque o número de novas infeções tem sido extraordinariamente elevado. Este é um processo cumulativo: os doentes que estão hoje nos hospitais não vão ter todos alta dentro de duas semanas, muito pelo contrário, muitas vezes há sequelas e o doente tem de permanecer, as situações são complexas. Portanto, daqui a duas semanas, vamos estar perante uma situação em que o número de internamentos Hospitalares vai continuar a crescer”

Como é que estão as enfermarias do seu Hospital? O que é que pode acontecer às pessoas se tiverem o azar de ir parar a um Hospital?

As pessoas tendem a pensar que o doente crítico é o doente de unidade de cuidados intensivos e medem um bocadinho pelo número de doentes internados nessas unidades e depois pelo número enorme de doentes internados em enfermaria. E de alguma forma pensam que o doente que está em enfermaria é um doente que está tranquilo, que é o tradicional doente de enfermaria, que não necessita de uma vigilância muito apertada. Isto é profundamente errado. Nós temos nas nossas enfermarias os doentes que, segundo a norma da DGS, estariam já todos em unidades de intensivos. Um doente sujeito a ventilação não invasiva é teoricamente um doente de unidade de nível 2 de intensivos, mas como, obviamente, esses recursos não existem estes doentes estão em enfermaria. Uma enfermaria no nosso caso tem à volta de 30 doentes e grande parte deles estão em ventilação não invasiva. Isto não é, como já ouvi dizer, estar a receber oxigénio por óculos nasais. Ventilação não invasiva é um aparelho, as pessoas respiram com uma ajuda de pressão contínua, que empurra o oxigénio para dentro dos pulmões. Entrar numa enfermaria a meio da noite, passar

entre as camas, e ouvir o barulho que as pessoas fazem a respirar é quase como se estivéssemos numa nave espacial.

Impressionante. E estes doentes também têm de estar acompanhados 24 sobre 24 horas, que é outra coisa que não acontece em enfermaria normal. Não acontece numa enfermaria normal e o número de pessoas envolvidas para tratar estes doentes, que precisam de uma vigilância 24 sobre 24 e que as equipas, quer médicas, quer de enfermagem, estejam presentes, consome muitos recursos humanos. Ao aumentar muito o número de doentes que precisam destes recursos, é natural que o nível de cuidados possa descer, e foi por isso também que tivemos a necessidade de recrutar todas as especialidades para vir ajudar na resposta.

E aqui estamos a falar em doentes Covid. Podemos extrapolar para os outros? Imaginemos que hoje à noite saio de casa de carro e tenho um acidente, posso chegar ao Hospital e não ter cuidados imediatos? Posso ficar sem socorro?

No momento atual, ao dia de hoje, não ficaria. Daqui a duas semanas provavelmente ficará. Porque o número de novas infeções tem sido, permanentemente e há quase um mês, extraordinariamente elevado. Este é um processo cumulativo: os doentes que estão hoje nos hospitais não vão ter todos alta dentro de duas semanas, muito pelo contrário, muitas vezes há sequelas e o doente tem de permanecer, as situações são complexas. Portanto, daqui a duas semanas, vamos estar perante uma situação em que o número de internamentos Hospitalares vai continuar a crescer. E à medida que cresce a patologia Covid, decresce a capacidade de resposta em patologia não Covid, quanto mais não seja por espaço físico.

"Mesmo que, por artes mágicas, amanhã tivéssemos uma taxa de infeção zero, os internamentos continuariam a galopar. Os internamentos refletem sempre aquilo que foram as infeções nos últimos 14 dias. É expectável que nas próximas duas semanas os internamentos se mantenham exatamente nos mesmos números, ou piores. As coisas vão ser muitíssimo, muitíssimo más. Não tenho outro nome, vão ser mesmo muito más"

Prevê que estes números e estes internamentos continuem a crescer nas próximas duas semanas, mesmo que as pessoas cumpram este confinamento e que as fronteiras sejam fechadas?

Sim, os números dos internamentos vão continuar a crescer. Mesmo que, por artes mágicas, amanhã tivéssemos uma taxa de infeção zero, os internamentos continuariam a galopar. Os internamentos refletem sempre aquilo que foram as infeções nos últimos 14 dias. É expectável que nas próximas duas semanas os internamentos se mantenham exatamente nos mesmos números, ou piores — porque já temos muita gente internada e não há muita margem para crescimento. As coisas vão ser muitíssimo, muitíssimo más. Não tenho outro nome, vão ser mesmo muito más. Daí ter falado na frustração. Estamos frustrados, mas acho que estamos todos muito empenhados e com a enorme convicção de que estaremos todos disponíveis para fazer o que for necessário.

Apesar de todas as dificuldades... Quantas horas por semana está a fazer no Hospital?

Estou a fazer o que é necessário. Não tenho a intensidade horária de urgências e de rotação que os meus colegas mais jovens têm, não estou ali 24 sobre 24. A equipa de jovens médicos do meu Hospital é de uma dedicação extraordinária, e eles fazem muito mais urgências do que eu faço, eu tenho uma função de direção. Estou muitas horas no Hospital, dou muitas horas ao Hospital — em casa e lá —, mas quando se pensa na tal ficção Hospitalar, no médico que está 24 sobre 24 sobre 24, não sou eu.

Mas aí não será tão romanceado, existem pessoas que o fazem. Existe sobretudo uma coisa que acho que é muito, muito importante: se por acaso alguém

falta, outra pessoa que até já fez urgência há menos de 24 horas oferece-se para fazer. Esse sentido de missão, de dar aquilo que pode e o que não pode, é muito gratificante de ver na classe médica, nos enfermeiros, em todos os profissionais de saúde, e nessa atitude de dar ao outro o nosso melhor. É frequente que as pessoas que vão trocar um turno às 20h ou às 21h saiam de lá à meia-noite, porque como ainda não acabaram têm de continuar. E não é porque alguém as obrigue, é porque não querem deixar os doentes sem dar o seu melhor.

E isso é extraordinário, sobretudo quando já passam tantos meses desde o início e o cansaço já é acumulado. E também é reconfortante saber que se nos acontecer alguma coisa estaremos nessas mãos.

É reconfortante saber que os profissionais estarão sempre a tentar dar o seu melhor — tentar dar o seu melhor, o que não quer dizer que estarão nas mãos dos mais capazes. Todos nós tentaremos dar o nosso melhor, mas não é a mesma coisa, como é lógico. Se me puserem a fazer uma cirurgia cardíaca, eu, que sou infecciosologista, posso dar o meu melhor, mas o meu melhor pode ser muito pouco. Lá está, a diferenciação e a especialização de cada médico implica que nós não saibamos tratar de tudo.

Portanto esperam-se tempos complicados. A correr tudo pelo melhor, quando é que diria que vão poder voltar a respirar um bocadinho de alívio? Quando é que acha que vão voltar a ter um Hospital normal?

Ainda hoje houve essa conversa... Não sei quando é que vamos poder ter um Hospital normal. O ideal seria conseguirmos lidar com este vírus, que não vai desaparecer agora, mesmo com este confinamento. As coisas hão-de melhorar, de forma muito penosa para todos nós, profissionais, e muito penosa para muitas famílias, porque vai morrer muita gente, mas isto vai ser ultrapassado. Eventualmente daqui a um mês já vamos estar numa fase descendente e em redução desta pressão. Depois é muito importante que as opções governativas, políticas e técnicas sejam muito bem tomadas. É necessário que, desta vez, o desconfinamento seja planeado ao milímetro, para que tudo possa correr bem e para que, já com uma parte importante da população vacinada, possamos regressar a alguma normalidade — sabendo que vamos ter Covid e vamos ter Covid durante muito tempo. O ideal é que isto possa ser vivido e tratado como conseguimos em agosto, quando tínhamos uma única enfermaria com 30 camas para todo o Hospital. É muito importante que se diga que enquanto não controlarmos a patologia Covid não vamos conseguir chegar a mais lado nenhum. Não é uma questão de escolher, não é uma questão de dizerem “Ah, só ligam à Covid, morre muita gente por outras coisas e não ligam nenhuma, e os rastreios, e não sei o quê”. Claro que ligamos, claro que ligamos! Claro que os cirurgiões não estão contentes de não poderem operar, ninguém está contente de não fazer aquilo que é a sua função primordial. Acho que esta terceira onda já mostrou a todos que, enquanto não controlarmos a transmissão deste vírus, nada mais se resolve. Se não o controlarmos não há nada a funcionar, nem saúde, nem escolas, nem economia, nem coisa nenhuma.

<https://observador.pt/especiais/patricia-pacheco-diretora-de-infecciologia-do-Hospital-amadora-sintra-o-sistema-de-saude-nao-vai-responder-vai-morrer-muita-gente/?fbclid=IwAR1j29psDpW7HIov15eOW8fLFDWcDIk6RDePTAPQEW24xNqBcyjYNyn9OU>

Marco Ferreira Presidente do conselho de administração do Hospital Amadora-Sintra

“A planificação foi sendo ultrapassada pela realidade”

CHRISTIANA MARTINS

O Hospital Professor Doutor Fernando Fonseca (Amadora-Sintra) enfrentou esta semana problemas no suprimento de oxigénio aos doentes ventilados. A situação vivida pela unidade com mais doentes covid do país (tinha na terça-feira 363 em enfermaria, para uma capacidade máxima do plano de contingência de 120 camas) abalou o sistema. O presidente do conselho de administração lamenta a desigualdade de esforço feito pelos hospitais da região, mas agradece a solidariedade demonstrada quando precisou de transferir mais de 100 doentes.

Q O HFF, não sendo um hospital central, era o que tinha mais doentes covid. Porquê?

R O número de infeções na comunidade é elevado. Ao servirmos uma população de mais de 550 mil habitantes, a pressão assistencial é necessariamente alta. Já o era antes, e agora ainda mais. O HFF tem tido desde sempre uma atitude de planear e antecipar necessidades, mas essa planificação foi sucessivamente ultrapassada pela realidade. Temos procurado reinventar-nos e adaptar-nos para encontrar a melhor resposta. Não dar essa resposta a quem necessita seria contrariar a missão do hospital.

Q Até onde teria expandido, se não tivesse ocorrido o problema do oxigénio?

R Não é fácil responder... Cada vez que foi expandida a resposta covid para lá do previsto no plano de contingência do HFF, chegávamos a um patamar que achávamos não ser possível atingir. Desde 1 de janeiro tivemos um aumento de 400% dos internamentos. A plasticidade e a capacidade de adaptação são absolutamente vitais. Contudo, têm limites, e o limiar atingido, com 363 doentes em enfermaria e 31 em cuidados intensivos, está muito próximo do que é sustentável do ponto de vista humano e infraestrutural. E, não sendo



FOTO: ANTONIO PEDRO FERREIRA

o HFF um centro hospitalar, a capacidade de expansão infraestrutural é mais limitada.

Q Qual o impacto desta pressão no hospital, na equipa, nos doentes?

R Para responder aos doentes covid, quer na urgência, no internamento ou nos cuidados intensivos, é necessário converter camas cirúrgicas e realocar recursos humanos. A atividade programada ressurte-se, principalmente a cirúrgica. A articulação com outros hospitais da região é fundamental, e é o que temos feito, por exemplo, com o IPO de Lisboa. Outro custo elevadíssimo é sentido pelos nossos profissionais, incedíveis no empenho e capacidade de resposta. Não tenho palavras suficientes para agradecer essa dedicação e para expressar o orgulho que sinto por fazer parte desta equipa.

Q Quando foi informado de que o fluxo de oxigénio não era o adequado, qual foi a primeira decisão que tomou?

R Salvar a segurança dos doentes, e felizmente conseguimos.

Q A decisão de transferir os doentes foi vossa ou foi orientação da tutela?

R A decisão foi do HFF, em coordenação com a Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo (ARSLVT) e o Ministério da Saúde.

Q Os outros hospitais tomaram a iniciativa de vos ajudar ou tiveram de pedir?

R Vários hospitais públicos e privados mostraram uma enorme solidariedade, contactando-nos diretamente, mesmo hospitais com taxas de esforço muito elevadas.

Q Além da saída de doentes, foi também tomada a decisão inédita de transferir profissionais, com os doentes, para um hospital privado...

R A disponibilidade e o apoio por parte do Hospital da Luz foram totais, fazendo saber que tinha espaço disponível. Mais uma vez os profissionais do HFF se envolveram desde o primeiro momento e aceitaram o desafio de ir trabalhar para outra instituição. Será certa-

mente uma parceria virtuosa, mas que poderia também funcionar entre hospitais públicos.

Q Um documento de sete hospitais de Lisboa, inclusive o HFF, enviado à ministra, alertou para a gravidade da situação. Teve resposta?

R Esse documento sistematizou por escrito o que tem sido apresentado em inúmeras reuniões. A meu ver, as disparidades nas taxas de esforço da resposta covid entre hospitais da mesma região deveriam ser muito mais ténues. As assimetrias são perniciosas para a qualidade dos cuidados, favorecem o *burnout* das equipas dos hospitais em sobrecarga e provocam um sentimento de iniquidade entre os profissionais das diferentes instituições. Para o bem dos doentes, o esforço na resposta covid deveria ser equilibrado. Se todos tivermos níveis de esforço idênticos, conseguiremos dar uma melhor resposta global, diminuindo o risco de colapso do sistema.

Q Arrepende-se de ter ampliado a capacidade até ao limite?

R A nossa missão é servir a população, e o aumento da capacidade covid é consequência da enorme procura. É fundamental uma verdadeira resposta em rede, que distribua os esforços. Neste aspeto, temos muito a melhorar. Iremos ampliar a capacidade enquanto for possível. Não pode ser de outra forma, porque todos os dias surgem doentes que precisam de internamento. Que outra opção temos?

Q O que resta de atendimento não-covid no vosso hospital?

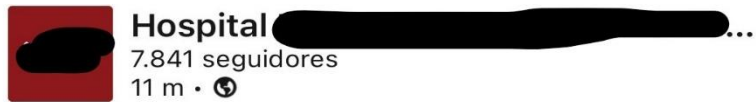
R A nossa linha vermelha é a atividade urgente e prioritária. Essa não pode parar, e não parou. Para abrir 90 novas camas de enfermaria para doentes covid em apenas quatro dias, como aconteceu no passado fim de semana, há áreas de internamento que têm de ser suspensas e atividade programada que tem de ser cancelada. E todos são poucos para reforçar as equipas.

camartins@expresso.impressa.nt

“SE TODOS TIVERMOS NÍVEIS DE ESFORÇO IDÊNTICOS, DIMINUÍMOS O RISCO DE COLAPSO”

<https://www.facebook.com/Hospitalfernandofonseca/photos/a.144434282797345/877173429523423>

ANEXOS LVXI - Notícias /Comunicações do Hospital -D61



Agora sim, o [redacted] está realmente no LinkedIn - siga-nos!

O [redacted] está apostado em reforçar a ligação aos seus profissionais e a todos os que conosco se relacionam: parceiros, fornecedores, entidades congêneres, entre outros. A partir desta data o [redacted] assumiu a gestão desta página, pelo que dinamizaremos a presença nesta rede social.

Publicaremos com regularidade novos conteúdos, que esperamos sejam mercedores do interesse dos vários públicos. O seu feedback será sempre bem-vindo, seja sobre alguma publicação realizada, seja sobre conteúdos que gostaria de encontrar!



03 de Fevereiro de 2021

Equipa médica alemã já está em Portugal. "É para isso que servem os amigos"

Os profissionais alemães chegaram esta quarta a Lisboa. Vão trabalhar no Hospital da Luz e funcionar como mais uma "unidade de cuidados intensivos". Foram recebidos pelos ministros da Saúde e Defesa. A equipa médica militar alemã, que viajou para Portugal com profissionais e material clínico a pedido do Governo, chegou a Lisboa ao início da tarde. À espera deles estava o ministro da Defesa e a ministra da Saúde que, minutos antes de o avião militar aterrar, agradeceram publicamente **o apoio alemão "neste momento ainda muito difícil"**.

Foi a **"pressão epidemiológica sobre a região de Lisboa e Vale do Tejo"** que levou o Governo a planear a melhor forma de fazer face à atual situação, admitiu Marta Temido. Além de o país ter "aumentado significativamente a sua capacidade de resposta nesta área", contando atualmente com 1.200 camas para resposta ao doente crítico — dessas, 900 mobilizadas para Covid-19 —, **a equipa alemã vai ser funcionar como mais uma "unidade de cuidados intensivos em Lisboa e Vale do Tejo"**.

A chegada dos 26 profissionais alemães, entre médicos e enfermeiros, assegura ainda a abertura de **mais oito camas nos cuidados intensivos no Hospital da Luz, onde vão trabalhar os próximos 21 dias**. **"Para alguns poderá parecer pouco, mas quero-vos dizer que é muito. É muito, sobretudo para um sistema de saúde que está a sofrer uma elevada pressão e onde os próximos dias serão os mais significativos"**, comentou ainda Marta Temido na Base Aérea de Figo Maduro.

Os profissionais vindos da Alemanha vão trabalhar no Hospital da Luz, com o qual foi estabelecido um plano que permitirá agora garantir a operacionalização desta equipa. **"Estamos a falar de instalações que estavam preparadas, em termos de infraestruturas e de equipamentos, mas que já não tinham recursos humanos para poderem funcionar"**, esclareceu ainda a ministra da Saúde.

Além dos 26 profissionais de saúde, entre eles seis médicos, ao país chegaram ainda 40 ventiladores móveis e 10 estacionários, 150 bombas de infusão e 150 camas Hospitalares.

Em comunicado divulgado na tarde desta terça-feira, o Grupo Luz Saúde diz que se disponibilizou "para receber a equipa dos 26 militares alemães, a maioria profissionais de saúde com especialidade em cuidados intensivos". Nesse sentido, e correspondendo ao apelo do Ministério da Saúde, "foi possível realocar doentes, recursos e adaptar espaços, em tempo record, por forma a disponibilizar um núcleo de mais 8 camas de cuidados intensivos que permitisse à equipa alemã trabalhar num espaço único". Já antes, de manhã, a comissão de Acompanhamento da Resposta Nacional em Medicina Intensiva afirmara que "de forma imediata e perante a urgência de antecipar o pico de necessidade de camas de cuidados intensivos", o Hospital da Luz fora o único "capaz de oferecer camas suficientes para a equipa ficar a trabalhar junta".

A CUF também foi contactada para disponibilizar 8 camas de cuidados intensivos para acolher profissionais alemães, mas o Ministério da Saúde "optou" por colocar a equipa noutra instituição, como apurou o Expresso.

A equipa alemã vai permanecer em Portugal durante três semanas e será substituída a cada 21 dias, até ao final de março, caso seja necessário.

Ministro da Defesa agradeceu apoio alemão. "É para isso que servem os amigos", foi a resposta

O ministro da Defesa falou, à semelhança de Marta Temido, antes da chegada do avião ao aeroporto Figo Maduro. João Gomes Cravinho agradeceu desde logo a "prontidão e a generosidade" do governo alemão e sublinhou "o grande espírito de solidariedade da Alemanha", bem como o facto de Portugal estar enquadrado no contexto da União Europeia, isto é, "no contexto de países amigos que se apoiam uns aos outros".

Há dias escrevi uma mensagem à ministra [da Defesa] alemã para agradecer o apoio. A resposta foi muito simples: ‘É para isso que servem os amigos’.”

“A chanceler Angela Merkel perguntou ao nosso primeiro-ministro como poderia apoiar. Rapidamente veio uma equipa das Forças Armadas alemãs a Portugal para fazer um levantamento”, referiu. Em função dessa missão foram identificadas várias possibilidades de apoio que se concretizaram no momento da chegada do avião da Força Aérea alemã. **“É com muito apreço que saudamos esta postura do governo alemão e vamos, naturalmente, utilizar da melhor maneira possível este apoio.”** <https://observador.pt/2021/02/03/equipa-medica-alema-ja-esta-em-portugal-e-para-isso-que-servem-os-amigos/>

ANEXOS LVXII - Notícias /Comunicações do Hospital -D62

25 de março de 2021

Equipa alemã despede-se do Hospital da Luz Lisboa



Missão alemã tratou 16 doentes em cuidados intensivos, numa ‘parceria inédita e frutuosa’ com o Hospital da Luz, de ajuda ao SNS.

A última **equipa de profissionais de saúde do Exército da Alemanha**, que desde fevereiro asseguraram

uma Unidade de Cuidados Intensivos do Hospital da Luz Lisboa, disponibilizada ao Serviço Nacional de Saúde (SNS) para **ajudar no combate à pandemia de COVID-19**, regressou ao seu país no passado dia 23. “Foi uma parceria inédita e, nessa medida, benéfica e frutuosa. Era difícil ter corrido melhor. Da nossa parte, o sentimento é de dever cumprido”, salienta **Rui Maio**, diretor clínico do Hospital da Luz Lisboa.

No total, desde 8 de fevereiro, a missão alemã – constituída por duas equipas, cada uma a trabalhar ao longo de três semanas – **tratou 16 doentes**, tendo registado três mortes. A unidade contava com 8 camas de cuidados intensivos, sendo as transferências de doentes determinadas pela CARMIN (Coordenação da Resposta Nacional à Covid-19 em Medicina Intensiva).

“Em termos de logística e de esforço médico, foi uma missão dura e bastante diferente das outras missões militares na área médica que habitualmente temos”, afirmou o tenente-coronel **Richard Glied**, médico anestesista e chefe da segunda equipa, em declarações à rádio TSF. “A nossa especialidade é a estabilização rápida de doentes que ficaram muito feridos em conflitos militares, organizar o seu transporte e, após poucas horas, no máximo dois dias, entregá-los a um Hospital de destino”, esclareceu. O responsável informou ainda que todo o material que a missão alemã trouxe e doou a Portugal – como ventiladores (que estiveram a ser usados no HL Lisboa), bombas de infusão e seringas perfusoras, entre outro equipamento médico – será distribuído pelo Ministério da Saúde aos hospitais públicos.

‘Experiência notável’ “Foi uma experiência notável, para a qual contribuíram todas as nossas equipas, não apenas da área clínica, mas também da manutenção e sistemas de informação”, afirma Pedro Patrício, diretor de operações do HL Lisboa, recordando que **esta UCI foi montada em 24 horas**. As equipas alemãs exerceram funções no HL Lisboa como qualquer outra equipa de cuidados intensivos, com reuniões diárias e passagens da informação clínica na mudança de turno. Fez parte do seu processo de integração, aliás, o conhecimento de todos os circuitos internos e, no geral, “a interação com todos os departamentos foi muito positiva, tendo-se sentido um enorme espírito de equipa por parte dos colaboradores do Hospital, que se esforçaram por responder aos seus pedidos no mínimo tempo possível”, acrescenta Rui Maio.

Enquanto aqui estiveram, os profissionais de saúde alemães contaram permanentemente com o **apoio de todos os recursos clínicos do HL Lisboa**, nomeadamente das especialidades médicas de apoio à unidade de cuidados intensivos, da patologia clínica, dos exames de imagiologia, bem com das cadeias de abastecimento de consumos clínicos e fármacos.

A comunicação entre todos era feita geralmente em Inglês, mas na UCI gerida pela missão alemã estiveram em permanência dois profissionais de saúde do HL Lisboa, um deles luso-alemão e ambos fluentes nesta língua, que respondiam a qualquer necessidade suplementar e que também facilitavam os contactos com os familiares dos doentes, tanto para recolher dados como para dar informações sobre a sua evolução. Os militares, por seu lado, tiveram a **preocupação de aprender algumas palavras em Português** para conseguirem dirigir-se aos doentes e tranquilizá-los, nomeadamente quando estes eram entubados e acordados. Foram-lhes ainda disponibilizados pelo Hospital guias em Alemão-Português, com informação básica sobre o HL Lisboa e algumas palavras e expressões elementares.

Na foto em cima, um grupo de profissionais alemães e portugueses (com Pedro Patrício, Rui Maio, o administrador executivo Pedro Líbano Monteiro e a CEO da Luz Saúde Isabel Vaz, ao centro), na hora da despedida do HL Lisboa.

- [Facebook](https://www.Hospitaldaluz.pt/pt/Hospital-da-luz/comunicacao/noticias/15350/equipa-alema-despede-se-hl-lisboa)
<https://www.Hospitaldaluz.pt/pt/Hospital-da-luz/comunicacao/noticias/15350/equipa-alema-despede-se-hl-lisboa>

ANEXOS LVXIII - Noticias /Comunicações do Hospital -D63

05 de Fevereiro de 2021

HFF agradece à comunidade pelos gestos solidários

Foi em conjunto que todos fomos surpreendidos por esta pandemia e é juntos que sairemos dela. Até lá, reconhecendo o esforço e a dedicação dos profissionais de saúde que estão a combater a COVID-19, tratando os doentes deste vírus de forma incansável, são muitas as doações que têm chegado ao HFF.

Em nome individual (muitas vezes anonimamente), associações, grupos de amigos, empresas, muitos são aqueles que com gestos de simpatia brindam diariamente os profissionais deste Hospital. Mais do que os bens em si, é o gesto solidário que está implícito que dá ânimo aos profissionais e os compele a continuarem resilientes no muito caminho que ainda há a percorrer até que seja declarada vitória sobre o inimigo silencioso.

Todas estas doações são distribuídas diariamente junto dos profissionais, nas várias copas das enfermarias, unidades de cuidados intensivos, serviços de urgência. Alimentam o corpo durante as poucas pausas, mas alimentam sobretudo a alma de quem sente que tem toda uma comunidade ao seu lado, disposta a que o ânimo destes profissionais não vergue perante o cansaço.

Algumas das doações têm também como destino os nossos utentes. Os nossos profissionais, sempre preocupados com o bem-estar dos utentes, fizeram apelos para que se doassem jornais, revistas, livros, carregadores de telemóveis, entre outros artigos. Esta é mais uma forma de darmos conforto aos nossos utentes que desta forma se mantêm informados com notícias do exterior e que por alguns minutos se abstraem da realidade que os rodeia e “viajam” por entre as folhas das revistas e jornais. A onda de solidariedade foi, também aqui, avassaladora.

O HFF agradece, sinceramente e de forma emocionada, em nome dos seus profissionais todos estes gestos. Não que nos tenha sido pedido, mas porque o reconhecimento deste Hospital assim o obriga, aqui deixamos uma lista de várias entidades que têm efetuado ofertas aos profissionais:

Grupo Auchan, Grupo Pingo Doce, Grupo Aldi, Grupo Nestlé, Pingo Doce da Reboleira, Águas Serra da Estrela, Joshua's Shoarma, Domino's Pizza, Pizza Hut, Grupo de Amigos "Forever dos Olivais", Delta, Jornal de Notícias, Diário de Notícias, Revista Visão e Sábado, Grupo Impresa, Global Media, Vost Portugal, Sporting Clube de Portugal, Porto Editora, Vodafone, Socorrer linha da Frente, Espalhar Solidariedade, Projeto Cama Solidária, Piriquita Travesseiros de Sintra, Confraria Gastronómica da Amadora, Corações Doces, Electro, Apametal, Queijos Cabral - Seia, entre muitas outras empresas, grupos e associações.

De igual modo, impõe-se também um agradecimento aos muitos cidadãos que nos têm contactado para se oferecer para trabalho voluntário nos serviços, juntando a sua força à força dos profissionais do HFF. Essa disponibilidade é muito apreciada, mas neste momento o melhor contributo que pode dar é mesmo ficar em casa tanto quanto possível, evitar contactos sociais, evitar deslocações desnecessárias, usar máscara de proteção e lavar/desinfetar frequentemente as mãos.

Chegará um momento em que todos poderemos estar juntos novamente. Até lá, o HFF envia um forte abraço virtual a todos!



<https://www.facebook.com/Hospitalfernandofonseca/photos/pcb.879908535916579/879907892583310/>

11 de Fevereiro de 2021

Diário da Primeira Linha no combate à COVID-19 – Suse Antunes

11 Fevereiro, 2021

A nossa colega Suse Antunes, enfermeira em Cuidados Intensivos, partilhou um pouco do seu dia-a-dia de trabalho no Hospital Professor Doutor Fernando Fonseca (HFF). Num conjunto de posts publicados nas redes sociais do HFF (Facebook e Instagram), dá-nos uma perspetiva sobre a pressão, as derrotas e as vitórias sentidas diariamente no combate à COVID-19.

Não deixe de ler este testemunho.

Regressaremos brevemente com mais testemunhos dos profissionais da Primeira Linha do HFF.

1| PRIMEIRA LINHA

Suse Antunes, 30 anos, é mãe de dois filhos muito pequenos – uma menina de dois e um menino de quatro anos -, e é enfermeira há seis anos do Hospital Professor Doutor Fernando Fonseca (HFF). Presta serviço nas Unidades de Cuidados Intensivos dedicadas à COVID-19, tendo recebido, a 19 de março de 2020, o primeiro caso de infeção pelo novo coronavírus do nosso Hospital. Frequenta um Mestrado em “Cuidados a Doentes Críticos”.

Sempre com um sorriso nos olhos (e, provavelmente, também nos lábios – conseguimos-lo adivinhar escondido atrás da máscara cirúrgica de proteção), Suse enfrenta a pandemia todos os dias, sem baixar os braços. Aqui deixamos o seu testemunho.

“Se consegue ainda ver alguma luz em mim, fico mesmo feliz! Porque tenho-me sentido muito extenuada. É algo que eu nunca senti na minha vida. Porque isto, toda esta pressão, está a dar cabo de nós. Nunca me vi, nunca me imaginei nesta situação. Consegui sempre, ao longo da minha vida lidar, muito bem com situações de stress. Para chorar é preciso mesmo muito, porque sempre fui uma pessoa com grande resistência a manifestar ou revelar emoções. E, agora, do nada, sou incapaz de o controlar, e começo a chorar face a todo este sofrimento que vejo à minha volta e que é provocado por esta terrível doença que muitos insistem em desvalorizar.”

2| O MEDO

“Hoje senti-me muito mal ali dentro [da Unidade de Cuidados Intensivos (UCI)]. É um calor terrível dentro do fato.

Foi a primeira vez que me aconteceu desde o início da pandemia e tive que pedir autorização para sair da UCI. Sujeitei-me ao rigoroso e longo processo de desparamentação, para poucos minutos depois voltar a

paramentar-me a rigor e voltar a entrar na Unidade. Sou honesta, senti-me no limite, pareceu-me que algo me podia acontecer.

Não saí sequer do serviço. Precisei apenas de molhar a cara, sentar-me um pouco e respirar fundo. Bebi um gole de água, porque também não podemos beber muita água e enfrentar um turno de quatro, cinco às vezes seis horas dentro dos fatos de proteção. Dentro da UCI, não podemos ir à casa-de-banho, não podemos beber água. Os EPI – Equipamentos de Proteção Individual – não devem ser desperdiçados desnecessariamente.

Arriscamos muito todos os dias. Quando um turno está complicado, quando há muitos pacientes instáveis, quando acontecem urgências, quando recebemos mais um doente e depois outro. Mas é um risco para nós. As máscaras só garantem quatro horas de proteção. Temos sempre algum receio enquanto trabalhamos. Temos receio pela nossa segurança e pelos nossos doentes. Que possamos fazer alguma coisa rápido demais, receio que possamos cometer um erro. Por cansaço, por exaustão.

3 | DNR – DECISÃO DE NÃO REANIMAR

“Iniciei o meu turno às oito da manhã. Fui a primeira a entrar na Unidade de Cuidados Intensivos e recebi o turno da equipa anterior. Um dos meus colegas advertiu-me que um dos nossos pacientes, internado há mais de 30 dias, estava a piorar, e a sua evolução desde a noite anterior indicava-nos que estas seriam as suas últimas horas.

Em cima da mesa tínhamos uma DNR – “Decisão de Não Reanimar”. Isto significa que vamos continuar a fazer o que estamos a fazer, mas não vamos sujeitar o doente a mais sofrimento.

Os profissionais de saúde regem-se por princípios éticos – entre outros, os da beneficência, da não maleficência, da justiça, do respeito pela autonomia. Para não praticar a “não maleficência” não poderíamos reanimar este doente. Porque a nossa intervenção não iria reverter a situação, não contribuiria para a sua recuperação, a nossa ação apenas se traduziria em induzir mais sofrimento.

Aproximei-me do paciente. Conferi a tensão arterial: estava muito baixa. Senti-lhe a respiração muito ofegante, claramente desconfortável e pensei em aspirar secreções. Mas também aí não é uma decisão simples: porque eu aspiro e estou a induzir esforço ao doente e é desconfortável, mas se não aspiro o doente também está em esforço e em sofrimento. Qual dos sofrimentos se escolhe? Aspirei.

Às dez da manhã morreu. No meu turno. Fazemos o possível para dar carinho aos nossos doentes nos seus últimos momentos de vida, mas não consigo deixar de pensar o quão triste é partir sem a presença dos familiares mais próximos.”

4 | O QUE EU APRENDI COM A PANDEMIA

“Aprendi ao longo dos meses que todos, que todos nós, somos capazes de fazer mais, de dar mais. Quando achamos que chegámos ao nosso limite, aquele não é ainda, afinal, o nosso limite, ainda há mais para dar.

Vejo isso em mim, vejo isso nos meus colegas, com quem trabalho lado-a-lado há seis anos, aqui no Hospital Professor Doutor Fernando Fonseca. Damos mais, sempre mais, aos doentes, aos colegas que estão a chegar ao serviço de Cuidados Intensivos, mobilizados para este combate, e que temos que ensinar em contexto de pandemia.

Não são as condições de aprendizagem ideais, mas mesmo assim conseguimos integrar e formar, num grande trabalho de equipa, para salvar o máximo de vidas. Penso muitas vezes ao contrário, tento pôr-me nos sapatos dos meus colegas que aqui chegam pela primeira vez. Os primeiros colegas mobilizados eram enfermeiros do Bloco Operatório, habituados a cirurgias, a instrumentar, a anestesiarem... É verdade que estão habituados a lidar com doentes ventilados, mas é um contexto completamente diferente. Eu pensava muitas vezes: “Se eu fosse para uma cirurgia não saberia o que fazer, nem conheço aqueles materiais infundáveis com os quais os meus colegas trabalham, para cada especialidade...”

Adaptação, superação, solidariedade – são as características que mais estão a sobressair em nós. Estamos todos unidos. Sejam enfermeiros, sejam auxiliares, sejam médicos. Somos uma grande equipa e não vamos baixar os braços. Só assim podemos vencer a COVID-19.”

5| AMOR E LUTO NA UCI

“Vivemos isto em equipa e vivemos para os doentes; vivemos as suas vidas e as suas dores como nossas também. Na Unidade de Cuidados Intensivos (UCI) temos muito poucos doentes conscientes e orientados. Quando aqui chegam é na iminência de serem entubados e ventilados.

Mas se eu tiver um doente consciente e ao seu lado um doente que morreu, vendo-me a preparar o corpo para sair para a casa funerária, isso é chocante. Para ele, para mim

O caso que até agora mais me marcou foi de um doente que veio transferido de um Hospital da região de Lisboa. Este senhor, nos seus sessenta e poucos anos, impecável, vinha claramente cheio de medo. Olhava à sua volta, aterrorizado. Eu moro na zona de Mafra, sou saloia, e comecei a meter-me com ele, pois também é daquelas bandas. Por mero acaso, fiz três ou quatro turnos seguidos naquela unidade, e criou-se um elo. Ele conseguia perceber quem eu era, debaixo do fato, o que nem sempre é fácil. “Bom dia, sou eu outra vez, a sua vizinha, como é que está?”

Este senhor estava sempre muito preocupado com a sua esposa, que era vinte anos mais velha, também ela internada com COVID e com um prognóstico muito reservado. Era uma relação de grande amor, pelas suas palavras, pela sua preocupação constante.

Explicámos a este doente, com a linguagem mais acessível, que ele tinha sido transferido para o nosso Hospital, porque estava na iminência de ter que ser ventilado e sedado. Mas ele continuava consciente, e se eu lá ia à sua cama, para dar qualquer medicação, fazer quaisquer medições, ele perguntava-me sempre: “Senhora Enfermeira, o risco é eu ficar como este senhor que está aqui ao lado, não é?” Passado um pouco, noutra ronda, voltava a questionar-me: “Mas, senhora Enfermeira, acha que eu vou mesmo ter que ser

entubado? Olhe, e aquele senhor aqui à frente, ele está melhor? Ontem vi muita movimentação ali na sua cama....”

É que na UCI não há nenhuma distração. Não há acesso a nenhuma televisão, a nenhum telemóvel. Às vezes conseguimos pôr uma música na rádio, mas até que ponto é que isso ajuda não sabemos. Este senhor tentava construir narrativas, para se ocupar mentalmente, durante a sua passagem no nosso Hospital. E via isto, todos os dias: pessoas como ele, conscientes, e no dia seguinte já entubados. Pessoas como ele a morrerem, uns a entrarem, outros a sair... E o que se pode pensar?, imaginava eu... Que eu sou o próximo, de certeza...

Ao final de quatro dias de internamento na UCI, este paciente estava muito melhor, e na iminência de ter alta para uma enfermaria. Fizemos então uma videochamada para casa. Ele tanto insistiu, tanto insistiu, desesperado por notícias da sua esposa, que a enteada, por mais forte que fosse – e foi -, teve que lhe dizer que ela tinha falecido. (Longo silêncio)

Não têm noção. Deu dó de ver.

Nunca me vou esquecer, por mais anos que viva. Uma pessoa muito doente. Vê pessoas a morrer todos os dias ao seu lado. É tratado por pessoas mascaradas, incapaz de reconhecer rostos, como numa circunstância normal.

Este senhor fez o seu luto nos cuidados intensivos. Ninguém imagina o que isto é. E Deus queira que nenhuma das pessoas que incumpra as regras tenha algum dia que passar por uma situação como estas. Porque isto acontece todos os dias na UCI.”



<https://hff.min-saude.pt/diario-da-primeira-linha-no-combate-a-covid-19/>

Teleconsultas médicas de especialidade “vieram para ficar” no HFF

17 Fevereiro, 2021

Em 2020 realizaram-se 119.215 consultas médicas sem presença do doente, um crescimento de 386% face ao ano anterior. Um recurso a que o HFF teve de recorrer em tempos de pandemia, sendo o balanço bastante positivo.

A pandemia pelo COVID-19 teve um natural impacto na atividade programada dos hospitais. O número de casos de infeções pelo novo coronavírus obrigou, em função das necessidades existentes em cada momento, à afetação de serviços de diversas especialidades e à abertura de novos serviços para o tratamento desses doentes.

Deste modo, houve necessidade de canalizar recursos humanos para suportar as respostas criadas. Isto porque, já se sabe que os profissionais são fundamentais para a prestação dos cuidados de saúde aos doentes.

Grande parte do ano de 2020 foi marcado por esta realidade incontornável e o Hospital Professor Doutor Fernando Fonseca (HFF) procurou encontrar as melhores soluções para que a pandemia cause o menor impacto possível aos seus doentes não-COVID. Os indicadores da produção Hospitalar serão impactados pela pandemia, mas existem diversas áreas onde foi possível mitigar esse impacto.

As consultas externas foram uma dessas áreas. Os indicadores apontam para uma diminuição da atividade que ficou muito aquém dos piores cenários e da diminuição verificada noutros setores Hospitalares.

O grande contributo para a manutenção da capacidade de resposta veio de uma modalidade de consultas há muito existente, mas relativamente pouco usada: as designadas consultas médicas sem presença do doente. Tratam-se, como o nome indica, de atos de assistência médica sem a presença do utente, podendo resultar numa avaliação clínica com aconselhamento, prescrição ou encaminhamento para outro serviço.

Esta consulta está associada essencialmente a duas formas de comunicação, designadamente: por telefone ou por correio eletrónico. Em qualquer dos casos é imprescindível a existência de consentimento informado do doente e registo escrito e cópia dos documentos enviados ao doente.

A análise dos números deste tipo de consultas revela crescimentos impressionantes: em 2020 realizaram-se 119.215 consultas médicas sem presença do doente, incluindo primeiras consultas (20.183) e consultas de seguimento (99.032). Este número representa um crescimento de 386 % face ao ano de 2019, o que equivale a mais 94.684 consultas realizadas.

Um recurso que veio para ficar

Para Ana Monteiro, médica do HFF e Diretora do Serviço de Consulta Externa, o aumento das consultas médicas sem presença do doente “foi um recurso muito importante em tempos de pandemia”. Num contexto de confinamento, em que se apelou ao distanciamento físico entre pessoas e em que era pedido que fossem evitadas deslocações desnecessárias (contexto esse que se mantém), a realização destas consultas permitiu que muitos doentes “continuassem a ter acesso às diversas especialidades médicas”.

No caso do HFF, as consultas desta tipologia têm sido realizadas sobretudo com recurso ao telefone. “Existe efetivamente um conjunto alargado de situações em que pode realizar-se uma consulta sem a presença do doente, sem que isso prejudique a qualidade dos cuidados”, refere Ana Monteiro, apontando como alguns

exemplos “a renovação de prescrições médicas, avaliação dos resultados de análises clínicas e seguimento de doentes crónicos”.

As características sociais da população são naturalmente um fator relevante a ter em conta. O HFF serve cerca de 550 mil habitantes dos concelhos de Amadora e de Sintra, com uma pirâmide etária algo envelhecida.

“Para muitos utentes, sobretudo mais idosos, ter uma consulta sem estar frente-a-frente com o médico era sinónimo de pior atendimento”, refere a responsável pela Consulta Externa do HFF, acrescentando que “esse receio é quase sempre ultrapassado quando essa é a única alternativa para que tenham o acompanhamento médico que necessitam”. Para Ana Monteiro, “o balanço destas consultas é francamente positivo, tendo possibilitado responder a muitas das necessidades dos nossos utentes”.

Face a este balanço, uma pergunta impõe-se desde logo: esta solução vai manter-se? A resposta é afirmativa.

“Esta nova realidade criada pela pandemia veio demonstrar que este é um recurso que pode ser utilizado num conjunto alargado de situações e que colhe o agrado de utentes e profissionais de saúde”, diz Ana Monteiro. Do ponto-de-vista organizacional do serviço, os médicos dispõem já de períodos e de espaços físicos específicos destinados à realização deste tipo de atos médicos, mais um sinal de que esta prática irá ter continuidade no dia-a-dia do HFF.

A aprendizagem até ao momento permite já pensar noutros passos, estando em preparação a possibilidade de as consultas desta tipologia serem realizadas através de videochamada com partilha de imagem em tempo real. “Será um avanço importante, permitindo alargar ainda mais o tipo de situações em que os nossos utentes tenham uma consulta médica sem necessidade de se deslocarem ao Hospital”, conclui Ana Monteiro.

<https://hff.min-saude.pt/a-pandemia-e-a-nova-realidade-teleconsultas-medicas-de-especialidade-vieram-para-ficar-no-hff/>

ANEXOS LVXVI - Notícias /Comunicações do Hospital -D66

18 de Fevereiro de 2021

Os Auxiliares de Ação Médica têm variadas funções, todas elas imprescindíveis para o funcionamento dos serviços de saúde. Hoje partilhamos consigo o trabalho dos Auxiliares de Ação Médica de Transporte de Doentes do Serviço de Imagiologia.

As principais funções desta equipa são a de transportar todos os doentes internados (em camas, macas ou cadeira de rodas) desde a enfermaria onde se encontram até ao serviço onde vão realizar diversos exames. Nomeadamente doentes que necessitem de realizar qualquer exame radiológico, desde RX, Ecografias, TAC, Ressonância Magnética, Cateterismo, etc.

Depois de realizados os exames efetuam o retorno do utente até a enfermaria de origem. Diariamente cada Auxiliar deste serviço percorre em média seis quilómetros apenas num turno.

A COVID-19 trouxe novos desafios a esta equipa, uma vez que uma grande parte dos doentes transportados para realização deste tipo de exames são doentes infetados pelo novo coronavírus. O trabalho realizado é de enorme proximidade e implica, muitas vezes, contato físico com o doente.

Mas mesmo em tempo de pandemia não deixam de dar a todos os doentes uma palavra de alento, conforto e esperança. São também os próprios doentes que lhes dão força e ânimo nesta luta desigual contra a pandemia.

“É um orgulho enorme fazer parte desta equipa, a dedicação, empenho e sacrifício de todos tem sido admirável. O trabalho nos últimos meses tem sido muito árduo, o nosso Hospital chegou a registar o maior número de internados com COVID de todo o país e isso também se refletiu no nosso trabalho, como é evidente, com um grande aumento de transportes necessários para a realização de exames”, refere Luís Parreira coordenador dos Auxiliares Ação Médica de Transporte de doentes do Serviço de Imagiologia.

“Cada obstáculo que se nos apresenta só nos dá mais força e motivação para continuarmos todos os dias a dar o melhor de nós por todos os nossos utentes”, diz Luís Parreira.

<https://www.facebook.com/Hospitalfernandofonseca/photos/pcb.887465678494198/887465015160931>



ANEXOS LVXVII - Notícias /Comunicações do Hospital -D67

20 de Fevereiro de 2021

Hospital Amadora-Sintra: Aqui ninguém morre sozinho

Rui Gustavo, Nuno Fox

20/02/2021

Covid-19. O Expresso entrou no Hospital Amadora-Sintra, onde o vírus matou 357 pessoas num ano. Na Enfermaria 1, a primeira só para covid, todos têm oportunidade de se despedirem. Há 211 internados (já foram 385), mas os profissionais ainda têm medo de ter esperança

© Expresso O doentes com covid só veem olhos atrás de máscaras e quando acordam do coma induzido estão muito desorientados. “É assustador”, admite um enfermeiro

Primeira regra: os doentes com covid-19 não podem receber visitas em nenhuma circunstância. Se morrerem, são colocados em dois sacos de plástico branco e depois num caixão selado. Apesar de a lei permitir que as urnas sejam abertas durante as cerimónias fúnebres, isso muito raramente acontece.

Mas, na Enfermaria 1 do Hospital Fernando Fonseca (Amadora-Sintra), a exceção é a regra: “No início da pandemia estávamos todos a aprender sem saber bem o que fazer, mas rapidamente percebemos que era muito pior para as famílias, para os doentes e consequentemente para nós que as pessoas partissem sem se despedirem da família”, conta a enfermeira-chefe Fernanda Bessa, do Serviço de Infeciologia, que há cerca de um ano só trata de doentes com covid. “Quando percebemos que a hora está a chegar, falamos com a família e com o doente, explicamos quais são as opções, e se as pessoas quiserem podem tocar-lhe e vê-lo pela última vez.”

<https://www.msn.com/pt-pt/noticias/ultimas/Hospital-amadora-sintra-aqui-ningu%C3%A9m-morre-sozinho/ar-BB1dRzJW?ocid=msedgdhp>

Diário da Primeira Linha no combate à COVID-19 – Santiago Nascimento Filho

18 Março, 2021

Santiago Nascimento Filho, trabalhador de limpeza Hospitalar nas Unidades de Cuidados Intensivos do HFF, partilha o que tem sido este seu último ano no combate à COVID-19. Num conjunto de publicações, partilhadas nas redes sociais do HFF, conta-nos como passou de “sushi-man” num restaurante em Lisboa para a Primeira Linha no combate a esta pandemia.

Não deixe de ler este segundo testemunho que aqui partilhamos.

Pode aceder aqui a outros testemunhos:

Diário da Primeira Linha no combate à COVID-19 – Suse Antunes

Regressaremos brevemente com mais testemunhos dos profissionais da Primeira Linha do HFF.

1|PRIMEIRA LINHA – DE “SUSHI-MAN” PARA OS CUIDADOS INTENSIVOS

A vida de Santiago Nascimento Filho mudou radicalmente há um ano. No final de março de 2020, a pandemia e o primeiro confinamento da economia empurraram-no para os anúncios de ofertas de emprego na Internet. E, em poucas horas, Santiago Filho passou de ‘sushi-man’ num restaurante de Lisboa a trabalhador de limpeza Hospitalar das Unidades de Cuidados Intensivos COVID-19 do Hospital Professor Doutor Fernando Fonseca (HFF).

Com 36 anos e sorriso de garoto, Santiago afirma que chegou ao HFF e sem ideias pré-concebidas sobre a tarefa que o esperava. Garante que foi sempre muito bem acolhido na equipa da linha da frente do combate à pandemia, e que se sente como uma peça-chave de uma grande equipa.

O último ano mudou a maneira como encara a vida e Santiago não hesita em querer continuar a ser Profissional de Saúde e que tem o sonho de ser Enfermeiro. Aqui deixamos o seu testemunho e profundo agradecimento.

“Sou da região do Nordeste brasileiro, natural da cidade de João Pessoa, no Estado da Paraíba. Cheguei a Portugal há mais de quatro anos, pela mão de um amigo de infância, que estava sempre a insistir para eu vir conhecer a cidade de Lisboa. E eu respondia sempre: ‘Um dia eu vou, meu amigo’. Acabei por vir, com a ideia de fazer umas férias e Turismo e por cá fiquei. Gosto muito de Portugal!

Antes de trabalhar no Hospital, era ‘sushi-man’ num restaurante de Lisboa. Bom, na verdade, eu fazia um bocadinho de tudo, mas essencialmente o meu trabalho era na cozinha, na preparação. Trabalhava com este meu amigo. Estive ao serviço mais de três anos, e foi uma experiência muito boa – a nossa amizade nunca foi abalada pelo trabalho e o restaurante era e continuará sempre a ser como uma família. Mas a

pandemia chegou a Portugal e o restaurante foi muito afetado pelas restrições do primeiro confinamento. Fui forçado a procurar um outro emprego.”

2 | SINTO QUE SOU UMA PEÇA-CHAVE DESTA EQUIPA

“Como já tinha alguma experiência em ambiente Hospitalar – no Brasil trabalhei na receção de um Hospital – não hesitei em responder a uma oferta de trabalho para este Hospital, que encontrei certa manhã, em março passado, num anúncio na internet. Fui contactado no mesmo dia, da parte da tarde, e embarquei nesta aventura.

Cheguei ao HFF e a este posto de limpezas sem ideias pré-concebidas. Queria trabalhar, manter o foco no trabalho, cumprir o meu papel. Fui muito bem orientado na Central de Limpeza – com formação muito completa sobre desinfeções e tudo mais que este trabalho implica, porque iria trabalhar para as Unidades de Cuidados Intensivos (UCI).

Quando entrei pela primeira vez dentro de uma Unidade de Cuidados Intensivos COVID... foi um choque! É duro, muito duro! Agora, entro quase todos os dias nas unidades COVID – faz parte do meu trabalho. Visto o fato de proteção completo, recolho lixos e resíduos contaminados, faço desinfeções. Lido com esta realidade todos os dias.

Nunca estive doente, felizmente não fui infetado pela COVID-19. A segurança é muito apertada na UCI e em todo o Hospital, e nunca houve qualquer falta de material de proteção, como luvas, máscaras ou fatos de proteção. Também nunca facilitei, porque é uma grande responsabilidade que está nas mãos de cada um de nós.

Não sinto que tenho um trabalho menor. O meu trabalho contribui para a segurança de todos os profissionais. Sinto-me sempre muito bem acolhido, e que o meu trabalho é valorizado. Cada um de nós é uma peça fundamental para o sucesso ao combate desta pandemia. Sinto isso – que sou uma peça-chave desta equipa também. Sem o meu trabalho o trabalho dos médicos, enfermeiros seria prejudicado.”

3 | QUERO CONTINUAR A SER PROFISSIONAL DE SAÚDE E QUERO EVOLUIR

“Este ano foi uma grande lição. Aprendi que quando nós estamos juntos podemos alcançar grandes feitos, podemos fazer muito pelas outras pessoas, pela nossa família, pelos nossos amigos, e pelo nosso futuro! A nossa ajuda, por mais pequena que seja, os nossos esforços, tudo aquilo que fazemos pelo bem, trará resultados. Não podemos desistir. Temos de continuar em frente, unindo as nossas forças. Num futuro sei que todo este esforço dos profissionais de saúde será compensado.

Quero continuar a ser profissional de saúde. Quero muito evoluir.

Gostava de ser enfermeiro – estou sempre ao lado dos enfermeiros no serviço, as fronteiras entre médicos, enfermeiros, auxiliares e mesmo pessoal da limpeza esbateram-se muito, mudou completamente – somos uma comunidade, uma família que se ajuda uns aos outros.

Quando saio do trabalho sou a mesma pessoa, o mesmo Santiago. Claro que a pressão atenua, é um alívio voltar à “vida normal”, poder descansar na minha casa, poder ler um livro, ouvir uma música, sabendo que amanhã recomeça tudo de novo. Mas algo mudou na minha vida mudou e é algo muito, muito positivo. Eu vejo a vida de uma forma diferente. A vida é um bem, cada momento da vida deve ser valorizado”



<https://hff.min-saude.pt/diario-da-primeira-linha-no-combate-a-covid-19-santiago-nascimento-filho/>

ANEXOS LVXIX - Notícias /Comunicações do Hospital -D69

25 de Fevereiro de 2021

Pare, Escute (se) e Olhe (se) nas Sessões de Relaxamento do Departamento de Saúde Mental do HFF

O Departamento de Saúde Mental do (HFF) implementou desde o início de fevereiro sessões de relaxamento para os profissionais de saúde, com o objetivo da promoção do seu bem-estar e resiliência. Estas sessões inovadoras têm a duração de 15 minutos e têm sido realizadas nas próprias instalações dos Serviços, com a intervenção de Psicomotricistas do Serviço de Psiquiatria do HFF.

Pretende-se trazer à consciência dos profissionais de saúde o seu corpo, que é também o seu principal instrumento de trabalho. Esta iniciativa surge em sequência da mobilização total de médicos, enfermeiros e assistentes operacionais do HFF na assistência aos doentes infetados pela COVID-19 durante os primeiros dois meses do ano. Neste período, os profissionais de saúde do nosso Hospital enfrentaram e responderam situações muito marcantes a nível pessoal e profissional, que exigiram um grau de exigência física e psicológica extremo. É deste contexto único que nasce esta iniciativa.

Trata-se de uma pausa energizante, num momento que é integralmente dedicado aos profissionais de saúde e no qual são o foco de cuidados. Poder parar, escutar e cuidar do corpo, libertar tensões acumuladas, e adquirir técnicas muito simples de controlo da ansiedade, que podem depois ser replicadas noutros momentos, são os objetivos principais desta iniciativa de terapia de mediação corporal.

"Esta é uma forma simples de mostrarmos que estamos aqui para eles, que nos preocupam, e que o Departamento de Saúde Mental do HFF tem ao dispor um conjunto de ferramentas e ajudas integradas pensadas especificamente para ajudar os profissionais de saúde a sentirem-se melhor e equilibrados neste contexto tão adverso", refere Teresa Maia Diretora do Departamento de Psiquiatria do HFF.

Paralelamente a esta abordagem, o Departamento de Saúde Mental do HFF disponibiliza também apoio emocional individual ou em grupo, através de contacto direto com os profissionais do Serviço ou da Linha de Apoio Emocional aos Profissionais de Saúde.



<https://www.facebook.com/Hospitalfernandofonseca/photos/pcb.891286924778740/891286241445475>

ANEXOS LVXX - Notícias /Comunicações do Hospital -D70

27 de Fevereiro de 2021

Muitos dos nossos utentes têm dirigido simpáticas palavras de reconhecimento ao (HFF) e aos seus profissionais. É com muita satisfação que partilhamos alguns desses agradecimentos, necessariamente anonimizados de acordo com a proteção de dados.

A vasta equipa do HFF agradece estes gestos de carinho. Embora a Instituição e os seus profissionais não façam mais do que a sua obrigação, verificarmos que o nosso trabalho é objeto de reconhecimento é um forte estímulo para que continuemos a dar, todos os dias, o nosso melhor. Bem-haja a todos os nossos utentes!

“FORAM ABSOLUTAMENTE INCANSÁVEIS NUNCA RECUSANDO UM PEDIDO”

“Infelizmente fui uma das muitas pessoas que contraíam COVID-19. Recorri ao HFF no dia 16 de janeiro. Atendido de imediato acabei sendo internado no serviço MEDICINAII A. Como é do conhecimento geral os cenários com que me deparei denotavam já naquela altura grande stress e apreensão. Grande afluência de pessoas com problemas respiratórios que facilmente se percebiam graves.

Apesar de exaustos, stressados, sem poderem sequer fazer uma pausa, todos os profissionais de saúde com quem me cruzei e me trataram, foram absolutamente incansáveis nunca recusando um pedido, oferecendo o seu trabalho e simpatia para todos os doentes. Para todos estes profissionais, gostaria de enviar os meus maiores agradecimentos, esperando que consigam continuar a encontrar forças para continuar este extraordinário trabalho.”

“EXCELENTE CUIDADOS DE SAÚDE QUE RECEBI”

“Venho deixar um enorme agradecimento ao serviço de ginecologia e obstetrícia, em particular à urgência e ao Bloco de Partos, pelos excelentes cuidados de saúde que recebi. A todos os profissionais de saúde que cuidaram do meu filho e de mim, o meu muito obrigada. Nas condições atuais relativas à pandemia, todo o empenho e dedicação têm ainda mais valor.”

“ESTAS ATENÇÕES SÃO FUNDAMENTAIS E PRECIOSAS”

“Deixo aqui o meu elogio em relação à forma como trataram o meu Pai em todos os serviços do Hospital por onde passou. Entrou nas urgências onde lhe diagnosticaram um AVC e perante este quadro teve que ficar internado. Por vivermos tempos de COVID, não o podemos visitar, mas os enfermeiros e médicos sempre nos colocaram a par do estado do meu Pai e, principalmente na Medicina II, onde ele ficou mais tempo, ligaram todos os dias a fazer ponto de situação.

Estas atenções são fundamentais e preciosas em alturas como estas, por isso muito obrigada a todos os profissionais. A mim, receberam-me sempre com um sorriso na cara e um ar leve e bem-disposto, desde a receção e seguranças nas Urgência e no internamento aos médicos e enfermeiros das enfermarias. Apesar de tudo, espero não vos voltar a ver tão cedo 😊”

<https://www.facebook.com/Hospitalfernandofonseca/photos/a.144434282797345/892585034648929/>

ANEXOS LVXXI - Notícias /Comunicações do Hospital -D71

01 de Março de 2021

A covid-19, o pós-pandemia e o SNS

Marco Ferreira

Há que refletir sobre tudo o que o SNS passou na pandemia, pois só assim poderemos sair mais fortes de toda esta tormenta

Muitas das consequências a longo prazo estão ainda por identificar com clareza. Como em muitas facetas nas nossas vidas, é nas circunstâncias mais desafiantes ou de maiores dificuldades que sobressai o que temos de bom e o que temos de menos bom. Isso sucedeu também no sector da saúde neste contexto pandémico, pelo que, quanto



mais não seja, os momentos que vivemos permitem-nos perceber onde melhorar no futuro, assim queiramos fazê-lo. Apesar de ainda vivenciarmos a pandemia em todo o país, com forte impacto económico, social e na saúde, há já aspetos que podemos assinalar, para que todos os *stakeholders* os possam pensar e analisar.

Um desses aspetos é a **coordenação entre os cuidados de saúde primários e os cuidados de saúde Hospitalares**. Apesar de todos os esforços de encurtar a distância entre ambos e de aumentar a articulação existente, o SNS continua a ser um sistema “Hospitalocêntrico”: todos os elementos que o constituem, todos os profissionais que o integram, reconhecem que vivemos o primado do doente, do cidadão e da sua família. Mas, na prática, são os hospitais e as suas idiossincrasias de funcionamento que compõem o centro do sistema.

Claro que os Cuidados de Saúde Primários (CSP), por estarem mais próximos do cidadão, deveriam ter um papel mais preponderante no nosso sistema de saúde. Contudo, fruto da forma como são feitos o

financiamento e o controlo/coordenação sobre os cuidados de saúde prestados à população, bem como das reformas dos CSP dos últimos anos, estes foram-se progressivamente isolando e afastando da realidade vivida pelos profissionais dos hospitais. Tal sucedeu com prejuízo para os utentes e para todo o sistema, que se torna assim menos eficiente. Não que a reforma dos CSP iniciada em 2005 não tenha trazido mais-valias para a saúde das populações: isso está demonstrado em vários trabalhos sobre os benefícios em saúde obtidos, por exemplo, pelas USF modelo B. Simplesmente não trouxe o que poderia e deveria ter trazido em termos de articulação com a prestação de cuidados nos outros níveis de saúde, nomeadamente e em particular o Hospitalar. A visão tem sido sectorial e em silos, em vez de integrada e unificadora.

A coordenação da resposta com os hospitais, o famoso chavão da “integração vertical dos cuidados de saúde”, que todos advogam e nem todos praticam, é uma luta diária para quem gere um Hospital e está ainda longe de ser uma realidade enraizada em todo o SNS. Existem ótimos projetos que se desenvolvem um pouco por todo o país neste domínio, mas que deveriam ser mais do que projetos isolados.

Os caminhos a seguir podem ser diversos, mas a utilização de um financiamento por capitação que acompanhe o utente nos vários níveis de cuidados, como ocorre, em parte, nas Unidades Locais de Saúde, modulado pelos ganhos em saúde obtidos, poderá ser uma solução. Esta metodologia poderá promover os resultados, a efetividade e a eficiência de todo o sistema de saúde. Caso não se altere o rumo atual e todos os atores da saúde assumam não sair das suas zonas de conforto e encontrar novos modelos de coordenação, acentuaremos as distâncias e as clivagens entre cuidados de saúde primários e Hospitalares. Tal sucederá com claro prejuízo dos cidadãos, tanto na qualidade dos cuidados que recebem como na eficiência de todo o sistema de saúde.

Da mesma forma, a **resposta dos hospitais carece de uma coordenação consistente e eficaz**: a tão falada resposta “em rede”, que não se resume às redes de referência Hospitalar, frequentemente usadas para mediar atritos surgidos na transferência de doentes entre instituições. A mesma resposta coordenada, que penso ser vital entre CSP e hospitais, é também fulcral entre os próprios hospitais. Por que razão mantemos hospitais claramente subdimensionados a servir populações que ultrapassam largamente a sua capacidade de resposta, por exemplo nos serviços de urgência (mas não só)? Por que razão é tão difícil em algumas regiões criar Urgências Metropolitanas em especialidades cuja escassez de médicos torna insustentável que se pretenda que existam em todos os hospitais?

A manifesta assimetria entre as taxas de esforço dos hospitais na resposta aos doentes COVID - verificada desde sempre na região de Lisboa e Vale do Tejo e agravada desde dezembro passado com uma nova vaga pandémica - é outro facto que mostra claramente a necessidade da melhoria da articulação entre as instituições Hospitalares. Seguramente que todos os gestores Hospitalares deram o seu melhor e procuraram acima de tudo salvaguardar a resposta aos seus utentes, mas é necessário que exista uma visão macro e que consiga tornar o somatório do contributo de todos os hospitais numa efetiva mais-valia para o SNS e para todos os cidadãos.

Nos dois pontos focados anteriormente há uma característica comum: a falta de uma resposta coordenada. Ora, quando na época pré-covid se considerava serem as Administrações Regionais de Saúde (ARS) a coordenar todas as respostas nos vários níveis de cuidados, a pandemia mostrou várias fragilidades a este nível, pelo menos no caso da Região de Lisboa e Vale do Tejo, em que a meu ver

não foi capaz de corporizar o necessário comando no terreno para tornar a resposta das várias instituições una, eficiente e efetiva. Não estão em causa os elementos que a constituem, que fique bem claro, pois muitos deles são excelentes profissionais com longas carreiras no SNS. Provavelmente, o que originou maiores dificuldades em alinhar as respostas destas instituições terá sido o labirinto jurídico criado ao longo do tempo sobre os estatutos dos vários modelos de organização Hospitalar, ao atribuir a muitas destas organizações “autonomia” de ação com uma latitude que muitos descobriram agora ter.

Sucede que, num contexto de crise, tende a mais facilmente sobressair a lógica de salvaguarda do interesse particular das instituições e menos a lógica do interesse da resposta em grupo. Assim, uma efetiva intervenção supra hospitalar é fundamental para moderar individualismos e para corrigir assimetrias. Os modelos de coordenação futura poderão passar pelas ARS ou por outras entidades, podendo implicar a alteração do estatuto jurídico dos hospitais ou da sua articulação com as ARS. Contudo, qualquer que seja o modelo, terá necessariamente de funcionar de forma mais ágil, permitindo uma capacidade efetiva para implementar no terreno as deliberações dos decisores.

É igualmente importante salientar o papel que as **instituições de saúde privadas ou do sector social** foram progressivamente desempenhando durante a pandemia. Por razões várias, a colaboração prestada ao SNS foi assimétrica regional e temporalmente. Contudo, restam neste momento poucas dúvidas que as linhas de possível colaboração são diversas e não devem ser ignoradas, quer na resposta à pandemia de COVID-19, quer na participação na recuperação da atividade programada do SNS que não foi realizada devido à pandemia. Esta cooperação deve ser baseada em moldes de colaboração rigorosos e claros, definindo as áreas em que tal pode ocorrer e sem comprometer a carteira de serviços do SNS e os seus recursos próprios. Com uma colaboração sinérgica e não apenas comensal - em que muitas vezes o SNS sai a perder por ter, em vários aspetos, menor capacidade de atração de recursos humanos - os sectores privado e social podem desempenhar um papel importante na resposta às necessidades de saúde das populações.

Independentemente de ideologias políticas ou de ideias pré-concebidas que possamos ter, é fundamental que se discutam estes temas nos tempos que se avizinham. Se tal não for feito, num período em que estão ainda bem vivas as dificuldades que todos na área da saúde sentem, perder-se-á uma oportunidade única nas nossas gerações. É necessário garantir que numa próxima pandemia – pois é seguro que existirá uma próxima – não estejamos predestinados a cometer os mesmos erros do passado. Mas para que isso não seja uma inevitabilidade, há que aprender com tudo o que passámos e decidir com base na reflexão desapaixonada de dados objetivos. Só assim, e uma vez curadas as feridas desta pandemia, poderemos sair mais fortes de toda esta tormenta.

<https://expresso.pt/opiniao/2021-03-01-A-covid-19-o-pos-pandemia-e-o-SNS-236cc3a3>

03 de Março de 2021

Diretora Clínica do HFF participa em debate da TSF

3 Março, 2021

Numa iniciativa inédita, as principais marcas de informação do Global Media Group (TSF, Jornal de Notícias, Diário de Notícias, Dinheiro Vivo e O Jogo) lançaram um olhar sobre o futuro do país após a pandemia. Isto quando se assinala um ano do surgimento do primeiro caso COVID-19 em Portugal.

Nestas emissões em direto foram vários os debates e os convidados. O mote para o debate entre Ana Valverde, diretora Clínica do Hospital Professor Doutor Fernando Fonseca (HFF), e Mónica Bettencourt-Dias, diretora do Instituto Gulbenkian da Ciência foi: “Um ano de COVID-19 em Portugal, um olhar para o futuro”.

A diretora clínica do HFF quando questionada sobre o que mais a surpreendeu neste último ano, e qual a principal lição para o futuro referiu que “provavelmente foi a experiência mais dura, enquanto médicos, das nossas vidas, o que mais nos surpreendeu foi o espírito de resiliência e capacidade de resistência do ser humano. Não apenas dos médicos, mas também dos doentes. A resistência, o corporativismo [espírito de equipa] e a solidariedade são valores que foram bem patentes e foi o que permitiu, apesar de tudo, continuar em frente e fazer face às dificuldades que foram muitas.” **Face a esta afirmação, foi questionada pelo moderador se não esperava tanto por parte do corpo clínico do HFF, mas a resposta foi elucidativa: “Esperava, mas excederam as minhas expetativas, sem dúvida!”**

Ana Valverde abordou também o papel crucial de repensar o modelo de organização da saúde, referindo que “(...) esta organização em rede que teve de acontecer será para continuar e melhorar. Não estou só a falar da rede inter-Hospitalar, é a rede de cuidados integrados que passa desde os cuidados saúde primários, hospitais e a rede social (casos sociais), é preciso uma integração dos cuidados focados no doente.”

<https://hff.min-saude.pt/diretora-clinica-do-hff-participa-em-debate-da-tsf/>

ANEXOS LVXXIII - Notícias /Comunicações do Hospital -D73

22 de Março de 2021

Balanço de um ano de COVID-19

22 Março, 2021

HFF foi dos Hospitais mais pressionados pela pandemia de toda a região de Lisboa

31.320 atendimentos no Serviço de Urgência – Área Dedicada a Doentes Respiratórios (dos quais um terço, ou 28%, foram transportados por ambulância)

3.120 internamentos de doentes em Enfermarias dedicadas à COVID-19

301 pacientes internados nas Unidades de Cuidados Intensivos

5 milhões de euros investidos em infraestruturas e equipamentos Hospitalares de combate à COVID-19

O Hospital Professor Doutor Fernando Fonseca (HFF) cumpriu no passado dia 19 de março um ano de combate à COVID-19, uma data simbólica que assinala o primeiro caso confirmado de infeção do Hospital e o início de uma batalha sem precedentes contra a pandemia nesta unidade Hospitalar que serve seis por cento da população portuguesa, residente nos concelhos da Amadora e Sintra.

Com um total acumulado de 31.320 atendimentos no Serviço de Urgência – Área Dedicada a Doentes Respiratórios (dos quais quase um terço, 28%, foram transportados por ambulância), 3.120 internamentos de doentes em Enfermarias dedicadas à COVID-19, e 301 pacientes cuja evolução da infeção por SARS-CoV-2 obrigou à transferência para os Cuidados Intensivos (dados acumulados de 19 de março de 2020 a 15 de março de 2021), o HFF evidencia-se como um dos Hospitais mais pressionados pela evolução da pandemia COVID-19 em toda a região de Lisboa e Vale do Tejo. O balanço do último ano revela que as urgências respiratórias do HFF e os internamentos de pacientes COVID-19 em Enfermaria no HFF atingiram em alguns momentos, inequivocamente, máximos de toda a região.

Efetivamente, ao longo deste ano, os profissionais de saúde do HFF enfrentaram, sem tréguas, quatro vagas da pandemia COVID-19: março-abril 2020; maio-junho 2020; outubro-dezembro 2020; e janeiro-fevereiro 2021. Nos últimos 12 meses foram realizados no HFF 82 mil testes PCR por esfregaço nasofaríngeo para detetar SARS-CoV-2, cuja taxa de positividade foi de 8,6%.

A 26 de janeiro, com 385 doentes COVID-19 internados em enfermaria – uma taxa de esforço COVID-19 de 62% do total de camas disponíveis do Hospital – registou-se o pico histórico de assistência do HFF à pandemia e, entre 14 e 16 de fevereiro, foi atingido o máximo histórico de 42 doentes COVID-19 internados nas unidades de cuidados intensivos COVID-19 do HFF.

Do lado oposto do ciclo da vida, o HFF realizou 144 partos de grávidas infetadas por COVID-19 no último ano, e nasceram três recém-nascidos positivos para COVID-19 no Hospital.

Reforço de recursos humanos

Ao longo dos últimos 12 meses, o número de profissionais de saúde ao serviço no HFF foi reforçado. Foram contratados um total de 118 novos profissionais – registando-se um saldo acumulado nos últimos 12 meses de mais 1 médico, 26 enfermeiros, 33 assistentes operacionais, 25 técnicos de diagnóstico e terapêutica e 15 administrativos

No balanço de um ano de pandemia no HFF há a registar um total de 468 profissionais de saúde infetados por COVID-19 (114 médicos, 185 enfermeiros, 151 assistentes operacionais e 18 técnicos de outras especialidades). O número acumulado sobe para 566, contabilizando profissionais com outras funções, de um total de 3200 trabalhadores.

Investimentos no combate à COVID-19

Nos últimos 12 meses o HFF reforçou o parque de equipamentos de diagnóstico e apoio à COVID-19, num investimento que ascende a 2,4 milhões de euros, e dos quais se destacam, entre outros, o aumento de 47 ventiladores, 48 ventiladores não-invasivos, 163 monitores multiparamétricos, 1 TAC de última geração, e 2 equipamentos de RX. Ao nível do reforço das infraestruturas Hospitalares para o combate à pandemia, o HFF investiu mais de 2,3 milhões de euros no último ano, para aumentar o seu nível de assistência à população. Em tempo recorde, o HFF construiu um novo serviço de urgência dedicado a doentes respiratórios e uma nova unidade de cuidados intensivos. Destaca-se ainda a criação da nova Unidade de Hospitalização Domiciliária e o reforço da rede e tanques de oxigénio medicinal. O combate à COVID-19 também se traduz no HFF em grandes números de consumíveis utilizados pelos seus profissionais da linha da frente: foram usados, entre outros, 16,3 milhões de pares de luvas cirúrgicas, 2,28 milhões de máscaras de proteção de nível 2, um milhão de batas de proteção, e 174.550 EPI – equipamentos de proteção individual, num investimento total acumulado de cerca de 9 milhões de euros.

Assistência HFF aos Doentes Não-COVID-19

A assistência a doentes não-COVID foi igualmente uma prioridade para o HFF no último ano. Não obstante a pressão e o nível assistencial recorde do HFF no combate à pandemia, que obrigou a uma alocação de recursos humanos e instalações para o tratamento aos doentes infetados pelo SARS-CoV-2, em particular para os cuidados intensivos, foram realizadas 131.444 consultas médicas e 9.498 cirurgias.

Apesar da pressão da pandemia de COVID-19, foi possível manter três salas do bloco operatório do HFF abertas e em operação (atualmente estão cinco em funcionamento), garantindo, assim, as cirurgias oncológicas prioritárias e as cirurgias de trauma e urgentes.

Durante os últimos 12 meses de combate à pandemia, o HFF realizou ainda uma intervenção geral de remodelação do bloco operatório central, num investimento de 1,8 milhões de euros, e encontra-se, também, e no âmbito do programa POSEUR, a realizar a reabilitação da fachada e cobertura do Hospital, duas obras que ascendem a 2,9 milhões de euros.

Marco Ferreira, Presidente do Conselho de Administração do HFF, que tomou posse apenas oito dias antes da admissão do primeiro caso COVID-19 confirmado no Hospital, faz um balanço dos últimos 12 meses: ***“O ano em que o HFF comemorou 25 anos de existência é marco na história deste Hospital. Fomos um dos Hospitais da região de Lisboa mais fustigados pela COVID-19 nos últimos 12 meses e ainda assim conseguimos, devido a um trabalho de equipa exemplar, um conjunto de feitos notável num contexto de uma adversidade nunca antes vivido na história do SNS.”***

O Presidente do Conselho de Administração do HFF deixa também uma nota de agradecimento a todos os profissionais do Hospital: ***“Ao longo do último ano, os profissionais de saúde do HFF estiveram por quatro vezes no centro do furacão. Vivemos os momentos mais desafiantes e angustiantes das nossas vidas profissionais durante a última vaga da pandemia, com uma mobilização quase total de recursos humanos para o combate à pandemia, essencial para enfrentar o número recorde de utentes que acorreram aos nossos serviços de urgência e que, posteriormente, foram admitidos para internamento em enfermaria e cuidados intensivos. Apesar de não sermos o maior Hospital da região fomos capazes de uma grande capacidade de superação e resiliência para dar a melhor resposta possível a cada um dos nossos doentes. Em momento nenhum desistir foi uma opção. Sei que, no final da pandemia, os profissionais do HFF poderão sem hesitações ter um sentimento de dever cumprido, e de tudo termos feito pelos nossos utentes. Essa será a nossa grande vitória.”***



Reportagem nas urgências Covid-19 do Hospital Professor Doutor Fernando Fonseca. © Nuno Fox

<https://hff.min-saude.pt/balanco-de-um-ano-de-covid-19/>

ANEXOS LVXXIV - Notícias /Comunicações do Hospital -D74

10 de Março de 2021

Núcleo Contra a Dor do HFF transforma EPI em fantasias!

O Núcleo Contra a Dor (NCAD) do Departamento da Criança e do Jovem do Serviço de Pediatria do

(HFF) pôs a imaginação e mãos à obra e criou material para humanizar o seu trabalho, tornando assim os Equipamentos de Proteção Individual (EPI) que utilizam mais animados. As soluções encontradas foram originais: bonecos temáticos para colocar por cima das viseiras e "bigodes" para as máscaras cirúrgicas.

Os profissionais do NCAD quiserem tornar o local de trabalho e o contacto com as crianças mais humanizado. O objetivo é ultrapassar a "frieza" dos EPI, os quais são assustadores para muitas crianças!

Mesmo com proteção, os profissionais do HFF mostram que é possível manter a brincadeira e o conforto! Não deixe de ver o vídeo desta louvável iniciativa!



<https://www.facebook.com/Hospitalfernandofonseca/videos/802946420296395>

ANEXOS LVXXV - Notícias /Comunicações do Hospital -D75

30 de Março de 2021

Testemunho de António Filipe Nunes, TSDT no HFF, no Jornal de Notícias

30 Março, 2021

António Filipe Nunes, técnico superior de diagnóstico e terapêutica no Serviço de Imagiologia do (HFF), é um dos participantes numa reportagem do Jornal de Notícias sobre a terceira vaga da pandemia. Nesta série de oito testemunhos, os profissionais de saúde falam sobre os efeitos por SARS-CoV-2 que transformou as suas vidas pessoais e profissionais.

Aqui transcrevemos o seu testemunho:

“É desgastante, fisicamente é muito desgastante, o cansaço é cada vez maior, sente-se em todo o lado, na pele, no corpo, na cabeça, vê-se na cara, na minha e na dos meus colegas, técnicos, médicos, enfermeiros, auxiliares, maqueiros, andamos todos esgotados. E psicologicamente, a vemos a degradação dos doentes, que chegam cada vez mais, e cada vez mais incapazes, sim, é cada vez pior. E vai continuar tudo a aumentar – dantes, faz agora quase um ano, fazíamos 20 a 30 exames de radiologia por dia; agora andamos a fazer 80 a 90 todos os dias.

Chamo-me António Filipe Nunes, tenho 30 anos, sou técnico superior de diagnóstico e terapêutica e trabalho no Serviço de Imagiologia do Hospital Fernando Fonseca, o Amadora-Sintra, o maior Hospital público do país, com o maior número de internados com covid do país. Não me arrependo do caminho que escolhi, é pesado, mas é o meu, isto não é só uma profissão, é também dedicação. Mas esgota, esgota mesmo trabalhar assim. Eu segui a minha mãe, que é enfermeira, e os enfermeiros são os profissionais mais próximos dos doentes. Eu escolhi uma área mais distanciada da emoção, julgava eu. Enganei-me bem, não vejo só as fichas asséticas de raios-X e TAC dos doentes, vejo as pessoas, falo com elas, vejo a sua evolução, e o stress emocional é permanente, é gigante.

Não fico enraivecido, a raiva não serve de nada, por isso só nos resta uma coisa, que é das poucas que ainda nos deixam fazer: continuar a trabalhar.

Circulam aqui milhares de histórias, que são lições diárias de vida, que nos ajudam a relativizar as nossas vidas, as nossas pequenas preocupações e que nos ajudam a aguentar. Lembro-me bem de uma das primeiras mortes aqui com covid. Era uma senhora de 60 anos que chegou para fazer um exame. Reconheci-a logo, fora minha professora no secundário. Falamos e parecia bem. Fizemos a TAC ao abdómen e ao tórax, e vimos uns sinais estranhos. Seguimo-la. A evolução foi fulminante. Em menos de uma semana morreu. Não pudemos fazer nada. Foi um choque. Fiquei traumatizado.

Há outra mulher que nunca esquecerei, 80 anos, tinha partido o pulso, chegou ao raio-X. Engraçou logo comigo. Disse-me que eu parecia um neto dela. E depois começou logo a chorar. Ela contou. Tinha acabado de perder o marido. Ele só viera fazer uma colonoscopia. Mas já estava infetado com covid. E em poucas horas piorou tanto que morreu. Ela não conseguiu despedir-se dele. Foi uma coisa de rachar ao meio o coração.

Agora transporto estas histórias sempre comigo, também são o meu património emocional.

Mas: como é que isto nos aconteceu? Fomos tão bons na primeira fase da pandemia que acreditei que ia ser sempre assim, que íamos ser diferentes, que íamos ser melhores. E estava cheio de orgulho. Enganei-me. E agora não consigo conformar-me com o comportamento tão irresponsável de tanta gente, como ainda vimos este Natal – e nem acho que a culpa seja do Governo, o Governo não pode pôr um polícia em cada casa; não, a culpa é mesmo de cada um. E fico triste. E desanimado. E desiludido. Mas não fico enraivecido, a raiva não me serve de nada, nem a ninguém. Por isso, só nos resta uma coisa, que é das poucas coisas que ainda nos deixam fazer: é continuar a trabalhar, e trabalhar com toda a força que houver.”

Pode aceder aqui a este trabalho jornalístico, bem exemplificativo e ilustrativo dos sentimentos vividos, e ainda bem presentes, por quem tem estado na linha-da-frente do combate a este vírus:

Reportagem JN “Olhar o Vírus na linha da frente”

<https://hff.min-saude.pt/testemunho-de-antonio-filipe-nunes-tsdt-no-hff-no-jornal-de-noticias/>

HFF “foi pioneiro” no tratamento de doentes COVID-19 com ventilação não invasiva

13 Abril, 2021

Fernando Rodrigues, médico e diretor do Serviço de Pneumologia do Hospital Professor Doutor Fernando da Fonseca (HFF), foi entrevistado pela Agência Lusa. O pneumologista destacou o importante papel que o HFF tem desempenhado no combate à COVID-19, afirmando que o Hospital “foi pioneiro a nível do país, e mesmo a nível internacional, no tratamento destes doentes com ventilação não invasiva, em que não é preciso introduzir um tubo nasotraqueal”.

Realça ainda que o HFF é “o Hospital no país que teve a maior experiência em doentes com a infeção SARS-CoV-2 em que conseguimos evitar que fossem para os cuidados intensivos porque utilizamos a ventilação não invasiva”. Esta estratégia de tratamento permitiu assim que os cuidados intensivos do HFF não entrassem em rotura na fase mais crítica da última vaga da pandemia.

Transcrevemos na íntegra a reportagem, **à qual pode também aceder através do site da Agência Lusa.**
“Doentes com cancro estão a chegar muito tarde ao Hospital”

“Doentes com cancro estão a chegar ao Hospital em fases tão tardias da doença, que “praticamente já não é possível” tratar, alertou o diretor do Serviço de Pneumologia do Hospital Amadora-Sintra.

Em entrevista à agência Lusa, Fernando Rodrigues contou que, relativamente aos doentes não covid-19, a sensação existente é que não foram ao Hospital e que agora que estão a ir, “já têm a sua doença mais desenvolvida, sobretudo, o cancro do pulmão”.

“Temos constatado que existem doentes que por não poderem vir nesta fase ao Hospital, a sua doença neoplásica evoluiu para um estágio que praticamente já não é possível fazermos nada”, lamentou o pneumologista.

“E, portanto, esses doentes estão a pagar essa fatura de na altura não poderem recorrer ao Hospital”, vincou Fernando Rodrigues.

Agora que a epidemia abrandou, defendeu, “é hora de recuperar os doentes não covid que nos preocupam, nomeadamente muitos doentes graves da nossa consulta de insuficientes respiratórios”, nomeadamente os que sofrem de doença pulmonar obstrutiva crónica e de outras patologias que “durante este ano praticamente desapareceram” das consultas de pneumologia.

“Nem sabemos muito bem em que situação é que alguns estão porque às vezes convocamo-los e não vêm às consultas e outros não sabemos exatamente como é que estão se não recorrerem ao Hospital ou se não forem enviados pelo médico de família”, adiantou.

Segundo o especialista, ainda permanece o receio dos doentes irem ao Hospital para uma consulta com medo de contrair a covid-19.

Contou que nas consultas que fazem por telefone dizem muitas vezes ao doente que seria preferível deslocarem-se ao Hospital a uma consulta presencial, mas muitos dizem que “é melhor esperar mais um pouco”.

Relativamente aos doentes covid-19, o pneumologista disse que o Hospital Fernando da Fonseca “foi pioneiro a nível do país, e mesmo a nível internacional, no tratamento destes doentes com ventilação não invasiva, em que não é preciso introduzir um tubo nasotraqueal”.

“Nós somos o Hospital no país que tive a maior experiência em doentes com a infeção SARS-CoV-2 em que conseguimos evitar que fossem para os cuidados intensivos porque utilizamos a ventilação não invasiva”, que é uma máscara adaptada a um aparelho que permite ventilar os doentes que têm insuficiência respiratória.

O Hospital já tinha “muita experiência” da utilização deste aparelho nos doentes respiratórios e conseguiu com isso evitar que os cuidados intensivos entrassem em rutura completa.

“Acho que o serviço de pneumologia e todo o Hospital estão de parabéns porque fizemos um trabalho notável para seguir estes doentes de uma área populacional muito grande (mais 600 mil habitantes), carenciada, com pessoas que têm baixos recursos económicos e sociais”, disse o especialista.

Para dar resposta aos doentes, houve “uma série de transformações” no Hospital, foram reinventados espaços para conseguir alojar os 3.120 pacientes covid que necessitaram de internamento, 301 em cuidados intensivos, desde o início da pandemia em março de 2020.

Um ano depois da pandemia começam a aparecer doentes com sequelas, tendo o Hospital criado uma consulta para doentes “pós-covid” que recebe pacientes de todas as especialidades.

“Temos visto casos menos graves, mas também casos graves em que existem sequelas que são permanentes e que vão ter repercussões futuras na vida do doente, porque ficou com fibrose pulmonar”, contou.

Também já têm alguns casos de doentes que desenvolveram a “pneumonia organizativa” que requer um tratamento para o qual ainda não há ‘guidelines’ seguras, “mas que em princípio passam por tratamento com terapêuticas corticosteroides”.

“Estes doentes têm uma panóplia de sintomas que podem ser sequelas da infeção covid-19 e, portanto, vamos afinar um protocolo para seguirmos estes doentes” e para que sejam acompanhados em consultas de especialidades, disse o diretor do Serviço de Pneumologia.”

<https://hff.min-saude.pt/hff-foi-pioneiro-no-tratamento-de-doentes-covid-19-com-ventilacao-nao-invasiva/>

ANEXOS LVXXVI - Noticias /Comunicações do Hospital -D76

02 de Maio de 2021

O (HFF) pretende reforçar os laços que o unem à comunidade, mais concretamente à população que serve. Tal visa aumentar os conhecimentos da população sobre a melhor forma de cuidarem e manterem a sua saúde, bem como sobre a melhor forma de recorrerem aos serviços desta Instituição.

Para tal, HFF e o “

Correio de Sintra

” unem-se numa parceria para aumentar o conhecimento da população em matérias de saúde. A competência técnica deste Hospital, numa área tão sensível como é a área da saúde, e capacidade do “

Correio de Sintra

” em chegar junto da população, aliam-se para um “O HFF perto de si”!

O HFF passa assim a dispor de um espaço regular de informação, de sua autoria, nesta publicação quinzenal gratuita que é distribuída por todo o concelho de Sintra e está também disponível em formato online. O primeiro artigo publicado é dedicado ao Acidente Vascular Cerebral (AVC).

Se ainda não recebeu na sua caixa de correio esta edição pode aceder online através da página do Facebook do “

Correio de Sintra

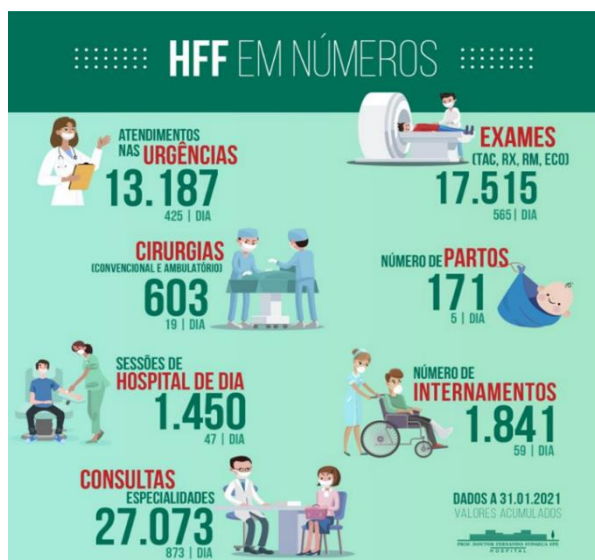
”.

Leia e partilhe esta informação que pode salvar vidas!

<https://www.facebook.com/Hospitalfernandofonseca>

ANEXOS LVXXVII - Notícias /Comunicações do Hospital -D77

O Hospital Professor Doutor Fernando Fonseca (HFF) trabalha todos os dias do ano, 24 horas por dia, para servir a comunidade. Nesta infografia damos a conhecer alguns dos principais indicadores da atividade desenvolvida no passado mês de janeiro.



ANEXOS E – OBSERVAÇÃO NÃO PARTICIPANTE

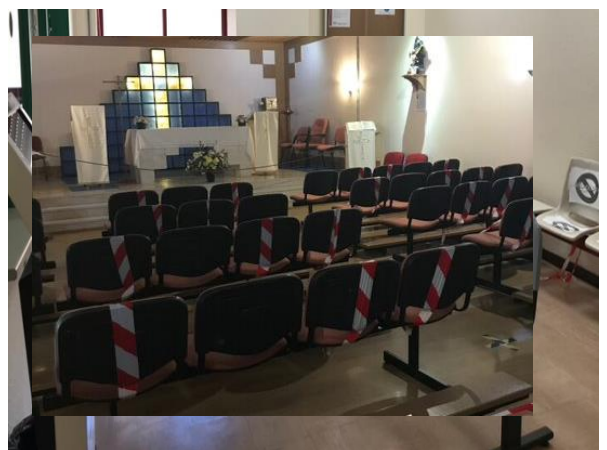
ANEXO 01– Fotos de um dos elevadores do Hospital demonstrativa das alterações que foram realizadas neste local. Imagem do folheto colocado no elevador e que possui regras e recomendações aos utilizadores. -



ANEXO 02 - Alteração dos circuitos nos serviços -



ANEXO 03 - Alteração das salas de espera-



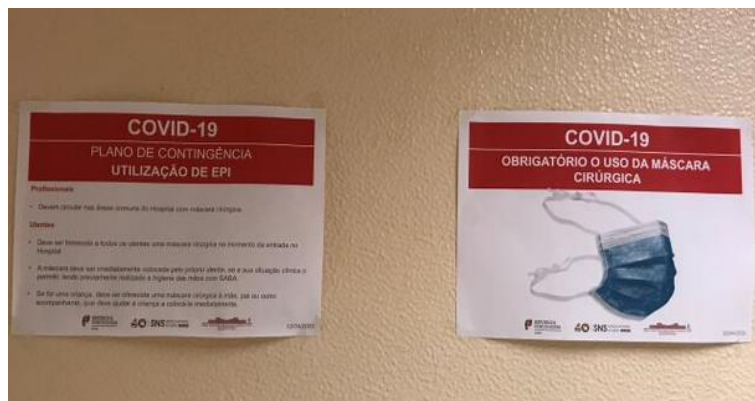
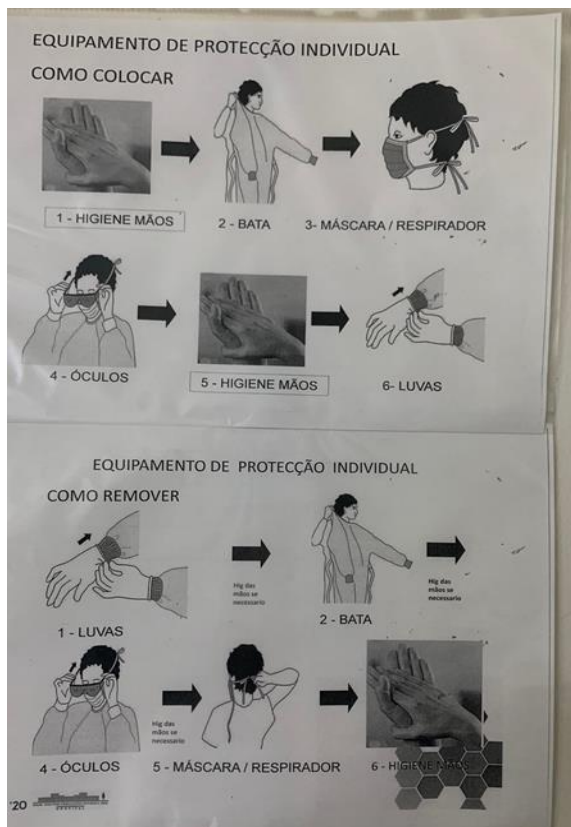
ANEXO O4- Mural com informação da revista geral do Hospital -



ANEXO O5- Mural com protocolos de alterações das visitas e com protocolos informativos relativos ao coronavírus 2019 –



ANEXO 06- Protocolos de como vestir e despir os EPI colocados em murais dos serviços –



ANEXO 07 - Protocolos de novos procedimentos nos murais dos serviços-

IT.0702/T.IMAG
Versão 01 de 2021/04/05
Rever até 2024/04

Serviço de Imagiologia
Higienização das salas de exames do Serviço de Imagiologia
Palavras Chave: Imagiologia; Higienização

1. OBJETIVOS
1.1. Definir as atividades envolvidas e os produtos a utilizar na higienização das salas de exames do Serviço de Imagiologia

2. ÂMBITO
2.1. AAM do Serviço de Imagiologia do Hospital Prof. Doutor Fernando Fonseca, EPE.

3. TERMOS E SIGLAS
AAM Auxiliar de Ação Médica
GCL-PPCIRA Grupo de Coordenação local - Programa de Prevenção e Controlo de Infecção e Resistência aos Antimicrobianos
SAMR Bactéria *Staphylococcus aureus* resistente à meticilina
KPC Bactéria *Klebsiella pneumoniae carbapenemase*
ESBL Bactérias produtoras de beta-lactamases de espectro estendido
MCDT Meios complementares de diagnóstico e terapêutica
ECG Eletrocardiograma

4. PONTOS IMPORTANTES
4.1. A limpeza consiste no processo de remoção da sujidade o que inclui a remoção de microrganismos nela contidos e da matéria orgânica que favorece a sobrevivência e proliferação dos mesmos.
4.2. Antes de desinfetar é preciso assegurar-se que não há sujidade, ou matéria orgânica, pois nenhum desinfetante atua nestas condições.
4.3. No caso de haver sujidade, a área a desinfetar deve ser primeiro limpa com água e detergente.
4.4. A limpeza/desinfetante deve ser sempre feita por meios húmidos, das zonas mais limpas para as zonas mais sujas, das zonas mais altas para as mais baixas.
4.5. Sem prejuízo de posteriores indicações do GCL PPCIRA, os desinfetantes a utilizar são:

Produto de limpeza a utilizar	Contexto
Baciol espuma com toalhetes secos	Desinfecções entre exames
Dismozon Plus com Toalhetes secos	Nas desinfecções das salas após utentes em isolamento por SAMR, KPC, ESBL, Micobacterias, Clostridium ou quando se desconhece o micro organismo responsável pela infeção.

Pág. 1 / 3

PR.1715/T.IMAG
Versão 01 de 2020/03/19
Rever até 2023/04

Serviço de Imagiologia
Realização de Exames Imagiológicos TC - COVID-19
Palavras Chave: Imagiologia; COVID-19

1. OBJETIVOS
1.1. Definir as atividades e responsabilidades envolvidas na realização de Exames Imagiológicos a doentes com suspeita/confirmação de COVID-19 - Tomografia Computarizada

2. ÂMBITO
2.1. O presente documento destina-se a todos os profissionais de todos os serviços do Hospital Prof. Doutor Fernando Fonseca, EPE.

3. TERMOS E SIGLAS
HFF Hospital Professor Dr. Fernando Fonseca, EPE;
SOARIAN Processo Clínico Electrónico;
PACS Picture Archiving and Communication System - arquivo de imagens da Imagiologia;
TSDT Técnico Superior Diagnóstico e Terapêutica
AAM Auxiliar de Ação Médica
TC Tomografia Computarizada

4. PONTOS IMPORTANTES
4.1. Prescrição Médica - todos os exames realizados no Serviço de Imagiologia pressupõem a existência de uma prescrição médica em Processo Clínico Electrónico - Soarian.
4.2. A escolha e utilização do EPI deve ter por base a atividade a ser realizada e o risco/grau de exposição que se prevê durante a mesma - IT.0607/S.GCL-PPCIRA - Seleção, utilização e manutenção do equipamento de proteção individual no âmbito do plano de contingência da COVID-19.
4.3. A correta colocação e remoção do EPI é fundamental para que a sua função seja atingida - segurança do profissional e utente.
4.4. Todos os exames a doentes com infeção COVID-19 suspeita ou confirmada, são realizados na TCI.

Comissão de Ética
PARECER DA CES
Triagem em situação excecional de catástrofe no contexto de COVID - 19
Enquadramento Ético sobre Triagem em situação excecional de catástrofe no contexto da COVID - 19, nos adultos.

Trata-se de um documento de reflexão e apoio destinado a todos os profissionais de saúde, particularmente os médicos decisores, de todos os Serviços e Unidades de Saúde do HFF. A CES compete proceder à análise e relatório ético sobre questões que lhe sejam solicitadas, como foi o caso. Compete também à CES, a divulgação de Padrões de Ética no âmbito da prestação dos Cuidados de Saúde, na situação ética em contexto de Pandemia da COVID - 19.

1. No âmbito da atual Pandemia de COVID-19 e após reflexão de todos os elementos da CES, decide-se dar o parecer de orientação para a Triagem de doentes em situação excecional de catástrofe na Pandemia de COVID-19.

2. Este parecer está enquadrado na posição conjunta da Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos, do Colégio de Medicina Intensiva da Ordem dos Médicos e do Conselho Nacional de Ética e Deontologia Médica da Ordem dos Médicos (CONEM).

3. A evolução acentuada da pandemia da COVID-19 poderá derivar na facultação de um número de pessoas com insuficiência respiratória aguda com necessidade de ventilação mecânica invasiva em Serviços de Medicina Intensiva assim que a capacidade instalada, que leva a um desajustamento entre a necessidade e a disponibilidade de vagas de UCI.

4. Neste cenário, e visando que seja o recurso à transferência inter-hospitalar, a admissão no SMU deve basear-se na avaliação clínico-radiológica (que inclui a pontuação de gravidade por parte do clínico) e a gestão dos recursos disponíveis, respeitando a equidade e a priorização global que respeite os princípios de autonomia do doente, da justiça distributiva e da proporcionalidade que garanta a alocação apropriada de recursos, mantendo a triagem de doentes em situações de pandemia mais flexível a todos os doentes doentes.

5. O sistema de Triagem e Alta devem ser objetivos e assentes em princípios éticos e de transparência, aplicados de forma equitativa e divulgados publicamente. Além, após revisão de literatura e análise detalhada no contexto das direções clínicas do Serviço do HFF, EPE decide-se dar o parecer em matéria de triagem para ser utilizado **exclusivamente** neste período excecional de pandemia COVID-19, após avaliação de estado de emergência no HFF, EPE, que permita avaliar a triagem de doentes em UCI, sob o critério de risco, e que é posterior aos dados clínicos (TSDT) e do grau de contaminação da unidade de cuidados intensivos.

6. No âmbito assistencial e no atual contexto, a situação atualmente extraordinária poderá-se ter em consideração os seguintes pontos de avaliação, sempre com a devida fundamentação:
- Aterir, na admissão ao SMU, os doentes com maior probabilidade de benefício terapêutico dos doentes não beneficiários de cuidados intensivos;
- Fazer triagem ou, no limite, retirada da terapêutica ativa a doentes com elevada probabilidade de morte, ou que não respondam ao tratamento;
- O sistema de Triagem apresentado baseia-se num conjunto de princípios:
- O processo de triagem aplica-se a todos os doentes críticos (e não apenas aos doentes infatigados com COVID-19).

PR.1715/T.IMG (2020-03-19) Parecer da CES sobre triagem em situação excecional de catástrofe no contexto da COVID - 19
Pag. 1 / 4

PR.1714/T.IMAG
Versão 01 de 2020/03/19
Rever até 2022/03

Serviço de Imagiologia
Realização de Exames de Radiologia Convencional-COVID-19
Palavras Chave: Imagiologia; COVID-19; Radiologia Convencional

1. OBJETIVOS
1.1. Definir as atividades e responsabilidades envolvidas na realização de Exames Imagiológicos a doentes com suspeita/confirmação de COVID-19 - Radiologia Convencional

2. ÂMBITO
2.1. Todos os profissionais de todos os serviços do HFF

3. TERMOS E SIGLAS
EPI Equipamento de Proteção Individual
HFF Hospital Professor Doutor Fernando Fonseca, EPE
SOARIAN Processo Clínico Electrónico
PACS Picture Archiving and Communication System - arquivo de imagens da Imagiologia
TSDT Técnico Superior Diagnóstico e Terapêutica
AAM Auxiliar de Ação Médica
RC Radiologia Convencional

4. PONTOS IMPORTANTES
4.1. Prescrição Médica - todos os exames realizados no Serviço de Imagiologia pressupõem a existência de uma prescrição médica em Processo Clínico Electrónico - Soarian.
4.2. A seleção e utilização do EPI deve ter por base a atividade a ser realizada e o risco/grau de exposição que se prevê durante a mesma.
4.3. A correta colocação e remoção do EPI é fundamental para que a sua função seja atingida - segurança do profissional e utente.

IT.0675/T.GCL-PPCIRA
Versão 06 de 2020/04/18
Rever até 2023/04

PPCIRA - Grupo de Coordenação Local
Seleção e utilização do equipamento de proteção individual no âmbito do plano de contingência da COVID 19
Palavras Chave: Equipamento de proteção individual; COVID-19

1. OBJETIVOS
1.1. Promover a correta utilização do equipamento de proteção individual (EPI) à tipologia de cuidados prestados e ao nível de risco no Hospital Professor Doutor Fernando Fonseca, EPE (HFF,EPE).
1.2. Uniformizar medidas de prevenção de risco na transmissão de infeção.
1.3. Uniformizar o tipo de EPI por área de risco.

2. ÂMBITO
2.1. O presente documento destina-se a todos os profissionais de todos os serviços do Hospital Professor Doutor Fernando Fonseca, EPE.

3. TERMOS E SIGLAS
COVID 19 Doença infecciosa por Coronavirus 2019.
EPI Equipamento de Proteção Individual.
HFF, EPE Hospital Prof. Doutor Fernando Fonseca, EPE.
GCL-PPCIRA Grupo de Coordenação Local do Programa de Prevenção e Controlo de Infecções e Resistência aos Antimicrobianos.

4. PONTOS IMPORTANTES
4.1. A escolha e utilização do EPI deve ter por base a atividade a ser realizada e o risco/grau de exposição que se prevê durante a mesma.
4.2. Todos os profissionais devem utilizar uma máscara cirúrgica colocada à entrada do hospital e retirada à saída, uma vez que todos podemos ser potenciais transmissores.
4.2.1. Para este efeito, preconiza-se que as chefes dispensem, a cada profissional, um conjunto semanal de máscaras, de acordo com o horário previsto.
4.2.2. Existem doentes COVID-19 positivos sem sintomatologia respiratória que podem transmitir infeção aos cuidados prestados aos doentes, nomeadamente nas consultas, internamentos e bata e luvas.
4.3. A utilização de máscara FFP2 está reservada para as áreas de doentes COVID-19 positivos, áreas de doentes respiratórios e na realização de procedimentos geradores de aerossóis.
4.3.1. Todos os profissionais na prestação de cuidados de saúde nas áreas de doentes COVID 19 positivos, internamentos de contenção, áreas de doentes respiratórios, blocos operatórios devem utilizar fato de circulação reprocessável ou descartável. Nos serviços de internamento que não são considerados de contenção, os profissionais de saúde devem utilizar farda a reprocessar diariamente.
4.3.2. Todos os profissionais de saúde devem utilizar calçado exclusivo no hospital.
4.2. A utilização de luvas **não substitui** a correta higienização das mãos.
4.3. O CDC e a OMS não preconizam utilização de duplas luvas no cuidados a utentes com Covid 19 - suspeitos/confirmados. A DGS preconiza a utilização de duplas luvas apenas em situações geradoras de aerossóis de risco elevado.
4.3. Todos os profissionais que tenham sintomas respiratórios, não devem trabalhar e devem contactar a linha de apoio interno - 4780.

ANEXO 08- Protocolos com procedimentos de segurança e informações relativas ao COVID-19 colocadas nas paredes do Hospital



ANEXO 09 -Material de limpeza das mãos de fácil acesso nos corredores



ANEXO O10 -Caixotes para roupa contaminada– zona suja



ANEXO O11 -Zona de colocação de EPI- zona limpa



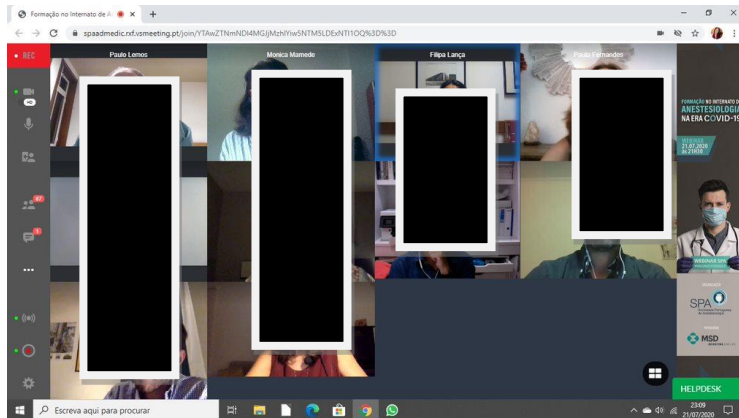
ANEXO O12 -Diminuição de lotação da cafeteria



ANEXO O13 -Alterações de serviços e circuitos



ANEXO O14 -Reuniões online



ANEXO O15 – Serviço de pré-triagem COVID-19 urgências adulto



ANEXO O16– AD Critico de COVID-19




ANEXOS F- ESTRUTURA DE ANÁLISE DE DADOS
Tabela V

FONTE	EXEMPLOS DE EVIDÊNCIAS	CONCEITOS DE 1º ORDEM	TEMAS DE 2ª ORDEM	DIMENSÕES AGREGADAS
E4-Q1	<i>“No grupo estava representado a direção clínica, a direção da enfermagem, o PPCIRA, direção da qualidade, alguns elementos das compras e da logística bem como das instalações e equipamentos”</i>			
E6-Q1	<i>“Um dos médicos assistentes ficou nomeado coordenador e em outubro fica com COVID-19 e sai da coordenação da enfermaria COVID-19. Progressivamente fui assumindo as funções de coordenação das enfermarias COVID-19... Em meados de novembro deixei de ter doentes atribuídos no meu nome para me dedicar apenas às funções de coordenação devido ao aumento de volume de trabalho em que era preciso cada vez mais uma gestão criteriosa, da alocação de doentes, das transferências dos doentes. Fazia a gestão de umas 10 enfermarias.”</i>	Os profissionais foram alocados em determinadas funções tendo em conta a sua experiência, conhecimento e competências.	Profissionais alocados segundo a sua expertise	DEFERÊNCIA PARA COM A EXPERTISE
E7-Q1	<i>“...nomeado responsável pelo plano de resposta ao COVID-19, até porque já tinha participado noutros planos como foi na crise do ébola e da gripe A e tinha feito os planos e por ter alguma experiência e ser um dos mais velhos pediram-me para avançar com isso.”</i>			
E3-Q10	<i>“A chefe da contabilidade e o diretor financeiro teriam de estar semana sim semana não tal como os restantes 12 membros e definimos escalas em que ...Tínhamos sempre 3 pessoas (2 pessoas mais o diretor financeiro ou a chefe da contabilidade) no serviço no Hospital.”</i>			
E6-Q10	<i>“Foi necessário criar uma equipa multidisciplinar com tiras de elementos de diferentes especialidades e não todos da mesma especialidade. Foi necessário criar equipas com elementos que pudessem dar um aporte maior junto de pessoas com um aporte menor</i>			


FONTE	EXEMPLOS DE EVIDÊNCIAS	CONCEITOS DE 1º ORDEM	TEMAS DE 2ª ORDEM	DIMENSÕES AGREGADAS
E7-Q10	<p><i>nesta patologia em questão, sendo muitos deles médicos assistentes nas suas especialidades. O que deu mais conforto e confiança a estes elementos na abordagem a uma patologia que não é o seu dia a dia de doentes com patologia do foro respiratório e que desta forma se tentou amenizar.”</i></p> <p><i>“...precisamos da colaboração de pessoas de várias especialidades diferentes, a ideia foi distribuir as pessoas de uma forma uniforme pelas especialidades de maneira que houvesse sempre seniores, pessoas mais diferenciadas e essas pessoas iam-se agregar a essa equipa.”</i></p>	Os profissionais foram alocados em determinadas funções tendo em conta a sua experiência, conhecimento e competências.	Profissionais alocados segundo a sua expertise	DEFERÊNCIA PARA COM A EXPERTISE
E7-Q11	<i>“Eles acabaram por ter as pessoas que mais horas faziam em cargos de responsabilidade nos vários pisos e com pessoas menos diferenciadas.”</i>			
E8-Q15	<i>A distribuição dos postos de trabalho era tendo em conta a sua experiência e capacidade de resposta às situações de crise.</i>			
E6-Q10	<i>“As enfermeiras chefes tiveram um papel efetivamente muito importante na gestão do espaço.”</i>			
E7-Q11	<i>“O que nós fizemos foi aproximamo-nos da pneumologia e fizemos um protocolo comum...”</i>	A expertise dos profissionais foi preponderante em determinadas funções e em situações de melhoria dos processos e de gestão da organização de saúde	Importância da expertise dos profissionais na gestão da situação	
E7-Q11	<i>“...coloquei pessoas de outros serviços de escala na pneumologia acabando por disseminar conhecimento da ventilação não invasiva na primeira vaga a várias especialidades.”</i>			
E8-Q15	<i>“Quem tinha mais experiência acabaram muito com uma grande sobrecarga com as áreas mais críticas pois tinham situações de muita</i>	A expertise dos profissionais foi	Importância da expertise dos	


FONTE	EXEMPLOS DE EVIDÊNCIAS	CONCEITOS DE 1º ORDEM	TEMAS DE 2ª ORDEM	DIMENSÕES AGREGADAS
	<i>carga de trabalho de muita decisão e de muito stress e eram os enfermeiros mais experiente que acabavam por conseguir suprimir as necessidades aí em que conseguia ter uma forma de trabalho muito mais ágil, mais rápida com mais facilidade. “</i>	preponderante em determinadas funções e em situações de melhoria dos processos e de gestão da organização de saúde	profissionais na gestão da situação	
E8-Q15	<i>No pico da pandemia tivemos médicos de várias especialidades, e existem um conjunto de procedimentos e hábitos no serviço em que estamos em que quem vem de fora não está habituado. E o que se notou muito foi um trabalho em equipa, ou seja, nós percebemos que quem vem de fora vem para ajudar e não vai ser capaz de aprender tudo da forma habitual da urgência, e portanto o objetivo aqui deles vai ser trabalhar em equipa e o meu objetivo era dar a minha melhor parte para que em conjunto se consiga o melhor para o doente.</i>	Mudança das tarefas habituais dos profissionais e inclusão de novas tarefas	Erosão das fronteiras profissionais	DEFERÊNCIA PARA COM A EXPERTISE
E8-Q10	<i>“...houve profissionais que começaram a trabalhar nos serviços de urgência tendo saído da sua zona de conforto, da sua área específica de atuação e trabalhar em equipa”</i>			
E5-Q13	<i>“Íamos aos mesmos serviços todos os dias e víamos as mesmas pessoas o que fez com que houvesse maior aproximação... Houve uma maior proximidade da administração através de emails, com um agradecimento pelo esforço.”</i>	Maior proximidade entre profissionais de diferentes classes, especialidades e serviços		
E8-Q15	<i>“Em termos de hierarquia, tivemos necessidade de passar alguns elementos a chefe de equipa porque estávamos na iminência de termos muita gente que pudesse ficar doente então isso teve de ser treinado muito rapidamente e eu fui uma delas. Eu que estava habituada no meu dia a dia nos cuidados gerais, de repente tive de adquirir como é que o chefe de enfermagem coordena a urgência...”</i> <i>“E há tantos grupos de trabalho, tantas comissões, tantas equipas, tantos núcleos que depois a articulação entre eles não é fácil e ...aquele</i>	Tomadas de decisão com base em quem possui a expertise e não na posição hierárquica do colaborador	Alteração das dinâmicas das tomadas de decisão	



FONTE	EXEMPLOS DE EVIDÊNCIAS	CONCEITOS DE 1ª ORDEM	TEMAS DE 2ª ORDEM	DIMENSÕES AGREGADAS
E4-Q7	<i>grupo de trabalho foi nomeado...tentar que houvesse uma voz única no Hospital e uma centralização nas tomadas de decisão ou nas propostas que são feitas ao conselho de administração. Isso foi difícil de gerir no início porque havia muitas vozes contraditórias o que causavam ruído e causavam muita entropia na instituição.</i>	Tomadas de decisão com base em quem possui a expertise e não na posição hierárquica do colaborador	Alteração das dinâmicas das tomadas de decisão	DEFERÊNCIA PARA COM A EXPERTISE
E2-Q5	<i>“O tipo de chefia teve de mudar, não é muito compreensiva na não utilização do EPI e controla se os profissionais usam o EPI corretamente e se nos espaços de pausa mantêm a distância de segurança e da máscara cirúrgica. Aqui a liderança mudou muito no sentido do material. Procuramos garantir que não falte material e isso foi uma luta com o departamento de logística...”</i>	Mudança do tipo de liderança nas questões dos processos de segurança		
E2-Q5	<i>“Ao longo destes 4 meses foram apenas 10 profissionais positivos que é cerca de 3 a 4% da capacidade e isto muito à base de uma chefia muito autoritária.”</i>			
E1-Q1	<i>“...surge um sentimento de grande angústia, insegurança, uma procura de começar a organizar, de distinguir 2 circuitos no Hospital, um circuito de COVID-19 e outro não COVID-19.”</i>	Melhoria do processo de distribuição dos doentes pelas enfermarias	Melhoria Continua dos Processos	COMPROMETIMENTO DOS PROFISSIONAIS COM A RESILIÊNCIA
E1-Q1	<i>“...duas áreas distintas com recursos próprios: recursos humanos; circuito de doentes; elevador COVID-19; desinfecção dos espaços...”</i>			
E2-Q3	<i>“Inicialmente tinha sido previsto que a urgência não tivesse serviço de internamento COVID-19 ... com o número de casos a aumentar ... decidiu-se dividir o serviço de urgência ao meio.”</i>	Criação de procedimentos, protocolos e circuitos e alterações dos mesmos		
D1; D2		Criação de procedimentos, protocolos e circuitos e alterações dos mesmos		

FONTE	EXEMPLOS DE EVIDÊNCIAS	CONCEITOS DE 1º ORDEM	TEMAS DE 2ª ORDEM	DIMENSÕES AGREGADAS
	<p>Medidas Gerais do Plano de Contingência – COVID-19</p> <p>10 Maio, 2020</p> <p>Na sequência da atual emergência de saúde pública de âmbito internacional, declarada pela Organização Mundial de Saúde, devido ao COVID-19, apresentam-se as medidas gerais do plano de contingência do Hospital. As medidas expostas são aquelas suscetíveis de alterar hábitos de pessoas não colaboradoras do Hospital.</p> <p>As medidas referidas estarão em vigor até novas orientações.</p> <p>Acesso às instalações do Hospital e atividades de atendimento ao público</p>  <p>PLANO DE CONTINGÊNCIA INVERNO COVID-19 2020-2021</p> <p>1. FINALIDADE</p> <p>O presente plano pretende preparar a resposta e minimizar o impacto de um novo surto por SARS-CoV-2 na população suscetível, em que resulta respetivo aumento de sua incidência, associado a outras infeções, como a do vírus da gripe.</p> <p>Os objetivos específicos que se pretendem são:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Segurança: minimizar as infeções recorrentes por SARS-CoV-2 em doentes e profissionais de saúde. • Redução na mortalidade. • Garantir a prestação de cuidados a doentes não COVID-19, privilegiando a rotina de atividades médica e cirúrgica. <p>2. ENQUADRAMENTO</p> <p>O atual plano pretende dar continuidade ao plano de contingência elaborado na base local da pandemia de COVID-19, em articulação com o Plano de Saúde para o outono-inverno de 2020/2021, elaborado pela Direção Geral de Saúde.</p> <p>OHSJ elaborou um primeiro plano de contingência para a entrada de doentes suscetíveis num nível 1 de intervenção na de contação (P6.17577/GCL/PROBA), que foi desenvolvido para conhecimento de todos os colaboradores. A 23 de março de 2020, foi elaborado um segundo plano, com diferentes níveis de resposta (6.17.11) de acordo com a evolução da pandemia nas diferentes áreas, considerando, para cada situação, todos os meios e recursos.</p>		Melhoria Continua dos Processos	
E4-Q1	<p><i>O grupo de trabalho não foi sempre o mesmo tendo sofrido alterações tal como o âmbito de ação também sofreu alterações conforme fomos deparando com problemas que fomos identificando ao logo das mudanças que tentámos implementar.</i></p>	Alterações dos recursos e da ação consoante os problemas que iam surgindo e a necessidade de adaptação		COMPROMETIMENTO DOS PROFISSIONAIS COM A RESILIÊNCIA
D38	<p><i>“...arranca com Unidade de Hospitalização Domiciliária...A Hospitalização domiciliária define-se como um modelo de assistência Hospitalar direcionado para a prestação de cuidados no domicílio. A Hospitalização Domiciliária do Hospital vem responder às necessidades atuais de cuidados de saúde, condicionadas pela pandemia COVID-19.”</i></p>	Implementação de uma solução de Hospitalização domiciliária em resposta às necessidades de cuidados de saúde da população que a pandemia COVID-19 veio acelerar		
E1-Q1 E2-Q1	<p><i>“Na UCI ...foram criadas equipas multidisciplinares.”</i></p> <p><i>“...quando começaram a aparecer as notícias que o vírus poderia chegar a Portugal, no final de fevereiro, foi criado um grupo de trabalho – grupo de trabalho COVID-19 - que englobava várias pessoas e vários departamentos... o grupo ficou responsável de preparar os serviços e o Hospital para dar resposta à pandemia...”</i></p>	Criação de um grupo multidisciplinar com a missão de planear a resposta ao COVID-19	Identificação de problemas, planeamento e ação em situação de incerteza	


FONTE	EXEMPLOS DE EVIDÊNCIAS	CONCEITOS DE 1ª ORDEM	TEMAS DE 2ª ORDEM	DIMENSÕES AGREGADAS
<p>E2-Q1</p> <p>E4-Q1</p> <p>E7-Q1</p>	<p><i>“...foi organizado este grupo de trabalho para reorganizar a urgência e outros serviços, quais os serviços que iriam receber os doentes e foi definida como é que a urgência iria trabalhar.”</i></p> <p><i>“Inicialmente tentámos criar internamente uma equipa multidisciplinar para avaliar as mudanças necessárias criar na instituição e a sua implementação... acaba por ser mais um grupo consultivo, o que torna a dinâmica complicada porque as pessoas têm a expectativa de ter um poder mais executivo e de colocar as ideias em prática o que nem sempre é possível...”</i></p> <p><i>“Rapidamente sugeri que houvesse um gabinete de crise em que fossem envolvidas as direções do Hospital. E começamos o trabalho de preparar o Hospital todo e foi um período muito difícil porque para a dimensão do problema não tínhamos equipamentos de proteção suficiente, circuitos adequados, soluções acoólicas, laboratório.”</i></p>	<p>Criação de um grupo multidisciplinar com a missão de planear a resposta ao COVID-19</p>	<p>Identificação de problemas, planeamento e ação em situação de incerteza</p>	<p>COMPROMETIMENTO DOS PROFISSIONAIS COM A RESILIÊNCIA</p>
<p>E2-Q8</p> <p>E4-Q10</p> <p>E8-Q5</p>	<p><i>“...estamos em reuniões para alargar o espaço de atendimento COVID-19.”</i></p> <p><i>“...grupo de trabalho trabalhou essencialmente nos circuitos internos dos doentes dentro do Hospital e na definição de alterações estruturais que tinham de ocorrer para depois pôr em prática esses circuitos...”</i></p> <p><i>“...enquanto organização conseguimos adaptar bem as normas em termos de circuitos, por exemplo assim que um doente entrava a</i></p>	<p>Planeamento e definição de alteração dos circuitos e dos espaços</p>		




FONTE	EXEMPLOS DE EVIDÊNCIAS	CONCEITOS DE 1º ORDEM	TEMAS DE 2ª ORDEM	DIMENSÕES AGREGADAS
E4-Q10	<p>anestesia era logo informada para estarem de prevenção para aquele doente...”</p> <p>“...circuitos foram definidos e o serviço de instalação e equipamentos fez as alterações necessárias fazer...”</p>			
E7-Q1	<p>“...O que fiz foi usar o contentor antigo do Hospital que servia de Hospital de dia, assim foi despejar o Hospital de dia e preparar o contentor para colocar os doentes que iriam aparecer.”</p>			
D8	<p style="text-align: center;">PR.1745/E.SUGUB Versão 01 de 2020/01/07 Revise em 2021/18</p> <p>Urgência Geral e Urgência Básica</p> <p>Circuito do Doente com Suspeita/Infecção por SARS-CoV-2 no Serviço de Urgência Geral</p> <p>Palavras Chave: Circuito; ADR-SU; SARS-CoV-2</p> <p>1. OBJETIVOS</p> <p>1.1. Estabelecer o processo de admissão e encaminhamento para Observação de Doentes Suspeitos ou Confirmados de Infecção por SARS-CoV-2 no Serviço de Urgência Geral.</p> <p>2. ÂMBITO</p> <p>2.1. Aplica-se a todos os profissionais do Serviço de Urgência Geral.</p> <p>3. TERMOS E SIGLAS</p> <p>ADR-SU: Área dedicada a respiratórios no Serviço de Urgência Geral.</p> <p>4. PONTOS IMPORTANTES</p> <p>4.1. O Serviço de Urgência Geral está constituído por dois circuitos de atendimento:</p> <p>4.1.1. Circuito para Área dedicada à Respiratórios no SU (ADR-SU): área dedicada à observação clínica, tratamento e colheita de amostras de doentes com suspeita/confirmação de Infecção por SARS-CoV-2. Esta área encontra-se localizada no exterior do SUU em um contentor devidamente identificado. Esta área está constituída por:</p> <p>a) Sala de admissão;</p>	Planeamento e definição de alteração dos circuitos e dos espaços	Identificação de problemas, planeamento e ação em situação de incerteza	COMPROMETIMENTO DOS PROFISSIONAIS COM A RESILIÊNCIA
O2	 <p>Alteração e Identificação dos circuitos</p>			
O3				

FONTE	EXEMPLOS DE EVIDÊNCIAS	CONCEITOS DE 1ª ORDEM	TEMAS DE 2ª ORDEM	DIMENSÕES AGREGADAS
	 <p>Alteração das salas de espera</p>	Planeamento e definição de alteração dos circuitos e dos espaços		
<p>E2-Q3</p> <p>E7-Q4</p> <p>E7-Q4</p>	<p><i>“Comprou-se muito material que nós numa atividade normal não necessitaríamos, principalmente equipamento intensivo, e sentimos muita dificuldade em comprar porque muitos hospitais também estavam a tentar comprar, e tivemos de gerir todo o material que tínhamos mais rigorosamente e selecionar a tipologia de doentes que poderiam ter acesso a esses tratamentos e materiais.”</i></p> <p><i>“Vivemos momentos difíceis na área dos EPI não havia e acabamos por ter algumas estratégias...”</i></p> <p><i>“Foi necessário aumentar a farmácia, comprar uma camara frigorifica para cadáveres e estar sempre alerta. Os primeiros 6 meses dormia umas 3 \ 4 horas por dia e foi o maior desafio do ponto de vista logístico.”</i></p>	Dificuldades sentidas na logística e estratégias na gestão do material clínico	Identificação de problemas, planeamento e ação em situação de incerteza	COMPROMETIMENTO DOS PROFISSIONAIS COM A RESILIÊNCIA
<p>E4-Q10</p> <p>D1-D2-D3-D4-D5</p>	<p><i>“...grupo de trabalho definiu várias fases de um plano de contingência para abordar a pandemia e nessas várias fases estavam incluídas a expansão do internamento da enfermaria e a expansão dos cuidados intensivos para várias áreas que habitualmente não são ocupadas por internamentos médicos ou por internamento de doentes respiratórios ... para podermos dar resposta às necessidades da população.”</i></p>	Definição de um plano de contingência para a situação de pandemia de COVID-19		


FONTE	EXEMPLOS DE EVIDÊNCIAS	CONCEITOS DE 1ª ORDEM	TEMAS DE 2ª ORDEM	DIMENSÕES AGREGADAS
<p>D2</p> <p>D3</p> <p>D20</p>	<p>Planos de Contingência (Anexo C -Anexo I, II, III, IV e V)</p>   <p>Serviço de Oncologia Plano Contingência COVID-19 para consultas e tratamentos no Serviço de Oncologia Palavras Chave: Plano de Contingência Oncologia, Covid19;</p> <p>1. OBJETIVOS</p> <p>1.1 Manter os cuidados de saúde, prestados aos doentes oncológicos, com garantia da qualidade e segurança.</p> <p>1.2 Uniformizar a actuação no Serviço de Oncologia (ONCO) de forma a minimizar os riscos de contágio, tanto para os doentes como para os profissionais de saúde.</p> <p>Cumprimento das normas definidas pela Direcção Geral de Saúde (DGS) e preconizadas pelas sociedades de Oncologia nacionais e internacionais.</p> <p>2. ÂMBITO</p> <p>2.1 Profissionais de saúde envolvidos na prestação de cuidados no Serviço de Oncologia.</p> <p>3. TERMOS E SIGLAS</p> <p>ONCO Serviço de Oncologia DGS Direcção Geral de Saúde EPI Equipamento de protecção individual</p> <p>“Ainda antes da declaração do estado de alerta, já o nosso Hospital tinha entrado em contingência. O stock de material foi reforçado, formações planeadas e executadas, o plano de atuação revisto e criado um grupo de acompanhamento permanente da situação.”</p>	<p>Definição de um plano de contingência para a situação de pandemia de COVID-19</p>	<p>Identificação de problemas, planeamento e ação em situação de incerteza</p>	<p>COMPROMETIMENTO DOS PROFISSIONAIS COM A RESILIÊNCIA</p>
<p>E6-Q6</p>	<p>“Fiz até um procedimento interno e em que articulei com a farmácia pois esses doentes tinham de levar medicação pois o Hospital militar não tem farmácia ao fim-de-semana. Estes procedimentos permitiram agilizar muito a saída dos doentes porque se eliminou um conjunto de</p>	<p>Criação de novos procedimentos que permitem a agilização de processos e de desbloqueio de situações</p>		

FONTE	EXEMPLOS DE EVIDÊNCIAS	CONCEITOS DE 1º ORDEM	TEMAS DE 2ª ORDEM	DIMENSÕES AGREGADAS
E8-Q7	<p>obstáculos burocráticos. Um dos procedimentos foi alterar os circuitos de saída destes doentes.”</p> <p>“A articulação mais ágil com a imagiologia em termos de diagnóstico da extensão da doença foi essencial, pois o TAC pode estar prescrito, mas se o doente não é rapidamente levado leva mais tempo ao diagnóstico. Através de circuitos definidos que estivessem livres e desimpedidos para os doentes que estavam positivos, pois o mesmo circuito para estes doentes e doentes limpos levaria a uma necessidade de desinfecção após a passagem de cada doente contaminado o que aumentaria o tempo de espera.”</p>			
E2-Q4	<p><i>“...que nós constatamos e não estávamos à espera, é que não se consegue deixar alocado aos profissionais o mesmo número de doentes que se deixava na zona não COVID-19 (zona limpa). Tivemos de colocar mais médicos e mais enfermeiros para um menor número de doentes. Porque é difícil de trabalhar com o equipamento individual. Demoram muito tempo a colocar o equipamento e a retirar e demoram mais tempo a fazer uma tarefa ou um procedimento clínico que na zona limpa por ex. demoraria 10 min e na zona COVID-19 pode demorar 20 a 30 min.”</i></p>	Dificuldades sentidas com o uso do EPI no trabalho desempenhado pelos profissionais de saúde	Identificação de problemas, planeamento e ação em situação de incerteza	COMPROMETIMENTO DOS PROFISSIONAIS COM A RESILIÊNCIA
E2-Q4	<p><i>“Hoje por exemplo temos 42 doentes internados e temos a sensação de que estamos acima da capacidade de internamento. No inverno com a mesma equipa consigo ter 70 doentes estando no limite, mas conseguimos trabalhar, e agora com 40 50 doentes torna-se muito difícil trabalhar.”</i></p>			
E1-Q2	<p><i>“...saúde pública ... tiveram de criar equipas para seguir telefonicamente estes doentes”</i></p>	Criação de equipas para monitorização e seguimento de doentes positivos no domicílio		


FONTE	EXEMPLOS DE EVIDÊNCIAS	CONCEITOS DE 1ª ORDEM	TEMAS DE 2ª ORDEM	DIMENSÕES AGREGADAS
E1-Q5	<i>“Transferência de doentes de casos positivos que não podem ainda estar em casa para Hospital Militar.”</i>	Articulação com outras instituições	Identificação de problemas, planeamento e ação em situação de incerteza	COMPROMETIMENTO DOS PROFISSIONAIS COM A RESILIÊNCIA
E2-Q1	<i>“Já passamos por várias possíveis pandemias ao longo dos anos ...e na urgência todos os anos surge algum surto de alguma doença que implica reorganização de espaço e utilização de equipamento de proteção individual. Mas este foi acima de todas as nossas expectativas, não se pensava que levasse a uma necessidade de reorganização do Hospital desta dimensão.”</i>	Identificação do problema e comparação com as experiências anteriores no Hospital		
E2-Q1	<i>“Fizemos uma previsão de equipamento de proteção individual para 6 meses que não chegou para 2 meses sequer. A previsão que nós tínhamos, foi a previsão que fizemos para o ébola que nunca se chegou a gastar sequer o material.”</i>	Planeamento com base na experiência e imprevisibilidade dos resultados		
E4-Q8	<i>“as consultas estão sempre condicionadas ao espaço e outro fator que deveria ser aqui importante é muito difícil de pôr em prática que é alterar os horários médicos de acordo com as necessidades da instituição. Os hospitais ficam muito reféns daquilo que são as tomadas de posição dos médicos nas consultas e também no bloco operatório.”</i>	A disponibilidade dos horários de trabalho dos profissionais de saúde no Hospital e que condicionam as consultas e cirurgias.		
E2-Q8	<i>“...uma área que prevemos construir dedicada à cirurgia de ambulatório ao recobro dos doentes de cirurgia de ambulatório para que a área da cirurgia de ambulatório possa ser ocupada pela unidade dos cuidados intensivos...”</i>	Construção de um novo espaço interior para ampliação dos serviços permitindo maior capacidade de resposta	Reorganização profunda adaptativa	
D36	<i>“...dá hoje início à construção, de nova Unidade de Cuidados Intensivos II (UCI II), para reforçar a resposta da medicina intensiva da instituição no contexto da pandemia COVID-19. A</i>  <i>uma obra,</i>			

FONTE	EXEMPLOS DE EVIDÊNCIAS	CONCEITOS DE 1º ORDEM	TEMAS DE 2ª ORDEM	DIMENSÕES AGREGADAS
D40	<p><i>orçada em €801".900, tem conclusão prevista para 10 de dezembro."</i></p> <p><i>"...nova Unidade de Cuidados Intensivos de nível II (UCI II) do Hospital. Esta Unidade irá reforçar a resposta da medicina intensiva do nosso Hospital no contexto da pandemia COVID-19...Trata-se de uma área de 460m2, com capacidade para 15 camas, face às atuais camas existentes neste nível de intensivos. O projeto inclui igualmente um posto de enfermagem e de vigilância centralizado com ampla visibilidade sobre os doentes acamados."</i></p> 	<p>Construção de um novo espaço interior para ampliação dos serviços permitindo maior capacidade de resposta</p>	<p>Reorganização profunda adaptativa</p>	
D39 D43	<p><i>"...Câmaras ... financiam nova urgência do Hospital ... dedicada à COVID-19 ...vai ter uma nova unidade de urgência dedicada a doentes e suspeitos de COVID-19. Esta nova unidade está já em fase avançada de construção, sendo constituída por um edifício modular de 750 metros quadrados situado junto à urgência geral do Hospital."</i></p>  <p><i>"...nova unidade da urgência COVID-19 ... irá disponibilizar, em ambulatório, uma sala de reanimação, uma sala de triagem, uma sala de espera, dez boxes para observação e monitorização de doentes, seis gabinetes de observação médica e uma sala de RX. Ao nível do internamento, a nova unidade irá disponibilizar 16 boxes para</i></p> 	<p>Construção de um espaço modular exterior para fazer face às necessidades emergentes da pandemia</p> <p>Construção de um espaço modular exterior para fazer face às necessidades emergentes da pandemia</p>		<p>COMPROMETIMENTO DOS PROFISSIONAIS COM A RESILIÊNCIA</p>


FONTE	EXEMPLOS DE EVIDÊNCIAS	CONCEITOS DE 1º ORDEM	TEMAS DE 2ª ORDEM	DIMENSÕES AGREGADAS
	internamento de pacientes e dois quartos de isolamento.”			
E2-Q2	“Hospital de Dia de Medicina teria de ser deslocado ..., no espaço de uma semana alocamos aquele espaço todo para o atendimento ambulatorio COVID-19.”			
E8-Q1	“Então num turno da tarde de forma muito imediata é preciso proceder à mudança desses doentes todos para uma área e isolada dos outros. De um dia para o outro foi preciso mudar a estrutura das salas da urgência e no espaço de 2/3 semanas criam-se duas urgências em que uma é de circuito respiratório e a outra não respiratório que contemplassem as áreas todas desde a entrada, a triagem, a sala de observação, a sala de reanimação, aos gabinetes, ao internamento.”	Rápida reorganização do espaço que não aconteceria com esta rapidez, não fosse a urgência da situação	Reorganização profunda adaptativa	
E2-Q3	“Pusemos o serviço de urgência 1 e o serviço de urgência 2 para doentes que não fossem COVID-19, e o serviço de urgência 3 e serviço de urgência 4 para doentes COVID-19 que é como se mantém a este momento.”			
E2-Q5	“...os cuidados intensivos absorveram todos os enfermeiros do bloco, outros foram reforçar os serviços COVID-19 de Medicina 1 e Medicina 2 e a urgência teve de se reinventar.”	Reorganização dos serviços		COMPROMETIMENTO DOS PROFISSIONAIS COM A RESILIÊNCIA
E7-Q10	“...virei a unidade de ambulatorio de cirurgia de pantanas e acabei por colocar lá equipamento necessário para ativar treze camas...”	Reorganização dos serviços		
E3-Q1	“Na primeira quinzena de março o conselho de administração enviou um email para os vários diretores dos serviços de apoio a pedir para definirmos atividades e serviços que eram essenciais permanecerem	Reorganização de processos de trabalho exigiram rápidas soluções adaptativas		


FONTE	EXEMPLOS DE EVIDÊNCIAS	CONCEITOS DE 1º ORDEM	TEMAS DE 2ª ORDEM	DIMENSÕES AGREGADAS
<p>E3-Q1</p> <p>E8-Q1</p>	<p><i>para os utentes e também para definirmos equipas mínimas para garantir que essas atividades fossem feitas.”</i></p> <p><i>“Tivemos de garantir condições para as pessoas trabalharem em teletrabalho a partir de casa.”</i></p> <p><i>“Criaram-se em duas semanas duas salas de urgência...”</i></p>		<p>Reorganização profunda adaptativa</p>	<p>COMPROMETIMENTO DOS PROFISSIONAIS COM A RESILIÊNCIA</p>
<p>E7-Q10</p>	<p><i>“...depois num fim de semana acabamos por construir um laboratório de alta segurança para termos os nossos testes e fomos adaptando às diferentes fases do plano até junho.”</i></p>	<p>Construção de um laboratório de análises de raiz</p>	<p>Improvisação de novas soluções</p>	
<p>E7-Q10</p>	<p><i>“A própria farmácia do Hospital com a ajuda dos militares começou a preparar soluções com álcool e parafina.”</i></p>	<p>Improvisação de fabrico de soluções alcoólicas</p>		
<p>D41</p>	<p><i>“Sabia que no Hospital ...efetuámos mais de 8000 testes à COVID-19 em drive-thru...A colheita da amostra para análise é feita sem ter de sair do seu carro. O acesso a este tipo de testes é válido apenas para quem tem indicação para avaliação clínica Hospitalar.”</i></p>	<p>Improvisação de uma solução de testagem fora dos serviços e das salas do Hospital.</p>		
<p>D74</p>	<p><i>“...e criou material para humanizar o seu trabalho, tornando assim os Equipamentos de Proteção Individual (EPI) que utilizam mais animados. As soluções encontradas foram originais: bonecos temáticos para colocar por cima das viseiras e "bigodes" para as máscaras cirúrgicas. Os profissionais do NCAD quiserem tornar o local de trabalho e o contacto com as crianças mais humanizado. O objetivo é ultrapassar a "frieza" dos EPI, os quais são assustadores para muitas crianças!”</i></p> 	<p>Transformação da aparência fria dos EPI em equipamentos adaptados à proximidade com as crianças</p>		

FONTE	EXEMPLOS DE EVIDÊNCIAS	CONCEITOS DE 1º ORDEM	TEMAS DE 2ª ORDEM	DIMENSÕES AGREGADAS
D65	<p><i>“Teleconsultas... as designadas consultas médicas sem presença do doente... foi um recurso muito importante em tempos de pandemia”.</i></p> <p><i>“Esta nova realidade criada pela pandemia veio demonstrar que este é um recurso que pode ser utilizado num conjunto alargado de situações e que colhe o agrado de utentes e profissionais de saúde”</i></p>	Implementação das teleconsultas	Improvisação de novas soluções	
D59	<p><i>“Há uns meses era inimaginável construir-se câmaras frigoríficas para guardar corpos à porta dos hospitais...”</i></p>	Improvisação de câmaras frigoríficas		
E2-Q5	<p><i>“Foi transformador no sentido que envolveu um esforço grande por parte de todos, desde administrativos aos da gestão que tiveram uma pressão acrescida para dar resposta.”</i></p>			
E7-Q3	<p><i>“As pessoas tiveram de fazer coisas que não estavam habituadas, trabalhar ao fim de semana.”</i></p>	Esforço dos profissionais da organização de saúde no sentido de se adaptarem às condições existentes	Resiliência, Flexibilidade e capacidade de adaptação	COMPROMETIMENTO DOS PROFISSIONAIS COM A RESILIÊNCIA
D64	<p><i>“Adaptação, superação, solidariedade – são as características que mais estão a sobressair em nós. Estamos todos unidos. Sejam enfermeiros, sejam auxiliares, sejam médicos. Somos uma grande equipa...”</i></p>			

FONTE	EXEMPLOS DE EVIDÊNCIAS	CONCEITOS DE 1ª ORDEM	TEMAS DE 2ª ORDEM	DIMENSÕES AGREGADAS
D31 f	 <p> COVID-19. Costureiras que já coseram centenas de materiais de proteção para hospitais estão com falta de tecido </p> <p> <small>9 ABRIL 2020 20:03</small> <small>João Diogo Correia</small> <small>Journalista</small> </p> <p> <small>Só no Hospital já foram entregues mais de mil cóculas e 600 pares de perneiras. Ideia de costurar cóculas e perneiras começou no antigo Amadora Sintra, em Lisboa, pela mão de uma anestesista. Em poucos dias correu hospitais de todo o país e o apoio multiplicou-se. Agora o tecido começa a escassear.</small> </p>	A comunidade uniu-se na improvisação de soluções para proteção individual dos profissionais quando não existe material necessário		
E8-Q10	“...houve profissionais que começaram a trabalhar nos serviços de urgência tendo saído da sua zona de conforto, da sua área específica de atuação...”	Mobilidade de profissionais entre serviços (diluição de especialidades)	Resiliência, Flexibilidade e capacidade de adaptação	COMPROMETIMENTO DOS PROFISSIONAIS COM A RESILIÊNCIA
E8-Q10	“A distribuição pelas várias valências, sendo que as equipas de cirurgia e ortopedia tiveram de se adaptar a doentes que estavam noutra área, devido à carga de trabalho e de divisão de espaços...”			
E5-Q10	“Continua a haver uma TAC definida para o COVID-19, mas agora esse já não está só para COVID-19 desde março de 2021.”	Quando necessário regressou-se ao registo inicial		
E5-Q7	“Em termos das escalas já voltamos a estar como era antes da pandemia.”			
E2-Q5	“A urgência procura ser flexível com os profissionais e com os doentes...”	Flexibilidade na gestão dos serviços		

FONTE	EXEMPLOS DE EVIDÊNCIAS	CONCEITOS DE 1ª ORDEM	TEMAS DE 2ª ORDEM	DIMENSÕES AGREGADAS
			Resiliência, Flexibilidade e capacidade de adaptação	
E1-Q4	<p><i>“...em termos de recursos humanos tivemos de realocar médicos, enfermeiros a outras atividades, nós não crescemos em números de enfermeiros e auxiliares. Médicos houve uma fase que aumentou, mas muito à base de internos das especialidades que não fizeram os estágios... o que fizemos foi atividades de enfermagem de alguns espaços em que em vez de estar 2 enfermeiros ficava só um, e foram realocados para as áreas COVID-19”</i></p>	Profissionais alocados noutras especialidades, funções e serviços dentro da organização, provocando diminuição de profissionais em alguns serviços	Realocação dos profissionais dentro da organização	COMPROMETIMENTO DOS PROFISSIONAIS COM A RESILIÊNCIA
E2-Q4	<p><i>“Na realidade não tendo aumento de profissionais vou ter de afetar os que tenho às áreas e se calhar ter de bloquear algumas áreas limpas para afetar os profissionais na área COVID-19 se tiver um grande aumento destes doentes. Portanto a gestão dos espaços vai ter de ser muito flexível. Neste momento não se consegue programar um mês o que seria o ideal. É semana a semana que programamos os recursos humanos para as áreas.”</i></p>			
E6-Q1	<p><i>“Os assistentes mais velhos por patologias crônicas não poderiam estar na linha da frente e foram para outra zona do Hospital e os assistentes mais novos foram para essa área.”</i></p>	Profissionais alocados não segundo a sua expertise, mas tendo em conta a idade e a ausência de doenças tendo em conta as probabilidades de desenvolver doença grave em caso de ficarem infetados por COVID-19		
E2-Q6	<p><i>“A ajuda principal que tivemos foi da câmara municipal mais em termos monetários para compra de materiais.”</i></p>	Colaboração do Município em termos de bens		

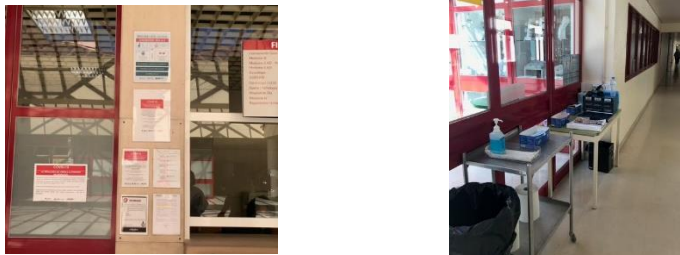
FONTE	EXEMPLOS DE EVIDÊNCIAS	CONCEITOS DE 1º ORDEM	TEMAS DE 2ª ORDEM	DIMENSÕES AGREGADAS
D37	<p><i>“...tem nova TAC financiada pela Câmara Municipal”</i></p> 	materiais para o Hospital que ajudassem a fazer face às necessidades criadas pela pandemia COVID-19		
E2-Q6	<i>“Foram criadas os ADC na comunidade já tardiamente ...no meio da pandemia ... para fazerem os testes. “</i>	Criação de áreas dedicadas ao COVID-19 na comunidade	Interação com outras entidades, como por exemplo: ACES, ARS, hospitais, município, polícia municipal, bombeiros	
D48	<i>“...Cirurgiões do Hospital estão a fazer dez cirurgias de ambulatório por dia numa unidade de saúde privada para recuperar as listas de espera cirúrgicas. Foram contratualizadas 625 intervenções até ao final do ano, tendo já sido realizadas cerca de metade desse número. Esta iniciativa surge na sequência da necessidade em adaptar a atividade assistencial do Hospital à resposta à pandemia de COVID-19. ...Deste modo, parte das cirurgias programadas não puderam ser realizadas.”</i>	Articulação com outras organizações de saúde para diminuir a lista de espera das cirurgias causadas pela diminuição dos recursos que foram alocados para os cuidados ao COVID-19		COMPROMETIMENTO DOS PROFISSIONAIS COM A RESILIÊNCIA
E6-Q6	<i>“O que funcionou bem foi a parte da articulação com o Hospital militar em Belém, em que foi os militares a fazer, em relação aos doentes que não careciam de cuidados Hospitalares, mas que não podiam ir para o domicílio. Estes doentes foram drenados para o Hospital militar. Esta Articulação que funcionou muito bem e permitiu uma drenagem de um elevado número de doentes do Hospital e de outra forma tinha havido um colapso.”</i>	Articulação com outras entidades como hospitais, PSP		
E7-Q3	<i>“Cheguei a ter de ir ao Hospital militar buscar EPI porque não havia para o dia seguinte.”</i>			

















































FONTE	EXEMPLOS DE EVIDÊNCIAS	CONCEITOS DE 1ª ORDEM	TEMAS DE 2ª ORDEM	DIMENSÕES AGREGADAS
<p>E7-Q4</p> <p>D34</p>	<p><i>“Houve articulação com outros hospitais e foi a primeira vez que os cuidados intensivos trabalharam em rede a nível nacional. Foi um desafio.”</i></p> <p><i>“O chefe Martins diz que foi necessário reinventar e improvisar, até porque “sabíamos estávamos mais perto risco”; “Os agentes enfrentam novos desafios, cuidados, combate com todos os junto da linha de à covid-19.”</i></p> 	<p>Articulação com outras entidades como hospitais, PSP</p>	<p>Interação com outras entidades, como por exemplo: ACES, ARS, hospitais, município, polícia municipal, bombeiros</p>	<p>COMPROMETIMENTO DOS PROFISSIONAIS COM A RESILIÊNCIA</p>
<p>E6-Q14</p>	<p><i>A falha do oxigénio foi um momento de crise e fez com que de um dia para o outro se transferisse de uma equipa inteira para outra instituição e as decisões tiveram de ser feitas em articulação com a ARS e a operacionalização foi que os doentes e os profissionais de saúde passaram para uma instituição privada e definiu-se que doentes iam e que profissionais iam.</i></p>	<p>Rápida articulação com outras entidades numa situação de crise emergente, como foi a falha de oxigénio no Hospital</p>		
<p>E6-Q1</p>	<p><i>“O Hospital estava sobrelotado e recebia quase diariamente instruções da administração sobre vagas que a ARS emitia que havia nos hospitais no país e num espaço de poucas horas a informação dessas vagas ia-se rapidamente alterando tínhamos de andar à procura.”</i></p>	<p>Imprevisibilidade e inconstância na articulação com as outras instituições pela rapidez com que as vagas disponíveis deixavam de o estar.</p>		
<p>E1-Q6</p> <p>E4-Q10</p>	<p><i>“Os hospitais do SNS deveriam funcionar mais em rede. Não há um organismo que centralize essa informação e tenha capacidade de decidir para onde o doente vai.”</i></p>	<p>Falha da organização do SNS em termos de rede interligada e interconectada das várias organizações que o constituem.</p>		

FONTE	EXEMPLOS DE EVIDÊNCIAS	CONCEITOS DE 1ª ORDEM	TEMAS DE 2ª ORDEM	DIMENSÕES AGREGADAS
<p>E4-Q6</p> <p>E6-Q6</p> <p>D59</p>	<p><i>“...plano foi definido, contava também com alguma colaboração dos outros hospitais LVT e com a coordenação da ARSLVT que foi um dos principais calcanhares de Aquiles da resposta à pandemia...”</i></p> <p><i>“Em relação à articulação com a ARSLVT que é quem em princípio deve coordenar as respostas dos hospitais dos cuidados de saúde primários, neste caso em estreita colaboração com a DGS (direção geral da saúde) de acordo com as orientações da DGS, mas caberia à ARSLVT coordenar a resposta nos hospitais. Do meu ponto de vista à ARSLVT caberia a responsabilidade de definir os níveis de resposta das várias instituições e definir como é que as instituições se coordenariam entre eles...”</i></p> <p><i>“A articulação supraHospitalar foi praticamente inexistente da minha experiência, e pagamos caro isso com mais trabalho porque a articulação supraHospitalar quase não existiu.”</i></p> <p><i>“...como é que é preciso uma carta formal dos presidentes dos conselhos de administração dos vários hospitais, como é que é preciso terem de dar este grito de alerta para os doentes serem distribuídos de uma forma mais equilibrada entre toda a estrutura. Porque é que o Ministério e a ARS não funcionam atempadamente...”</i></p>	<p>Falha da organização do SNS em termos de rede interligada e interconectada das várias organizações que o constituem.</p>	<p>Interação com outras entidades, como por exemplo: ACES, ARS, hospitais, município, polícia municipal, bombeiros</p>	<p>COMPROMETIMENTO DOS PROFISSIONAIS COM A RESILIÊNCIA</p>
<p>E4-Q6</p>	<p><i>“Há falta de espírito de cooperação entre as instituições. ... as pessoas vão defendendo a sua própria instituição em detrimento de uma resposta coordenada.”</i></p>	<p>Falta de solidariedade entre as instituições e falta de coordenação das entidades reguladoras das instituições no sentido de uma resposta coordenada.</p>		

FONTE	EXEMPLOS DE EVIDÊNCIAS	CONCEITOS DE 1ª ORDEM	TEMAS DE 2ª ORDEM	DIMENSÕES AGREGADAS
<p>E2-Q6</p> <p>E2-Q6</p> <p>E6-Q6</p>	<p><i>“Mas nós em termos de Hospital não contamos muito com a ajuda dos ACES. A urgência adaptou-se à nossa procura de doentes e o Hospital adaptou-se à procura dos doentes ao Hospital. A sensação que tivemos é que substituímos um bocadinho os ACES.</i></p> <p><i>Em termos de circuitos de doentes eles não nos absorveram, não houve aumento rápido de espaço de consulta para estes doentes aliás os centros de saúde reduziram as consultas todas e nem admitiam sequer estes doentes.</i></p> <p><i>Neste momento da parte do serviço de urgência com os ACES não houve nenhuma interação ou protocolo.”</i></p> <p><i>“Inicialmente a linha Saúde 24 enviava todos os casos de suspeita COVID-19 para fazer os testes no serviço de urgência.”</i></p> <p><i>“Em relação à articulação com a USF da zona no início quando estava ainda na urgência notou-se uma grande drenagem de doentes para o Hospital...”</i></p>	<p>Falha nas relações de ajuda e partilha com outras instituições de saúde como os ACES</p>	<p>Interação com outras entidades, como por exemplo: ACES, ARS, hospitais, município, polícia municipal, bombeiros</p>	<p>COMPROMETIMENTO DOS PROFISSIONAIS COM A RESILIÊNCIA</p>
<p>E4-Q10</p> <p>E7-Q10</p>	<p><i>“Definiu-se ainda as regras de utilização dos equipamentos de proteção individual nas várias áreas do Hospital desde os serviços administrativos, BackOffice em que não há contacto com doentes e até às áreas de tratamento dos doentes COVID-19 quer nas urgências, internamento e UCI.”</i></p> <p><i>“O plano era que nas áreas infetadas todas as pessoas tivessem não só o equipamento de proteção como limitassem o número de horas lá dentro...Em que tudo o que pode ser feito fora, preparação terapêutica, tudo o que seja coisas que possam ser preparadas fora da unidade então tem de vir para fora da unidade e assim consigo reduzir o número de pessoas lá dentro, o número de horas das pessoas lá dentro e o número de atos de risco.”</i></p>	<p>Definição de regras de segurança e de proteção individual para todos os profissionais do Hospital</p> <p>Definição de regras de segurança e de proteção individual para todos os profissionais do Hospital</p>	<p>Procedimentos elaborados para a segurança dos profissionais e dos doentes no âmbito do COVID-19</p>	


FONTE	EXEMPLOS DE EVIDÊNCIAS	CONCEITOS DE 1º ORDEM	TEMAS DE 2ª ORDEM	DIMENSÕES AGREGADAS
E8-Q2	<p><i>“...definição de critérios da passagem dos doentes do circuito limpo para o circuito respiratório...”</i></p>			
D7	<p><small>Conselho de Administração</small></p> <p>Plano de Comunicação de Crise</p> <p><small>Plano de Crise: Gestão de Crise, Emergências, Plano</small></p> <p>1. OBJETIVOS</p> <p>1.1. Definir intervenções públicas em cenário de crise;</p> <p>1.2. Realizar ações preventivas por essa crise;</p> <p>1.3. Realizar a intervenção em situações anormais susceptíveis de pôr em causa o bom funcionamento da instituição;</p> <p>1.4. Envolver os profissionais na resolução do problema que deu origem à crise;</p> <p>1.5. Evitar a repetição de situações que conduzem à observação de crise.</p> <p>2. ÂMBITO</p> <p>2.1. Todos os profissionais de</p> <p>3. TERMOS E SIGLAS</p> <p>CA - Conselho de Administração</p> <p>4. PONTOS IMPORTANTES</p> <p>4.1. As crises são situações de natureza que correm o risco de escalar em intensidade, sendo por isso uma situação mobilizada no planeamento, através do exercício das operações normais de uma organização, colocando em perigo a sua imagem e prejudicando-a nos seus resultados de “prestação”;</p> <p>4.2. Uma crise é uma mudança, não necessariamente vetada à negatividade imprevista, mas sim caracterizada por um certo grau de risco e incerteza;</p> <p>4.3. Além, uma crise pode ser entendida como qualquer acontecimento imprevisto e com carácter público, que tem capacidade para afetar negativamente e causar uma rutura ou instabilidade no normal funcionamento da instituição, sendo como tal em causa a reputação e a imagem da instituição, a imagem causada pela mesma leva a uma resposta imediatamente urgente;</p> <p>4.4. Éste é um Grupo de Gestão de Emergências, que tem como principal função assessorar o Diretor de Emergências (Presidente do Conselho de Administração) na gestão da emergência. É responsável, em conjunto com o Diretor de Emergências, pela tomada de decisões de maior relevância.</p>	<p>Plano de abordagem de contacto próximos com doentes ou profissionais infetados com COVID-19</p>		<p>COMPROMETIMENTO DOS PROFISSIONAIS COM A RESILIÊNCIA</p>
E5-Q10	<p><i>“Houve limpeza e desinfeção das salas sempre após a realização de um exame e as salas ficavam 20 min inoperacionais após fazer um exame com doente COVID-19.”</i></p>	<p>Implementação de procedimentos de segurança para os profissionais e para os doentes</p>	<p>Procedimentos elaborados para a segurança dos profissionais e dos doentes no âmbito do COVID-19</p>	
E1-Q2	<p><i>“Foi ainda necessário no Hospital formar os profissionais que estavam nos covidários, sobre como se protegerem e o que fazer no caso de o doente testar COVID-19 positivo”</i></p>			
E7-Q10	<p><i>“Começámos a preparar EPI e otimizar o que tínhamos que era muito pouco e a treinar os colegas da urgência e comecei a tentar comprar equipamentos de proteção com a logística a ver as alterações da ventilação e ar condicionado.”</i></p>			
E7-Q10				


FONTE	EXEMPLOS DE EVIDÊNCIAS	CONCEITOS DE 1º ORDEM	TEMAS DE 2ª ORDEM	DIMENSÕES AGREGADAS
<p>O8 O9</p>	<p><i>“o que eu queria era que as pessoas que estavam lá dentro que eram só dois enfermeiros, um medico e um auxiliar ficassem inteiramente a tratar do doente, a posicioná-lo a dar a terapêutica e não faziam mais nada lá dentro. Isto permitia que os elementos ficassem menos cansados e ter sempre apoio fora para tudo o que precisavam e arranjamos um sistema com camaras de vídeo e walky talky, a monitorização dos doentes veio cá para fora, e quem estava fora é que dizia atenção o doente da cama 3 está a acontecer isto e assim as pessoas acabaram por planear o trabalho de uma forma muito mais eficaz “</i></p> <div style="display: flex; justify-content: space-around;">  </div> <p><i>Protocolos com procedimentos de material de limpeza das mãos acessível nos corredores</i> <i>segurança e</i></p>	<p>Implementação de procedimentos de segurança para os profissionais e para os doentes</p>	<p>Procedimentos elaborados para a segurança dos profissionais e dos doentes no âmbito do COVID-19</p>	<p>COMPROMETIMENTO DOS PROFISSIONAIS COM A RESILIÊNCIA</p>
<p>E1-Q1</p> <p>E5-Q9</p> <p>E7-Q10</p>	<p><i>“Na UCI foi dada formação em EPI e foram criadas equipas multidisciplinares.”</i></p> <p><i>“Relativamente ao fardamento, houve diretrizes através de circulares e depois uns explicavam aos outros.”</i></p> <p><i>“Toda a gente treinou na urgência a vestir o EPI.”</i></p>	<p>Formação dos procedimentos de segurança dada aos profissionais</p>		

FONTE	EXEMPLOS DE EVIDÊNCIAS	CONCEITOS DE 1º ORDEM	TEMAS DE 2ª ORDEM	DIMENSÕES AGREGADAS																																																			
E7-Q9	<p>“...na urgência constituí um grupo de pessoas e essas pessoas aprenderam juntas da mesma forma e depois foram reproduzir esse ensino nos respetivos serviços de forma que houvesse consistência nos diferentes sítios. Eramos todos muito rigorosos, alias infetaram-se mais pessoas na 2º vaga do que na primeira porque as pessoas depois relaxaram-se um bocado pois já estavam mais à vontade.</p>																																																						
D10	<p>PCBIA - Grupo de Comunicação Local Utilização do Equipamento de Proteção Individual Normas Gerais: Injeção Equipamento de Proteção Individual</p> <p>1. OBJETIVOS</p> <p>1.1. Reduzir a taxa de infeções associadas aos cuidados de saúde no Hospital (HAI).</p> <p>1.2. Uniformizar o uso correto e adequado do Equipamento de Proteção Individual.</p> <p>2. ÂMBITO</p> <p>2.1. Todos os profissionais dos serviços do Hospital</p> <p>3. TERMOS E SIGLAS</p> <p>EPI Equipamento de Proteção Individual GPC/PCBIA Grupo de Comunicação Local do Programa de Prevenção de Contatos de Infecção e Resistência aos Antimicrobianos.</p> <p>SACS Injeção Associada aos Cuidados de Saúde. PNCI Injeção Inicial em Cuidados de Saúde, medida global de prevenção e controlo das IACS e a aplicar na prestação de cuidados a todos os utentes, independentemente do seu estado infeccioso (sem contagem e documentação).</p> <p>4. PONTOS IMPORTANTES</p> <p>4.1. O Equipamento de Proteção Individual é um conjunto de materiais cujo uso tem a finalidade de constituir barreiras físicas à transmissão de microrganismos.</p> <p>4.2. A utilização de EPI proporciona proteção adequada aos profissionais de saúde, de acordo com o risco associado ao procedimento e/ou área, e também, aos doentes e visitantes em circunstâncias específicas.</p> <p>4.3. O profissional de saúde é responsável pela seleção das barreiras protetoras mais adequadas em função da avaliação do risco de infeção prevista.</p> <p>4.4. Para que os EPI cumpram as suas funções (de proteção e de interrupção da transmissão de microrganismos) é necessário:</p> <p>4.5. Adequar as barreiras protetoras à atividade / procedimento previstos; 4.6. Respeitar as regras de colocação e remoção do equipamento; 4.7. Não utilizar o mesmo equipamento em utentes diferentes; 4.8. Mudar o equipamento entre procedimentos assistidos/limpa e sujo, no mesmo utente;</p> <p>Seleção para Colocar EPI</p> <table border="1"> <tr> <td>1</td> <td></td> <td>Higienizar as mãos com SABA.</td> </tr> <tr> <td>2</td> <td></td> <td>Óculos: Utilizar óculos ou proteção facial apropriada. Não tocar partes superior. Capuz: Capuz apropriado ao nível dos olhos. Evitar tocar nos olhos ou a face por cima (3ª linha até à frente e 2ª linha).</td> </tr> <tr> <td>3</td> <td></td> <td>Máscara: Colocar a máscara sobre o nariz, a boca e o queixo. Apertar a parte superior ao nariz. Respirar a cabeça com filtros ou aberturas. Apertar os elásticos. Precauções: No andar deve colapsar. Evitar tocar para verificar se existem fugas de ar ao redor da face.</td> </tr> <tr> <td>4</td> <td></td> <td>Proteção Óculos/Facial: Proteção de Óculos sobre os olhos e nariz. Apertar até estar confortável.</td> </tr> <tr> <td>5</td> <td></td> <td>Higienizar as mãos com SABA.</td> </tr> <tr> <td>6</td> <td></td> <td>Óculos: Retirar o tipo e tamanho adequado. Evitar as mãos nos olhos e ajustar sobre o ponto de base.</td> </tr> </table> <p>Remoção de peças de Proteção e EPI</p> <table border="1"> <tr> <td>1</td> <td></td> <td>Óculos: Evitar tocar as partes superiores, nas regiões posterior, da face superior, e nas laterais. Retirar os óculos segurando as partes inferiores. Apertar as partes inferiores. Evitar tocar nos olhos ou a face por cima. Colocar os óculos sobre a superfície limpa e desinfectada. Máscara: Retirar segurando as partes inferiores. Evitar tocar as partes superiores. Apertar as partes inferiores. Proteção Óculos/Facial: Retirar os óculos e proteção facial sem tocar. Evitar tocar na face. Descartar nos locais apropriados para armazenamento ou eliminação.</td> </tr> <tr> <td>2</td> <td></td> <td>Higienizar as mãos com SABA.</td> </tr> <tr> <td>3</td> <td></td> <td>Proteção Óculos/Facial: Retirar os óculos e proteção facial sem tocar. Evitar tocar na face. Descartar nos locais apropriados para armazenamento ou eliminação.</td> </tr> <tr> <td>4</td> <td></td> <td>Máscara: Evitar tocar nas partes da máscara/respirador, além do comprimento. Retirar segurando as partes inferiores. Apertar as partes inferiores. Descartar nos locais apropriados.</td> </tr> <tr> <td>5</td> <td></td> <td>Higienizar as mãos com SABA.</td> </tr> <tr> <td colspan="3">Normas Gerais</td> </tr> <tr> <td>1</td> <td></td> <td>Óculos e Proteção Facial: Evitar tocar as partes superiores, nas regiões posterior, da face superior, e nas laterais. Retirar os óculos segurando as partes inferiores. Apertar as partes inferiores. Evitar tocar nos olhos ou a face por cima. Colocar os óculos sobre a superfície limpa e desinfectada. Máscara: Retirar segurando as partes inferiores. Evitar tocar as partes superiores. Apertar as partes inferiores. Proteção Óculos/Facial: Retirar os óculos e proteção facial sem tocar. Evitar tocar na face. Descartar nos locais apropriados para armazenamento ou eliminação.</td> </tr> <tr> <td>2</td> <td></td> <td>Higienizar as mãos com SABA ou água e sabão.</td> </tr> <tr> <td>3</td> <td></td> <td>Proteção Óculos/Facial: Retirar os óculos e proteção facial sem tocar. Evitar tocar na face. Descartar nos locais apropriados para armazenamento ou eliminação.</td> </tr> <tr> <td>4</td> <td></td> <td>Máscara: Evitar tocar nas partes da máscara/respirador, além do comprimento. Retirar segurando as partes inferiores. Apertar as partes inferiores. Descartar nos locais apropriados.</td> </tr> <tr> <td>5</td> <td></td> <td>Higienizar as mãos com SABA ou água e sabão.</td> </tr> </table>	1		Higienizar as mãos com SABA.	2		Óculos: Utilizar óculos ou proteção facial apropriada. Não tocar partes superior. Capuz: Capuz apropriado ao nível dos olhos. Evitar tocar nos olhos ou a face por cima (3ª linha até à frente e 2ª linha).	3		Máscara: Colocar a máscara sobre o nariz, a boca e o queixo. Apertar a parte superior ao nariz. Respirar a cabeça com filtros ou aberturas. Apertar os elásticos. Precauções: No andar deve colapsar. Evitar tocar para verificar se existem fugas de ar ao redor da face.	4		Proteção Óculos/Facial: Proteção de Óculos sobre os olhos e nariz. Apertar até estar confortável.	5		Higienizar as mãos com SABA.	6		Óculos: Retirar o tipo e tamanho adequado. Evitar as mãos nos olhos e ajustar sobre o ponto de base.	1		Óculos: Evitar tocar as partes superiores, nas regiões posterior, da face superior, e nas laterais. Retirar os óculos segurando as partes inferiores. Apertar as partes inferiores. Evitar tocar nos olhos ou a face por cima. Colocar os óculos sobre a superfície limpa e desinfectada. Máscara: Retirar segurando as partes inferiores. Evitar tocar as partes superiores. Apertar as partes inferiores. Proteção Óculos/Facial: Retirar os óculos e proteção facial sem tocar. Evitar tocar na face. Descartar nos locais apropriados para armazenamento ou eliminação.	2		Higienizar as mãos com SABA.	3		Proteção Óculos/Facial: Retirar os óculos e proteção facial sem tocar. Evitar tocar na face. Descartar nos locais apropriados para armazenamento ou eliminação.	4		Máscara: Evitar tocar nas partes da máscara/respirador, além do comprimento. Retirar segurando as partes inferiores. Apertar as partes inferiores. Descartar nos locais apropriados.	5		Higienizar as mãos com SABA.	Normas Gerais			1		Óculos e Proteção Facial: Evitar tocar as partes superiores, nas regiões posterior, da face superior, e nas laterais. Retirar os óculos segurando as partes inferiores. Apertar as partes inferiores. Evitar tocar nos olhos ou a face por cima. Colocar os óculos sobre a superfície limpa e desinfectada. Máscara: Retirar segurando as partes inferiores. Evitar tocar as partes superiores. Apertar as partes inferiores. Proteção Óculos/Facial: Retirar os óculos e proteção facial sem tocar. Evitar tocar na face. Descartar nos locais apropriados para armazenamento ou eliminação.	2		Higienizar as mãos com SABA ou água e sabão.	3		Proteção Óculos/Facial: Retirar os óculos e proteção facial sem tocar. Evitar tocar na face. Descartar nos locais apropriados para armazenamento ou eliminação.	4		Máscara: Evitar tocar nas partes da máscara/respirador, além do comprimento. Retirar segurando as partes inferiores. Apertar as partes inferiores. Descartar nos locais apropriados.	5		Higienizar as mãos com SABA ou água e sabão.	<p>Protocolo com os procedimentos para as boas práticas da utilização do equipamento de proteção individual</p>	<p>Procedimentos elaborados para a segurança dos profissionais e dos doentes no âmbito do COVID-19</p>	<p>COMPROMETIMENTO DOS PROFISSIONAIS COM A RESILIÊNCIA</p>
1		Higienizar as mãos com SABA.																																																					
2		Óculos: Utilizar óculos ou proteção facial apropriada. Não tocar partes superior. Capuz: Capuz apropriado ao nível dos olhos. Evitar tocar nos olhos ou a face por cima (3ª linha até à frente e 2ª linha).																																																					
3		Máscara: Colocar a máscara sobre o nariz, a boca e o queixo. Apertar a parte superior ao nariz. Respirar a cabeça com filtros ou aberturas. Apertar os elásticos. Precauções: No andar deve colapsar. Evitar tocar para verificar se existem fugas de ar ao redor da face.																																																					
4		Proteção Óculos/Facial: Proteção de Óculos sobre os olhos e nariz. Apertar até estar confortável.																																																					
5		Higienizar as mãos com SABA.																																																					
6		Óculos: Retirar o tipo e tamanho adequado. Evitar as mãos nos olhos e ajustar sobre o ponto de base.																																																					
1		Óculos: Evitar tocar as partes superiores, nas regiões posterior, da face superior, e nas laterais. Retirar os óculos segurando as partes inferiores. Apertar as partes inferiores. Evitar tocar nos olhos ou a face por cima. Colocar os óculos sobre a superfície limpa e desinfectada. Máscara: Retirar segurando as partes inferiores. Evitar tocar as partes superiores. Apertar as partes inferiores. Proteção Óculos/Facial: Retirar os óculos e proteção facial sem tocar. Evitar tocar na face. Descartar nos locais apropriados para armazenamento ou eliminação.																																																					
2		Higienizar as mãos com SABA.																																																					
3		Proteção Óculos/Facial: Retirar os óculos e proteção facial sem tocar. Evitar tocar na face. Descartar nos locais apropriados para armazenamento ou eliminação.																																																					
4		Máscara: Evitar tocar nas partes da máscara/respirador, além do comprimento. Retirar segurando as partes inferiores. Apertar as partes inferiores. Descartar nos locais apropriados.																																																					
5		Higienizar as mãos com SABA.																																																					
Normas Gerais																																																							
1		Óculos e Proteção Facial: Evitar tocar as partes superiores, nas regiões posterior, da face superior, e nas laterais. Retirar os óculos segurando as partes inferiores. Apertar as partes inferiores. Evitar tocar nos olhos ou a face por cima. Colocar os óculos sobre a superfície limpa e desinfectada. Máscara: Retirar segurando as partes inferiores. Evitar tocar as partes superiores. Apertar as partes inferiores. Proteção Óculos/Facial: Retirar os óculos e proteção facial sem tocar. Evitar tocar na face. Descartar nos locais apropriados para armazenamento ou eliminação.																																																					
2		Higienizar as mãos com SABA ou água e sabão.																																																					
3		Proteção Óculos/Facial: Retirar os óculos e proteção facial sem tocar. Evitar tocar na face. Descartar nos locais apropriados para armazenamento ou eliminação.																																																					
4		Máscara: Evitar tocar nas partes da máscara/respirador, além do comprimento. Retirar segurando as partes inferiores. Apertar as partes inferiores. Descartar nos locais apropriados.																																																					
5		Higienizar as mãos com SABA ou água e sabão.																																																					

FONTE	EXEMPLOS DE EVIDÊNCIAS	CONCEITOS DE 1º ORDEM	TEMAS DE 2ª ORDEM	DIMENSÕES AGREGADAS
D11	<p>PPCIRA – Grupo de Coordenação Local</p> <p>Seleção e utilização do equipamento de proteção individual no âmbito do plano de contingência da COVID 19</p> <p>Palavras Chave: Equipamento de proteção individual; Covid19.</p> <hr/> <p>1. OBJETIVOS</p> <p>1.1. Promover a correta utilização do equipamento de proteção individual (EPI) à tipologia de cuidados prestados e ao nível de risco no Hospital.</p> <p>1.2. Uniformizar medidas de prevenção de risco na transmissão de infeção.</p> <p>1.3. Uniformizar o tipo de EPI por área de risco.</p>	<p>Protocolo elaborado relativo à seleção e utilização do equipamento de proteção individual no âmbito do plano de contingência da COVID 19 para os vários serviços do Hospital</p>	<p>Procedimentos elaborados para a segurança dos profissionais e dos doentes no âmbito do COVID-19</p>	<p>COMPROMETIMENTO DOS PROFISSIONAIS COM A RESILIÊNCIA</p>
D12	<p>Serviço de Gestão Hoteleira</p> <p>Limpeza de Áreas Especiais</p> <p>Palavras Chave: Limpeza, rotina, áreas especiais.</p> <hr/> <p>1. OBJETIVOS</p> <p>1.1. Uniformizar o processo de limpeza de rotina / diária de qualquer área especial</p> <hr/> <p>2. ÂMBITO</p> <p>2.1. Prestador do Serviço de Limpeza nos Serviços com áreas especiais – Blocos Operatório e de Partos, Unidades de Cuidados Intensivos e Neonatais, Departamento de Esterilização, Salas de Pequena Cirurgia, Morgue, Laboratórios, Salas de Emergência, Quartos de isolamento, Serviço de Hemodinâmica, Salas de Tratamento de feridas</p> <hr/> <p>3. TERMOS E SIGLAS</p> <p>EPI Equipamento de Proteção Individual SABA Solução antisséptica de base alcoólica GCL-PPCIRA Grupo de Coordenação Local do Programa de Prevenção e Controlo de Infeção e Resistência aos antimicrobianos</p> <hr/> <p>4. PONTOS IMPORTANTES</p> <p>4.1. Uso obrigatório de EPI (tapa, fato de circulação, máscara, óculos, socas e/ou proteção para sapatos, ou outro indicado pelo Serviço em causa)</p> <p>4.2. Higienizar as mãos com SABA ou água e sabão, antes da colocação de luvas</p> <p>4.3. O equipamento usado na limpeza de áreas especiais é de utilização exclusiva dessas áreas</p> <p>4.4. Higienizar as mãos, com SABA ou água e sabão, após a execução da tarefa</p> <p>4.5. A periodicidade da tarefa é diária e sempre que necessário, de acordo com o plano de limpeza para áreas de nível máximo de risco de infeção ou conforme instruções definidas pelo GCL-PPCIRA</p> <p>4.6. No fim dos trabalhos, higienizar e secar cuidadosamente todo o equipamento</p>	<p>Protocolo de uniformização do processo de limpeza de rotina</p>	<p>Procedimentos elaborados para a segurança dos profissionais e dos doentes no âmbito do COVID-19</p>	


FONTE	EXEMPLOS DE EVIDÊNCIAS	CONCEITOS DE 1º ORDEM	TEMAS DE 2ª ORDEM	DIMENSÕES AGREGADAS
D16	<p>Rastreio de SARS-CoV-2 antes de procedimentos ou intervenções programados</p> <p>Doentes* que vão ser submetidos a:</p> <ul style="list-style-type: none"> Internamentos eletivos médicos e/ou cirúrgicos; Tratamentos oncológicos (vide Norma 009/2020 da DGS); Procedimentos com risco elevado de geração de aerossóis (BPO, CPAP, endoscopias digestivas, etc.); Intervenções cirúrgicas eletivas. <p>Prevenção SGARMIAN "paraguetes"</p> <ol style="list-style-type: none"> "COVID-19 (PCR) - paraguetes" Sefalar-se serviço de referência; CE em COVID Aplicar as prescrições não assinadas Assinar <p>Indicação de data prevista de procedimento (data de rastreio a realizar-se 24-72 horas antes)</p> <p>Administrativo:</p> <ul style="list-style-type: none"> Marcar o teste na agenda SGARMI Informar o doente da data e hora de agendamento e do local de realização do teste <p>Links COVID:</p> <ul style="list-style-type: none"> 4780 (064833868) Centro Ambulatório de Rastreio (Enfª Albuquerque): 807 / 064833867 / 850 / 4617 SINA: 806 / 24 / 24 <p>Centro AMBULATORIO DE RASTREIOS</p> <p>Avaliação de risco clínico e epidemiológico</p> <ol style="list-style-type: none"> Teve ou tem diagnóstico de COVID-19? Se sim, encontra-se em isolamento? Nos últimos 14 dias: <ul style="list-style-type: none"> Teve febre, tosse ou dificuldade respiratória? Contacto com caso suspeito ou confirmado de COVID? <p>Se sim a qualquer umas destas questões: Risco elevado de COVID-19</p> <ol style="list-style-type: none"> Se febre, tosse ou dificuldade respiratória: o doente contacta SINA24 ou médico assistente (DGS Norte) (04/2020) Presença e agendamento do rastreio e do procedimento/MCDT Informar o médico prescriptor de MCDT/procedimento ao médico assistente <p>REALIZAÇÃO DO TESTE PCR SARS-CoV-2</p> <p>Indeterminado: Repetir</p> <p>Médico assistente:</p> <ul style="list-style-type: none"> Previamente ao procedimento, reavaliar presença de sintomas ou exposição de risco <p>POSITIVO</p> <p>Médico assistente:</p> <ul style="list-style-type: none"> Informar o doente do resultado e das suas implicações na realização/ reagendamento do procedimento Fazer referência médica interna "RMI COVID Ambulatório" <p>Equipa COVID- Ambulatório (LAI)</p> <ul style="list-style-type: none"> Contactar o doente com instruções clínicas Notificar COVID-19 em SINAIVE Inserir o doente em Traça COVID para agendamento em UC/USP 	Protocolo de procedimentos para o rastreio de SARS-CoV-2 antes de procedimentos ou intervenções programadas		
D19	<div style="background-color: red; color: white; padding: 10px; text-align: center;"> <h2 style="margin: 0;">COVID-19</h2> <h3 style="margin: 0;">ALTERAÇÕES ÀS VISITAS A UTENTES INTERNADOS</h3> </div> <p>Atendendo à atual emergência de saúde pública de âmbito internacional devido ao COVID-19, declarada pela Organização Mundial de Saúde, informam-se os</p>	Circulares Informativas das Alterações das Visitas aos Utentes	Procedimentos elaborados para a segurança dos profissionais e dos doentes no âmbito do COVID-19	COMPROMETIMENTO DOS PROFISSIONAIS COM A RESILIÊNCIA
E1-Q5	"Na fase de desconfinamento definiu-se a quota de doentes COVID-19 que o Hospital poderia tratar..."	Redefinição de quotas da capacidade de tratamento dos doentes no Hospital		

FONTE	EXEMPLOS DE EVIDÊNCIAS	CONCEITOS DE 1º ORDEM	TEMAS DE 2ª ORDEM	DIMENSÕES AGREGADAS
E5-Q10	<p>“...desinfecção das salas após a realização de um exame e as salas ficavam 20 min inoperacionais após fazer um exame com doente COVID-19. Esses tempos de espera mexeram muito com a capacidade de resposta do serviço por isso só marcavam exames urgentes que não podiam desmarcar.”</p>	<p>Redefinição da capacidade do número de exames diário a realizar</p>		
E1-Q1	<p>“Criaram-se espaços distintos: COVID-19 positivo; COVID-19 suspeitos a aguardar teste; COVID-19 negativo.”</p>			
E1-Q2	<p>“No bloco operatório ...2 salas para operar doentes COVID-19, com circuito físico de entrada e saída do bloco próprios e distintos dos não COVID-19...”</p>			
E1-Q2	<p>“...destaca-se uma duplicação de recursos: urgência COVID-19; urgência não COVID-19.”</p>			
E1-Q4	<p>“Doentes da cirurgia que entravam pelo serviço de urgência, aguardavam o resultado do teste COVID-19 numa zona de contenção criada na ortopedia. “</p>	<p>Alteração dos espaços físicos/Criação de novos espaços físicos</p>	<p>Experimentação organizacional e criação de soluções que não foram testadas ou aprendidas anteriormente</p>	
D23	<p>“...vidros protetores nas áreas administrativas de atendimento público. Esta medida de proteção plano de Contingência do H e com o patrocínio da Camara Municipal...”</p> 	<p>ao consta do contou</p>		
D47	<p>“...deu início às obras de remodelação do Posto de Atendimento das áreas de Cardiologia, Urologia, Oftalmologia e Otorrinolaringologia...A</p>			<p>COMPROMETIMENTO COM A RESILIÊNCIA</p>

FONTE	EXEMPLOS DE EVIDÊNCIAS	CONCEITOS DE 1º ORDEM	TEMAS DE 2ª ORDEM	DIMENSÕES AGREGADAS
O16	<p><i>requalificação deste posto aumentar o espaço para a zona de espera, melhores condições de distanciamento físico..”</i></p>  <p><i>visa disponível criando</i></p>	<p>Alteração dos espaços físicos/Criação de novos espaços físicos</p>	<p>Experimentação organizacional e criação de soluções que não foram testadas ou aprendidas anteriormente</p>	<p>COMPROMETIMENTO DOS PROFISSIONAIS COM A RESILIÊNCIA</p>
E1-Q3	<p><i>“Foi necessário dividir a equipa em 2 grupos para virem ao Hospital menos vezes.”</i></p>	<p>Alteração das equipas</p>		
E5-Q9	<p><i>“...mudaram os horários das refeições para os profissionais...as escalas (equipas de 12h numa semana inteira era a equipa A e equipa B e na semana a seguir outra equipa porque se houvesse contágio conseguia-se identificar)”</i></p>	<p>Alterações das escalas</p>		
E7-Q10	<p><i>“Os turnos tiveram de ser adaptados, fazíamos turnos de 12h consecutivas, depois fazíamos 24 h depois folgávamos um dia e fizemos muitas horas extraordinárias...”</i></p>	<p>Alteração do fardamento</p>		
E5-Q9	<p><i>“Desde logo ...mudou o fardamento... ao nível do fardamento deixamos de poder circular com a nossa roupa e apenas com os fatos de circulação.”</i></p>			


FONTE	EXEMPLOS DE EVIDÊNCIAS	CONCEITOS DE 1ª ORDEM	TEMAS DE 2ª ORDEM	DIMENSÕES AGREGADAS
E5-Q9	<i>“Desde logo mudou os circuitos dos doentes, quer internados quer Externo”</i>	Alteração e criação de novos circuitos	Experimentação organizacional e criação de soluções que não foram testadas ou aprendidas anteriormente	COMPROMETIMENTO DOS PROFISSIONAIS COM A RESILIÊNCIA
E1-Q3	<i>“Houve reajuste dos tempos operatórios devido aos recursos desviados para COVID-19...”</i>	Alteração dos protocolos em termos de tempos estipulados		
E5-Q10	<i>“No rx os internados doentes COVID-19-19 não vêm ao serviço de radiologia, indo os técnicos aos serviços... A sala de RX era para urgência ou consulta externa...” ; “Os doentes COVID-19 que vêm à TAC vão só a uma específica que estava definida para o efeito (existem 2 TACs).”</i>	Alteração dos procedimentos e das rotinas		
E1-Q3	<i>“Ficou uma enfermaria a menos para poder desviar enfermeiros para a área COVID-19.”</i>	Alteração dos serviços, através de uma reorganização da funcionalidade do espaço.		
E1-Q3	<i>“Salas de reuniões passaram a ser usadas para sala de refeições para não haver tantas pessoas ao mesmo tempo nas salas de refeição.”</i>			
E2-Q2	<i>“...que o Hospital de Dia de Medicina teria de ser deslocado da zona onde estava, pois era uma zona que o serviço de urgência já conhecia.”</i>			
E2-Q2	<i>“Como no serviço de urgência já conhecíamos aquele espaço, no espaço de uma semana alocamos aquele espaço todo para o atendimento ambulatório COVID-19.”</i>			
E4-Q8	<i>“...os cuidados intensivos invadiram a cirurgia de ambulatório porque é a área contigua ao serviço deles e que tinha condições para albergar doentes intensivos de COVID-19”</i>		Alteração dos serviços, através de uma reorganização da funcionalidade do espaço.	

FONTE	EXEMPLOS DE EVIDÊNCIAS	CONCEITOS DE 1ª ORDEM	TEMAS DE 2ª ORDEM	DIMENSÕES AGREGADAS
E1-Q6	<i>“A arquitetura dos hospitais, não só no nosso caso, está mal concebida porque não permite estabelecer 2 circuitos estanques.”</i>	A situação de incerteza conduziu à análise de soluções e procedimentos diferentes dos atuais que procuram minimizar os riscos para os doentes e profissionais, mas que não são fáceis de colocar em prática devido à arquitetura dos espaços.	Deteção e antecipação de falhas	PREOCUPAÇÃO COM A FALHA
D55	<i>“A pandemia por SARS-CoV-2 trouxe diversos desafios aos hospitais, entre os quais as necessidades de oxigénio para tratamento dos doentes com infeção pelo coronavírus. Esta patologia obriga a que os doentes sejam tratados com oxigénio em alto débito, levando assim a estrutura Hospitalar a adaptar-se a essa realidade... Foi assim instalada uma nova rede de oxigénio na ... para reforço da rede já existente... tiveram também já início os trabalhos de instalação de uma rede redundante na ..., que tal como a rede redundante instalada na outra torre irá reforçar a rede de gases medicinais já existente. Adicionalmente vai também ser instalado um tanque de oxigénio para alimentar em exclusivo a Área Dedicada a Doentes Respiratórios do Serviço de Urgência...”</i>	A organização verificou a necessidade emergente do aumento da capacidade de instalação de rede de oxigénio, ainda antes da ocorrência de uma falha.		
E7-Q10	<i>Nós tínhamos um protocolo para vestir e despir o EPI em frente ao espelho e uma pessoa ficava a ver enquanto o outro retirava o EPI de maneira que a pessoa não se contaminasse.</i>	Implementação de mecanismos de controlo de erros e falhas	Mecanismos de segurança dos doentes e dos profissionais	
D14; D15	<i>Sequência colocar e retirar EPI</i>			

FONTE	EXEMPLOS DE EVIDÊNCIAS	CONCEITOS DE 1ª ORDEM	TEMAS DE 2ª ORDEM	DIMENSÕES AGREGADAS
		Implementação de mecanismos de controlo de erros e falhas	Mecanismos de segurança dos doentes e dos profissionais	PREOCUPAÇÃO COM A FALHA
E8-Q14	<p><i>“O que aconteceu é que como a carga de trabalho era tao grande e acabamos por reportar menos e que é importante como construção de uma entidade de organização e não como um meio de culpa. Agora temos de voltar a inserir na necessidade de as pessoas perceberem que o SNS se constrói pelos reportes que se fazem, pois, só assim se conseguem analisar as causas, os riscos e os efeitos.”</i></p>	O volume e a carga de trabalho levaram a uma diminuição do reporte.	Falha na estratégia de reporte	
E6-Q6	<p><i>“Fiz até um procedimento interno e em que articulei com a farmácia pois esses doentes tinham de levar medicação pois o Hospital militar não tem farmácia ao fim-de-semana. Estes procedimentos permitiram agilizar muito a saída dos doentes porque se eliminou um conjunto de obstáculos burocráticos. Um dos procedimentos foi alterar os circuitos de saída destes doentes.”</i></p>	Protocolo elaborado dos procedimentos a realizar na articulação da saída dos doentes para outro Hospital	Dar importância a detalhes dos problemas/situações complexas	RELUTÂNCIA EM SIMPLIFICAR INTERPRETAÇÕES
D9	<p>Serviço de Psiquiatria e Saúde Mental de Adultos Admissão de Utentes Agitados no Âmbito da COVID-19 Palavras-Chave: Doentes agitados; COVID - 19</p> <hr/> <p>1. OBJETIVOS</p> <p>1.1. Definir o circuito do doente presumivelmente portador de perturbação mental, agitado, psicótico ou não colaborante admitido pelo Serviço de Urgência por esse motivo e que simultaneamente apresente sintomas compatíveis com COVID-19.</p> <hr/> <p>2. ÂMBITO</p> <p>2.1. Profissionais do Serviço de Urgência Geral e do Serviço de Psiquiatria de</p> <hr/> <p>3. TERMOS E SIGLAS</p> <p>EPI Equipamento de Proteção Individual; ACP Auto Condição Policial PSP Polícia Segurança Pública</p>	Protocolo elaborado com procedimentos para a Admissão de Utentes Agitados no Âmbito por SARS-CoV-2		

FONTE	EXEMPLOS DE EVIDÊNCIAS	CONCEITOS DE 1ª ORDEM	TEMAS DE 2ª ORDEM	DIMENSÕES AGREGADAS
E8-Q2	<p><i>“...procurava-se garantir a segurança de todos os doentes e também que os profissionais de saúde tinham forma de prestar os cuidados necessários, equipamentos necessários e saber que cuidados prestavam de forma que não se infetassem articulando as equipas pois tínhamos duas urgências, mas o mesmo número de profissionais. Isto implicou uma reestruturação através de tentativas. Ia-se implementando depois avaliava-se o que era benéfico e o que não era e ia-se reajustando porque era impossível definir uma ação sem a pôr em prática primeiro, sem a experimentar.”</i></p>	<p>Após os procedimentos estarem criados e implementados, iam sendo feitas avaliações e revisões se necessário</p>	<p>Revisões após a criação de procedimentos</p>	<p>SENSIBILIDADE ÀS OPERAÇÕES</p>
E7-Q10 D57	<p><i>“...vestir e despir o EPI em frente ao espelho e uma pessoa ficava a ver enquanto o outro retirava o EPI de maneira que a pessoa não se contaminasse.”</i></p> <p><i>“...informa que a sua rede de oxigénio medicinal mantém o seu funcionamento de forma estabilizada, mantendo-se os padrões de segurança definidos. É feita a monitorização constante do fluxo deste gás medicinal...”</i></p>	<p>Os procedimentos e operações são monitorizados para verificar a existência de falha</p>	<p>Monitorização dos sistemas e operações</p>	
E8-Q14	<p><i>“... em que todos percebam que não é para ninguém ser apontado, mas para aprendermos.”</i></p>	<p>Na ocorrência de um erro ou falha procura-se aprender e não apontar o responsável</p>	<p>Cultura Justa</p>	<p>CULTURA ORGANIZACIONAL</p>
E7-Q10 E8-Q14	<p><i>“...conselho de administração como tinha elementos incluídos no grupo de trabalho empenhou mais porque vivia a nossa ansiedade e empenharam-se em ajudar a resolver as situações.”</i></p> <p><i>“Já tínhamos uma cultura para o reporte e que todos percebam que não é para ninguém ser apontado....”</i></p>	<p>Criação de um ambiente de confiança e de suporte aos profissionais</p>	<p>Cultura de Reporte</p>	

FONTE	EXEMPLOS DE EVIDÊNCIAS	CONCEITOS DE 1º ORDEM	TEMAS DE 2ª ORDEM	DIMENSÕES AGREGADAS
E8-Q14	<i>"...temos de voltar a inserir na necessidade de as pessoas perceberem que o SNS se constrói pelos reportes que se fazem, pois, só assim se conseguem analisar as causas, os riscos e os efeitos"</i>	Criação de um ambiente de confiança e de suporte aos profissionais	Cultura de Reporte	CULTURA ORGANIZACIONAL
E6-Q14	<i>"A discussão sobre isto era feita de uma forma mais informal entre as pessoas mais seniores da equipa com mais experiência no tratamento destes doentes. Tivemos múltiplas reuniões sobre o que fazer com o tratamento destes doentes, e acabávamos por discutir entre aqueles que foram designados os chefes de cada equipa dentro da equipa multidisciplinar."</i>	Partilha de conhecimentos /reflexão/inclusão de novas perspetivas	Cultura de Aprendizagem Organizacional	
E8-Q10	<i>"...os protocolos definidos para o doente respiratório ajudava-nos imenso."</i>			
E5-Q13	<i>"Íamos aos mesmos serviços todos os dias e víamos as mesmas pessoas o que fez com que houvesse maior aproximação... Houve uma maior proximidade da administração através de emails, com um agradecimento pelo esforço."</i>	Flexibilização das hierarquias, com hierarquias não muito marcadas tornando o trabalho mais flexível	Cultura Flexível	
E7-Q3	<i>"...Não mandem emails que eu não vou ler, esqueçam, liguem para o meu telefone e falem comigo, levem as coisas para a reunião de grupo e resolvemos as coisas em grupo."</i>	Comunicação mais fluida por maior flexibilidade nas relações e pela diluição das hierarquias		
E6-Q1	<i>"Depois do Natal veio a terceira vaga e essa experiência foi avassaladora com um volume de trabalho Hospitalar, em que tiveram de vir os profissionais da ortopedia, os cardiologistas, os de cirurgia, oftalmologistas, pediatras, vieram de todas as especialidades..."</i>	Alinhamento e união dos profissionais de diferentes especialidades e serviços no combate ao COVID-19	Objetivos e valores partilhados	COORDENAÇÃO RELACIONAL
E7-Q7	<i>"Aspetos positivos foi sem dúvida o trabalho em equipa"</i>			

FONTE	EXEMPLOS DE EVIDÊNCIAS	CONCEITOS DE 1ª ORDEM	TEMAS DE 2ª ORDEM	DIMENSÕES AGREGADAS
E7-Q7	<p>No trabalho em equipa o aspeto positivo foi misturar pessoas de diferentes especialidades com um objectivo comum.</p>			
E7-Q7	<p>“Sofremos juntos e isso aproximou-nos uns dos outros.”</p>			
D24		<p>Alinhamento e união dos profissionais de diferentes especialidades e serviços no combate ao COVID-19</p>	<p>Objetivos e valores partilhados</p>	<p>COORDENAÇÃO RELACIONAL</p>
D45	<p>“...quando chegam colegas de outros serviços para se juntarem à linha da frente, com os quais não temos o hábito de trabalhar, é todo um novo desafio e adaptação... Os processos agilizam-se, a vontade comum de fazer face às adversidades é notória...Trabalhar com a razão e com o coração tem dados frutos que nunca poderíamos ter imaginado. A entreaajuda é fundamental e o sorriso, esse, é transmitido através de um simples olhar de confiança total no trabalho que cada um nós está a fazer em prol de todos.”</p>			
D59	<p>“Um Hospital é uma estrutura altamente diferenciada que presta cuidados altamente diferenciados; dentro de um Hospital temos especialistas de várias áreas e é isso que o caracteriza, um Hospital não é um conjunto de médicos generalistas. E neste sentido, nos hospitais, ou pelo menos no meu Hospital e em hospitais que estão tão</p>			

FONTE	EXEMPLOS DE EVIDÊNCIAS	CONCEITOS DE 1º ORDEM	TEMAS DE 2ª ORDEM	DIMENSÕES AGREGADAS
	<p><i>assoberbados e ocupados com a área Covid, esta diferenciação foi anulada. Neste momento trabalhamos todos juntos e em colaboração uns com os outros, mas já é outra coisa. Temos enfermarias onde estão os médicos que tradicionalmente tratariam os doentes com patologia Covid — pneumologia, medicina interna, infecciologia — e temos enfermarias multidisciplinares em que, para tratar este volume enorme de doentes, temos de contar com a colaboração de todos. E de todos, é de todos.”</i></p>	<p>Alinhamento e união dos profissionais de diferentes especialidades e serviços no combate ao COVID-19</p>		
<p>E6-Q7</p>	<p><i>“Nós temos um modelo em que o doente corre diversos serviços na tentativa de resolver os seus problemas de saúde. Eu acho que este modelo multidisciplinar mais próximo e centrado no doente é uma lição que devia seguir para o futuro e que espero que venha a acontecer. No espaço Hospitalar tínhamos várias vantagens em repensar o modelo em que trabalhamos na medida em que nós trabalhamos por vezes em serviços um pouco fechados neles próprios e haveria algum ganho em olhar para isto mais na forma de como é que podemos resolver os problemas dos doentes tendo em conta a sua patologia.”</i></p>	<p>Prestação de cuidados mais centrados no doente</p>	<p>Objetivos e valores partilhados</p>	<p>COORDENAÇÃO RELACIONAL</p>
<p>E6-Q10</p> <p>E6-Q10</p> <p>E8-Q10</p>	<p><i>“...houve de facto algumas resistências por parte de pessoas vindas de outros serviços porque esta não era uma patologia fácil, mas também rapidamente perceberam que ou era elas ou não era ninguém porque não havia mais recursos.”</i></p> <p><i>“Procurei promover o espírito de equipa e transmitir que tínhamos um objetivo para cumprir em que o importante era que cada um desempenhasse a sua função o melhor possível em prol de um objetivo comum e eu acho que as pessoas perceberam isso.”</i></p> <p><i>“...percebeu-se que quando é preciso num caso de catástrofe os profissionais de saúde têm uma capacidade de adaptação que não é mensurável, acho que não se consegue medir a capacidade de</i></p>	<p>Objetivo supraordenado coletivo comum na contenção e resolução da pandemia em detrimento dos objetivos individuais de trabalho</p>		

FONTE	EXEMPLOS DE EVIDÊNCIAS	CONCEITOS DE 1º ORDEM	TEMAS DE 2ª ORDEM	DIMENSÕES AGREGADAS
<p>D20</p> <p>D59</p>	<p><i>readaptação do profissional de saúde mas que se vê nos resultados pois os doentes continuavam a ter os melhores cuidados e os profissionais desdobravam-se...</i></p> <p><i>“Rapidamente houve voluntários para todos os turnos que nos foram pedidos. Nenhum profissional de saúde foi para casa com o fecho das escolas. Estamos preparados para cumprir a missão das nossas vidas!”</i></p> <p><i>“Esse sentido de missão, de dar aquilo que pode e o que não pode, é muito gratificante de ver na classe médica, nos enfermeiros, em todos os profissionais de saúde, e nessa atitude de dar ao outro o nosso melhor. É frequente que as pessoas que vão trocar um turno às 20h ou às 21h saiam de lá à meia-noite, porque como ainda não acabaram têm de continuar. E não é porque alguém as obrigue, é porque não querem deixar os doentes sem dar o seu melhor.”</i></p>	<p>Objetivos supraordenados coletivos no sentido de missão na luta diária com o COVID-19 em detrimento dos objetivos individuais de trabalho</p>	<p>Objetivos e valores partilhados</p>	<p>COORDENAÇÃO RELACIONAL</p>
<p>E1-Q4</p> <p>E7-Q6</p> <p>E7-Q6</p>	<p><i>“...ofertas da comunidade para equipamento de proteção não EPI para as enfermarias...”</i></p> <p><i>“As pessoas da sociedade civil também se uniram muito.”</i></p> <p><i>“...várias empresas queriam dar coisas ao Hospital, e houve por exemplo uma grande empresa que perguntou se precisavam de camas, ventiladores... e eu disse precisamos é de solução alcoólica, se nos arranjam isto solucionam um grande problema e apareceram-nos lá com uma carrinha cheia de solução. E ganhamos uma semana aí.”</i></p>	<p>Colaboração e união da comunidade envolvente ao serviço do Hospital</p>		




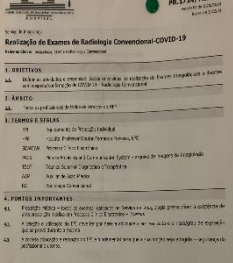
FONTE	EXEMPLOS DE EVIDÊNCIAS	CONCEITOS DE 1ª ORDEM	TEMAS DE 2ª ORDEM	DIMENSÕES AGREGADAS
E7-Q10 D21 D25 D26 D28 D29 D30 D35 D63	<p><i>“No início pousadas e hotéis disponibilizaram alojamento, mas rapidamente percebemos que não podia continuar porque a carga psicológica nas pessoas era grande e começámos a perceber que não nos contaminávamos no serviço e mais rapidamente nos podíamos contaminar no supermercado.”</i></p> <p>- Doação de fatos impermeáveis; artigos de higiene e alimentação; assim como uma arca frigorífica para acondicionamento de gelados; ventiladores; monitores; café; intercomunicadores; aumento da cobertura da internet.</p> <p><i>“Os nossos profissionais, sempre preocupados com o bem-estar dos utentes, fizeram apelos para que se doassem jornais, revistas, livros, carregadores de telemóveis, entre outros artigos. Esta é mais uma forma de darmos conforto aos nossos utentes...”</i></p>	<p>Colaboração e união da comunidade envolvente ao serviço do Hospital</p>	<p>Objetivos e valores partilhados</p>	<p>COORDENAÇÃO RELACIONAL</p>
E7-Q7	<p><i>Outra parte má foram pessoas que arranjaram coisas para fugir à situação e não esperava isso da parte de alguns colegas.</i></p>	<p>Falta de espírito de equipa</p>		
E6-Q10	<p><i>“Implementámos um sistema de briefing em que todos os dias às 8h30 em que estava um representante de cada tira e assim cada um levava a informação para os outros elementos da sua tira e assim partilhávamos a informação.”</i></p>	<p>Partilha de informações nas reuniões e posterior partilha entre os elementos de cada equipa.</p>	<p>Conhecimento partilhado</p>	
E4-Q7	<p><i>linhas de apoio que foram criadas e que desenvolvemos praticamente desde o início, principalmente a linha de apoio de infeciologia para dar as orientações do que fazer a um determinado doente COVID-19,</i></p>	<p>Partilha de conhecimento sobre o COVID-19 e apoio em situações de dúvida</p>		


FONTE	EXEMPLOS DE EVIDÊNCIAS	CONCEITOS DE 1º ORDEM	TEMAS DE 2ª ORDEM	DIMENSÕES AGREGADAS
E7-Q11	<p><i>Tínhamos o SOS voz amiga do Hospital em que qualquer profissional que estava com um problema com um doente fazia uma sinalização do doente. Em que iam seguindo os casos dos doentes sendo quase um coaching, quando havia dúvidas ou estavam aflitos com um doente.</i></p>	Partilha de conhecimento sobre o COVID-19 e apoio em situações de dúvida	Conhecimento partilhado	COORDENAÇÃO RELACIONAL
E7-Q11	<p><i>“Eu fiz um protocolo de COVID-19 para totós, pois tivemos psiquiatras, oftalmologistas na linha da frente por isso criámos um protocolo que explicava o que fazer para que a pessoa mais diferenciada não estivesse sempre a levar com as perguntas de toda a gente.”</i></p>			
E6-Q14	<p><i>Tive muito apoio das pessoas com quem trabalhei e também do meu diretor de serviço.</i></p>	Solidariedade, relação de entreatajuda e respeito entre os profissionais	Relações de partilha e de Respeito mútuo	
E7-Q10	<p><i>“...acabamos por ser muito solidários e amigos uns dos outros.”</i></p>			
E7-Q11	<p><i>“Isto criou uma a proximidade muito grande entre as pessoas.”</i></p>			
E7-Q12	<p><i>“Com o diálogo acabou por fazer uma psicoterapia de grupo em que as pessoas se sentiam apoiadas umas nas outras e havia uma resolução efetiva dos problemas.”</i></p>			
D42	<p><i>“...nessa altura tudo era ainda novidade e incerto sobre esta doença e afinavam-se processos e procedimentos para tratar estes doentes....urgência. Estando a enfermeira ...sozinha dentro do quarto de isolamento com o doente que, por circunstâncias clínicas, não comunicava, o colega que estava a prestar apoio do lado de fora decidiu colocar uma música com o seu próprio telemóvel. Em tom baixo, fora</i></p>			

FONTE	EXEMPLOS DE EVIDÊNCIAS	CONCEITOS DE 1º ORDEM	TEMAS DE 2ª ORDEM	DIMENSÕES AGREGADAS
D72	<p><i>da sala de isolamento de forma que a enfermeira Suse a pudesse ouvir pelo intercomunicador.</i></p> <p><i>Este pequeno grande gesto deu-lhe ainda mais ânimo para trabalhar e suportar todo o equipamento que tinha vestido.”</i></p> <p><i>“A resistência, o corporativismo [espírito de equipa] e a solidariedade são valores que foram bem patentes e foi o que permitiu, apesar de tudo, continuar em frente e fazer face às dificuldades que foram muitas.”</i></p>	Solidariedade, relação de entreatajuda e respeito entre os profissionais	Relações de partilha e de Respeito mútuo	COORDENAÇÃO RELACIONAL
E5-Q13	<p><i>“Acho que houve uma maior aproximação entre todos,Porque estávamos como equipas separadas e os membros da mesma equipa estavam sempre juntos (semanas consecutivas) o que houve uma maior aproximação ...</i></p> <p><i>Íamos aos mesmos serviços todos os dias e víamos as mesmas pessoas o que fez com que houvesse maior aproximação. Houve uma maior proximidade da administração através de emails, com um agradecimento pelo esforço.”</i></p>	Aproximação entre os colaboradores da organização de saúde: dos profissionais da mesma equipa, entre equipas e com a própria administração.		

FONTE	EXEMPLOS DE EVIDÊNCIAS	CONCEITOS DE 1º ORDEM	TEMAS DE 2ª ORDEM	DIMENSÕES AGREGADAS
D6	<p style="text-align: right;">PR.1252/T.CA Versão 02 de 2015/09/12 Revista em 2022/06</p> <p>Conselho de Administração Plano de Comunicação de Crise <i>Palavras Chave:</i> Gestão de Crise; Emergência; Plano</p> <p>1. OBJETIVOS</p> <p>1.1. Definir intervenções públicas em cenário de crise; 1.2. Reduzir danos provocados por essa crise; 1.3. Facilitar a intervenção em situações anormais suscetíveis de pôr em causa o bom funcionamento de Instituição; 1.4. Envolver os profissionais na resolução do problema que deu origem à crise; 1.5. Evitar a repetição de situações que obedecem à classificação de crise.</p> <p>2. ÂMBITO</p> <p>2.1. Todos os profissionais de</p> <p>3. TERMOS E SIGLAS</p> <p>CA Conselho de Administração</p> <p>4. PONTOS IMPORTANTES</p> <p>4.1. As crises são situações de natureza que correm o risco de escalar em intensidade, caindo por isso sob escrutínio mediático ou governamental, acabando por interferir nas operações normais de uma organização, colocando em perigo a sua imagem e prejudicando-a nas suas possibilidades de "sobrevivência".</p> <p>4.2. Uma crise é uma mudança, não necessariamente votada à negatividade irreparável, mas sim caracterizada por um certo grau de risco e incerteza.</p> <p>4.3. Assim, uma crise pode ser entendida como qualquer acontecimento imprevisível e com carácter público, que tem capacidade para afetar negativamente e causar uma rutura ou instabilidade no normal funcionamento do hospital, bem como pôr em causa a legitimidade social da instituição. A incerteza causada pela ameaça leva a uma resposta imperativamente urgente.</p> <p>4.4. Existe um Grupo de Gestão de Emergência, que tem como principal função assessorar o Diretor de Emergência (Presidente do Conselho de Administração) na gestão da emergência. É responsável, em conjunto com o Diretor de Emergência, pela tomada de decisões de maior responsabilidade.</p>	Elaboração de um Plano de comunicação de crise com definição de intervenções e de envolvimento dos profissionais		
E1-Q3	<p><i>“Criou-se um documento que tentou replicar ISBAR para garantir que não se perde informação dos doentes nas passagens de turno da urgência externa e interna.”</i></p>		Mudança nos modos de Comunicação	COORDENAÇÃO RELACIONAL
E7-Q3	<p><i>“...Não mandem emails que eu não vou ler, esqueçam, liguem para o meu telefone e falem comigo, levem as coisas para a reunião de grupo e resolvemos as coisas em grupo.”</i></p>	Otimização e simplificação da comunicação para que seja rigorosa e mais rápida		
E8-Q12	<p><i>“Aqui a comunicação teve de passar a uma comunicação muito eficaz e muito objetiva e nós às vezes nas passagens de turno acabamos por falar um pouco de como estamos e acabamos por alongar e aqui era apenas o essencial.”</i></p>			

FONTE	EXEMPLOS DE EVIDÊNCIAS	CONCEITOS DE 1º ORDEM	TEMAS DE 2ª ORDEM	DIMENSÕES AGREGADAS
E4-Q7	<i>“Foi ainda criada uma via de comunicação para lidar com os boatos dos corredores, que foi um relatório COVID-19 com o ponto de situação, um documento pequeno com 2 páginas e nunca mais que isso, que dizia o número de internados com COVID-19 no Hospital e em que se davam orientações como por exemplo os profissionais para saber quem deviam contactar para saber se iam fazer rastreio ou não...”</i>	Comunicação orientada para a resolução de problemas		
E4-Q12	<i>“Aproveitámos os canais de comunicação habituais, não criámos nenhum canal específico.”</i>	Na comunicação dos processos de trabalho foram utilizados os canais de comunicação existentes		
E4-Q12 O4	<i>“outro meio de comunicação acaba por ser a documentação no âmbito da qualidade, portanto o serviço da qualidade e segurança é responsável pela gestão documental do Hospital e nesses documentos do Hospital coordenados pelo serviço de qualidade nos inserimos todos os procedimentos e instrumentos de trabalho e documentos de apoio, documentos informativos nos mais diversos âmbitos e neste caso no âmbito da pandemia COVID-19”</i> <i>“os posters, tudo o que é exposto para os utentes e para os profissionais, os avisos e etc. Que são publicados tanto nos ambientes de trabalho como aquilo que é exposto e impresso em painéis nos vários sítios estratégicos do Hospital.”</i>	Otimização da comunicação para que seja de fácil acesso através de documentos informativos nas paredes dos corredores e das salas do Hospital	Mudança nos modos de Comunicação	COORDENAÇÃO RELACIONAL

FONTE	EXEMPLOS DE EVIDÊNCIAS	CONCEITOS DE 1º ORDEM	TEMAS DE 2ª ORDEM	DIMENSÕES AGREGADAS
<p>05</p> <p>06</p> <p>07</p>	 <p><i>Mural com informação da revista geral do Hospital</i></p>  <p><i>Mural com protocolos de alterações das visitas e com protocolos informativos relativos ao coronavírus 2019</i></p>  <p><i>Protocolos de como vestir e despir os EPI colocados em murais dos serviços</i></p>  <p><i>Protocolos de novos procedimentos nos murais dos serviços</i></p>	<p>Otimização da comunicação para que seja de fácil acesso através de documentos informativos nas paredes dos corredores e das salas do Hospital</p>	<p>Mudança nos modos de Comunicação</p>	<p>COORDENAÇÃO RELACIONAL</p>
<p>E5-Q12</p> <p>E7-Q12</p>	<p><i>A chefia enviou mais comunicação via email. Houve notícias por correio interno pela administração em relação ao número de casos atendidos e do número de profissionais do Hospital infectados.</i></p>	<p>A comunicação passou a ser mais frequente.</p>		

FONTE	EXEMPLOS DE EVIDÊNCIAS	CONCEITOS DE 1º ORDEM	TEMAS DE 2ª ORDEM	DIMENSÕES AGREGADAS
	<i>“Tínhamos uma reunião com todos os serviços da área da medicina e todos os diretores e com o chefe da equipa que saía da urgência e em 5 min perceber o que tinha corrido bem e mal e tentávamos resolver ali e depois tínhamos outra reunião às 15h para tentar perceber se os problemas da manhã já não passavam para a tarde. “</i>	A comunicação passou a ser mais frequente.		
D61		Desenvolvimento de novos canais de comunicação	Mudança nos modos de Comunicação	COORDENAÇÃO RELACIONAL
D76	<i>“...H e o “Correio de Sintra” unem-se numa parceria para aumentar o conhecimento da população em matérias de saúde. O H passa assim a dispor de um espaço regular de informação, de sua autoria, nesta publicação quinzenal gratuita que é distribuída por todo o concelho de Sintra e está também disponível em formato online...”</i>			
E6-Q12	<i>A informação fluiu mal e os canais de comunicação estavam mal definidos e nestas alturas em que é necessário ser muito organizado tem de haver um fluxo de informação claro. A informação não chega e alguém decidiu o contrário porque não sabia. Umhas vezes a informação era transmitida por email e outras vezes não estava escrito, a pessoa A sabia, mas não disse a B. Essa engrenagem não estava a funcionar. Às vezes havia reunião onde algo fixou decidido e a informação não chega atempadamente a quem está no terreno. E isso é limitativo.</i>	Falha nos Canais de comunicação		
E8-Q12				

FONTE	EXEMPLOS DE EVIDÊNCIAS	CONCEITOS DE 1º ORDEM	TEMAS DE 2ª ORDEM	DIMENSÕES AGREGADAS
<p>E1-Q3</p> <p>E4-Q7</p> <p>E6-Q10</p>	<p><i>Nós comunicamos não só pela verbal como a não verbal e os EPI foram por vezes um bloqueio à comunicação porque não conseguíamos perceber bem o que o outro estava a dizer.</i></p> <p><i>“As reuniões deixaram de ser presenciais e passaram a ser por zooms e teams. “</i></p> <p><i>“Foi ainda criada uma via de comunicação para lidar com os boatos dos corredores, que foi um relatório COVID-19 com o ponto de situação, um documento pequeno com 2 páginas e nunca mais que isso, que dizia o número de internados com COVID-19 no Hospital e em que se davam orientações”</i></p> <p><i>“Implementámos um sistema de briefing em que todos os dias às 8h30 em que estava um representante de cada tira e assim cada um levava a informação para os outros elementos da sua tira e assim partilhávamos a informação.”</i></p>	<p>Falha nos Canais de comunicação</p>	<p>Mudança nos modos de Comunicação</p>	<p>COORDENAÇÃO RELACIONAL</p>
<p>Q4-Q7</p>	<p><i>“A dada altura nós pensámos em enviar a informação relativamente aos profissionais positivos para dar uma ideia do risco que os profissionais correm, os procedimentos a ter nos seus locais de trabalho para evitar o risco de contágio e isso apareceu logo nos meios de comunicação social. É muito difícil comunicar ou encontrar o equilíbrio entre aquilo que é útil para a instituição e aquilo que pode ser prejudicial porque sai da instituição para quem não tem nada a ver com o assunto.”</i></p>	<p>Entropia nas informações partilhadas o que dificulta a manutenção de confiança numa comunicação transparente e aberta.</p>		
<p>E1-Q1</p>	<p><i>“Na UCI ... foram criadas equipas multidisciplinares.”</i></p>	<p>Criação de equipas multidisciplinares</p>	<p>Seleção da equipa</p>	

FONTE	EXEMPLOS DE EVIDÊNCIAS	CONCEITOS DE 1º ORDEM	TEMAS DE 2ª ORDEM	DIMENSÕES AGREGADAS
E6-Q1	<p><i>“Foi criada nessa altura uma equipa multidisciplinar para assumir enfermaria COVID-19 e que integrei em setembro de 2020. Após a primeira vaga percebeu-se que a abordagem destes doentes devia ser feita por uma equipa multidisciplinar constituída por elementos de diversos serviços.”</i></p>	Criação de equipas multidisciplinares	Seleção da equipa	ESTRATÉGIAS DE DESENVOLVIMENTO DA COORDENAÇÃO RELACIONAL
E6-Q10	<p><i>“A ideia da equipa multidisciplinar foi formada pela direção clínica e começou em setembro de 2020, e começou só com 3 especialidades a medicina interna, a infecto e a pneumo.”</i></p>			
E6-Q10	<p><i>“A certa altura teve de haver uma escolha entre os dois modelos: o modelo multidisciplinar para dar assistência a estes doentes ou passar para uma compartimentalização e cada serviço tratar dos seus próprios doentes. A decisão da direção clínica foi manter o modelo multidisciplinar...”</i></p>			
E8-Q15	<p><i>“Nos cuidados intensivos receberam muitos enfermeiros de outros serviços”</i></p>			
D54	<p><i>“Hand Medal Project ...O Conselho de Administração do HFF identificou um conjunto de profissionais que têm prestado um contributo fundamental no combate à pandemia de COVID-19, dando assim início à participação do Hospital neste singela e simbólica homenagem. A estes designados hand givers foram entregues uma medalha para si e cinco medalhas para entregar uma a cinco colegas cujo trabalho queira reconhecer.”</i></p>	O contributo e dedicação dos profissionais do Hospital foi recompensado e reconhecido perante a instituição e perante os seus pares.	Recompensa pelo trabalho de equipa	
E8-Q15	<p><i>“Em termos de hierarquia, tivemos necessidade de passar alguns elementos a chefe de equipa porque estávamos na iminência de termos muita gente que pudesse ficar doente então isso teve de ser treinado muito rapidamente e eu fui uma delas. Eu que estava habituada no meu</i></p>	Desenvolvimento simultâneo de competências de liderança	Estimular a liderança na linha da frente	

FONTE	EXEMPLOS DE EVIDÊNCIAS	CONCEITOS DE 1ª ORDEM	TEMAS DE 2ª ORDEM	DIMENSÕES AGREGADAS
	<i>dia a dia nos cuidados gerais, de repente tive de adquirir como é que o chefe de enfermagem coordena a urgência para o caso de isso ser necessário.”</i>	de vários profissionais da linha da frente		ESTRATÉGIAS DE DESENVOLVIMENTO DA COORDENAÇÃO RELACIONAL
E6-Q10	<i>Promovi sempre equipas com pessoas de diferentes serviços e acho que a promoção deste trabalho de equipa deve ser algo que devemos guardar para a vida e para a própria gestão do Hospital pós-COVID-19. O que cada um dá um aporte do seu conhecimento foi a forma de conseguirmos fazer isto com a maior eficiência possível para ultrapassar um conjunto de dificuldades.</i>	Diluição das especialidades dos profissionais	Flexibilização das fronteiras da função	
E7-Q3	<i>Fizemos uma parceria com um outro Hospital para comprar 5 milhões de máscaras cirúrgicas porque se eu ia ao mercado comprar uma quantidade pequena não era viável... em que todos fizeram stocks e quando um estava com falta falava com outro Hospital. Aqui acabou por haver uma entajuda muito grande.”</i>	Flexibilização das fronteiras do sistema através de uma Comunicação inter-organizacional	Relação informal entre os elementos interorganizações	
E7-Q6	<i>“Acabamos por criar um grupo em Portugal que de uma forma muito aberta discutia as coisas e mesmo com a sociedade portuguesa de cuidados intensivos foram várias vezes alterados os protocolos das recomendações.”</i>			
E3-Q6	<i>“Em termos de ACSS e da direção geral do orçamento também estavam em teletrabalho e o contacto não alterou muito pois costumava ser por email. O que mudou foi o reporte para a tutela que tinha de estar bem identificado os que eram por motivo do COVID-19 pois houve um acréscimo significativo de materiais de consumo clínico...”</i>	A relação que se estabeleceu com outras organizações de saúde, não sofreu alterações na forma de comunicar		
E6-Q1	<i>“Vivemos momentos dramáticos com escassez de recursos.”</i>	Stress sentido pelos profissionais durante período de crise e incerteza	Stress	REATIVIDADE EMOCIONAL
D75	<i>“...vejo as pessoas, falo com elas, vejo a sua evolução, e o stress emocional é permanente, é gigante.”</i>			

FONTE	EXEMPLOS DE EVIDÊNCIAS	CONCEITOS DE 1ª ORDEM	TEMAS DE 2ª ORDEM	DIMENSÕES AGREGADAS
E1-Q1	<i>“Quando começaram as notícias do número de mortes em Itália e o PPCIRA entra em ação, surge um sentimento de grande angústia, insegurança, uma procura de começar a organizar”</i>	Sentimentos de angústia, medo e incerteza conduzem a uma reação de organização e reestruturação	Incerteza, medo	REATIVIDADE EMOCIONAL
E1-Q3	<i>“No serviço houve uma sensação de pânico/medo generalizado em toda a equipa”</i>			
E7-Q3	<i>“...pessoas que geriam mal a ansiedade e acabavam por gerar dentro do próprio Hospital grande insegurança.”</i>	Sentimentos de ansiedade transmitidos pelos profissionais		
E1-Q2	<i>Foi necessária uma adaptação rápida, as definições foram mudando</i>	Capacidade de adaptação e de flexibilidade dos profissionais e da própria organização de saúde	Flexibilidade	
E6-Q7	<i>Foram períodos difíceis de uma adaptação quase constante até no próprio funcionamento dos serviços</i>			
E6-Q1	<i>“A meados de fevereiro estava extenuado e pedi a minha substituição porque era um trabalho diário sem horário.”</i>	Exaustão, burnout devido à enorme carga horária e emocional que a situação exigiu	Exaustão	
D64	<i>“Porque isto, toda esta pressão, está a dar cabo de nós. ... Consegui sempre, ao longo da minha vida lidar, muito bem com situações de stress. Para chorar é preciso mesmo muito, porque sempre fui uma pessoa com grande resistência a manifestar ou revelar emoções. E, agora, do nada, sou incapaz de o controlar, e começo a chorar face a todo este sofrimento que vejo à minha volta...”</i>			

FONTE	EXEMPLOS DE EVIDÊNCIAS	CONCEITOS DE 1º ORDEM	TEMAS DE 2ª ORDEM	DIMENSÕES AGREGADAS
D 65	<p><i>“Teleconsulta...Esta nova realidade criada pela pandemia veio demonstrar que este é um recurso que pode ser utilizado num conjunto alargado de situações e que colhe o agrado de utentes e profissionais de saúde”</i></p>			
E3-Q5	<p><i>Em termos de fornecedores ganhou-se muito em recebermos a documentação digitalmente, mas já era um objetivo que toda a faturação fosse feita digitalmente. A fatura eletrónica era suposta já ter em vigor há uns anos atras nos hospitais e isto veio acelerar um pouco mas continuamos a receber alguma documentação em papel.</i></p>			
E8-Q10	<p><i>Aqueles equipamentos que às vezes pedíamos e diziam que não tinham de repente conseguimos ter imenso material para trabalhar para os doentes que tínhamos.</i></p>			
D44	<p><i>“As obras para fazer face à pandemia por SARS-CoV-2 no Hospital ... estão a decorrer em tempo recorde. Estima-se que esteja pronta a receber doentes na altura do Natal. Isso inclui uma nova unidade de cuidados intensivos, uma urgência reestruturada e a uma urgência exclusiva a doentes Covid.”</i></p>	<p>Desenvolvimento digital que foi implementado pela necessidade emergente da situação, caso contrário demoraria mais tempo a acontecer.</p>	<p>Mudanças organizacionais intensas, rápidas e multidirecionais</p>	<p>ANTECIPAÇÃO E ACELERAÇÃO DO DESENVOLVIMENTO NA O.S.</p>
D46	<p><i>“...Hospital investiu cerca de 1,258 milhões de euros na aquisição de equipamentos de tecnologia avançada Os novos equipamentos, tecnologicamente avançados, vêm permitir a melhoria cuidados de diagnóstico e terapêutica...”</i></p>			



milhões


dos


FONTE	EXEMPLOS DE EVIDÊNCIAS	CONCEITOS DE 1ª ORDEM	TEMAS DE 2ª ORDEM	DIMENSÕES AGREGADAS
D38	<i>“...arranca com Unidade de Hospitalização Domiciliária...A Hospitalização domiciliária define-se como um modelo de assistência Hospitalar direcionado para a prestação de cuidados no domicílio. A Hospitalização Domiciliária do Hospital vem responder às necessidades atuais de cuidados de saúde, condicionadas pela pandemia COVID-19.”</i>	Implementação de uma solução de Hospitalização domiciliária em resposta às necessidades de cuidados de saúde da população que a pandemia COVID-19 veio acelera	Mudanças organizacionais intensas, rápidas e multidirecionais	ANTECIPAÇÃO E ACELERAÇÃO DO DESENVOLVIMENTO NA O.S.
E2-Q8 E2-Q8 E2-Q8	<i>“Neste momento temos um circuito separados de doentes COVID-19 e não COVID-19, mas que se cruza em que o doente internado tem de sair pela rua para entrar dentro do internamento. Este foi o circuito possível de montar em 15 dias que agora queremos mudar com melhores condições para os profissionais e os doentes. O que estamos a fazer para o futuro, estamos em reuniões para alargar o espaço de atendimento COVID-19.”</i> <i>“Queremos separar completamente tanto o internamento como o ambulatório do serviço de urgência convencional. Estamos a analisar qual a melhor zona para colocar um novo contentor, para separa tanto o internamento como o ambulatório do serviço de urgência convencional.”</i> <i>“Nós neste momento reduzimos a capacidade do serviço de urgência em muitas camas e o que queremos é chegar ao inverno e ter capacidade instalada para podermos absorver os doentes e não entrarmos em rutura. Assim o ideal é um contentor para o serviço de urgência e colocar outro contentor para ambulatório.”</i>	Identificação de problemas, planeamento e ação com base na experiência adquirida com o que já foi feito no combate à pandemia e desenvolve novos processos	A organização aprende com a experiência para criar novos procedimentos	APRENDIZAGEM ORGANIZACIONAL

FONTE	EXEMPLOS DE EVIDÊNCIAS	CONCEITOS DE 1º ORDEM	TEMAS DE 2ª ORDEM	DIMENSÕES AGREGADAS
E1-Q1	<i>“Na UCI foi dada formação em EPI e foram criadas equipas multidisciplinares.”</i>	<i>A organização partilha informação e promove formações</i>		
E8-Q1	<i>“Quando começamos a perceber que era uma coisa que estava a surgir a nível mundial, começamos com a formação de vestir e despir os EPI, de como os profissionais não se contaminam...”</i>			
D65	<i>“A aprendizagem até ao momento permite já pensar noutros passos, estando em preparação a possibilidade de as consultas desta tipologia serem realizadas através de videochamada com partilha de imagem em tempo real.”</i>			
E8-Q14	<i>“Já tínhamos uma cultura para o reporte e que todos percebam que não é para ninguém ser apontado, mas para aprendermos.”</i>	<i>Existe abertura para partilhar o erro (cultura de reporte)</i>		
E7-Q9	<i>“na urgência constituí um grupo de pessoas e essas pessoas aprenderam juntas da mesma forma e depois foram reproduzir esse ensino nos respetivos serviços de forma que houvesse consistência nos diferentes sítios. Eramos todos muito rigorosos, alias infetaram-se mais pessoas na 2ª vaga do que na primeira porque as pessoas depois relaxaram-se um bocado pois já estavam mais à vontade.”</i>	<i>Colaboração e aprendizagem em grupo e espírito de trabalho em equipa.</i>	<i>Conhecimento partilhado</i>	APRENDIZAGEM ORGANIZACIONAL
E7-Q7	<i>“O trabalho de equipa aqui foi essencial e havia já um protocolo definido de exames para aquele tipo de doente.”</i>			
E8-Q15	<i>“No pico da pandemia tivemos médicos de várias especialidades, e existem um conjunto de procedimentos e hábitos no serviço em que estamos em que quem vem de fora não está habituado. E o que se notou muito foi um trabalho em equipa, ou seja, nós percebemos que quem vem de fora vem para ajudar...”</i>			
D64	<i>“...conseguimos integrar e formar, num grande trabalho de equipa...”</i>			

FONTE	EXEMPLOS DE EVIDÊNCIAS	CONCEITOS DE 1º ORDEM	TEMAS DE 2ª ORDEM	DIMENSÕES AGREGADAS
E7-Q10	<i>isto foi seguido pois começaram a dizer que o Hospital Delta tinha uma forma diferente de trabalhar e foi um método de trabalho seguido por várias unidades noutros hospitais do país.</i>			
E7-Q4	<i>Vivemos momentos difíceis na área dos EPI não havia e acabamos por ter algumas estratégias, como a não permissão das visitas porque não havia mascaras para proteger as visitas.</i>			
E7-Q11	<i>“Agora o Hospital acabou por atingir uma maturidade dos médicos mais novos em relação à ventilação não invasiva e a uma serie de coisas que tiveram de aprender rapidamente.”</i>	Aprendizagem e Mudanças significativas na prática clínica ou operacional	<i>Conhecimento partilhado</i>	
E8-Q15	<i>“E o que se notou muito foi um trabalho em equipa, ou seja, ... e portanto o objetivo aqui deles vai ser trabalhar em equipa e o meu objetivo era dar a minha melhor parte para que em conjunto se consiga o melhor para o doente. Porque estes profissionais depois não vão ficar lá no serviço. Mas isto vai trazer benefícios a longo prazo pois se tivermos de trabalhar novamente em equipa numa nova catástrofe já sabemos como isto funciona, mas não houve um querer apoderar o meu meio a quem era de fora e mais que no meio em que estávamos a trabalhar que era a urgência todas as pessoas dessem o seu contributo. E quem era do serviço levava um pouco mais a rotina e as normas para daquele serviço para garantir o seu funcionamento e quem vinha de fora dava o seu contributo da melhor maneira.”</i>	Aprendizagem e Mudanças significativas na prática clínica ou operacional		APRENDIZAGEM ORGANIZACIONAL
D65	<i>“Teleconsulta...Esta nova realidade criada pela pandemia veio demonstrar que este é um recurso que pode ser utilizado num conjunto alargado de situações e que colhe o agrado de utentes e profissionais de saúde”</i>			

FONTE	EXEMPLOS DE EVIDÊNCIAS	CONCEITOS DE 1º ORDEM	TEMAS DE 2ª ORDEM	DIMENSÕES AGREGADAS
<p>E7-Q6</p> <p>E7-Q6</p> <p>D76</p>	<p><i>“Nós fomos dos primeiros hospitais a usar a ventilação não invasiva à séria porque rapidamente percebemos que não íamos ter camas na UCI para todos. E o Hospital começou a divulgar essa mensagem a outros hospitais.”</i></p> <p><i>“...até fizemos um trabalho que está publicado em que conseguimos determinar para os casos graves qual a dose mais adequada para esses doentes e acabamos por criar ciência que agora é transversal a vários países.”</i></p> <p><i>“o Hospital foi pioneiro a nível do país, e mesmo a nível internacional, no tratamento destes doentes com ventilação não invasiva, em que não é preciso introduzir um tubo nasotraqueal”.</i></p>	<p>A organização partilha conhecimento com outras instituições</p>	<p>Conhecimento partilhado</p>	<p>APRENDIZAGEM ORGANIZACIONAL</p>
<p>E7-Q4</p> <p>E7-Q11</p> <p>E8-Q7</p>	<p><i>“Na segunda vaga já não estava na direção do Hospital, o esquema, o plano já estava montado era só ler os planos, mas eles optaram por fazer alguns desvios.”</i></p> <p><i>“Quando foi a segunda vaga as pessoas estavam treinadas e acabaram por reproduzir o mesmo modelo por uma unidade intermedia em cada piso. Aquele modelo da pneumo no piso 6 acabou por ser reproduzida em vários pisos.2</i></p> <p><i>“Nós não usávamos mascara para trabalhar em muitos contextos como regra, como equipamento. Eu acho que o trabalhar de máscara vai ficar.”</i></p>	<p>Institucionalização de um número elevado de rotinas e práticas individuais, de grupo e da organização</p>	<p>Procedimentos com novas diretrizes escritas e difundidas na organização</p>	

FONTE	EXEMPLOS DE EVIDÊNCIAS	CONCEITOS DE 1º ORDEM	TEMAS DE 2ª ORDEM	DIMENSÕES AGREGADAS
<p>E8-Q7</p> <p>E8-Q7</p> <p>O1</p>	<p><i>“A importância da lavagem das mãos tanto pelos profissionais como pela sociedade e a facilidade com que se propagam os microrganismos.”</i></p> <p><i>Uma das coisas que foi instituída e que ainda hoje se mantém é que todos os doentes respiratórios à entrada fazem o rx ao tórax que é logo pedido pelo enfermeiro na triagem e quando o doente é visto pelo medico pela primeira vez este já olhou para o rx do doente.”</i></p> 	<p>Institucionalização de um número elevado de rotinas e práticas individuais, de grupo e da organização</p>	<p>Procedimentos com novas diretrizes escritas e difundidas na organização</p>	<p>APRENDIZAGEM ORGANIZACIONAL</p>
<p>E4-Q7</p> <p>E8-Q5</p> <p>D22</p>	<p><i>“Outros aspetos como as linhas de apoio que foram criadas e que desenvolvemos praticamente desde o início ... foi a linha de apoio de psiquiatria para dar apoio psicológico e psiquiátrico aos utentes.”</i></p> <p><i>“...acesso a apoio psicológico dentro do Hospital para os profissionais que sentissem essa necessidade. “</i></p> <p><i>“Foi criada uma linha telefónica de apoio 24h/dia, todos os dias, acessível a todos os profissionais e estará sempre disponível para dar apoio presencial.”</i></p>	<p>Desenvolvimento de atividades e serviços que melhoram e respondem às necessidades dos profissionais</p>	<p>Existe investimento em melhorias para os colaboradores</p>	

FONTE	EXEMPLOS DE EVIDÊNCIAS	CONCEITOS DE 1ª ORDEM	TEMAS DE 2ª ORDEM	DIMENSÕES AGREGADAS
D49	<p><i>“Entrou em funcionamento a "Mercearia no Hospital", localizada no átrio principal do edifício do (HFF). Neste espaço comercial pode encontrar de tudo um pouco: pão e fruta fresca, artigos de mercearia diversos, alimentação infantil, saladas e refeições rápidas, laticínios, artigos de higiene e muitos outros artigos.</i></p> <p><i>A disponibilização deste espaço, através de uma concessão realizada pelo HFF, surgiu após consulta aos colaboradores do Hospital sobre que tipo de negócio gostariam de ter neste local.”</i></p> 	Desenvolvimento de atividades e serviços que melhoram e respondem às necessidades dos profissionais	Existe investimento em melhorias para os colaboradores	APRENDIZAGEM ORGANIZACIONAL
D69	<p><i>“Departamento de Saúde Mental do ...implementou desde o início de fevereiro sessões de relaxamento para os profissionais de saúde, com o objetivo da promoção do seu bem-estar e resiliência...”</i></p>			
E7-Q10	<p><i>“Quanto à preparação dos cuidados intensivos usei uma metodologia diferente. Falei com um amigo meu intensivista da região da Lombardia em Itália e avisou que era a sério e percebi que já não era uma preparação, mas um sprint. Comecei a preparar as várias áreas do Hospital.”</i></p>	Recolha de informações de outras organizações que permitem aprender e desenvolver novos processos	A organização recolhe informações	
E7-Q9	<p><i>“Foi desenhado um grupo de trabalho da farmácia. Um grupo de trabalho da compra de equipamentos e o que eu dizia era se precisarem de alguma coisa, o que eu poder resolver digam, vocês têm o empowerment total e, portanto, qualquer coisa digam.”</i></p>	Estímulo à liderança e desenvolvimento da autonomia e capacidade de tomada de decisões	<i>Empowerment</i> dado aos colaboradores e/ou equipas	
E7-Q10	<p><i>“...desenvolvi uma metodologia de trabalho nova na área dos cuidados intensivos que passava por mudar a metodologia de trabalho na área infetadas, pois se os colegas espanhóis e italianos se infetavam tanto era porque a metodologia de trabalho estava errada.”</i></p>	Aquisição de novo conhecimento, novos processos que foram criados sem terem sido	Criaram-se soluções que não foram testadas	

FONTE	EXEMPLOS DE EVIDÊNCIAS	CONCEITOS DE 1ª ORDEM	TEMAS DE 2ª ORDEM	DIMENSÕES AGREGADAS
E7-Q10	<p><i>“...isto foi seguido pois começaram a dizer que o Hospital Delta tinha uma forma diferente de trabalhar e foi um método de trabalho seguido por várias unidades noutros hospitais do país.”</i></p>	experimentados anteriormente	ou aprendidas anteriormente	APRENDIZAGEM ORGANIZACIONAL
E7-Q6	<p><i>“...até fizemos um trabalho que está publicado em que conseguimos determinar para os casos graves qual a dose mais adequada para esses doentes e acabamos por criar ciência que agora é transversal a vários países.”</i></p>			
E7-Q7	<p><i>“Outro ponto forte foi a nossa capacidade em inovar, não tínhamos experiência disto e com inputs de muitas pessoas conseguimos inovar.”</i></p>			
E2-Q7	<p><i>“Os espaços dedicados a serviços de urgência que estão previstos para pandemias ou catástrofes não podem ser ocupados por outras atividades, como costuma acontecer quando se vê que existe ali um espaço vazio.”</i></p>	Reflexão dos profissionais e das equipas em relação a problemas e situações complexas que a pandemia COVID-19 levantou que conduzem a uma aprendizagem para o futuro	Captura de conhecimento através da reflexão individual e coletiva fundamental à otimização do processo de aprendizagem	
E2-Q7	<p><i>“Com a logística ... é necessário que haja uma memória escrita de todo o equipamento de proteção individual que é necessário ter assegurado para 3 meses. O procedimento de compra contínua destes materiais já tem de estar fixo e fácil de aceder...”</i></p>			
E2-Q7	<p><i>“Materiais e equipamentos não podem ser realocados a outras áreas mesmo que isto custe um acréscimo dos custos ao Hospital por ter material parado, mas para não corrermos o risco de andar a comprar material à pressa e mais caro...”</i></p>			
E2-Q7	<p><i>“...não deixar os recursos humanos nos mínimos...”</i></p>			

FONTE	EXEMPLOS DE EVIDÊNCIAS	CONCEITOS DE 1º ORDEM	TEMAS DE 2ª ORDEM	DIMENSÕES AGREGADAS
<p>E2-Q7</p> <p>E4-Q7</p> <p>E4-Q6</p> <p>E5-Q7</p> <p>E6-Q7</p> <p>E8-Q7</p>	<p><i>“Materiais e equipamentos não podem estar nos mínimos e verificar se os materiais estão obsoletos...”</i></p> <p><i>“...a necessidade de uma articulação extrema entre as várias estruturas que existem nos hospitais.”</i></p> <p><i>“Os hospitais funcionam de forma muito independente sem grande colaboração entre eles e isto pode ser catastrófico e vivemos momentos muito difíceis no Hospital por falta dessa articulação.”</i></p> <p><i>“ARS devia inculir nos ACES e nos hospitais para se articularem.”</i></p> <p><i>“O que acho que vai ficar em termos de aprendizagem é o cuidado pela assepsia e pela limpeza das salas.”</i></p> <p><i>“...grande lição que acho que devemos tirar daqui é que estas equipas multidisciplinares têm ganhos para todos. Para o doente que vê o seu problema resolvido mais rapidamente, para a organização que resolve melhor, mais rápido e podendo até reduzir internamentos e para os próprios profissionais pois permitiria um aporte maior e integração de mais conhecimentos. “</i></p> <p><i>“Pode vir outra catástrofe, mas os cuidados de saúde primários não podem parar e eles pararam muito tempo, pois estamos a lidar com doentes crónicos que não têm seguimento. Esse é um dos grandes problemas que a pandemia deixou é que os cuidados de saúde primários não têm estrutura para aguentar uma catástrofe, quer dizer eles até têm se não forem parados para fazer outra coisa, isto é, se não forem retirados da ação e o problema foi esse.”</i></p>	<p>Reflexão dos profissionais e das equipas em relação a problemas e situações complexas que a pandemia COVID-19 levantou que conduzem a uma aprendizagem para o futuro</p>	<p>Captura de conhecimento através da reflexão individual e coletiva fundamental à otimização do processo de aprendizagem</p>	<p>APRENDIZAGEM ORGANIZACIONAL</p>

FONTE	EXEMPLOS DE EVIDÊNCIAS	CONCEITOS DE 1º ORDEM	TEMAS DE 2ª ORDEM	DIMENSÕES AGREGADAS
D71	<p><i>“...coordenação entre os cuidados de saúde primários e os cuidados de saúde Hospitalares. Apesar de todos os esforços de encurtar a distância entre ambos e de aumentar a articulação existente, o SNS continua a ser um sistema “Hospitalocêntrico”...”</i></p>			
D71	<p><i>“. A visão tem sido sectorial e em silos, em vez de integrada e unificadora.”</i></p>		Captura de conhecimento através da reflexão individual e coletiva	APRENDIZAGEM ORGANIZACIONAL
D71	<p><i>“Caso não se altere o rumo atual e todos os atores da saúde assumam não sair das suas zonas de conforto e encontrar novos modelos de coordenação, acentuaremos as distâncias e as clivagens entre cuidados de saúde primários e Hospitalares. Tal sucederá com claro prejuízo dos cidadãos, tanto na qualidade dos cuidados que recebem como na eficiência de todo o sistema de saúde.”</i></p>	Reflexão dos profissionais e das equipas em relação a problemas e situações complexas que a pandemia COVID-19 levantou que conduzem a uma aprendizagem para o futuro	fundamental à otimização do processo de aprendizagem	
D71	<p><i>“A mesma resposta coordenada, que penso ser vital entre CSP e hospitais, é também fulcral entre os próprios hospitais.”</i></p>			
D71	<p><i>“...num contexto de crise, tende a mais facilmente sobressair a lógica de salvaguarda do interesse particular das instituições e menos a lógica do interesse da resposta em grupo. Assim, uma efetiva intervenção supra hospitais é fundamental para moderar individualismos e para corrigir assimetrias. Os modelos de coordenação futura poderão passar pelas ARS ou por outras entidades, podendo implicar a alteração do estatuto jurídico dos hospitais ou da sua articulação com as ARS.”</i></p>			

FONTE	EXEMPLOS DE EVIDÊNCIAS	CONCEITOS DE 1º ORDEM	TEMAS DE 2ª ORDEM	DIMENSÕES AGREGADAS
D71	<i>“...há que aprender com tudo o que passámos e decidir com base na reflexão desapaixonada de dados objetivos. Só assim, e uma vez curadas as feridas desta pandemia, poderemos sair mais fortes de toda esta tormenta.”</i>	Reflexão dos profissionais e das equipas em relação a problemas e situações complexas que a pandemia COVID-19 levantou que conduzem a uma aprendizagem para o futuro	Captura de conhecimento através da reflexão individual e coletiva fundamental à otimização do processo de aprendizagem	APRENDIZAGEM ORGANIZACIONAL

Tabela V – Estrutura de análise de dados